

Strategie radzenia sobie u matki zmagającej się z białaczką – analiza przypadku w perspektywie trzyletniej

Strategies for dealing with a mother who is struggling with leukemia – a case study over a three-year period

Iwona Kinga Czechowicz-Drewniak¹, Bernadetta Janusz², Barbara Bętkowska-Korpała¹

¹Zakład Psychologii Lekarskiej, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*

²Zakład Terapii Rodzin, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*

Psychoonkologia 2016, 20 (1): 47–56

DOI: 10.5114/pson.2016.60929

Adres do korespondencji:

Iwona Kinga Czechowicz-Drewniak
Zakład Psychologii Lekarskiej
Katedry Psychiatrii
Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
ul. Kopernika 21 A
31-501 Kraków
e-mail: szczypiorekk@gmail.com

Streszczenie

W prezentowanej pracy autorki chcą podkreślić związek między doświadczaniem bycia w roli matki (stres separacji, pragnienie jak najdłuższego przebywania z dzieckiem) a przeżywaniem choroby (strategie adaptacji). Przyjęta w badaniu perspektywa trzech lat dała możliwość obserwowania procesu adaptacji do zmienionego rytmu życia wynikającego z ograniczeń choroby oraz budowania zasobów istotnych w procesie leczenia w powiązaniu z wzorcami budowania więzi. Na prezentowany przypadek składa się jakościowa analiza tematyczna i kliniczny opis przypadku w kontekście dwóch powiązanych ze sobą procesów – adaptacji do macierzyństwa i radzenia sobie z chorobą nowotworową.

Abstract

In the case under analysis the authors want to underline the relationship between motherhood (separation distress, longing for physical proximity) and undergoing through an illness (adaptation strategies). The adapted time-span of three years has given the possibility of observing the process of adaptation to the changed rhythm of life resulting from limitations connected with an illness and building up resources that are crucial in the treatment process in connection with attachment patterns. The presented case is built by qualitative thematic analysis and clinical case study in the context of two interrelated processes – adaptation to the motherhood and coping with an oncological illness.

Słowa kluczowe: białaczka, macierzyństwo, więź, strategie radzenia sobie z chorobą, jakościowa analiza tematyczna.

Key words: leukemia, maternal bond strategies for coping with the disease, thematic analysis.

Tak mi było smutno, że jej nie mogę utulić, aż czułam taki ból w środku, jakby mi ktoś serce wyrwał (...)

Podobno matka może wszystko. Jakoś tak czuję, że będzie dobrze. Że przetrwamy

Wstęp

Rozpoznanie białaczki szpikowej jest źródłem silnego stresu psychologicznego, ponieważ budzi lęk o zdrowie i życie. Jednocześnie uruchamia wiele procesów emocjonalnych, poznawczych i be-

hawioralnych zmierzających do podjęcia działań ukierunkowanych na przezwyciężanie choroby [1]. Proces adaptacji do choroby i jej leczenia jest dynamiczny i złożony, gdyż wpływa na niego wiele czynników, które mogą mieć różne znaczenie na poszczególnych etapach adaptacji [2].

Choroba nowotworowa (białaczka) zagraża podstawowym wartościom i dążeniami oraz realizacji ważnych celów, a jej leczenie wymusza zmiany w funkcjonowaniu w wielu obszarach. Konieczność podporządkowania życia reżimowi leczenia, które wiąże się z doświadczaniem objawów remisji i zaostrzenia, izolacji, niepewności, przygnębienia, bezradności oczekiwania na wyniki, na przeszczep, powoduje, że chory żyje w przewlekłym stresie o znamionach kryzysu psychologicznego [3]. Stres wynikający z zachorowania bierze się przede wszystkim z niepewności dotyczącej przebiegu choroby i wyników leczenia. Źródłem stresu dla pacjenta są także powszechnie funkcjonujące przekonania na temat choroby nowotworowej [1, 4]. W odniesieniu do sposobu radzenia sobie ze stresem choroby, chorzy stosują mechanizmy typu represywnego, np. unikając treści związanych z chorobą, lub typu sensorywnego, charakteryzującego się aktywną postawą polegającą na wykorzystywaniu swoich zasobów, np. w analizie poznawczej, wzbudzaniu pozytywnych emocji, w tym nadziei na wyzdrowienie, czy też podejmowaniu zachowań prozdrowotnych [5]. Rozwijanie przekonania o konieczności wyzdrowienia pomaga korzystać z dostępnych zasobów oraz wzbudza nadzieje i inne pozytywne emocje, które poprawiają jakość życia i mogą mieć znaczenie dla fizjologicznych procesów zdrowienia, prowadząc do korzystnych zmian w układzie immunologicznym [6, 7].

Stresowi choroby i leczenia w naturalny sposób towarzyszą silne emocje negatywne. Ich doświadczanie można traktować jako efekt radzenia sobie z napięciem wynikającym z sytuacji choroby. Istotne jest wyrażanie emocji, ponieważ ekspresja daje możliwość obniżenia ich poziomu [8]. Można uznać to za sprzyjający mechanizm redukcji niekorzystnego wpływu negatywnych emocji na funkcjonowanie układu odpornościowego, a w konsekwencji na zdrowienie [6, 9]. Powszechnie znane są charakterystyki obejmujące analizę procesu adaptacji do choroby nowotworowej, m.in. Elisabeth Kübler-Ross [10]. Ta klinicystka opisała dynamikę procesów emocjonalnych, którą obserwowała u chorych terminalnie, wskazując na obecność sposobów przystosowania w różnych fazach leczenia związanych z szokiem i zaprzeczaniem faktom, doświadczaniem gniewu i depresji, a także akceptacją choroby i perspektywę zbliżającej się śmierci. Akceptacja choroby jest najbardziej pożądaną postawą, ponieważ zwiększa poczucie

bezpieczeństwa, zmniejsza nasilenie negatywnych emocji i dyskomfortu psychicznego towarzyszących chorobie [11]. Pacjenci, którzy cechują się dobrą adaptacją do choroby, są bardziej zaangażowani w proces radzenia sobie z chorobą i wyznaczanie celów życiowych [12].

Przeżywanie choroby nowotworowej przez kobiety w różnorodny sposób konfrontuje je z aspektem macierzyństwa. Badania Hallideya i współpracowników pozwoliły na zobrazowanie emocjonalnych doświadczeń pacjentek. Z ich ustaleń wynika, że badane, które nie miały jeszcze dzieci, po zakończeniu leczenia z dobrym efektem albo ustabilizowaniu stanu zdrowia nie były pewne co do zachowania swojej płodności i tego, czy mogą zostać matkami [13]. W przeżywaniu macierzyństwa doświadczają stanów, które charakteryzuje nieprzewidywalność, podatność na zranienie i niepewność. Kobiety z białaczką, które już miały dzieci, choć przeżywały niepewność przyszłości, to jednocześnie bardziej doceniały aktualne życie, a w szczególności to, czym zajmowały się każdego dnia. Miały one poczucie, że w każdej chwili ich życie może się radykalnie zmienić i w tych okolicznościach starały się kontrolować i w pełni przeżywać to, co przynosił im każdy dzień. Wspomniani badacze podkreślali, że w wypadku kobiet z obu grup wspólne było poczucie stanu przejściowości, swoistej liminalności¹, co w wypadku drugiej grupy – matek, wywoływało silną potrzebę nadania znaczenia swojemu doświadczeniu.

