

Psychologiczne konsekwencje nieskutecznego leczenia bólu u chorych na nowotwór narządu rodowego

Psychological consequences of ineffective pain management in patients with gynecologic cancer

Zespół Psychologów, Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, Polska

Adres do korespondencji: Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak, Zespół Psychologów, Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Polna 33, 60-535 Poznań, tel.: +48 61 841 97 17, e-mail: jluczakwawrzyniak@gmail.com

A Team of Psychologists, Gynecology and Obstetrics Clinical Hospital of the Poznan University of Medical Sciences, Poznań, Poland

Correspondence: Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak, A Team of Psychologists, Gynecology and Obstetrics Clinical Hospital of the Poznan University of Medical Sciences, Polna 33, 60-535 Poznań, Poland, tel.: +48 61 841 97 17, e-mail: jluczakwawrzyniak@gmail.com

Streszczenie

W pracy przedstawiono wybrane poglądy na temat bólu jako doświadczenia i jako zjawiska oraz przeanalizowano czynniki, które wpływają na ograniczoną skuteczność jego leczenia u kobiet chorych na nowotwory narządu rodowego. Ból jest nieodłącznym, naturalnym i potrzebnym elementem życia – przede wszystkim pozwala zareagować na zagrożenie, a także towarzyszy wysiłkowi, którego pokonanie przynosi wiele psychospołecznych korzyści. Subiektywne doświadczenie bólu zależy od kilku czynników: siły bodźca, indywidualnej podatności i odporności na ból czy predyspozycji psychicznych jednostki. Poza stosowaniem właściwej farmakoterapii na skuteczność leczenia bólu u pacjentek z nowotworem złośliwym narządu rodowego wpływ mają zaburzenia w obszarze zdrowia psychicznego (zaburzenia poznawcze, lękowe i depresyjne), utrwalone, subiektywne przekonania na temat choroby i jej leczenia (opisany przez Waltera Kennedy'ego efekt nocebo), wielochorobowość, pamięć bólu, kontakt z lekarzem, poszanowanie praw osoby cierpiącej przez personel medyczny, wiek chorej oraz jakość otrzymywanego przez nią wsparcia. W artykule poddano krytyce zastępowanie sprawdzonych metod leczenia przeciwbólowego, opartego na dowodach naukowych i klinicznych, metodami niekonwencjonalnymi, takimi jak joga, reiki lub bioenergoterapia, których założenia i skuteczność nie zostały dotąd zweryfikowane ani udokumentowane.

Słowa kluczowe: nowotwór narządu rodowego, ból, stan psychiczny, efekt nocebo

Abstract

The paper presents selected views on pain as an experience and as a phenomenon as well as an analysis of factors reducing the efficacy of pain management in women with gynecologic cancer. Pain is an inseparable, natural and necessary element of life, which is primarily involved in responding to threat, but also accompanies effort, overcoming of which brings a number of psychosocial benefits. The subjective experience of pain depends on several factors, such as stimulant intensity, individual susceptibility and resistance to pain, or individual mental predispositions. In addition to appropriate pharmacotherapy, the efficacy of pain management in patients with gynecologic malignancies is further affected by mental disorders (cognitive, anxiety and depressive disorders), fixed, subjective ideas about the disease and its treatment (coined as nocebo by Walter Kennedy), multiple comorbidities, memory of pain, contact with the doctor, respecting patient's rights by medical staff, age, and the quality of support received by the patient. The paper takes a critical look at replacing proven analgesic treatment strategies based on scientific and clinical evidence with unconventional methods, such as yoga, reiki or bioenergy therapy, which have not been verified or documented.

Keywords: gynecologic cancer, pain, mental state, nocebo effect

WSTĘP

W stanie względnego zdrowia funkcjonowaniu człowieka w otoczeniu towarzyszy homeostaza. Wraz z wystąpieniem pierwszych objawów choroby lub podejrzeniem jej istnienia następuje utrata równowagi procesów zarówno biologicznych, jak i psychospołecznych. W chorobie człowiek dokonuje oceny poznawczej zjawisk, co umożliwia mu rozpoznanie sytuacji, w jakiej się znalazł. Szacuje ryzyko i szanse związane z interwencjami, które mają na celu przywrócenie poprzedniego stanu. Dokonuje także oceny emocjonalnej zjawisk, określając wartość choroby jako takiej i własną wartość w chorobie w kontekście poniesionych strat i uzyskanych korzyści. Najczęstszymi emocjami, które pojawiają się w reakcji na odkryte źródło zagrożenia, czyli chorobę, są lęk, złość, żal i smutek. Reakcje fizjologiczne to utrata sił, szybsze bicie serca, napięcie w mięśniach, ucisk w brzuchu, a reakcje psychiczne – obniżenie zdolności zapamiętywania, zaburzenia koncentracji uwagi, natłok albo sztywność myślenia, poczucie zagrożenia i straty cennych wartości oraz towarzysząca temu żałoba.

Antoni Kępiński, lekarz psychiatra, humanista, filozof, w swoich dziełach dotyczących zdrowia psychicznego wielokrotnie podkreślał, że człowiek w chorobie boi się śmierci, bólu, cierpienia, zniedołężnienia, utraty pozycji życiowej, sprawności zawodowej i towarzyskiej. Jednocześnie zwracał uwagę na fakt, że ważnym źródłem obaw chorego jest brak możliwości przewidzenia własnych zachowań w chwilach cierpienia i w obliczu śmierci^(1,2).

CHOROBA NOWOTWOROWA NARZĄDU RODNEGO – KRYZYS ŻYCIOWY

Przebieg choroby nowotworowej narządu rodne, będącej dla każdej pacjentki bardzo intensywnym doświadczeniem, oraz prognozy dotyczące przeżycia zależą od lokalizacji komórek nowotworowych, stopnia zaawansowania, czasu wykrycia i sposobu leczenia raka, a także ogólnego stanu zdrowia somatycznego i psychicznego w chwili rozpoznania. Poważna choroba jest kryzysem życiowym, źródłem dużego stresu, który generuje wiele zmian na poziomie procesów poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych. Lokalizacja raka w narządzie rodnym wywołuje u większości kobiet jednocześnie kryzys egzystencjalny i kryzys kobiecości. Zmieniają się samoocena i poczucie własnej wartości. Choroba skłania też do skonfrontowania się z wyobrażeniami na temat życiowych ról kobiety w zależności od jej biologicznego stanu. Utrata narządów rodnych jest dla wielu pacjentek równoznaczna z utratą ważnych atrybutów determinujących tożsamość, atrakcyjność czy sprawność seksualną. Problem ten podnoszą kobiety w każdym wieku, zarówno w okresie rozrodczym, jak i po menopauzie. W pierwszym przypadku chodzi głównie o ograniczenie płodności, w drugim – o poczucie „bycia pustą”, pozbawioną cech pełnowartościowej kobiety.

INTRODUCTION

A relatively healthy human functions in the environment in a state of homeostasis. The onset of first disease symptoms or a suspicion of a disease leads to the loss of biological and psychosocial balance. Humans affected by a disease perform a cognitive assessment of phenomena to identify the situation they are facing. They estimate the risk and the chances associated with interventions that aim to restore the previous state. They also perform an emotional assessment of phenomena, determining the value of the disease as such as well as their own value in the disease in the context of incurred losses and benefits. The most common emotions that arise in response to a new source of threat, i.e. a disease, include anxiety, anger, sorrow and sadness. Physiological reactions include weakness, faster heart rate, muscle tension, and abdominal compression, while psychological reactions include impaired memory, difficulty focusing, racing thoughts or stiff thinking, the sense of threat and loss of important values as well as sorrow.

In his works on mental health, Antoni Kępiński, a psychiatrist, humanist and philosopher, repeatedly emphasized that a human affected by a disease is afraid of death, pain, suffering, disability as well as the loss of life position, professional and social skills. At the same time, he pointed to the fact that the inability to predict one's own behaviors when faced with suffering and death is an important source of anxiety for the patient^(1,2).

GYNECOLOGIC CANCER – A LIFE CRISIS

The course of gynecologic cancer, which is an intense experience for all patients, and the prognosis for survival depend on tumor site and stage, the time of diagnosis, the method of treatment, and the general somatic and mental condition of the patient at the diagnosis. A serious disease leads to a life crisis and is a source of severe stress that generates multiple cognitive, emotional and behavioral changes. Most women with tumors located in their reproductive tract experience existential crisis and a crisis of femininity at the same time. Also, changes occur in their self-esteem. Furthermore, the disease makes them confront with ideas about woman's life roles, depending on their biological status. For many patients, the loss of reproductive organs is equivalent with the loss of important attributes that determine identity, attractiveness and sexual performance. This problem is raised by women of all ages, both in their childbearing period and after menopause. Limited fertility is the main problem in the first case, while “feeling empty” and devoid of qualities of a full-fledged woman is the main concern in the latter case.

