Psihosocijalni aspekti raka dojke

Rudan, Ivona

Undergraduate thesis / Završni rad

2011

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:686239

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek

zir.nsk.hr

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Preddiplomski studij psihologije

Ivona Rudan

Psihosocijalni aspekti raka dojke

Završni rad

Mentor: doc. dr. sc. Slavka Galić

Osijek, 2011.g.

Sadržaj

1. Uvod 1
2. Psihosocijalni čimbenici u etiologiji i kliničkom tijeku raka dojke 3
3. Prilagodba na rak dojke 4
4. Mehanizmi suočavanja s bolesti 5
5. Emocionalna prilagodba na rak dojke 6
    5.1. Emotivne reakcije na karcinom 7
    5.2. Terapijske intervencije 8
    5.3. Uloga psihoterapeuta i psihoterapijske intervencije 9
    5.4. Obrambeni mehanizmi 10
6. Najvažniji psihosocijalni čimbenici u prilagodbi na rak dojke 12
7. Suočavanje sa stresom i prilagodba na rak dojke 13
8. Percipirana kontrola i prilagodba na rak dojke 15
9. Percipirana socijalna podrška i prilagodba na rak dojke 15
    9.1. Uloga bračnog partnera u prilagodbi žene na rak dojke 17
10. Rehabilitacija bolesnica s rakom dojke 18
    10.1. Psihološko-edukativna pomoć 19
11. Zaključak 20
12. Literatura 21

Sažetak

Ovaj rad se bavi područjem psihosocijalne prilagodbe bolesnica na oboljenje od raka dojke. Rak dojke danas je vrlo čest oblik raka u žena i izaziva brojne psihičke poteškoće kod oboljelih. Doživljava se kao sinonim tjelesnog izobličenja, pad ženstvenosti i seksualne poželjnosti zbog značajne uloge dojke u ženinom životu. Spoznaja o obolijevanju od karcinoma je traumatski događaj koji u oboljelih žena može izazvati odgovore u obliku straha, depresije, ljutnje, bespomoćnosti, užasa ili biti okidač za razvoj raznih psihičkih poremećaja (Anton, 2008).

U radu je dan pregled najvažnijih determinanti psihosocijalne prilagodbe na rak dojke. Opisani su najznačajniji psihosocijalni čimbenici u etiologiji i kliničkom tijeku oboljenja od raka dojke te je detaljnije razrađena njihova uloga u prilagodbi bolesnica. Psihološki problemi koji se javljaju u žena s dijagnosticiranim karcinomom zahtijevaju pomoć tijekom cijelog dijagnostičkog i terapijskog procesa stoga je važna i uloga psihoterapeuta. Detaljnije je razmotrena uloga koju u procesu prilagodbe bolesnica na oboljenje imaju suočavanje sa stresom, percipirana kontrola i percipirana socijalna podrška. Pokazalo se da društvena podrška, podrška supruga, prijatelja i zdravstvenih djelatnika umanjuje doživljaj stresa i smanjuje rizik tjelesnih i psihičkih bolesti. Budući da oboljenje od raka dojke kod pacijentica izaziva veliki stres naglašena je značajna uloga psihoterapijskih intervencija, rehabilitacijskih programa i pružanja psihološko–edukativne pomoći. Na taj način se nastoji pomoći oboljelima smanjiti emotivni stres, poboljšati mentalnu prilagodbu na karcinom te vratiti osjećaj osobne kontrole nad vlastitim životom. Rehabilitacijski programi pokazali su se vrlo efikasnim u prilagodbi kako na tjelesne tako i na psihološke i socijalne posljedice oboljenja od raka dojke.

Ključne riječi: rak dojke, psihosocijalna prilagodba, psihosocijalni čimbenici, suočavanje.

1. Uvod

Kad se spomene riječ rak, često izgleda da mnogi ljudski biološki regulativni mehanizmi popuštaju, javlja se strah od neminovnog biološkog kraja koji, međutim, ne mora imati realnu osnovu (Prstačić i Sabol, 2006). Rak dojke je najčešća zloćudna bolest koja pogađa žene. Drugi je najčešći oblik raka, iza raka pluća, kada se radi o obolijevanju obaju spolova. Na rak dojke otpada 10,1% svih slučajeva raka u svijetu ili nešto preko milijun novooboljelih žena godišnje. Javlja se s učestalošću od 9 do 11% (svaka 9. do 11. žena) (Strnad, 2002).

