

Magdalena Olczyk

PSYCHOTERAPIA ANALITYCZNA W LECZENIU PACJENTÓW CHORYCH ONKOLOGICZNIE. STUDIUM PRZYPADKU

ANALYTICAL PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF ONCOLOGICAL PATIENTS. A CASE STUDY

Gabinet prywatny

Pamięć o tym, że wkrótce umrę, stanowi dla mnie najważniejszą pomoc przy dokonywaniu poważnych życiowych wyborów. Ponieważ prawie wszystko — oczekiwania otoczenia, cała duma i cały strach przed wstydem lub porażką — wszystkie te rzeczy bledną w obliczu śmierci, pozostawiając tylko to, co jest naprawdę ważne. Pamięć o tym, że umrzesz, to najlepszy znany mi sposób na uniknięcie pułapki myślenia, że masz cokolwiek do stracenia. Jesteś już całkiem nagi. Nie ma zatem żadnego powodu, by nie podążyć za głosem serca.

Walter Isaacson, *Steve Jobs*, Insignis Media, Kraków 2011–2013, s. 554.

**analytical psychotherapy
oncological patient
case study**

Streszczenie

W Polsce psychoterapia psychoanalityczna jest stosunkowo rzadko proponowana pacjentom cierpiącym na choroby onkologiczne. Istnieje wiele czynników wpływających na ten stan rzeczy, w tym ograniczenia czasowe leczenia terapeutycznego w systemie ochrony zdrowia, większa dostępność innych form pomocy oraz specyfika pracy z osobami chorującymi somatycznie. Dostępna literatura polska i zagraniczna zarówno na temat psychoanalitycznego podejścia do pacjentów z chorobami somatycznymi, jak również skupiająca się na pracy psychoanalitycznej z pacjentami onkologicznymi, jest ograniczona. Psychoterapia psychoanalityczna może być jednym z narzędzi, które pomogą pacjentom radzić sobie z trudnościami, z jakimi stoją w obliczu choroby, ale też pozwala na lepsze i bardziej świadome życie po chorobie. Celem artykułu jest zaprezentowanie wybranych obszarów pracy terapeutycznej z pacjentem onkologicznym na przykładzie klinicznym. W artykule przedstawiono, w jaki sposób terapia skupiająca się na eksploracji nieświadomości pacjentów może wpłynąć na proces leczenia. Zwrócono uwagę na zaprzeczony w obliczu choroby lęk przed śmiercią.

Summary

In Poland psychoanalytic psychotherapy is offered to cancer patients relatively rarely. Factors contributing to this situation involve time constraints in providing therapeutic procedures in the health care system, wider access to other forms of support and characteristics of work with people suffering from somatic disorders. Literature referring to the psychoanalytic approach towards the patients with somatic disorders and psychoanalytic therapy for oncology patients is limited in Poland and worldwide. Psychoanalytic psychotherapy may not only serve as a tool helping patients to cope with the difficulties that they face fighting the disease but also enables them to live a better and more mindful life afterwards. The aim of the article is to present selected areas of therapeutic work conducted in a sample cancer patient undergoing clinical treatment. The article shows the way in which therapy focused on the exploration of patients' unconsciousness may influence the clinical treatment process.

Wprowadzenie

Choroby onkologiczne stanowią obecnie jedno z największych wyzwań zdrowotnych w Polsce i na całym świecie. Według Światowej Organizacji Zdrowia [1] nowotwory złośliwe są jedną z najczęstszych przyczyn śmierci. Diagnoza nowotworu to moment, który nie tylko wstrząsa życiem pacjenta, ale także jego rodziną oraz otoczeniem społecznym. Stanowi punkt zwrotny, który często prowadzi do głębokiego kryzysu emocjonalnego i psychicznego [2]. Wydaje się pewne, że doświadczenie choroby wywołuje u większości ludzi najgłębsze lęki o własne życie, a zagrożenie śmiercią bywa w tej sytuacji realne. Pojęcie śmierci zapisuje się w świecie wewnętrznym każdego człowieka w postaci psychotycznej katastrofy, dlatego jest to trudny obszar do konceptualizacji, zaś pacjent ma ograniczoną tolerancję tej tematyki. W skrajnej postaci lęk przed śmiercią może przywoływać to samo bezimienne przerażenie, które ogarnia pacjentów psychotycznych w momentach utraty psychicznej spójności [3].

Można postawić pytanie, co dzieje się z pacjentem, jeśli nigdy nie dochodzi u niego do świadomej konfrontacji z lękami egzystencjalnymi lub — inaczej ujmując — co dzieje się z pacjentem, jeśli kruchość istnienia pozostaje w cieniu zaprzeczenia i wyparcia. Stawiam hipotezę, że u pacjentów chorujących onkologicznie, u których na żadnym etapie leczenia nie wybrzmiewa lęk przed śmiercią, rozpoczyna się ciche poddanie się śmierci prowadzące do wycofania popędu życia i nierzadko rozegrania autodestrukcji w działaniu.

