

Različne stiske ob mamografiji

Marija Vegelj Pirc

Oddelek za psihoonkologijo, Onkološki inštitut, Ljubljana, Slovenija

V članku so opisani psihološki vidiki mamografije, pri čemer ne gre zgolj za izdelavo rentgenske slike, temveč za srečanje z žensko v stiski, ki potrebuje varnost, zaupanje in vzpodbudo. Za razumevanje in prepoznavanje doživljanja žensk so poleg teoretične razlage prikazani tudi nekateri klinični primeri. V postopku mamografiranja je poudarjen celostni pristop, za kar je potrebno znati prepoznavati in razreševati tudi lastno doživljanje in lastne stiske.

Ključne besede: mamografija; dojka, bolezen – psihologija

Uvod

Večinoma ženske vedo, da je zdravljenje raka uspešnejše, če je bolezen odkrita v zgodnjem stadiju in da je mamografija pri tem zelo pomembna. Čeprav je koristna in potrebna preiskava, pa mnogim vzbuja strah.

Mamografija ni zgolj rentgensko slikanje; za vsako žensko pomeni mnogo več, vzpodbudi intenzivno čustveno dogajanje in premišljevanje. V predstavah večine ljudi je tesno povezana z rakom dojke. Ženske, ki so napotene na slikanje so zaradi tega prestrašene, zbegane, z občutki tesnobe in nelagodja. Stopnja prizadetosti je različna, vendar je v določeni meri vselej prisotna ne glede na to, zakaj so ženske prišle na slikanje.

Razlogi za mamografijo so zelo različni. Pri preseganju za zgodnje odkrivanje raka dojke so zajete ženske brez bolezenskih znakov.

Vsaka zase upa, da bo mamografija potrdila, da nima raka; ali v nasprotnem primeru, da bo rak odkrit v zgodnjem stadiju razvoja. Ženske, ki opravljajo slikanje zaradi bolezenskih znakov, so bolj prestrašene, ker menijo, da so to zagotovo že znaki raka; hkrati pa tudi upajo, da bo preiskava pokazala, da ni nič hudega. Drugače spet doživljajo mamografijo ženske z rakom dojke, bodisi dojke po delni operaciji ali druge dojke. Strah zaradi raka in negotove prihodnosti je stopnjevan; marsikatera pa se je zmožna celo bolj realno soočiti z dejanskim stanjem. Dopolnilni diagnostični postopki in čakanje na izide preiskav močno stopnjujejo stisko. V mnogih primerih je poleg ženske prizadeta njena celotna družina.

Zaradi opisanega doživljanja je potrebna celostna obravnava, saj mamografija ni le tehnični postopek za izdelavo dobre rentgenske slike, temveč srečanje z žensko v stiski, ki potrebuje varnost, zaupanje in vzpodbudo. Pri tem je vloga radioloških inženirjev še posebej pomembna. Z razumevajočim vodenjem lahko olajšajo pot razreševanja stiske in

soočanja z morebitno boleznijo. Ob tem pa morajo biti pozorni tudi na lastno doživljanje in vedenje v različnih situacijah.

Razumevanje in prepoznavanje doživljanja žensk

Tudi laična javnost se prek medijev tekoče seznanja s problematiko raka dojke pri nas in po svetu, kot tudi z najnovejšimi dosežki s področja odkrivanja in zdravljenja bolezni. Ženske so deležne raznih preventivnih akcij in zdravstvene vzgoje. Splošno je tudi znano, da postaja rak dojke vse bolj obvladljiva bolezen.

Pa vendar – strah ostaja . . . Kadar se ženska sooči z možnostjo lastnega raka, doživi povsem novo izkušnjo, ki jo čustveno močno pretrese; v strahu si slika in doživlja grozljive dogodke, ki jo morda še čakajo. Mnogi zmotno mislijo, da se bodo ženske, ki so bile deležne različnih izobraževalnih programov ali ženske iz zdravstvene stroke lažje soočale z boleznijo. Pri tem pa prezrejo dejstvo, da zdravi ljudje sprejemajo informacije o raku predvsem razumsko in manj prizadeto ob sočasni čustveni obrambi :

"Saj to se meni ne more zgoditi."

