

Karcinomski bolesnik i njegova okolina

Borislav JANKOVIĆ

UVOD

Problematično socijalno ponašanje bolesnih od raka u mnogim empirijskim studijama proučavani su fenomeni u području psihe i ličnosti karcinomskih bolesnika kao situacijom stvorene konstante.

Još nije objašnjivo nije li možda kolektivni pristup raku tako strukturiran da i psihički stabilne ličnosti sa velikom vjerojatnosti zapadnu u defenzivno ponašanje, ako obole, npr. osjećaju da su od zdravih kao staklenim zidom izolirani (Holm-Hadulla 1982); osjećaju napuštenost, samoću, beznadnost (Reznikoff 1955, Le Shan 1966); imamo i pozitivne pokušaje socijalno prilagodljiva ponašanja (high social desirability: Schmale, Marrow i Adler 1977) izmišljaju »skale laži« samom sebi zbog sumnje na rak ili u potvrdnoj dijagnozi, npr. nakon biopsije, obrane se od okoline (Greer, Morris 1975).

IZOLACIJA I SAMOIZOLACIJA

Opće je mišljenje da danas svatko o raku može govoriti dok i sam ne oboli od njega. Tada nastaje u ličnosti bolesnika a i u neposrednoj okolini tabuiranje teme. Erving Goffman (1975) drži da između stigmatiziranih i tzv. normalnih postoje pogrešni obziri, nesigurnost i bolnost u interakciji, jer svaki od sudjelujućih sluti da druga strana nešto zna, ali se zbog strahova o bolesti ne smije otvoreno govoriti. Poznato je da se nakon operacije bolesnica od ginekologijskog raka supruzi sele iz dotad njima zajedničke spavaće sobe ili da najbliži rođak, došavši u grad na operaciju karcinoma grla, kaže da ide u bolnicu zbog »laringitisa«, i to odlučno izjavi, da bude što uvjerljivije.

Prikriveno stigmatiziranje može pogoditi ne samo osobe bolesne od raka nego i one koji dođu u asocijacijsko područje »rak« kao takvo, što

moгу uzrokovati i dolazak na preventivni pregled, simptomi benigne bolesti slični malignoj (npr. ginekologijsko krvarenje) ili ustanovljen slučaj karcinoma u najbližoj obitelji, u kolegice na radnom mjestu i slično.

U jednom pregledu literature koja se bavi međuljudskim odnosima s obzirom na rak zaključuju Wortman i Dunkel-Schetter (1979) da ta bolest u drugih izaziva odbojnost («physical aversion and disgust») ili skrb, odnosno žalost i sućut.

KARCINOM-INFEKCIOSNE FOBIJE

U istraživanjima Dornheima (1983) nalazimo izravan strah od infekciозnosti karcinoma; doduše malokad, ali su njegovi ispitanici gotovo obvezno navodili: »Drugi kažu, rak je prenosiv.« Ljudi podsvjesno izbjegavaju kontakt sa bolesnikom, bojeći se njegova kašlja, kihanja, prilikom tjelesne njege ili u običnom susretu, primjerice pri rukovanju.

Prema Verresu (1985), infekciозne fantazije malokad se navode u izravnom anketnom odgovoru, jer samo 3 posto navodi »infekciозnu« etiologiju raka, a 5 posto kao vjerojatnu, ali 42 posto anketiranih, prema autoru pokazuje ambivalenciju ili odbojnost kada je riječ o kontaktu s tim bolesnicima.

RAK I SEKSUALITET

Taj aspekt položaja karcinomskih bolesnika proučavali su Becker (1978), Mantell (1982) i Buddeberg (1984, 1985). Rezultati im se svode ukratko na ovo: dok u prvim mjesecima nakon dijagnoze i progredijencije bolesti postoji rastuća potreba bolesnika za tjelesnom blizinom i spokojnošću u obitelji, počinju se njihovi partneri podsvjesno ili očito tjelesno i emocionalno udaljavati zbog raznih motiva straha (seksualnim putem prenosiva bolest, strah od nagle smrti bolesnika zbog seksualnog napora, izolacija samog bolesnika zbog izbjegavanja dodira operativnog područja na koži, osobito u žena!).

SPOL-SPECIFIČNO STIGMATIZIRANJE

Karcinomske bolesti u žena općenito nisu tako velika tajna obitelji kao ona muških članova (Dornheim 1983). To je djelomično i zbog različitog socijalnog vrednovanja žene i muškarca, naročito u seoskim područjima. Možda je uzrok i činjenica da žene više pristupaju preven-

tivnim pregledima. Primjerice, karcinom prostate prikazuje se trećima kao »upala«, dok žene, ako govore, o svom karcinomu, čine to slobodnije, jer su i općenito poznate veće mogućnosti za izlječenje nekih njegovih oblika.

