

# PSIHOLOŠKE POSLEDICE ZDRAVLJENJA RAKOV SEČIL IN RODIL

*Slavko Zihert*

## UVOD

V zadnjih 30 letih se je začelo posvečati vedno več pozornosti duševnim posledicam raka. Tako je prišlo do nove subspecialnosti, psihoonkologije (1). Psihoonkologija se ukvarja z duševnim odzivom človeka, ki je zbolel za rakom. V grobem lahko delimo ta duševni odziv na normalnega (običajnega) in tistega, za katerega je značilna psihiatrična komorbidnost.

Večina pacientov se ob spoznanju, da so zboleli za rakom, odzove s tako imenovanim normalnim duševnim odzivom. Nekateri pa se odzovejo s pravo duševno in vedenjsko motnjo (psihiatrična komorbidnost), kakršne so: depresija, anksioznost in včasih celo delirij (2). Psihoonkologija se ukvarja tudi z odzivom pacientove družine na spoznanje, da je njihov človek zbolel za rakom, pa tudi s psihološkimi, vedenjskimi in družbenimi dejavniki, ki povzročajo tveganje raka, pa dejavniki, ki omogočajo čim zgodnejše odkrivanje raka in preživetje.

V tem prispevku bo govor o duševnem odzivanju človeka, ki je zbolel za rakom in duševnih posledicah zdravljenja raka. Najprej bo govor o takem odzivu ne glede na lokacijo raka, zatem pa še o posebnostih odziva človeka, ki je zbolel za rakom sečil in rodil.

Spoznanje, da je zbolel za rakom, močno vpliva na pacientovo duševnost. To velja – kljub osveščanju po sredstvih obveščanja, da rak ni nujno pogubna diagnoza – za vse vrste raka. V primeru raka na sečilih in rodilih so posledice spoznanja, da ima raka, poleg splošnih duševnih, še posebne. Gre namreč za raka v področju, ki je tako ali drugače povezano s spolnostjo. Že sama diagnoza lahko globoko zareže v duševnost pacienta, potem pa še zdravljenje s svojimi stranskimi učinki lahko močno vpliva na pacientov odnos do samega sebe. Odziv pa je tudi odvisen od osebnosti takega pacienta. Pomembna je predvsem človekova premorbidna kognitivna in čustvena opremljenost za spopadanje z vsakdanjimi in izrednimi obremenitvami iz okolja, oziroma z obremenjujočimi življenjskimi dogodki.

## NORMALNI DUŠEVNI ODZIV NA SPOZNAVANJE O DIAGNOZI RAK

Večina ljudi se ob spoznanju, da so zboleli za rakom, odzove podobno. Ta odziv praviloma poteka v treh fazah (3).

Začetna faza je zanikanje, sledi faza zmedenosti, nemira in tretja faza – prilagoditev. Ta odziv lahko primerjamo s tistim, ko kdo preživi kakšno katastrofo, kakršna je na primer izguba svojca. Zato lahko ta – sicer običajni – duševni odziv imenujemo tudi kar prilagoditev na motnjo. Pri tem naj izraz ne zavaja, čeprav se imenuje motnja, pa je to vendarle zelo pogost odziv na kakšno hudo spremembo v življenju, ko se mora človek na tako spremembo z vsemi svojimi duševnimi sposobnostmi prilagoditi.

Za **fazo zanikanja** je značilno, da pacient ne more verjeti, da je diagnoza pravilna. V hudem strahu pred pravilnostjo diagnoze, ki za večino ljudi pomeni nekakšno smrtno obsodbo, si tak človek zgradi obrambni duševni »zid« in se prepričuje o zelo verjetni napačnosti diagnoze.

Začetnemu zanikanju sledi **faza nemira**, ko se pacient sprašuje, ali je to, kar se mu dogaja, sploh mogoče. Za to fazo je značilna anksioznost (tesnoba, strah), ko se mu vsiljujejo misli o smrti. Razpoloženje je depresivno, postane razdražljiv, ne more se osredotočiti na običajno delo in opravke, izgubi apetit in spati ne more. Ob tem se mu lahko spremeni samopodoba, to je izgubi zaupanje vase. Samospoštovanje, ki je tako pomembno za človekovo delovanje, se zmanjša. Tako razpoloženje seveda vpliva na medsebojne odnose v družini, na neki način postane diagnoza rak ne samo problem pacienta samega, ampak tudi družinski problem.