Lęk przed śmiercią i mechanizmy obronne

Freud [4] wyodrębnił pięć głównych rodzajów lęków, w tym lęk przed unicestwieniem, który jest szczególnie istotny w kontekście pracy z pacjentami chorymi onkologicznie. Winnicott twierdził, że choroba reaktywuje pierwotne przerażenie przed rozpadem self, które jest bliskie odczuciu nicości [3]. Lęk w ujęciu analitycznym jest reakcją na niebezpieczeństwo i na zakłócenia spowodowane wzrostem ładunku popędowego (zewnętrznego lub wewnętrznego pobudzenia), który nie może być przetworzony psychicznie oraz przekształcony w libido, co obciąża aparat psychiczny [5]. Ten pierwotny, ekonomiczny wymiar lęku jest bliski pojęciu traumy i wydaje się trafnie ukazywać sytuację pacjentów onkologicznych w sytuacji, kiedy ilość i intensywność ich emocji staje się dla nich samych przytłaczająca, a jednocześnie trudna do zrozumienia lub zaakceptowania [6].

Do podstawowych działań ego należy obrona przed lękiem [7]. Niektóre mechanizmy obronne mogą być przystosowawcze, pomocne i mobilizujące w procesie leczenia onkologicznego, a niektóre mogą działać destrukcyjnie [8]. Wczesne wykrycie nieprzystosowawczego funkcjonowania obronnego może sprzyjać odpowiedniej interwencji psychoterapeutycznej i zapobiegać pogorszeniu się choroby.

Istnieje wiele badań na temat stosowania mechanizmów obronnych przez pacjentów chorych onkologicznie. W jednym z nich wykazano, że dojrzałe mechanizmy obronne są ujemnie skorelowane z depresją, podczas gdy w przypadku mechanizmów bardziej niedojrzałych [9] jest odwrotnie. Ponadto prymitywne mechanizmy obronne korelują dodatnio w sposób znaczący z niższym poziomem jakości życia u pacjentów z rakiem [10]. Istnieją również dowody, że stosowanie dojrzałych mechanizmów obronnych u pacjentek z rakiem piersi wiązało się ze znacznie wyższym prawdopodobieństwem ich przeżycia [11].

Jednym z najczęstszych mechanizmów obronnych obserwowanych u pacjentów z chorobą nowotworową jest zaprzeczanie. Mechanizm ten jest często pierwszą reakcją pacjentów na wiadomość o nowotworze. Chorzy ci wydają się radzić sobie dobrze, odrzucając lub umniejszając znaczenie przekazywanych im informacji, a w niektórych przypadkach nawet zaprzeczając wiedzy o diagnozie. Może to być powodem opóźnienia w poszukiwaniu leczenia i gorszego przestrzegania zaleceń medycznych [12]. I choć zaobserwowano, że świadomość śmierci u osób z zaawansowaną chorobą może współistnieć z silną wolą życia [13], istnieją badania mówiące o tym, że zaprzeczenie może mieć również wymiar adaptacyjny. Jak wykazano, ta forma obrony ego jest związana z lepszym zdrowiem fizycznym i psychicznym, koreluje z pozytywną jakością życia, a także z niższym poziomem lęku i mniejszą liczbą dodatkowych wizyt ambulatoryjnych [12]. Autorzy zwracają jednak uwagę, że wyniki te uzyskano na podstawie samoopisu pacjentów. Ponieważ mechanizm zaprzeczania pozwala choremu na niedostrzeganie pewnego aspektu rzeczywistości, indywidualne postrzeganie choroby może powodować jedynie pozorny wzrost jakości życia. U pacjentów z rakiem stawianie czoła nieprzyjemnym uczuciom, a nie unikanie ich, jak obserwują inni badacze, wiąże się z lepszym samopoczuciem [14]. Pacjenci, którzy tłumią traumatyczne doświadczenie diagnozy, czują się gorzej somatycznie, a wypartej traumie spowodowanej informacją o zachorowaniu mogą towarzyszyć również objawy konwersyjne, które prowadzą do większego upośledzenia sprawności fizycznej [15]. Zaobserwowano, że konfrontacja ze śmiercią w sposób akceptujący, w przeciwieństwie do stosowania mechanizmów obronnych opartych na unikaniu, wydaje się związana z niższym poziomem lęku i niepokoju egzystencjalnego, podczas gdy zaprzeczanie i unikanie są związane z niedostosowaniem psychicznym i utratą sensu życia [16].

W pracy z pacjentami onkologicznymi każdy mechanizm obronny powinniśmy rozpatrywać pod kątem jego adaptacyjnej funkcji z uwzględnieniem etapu leczenia i zaawansowania choroby. Regresja u nieuleczalnie chorych jest pomocna klinicznie i można do niej zachęcać, podczas gdy regresja u pacjentów w remisji może być konfrontowana i kwestionowana. Podobnie rozszczepienie i zaprzeczenie w sytuacji leczenia osoby bliskiej śmierci pozwala na tworzenie fantazji o nieśmiertelności poprzez rozdzielenie ja psychicznego od ja cielesnego, co pomaga radzić sobie z przerażeniem. Wspieranie mechanizmów zaprzeczenia śmierci i rozszczepienia w tej szczególnej sytuacji bardziej służy pacjentowi i stoi w obronie jakości życia [17].