Choroba nowotworowa konfrontuje z własną śmiertelnością [14], co szczególnie w przypadku kobiet będących matkami zagraża możliwości wychowania dzieci. Choroba dotyka nie tylko chorą matkę, ale i całą rodzinę, a w przypadku małych dzieci utrudnia rozwijanie codziennej relacji matka–dziecko. Dla kobiet hospitalizowanych może to być dodatkowe, bardzo poważne źródło stresu. Z jednej strony predyspozycje osobowościowe związane z konstruktywnymi sposobami radzenia sobie ze stresem, a z drugiej miłość do dziecka stanowią istotne czynniki, które mogą mobilizować do przyjęcia aktywnej postawy wobec leczenia i ukierunkowują działania na zdrowienie. Choroba bowiem stanowi zagrożenie dla ustanowionego między matką a dzieckiem „behawioralnego systemu przywiązania”, który według Johna Bowlbiego stanowi ewolucyjnie uwarunkowaną konieczność przetrwania dziecka, zwłaszcza małego, w pierwszych miesiącach i latach życia [15].

¹ Nawiązanie do koncepcji rytuałów przejścia Arnolda van Geneppa, gdzie po wyłączeniu z jednego stanu społecznego jednostka wchodzi w okres przejściowy – liminalny, który jest okresem niepewności, kiedy nie jest jasne, co może się zdarzyć, a po nim następuje faza włączenia w nowy stan.

Cel badania

Prezentowany przypadek jest częścią badań prowadzonych na oddziale hematologii. Celem badania był opis adaptacji do procesu leczenia kobiet chorych na białaczkę szpikową. Prezentowany przypadek został wybrany do szczegółowej analizy jakościowej ze względu na jego unikalny charakter – matka tego samego dnia, w którym urodziła dziecko, dowiedziała się o swojej chorobie. Pozwoliło to postawić następujące pytania badawcze, które pojawiły się w trakcie pierwszej wstępnej rozmowy z pacjentką:

1. W jaki sposób wpływają na siebie dwa równoległe procesy adaptacji – do choroby i jej leczenia oraz do macierzyństwa?
2. W jakim zakresie procesy uruchomione w pierwszych tygodniach radzenia sobie z chorobą stanowią trwałe wzorce adaptacji, a w jakim zakresie są procesualne i zmieniają się w procesie leczenia i realizowania się w roli matki?

Sposób prowadzenia badania

Pierwszym etapem badania było przeprowadzenie wywiadu półstrukturalnego, którego celem była odpowiedź na pytania dotyczące przeżywania choroby, leczenia, jak również bycia matką w kontekście choroby i leczenia (załącznik nr 1). Badanie zostało nagrane na dyktafon. Transkrypcja wywiadu była poddana jakościowej analizie tematycznej [16], w wyniku której zostały wyodrębnione podstawowe wątki tematyczne przeprowadzonego wywiadu. Drugi etap badania wiązał się z analizą procesu radzenia sobie z chorobą w perspektywie kilku lat w kontekście funkcjonowania w roli matki i budowania relacji z dzieckiem. W tym wypadku badanie zostało przeprowadzone przez tę samą badaczkę przez Skype. Pacjentka wyraziła zgodę na udział w badaniu.

Przedstawienie przypadku

Poniżej przedstawiono analizę przypadku pacjentki, dla której wiadomość o rozpoznaniu u niej białaczki zbiegła się z narodzinami dziecka. W analizie autorki chcą zwrócić uwagę na takie elementy w doświadczeniu bycia matką, jak poczucie utraty kontaktu z dzieckiem i związanej z tym krzywdy, co w kontekście leczenia może uruchamiać determinację związaną z procesem zdrowienia. Prezentowany materiał pochodzi z wywiadów z pacjentką przeprowadzonych na oddziale hematologicznym w pierwszym etapie choroby i w pierwszych miesiącach bycia matką oraz z wywiadu przeprowadzonego trzy lata później.

Dane o pacjentce

Pacjentka – Anna, 33 lata, z rozpoznaniem ostrej białaczki limfoblastycznej. Kobieta z wykształceniem wyższym, do czasu zachorowania pracowała zawodowo. Kilka godzin po urodzeniu pierwszego dziecka została poinformowana o diagnozie i konieczności natychmiastowego podjęcia leczenia. Wiązało się to z przeniesieniem na oddział hematologiczny. W czasie przeprowadzania pierwszej części wywiadów i obserwacji była hospitalizowana i przygotowywana do przeszczepu szpiku.

Sytuacja rodzinna: siła więzi i transgeneracyjny przekaz przetrwania

Kobieta jest w związku partnerskim od okresu studiów (ponad 10 lat). Związek ten ma bardzo duże znaczenie w jej życiu: *Takie uczucie, że ktoś będzie zawsze, choćby nie wiem co... To się czuje w sobie, w sercu, że to jest ta osoba. I powiem Pani, że ja mam w nim teraz największe wsparcie. To on mnie wyciąga do góry, jak wpadam w jakiegoś masakrycznego doła. Bo rodzice czy siostra to są daleko. Wszystko to na P. (partner pacjentki) spadło. Ale to jest mój anioł. Ja sobie tak nieraz myślę, że to jest moje Niebo, mój Anioł Stróż* (kategoria: siła więzi i wsparcia).

Z perspektywy rodziny generacyjnej Anna jest najstarszym dzieckiem, ma młodszą siostrę, która od 10 lat mieszka w Anglii. Oboje rodzice żyją, są na emeryturze. Kobieta mówi, że zawsze miała dobry kontakt z mamą. Mamę opisuje jako oddaną rodzinie, ciepłą, wspierającą, pozytywnie motywującą, dodającą otuchy, opiekunkę, stawiającą potrzeby innych ponad własne. Ojciec dużo pracował naukowo, mało bywał w domu. Pacjentka mówi, że zaprzyjaźniła się z nim w okresie studiów. Dzieciństwo opisuje jako szczęśliwe. Mama Anny chorowała onkologicznie 12 lat wcześniej. Pacjentka bardzo to przeżyła, źle wspomina tamten okres, twierdzi, że była słaba psychicznie, użalała się nad sobą zamiast być wsparciem dla mamy. Mówiła, że to mama była silniejsza w chorobie: *Wszystkim wtedy kierowała, pocieszała nas, nie rozumiałam tego wtedy, jak ona to robi, że jest taka ogarnięta, opanowana. Dopiero teraz to rozumiałam, jak sama jestem matką. Człowiek staje się całkiem inny, przestaje się nad sobą tak trząść, jak wie, że ma dla kogo żyć, że ktoś go ciągle potrzebuje* (transgeneracyjny przekaz przetrwania).