Zbog sprječavanja širenja raka u ostale dijelove tijela često se provodi operativni zahvat amputacije dojke - mastektomija. Smatra se da je mastektomija jedna od najzastrašujućih operacija uopće jer osim što su uz mastektomiju vezani svi strahovi i zabrinutosti vezani za operativne zahvate uopće, javljaju se i emotivne teškoće uobičajene u slučaju dijagnoze raka, tj. pri suočavanju s neizlječivom bolešću, te teškoće suočavanja s gubitkom, za žene vrlo značajnog dijela tijela (Havelka, 2002). Promjena izgleda tijela žene zbog tretmana (kemoterapija, mastektomija) izvor je psihosocijalnih teškoća. Gledajući se u ogledalo, žene zaključuju da su ružne, nepoželjne, vide sebe kroz operacijski ožiljak (Husić i Brkljačić–Žagrović, 2010). Rak dojke percipira se kao sinonim tjelesnog izobličenja, pad ženstvenosti i seksualne poželjnosti (Prstačić i Sabol, 2006). U našoj kulturi prsa su simbol ženstvenosti te mnoge žene doživljaju amputaciju dojke kao gubitak ženstvenosti i seksualne privlačnosti. To može dovesti do osjećaja manje vrijednosti, posebno kod žena koje svoj tjelesni izgled smatraju glavnom značajkom vlastitog identiteta. Emotivne posljedice koje se javljaju nakon mastektomije mogu biti jaka potištenost i tjeskoba uz česte napade plača. Tjeskoba ne mora biti izazvana samo tjelesnim gubitkom već i mogućim posljedicama kao što je mogućnost proširenja raka i smrtnog ishoda, kao i posljedica na obavljanje svakodnevnih aktivnosti koje su često onemogućene zbog posljedica mastektomije. Javljaju se i problemi u seksualnom i socijalnom životu, tj. izbjegavanje spolnih kontakata kao i odbijanje socijalnih kontakata zbog osjećaja nelagode i srama. Zbog brojnih posljedica mastektomije na ukupnu kvalitetu života bolesnica, danas su razvijeni brojni rehabilitacijski programi koji nastoje prilagoditi bolesnice da nastave s prijašnjim obiteljskim, radnim i socijalnim aktivnostima. Osim toga prilagodbi žena na mastektomiju doprinose socijalna potpora, potpora supruga, prijatelja i zdravstvenih djelatnika (Havelka, 2002). Spoznaja o obolijevanju od karcinoma je traumatski događaj koji može izazvati odgovore u obliku straha, bespomoćnosti, užasa ili biti okidač za razvoj raznih psihičkih

poremećaja. Osnovna pitanja koja zaokupljaju bolesnice s karcinomom dojke su „Koliko je velika prijetnja?“, „Što se s tim može učiniti?“ i „Kakva je prognoza?“. Neke od najčešćih psihičkih preokupacija bolesnih žena su nametajuće misli o bolesti praćene perzistirajućom anksioznosti, osjećaj ranjivosti, poremećaj doživljaja vlastitog tijela, umor, problemi sa spavanjem, bolovi, seksualna disfunkcija, strahovi vezani za provođenje terapijskih postupaka, bračna komunikacija, strah od povratka bolesti i egzistencijalni strah od smrti. Većina se oboljelih žena uspijeva prilagoditi svojoj bolesti, ali neke pokazuju veliku brigu i uznemirenost što interferira sa svakodnevnim funkcioniranjem značajno utječući na kvalitetu njihovog života (Anton, 2008). Rezultati istraživanja Thome i suradnika (2004; prema Pinjatela, 2008) na uzorku ispitanica sa i bez malignog oboljenja (raka dojke) pokazali su da ispitanice s rakom dojke imaju značajno lošiju opću kvalitetu života, lošije tjelesno, socijalno, poslovno i emocionalno funkcioniranje od zdravih ispitanica. Također zabilježene su i značajno veće financijske poteškoće kod oboljelih žena (Pinjatela, 2008).

Budući da su tema ovog rada psihosocijalni aspekti raka dojke, potrebno je najprije definirati pojam psihosocijalnog koji obuhvaća dvije riječi: psihičko i socijalno. Psihičko gledište obuhvaća uvijek pacijenta, njegovo određenje, njegove odgovore na vanjske i unutrašnje okolnosti i psihodinamiku osobe, u ovom kontekstu to je žena koja boluje, odnosno koja se liječi od raka dojke. Socijalno gledište se odnosi na objekt, tj. na njegovu vanjsku okolinu. Riječ je o obiteljskoj i široj okolini. Psihosocijalno nije samo zbroj ta dva pojma nego obuhvaća i njihov uzajamni odnos.
Rak je blizina smrti, a blizina smrti dovodi do stresa i emocionalne nesposobnosti odgovora bolesnice na blizinu smrti (Anton, 2008).