Po nekaj tednih (lahko pa tudi manj, odvisno pač od osebnosti pacienta) se začne tretja faza. Pacient se **sprjazni z diagnozo**, začne razmišljati bolj pozitivno. V upanju, da bo zdravljenje uspešno, se tudi začne podrobneje zanimati za način zdravljenja. V tej tretji fazi je zelo pomembno, kakšna osebnost je pacient. V bistvu je pomembno, kakšen osebnostni način spopadanja s različnimi stresorji je v življenju dotlej razvil. Pomembno je torej, ali se pacient odziva na obremenitve v življenju s spopadanjem s težavami v življenju (stresni odziv »boj«), ali z umikom (stresni odziv »beg«), ali pa preprosto v soočenju s težavami ne stori nič od tega (stresni odziv »otrnjenje«) (4).

## ODZIV Z DUŠEVNO IN VEDENJSKO MOTNJO (PSIHIATRIČNA KOMORBIDNOST)

Nekateri ljudje se ob spoznanju, da so zboleli za rakom, odzovejo s pravo duševno motnjo (govorimo o psihiatrični komorbidnosti). To je pač odvisno od premorbidne osebnosti takega človeka, pa tudi od njegovega osebnost-

nega načina odzivanja na življenjske obremenitve (morda se je že ob manjših obremenitvah v življenju odzval s kakšno duševno motnjo). V prvi vrsti gre za depresivno motnjo, pa tudi za kakšno od anksioznostnih motenj.

## **Depresivne motnje**

Odziv človeka na spoznanje, da je zbolel za rakom, z depresivnim razpoloženjem, lahko opazujemo v razponu od običajne depresivnosti v drugi fazi »normalnega« odziva na izgubo zdravja, preko odziva, ki ima že značaj prilagoditvene motnje, pa vse do povsem izraženih simptomov srednje in hude depresivne motnje.

Povsem izražena depresivna motnja ima tele znake (5):

- potrtost, ki je najhujša zjutraj,
- zmanjšanje življenjske energije,
- upad vsakdanjih dejavnosti,
- zmanjšana sposobnost uživanja (anhedonija) in upad miselnega osredotočenja (koncentracije),
- utrujenost že ob manjših naporih,
- nespečnost (značilno je zgodnje prebujanje – okrog 2. ali 3. ure – nato ne more zaspati),
- izguba apetita,
- upad samospoštovanja, občutki krivde,
- izguba interesov,
- psihomotorična upočasnenost,
- izguba spolnega poželenja (libida),
- samomorilne misli.

## **Anksiozne motnje**

Enako kot pri odzivu z depresivno motnjo lahko tudi pri odzivu z anksiozno motnjo opazujemo razpon od »normalne« tesnobe, zaskrbljenosti, prek odziva s prilagoditveno motnjo vse do generalizirane anksiozne motnje. Ta se kaže z naslednjimi simptomi (5):

- tesnoba, bojazen, ki ni vezana na kakšno zunanjo okoliščino, marveč je »prosto lebdeča«. To je nejasen strah, da se bo nekaj neprijetnega zgodilo,
- nenehna živčnost,
- tremor,
- mišična napetost,
- potenje

- vrtoglavost in omotica,
- palpitacije,
- epigastrično neugodje.

Ne glede na to, ali se odzove normalno ali z motnjo, pa lahko rečemo, da se večina vendarle odzove s tako imenovano prilagoditveno motnjo.

### **Prilagoditvena motnja**

Prilagoditvena motnja je stanje čustvene stiske, ki človeka ovira pri vsakdanjih dejavnostih in v medosebnih odnosih. Motnja se po definiciji pojavi v obdobju prilagajanja na pomembno spremembo v življenju ali na kakšen obremenjujoč dogodek. Tak obremenjujoči dogodek (stresor) je lahko tudi spoznanje, da je človek zbolel za hudo boleznijo (kakršna je rak), ki mu dejansko spremeni življenje. Znaki prilagoditvene motnje so (5):

- depresivno razpoloženje,
- tesnoba in zaskrbljenost,
- občutek nesposobnosti za opravljanje vsakdanjih dejavnosti.

