

EDYTA ZIERKIEWICZ

Uniwersytet Wrocławski

ORCID: 0000-0003-0312-874X

Psychologiczna pomoc chorym doświadczającym zmęczenia chorobą nowotworową¹

Streszczenie. Rozdział dotyczy jeszcze słabo uświadomionego w Polsce problemu zmęczenia chorobą nowotworową, którego w trakcie leczenia medycznego lub procesu powracania do zdrowia doświadcza ok. 90% pacjentów. Chorzy często swoje złe samopoczucie psychofizyczne uważają za oczywisty i niemożliwy do wyeliminowania skutek inwazyjnych terapii onkologicznych, zwłaszcza chemioterapii. Powoli jednak następują zmiany w odniesieniu do leczenia zmęczenia rakiem, niejako w następstwie zrozumienia, że powinno się je eliminować, podobnie jak intensywny ból. W usuwaniu przyczyn osłabionej kondycji efektywne okazuje się połączenie fizjoterapii i psychoterapii. Wśród najczęściej stosowanych metod psychologicznych znajdują się te charakterystyczne dla podejścia poznawczo-behawioralnego, *mindfulness* oraz terapii akceptacji i zaangażowania. Rzadko natomiast dorosłym pacjentom rekomendowana jest śmiechoterapia, choć sprawdziła się już na oddziałach dziecięcych.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, jakość życia pacjentów onkologicznych, psychospołeczne uwarunkowania, strategie radzenia sobie, interwencje psychospołeczne

Psychological Support for Patients Experiencing Cancer Fatigue

Abstract. This article addresses the still poorly understood in Poland problem of cancer-related fatigue, even though approximately 90% of patients is experiencing it during medical treatment or their recovery. Patients often consider their poor psychophysical well-being to be an obvious and inescapable consequence of invasive oncological treatments, especially chemotherapy. However, changes are slowly taking place in the treatment of cancer-related fatigue, stemming from the understanding that it should be addressed, just like treating an intense pain. A combination of physiotherapy and psychotherapy has proven effective in addressing the causes of this weakened condition. Among the most commonly used psychological methods are those from cognitive-

¹ Tekst, w nieco zmienionej formie, ukazał się informatorze dla osób chorujących na raka, pt. *Fizjoterapia kontra zmęczenie chorobą*, wydanym przez Stowarzyszenie Pomocy Chorym Onkologicznie „Różowe Okulary”, Wrocław 2022.

behavioral therapy, mindfulness, and acceptance and commitment therapy. Laughter therapy, however, is rarely recommended for adult patients, although it has proven effective in pediatric wards.

Keywords: cancer-related fatigue, quality of life, psychosocial determinants, coping strategies, psychosocial interventions

Zmęczenie chorobą nowotworową. Wprowadzenie

Zmęczenie rakiem (ang. *cancer fatigue*, *cancer-related fatigue*) definiowane jest jako subiektywnie odczuwane przez pacjentów wyczerpanie psychofizyczne, trwające dłuższy czas, bardzo trudne do zniwelowania typowymi metodami, a przez to oddziałujące w dojmujący sposób na ich codzienne życie (por. np. Buss i in. 2012; Luthy i in. 2011). Może być ono doświadczane na różnych etapach mierzenia się z rakiem, zarówno podczas leczenia medycznego (w szczególności podczas chemioterapii), jak i w okresie remisji, a więc przez osoby uznane za już wyleczone (ang. *disease-free survivors*) (np. Minton, Stone 2009). Zmęczenie rakiem łączone jest ze spadkiem energii życiowej u pacjentów, ich osłabieniem (wynikającym również z braku apetytu, duszności, utraty masy mięśniowej, zaburzeń snu), wyczerpaniem nieproporcjonalnie dużym w porównaniu do podjętej aktywności, obniżeniem poziomu funkcjonowania emocjonalnego i poznawczego (Hollenbach 2017; Medysky i in. 2017; Mohandas i in. 2017; Hofman i in. 2007; Ahlberg i in. 2003). Wśród innych czynników zwiększających podatność na chroniczne zmęczenie wskazuje się również m.in. starszy lub młody wiek, bycie kobietą, choroby krążenia, nieposiadanie partnera (Kuhnt i in. 2019; Bower, Ganz 2015).

W porównaniu do tzw. zwykłego zmęczenia, doświadczanego przez zdrowych ludzi, a będącego reakcją ochronną na fizyczny lub psychiczny stresor, zmęczenie chorobą jest odbierane przez pacjentów jako bardzo niepokojące, skrajnie nieprzyjemne i negatywnie wpływające na ich codzienne życie (Ahlberg i in. 2003). Ten drugi rodzaj zmęczenia oddziałuje zarówno na ciało, jak i umysł chorego, powodując, że czuje się on ospały, apatyczny, osłabiony, przygnębiony lub zobojętniały (Ahlberg i in. 2003). W przeciwieństwie do tzw. zwykłego zmęczenia, które ustępuje po odpoczynku (stopień 1; 1–3 punktów na skali 10-punktowej, która opisana zostanie w dalszej części tekstu), to o charakterze przewlekłym nie przechodzi nawet po długim relaksie czy po kilkunastogodzinnym śnie. Należy tu dodatkowo wyróżnić zmęczenie utrudniające codzienne życie (stopień 2; 4–6 punktów) i skrajne wyczerpanie, uniemożliwiające wykonywanie nawet najprostszych czynności (stopień 3; 7–10 punktów) (Golon, Karczmarek-Borowska 2017; Berger i in. 2015; Medysky i in. 2017).

Sami pacjenci proszeni w badaniach jakościowych o oszacowanie swoich ekstremalnych doświadczeń związanych ze zmęczeniem chorobą nowotworową ocenili je, średnio, na 9,5 w skali 0–10, a więc bardzo wysoko (Holley 2000; por. też Olson

i in. 2015). W ich odczuciu zmęczenie rakiem różni się od tego zwykłego tym, że pojawia się nagle, nie wiadomo skąd i dlaczego, jest bardziej intensywne, drenuje z energii i pozbawia motywacji, trwa dłużej. Z powodu swojej „nielogicznej natury” (tj. niedającej się powiązać z konkretnymi przyczynami) wzbudza ono u chorych dużą niepewność, odbiera zaufanie do własnego ciała, budzi przestroch, a nawet przerażenie (Holley 2000). Źródłem przykrości i dyskomfortu jest dla nich nie tylko to, że cierpią, ale także, że nie są w stanie w pełni angażować się w swoje dotychczasowe role społeczne (Son i in. 2020; Berger i in. 2015). Symptomy zmęczenia oraz różne związane z chorowaniem dolegliwości negatywnie wpływają na jakość życia chorych (Wojtukiewicz i in. 2007), na wykonywaną pracę i relacje społeczne (Bower, Ganz 2015), na zachowania zdrowotne, na ich sferę seksualną, na partycypację społeczną (Zetzel 2021).

Najczęściej ograniczenia w funkcjonowaniu wynikają ze zmęczenia fizycznego, którego, ogólnie pojętymi, przyczynami mogą być m.in. anemia, ból, brak aktywności fizycznej i zaburzenia snu. Co ciekawe, nieposiadanie partnera, a więc brak uwagi, troski i pomocy w codzienności, bardziej obciążają pacjentów w sensie fizycznym, nie zaś, jak można by się spodziewać, psychicznym (Kuhnt i in. 2019). W odniesieniu do zmęczenia psychicznego (ang. *affective fatigue*, *emotional fatigue*) wśród głównych przyczyn wskazuje się utratę motywacji, poczucie braku energii oraz zaburzenia lękowe czy depresyjne. Zmęczenie psychiczne może wiązać się z problemami ze snem i z brakiem aktywności fizycznej. Istotnymi kwestiami w odniesieniu do niego są brak wsparcia społecznego oraz obniżony nastrój, będące zarówno przyczyną wyczerpania emocjonalnego, jak i jego skutkiem (np. Schmidt i in. 2020; Wojtukiewicz i in. 2007). Kolejnym, często wymienianym, rodzajem zmęczenia towarzyszącego chorym jest to o charakterze poznawczym, które wiąże się z niechęcią do wysiłku umysłowego, trudnościami w koncentracji i ze skupieniem uwagi czy z zaburzeniami pamięci roboczej.

