

Znaczenie mechanizmów obronnych osobowości u pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym w kontekście akceptacji choroby i jakości życia

The importance of personal defensive mechanisms in patients with advanced cancer in the context of acceptance of disease and quality of life

Katarzyna Anna Malinowska, Aleksandra Drechna-Musiałowicz, Monika Sznajder

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM w Łodzi

Streszczenie

U pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową mogą wystąpić zaburzenia adaptacyjne będące odpowiedzią na trudną sytuację wpływającą na wiele aspektów życia. Mechanizmy obronne osobowości pozwalają zmniejszyć nasilenie nieprzyjemnych emocji bez zmiany sytuacji, która je wywołuje. Dzięki temu pomagają radzić sobie ze stresem i napięciem wywołanym sytuacją kryzysową. Stosowane nadmiernie lub nieadekwatnie do sytuacji mogą utrudniać funkcjonowanie chorego onkologicznie poprzez brak możliwości realnej oceny własnego stanu, brak komunikacji z lekarzem prowadzącym, a także niezdecydowanie w wyborze skutecznej metody leczenia. W pracy przedstawiono przypadek pacjentki z zaawansowanym nowotworem jajnika, u której zauważono utrwalenie mechanizmów obronnych osobowości i ich niekorzystne oddziaływanie na przebieg choroby. Było to zaprzeczanie radykalne dotyczące rozpoznania, następstw choroby i w związku z tym zaniechanie proponowanego leczenia.

Słowa kluczowe: mechanizmy obronne, akceptacja choroby.

Abstract

Patients with advanced cancer may have adaptive disorders that respond to an inconvenient situation in many dimensions of life. Defensive mechanisms of the personality allow them to reduce the intensity of unpleasant emotions without changing the situation that causes them. Through this, they can help to cope with stress and tension caused by the crisis situation. When applied excessively or inadequately to the situation, they may hinder the functioning of the oncological patient both by the inability to assess their own condition, the lack of communication with the treating physician, and indecision in the choice of an effective treatment method. This paper presents a case of a patient with advanced ovarian cancer, in whom the perpetuation of the defence mechanisms of the personality had an adverse impact on the course of the disease, which was a radical denial regarding the diagnosis and consequences of the disease and, therefore, discontinuation of the proposed treatment.

Key words: defence mechanisms, acceptance of illness.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Katarzyna Anna Malinowska, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM w Łodzi,
ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź, e-mail: malin76-76@o2.pl

WSTĘP

Psychologiczne mechanizmy obronne (mechanizmy obronne ego) polegają na unikaniu lub redukowaniu zagrażających emocji, głównie lęku i strachu, które są wywołane sytuacją przekraczającą możliwości adaptacyjne jednostki. Pozwalają one na

utrzymanie równowagi psychicznej, jednak stosowane w sposób nadmierny lub nieadekwatny mogą być źródłem problemów w wyniku zniekształcenia odbioru sytuacji. U pacjentów onkologicznych mogą wystąpić na każdym etapie choroby [1, 2]. Najczęściej stosowanymi mechanizmami obronnymi w tej grupie są zaprzeczanie oraz wyparcie.