Doslej opisani normalni odzivi ali odzivi z duševno motnjo veljajo za vse paciente, ne glede na vrsto raka. Lahko pa posamična vrsta raka povzroča še poseben odziv (na primer rak trebušne slinavke pogosto povzroči hudo depresijo). Ob teh splošnih odzivih na spoznanje o diagnozi rak, pa rak na sečilih in rodilih prinaša še posebne, za tovrstne rake značilne odzive.

### **ZA RAKA NA SEČILIH IN RODILIH SPECIFIČNI DUŠEVNI ODZIVI**

Sečila in rodila so tako ali drugače povezana s človekovim doživljanjem lastne spolnosti. Spolnost pa je za večino ljudi pomemben del njihovega življenja. V tem primeru je prizadeta človekova spolna identiteta, ki se s spoznanjem, da je zbolel za rakom sečil ali rodil močno omaje. Ta posebni duševni odziv na spoznanje, da je človek zbolel za rakom rodil ali sečil, se lahko kaže z naslednjimi znaki:

### **Omajano samospoštovanje**

Hudo je omajano človekovo samospoštovanje v tistem delu, ko samospoštovanje odseva človekov odnos do spolnosti in rodnosti. Spoznanje ženske, da se je rak usidral v njena rodila, jo prizadene v njenem ženskem bistvu. Njena spolna identiteta je vsekakor vezana tudi na rodila, tudi pri ženski, ki ni več v rodni dobi. Če je še spolno dejavna, jo muči vprašanje, kako bosta spremenjeno hormonsko stanje in pa zdravljenje prizadela

njeno spolnost. Predvsem pa jo muči vprašanje, ali bo po zdravljenju »sploh še ženska«.

Pri moškem se pojavljajo smiselno enaka vprašanja. Na primer: rak prostate je dejansko, predvsem pa v razmišljanju moških, povezan s spolno dejavnostjo. Tako se moški ob diagnozi rak sečil sprašuje, ali bo sploh še lahko imel spolne odnose. Posledica je spet hudo omajano njegovo samospoštovanje. Muči se neprestano s vprašanjem, ali bo po zdravljenju »sploh še moški«.

## **Spremenjen partnerski odnos**

Spremenjen odnos pacienta z rakom sečil ali rodil do svoje spolne identitete posledično lahko zareže v njegov odnos do partnerja. Spolnost in vsakršna težava v spolnosti sta namreč stvar obeh. Težava je tudi, da se marsikateri človek ne zmore odkrito pogovarjati o spolnosti s partnerjem. Še težje se pa o svoji spolnosti pogovarja človek, ki se mu je zaradi bolezni omajala spolna samozavest in ga mučijo strahovi, kaj bo z njeno ženskostjo ali njegovo moškostjo. Strah je pa itak čustvo, ki izrazito razdiralno vpliva na spolnost obeh partnerjev (čeprav je v tem primeru strah predvsem pacienta) (6).

## **POSLEDICE ZDRAVLJENJA RAKA SEČIL IN RODIL**

Operacija lahko dodatno razdiralno vpliva na človekovo spolno identiteto. Spoznanje, da so ji bila kirurško odstranjena rodila, manjša pacientkino samozavest in samospoštovanje. Ta odziv je lahko hujši pri tisti ženski, ki je še v rodnem obdobju, ne glede na to, ali si še želi imeti otroka. Občutek jo tedaj preveva, kot da ni več prava ženska. To jo lahko spet pahne v depresijo ali pa vsaj (skoraj vedno) v prilagoditveno motnjo. Odstranitev rodil lahko – ob vseh negativnih občutkih do sebe in do svoje spolnosti – vpliva tudi na konkretno spolno življenje take pacientke, torej tudi na njen partnerski odnos.

Enake posledice ima lahko operacija sečil pri obeh spolih.

Kemoterapija lahko s svojimi stranskimi učinki spet močno slabša počutje pacienta. Lahko povzroči utrujenost, navzejo, izgubo apetita in bolečine, kar vse vpliva na razpoloženje takega pacienta in na njegovo zanimanje za spolnost. Med samo kemoterapijo tako marsikdo postane ponovno depresiven, sprašuje se, ali bo zdravljenje sploh uspešno. Zaradi izgube telesne teže ga muči strah, da rak še ni odstranjen. Hujšanje tako pripisuje raku in ne izgubi apetita zaradi kemoterapije. Vse te težave ob kemoterapiji in dvomi o izidu zdravljenja še dodatno omajajo že itak omajano samospoštovanje takega pacienta.

