

Powinniśmy tak poprowadzić rozmowę, by osoba dotknięta NTM sama nam o tym powiedziała

O tym, jak rozmawiać z bliskimi na temat nietrzymania moczu, żeby skłonić ich do szczerej rozmowy i zachęcić do powrotu do aktywności społecznej, z dr n. o zdr. Aleksandrą Tomaszek, psychologiem i psychotraumatologiem, rozmawia Ewa Kucharczyk

Jak rozmawiać z osobą bliską na temat nietrzymania moczu, żeby jej nie urazić?

Nietrzymanie moczu to mimowolne oddawanie moczu prowadzące do częściowego lub całkowitego opróżnienia pęcherza moczowego. Jest zawsze nieprawidłowym objawem i wymaga oceny przez lekarza, najczęściej urologa, a w przypadku kobiety ginekologa. Rozmowa na tematy intymne, a nietrzymanie moczu niewątpliwie do takich należy, w dużym stopniu zależy od wypracowanych relacji i poziomu komunikacji, jakie mamy z bliskimi na co dzień i jak się z nimi komunikujemy także w innych obszarach. Jeśli komunikacja w rodzinie jest dobra, to rozmowa, także na trudne tematy, będzie łatwiejsza. Jeśli zawsze była zaburzona, to trudno oczekiwać, że w takiej sytuacji kobieta czy mężczyzna nagle się otworzą, bo do takiej rozmowy potrzebne jest poczucie bezpieczeństwa i akceptacji, które tworzymy od wczesnego dzieciństwa – trzeba je wypracować i potem iść z nim przez życie. I właśnie poczucie bezpieczeństwa pozwoli taką rozmowę zainicjować lub dopuścić do niej drugą stronę. Pamiętajmy, że w żadnej chorobie nie jest tak, że pacjent choruje sam. W chorobach przewlekłych rodzina również odczuwa skutki chorowania bliskiej osoby, dlatego najbliższe otoczenie będzie miało kluczowe znaczenie w procesie terapeutycznym.

Osoby chore podejmują szereg aktywności, które pomagają im uporać się z przeżywanymi silnymi emocjami. Aktywności te ukierunkowane są na okiełznanie emo-

cji negatywnych i wzmocnienie emocji pozytywnych. Podstawowa reakcja zaprzeczania chorobie polega na nieprzyjmowaniu do wiadomości jej istnienia. Jest to mechanizm obronny, u którego podstaw leży lęk. Samo zaprzeczanie chorobie często pociąga za sobą negatywne skutki dla zdrowia oraz relacji z bliskimi. Kolejnym sposobem radzenia sobie z emocjami jest bezpośrednia ekspresja, często występująca jako niekontrolowany wybuch

czy napad gwałtownych emocji. Emocje mogą pełnić adaptacyjną rolę w sytuacji stresowej, stąd strategia nadawania zwykłym zdarzeniom pozytywnego znaczenia. Polega ona na wzmacnianiu pozytywnego afektu, poszukiwaniu korzyści w stresujących wydarzeniach, pozytywnym przewartościowaniu zasad życiowych, urealnieniu priorytetów i adaptacyjnym przeformułowaniu celów.

Zatem jak rozmawiać z bliską osobą, by jej nie urazić? Nawiązać w rozmowie, że jest dla nas ważna, że chcemy uczestniczyć w jej życiu, a ona w naszym. Zaproponować wspólne wyjście do specjalisty, być podczas wizyty obok, zapoznać się z chorobą i nie bać się czasem komunikatów wprost. Troska, którą zobaczy nasz bliski, nie

urazi go, a może zapoczątkować chęć rozmowy.

Czyli od czego taką rozmowę zacząć?