W przypadku zaprzeczania nieprzyjemne informacje (niekorzystne rokowanie, złe wyniki badań, utrata funkcji somatycznych, ról społecznych, inwazyjne leczenie, okaleczenie ciała) są ignorowane (pomijane) i zastępowane bardziej przyjazną, łagodniejszą interpretacją, która nie zawsze jest adekwatna do realnej sytuacji pacjenta [3]. Jest to proces częściowo nieświadomy, który odbywa się na poziomie emocji i faktów. Zaprzeczanie pozwala choremu onkologicznie na stopniowe osvajanie się z trudną sytuacją, jednak w procesie adaptacji niezbędne jest uznanie nieprzyjemnych emocji, a także rozpoznania choroby i podjęcie proponowanego leczenia. W przypadku wyparcia złe samopoczucie psychiczne jest początkowo uświadomione, a następnie zapomniane. Wyparte doznania mogą jednak wywierać wpływ na postępowanie i warunkować w sposób nieświadomy nastawienie do sytuacji. Zaprzeczanie należy do represywnych mechanizmów obronnych i u pacjentów onkologicznych odnosi się głównie do zaprzeczania chorobie (diagnozie), jak również eliminowania ze świadomości objawów somatycznych świadczących o dysfunkcji organizmu (ból i inne dolegliwości). Kojarzone są one z innym, mniej zagrożającym schorzeniem. Mówimy wówczas o częściowym zaprzeczaniu, tłumieniu lub supresji [4]. Zaprzeczanie przyjmuje również formę radykalną – całkowitego odrzucenia informacji płynącej przede wszystkim z własnego organizmu, ale także z otoczenia, ze strony najbliższej rodziny czy personelu medycznego. Proces ten określa się mianem wyparcia lub represji. Może on być bardzo niekorzystny dla chorego, gdyż powoduje osłabienie komunikacji z lekarzem, brak współpracy w procesie leczenia, niepodejmowanie działań mogących prowadzić do wyleczenia lub poprawy jakości życia [5]. Może to mieć związek z poziomem akceptacji choroby. Akceptacja choroby oznacza przyjęcie pozytywnej postawy wobec danej sytuacji czy poglądu, sprzyja mobilizacji sił pacjenta, a także umożliwia zapobieganie obniżaniu jakości życia. Akceptacja choroby stwarza poczucie bezpieczeństwa, zmniejsza nasilenie negatywnych emocji, daje poczucie komfortu psychicznego [6, 7].

Rak jajnika najczęściej jest rozpoznawany u kobiet pomiędzy 40. a 70. rokiem życia, największą zachorowalność odnotowuje się w 50.–60. roku życia. Pod względem śmiertelności rak ten zajmuje czwarte miejsce wśród wszystkich nowotworów. Pacjentki z rozpoznaniem nowotworu złośliwego jajnika muszą się zmierzyć z faktem stosunkowo późnej wykrywalności (skąpe objawy lub brak wczesnych objawów), nadal niekorzystnym rokowaniem, a także koniecznością podjęcia inwazyjnego leczenia o niepewnym wyniku [8, 9]. Dokonują one wówczas bilansu życia, oceny jego jakości dotyczącej zdolności troszczenia się o siebie, radzenia sobie z ubocz-

nymi skutkami leczenia, realizacji celów życiowych, wsparcia otrzymywanego od najbliższych i satysfakcji z życia. W tej sytuacji bilans często wypada niekorzystnie, zwłaszcza w przypadku nasilenia dolegliwości fizycznych, np. bólu, a także negatywnej oceny własnej sprawności fizycznej, nasilenia niepokoju, braku nadziei oraz małej skuteczności leczenia. Mechanizmy obronne mogą wówczas pełnić funkcję adaptacyjną, pomagając w oswojeniu się z niekorzystną sytuacją zdrowotną i osobistą. Rozpoznanie raka jajnika wiąże się zazwyczaj z podjęciem leczenia chirurgicznego, a często także chemioterapii. Czynniki te obniżają jakość życia pacjentek we wszystkich sferach, prowadzą do cierpienia, smutku, niepokoju, braku energii życiowej, strachu przed leczeniem, dolegliwości fizycznych, utraty ról zawodowych, rodzinnych i społecznych [10].

Jakość życia jest definiowana jako indywidualne postrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w odniesieniu do jej celów, oczekiwań i standardów. Odnosi się ona do osoby lub postrzegania wpływu choroby i jej leczenia na funkcjonowanie jednostki [11]. Przedłużające się stosowanie niedojrzałych mechanizmów obronnych w sytuacji choroby nowotworowej przynosi korzyści w sferze psychologicznej, łagodząc na początku następstwa choroby. Przestają one jednak pełnić taką funkcję, ponieważ nie zostaje zaspokojona potrzeba bezpieczeństwa i u pacjentek występują dalsze konsekwencje choroby, których nie sposób nie zauważyć (ból, trudności z trawieniem, problemy z oddawaniem moczu, zmęczenie, krwawienia, wodobrzusze, wyniszczenie, inne objawy). Jeśli chora nie zgodziła się wcześniej na leczenie (chemioterapię, zabieg chirurgiczny), może być za późno na leczenie przyczynowe. Pozostaje zatem leczenie objawowe, na które często również nie wyraża zgody (nie zgłasza objawów, nie przyjmuje leków, poszukuje innych przyczyn dolegliwości i niekonwencjonalnych metod leczenia). Brak wyraźnej poprawy i pogarszanie się stanu zdrowia prowadzi do cierpienia w sferze fizycznej, psychicznej i duchowej, niekiedy również do załamania tych mechanizmów i depresji [12–14].

