

Zrozumieć potrzebę więzi: znaczenie „stylu przywiązania” w opiece nad pacjentem

Understanding the need for attachment: the significance of “attachment styles” in patient care

Justyna Eugenia Koniczuk-Kleja¹, Małgorzata Filipińska²

¹Klinika Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków, Polska

²Pracownia Badań nad Starzejącym się Społeczeństwem, Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków, Polska

Streszczenie

Celem pracy jest przedstawienie założeń teorii przywiązania oraz pokazanie, jak style przywiązania mogą przejawiać się w sytuacji choroby zagrażającej życiu. Opisane zostały elementy charakterystyczne dla każdego stylu przywiązania (bezpiecznego, unikającego, ambiwalentnego i zdeorganizowanego) oraz trudności, które przejawiają się w kontaktach pomiędzy pacjentem, członkami jego rodziny oraz członkami zespołu medycznego. Praca została przygotowana na podstawie literatury dotyczącej teorii przywiązania w kontekście opieki paliatywnej, badań z dziedziny psychologii, jak i doświadczeń zdobytych w pracy z pacjentami. Przytaczane pozycje odnoszą się do obserwowalnych związków pomiędzy stylem przywiązania a zdrowiem fizycznym i psychicznym w dorosłości, jakością życia oraz relacjami pomiędzy pacjentami a zespołem medycznym. Przedstawiono również zalecenia dotyczące kontaktu z pacjentem i członkami jego rodziny, które mogą zwiększać poczucie bezpieczeństwa w relacji i przyczyniać się do lepszej adaptacji do sytuacji choroby.

Słowa kluczowe: psychologia więzi, opieka paliatywna, relacja pacjent-lekarz.

Abstract

The aim of the article was to present the main ideas of attachment theory in the context of life-threatening illness. We described the characteristic elements of distinguished attachment styles (secure, avoidant, ambivalent, and disorganized) including difficulties in communication between patients, family members, and health care practitioners. We based our work on literature on the subject: psychological studies on palliative care and experiences of work with terminally ill patients. Cited literature concerns attachment style components that are highly likely to influence physical and mental health in adults, general quality of life, and the quality of relationships between patients and medical specialists. Finally, we present recommendations based on the literature that may ameliorate the process of adaptation of patients and their families.

Key words: attachment theory, palliative care, doctor-patient relationship.

Adres do korespondencji:

mgr Justyna Eugenia Koniczuk-Kleja, Klinika Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej, *Collegium Medicum* Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska, e-mail: justyna.kleja@uj.edu.pl

WSTĘP

Śmierć osoby bliskiej stanowi jedno z najtrudniejszych doświadczeń, z którym musi zmierzyć się cały system rodzinny. To zmaganie się ze zjawiskiem nieodwołalnym, wobec którego jest się niemal całkowicie bezradnym. Ujawnia się przytłoczenie nie tylko stratą, ale także własną kruchością, bezsilnością i siłą uczuć. Zwykle zawodzą strategie, które stosujemy wobec codziennych problemów czy za-

dań życiowych. Zadaniem opieki hospicyjnej/paliatywnej jest otaczanie w tym trudnym czasie opieką i wsparciem psychologicznym nie tylko pacjenta, ale i całej jego rodziny. Psychologia więzi może służyć jako narzędzie pomocne w zrozumieniu, w jaki sposób pacjent i jego rodzina przeżywają swoją sytuację oraz wyborów, których dokonują w obliczu nieuchronnie zbliżającego się kresu życia. Rodzina domagająca się nieodpowiedniego dla chorego leczenia, która nie uznaje sprzeciwu, nie musi być

oceniana w kategoriach agresywnego stylu zachowania. Może być postrzegana z perspektywy teorii przywiązania, co pozwoli zrozumieć rzeczywiste motywacje i sposób, w jaki radzi sobie ze swoimi uczuciami. Dzięki temu zespół medyczny nie będzie odbierał wielu reakcji ze strony pacjenta lub rodziny jako bezpośredni atak, co ułatwi komunikację, spokojne rozwiązanie konfliktów i ochroni choć w pewnym zakresie przed wypaleniem zawodowym.