Podsumowując – uzasadnione jest stwierdzenie, że w przekazie transgeneracyjnym w rodzinie Anny chorujące kobiety są silne. Przekaz tego rodzaju stanowił dla Anny nie tylko źródło siły, lecz także transgeneracyjny wzorzec radzenia sobie z chorobą. Pacjentka wskazała również na wagę relacji ze swoim partnerem, co stanowiło zasób

w sytuacji pierwszych dni adaptacji do bycia matką i pacjentką. Jako zasób pacjentki można zatem uznać nie tylko istnienie więzi, ale również ich siłę, z czego można wnioskować o bezpiecznym typie przywiązania pacjentki [17].

Rola pacjentki: wyzwanie i trud wejścia w zależność

Ze względu na zerową odporność pacjentka cały czas przebywała w boksie. Większość czasu leżała w łóżku ubrana w legginsy i bluzę. Nie zakładała piżamy – twierdziła, że wtedy poczułaby się naprawdę chora. Kobieta wypowiadała się z dużym spokojem, często zamyślała się, nawiązywała kontakt wzrokowy. Była w nastroju wyrównanym, refleksyjna, chętnie opowiadała o sobie. W pokoju, w którym przebywała, mieściło się łóżko szpitalne, niewielka szafka, fotel. Dwie ściany boks stanowiły szyby z mlecznego szkła. Okno wychodziło na ogród. Większość ścian w boksie pacjentki była wyklejona zdjęciami córki. Na szafce przy łóżku leżały ułożone w stos książki o tematyce psychoonkologii, stylu życia, wspierania procesu zdrowienia.

Personel medyczny zwracał uwagę, że Anna jest bardzo samodzielna i mimo bardzo złego stanu zdrowia wszystko chce robić sama, np. kiedy zemdląca pod prysznicem, tłumaczyła, że nie chciała zawracać głowy, żeby ktoś pomógł jej się wykąpać. W relacjach z personelem zwykle była uśmiechnięta, często żartowała, chętnie opowiadała o córce. Mimo złego samopoczucia angażowała się aktywnie w proces leczenia, inicjowała rozmowy, np. pytała o leki czy dietę. Wydaje się, że na początku hospitalizacji pacjentka nie akceptowała roli osoby chorej, wymagającej pomocy, podejmowała aktywności wskazujące na jej niezależność. Starła się ładnie wyglądać, np. robiła delikatny makijaż, co można interpretować jako chęć zachowania przyzwyczajęń sprzed okresu choroby. Tak mówiła w tamtym czasie: *Przynajmniej nie czuję się taka chora. Muszę robić jak najwięcej rzeczy tak jak do tej pory, może to dlatego tak dobrze sobie radzę. Powiedziałam sobie, że to stan przejściowy i skończy się to w którymś momencie. Trzeba to po prostu przetrwać, bo mam do kogo wracać. Nie rozłożę się tutaj i nie będę użalać nad sobą, bo co to da? Nic. (milczenie) Ja sobie codziennie mówię, że każdy kolejny dzień tutaj to jest dzień bliżej do mojej córki i do P. (kategoria: choroba jako wyzwanie do pokonania).*

W opisie sytuacji pobytu na oddziale pacjentka wyraźnie wskazywała na uciążliwość zależności od innych osób. Mówiła o tym w ten sposób: *To też jest najgorsze, że człowiek wraca trochę do takiego stanu zależności od innych. Wiem, że rodzina pomoże,*

też finansowo, ale to nie jest komfortowa sytuacja, kiedy się miało poukładane życie, o wszystkim decydowało... Tak oddać stery komuś. To trochę cofnięcie się w czasie do okresu liceum, kiedy inni mówią, co dla ciebie będzie najlepsze. Ciężko to przyjąć, jak się miało ułożone życie, zarabiał się, odkładało, planowało, a teraz to wszystko jest zawieszono. Przynajmniej na jakiś czas (kategoria: trud wejścia w zależność).

Podsumowując – Anna doświadczała stanów psychicznych pomiędzy byciem dzieckiem a byciem osobą dorosłą, byciem samodzielną a byciem zależną, co w połączeniu z niewiadomą dotyczącą wyleczenia powodowało, że czuła się, jakby przebywała w swoistym „okresie przejściowym”. W pierwszych tygodniach leczenia manifestował się on zarówno w słowach pacjentki, jak i w sposobie zachowywania się na oddziale, wskazując na obecność konfliktu pomiędzy zależnością a niezależnością. Należy również zwrócić uwagę na trudność doświadczenia stanów regresji związanych z rolą pacjentki, co można wiązać w tym przypadku z jednoczesnym wchodzeniem w dojrzałą rolę matki.

Chorująca matka: stres separacji i determinacja

W rozmowie pacjentka często koncentrowała się na temacie swojego macierzyństwa, także w perspektywie przyszłości. Czas hospitalizacji traktowała jako etap utrudniający realizowanie się w roli matki. Macierzyństwo, które pojawiło się równocześnie z postawieniem diagnozy, zaczęło stanowić jeden z priorytetów w jej życiu i od razu ukierunkowało orientację pacjentki na wyzdrowienie. *Może gdybym nie urodziła dziecka, to byłoby jakoś superistotne, że nie mogę pracować. Rozpaczalabym, bo pewnie uznałabym to za jakąś tam swoją porażkę, ale mając Julkę, w ogóle tak nie myślę. W ogóle nie myślę o niczym, tylko o niej i żeby wyzdrowieć.*

Anna opisywała swoje macierzyństwo jako kluczowy moment życia: *Bycie mamą to najlepsze, co mnie spotkało, nie żadna tam kariera czy podróż. To jest właśnie moje życie – bycie mamą. I chcę do tego życia wrócić. Ja po prostu nie wierzę, że może mi to zostać odebrane. Teraz, kiedy zaczęłam to dopiero odkrywać. Całe to piękno. Jestem zakochana w mojej córce. (...) Długo odkładaliśmy decyzję o dziecku... Ja nie chciałam tak szybko zostać matką. Tak mi się wydawało, że jak będzie to dziecko, to mnie coś ominie w życiu. (...) I w końcu stało się (pacjentka uśmiecha się), od razu byłam taka szczęśliwa, aż mi się to w głowie nie mieściło, że tak się cieszę, bo zawsze się tego tak obawiałam, a tu moja reakcja mnie zaskoczyła (kategoria: macierzyństwo jako spełnienie i moment przełomowy w osobistym rozwoju).*

W początkowych etapach pacjentka wydała się włączać swoją chorobę w przeżywanie macierzyństwa. Było to z pewnością związane ze szczególnym kontekstem rozpoznania białaczki w okresie ciąży, o czym pacjentka nie wiedziała. Jakkolwiek później próbowała odnieść się do tego okresu, mówiąc o przeczuciu: *Nawet sobie zrobiłam taką ciężową sesję fotograficzną. Śmieszne, ale tak chciałam ten moment uwiecznić, tak jakbym coś czuła (milczenie). No i teraz wiem, prawda, że więcej już nie urodzę dziecka. Że ten brzuszek to tylko raz mogłam mieć (milczenie). Cała ciąża przeszła książkowo, może pod koniec trochę gorzej się czułam, ale wszyscy mówili, że to normalne i się nie przejmowałam* (kategoria: niepowtarzalność bycia matką).