OPIS PRZYPADKU

W badaniu wzięła udział 35-letnia kobieta z nowotworem jajnika, po obustronnej adnektomii i chemioterapii (2006 r. i 2011 r.), która została przyjęta na oddział medycyny paliatywnej w celu leczenia objawowego. Z wywiadu wiadomo, że badana w marcu 2019 r. przebywała na oddziale chirurgicznym z powodu cech niedrożności przewodu pokarmowego. Wykonano wówczas laparotomię, w trakcie której uwidoczono w śródbrzuszu i podbrzuszu

zmiany guzowate wciągające i naciekające pętle jelita cienkiego oraz drobnoguzkowy, prosówkowaty rozsiew w otrzewnej – fragmenty pobrano do badania histopatologicznego. W podbrzuszu po stronie prawej stwierdzono dużą torbiel, którą opróżniono, a jej fragmenty przesłano do badania. Ze względu na krótką, nacieczoną nowotworowo kreskę jelita cienkiego i związany z tym brak możliwości technicznych, nie wyłoniono ileostomii odżywczej. Na podstawie badania histopatologicznego rozpoznano rozsiany naciek raka gruczołowego – odczyn immunohistochemiczny odpowiadał rakowi surowiczemu jajnika. Ze względu na niedrożność przewodu pokarmowego i brak możliwości odżywiania drogą dostną pacjentkę skierowano do poradni leczenia żywieniowego. Chora zgłosiła się na konsultację, jednak nie wyraziła zgody na żywienie pozajelitowe. W kwietniu 2019 r. z powodu dolegliwości bólowych jamy brzusznej i cech podniedrożności przewodu pokarmowego była ponownie hospitalizowana na oddziale chirurgicznym, gdzie odbyła konsultację onkologiczną i została zakwalifikowana do leczenia systemowego wznowy raka jajnika, na które nie wyraziła zgody. Pacjentka chętnie natomiast korzystała z metod medycyny niekonwencjonalnej (biorezonans, hydrokolonoterapia, ziołolecznictwo, bioenergoterapia, leczenie przeciw pasożytnicze). W maju 2019 r. kobieta po raz kolejny została przyjęta do szpitala na oddział gastrologiczny z cechami niedrożności przewodu pokarmowego. Zastosowano leczenie zachowawcze, włączono żywienie pozajelitowe, a także dwukrotnie chorą konsultowano chirurgicznie. W związku z objawami niedrożności i brakiem możliwości interwencji chirurgicznej oraz dość ciężkim stanem ogólnym pacjentki zalecono leczenie objawowe. Chora została przyjęta na oddział medycyny paliatywnej z cechami niedrożności przewodu pokarmowego, z sondą nosowo-żołądkową, drenującą ok. 500 ml treści żołądkowej na dobę, żywiona pozajelitowo. Przy przyjęciu zgłaszała dolegliwości bólowe jamy brzusznej o charakterze kolkowym o nasileniu do 6 pkt wg *Numerical Rating Scale* (NRS). Włączono leczenie objawowe niedrożności przewodu pokarmowego – deksametazon w dawce 12 mg rano, 8 mg w południe dożylnie, metoklopramid 3 razy dziennie 1 ampułką podskórnie oraz zlecono codziennie wlewkę doodbytniczą – z dobrym efektem. Uzyskano powrót wydolnej czynności przewodu pokarmowego. Pacjentka wypijała ok. 1 litr płynów dziennie, nie występowały nudności, sonda nosowo-żołądkowa drenowała śladowe ilości treści żołądkowej, chora codziennie się wypróżniała. Wobec powyższego w trzeciej dobie leczenia zdecydowano o usunięciu sondy i próbie włączenia żywienia doustnego. Pacjentka negowała nudności, przyjmowała posiłki płynne oraz półpłynne. Ze względu na dolegliwości bólowe jamy brzusznej, zwłaszcza pod-