Nietrzymanie moczu zdarza się w każdym wieku i u obu płci, jednak najczęściej problem ten występuje u osób starszych, częściej u kobiet (nawet u 1 na 5 kobiet po 40. roku życia) niż u mężczyzn. Statystyki wskazują, że choć



dr n. o zdr. Aleksandra Tomaszek

Fot. Archiwum prywatne

powyżej 80. roku życia na nietrzymanie moczu cierpi połowa kobiet i jedna trzecia mężczyzn, to niestety tylko co druga osoba zgłasza ten problem lekarzowi. Początkiem każdej rozmowy musi być akceptacja problemu, przyznanie, że ja go mam, że mnie on dotyczy. Dopóki to nie nastąpi, ciężko będzie wyjść z tym do kogoś bliskiego. I albo poprosić o pomoc, albo dać sobie pomóc. Oczywiście zdarzają się sytuacje, że osoby z zewnątrz wcześniej widzą problem i to one zgłaszają się do specjalistów z pytaniem, co mogą zrobić i jak pomóc. Naszą rolą jest więc takie poprowadzenie rozmowy, żeby zainteresowana osoba poczuła się na tyle bezpiecznie, by nam o tym powiedzieć. Nie zawsze jest to proste. Wracając do pytania – można zacząć nieinwazyjnie od przyniesienia ulotki, powiedzenia, że właśnie czytało się taki artykuł, że są takie formy rozwiązania tego problemu. Można mówić o tym wprost i można „naokoło”. Wszystko zależy od relacji, jakie mamy.

Jakie problemy natury psychicznej może wywołać NTM?

Nietrzymanie moczu może spowodować wycofanie się z życia zawodowego, towarzyskiego, a także seksualnego. Może prowadzić do depresji, a w skrajnych przypadkach nawet do próby samobójczej. Szczególnie widoczne jest to u mężczyzn, którzy w naszej kulturze powinni być silni, nie wolno im okazywać słabości, nie wolno pokazywać niedoskonałości, nie wolno płakać. Statystyki dotyczące samobójstw są w przypadku mężczyzn bezlitosne – znacznie więcej tych skutecznych (żeby nie powiedzieć udanych) prób dokonują mężczyźni. Tymczasem z NTM można żyć bez wstydu, wykonywać pracę, utrzymywać przyjaźnie, korzystać z życia rodzinnego, w tym nie rezygnować z życia intymnego. Ta sfera życia jest szczególnie ważna i wymaga czasami rozmowy z psychologiem, a czasami nawet z seksuologiem. Ponieważ nietrzymanie moczu często dotyka również młode kobiety po porodzie, dlatego uważność i zadawanie pytań na ten temat ma kluczowe znaczenie.

W jaki sposób osoby z najbliższego otoczenia mogą wesprzeć swoich bliskich dotkniętych problemem nietrzymania moczu i zachęcić je do powrotu lub podjęcia aktywności społecznej?

Na początek można, a nawet trzeba odczarować kilka stereotypów. Mimo wielu kampanii edukacyjnych na temat nietrzymania moczu, nadal postrzegane jest ono w pewnym sensie jako tabu. Do tego stopnia, że niekiedy wyklucza u pacjenta jakąkolwiek chęć udania się po pomoc z obawy – niesłusznej – przed stygmatyzacją. Właśnie to należy odczarować. Jak nas boli ząb, to idziemy do stomatologa, a jak zmagamy się z nietrzymaniem moczu, to idziemy do urologa lub ginekologa, bo od tego oni są. Bez otwartości i komunikacji z najbliższymi będzie to bardzo trudne.

Jak poradzić sobie z barierą psychiczną związaną z używaniem środków chłonnych?

Nietrzymanie moczu jest bezsprzecznie problemem intymnym. Jak ktoś ma wadę wzroku i nosi okulary, to jest to widoczne i nie trzeba o tym mówić. Z nietrzymaniem moczu i będącą jego konsekwencją koniecznością stosowania środków chłonnych jest trudniej. Wchodzą bowiem w grę nieuzasadnione, ale niestety często występujące, uczucia wstydu i niskiej samooceny oraz poczucie braku kontroli nad własnym ciałem. Trzeba podejść do tego metodycznie. Najpierw uświadomić sobie/bliskiej osobie problem, potem pogodzić się z tym, że on występuje i udać się po pomoc albo ją przyjąć. Jeśli chodzi o środki chłonne, można również w obecności bliskiego opowiedzieć o materiale telewizyjnym, w którym omawiano problem nietrzymania moczu, przeczytać artykuł na ten temat lub przekierować na stronę internetową, która posiada sprawdzone medycznie informacje na temat objawów, profilaktyki, leczenia, zakładania bielizny z wkładkami chłonnymi pochłaniającymi zapach intymny, w tym zapach moczu. Wkładki są mało widoczne pod bielizną, zaprojektowane zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn. Długi spacer lub próba jazdy na rowerze może być takim predyktorem do rozmowy na temat nietrzymania moczu. W trakcie przygotowań do zaplanowanej dłuższej wyprawy można zainicjować rozmowę, że czasami warto założyć specjalną bieliznę wchłaniającą zapach intymny [majtki chłonne – przyp. red]. Warto wspomnieć, że istnieją miejsca, w których bezpiecznie można anonimowo zadać pytanie o zastosowanie środków chłonnych i wybrać dla siebie odpowiednią bieliznę.