W narracji pacjentki najczęściej jednak pojawia się temat separacji z dzieckiem. Początkowe przeżywanie choroby było zdominowane przez przeżycia z nią związane: *Już wtedy w tym 7–8 miesiącu wszystko się zaczynało. Bo morfologię miałam gorszą, ale lekarz kazał brać żelazo. Nie wyglądało to na białaczkę w tych badaniach. Ja się dowiedziałam dopiero, jak się Julia urodziła. Tego dnia, kiedy się urodziła. (...) Dramat, no nie? To miał być megaszczęśliwy dzień, a tu takie coś. Już tak się czułam źle, ale przecież wcześniej nie rodziłam, to nie wiedziałam, jak mam się czuć. Od razu z ginekologii przewieźli mnie tutaj i tak naprawdę uratowali mi życie, ledwo. Było trudno, dostałam krwotoku, było ciężko. Spałam i byłam jak we mgle, a lekarze walczyli o mnie. I nawet nie to było najgorsze, że mogłam umrzeć. (...) Przez 9 miesięcy miałam Julię ciągle przy sobie, a tu jednego dnia byłam bez niej. Ta diagnoza i od razu lekarz powiedział, że to będzie długie leczenie. I jak sobie wyobraziłam tyle czasu bez niej, to szok. Moje dziecko jedyne i nie ma mnie przy nim. Myślałam czasem o tym, czy w ogóle kiedykolwiek ją zobaczę. Widziałam ją tylko chwileczkę, może w sumie godzinę, i od razu mnie tu przywieźli, a ona tam została. Samiutka. Taka maleńka. Myślałam, że nie przeżyję tego. To jest tęsknota niewyobrazalna, nie da się tego przetrwać spokojnie. (...) Śpisz, budzisz się i myślisz, i ryczysz bez przerwy, dlaczego to ciebie spotkało, akurat ciebie, i znowu śpisz. I tak w kółko. A kiedy się budzisz, przychodzą lekarze i mówią, co z tobą i że jest tak źle. Nie widzi się wtedy nic, żadnego światelka w tunelu, nadziei* (kategoria: stres separacji i pragnienie kontaktu z dzieckiem).

W procesie adaptacji do choroby i leczenia, kiedy pacjentka zaczynała sobie uświadamiać, czym jest rozpoznanie białaczki i jakie konsekwencje niesie leczenie, najsilniejszy kryzys powodowało towarzyszące temu dojmujące poczucie separacji z dzieckiem. Tym, co pozwalało jej radzić sobie z nim, były momenty bezpośredniego kontaktu z córką: *Najtrudniejsza do zaakceptowania była ta rozłąka, ale może dzięki temu mam motywację, żeby to przetrzymać, żeby walczyć, nie poddawać się złym my-*

ślom. Jak się poddam, to co mi zostanie? (...) I jak już byłam taka zrezygnowana, to okazało się, że mogę się spotkać z Julią. I to było najcudowniejsze. Ja przez te dwie godziny byłam najszczęśliwszą osobą na ziemi, bo moje dziecko było ze mną. Przytulałam ją i całowałam i nie mogłam się na nią napatrzeć. To były najbardziej intensywne dwie godziny, tak jakbym czuła, że musi mi to wystarczyć na długi, długi czas. (...) P. przynosi codziennie wydrukowane zdjęcie Julki. Codziennie rozmawiamy na Skypie i mówię do niej, patrzę, jak sobie radzą (kategoria: stres separacji i intensywność kontaktu). Przez cały okres hospitalizacji utrzymywała ona również silny mentalny kontakt z dzieckiem. Przynosił on dużo pozytywnych emocji, ale w późniejszym okresie doświadczana separacja bardziej budziła złość. Pacjentka mówiła: *Mamy chociaż tego Skypa, na którym możemy się zobaczyć, pogadać, przez to jest mi lepiej. Nie czuję, że tracę tak bardzo dużo.*

Pacjentka doświadczała różnych przykrych emocji i myśli pełnych żalu: *Ale teraz już rzadko jestem smutna, częściej czuję wściekłość, że mnie tam z nimi nie ma. Że czas biegnie, a mnie nie ma przy Julii. I myślę, czy to nadrobimy. Wydaje się, że wzbudzona złość posłużyła pacjentce do uruchomienia poznawczych i zadaniowych strategii walki z chorobą: Czasem mam taką wściekłość w sobie i mówię sobie, kurde, musisz się zbierać, wracać do domu (uśmiecha się) i to zaczęło działać. Przestałam się uzalać i zaczęłam szukać. Najpierw przeszukałam Internet, fora, przeróżne grupy na FB, kazałam koleżance kupić książki. Czytam i szukam, co mogę jeszcze zrobić, żeby zwiększyć swoje szanse”* (kategoria: złość, która wyzwoliła energię do działania). Zauważalne w narracji Anny jest to, że złość i pragnienie kontaktu z córką przemienia się w determinację do walki z chorobą i nastawienie na przyszłość. Konsekwencją jest traktowanie przez pacjentkę doświadczenia choroby jako wyzwania: *Bo ja nie odpuszczę, będę walczyć, bo życie dopiero otwiera się dla mnie, ja naprawdę tak myślę. Myślę, że kiedyś na to doświadczenie spojrzę z innej strony, że coś może dobrego mi to dało. (...) Staram się nie tracić energii na zamartwianie się. Wiadomo, jestem realistką i rozumiem, że może być różnie, ale zakładam, że w moim przypadku będzie dobrze. No bo dlaczego miałoby być źle? Ja nie mogę się poddać. Codziennie powtarzam sobie, że tyle jeszcze przede mną, moje dziecko mnie potrzebuje* (kategoria: nakierowanie na bycie z dzieckiem: determinacja do zdrowienia).

Macierzyństwo i skoncentrowanie na potrzebach dziecka stymuluje pacjentkę do podejmowania różnorodnych strategii walki z chorobą. Pacjentka mówiła: *Zamykam oczy i wyobrażam sobie, że mój szpik produkuje tylko te dobre krwinki. Wyobrażam sobie, że stoję się zdrowa. Czytam te książki i próbuję robić różne ćwiczenia w nich opisane. Dopiero zaczynam. (...) Ale nie chcę tracić czasu na zastanawianie się, czy*

to pomoże czy nie. Przyjmuję to i ufam, że to może mi pomóc (kategoria: działania prozdrowotne).

