

Korai pszichotraumák hatása az aktív onkológiai gyógykezelés alatt állók viselkedésére

OZVALD GABRIELLA

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház, Onkoradiológiai Osztály, Nyíregyháza

Levelezési cím:

Ozvald Gabriella, Jósa András Oktatókórház, 4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68., e-mail: gabriellaozvald@gmail.com

Közlésre érkezett:

2018. január 10.

Elfogadva:

2018. február 21.

A gyermekkori fizikai és szexuális traumák kérdése népegészségügyi probléma. A halmozott gyermekkori traumatizáció következményei az egyén egész életútját végigkísérik, meghatározóak az idegfejlődés, a szociális, az érzelmi és a kognitív funkciók működésében is, és további egészségkockázati magatartásformák kialakulásához, illetve korai halálhoz vezethetnek. Az egészségügyben megforduló betegek 22–44%-a szenvedett el gyerekkori traumát. A daganatos betegeknél ennek előfordulási gyakorisága nagyobb. A traumatizált onkológiai betegekre jellemző, hogy az észlelhető panaszok ellenére is halogatják a vizsgálatokat, előfordul, hogy a kezelést is visszautasítják. A nemzetközi szakirodalom ajánlása szerint a gyerekkori szexuális bántalmazásra irányuló kérdéseknek be kell kerülniük a rutin betegvizsgálatba, azonban szűrésük kifejezett kihívást jelent az egészségügyi ellátórendszernek, főként a téma érzékenysége miatt. A tanulmányom konkrét esetbemutatók kapcsán igyekszik feltárni a betegellátásban előforduló traumatizált páciensek gyakori problémáit az onkológiai ellátásban azért, hogy ez a kifejezetten veszélyeztetett betegcsoport közelebb kerülhessen a segítséghez, és főként a mélyebb megértéshez. *Magy Onkol* 62:129–132, 2018

Kulcsszavak: szexuális abúzus, rák, pszichoonkológia, compliance

Physical and sexual trauma during childhood is a matter of public health problem. The consequences of cumulative childhood trauma follows on one's journey through life and are decisive for nerve development, social, emotional and cognitive functioning, and leads to the development of other health risk behaviors as well as to early death. 22-44% of patients in health care suffered from childhood trauma. This ratio is even higher in case of cancer patients. Traumatized oncological patients are particularly characterised by delaying tests or rejecting treatment even in the case of noticeable complaints. According to the recommendations of international literature, questions regarding childhood sexual abuse should be added to the routine exploration, however, screening is difficult because of the sensitivity of the subject. The aim of my study is to explore the frequent problems of traumatised cancer patients through presenting specific cases, in order to bring the specifically vulnerable group of patients closer to help, and mainly to deeper understanding.

*Ozvald G. The effect of early psychotrauma on the behavior of patients undergoing active oncologic therapy. *Magy Onkol* 62:129–132, 2018*

Keywords: sexual abuse, cancer, psycho-oncology, compliance

BEVEZETÉS

Részlet egy daganatos beteg naplójából: „Vasárnap: reggeli-készítés, utána templom, ebéd, utána alvás és kávé... utána kezdődik! A normális lelki és testi ütem elkezd átalakulni másodpercenkénti TAK...TAK...TAK-ból először másodpercenkénti BAM...BAM...BAM-ra, és ez folyamatosan gyorsul és elér egy olyan szintet, ami már kezelhetetlen. Nem vagyok képes összpontosítani, a figyelmem a külvilágtól a belsőm felé fordul. (...) Hétfőn kemo, azt érzem, ha most ezt megkapom, akkor ott maradok, minden összekuszálódott bennem és {a kezelés pillanatában} elmenekültem.”

Egy átlagos keddi reggeli munkanap egy vidéki kórházban: aggódó és kétségbeesett telefon érkezik a sugárterápiás részlegről, egy sugárterápiás asszisztens hívja az osztályos pszichológust. – „Nem lehet megnyugtatni, annyira sír, nem tudok vele mit csinálni!” – majd megérkezik az onkopszichológiai rendelőbe a páciens: – „Úgy érzem, hogy itt csak egy darab tárgy vagyok, hogy nem foglalkozik senki sem velem, hogy milyen mellékhatásai vannak a kezelésnek, hogy milyen lesz az életminőségem ezután, ez senkit sem érdekel!”