Zato je ob prvem odkritju zatrdline pri sebi, pa čeprav le-ta predstavlja samo sum na raka, vsaka ženska zaskrbljena, prestrašena in čustveno zmedena.^{1,2} Mnoge opisujejo to izkušnjo kot zelo intenzivno doživetje:

"V trenutku me je spreletela misel – to je rak in bilo mi je grozno."

Vsaka ženska se odzove na svoj način, ki ga pogojujejo njene osebnostne lastnosti, pretekle izkušnje in prepričanja ter trenutne obremenjujoče življenjske okoliščine.

Postopoma vstopajo v to intenzivno čustveno dogajanje prebliski razumskega ocenjevanja situacije in iskanja možnega ravnanja. Nekatere se odločijo, da bodo takoj poiskale pomoč pri zdravniku; pri tem pogosto odrinejo svoje strahove in se prepustijo

strokovnjaku. Druge pa potrebujejo več časa, da najprej uredijo svoja čustva in odnose v okolju ter šele nato poiščejo pomoč pri zdravniku.

To obdobje, ki ga označujemo kot "doba odlašanja;" je različno dolgo. Večkrat ga napačno tolmačijo, kot posledico nevednosti, brezskrbnosti ali malomarnosti. V resnici pa gre za čas intenzivnega čustvenega dogajanja, ki ga je sprožilo doživetje eksistenčne ogroženosti. Človek je v takih trenutkih preplavljen s čustvi. Za razumevanje situacije in za odločitev potrebuje zato odmik, da se čustva nekoliko poležejo.

Ta odmik omogočajo različne reakcije kot so: zanikanje, izrivanje iz zavesti, racionalizacija ali omalovaževanje težav. Zato ženske na vprašanje, zakaj niso takoj obiskale zdravnika, odgovarjajo kot npr.:

"Mislila sem, da ni nič hudega in bo samo prešlo."

"Bila sem sredi dela in sem pregled odložila."

"Nisem hotela pokvariti družini počitnic, zato nisem nikomur povedala in sem počakala tri tedne."

Na prvi pregled k zdravniku prihajajo tako ženske z različno stopnjo predpriprave za soočanje z možnostjo rakave bolezni.² Zdravnik mora resno upoštevati vse izražene strahove in skrbi ne glede na končni izid preiskav. Z resnostjo in primernim optimizmom glede možnega zdravljenja se vzpostavlja zaupanje, ki je za nadaljnje vodenje nujno potrebno.

Ženska potrebuje upanje in zaupanje. Pri tem nosi svoj delež odgovornosti vsak član zdravstvenega tima. Za ustrezen pristop je potrebno tenkočutno prepoznavanje trenutne stiske, katero skušajo ženske včasih tudi prikriti z navidezno ravnodušnostjo, molčečnostjo ali pretirano zgovornostjo in poudarjanjem, da jih prav nič ne skrbi. Čeprav je mamografija obremenjujoča preiskava za vsako žensko, pa je treba pri vsaki posebej upoštevati specifične dejavnike, ki vplivajo na njeno doživljanje in vedenje. Predvsem pa je vedno potrebno upoštevati njeno stisko in

doživljanje ter verjeti njenim strahovom in pomislekom, ji dovoliti in dati možnost, da jih izrazi. Z razumevajočim odnosom bi lahko marsikateri ženski prihranili dodatne skrbi.

"Čeprav sem že zdavnaj končala zdravljenje, še vedno ne morem pozabiti, kako težko sem si izborila diagnozo. Ne vem zakaj mi zdravnik ni hotel verjeti. Res sem bila že prej nekajkrat pregledana in tudi mamografirana, pa je bilo vedno vse v redu. Tokrat pa sem čutila drugače in imela sem zle slutnje. Zdravnik mi je po pregledu zatrdil, da je vse v redu in da preiskave niso potrebne. Vztrajala sem, zato me je nejevoljen poslal na citološko punkcijo in mamografijo; pri tem se mi je zdelo, da me ima za histerično. Punkcijo sem takoj opravila. Ko pa sem prišla na mamografijo, sem doživela pravi šok. Ne da bi me vprašal kako in kaj je z mano, me je gospod za mamografijo grobo zavrnil. Rekel mi je, da to ne gre kar tako, da imajo tudi oni pravico do dopusta. Delajo namreč zadnji dan in potem bo en mesec zaprto, zato naj pridem čez en mesec. Odšla sem in sama ne vem, kako sem preživela tisti mesec. Nato sta mamografija in citološki izvid potrdila mojo zlo slutnjo. Potem so me pa vzeli zares, vendar nisem več zaupala in poiskala sem zvezo in odšla na zdravljenje v drugo ustanovo."