Cancer is often accompanied by chronic and/or breakthrough pain, which causes additional severe stress and leads to a life crisis. The lack of resources to regain biological and psychological balance, the loss of control over

Chorobie nowotworowej towarzyszy często przewlekły i/lub przeszywający ból, który jest dodatkowym źródłem silnego stresu i powoduje wystąpienie kryzysu życiowego. Brak zasobów umożliwiających odzyskanie równowagi na poziomie biologicznym i psychologicznym, utrata kontroli nad podstawowymi funkcjami życiowymi oraz wyczerpanie zasobów w radzeniu sobie ze stresem i cierpieniem wskazują na dotkliwy charakter doświadczenia choroby. Nasuwa się pytanie, co pomaga kobiecie znieść tak ciężki kryzys, odzyskać kontrolę, podejmować działania na rzecz odzyskania zdrowia, energii i marzeń.

Kampanie reklamowe prowadzone w przestrzeni medialnej kierują myśli odbiorców ku nauce i praktyce klinicznej, sugerując, że na wiele chorób jest już panaceum. Programy i akcje społeczne z zakresu promocji zdrowia wskazują, za pomocą jakich działań i środków można utrzymać zdrowie. W przekazie tym pojawia się w niejawnym sposób hasło „Twoje zdrowie w twoich rękach”. W konsekwencji wystąpienie choroby i wszelkie towarzyszące jej objawy są traktowane jako zawnione, jako efekt zaniedbań i popełnionych błędów.

Analiza historii pacjentek z chorobą nowotworową narządu rodowego pokazuje, że wiele z nich nie uzyskuje długotrwałej remisji, a wręcz przeciwnie – pomimo leczenia występują kolejne nawroty. W codziennych rozmowach opisuje się tę sytuację pojęciem „nieskuteczne leczenie”. Pod koniec drugiej dekady XXI wieku oznacza ono porażkę, nieudaną próbę, działanie bez powodzenia. Śledząc postęp i rozwój wielu dziedzin nauki, szczególnie w obszarze medycyny, fizjologii, biologii, fizyki medycznej czy farmakologii, większość ludzi buduje w sobie jednak przekonanie, że wiele niekorzystnych zjawisk dotyczących zdrowia jest skutecznie zwalczanych i poddawanych kontroli. Utrwalanie owego przekonania pozwala człowiekowi ograniczać przykre, negatywne fantazje (myśli) i odczucia (emocje) związane z własną przyrzecznością oraz zachowywać nadzieję na dobre jutro.

PARADOKSY WSPÓŁCZESNEGO SPOŁECZEŃSTWA

Z jednej strony żyjemy obecnie w bliskości śmierci, która jest nieustannie przywoływana w przekazach medialnych opowiadających o ofiarach wojen, katastrof, wypadków i działań grup przestępczych oraz pojawia się w licznych tekstach kultury. Z drugiej strony zaprzeczają istnieniu śmierci w kontekście życia własnego i swoich najbliższych. W tradycyjnym modelu społeczeństwa niepełnosprawność, choroba i śmierć traktowane były jako naturalne i nierozdzielnie związane z człowieczeństwem, tak samo jak narodziny. Współcześnie natomiast podkreśla się duży wpływ jednostki na kształtowanie otoczenia i kontrolowanie naturalnych zjawisk, a najbardziej cenionymi wartościami są szczęście, sprawność i natychmiastowość^(3,4).

Zestawienie promowanych dziś wartości z nieuleczalną chorobą, przewlekłym lub przebijającym bólem i śmiercią skłania do traktowania ich w kategoriach niepowodzenia, porażki. Dotychczasowe rytuały społeczne, które

basic life functions as well as the depletion of resources for coping with stress and suffering all indicate the severe nature of the disease experience. Therefore, a question arises about what helps a woman bear such a deep crisis, regain control, undertake action to regain health, energy and dreams. Advertising campaigns in the media direct our attention towards science and clinical practice, suggesting that there already is a panacea for a number of diseases. Social health-promoting programs and campaigns show what measures should be taken to maintain health. A popular slogan “Your Health is in Your Hands” discreetly appears in these messages. Consequently, a disease and all the accompanying symptoms are regarded as patient’s fault and a result of neglect and mistakes.

An analysis of medical history of patients with gynecologic cancer shows that many of them not only fail to achieve long-term remission, but experience recurrences. Such a situation is described as “ineffective treatment” in everyday conversations. At the end of the second decade of the 21st century, this means failure, an unsuccessful attempt or action. Advances in many fields of science, particularly in medicine, physiology, biology, medical physics and pharmacology, incline most people to believe that many adverse health phenomena may be successfully treated and controlled. This deep-rooted conviction allows us to avoid some of the unpleasant, negative ideas (thoughts) and feelings (emotions) associated with the future as well as to be hopeful for a good tomorrow.

PARADOXES OF CONTEMPORARY SOCIETY

On the one hand, we live close to death, which is an inseparable element of media reports on the victims of wars, catastrophes, accidents and criminal activities as well as appears in many cultural texts. On the other hand, we seem to deny death in the context of our own life as well as the life of our closest family and friends. In the traditional model of society, disability, disease and death were regarded as natural and inseparable from humanity, just as was birth. Currently, however, significant influence of an individual on the shaping of environment and controlling phenomena is emphasized, with happiness, physical fitness and immediacy being the most valued values^(3,4).

In the light of the currently promoted values, an incurable disease, chronic or acute pain and death are considered a failure. Previous social rituals accompanying people in borderline situations are now limited to the private sphere, condemning the sufferers to loneliness and emptiness. In postmodern society, the two most important experiences in human life, i.e. birth and death, cease to exist and are regarded as obsolete constructs. Cultural and social factors give a new meaning to the beginning and the end of life. Birth is considered a medical success increasing the safety of both mother and child. Disease and death, which still arouse fear despite numerous achievements and

towarzyszyły ludziom w sytuacjach granicznych, aktualnie ogranicza się do sfery prywatności, skazując cierpiącą osobę na samotność i pustkę. W ponowoczesnym społeczeństwie dwa najważniejsze doświadczenia w życiu człowieka, czyli narodziny i śmierć, przestają istnieć i są traktowane jako przestarzałe konstrukty. Czynniki kulturowe i społeczne nadają początkowi i końcowi życia nowe znaczenie. Narodziny traktowane są jako sukces medycyny, zwiększającej bezpieczeństwo zarówno matki, jak i dziecka. Inaczej traktuje się chorobę i śmierć, które pomimo wielu dokonań i odkryć w obszarze nauk medycznych wciąż wzbudzają lęk. Wynika on m.in. z utraty kontroli nad życiem, czego skutkiem jest uznanie, że choroba, niepowodzenie jej leczenia, przewlekły i przebijający ból oraz śmierć postrzegane są jako przegrana człowieka lub/i błąd w sztuce medycznej, potocznie określany jako „błąd lekarza”. Ponowoczesne podejście do naturalnych procesów, będących nieodłączną częścią życia, kwestionuje podstawowe założenia antropologicznego rozumienia człowieka.

Opisany paradoks dotyka wszystkich: chorych, ich bliskich i lekarzy. Dzisiejszy pacjent, mający natychmiastowy dostęp do najaktualniejszych informacji na temat choroby, światowych dokonań w zakresie diagnozy, metod leczenia i unikatowych terapii, oczekuje, że innowacyjne rozwiązania są osiągalne i możliwe do zastosowania także w jego przypadku. Przekonanie to jest dodatkowo wzmacniane przez naciski ze strony bliskich, którzy nie dopuszczają do świadomości powagi sytuacji, w jakiej chory się znalazł. Poprzez zaprzeczanie i wzmaganie nieuzasadnionej nadziei na pokonanie choroby osoby bliskie tworzą nierealistyczne wyobrażenia na temat sytuacji życiowej i zdrowotnej pacjenta. Lekarz zaś, działający pod presją oczekiwań i nadziei chorych oraz ich rodzin, realizujący misję: „Zmieniamy się wraz z oczekiwaniami pacjentów”, jest bezradny i sfrustrowany z powodu braku możliwości ich spełnienia. Pomimo zadowalających wyników badań klinicznych i uzyskania akredytacji nie wszystkie metody leczenia są już stosowane w praktyce czy dostępne w określonym miejscu. Ponadto sposób zarządzania środkami publicznymi przeznaczonymi na służbę zdrowia powoduje, że szpitale i poradnie nie kierują się indywidualnymi potrzebami chorego, ale rachunkiem ekonomicznym. W związku z powyższym pojawiają się wątpliwości, czy pacjent jest jeszcze podmiotem, czy może już tylko przedmiotem w procesie leczenia; czy wymaga specyficznego postępowania, zgodnego z indywidualnymi potrzebami, czy jedynie skorzystania z algorytmu dostępnego w ramach uogólnionej koncepcji i określonych środków finansowych.

