

Test „Drzewo” Kocha w diagnozie adaptacji do choroby nowotworowej

Basińska Beata, Czuchnowska Hanna

Klinika Onkologii i Radioterapii, Akademia Medyczna, Gdańsk

Psychoonkologia, Volume 7, Issue 2, 2000, pp. 39-48

Streszczenie: Celem pracy było zastosowanie testu projekcyjnego „Drzewo” Kocha w diagnozie przystosowania do choroby nowotworowej z uwzględnieniem symptomatologii bólowej. W zmaganiu się z chorobą dominującą emocją jest lęk, a mechanizmami obronnymi zahamowanie, izolacja i wypieranie. Cechy pozytywne to prawidłowa samoocena, poczucie produktywności, energia wyrażana poprzez gniew i złość. Wśród cierpiących ból odnotowano wyraźniejszą psychopatologię, introwersję, egocentryzm, wycofanie z relacji interpersonalnych.

Wprowadzenie

Podstawowe sposoby radzenia sobie z chorobą są pochodną oceny sytuacji oraz własnych możliwości i można je określić na kontinuum walka - rezygnacja. Przystosowanie psychiczne wyraża się w procesach poznawczych i behawioralnych, prezentując różny stopień nasilenia stresu i emocji oraz odmienne strategie zaradcze. Kiedy choroba jest odbierana jako zagrożenie, reakcją na nią jest zaprzeczanie, dewaluacja lub wyolbrzymianie, w której dominują strach, lęk, gniew i przygnębienie (5). Wśród chorych kobiet obserwowano postawę walczącego ducha, stoicką akceptację, zaprzeczanie, bezradność i rozpacz. Ukierunkowanie na walkę, małe zaabsorbowanie lękowe oraz optymizm współwystępują z akceptacją choroby, wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia oraz zewnętrznym umiejscowieniem kontroli bólu (7).

W percepcji społecznej rak utożsamiany jest z bólem i cierpieniem (7). W zaawansowanej chorobie nowotworowej ból występuje u około 70 - 80% pacjentów (14,16). Ból nowotworowy jest totalny i wszechogarniający. Jest cierpieniem psychofizycznym. Na odczuwanie bólu mają wpływ czynniki somatyczne (nowotwór per se, patologia nie nowotworowa, objawy wyniszczenia, skutki uboczne leczenia), społeczne (utrata pełnionych ról, poczucie bezradności i zależności, kalectwo fizyczne) i emocjonalne (gniew, depresja, strach, lęk przed śmiercią) (19). Pacjent onkologiczny to osoba zmagająca się z bólem i cierpieniem. Często doświadcza dysfunkcji psycho-

intelektualnych, co wzmacnia poczucie dyskomfortu. W odczuwaniu bólu chronicznego predysponujące mogą być cechy osobowości pacjenta (nadmiernie rozwinięte superego, konwersje). Według Kamińskiego i Borzęckiego (8) cechy osobowości mają większe znaczenie jako predykatory niż następstwo cierpienia. Obserwowane zmiany to zaostrzenie stanów depresyjnych i cech hipochondrycznych (2,18). Zaspokojenie potrzeb psychospołecznych umożliwia lepszą kontrolę objawów fizycznych (14). Podstawowymi reakcjami na ból są relacje uległość - bycie ofiarą, walka - bunt przeciwko bólowi oraz akceptacja poprzez uczenie się życia z bólem (egzystencja z bólem), (16). Cowan (3) podkreśla, że proces adaptacji do bólu jest podobny do radzenia sobie z chorobą i przebiega w fazach: zaprzeczanie, złość, targowanie się, depresja, akceptacja (13). Dobrym predyktorem przystosowania się do bólu chronicznego jest jego akceptacja. Powoduje ona zmniejszenie intensywności bólu, niepokoju, depresji, reakcji unikania, lepsze funkcjonowanie fizyczne i psychospołeczne, większą ilość aktywnie spędzanego czasu (15). Ból powoduje stosowanie licznych rodzajów strategii, a poczucie ich skuteczności wzmacnia chęć podejmowania relaksacji, redefinicję, poszukiwanie emocjonalnego i duchowego wsparcia (9,10).

