

Światowe doniesienia z kongresu łączonego Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Psychospołecznej (APOS) i Międzynarodowego Towarzystwa Psychoonkologicznego (IPOS) w Waszyngtonie, USA

World news from joint congress of American Psychosocial Oncology Society (APOS) and International Psycho-Oncology Society (IPOS) in Washington, DC, USA

Marta I. Porębiak

Uniwersytet Warszawski

Psychoonkologia 2015, 2: 80–82

W dniach 28 lipca – 1 sierpnia 2015 r. w Waszyngtonie odbył się coroczny kongres organizowany przez Międzynarodowe Towarzystwo Psychoonkologiczne (*International Psycho-Oncology Society* – IPOS). Wzięło w nim udział ponad 900 osób reprezentujących ponad 50 krajów i 6 kontynentów. Tegorocznym motywem przewodnim było wdrożenie standardów opieki psychoonkologicznej prowadzonej w USA na poziomie krajowym na poziom ogólnosiwiatowy. Tym bardziej cenna podczas tegorocznego zjazdu była obecność reprezentantów Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Psychospołecznej (*American Psychosocial Oncology Society* – APOS), które wspólnie z IPOS było organizatorem kongresu.

Kongres rozpoczęła tradycyjnie dwudniowa Akademia szkoleniowa (*Psychosocial Academy*), podczas której znani psychoonkolodzy prowadzili warsztaty umiejętności terapeutycznych lub związanych z prowadzeniem badań. W tym roku odbył się m.in. warsztat na temat diagnozy i leczenia zaburzeń seksualnych kobiet i mężczyzn, jakie występują w związku z chorobą nowotworową lub są efektem ubocznym stosowanego leczenia. Szkolenie zostało przeprowadzone przez Mary Hughes i dr. Christiana Nelsona z USA. Zwrócili oni uwagę zarówno na problemy, jakie dotyczą seksualności mężczyzn, jak i kobiet, oraz podkreślili, jak istotne jest wczesne rozpoczęcie terapii, co w przypadku niektórych pacjentów może mieć znaczenie kluczowe dla skuteczności prowadzonego leczenia. W drugim dniu Akademii tradycyjnie odbył się warsztat dotyczący terapii żałoby. W tym roku szkolenie zostało przygotowane przez dr. Davida

Kissane’a z Australii, dr. Petera Steinglassa z USA, dr Martę I. Porębiak z Polski, dr Talię Zaider oraz dr Wendy Lichtenthal z USA. Oprócz zagadnień dotyczących Terapii Żałoby Skoncentrowanej na Rodzinie (*Family Focused Grief Therapy* – FFGT) Kissane’a, omówione zostały stosowane przez Porębiak metody systemowej pracy z rodziną w konfliktach, program Liechtenthal terapii żałoby dla rodziców po stracie dziecka oraz przez Steinglassa i Zaider – grupowe formy terapii rodzin.

Kolejne trzy dni kongresu poświęcone były konferencji, na którą składały się liczne sesje tematyczne, dyskusje panelowe i sesje plakatowe, gdzie polskim akcentem była prezentacja dr Małgorzaty M. Stańczyk na temat zastosowań muzykoterapii jako elementu leczenia psychoonkologicznego. Autorka przedstawiła sposób, w jaki pacjenci leczeni w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu korzystają w trakcie odbywania chemio- i radioterapii z muzykoterapii. Głównym celem stosowanych oddziaływań jest zmniejszenie napięcia towarzyszącego leczeniu, relaksacja oraz zmniejszenie odczuwania bólu.

Podczas tegorocznego kongresu odbyły się sesje tematyczne poświęcone takim zagadnieniom, jak profilaktyka nowotworów, w tym leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu, poradnictwo genetyczne, szczepienia przeciwko HPV. Podczas sesji poświęconej rodzinom dr Kissane zaprezentował kolejne wyniki badań przeprowadzonych w USA i Australii potwierdzających wysoką skuteczność Terapii Żałoby Skoncentrowanej na Rodzinie (FFGT), analogicznie do badań opublikowanych uprzednio [1]. Uzyskane dane od 620 uczestników badania

wskazują na skuteczność FFGT w odniesieniu do profilaktyki wystąpienia epizodu dużej depresji po stracie oraz wystąpienia żaloby powikłanej, rozumianej jako zaburzenie więzi. Jednocześnie Kissane wskazał, że nawet rodzinom skonfliktowanym można pomóc w przygotowaniu się do żaloby, nie należy tym samym obawiać się pracy z rodzinami w konflikcie w okresie opieki paliatywnej, należy jednak zachować uważność w kontakcie z nimi. Sprowadza się to m.in. do umiejętności kontenerowania konfliktu podczas sesji, stworzeniu dla rodziny bezpiecznej atmosfery, przy zastosowaniu zasad cyrkularności. Badanie to dowiodło także, że program FFGT, który opiera się na prowadzeniu od kilku do kilkunastu sesji rodzinnych na przestrzeni około 12 miesięcy, jest bardziej skuteczny przy 10 sesjach w porównaniu z programem 6 sesji. Tym samym 10 sesji w okresie 12 miesięcy można uznać za optymalny schemat FFGT.