brzusza, zastosowano buprenorfinę w plastrze w dawce początkowej 12,5 µg/godz. oraz w razie bólu przebijającego buprenorfinę 0,2 mg podjęzykowo. W pierwszej dobie pacjentka dwukrotnie poprosiła o dodatkową dawkę leku przeciwbólowego. W drugiej dobie od zastosowania plastra nasilenie dolegliwości bólowych zmniejszyło się do 3 pkt wg NRS. Zdecydowano o zwiększeniu dawki do 35 µg/godz. z dobrym efektem analgetycznym – dolegliwości ustąpiły i pacjentka nie wymagała podawania dodatkowych dawek leku przeciwbólowego. W trzeciej dobie hospitalizacji doszło do pęknięcia i ewakuacji treści ropnej ze zbiornika wytworzonego w powłokach jamy brzusznej. Poproszono o konsultację chirurgiczną – lekarz zasugerował obecność przetoki, nie zakwalifikował jednak chorej do zabiegu. Pobrano wymaz i zlecono posiew wypływającej treści, włączono meropenem – zgodnie z antybiogramem. Ze względu na niedokrwistość oraz niedobór żelaza włączono preparat żelaza drogą parenteralną. Stan chorej się poprawił. Z uwagi na ustąpienie dolegliwości bólowych pacjentka domagała się od lekarza odstawienia leku przeciwbólowego. Po jednej dobie od odklejenia plastra z buprenorfiną (zgodnie z wolą pacjentki) wystąpiły skurczowe bóle w podbrzuszu, w związku z czym powrócono do wcześniejszego schematu leczenia analgetycznego. Po 2 tygodniach hospitalizacji pacjentka zgłosiła nudności oraz nasilenie dolegliwości bólowych podbrzusza do 5 pkt wg NRS. Wykonano USG jamy brzusznej, w którym stwierdzono w powłokach, w miejscu wypływu treści ropnej, obecność zbiornika z gęstym płynem o wymiarach 40 × 15 mm oraz liczne przepelnione płynem, poszerzone pętle jelitowe. Zlecono wykonanie przeglądowego zdjęcia rentgenowskiego jamy brzusznej, na podstawie którego rozpoznano niedrożność przewodu pokarmowego. W 13. dobie antybiotykoterapii pacjentka została wypisana z oddziału medycyny paliatywnej na własne żądanie. Przy wypisie zalecono konsultację chirurgiczną, onkologiczną oraz w poradni leczenia żywieniowego. Z uwagi na trudności w komunikacji z pacjentką zlecono również konsultację psychologiczną. Chora od momentu przyjęcia na oddział medycyny paliatywnej w kontakcie z personelem była otwarta i współpracująca, chętnie odpowiadała na pytania i udzielała informacji o sobie. W trakcie dalszej hospitalizacji zauważono, że pacjentka nie zgadza się z ustalonym rozpoznaniem (rak jajnika). Poszukiwała innych przyczyn dolegliwości i pogarszającego się stanu zdrowia. Jednym z przedstawionych przez nią powodów była choroba pasożytnicza, którą zaraziła się w niewyjaśnionych okolicznościach (badana prezentowała dokumentację fotograficzną), drugim – zakażenie bakteryjne w trakcie hospitalizacji cztery lata temu (cięcie cesarskie). Chora podkreślała również, że nie kontynuowała chemioterapii, ponieważ tą metodą