Podsumowując – w pierwszych tygodniach choroby pacjentka jest skoncentrowana na byciu matką. Rodzące się przywiązanie do dziecka w warunkach leczenia uruchamia w pacjentce stres, który zgodnie z teorią przywiązania można określić jako separacyjny. Biorąc pod uwagę złość związaną z brakiem kontaktu ze swoim dzieckiem, można uznać, że pacjentka znajduje się w fazie protestu [17]. Jednocześnie jest ona w stanie przekierowywać złość na aktywne strategie radzenia sobie z chorobą.

W oczekiwaniu na przeszczep

Przeprowadzona 2 lata później w marcu 2015 roku rozmowa wskazuje na uzyskanie względnej równowagi w funkcjonowaniu rodzinnym pacjentki pomimo jej chorowania. *Cóż, sporo się działo w tym czasie, ale jakoś udało mi się przetrwać. Myślę, że jest całkiem niezłe. Teraz jest taki moment w moim życiu, kiedy jest w miarę spokojnie, nic się nie dzieje. Mogę powiedzieć, że moje, a właściwie nasze życie wróciło do względnej normy. Jeśli można tak powiedzieć w mojej sytuacji (świadomość przejścia z fazy kryzysu do „tymczasowej stabilizacji”). Minione dwa lata pacjentka opisywała jako pełne skrajnie intensywnych zdarzeń, a tym samym obfitujące w różnorodne emocje. Tak mówiła o różnych stanach emocjonalnych: *Bardzo intensywne. Raz ze względu na moją chorobę i leczenie. Dwa, ze względu na Julię i to, że stworzyliśmy rodzinę. To nie był wyłącznie smutny czas. To był czas tak intensywnych i przeróżnych emocji, że nieraz mam wrażenie, że w te prawie trzy lata, od kiedy zachorowałam, minęło tak naprawdę z dziesięć lat* (kategoria: intensywność przeżyć i poczucie „zagęszczenia czasu”).*

Intensywność przeżywania życia była również związana z nastawieniem pacjentki na wykorzystanie czasu. *Miałam poczucie, że być może nie zostało mi dużo czasu, więc warto wykorzystać, co się da. A w chorobie dużo nie można, więc człowiek łapie się wszystkiego, każdej możliwości. (...) Wręcz mam wrażenie, że im gorzej i ciężiej ze mną było... kiedy piętrzyły się trudności w związku z leczeniem, ja tym więcej widziałam piękna dookoła mnie. Potrafiłam całymi długimi minutami, leżąc na kanapie, wpatrywać się, jak moja córeczka petza po podłodze i gaworzy. Z drugiej strony doświadczyłam też dużo smutku, niepowodzeń w związku z leczeniem, niepewności, ile jeszcze dam radę znieść. Ktoś powiedział kiedyś, że „zwyczajność jest piękna” – i naprawdę jest* (kategoria: intensywność przeżywania codzienności z dzieckiem).

Anna opisuje stan swoistego utknięcia związanego z brakiem niespokrewnionego dawcy szpiku,

na którego oczekuje. *Od razu rozpoczęły się poszukiwania dawcy, co okazało się dość trudne. W tamtym czasie (2012 i 2013 r. – przyp. red.) nie było dla mnie zgodnego dawcy na całym świecie. Przez to przez cały czas musiałam być na leczeniu podtrzymującym, żeby nie dopuścić do rozwoju choroby i wznowy. To był trudny okres. Dużo czasu spędzałam na oddziale, brałam też chemię... Źle się czułam, byłam ciągle osłabiona. Modliłam się o tego dawcę, żeby ten okres zawieszenia się skończył. Tak czułam, że utknęłam wtedy, bo ani w jedną, ani w drugą stronę. Byłam ciągle chora i jedyne lekarstwo dla mnie to był przeszczep szpiku. Wiedziałam, że jeśli dawca się nie znajdzie, to po prostu umrę. W końcu było ze mną coraz gorzej i lekarze zdecydowali, że nie można dłużej czekać. To było ryzyko, ale ostatecznie zdecydowaliśmy się na autoprzeszczep* (kategoria: oczekiwanie na przeszczep).

Pacjentka miała nadzieję, że autoprzeszczep pozwoli na wyleczenie. Kiedy jednak tak się nie stało, po przeknięciu rozczarowania zaczęła się cieszyć tym, co osiągnęła – lepszą kondycją i powrotem do normalnych czynności życiowych. Tak mówiła o tym, co się w tym czasie zdarzyło: *W kwietniu minie rok od przeszczepu. To była szansa na wygraną nie tylko bitwę, ale i wojnę. Niestety okazało się, że mam nadal resztki choroby i w przyszłości konieczny będzie przeszczep od dawcy, którego wciąż nie ma. Więc w sumie jestem ciągle w tym samym punkcie, ale bez poczucia, że przegrywam. Mam poczucie, że żyję na najwyższych obrotach. Studiuję, piszę, jestem mamą. Tak wygląda moje życie. Takie miało być.*

Tak mówiła o rozczarowaniu związanym z brakiem powrotu do zdrowia po wyczerpującym przeszczepie: *Tak. Nadal się leczę. Byłam bardzo rozczarowana, czułam smutek po prostu, strach, co będzie dalej – tym bardziej że przygotowanie do przeszczepu wiąże się z dużym cierpieniem i każdy idąc tam, ma nadzieję, że po tym już będzie okej. Łapałam się myśli, że się powiedzie, chociaż szłam przygotowana na wszystko. Ale człowiek zawsze ma nadzieję i ja też miałam. Ale jest to, co jest, i trzeba sobie z tym radzić. Teraz biorę chemię w poradni, jestem więcej w domu* (kategoria: powrót do normalnego funkcjonowania pomimo braku „wygranej wojny”).

Podsumowując – po trzech latach chorowania pacjentka nie była już tak bardzo skoncentrowana na szybkim powrocie do domu. Jakkolwiek ta postawa w pierwszych tygodniach leczenia w znaczący sposób była powiązana ze stresem separacji z dzieckiem i fazą protestu, który nakierowywał ją na bardziej aktywne, skoncentrowane na celu strategie działania. Pacjentka była po nieudanych poszukiwaniach dawcy niespokrewnionego i częściowo udanym autoprzeszczepie. Doświadczała różnych stanów psychicznych – całego spektrum emocji, począwszy od intensywnej radości życia,

cieszenia się normalnością, skończywszy na smutku niepowodzenia, bezradności i niepewności. Bliskie jej były rozważania o zawiedzionych nadziejach, jak również akceptacja swojego stanu i otwarcie się na perspektywę wyleczenia w przyszłości.