CZYM JEST TEORIA PRZYWIĄZANIA

Przyjrzyjmy się teorii przywiązania, zwanej też psychologią więzi. Zarys teorii przywiązania Johna Bowlby'ego (ang. *attachment theory*) zrodził się w trakcie obserwacji zaburzeń w zachowaniu dzieci, które były odseparowane od swoich rodziców [1, 2]. Bowlby zauważył, że dzieci mają wrodzony instynkt, naturalną potrzebę utrzymania relacji z opiekunem. W rozumieniu teorii Bowlby'ego opiekun to osoba, do której dziecko kieruje sygnały dotyczące potrzeb, zazwyczaj jest to matka. Ten wrodzony system przywiązania motywuje dzieci, aby poszukiwały wsparcia w trudnych momentach realnego lub postrzeganego zagrożenia. W sytuacji odseparowania od rodzica dziecko zachowuje się w sposób, który ma na celu odnowienie kontaktu, sprawienie, aby opiekun wrócił [3]. Empatyczne reagowanie opiekuna na sygnały dystresu (np. krzyk lub płacz) wysyłane przez dziecko [3] w pierwszym roku życia [4] pozwala na ukojenie negatywnych emocji i zwiększa prawdopodobieństwo, że utrzyma ono stabilne poczucie bezpieczeństwa. Jeśli jednak opiekunowie nie są dostępni i nie reagują na sygnały, zwiększa się prawdopodobieństwo rozwinięcia przekonania, że świat nie jest bezpieczny, że nie można liczyć na wsparcie [5]. Według Bowlby'ego wrodzone i ewolucyjnie zaprojektowane predyspozycje do utrzymania poczucia bezpieczeństwa w relacji wchodzą w interakcję z responsywnością opiekunów. W ten sposób wykształcają się style przywiązania, modele wewnętrzne wpływające na nasze postrzeganie i odczucia świata, innych ludzi, a także nas samych [6].

Wyróżnia się cztery style przywiązania: bezpieczny, unikający, ambiwalentny i zdeorganizowany [7].

W przypadku stylu bezpiecznego opiekun jest dostępny, reaguje na potrzeby dziecka, a dziecko jest w stanie przewidzieć, że dostanie odpowiedź na komunikowaną potrzebę bliskości [3]. W sytuacji oddzielenia od rodzica wykazuje ono oznaki tęsknoty, ale jednocześnie może angażować się w czynności niezwiązane z relacją (np. zabawę), odkrywać otoczenie. Kiedy opiekun powraca, dziecko poszukuje ukojenia i nawiązuje z nim kontakt [3]. Opiekun stanowi w tym przypadku tak zwaną bezpieczną bazę, osobę, która jest dostępna, otwarta na wyrażane

przez dziecko negatywne uczucia, do której może się ono zwrócić w celu uspokojenia [3, 8].

W przypadku stylu unikającego opiekun wybiórczo reaguje na komunikaty dziecka poszukującego bliskości, nagradza zachowania świadczące o niezależności, samodzielności dziecka, co może kształtować poczucie odrzucenia w potrzebie [7]. W sytuacji oddzielenia od opiekuna dziecko wykazuje cechy stylu unikającego przywiązania nie okazuje lęku, negatywnych emocji, ale też nie jest zainteresowane nawiązaniem kontaktu, gdy opiekun powraca [3]. Schemat ten może prowadzić do wykształcenia przekonania o potrzebie samodzielności, radzenia sobie z problemami życiowymi „na własną rękę” oraz unikania zależności od innych [7].

Styl ambiwalentny kształtuje się w sytuacji, gdy opiekun nie ma zorganizowanego sposobu odpowiadania na potrzeby dziecka: czasami nie reaguje na komunikaty (np. ignoruje płacz), innym razem reakcje te są nadmierne, a rodzaj reakcji zależy od stanu emocjonalnego opiekuna [7]. Dziecko w takim schemacie nie posiada bezpiecznej bazy, uczy się, że otoczenie nie jest stabilne, że nie może ono liczyć na pewne wsparcie i ukojenie, co przekształca się w niepewność emocjonalną i strach przed utratą relacji. Po oddzieleniu od opiekuna dzieci przejawiające styl ambiwalentny wykazują nadmierny dystres, płaczą, w sposób, który przypomina próbę uniknięcia oddzielenia w przyszłości [3].