Interesujące były również wystąpienia dotyczące dylematów etycznych i trudnych wyborów w zachowaniu płodności podczas i po leczeniu onkologicznym. Doktor Fremonta Meyer przedstawiła ten problem, biorąc pod uwagę takie kwestie, jak konieczność opóźnienia rozpoczęcia leczenia onkologicznego u pacjentek decydujących się na zamrożenie komórek jajowych lub zarodków. Meyer zilustrowała dylemat, przed jakim staje nie tylko pacjentka, ale i zespół medyczny, na przykładzie pacjentki z zaawansowanym rakiem piersi, która dzięki metodzie wcześniejszego zamrożenia zapłodnionych komórek jajowych na dwa miesiące przed śmiercią urodziła zdrowe dziecko. Jednakże przeprowadzenie procedury *in vitro* w tym przypadku wymagało uzyskania opinii prawnych. Zagadnienie dotyczące problemów płodności w chorobach nowotworowych zyskało swoją nazwę – *oncofertility*, co można tłumaczyć jako onko-płodność [2]. Nadal najbardziej kontrowersyjne pozostaje udostępnianie metod umożliwiających zapłodnienie pacjentom z zaawansowaną chorobą nowotworową, kwestia omawiania tematu płodności z pacjentami objętymi jedynie leczeniem paliatywnym, włączanie w takie rozmowy partnera, przyjęcie za priorytet życzenia pacjenta w tym zakresie, a nie dobro nienarodzonego dziecka, czy też kwestia badań prenatalnych i kontynuacji ciąży w przypadku mutacji, np. genu p53 u płodu. Nie bez znaczenia pozostaje również koszt emocjonalny i etyczny, jaki ponosi zespół terapeutyczny towarzyszący pacjentowi z zaawansowaną chorobą nowotworową w oczekiwaniu na narodziny dziecka. Kwestie te z pewnością powinny być brane pod uwagę w praktyce psychoonkologów także w Polsce.

Niezwykle cenna była sesja dotycząca konieczności superwizji w psychoonkologii. Ze względu

na wysokie ryzyko wypalenia zawodowego psychoonkologów powinni nie tylko dla walorów edukacyjnych, lecz także emocjonalnych poddawać swoją pracę regularnej superwizji, co zostało stwierdzone ponad 30 lat temu [3]. Zdaniem dr Nicole Taylor z USA to, co jest specyficzne dla problemów omawianych podczas superwizji w psychoonkologii, a niekoniecznie obecne w superwizji każdego innego procesu terapeutycznego, to m.in. zmaganie się z problemem własnej śmiertelności i lękiem przed własną chorobą, stałe doświadczanie strat i ekspozycja na okaleczenie. Dlatego poza przygotowaniem psychoterapeutycznym wymagającym od superwizorów w psychoonkologii, zdaniem Taylor istotne jest także samo doświadczenie w pracy w onkologii. Następnie w swoim wystąpieniu dr Mark Moore z USA podkreślił, że superwizja w psychoonkologii powinna mieć charakter procesu, a nie dotyczyć jedynie kryzysowego wsparcia superwizanta. Ponadto powinna być oparta na relacji między superwizorem a superwizantem, którą można scharakteryzować jako hierarchiczną, jednakże opartą na trosce o rozwój superwizanta, zasadach etycznych oraz moralnej odpowiedzialności superwizora za jakość pracy wykonywanej przez superwizanta. Moore wykazał także empirycznie, że zdaniem psychoonkologów korzystających regularnie z superwizji, pomaga ona lepiej rozumieć prowadzonego pacjenta, pozwala na edukację ogólną w zakresie onkologii, zabezpiecza priorytet dobra pacjenta w terapii, pomaga zrozumieć przeciwprzeniesienie, dostarcza informacji zwrotnych o wykonywanej pracy, wzmacnia identyfikację z wykonywanym zawodem, buduje ufność we własne kompetencje, zwiększa samoświadomość i zapewnia stały rozwój zawodowy. Sesja tematyczna dotycząca superwizji została zakończona przez dr Amandę Kracen z USA podsumowaniem zaleceń, jakie w 2014 r. wydało Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne [4] odnośnie do superwizji klinicznej w psychologii zdrowia.

Podczas tegorocznego spotkania nie zabrakło sesji na temat psychoonkologii dziecięcej, monitorowania dystresu, zagadnień kresu życia i psychoonkologii w hematologii. Można jednak dostrzec, że coraz więcej jest z roku na rok wystąpień dotyczących problematyki troski o dobrostan psychiczny samych psychoonkologów. W tym istotne jest miejsce poświęcone problematyce wypalenia zawodowego oraz superwizji.

Osiemnasty międzynarodowy kongres IPOS odbędzie się w dniach 17–21 października 2016 r. w Dublinie. Jego motywem przewodnim jest psychoonkologia jako nauka, sztuka i praktyka. Będzie to kolejna okazja do udziału w Akademii szkole-

niowej, sesjach tematycznych, dyskusjach panelowych i sesjach plakatowych, gdzie zachodzi żywa wymiana doświadczeń między psychoonkologami reprezentujących różne kraje i kultury.

Piśmiennictwo

1. Kissane D, McKenzie M, Bloch S i wsp. Family focused grief therapy: a randomized controlled trial in palliative care and bereavement. *Am J Psych* 2006; 163: 1208-1218.
2. Meyer F, Farrell E. Ethical Dilemmas in Palliative Care: A Case Study of Fertility Preservation in the Context of Metastatic Cancer. *J Palliat Med* 2015 [w druku].
3. Blum D, Euster-Fisher S. Clinical supervisory practice in oncology settings. *The Clinical Supervisor* 1983; 1: 17-27.
4. American Psychological Association. (2014). Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology; dostępne na: <http://www.apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>.