Macierzyństwo z chorobą

Pacjentka ma dużą świadomość tego, jak macierzyństwo wpływa na jej stosunek do choroby: *Wydaje mi się, że przez to, że jestem mamą, to choroba w moim życiu nie stoi na pierwszym miejscu. Nie mam czasu na długie zastanawianie się i rozmyślanie w stylu „co by było gdyby”. Po prostu muszę rano wstać, zrobić śniadanie dla Julki, coś zaplanować, być częścią jej świata. Myślę, że to, że jestem mamą, motywuje mnie i nakręca do dalszej walki. Myślę, że młode osoby przeżywają chorobę nowotworową dość dramatycznie, jest to przede wszystkim seria strat na wszelkich polach życiowych.*

Anna wskazuje, że bycie matką zabezpieczyło ją przed przeżywaniem całkowitej utraty. Ma świadomość, jak wiele zostało jej zabrane, ale ciągle najważniejsze jest to, co zyskuje w kontakcie z córką i w nowo utworzonej po jej narodzeniu rodzinie. Na uwagę zasługuje to, że w narracji pacjentki po doświadczeniu zagrożenia życia ponownie pojawia się nadzieja i siła na przetrwanie tego, co niesie ze sobą choroba i jej leczenie: *I u mnie też tak jest, straciłam wiele: możliwość pracy, wolność, bo np. nie mogę sobie wyjechać na długie wakacje, nie mogę nic większego zaplanować – nie biorąc jednocześnie pod uwagę tego, że jestem chora... Nie mogę robić wielu rzeczy. Myślę, że gdybym nie miała Julii, to odczułabym boleśniej te wszystkie straty. A mam ją. Nie straciłam jej, a ona jest najważniejsza, jest dla nas takim podarunkiem i staram się zrobić wszystko, tak żyć, aby być przy niej jak najwięcej. Żeby nasz wspólny czas był fajny, wesoły, bo ona zasługuje na normalne dzieciństwo... A dla mnie ten czas z nią, w ogóle z rodziną to siła do walki. Julcia to taka moja iskierka nadziei. No patrzę na nią codziennie i myślę sobie, że tyle już przetrwaliśmy i przetrwamy jeszcze więcej (kategoria: przewyciężanie poczucia utrat w kontekście kontaktu z dzieckiem).*

Pacjentka podkreśla swoją szczególną sytuację – rozpoznania choroby wraz z narodzinami córki. W przeżywaniu pacjentki te dwa wydarzenia są na zawsze ze sobą powiązane i ciągle wzajemnie na siebie wpływają: *Zawsze byłam chora, od zawsze, kiedy jest Julia. Każde jej urodziny to dla mnie kolejny rok wygrywania ze śmiercią – taką mam refleksję w każde jej urodziny. Nie doświadczyłam macierzyństwa takiego, jakiego doświadcza większość kobiet. To jest dla mnie jakaś norma, bo nigdy nie było inaczej. Zawsze byliśmy w naszej rodzinie P., ja i Julia, i Burak – czyli rak – tak go nazywamy w domu. Teraz ciężko mi sobie wyobrazić,*

*że może być inaczej. Jak by to było bez ciągłego niepokoju czy dożyję kolejnych świąt, bez ciągłego hot-line'a z hematologami, bez szpitala raz na jakiś czas? Pacjentka wydaje się podkreślać, że w jej przeżyciu choroba stała się stanem normalnym. Było to możliwe dzięki skupieniu się pacjentki na tym, co przeżywa tu i teraz: *Dziwna sprawa, ale chyba ten brak normalności stał się normalnością dla nas. Julia nie знаła zdrowej mamy – takiej, która może biegać, chodzić z nią na basen. Ba, Julka nie znała nigdy mamy, która ma włosy. I nie przeszkadza jej to, przyjmuje to naturalnie – tak jest i tyle. I chyba moje macierzyństwo też jest właśnie takie – bo nigdy wcześniej nie byłam zdrową mamą (kategoria: akceptacja choroby).**

Pacjentka zdaje sobie sprawę, że niektóre jej zachowania, takie jak chęć przekazania córce jak największej wiedzy o życiu, chęć przeżycia intensywnej relacji matki z córką, mogą wynikać z poczucia niepewności dotyczącej trwania jej życia. O tej relacji mówiła tak: *Może łapię się częściej na tym, że staram się jej jak najwięcej przekazać, takich moich wartości, spostrzeżeń, przemyśleń – ale spokojnie wszystko dostosowane do jej wieku. Uwielbiam być mamą, mam cudowne dziecko, myślę, że to jest najważniejsze. Tego się trzymam. Mogłabym wymyślać, że chciałabym tak czy tak, to czy tamto zrobić. Ze dlaczego ja tak mam, a inne matki nie. Ale nie robię tego, bo po co, to nic nie da. Kompletnie nic. Będę się skupiać na tym, czego mi brakuje? Po co? Choroba uczy, że pewne rzeczy są nie do przeskoczenia, dlatego warto skupić się na tym, co jest (kategoria: koncentracja na relacji z córką).*

Podsumowując – opis relacji z dzieckiem w kontekście choroby po trzech latach leczenia pokazuje, że pacjentka zaakceptowała chorobę. Dawne mechanizmy związane z fazą protestu i zadaniowym koncentrowaniu się na jak najszybszym wyleczeniu przekształciły się w tolerowanie niepewności i ambiwalencji. Pacjentka nie skupia się na utratkach, których ma świadomość, tylko na intensywnym przeżywaniu tu i teraz, realizowaniu się w roli matki. Prezentowane wcześniej nastawienie na wyleczenie, wyjście z oddziału, przekształciło się w perspektywie macierzyństwa w intensywną koncentrację na „tu i teraz” i na budowaniu relacji z dzieckiem.

Refleksja o życiu

Anna opisuje przeżywanie budzących strach wyobrażeń ostatnich chwil życia, po których następuje powrót do działania i przeżywania radości, a dalej świadomość tego, ile rzeczy już przetrwała i pokonała: *Może poczucie zagrożenia sprawia, że bardziej się docenia to, co się ma. Nieraz patrząc na moją rodzinę, tak sobie myślę – a jeśli to nasze ostatnie wakacje, nasze ostatnie święta, nasz ostatni grill ze znajo-*

mymi? Co będzie za rok o tej porze? Czy jeszcze kiedyś pojedziemy razem w góry? To jest dziwne uczucie, kiedy przychodzą takie myśli. Pamiętam, że kiedyś siedziałam w ogrodzie na huśtawce, to było latem. Julcia grała z tatą w piłkę, a ja pomyślałam: Co jeśli to ostatnie nasze wspólne lato? Od razu, razem z taką myślą przychodzi paraliżujący strach. Żeby go opanować, chyba trzeba właśnie skupić się na działaniu, na odczuwaniu tych fajnych, dobrych rzeczy, chwil, które są. Że pokonałam megaciężką trasę (kategoria: radzenie sobie z lękiem przed śmiercią i koncentracja na dobrym „tu i teraz”).