Še enkrat naj poudarimo, da je čustvena prizadetost žensk ob mamografiji zelo različna, od povsem naravne zaskrbljenosti ob čakanju na izvide prek različnih stopenj anksioznosti (tesnobe), do depresije (duševne potrtosti). Anksioznost se lahko kaže le v občasnih napadih tesnobe, ali pa preide v tesno bno stanje, ki se lahko stopnjuje z napadi paničnega strahu. Različni avtorji ^{3,4} opisujejo anksioznost tudi pri nekaterih (25 %) zdravih ženskah, ki so opravile mamografijo v programu presejanja. Približno po 3 mesecih se njihovo stanje povsem umiri. Medtem ko se pri nanovo odkritih rakih ali pri ženskah, ki sodijo v skupino z večjim tveganjem za nastanek raka dojke po mamografiji anksioznost še po 3 mesecih močno pogloblja. Zaradi hujše anksioznosti in depresivnosti trpi večina (2/3) žensk, pri katerih so bili potrebni dodatni diagnostični postopki in biopsija.

"Čeprav me vsi tolažijo, da še ni vzroka za preplah, dokler ni izvidov, sem zelo prizadeta. Ne morem se osredotočiti na nobeno delo. Misel na raka me preganja na vsakem koraku, ob tem me v prsih čudno stiska. Ponoči se zbujam v strahu, občutim notranji nemir, včasih mi srce močno razbija in začne me kar dušiti."

Kadar gre za ponovitev bolezni v isti ali drugi dojki so ženske praviloma še bolj anksiozne, lahko zapadejo tudi v hujšo depresijo in potrebujejo psihoterapevtsko pomoč in anti-depresivno medikamentozno zdravljenje.²

"Nimam moči, da bi se še enkrat borila, nimam več zaupanja niti upanja v ozdravitev. Ob prvem zdravljenju so mi zagotavljali, da bo vse v redu po operaciji. Dobivala sem preventivno še kemoterapijo, pa vse skupaj ni nič pomagalo. Otopela sem, brezvoljna, izmučena in utrujena, bojim se trpljenja in umiranja."

Lahko je pa tudi povsem drugače. Tiste ženske, ki so se uspele po zdravljenju raka dojke dobro celostno rehabilitirati in uspele kljub negotovosti življenja z rakom bolj polnovredno zaživeti, laže prebrodijo stisko ob ponovitvi bolezni.

"Ko se mi je po 10. letih pojavil rak še na drugi dojki, mi je bilo hudo, ampak še zdaleč ne tako, kot mi je bilo prvič. Takrat nisem o raku ničesar vedela, mislila sem, da se zaradi njega lahko samo umre. Zelo sem trpela, v možu nisem imela opore, otrok pa nisem želela obremenjevati. Zaradi depresije sem morala poiskati strokovno pomoč. Pot okrevanja je bila dolga in težka, vendar sem tudi s pomočjo skupine za samopomoč uspela premagati težave in se naučila gledati življenje v drugačni, lepši luči. Zdravnik me je občasno pošiljal na mamografijo druge dojke, vendar me to ni obremenjevalo, čeprav sem se zavedala možnosti razvoja raka tudi v drugi dojki. Ko mi je natančno pojasnil, da bo potrebno razjasniti, kaj se skriva v mojih mikrokacinacijah in me poslal na "cito guide", sem si seveda želela, da bi bil izvid negativen. Zgodilo se drugače, izvid je bil – rak. Prosila sem, naj me čimprej operirajo. Imela sem srečo, rak je bil ugotovljen v začetnem stadiju in dodatno zdravljenje ni bilo potrebno. Hitro sem okrevala."

