

Burkhard Peter

HIPNOTERAPIA PACJENTÓW CHORYCH NA NOWOTWÓR.

ROZMOWY O ŚMIERCI I UMIERANIU.

HYPNOTHERAPY WITH CANCER PATIENTS:

ON SPEAKING ABOUT DEATH AND DYING.

keywords: hypnosis, cancer, hypnotherapy, oncology

słowa klucze: hipnoza, nowotwór, hipnoterapia, onkologia

Streszczenie:

Z końcem lat 70-tych, gdy coraz więcej psychoterapeutów zaczynało pracę z pacjentami chorymi na nowotwory, ich uwaga była początkowo skupiona na tym jak pomóc tym pacjentom przetrwać. Rozmowy o śmierci i umieraniu były czasami uważane za dające negatywne, raniące sugestie. Oczywiście było to fałszywe założenie jak wykazało badanie Spiegel, Bloom, Kramer i Gottheil (1989). Praca z pacjentami nowotworowymi wszelkiego rodzaju i podczas wszystkich stadiów choroby podnosi kwestię jak, gdzie i dlaczego rozmawiać na temat śmierci i umierania. Autor zajmuje się tym zagadnieniem z bardzo osobistego punktu widzenia, dostarcza opisy przypadków i na końcu podaje ogólne wytyczne.

Wprowadzenie

W 1980 roku, gdy zaczynałem pracę psychoterapeutyczną z pacjentami nowotworowymi (Peter i Gerl 1985) nie było wytycznych jak zajmować się sprawami takimi jak śmierć i umieranie. Wręcz przeciwnie, było założenie dzielone przez wielu moich kolegów wewnątrz społeczności hipnoterapeutycznej, że omawianie tych tematów mogłoby nawet być szkodliwe dla pacjentów, dając im możliwą sugestię umierania. W tym czasie idea Simontonów była bardzo popularna; według nich intensywna walka o życie mogłaby pomóc pacjentom przetrwać lub chociaż przedłużyć ich życie.

Inne błędne koncepcje, które pochodziły z tradycji treningu autogennego oraz z "nowych" założeń dotyczących tego, jak nieświadome rozumie znaczenie danych fraz, dały powód dla dodatkowych zastrzeżeń. Byliśmy uczeni używania zdań pozytywnych a unikania negatywnych. Według teorii post-Ericksonowskich, nieświadome miało nie rozumieć słowa "nie"; zatem powinno się mówić w sposób pozytywny. Z pacjentami nowotworowymi, powinno się więc mówić o życiu,

a unikać rozmowy o śmierci i umieraniu, aby ustrzec się przed tymi słowami stającymi się dla pacjenta nieświadomymi sugestiami żeby umarł. Mówienie z pacjentami o ich własnej śmiertelności i proszenie ich o stawienie czoła rzeczywistości ich choroby było uznawane za skracające im życie.

Był jeden wyjątek: Można było zapytać pacjenta prowokacyjnie: "Powiedz mi, dlaczego nie chcesz umrzeć?". Takie pytanie czasem było używane do selekcji pacjentów do różnych grup terapeutycznych. Simonton, na przykład, stwierdził na jednym ze swoich warsztatów w latach 80-tych, że wybrałby do uczestnictwa w swoich grupach terapeutycznych tylko tych pacjentów, którzy przekonywująco demonstrowaliby swoją wolę walki o życie. Inni pacjenci byliby umieszczeni w tak zwanych "grupach umierających" lub nawet odrzucani. (Nie wiem co Simonton rzeczywiście robił, wiem jedynie co powiedział).

Poza komplikowaniem naszego zadania terapeutycznego przez unikanie specyficznych słów i tematów, uważam, że nie robiliśmy dla naszych pacjentów dobrej roboty oraz, że myliliśmy się w naszych założeniach odnośnie szkodzenia mi przez rozmawianie o śmierci i umieraniu.