U chorych onkologicznie, nawet tych dobrze rokujących, jest wiele sytuacji wywołujących lęk lub przerażenie. Każde badanie laboratoryjne niesie ze sobą obawy przed potencjalnym zagrożeniem oraz wytrąca chorego z równowagi emocjonalnej, dopóki nie potwierdzi się brak nowych zmian czy zmniejszenie guza [18]. Nawet wtedy, gdy leczenie przebiega zgodnie z planem i ma pomyślne rokowania, pacjenci mierzą się ze skutkami ubocznymi procedur medycznych i leczenia oraz z niepewnością o przyszłość. Obezwładniający lęk może wystąpić lub nasilić się pod wpływem aktywnego leczenia (chemioterapii, radioterapii, hormonoterapii i immunoterapii). Nierzadko choremu towarzyszy w tym okresie ból, zmęczenie i zaburzenia snu. Ból ciała jest doświadczeniem psychosomatycznym, odczuwanym subiektywnie i wieloobszarowo [19]. A to, w jaki sposób pacjenci go odczuwają, może być związane z reprezentacją cielesną self.

Obraz ciała i self cielesne

W rozważaniach na temat pracy terapeutycznej z osobami chorującymi onkologicznie, nie da się pominąć aspektu ciała. Alessandra Lemma [20] kieruje się przekonaniem, że posiadanie ciała kształtuje umysł. Swoją tezę opiera na cytacie z Freuda: „Ego ma przede wszystkim charakter cielesny, jest ono nie tylko istotą powierzchniową, lecz wręcz projekcją powierzchni ciała” [20, str. 35] Oznacza to, że najbardziej pierwotną formą reprezentacji siebie jest reprezentacja cielesna. Obraz ciała powstaje dzięki działaniu mechanizmów projekcyjnych i introjekcyjnych. Ma funkcję obsady libidinalnej i jest zapośredniczone przez relacje z obiektem. Self cielesne zapewnia bazę do budowania tożsamości. Jednocześnie mechanizm ten działa w przeciwnym kierunku, tzn. tożsamość ulega zmianie pod wpływem zmian cielesnych.

Obraz ciała kształtuje się na przestrzeni życia. Sposób traktowania ciała, jak również reakcje na zmiany w ciele, które są nieodłącznym elementem choroby onkologicznej, mogą odzwierciedlać zatem jakość najwcześniejszych identyfikacji i relacji z obiektami. Ciało nie jest w stanie oszukiwać i na dłuższą metę przypomina o ludzkiej śmiertelności. Ślady po operacjach są widoczne w lustrze, a konsekwencje w postaci pogorszenia funkcjonowania dotkniętych chorobą i leczeniem narządów jest odczuwane na co dzień. To, jak człowiek radzi sobie z tymi zmianami, może zależeć od różnych elementów wewnątrzpsychicznych między innymi od proporcji popędu życia i popędu śmierci.

Popęd życia vs popęd śmierci, los vs popęd przeznaczenia

Melania Klein [21] uznała, że stałym elementem życia psychicznego jest walka popędu życia i śmierci, a lęk przed unicestwieniem jest pod spodem wszelkich lęków. W swoich rozważaniach zwróciła uwagę na trzy podstawowe założenia, które odnoszą się do życia psychicznego każdego człowieka: o wszechobecności nieświadomej fantazji, o wrodzonej zdolności niemowlęcia do nawiązywania relacji z obiektami oraz o dualności instynktów życia i śmierci. Na tej podstawie wyodrębniła dwie elementarne struktury psychiczne, które pojawiają się we wczesnym dzieciństwie i utrzymują przez całe życie: pozycja paranooidalno-schizoidalna oraz pozycja depresyjna. Każda z tych pozycji oddaje pewną postawę psychiczną i zawiera charakterystyczne dla siebie lęki, mechanizmy obronne oraz rodzaje

relacji z obiektem. W przeciwieństwie do Freuda, Klein wierzyła w istnienie reprezentacji śmierci i zrównywała ją z reprezentacją złych i prześladowających obiektów. Uważała, że strach przed śmiercią nasila się, gdy przeżywany jest jako atak wrogich obiektów, albo gdy dominuje lęk depresyjny zakłócający odbiór dobrych obiektów wewnętrznych. U niektórych pacjentów w trakcie leczenia w szczególnych momentach popęd śmierci zaczyna dominować nad popędem życia.

Christopher Bollas [22] podstawił pojęcie idiomu w miejsce popędów. Choć nie wyklucza, że popędy somatyczne cały czas działają na umysł, a id domaga się wyrażenia, to jednak zakłada, że ponad popędami stoi idiom naszej osobowości, niepowtarzalny byt, unikalny potencjał osobowościowy. Wprowadził pomocne rozróżnienie losu od popędu przeznaczenia, które wydaje się ważne w rozumieniu pacjentów onkologicznych. Osoby, które czują się skazane na swój los, nie mają poczucia wpływu na bieg wydarzeń własnego życia. Teraźniejszość wydaje im się zbyt przytłaczająca, a zatem nie ma w nich pragnienia przyszłości. Wersje przyszłości podlegają wyparciu, podobnie jak bolesne doświadczenia z przeszłości. Natomiast osoby mające poczucie przeznaczenia wypełniają warunki wewnętrznego idiomu za pośrednictwem obiektów i doświadczeń, a ich wizje przyszłości stanowią różne drogi potencjałów.