Z kolei zdeorganizowany styl przywiązania zwykle odnosi się do osób, które jako dzieci doświadczyły traumatycznych przeżyć, np. stosowania przez opiekuna przemocy fizycznej lub psychicznej. W takiej sytuacji dziecko nie jest w stanie nawiązać więzi z opiekunem, nie można mówić tu o bezpiecznej bazie, ponieważ osoba, która ma zapewnić ukojenie, staje się źródłem zagrożenia [7].

Jak wspomniano powyżej, style przywiązania to wzorce postrzegania świata, które przenoszą się na funkcjonowanie w dorosłym życiu. Wewnętrzny wzorec zawiera obraz samego siebie, to czy jesteśmy wartościowi i godni miłości, a także czy postrzegamy bliskich jako osoby dostępne, którym można zaufać [9]. W badaniach nad przywiązaniem dorosłych zachowania związane z relacjami zwykle klasyfikuje się w dwóch wymiarach: lęku związanego z przywiązaniem (ang. *attachment anxiety*) i unikania (ang. *attachment avoidance*). Lęk przejawia się nadmiernym zaabsorbowaniem relacjami i obawą przed byciem opuszczonym, niezaakceptowanym, natomiast unikanie wiąże się ze skupianiem się na niezależności od innych [10]. Teoria przywiązania stara się wyjaśnić formowanie się osobowości w kontekście tworzonych relacji z rodzicami, rodzeństwem, partnerami romantycznymi, ale też przyjaciółmi [9]. Osoby wykazujące bezpieczny styl przywiązania w dorosłości łatwiej nawiązują wspierające relacje,

z kolei osoby przywiązane pozabezpiecznie odczuwają więcej lęku, a historia ich związków jest nacechowana zależnością i silną obawą przed odrzuceniem lub ze względu na tendencje unikające mają ogólnie mniejszą sieć wsparcia [11].

Zdaniem Bowlby’ego wpływ modelu przywiązania jest szczególnie widoczny w sytuacji dystresu, zmęczenia czy choroby – wpływa na to, jak osoba interpretuje sytuację, jak przewiduje zachowanie osób w otoczeniu (np. czy może oczekiwać wsparcia) oraz jak radzi sobie z negatywnymi emocjami [9]. Poważne zagrożenie zdrowia lub życia jest sytuacją, w której pojawiają się zachowania wynikające z ukształtowanych schematów, zagrożenie oddzieleniem od bliskich i utraty dominuje w świecie osób poważnie chorych. Różnice w schematach przywiązania mogą wpływać zarówno na zachowania związane ze zdrowiem, jak i na zdolność osoby do przyjmowania pomocy ze strony personelu medycznego, osób świadczących opiekę [12]. Osoby opiekujące się pacjentem mogą pełnić rolę bezpiecznej bazy, zwłaszcza w kontekście opieki paliatywnej. Członkowie zespołu medycznego są wymieniani przez pacjentów zaraz po rodzinie i znajomych jako powiernicy lęku czy niepokoju [13]. Ciężko chorujący pacjenci wkraczają w nowy etap swojego życia, mogą zmagać się z dużym lękiem przed byciem zależnym od innych lub impulsywnie poszukiwać kontaktu [6, 14]. W relacji pomiędzy pacjentem a lekarzem dochodzi do zawarcia przymierza (ang. *working alliance*), podmioty łączą: wspólne cele leczenia, określone zadania, które obie strony muszą zrealizować, aby osiągnąć te cele, a przede wszystkim zaufanie [6]. Poczucie przymierza zwiększa zadowolenie z opieki medycznej, sprawia, że pacjent stosuje się do zaleceń, akceptuje stan choroby i ograniczenia z nim związane, zmniejsza się poczucie żalu. U osób wykazujących zachowania unikowe lub lękowe zawarcie takiego przymierza może być trudniejsze [6, 15], jednak jak podkreślają Tan i wsp. [11] styl przywiązania to tendencja osoby do zachowania w relacji, a sposób, w jaki będzie przebiegał kontakt zależy w dużej mierze od reakcji drugiej osoby. Często obecność, uważność i rzetelne informowanie o stanie zdrowia, ale też dostrzeganie w pacjencie osoby zwiększa jego poczucie bezpieczeństwa [13]. Zgodnie z wynikami badań [6, 11] wsparcie emocjonalne i otwartość osób świadczących opiekę czy odpowiadanie na potrzeby pacjenta mogą pomóc w osiągnięciu lepszych wyników w postępowaniu medycznym.