Sadržaj ovog rada obuhvaća pregled najznačajnijih psihosocijalnih čimbenika u etiologiji i kliničkom tijeku bolesti te u prilagodbi bolesnica na rak dojke. Osim toga detaljnije su opisane emotivne reakcije žena, njihovo gledište na stanje u kojem se nalaze i mehanizmi suočavanja. Budući da je ta bolest izvor velikog stresa naglašava se i uloga psihoterapeuta i značaj psihološko-edukativne pomoći i rehabilitacijskih programa kako bi se pomoglo oboljelim ženama vratiti ravotežu u različite aspekte njihovog života i na taj način poboljšati narušenu kvalitetu života.

2. Psihosocijalni čimbenici u etiologiji i kliničkom tijeku raka

U istraživanjima psihosocijalnih čimbenika u razvoju i kliničkom tijeku raka ističe se nekoliko značajnijih istraživačkih područja. Jedno od njih ispituje odnose između pojave raka i stabilnih stilova ličnosti. Premda su rezultati miješani, Spiegel i Kato (1996; prema Pahljina–Reinić, 2004) ipak uočavaju izvjesnu konvergenciju rezultata prema tipu ličnosti karakteriziranom konformizmom i potiskivanjem emocija, naročito ljutnje. Odnos između ličnosti i raka bolje je potvrđen kod kliničkog tijeka ovog oboljenja. Istraživanja pokazuju da pacijenti oboljeli od raka koji aktivno reagiraju na oboljenje, u vidu optimizma, asertivnosti i odlučnosti da se odupru oboljenju, žive duže nego pacijenti oboljeli od raka koji pokazuju tzv. C tip ličnosti (pasivno reagiraju na oboljenje u vidu depresije, bespomoćnosti i beznadežnosti). Takve pojedince karakterizira potiskivanje emocionalnih odgovora, posebno ljutnje, zatim inhibicija, pretjerana socijaliziranost, konformizam, kompulzivnost i depresivnost. Traue i Pennebaker (1993; prema Pahljina–Reinić, 2004) navode kako su ti pojedinci svjesni negativnih emocija, ali ih potiskuju, te su poslušni, submisivni i pasivni. Jedno područje istraživanja ispituje ulogu stresnih životnih situacija u etiologiji i kliničkom tijeku raka. Pokazalo se da pojedinci oboljeli od raka u retrospektivnim ispitivanjima iskazuju više razine stresnih životnih događaja prije pojave oboljenja u odnosu na usporedne skupine. Gatchel, Baum i Krantz (1989; prema Pahljina–Reinić, 2004) navode kako naročitu prediktivnu vrijednost za razvoj raka pokazuje gubitak bliske i pojedincu značajne osobe, dok Bahnson (1981; prema Pahljina–Reinić, 2004) smatra da taj životni događaj može potaknuti maligne procese putem psiholoških mehanizama depresije, razočarenja i gubitka nade. Stresni životni događaji u većoj mjeri doprinose razvoju raka kod pojedinaca koji potiskuju svoje emocije, posebno ljutnju. Nadalje, stresni se životni događaji pokazuju boljim prediktorima razvoja raka ukoliko se vezuju uz percepciju niske kontrole nad situacijom te kad se kao mjere koriste subjektivne procjene stresnih životnih događaja. Većina istraživanja o mogućim mehanizmima koji bi bili u osnovi povezanosti stresnih životnih situacija i razvoja raka podržava mogućnost da oni uključuju stresom potaknuto slabljenje imunoloških odgovora. Rezultati istraživanja utjecaja socijalne podrške na pojavu i klinički tijek raka u velikoj mjeri potvrđuju povezanost niskih razina socijalne podrške i gubitka socijalne podrške s povećanom smrtnosti od raka. Neka istraživanja također nalaze povezanost nedostatka socijalne podrške s višom pojavnošću raka i ističu značaj socijalne podrške u preživljavanju oboljelih (Pahljina-Reinić, 2004).

3. Prilagodba na rak dojke

Kada je riječ o prilagodbi na rak dojke, potrebno je istaknuti specifičnosti raka dojke kao stresnoga životnog događaja. Dijagnoza raka dojke ozbiljna je prijetnja zdravlju koja dovodi u pitanje život bolesnice. Pored toga, uključuje i čitav niz dodatnih posljedica poput straha od stigmatizacije i odbijanja od strane drugih kada saznaju za dijagnozu, zabrinutost vezanu za pitanje proširenja raka, nesigurnost vezanu za reakciju oboljenja na medicinske tretmane, pitanje odluke o pristajanju na rekonstruktivne zahvate i financijska pitanja. Neki autori ističu negativnu emocionalnost, probleme u socijalnim odnosima, posljedice na radnu učinkovitost, bol i neugodne medicinske tretmane, a Helgeson i Cohen (1996; prema Pahljina–Reinić, 2004) smatraju da dijagnoza raka, dovodeći u pitanje temeljne pretpostavke pacijenata o sebi i svijetu, može rezultirati konfuzijom, osjećajem osobne neadekvatnosti, te smanjiti osjećaj kontrole i povećati podložnost negativnim učincima stresa. U novije se vrijeme proučavaju čimbenici za koje se smatra da posreduju u odnosu stres–bolest i doprinose otpornosti na stres, a time i poboljšanju kvalitete života. Među njima se najčešće istražuju neke varijable ličnosti, strategije suočavanja i socijalna podrška (Hudek–Knežević, 1993). Pored ispitivanja njihove uloge vezano uz mogućnost da čovjek ostane zdrav usprkos izloženosti stresu, posebno značajno mjesto zauzimaju u području proučavanja prilagodbe na različita oboljenja.