powinno się leczyć tylko chorych na nowotwór, a ona do nich nie należy. Preferowała niekonwencjonalne metody leczenia, twierdziła, że objawy, które u niej występują, nie mają związku z rozpoznaną chorobą nowotworową i że doszło do pomyłki diagnostycznej. Była nastawiona nadmiernie pozytywnie wobec własnego stanu zdrowia. Sytuacja osobista kobiety była skomplikowana, wychowywała dwoje dzieci, mąż nie angażował się w opiekę nad córkami, większość czasu poświęcał pracy zawodowej, nie był również zainteresowany kontaktem z lekarzem prowadzącym żony i uzyskiwaniem informacji o jej stanie zdrowia. Jedynym wsparciem dla chorej była matka, która pomagała jej w opiece nad dziećmi i w obowiązkach domowych. Jej postawa wobec choroby córki nie różniła się od nastawienia pacjentki. Badana początkowo wyraziła zgodę na leczenie na oddziale medycyny paliatywnej, które przyniosło jej ulgę. Mogła swobodnie poruszać się w obrębie sali i poza nią, uruchomiła się w zakresie czynności codziennych. Objawy, takie jak ból i dysfunkcje przewodu pokarmowego, które obserwowano przy przyjęciu, ustąpiły w związku z podjęciem właściwego leczenia. Gdy usunięto sondę, pacjentka uznała siebie za wyleczoną. Planowała swoją przyszłość i powrót do codziennych obowiązków, a także aktywności zawodowej. W związku z nawrotem objawów związanych z niedrożnością przewodu pokarmowego z powodu m.in. niestosowania się do zaleceń lekarskich (spożywała wszystkie posiłki bez ograniczeń) była konsultowana przez chirurga. W wywiadzie zbieranym przez lekarza chora zaprzeczała jakimkolwiek dolegliwościom i podkreślała bardzo dobre samopoczucie. Po zakończeniu leczenia na oddziale medycyny paliatywnej i krótkim pobycie w domu chora zgłosiła się do poradni chirurgicznej z powodu nawrotu dolegliwości w obrębie jamy brzusznej. Chirurg zdecydował o konieczności hospitalizacji na oddziale zabiegowym. Przyczyną objawów było ponowne pęknięcie i ewakuacja treści ropnej ze zbiornika wytworzonego w powłokach jamy brzusznej. Lekarz poinformował pacjentkę o konsekwencjach niepoddania się pogłębionej diagnostyce i leczeniu, a także opcjonalnie zaproponował konsultację w Centrum Leczenia Żywieniowego w celu ponownego włączenia żywienia pozajelitowego. Badana nie wyraziła na to zgody, twierdziła, że należy kontynuować u niej antybiotykoterapię, leczenie przeciw pasożytnicze, a także bioenergoterapię. Nadal utrzymywała, że przyczyną objawów nie jest zaawansowany proces nowotworowy.

W związku z nasileniem mechanizmów obronnych o charakterze niedojrzałym, głównie zaprzeczania i wyparcia, utrudniających współpracę z lekarzem i prowadzących do braku realnej oceny sytuacji zdrowotnej pacjentkę zbadano za pomocą dwóch narzędzi: Skali akceptacji choroby (*Acceptance*

of Illness Scale – AIS) oraz Indeksu jakości życia Spitzera. Skala akceptacji choroby, autorstwa B. J. Felton, T. A. Revenson i G. A. Hinrichsena, dostosowana do warunków polskich przez Z. Juczyńskiego, składa się z 8 stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Wyniki mieszczą się w zakresie od 8 do 40 punktów. Uzyskanie wyższego wyniku oznacza lepszą akceptację choroby objawiającą się brakiem związanych z nią negatywnych emocji [15]. Indeks jakości życia Spitzera to narzędzie składające się z 5 pozycji, każda dotyczy innej dziedziny: aktywności, codziennego życia, zdrowia, wsparcia oraz wyglądu. Wyrażają one jakość życia w wymiarze sprawności i stanu fizycznego chorego, a tylko w niewielkim stopniu odzwierciedlają stan psychiczny chorego [16].

Celem badania było sprawdzenie, w jaki sposób obecność mechanizmów obronnych oddziałuje na poziom akceptacji choroby, jak również jakość życia pacjentki z rozsianą chorobą nowotworową.