Podsumowując – bycie matką modyfikuje przeżywanie przez pacjentkę egzystencjalnej sytuacji zagrożenia życia w taki sposób, że tylko częściowo skupia się ona na przyszłości (ewentualność znalezienia dawcy niespokrewnionego). W głównej mierze pacjentka koncentruje się na intensywnym przeżywaniu życia rodzinnego, co jest związane z nadawaniem wyjątkowości temu, w czym uczestniczy.

Podsumowanie analizy jakościowej

W tabeli 1 znajdują się powiązane ze sobą procesualnie [16] kategorie przeżywania choroby i macierzyństwa w pierwszych miesiącach leczenia.

W opisywanym przypadku wyjątkowy jest moment uzyskania informacji o chorobie, którym był dzień narodzin dziecka. Można zatem uznać, że w jakimś sensie rola matki i rola pacjentki „narodziła” się w tym samym dniu. Sytuacja ta wywołała dodatkowo żal, poczucie utraty, wzbudziła stres związany nie tylko z zagrożeniem życia, lecz także z separacją z dzieckiem w pierwszym okresie nawiązywania kontaktu i rodzenia się więzi. Aby zrozumieć tę sytuację, należy się odnieść do uwarunkowanego biologicznie przywiązania dziecka do matki nakierowanego na utrzymywanie bliskości i bezpośredniego fizycznego kontaktu [18, 19]. W wypadku opisywanej pacjentki proces ten został w znaczącym stopniu zakłócony. Jak podkreśla Bowlby, stres separacji zarówno u matki,

jak i u dziecka wywołuje pierwotne emocje złości, pragnienia walki, których celem jest przywrócenie kontaktu pomiędzy dzieckiem a figurą przywiązania czy też pomiędzy matką a dzieckiem [18]. W opisywanym przypadku wspomniane emocje zostały ukierunkowane na walkę z chorobą. Choć na początku hospitalizacji badanej trudno było zaakceptować rolę pacjentki, to proces przystosowania się do sytuacji choroby i leczenia pozwolił na rozwijanie aktywnych strategii zdrowienia. Konstrukttywne radzenie sobie z chorobą jawiło się pacjentce długoterminowo jako sposób na odzyskanie utraconego kontaktu z córką. W perspektywie krótkoterminowej dążyła ona do spotkania się z dzieckiem (Skype, spotkanie bezpośrednie). Wiązało się to prawdopodobnie z wytworzeniem u pacjentki mentalnej reprezentacji dziecka i nawiązania więzi w okresie ciąży. U pacjentki można wyróżnić takie fazy reakcji na separację z obiektem przywiązania, jak protest, pragnienie kontaktu, napięcie i złość [15, 18]. Kluczowe wydaje się to, że u Anny nie doszło do dwóch kolejnych wyróżnianych przez Bowlbiego etapów reakcji na utratę kontaktu z obiektem przywiązania – dzieckiem, czyli ataku (na swoją rolę matki, innych, dziecko) czy też rozpacz. Omawiana separacja z dzieckiem zdeterminowała kobietę do walki z chorobą, którą zaczęła traktować jako wyzwanie – po złości i rozpacz prowadzącej do utraty nadziei pojawiły się zadaniowe aktywne strategie radzenia sobie z chorobą, takie jak korzystanie ze społecznego wsparcia (matka, partner) i aktywne rozwiązywanie problemu (czytanie o możliwościach rozwiązania problemu, korzystanie ze wsparcia psychologa, pielęgniarek, hot-line z hematologami). Jednocześnie pacjentka równolegle intensywnie przeżywała siebie w roli matki, co mobilizowało ją do walki z chorobą, aktywnego stylu życia. Należy również podkreślić, że pacjentka posiadała relacyjne zasoby, które wpływały na dobre radzenie sobie w roli pacjentki i matki – były nimi bliska relacja z partnerem i matką. Można założyć, że pacjentka posiadała bezpieczny styl przywiązania, co pozwoliło jej na

Tabela 1. Procesualne powiązanie kategorii rodzina i macierzyństwo oraz doświadczenie chorowania w okresie pierwszych miesięcy leczenia

Rodzina i macierzyństwo	Doświadczenie chorowania	Procesualne powiązanie
sila więzi – wsparcie	mobilizacja do walki z chorobą choroba jako wyzwanie konflikt niezależność – zależność	silne, bezpieczne więzi jako czynnik uruchamiający mobilizację do wyleczenia
transgeneracyjny przekaz przetrwania		
koncentracja na macierzyństwie	doświadczenie dramatu rozpoznania choroby w momencie narodzin dziecka	nie uchwycono powiązania procesualnego
doświadczenie bólu oddzielenia od dziecka – stres separacji i pragnienie fizycznego kontaktu	radzenie sobie ze złością poprzez przekierowanie jej na podejmowanie działań prozdrowotnych	nakierowanie na bycie z dzieckiem jako czynnik determinujący zachowania prozdrowotne

Tabela 2. Procesualne powiązanie kategorii *rodzina i macierzyństwo* oraz *doświadczenie chorowania* w okresie trzech lat od rozpoznania białaczki

Rodzina i macierzyństwo	Doświadczenie chorowania	Procesualne powiązanie
przeżywanie codzienności z dzieckiem	świadomość przejścia z fazy kryzysu do względnej stabilizacji stanu zdrowia oczekiwanie na przeszczep	intensywność przeżyć, „doświadczenie wyjątkowego czasu”
priorytet macierzyństwa ponad utratami związanymi z chorowaniem	radzenie sobie z zawiedzioną nadzieją na całkowite wyleczenie	powrót do równowagi w funkcjonowaniu mimo braku poczucia „wygranej wojny”
wyjątkowość w doświadczaniu sytuacji rodzinnych i koncentracja na relacji z córką	radzenie sobie z lękiem przed śmiercią akceptacja choroby	realizowanie się w roli chorującej matki

tak szybkie i intensywne nawiązanie więzi z dzieckiem. Należy również podkreślić, że pacjentka miała dobre warunki materialne, była spełniona w rolach rodzinnych i zawodowej.

W tabeli 2 przedstawiono zestawienie procesualnie powiązanych ze sobą kategorii macierzyństwa oraz doświadczenia chorowania w okresie trzech lat od rozpoznania białaczki.