Postopek mamografiranja in potrebnost celostnega pristopa

V procesu ugotavljanja in zdravljenja bolezni dojk se ženske srečujejo z različnimi strokovnjaki. Vsakdo na svoj način sooblikuje in zaznamuje njihovo počutje, doživljanje in sprejemanje odločitev. Pri tem je tudi vloga radioloških inženirjev zelo pomembna, saj je mamografija za žensko zelo osebna preiskava. Zato ji njeno izvajanje ne sme zapustiti neprijetnih občutkov in strahu.⁵

Čeprav se na prvi pogled zdi, da je mamografiranje zgolj tehnični postopek s točno določenimi pravili, pa gre dejansko za zelo osebno srečanje z žensko, ki je anksiozna in prestrašena, morda zelo občutljiva, ranljiva in sramežljiva. Zato je potreben celostni pristop, kar pomeni, da se bolnici individualno prilagajamo, upoštevajoč njeno trenutno stisko in probleme, s katerimi se sooča.

Pri tem se moramo znati vživeti v njeno situacijo; to pomeni, da prepoznavamo in podživljamo njena čustva in razmišljanja. Spособnost vživljanja (empatija) je bistvenega pomena in jo je treba nenehno razvijati. Le tako lahko izberemo ustrezen način komunikacije.

Za pristno in uspešno komunikacijo je potrebno, da sta besedna in nebesedna komunikacija usklajeni. Besedna komunikacija daje informacije in je praviloma zavestno nadzorovana, kar pomeni, da izbiramo tako vsebino kot besede in stil izražanja. Nebesedna komunikacija pa poteka po različnih kanalih: z gibi obraza in oči, držo telesa, s spremenjenostjo glasu, z uporabo prostora, aparature. Če so besedna sporočila neskladna se ljudje praviloma opredelijo za nebesedno sporočilo. Ženska, ki je pod čustvenim stresom, je pri vseh informacijah še toliko bolj pozorna na nebesedni del komunikacije. Kadar je v hudi stiski (anksiozna, depresivna), se lahko zapre pred zunanjim svetom v tolikšni meri, da besede niti več ne dojema. Ostane pa ji vtis sgovornikovih nebesednih sporočil, ki si jih kasneje po svoje razlaga.

"Sploh ne vem, kaj mi je zdravnik takrat povedal, vem pa, da je bil zelo nervozen, kadil je in tudi njemu je bilo hudo, ko mi je sporočal diagnozo. Najbrž mi ni več pomoči."

"Bojim se, kakšen bo izvid mamografije. Slika nje so mi ponavljali; najbrž je kaj hudega, ker je bil tehnik tako resen in redkobeseden."

Morda poreče kdo, da se je pri mamografiji nemogoče vsaki ženski posebej posvetiti, saj nemalokrat na preiskavo čakajo v dolgih vrstah in pri tem je čas za vsako zelo omejen. Prav zato je še toliko bolj pomembno, da poznamo in razumemo njihove različne stiske; pokažemo empatijo in skrbno izvedemo preiskavo. Že prijazen sprejem ženski zelo olajša pregled; če jo pokličejo z imenom in pozdravijo z nasmehom. Pri izvajanju slikanja gre za zelo intimen odnos, za poseg v osebni prostor. Zato je pomembno, da radiološki inženir/ka ohranja spoštljiv odnos, tenkočutno zaznava občutke zadrege in vsaki ženski zagotovi, da ohrani svoje dostojanstvo.

Pred izvajanjem vsake preiskave je potrebno ženski razložiti ves postopek in tudi preveriti, če je pravilno razumela. Po končani preiskavi pa jo je treba obvestiti, kdaj bodo rezultati in kako ji bodo sporočeni.

Čakanje na rezultate je za vsako žensko zelo obremenjujoče in močno stopnjuje njeno anksioznost.⁵ Spoštovati je treba dogovorjeni čas in vse čakalne dobe skrajšati na najmanjši možni čas. Ženska bi morala biti obveščena tudi o razlogu za vsako zamudo. Informacije o rezultatih daje praviloma zdravnik, vendar ženske sprašujejo tudi druge člane tima. Včasih tudi želijo, da jim radiološki inženir/ka še dodatno pojasni zdravnikovo razlago. V komunikaciji je pomembno usklajeno delovanje tima, pri čemer vsak član omeji svoj pristop v okvir lastnega delovanja glede na strokovno znanje in stopnjo kompetence.