W kwestionariuszu AIS pacjentka uzyskała 38 na możliwych 40 punktów. Chora nie potwierdziła kłopotów z przystosowaniem do ograniczeń narzucanych przez chorobę. W jej sytuacji zdaniem badającego mogła być to: długotrwała hospitalizacja, poddawanie się zabiegom leczniczym, trudności ze swobodnym doustnym spożywaniem pokarmów, izolacja od rodziny i otoczenia. Z uwagi na ww. czynniki chora nie była w stanie realizować swoich celów osobistych i zawodowych, nie miała jednak z tym problemu, jak również z koniecznością uzyskiwania pomocy i wsparcia ze strony otoczenia (zależność). Pacjentka nie twierdziła, że jej choroba wywołuje zakłopotanie u innych, jak również poczucie, że jest niepotrzebna. Uznała, że choroba nie stanowi obciążenia dla jej bliskich, mimo że dostrzegany przez personel medyczny brak pełnej samowystarczalności był niekiedy kłopotliwy. Oceniała siebie jako samowystarczającą, wartościową i potrzebną. Analizując wyniki, można uznać, że stopień akceptacji własnej sytuacji zdrowotnej przez pacjentkę był wysoki i wykazywała ona brak poczucia choroby. W wielu przypadkach w jej ocenie radziła sobie samodzielnie bez konieczności wsparcia innych. Analiza wyników uzyskanych w Indeksie jakości życia Spitzera (9/10 pkt) dotyczącym samopoczucia w ciągu ostatniego tygodnia wykazała, że pacjentka obecnie dość dobrze radzi sobie w życiu codziennym i jest z niego zadowolona. Nie może, co prawda, podjąć aktywności zawodowej z uwagi na konieczność hospitalizacji, lecz nie potrzebuje pomocy w zakresie czynności samoobsługowych, jest mobilna i samodzielna, nie cierpi na brak energii, otrzymuje wsparcie w chorobie ze strony otoczenia. Jest zadowolona ze swojego wyglądu zewnętrznego i go akceptuje. Czuje się bezpieczna mimo trudności, ma sporo energii do realizowania swoich planów, jest zadowolona z możli-

wości poruszania się, takich aspektów, jak sen i apetyt, a także dobrych kontaktów społecznych. Chora wysoko oceniła jakość opieki medycznej, stwierdziła, że ból nie przeszkadza jej w wykonywaniu codziennych czynności. Rzadko doświadczała również nieprzyjemnych stanów emocjonalnych. Działanie leku przeciwbólowego oceniała jako dobre (skuteczny), a sytuację ekonomiczno-bytową jako zadowalającą. Czynności o umiarkowanym stopniu trudności wykonywała bez bólu i dyskomfortu. Choroba nie ograniczała jej kontaktów społecznych, obecnie nawiązywała ich tyle samo co dawniej. Pacjentka uznała siebie za osobę, która może odnaleźć pocieszenie i potrafi prosić o pomoc. Twierdziła, że stan jej zdrowia i ogólne samopoczucie są dużo lepsze niż innych pacjentów, z którymi miała kontakt w trakcie leczenia szpitalnego. Własną aktywność oceniła jako częściowo ograniczoną, lecz mimo to nie wymagała pomocy otoczenia. Kobieta wydawała się czuć dobrze lub prawie zawsze twierdziła, że czuje się „świetnie”. Deklarowała, że utrzymuje dobre stosunki z innymi i uzyskuje silne wsparcie od co najmniej jednego członka rodziny. Zwykle spokojna i nastawiona pozytywnie, akceptowała i kontrolowała sytuację osobistą oraz otoczenie.