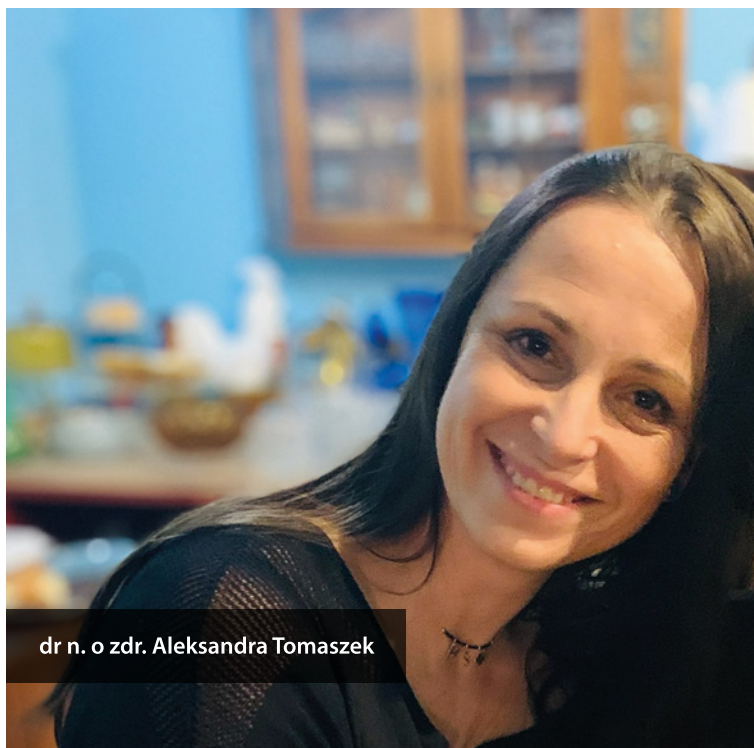
Porozmawiajmy o aspektach psychoonkologicznych w kontekście NTM jako skutku ubocznego leczenia onkologicznego.

To bardzo trudna konfiguracja dwóch czynników zagrażających kondycji psychicznej osoby nimi dotkniętej. Zwłaszcza że dotyczy to również otoczenia chorego. Pojawiają się wszystkie możliwe kryzysy: somatyczny (chorobowy), osobisty (osobowy), zawodowy (społeczny), kryzys w roli rodzica/dziecka, w relacji partnerskiej, w relacjach towarzyskich, wiary/duchowy, członków rodziny, przyjaciół, jak również kryzys współpracowników/klientów. W zaawansowanej chorobie nowotworowej kluczowa staje się jakość życia, czyli to, żeby żyć jak najdłużej w jak najlepszej kondycji, pozostając jak najdłużej samodzielnym również w kontekście podstawowych potrzeb psychologicznych.

Jak często pojawia się depresja u pacjentów onkologicznych?

Z badań wynika, że w przebiegu choroby około 40 procent chorych na nowotwory złośliwe ma objawy depresji, a około 10 procent pacjentów znających rozpoznanie

deklaruje myśli samobójcze. Depresja w znaczący sposób pogarsza przebieg choroby nowotworowej, uruchamia zachowania antyzdrowotne (alkohol, papierosy, leki uspokajające, brak ruchu, zaburzenia odżywiania), pogarsza współpracę pacjenta w zakresie profilaktyki i leczenia, obniża jakość życia jego samego i jego rodziny, zwiększa obciążenie opiekuna, nasila trudności interpersonalne, opóźnia powrót do pracy po ustąpieniu choroby nowotworowej. Najważniejsze, na co należy zwrócić uwagę, to krytyczne objawy depresji, którymi są: utrata nadziei, silne poczucie winy, bezwartościowości i bycia karanym, myśli samobójcze i rozmyślanie o śmierci. Ryzyko popełnienia samobójstwa u chorych zwiększa się, gdy chorobie towarzyszy ból, gdy w chorobie zaawansowanej mamy do czynienia ze świadomością złego rokowania, gdy brakuje adekwatnego wsparcia (zwłaszcza ze strony rodziny i przyjaciół), gdy zawiodą dotychczasowe sposoby radzenia sobie w sytuacji kryzysowej, przy stosowaniu niektórych leków i sposobów terapii, gdy brak możliwości rozładowania napięcia.



dr n. o zdr. Aleksandra Tomaszek

Fot. Archiwum prywatne

Jak można wtedy pomóc?