Moss i Schaefer (1984; prema Pahljina–Reinić, 2004) ističu tri osnovna zadatka prilagodbe:

1) suočavanje s tjelesnim posljedicama oboljenja (simptomi, bol, tjelesna nesposobnost);
2) suočavanje s medicinskim tretmanom i bolničkim okruženjem;
3) razvoj i očuvanje dobrih odnosa sa zdravstvenim osobljem.

Četiri općenitija zadatka prilagodbe bila bi:

1) očuvanje emocionalne ravnoteže;
2) očuvanje osjećaja kompetentnosti u postizanju osobnih ciljeva;
3) očuvanje dobrih odnosa s obitelji i s prijateljima;
4) priprema na zahtjeve kojima će napredovanje bolesti rezultirati u budućnosti.

Anton (2008) navodi 5 stilova prilagodbe prema Greeru i Watsonu, a to su:

1) borbeni duh (bazira se na pozitivnom stavu i angažmanu),

2) izbjegavanje i poricanje (opasnost od dijagnoze se minimalizira),

3) fatalizam (pasivno prihvaćanje),

4) bespomoćnost i beznadežnost (bolesnik je preplavljen opasnošću koju donosi dijagnoza karcinoma, a fokus pažnje je na gubitku života i porazu),

5) anksiozna preokupacija (kompulzivno traženje dokaza, prevelika zabrinutost).

Dijagnoza raka dojke i medicinski tretmani koji ju slijede očito zahtijevaju kontinuirano prilagođavanje širokom rasponu stresnih posljedica oboljenja te je prilagodba na rak dojke izuzetno složen proces. Prema Spenceru, Carveru i Priceu (1998; prema Pahljina–Reinić, 2004) pokazatelje uspješne prilagodbe predstavljaju aktivna uključenost u svakodnevne aktivnosti, očuvanje životnih uloga u najvećoj mogućoj mjeri i uspješno reguliranje negativnih emocija. Prema mišljenju nekih autora kvaliteta života pacijenata oboljelih od raka, izravan je ishod prilagodbe na oboljenje. Pri tome uspješnija prilagodba na oboljenje podrazumijeva bolju kvalitetu života.

4. Mehanizmi suočavanja s bolesti

Bolest za svakog pojedinca ima različito značenje i uključuje različite mehanizme suočavanja. Prstačić (2002) navodi kako je svojevremeno Jimmy Holland sa suradnicima definirao mehanizam suočavanja na sljedeći način:

a) *kognitivna dimenzija* označava potrebu prepoznavanja problema i otkrivanje uzroka, a potom njegovo rješavanje;

b) *psihoemocionalna dimenzija* u svojoj osnovi označava suočavanje pojedinca sa stresom, anksioznošću i emocionalnim reakcijama prije nego što pokuša riješiti vanjski uzrok. Osobine ličnosti kao što su anksioznost, suočavanje s realnošću, povjerenje i snaga ega, utječu na sposobnost pojedinca da se suoči s problemom i ustraje na traženju rješenja;

c) *bihevioralna dimenzija* opisuje ponašanja osobe koje ona odabire za rješavanje problema, a koje se uobičajeno oblikuju u djetinjstvu i fiksiraju u odrasloj dobi. Postoje različiti načini rješavanja problema s obzirom na različite usvojene adaptivne mehanizme. Poznato je npr. da koncept naučene bespomoćnosti i beznadnosti može biti osnova za odustajanje, ne samo od aktivne borbe za zdravlje

već može utjecati na slabljenje neuroimunoloških mehanizama koji utječu na fiziološku obranu od tumora. Osnovno načelo suočavanja je samokontrola koja se očituje u nastojanju pojedinca da se osloni na samog sebe (tzv. unutarnji lokus kontrole), kao i na neke vanjske faktore, kao što su vjera, obitelj, prijateljstvo, stručnost osoba koje sudjeluju u liječenju i rehabilitaciji (tzv. vanjski lokus kontrole). Zbog toga se uz standardne oblike prevencije, edukacije, dijagnostike, liječenja i rehabilitacije koriste i različiti komplementarni suportivno – edukacijski i terapijski pristupi u svrhu otkrivanja i podržavanja adekvatnih mehanizama suočavanja kod osobe (Prstačić i Sabol, 2006).