Inni natomiast pielęgnują w sobie przekonanie, że rak jest chorobą śmiertelną, a proponowane metody leczenia są nieskuteczne i wysoce okaleczające, szkodliwe czy toksyczne. Pomimo uzyskania obiektywnych efektów leczenia w wyniku zastosowania dostępnych metod (chirurgicznej, radio-, chemo-, immuno-, hormonoterapii) nie czują się zdrowi, a ponieważ obserwują u siebie różne objawy uboczne (nudności, wymioty, ból), są przekonani o progresji

discoveries in the field of science, are treated differently. This is due to, among other things, the loss of control over life, which results in a conviction that a disease, unsuccessful treatment as well as chronic or acute pain and death are considered as a human failure and/or a medical error colloquially referred to as a “physician’s error.” The postmodern approach to natural processes, which are an inherent part of life, questions the basic assumptions of the anthropological understanding of a man.

The described paradox affects everyone: patients, their family and doctors. Today, patients who have immediate access to the most up-to-date information on the disease, global achievements in the field of diagnosis, treatment modalities and unique therapies, expect that there are available innovative solutions, which are also applicable in their case. This conviction is further enhanced by the pressure from close relatives, who do not want to admit how serious the situation is. By denying and, at the same time, enhancing ungrounded hopes of overcoming the disease, patient’s relatives create unrealistic ideas about both patient’s life and health situation. The doctor, who is under the pressure of expectations and hopes raised by the patients and their families, and who implements the mission “We are changing with the expectations of patients” is hopeless and frustrated due to inability to fulfill these expectations. Despite satisfactory results of clinical trials and accreditation, not all methods of treatment are used in the clinical practice or are widely available. Furthermore, due to the method for the management of public funds allocated to health services, hospitals and clinics are guided by economic calculations rather than the individual needs of patients. Therefore, doubts arise whether a patient is still a subject or perhaps only an object in the process of treatment; whether patients require specific management consistent with their individual needs or perhaps the management should be limited to an algorithm available as part of a generalized concept and predefined financial resources.

Others cultivate the conviction that cancer is a deadly disease, and the proposed treatment modalities are ineffective, highly mutilating, harmful or toxic. Despite achieving objective treatment effects using the available therapies (surgery, radiotherapy, chemotherapy, immunotherapy or hormone therapy), they do not feel healthy and may be even convinced about disease progression or a new disease and poor prognosis due to the experienced adverse effects (nausea, vomiting, pain). The nocebo effect, which was described in 1961 by Walter Kennedy, and which results from patient’s negative attitude to therapy, is a serious yet underestimated problem in contemporary medicine^(5,6). The fact that treatment ceased to be exclusively doctors’ domain is another paradox. Specialists are often suggested by the patients or their relatives which methods they should use. Consequently, the doctor may be guided not only by knowledge and clinical experience, but also by emotions – fear, anger and distrust towards the patient.

choroby albo rozwoju nowego schorzenia i o złym rokowaniu. Opisany w 1961 roku przez Waltera Kennedy'ego efekt nocebo, wywoływany przez negatywne nastawienie pacjenta do terapii, jest niedocenianym – choć poważnym – problemem we współczesnej medycynie^(5,6).

Paradoksem jest również to, że leczenie przestało być domeną wyłącznie lekarzy. Często pacjenci albo ich bliscy sugerują specjalistę, jakie metody powinien zastosować. W konsekwencji lekarz może kierować się nie tylko wiedzą i doświadczeniem klinicznym, lecz także emocjami – lękiem, złością, nieufnością w stosunku do chorego. Obecność emocji może z kolei zniekształcać komunikację i utrudniać przetwarzanie informacji na temat pacjenta i jego rzeczywistej sytuacji zdrowotnej.

BÓL JAKO ZJAWISKO I DOŚWIADCZENIE

Ból jest najczęstszym objawem, który towarzyszy każdemu człowiekowi od najmłodszych lat, i niezbędnym elementem życia, gdyż pozwala zareagować, gdy w organizmie lub w kontakcie z czynnikami zewnętrznymi dzieje się coś niepokojącego, zagrażającego. Jest zarówno ostrzeżeniem, jak i uznanym mechanizmem obronnym. Informuje o rozwoju, postępie choroby i/lub doświadczeniu psychofizycznego, egzystencjalnego cierpienia w chorobie. Czasami ból wiąże się z wysiłkiem, którego pokonanie przynosi wiele psychospołecznych korzyści, i jest traktowany jako zjawisko pozytywne (przykładowo: ból porodowy – narodzenie dziecka, ból maratończyka – ukończenie trudnego biegu). Trzeba pamiętać, że ból to zjawisko psychosomatyczne, a doświadczenie bólu to wypadkowa wrażeń czuciowych (element somatyczny), rejestrowania jego obecności (element poznawczy) i powstającej reakcji uczuciowej, którą najczęściej jest przykrość i lęk, czasem – duma (element emocjonalny). Najpełniej istotę bólu oddaje powszechnie wykorzystywana definicja, przyjęta przez Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu – MTBB (International Association for the Study of Pain, IASP), która określa ból jako „przykre zmysłowe i emocjonalne odczucie towarzyszące istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanki lub odnoszone do takiego uszkodzenia” albo doznanie istniejące mimo braku uszkodzenia tkanki czy jakiegokolwiek innej prawdopodobnej przyczyny patofizjologicznej. Doświadczenie bólu zależy od siły bodźca, indywidualnej podatności i odporności na ból, a także od predyspozycji psychicznych jednostki⁽⁷⁾.

Ze względu na sposób rejestrowania i przyczyny ból dzieli się na kilka rodzajów. Ból ostry występuje jako objaw choroby bądź urazu (czynnik chorobowy, sygnał nagłego uszkodzenia, ból pooperacyjny). Zmusza do natychmiastowej reakcji w celu uniknięcia dalszego uszkodzenia tkanek i do podjęcia właściwego leczenia. Traktowany jest jako użyteczny i nieuchronny w przebiegu gojenia się ran w okresie pooperacyjnym. W podobnych sytuacjach chory reaguje lękiem i stara się uciec od bodźca, który go wywołuje. Mimo poprawy rozumienia mechanizmów powstawania bólu oraz

Emotions may in turn distort communication and prevent the processing of information about the patient and their actual health status.

PAIN AS A PHENOMENON AND EXPERIENCE

Pain is the most common symptom experienced by humans from the earliest age and an important element of life which alerts humans to internal or external disturbances and threats. It works both as a warning system and a recognized defense mechanism. Pain informs about disease development or progression and/or psychophysical, existential suffering in a disease. Pain may be also associated with effort, overcoming of which brings a number of psychosocial benefits, and may be regarded as a positive phenomenon (for example labor pain – childbirth, marathon runner's pain – finishing a difficult race). It should be noted that pain is a psychosomatic phenomenon, and the experience of pain is the resultant of sensory experience (somatic element), pain perception (cognitive element) and an emotional response, which usually takes the form of distress, anxiety or sometimes pride (an emotional element). The essence of pain is best described by a commonly used definition proposed by the International Association for the Study of Pain (IASP): “an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage” or a sensation existing in the absence of tissue damage or any likely pathophysiological cause. The experience of pain depends on stimulant intensity, individual susceptibility and resistance to pain as well as mental predispositions of an individual⁽⁷⁾.

There are several types of pain, depending on the mode of perception and causes. Acute pain develops as a symptom of a disease or trauma (disease factor, immediate injury signal, postoperative pain). It elicits immediate response to avoid further tissue damage and initiate appropriate treatment. This type of pain is considered useful and inevitable in postoperative wound healing. Patients will react with fear and will try to avoid the causative stimulus in similar situations. Despite better understanding of the mechanisms underlying pain, introduction of novel, safe analgesics and anesthetic techniques, the level of postoperative pain relief is still unsatisfactory. Inadequate postoperative pain control can lead to chronic pain, immunosuppression, infections, poor healing of surgical wounds, adrenergic activation and, consequently, coronary incidents or gastrointestinal obstruction. Patient immobilization may lead to thrombosis and embolism⁽⁸⁾. Chronic pain is diagnosed when pain sensations are not directly related to sudden tissue damage or disease or persist for over 3 months. It is less severe than acute pain. Chronic pain is usually due to pathological changes in the structure and function of the peripheral and/or central nervous system. It develops as a result of extensive tissue damage or pathological mechanisms in the neurons of the pathway of pain sensation.

istnienia nowoczesnych, bezpiecznych analgetyków i technik znieczulenia poziom uśmierzania bólu pooperacyjnego jest nadal niezadowalający. Nieodpowiednia kontrola bólu pooperacyjnego skutkuje przejściem w stan bólu przewlekłego, immunosupresją, zakażeniami, gorszym gojeniem się rany i aktywacją adrenergiczną, a w konsekwencji – incydentami wieńcowymi czy niedrożnością przewodu pokarmowego. Brak mobilności chorego może prowadzić do zakrzepicy i zatorowości⁽⁸⁾.