Zdarza się, że osoby chorujące onkologicznie przestają mieć wizje własnej przyszłości, czują się przegrane i skazane na ciężki los. Mierzą się ze stratą części self i przeżywają żalobę po tym, co mogło być, a czego już nie będzie. Nierzadko pojawia się wtedy przeszywający ból i gniew, a leczenie może być odbierane nie w kategoriach wsparcia i pomocy, tylko jako rodzaj opresyjności.

Reakcje oraz sposoby radzenia sobie z chorobą są ponadto uwarunkowane takimi czynnikami, jak: typ osobowości, płeć, problemy psychiczne w przeszłości, obecna sytuacja życiowa, indywidualne rozumienie choroby, wiedza o rokowaniu i metodach leczenia, przeszłe doświadczenia z chorobą onkologiczną [23]. Niezależnie od tego, który czynnik przeważa, dla wielu pacjentów moment otrzymania diagnozy jest momentem szczególnie trudnym, który może powodować chęć zgłoszenia się po pomoc, wsparcie lub psychoterapię.

Kluczową tezę w podejściu psychoanalitycznym jest uznanie, że przeżycia traumatyczne na pewno obudzą przytłumione cierpienia i konflikty z dzieciństwa. Często okazuje się, że zrozumienie teraźniejszości pacjenta bez odwoływania się do jego przeszłości może przynieść jedynie chwilowe wyciszenie skutków traumy [6].

Metoda

Zastosowanie psychoterapii zorientowanej analitycznie miało na celu zbadanie wewnętrznych struktur aparatu psychicznego pacjenta oraz rozpoznanie jego pierwotnych obiektów wewnętrznych i przeszłych doświadczeń życiowych w celu ustalenia wpływu choroby onkologicznej na zaburzenia adaptacyjne pacjenta oraz wpływu wczesnych doświadczeń i deficytów na sposób przeżywania choroby. Celem studium przypadku jest ukazanie procesu przejścia od zaprzeczenia lękowi przed śmiercią i stopniowego wycofywania popędu życia ku odzyskiwaniu sprawczości i chęci do życia.

Procedura badawcza

Pacjent był konsultowany w poradni psychoonkologii, a następnie uczęszczał tam na psychoterapię raz w tygodniu przez ponad rok. W okresie aktywnego leczenia (radio-terapia) z powodu złego samopoczucia psychofizycznego pacjenta sesje odbywały się telefonicznie. Po roku od zakończenia terapii, po otrzymaniu kolejnej diagnozy pacjent zgłosił się do gabinetu prywatnego w celu kontynuowania terapii. Psychoterapia odbywała się 2–3 razy w tygodniu i trwała 4 lata. Zarówno leczenie na oddziałach szpitalnych, jak i systematyczne sesje terapeutyczne tworzyły powierzchnię projekcyjną dla reprezentacji obiektów rodzicielskich i wzbudzały proces przeniesienia, który był poddawany analizie. Przed konsultacjami zapoznano się z historią choroby pacjenta, a następnie poszerzano materiał kliniczny na sesjach analitycznych.

Tabela 1. Źródła i zmienne wykorzystane w procedurze terapeutycznej

Źródła	Zmienne
Dane z dokumentacji medycznej pacjenta dostępne w rejestrze szpitalnym z hospitalizacji, poradni onkologicznej oraz poradni zdrowia psychicznego.	Rozpoznanie, rokowania, podjęte działania medyczne, opinia personelu medycznego, opinia psychiatry, stosowana farmakoterapia zlecona przez lekarza onkologa i lekarza psychiatrę.
Dane z psychoterapii indywidualnej. Analiza nieświadomych fantazji, wewnętrznych relacji z obiektami, przymusu powtarzania, mechanizmów obronnych przeniesienia, przeciwprzeniesienia.	Mysli, fantazje, uczucia, przekonania.

Pacjent — Pan B.

Okoliczności podjęcia terapii

Pan B. to mężczyzna 45-letni skierowany do psychoterapii przez lekarza onkologa celem uzyskania pomocy w stanach depresyjnych wynikających z choroby. Sam pacjent w odmienny sposób określał zakres swoich problemów. Właściwie nie wiedział, czego może potrzebować od psychoterapeuty. Jedyne, czego chciał, to szybko poprawić swój status materialny i odzyskać sprawność ciała: „Gdyby nie fakt, że straciłem znaczną część pieniędzy na leczenie, nie miałbym po co przychodzić do terapeuty”, „Moja depresja wiąże się jedynie z tym, że muszę obniżyć standard swojego życia”.

Ponad rok przed zgłoszeniem pan B. był leczony na nowotwór prostaty. Leczenie to przyniosło remisję zmian. Kiedy pacjent otrzymał kolejną diagnozę — nowotworu jelita grubego o miernym rokowaniu — popadł w depresję, cierpiał na napady złości, przygnębienia oraz zaburzenia snu. Psychiatra rozpoznał u pacjenta zaburzenia adaptacyjne (F43.2).