Celem niniejszej pracy było określenie emocjonalności i cech osobowości kobiet chorych na nowotwory z uwzględnieniem symptomatologii bólowej, Wydaje się **za-**

sądne, że sama diagnoza choroby nowotworowej i reakcja na nią znajdują swoje odzwierciedlenie w teście projekcyjnym, ukazując emocje i sposób radzenia sobie z nimi. Poszukiwano przede wszystkim cech związanych z lękiem, depresją i złością oraz z pozytywną adaptacją czyli aktywnością, otwartością, dążeniem do relacji interpersonalnych, poszukiwaniem wsparcia i motywacją do tworzenia celów na przyszłość. Po drugie obserwowano jakie emocje i radzenie sobie występują w sytuacji bólu przewlekłego w zaawansowanej chorobie nowotworowej.

Osoby badane i metoda

W badaniu uczestniczyło 47 kobiet chorych na nowotwory w wieku od 29 do 76 lat (średnia 52 lata) hospitalizowanych w Klinice Onkologii i Radioterapii AM w Gdańsku (Kierownik prof. dr hab. J. lassem). U większości (42 osoby) zdiagnozowano nowotwory narządów rodnych, w pozostałych przypadkach rak piersi (2), pęcherza moczowego (1), przewodu pokarmowego (1) oraz zatoki szczękowej (1). 26 pacjentek pozostawało w dobrym stanie ogólnym, bez znaczących dolegliwości. 21 chorych zgłaszało odczuwanie bólu, który związany był z chorobą. W tej grupie znalazły się chore o innej lokalizacji choroby niż narządy rodne. Otrzymywały leki przeciwbólowe, jednakże ich ból był w dalszym ciągu przez nie odczuwany.

Do oceny zastosowano Test „Drzewa” Charlesa Kocha w opracowaniu R. Dajek (1997). Po rozmowie psychologicznej proszono pacjentki o narysowanie drzewa owocowego za pomocą średnio twardego ołówka na białej kartce formatu A4. Sugestia drzewa owocowego nie wymuszała na badanych rysowania owoców. Wśród niektórych istniało przekonanie, że jest to test uzdolnień plastycznych. Test traktowano jako metodę uzupełniającą do diagnozy stopnia adaptacji do choroby. Istotą projekcji jest subiektywna interpretacja nowych sytuacji z uwagi na potrzeby własne, postawy poznawcze i emocjonalne, dotychczasowe doświadczenie (4,11). Rysunek pozwala odzwierciedlić stan rozwoju osobowości, jej zróżnicowanie i interpretację oraz pozwala uchwycić stosunki człowiek - środowisko (1,17). Test „Drzewa” jest techniką projekcyjną opartą na symbolice obszar zbliżonej do grafologii Pulverta. Poza interpretacją intuicyjną w badaniach uwzględniono przede wszystkim analizę cech (11).

Wyniki

Analizę formalną podzielono na trzy etapy. Pierwszy dotyczył uzyskanych wskaźników oraz położenia rysunku drzewa. Drugi pozwolił na szczegółowy opis pnia, korony, gałęzi, owoców, liści i dodatkowych elementów. Kolejno analizowano cechy uznane za patologiczne zarówno w metodzie Kocha, jak również w podejściu Rorschacha (11). Za istotne uznano występowanie cechy u 30% badanych.

1. Opis

W otrzymanych rysunkach dominowało centralne, a w drugiej kolejności lewostronne położenie drzewa (odpowiednio 67% i 31%). Rysunek kierowano czasem ku górze (30%). Świadczy to o zwiększaniu się samoświadomości. Wysokość drzew była przeciętna, co sugeruje dobrą samoocenę i poczucie własnej wartości. Jednakże u pacjentek cierpiących z powodu bólu rozkład wyników był bardziej lewostronny, wskazując na zmniejszanie się poczucia własnej wartości pod wpływem tego symptomu. Pień zwykle był nieco krótszy niż korona. Pozwala to stwierdzić, że sfera emocji

Test „Drzewo” Kocha w diagnozie adaptacji do choroby nowotworowej

(rzeczywistości) była bardziej akcentowana niż sfera ciała (oraz instynktu i wyposażenia wrodzonego). Jest to cecha charakterystyczna dla dorosłych. Rozpiętość i wysokość korony są zbliżone. Świadczyć to może o chamowaniu psychicznym lub ambiwalencji. Wyniki prezentuje tabela nr 1.