»VIKTIMIZIRANJE« BOLESNIKA

Ono može biti u obliku samooptuživanja ili optužbi iz okolina analizom »zašto je obolio od raka«, »je li mu to trebalo«, primjerice zbog dugotrajna pušenja, pijenja alkohola, obilne prehrane, životnih napetosti i sl. Karcinomski bolesnik zbog toga će biti više manje socijalno osjetljiv i svjestan činjenice da je unatoč napuštanju loših navika (zbog straha od bolesti) ionako sve uzalud.

Institucionalni i kolektivni aspekti kancerofobija prema Kübler-Ross (1977)

— U stručnjaka mjerodavnih za kancerologiju postoje danas nerijetko različita mišljenja o tumačenju bolesti.

— Heterogenost vrsta raka, njihova simptomatika i terapija diferenciraju težinu bolesti i njezinu prognozu.

— Od sumnje, i dijagnostike do pokazivanja kliničke slike, terapije i rehabilitacije, postoje reverzibilni psihodinamski odnosi između bolesnika, obitelji, poznanika i liječnika.

Opazanja u skupinama samo-zaštite i suzaštite bolesnika pokazala su da može biti skupnog i individualnog olakšanja (supatnici), ako se udruže npr. pacijenti s laringealnom ili intestinal. stomom, ali mogu se stvarati i geta izoliranih, što uzrokuje socijalnu stigmatizaciju umjesto skupne suzaštite (Schaeffer 1984).

OBITELJSKO-DINAMIČKI ASPEKTI

Bolešću bolesnika pogođena je većinom sva obitelj, pa Stierlin (1984) savjetuje u obiteljskoj terapiji oprezan, strpljiv i topao odnos s bolesnim članovima, jer oni dobro primjećuju apatiju, iscrpljenost i rezignaciju, što ih podsvjesno pokazuju suprug (majka), otac (supruga), djeca, jedni prema drugima.

RAZGOVOR S LIJEČNIKOM

U čekaonici jedva da će se čuti otvoreni razgovor o raku među bolesnicima ili majkama s djecom bolesnom npr. od leukemije (Wortman 1979). Češće je bolesnik oslonjen na obiteljsku emocionalnu pomoć ili

na autoritet liječnika u »svom« slučaju. Istina, pacijenti osjete da liječnik katkada ima malo vremena ili da postupa šablonski, makar je to za njihovu dobrobit.

Naročit je problem postupak i razgovor s terminalnim bolesnikom. Graham i Livesley (1983) navode da je samo 18 posto bolesnih otvoreno govorilo sa liječnikom: uzrok tako malu postotku je međusobna nemogućnost pitanja i odgovora o toj temi.

»Compliance — orijentacija« u odnosu između bolesnika i liječnika: pod tim se razumijeva postupak koji će u bolesnika potaknuti sudjelovanje na osnovi povjerenja u liječnika.

»Informed consent« je koncepcija podijeljene odgovornosti. Sve važne terapijske odluke, njihove prednosti i njihovi nedostaci razmatraju se zajedno s bolesnikom. Tako se stvara suodnos odnosno samostalnost bolesnika, kako je opisuju Noll (1984).

KARCINOM I ŽIVOTNI SMISAO

Dijagnoza malignosti potiče razmišljanja o smrti u bolesnika i u njegovoj okolini, što zahtijeva smislen socijalni svijet u tim posebnim prilikama.

Dok je u inicijalnom stadiju bolesti još moguće postići »compliance« orijentaciju, to se stanje temeljito mijenja pojavom recidiva i metastaza, gdje smrtnoj prijetnji izmiče i naknadni terapijsko-rehabilitacijski postupak. Liječnik i ostalo osoblje koje njeguje terminalnog bolesnika te njegova obitelj treba da održava što bolju kakvoću njegova života. To može biti vrlo otežano ako je nesigurna etička i materijalna pozadina skrbi za bolesnika napose kad se spozna da se od liječenja nema što očekivati.

ZAŠTITA OD KARCINOMA I NJENO OTKRIVANJE U NAŠOJ PRAKSI

Sve više informacija i spoznaja o raku u javnosti treba da prate i rutinske preventivne mjere:

- Iskorjenjivanje paraveneroloških, promiskuitetnih bolesti.
- Sanacija mogućih žarišta (ektopije nakon rađanja željenog broja djece) zaštita mikrotraume (artif. abortusa).
- Veća briga za gerijatrijsku ginekološku populaciju.
- Razumna primjena hormonske terapije i kontraceptiva uz uvažavanje kontraindikacija.
- Svaku korisnicu dispanzera, bez obzira na to po što dolazi u

dispanzer ili kliniku ima se preventivno obraditi i zbog mogućeg karcinoma: Brinuti se o rizičnim skupinama (anamneza!).