Jak pokazały jedno z badań, przeprowadzone w grupie ponad tysiąca osób, najbardziej uciążliwe dla chorych jest osłabienie fizyczne (wskazał na nie co drugi respondent), nieco mniej emocjonalne (tak uważa co trzeci badany), a najmniej poznawcze (co piąty) (Kuhnt i in. 2019). Z niedawnego przeglądu badań wynika, że najsilniej na pojawienie się zmęczenia rakiem u pacjentów oddziałuje chemioterapia (łączona z 15 różnymi dolegliwościami, m.in. z anemią czy z zespołem niespokojnych nóg), a także brak aktywności fizycznej (łączony z 11 dodatkowymi dolegliwościami), natomiast czynniki psychiczne, tj. stres, lęk, depresja odgrywają umiarkowaną ważną rolę (powiązano z nimi 6 dolegliwości) (Tórtola-Navarro, Santalla 2021). Arbitralne rozpatrywanie tych czynników jako odrębnych od siebie jest adekwatne tylko w kontekście analiz naukowych, natomiast w sytuacjach klinicznych oraz w odniesieniu do życia poszczególnych pacjentów nie jest to wskazane ani zasadne. Chorzy spostrzegają zmęczenie rakiem w kategoriach synergii, tj. skumulowanego efektu zachodzenia procesów fizycznych, psychologicznych

i poznawczych na pogorszenie się ich samopoczucia (Holley 2000). Pogorszenie jakości życia zgłaszają zwłaszcza te osoby, u których oprócz wyczerpania fizycznego występuje duże nasilenie długo utrzymującego się lęku (Williams i in. 2021). Warto jeszcze dodać, że zmęczenie związane z rakiem ma ogromny, destrukcyjny wpływ na życie pacjentów, bez względu na to, jak skuteczne w ich przypadku było leczenie medyczne (Kuhnt i in. 2019).

Wśród czynników, które wywołują zmęczenie rakiem, ogólnie wyróżnić można dwie grupy: bezpośrednie oraz pośrednie (np. Medyski i in. 2017). Do pierwszej z nich zaliczane są czynniki fizjologiczne (np. siła mięśniowa, wrażliwość na ból) i biologiczne (np. insulinooporność), a do drugiej – behawioralne (np. apetyt), psychologiczne (np. depresja) i społeczne (np. kontakty z innymi osobami). W literaturze przedmiotu podkreśla się, że kluczowe znaczenie odgrywają anemia (nie-dotlenienie mięśni i mózgu) (np. Romito i in. 2008) oraz zaburzenia emocjonalne i poznawcze, a więc to ich leczeniem należałoby się zająć w pierwszej kolejności. Wyleczenie anemii zmniejsza poziom zmęczenia u pacjentów i tym samym podnosi poziom jakości ich życia (Ahlberg i in. 2003). Osobom, które nie mają anemii, można od razu proponować udział w sprawdzonych programach zorientowanych na cele behawioralne (ćwiczenia fizyczne) i psychospołeczne (Ahlberg i in. 2003).

Objawy zmęczenia rakiem są bardzo niepokojące dla pacjentów, ale, choć niektórzy uważają je za bardziej stresujące niż ból czy nudności i wymioty, nic w związku z ich wystąpieniem nie robią (Berger i in. 2015). Nie zgłaszają ich też lekarzowi – z bardzo różnych powodów, np. dlatego, że uważają je za nieunikniony efekt uboczny interwencji medycznych, z występowaniem którego po prostu należy się pogodzić. Niektórzy nie chcą „zawracać głowy” specjalście tak oczywistymi i, w ich przekonaniu, nienadającymi się do leczenia dolegliwościami. Jeszcze inni obawiają się, że zgłoszenie kwestii swojego złego samopoczucia negatywnie wpłynie na dalszy przebieg postępowania medycznego, skutkując zmianą metody terapii na mniej obciążającą dla ich organizmu, ale też potencjalnie mniej skuteczną. „Zatajanie” odczuwanego zmęczenia może wydawać się pacjentom zachowaniem dość racjonalnym, zwłaszcza w porównaniu z negatywnie odbieranymi przez personel medyczny skargami na doświadczane trudności i ograniczenia (Medyski i in. 2017). Bycie „twardym”, nieużalanie się nad sobą, niezadrażanie pracowników ochrony zdrowia „drobnostkami” jest nie tylko oczekiwane od chorego i traktowane jako element roli „wzorowego/idealnego pacjenta” (por. Zierkiewicz, Wechmann 2016), ale bywa też świadomie wybraną strategią radzenia sobie z nieformalnymi regułami obowiązującymi w tzw. instytucji totalnej – wiele osób obawia się narażenia na kłopoty ze strony lekarzy czy pielęgniarek, jeśli uznane zostaną za uprzykrzające im pracę. Z drugiej strony często sami wspomniani specjaliści nie wspominają o kwestii zmęczenia, aby uniemożliwić chorym podejmowanie „tematów pobocznych”, lub dlatego że nie wiedzą, iż zespół przewlekłego zmęczenia można, i należy, leczyć (Berger i in. 2015). Przedstawicielom ochrony zdrowia zdarzało się też aktywnie zniechęcać

pacjentów do rozmów o pogarszaniu się ich jakości życia w wyniku leczenia raka słowami typu: „Niech się pani cieszy, że żyje”. Nic zatem dziwnego, że przewlekłe zmęczenie chorobą jest jedną z najważniejszych trudności doświadczanych przez pacjentów (por. np. Berger i in. 2015), która rzadko jest zgłaszana i diagnozowana, a jeszcze rzadziej leczona – to zaś skutkuje słabszymi lub opóźnionymi efektami w leczeniu raka (Berger i in. 2015; Pearson i in. 2017).

Współcześni pacjenci coraz częściej już nie muszą obawiać się krytyki czy lekceważenia ze strony lekarzy, gdy zaczną im zgłaszać swoje niepokoje (Pertl i in. 2014). Jednak jeszcze w latach 90. ubiegłego wieku problemy neuropoznawcze, psychiczne i komunikacyjne specjaliści interpretowali w kategoriach ubocznych skutków leczenia, w tym menopauzy indukowanej u kobiet zastosowaną hormonoterapią. Dopiero naciski przedstawicieli ruchu amazońskiego oraz, co istotniejsze dla lekarzy, wyniki obrazowych badań mózgu doprowadziły do zmiany w podejściu do symptomów psychospołecznego zmęczenia rakiem (Bower, Ganz 2015). Zidentyfikowano również inne mechanizmy (w tym neurochemiczne), które objęto wspólną etykietką „zachowania chorobowego” (ang. *sickness behavior*), przejawiającego się zmniejszonym łaknieniem, wycofaniem społecznym, anhedonią, zaburzeniami snu, problemami poznawczymi, depresyjnym nastrojem itd. Poczucie wyczerpania organizmu powiązano z ogólnoustrojowym zapaleniem, które jest skutkiem aktywowania przez chemoterapeutyki cytokin – białek pobudzających komórki odpornościowe, ale też, paradoksalnie, sprzyjających wystąpieniu zapalenia w organizmie. Niektóre chemoterapeutyki przenikają przez barierę krew-mózg, powodując zatrucie, a nawet strukturalne uszkodzenie mózgu (Bower, Ganz 2015). W anglojęzycznej literaturze medycznej od niedawna funkcjonują nawet pojęcia opisujące osłabienie poznawcze wywołane przez chemioterapię: *chemobrain* i *chemofog* (np. Argyriou i in. 2011; zob. też Bury 2015; Gołota, Borkowska 2015, Andryszak i in. 2012)². Wśród tego typu problemów poznawczych, obciążających pacjentów również pod względem emocjonalnym, wymienia się zaburzenia pamięci roboczej (odpowiedzialnej m.in. za krótkotrwałe przechowywanie informacji), pamięci epizodycznej (stanowiającej „magazyn wspomnień osobistych”), funkcji wykonawczych (zawiadujących samokontrolą i regulacją zachowań), pamięci werbalnej i wizualnej, koncentracji i uwagi itd. (Argyriou i in. 2011). Osłabienie funkcji poznawczych jest dla chorych irytujące, frustrujące i niepokojące, pozbawia ich pewności siebie i znacznie obniża nastrój (Bennett i in. 2007).

Problem zmęczenia rakiem jest jednak bardzo poważny – także ze względu na liczbę doświadczających go osób. Szacuje się, że w pewnym momencie procesu leczenia/zdrowienia doświadcza go co najmniej co piąty pacjent (np. Haussmann i in. 2022), a u ok. 25–30% chorych zmęczenie rakiem utrzymuje się do 10 lat po

² Pojęcie „mgły mózgowej” w polskim dyskursie publicznym używane jest do opisywania poznawczych konsekwencji zachorowania na COVID-19 (por. np. Kazimierska 2021).

operacji (zob. w: Schmidt i in. 2020; Bower, Ganz 2015), w szczególności dotyczy to osób, które zaczęły odczuwać symptomy zmęczenia już na początku zachorowania (Kuhnt i in. 2019). Warto zauważyć, że wskaźniki występowalności zmęczenia chorobą mogą się różnić ze względu na używane narzędzia badawcze i sposób definiowania mierzonej kategorii oraz brak jej jednolitej definicji (Minton, Stone 2009). Co więcej, w medycynie obowiązuje szersza jednostka diagnostyczna: „zespół przewlekłego zmęczenia”, która łączona jest z wieloma innymi przyczynami (por. np. Wilk, Łoza 2018). Rozstrzał wyników dotyczących identyfikowania zmęczenia rakiem w grupach badanych pacjentów jest więc często bardzo duży, a waha się od 17% do 90% (zob. np. w: Medyski i in. 2017), a nawet do 100% (Ahlberg i in. 2003).