Tabela 1. Cechy położenia i wielkość rysunków drzewa w teście Charlesa Kocha

GRUPA		BÓLOWA (N=21)	BEZ BÓLU (N=26)	RAZEM (N=47)
POŁOŻENIE	LEWA	8 (38%)	7 (27%)	15(31%)
	CENTRUM	13 (62%)	18 (69%)	31 (67%)
	PRAWA	0	1 (4%)	1 (2%)
POŁOŻENIE	GÓRA	7 (33%)	7 (27%)	14 (30%)
	CENTRUM	13 (62%)	18 (69%)	31 (63%)
	DÓŁ	1 (5%)	2 (8%)	3 (7%)
POŁOŻENIE POZIOME		0	3(11,5%)	3 (6%)
WYSOKOŚĆ	ŚREDNIA (ROZSĘP)	16,7 CM (6-29)	17,1 CM (8 - 28)	16,9 CM (6-29)
	MAŁE	5 (23%)	6 (23%)	11(23%)
	PRZECIĘTNE	12 (58%)	14 (54%)	26 (57%)
	DUŻE	4(19%)	6 (23%)	10 (20%)
WSPÓLCZYNNIK WYSOKOŚCI PIEŃ / KORONA		0,78	0,70	0,74
WSPÓLCZYNNIK ROZPIĘTOŚCI KORONY		0,90	0,86	0,89

Dominujący był stan równowagi, w drugiej kolejności subiektywność, introwersja, skłonność do kontemplacji i refleksji, ostrożność i samoobserwacja. Brak różnic pomiędzy kobietami bez i z komponentem bólowym świadczy o tym, że choroba nowotworowa wymaga kierowania myśli i uczuć na siebie, introwertyzuje oraz pobudza świadomość. W zasadzie nie obserwowano zwrócenia się ku innym osobom, potrzeby aktywności i radości (przesunięcie w prawa stronę) oraz realistycznego podejścia do życia (przesunięcie w dół). Ból wywołuje „odrętwienie psychiczne”, bądź ambiwalentne uczucia w stosunku do zaistniałej sytuacji. Dodatkowo może wpływać na poczucie własnej wartości.

2. Analiza szczegółowa

Wśród badanych kobiet stwierdzono tendencję do rysowania prostego podłoża (30%) lub nieobecność tej linii (55%). Może to świadczyć o separacji oraz utracie poczucia bezpieczeństwa, stanie bezwładu i zawieszenia. U chorych, u których nie odnotowano znaczących dolegliwości somatycznych, częściej niż u cierpiących ból,

pojawiało się podłoże w kształcie wyspy (19%). Jest to odzwierciedlenie tendencji do izolowania się oraz poczucia samotności i utraty. Charakterystyczne dla choroby nowotworowej wydaje się być przeżywanie braku stabilności, poczucia kryzysu i zmiany oraz izolowanie się,

U większości badanych nie pojawiły się korzenie (85%). Również rozszerzenie podstawy pnia odnotowano tylko u 25% kobiet. Mała liczba tego typu rysunków jest objawem pozytywnym, ponieważ koncentracja dotyczy pnia i korony jako świadomej somatycznej i emocjonalnej stronie życia. Korzenie są wyrazem życia utajonego, nieświadomego. Nie stwierdzono elementów cieniowania pnia (94%) oraz tendencji do zwężeń i rozszerzeń (93%). 31% kobiet dokonywało zakreskowania kory pnia, częściej robiły to nie odczuwające bólu niż cierpiące (odpowiednio 38% i 24%). Jest to cecha znacząca dla wrażliwości, reaktywności i gniewu. Wydaje się, że w przypadku rozbieżności pomiędzy subiektywnym poczuciem choroby a diagnozą medyczną może to sugerować proces braku akceptacji stanu zdrowia, a lęk i agresja to emocje braku zgody na zaistniałą sytuację. Pacjentki cierpiące ból posiadają znaczącą zgodność pomiędzy subiektywną i obiektywną oceną zdrowia.