DYSKUSJA

W badaniu pacjentka wydawała się względnie dobrze przystosowana do choroby i wykazywała niski poziom dyskomfortu psychicznego. Inni autorzy podkreślają jednak, że kobiety uzyskują zdecydowanie niższy stopień akceptacji choroby w porównaniu z mężczyznami. Może mieć to związek z zagrożeniem ról społecznych, przede wszystkim rodzinnych (rola żony i matki), co utrudnia akceptację choroby [17]. U badanej nie obserwowano takiej tendencji, mimo że doszło do reorganizacji w funkcjonowaniu rodziny i osłabienia relacji małżeńskiej. Pacjentka dość dobrze radziła sobie dotychczas z sytuacjami ocenianymi jako trudne i potrafiła się dostosować do nowych okoliczności. Obecnie była nastawiona pozytywnie, jednak z niewielką możliwością stosowania się do zaleceń lekarskich. Nie zmienia to faktu, że zgodnie z dotychczasowymi wynikami badań najbardziej pożądaną postawą jest postawa adekwatna do sytuacji, kiedy pacjent w sposób racjonalny przyjmuje diagnozę i wyraża gotowość do stosowania się do zaleceń dotyczących leczenia [18]. Stosunek pacjenta do własnej choroby jest niezwykle ważny, ponieważ ma wpływ na satysfakcję z życia i ocenę swojego stanu zdrowia. W przypadku badanej pacjentki prawdopodobnie zbyt duże nasilenie mechanizmów obronnych o innym niż dojrzały poziomie rozwojowym doprowadziło do dezorganizacji zachowania poprzez

unikanie działań mogących sprzyjać poprawie funkcjonowania (korzyści z żywienia pozajelitowego, paliatywne zabiegi chirurgiczne, skuteczne leczenie bólu) [19]. Inni autorzy zwrócili uwagę, że najwyższy poziom akceptacji choroby prezentują pacjenci, którzy w trakcie badania nie czuli się chorzy, co potwierdzałoby sytuację pacjentki. Utrwalone mechanizmy obronne przyczyniły się do braku poczucia choroby, zwiększenia akceptacji własnej sytuacji mimo obiektywnych strat z nią związanych. Może to odgrywać rolę pozytywną poprzez redukcję napięcia emocjonalnego i poprawę samopoczucia psychicznego, jednak brak akceptacji diagnozy choroby, której obraz znacznie odbiega od stwierdzonego przez lekarza, nie sprzyja procesowi leczenia i w konsekwencji może pogarszać funkcjonowanie jednostki w aspekcie somatycznym, psychicznym i społecznym [20, 21]. U kobiet z rozpoznaniem nowotworu narządu rodowego dochodzi zwykle do załamania systemu wartości, konfliktu między rolami rodzinnymi i zawodowymi a walką o odzyskanie zdrowia. Dolegliwości bólowe i dyskomfort związany z leczeniem znacznie pogarszają jakość życia. Powrót do otoczenia cechuje lęk przed stygmatyzacją pacjenta chorego na nowotwór. Badana nie obawiała się tego. Dla kobiet aktywnych trudna okazuje się również rezygnacja z życia zawodowego. Obniża się poczucie sensu życia i celów do realizacji z powodu ograniczeń w wykonywaniu zadań rodzinnych i domowych. Relacje małżeńskie i seksualne konfrontują one z poczuciem utraty atrybutów kobiecości. Postęp choroby pomimo zastosowanego leczenia zwiększa zależność od innych osób oraz wywołuje poczucie bezradności [22]. U pacjentki nie obserwowano takich zachowań i tendencji, nie doświadczała ona również negatywnych emocji zarówno w fazie rozpoznania, jak i zastosowanego leczenia. U badanej takie aspekty, jak utrata ról rodzinnych i zawodowych, dolegliwości oraz inne ograniczenia i straty związane z chorobą, nie wpłynęły niekorzystnie na ocenę jakości życia, jak również na poziom akceptacji choroby.

WNIOSKI

Mechanizmy obronne osobowości przyczyniły się u badanej do braku poczucia choroby i wysokiej samooceny jakości życia mimo obiektywnych strat związanych z zaawansowanym procesem nowotworowym.

Chora wykazywała znacznie niższy dyskomfort związany z leczeniem w porównaniu z innymi pacjentami w opiece paliatywnej.

Przyjmowane przez badaną postawy doprowadziły do dezorganizacji funkcjonowania chorej i jej

otoczenia z powodu zaniechania proponowanego leczenia.