Psychospołeczne aspekty zmęczenia chorobą nowotworową

Jak wskazano we Wprowadzeniu, zespół zmęczenia rakiem powodowany jest i powiązany z wieloma różnymi czynnikami, z których tylko małą część stanowią te o proveniencji psychologicznej i społecznej. To, że uznawane są one za istotne, wynika z indywidualistycznej orientacji kultury euroatlantyckiej. W zachodnich społeczeństwach cenionymi wartościami są niezależność, osobista odpowiedzialność, podejmowanie ryzyka, osiągnięcia itp. Konsekwencją ich upowszechniania i internalizacji są przekonania dotyczące ponoszenia osobistej winy za pojawienie się u danej jednostki problemu lub choroby. W języku psychologii zjawisko to określić można mianem fundamentalnego błędu atrybucji (zob. np. Brycz 2012), a w języku socjologii „oskarżaniem ofiary” (ang. *victim blaming*) (np. Crawford 1977; zob. też Bower, Ganz 2015). W tekście pt. *Jesteś niebezpieczny/niebezpieczna dla swojego zdrowia* Robert Crawford zauważał, że przypisywanie jednostce odpowiedzialności za to, że doświadcza kryzysu, służy ukrywaniu słabości polityki społecznej państwa, niesprawności ochrony zdrowia, trudnych do wyeliminowania środowiskowych przyczyn chorób itd. Ale mimo że współcześnie zagadnienie to jest już szeroko i krytycznie analizowane m.in. w kategoriach nierówności zdrowotnych (np. Wikler 2005) lub szkodliwości ideologii neoliberalnej (np. Bambra i in. 2008; Galvin 2002), na popularności nie tracą przekazy promujące autonomię i sprawczość jednostek. Dla poszczególnych ludzi niezwykle ważne jest bowiem to, aby pozostawać aktywnymi i posiadać kontrolę nad własnym życiem. Współcześni autorefleksyjni psycholodzy, ucząc się na błędach swoich poprzedników i unikając pułapek skrajnego humanizmu (opisanych np. przez Mirosławę Marody 2014), sugerują możliwości wyjścia z impasu. Ich zdaniem możliwe jest podtrzymanie wartości indywidualistycznych bez osłabiania i alienowania jednostek, a w służbie rozwijania sieci społecznych i współzależności oraz etycznego bycia w świecie (por. np. Waterman 1981). Konieczne jest jednak odejście od indywidualizmu hedonistycznego, opartego m.in. na dążeniu do przyjemności, zdobycia

władzy i bogactwa, a zwrócenie się ku indywidualizmowi eudajmonicznemu, ceniącemu działania prospołeczne, autentyczność, zdobywanie wglądu itd. (np. Pearce i in. 2021). Ta, z konieczności, pobieżna konstatacja jest tu potrzebna do podkreślenia, że czynniki psychologiczne łączone z pojawieniem się zespołu przewlekłego zmęczenia u pacjentów nie będą – nawet niejawnie – służyły do obwinienia, skrytykowania czy potępienia ich za zachorowanie na raka. Wręcz przeciwnie, różne problemy psychiczne (np. depresja) postrzegane są tu jako, w dużej mierze, uwarunkowane czynnikami społeczno-kulturowymi i ekonomiczno-politycznymi.

Wracając do kwestii psychospołecznych, trzeba zauważyć, że pierwszym momentem, w którym u pacjentów zainicjowany może zostać proces przewlekłego wyczerpania emocjonalnego i poznawczego rakiem jest otrzymanie diagnozy (Stanton, Bower 2015). Wynik stwierdzający obecność komórek rakowych w organizmie u wielu osób wywołuje szok, w szczególności gdy nie były na to przygotowane, albo gdy były pewne, że nic im nie dolega, a badania skriningowe czy kontrolne traktowały jak prozdrowotną rutynę, czy gdy nie dopuszczały do siebie żadnych wątpliwości co do stanu własnego zdrowia itp. Zdarza się, że w tej jednej chwili „wali się ich świat”, ponieważ doświadczają nieodwracalnej zmiany egzystencjalnej i tożsamościowej. Nagle, jeszcze w gabinecie lekarskim, przestają się czuć w pełni zdrowia, a zaczynają myśleć o sobie jako pacjentach, a nawet osobach umierających. Bardzo wiele narracji tworzonych przez pacjentów onkologicznych, tzw. autopatografii, zaczyna się właśnie od takiego „suspensu” (por. w: Zierkiewicz 2012). Ludzie, słysząc, że mają raka, doświadczają bardzo silnego lęku, który utrudnia lub uniemożliwia im zaakceptowanie słów lekarza – wypierają otrzymaną informację, reagują poczuciem bezradności itp. (Stanton, Bower 2015). Poradzenie sobie z takim obciążającym psychikę kryzysem wymaga czasu, zasobów, wysiłku, a przecież nie jest to jedyna sytuacja trudna, z którą mierzą się pacjenci w trakcie procesu leczenia i powracania do zdrowia. Różne tzw. negatywne emocje często się u nich nasilają w okresach poprzedzających kolejne badania medyczne, ponieważ te mogą przynieść niepożądane wieści, a także wtedy, gdy ich ciała reagują w zaskakujący dla nich sposób. Warto zauważyć, że strach jako reakcja na nowy, nieznany, potencjalnie niebezpieczny stresor jest czymś naturalnym i/bo ewolucyjnie „uzasadnionym”. Poważny problem dotyczy sytuacji nieoswojenia się z bodźcem, a więc takiej, w której pomimo upływu czasu od diagnozy silny niepokój nadal się utrzymuje lub jeszcze wzmacnia, przeradzając się w zaburzenia afektywne, np. lęk uogólniony, lęk napadowy. Chorzy stają się wyczuleni na wszystkie sygnały płynące z ciała, nie tylko te dla nich nietypowe, i często interpretują je w katastroficzny sposób, wzbudzając przerażenie u siebie i, jeśli się dzielą mrocznymi „prognoząmi”, u swoich bliskich. Większość ich myśli i emocji dotyczy raka, przez co ich organizmy są ciągle w stanie pobudzenia fizjologicznego. Długie funkcjonowanie w stanie alertu, bez konstruktywnego rozwiązania bieżącego problemu, jest szkodliwe (dla organów wewnętrznych, m.in. z powodu dużego stężenia kortyzolu oraz innych hormonów stresu we krwi) i wycieńczające.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że zdarzają się pacjenci, którzy nie doświadczają zespołu przewlekłego zmęczenia lub doświadczają go w stopniu mało dla nich uciążliwym. Psychologiczne „czynniki ryzyka” zmęczenia rakiem związane są m.in. z niskim poczuciem własnej skuteczności, z niekonstruktywnymi strategiami radzenia sobie (unikowymi, zorientowanymi na emocje), z wcześniejszym chorowaniem na depresję, poczuciem osamotnienia, brakiem poczucia kontroli (np. Kuhnt i in. 2019; Bower, Ganz 2015). Ich zidentyfikowanie umożliwia udzielenie skutecznej pomocy chorym, dopasowanej do ich indywidualnych potrzeb.

Narzędzia pomiaru występowania i intensywności zmęczenia rakiem

Wszystkie sposoby rozpoznawania zmęczenia chorobą nowotworową mają charakter subiektywny, samoopisowy, a więc oparty na odczuciach i przekonaniach pacjenta – podobnie jak to jest w przypadku zgłaszanego bólu (Beger i in. 2015). W związku z tym sugeruje się, że rozpoczynając rozmowę, specjaliści powinni zadać choremu następujące pytania:

1. Czy doświadczają Pan/i zmęczenia?
2. Jeśli tak, to na ile by je Pan/i je ocenił/a w skali od 1 do 10?
3. W jakim sensie to zmęczenie wpływa na Pani/Pana funkcjonowanie? (Portenoy, Itiri 1999).

Wielu specjalistów wypowiedzi pacjentów traktuje jednak jako najgorsze z możliwych źródeł danych – niedokładne, niepełne, zależne od aktualnego nastroju i ogólnego nastawienia lub kontekstu itd. Ocenę zmęczenia, która powinna być systematycznie prowadzona przez lekarza lub psychologa, warto wykonywać także w oparciu o wyniki badań medycznych i opis zachowań chorego dokonany przez członków jego rodziny itp. (Berger i in. 2015). Za bardziej miarodajne uważane są różne testy i przygotowane wcześniej skale, które – aby ukazały szerszy obraz życia pacjenta – muszą być prowadzone regularnie przez pewien czas i interpretowane zbiorczo.