5. Emocionalna prilagodba na rak dojke

Emocionalni stres jest očekivani odgovor na dijagnozu raka dojke. Iako dijagnoza raka dojke obično ne rezultira psihopatologijom, istraživanja ipak upućuju na znatan varijabilitet emocionalnih reakcija na ovo oboljenje, kako na interindividualnoj, tako i na intraindividualnoj razini. Specifičnost odgovora razlikuje se od osobe do osobe i ovisi o mnogim čimbenicima kao što su dob, osobnost i stavovi. Rezultati istraživanja ukazuju na uobičajenu pojavu povišenih razina mjera negativnih emocionalnih ishoda u ovoj populaciji tijekom prvih mjeseci oboljenja, naročito neposredno nakon dijagnoze. Nakon toga, negativne se emocije smanjuju i dalje zadržavaju relativno stabilne razine (Pahljina–Reinić, 2004). Dijagnoza raka jest krizni doživljaj koji u početku izaziva osjećaj šoka, obamrlost i negaciju. Nakon toga slijedi nemir, tjeskoba, tugovanje, razdražljivost, teškoće koncentracije, gubitak apetita i problemi spavanja. Ti osjećaji „dolaze i odlaze“ u ovisnosti o dijagnostičkom i terapijskom tijeku. Dolazi do poremećaja uobičajenih djelatnosti i međuljudskih odnosa (Gruden, 1998). Nakon postavljanja dijagnoze bolesnice moraju donijeti neke ključne odluke u vezi svog liječenja. One su nepripremljene i obično malo znaju o toj bolesti, a odluke o odabiru liječnika i ustanove u kojoj će se liječiti, o tipu operacije, terapiji i zračenju, mogu biti teške. Pri donošenju odluka mogu biti korisna i druga mišljenja, kojima bolesnice dobivaju sigurnost u svoju odluku i bar djelomični osjećaj kontrole nad svojom bolesti. Može se dogoditi da žene uopće ne žele sudjelovati u odlukama o liječenju, tako da njihovi liječnici odluke donose sami. Kada je liječenje već započeto, može doći do opuštanja i smanjenja anksioznosti, ali mogu se razviti i novi strahovi, vezani za očekivanje i provođenje planiranog liječenja (Anton, 2008). Gruden (1998) navodi kako dolazi do razvoja obrambenih mehanizama, slabljenja osjećaja ženstvenosti, osjećaja prevarenosti, gubitka sigurnosti, beznadnosti, odbijanja

informacije o težini bolesti, negacije stanja i depresije, ali i potrebe poznavanja i ovladavanja čimbenicima rizika.

5.1. Emotivne reakcije na karcinom

Anton (2008) navodi zajedničke emotivne reakcije na karcinom koje opisuju Silberfarb i Greer, a to su: *anksioznost, ljutnja, krivnja i depresija*.

a) Za ***anksioznost*** su ključni elementi opasnost i vulnerabilnost. Čak i mala vjerojatnost ponovnog javljanja bolesti može biti teško prihvatljiva. Osim straha od smrti javlja se i anksioznost zbog mogućeg tjelesnog nedostatka, narušavanja tjelesne sheme ili invaliditeta. Učestalo se javljaju panični napadi. Majke koje su preprotektivne mogu biti preokupirane strahom kako će se njihova djeca nositi s njihovom smrću.

b) ***Ljutnja*** zbog pojave karcinoma kao ključni element ima napad koji se odnosi na određena pravila i vrijednosti koje osoba ima, ali i na tjelesnu sigurnost i samopoštovanje.

c) ***Krivnja*** koja se može javiti kao reakcija na karcinom ima samookrivljavanje kao ključni element. Učestalo koegzistira s kliničkom slikom depresije, a može biti fiksirana za neka ranija događanja tijekom života.

d) ***Tuga*** predstavlja emocionalni odgovor na gubitak ili drugi stresor i nema značaj neprilagođene reakcije dok depresija zbog karcinoma predstavlja neprilagođenu reakciju na gubitak zdravlja i zahtijeva liječenje. Kao razlozi depresije navode se emotivni utjecaj karcinoma kao dijagnoze, nuspojave liječenja, progresija karcinoma koja je povezana s nesposobnošću i tjelesnim simptomima. Anton (2008) navodi pet psihosocijalnih čimbenika koji prema Goldbergu i Cullenu vode do značajnih depresivnih simptoma: *poremećaj odnosa s ključnim osobama, ovisnost, nesposobnost, nagrđenost i približavanje smrti*. Moguća je promjena tjelesne sheme što može dovesti i do teškoća u spolnom životu. Doživljaj „osakaćenja“ uslijed amputacije dojke grubo mijenja sliku žene o vlastitom tijelu, izaziva gubitak sigurnosti i samopouzdanja, a zbog narušenog estetskog izgleda javlja se i strah od gubitka ljubavi partnera. Nerijetko su ta strahovanja i opravdana, budući da mastektomija žene može pokrenuti slične strahove i kod muškaraca te izazvati osjećaj tjelesne odbojnosti prema ženi (Anton, 2008). Osobe s karcinomom koje postaju depresivne ili anksiozne izvrću informacije na isti način kao anksiozni i depresivni bolesnici. Proces distorzije tih informacija u negativnom smjeru često uključuje *sistematske logičke pogreške* ili *kognitivne*