Ból przewlekły rozpoznawany jest wtedy, gdy doznania bólowe nie mają bezpośredniego związku z nagłym uszkodzeniem tkanek ani chorobą lub utrzymują się ponad 3 miesiące. Jego natężenie jest mniejsze niż w przypadku bólu ostrego. Przewlekły ból najczęściej wynika z patologicznych zmian w budowie i funkcjonowaniu obwodowego i/lub ośrodkowego układu nerwowego. Powstaje na skutek znacznego uszkodzenia tkanek albo występowania patologicznych mechanizmów w neuronach drogi czucia bólu. Jego odczuwanie przyczynia się do powstania specyficznych reakcji psychicznych, mających charakter depresyjnych zaburzeń nastroju i psychogennej napięcia⁽⁹⁻¹¹⁾.

Badania na temat bólu przewlekłego, które w ostatnich latach prowadzono w Unii Europejskiej, pokazują, że jest on powszechnie spotykany. W losowo dobranych próbach lokalnych społeczności w chwili prowadzenia badania prawie połowa uczestników cierpiała z powodu przynajmniej jednego rodzaju bólu lub dyskomfortu. Badani najczęściej wskazywali na ból przewlekły o znacznym natężeniu. Zaobserwowano także, że liczba osób odczuwających ból istotnie rosła wraz z wiekiem⁽¹²⁾.

Najczęściej spotykane bóle przewlekłe, czyli bóle dolnego odcinka kręgosłupa, bóle stawów i nawracające bóle głowy (włączając migreny), są tak powszechne, że często traktuje się je jako normalną, nieodłączną część życia. W przypadku człowieka chorego na nowotwór ból jest terazniejszością i codziennością, a zarazem wpływa na poznawcze opracowywanie własnego położenia życiowego. Gdy ból nie zmienia się pod wpływem prowadzonej terapii, dla pacjenta i jego bliskich jest sygnałem zbliżającego się końca życia. Chociaż niewielu ludzi umiera z bólu, wielu umiera w bólu, a jeszcze więcej żyje z bólem.

Współczesne badania nad psychologicznymi aspektami bólu dowodzą, że czynnikiem modyfikującym jego odczuwanie jest pamięć bólu. Na rejestrację doznań bólowych wpływa kilka czynników: średnia siła bólu rzeczywiście odczuwanego, najsilniejszy i ostatni epizod bólu, czas, jaki upłynął od danego epizodu do jego odpamiętania, oraz siła bólu odczuwanego w momencie przypominania. Podkreśla się także, że na pamięć bólu rzutuje wartość afektywna tego doświadczenia; może ona być zarówno negatywna, jak i pozytywna^(13,14).

Innym rodzajem bólu, którego mechanizm trudno określić, jest ból psychogeny. Nie ma on podłoża organicznego, łączy się natomiast z procesami poznawczymi (myśleniem, pamięcią, uwagą), stanem emocjonalnym i cechami osobowości.

Experiencing chronic pain contributes to the development of specific psychological reactions characterized by depressive mood disorders and psychogenic tension⁽⁹⁻¹¹⁾.

Research on chronic pain, which has been conducted in the European Union in recent years, shows that this type of pain is common. Almost half of participants from random samples of local communities experienced at least one type of pain or discomfort at the time of research. Severe chronic pain was most common. Also, the number of patients experiencing pain significantly increased with age⁽¹²⁾.

The most common types of chronic pain, i.e. low back pain, joint pain and recurrent headaches (including migraines), are so common that they are often treated as a natural and inseparable part of life. In the case of cancer patients, pain is a constant, everyday experience. It affects the cognitive processing of one's own life situation. If the therapy used has no effects on pain, this is a signal of the approaching end of life for the patient and their family. Although few people die of pain, many die in pain, and even more live with pain.

Current research on the psychological aspects of pain demonstrates that the memory of pain is a factor that modifies pain perception. There are several factors affecting pain perception: the average severity of actually felt pain, the most severe and the last pain episode, time elapsed from a given episode to its retrieval from memory as well as the severity of pain experienced at the time of recall. It is also emphasized that the memory of pain is influenced by the affective value of this experience, which may be either negative or positive^(13,14). Psychogenic pain is another type of pain, the mechanism of which is difficult to explain. It has no organic origin, but is associated with cognitive processes (thinking, memory, attention), emotional state and personality traits.

A PATIENT IN PAIN

Although pain is diagnosed, measured and treated, it is not a disease entity, but a subjective experience of an individual. The ICD-10 classifies pain to category R: "Symptoms, signs, and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified" (R52 – Pain not elsewhere classified, not referable to any one organ or body region; R52.0 – Acute pain; R52.1 – Chronic intractable pain; R52.2 – Other chronic pain; R52.9 – Pain, unspecified). In clinical practice, it is often difficult to differentiate between an appropriate response to pain and a somatic effect of a mental disorder. Therefore, a holistic approach to a patient in pain is necessary, both in the physical and mental dimension. Due to unsatisfactory effects of treatment of chronic and recurrent pain, this phenomenon began to be perceived as a separate health problem and a disease. Despite intense discussions, pain is still not considered a separate disease entity and is classified as a symptom in international classification systems⁽¹⁵⁾.

For a suffering individual, pain means everything they define this way, regardless of the objective causes of this symptom. Reactions to the disease and coping with

CHORY W BÓLU

Chociaż ból jest rozpoznawany, mierzony i leczony, nie stanowi odrębnej jednostki chorobowej, lecz subiektywne doświadczenie człowieka. W klasyfikacji ICD-10 ból koduje się w kategorii R: „Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej” (R52 – Ból niesklasyfikowany gdzie indziej, którego nie można odnieść do jednego narządu lub obszaru, R52.0 – Ból ostry, R52.1 – Przewlekły ból nieustępujący, R52.2 – Inny ból przewlekły, R52.9 – Ból, nieokreślony). W praktyce klinicznej często trudno rozstrzygnąć, co jest właściwą reakcją na ból, a co skutkiem zaburzenia psychicznego pod postacią somatyczną. Dlatego istotne jest postrzeganie pacjenta w bólu całościowo, w kontekście stanu zarówno fizycznego, jak i psychicznego. W związku z niezadowalającymi efektami leczenia bólu przewlekłego i nawracającego zaczęto postrzegać to zjawisko jako odrębny problem zdrowotny, chorobę samą w sobie. Mimo ożywionych dyskusji ból nadal nie jest traktowany jako odrębna jednostka chorobowa – w międzynarodowych klasyfikacjach występuje tylko jako objaw⁽¹⁵⁾.

Dla człowieka cierpiącego bólem jest to wszystko, co w ten sposób nazywa, bez względu na istnienie obiektywnych przyczyn dolegliwości. Reakcje na chorobę oraz radzenie sobie z dyskomfortem i cierpieniem są sumą zachowań wyuczonych w toku rozwoju i wynikiem osobniczej wrażliwości. Naśladowanie zachowań bliskich dorosłych przez dziecko to pierwsza reakcja na chorobę i ból w kontekście sposobów zmagania się z dolegliwościami i kształtowania własnych sposobów radzenia sobie w sytuacji złego samopoczucia. Rytuały rodzinne dotyczące zachowania się w chorobie mają także wpływ na kształtowanie subiektywnego obrazu choroby, doświadczenie i ekspresję emocji czy konkretne „zachowania bólowe”.

Ból trudno opisać i zmierzyć, niełatwo też określić jednoznaczne kryteria jego rozpoznania. Powszechnie uznanymi sposobami mierzenia bólu nadal są samoopis i opis obserwatora. Najbardziej znanym sposobem obiektywizowania bólu jest określenie jego nasilenia przy użyciu prostej skali numerycznej NRS (Numeric Rating Scale). Za pomocą koloru, liczby lub piktogramu oznacza się brak bólu jako 0, a ból o największym nasileniu – jako 10. Dodatkową zaletą skali jest ocena jakości kontroli bólu bez względu na to, czy ma on charakter ostry, przebijający czy przewlekły⁽¹⁶⁾.

W przypadku oceny bólu u osób starszych istnieje ryzyko zaniżania nasilenia dolegliwości albo ich niezgłaszania. Podnosi się również, że samodzielna ocena może być zaburzona przez współwystępowanie zaburzeń poznawczych. W konsekwencji stosowanie samoopisu i skali numerycznej u seniorów może się okazać mało użyteczne. W tej grupie chorych wykorzystuje się więc metodę oceny behawioralnej, której kryteria spełnia skala obserwacyjna DoloPlus-2, popularyzowana przez MTBB. Dzięki niej można skutecznie obserwować seniora w bólu w trzech obszarach.

discomfort and suffering are the sum of behaviors learned in the course of development and the result of individual sensitivity. Imitating the behavior of adults by a child is the first reaction to illness and pain in the context of ways to deal with ailments and to develop their own ways of dealing with malaise. Family rituals associated with behavior in illness also affect the shaping of the subjective picture of the disease, experiencing and expressing emotions or specific “pain behaviors.”

Pain is difficult to describe or measure, and it is not easy to define clear criteria for its diagnosis. Patient’s self-description of pain and an observer’s description are commonly used methods for pain measurement. The best-known method for pain objectivization involves determining its severity using a simple numeric scale, such as the Numeric Rating Scale (NRS). Colors, numbers and pictograms are used to indicate the absence of pain as 0, while 10 means the most severe pain. An assessment of pain control, regardless of whether it is acute, breakthrough or chronic pain, is an additional advantage of the scale⁽¹⁶⁾.