W związku z niekorzystnym oddziaływaniem mechanizmów obronnych na proces leczenia i funkcjonowanie codzienne pacjenci tacy wymagają psychoterapii.

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Siek S. Struktura osobowości. Rozwój. Wybrane metody badania. Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1982; 200-203.
2. Worden JW, Weisman AD. Psychosocial components of lagtime in cancer diagnosis. *J Psychosom Res* 1975; 19: 69-79.
3. Kopczyńska-Tyszko A. Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór. W: Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W (red.). Zmagając się z chorobą nowotworową. Wyd. UJ, Kraków 1999; 125-139.
4. Dolińska-Zygmunt G. Podmiotowe uwarunkowania zachowania się pacjenta wobec własnej choroby. W: Dolińska-Zygmunt G (red.). Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001; 243-259.
5. Nasiłowska-Barud A. Choroba jako kryzys psychologiczny. W: Kubacka-Jasiecka D, Mudyń K (red.). Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2004; 17-27.
6. Basińska MA, Zalewska-Rydzkowska D, Wolańska P, Junik R. Dyspozycyjny optymizm a akceptacja choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa. *Endokrynol Pol* 2008; 59: 23-28.
7. Kurpas D, Czech T, Mroczek B. Akceptacja choroby pacjentów z cukrzycą oraz jej wpływ na jakość życia i subiektywną ocenę zdrowia. *Fam Med Prim Care Rev* 2012; 14: 383-388.
8. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 r. Krajowy Rejestr Nowotworów, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Warszawa 2013.
9. Goff BA, Mandel L, Muntz HG, Melancon CH. Ovarian carcinoma diagnosis. *Cancer* 2000; 10: 2068-2075.
10. Zdebski P. Funkcjonowanie osób z chorobą nowotworową po chemioterapii. Wydawnictwo Uczelniane WSP, Bydgoszcz 1998.
11. Majkowicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej. W: de Walden-Gałuszko K (red.). Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 141-146.
12. Kubacka-Jasiecka D. Problematyka lęku i zmagania się z lękiem w chorobie nowotworowej. W: Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W (red.). Zmagając się z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
13. Heszen-Niejodek I. Radzenie sobie z chorobą – przegląd zagadnień. W: Heszen-Niejodek I (red.). Jak żyć z chorobą i ją pokonać. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000; 55-78.
14. Nowakowska MT. Psychologiczne aspekty chorób przewlekłych, trwałego upośledzenia zdrowia oraz chorób nieuleczalnych i zagrażających życiu. W: Jarosz M (red.). Psychologia lekarska. PZWL, Warszawa 1983; 343-362.
15. Jurczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.
16. Bumedner I. Jakość życia – definicja i metody pomiaru. W: Psychoonkologia, diagnostyka – metody terapeutyczne. Dorf-muller M, Dietzfelbinger H (red.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009; 381-386.
17. Szczepańska-Gieracha J, Malicka I, Rymaszewska J, Woźniewski MP. Przystosowanie psychologiczne kobiet bezpośrednio po operacji onkologicznej i po zakończeniu leczenia. *Współcz Onkol* 2010; 14: 403-410.
18. Czubalski K. Wpływ choroby na stan psychiczny i zachowanie człowieka chorego. *Sztuka Leczenia* 1995; 1: 53-59.
19. Grzegółowska-Klarkowska HJ. Mechanizmy obronne osobowości. PWN, Warszawa 1986.
20. Majkowicz M, Pankiewicz P, Zdun-Ryżewska A. Typy reakcji na chorobę nowotworową. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin* 2007; 4: 310-316.
21. Lelonek B. Przystosowanie do choroby nowotworowej u pacjentów z białaczką. Rozprawa doktorska UM w Lublinie, Lublin 2010.
22. Łuczak-Wawrzyniak J, Kuczyński M, Roszak A. Oczekiwania i potrzeby chorych na nowotwór narządu rodowego w trakcie leczenia onkologicznego. *Współcz Onkol* 1999; 1: 37-38.