Petersen [7] przedstawia, jak funkcjonuje ciężko chory pacjent w zależności od stylu przywiązania. Jest to rozumienie całościowe, uwzględniające relacje rodzinne. Jak zaznacza autorka *ciężko chory człowiek może zostać lepiej zrozumiany, jako całość: od początku swego życia do procesu umierania, oraz jako część swojej rodziny*. Dzięki takiemu podejściu osoby pełniące opiekę paliatywną mogą z jednej strony lepiej rozu-

mieć potrzeby pacjenta, w tym jego pozorną niechęć do dzielenia się informacjami czy przyjmowania pomocy, ale także postępować w bardziej efektywny sposób w sytuacji, gdy w rodzinie występują konflikty utrudniające kontakt i efektywność opieki. Spojrzenie całościowe na funkcjonowanie osoby ciężko chorej w rodzinie może też pomóc w zrozumieniu reakcji jej bliskich na zbliżającą się utratę, na sposób przeżywania odchodzenia pacjenta.

BEZPIECZNY STYL PRZYWIĄZANIA

W przypadku bezpiecznego stylu przywiązania zarówno pacjent, jak i jego rodzina w otwarty sposób rozmawiają o chorobie. Wyrażają negatywne uczucia smutku, złości, jednak w sposób akceptowalny społecznie [7]. Dzieje się tak, ponieważ już wcześniej zaistniało doświadczenie kontaktu rodzicielskiego, który był odpowiedzialny, wrażliwy na potrzeby dziecka, który w życiu dorosłym sprawia, że pacjent wraz z rodziną podchodzi z nadzieją, zaufaniem i wyrozumiałością do personelu medycznego [16]. Pacjent reprezentujący taki wzór przywiązania będzie miał tendencje do wzbudzania współczucia w zespole leczącym i budowania ciepłych relacji. Chory, jak i jego rodzina jasno wyrażają swoje uczucia i potrzeby. Najłatwiej rozpoznać styl przywiązania, kierując się wskazówką, w jaki sposób pacjent czy rodzina porozumiewa się z lekarzem. W bezpiecznym wzorze przywiązania komunikacja nastawiona jest na współpracę. Historia opowiedziana przez pacjenta jest łatwa do zrozumienia, nawet gdy jest niepokojąca. W narracji występują spójne sekwencje chronologiczne, równowaga tematów ogólnych i szczegółowych. Przekaz jest spójny, a opisy innych są wielowymiarowe i wiarygodne [17].

UNIKOWY STYL PRZYWIĄZANIA

Style pozabezpieczne mogą wiązać się z utrudnionym kontaktem zarówno z pacjentem, jak i jego rodziną. Osoby wykazujące pozabezpieczny styl przywiązania częściej poszukują wsparcia poza rodziną, a lęk i niechęć mogą się nasilać, gdy zbyt często zmieniają się osoby opiekujące się [13]. W przypadku unikającego stylu przywiązania charakterystyczna jest oschłość, dystans i zobojętnienie, brak wyrażania emocji [7]. Dzieci są uczone, aby szybko osiągnąć niezależność i nie pokazywać słabości. Wartość w takich rodzinach stanowią niezależność, skuteczność, status społeczny. Wzajemne relacje wśród członków rodziny są idealizowane. Rodzina typu unikowego nierzadko osiąga duży sukces społeczny – wynika to z koncentracji na osiągnięciu wyników i odsuwaniu od siebie uczuć zwią-