Dane z obserwacji i wywiadu

W trakcie pierwszej konsultacji można było zauważyć, że pan B. jest mężczyzną bardzo dbającym o obraz swojego ciała (wygląd i siłę). Był starannie i modnie ubrany tak,

aby strój podkreślał jego wyrzeźbione mięśnie. Przedstawił się jako osoba, która utraciła znaczną część swojego statusu życiowego i materialnego w wyniku walki z nowotworami. Choć nadal dobrze funkcjonował zawodowo, koncentrował się głównie na sprawach finansowych. Umieszczając znaczący ładunek emocjonalny w dobrach materialnych oraz pogorszonej sprawności fizycznej, odwracał uwagę od lęków związanych z chorobą. Relacjonował zabiegi medyczne i ich cielesne konsekwencje w odcięciu od emocji, a także w przekonaniu, że to tylko „chwilowe problemy”. W proces terapeutyczny pacjent był aktywnie zaangażowany.

Pan B. pochodził z ubogiej rodziny. Był jedynym dzieckiem bardzo młodych rodziców, którzy nie poświęcali mu zbyt wiele czasu. Pracowali ciężko, a pacjent pozostawał często sam lub był oddawany pod opiekę sąsiadom. Ponadto, między dziadkami a rodzicami pacjenta istniał konflikt, który doprowadził do rozpadu rodziny, gdy miał on zaledwie 8 lat. Rodzice rozeszli się, ojciec wyjechał za granicę i widywał syna sporadycznie. Zarówno ojca, jak i matkę pacjent przeżywał jako niezainteresowanych jego losami we wczesnym dzieciństwie. W odczuciu pacjenta związek rodziców rozpadł się z powodu trudności finansowych, a także niegotowości rodzicielskiej. Zgodnie z przekazem rodzinnym pacjent ulokował poczucie własnej wartości w pieniądzu i dobrach materialnych. Chcąc zapobiec kolejnym rozpadom w nieświadomej identyfikacji, pacjent żył przez całe dorosłe życie skupiony na wzbogacaniu się, jakby to miało uratować go przed rozpadem psychicznym. Szybko nauczył się przedsiębiorczości i zaradności, a także wypełnił lukę po deficytach związanych z bliskością, wiążąc się z licznymi kobietami.

W trakcie terapii

W toku pierwszego roku terapii pan B. zrozumiał, że w relacjach damsko-męskich powtarzał wzorce podobne do tych związanych z rodzicami. Wiązał się z kobietami na wzór matki, potrzebującymi pomocy (zwłaszcza materialnej). Wchodził w rolę wybawcy i bohatera, aby później przeżywać ogromne rozczarowanie i poczucie wykorzystania. Z żalem opowiadał o tym, jak bardzo inwestował w związki z kobietami, „oddawał im wszystko”, a po jakimś czasie okazywało się, że one są z nim „tylko dla pieniędzy”. Zrównywał pieniądze i seks z poczuciem miłości i bezpieczeństwa i w sposób dewaluujący wypowiadał się o płci przeciwnej, uważając, że „kobiety łatwo da się kupić”. Terapeutkę również próbował obdarowywać prezentami i był bardzo rozczarowany oraz zawiedziony tym, że ich nie przyjmuje. Bańka, jaką pacjent otoczył się, aby utrzymać fałszywe self, być może utrzymywałyby się nadal, gdyby nie fakt, że w wyniku radioterapii po leczeniu raka prostaty stracił potencję. Od tej pory nie był w stanie znieść narcystycznego upokorzenia z powodu utraty sprawności tak ważnego organu — penisa. W tamtym momencie pacjent nie wiedział, czy utrata jest czasowa czy stała. Poczucie wszechmocy, chroniące go przed bólem, rozpaczą i kruchością, a które zapewniał sobie seksem i pieniędzmi, nagle utracił. I to spowodowało załamanie psychiczne.

Sesja X

W trakcie kolejnego roku terapii, po przerwie wakacyjnej pacjent pojawił się na sesji zrozpaczony i zły. Jego suczka (yorkshire terier) zachorowała i była bliska śmierci. „Jak pani mogła mnie tak zostawić? Moja Y umiera, a pani wyjechała. Ja się angażuję, a pani ma czas wyjeżdżać na wakacje!” — krzyczał pacjent. Poczucie opuszczenia przez terapeutkę aktywowało uczucia opuszczenia przez ważne obiekty w jego życiu, zarówno przez rodziców, jak i przez kobiety, z którymi się wiązał. Spowodowało to regres do poziomu omnipotentnej kontroli i rozpaczliwą próbę ratowania psa za wszelką cenę. „Nie mogę pozwolić jej (suczce) umrzeć” — powtarzał. Był przekonany, że może uratować zwierzę, wbrew opinii weterynarzy. Leczenie farmakologiczne nie pomagało psu, guzy nie były operacyjne. Pan B. jednak nie mógł pogodzić się z utratą towarzyszkę życia i nie pozwalał na jej uśpienie. Wydawał bezskutecznie sporą część pieniędzy na bioenergoterapeutów, szamanów, behawiorystów. „Nie mogę pozwolić, żeby leżała tam sama w zimnej ziemi”. Wszelkie próby interpretacji ze strony terapeutki, dotyczące niechęci pacjenta do zobaczenia rzeczywistości taką, jaka jest, były przez niego odbierane jako „stanie przeciwko niemu”. Omawianie sytuacji życiowej i wcześniejszych strat, a także empatyzowanie z nim w trudnej sytuacji nie przynosiło pacjentowi ukojenia. W przeciwprzeniesieniu terapeutka odczuwała unieruchamiającą bezsilność, która była w opozycji do maniakałnych działań pana B. mających na celu ratowanie życia suczki. Czowała, że pacjent się od niej oddala, nie przyjmuje interpretacji, a także nasunęła się jej myśl, że pacjent wkrótce zakończy terapię, bo „umrze z rozpacz”. Zaczęła zastanawiać się: Dlaczego właściwie pacjent miałby umrzeć? Pomyślała, że pan B. od dawna nie wspominał o swoim leczeniu i zdrowiu, za to bardzo dokładnie opisywał leczenie psa i intensywnie je przeżywał. W końcu zapytała: „Jest pan od tygodni pogrążony w rozpacz i lęku przed utratą suczki. Usiłuje pan ratować życie towarzyszkę za wszelką cenę. Zastanawiam się, czy z podobnym zaangażowaniem próbuje pan uratować również swoje życie?”.