Przegląd literatury

Badania w literaturze wspierają ten nowy nacisk na bycie otwartym wobec pacjentów. Na przykład, spojrzymy na badanie Spiegel, Bloom i Yaloma (1981) dotyczące pacjentek, które miały przerzutujący rak sutka. Pomysł tych badaczy, że interwencje psychospołeczne mogłyby wpłynąć na przebieg nowotworu nie był respektowany w większości kręgów medyczno-psychologicznych, z pewnymi wyjątkami oczywiście (np. Meares, 1989; Newton 1982-83). Także Spiegel był tu początkowo niedowiarkiem.

Najpierw zaprojektował on badanie mające rozwinąć interwencje, które mogłyby pomóc pacjentom radzić sobie bardziej efektywnie z przerażającymi nowymi okolicznościami w ich życiu, następującymi po ich zdiagnozowaniu. Jedna wielka interwencja została zaprojektowana, by zbudować silną sieć społecznego wsparcia, ale innym zadaniem grup było omawianie śmierci i umierania, by pomóc indywidualnym pacjentom stawić czoła ich lękom przed śmiercią oraz być może bardziej wydajnie sobie z nimi radzić. Spiegel nazwał ten wysiłek "detoksykacją umierania" (Spiegel, 1994). Gdy zakończono badanie lepsze radzenie sobie, mniejszy lęk i mniejszy ból zostały uznane za akceptowalne efekty. Jednak jakieś 12 lat później, gdy Spiegel spojrzął na swoje dane katamnetyczne, był zaskoczony przez nieodparty dowód istotnego wydłużenia czasu przeżycia w jego grupach terapeutycznych, w porównaniu do grup kontrolnych: pacjenci w grupach terapeutycznych przeżyli dwa razy dłużej niż pacjenci z grup kontrolnych (średnio 36,6 miesięcy versus 18,9 miesięcy). Gdy Spiegel i jego koledzy wykreślili krzywe przeżycia, zgony z grup kontrolnych zaczęły wyprzedzać zgony z grup leczonych a po czasie 48 miesięcy wszyscy pacjenci

z grupy kontrolnej zmarli, podczas gdy 1/3 leczonych pacjentów wciąż żyła. Trzech z leczonych na początku pacjentów żyje po 12 latach od rozpoczęcia badania.

W mojej własnej pracy przez lata 1980-84 wciąż byłem bardzo zalekziony w odniesieniu do "zabijania" moich pacjentów przez negatywne sugestie oraz przemyślnie unikałem omawiania tematów śmierci i umierania z moimi terminalnymi pacjentami nowotworowymi. Nie byłem jedynym, który tak robił. Wielu kolegów uważało i postępowało tak jak ja.

Zamiast jednak mówić o mojej własnej psychodynamice, chciałbym powiedzieć o mojej bezradności w tych latach w konfrontacji z terminalnie chorymi pacjentami, którzy mieli tylko kilka dni czy tygodni życia i żadnej szansy rozmowy o ich doświadczeniu.

Pacjenci, którzy umierają dzielą się na dwie kategorie: tych, którzy odmawiają rozmowy i tych którzy korzystają z rozmowy. Badając moje własne doświadczenie w ostatnich latach znalazłem oba rodzaje. Pozwólcie najpierw podzielić się kilkoma przykładami tych, którzy rzeczywiście odmówili podzielenia się ze mną rzeczywistością swojego umierania.

