

*Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum w Krakowie,
Wydział Ochrony Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa,
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

**Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu
Specjalność – Pielęgniarstwo

*Jagiellonian University in Cracow, Medical College Faculty of Health,
Care Institute of Nursing, Department of Clinical Nursing

**Podhale Public School of Higher Vocational Education, Nowy Targ
Speciality - Nursing

*GRAŻYNA CEPUCH, **GRAŻYNA DĘBSKA

Psychological aspects of pain in adolescents with cancer
Psychologiczne aspekty bólu u młodzieży z chorobą nowotworową

Jednym z bardzo ważnych problemów o dużym ciężarze gatunkowym, sprzężonym z procesami nowotworowymi, jest ból. Jest on jednym z czołowych, jeżeli nie najważniejszym czynnikiem, który w sposób determinujący wpływa na jakość życia młodego pacjenta. Nie leczony dotyczy całej osoby, wywołując nie tylko przykre doznania somatyczne i zaburzenie funkcji życiowych, ale również negatywne emocje i cierpienie duchowo – egzystencjalne. Ból wynikać może zarówno z istoty choroby, jak i z procesu diagnozowania czy leczenia. Należy jednak zaznaczyć, że ból związany z nowotworem w grupie dzieci i młodzieży najczęściej występuje w okresie przed postawieniem diagnozy i przed rozpoczęciem właściwego leczenia, oraz pojawia się ponownie w czasie nawrotu choroby i w końcowej fazie nowotworu. U większości dzieci ból ustępuje w momencie rozpoczęcia terapii ukierunkowanej na właściwy nowotwór. Przeważającą przyczyną bólu w omawianej grupie, stanowi ból związany z procesem diagnozowania i stosowaniem wieloelementowego procesu leczenia [3].

Wiedza na temat bólu, szczególnie na przestrzeni ostatnich lat podlega bardzo dynamicznemu rozwojowi, u którego podstaw leży m.in. inżynieria genetyczna i poznanie genomu ludzkiego. Pozwoliło to, na wykazanie, iż w powstawaniu doznań bólowych zaangażowanych jest wiele obszarów obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego [6,13].

Przegląd literatury, dotyczącej rozumienia i definiowania bólu, począwszy od starożytnych Greków, Arystotelesa, przez model Kartezjusza, aż po jego współczesne ujęcie, pozwala na podsumowanie w następujący sposób: w teorii bólu podstawową rolę pełnią emocje, jako nieodłączna własność doświadczenia bólu [4]. Ból jako przykre zmysłowe i emocjonalne doświadczenie wywołane rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek, bądź jedynie opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia (def. bólu – IASP, 1979), oraz walka z nim nadal stanowi wyzwanie dla wielu gałęzi medycyny, nauk pokrewnych i innych z nią związanych.

Problematyka bólu nie dotyczy tylko poznania mechanizmów bólowych i skutecznych metod jego uśmierzenia, ale braku wprost proporcjonalnego związku między nim a reak-

cjami, jakie może wywoływać w człowieku. Ból wpływa na stan psychiczny pacjenta, ale także występuje odwrotna zależność. Stan psychiczny chorego wpływa na percepcje bólu i ocenę jego znaczenia [16]. Ze względu na duży subiektywizm jego odczuwania śmiało można stwierdzić, że ile osób tyle sposobów jego przeżywania.

Rozpatrując zagadnienia bólu, konieczne wydaje się być wyodrębnienie różnych jego aspektów, a są to:

- fizyczne efekty bólu (przejawy bólu),
- funkcjonalne aspekty bólu (jego wpływ na codzienną aktywność życiową),
- psychospołeczne czynniki (lęk, depresja, wpływ bólu na reakcje interpersonalne),
- aspekty duchowe (sens cierpienia, sens i cel życia, religia) [16].

Ból, zatem stanowi nadal nie do końca rozwiązany i wciąż aktualny problem, zarówno badawczy jak i kliniczny. Ze względu na swój wielopłaszczyznowy charakter - a przez taki pryzmat musi być zawsze rozpatrywany - powinien być rozumiany, jako składowa zjawiska znacznie szerszego, jakim jest cierpienie.

Próby sprecyzowania, czy wręcz zdefiniowania cierpienia podejmowało wielu filozofów już setki lat przed naszą erą. Epikur i jego zwolennicy stawiali cierpienie, jako przeciwność szczęścia, a hedoniści jako przeciwność przyjemności. Przez członków zespołu terapeutycznego, którzy przecież nie są teoretykami filozofii, cierpienie winno się postrzegać w aspekcie przedmiotowym [5]. Choroba nowotworowa i towarzyszące jej cierpienie jest bezsprzecznie indukatorem wielu negatywnych emocji, jak: lęku, gniewu, agresji czy depresji, które mogą generować ból lub nasilać ból już istniejący, tworząc błędne koło przyczynowo - skutkowe.