zanych z dyskomfortem. Tacy pacjenci i ich rodziny na poziomie emocjonalnym lepiej radzą sobie z chorobą nowotworową w porównaniu z innymi stylami przywiązania, pod warunkiem że nowotwór nie wszedł jeszcze w fazę zaawansowaną. Tak długo, dopóki utrzymuje się subiektywne poczucie, że możliwe jest działanie w celu wyleczenia, będzie ono główną strategią radzenia sobie z wyzwaniem, jakim jest choroba. Wzajemne towarzyszenie sobie w trudnych uczuciach będzie ograniczane [16]. W takich przypadkach można od pacjenta usłyszeć: *Co mi da lęk, co mi to pomoże, że będę się martwił i nad tym zastanawiał?* To właśnie do tych chorych najbardziej pasuje batalistyczna metafora używana niejednokrotnie przez media: *Pacjent przegrał walkę z rakiem*. Dzieje się tak, ponieważ aktywne zmaganie z chorobą trwa nieraz do samego końca. W kontakcie z zespołem opieki paliatywnej pytania ograniczają się do konkretów, np. do postępowania lekarza w prowadzeniu terapii. Bliscy organizują opiekę lub są zaskakująco pasywni i zobojętniali. Jak zaznacza Petersen [7], przeżywany kryzys można zaobserwować w mimice, w niespokojnych ruchach, odwracaniu wzroku, gdy mówi się o negatywnych emocjach. Ponieważ pacjent ma problemy z proszeniem o pomoc lub zaprzecza odczuwaniu bólu i nie mówi o swoim cierpieniu, zespół opieki medycznej może czuć się bezradny. Według Tan i wsp. [11] empatyczny kontakt może pomóc pacjentowi w zaspokojeniu potrzeb, chory może być bardziej otwarty na kontakt ze specjalistą, jeśli ten z jednej strony jasno komunikuje, że jest dostępny i zainteresowany, a z drugiej szanuje potrzebę zachowania autonomii, samostanowienia i samowystarczalności – na tyle, na ile to możliwe. Rodzina lub pacjent mogą zasypywać lekarza pytaniami, szukanie odpowiedzi jest próbą odzyskania kontroli. Przez lekarza to nadmierne odpytywanie może zostać odczytane jako podważanie autorytetu i brak szacunku. Narracja prezentowana przez pacjenta i jego rodzinę jest niewątpliwie spójna, ale brakuje w niej osobistych szczegółów. Wyrażanie emocji jest stłumione, niejasne [17]. Komunikaty są lakoniczne, ich nieświadomą intencją jest ukrycie wszystkiego, co świadczyłoby o słabości, zależności czy lęku.

LĘKOWO-AMBIWALENTNY STYL PRZYWIĄZANIA

W przypadku stylu ambiwalentnego u pacjentów pojawia się głęboki lęk i niepokój, który wynika z obawy przed odrzuceniem i brakiem opieki [7]. Chorzy zgłaszają często większe nasilenie bólu w porównaniu z osobami prezentującymi inny styl przywiązania [18]. Figury rodzicielskie były wcześniej niekonsekwentne w zachowaniu, np. ze względu na swoją depresyjność, lęklivość lub za-