Korona w obrazie drzewa jest odzwierciedleniem emocjonalności badanych. Skoncentrowano uwagę na formie i stopniu jej zamknięcia. Korona jak chmura, arkada lub skóra wystąpiła na rysunku 30% badanych, z czego u 48% z dolegliwościami bólowymi, a tylko u 15% kobiet bez tych objawów. Symbol ten oznacza obawę przed kontaktem z rzeczywistością, koncentrację na własnych emocjach i wyłączenie się z relacji interpersonalnych. Symptom bólu rzeczywiście powoduje koncentrowanie uwagi na doznaniach ciała oraz z przeżywanym w związku z tym cierpieniem. W sytuacji kobiet bez dolegliwości bólowych ich przeżycia dotyczą zmian w pełnieniu dotychczasowych ról oraz roli chorego, co nawiązuje do kontekstu interpersonalnego.

Tylko 8% badanych nie rysowało gałęzi, a nieliczne (13%) zaznaczały je podwójną linią. Ta ostatnia cecha charakterystyczna jest dla dorosłych. Prawie wszystkie chore nie odczuwające bólu (92%) oraz większość z bólem (62%) kreśliły gałęzie linią pojedynczą. W interpretacji Kocha świadczy to o regresji. Dokonując analizy jakościowej testu stwierdzono znaczną delikatność kreski w przypadkach podwyższonego lęku. Zachowanie odśrodkowego kierunku gałęzi, zwłaszcza u niecierpiących somatycznie (31%) oraz kierowanie ich ku górze (53% badanych) daje obraz osób aktywnych albo agresywnych, pobudliwych, o skłonnościach do adaptacji. Jest to kolejny element (poza kreskowaną korą pnia) świadczący o energii wynikającej z niezadowolenia i gniewu z powodu choroby. Irytacja jako niezadowolenie skierowane ku wnętrzu w symbolice nieciągłości linii wystąpiło tylko u 15% badanych. Gniew, złość i agresja mogą być odbierane jako napędowa siła do walki z chorobą, ale wymagająca ukierunkowania, by nie odwróciły się w frustrację lub autodestrukcję. Kolejnym elementem świadczącym o regresji oraz odseparowywaniu się od codzienności są stereotypie i rysunek krajobrazu (odpowiednio 17% i 7%). Cechę tę spotykamy częściej u chorych bez bólu, ale nie jest ona wyraźna.

Istotnym elementem w interpretacji obrazu drzewa są dla nas liście i owoce. Chore z dolegliwościami bólowymi aż w 67% nie rysowały liści w koronie drzewa, natomiast kobiety bez dolegliwości bólowych uwzględniały je częściej. Liście są bardziej

subtelną formą owocu, znakiem płodności i życia. Owoce świadczą o dojrzałości i potrzebie spełnienia (62% badanych). Można interpretować je jako uwieńczenie dojrzałego etapu życia, w którym kobieta przestaje pełnić funkcje prokreacyjne oraz macierzyne, a koncentruje się na swojej dojrzałości, mądrości i opiekuńczości. Jest to również znak mówiący o chęci życia, o potrzebie dalszych osiągnięć i realizacji celów. Na uwagę zasługuje fakt, że 77% chorych bez bólu rysowało drzewa harmonijne, natomiast wśród cierpiących ból tylko 38%. Sugeruje to destrukcyjny wpływ bólu na poczucie zgodności. Ból staje się symptomem osłabiającym jedność, spostrzeganie rzeczywistości oraz siebie w świecie w sposób całościowy. Formy ubogie, uproszczone stanowiły 35% rysunków, częściej u osób o symptomatologii bólowej. Również u tych chorych odnotowano formę zimową drzewa.