Percepcja bólu u dzieci i młodzieży jest niezwykle złożona, a na jego przeżywanie niebagatelny wpływ mają właśnie czynniki psychologiczne.

Szczególne znaczenia nabiera on w grupie młodzieży, gdzie swoje „ja” określają poprzez pryzmat aspiracji, ideałów i kompetencji oraz ujmują siebie w kategoriach spójnej i zintegrowanej osobowości [8,9]. Według Eriksona adolescencja to okres w rozwoju, w którym jednostka poszukuje swojej tożsamości. Zarówno E. Erikson jak i A. Freud, uważają adolescencję za przerwę w harmonijnym rozwoju dziecka i traktują ten okres nawet, jako zespół czynników będących stanem pogranicza pomiędzy normą a patologią [14].

W tym okresie przechodzenia z czasu dzieciństwa w wiek dorostania, na przestrzeni stosunkowo krótkiego czasu dochodzi do radykalnych zmian nie tylko fizycznych, ale również psychicznych jak i społecznych. Dodatkowy ciężar choroby nowotworowej w tym wieku, dość często prowadzi do spadku poczucia własnej wartości, kontroli, niezależności, zaburzeń postrzegania własnego ciała, zagubienia tożsamości - w tym i seksualnej, oraz obawy przed odrzuceniem przez rówieśników [1]. Dlatego też, zadziałanie w tym okresie czynników o dużej sile traumatyzującej, - a takimi na pewno są choroba nowotworowa i często towarzyszące jej doznania bólowe - może zachwiać kruchymi strukturami psychiki młodych ludzi.

Priorytetowego, zatem znaczenia nabiera objęcie młodego pacjenta taką opieką, by ograniczyć skutki choroby nie tylko w sferze somatycznej, ale i (lub przede wszystkim) psychicznej, minimalizując ryzyko rozwinięcia się zespołów dezadaptacyjnych, depresyjnych i lękowych [21]. Ból towarzyszący chorobie może stymulować rozwój depresji, która ma istotny wpływ na samopoczucie chorych onkologicznie.

Na uwagę zasługują wyniki przeprowadzonych badań empirycznych zawartych w literaturze dotyczącej depresji u dzieci i młodzieży z chorobą przewlekłą (w tym i chorobą nowotworową). W badaniach tych, pacjenci zgłaszali znacznie niższy poziom depresji, czy zaburzeń w psychologicznym funkcjonowaniu, niż w grupach kontrolnych [2,7,12,22]. Dlaczego dzieci przewlekle chore, miałyby zgłaszać mniejszą ilość objawów depresyjnych, niż przeciwnie? Jedną z hipotez zakłada, że dzieci radzą sobie z przewlekłą chorobą poprzez nega-

cję pojawiających się trudności. Taka obrona psychologiczna jest wydajną strategią minimalizowania i bagatelizowania cierpienia i bazuje na oszukiwaniu samego siebie, a nie tylko na oszukiwaniu innych [2]. Szacunki częstości zaburzeń psychiatrycznych u dzieci z chorobami przewlekłymi różnią się między sobą [10]. Tak sprzeczne ze sobą wyniki mogą być rezultatem różnic w charakterystyce populacyjnej badanych grup lub różnych pomiarów.

Depresja dziecięca stanowi nadal zagadnienie kontrowersyjne i otwarte. Termin „depresja” obejmuje szerokie kontinuum zaburzeń o charakterze depresyjnym. Może być rozumiany jako symptom, syndrom lub choroba. Od strony psychologicznej depresja u dzieci i młodzieży może być diagnozowana zarówno, jako nastrój, stan i zaburzenie [18]. Należy jednak zauważyć, iż nawet wśród specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego nie ma zgodności, co do tego, co jest depresją, a co nią nie jest [17].

Następczą to może wiele trudności w diagnozowaniu i różnicowaniu jej z objawami zniechęcenia, frustracji czy też, obniżonymi stanami emocjonalnymi, wynikającymi z licznych sytuacji stresowych i poczucia straty.

Depresja nie jest przejściowym stanem obniżenia nastroju czy odczuwanego zmęczenia, jednakże, co z naciskiem należy zaznaczyć – ciągłe odczuwanie zniechęcenia może jednak również doprowadzić u chorego do rozwoju depresji [17].