Jednym z popularniejszych narzędzi jest „Przeglądowy Kwestionariusz Zmęczenia” (*Brief Fatigue Inventory*), dostępny również w języku polskim (Życińska i in. 2016). Narzędzie to składa się z zapytania wprowadzającego (tj. pytania rozstrzygnięcia odnośnie do odczuwania w ostatnim tygodniu wyjątkowo silnego zmęczenia) oraz dziewięciu pytań właściwych, które zadaje się badanym, jeśli na to wstępne odpowiedzieli twierdząco. Trzy pierwsze pytania mają pozwolić ocenić nasilenie zmęczenia (w tej chwili, przeciętnie, najsilniej) na skali 11-punktowej, od 0 („brak znużenia”) do 10 („tak duże zmęczenie, że trudno je sobie wyobrazić”). Kolejne pytania odnoszą się do intensywności oddziaływania ich zmęczenia na nastrój, odczuwaną radość życia, pracę zawodową i obowiązki domowe, aktywność oraz

kontakty społeczne. Badany wybiera liczbę ze skali od 0 („wcale nie zakłócało”) do 10 („całkowicie zakłócało”). Uzyskane wyniki sumuje się i dzieli przez 9, a następnie odnosi do, wspomnianego na początku tekstu, przedziału, rozróżniającego zmęczenie łagodne (1–3 punktów), umiarkowane (4–6) oraz bardzo duże (7–10) (zob. np. Medyski i in. 2017).

Innym narzędziem do pomiaru zespołu przewlekłego zmęczenia chorobą jest, rekomendowany przez amerykańską organizację NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*), „Termometr dystresu” wraz z „Listą problemów” (zob. też Car i in. 2012). Pacjenta prosi się, by na schematycznym rysunku przedstawiającym termometr okienny, z podziałką od 0 do 10, zaznaczył cyfrę odpowiadającą intensywności odczuwanego w ostatnim tygodniu dystresu, rozumianego jako nieprzyjemne odczucia natury psychicznej, społecznej lub duchowej, które oddziaływały na jego sposób myślenia, odczuwania emocjonalnego i/lub działania w taki sposób, że trudniej mu było radzić sobie z rakiem i leczeniem (np. Kieszkowska-Grudny 2012). „Lista problemów” natomiast to kwestionariusz wymieniający różne trudności często występujące w grupie pacjentów onkologicznych, ujęte w kilku kategoriach (problemy praktyczne, rodzinne/społeczne, emocjonalne, somatyczne, wątpliwości natury religijnej/duchowej) (*Distress during cancer care. NCCN guidelines for patients*, 2020; *NCCN guidelines version 2.2022. Distress management*).

Istnieje wiele innych narzędzi do badania trudności doświadczanych podczas zmagania się ze skutkami terapii medycznych (por. Ahlberg i in. 2003); część z nich udostępnianych jest w literaturze przedmiotu, np. *Piper Fatigue Scale* (np. Reeve i in. 2012; zob. Nowicki i in. 2017). Wszystkie one koncentrują się na mierzeniu nasilenia lub częstotliwości odczuwania zmęczenia rakiem albo na jego poszczególnych wymiarach (por. np. w: Minton, Stone 2009; Wu, McSweeney 2007). Wymiar emocjonalny zmęczenia mierzony jest poprzez zadawanie pytań typu: „Czy czujesz się bezradny?” (Kuhnt i in. 2019) lub prośby o ustosunkowanie się do stwierdzeń: „Czuję się winny, że jestem zbyt zmęczony, żeby robić rzeczy, które normalnie robiłem” lub „Czuję się przybity, ponieważ nic mi się ostatnio nie udaje” (Williams i in. 2021; Wu, McSweeney 2007). Z kolei wymiar poznawczy formować mogą pytania typu: „Czy czujesz się zdezorientowany?” (Kuhnt i in. 2019) lub stwierdzenia: „Mam problemy z zapamiętywaniem”, „Myśli mi uciekają” czy „Mogę się skupić tylko przez krótki czas” (Baussard i in. 2018; Wu, McSweeney 2007). Najwięcej pozycji we wszystkich kwestionariuszach dotyczy wymiaru fizycznego, do którego odnoszą się takie oto przykładowe stwierdzenia: „Nie mam energii, by rano wstać i coś zrobić”, „Łatwo się męczę”, „Mogę spać o wiele więcej niż zwykle” czy „Nie czuję się wypoczęty po śnie” (Wu, McSweeney 2007).

Ten krótki opis narzędzi pomiaru zmęczenia rakiem może być pomocny dla pacjentów, którzy poczuć się pewniej, wiedząc, o co zapyta lekarz, i będą się mogli do takiej rozmowy odpowiednio przygotować, np. systematycznie rejestrować w swoim dzienniku różne, nawet pozornie błahe, trudności czy obawy.

Pomoc psychologiczna chorym doświadczającym zmęczenia rakiem

Ogólnie wyróżnia się dwie grupy interwencji dostępnych pacjentom doświadczającym zmęczenia rakiem: farmakologiczne (medyczne), mające na celu m.in. leczenie anemii i zaradzenie bólowi, i niefarmakologiczne (rehabilitacyjne oraz psychospołeczne).

Najbardziej skuteczną niefarmakologiczną strategią poprawy funkcjonowania chorych doświadczających zmęczenia rakiem jest regularna aktywność fizyczna, np. udział w zajęciach fizjoterapeutycznych, wykonywane w domu ćwiczenia gimnastyczne, joga, aerobik, *nordic walking* itp., oraz rezygnacja z tzw. zachowań siedzących, czyli unikanie bierności (np. Hass i in. 2022; Medyski i in. 2017). Przykładowo, kobiety z rakiem piersi, które większość swojego czasu spędzały w pozycji siedzącej i nie były zaangażowane w żadne aktywności sportowe, zgłaszały wyższy stopień zmęczenia podczas leczenia raka niż osoby wykonujące ćwiczenia fizyczne. Warto zauważyć, że jeszcze pod koniec XX wieku zdarzało się, że onkolodzy nakłaniali pacjentki do zaprzestania wielu aktywności ruchowych, w tym uprawiania sportu, bezpodstawnie przyjmując, że jest to dla nich szkodliwe. Z badań jednak wynika, że ograniczenie ilości codziennej aktywności przez – zwykle dość długi – okres leczenia raka może prowadzić do zmniejszonej tolerancji na normalną aktywność, a tym samym do wysokiego poziomu zmęczenia (Ahlberg i in. 2003).

Bardzo korzystne są także różne interwencje psychospołeczne (psychoterapeutyczne, psychoedukacyjne, samopomocowe) (Medyski i in. 2017; Mustian i in. 2007). Dowiedziono naukowo istnienia ścisłego powiązania między wskazanymi wyżej dwoma rodzajami interwencji niefarmakologicznych – aktywności psychospołecznej oraz ćwiczenia fizyczne, uwalniając kortyzol, obniżają poziom odczuwanego przez chorych stresu, lęku i depresji (Tórtola-Navarro, Santalla 2021).

Już w momencie wdrożenia leczenia onkologicznego pacjenci powinni być edukowani w zakresie zmęczenia rakiem, w tym informowani o możliwości wystąpienia u nich niepokoju i depresji. Istnieje bowiem silny związek między dystresem a przeciążeniem psychicznym (Sandler i in. 2017; Portenoy, Itiri 1999). Chorych należy zapoznać z medycznymi i psychospołecznymi możliwościami niwelowania zmęczenia rakiem (Berger i in. 2015). Taka psychoedukacja powinna obejmować istotę problemu (w tym to, że jest on skutkiem ubocznym terapii medycznej) i przewidywane wyniki jego leczenia (Portenoy, Itiri 1999). Otrzymane informacje i porady mogą pomóc chorym zrozumieć zespół zmęczenia rakiem w szerszym kontekście, z różnych perspektyw – niedoinformowani pacjenci często interpretują swoje zmęczenie bardzo wybiórczo, wąsko, tj. jako oznakę, że ich leczenie nie działa, a choroba postępuje (Fabi i in. 2020; Ahlberg i in. 2003). Specjaliści (lekarze, pielęgniarki, psycholodzy) mogą np. edukować chorych odnośnie do higieny snu,

tj. rutynowych aktywności podejmowanych przed położeniem się do łóżka, które sprzyjają lub nie sprzyjają odzyskiwaniu sił podczas nocnego wypoczynku (np. że ćwiczeń fizycznych nie należy wykonywać później niż 6 godzin przed snem, że warto stosować autohipnozę) (Portenoy, Itiri 1999). Z psychoedukacji powinni korzystać również nieformalni opiekunowie pacjentów (tj. ich partnerzy życiowi, krewni, przyjaciele), którzy w inny sposób często nie docierają do wiedzy o zmęczeniu rakiem, czy w ich przypadku zmęczenia opieką, „zmęczenia współczuciem” (ang. *compassion fatigue*), a więc i o strategiach radzenia sobie z własnym i pacjenta wyczerpaniem (Hass i in. 2022).