„Moje życie? Czym ono będzie bez mojej Y” — powiedział pacjent, a następnie ujawnił, że miał wyznaczony termin operacji usunięcia nowotworu jelita, ale zdecydował się zrezygnować z dalszego leczenia. Było to jeszcze zanim okazało się, że nie ma już ratunku dla psa. Podczas gdy pragnienie życia pacjent umieścił w zwierzęciu, on sam na jakimś poziomie chciał umrzeć. „Postanowiłem nie poddać się operacji. Nie chce mi się znowu być w szpitalu i przechodzić kolejnej gehenny”. Następnie opisał sen: „Uciekałem przed zionącą ogniem hieną z trzema głowami, gdy zorientowałem się, że jedynym ratunkiem jest skoczyć w przepaść. A następnie skoczyłem i dłuuuugo spadałem”. Sen ten mógł reprezentować agresywne i wyparte części pana B., pacjent jednak skojarzył hienę z rakiem, który go „goni”, ma trzy głowy — trzy rodzaje nowotworów. Dalsza analiza wykazała, że na nieświadomym poziomie dążył do śmierci. Przez cały dotychczasowy proces terapii pacjent nie mówił o lęku przed śmiercią, negował też myśli samobójcze. Siły destrukcyjne jednak pchały go w mroczną przepaść.

Kontynuacja terapii

Gdy pan B. zdał sobie sprawę, że odmawiając leczenia, traci życie, można było rozmawiać nie tylko o lęku przed życiem z niepełnosprawnością i deficytami w obrębie cielesności, ale także o tym, co dla niego oznacza śmierć. Na jednej z kolejnych sesji pacjent powiedział: „Śmierć kojarzy mi się z pustką, nicością i przesywającym zimnem”. Następnie skojarzył ten obraz ze wspomnieniem z dzieciństwa, w którym jako mały chłopiec czekał długo i samotnie na rodziców. „Było to mieszkanie na parterze, ciemno i zimno jak w piwnicy. Nie pamiętam uczuć. Ale pamiętam, że jak w końcu matka wróciła, to przestraszyła się, że przemarzłem na sople lodu. Byłem chyba tak znieruchomiał, że pomimo zimna nie przyszło mi do głowy, aby się ubrać. A może wcale nie czułem nawet zimna. Siedziałem w bezruchu na podłodze i wpatrywałem się w drzwi. Wydawało mi się, że trwa to wieczność”.

Pacjent rozumiał, że od najwcześniejszych lat nauczył się odcinać od uczuć i zdał sobie sprawę z tego, że zarówno w opisaney sytuacji, jak i w wielu innych przytaczanych później doświadczał paraliżującego lęku przed śmiercią, a nawet czuł, że jakieś części w nim wtedy umierały. Głęboko wyparte uczucia budziły się stopniowo wraz z trwaniem analizy i bliskim doświadczeniem realnej śmierci. Był przerażony myślą o tym, że w czasie umierania „nic od niego nie zależy”, że „śmierć przychodzi, kiedy chce”, jak ta matka, na którą czekał i której obecności nie mógł przewidzieć. Natomiast proces umierania widział, jak „najgorszy rozrywający zimnem ból”. W pewien sposób pacjent chciał przejąć nad śmiercią kontrolę, odmawiając leczenia. Z innej strony, postępując w ten sposób atakował siebie, zintrojektowane obiekty wewnętrzne, swoje życie. Zrozumienie własnych nieświadomych motywów pomogło pacjentowi zintegrować ukryte i niechciane części i zdecydować się na kontynuowanie leczenia onkologicznego.

Kiedy pacjent zaczął rozmawiać o wyobrażeniach i uczuciach na temat kończenia życia, zaczął również doświadczać głębokiego smutku wynikającego z poczucia, że nic po nim nie zostanie, „bo nie ma żadnych spektakularnych sukcesów, nie ma rodziny ani dzieci”.

Przepracowywanie tematyki umierania i śmierci oraz omawianie różnych strat ułatwiło przejście do kolejnego etapu leczenia, którego celem stało się wzmocnienie pragnienia życia poprzez mobilizację zdrowych narcystycznych kateksji. Stopniowo ułatwiały one odzyskiwanie poczucia własnej sprawczości i przyjemności z życia. Pacjent zaczął czerpać większą satysfakcję z relacji z ludźmi oraz zaangażował się w nowe aktywności. Poszukiwał nowego znaczenia i sensu dla dotychczasowego życia, ale też zaczął tworzyć nowe wizje i nowe wyobrażenia przyszłości. Zaczął też lepiej znosić oczekiwanie i niepewność wpisane w proces leczenia onkologicznego.