— Uvidjeti socijalni sloj i opće stanje bolesnice jer i odatle mogu biti učestalosti oboljenja.

— U dijagnostičko-terapijskom smislu nultog stadija postupamo posve otvoreno informativno jer smo uvjereni da i mali zahvat rješava moguće velike probleme: takva stajališta omogućila su nam veću zaštitnu djelotvornost u suradnji s bolesnicima.

— O karcinomu dojke postoji prilična zablude da je klinički pregled (inspekcija, palpacija, naročito samopretraga) dovoljan, bez još nekog fizikalnog parametra.

ZAKLJUČAK

U uvodnom dijelu prikazano je da se psihičkim aspektima karcinoma ima obratiti pozornost u dnevnoj praksi, jer problem bolesti je kompleksan, psihoorganski. Kao takav, karcinomski bolesnik zahtijeva dodatni, psihosocijalni napor liječnika i ostalih zdravstvenih radnika, a ne samo rutinski postupak i nužnu fizičku njegu. Koliko u tome uspijevamo, to znaju samo naši bolesnici.

Karcinom je uz abortus osnovni problem ne samo socijalne ginekologije već i drugih disciplina jer je u oboje uključen potencijalni, nažalost češće smrtonosan ishod ako se karcinom ne izliječi ili žena ne odustaje od pobačaja.

LITERATURA

1. H. BECKER (1982) *Das Mammakarzinom aus psychomatischer Sicht*, habilitacija, Med. Fakultät Heidelberg, str. 3—52.
2. C. BUDERBERG, *Sexuele Probleme von Krebspatienten*, Münchener Medizinische Wochenschrift, 9/126 — 1984, str. 225—226.
3. J. DORNHEIM, *Kranksein im dorflichen Alltag*, Tübinger Vereinigung Volkskunde, 1983.
4. E. COFFMAN, *Stigma, Über Techniken der Bewältigung beshädigter Identität*, Suhrkamp, a. M, 1975.
5. H. GRAHAM, B. LIVESLEY, *Dying as s diagnosis*, Lancet 2/17 1983, str. 670.
6. S. GREER, T. MORRIS, *Psychological attributes of women who develop breast cancer*, Journal of Psychosomatic Research 19/1975, str. 147—153.
7. M. HOLM-HADULLA, *Psychologische Aspekte der Krebserkrankung*, Verlag fur Medizinische Psychologie Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen 1982.

8. E. KUBLER-ROSS, *Interviews mit Sterbenden*, Kreuz Verlag, Stuttgart, 1977.
9. L.L. Le SHAN, *An emotional life-history pattern associated with neoplastic disease*. Annual New York Acad. Sci. 125/1966, str. 780—793.
10. J. E. MANTELL, *Sexuality and cancer*, u J. COHEN, et all, 1982, str. 235—248.
11. M. REZNIKOFF *Psychological factors in breast cancer*, Psychosomat. Med. 1955, str. 96—108.
12. D. SCHAEFFER, KRIESCHER-FAUCHS, *Krebs: Selbsthilfe?*, Selbst-Verlag des Instituts für soziale Medizin der Freien Universität, Berlin 1984.
13. A. SCHMALE, G. MARROW, R. ADLER (1977) *Cancer and related disease*, *International Encyclopedia of Neurology, Psychiatry and Psychoanalysis*, Van Nostrand Reinhold Co., New York 1977.
14. H. STIERLIN, *Die Familie der Krebskranken*, Münchener Med. Wochenschrift 9/126 — 1984, str. 231—233.
15. R. VERRES, *Krebs und Angst*, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York Tokyo, 1986.
16. C. B. WORTMAN, Ch. DUNKEL-SCHETTER, *Interpersonal relationships and cancer: a theoretical analysis*, Journal of Social Issues 1/35—1979, str. 120—155.

THE CANCER PATIENT AND HIS ENVIRONMENT

Borislav Janković

Summary

The cancer patient, in addition to suffering organic ills, diagnostic procedures, intensive therapeutic procedures and not uncommonly special care, must create a significant compensatory mechanism in order for him to fit his serious disease into the environment in which he lives. However, due to a variety of factors, he can abandon his struggle which leads to despair due to his awareness of the fatality with which cancer as a disease is characterized. On the other hand, the nonmedical environment can produce either covert or overt social isolation of such patients through the formation of infectious fantasies, blaming the patient for the disease due to, for example, unhealthy lifestyle, which is also a defense reaction of healthy persons in the face of the unconscious threat which cancer as a disease poses.

Moreover, there are entirely practical tendencies of distancing oneself from a patient, primarily of a material and moral/ethical character, which once led to the patient's abandonment. Even negative family tension, by which those close to the patient experience foreboding concerning the fatal result of disease, will be clearly sensed by the patient.

The role of the medical worker as presented is immense.