In the case of pain assessment in the elderly, there is a risk of under-reporting or non-reporting of symptoms. It should be also noted that self-assessment may be disturbed by the coexistence of cognitive disorders. Consequently, the use of a self-description and a numerical scale in the senior population may prove of limited usefulness. Therefore, behavioral assessment, the criteria of which are met by the DoloPlus-2 observational pain assessment scale popularized by the IASP, is used in this patient group. The scale allows for effective patient monitoring in three domains. The first domain corresponds to somatic reactions measured using five parameters: somatic complaints, protective body postures adapted at rest, self-protection of sore areas, facial expression reflecting suffering, and sleep disorders. The second domain corresponds to psychomotor reactions, which include washing and/or dressing and unassisted mobility/change of position. Psychosocial reactions, i.e. the ability of verbal and non-verbal communication, participation in social life and typical behaviors, represent the third criterion used for pain objectivization by an external observer. The above mentioned parameters are scored 0–3, where 0 denotes no changes, and 3 represents significant changes in the assessed function (total score: 0–30). A score of 5 was considered pain threshold, indicating the need for analgesics⁽¹⁷⁾.

Despite many advantages, this tool should be used carefully. Limited knowledge of the patient and the lack of assessment of the general mental state (dementia, mood disorders, emotional relations and/or dependence) may distort the final result⁽¹⁸⁾.

Since pain management is aimed at achieving optimal quality of life, special guidelines for pharmacological pain management in elderly patients are continuously developed. The effects of analgesics in this patient population are affected by a number of factors, such as multiple comorbidities, age-related pharmacokinetic and pharmacodynamic

Pierwszym są reakcje somatyczne, mierzone za pomocą pięciu parametrów: zgłaszanie skarg, ochronne postawy ciała przyjęte w spoczynku, chronienie bolącego miejsca, wyraz twarzy odzwierciedlający cierpienie, zaburzenia snu. Drugi obszar podlegający ocenie to reakcje psychomotoryczne, do których zaliczone zostały mycie i/lub ubieranie się oraz samodzielność w przemieszczaniu się i zmianie pozycji. Reakcje psychosocjalne, czyli możliwość komunikowania się z otoczeniem zarówno kanałem werbalnym, jak i niewerbalnym, udział w życiu społecznym oraz zachowanie typowe dla osoby, są trzecim kryterium stosowanym w celu obiektywizowania bólu przez obserwatora z zewnątrz. Punkcjacja dla poszczególnych parametrów to 0–3, gdzie 0 oznacza brak zmian, a 3 – istotne zmiany w zakresie ocenianej funkcji (zakres łącznych wyników: 0–30). Za próg występowania bólu, stanowiący wskazanie do włączenia leków przeciwbólowych, przyjęto 5 punktów⁽¹⁷⁾.

Mimo wielu zalet narzędzie to powinno być używane z pewną ostrożnością. Ograniczona znajomość pacjenta i brak oceny ogólnego stanu psychicznego (zaburzeń o charakterze otępiennym, zaburzeń nastroju, relacji emocjonalnych lub/i zależnościowych) mogą zniekształcać ostateczny wynik⁽¹⁸⁾.

Ponieważ celem leczenia bólu jest uzyskanie optymalnej jakości życia, stale opracowywane są specjalne zasady farmakologicznego leczenia bólu przewlekłego u osób w wieku podeszłym. Istnieje wiele czynników zmieniających efekt działania leków przeciwbólowych w tej grupie chorych: wielochorobowość, zmiany farmakokinetyki i farmakodynamiki leków zależne od zaawansowanego wieku, nie realistyczne oczekiwania pacjentów co do uwolnienia od przewlekłego bólu, którego historia sięga odległej przeszłości, zaburzenia poznawcze, a także – uzależnione od organicznych zmian w mózgu – zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, chwiejność afektywna i zaburzenia zachowania. U seniorów schematy farmakologicznego leczenia bólu muszą być wzbogacone o metody niefarmakologiczne, które zmniejszają odczuwanie bólu i poprawiają jakość życia: ograniczenie samotności, wsparcie społeczne oraz, w miarę możliwości, aktywizowanie psychofizyczne.

OBRAZ WŁASNEJ CHOROBY I SYTUACJI ŻYCIOWEJ U CHORYCH NA NOWOTWÓR NARZĄDU RODNEGO

Duży wpływ na zmaganie się z chorobą nowotworową narządu rodnego i bólem ma historia życia pacjentki. Sposób radzenia sobie w okresie utraty zdrowia i cierpienia uzależniony jest zawsze od etapu życia, zaspokojenia potrzeb prokreacyjnych, subiektywnego poczucia wypełnienia ważnych zadań oraz indywidualnej umiejętności reagowania na przeciwności losu. Teorie psychologiczne oparte na założeniach fenomenologicznych i egzystencjalnych podkreślają wpływ człowieka na własne życie we wszystkich jego wymiarach, możliwy dzięki woli sensu życia i nadawaniu sensu wydarzeniom^(19,20).

changes, patients' unrealistic expectations of long-term chronic pain release, cognitive impairment as well as (related with organic changes in the brain) mood disorders, anxiety disorders, affective instability and behavioral disorders. The regimens for pharmacological pain management in elderly patients should additionally include non-pharmacological techniques that reduce the perception of pain and improve life quality, such as limiting loneliness, social support and, if possible, psychophysical activation.

THE PERCEPTION OF ONE'S OWN DISEASE AND LIFE SITUATION BY PATIENTS WITH GYNECOLOGIC CANCER

The history of patient's life has a significant impact on dealing with gynecologic cancer and pain. The way of coping during the period of health problems and suffering always depends on the stage of life, satisfaction of the needs associated with procreation, a subjective sense of fulfilling important tasks and individual ability to react to adversities. Psychological theories based on phenomenological and existential assumptions underline the influence of humans on their own life in all its dimensions, which is possible due to the will and sense of life as well as giving meaning to events^(19,20).

By glorifying health, fitness and availability, the contemporary society excludes those focused on combating a disease and struggling with its broadly understood consequences such as limited functioning, periodic sickness absence, inability to perform tasks related to social roles, and difficult financial situation due to changes in the profile of expenses (expenses associated with commuting to health care facilities, pharmacotherapy or diagnostic tests in a commercial system due to the limited access to services covered by social insurance). Comments about the burden of "maintaining" sick and disabled people may be frequently encountered in everyday conversations. Similar opinions, expressing aversion towards people who are unable to work, are an important source of guilt, life failure, exclusion as well as the sense of being a burden to family and society. Turning away from those who suffer and whose health cannot be fully restored despite treatment leads to stratification between the healthy and the sick. The latter group faces increased fear of pain, suffering, disability, social exclusion and dependence on others.

The frustration of patients and their relatives is intensified when their expectations associated with effective forms of therapy, which are based on information posted on various websites or intrusive advertisements of medications and alternative methods of treatment that help regain health, are not met. The feeling of guilt and frustration increases, and a conviction about individual insensitivity to the advertised products and methods may occur. Also the seemingly innocent slogan: "Your Health is in Your Hands" may, in the face of disease progression, intensify the sense of a life mistake and inaptitude, and thus

Poprzez gloryfikowanie zdrowia, sprawności i dyspozycyjności współczesne społeczeństwo wyklucza osoby, które są skoncentrowane na walce z chorobą i borykają się z szeroko pojętymi jej skutkami: ograniczeniami w zakresie swobodnego funkcjonowania, okresową absencją chorobową, brakiem możliwości realizowania zadań związanych z rolami społecznymi, ubożeniem z uwagi na zmianę profilu wydatków (pojawia się konieczność płacenia za dojazdy do jednostek służby zdrowia, zakupu leków czy wykonywania badań diagnostycznych w systemie komercyjnym ze względu na ograniczenia dostępu do świadczeń gwarantowanych w ramach ubezpieczenia społecznego). W codziennych rozmowach bardzo często pojawiają się uwagi na temat obciążenia, jakim jest „utrzymywanie” osób chorych i niepełnosprawnych. Podobne wypowiedzi, wyrażające niechęć wobec ludzi niezdolnych do pracy, są istotnym źródłem poczucia winy, życiowej porażki, wykluczenia, bycia obciążeniem dla rodziny i społeczeństwa. Odsuwanie się od osób cierpiących, którym leczenie nie przywraca pełni zdrowia, skutkuje rozwarstwieniem między zdrowymi a chorymi. Ci drudzy czują wzmożony lęk przed bólem, cierpieniem, niepełnosprawnością, społecznym wykluczeniem i zależnością od innych. Frustracja chorych i ich najbliższych nasila się, gdy wyobrażenia o skutecznych formach terapii – bazujące na informacjach pozyskanych z różnych stron internetowych lub nachalnych reklam, wskazujących specyfiki i alternatywne metody leczenia, które pomagają odzyskać zdrowie – nie sprawdzają się w konkretnym przypadku. Poczucie winy i porażki rośnie, pojawia się przekonanie o osobniczej niewrażliwości na reklamowane specyfiki i metody. Także pozornie niewinne hasło: „Twoje zdrowie w twoich rękach” może w obliczu progresji choroby nasilać poczucie życiowego błędu i nieudolności oraz pogłębiać cierpienie. Natomiast zgodnie z założeniami fenomenologicznymi unikanie takiego myślenia o sobie w sytuacji choroby jest sposobem na ograniczenie bezradności. Viktor Frankl podkreśla, że człowiek znajdujący się w skrajnie trudnym położeniu nie powinien tracić nadziei. Aby ulżyć własnemu cierpieniu, musi odnaleźć odwagę i pewność, że nawet najbardziej beznadziejna walka nie jest w stanie odebrać mu godności ani wiary w sens życia⁽¹⁹⁾.