distorzije, a Anton (2008) navodi kako su prema Becku najčešće: sve ili ništa mišljenje, selektivna apstrakcija (osoba odabire dio informacija koji se najbolje uklapa u njen predominantni kognitivni sklop), arbitrarni zaključci (bazirani na premalo dokaza), pregeneraliziranje, etiketiranje i uveličavanje ili minimaliziranje. Normalno, osoba ima selektivno prihvaćanje pozitivnih informacija, ali kada se jednom uspostavi negativan pogled na bolest, on ima tendenciju samopodržavanja. Stoga su i organizirane razne djelatnosti koje umanjuju reakcije na ovu tešku bolest (Anton, 2008).

5.2. Terapijske intervencije

U novije vrijeme sve se više naglašava potreba za psihološkim tretmanom kod osoba koje nemaju psihičke simptome i koje samo žele pomoć u liječenju i borbi protiv maligne bolesti, ali i kod onih koje imaju verificirane psihijatrijske poremećaje. Osnovni cilj tog tretmana je osloboditi pacijenta emotivnog stresa i promijeniti maladaptivnu prilagodbu. Ovakva psihološka terapija je važna komponenta sekundarne faze liječenja, gotovo jednako važna kao i kemoterapija ili radioterapija. Ciljevi psihološkog tretmana su osim smanjivanja emotivnog stresa, poboljšati mentalnu prilagodbu na karcinom izazivanjem pozitivnog borbenog duha, izazivati u pacijenata osjećaj osobne kontrole nad vlastitim životom i aktivno sudjelovanje u liječenju karcinoma, razviti učinkovite strategije suočavanja, poboljšati komunikaciju između oboljelog i partnera, poticati otvoreno izražavanje osjećaja, posebno ljutnje i drugih negativnih osjećaja u sigurnoj okolini (Anton, 2008). Suze i depresija žena koje su doznale za dijagnozu raka dojke pripadaju prirodnim reakcijama. Nerijetko se događa da terapijske intervencije pogoršaju psihičke reakcije. Uslijed mastektomije ženi je izgubljeno svako samopoštovanje, a povratak te vrlo važne dimenzije osobnosti, moguć je rekonstrukcijom dojke. No ne odlučuju se lako sve žene za rekonstrukciju i bolesnice mogu trebati dodatnu pomoć oko oporavka i uspostavljanja psihološke stabilnosti (Anton, 2008). Nekima je dovoljan ponovno privlačan izgled te im je rekonstrukcija dojke važan i zadovoljavajući uvjet bar djelomičnog povratka nekadašnje životne kvalitete. Liječenje raka dojke, dakle, nije cjelovito ukoliko ne obuhvaća uz kiruršku, radijacijsku i medikamentnu terapiju još i psihološku sastavnicu. Bolesnica s rakom dojke sama se mora odlučiti za terapiju jer ne odgovara svako liječenje svakoj bolesnici. Bolesnica kojoj je dijagnosticiran rak dojke, a pogotovo liječena (najčešće mastektomijom), ima promijenjenu tjelesnu shemu. Ona se ustrojava od najranijeg

razdoblja našeg života i tjelesna shema je osnova za nastavak našeg ega. Promjena tjelesne sheme, pogotovo nestanak visoko emocionalno investiranog dijela–dojke dovodi bolesnika do novog doživljaja stvarnosti. Osim gubitka jedne ili obiju dojki dolazi i do opadanja kose, čestog pratitelja daljnjih oblika liječenja. Uslijed toga dolazi do promjene doživljaja sebe. Bolesnica sebe doživljava manje vrijednom, gadi se sama sebi i dominira tjeskoba. Tjeskoba je odgovor našeg ega na anticipaciju opasnosti. Dijagnoza raka dojke stvara uz tjeskobu i depresiju koja je posljedica svakog gubitka. Umor koji je čest popratni simptom raka dojke nije samo posljedica tjelesnih promjena, nego je integralni simptom depresivnog sindroma. Dakle rak dojke potpuno mijenja ženin život zbog velikog značenja dojke za ženu i njezinu okolinu (Gruden, 1998). Dojka je simbol hrane, plodnosti i majčinstva te je doživljaj koji žena ima prilikom obolijevanja od karcinoma dojke visoko intimno i osobno iskustvo (Anton, 2008).