A fentiek orvosi szempontból különböző történetek. Az első példa egy fiatal felnőtt férfiről szól, aki közel másfél évtizedes kórtörténetében többször kapott kemo-radioterápiát, ám akkor az éppen zajló másodvonalú kemoterápiás kezelés közben egyszerűen felállt a kezelőszékből és hazament. Az őt kezelő egészségügyi dolgozók értetlenül álltak az eset előtt, eddig a beteg együttműködő, rutinos volt, semmi előzetes jelét nem mutatta annak, hogy problémája lenne. Az onkopszichológiai szakrendelésre a kezelőorvosa javaslatára jelentkezik, hogy mindkettőjük magyarázatot kapjon a páciens furcsa és érthetetlen viselkedésére, és segítséget remélnek abban is, hogy a kezeléseket a beteg folytatni tudja, hiszen szándékában ez áll, a kezeléstől való elmenekülést a beteg maga sem érti, és szeretné folytatni az onkológiai kezeléseket.

A második beszámoló egy fiatal felnőtt nőtől származik, akinek a távolabbi szomatikus anamnézisében lényeges megbetegedés nem szerepelt. Vérzészavar miatt jelentkezett a nőgyógyászatban. A vizsgálatok kiterjedt méhnyaktumort, valamint kismedencei nyirokcsomó-érintettséget igazoltak. Az első jelentkezése az onkopszichológiai szakrendelésen a már megkezdett sugárterápiát követően történt.

Amíg orvosi szempontból teljesen különböző esetekről beszélhetünk, addig lélektani szempontból számos közös nevezőt találhatunk bennük:

- aránytalanul súlyos dekompenzáció, szinte teljes összeomlás érzése látszólag minden konkrét kiváltó ok, extra megterhelés nélkül – minden összekuszálódott bennem,
- gyermeki tehetetlenség, teljes rémület, másokra utalt-ság és a szükséges támogatás elmaradása miatti kétségbe-esés – senki nem foglalkozik velem,
- deperszonalizációs önmegélés – TAK...TAK...TAK, egy darab tárgy vagyok,
- magas arousal-szint,
- kognitív beszűkültség,

- a célszerű viselkedésre (kezeléssel való együttműkö-désre) való képtelenség.

A gyermeki/regresszív viselkedés közös nevezőjének felismerésével válik érthetővé a két beteg viselkedésének látszólagos furcsasága, a mindkét eset mögött meghúzódó kora gyerekkori, családon belüli, hosszan tartó szexuális abúzus, amelyre már csak a pszichológusi szoba intimitása derített fényt.

A betegek megélésében megváltozott a realitás, a gyógyító személyzet tagjaira minden jó szándékuk ellenére rávetült a múlt árnyéka, melyben a másik személy totális hatalommal rendelkezőnek tűnt, és a két beteg, a maga módján menekülésre kényszerült. A fájdalom, a kontrollvesztettség élmé-nye, a kemoterápiás infúziós üveg látványa, a szimulátorban maradottság magánya szolgált a poszttraumás jelenségeket beindító triggerként.

A furcsa viselkedésük – a menekülés, a megnyugtathatatlanság gyermeki zokogás – az újratraumatisztáció elkerülésére tett kísérletet jelentették, melyek csupán racionális alapon érthetetlennek tűnhettek egy külső szemlélő számára. Regresszió hatására a verbális kifejezőkészség átmeneti elvesztése miatt segítséget kérni nem tudtak, nem tudták pontosan megfogalmazni a problémájukat. Hiába volt tudatos emlék mindkettőjüknél a szexuális abúzus, nem tanulták meg a segítségkérés módját, önmaguk képviselőjét, főleg nem egy olyan helyzetben, amikor kiszolgáltatottá válnak.

POSZTTTRAUMÁS STRESSZ ZAVAR

Egy nemzetközi tanulmány becslései szerint az egészségügyben megforduló páciensek 22–44%-a szexuális vagy fizikai bántalmazás áldozata volt, melynek számos, a szomatikus egészségre vonatkozó következménye mellett, pszichés problémák is előfordulnak. Például: HPV, alkoholfogyasztás, evészavarok, obesitás, sérült önértékelés, pszichiátriai betegségek, gyógyszeres nonadherencia, a kezelések, vizsgálatok halogatása, illetve visszautasítása [1]. A gyermekkori trauma alapvetően megváltoztatja a felnőttkori biológiai és pszichológiai stresszválaszt, mentális és szomatikus problémákat okozhat, és a korai stressz kifejezetten érzékenyíthet a késői eltúlzott stresszreakcióra [2].