absorbowanie własnymi problemami [16]. Strategią na poradzenie sobie z niepewnością w przeżywaniu relacji jest nadmierna kontrola członków rodziny, często nazywana troską. Rodzina czy pacjent szukają osobistej relacji z lekarzem, co wynika z poczucia, że tylko lekarz personalnie poruszony sytuacją będzie zaangażowany i skory do pomocy. Nieświadomie liczy się na to, że nie wyrażając wprost swoich zastrzeżeń czy wątpliwości, uda się zapewnić najlepszą opiekę. Członkowie personelu medycznego mogą poczuć się zranieni, kiedy o skargach dotyczących leczenia, o ile takie się pojawią, dowiedzą się od osób trzecich lub z niepochlebnych informacji umieszczonych w Internecie. Zachowanie takie wynika z faktu, że osoby te nie doświadczyły w rodzinie otwartej komunikacji i spodziewają się raczej odrzucenia oraz braku zrozumienia. Ze strony rodziny można zaobserwować intensywne działania mające na celu ukojenie [7], częsty dotyk, głaskanie, intensywne wyrażanie smutku. Personel medyczny często słyszy od członków rodziny opiekujących się pacjentem o przeciążeniu i ofiarności. Działania ze strony rodziny mogą męczyć chorego, ograniczają też jego autonomię, kiedy bliscy wypowiadają się w jego imieniu. Skłonność członków rodziny do wchodzenia w symbiotyczne relacje nie pozwala odróżnić potrzeb i uczuć poszczególnych osób, np. żona pacjenta domaga się zwiększenia leków przeciwbólowych dla męża, twierdzi, że on cierpi, choć on sam o tym nie wspomina. Ona sama nieświadomie w ten sposób mówi o swoim cierpieniu psychicznym związanym z perspektywą rozstania na zawsze z osobą bliską, które przypisuje jako fizyczny ból mężowi. Postawa ta utrudnia zrozumienie potrzeb i woli osoby chorującej, a dodatkowo pojawiają się sprzeczności w komunikatach od samego pacjenta, na przykład wyrażania woli śmierci połączonego z żądaniem chemioterapii [7]. Lekarzy niejednokrotnie zaskakują prośby dotyczące intensywnych działań nieadekwatnych do stanu chorego, będące w sprzeczności z jednoczesną troską. Jest to zaskakującym wyrazem buntu nieświadomionego wobec wcześniej ograniczanej autonomii, która wynikała z konieczności pozostawania w zacieśnionych relacjach z lęku przed ich rozpadem. Gdy zbliża się ostateczne rozwiązywanie więzi poprzez śmierć, do głosu dochodzi nieświadoma złość, która sprawia, że rodzina deklarując ogromną miłość, domaga się np. radykalnych operacji, które dodadzą cierpienia, ale nie zmieniają już scenariusza zbliżającej się śmierci. Kiedy rodzina nie może uzyskać od lekarza zgody na swój projekt leczenia, wtedy może wystąpić próba wprowadzenia medyka w poczucie winy, np. zarzuca się mu brak zaangażowania, empatii etc. W relacjach z personelem medycznym pojawia się charakterystyczny styl narracji, którego nieświadomą funkcją jest zatrzymanie drugiej

osoby jak najdłużej przy sobie. Strategia ta odnosi tak naprawdę efekt odwrotny do zamierzonego: mniej asertywni członkowie zespołu leczącego zaczynają unikać kontaktu, redukują chwile poświęcone choremu, aby nie doświadczać poczucia winy, kiedy się go pozostawia samego. W kontakcie dominuje poczucie znudzenia, przytłoczenia. Pacjent lub rodzina opowiadają nadmiernie dygresyjnie osobistą historię, którą trudno zrozumieć. Możliwy pośpiech lub dramatyzm wyrażają niepewność lub niepokój, przedstawiane fakty są niejasne lub budzą dezorientację. Fragmentaryczna narracja zawiera zbyt dużo szczegółów, wiele linii fabularnych, sprzeczne motywy, nagłe zmiany tematów oraz skoki chronologiczne [17]. W związku z powyższym w rodzinach osób wykazujących styl ambiwalentny istotna jest jasność komunikatu po stronie personelu leczącego, stałość i przewidywalność obecności oraz zapewnienie, że pacjent jest objęty rzetelną i trwałą opieką [7, 11]. Ważne jest wyznaczenie granic i reagowanie na potrzeby pacjenta zgodnie z ustalonym schematem wizyt, udzielanie pomocy [12] oraz słuchanie przede wszystkim pacjenta, umieszczenie go w centrum procesu leczenia [7], tak aby uniknąć zdominowania przez członków rodziny.