Spośród metod profesjonalnej pomocy psychologicznej najczęściej polecana jest terapia poznawczo-behawioralna, a także techniki *mindfulness* i redukcji stresu (np. Levy 2008; Hollenbach, 2017). Głównymi celami tych interwencji są: pomoc pacjentom w zrestrukturyzowaniu przekonań dotyczących zmęczenia rakiem, zmiana strategii radzenia sobie na bardziej konstruktywne czy wypracowanie zachowań, które umożliwiają im podjęcie skutecznej samotroski (por. Mazurek 2021; Kowalik 2018) i samopomocy (Fabi i in. 2020). Terapia poznawczo-behawioralna zajmuje się zarówno emocjami, zachowaniami, jak i procesami poznawczymi osoby chorej w kontekście dążenia do osiągnięcia skonkretyzowanego celu. Zwykle jest ona rekomendowana tym pacjentom, którzy po zakończeniu leczenia medycznego pragną lepiej zaadaptować się do nowej sytuacji życiowej (w tym: radzić sobie z lękiem przed wznową, z zaburzeniami snu itd.), ale może być także stosowana w odniesieniu do chorych aktualnie przechodzących chemioterapię i doświadczających zespołu przewlekłego zmęczenia (Fabi i in. 2020). Zgodnie z założeniem tej terapii ludzie często podtrzymują różne irracjonalne przekonania, które przyczyniają się do doświadczania przez nich wielu trudności i problemów – poddanie zmianie niekonstruktywnych myśli pomoże zredukować, a może nawet usunąć, psychologiczny dystres i zaburzenia psychiczne, a chorym ułatwi nabycie umiejętności kontroli bólu itd. (Azizi i in. 2017).

Stosowanie interwencji zorientowanych na redukcję stresu (i na wzrost wsparcia społecznego, które zaliczone zostało do kategorii samotroski) umożliwia obniżenie poziomu zmęczenia i poprawę nastroju. Tego rodzaju techniki oddziałują na sposób, w jaki chorzy odbierają, komunikują i w jaki reagują na swoje zmęczenie (Ahlberg i in. 2003). Programy terapeutyczne wspierające usprawnienie pamięci (zarówno te realizowane w kontakcie bezpośrednim, jak i za pośrednictwem komputera) poprawiały jakość życia chorych, nie dając żadnych skutków ubocznych (Hass i in. 2022). Oparte na uważności (ang. *mindfulness*) techniki redukcji stresu okazują się przydatne do obniżania poziomu depresji i niepokoju u chorych, zmniejszenia intensywności lęku przed wznową oraz wzbudzenia pozytywnego nastawienia do życia (Stanton, Bower 2015). Techniki *mindfulness*, obejmujące ćwiczenia medytacyjne (skupienie uwagi, świadomość ciała), elementy psychoedukacji i terapii poznawczo-behawioralnej, ćwiczenia oddechowe, pomagają w poprawie nastroju, snu oraz

funkcjonowania psychologicznego u pacjentów, a także w lepszym przystosowaniu psychospołecznym, redukcji stresu, w obniżeniu poziomu lęku itd. (Fabi i in. 2020).

Pacjentom czasami sugeruje się także udział w sesjach terapii egzystencjalnej, która koncentruje się na znaczeniach nadawanych chorobie, możliwości zaakceptowania cierpienia itp. U większości chorych rak wywołuje poczucie pustki, bezwartościowości, beznadziei i konfrontuje ich z, maskowanym na co dzień, lękiem przed śmiercią. Terapia egzystencjalna nie omija tego ostatniego tematu, ale poddaje go głębszej refleksji i pomaga zaszczyć w sobie nadzieję (Azizi i in. 2017). Jest to bardzo ważna kwestia, ponieważ utrata nadziei doświadczana jest niezwykle dotkliwie przez osoby z rakiem z racji tego, że stanowi ona kluczowy mechanizm adaptacji do nowej, trudnej sytuacji. W tym zakresie pomoc może także terapia nadziei, wywodząca się z psychologii pozytywnej, a zorientowana na wzmocnienie prężności psychicznej pacjentów i poprawę ich samopoczucia (Azizi i in. 2017).

Do form pomocy psychoterapeutycznych zaliczyć można grupy wsparcia tworzone z myślą o chorych doświadczających zmęczenia rakiem. Udział w nich pomaga w odzyskaniu radości życia, odczuciu zrozumienia i wsparcia itd. (Ahlberg i in. 2003). Organizowane przez psychologów spotkania często poświęcone są nabywaniu przez pacjentów umiejętności radzenia sobie, w tym m.in. poznawczego restrukturyzowania, umożliwiającego redukcję bólu, zmęczenia, nudności i dystresu (Ahlberg i in. 2003). Spotkania z innymi pacjentami w podobnej sytuacji, z podobnymi potrzebami i obawami przyczyniają się do podniesienia poziomu nadziei i motywacji, a także pewności siebie u uczestników (Azizi i in. 2017).

Stosunkowo rzadko dorosłym pacjentom oferuje się możliwość skorzystania ze śmiechoterapii (ang. *laughter therapy*, *humour therapy*) – metody, która skutecznie poprawia samopoczucie psychofizyczne jej uczestników, m.in. poprzez oddziaływanie na mięśni twarzy, brzucha i przepony, głębsze oddychanie i szybsze krążenie krwi (zob. w: Morishima i in. 2019; Ilkhani i in. 2019) – choć nie ma co do niej żadnych przeciwwskazań medycznych lub zdrowotnych, a za jej używaniem przemawia także to, że jest tania i naturalna (Ilkhani i in. 2019). Ograniczenia w stosowaniu śmiechoterapii biorą się przede wszystkim z przestrzegania przestarzałych norm obyczajowych, narzucających dorosłym konieczność zachowania powagi, w każdej, zwłaszcza trudnej, sytuacji – a niektórzy dodatkowo nie mogą zaakceptować tego, że z raka można śmiać się (Demjén 2016). Gdy ktoś dojrzały spontanicznie wybucha śmiechem w instytucji publicznej, np. w szpitalu (zob. Erdman 1994), obserwatorzy uważają to za niestosowne i, czując skrępowanie, starają się „ukarać” trefnisią przykrym komentarzem, zniesmaczoną miną, teatralnym obruszeniem się itp. Jednak ludzie wraz z wiekiem nie tracą zdolności do przeżywania radości płynącej z beztroskiej zabawy; przeciwnie, dzięki niej mogą wzmacniać swój biopsychospołeczny dobrostan (np. Proyer 2013), podejmować nowe wyzwania, rozwijać kreatywność, rozwiązywać problemy, uczyć się (np. Witton 2018). Coraz więcej informacji o dobroczynnych skutkach zabawy i śmiechu pojawia się w różnych mediach, a to z pew-

nością ułatwia zmianę indywidualnych przekonań i społecznych nastawień wobec śmiechoterapii dla dorosłych pacjentów onkologicznych. Wskazuje się zarówno na fizjologiczne, jak i psychologiczne korzyści w organizmie i psychice osoby lubiącej się bawić, w tym: rozluźnienie mięśni, poprawa oddychania, pobudzenie krążenia, obniżenie poziomu hormonów stresu, zwiększenie możliwości obronnych układu odpornościowego, podniesienie progu bólu, usprawnienie funkcji poznawczych, zmniejszenie odczuwania lęku, przeciwdziałanie wystąpieniu objawów depresji, podniesienie poczucia własnej wartości, poprawa pamięci i wzrost kreatywnego myślenia, poprawa interakcji społecznych, poprawa jakości życia (zob. Jach 2021).

Występy klaunów na dziecięcych oddziałach szpitalnych czy ubieranie przez pediatrów i pielęgniarki zabawnych strojów lub peruk nie budzą niepokoju czy zdziwienia, odkąd zrobiło się głośno o błaznującym lekarzu, Patchu Adamsie, który wzmacniał motywację do leczenia się u swoich pacjentów strategicznie uprawianą „terapią zabawą, współczuciem i miłością” (Adams 2002; por. też Auerbach i in. 2016; Grzybowski 2015). Obecnie „pajacowanie” (ang. *clown therapy*) stosowane jest w szpitalach w różnych celach, np. odwracania uwagi od zabiegu medycznego (jako dystraktor) czy ułatwiania komunikacji (Nikkhah-Beydokhti i in. 2021). Poczucie humoru to także psychologiczny mechanizm obronny, który pozwala pacjentom konstruktywnie zaadaptować się do stresującej i lękowej sytuacji (por. np. Ilkhani i in. 2019; Nabi 2016; Chapple, Ziebland 2004). Żartując, ludzie czują, że posiadają pewną kontrolę (społeczną, dyskursywną) nad tym, co się z nimi dzieje, demonstrowując swoją błyskotliwość, budując wspólnotę z innymi, którzy reagują śmiechem na ich słowa, zdobywają sympatię, a także mierzą się z niepokojącymi ich tematami, takimi jak śmierć, kłopotliwe reakcje ciała poddawanego leczeniu medycznemu (Demjén 2016), lub po prostu „zabijają” nudę (Moczka 2009), np. podczas długich seansów chemioterapii. Należy jednak zwracać uwagę na rodzaj aktywowanego śmiechu – pożądany jest ten spontaniczny oraz stymulowany, a niepożądany symulowany, indukowany środkami psychoaktywnymi i patologiczny, tj. wywołany uszkodzeniem neuronów (Yim 2016).