5.3. Uloga psihoterapeuta i psihoterapijske intervencije

Psihoterapeut ima funkciju u rješavanju emotivnih problema pacijentica primarno u edukativnom smislu, a potrebno je educirati i liječnike raznih profila te ostale medicinske radnike kako bi mogli pružati adekvatnu psihološku pomoć odnosno psihoterapiju.

Pet osnovnih pravaca djelovanja psihoterapeuta jesu:

1. *Individualni psihoterapijski pristup* svim bolesnicima sa sumnjom na karcinom dojke u tijeku dijagnostičkog postupka. Bolesnicima treba omogućiti da odreagiraju svoje strahove te dožive prihvaćanje svojih emocija od strane psihoterapeuta.
2. Svim mastektomiranim bolesnicama treba ponuditi *grupnu psihoterapiju.* Njezin cilj je emotivno prihvaćanje bolesti i prilagodba na novonastalu situaciju (gubitak dojke, strah od napredovanja bolesti, strah od boli i dr.). Skupina bolesnica s istom bolešću potpomaže identifikacijske procese, pomaže bolesnicima u obradi projekcija na liječnike i druge značajne osobe iz njihove okoline. Psihoterapiju je potrebno planirati na kraće razdoblje (3-6 mjeseci, u seansama jednom tjedno ili jednom u dva tjedna).
3. *Individualna psihoterapija* potrebna je mastektomiranim bolesnicama koje su u težoj emotivnoj krizi, tj. one koje pokazuju intenzivniju neurotsku reakciju.
4. Psihoterapeut treba postaviti indikaciju za provođenje određene psihoterapijske metode.

5. Važan je i *grupni edukativni rad* s liječnicima i ostalim medicinskim osobljem s namjerom boljeg poznavanja psihodinamike bolesnika i cijele obitelji.

Indikacije za kognitivno–bihevioralne tehnike su poteškoće prilagodbe, depresija, anksioznost, seksualni problemi, partnerski problemi, psihosomatska mučnina i bol. Kognitivno–bihevioralne intervencije kod bolesnica s karcinomom dojke uključuju edukaciju, relaksaciju, pozitivnu imaginaciju, postavljanje ciljeva, tjelesnu aktivnost, planiranje ugodnih aktivnosti, rješavanje problema, komunikaciju i trening asertivnosti, vježbanje vještina suočavanja te kognitivno restrukturiranje (Anton, 2008).

5.4. Obrambeni mehanizmi

Kako izrazito velika količina tjeskobe, koja je posljedica egzistencijalnih i separacijskih strahova ne bi dovela osobu na psihotičnu razinu funkcioniranja, ego nesvjesno počinje stvarati *obrambene mehanizme* (Anton, 2008). On je nesposoban podnijeti suočavanje s opasnošću (smrću) koje je prijetnja stalno nazočna kod žene oboljele od raka dojke. Javlja se bijeg, ali intrapsihički, koji se izražava u raznim oblicima obrambenih mehanizama. Ego na taj način ublažava frustraciju tjeskobe (Gruden, 1998). Uspješnost obrana ne ovisi samo o snagama ega koje se formiraju u vrijeme razvoja bolesnikove ličnosti, nego donekle i o aktualnim objektnim odnosima: odnosima u obitelji, prijateljstvima te u velikoj mjeri i o odnosu s liječnikom koji svojim znanjem i osobnošću uvelike može pomoći bolesniku u njegovoj obitelji (Anton, 2008). Među najčešćim obrambenim mehanizmima kod tih žena su *raskol, projekcija, projektivna identifikacija, negacija, potiskivanje.*

Raskol je gubitak tolerancije istodobne nazočnosti suprotnih ili suprotstavljenih unutarduševnih tendencija. Dobro i zlo je oštro odijeljeno. Bolesnica sebe doživljava na strani zla. Smatra da je kažnjena zbog neke pogreške koju je nekada davno, ne sjeća se kada, učinila. Naime svatko od nas nosi u sebi osjećaj krivnje koji postaje intenzivan kod životnih neprilika, posebno u bolesti. Tada se bolest doživljava kao zaslužena kazna. Raskol je velika zapreka liječenju. Zbog unutarduševna raskola žena teško prihvaća nazočnost optimizma uz svoju zloćudnu bolest. Ovaj obrambeni mehanizam, premda je stvorio pesimistički životni stav u bolesnica s rakom dojke, sprječava nova razočaranja kod recidiva. Recidiv kod onih u kojih je oživjela nada izaziva velike stresove koji su frustrativniji od stalno nazočnog pesimizma.