ZDEZORGANIZOWANY STYL PRZYWIĄZANIA

Zdezorganizowany styl przywiązania wydaje się najtrudniejszy pod względem budowania wzajemnych relacji. Tutaj odnajdziemy elementy innych stylów przywiązania, tym jednak, co wyróżnia osobę reprezentującą ten wzór, jest siła oddziaływania zarówno w kontakcie indywidualnym, jak i wobec całego zespołu. Osoby prezentujące ten styl przywiązania często rozwijają w dorosłości zaburzenia osobowości, sam styl definiuje nieprzewidywalność [7]. Petersen [7] opisuje w tym przypadku chaos uczuciowy, przekrój emocji od silnego strachu po agresję i głęboki smutek, odrzucanie pomocy przy jednoczesnym intensywnym komunikowaniu objawów [12]. Nierzadko zdarza się sytuacja, że mimo progresu choroby i cierpienia pacjenta, dopiero czynniki zewnętrzne zmuszają go do podjęcia leczenia, które wówczas może mieć już tylko paliatywny charakter. Na przykład żona pacjenta przyjętego na oddział z zaawansowanym nowotworem płuc opisuje, że nie godził się na wcześniejsze pójście do lekarza, dopiero pogotowie zabrało go z domu nieprzytomnego, a wykonane wówczas badania wykazały nieodwracalne konsekwencje choroby. Kolejną trudnością dla zespołu opieki paliatywnej są rozbieżności w opisie objawów. Chorzy opowiadają także o traumatycznych przeżyciach z całego życia, co może wywoływać silne odczucia smutku i lęku wśród osób zajmujących się nimi. Relacje ro-

dzinne są zaburzone, pojawiają się ataki agresji i, jak podkreśla Petersen [7], często występują zaburzenia psychiczne. W przypadku stylu zdezorganizowanego istnieje duże ryzyko występowania skrajnych reakcji pacjenta i skłócenia członków zespołu sprawującego opiekę [12]. Taki pacjent wywołuje w zespole najwięcej emocji, skupia na sobie uwagę. Jego obraz wśród członków personelu jest skrajnie różny, ten sam pacjent budzi głębokie współczucie i troskę oraz nadmierne zaangażowanie u jednych, a u innych jawi się poczucie, że pacjent sam jest winien swojej sytuacji, odrzucają go, a nawet lekceważą. Pacjent pogłębia już wcześniej istniejące podziały w grupie. Najważniejsze w tym przypadku jest zapewnienie stałej, dobrej i przewidywalnej opieki oraz wyznaczenie granic między członkami zespołu a osobą chorującą i członkami jej rodziny [7]. Spośród interwencji możliwych do przeprowadzenia przez personel wymienia się: trzymanie się standardowych, dobrych praktyk opieki na oddziale, co ma na celu zmniejszenie intensywności zarzutów ze strony pacjenta [12], oraz skierowanie rodziny do instytucji świadczących pomoc w razie potrzeby. Jak podkreśla Petersen [7], wymagana jest tu sprawna komunikacja pomiędzy osobami opiekującymi się pacjentem oraz przeprowadzanie superwizji. Pacjent podczas zbierania wywiadu lub rutynowych kontaktów może powiedzieć coś, co wprawi w konsternację, zaskoczenie, np. opisać ledwie znanej osobie, jak był molestowany w dzieciństwie. Z jednej strony może wyłonić się potrzeba niesienia pomocy, która może okazać się nieadekwatna, z drugiej strony może pojawić się chęć uwolnienia się od uciążliwego kontaktu, tak jak opuszcza się zbyt duszne pomieszczenie. Niemożność sprostania potrzebom pacjenta, który był zaniedbywany od wczesnego dzieciństwa, rodzi często nieadekwatne w swej nadmierności poczucie winy. Zdarza się, że trudno jest zmierzyć się z rozczarowaniem pacjenta, chociaż od początku było ono wpisane w scenariusz relacji. Czasami osoby, które doświadczały zbyt wiele lęku, by otworzyć się na relacje, w obliczu śmierci rozpoczynają związek. Dopiero wówczas doświadczają ciepłej, kojącej obecności drugiego człowieka, który towarzyszy im w ostatniej podróży.