Összességében nagyon keveset tudunk a poszttraumás stressz zavar (PTSD) rizikófaktorairól, azonban az teljesen világos, hogy a daganatos betegséget megelőző szorongásos zavarok előfordulása egy lehetséges prediktora lehet onkológiai betegek esetén, de legfőképpen korábbi pszichotrauma jelentheti a fő kockázati tényezőt. A PTSD egy olyan diagnózis, mely részletes értékelést igényel, és a formai diagnosztikai kritériumok (DSM-5) legutóbbi változásai csak összetettebbé tették a folyamatot. A DSM IV (SCID) strukturált klinikai interjúja továbbra is az aranystandardot jelenti a pszichodiagnosztikai munkában, ugyanakkor hosszas pszichiátriai interjúk nem alkalmasak forgalmas klinikák szűrésére [3]. A szorongásos zavarok magas előfordulási gyakoriságúak, és a tünetepektrumot a szorongásesztekkel nem fedjük le.

Egyszeri szorongásszűrés a PTSD kimutatására kevésbé érzékeny, továbbá a PTSD tünetei önállóan és komorbid depressziós tünetekkel is előfordulnak.

Az akut stresszreakciótól talán az különbözteti meg leginkább, hogy az onkológiai betegek esetén a poszttraumás stressz zavar több testi tünettől és ezzel kapcsolatos szorongással társul, és számos kommunikációs nehézség, konfliktus fordul elő az egészségügyi személyzettel, ellátórendszerrel [4], melynek magyarázata főként az autoritáskonfliktus és önmegbecsülési deficit területén keresendő.

Felismerése és differenciáldiagnosztikája kulcsfontosságú kérdés, mert a megjelenő társbetegségek eltérő kezelési stratégiákat igényelnek, továbbá, talán a legfontosabb tény, hogy a PTSD kezelhetősége kihat a rákkal való megküzdésre, a kezeléssel való együttműködésre, az általános egészségi állapotra és a gyógyulás folyamatára is.

Továbbá, a nemzetközi szakirodalom ajánlása szerint a gyermekkori szexuális bántalmazásra irányuló kérdéseknek be kell kerülniük a rutin betegvizsgálatba, azonban szűrésük kifejezett kihívást jelent az egészségügyi ellátórendszernek, főként a téma érzékenysége miatt [5]. Ez a javaslat további kérdéseket vet fel: ki kérdezzen, mikor kérdezze, mit kérdezzen, hogy az ne legyen traumatizáló hatású, melyre még a későbbiekben kitérek.

Láthattuk a bemutatott esetek kapcsán, hogy a múlt traumája a daganatos betegséggel együtt váltott ki traumatikus választ, beleértve akár a kezeléseket elkerülésének és megszakításának lehetőségét is. A daganatos diagnózis alapvetően különbözik egyéb traumatikus eseményektől, mint például egy súlyos gépjárműbaleset túlélése. Ugyanis az a múltban történt, lezárt esemény, de a daganatos betegség folyamatban lévő fenyegetést jelent. A formális diagnosztikai szakirodalom a hangsúlyt a múltban történt, „félelmetes” eseményre helyezi. A PTSD diagnózisát a múlt és a jelen hibás összefonódásaként is felfoghatjuk, hiszen a múlt eseménye a jelenben okoz fenyegetettséget, de a rák esetében a fenyegető tényező nemcsak a múltban, hanem a folyamatos jelenben is történik, a „meg fogok halni” vagy „bármikor visszatérhet” fenyegető lehetőségként állandóan jelen van a beteg életében. A PTSD koncepciójának az onkológiai betegekre való alkalmazása egyedülálló kihívásokat jelent, mind a szűrését, mind a pszichodiagnosztikáját és pszichoterápiáját tekintve [3]. A pszichológiai kezeléseknél fő szempontként a biztonság megteremtését és a disszociatív tünetek csökkentését kell megcélózni.

HOGYAN VÁLHATUNK SZÖVETSÉGESSÉ?