## **POMOČ PSIHIATRA ALI PSIHOONKOLOGA**

Psihiater lahko pomaga hudo depresivnemu ali anksioznemu pacientu (ali tistemu, ki ima izražene znake prilagoditvene motnje) tako, da najprej z njim vzpostavi zaupen in terapevtski odnos.

Zatem uporabi program z dokazi podprtega zdravljenja depresivnega pacienta, kakršnega priporoča Svetovno psihiatrično združenje (7) in ga prakticirajo v sodobnih psihiatričnih ambulantah.

Program je prilagojen posamičnemu pacientu, v njem po možnosti enakovredno sodeluje najbližji pacientov svojec, v večini primerov partner. V programu zdravljenja sta torej pacient in njegov svojec subjekta zdravljenja (in ne objekta), ki v njem dejavno sodelujeta.

V programu zdravljenja depresivnega pacienta imajo svoje mesto: antidepresivna zdravila in kakšna z dokazi podprta psihoterapevtska metoda. V večini programov se je po raziskovalnih podatkih pokazala kot najbolj učinkovita kognitivna vedenjska terapija (KBT) (8). S pomočjo KBT se lahko spremeni pacientov odnos do samega sebe (izboljša samospoštovanje). Pacient pa se – ob tem ko s pomočjo antidepresiva postaja evtimičen in samozavesten – s KBT usposobi za čim bolj dejavno spopadanje s spremenjenim življenjem zaradi zdravljenja raka.

## **ZAKLJUČKI**

Človekov odziv na spoznanje, da je zbolel za rakom, se kaže v treh fazah. Najprej se odzove z zanikanjem, češ, saj to ni res, saj so se zmotili pri diagnozi. Sledi faza zmedenosti in nemira, ko se pacient sprašuje, ali je sploh mogoče, da se je to njemu zgodilo. Preveva ga strah pred smrtjo, saj v mislih večine ljudi pomeni rak vendarle smrt. Razpoloženje se temu človeku prevesi v depresivnost, ki lahko postane huda. V tretji fazi se človek nekako sprijazni z diagnozo rak in se začne bolj ali manj dejavno ukvarjati z zdravljenjem in upanjem na ozdravitev.

Tako poteka duševni odziv večine ljudi, ki so izvedeli, da imajo raka, ne glede na vrsto raka. Na spoznanje o raku sečil in rodil se ob splošnem opisanem odzivu še dodatno odzove pacient s spremenjenim doživljanjem svoje spolne identitete. Mučijo ga strahovi, ali je sploh še ženska (ali moški). Dodatno razdiralno lahko vpliva na spolno identiteto še zdravljenje raka. Ker je pa spolnost dogajanje med dvema, je samo po sebi umevno, da se posledice raka na rodilih in sečilih dogajajo tudi v partnerskem odnosu. Pacient (in njegov partner) lahko dobita pomoč psihiatra ali psihoonkologa. V bistvu gre za z dokazi podprt program zdravljenja depresivnega pacienta.

## LITERATURA

1. Holland JC. Principles of psycho-oncology. In: Holland JC, Frei E, editors. *Cancer medicine*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997: 1327–43.
2. Rouhani M, Holland JC. Psychiatric aspects of cancer. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N, editors. *New Oxford textbook of psychiatry*. New York: Oxford University Press, 2000: 1178–85.
3. Massie MJ, Holland JC. Overview of normal reactions nad prevalence of psychiatric disorder. In: Holland JC, Rowland JH, editors: *Handbook of psycho-oncology: Psychosocial care of cancer patients*. New York: Oxford University Press, 1989: 273–82.
4. Folkow B. Evolutionary aspects of stress. In: Arnetz BB, Ekman R, editors. *Stress in health and disease*. Weinheim: Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, 20–45.
5. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva; World Health Organization.
6. Zihel S. Učinki antidepressivov na spolnost. *Viceversa* 2002; 35: 16–29.
7. McIntyre JS. Depression: The evidence what works and what doesn't. In: Maj M, Sartorius N, editors. *Depressive disorders. WPA series Evidence and experience in psychiatry*. Chichester: John Wiley & Sons, 2002: 219–21.
8. Blackburn IM, Davidson K. Cognitive therapy techniques for depression and anxiety. In: Blackburn IM, Davidson K: *Cognitive therapy for depression & anxiety. A practitioner's guide*. Blackwell Science, 1995: 62–95.