PODSUMOWANIE

Każda rodzina jest na swój sposób wyjątkowa, ma własną historię, tradycję, wartości. Style przywiązania są schematem w jakimś sensie upraszczającym skomplikowane relacje międzyludzkie. Są także konstruktem niezwykle przydatnym w pracy nie tylko psychologa, ale każdej osoby związanej z profesjonalną opieką medyczną nad umierającym pacjentem i jego systemem rodzinnym. Zrozumienie

również własnego modelu przywiązania jest bardzo pomocne w wyjaśnieniu, dlaczego w pracy zawodowej natrafia się na specyficzne dla danej osoby trudności w komunikacji z pacjentem czy jego rodziną. Każdy styl przywiązania reprezentuje unikalne potrzeby w zakresie sposobu informowania o chorobie i leczeniu oraz obszarze potrzebnego wsparcia emocjonalnego, a nawet o życzeniach, w jaki sposób pacjent chce spędzić swoje ostatnie chwile. Wiedza psychologiczna w tym obszarze pozwala nie dokonywać ocen, ale lepiej zrozumieć świat danej rodziny, decyzje, jakie są podejmowane w obliczu zbliżającej się śmierci, motywy postępowania i intencje. Kompetencje w tym zakresie redukują nieporozumienia i pozwalają z większą satysfakcją świadczyć pomoc w obszarze opieki paliatywnej.

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Maunder RG, Hunter JJ. Attachment and psychosomatic medicine. *Developmental contributions to stress and disease*. *Psychosom Med* 2002; 63: 556-567.
2. Marrone M. (red.). Attachment and interaction: from bowlby to current clinical theory and practice. Second edition. Jessica Kingsley Publishers, London 2014
3. Kosminsky P. Attachment informed grief therapy. [W:] *The handbook of grief therapies*. Steffe E, Milman E, Neimeyer R (red.). SAGE Publications Ltd, Thousand Oaks 2022, 91-100.
4. Howes C, Spieker S. Attachment relationships in the context of multiple caregivers. [W:] *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. Cassidy J, Shaver P (red.). The Guilford Press, New York 2008, 317-332.
5. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment insecurities and disordered patterns of grief. [W:] *Complicated grief: scientific foundations for health care professionals*. Stroebe M, Schut H, Van den Bout J (red.). Routledge, Abingdon-on-Thames 2013, 190-203.
6. Henny A, Sivan L, Gil G i wsp. Working alliance and attachment orientations in the patient-oncologist relationship. *Psychooncology* 2021; 30: 1375-1382.
7. Petersen Y. Konflikty w relacjach międzyludzkich pod koniec życia – rozwiązania za pomocą teorii przywiązania. [W:] *Psychoonkologia: diagnostyka, metody terapeutyczne*. Dorf-müller M, Dietzfelbinger H (red.). Edra Urban & Partner, Wrocław 2011, 105-113.
8. Waters E, Crowell J, Elliott M i wsp. Bowlby's secure base theory and the social/personality psychology of attachment styles: work(s) in progress. *Attach Hum Dev* 2002; 4: 230-242.
9. Lopez F, Brennan K. Dynamic processes underlying adult attachment organization: toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *J Counsell Psychol* 2000; 47: 283-300.
10. Hunter M, Davis P, Tunstall J. The influence of attachment and emotional support in end-stage cancer. *Psychooncology* 2006; 15: 431-444.
11. Tan A, Zimmermann C, Rodin G. Interpersonal processes in palliative care: an attachment perspective on the patient-clinician relationship. *Palliat Med* 2005; 19: 143-150.
12. Hunter J, Maunder R. Using attachment theory to understand illness behavior. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23: 177-182.
13. Milberg A, Friedrichsen M. Attachment figures when death is approaching: a study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences during palliative home care. *Support Care Cancer* 2017; 25: 2267-2274.
14. Adshead G. Psychiatric staff as attachment figures: understanding management problems in psychiatric services in the light of attachment theory. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 64-69.
15. Fraser B, Korenblum C, Mah K i wsp. The experience of medical communication in adults with acute leukemia: impact of age and attachment security. *Psychooncology* 2019; 28: 122-130.
16. Hunter J, Maunder R. (red.). *Improving patient treatment with attachment theory*. Springer 2016.
17. Maunder R, Hunter J. Assessing patterns of adult attachment in medical patients. *Gen Hosp Psych* 2009; 31: 123-130.
18. Smith M D, Meredith P J, Chua S Y. The experience of persistent pain and quality of life among women following treatment for breast cancer: an attachment perspective. *Psychooncology* 2018; 27: 2442-2449.