Jeden terminalny pacjent rozmawiał ze mną o swoim pragnieniu opuszczenia szpitala tak szybko, jak to możliwe. Szczegółowo opisał mi swoje plany wzięcia przyjemnego urlopu, a potem stopniowego wchodzenia znów, coraz bardziej w codzienne życie. Chętnie omawiałem te sprawy i zachęciłem go do odzyskiwania zdrowia i sił. Każdy z nas zgadzał się, że po kilku tygodniach nie będziemy w stanie spotkać się znów w tym miejscu. Zaprosiłem go do wejścia w głęboki trans tak jak na poprzednich spotkaniach. W czasie transu zasugerowałem mu narastającą siłę, obronne mechanizmy jego ciała walczące z komórkami guza itd. W końcu zasugerowałem, że tak postępując mógłby poczuć się znów dobrze. Natychmiast poruszył głowę powoli, ale defitywnie, jakby mówiąc "nie". Nie mogłem uwierzyć oczom i szybko wróciłem do budowania siły i przegrywających komórek guza. Chwilę później powróciłem do myśli o nim zdrowiejącym. To samo się zdarzyło: jego głowa poruszyła się, sygnalizując "nie". Spróbowałem trzeci raz i odebrałem tę samą odpowiedź. Po obudzeniu z transu całkowicie nie pamiętał tego okresu. Ostrożnie dokonałem, w stanie przytomności, próby wprowadzenia tematu umierania na raka i nie odniosłem sukcesu. Nalegał on na omawianie opuszczania szpitala, wzięcia urlopu itp. Nie wiem czy celowo chciał uniknąć tematu śmierci i umierania, czy też rzeczywiście nie zdawał sobie sprawy, że sytuacja jest aż tak poważna, a śmierć tak nieunikniona. Umarł dwa tygodnie później, a jak wiadomo nie mówił o umieraniu czy śmierci nawet ze swoją żoną.

W retrospekcji, jest trudno osądzić czy tym, co uczyniło nas milczącymi na temat tych spraw był mój własny lęk, jego niechęć czy ogólny trend tych lat. Jego żona, będąc psychologiem i moją koleżanką, zatrudniła mnie, by pomóc mu wyzdrowieć z zaawansowanej choroby. Czuję, że nie udało mi się porozmawiać z nim w uczciwy sposób.

Zacząłem spotykać coraz więcej pacjentów terminalnych. W 1985 zdałem sobie sprawę, że było absurdem myśleć, że rozmowa o śmierci i umieraniu mogła być szkodliwa dla pacjenta, który ma za chwilę umrzeć. Po prostu nie ma sensu, żeby uczciwość wobec pacjentów, którzy byli gotowi i życzyli sobie dzielić się swoim lękiem przed śmiercią, mogła dla nich być szkodliwa. Odkryłem jednak, że tylko kilku z nich było chętnych do włączenia tego tematu do naszych rozmów. Po tym jak wszystkie medyczne środki leczenia zawiodły, hipnoza była uważana za ostatnią nadzieję, nawet w przypadkach beznadziejnych. Jednak zdałem sobie sprawę, że nie wiem jak postępować z takimi pacjentami. Niektórym z nich powiedziałem otwarcie prawdę, że nie czuję się zdolny dawać im sugestii wyzdrowienia, gdy progresja ich choroby jest tak znaczna. Jedyną rzeczą, którą mógłbym zrobić było porozmawiać z nimi o pozostałym im czasie i o ich lękach przed śmiercią. Niektórzy z tych pacjentów niezwłocznie opuścili terapię. To podejście wyraźnie nie było tym, czego chcieli. Z innymi jednak miałem milczącą umowę, dotyczącą tego co się dzieje i w tych przypadkach nasza komunikacja wydawała się być w większości niewerbalna, gdyż większość czasu spędzaliśmy na kontroli bólu i zajmowaniu się ubocznymi efektami choroby lub jej leczenia medycznego.

Sposoby komunikacji

Pamiętam pacjenta z rakiem jamy ustnej, którego leczyłem przez ponad rok, aż do jego śmierci. Gdy skóra jego policzków i podbródka zaczęła usychać, stało się oczywiste, dla nas obydwóch, że nie ma już prawie nadziei i skoncentrowaliśmy się wyłącznie na kontroli bólu i zajmowaniu się efektami ubocznymi (Hilgard i LeBaron, 1984; Peter, 1990; Rosen, 1985). Rzeczywista komunikacja odnośnie śmierci i umierania miała miejsce przez moje trzymanie jego dłoni, głaskanie po włosach, przez ton mojego głosu etc. Gdy nie mógł już dłużej mówić odpowiadał tylko kiwaniem lub potrząsaniem głową.