Bardzo ważna jest nasza postawa podczas rozmowy z chorym. Od nas i tej postawy zależy, czy stanimy się dla niego wrogiem czy przyjacielem. Pamiętajmy o naszych gestach: jak siedzimy, jak układamy dłonie, gdzie patrzą nasze oczy i czy można w nich odnaleźć zrozumienie. Czy one, jak cała nasza sylwetka, pokazują, że jesteśmy ze swoim rozmówcą ciałem i duszą. Jest to bardzo trudna nauka – słuchania, mówienia o rzeczach trudnych, o cierpieniu, o chorobie i o śmierci. Nauka, którą pobieramy całe życie. Stając naprzeciw chorego, musimy być profesjonalistami. To pomoże mu zrozumieć, pogodzić się ze sobą w sytuacji trudnej, w której się znalazł.

Najważniejsza w chorobie onkologicznej pacjenta jest obecność bliskich i akceptacja jego stanu klinicznego. Zanim nastąpi zaakceptowanie choroby i pogodzenie się z nią, może zdarzyć się wycofanie, bunt, agresja, izolacja. To normalna reakcja na chorobę. Trzeba mieć świadomość, że czasami może nigdy nie dojść do procesu akcep-

tacji, wtedy współpraca z chorym jest dużo trudniejsza, niekiedy wręcz niemożliwa. Ważne, by dać pacjentowi pomoc uszytą na jego miarę, dostosowaną do jego indywidualnych potrzeb. Pomoc, która zawiera identyfikację mechanizmów radzenia sobie i sposobów adaptacji do kryzysu emocjonalnego związanego z chorobą, określenie poziomu wiedzy pacjenta na temat ryzyka związanego z procedurami onkologicznymi, także w kolejnych latach

po zakończeniu leczenia onkologicznego, określenie wskazań do dalszej konsultacji oraz indywidualnej lub rodzinnej pomocy terapeutycznej w ramach zespołu interdyscyplinarnego. W skład tego zespołu wchodzi: psycholog lub psychoonkolog, psychoterapeuta, onkolog, seksuolog, psychiatra, pielęgniarka, pracownik socjalny, pedagog, osoba duchowna, odpowiedni specjaliści innych dziedzin.

Podsumowując, najważniejsze jest to, żeby osoba chora do-

stała czytelny komunikat od bliskich, że jesteśmy obok, że jeśli tylko będzie potrzebowała naszej obecności, to jesteśmy do jej dyspozycji. Bycie przy osobie, która nie chce rozmawiać, jest najtrudniejsze. Najczęściej zdarza się to na początku choroby, dlatego warto nauczyć się, że „być, to czasami milczeć”. Cisza i milczenie z bliskim mogą być tak samo ważne i potrzebne jak rozmowa. Bardzo istotne jest, aby pacjent został objęty kompleksową opieką nie tylko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza specjalisty, lecz także psychologa. Pacjentom trzeba dać czas na akceptację stanu, w jakim się znaleźli. Nie można dopuścić do tego, by strach ich sparaliżował, bo to uniemożliwi dalsze leczenie. Z drugiej strony, poziom lęku nie może też być zbyt niski, aby chory nie ignorował swojego stanu.

Bardzo ważne jest też, aby pacjenci przychodzili na pierwsze wizyty z kimś bliskim, kto da im wsparcie, ale też wysłucha diagnozy w momencie, w którym chory nie jest w stanie przez zbyt wysoki poziom lęku zrozumieć przekazanych informacji. Ponadto, to właśnie rodzina, przyjaciele są w stanie zauważyć pierwsze symptomy, których sam chory może jeszcze nie dostrzegać albo je ignorować.