Zaburzenia depresyjne mogą pozbawiać młodego człowieka zdolności odczuwania radości, utrudniać radzenie sobie z chorobą nowotworową i codziennym funkcjonowaniem, jednocześnie, - co jest niezwykle ważne u pacjenta cierpiącego ból - obniża próg bólowy, oraz zakłóca rytm snu i czuwania. W spektakularny zatem sposób, pogarszają jakość życia nie tylko samego pacjenta, ale i jego rodziny.

Wczesne wykrycie i efektywne leczenie depresji czy zaburzeń o charakterze depresyjnym wpływa pozytywnie nie tylko na jakość życia pacjenta [11], ale także na przebieg choroby podstawowej. Prawdopodobny mechanizm, który do tego prowadzi, to aktywacja immunologiczna poprzez poprawę aktywności ruchowej, lepsze odżywianie i sen [21].

Bardzo często występującym zaburzeniem (stanem), towarzyszącym chorobie nowotworowej na każdym jej etapie, jest niepokój i lęk, spowodowany poczuciem zagrożenia. Prowadzone dotychczas obserwacje i badania potwierdzają powszechne występowanie nasilonego lęku u pacjentów nowotworowych [15]. Lęk jest uczuciem bardzo silnym i przykrym, mającym wiele źródeł. Nierozzerwalnie jednak związany jest z bólem, lub możliwością jego doznania. Ból i lęk mogą być wzajemnie dla siebie zarówno źródłem, jak i następstwem (skutkiem), zawsze silnie na siebie oddziaływując. Należy jednak pamiętać, że lęk nie jest wyłącznie konsekwencją zmian somatycznych. Zależy on również od wrodzonych skłonności do lęklivosti, zakresu dotychczasowych doświadczeń traumatycznych, jak i właściwości neurofizjologicznych [19].

Zazwyczaj opisywane są w literaturze trzy mechanizmy lęku [20]:

- lęk, jako efekt występowania nadmiernych stymulacji bodźcowych – np. dużo bodźców bólowych,
- lęk, pojawiający się na skutek niezgodności poznawczej. Modele poznawcze nie pasują wówczas do dostrzeganej sytuacji. Ten mechanizm dotyczy szczególnie osób młodych, gdy zakodowana informacja o własnej sprawności i zdrowiu nie pasuje do sytuacji choroby,
- lęk, jako efekt zablokowania lub nieumiejętność stosowania działań zmniejszających
- stan psychicznego pobudzenia.

Na ogół przeżywanemu lękowi towarzyszą zaburzenia koncentracji uwagi, odczucie zmniejszonej wydolności intelektualnej, szczególnie w sferze pamięci, co znacznie może wpływać na poczucie własnej wartości i zaburzać obraz samego siebie. Stałe towarzyszenie

niepokoju i lęku wyzwała poczucie własnej słabości i niedoskonałości, która w znacznym stopniu oddziałuje na motywację i działanie.

Emocja ta, może stać się czynnikiem hamującym proces integracji struktur osobowości, utrwalającym negatywny obraz samego siebie [19], a przecież w okresie dorastania istotną rolę odgrywa potrzeba samorealizacji, przejawiająca się dążeniem do określenia celu i sensu swojego życia, jak i realizacji ważnych zadań życiowych.

Istotne zatem jest, by sytuacja choroby była interpretowana w kategoriach zadania czy wyzwania. Stanie się wtedy szansą dla rozwoju bogatej i dojrzałej osobowości. Jeśli natomiast sytuacja ta, będzie postrzegana wyłącznie w kategoriach ograniczeń i strat, to może być źródłem silnych napięć, wewnętrznych konfliktów, wyraźnie zakłócających procesy integracji osobowości [19].

Dlatego przed zespołem terapeutycznym stoi trudne, ale bardzo ważne zadanie mające na celu jak najwcześniejsze wykrycie zaburzeń i wdrożenie efektywnych działań. Personel medyczny musi zwrócić uwagę na potrzeby młodych ludzi, oraz opracowywać i promować strategie radzenia sobie z chorobą, terapią i skutkami ubocznymi.