Wnioski

Lęk odczuwany w obliczu zagrożenia śmiercią, jeśli nie jest obezwładniający, dowodzi obecności w człowieku takich sił, które umożliwiają dostrzeganie wartości życia. Lęk przed śmiercią pozwala zatem komunikować chęć uzyskania pomocy, ale też poprawia jakość życia [18]. Teoria Biona [8] o pomieszczającym–pomieszczanym pomaga wyjaśnić, jak ludzie mogą nadawać znaczenie doświadczeniom emocjonalnym i myśleć o nich poprzez

rozwój aparatu umysłowego, który jest budowany w najwcześniejszym niemowlęctwie lub w czasie terapii. Proces przekształcania trudnych do zniesienia przez pacjenta doznań, komunikowanych poprzez identyfikację projekcyjną w coś, o czym można myśleć i co można tolerować, był widoczny w pracy z panem B. Identyfikacja projekcyjna w tym ujęciu odpowiada nieświadomej fantazji, w której aspekty jaźni znajdują się w innych obiektach [24]. Stan umysłu pana B. zarówno na początku terapii, jak i na późniejszych jej etapach, był zdominowany przez procesy rozszczepienia i projekcji charakterystyczne dla pozycji schizoidalno-paranoidalnej [22]. Lękowi prześladowczemu towarzyszyła frustracja i złość na lekarzy, opiekę medyczną, służbę zdrowia i — jak w opisanym przykładzie — na terapeutkę. Życie wewnętrzne chorego zaludniały wrogie obiekty, a licznym projekjom towarzyszyło poczucie pustki. Omawianie historii życia pacjenta i jego wcześniejszych zranień nie przynosiło efektu, a pacjent nie mógł wejść w pozycję depresyjną do momentu, w którym została rozpoznana identyfikacja projekcyjna. Dzięki uznaniu przez terapeutkę jej komunikacyjnej i ewakuacyjnej funkcji, można było omawiać z pacjentem uczucia związane z poddaniem się śmierci. Interpretacja rozszczepionych uczuć i projekcji w zwierzę pomogła pacjentowi szerzej zauważyć bolesną rzeczywistość i powrócić do myślenia o sobie. Zaprzeczenie własnej śmiertelności, które na pewnym etapie służyło do radzenia sobie z uczuciami przerażenia kształtem własnego życia w obliczu choroby, na dalszym etapie było destrukcyjne i wymagało interwencji terapeutycznej. Co było zgodne ze słowami Strakera [17], że mechanizmy obronne powinny być oceniane pod kątem ich adaptacyjnej funkcji. Gdy strach przed śmiercią był omawiany stał się mniej toksyczny i przerażający. Pacjent mógł przyjąć z powrotem do siebie części „ku życiu” i dzięki temu zdecydował się kontynuować leczenie onkologiczne. Pojawiło się miejsce na uczucia związane z żałobą po psie, ale też po utraconych częściach self i dotychczasowym życiu.

Podsumowanie

Tematyka śmiertelności i umierania jest wpisana w pracę z osobami chorującymi onkologicznie. Pojawia się w pracy z pacjentem na poziomie świadomym lub nieświadomym, w formie bezpośredniej lub — tak jak w przykładzie — w zakamuflowany sposób. Dzieje się tak nie dlatego, że choroba onkologiczna jest uważana za chorobę śmiertelną, ale dlatego, że w obliczu choroby uaktywniają się najgłębsze i najbardziej pierwotne lęki. Konfrontacja z tymi lękami wpływa natomiast świadomie lub nie na myśli i uczucia terapeuty oraz na sposób jego pracy. Czasami możemy być w zмовie z pacjentami, wycofując się z bezpośredniej rozmowy o śmierci, jak sugerował Freud, uznając, że pacjenci wierzą we własną nieśmiertelność. Jednak wydaje się szczególnie ważne, aby pacjenci stojący w obliczu śmierci rzeczywistej lub wyobraźniowej, bliskiej lub odległej, mogli o niej rozmawiać w odpowiednim dla siebie momencie. Inaczej gorę może wziąć rezygnacja i wycofanie z życia.

Terapia analityczna pana B. była trwającym cztery lata procesem, który przyniósł znaczącą transformację w funkcjonowaniu pacjenta. W ciągu tego czasu chory musiał stawić czoła głębokim lękom związanym z życiem i śmiertelnością. Nauczył się funkcjonować z własną niepełnosprawnością, chorobą i niepewnością o przyszłość. Znalazł inne

aktywności przynoszące mu radość i satysfakcję. Przeszedł od stanu głębokiej depresji i poczucia bezradności, i przerażenia do akceptacji swojej sytuacji życiowej. Stopniowo wypracowywał bardziej dojrzałe mechanizmy radzenia sobie od zaprzeczenia, omnipotentnej kontroli i rozszczepienia.