Śmiechoterapia jako metoda terapeutyczna może obejmować specjalne ćwiczenia oddechowe, noszące nazwę jogi śmiechu (ang. *laughter yoga*), przedstawienia komediowe i kabaretowe, występy klaunów, opowiadanie żartów, śmiesznego przedrżniania, wykonywanie magicznych sztuczek (Nikkhah-Beydokhti i in. 2021; Morishima i in. 2019; Kmita i in. 2017). Można uporządkować poszczególne techniki śmiechoterapeutyczne ze względu na dwa kryteria: 1) skoncentrowanie-rozproszenie (śmiech jako główna aktywność podczas interwencji *versus* śmiech – aktywność jedna z wielu), 2) zewnątrznie-wewnątrznie (por. Gonot-Schoupsky, Garip 2018).

Wśród celów tego rodzaju interwencji wymienia się m.in. rozwijanie własnej skuteczności, umiejętności konstruktywnego radzenia sobie, budowania opartych na szacunku relacji z innymi ludźmi, wzmacnianie naturalnie zachodzących procesów samozdrowienia, automotywacji, pozytywnego nastawienia (zob. np. Sakai,

Takayanagi 2013). Badania naukowe nad śmiechoterapią, prowadzone z udziałem grupy kontrolnej (niepoddawanej oddziaływaniom terapeutycznym), dowodzą, że jest ona skuteczna np. w odniesieniu do obniżenia odczuć bólowych u uczestników interwencji (Morishima i in. 2019), zmniejszenia lęku (Nikkhah-Beydokhti i in. 2021), ograniczenia ilości odruchów wymiotnych i nudności podczas chemioterapii (Naghibeiranvand i in. 2021) i zmniejszenia intensywności, ogólnie pojętego, zmęczenia chorobą nowotworową w okresie leczenia radioterapią (Rad i in. 2015).

Sposobami z powodzeniem używanymi przez pacjentów w trzecim ze wskazanych obszarów, tj. w obszarze samotroski, są: podtrzymywanie pozytywnego nastawienia, prowadzenie konstruktywnego dialogu wewnętrznego, przyjmowanie leków przeciwbólowych, przeciwwymiotnych, nasennych, które poprawiają komfort życia itp. (*NCCN guidelines version 2.2022. Distress management*, 2022; Holley 2000). Chorem często rekomendowana jest technika oszczędzania energii (ang. *energy conservation*), która polega na świadomym spowolnieniu tempa realizacji codziennych obowiązków, wprowadzeniu krótkich drzemek do planu dnia, delegowaniu obowiązków, wykonywaniu prac w tych godzinach, w których odczuwana jest wyższa siła witalnych, odkładaniu niepotrzebnych zadań, formułowaniu realistycznych oczekiwań i ustanawianiu priorytetów, realizowaniu tylko jednej rzeczy na raz (*NCCN guidelines version 2.2022. Distress management*, 2022; Ahlberg i in. 2003; Holley 2000).

Pacjenci skorzystają z codziennej samoobserwacji nasilenia zmęczenia rakiem, np. przy użyciu dziennika lub bloga (Berger i in. 2015). Taki dziennik pomaga wykryć wzory przebiegu zmęczenia oraz zidentyfikować aktywności i wydarzenia, które są związane z wyższym poziomem przeciążenia, a przez to zmodyfikować harmonogram dnia i ustalić okresy przerw (Portenoy, Itiri 1999). W takim dzienniku odnotowuje się zaburzenia przebiegu wypoczynku, np. ilość i długość wybudzeń ze snu, po to, aby opracować pomocne strategie (Ahlberg i in. 2003). Chorzy są także zachęcani do stosowania dystrakcji, tj. celowego odwracania uwagi od problemu zmęczenia rakiem (np. do oddawania się grom, słuchania muzyki, czytania, podtrzymywania kontaktów towarzyskich) (Berger i in. 2015).

Ważnym elementem samopomocy jest wypracowanie stylu radzenia sobie, który będzie wspierał adaptację do sytuacji życiowej, np. orientację na rozwiązywanie problemów, pozytywne komentowanie, pozytywne myślenie, szukanie wsparcia społecznego. To ostatnie jest szczególnie ważne w trudnych sytuacjach życiowych – samotność dla chorych z rakiem jest często bardziej uciążliwa niż dla osób zdrowych. Wsparcie społeczne, rozumiane jako trwałe relacje społeczne, rozpoczynające się od komunikacji, wynika z, oraz prowadzi do, budowania przez pacjenta tak potrzebnych mu empatycznych i silnych więzi z otoczeniem (Azizi i in. 2017). Do oddziaływań społecznych zaliczyć można interwencje duchowe oraz terapię religijną, które pomagają części chorych w zaspokojeniu potrzeby bezpieczeństwa, odnalezieniu nadziei i umocnieniu wartości, poprawie psychologicznego samopoczucia, zaadaptowaniu się do raka oraz w obniżeniu poziomu lęku, depresji i złości (Azizi i in. 2017).

Zakończenie

Od niedawna rozpoznaje się i poddaje leczeniu trudny do precyzyjnego opisanie stan psychofizyczny występujący u osób chorujących na raka, który przejawia się często nagłym i niezrozumiałym, a przez to bardzo niepokojącym osłabieniem. Wcześniej bowiem uważano, że leczenie onkologiczne, polegające na inwazyjnym niszczeniu komórek nowotworowych, musi być bardzo bolesne i wyczerpujące, dlatego pacjenci nie zgłaszali lekarzom spadku swoich sił vitalnych, a i sami specjaliści nie interesowali się poziomem jakości życia chorych (por. np. Krishnasamy, Field 2004). Zmiany zaczęły zachodzić dopiero wówczas, gdy poważnie zostały potraktowane, z jednej strony, głosy aktywistów ruchów społecznych, z drugiej, spostrzeżenia psychoonkologów udzielających wsparcia chorym, a z trzeciej wyniki badań neuroobrazowych mózgu osób po chemioterapii.

Psychologiczna pomoc osobom chorującym na raka w odniesieniu do odczuwanego przez nie skrajnego wycieńczenia lub już zdiagnozowanego syndromu przewlekłego zmęczenia obejmuje różne podejścia i metody terapeutyczne. Jedną z najbardziej popularnych oraz sugerowanych przez specjalistów, m.in. Amerykańskie Stowarzyszenie Onkologii Klinicznej (por. Bower i in. 2024), modalności psychoterapeutycznych jest terapia poznawczo-behawioralna (np. Savas 2025; Corbett i in. 2019; Temple 2017; Buss 2008; Gielissen i in. 2007). Dowodzi się także, że takie podejścia i metody jak *mindfulness* czy ACT – terapia akceptacji i zaangażowania (np. Jalalpour, Safarzadeh 2025; Carlson 2017) są skuteczne w radzeniu sobie przez chorych ze zmęczeniem rakiem. Stosunkowo rzadko poleca się i wykorzystuje, całkowicie pozbawioną niepożądanych skutków ubocznych, terapię śmiechem, a jeśli już, to głównie odnośnie do poprawy jakości życia chorych (np. Karakas i in. 2025; Qu i in. 2025). Za najbardziej adekwatną opcję wsparcia uważa się połączenie pomocy rehabilitacyjnej oraz samodzielnie wykonywanych ćwiczeń fizycznych z interwencjami psychologicznymi, których efekty bywają dość odległe w czasie oraz niebezpośrednie (por. np. Patarca-Montero 2004).

BIBLIOGRAFIA

- Adams P. (2002), *Humour and love: the origination of clown therapy*, „Postgraduate Medical Journal”, 78, s. 447–448.
- Ahlberg K., Ekman T., Gaston-Johansson F., Mock V. (2003), *Assessment and management of cancer-related fatigue in adults*, „The Lancet”, 362, s. 640–650.
- Andrzejak P., Izdebski P., Tujakowski J. (2012), *Wpływ chemioterapii uzupełniającej na funkcjonowanie poznawcze kobiet chorych na raka piersi – przegląd badań*, „Nowotwory. Journal of Oncology”, 4, s. 291–304.