PIŚMIENNICTWO

1. Barr R. D.: The adolescent with cancer. *European Journal of Cancer*, 2001, 37; 1523-1530.
2. Canning E H., Canning R D., Boyce W T.: Depressive symptoms and adaptive style in children with cancer. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, November 1992, 31:6; 1120-1124.
3. Collins JJ., Stevens MM., Berde CB.: Pediatric cancer pain. W: Sykes N., Fallon MT., Patt RB.: *Clinical Pain Management. Cancer Pain*. Arnold – London 2003.
4. Craig K.: Emotions and psychobiology, W: Wall P., Melzack R. (red) *Textbook of pain*. Edinburgh: Churchill – Livingstone, 1999.
5. Dangel T. (red.): *Leczenie bólu i opieka paliatywna u dzieci*. Instytut Matki i Dziecka & Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, 1998.
6. Dobrogowski J., Wordliczek J.(red.): *Ból przewlekły*. Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
7. Elkin TD., Phipps S., Mulhern RK., Fairclough DF.: Psychological functioning of adolescent and young adult survivors of pediatric malignancy. *Medical and Pediatric Oncology*. 1997 (29); 582-588.
8. Erikson E.H.: *Identity: youth and crisis*. Norton, New York 1968.
9. Erikson E. H.: Identification and identity. [w:] Conger J. J. (ed.): *Contemporary issues in adolescent development*. Harper and Row, New York, Evanston, San Francisco, London 1975.
10. von Essen L., Enskar K. (et al.): Self –esteem, depression and anxiety among Swedish children and adolescents on and cancer treatment. *Acta Paediatrica*, 2000 (89); 229 –236.
11. Evans D.L., McCartney C.F. et al.: Treatment of depression in cancer patients is associated with better life adaptation: a pilot study. *Psychosom Med*; 1988; 50(1), 73 –76.
12. Gizyńska M., Shapiro V.: Depression and childhood illness. *Child and Adolescent Social Work*. June 1990, Vol. 7, No 3; 179-197.
13. Jabbur SJ., Saade NE.: From electrical wiring to plastic neurones: evolving approaches to the study of pain. *Pain* 1999, Supplement 6: 87-92.
14. Januszewska E.: Psychoprofilaktyka zespołu pogranicznego. *Badania młodzieży w okresie adolescencji*. Sztuka leczenia, 2000, tom VI, nr 2, 59-70.
15. Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W.(red.): *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.

16. Majkowicz M., Lamparska E.: Ból – emocje: metody pomiaru. Dyskusje o depresji, No 21, 2002.
17. Meyza J., (red.): Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia. Centrum Onkologii Instytutu im. M. Skłodowskiej – Curie w Warszawie. Warszawa 1997.
18. Oleś M: Psychologiczne problemy diagnozy zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży. Sztuka Leczenia 1998: 4.
19. Pilecka W.: Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
20. de Walden-Gałużko K.: Wybrane zagadnienia z psychoonkologii i psychotanatologii. Uniwersytet Gdański, Gdańsk 1992.
21. de Walden – Gałużko K., (red.): Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków 2000.
22. Worchel FF., Nolan BF. (et al.): Assessment of depression in children with cancer. J. Pediatr. Psychol. 1988 (13); 101-112.

STRESZCZENIE

Choroba nowotworowa u młodocianych – pomimo znacznego postępu w jej leczeniu – nadal stanowi ogromne wyzwanie dla wielu gałęzi medycyny i nauk pokrewnych. Sprawą priorytetową jest nie tylko wyleczenie pacjenta, ale także otoczenie go taką opieką, by zapewnić mu jak najwyższą jakość życia przez cały czas zmagania się z chorobą. Stałe, negatywne obciążenie emocjonalne i doświadczane cierpienia, mogą trwale zaburzyć proces integracji niedojrzałej jeszcze osobowości, jak również niekorzystnie oddziaływać na przebieg leczenia. Zespół terapeutyczny sprawujący opiekę i biorący udział w leczeniu winien rozumieć znaczenie zagrożeń (ból, lęk, zaburzenia depresyjne), zwrócić uwagę na jak najwcześniejsze ich wykrycie i wdrożyć efektywne działania. Jedynie wtedy można uznać sukces w terapii choroby nowotworowej.

ABSTRACT

Although there has been a significant development in cancer treatment, cancer in adolescent is still a very serious challenge for many medical disciplines and sciences related to medicine. The priority should be not only curing a patient but also giving proper care in order to secure the best possible quality of life to the patient during their whole time of struggle with cancer. Constant, negative emotional burden and suffering might not only disturb integration process of immature personality but also adversely affect treatment process. Therapeutic team taking care of a patient and taking part in treatment should understand the importance of all treats (pain, fear, depressive disorders), pay attention to their early detection and effective actions. Only then can the successes in cancer therapy be acknowledged.