Tabela 2, Analiza szczegółowa cech w Teście „Drzewa" Charlesa Kocha

PARAMETR		BÓLOWE (N = 21)	BEZ BÓLU (N = 26)	RAZEM (N = 47)
PODŁOŻE	BRAK	10 (48%)	16 (62%)	26 (55%)
	PROSTE	7 (32%)	7 (27%)	14 (30%)
	WYSPA	2 (10%)	5 (19%)	7 (15%)
KORZENIE	BRAK	19 (90%)	21 (81%)	40 (85%)
PODSTAWA	SZEROKA	6 (29%)	6 (23%)	12(25%)
KORA	PUSTA	16 (76%)	16(62%)	32 (69%)
	ZAKRESKOWANA/ LINIE	5 (24%)	10 (38%)	15 (31%)
BRAK CIENIOWANIA		21 (100%)	24 (92%)	45 (94%)
BRAK ZWĘŻEŃ/ ROZSZERZEŃ		19 (90%)	25 (96%)	44 (93%)
KORONA	CHMURA/SKÓRA/PILK	10 (48%)	4(15%)	14 (30%)
	CIENIOWANA LUB PŁASKA	0	3(12%)	3 (7%)

Podsumowując, drzewa kobiet chorych na nowotwór nie posiadały podłoża i korzeni, podstawa pnia zwykle była prosta, kora nie cieniowana, gałęzie rysowane pojedynczą linią kierowały się ku górze. Na gałęziach osadzone były owoce. Drzewo było przeciętnej wysokości, o zrównoważonych proporcjach pnia i korony, położone w centralnej części kartki z przesunięciem ku lewej górnej krawędzi. W interpretacji ogólnej świadczy to o adekwatnej samoocenie badanych i równowadze pomiędzy sferą somatyczną i emocjonalną. Wyraża brak oparcia w sobie w wyniku przeżywanego kryzysu, lęk i agresję jako emocje regresywne. Energia ukierunkowana jest raczej ku przeszłości, introspekcji i duchowości. U kobiet chorych bez dolegliwości bólowych częściej uwidaczniały się tendencje do izolacji (podłoże jako wyspa), nadwrażliwość i impulsywność (linie na korze pnia), agresja (gałęzie ukierunkowane odśrodkowo) oraz regresja (pojedyncze gałęzie, stereotypie, krajobraz). Motywacja do aktywności oraz poczucie równowagi (liście oraz harmonia rysunku) są warunkami do kształtowania pozytywnej adaptacji do choroby.

Tabela 3. Analiza szczegółowa cech w Teście „Drzewa” Charlesa Kocha

PARAMETR		BÓLOWE (N = 21)	BEZ BÓLU (N = 26)	RAZEM (N = 47)
GAŁĘZIE	ODŚRODKOWO	4 (19%)	8 (31%)	12 (25%)
	DOŚRODKOWO	1 (5%)	0	1 (2%)
	SKIEROWANE W	11 (52%)	14 (54%)	25 (53%)
	SKIEROWANE W	2 (14%)	4 (15%)	6 (13%)
	POJEDYNCZE	13 (62%)	24 (92%)	37 (79%)
	PODWÓJNE	4 (19%)	2 (8%)	6 (13%)
	BRAK	4 (19%)	0	4 (8%)
BRAK CIĄGŁOŚCI		2(10%)	5 (19%)	7 (15%)
STEREOTYPIE		2 (10%)	6 (23%)	8 (17%)
KRAJOBRAZ		0	3 (12%)	3 (7%)
RYSUNEK LIŚCI		7 (33%)	17 (65%)	24 (51%)
OWOCE	NA GAŁĘZI	11 (52%)	18 (69%)	29 (62%)
	W KORONIE	4 (19%)	2 (8%)	6 (13%)
	BRAK	6 (29%)	6 (23%)	12 (25%)
HARMONIA		8 (38%)	20 (77%)	28 (60%)
UBOGOŚĆ		7 (33%)	6 (23%)	13 (28%)

Kobiety cierpiące ból częściej prezentowały cechy regresji (cechy patologiczne według Kocha), introjeksi przeżywanymi emocjami (zamknięta korona, zwykle chmura), brak energii i produktywności (drzewa bez liści) oraz depresyjności (uproszczenia i drzewa ubogie). Wśród tych badanych większa była ilość drzew małych lub przeciętnych w dolnej ich granicy co stanowi o obniżaniu się poczucia własnej wartości. Zaobserwowano przesunięcie drzewa ku górze czyli skierowanie się na obszar duchowości. Można powiedzieć, że rysunki świadczą o skoncentrowaniu pacjentek na sobie oraz o ograniczeniu relacji interpersonalnych. Kobiety chore na raka kierowały energię na przystosowanie się, zwłaszcza emocjonalne z uwzględnieniem środowiska społecznego. Natomiast cierpiące ból pozostawały w świecie intrapsychicznym.