Charakter choroby onkologicznej, z uwzględnieniem jej poszczególnych faz oraz ich zmienności, w tym remisji, nawrotów, fazy terminalnej wymaga od terapeuty elastycznego podejścia. Psychoterapia psychoanalityczna okresowo może ustępować miejsca interwencji kryzysowej lub terapii wspierającej [17]. Jednak samo ograniczenie pracy z pacjentem do terapii wspierającej mogłoby nie przynieść tak daleko idących zmian. Przegląd literatury wskazuje, że diagnoza choroby onkologicznej stawia pacjentów w obliczu skomplikowanych wyzwań emocjonalnych. Skala reakcji uczuciowych może być przytłaczająca, a sposób radzenia sobie z nimi jest silnie uwarunkowany indywidualnymi cechami osobowości i wcześniejszymi doświadczeniami życiowymi. Terapia psychoanalityczna dostarcza narzędzi i perspektyw, które pomagają zrozumieć i wspierać pacjentów w procesie radzenia sobie z traumatycznymi przeżyciami i często obezwładniającym lękiem.

Piśmiennictwo

1. <https://www.who.int/>
2. Kosowicz M. Psychoonkologia — wybrane aspekty psychologiczne funkcjonowania w chorobie nowotworowej. W: Meder J, red. Podstawy onkologii klinicznej. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego; 2011, s. 237–244.
3. De Masi F. Kres istnienia. Psychoanalityczne rozważania o przemijalności. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2020.
4. Freud S. Histeria i lęk. Warszawa: KR; 2001.
5. Rappoport de Aisemberg E. Psychosomatics: the role of the unconscious phantasy. W: Aisenstein M, Rappoport de Aisemberg E, red. Psychosomatics today: a psychoanalytic perspective. London: Taylor & Francis Ltd; 2022, s. 104.
6. Garland C. Czym jest trauma. Podejście psychoanalityczne. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2013.
7. Roth P. Pozycja paranoidalno-schizoidalna. W: Bronstein C, red. Teoria kleinowska: Perspektywa współczesna. Warszawa: Instytut Studiów Psychoanalitycznych im. Hanny Segal; 2015, s. 63–78.
8. Segal B. Psychoanalytic work on a teenage cancer ward. Psycho-analytic psychotherapy in South Africa 2013; 21(2): 105–122.
9. Marrazzo GL, Sideli L, Rizzo, Marinaro AM, Mulè A, Marrazzo A, La Cascia C, La Barbera D. Quality of life, alexithymia, and defence mechanisms in patients affected by breast cancer across different stages of illness. J. Psychopath. 2016; 22: 141–148.
10. Talepasand S. relationship between defense mechanisms and the quality of life in women with breast cancer. Int. J. Cancer Manag. 2018; e11116.
11. Weber R, Ehrenthal JC, Brock-Midding E, Halbach S, Würstlein R, Kowalski C, Ernstmann N. Defense mechanisms and repressive coping among male breast cancer patients. Front. Psychiatry 2021; 718076.
12. Di Giuseppe M, Ciacchini R, Micheloni T, Bertolucci I, Marchi L. Defense mechanisms in cancer patients: a systematic review. J. Psychosom. Res. 2018; 115: 76–86.

13. Rodin G, Zimmermann C, Rydall A, Jones J, Shepherd FA, Moore M, Fruh M, Donner A, Gagliese L. The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. *J. Pain Symptom Manag.* 2007; 33(6): 661–675.
14. Cordova MJ, Giese-Davis J, Golant M, Kronnenwetter C, Chang V, McFarlin S, Spiegel D. Mood disturbance in community cancer support groups: The role of emotional suppression and fighting spirit. *J. Psychosom. Res.* 2003; 55: 461–467.
15. Paika V, Almyroudi A, Tomenson B, Creed F, Kampletsas E.O, Sifaka V, Gkika S, Mavreas V, Pavlidis N, Hyphantis T. Personality variables are associated with colorectal cancer patients' quality of life independent of psychological distress and disease severity. *Psychooncol.* 2010; 19: 73–282.
16. Carreno DF, Eisenbeck N. Existential insights in cancer: meaning in life adaptability. *Medicina (Kaunas, Lithuania)* 2022; 58(4): 461.
17. Straker N. Psychodynamic psychotherapy for cancer patients. *J. Psychother. Pract. Res.* 1998; 7(1):1–9.
18. Straker N, Aronson J. MD. Facing cancer and the fear of death: A psychoanalytic perspective on treatment. Lanham, MD: Jason Aronson; 2013.
19. Walden-Gałuszko K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej.* Warszawa: PZWL; 2011.
20. Lemma A. *Ciało w umyśle. Rozważania o ciele w psychoanalizie i w programach telewizyjnych.* Warszawa: Ingenium; 2016.
21. Klein M. *Pisma. Zawiść i wdzięczność oraz inne prace z lat 1946–1963, tom III.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2021.
22. Bollas Ch. *Siły przeznaczenia. Psychoanaliza a idiom ludzki.* Warszawa: Oficyna Ingenium; 2020.
23. Holland JC, Rowland JH. *Handbook of psychooncology.* New York: Oxford University Press; 1989.
24. Bronstein C. *Psychosomatics: the role of unconscious phantasy.* W: Aisenstein M, Rappoport de Aisenberg E, red. *Psychosomatics today: a psychoanalytic perspective.* London: Taylor & Francis Ltd.; 2022, s. 68.

Adres: magda.olczyk1234@gmail.com