ZACHOWANIA W CHOROBIE – ROLA PSYCHOLOGICZNYCH MECHANIZMÓW OBRONNYCH

Jednym z mechanizmów obronnych, które nieświadomie stosują chorzy, jest regresja, mająca na celu ochronę przed niepokojem oraz świadomością zarówno zewnętrznych, jak i pochodzących z wewnątrz niebezpieczeństw lub czynników wywołujących stres⁽²¹⁾. Cierpiący człowiek niejako cofa się do wcześniejszych lat życia, kiedy podstawowa potrzeba bezpieczeństwa była zaspokajana przez rodziców czy opiekunów. Chorzy często zachowują się inaczej, niż można byłoby oczekiwać na podstawie ich aktualnych ról życiowych i wykonywanych zadań. Otoczenie interpretuje

increase suffering. However, according to phenomenological assumptions, avoiding such thinking about oneself in the situation of disease is a way to reduce helplessness. As emphasized by Viktor Frankl, a person in an extremely difficult situation should not lose hope. They must not lose hope but should keep their courage in the certainty that the hopelessness of their struggle did not deprive them from their dignity or belief in the sense of life⁽¹⁹⁾.

BEHAVIORS IN A DISEASE – THE ROLE OF PSYCHOLOGICAL DEFENCE MECHANISMS

Regression, whose aim is to protect against anxiety and awareness of both external and internal threats or stressors, is one of defense mechanisms⁽²¹⁾. A suffering person goes back to earlier years of life, when the basic need for safety was satisfied by parents or guardians. Those affected by a disease often behave differently that would be expected considering their current life roles or tasks performed. Such behaviors may be interpreted as similar to those presented by children. Independent, effective and self-determined individuals become hopeless; they expect interest and care. Furthermore, they demand attention from doctors, sensitivity from nurses and the fulfillment of unspoken requests. Additionally, they emphasize the need to be attended by a single doctor in different phases of the disease.

THE ADAPTIVE ROLE OF ANXIETY AND DEPRESSED MOOD IN A DISEASE

Anxiety is a strong emotional response to an existing threat. Pain, discomfort and disease symptoms are a sign of approaching changes and a source of uncertainty. They not only increase tension, but also generate specific behaviors that are modulated by biochemical and neurophysiological changes in the brain. The signal of threat motivates to escape, attack or to verify planned actions. After hope, anxiety is the second leading factor motivating for a change. It enables to make a considerable effort to transform the uncertain future into a known past. As emphasized by Kępiński, fear of death, which is one of the most primal experiences mobilizing to escape or attack, is a special type of anxiety. Searching for the possibility to obtain a diagnosis and initiate effective therapy is a specific attack, which is initiated in response to the disease-related threat. Activity provides an opportunity to regain balance and reduce tension caused by anxiety (a certain level of balance may be also achieved in a disease; however, it differs from the one achieved in health). On the other hand, taking no action or resigning from conscious control over such action most often increases anxiety, which loses its adaptive function and causes a complete disorganization of patient's behavior.

owe zachowania jako podobne do zachowań dzieci. Osoby niezależne, skuteczne i samostanowiące stają się bezradne, oczekują zainteresowania i troski. Domagają się zainteresowania lekarza, czułości pielęgniarki, spełnienia niewypowiedzianych próśb. Dodatkowo akcentują potrzebę stałości opiekuna – chcą, by w różnych fazach choroby towarzyszył im jeden lekarz.

PRZYSTOSOWAWCZA ROLA LĘKU I OBNIŻONEGO NASTROJU W CHOROBIE

Lęk jest silną reakcją emocjonalną na istniejące zagrożenie. Ból, dyskomfort i objawy chorobowe rozpoznane w ciele są zwiastunem zmiany i źródłem niepewności. Nie tylko wzmagają napięcie, ale także generują konkretne zachowania, które modulowane są przez biochemiczne i neurofizjologiczne zmiany w mózgu. Sygnał zagrożenia mobilizuje do ucieczki, ataku lub weryfikacji zaplanowanych działań. Lęk jest drugim po nadziei czynnikiem motywującym do zmiany. Powoduje, że możliwe staje się podjęcie dużego wysiłku, aby przekuć niepewną przyszłość w znaną przeszłość. Kępiński podkreśla, iż lęk przed śmiercią – jedno z najbardziej pierwotnych doznań, mobilizujące do ucieczki lub do ataku – to szczególnie rodzaj lęku. Poszukiwanie możliwości uzyskania diagnozy i podjęcia skutecznego leczenia jest swoistym atakiem, rozpoczynanym w odpowiedzi na zagrożenie, jakie niesie ze sobą choroba. Aktywność daje szansę na odzyskanie zaburzonej równowagi i zmniejszenie napięcia wywołanego lękiem (również w chorobie człowiek może osiągnąć pewien poziom równowagi, inny jednak niż w okresie zdrowia). Z kolei niepodjęcie działań, rezygnacja ze świadomego sterowania nimi przyczynia się najczęściej do znacznego wzrostu natężenia lęku – lęk traci wówczas funkcję przystosowawczą i całkowicie dezorganizuje zachowanie chorego.

U osób zmagających się z chorobą można też zauważyć spadek dynamiki życiowej, utratę zainteresowań oraz tendencję do izolacji i snucia refleksji egzystencjalnych. Z jednej strony są to sygnały dostosowywania się do zmian poprzez wyznaczenie kluczowego celu, jakim jest powrót do zdrowia, i koncentrację na nim. Z drugiej strony mogą być zwiastunem zaburzeń nastroju czy depresji. Gdy stwierdza się znaczne nasilenie wymienionych objawów, a ponadto poczucie winy, utratę poczucia własnej wartości oraz niską samoocenę i/lub myśli i zamiary samobójcze, konieczna jest pomoc nie tylko onkologa, lecz także lekarza psychiatry i/lub psychologa.

Kontrolowanie stanu psychicznego w trakcie leczenia onkologicznego poprawia jego efektywność. Jak podają różne źródła (Główny Urząd Statystyczny, metaanalizy), zdrowie psychiczne Polaków ulega szybkim i niekorzystnym zmianom. Szacuje się, że co czwarta osoba doświadczyła, aktualnie doświadcza albo w niedalekiej przyszłości będzie doświadczać depresji lub/i zaburzeń lękowych. W trakcie opracowywania programu zdrowotnego „Strategia walki z rakiem w Polsce 2015–2024” wykazano, że u 38% chorych na nowotwór rozpoznaje się zaburzenia nastroju,

Furthermore, decreased life dynamics, loss of interests and a tendency towards isolation and existential reflections may be observed in those affected by a disease. On the one hand, these are signals of adaptation to changes by setting the key objective, i.e. recovery, and focusing on this goal. On the other hand, this may be a sign of mood disorders or depression. When the severity of these symptoms is high and accompanied by the feelings of guilt, loss of or low self-esteem and/or suicidal thoughts and intentions, not only oncologist's, but also psychiatrist's and/or psychologist's intervention is needed.

Controlling mental state during anticancer treatment improves the effectiveness of the latter. According to various sources (Central Statistical Office, meta-analyses), the mental health of Poles is undergoing rapid and unfavorable changes. It is estimated that every fourth person has experienced, is currently experiencing or will experience depression and/or anxiety disorders in the near future. It was shown during the development of the “Cancer Control Strategy for Poland: 2015–2024” health program that mood disorders are diagnosed in 38% and adaptive/depressive disorders in 31% of cancer patients⁽²²⁾. Researchers investigating the placebo/nocebo issue in the treatment of pain showed that individuals prone to depression, anxiety and hypochondria as well as those susceptible to negative suggestion are at a higher risk of nocebo effects.

It should be remembered that the care for patients should be based on comprehensive, interdisciplinary medical, psychological and social care in order to increase the efficacy of anticancer treatment.

INEFFECTIVE PAIN MANAGEMENT

Definitions, models, health indicators and diseases are a reflection of thinking styles in society and science. Although scientifically recognized theories play an important role in the process of shaping the social concept of health, illness and the efficacy of treatment, the role of public opinion, which codetermines whether a given phenomenon will be defined as a disease and the resulting treatment effect as a therapeutic success, is equally important⁽²³⁾.