Neustrezna ali pomankljiva komunikacija stopnjuje anksioznost, in ženske se lahko različno odzovejo.

"Zdravljenje je sedaj že za mano, čeprav s 4-mesečno zamudo, za katero sem najbrž sama kriva."

Vseeno mislim, da sem ravnala prav, saj to je bilo grozno, kako so z mano ravnali. Šla sem namreč na kontrolno mamografijo, tako kot že nekajkrat poprej. Po slikanju sem morala počakati, da preverijo, če so slike v redu. Čakala sem zunaj, čez nekaj časa me je poklicala gospa na ponovno slikanje. Mislim si, da najbrž nekaj tehnično ni uspelo in sem šla. Spet sem čakala kar precej časa in ponovno me je poklicala na slikanje. Tokrat sem vprašala zakaj, pa me je kratko zavrnila, da je zdravnica tako naročila. Ubogala sem. Po daljšem čakanju je brez razlage sledilo še četrto slikanje. Bila sem že vsa iz sebe. Med slikanjem sem gospo vprašala, ali ni tako pogosto slikanje, kar štirikrat v enem dopoldnevu, nevarno za raka. Ni mi odgovorila, samo pomenljivo me je premerila z očmi, kot češ, kako si neumna. Spet sem čakala zunaj. Čez nekaj časa mi je sporočila, da lahko grem domov, izvide bom prejela po pošti. Hotela sem še kaj reči, se pogovoriti, vprašati pa je že ni bilo več, vrata so se spet zaprla. Ne vem, kako sem prišla domov in ne vem, kako sem preživela dneve, ko sem čakala na izvide. Bilo je grozno. Potem je prišla pošta, naj pridem na ponovno slikanje s punkcijo. To me je čisto iztirilo. Pričakovala bi vsaj kakšno razlago, ali povabilo, naj pridem na pogovor k zdravnici, ne pa spet na slikanje. Popolnoma sem izgubila zaupanje, nisem se mogla več vrniti. Poiskala sem drugo rešitev, pot v drugo ustanovo."

Doživljanje in stiske zdravstvenega osebja pri delu z bolniki

Na odnos z bolnikom v pomembni meri vplivajo naše lastne predstave o raku, o smislu in namenu zdravljenja, o vrednosti življenja z boleznijo ter stališča do življenja in smrti nasplo. Tudi bolnik vnaša v ta odnos svoja stališča. Bolj ko se predstave, doživljanja in pričakovanja obeh strani razlikujejo in razhajajo, toliko bolj postaja medsebojni odnos obremenjujoč.⁶

Ko se pri svojem delu soočimo z bolnikom, dobi vse pridobljeno strokovno znanje novo razsežnost. Pretrese nas spoznanje:

"Saj to se lahko kadarkoli zgodi tudi meni ali komurkoli od mojih bližnjih."

Zato se počutimo dostikrat nemočne, vzbudil se nam je strah pred lastno boleznijo in smrtjo. Da bi delo z bolniki ustrezno potekalo, moramo v pravem času ta strah prepoznati, ker sicer nismo več zmožni sprejemati bolnikovega strahu in mu pomagati.

Pri mamografiji gre večinoma za enkratna, kratkotrajna srečanja, vendar je ravno zaradi tega delo radioloških inženirjev še posebej obremenjujoče. Vsakodnevno se zvrsti veliko žensk; zaradi pomanjkanja časa se je težko vsaki, ki je v stiski, dovolj posvetiti. To lahko vzbuja občutke nelagodja in nezadovoljstva. Če člani tima dobro strokovno sodelujejo, v človeško razumevajočem vzdušju, si lahko nudijo tudi medsebojno podporo ob stiskah, s katerimi se srečujejo pri svojem delu.