Dodatkowo podjęto próbę interpretację rysunku drzewa w konwencji Rorschacha. Uwzględniono spostrzeganie światłocienia (cieniowanie kory, gałęzi, korony), symetrii (drzewo lustrzane według osi symetrii), nietypowość formy (wiązka gałęzi, krzak, bukiet) oraz uproszczenia (forma zimowa), wprowadzenie detali oraz żądanie wprowadzenia koloru. Szczegółowe dane prezentuje tabela nr 4.

Znacząco uwidocznił się lęk wyrażony poprzez symetrię (31 % badanych). Próbę kontroli emocjonalnej i aktywnego, konstruktywnego wyrażania emocji (zwłaszcza złości) poprzez kolor podjęły dwie pacjentki. U prawie połowy cierpiących badanych

Tabela 4. Cechy psychopatologiczne według interpretacji Kocha i sygnatury w ujęciu Rorschacha

PARAMETR	BÓLOWE	BRAK BÓLU	RAZEM
CECHY PSYCHOPATOLOGICZNE WG KOCHA	7 (33%)	4 (15%)	11 (23%)
SYMETRIA	9 (43%)	6 (23%)	15(31%)
ŚWIATŁOCIEŃ	1 (5%)	3(12%)	4(10%)
NIETYPowość FORMY (ZIMOWA, KRZAK, GAŁĄŻ)	9 (43%)	5(19%)	14 (34%)
DODATKI	0	3 (12%)	3 (7%)
KOLOR	0	2 (8%)	2 (4%)
OTWARTY KU GÓRZE PIENŃ	12 (57%)	9 (35%)	21 (46%)

(43 %) stwierdzono nietypowość formy drzewa świadcząca o syndromie depresji albo neurotycznej dezorganizacji. Wśród 46 % kobiet zauważono cechy sprzężenia pomiędzy sferą psychiczną i somatyczną (otwarty pień u 12 pacjentek cierpiących i u 9 pacjentek bez bólu), co dowodzi znacznej zależności pomiędzy tymi obszarami w subiektywnej percepcji badanych. Z drugiej strony świadczy to o umiejętności korzystania z własnych zasobów odpornościowych. Otwarta forma pnia według Kocha wyraża również otwartość u ludzi niepewnych i zahamowanych.

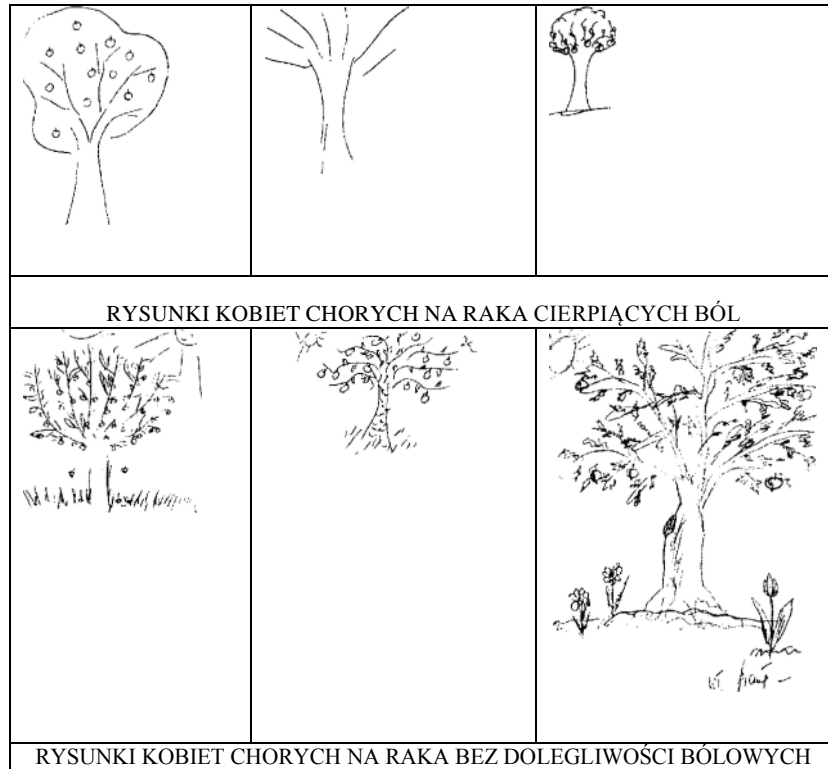
Przykładowe, reprezentatywne rysunki drzew pacjentek bólowych i bez bólu prezentuje tabela nr 5.