Inna metoda komunikacji z pacjentami była raczej symboliczna i zachodziła poprzez sny i budzenie wyobrażeń.

Zaprosiłem innego pacjenta, by wyobraził sobie siebie na brzegu, widzącego łódź na wodzie. Gdy wyobrażenie rozwijało się, doniósł o odpływaniu od brzegu na morze, zbliżaniu się do wyspy. Po przybyciu tam powiedział mi jak to było i jak się czuł. Pomimo jego względnie dobrego zdrowia byłem bardzo wstrząśnięty dowiadując się od niego, że wyobraził sobie wsiadanie do litej łodzi, która rozpadała się kawałek po kawałku podczas gdy żeglował coraz dalej na otwarte morze. Gdy przybył na wyspę, miał tylko jedną samotną deskę do pomocy w przypłynięciu do brzegu nowej płycizny. Słyszając tą historię nie wiedziałem co robić. Zapytałem więc co by wołał: porozmawiać ze mną o tym wyraźnie kłopotliwym obrazie - który nie był wcale straszny dla niego (traktował go raczej jako fakt) - czy najpierw wejść z powrotem w trans i pozwolić swojej

nieświadomości "puścić film" z powrotem, uchwycić deskę, przepłynąć morze i doświadczyć jak kawałek po kawałku łódka będzie rekonstruowana do chwili, gdy przybędzie do początkowego brzegu bezpiecznie w solidnej łodzi. Wybrał to drugie i tak zrobił. Po dokonaniu tego poczuł się całkiem szczęśliwy i nie chciał mówić o możliwym znaczeniu na żadnej większej głębokości. Kilka tygodni później umarł raczej nagle i niespodziewanie. Być może byłem pomocny, ale wciąż zastanawiałem się czy omówienie wprost tych zagadnień mogłoby być bardziej pomocne.

Pozwólcie dać mi nowszy przykład - przypadek kliniczny i wtedy podsumować, co obecnie uznaję za niezbędne w przeprowadzaniu moich interwencji w odniesieniu do pacjentów umierających. Tą pacjentką była kobieta w połowie piątej dekady życia. Była niemiecką nauczycielką w Chile, skąd wróciła do Niemiec w maju 1992 na leczenie raka trzustki. Przeszła operację bez żadnego polepszenia a jej lekarze określili jej sytuację jako nieoperacyjną. W październiku, po przejściu umiarkowanego cyklu chemioterapii, przyszła do mnie. Stało się wkrótce dla mnie jasne, że nie była świadomie zaznajomiona ze swoim stanem. Pomimo moich prób skierowania jej uwagi w kierunku jej fatalnego stanu, otwarcie odmówiła omawiania tego. Po prostu chciała wydobrzcć i wrócić do Chile przed świętami Bożego Narodzenia. Zatem wiele naszej pracy zajmowało się tym jak wypełnić ten cel. Gdy tygodnie mijały, pozornie polepszała się, widocznie odzyskując siłę fizyczną i polepszając nastrój. Zrobienie jakiegokolwiek uwagi odnośnie jej nieuleczalnego nowotworu stało się dla mnie niemożliwe.

Zamiast powrotu do Chile na święta i niezwłocznego powrotu do pracy nauczycielki, przekonałem ją żeby zrobiła sobie wcześniej małe wakacje. Rzeczywiście razem z przyjaciółmi poleciała na wyspę na Atlantyku, gdzie spędziła dwa tygodnie w styczniu 1993. Pomimo pewnych trudności z jedzeniem wróciła bardzo dumna, szczęśliwa i oświadczyła, że jest gotowa wyjechać do Chile w marcu. Jednak dwa tygodnie przed przewidzianym odjazdem musiała wrócić do szpitala na leczenie ciężkiej żółtaczki i obrzęków.