Due to the use of treatment algorithms of documented efficacy, medical professionals underestimate the importance of individual response to therapy. In practice, this leads to the formation of a fixed biomedical disease model and the use of reductionist paradigm of treatment.

The introduction of humanistic ideas to medicine did not limit the imposition of specific behaviors in a disease by doctors or nurses. Expressions such as “it is impossible that it hurts now,” “if it hurts now, then what drug will we use if it really hurts?” are still heard in surgeries and hospitals. Over 50 years ago, Kępiński presented an image of a doctor in a “tower of scientific isolation.” Using this metaphor, he showed a significant dissonance between specialist knowledge and ideas about the effects of treatment as well as the actual situation and subjective feelings

a u 31% – zaburzenia adaptacyjne i depresyjne⁽²²⁾. Badacze skupieni na problemie placebo/nocebo w leczeniu bólu wykazali, że na efekt nocebo bardziej narażone są osoby ze skłonnością do depresji, lęków i hipochondrii, jak również podatne na wpływ negatywnej sugestii.

Aby podnieść efektywność leczenia onkologicznego, trzeba pamiętać, że troska o chorych powinna polegać na wszechstronnej, interdyscyplinarnej opiece medycznej, psychologicznej i społecznej.

NIESKUTECZNE LECZENIE BÓLU

Definicje, modele, wskaźniki zdrowia i choroby stanowią odzwierciedlenie stylów myślenia istniejących w społeczeństwie i nauce. Choć znaczącą rolę w procesie kształtowania społecznego obrazu zdrowia i choroby oraz efektywności leczenia odgrywają uznane naukowo teorie, równie istotna jest rola opinii publicznej, która współdeterminuje, czy dane zjawisko zostanie określone jako choroba, a uzyskany efekt terapeutyczny – jako powodzenie leczenia⁽²³⁾.

Stosując algorytmy leczenia o udokumentowanej skuteczności, przedstawiciele zawodów medycznych w zbyt małym stopniu uwzględniają znaczenie indywidualnej reakcji na terapię. W praktyce skutkuje to utrwalaniem biomedycznego modelu choroby i stosowaniem redukcjonistycznego paradygmatu leczenia.

Wprowadzenie wątków humanistycznych do medycyny wcale nie ograniczyło narzucania przez lekarzy czy pielęgniarki określonych sposobów zachowania się w chorobie. Nadal słyszy się w gabinetach i szpitalach następujące zdania: „Nie ma prawa teraz boleć”, „Jeżeli teraz boli, to jaki lek podamy, kiedy naprawdę będzie bolało?”. Ponad 50 lat temu Kępiński przedstawił obraz lekarza w „wieży naukowej izolacji”. Za pomocą owej metafory pokazał, jak ogromny rozdźwięk istniał wtedy między wiedzą specjalisty i jego wyobrażeniami na temat efektów leczenia a rzeczywistą sytuacją i subiektywnymi odczuciami pacjenta. Pomimo upływu czasu i szybkiego rozwoju nauk medycznych obserwacje Kępińskiego pozostają aktualne. Coraz węższe specjalizacje w medycynie nasilają tendencję do „rozcłonkowania” chorego i przeceniania szczegółowej analizy kosztem syntezy. Oddala się wizja całościowego ujmowania potrzeb zdrowotnych pacjenta, takich jak sprawność, redukcja dolegliwości, wyleczenie/uzyskanie remisji czy poprawa jakości życia. Również w przypadku leczenia nowotworów narządu rodowego obiektywne wyniki badań nadal dominują nad znaczeniem informacji uzyskiwanych od pacjentki, które opierają się na subiektywnej wizji poprawy stanu zdrowia.

To, jak chora jest postrzegana przez osoby wykonujące świadczenia medyczne, wynika z zaangażowania obu stron w leczenie i oczekiwanie na efekty terapeutyczne. Gdy pacjentka wydaje się wycofana i cierpi na kilka chorób współistniejących (w tym psychicznych), a leczeniu towarzyszą powikłania, postrzega się ją jako „trudną”. Opieka nad nią jest źródłem stresu nie tylko dla personelu medycznego, lecz także dla bliskich. Standardowe schematy

of the patient. Despite the passage of time and the rapid development of medical sciences, Kępiński's observations are still valid. Increasingly narrow specialties in medicine enhance the tendency to “dismember” the patient and overestimate detailed analysis at the expense of synthesis. A departure is made from the holistic approach to patient's health needs, such as physical fitness, symptom reduction, cure/remission or improved life quality. Also in the case of treatment of gynecologic cancer, objective research still dominates over the information obtained from the patient, which is based on a subjective vision of health condition improvement.

The way the patient is perceived by those who provide medical services results from the engagement of both parties in the treatment process and waiting for therapeutic effects. If a patient appears to be withdrawn, suffers from several comorbidities (including mental disorders) and develops treatment complications, she is perceived as “difficult.” Caring for such a patient may be a source of stress for both medical personnel and family. In such cases, standard treatment regimens need to be adjusted to the actual needs of the patient, which usually requires additional effort and time; and the phrase “time is money” also applies to health care and the standards of therapeutic procedures. The more time needs to be devoted to a patient, the more unprofitable is the treatment. Such a patient becomes a burden for the medical unit instead of self-financing or bringing profits, as in accordance with the assumptions of health policy.

ALTERNATIVE METHODS FOR THE MANAGEMENT OF CANCER PAIN

Women with cancer turn to different unconventional therapies as a supplement to conventional therapy. There are various motivations for using alternative forms of treatment: fashion, an attempt to regain control over one's own life by making independent decisions, pressure from relatives or other patients. Unconventional treatment methods include reiki, yoga, herbs, unusual specifics (cortex, cat's claw), and bioenergy therapy. Although the above-mentioned methods have no proven efficacy, they are quite popular among patients, who emphasize that alternative forms of treatment stimulate belief and give hope for cure (these feelings are less pronounced in the case of conventional therapies).

According to people who used alternative forms of therapy, the setting of each treatment session was always important. The specific atmosphere of waiting, the presence of other people waiting, and the “testimonies” of the healed were also mentioned. The most important, however, was the involvement of an alternative therapist, i.e. the “healer,” i.e. making contact with the patient, devoting an appropriate amount of time for the patient and interest in the areas of life other than the disease itself. Such “peaceful” treatment of the patient is in contrast with the realities

postępowania wymagają wtedy dostosowania do rzeczywistych potrzeb chorej, co często wiąże się z dodatkowym wysiłkiem i czasem – a powiedzenie „czas to pieniądz” odnosi się niestety również do służby zdrowia i standardów procedur leczniczych. Im więcej czasu trzeba poświęcić chorej, tym bardziej nieopłacalne jest jej leczenie. Staje się ona obciążeniem dla jednostki leczniczej, która według założeń prowadzonej polityki zdrowotnej powinna się samofinansować lub przynosić zysk.

ALTERNATYWNE METODY LECZENIA BÓLU NOWOTWOROWEGO

Kobiety chore na nowotwór zwracają się ku różnym terapiom niekonwencjonalnym, traktowanym jako uzupełnienie terapii konwencjonalnej. Motywacje do korzystania z alternatywnych form leczenia są różne: moda, próba odzyskiwania kontroli nad własnym życiem poprzez podejmowanie samodzielnych decyzji, naciski bliskich czy innych pacjentek. Wśród niekonwencjonalnych metod leczenia wymienia się reiki, jogę, zioła, niecodzienne specyfiki (korę, koci pazur), bioenergoterapię. Mimo że wymienione sposoby nie mają potwierdzonej skuteczności, chore chętnie z nich korzystają. Podkreślają, że walorem terapii alternatywnych jest pobudzanie wiary, dawanie nadziei na wyleczenie (w przypadku konwencjonalnych metod leczenia nasilenie tych odczuć jest mniejsze).

Z opowiadań osób stosujących w przeszłości terapie alternatywne wynika, że każdorazowo ważną była oprawa, która im towarzyszyła. Zwracano uwagę na specyficzną atmosferę oczekiwania, obecność innych osób oczekujących, „świadczenia” uzdrowionych. Najważniejsze okazywało się jednak zaangażowanie terapeuty alternatywnego, „uzdrowiciela”: nawiązanie kontaktu z chorą, poświęcenie jej odpowiedniej ilości czasu i zainteresowanie innymi, pozachorobowymi obszarami życia. Pełne spokoju traktowanie pacjentki kontrastuje z realiami placówek leczniczych, dla których typowe są przepełnione poczekalnie, napięcie w oczekiwaniu na przyjęcie przez lekarza, przemęczony i wypalony zawodowo personel.