Podsumowanie

Sfera emocjonalna pacjenta onkologicznego jest główną domeną oddziaływań psychoterapeutycznych. Kształtowana jest przez osobowość chorego oraz jego sposób reagowania na sytuacje stresowe. Im bardziej wyraziste emocje, tym łatwiej nad nimi pracować w kontakcie służącym pomaganiu. Procesy poznawcze i emocje leżą u źródła postawy wobec choroby. Sfera emocjonalna chorego może być niejasna dla niego samego z uwagi na stosowane przezeń mechanizmy obronne. Podstawowe znaczenie ma tu represja (12). Również na poziomie świadomym często stosowane są strategie dewaluacji zagrożenia i zaprzeczania. Z tego względu Test „Drzewa” pozwala na dotarcie do psychiki chorego i jest dobrym uzupełnieniem diagnozy radzenia sobie z chorobą.

W rysunkach drzew kobiet chorych przeżywających dysonans pomiędzy subiektywnym poczuciem choroby a jej wagą stwierdzamy tendencje do regresji. Osoby o dojrzałych mechanizmach zaradczych reagują mechanizmami z poziomu neurotycznego (zahamowanie, izolowanie, racjonalizacja). Głównym motorem dezorganizacji osobowości jest lęk. Samoocena chorych pozostaje na przedchorobowym poziomie. Kryzys wywołany chorobą nie musi powodować trwałych zmian. Jest to sytuacja stresowa podlegająca ciągłym przemianom. Daje to możliwość wielokrotnej oceny jej znaczenia jako całości. Ważna jest umiejętność koncentrowania się na jednych elementach (samopoczucie psychiczne, życie rodzinne) z pomijaniem innych (kolej-

Tabela 5. Test „Drzewo” Kocha - rysunki pacjentek bólowych i bez bólu



ny etap lub metoda leczenia, funkcjonowanie zawodowe). Chore charakteryzuje postawa wyrażająca nadzieje oraz dążenie do osiągnięcia równowagi psychicznej. Cechuje je energia i aktywność często zamieniana w złość i impulsywność. Nadwrażliwość, złość, strach, poczucie niepewności, ucieczka w fantazje są głównymi atrybutami występującymi w projekcji drzewa. W chorobie nowotworowej obniża się poczucie koherencji, zwłaszcza ze wzrostem dolegliwości somatycznych oraz następuje intensyfikacja życia psychicznego, co jest widoczne w uzyskanych przez nas pracach. Wiele drzew cechowała ambiwalencja oraz znamiona słabego rozwoju intelektualnego. Są to cechy neurotyczne wywołane przez stres choroby nowotworowej. Chore cierpiące w bólu wykazują więcej cech regresji, ich psychopatologia jest wyraźniejsza. Dochodzi do koncentracji na życiu wewnętrznym i egocentryzmu. Słabną reakcje interpersonalne. Stres związany z radzeniem sobie z bólem i chorobą upośledzają funkcjonowanie poznawcze. Brak dynamiki i ruchu symbolizuje małą energię. Pacjentki przeżywają depresję, która jest reakcją na utratę. Forma zimowa drzewa jest w interpretacji Kocha (11) wyrazem jądra osobowości, szczerości, braku masek i pojawia się zwykle u ludzi w obliczu śmierci. Z drugiej strony drzewa ubogie i puste

można interpretować jako osłabienie motywacji do życia i dezadaptację w obliczu cierpienia w bólu. Należy podkreślić, że w wielu rysunkach odnotowano cechy pozytywne, zwłaszcza u pacjentek bez bólu. Są nimi dobre poczucie własnej wartości, prawidłowa samoocena, poczucie dojrzałości i produktywności. Inna pozytywnie odbieraną przez nas cechą jest złość, która właściwie ukierunkowana może stanowić bazę dla postawy walczącego ducha. Najwyraźniej było to widoczne u pacjentek żądających wprowadzenia koloru do rysunku, które pewne elementy sytuacji zagrożenia przeformułowały w wyzwanie.