Wymagała małego zabiegu chirurgicznego i odwiedziłem ją krótko po jego przeprowadzeniu. Po raz pierwszy narzekała, że lekarze w rzeczywistości nie powiedzieli jej prawdy. Jeden z lekarzy powiedział jej nawet, że za dwa tygodnie będzie mogła spakować swoje rzeczy i wyjechać do Chile. Było teraz jasne, że jest świadoma swojego gorszego stanu. Najpierw zapytałem ją, czy chciałaby znać prawdę i jak dużo prawdy chciałaby naprawdę poznać. Przez długi czas patrzyła prosto w moje oczy i wtedy, jakby odpowiadając na moje pytanie, zapytała co sądzę o jej stanie, wciąż patrząc mi w oczy. Odwzajemniałem jej spojrzenie przez długi czas i powiedziałem, trzymając jej rękę, "Twój stan jest naprawdę bardzo zły. Gdy patrzę na twoją sytuację jest mi bardzo, bardzo smutno." Poprosiła mnie wtedy znowu o poproszenie lekarzy o powiedzenie jej prawdy, co zrobiłem. Zasugerowałem jej konkretne pytania, na przykład, czy

pozostała jakaś nadzieja; jeśli nie, to jak dużo czasu jeszcze pozostało; oraz jeżeli ma umrzeć to jak to się stanie.

W ten sposób przepracowaliśmy kilka innych pytań, które mogła zadać lekarzom a także omówiliśmy możliwe odpowiedzi i jak określić czy mogą być one prawdziwe. Rozmawialiśmy przez długi czas, konwersację punktowały długie przerwy. Gdy opuszczałem ją trzy godziny później, wspomniała, że powinniśmy porozmawiać bardziej szczegółowo podczas wizyty następnego dnia. Jednak następnego dnia była zbyt zmęczona by mówić czy nawet żeby słuchać. Poprosiła mnie żebym przyszedł znowu następnego dnia tak żebyśmy mogli znowu porozmawiać o jej nadchodzącej śmierci. Zasnęła i po chwili wyszedłem. Dwie godziny później dowiedziałem się, że wpadła w śpiączkę. Następnego dnia, gdy ją odwiedziłem, była wciąż w śpiączce i przestała oddychać trzy godziny później. Chociaż nigdy się tego nie dowiem, moje osobiste wrażenie mówi, że ona raczej nagle i definitywnie odeszła po tym jak rozmawialiśmy tak otwarcie o śmierci i umieraniu. Nie było wcale walki, nie było bólu. Podzieliśmy się tym zmniejszając przez to jej izolację.

Podsumowanie

Pozwólcie mi podsumować to co, jak sądzę, mogłoby być pomocne a prawdopodobnie wręcz niezbędne w zajmowaniu się pacjentami nowotworowymi, którzy mają umrzeć:

1. Im wcześniej w toku leczenia zasygnalizujesz swoim pacjentom, że pragniesz porozmawiać z nimi otwarcie o każdej sprawie, którą by chcieli omówić, nawet o śmierci i umieraniu, tym więcej zaufania, ufności i wolności wprowadzisz w terapię.

2. Obserwuj swych pacjentów starannie pod kątem werbalnych i niewerbalnych oznak, dotyczących kwestii pragnienia rozmowy o śmierci i umieraniu. Zrozum jednak, że niektórzy pacjenci wymagają byś respektował ich pragnienie nie rozmawiania o tym.

3. Jeżeli jest rozbieżność między werbalnymi i niewerbalnymi sygnałami, daj priorytet niewerbalnym chyba, że pacjent mocno sugeruje coś przeciwnego.