- Argyriou A.A., Assimakopoulos K., Iconomou G. i in. (2011), *Either called "chemobrain" or "chemofog". The long-term chemotherapy-induced cognitive decline in cancer survivors is real*, „Journal of Pain and Symptom Management”, 1, s. 126–139.
- Auerbach S., Ruch W., Fehling A. (2016), *Positive emotions elicited by clowns and nurses. An experimental study in a hospital setting*, „Translational Issues in Psychological Science”, 1, s. 1–14.
- Azizi M., Elyasi F., Fariborzifar A. (2017), *Psychosocial/spiritual interventions for mental health in patients with cancer. A review*, „The Cancer Press”, 3, s. 120–129.
- Bambra C., Smith K., Kennedy L. (2008), *Politics and health*, w: *Health studies*, J. Naidoo, J. Wills (red.), London, s. 257–286.
- Baussard L., Carayol M., Porro B. i in. (2018), *Fatigue in cancer patients. Development and validation of a short form of the Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-10)*, „European Journal of Oncology Nursing”, 36, s. 62–67.
- Bennett B., Goldstein D., Friedlander i in. (2007), *The experience of cancer-related fatigue and chronic fatigue syndrome. A qualitative and comparative study*, „Journal of Pain and Symptom Management”, 2, s. 126–135.
- Berger A.M., Mooney K., Alvarez-Perez A. i in. (2015), *Cancer-related fatigue, Version 2.2015: Clinical practice guidelines in oncology*, „Journal of the National Comprehensive Cancer Network”, 8, s. 1012–1039.
- Bower J.E., Ganz P.A. (2015), *Symptoms. Fatigue and cognitive dysfunction*, w: *Improving outcomes for breast cancer survivors. Perspectives on research challenges and opportunities*, P. Ganz (red.), Springer, s. 53–75.
- Bower J.E., Lacchetti Ch., Alici Y. i in. (2024), *Management of fatigue in adult survivors of cancer. ASCO–Society for Integrative Oncology Guideline Update*, „Journal of Clinical Oncology”, 42, s. 2456–2487.
- Brycz H. (2012), *Człowiek – instrukcja obsługi. Przewodnik po zachowaniach społecznych*, Sopot.
- Bury M. (2015), *Uwarunkowania zaburzeń poznawczych powstających wskutek leczenia onkologicznego i wybrane sposoby terapii kognitywnej*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 1, s. 26–32.
- Buss T., Kruk A., Wiśniewski P., Lichodziejewska-Niemierko M. (2012), *Cancer related fatigue – zmęczenie czy osłabienie? Opinie polskich pacjentów z chorobą nowotworową – badanie wstępne*, „Medycyna Paliatywna”, 3, s. 175–180.
- Buss T., (2008), *Wybrane metody zwalczania zmęczenia w przebiegu choroby nowotworowej*, „Palliative Medicine in Practice”, 4, s. 148–154.
- Car J., Życińska J., Lasota W. (2012), *Ocena dystresu i depresji u osób chorych na nowotwory złośliwe*, „Przegląd Epidemiologiczny”, 66, s. 689–695.
- Carlson M. (2017), *CBT for psychological well-being in cancer. A skills training manual integrating DBT, ACT, Behavioral Activation and Motivational Interviewing*, Hoboken,
- Chapple A., Ziebland S. (2004), *The role of humor for men with testicular cancer*, „Qualitative Health Research”, 8, s. 1123–1139.
- Corbett T.K., Groarke A., Devane D. i in. (2019), *The effectiveness of psychological interventions for fatigue in cancer survivors: systematic review of randomised controlled trials*, „Systematic Reviews”, 8, s. 1–30.
- Crawford R. (1977), *You are dangerous to your health – the ideology and politics of victim blaming*, „International Journal of Health Services”, 7, s. 663–680.
- Demjén Z. (2016), *Laughing at cancer. Humour, empowerment, solidarity and coping online*, „Journal of Pragmatics”, 101, s. 18–30.
- Distress during cancer care. NCCN guidelines for patients*, 2020, online: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/distress-patient.pdf>.

- Erdman L. (1994), *Laughter therapy for patients with cancer*, „Journal of Psychosocial Oncology”, 4, s. 55–67.
- Fabi A., Bhargava R., Fatigoni S. i in. (2020), *Cancer-related fatigue. ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis and treatment*, „Annals of Oncology”, 6, s. 712–723.
- Galvin R. (2002), *Disturbing notions of chronic illness and individual responsibility: towards a genealogy of morals*, „Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine”, 2, s. 107–137.
- Gielissen M.F.M., Verhagen C.A.H., Bleijenberg G. (2007), *Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer survivors: long-term follow-up*, „British Journal of Cancer”, 5, s. 612–618.
- Golon K., Karczmarek-Borowska B. (2017), *Zespół przewlekłego zmęczenia u chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego*, „Problemy Nauk Stosowanych”, 6, s. 127–134.
- Gołota S., Borkowska A. (2015), *Chemobrain – zarys metodologii badań neuropsychologicznych nad dysfunkcjami poznawczymi po chemioterapii*, „Medycyna Paliatywna”, 4, s. 228–235.
- Gonot-Schoupinsky F.N., Garip G. (2018), *Laughter and humour interventions for well-being in older adults. A systematic review and intervention classification*, „Complementary Therapies in Medicine”, 38, s. 85–91.
- Grzybowski P.P. (2015), *Patch Adams. Od poczucia nierówności po rewolucję miłości w medycynie i edukacji*, „Parecja”, 4, s. 66–76.
- Hass H.G., Seywald M., Wöckel A. i in. (2022), *Psychological distress in breast cancer patients during oncological inpatient rehabilitation. Incidence, triggering factors and correlation with treatment-induced side effects*, „Archives of Gynecology and Obstetrics”, 3, s. 919–925.
- Hausmann A., Schmidt M.E., Illmann M.L. i in. (2022), *Meta-analysis of randomized controlled trials on yoga, psychosocial, and mindfulness-based interventions for cancer-related fatigue. What intervention characteristics are related to higher efficacy?*, „Cancers”, 14, s. 1–23.
- Hofman M., Ryan J.L., Figueroa-Moseley C.D. i in. (2007), *Cancer-related fatigue. The scale of the problem*, „The Oncologist”, 1, s. 4–10.
- Hollenbach S. (2017), *Coping with cancer-related fatigue*, „International Waldenstrom's Macroglobulinemia Foundation Educational Forum”, May 20th, online: https://iwmf.com/wp-content/uploads/2020/10/Hollenbach_Coping_with_Cancer-Related_Fatigue.pdf.
- Holley S. (2000), *Cancer-related fatigue. Suffering a different fatigue*, „Cancer Practice”, 2, s. 87–95.
- Ilkhani M., Mohtashami J., Rezaei H. (2019), *Effect of laughter therapy on cancer-related anxiety in patients with breast cancer. A systematic review*, „Journal of Advanced Pharmacy Education & Research”, 2, s. 194–198.
- Jach Ł. (2021), *Od ucha do ucha. Homo sapiens się śmieje*, Poznań.
- Jalalpour F., Safarzadeh S. (2025), *The effectiveness of acceptance and commitment therapy and existential cognitive therapy on mental pain and fatigue associated with cancer in women with breast cancer*, „Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy”, s. 1–12.
- Karakas H., Bahceli P.Z., Akyol M. (2025), *The effects of laughter therapy on perceived stress and quality of life in women with breast cancer receiving chemotherapy. A parallel-group randomized controlled pilot trial*, „Cancer Nursing”, 10.
- Kazimierska I. (2021), *Mgła mózgowa i inne objawy po przechorowaniu COVID-19*, „Kurier Medyczny”, 3, s. 46–49.
- Kieszkowska-Grudny A. (2012), *Dystres i depresja u chorych na nowotwory – diagnostyka i leczenie*, „OncoReview”, 4, s. 246–252.
- Kmita M., Bronowicka A., Moszczyńska A. i in. (2017), *Humor i śmiechoterapia*, „Psychoterapia”, 2, s. 65–74.
- Kowalik S. (2018), *Stosowana psychologia rehabilitacji*, Warszawa.