Test Drzewa jest testem osobowości, dlatego pozwala na uchwycenie regresywnych zmian w jej funkcjonowaniu w obliczu stresu choroby nowotworowej i cierpienia bólowego. Jest dobrym uzupełnieniem badania świadomego radzenia sobie przez pacjentów i pozwala na lepsze jego zrozumienie.

Piśmiennictwo

- Bober S. (1971). Wartość diagnostyczna „Testu - Drzewo” w aspekcie charakterologicznym i rozwojowym osobowości dzieci w wieku 3 do 14 lat. *Problemy Psychoterapii, t. II, Sekcja Psychoterapii Dzieci i Młodzieży*. PTPH.
- Dobrogowski J., Kuś M., Sedlak K., Wordliezek J. (1996). *Ból i jego leczenie*. PWN, Warszawa.
- Cowan R. (1999). The 5 stages of grieving that affect chronic pain sufferers. <http://www.chronicpainsolutions.com/grieving.htm>.
- Hilgard E. R. (1971). *Wprowadzenie do psychologii*. PWN, Warszawa.
- Jarosz M. (1983). *Psychologia lekarska*. PZWL, Warszawa.
- Jokiel M. (1994). Uświadomienie społeczeństwa polskiego o nowotworach w latach 1976, 1986 i 1990 oraz wpływające na nie czynniki. *Medycyna 2000, 45/46*, 37-39.
- Juczyński Z. (1997). Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia, 1*, 3-10.
- Kamiński B., Borzecki M. (red). (1980). *Ból i jego leczenie*. WAM, Warszawa.
- Keefe F. J., Affleck G., Lefebvre J. C., Starr K., Caldwell D. S., Tennen H. (1997). Pain coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis: a daily process analysis. *Pain, 69*, 35-42.
- Keere F. J., Kashikar - Zuck S., Robinson E., Salley A., Beaupre P., Caldwell D., Bancom D., Haythornwaite J. (1997). Pain coping strategies that predict patients' and spouses' ratings of patients self-efficacy. *Pain, 73*, 191 -199.
- Koch Ch. (1997). *Test „Drzewo” - test rysunku drzewa jako metoda psychodiagnostyczna*. ERDA, Warszawa.
- Kokoszka A. (1993). Podstawowe pojęcia psychoanalitycznej psychoterapii, [w:] A Kokoszka, P. Drozdowski (red.). *Wprowadzenie do psychoterapii* (s. 77-86). Wydawnictwo Akademii Medycznej im. M. Kopernika w Krakowie, Kraków.
- Kübler - Ross E. (1979). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. PAX, Warszawa.
- Kujawska - Tenner J., Łuczak J., Okupny M., Kotlińska D., Dangel T (1994). *Zwalczanie bólów nowotworowych*. Nowe Techniki Nauczania, Warszawa.
- McCracken L. M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in person with chronic pain. *Pain, 74*, 21-27.
- Pietkiewicz B. (1998). Nie musi boleć. *Polityka, 25*, 4-8.
- Rembowski J. (1975). *Metoda projekcyjna w psychologii dzieci i młodzieży*. PWN, Warszawa.
- Sternbach R. A. (1974). *Pain patients- traits and treatment*. Academic Press, New York, San Francisco, London.
- Twycross R., Łąck S. (1991). *Leczenie terminalnej fazy choroby nowotworowej*. PZWL, Warszawa.

THE TREE TEST BY KOCH IN DIAGNOSIS ADJUSTMENT TO THE CANCER

SUMMARY

The aim of this study was to apply projective method of The Tree Test by Koch in diagnostic of the adjustment to the cancer. The more characteristically was anxiety and coping with disease by denial and isolation (negative traits), anger, activity and preillness self - evaluation (positive traits). Patients in pain showed much more psychopathological feather, were more introverted, concentrated on themselves and withdrawn from interpersonal relations.

Adres korespondencyjny:

Beata Basińska
Zakład Ergonomii WZiE PG
ul. Narutowicza 11/12
80-952 Gdańsk e-mail
bbas@pg.gda.pl