Tylko niewielu pacjentów zapyta cię wprost i otwarcie, ale możesz szukać pewnych niewerbalnych sygnałów, które również kierują twoją uwagę na to, że chcą porozmawiać. W tych przypadkach możesz użyć takich strategii nie wprost jak próby zbudowania delikatnego kontaktu cielesnego przy nie odpowiadaniu niezwłocznie ani wprost. Staraj się odkryć jak dosłowny możesz być. Dowiedz się jakie są twoje własne uczucia, co mówi ci twoje ciało czy twój nieświadomy umysł. Możesz nawet opowiedzieć historię, na przykład o osobie która chciałaby wiedzieć, ale jednocześnie nie jest jeszcze zdolna poznać szczegółowo wszystkich ciężkich i strasznych faktów. Wtedy obserwuj starannie reakcje pacjenta.

Niektórzy pacjenci dają znaki nie wprost, że chcą rozmawiać o sprawie w bardziej dosłowny sposób. By stymulować bardziej dosłowną komunikację możesz zapytać: "Jeżeli chcesz żebym rozmawiał z tobą o pogarszaniu się twojej sytuacji, proszę nie wahaj się poprosić o to" lub "Czy nie sądzisz, że powinniśmy rozważyć także najgorszą możliwość?".

Niektórzy pacjenci nie dają werbalnego i niewerbalnego feedbacku i pokazują niewerbalnie, że są przerażeni tematem. W tych przypadkach nie dotykaj tematu śmierci i umierania na żadnym poziomie. Możesz próbować ostrożnie zapytać, gdy pacjent jest w transie czy on/ona jest zdolny/a i chce wejść w kontakt z uczuciami odnośnie niepowodzenia wyjścia z choroby, ale to wymaga absolutnego i skoncentrowanego na pacjencie szacunku. Terapeuta musi zawsze respektować życzenia pacjenta.

Tylko w tych przypadkach gdy pacjent okazuje chęć, powinieneś porozmawiać z nim/nią bardzo otwarcie.

4. Z pomocą naturalnych i hipnotycznie indukowanych snów i wyobrażeń możesz rzeczywiście zajmować się wieloma z tych spraw. Ale znowu obserwuj pacjenta bardzo starannie, by określić jak i kiedy jest gotowy do odkrycia części lub całości zawartości. Nie odsłaniaj zanim pacjent nie chce tego w całości zrobić samemu.

5. Jest oczywiste, że te sprawy są czasami lepiej załatwiane na sesjach grupowych. Wtedy nie jest wyłącznie twoim zadaniem decydowanie czy, kiedy i jak rozmawiać. Członkowie grupy cierpiący na tę samą chorobę, jak wykazano w pracy Spiegel, mogą być ogromnym źródłem siły i mądrości dla siebie nawzajem.

6. Kończąc, bądź sceptyczny w odniesieniu do swojego własnego oporu. Możliwe jest, że po prostu projektujesz własny lęk lub niekompetencję wobec pracy z pacjentem w tych tematach i pozbawiasz ich szansy podzielenia się z tobą treścią tych finalnych kryzysów ich życia. W tej terapii odważni pacjenci są tym co umożliwia nasz własny wzrost jako terapeutów i jako istot ludzkich.

Piśmiennictwo dostępne w pozycji oryginalnej.

Niniejszy artykuł ukazał się pierwotnie w czasopiśmie Hypnos [Peter B. Hypnotherapy of cancer patients. speaking on death and dying. Hypnos. 1995; 21, 4: 246-251.]. Publikacja za zgodą autora oraz wydawcy Hypnos. Tłumaczenie Jerzy A. Sobański, redakcja tekstu 14.11.2005 Katarzyna Klasa.

Zapraszamy Czytelników do dyskusji na naszym Forum - wątek dyskusyjny dla tego artykułu:

http://www.psychiatriapsychoterapia.pl/index.php?a=forum_list&p=view&id=162