- Krishnasamy M., Field D. (2004), *Fatigue in lay conceptualizations of health and illness*, w: *Fatigue in cancer*, J. Armes, I.J. Higginson (red.), Oxford, s. 123–135.
- Kuhnt S., Friedrich M., Schulte T. i in. (2019), *Predictors of fatigue in cancer patients. A longitudinal study*, „Supportive Care in Cancer”, 27, s. 3463–3471.
- Levy M. (2008), *Cancer fatigue. A review for psychiatrists*, „General Hospital Psychiatry, 30, s. 233–244.
- Luthy C., Cedraschi C., Pugliesi A. i in. (2011), *Patients' views about causes and preferences for the management of cancer-related fatigue. A case for non-congruence with the physicians?*, „Supportive care in cancer”, 3, s. 363–370.
- Marody M. (2014), *Jednostka po nowoczesności: Perspektywa socjologiczna*, Warszawa.
- Mazurek E. (2021), *Psychoeducation for caregivers of chronically ill spouses*, w: *Learning never ends... Spaces of adult education. Central and Eastern European perspectives*, Z. Szarota, Z. Wojciechowska (red.), Warszawa, s. 245–253.
- Medysky M.E., Temesi J., Culos-Reed, S.N. i in. (2017), *Exercise, sleep and cancer-related fatigue. Are they related?*, „Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology”, 47, s. 111–122.
- Minton O., Stone P. (2009), *A systematic review of the scales used for the measurement of cancer-related fatigue (CRF)*, „Annals of Oncology”, 20, s. 17–25.
- Moczia K. (2009), *Nuuuuda... w chorobie. Humor sytuacyjny jako antidotum na nudę*, „Chowanna”, 1, s. 73–84.
- Mohandas H., Jaganathan, S., Mani, M. i in. (2017), *Cancer-related fatigue treatment. An overview*, „Journal of Cancer Research and Therapeutics”, 6, s. 916–929.
- Morishima T., Miyashiro, I., Inoue, N. i in. (2019), *Effects of laughter therapy on quality of life in patients with cancer. An open-label, randomized controlled trial*, „PLoS ONE”, 6, s. 1–15.
- Mustian K., Morrow G., Carroll J. i in. (2007), *Integrative nonpharmacologic behavioral interventions for the management of cancer-related fatigue*, „The Oncologist”, 1, s. 52–67.
- Nabi R.L. (2016), *Laughing in the face of fear (of disease detection). Using humor to promote cancer self-examination behavior*, „Health Communication”, 7, s. 87–883.
- Naghibeiranvand M., Khodaei S., Alipour Z. i in. (2021), *The effects of laughter therapy on nausea and vomiting in patients with cancer undergoing chemotherapy*, „Govareesh”, 3, s. 176–183.
- NCCN guidelines version 2.2022. *Distress management*, online: https://www.nccn.org/docs/default-source/patient-resources/nccn_distress_thermometer.pdf?sfvrsn=ef1df1a2_4
- Nikkhah-Beydokhti A., Ghaljaei F., Sadeghi N., Najafi F. (2021), *Effects of hospital clowning on anxiety and fatigue in children with cancer undergoing chemotherapy*, „Evidence Based Care Journal”, 4, s. 25–31.
- Nowicki A., Piekarska J., Farbicka P. (2017), *The assessment of cancer-related fatigue syndrome in patients with lung cancer during palliative chemotherapy*, „Advances in Respiratory Medicine”, 85, s. 69–76.
- Olson K., Zimka O., Stein, E. (2015), *The nature of fatigue in chronic fatigue syndrome*, „Qualitative Health Research”, 10, s. 1410–1422.
- Patarca-Montero R. (2004), *Handbook of cancer-related fatigue. What does the research say?*, New York, London, Oxford.
- Pearce K., Huta V., Voloaca M. (2021), *How eudaimonic and hedonic orientations map onto seeing beyond the 'me, now, and tangible'*, „The Journal of Positive Psychology”, 5, s. 610–621.
- Pearson E., Morris M., McKinstry C. (2017), *Cancer related fatigue. Implementing guidelines for optimal management*, „BMC Health Services Research”, 17, s. 1–11.
- Pertl M.M., Quigley J., Hevey D. (2014), *I'm not complaining because I'm alive. Barriers to the emergence of a discourse of cancer-related fatigue*, „Psychology & Health”, 2, s. 141–161.

- Portenoy R.K., Itiri L.M. (1999), *Cancer-related fatigue. Guidelines for evaluation and management*, „The Oncologist”, 4, s. 1–10.
- Proyer R.T. (2013), *The well-being of playful adults. Adult playfulness, subjective well-being, physical well-being, and the pursuit of enjoyable activities*, „European Journal of Humour Research”, 1, s. 84–98.
- Qu L., Cao Y., Wang M., Song D., Huang G. (2025), *Effects of laughter therapy on improving physical and psychological symptoms among cancer patients. A systematic review and meta-analysis*, „Supportive Care in Cancer”, 3.
- Rad M., Borzoe F., Shahidsales S. i in. (2015), *The effects of humor therapy on the fatigue in breast cancer patients undergoing external radiotherapy*, „Journal of Babol University of Medical Sciences”, 1, s. 45–52.
- Reeve B.B., Stover A.M., Alfano C.M. i in. (2012), *The Piper Fatigue Scale-12 (PFS-12). Psychometric findings and item reduction in a cohort of breast cancer survivors*, „Breast Cancer Research and Treatment”, 136, s. 9–20.
- Romito F., Montanaro R., Corvasce C. i in. (2008), *Is cancer-related fatigue more strongly correlated to hematological or to psychological factors in cancer patients?*, „Support Care Cancer”, 16, s. 943–946.
- Sakai Y., Takayanagi K. (2013), *A trial of improvement of immunity in cancer patients by laughter therapy*, „Japan Hospitals: The Journal of Japan Hospital Association”, 32, s. 53–59.
- Sandler C.X., Goldstein D., Horsfield S. i in. (2017), *Randomized evaluation of cognitive-behavioral therapy and graded exercise therapy for post-cancer fatigue*, „Journal of Pain and Symptom Management”, 1, s. 74–84.
- Savas E. (2025), *Cognitive behavioral therapy in cancer*, w: *Psychotherapy for cancer patients*, E. Savas (ed.), Cham, s. 63–94.
- Schmidt M.E., Wiskemann J., Schneeweiss A. i in. (2018), *Determinants of physical, affective, and cognitive fatigue during breast cancer therapy and 12 months follow-up*, „International Journal of Cancer”, 142, s. 1148–1157.
- Son H-M, Park E.Y., Kim E-J. (2020), *Cancer-related fatigue of breast cancer survivors. Qualitative research*, „Asian Oncology Nursing”, 4, s. 141–149.
- Stanton A.L., Bower J.E. (2015), *Psychological adjustment in breast cancer survivors*, w: *Improving outcomes for breast cancer survivors. Perspectives on research challenges and opportunities*, P. Ganz (red.), Cham, s. 231–242.
- Temple S. (2017), *Brief cognitive behavior therapy for cancer patients. Re-visioning the CBT paradigm*, New York, London.
- Tórtola-Navarro A., Santalla A. (2021), *Cancer-related fatigue: trigger factors and function of exercise*, „Archivos de Medicina del Deporte”, 3, s. 209–219.
- Waterman A.S. (1981), *Individualism and interdependence*, „American Psychologist”, 36, s. 762–773.
- Wikler D. (2005), *Personal and social responsibility for health*, w: *Public health, ethics, and equity*, S. Anand, F. Peter, A. Sen (red.), Oxford, s. 47–55.
- Wilk M., Łoza B. (2018), *Zespół przewlekłego zmęczenia*, „Neuropsychiatria”, 1, s. 12–17.
- Williams A.-L.M., Paterson Khan C., Heckler C.E. i in. (2021), *Fatigue, anxiety, and quality of life in breast cancer patients compared to non-cancer controls. A nationwide longitudinal analysis*, „Breast Cancer Research and Treatment”, 187, s. 275–285.
- Whitton N. (2018), *Playful learning. Tools, techniques, and tactics*, „Research in Learning Technology”, 26, s. 1–12.

- Wojtukiewicz M., Sawicki Z., Sierko E., Kieszowska-Grudny A. (2007), *Zespół przewlekłego zmęczenia u chorych na nowotwory poddawanych chemioterapii*, „Nowotwory. Journal of Oncology”, 6, s. 695–701.
- Wu H.-S., McSweeney M. (2007), *Cancer-related fatigue. 'It's so much more than just being tired'*, „European Journal of Oncology Nursing”, 2, s. 117–125.
- Yim J.E. (2016), *Therapeutic benefits of laughter in mental health. A theoretical review*, „The Tohoku Journal of Experimental Medicine”, 239, s. 243–249.
- Zetzel T.M. (2021), *Cancer-related fatigue in intervention*, Würzburg (niepublikowana praca doktorska), online: https://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/opus4-wuerzburg/frontdoor/deliver/index/docId/25166/file/Zetzel-Mueller_Teresa_Cancer_related_fatigue.pdf.
- Zierkiewicz E. (2012), *Patografia jako zjawisko kulturowe i jako narzędzie nadawania znaczeń chorobie przez współczesnych pacjentów*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja”, 1, s. 49–61.
- Zierkiewicz E., Wechmann K. (2016), *Życie od nowa. Społeczne zaangażowanie Amazonek – aktywnych pacjentek*, Poznań.
- Życińska J., Januszek M., Kudłacik M., Pawlak A. (2016), *Ocena właściwości psychometrycznych polskiej wersji Brief Fatigue Inventory wśród chorych z rozpoznaniem nowotworu płuca*, „Psychoonkologia”, 2.