Efektywność leczenia metodami niekonwencjonalnymi jest tematem opracowań publikowanych w recenzowanych czasopismach naukowych. Przedstawione dotąd konkluzje ani nie wykluczają, ani nie potwierdzają skuteczności terapii alternatywnych. Z uwagi na brak dowodów świadczących o ich szkodliwości autorzy zachęcają do kierowania chorych do centrów wykorzystujących różne metody niekonwencjonalne (szczególnie reiki i jogę) jako formę uzupełnienia lub, w skrajnych wypadkach, jako zastępnik dotychczas stosowanych metod konwencjonalnych.

Należy zadać sobie pytanie, czy medycyna konwencjonalna rzeczywiście jest coraz mniej efektywna, czy może przekonanie o nieskuteczności leczenia to efekt nadmiernej szczegółowej analizy – kosztem syntezy, która pozwoliłaby na ujmowanie człowieka całościowo, jako bytu biopsychospołecznego. Czy konwencjonalna medycyna jest

of medical facilities, with typically overcrowded waiting rooms, tension when waiting for the doctor, overtired and burnt-out staff personnel.

The effectiveness of unconventional methods is the subject of studies published in reviewed scientific journals. The conclusions presented so far neither exclude nor confirm the efficacy of alternative therapies. Due to the lack of evidence for the harmfulness of these techniques, the authors encourage referring patients to facilities using various unconventional methods (reiki and yoga in particular) as a form of supplementary treatment or, in extreme cases, as a substitute for conventional methods used so far.

A question should be asked whether conventional medicine is actually increasingly less effective, or whether the conviction about treatment inefficacy is the result of an excessively detailed analysis – at the expense of synthesis, which would allow for a holistic approach to a human being as a biopsychosocial entity. Is conventional medicine so dehumanized that it must be replaced by alternative treatment techniques? The term “holistic medicine,” which indicates that a person is perceived as a whole, through the prism of not only illness, but also emotions, needs (the need for acceptance in particular), respect and hope, is used as a synonym for “alternative therapy/medicine.” The possibility and/or ability to use time as an important tool in therapy and building a good relationship with patients is what distinguishes physicians with academic education and clinical experience, who often work in teams, from “healers”^(24–26).

CONCLUSIONS

The effectiveness of pain management in patients with gynecologic cancer will improve when, in addition to knowledge and the choice of the most effective medications, good interpersonal contact, based on respect for the sufferer, becomes an integral element of therapy. Mental (anxiety and depression) and cognitive disorders, multiple comorbidities and memory of pain are significant modulators of analgesic effectiveness. It is also worth learning about patient’s ideas and convictions about the disease in order to minimize the placebo effect. Therefore, a psychologist equipped with tools and skills that will allow for an assessment of anxiety disorders, depression, cognitive functions and learned inappropriate behaviors should be included in the team of specialists treating the patient with gynecologic cancer. After assessing patient’s mental state, the specialist is also able to ensure adequate psychological assistance, which will increase the effectiveness of pain management.

Conflict of interest

The author does not report any financial or personal connections with other persons or organizations, which might negatively affect the contents of this publication and/or claim authorship rights to this publication.

aż tak zdehumanizowana, że muszą ją zastąpić alternatywne techniki leczenia? Jako synonim „terapii/medycyny alternatywnej” stosuje się pojęcie „medycyna holistyczna”, które sygnalizuje, że człowiek postrzegany jest całościowo, przez pryzmat nie tylko choroby, lecz także emocji, potrzeb (szczególnie potrzeby akceptacji), szacunku i nadziei. Tym, co odróżnia lekarzy z wykształceniem akademickim i doświadczeniem klinicznym, często pracujących w zespołach, od „uzdrowicieli”, jest możliwość i/lub umiejętność korzystania z czasu jako ważnego narzędzia w terapii oraz budowania dobrej relacji z chorymi^(24–26).

PODSUMOWANIE

Skuteczność leczenia bólu u chorych z nowotworem narządu rodowego poprawi się, gdy integralnym elementem terapii będzie – poza wiedzą i wyborem najskuteczniejszych leków – dobry kontakt międzyludzki, oparty na poszanowaniu osoby cierpiącej. Zaburzenia psychiczne (lękowe i depresyjne) oraz poznawcze, wielochorobowość i pamięć bólu są znaczącymi modyfikatorami efektywności leczenia przeciwbólowego. Warto również poznać wyobrażenia i przekonania pacjentki na temat choroby w celu zminimalizowania efektu nocebo. Jednym z członków zespołu leczącego chorą z nowotworem narządu rodowego powinien więc być psycholog, który ma narzędzia i umiejętności pozwalające na ocenę zaburzeń lękowych, depresji, funkcji poznawczych i wyuczonych nieprawidłowych zachowań. Po dokonaniu oceny stanu psychicznego specjalista może także udzielić pacjentce odpowiedniej pomocy psychologicznej, dzięki której zwiększy się skuteczność terapii bólu.

Konflikt interesów

Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo / References

1. Kępiński A: Poznanie chorego. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1977.
2. Kępiński A: Lęk. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1977.
3. Melosik Z: Kultura popularna i tożsamość młodzieży. W niewoli władzy i wolności. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2014.
4. Kowalik S: Uśpione społeczeństwo. Szkice z psychologii globalizacji. Wydawnictwo Akademickie Sedno, Warszawa 2015.
5. Petrie KJ, Rief W: Psychobiological mechanisms of placebo and nocebo effects: pathways to improve treatments and reduce side effects. *Annu Rev Psychol* 2018. DOI: 10.1146/annurev-psych-010418-102907.
6. Pouillon L, Socha M, Demore B et al.: The nocebo effect: a clinical challenge in the era of biosimilars. *Expert Rev Clin Immunol* 2018; 14: 739–749.
7. de Walden-Gałaszko K: Psychologiczne aspekty bólu. *Przew Lek* 2001; 4: 58–59.
8. Misiołek H, Cettler M, Woron J et al.: Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym – 2014. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2014; 46: 235–260.
9. Domżał TM: Ból przewlekły – problemy kliniczne i terapeutyczne. *Pol Przegl Neurol* 2008; 4: 1–8.
10. Dobrogowski J, Zajączkowska R, Dutka J et al.: Patofizjologia i klasyfikacja bólu. *Pol Przegl Neurol* 2011; 7: 20–30.
11. EFIC w sprawie bólu. Deklaracja Europejskiej Federacji Oddziałów IASP odnośnie bólu przewlekłego jako głównego problemu zdrowotnego, traktowanego jako „choroba sama w sobie”. Available from: <https://ptbb.pl/bol/115-deklaracja-efic-w-sprawie-bolu>.
12. Inter-American Convention on Protecting the Human Rights of Older Persons. 2015. Available from: <https://hospicecare.com/uploads/2015/8/OAS%20Convention%20Rights%20of%20Older%20People.pdf>.
13. Bajcar EA, Bąbel P: Jak ludzie pamiętają ból. Rola czynników sytuacyjnych i emocjonalnych. *Ethos* 2017; 30: 125–138.
14. Bąbel P, Bajcar EA, Świder K et al.: Znieczulający kontekst. Wpływ placebo na doświadczanie bólu – aspekt psychologiczny. *Ethos* 2017; 30: 139–161.
15. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja. Tom I, wydanie 2008. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2012. Available from: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf.
16. Malec-Milewska M: Leczenie bólu u chorych w wieku podeszłym. *Postępy Nauk Med.* 2015; 28: 489–497.
17. Doloplus-2 Scale, Behavioural Pain Assessment in the Elderly. Available from: <http://prc.coh.org/PainNOA/Doloplus%20Tool.pdf>.
18. Kocot-Kępska M: Leczenie bólu przewlekłego o dużym natężeniu u pacjenta w wieku podeszłym – opis przypadku klinicznego. Available from: <https://www.mp.pl/bol/przypadki/116258,leczenie-bolu-przewleklego-o-duzym-natezeniu-u-pacjenta-w-wieku-podeszlym>.
19. Frankl VE: Człowiek w poszukiwaniu sensu. Głos nadziei z otchłani Holokaustu. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2010.
20. Yalom ID: Patrząc w słońce. Jak przezwyciężyć groźbę śmierci. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2012.
21. Marchwicki P: Mechanizmy obronne w ujęciu psychodynamicznym. *Seminare. Poszukiwania naukowe* 2005; 21: 491–507.
22. Strategia walki z rakiem w Polsce 2015–2024. 2017. Available from: http://walkazrakiem.pl/sites/default/files/slajd/pliki_do_pobrania/strategia_wersja_2017.pdf.
23. Domaradzki J: O definicjach zdrowia i choroby. *Folia Med Lodz* 2013; 40: 5–29.
24. Woźniak-Holecka J, Zborowska K, Holecki T: Medycyna alternatywna jako uzupełniająca forma leczenia chorób nowotworowych w opinii pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia* 2010; 1: 21–28.
25. Thrane S, Cohen SM: Effect of Reiki therapy on pain and anxiety in adults: an in-depth literature review of randomized trials with effect size calculations. *Pain Manag Nurs* 2014; 15: 897–908.
26. Joyce J, Herbison GP: Reiki for depression and anxiety. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; (4): CD006833.