Analiza opowieści Anny o jednoczesnym chorowaniu i byciu matką w pierwszych miesiącach i w perspektywie trzech lat zwraca uwagę na proces przemian – z sytuacji doświadczania szoku, złości, która uruchamiała determinację do walki z chorobą, do akceptacji ograniczeń, które niesie choroba, w tym ograniczeń w roli matki. Przeżywane na początku gwałtowne emocje w większym stopniu ukierunkowywały pacjentkę na przyszłość, na konieczność wyzdrowienia, a perspektywa trzech lat życia z chorobą ukierunkowała Annę na doświadczanie „tu i teraz” i czerpanie radości z każdej chwili. W pierwszych miesiącach macierzyństwa pacjentka koncentrowała się bardziej na utracie np. kontaktu z dzieckiem, co było rozumiane jako stres separacji, w drugiej żyła bardziej doświadczanym każdego dnia kontaktem z córką. Z perspektywy teorii przywiązania należy podkreślić, że na tym etapie pacjentka miała możliwość bezpośredniego kontaktu z dzieckiem, co umożliwiałoby jej zarówno realizację kluczowej potrzeby fizycznego kontaktu, jak i zestrojenie emocjonalne w kontakcie z nim [18, 20]. W tej części wywiadu podkreślała ona bowiem bezpośrednie interakcje: przyglądanie się, jak dziecko bawi się na dywanie, i zabawę z dzieckiem. Niewątpliwą rolę odegrała tu jej postawa w pierwszych miesiącach chorowania i macierzyństwa, kiedy dążyła do utrzymywania jak najbardziej bezpośredniego wizualnego kontaktu z dzieckiem. Opisany przypadek można odnieść do dotychczasowych ustaleń badawczych, z których wynika, że matki chore na nowotwór, które są w stanie dostrzec pozytywne aspekty swojego rodzicielstwa, wykazują lepszą adaptację do choroby związaną z równowagą psychiczną i dbaniem o jakość życia [21, 22].

Podsumowanie

Wydaje się, że przeprowadzona analiza upoważnia do podjęcia prób odpowiedzi na postawione pytania badawcze.

1. U opisywanej matki, mającej silne więzi z osobami bliskimi, co wraz z analizą kliniczną sugeruje bezpieczny wzorzec przywiązania, procesy adaptacji do choroby i stawanie się matką można określić jako powiązane ze sobą w następujący sposób:
 - brak stosowania strategii unikania i zaprzeczania, od początku obecne silne emocje związane z pełnieniem roli matki i utratą zdrowia,
 - koncentracja na macierzyństwie, przeżywanie choroby jako utrudniającej kontakt z dzieckiem,
 - stres separacji z dzieckiem, który może być czynnikiem uruchamiającym determinację do aktywnego radzenia sobie z chorobą.
2. Uruchomione w pierwszych tygodniach sposoby zarówno pełnienia roli matki, jak i przystosowania się do roli pacjentki zmieniały się w czasie. Zmiana ta była dostosowana do etapu chorowania, jak również do wieku dziecka pacjentki i polegała na:
 - przejściu z fazy kryzysu (protestu) do fazy „tymczasowej stabilizacji”,
 - zachowaniu nadziei przy jednoczesnym dopuszczaniu myśli o śmierci,
 - przekształceniu pragnienia fizycznego kontaktu z nowo narodzonym dzieckiem w radość wspólnej zabawy dostosowanej do wieku dziecka,
 - adaptacji do ograniczeń wynikających z choroby z jednoczesnym realizowaniem się w roli matki.

Implikacje terapeutyczne

Zaprezentowany powyżej jakościowy opis przypadku pozwala sformułować następujące implikacje terapeutyczne:

- w pracy z matkami chorującymi na nowotwór należy uwzględnić czynniki osobowościowe, ta-

- kie jak mechanizmy obronne, stosowane strategie radzenia sobie i styl przywiązania matki,
- u pacjentek posiadających silne więzi z bliskimi powiązane z bezpiecznym wzorem przywiązania może uruchomić się determinacja do podejmowania aktywnych strategii leczenia, a faza protestu (wyrażanie złości, stres separacji) w pierwszych etapach macierzyństwa może sprzyjać dalszej adaptacji do leczenia, dlatego powinna być akceptowana i normalizowana,
 - należy uwzględnić dynamikę adaptacji do leczenia chorującej matki polegającą na przechodzeniu z fazy kryzysu do fazy stabilizacji lub „tymczasowej stabilizacji” i z powrotem do fazy kryzysu,
 - ważne jest wspieranie zachowania nadziei na wyzdrowienie przy jednoczesnym dopuszczaniu myśli o śmierci (jakkolwiek bardziej możliwe u osób z bezpiecznym stylem przywiązania), co pozwala na plastyczne adaptowanie się do roli matki w tym okresie,
 - koncentracja na doświadczaniu „tu i teraz” w relacji z dzieckiem wydaje się adaptacyjną strategią w sytuacji trwającego w czasie procesu leczenia matki.
12. Kozaka J. Radzenie sobie ze stresem choroby – współczesne koncepcje teoretyczne. *Psychoneuroimmunologia* 2010; 2: 60-69.
 13. Halliday LE, Boughton MA, Kerridge I. Liminal reproductive experiences after therapies for hematological malignancy. *Qual Health Res* 2015; 25: 408-416.
 14. de Walden-Gałuszko K. Ocena jakości życia a poczucie sensu życia. W: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
 15. Bowlby J. *Przywiązanie*. PWN, Warszawa 2007.
 16. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3: 77-101.
 17. Bowlby J. *Attachment and loss. Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. Basic Books, New York 1980.
 18. Bowlby J. *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Basic Books, New York 1988.
 19. Schore AN. *Affect Regulation and the Repair of the Self*. W.W. Norton & Company, New York, London 2003.
 20. Stern DN. *Interpersonal World of the Infant: a View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Basic Books, New York 1985.
 21. Aspinwall LG, MacNamara MS. Taking positive changes seriously: Toward a positive psychology of cancer survivorship and resilience. *Cancer* 2005; 104: 2549-2556.
 22. Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychol* 2003; 22: 487-497.

Oświadczenie

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Wrona-Polańska H. Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. *Funkcjonalny Model Zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
2. de Walden-Gałuszko K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
3. Wrona-Polańska H. Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. *Funkcjonalny Model Zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
4. Porębiak M. Fakty i mity dotyczące chorób nowotworowych. *Psychoonkologia* 2008; 12: 52-57.
5. Piskozub M. Noetyczno-duchowy wymiar osobowości w procesie radzenia sobie ze stresem onkologicznym. *Psychoonkologia* 2010; 1: 1-13.
6. Kiecolt-Glaser JK. Psychooncology and cancer: Psychoneuroimmunology and cancer. *Ann Oncol* 2002; 4: 165-168.
7. Heszen I, Życińska J (red.). *Psychologia zdrowia – w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Wydawnictwo SWPS, Warszawa 2008.
8. Izdebski P, Tujakowski J. Psychologiczne metody pomocy chorym na raka piersi. *Nowotwory – Journal of Oncology* 2006; 56: 685-692.
9. Chochinov HM. Depression in cancer patients. *Lancet Oncol* 2001; 2: 499-505.
10. Kübler-Ross E. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Media Rodzina, Poznań 2007.
11. Wiraszka G, Lelonek B. The functioning of a patient with leukaemia and the acceptance of neoplastic disease. *Studia Medyczne* 2008; 10: 21-26.