"Tako mi je bilo hudo, saj sem videla pri slikanju, da gre zagotovo za raka dojke, pa ji nisem mogla nič reči. Bila je mlada mati, zelo prestrašena; čimprej je hotela vedeti, kaj bo z njo. Zdelo se mi je prav, da poprosim zdravnico, da se z njo pogovori. Razumela je mojo in njeno stisko in je bila takoj pripravljena pomagati."

"Vedno znova sem v stiski, ko prihajajo ženske na igelno biopsijo (cito guide) pa sploh ne vedo, kako in zakaj. Napotni zdravnik jih ni poučil in jim ni obrazložil, zakaj je po mamografiji potrebna še ta preiskava. Mislim, da je tovrstno informiranje dolžnost zdravnikov in bi jo morali vestno opravljati, zato se največkrat umaknem v upanju, da bo zamujeno opravil zdravnik, ki bo izvedel preiskavo."

Ob ustrezni strokovni obravnavi in določeni stopnji avtoritete, je potrebno vedno znova vzpostavljati tudi primeren čustven odnos, kar pomeni, da se znamo živeti (t.i. empatija) in začutiti stisko. Tak odnos daje ženski varnost, ji vzbuja zaupanje do preiskave in ščiti njeno, z boleznijo (ali s sumom na raka) ogroženo samozavest.

V procesu življenja pa obstaja nevarnost, da se preveč živimo v bolnico, ali se z njo celo poistovetimo (t.i. identifikacija.)

"Tako mi je hudo. Kako kruto je lahko življenje, pri teh letih . . . , pa je že zbolela za rakom. Toliko je stara kot jaz in prav tako ima dva otroka . . ."

Druga pogosta nevarnost je ta, da svoja doživljanja in strahove slikamo v bolnico (t.im. projekcija) in tako sploh več ne zaznavamo, kaj bolnica v resnici čuti.

Včasih ne zmoremo vzeti nase bremena, ki ga predstavlja prepletanje bolnikovih in naših razmišljanj ter čustev. Če pa se kljub temu vrinejo, jih podzavestno želimo premagati, ali jim odvzeti smisel in težo z razumskimi razlagami (t.im. racionalizacija).

"Diagnoze ji vendar ne smemo povedati, saj je ne bi prenesla."

"Saj končno mora vsak človek enkrat umreti."

Zaradi enkratnosti vsakega odnosa, ki ga predstavlja prepletanje bolnikovih in naših razmišljanj ter čustev, je potrebno veččino empatije ves čas razvijati. To pomeni, da se učimo spoznavati zakonitosti človekovega psihičnega življenja in da stalno prepoznavamo svoje čustvene stiske in jih ustrezno preoblikujemo. V ta namen delujejo skupine, kjer ob strokovnem vodenju dobivamo vpogled v lastna doživljanja, obenem pa medsebojna izmenjava bogati naše izkušnje in spoznanja. Take izkustvene skupine so marsikje po svetu že sestavni del strokovnega dela.

Sklep

Tudi pri diagnostičnih postopkih za ugotavljanje bolezni dojk (kot je mamografija) je potreben celostni pristop. Da bi pri vsakodnevnem delu znali upoštevati psihološke vidike in zakonitosti, pa je potrebno znanje in nenehno izkustveno učenje.

Literatura

1. Kaye R. Dober dan življenje! Ženske po operaciji raka na dojkah. Ljubljana: Forma 7; 1994.
2. Vegelj Pirc M. Psihosocialna rehabilitacija. V: Snoj M. *Rak dojke*. Ljubljana: Onkološki inštitut; 1998: 90-95.
3. Ellman R, Angeli N et al. Psychiatric morbidity associated with screening for breast cancer. *Brit J Cancer* 1989; **60**: 781-4.
4. Dean C, Roberts M et al. Psychiatric morbidity after screening for breast cancer. *J Epidemiol Commun H* 1986; **40**: 71-5.
5. Anon. Psychological considerations. In: Lee L, Stickland V et al. *Fundamentals of mammography*. London: W.B. Saunders Company Ltd, 1995: 125-29.
6. Vegelj Pirc M, Radonjič Miholič V. Psihoonkologija. V: Zbornik predavanj s področja onkologije za višje medicinske sestre. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1990: 181-92.