Hogyan válhatunk a beteg szövetségeseivé úgy, hogy sok esetben ellenállást, negatív viszonyulást váltanak ki a traumatizált páciensek, az őket gondozó gyógyító személyzet minden jóindulata ellenére? Eszköz hiányában mi vezethet minket a mélyen gyökerező problémák felismeréséhez és ezáltal a mélymegértéshez?

A választ a fent idézett női páciensről kaphatjuk meg (és az ő beleegyezésével), aki volt elég bátor, hogy megnyíljon, feltárja mélyen gyökerező problémáit és ezzel megmutassa szükségleteit, hogy elindulhassunk a megértés és a segítségnyújtás irányába. További segítségül a katharmy imaginatív pszichoterápiás módszert és ezzel a szimbolikus gondolkodás folyamatát alkalmaztuk a beteg szupportív pszichológiai gondozása során.

A szimbolikus folyamatok szintjén végzett lélektani munka során szimbólumok köntösében felszínre hozzuk a még nem verbalizált érzéseket, félelmeket, vágyakat és indulatokat, mindezt a beteg igényeihez, személyiségéhez igazítva. A folyamat kezdeti szakaszában arra kérjük a páciens, hogy módosult tudatállapotban képzeljen el egy virágot (illetve egy szimbólumot) és beszéljen róla, miközben a terapeuta kíséri őt a „képzelt világában”. A virág hívóképe a katharmy képelmény terápiaiban a páciens személyiségéről, problémáiról, élethelyzetéről ad információkat.

A fent idézett női páciens „virágképe”, azaz önmaga szimbolikus megjelenése:

Hibiszkusz jelent meg az imagináció során (a nőiesség és a szépség jelképe), a virág csak maga (egy virágzat, egy virág feje, semmi több – jelölheti a páciens pszichológiai regresszióját), porcicavirágyszerű (a páciens az éber tudatállapotban zajló utómegbeszélés során további magyarázatul adta, hogy amit látott, olyan, mint egy porcica, szemét). A porcicavirág mulékony, illékony, szemétre való, nem maga a szemét, de valami, ami nem odavaló és nincs rá szükség. A jelzők árnyalt képet adnak a páciens önmagához fűződő viszonyáról, insuficienciaérzéseiről. (A sugárterápián megélt valósága az volt, hogy „úgy érzem, hogy nem foglalkozik velem senki”.) A virág ki van nyílván (azt jelképezheti, hogy a beteg elkötelezett kapcsolatban élt a betegségéig egy nála fiatalabb férfival), ez egy friss virág, nincs semmiben, csak úgy van, nincs körülötte semmi (a virág környezete hűen mutatja, hogy a páciens hová teszi magát a világban, milyen, van-e környezete, szociális kapcsolatok, amitől például gondoskodást várhat). Selymesek a szirmok, kiáll belőle valami, a porzója. Ahol a porzó ered, ott sötétebb, a porzó is sötét. Nagyon pici illata van, kellemes, enyhe. Ez az egész kép pozitív és szeretetteljes, de fura a porzó, nem ilyennek kellene lennie. Nagyon kiáll, kilóg a virágból (az imagináció e szakaszában begörcsöl a hasa, mely mély érintettségét és a szexuális abúzus szimbolikus kibontakozását jelzi), félelmetes és nagyon viszolygok tőle, de a virág szép. (A porzóra tekinthetünk úgy, mint a férfi genitáléra, illetve a korai félelmetes szexuális abúzus szimbolikus megjelenésére.)

Terapeuta: Mire lehet szüksége a virágnak?

Beteg: Arra van szüksége, hogy figyeljenek rá, gondoskodjanak róla, szeressék – ettől az élménytől nagyobb lesz, átjárja az öröm, mert én ezt megérdemlem, ez jár nekem. Nyugtató érzés.

Talán megérezve valódi jogait és erőt kapva, a beteg képzeletben „belebújik” a virágba – innentől nem külső szemlélője

már a változásnak, hanem megélője az elfogadásnak és teljesen azonosul ezzel az élménnyel. Ficáncolok, ugrándozok, élek. Emberek jelennek meg körülöttem, valamit motyognak, nem értem (ekkor az arcáról leolvasható, hogy megijedt, nézeget, hosszú csend után a következő megnyilvánulásból kiderül, hogy az őt körbevevő emberek szándékát próbálja megérteni). Segítenek! (Felismeri, hogy az aktuális emóciók a múlt hagyatéka, a jelenben már nem áldozat és segítségre is számíthat, sír.) Nem akarnak bántani, segítenek életben maradni.

A szimbólummal való munka során megélt emocionális változás a valóságban is növeli a páciens compliance-ét.

INTERVENCIÓK

Az onkológián, aktív ellátás mellett traumatizált betegekkel lehetetlen valódi, hosszú traumafeltárási és feldolgozó pszichoterápiát végezni, de bizonyos korlátozott lehetőségek rendelkezésre állnak, ilyenek a pszichoedukáció, támogatás, stabilizálás, tünetcsökkentés, ami vezethet bizonyos terápiás eredményekhez, rendezett compliance-hez. A traumát megélt személy számára nem állnak rendelkezésre érzelmszabályozási mechanizmusok, ezt segítőként modulálhatjuk (konténerfunkció), elfogadhatjuk és tartalmazzuk számukra azt, melyet normális esetben a gondozóval, szülővel való kapcsolatban internalizál, de jelen esetben a terapeuta feladatává válhat.

Egy kanadai tanulmány gyermekkori szexuális abúzust túlélők körében készített, közösségi alapú, kvalitatív kutatása figyelemre méltó a mindennapi klinikai gyakorlat szempontjából. Az „empatikus ellátási modellnek” nevezett

szemlélet és módszertan kiter többek között az orvos-beteg kapcsolat aszimmetriájának csökkentésére, a megértésen alapuló döntéshozatali folyamatok és a kontroll megosztására és a holisztikus gondozás szükségességére. Külön érintették a disszociatív tünetekkel és személyiséggel (DID) élő páciensek speciális problémáit is. A gyermekkori abúzus túlélői az orvosi vizsgálati helyzetekben a stressz és a szorongás kezelésének módjaként pszichológiai értelemben is „kiléphetnek” a helyzetből, azaz disszociálhatnak, furcsán viselkedhetnek, ebből kifolyólag sajátos igényeik vannak. A DID-del élő traumatizáltak jelezték, hogy azok az egészségügyi szakemberek, akik az interakciós, kommunikációs stílusukat a páciens megjelenő érzelmi és viselkedési állapotához, igényeinek kielégítéséhez igazították, és ezt az egész vizsgálati helyzeten keresztül fenntartották, támogatták, megkönnyítették részvételüket és ösztönözték őket, hogy bent maradjanak az egészségügyi ellátásban. A traumára való kérdés dilemmája is egyszerűbb problémának tűnik a beszámolók alapján. A páciensek nem a kérdés tartalmát, inkább a szándékát élik meg intruzívnak. Tanácsos ezért minden páciens az „empatikus ellátási modell” szemlélete szerint megközelíteni [6].

Végül, de nem utolsósorban edukációval segíthetjük pácienseinket, de nemcsak a pácienseinket, hanem mindenkit, aki az ellátásukban részt vesz. Fontos megérteni, hogy a furcsa viselkedésnek jó oka van, semmi sem ok nélkül történik, minden viselkedés érthetővé válik a saját kontextusában, és ha olykor másként teszünk dolgokat, mint az megszokott vagy elvárható lenne, az nem a téboly jele.

IRODALOM

1. Schnur JB, Goldsmith RE. Through her eyes. *J Clin Oncol* 29:4054–4056, 2011
2. Kuritárné Szabó I. A gyermekkori családon belüli traumatizáció és következményei. In: Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia. Szerk. Kuritárné Szabó I, Tisljár-Szabó E. Oriold és Társai Kiadó, Budapest 2015
3. Doolittle MN, DuHamel KN. Post-traumatic stress disorder associated with cancer diagnosis and treatment. In: *Psycho-Oncology*. Third edition. Eds. Holland JC, Breitbart W, Butow P, et al. Oxford University Press, Oxford 2015, pp. 323–339
4. Rodin G. Traumatic stress in acute leukemia. *Psychooncology* 22:299–307, 2013
5. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 14:245–258, 1998
6. Gesink D, Nattel L. A qualitative cancer screening study with childhood sexual abuse survivors: experiences, perspectives and compassionate care. *BMJ Open* 5:e007628, 2015