Projekcija je nizanje optužaba na liječnike i medicinu koji „nisu na vrijeme otkrili bolest ili su nesposobni u njihovu liječenju“. Takve su optužbe prisutne čak i kod liječnika – bolesnika i kod osoba koje sebe smatraju visokoobrazovanima. Osim medicine žene s karcinomom dojke često optužuju svoju okolinu: bračnog partnera, roditelje i druge. Oni su ih, prema uvjerenju tih žena, mučili ili im nisu pružali što su zaslužile. Na kraju se optužuje sudbina, pa i sam Bog.

Projektivna identifikacija sadržava dvostruku obranu. Bolesnik se najprije identificira (poistovjeti) s nekom osobom, što umanjuje tjeskobu od suočavanja s posjedovanjem maligne bolesti. Poistovjećenje se nerijetko ostvaruje s bliskim rođakom (npr. majkom) ili nekom drugom ženom koja je, također, imala rak dojke. Obično poistovjećenje zahvaća samo dio osobnosti. Nakon toga slijedi projekcija koja može biti centripetalna ili centrifugalna.

Kod **centripetalne projekcije** osoba koja je bila objekt prethodne identifikacije projicira se u vlastitu osobnost. Ako je ta osoba umrla od raka dojke, tada je i bolesna žena, koja je subjekt projektivne identifikacije, uvjerena kako je njezina smrt samo pitanje dana i nikakva psihoterapija ne može poboljšati psihičku kvalitetu njezina života. Ako je osoba ostala živa ili je još učinila i rekonstrukciju dojke, tada nema problema s rehabilitacijom.

Kod **centrifugalne projektivne identifikacije** svi vlastiti problemi „ predani “ su bolesnoj ili umrloj ženi. Bolesnica je nekritična jer se ponaša kao da rak dojke ne pripada njoj. Njezino je razmišljanje isključivo usmjereno na drugu osobu.

Negacija je vrlo slična prethodno opisanom obrambenom mehanizmu. Bolesnica ne priznaje svoju bolest. Zanimljivo je kako je negacija nazočna vrlo često kod medicinskih djelatnika. Takve osobe ne žele razgovarati o svojoj bolesti, odnosno uvjerene su kako je riječ o pogrešnoj dijagnozi ili o nekoj izlječivoj vrsti karcinoma. One bi mogle prihvatiti mastektomiju i rekonstrukciju dojke samo pri uvjeravanju kako je riječ o kozmetičkom, a ne terapijskom zahvatu.

Potiskivanje najčešće rabe žene kod kojih se bolest otkrije u već uznapredovaloj fazi. Svaka dvojba u moguću malignost kod morfološke promjene dojke ili otkrića kvržice nestaje zbog „zaboravljanja“. Bolesnice govore kako bih trebale ići na pregled, ali ta namjera ostaje samo na verbalnoj razini. Također dolazi i do zaboravljanja ostvarenja kontrolnoga pregleda. Odgađanjem dijagnoze uklanja se tjeskoba. Neke žene potiskuju i mogućnost recidiva te su neredovite na kontrolama (Gruden, 1998).

6. Najvažniji psihosocijalni čimbenici u prilagodbi na rak dojke

Psihosocijalne čimbenike za koje se smatra da značajnije određuju prilagodbu na oboljenje od raka Holland (1998; prema Pahljina-Reinić, 2004) dijeli u tri široke kategorije varijabli: ***situacijske varijable, varijable životnog konteksta i osobne varijable.***

Kategoriju ***situacijskih varijabli*** čine varijable vezane uz samo oboljenje. Pahljina-Reinić (2004) navodi kako tu spada ***klinički stadij*** raka dojke određen na temelju klasifikacije tumora dojke. Ta je klasifikacija osnovana na veličini tumora (T), proširenosti u limfne čvorove (N) i prisutnosti metastaza (M). Kombinacijom tih triju pokazatelja, izvršena je podjela raka dojke u četiri klinička stadija, s povećanjem težine oboljenja od kliničkog stadija 1 do kliničkog stadija 4. Klinički stadij je jedna od ključnih varijabli u razumijevanju situacijskog konteksta u kojem se emocionalna prilagodba oboljelih odvija jer određuje odabir postupaka liječenja, kao i dugoročnu prognozu oboljenja. Sljedeću važnu situacijsku varijablu predstavlja ***klinički tijek*** oboljenja koji se može bitno razlikovati od pacijentice do pacijentice. Većina žena započinje kontinuum bolesti otkrivanjem simptoma i neposrednim ili odgođenim liječničkim pregledom. U slučaju učinkovitih medicinskih tretmana slijedi period oporavka i dulji period bez znakova bolesti. Kod nekih pacijentica to rezultira dugoročnim preživljavanjem i izlječenjem, a kod drugih rak dojke postaje kronično oboljenje praćeno dugoročnim tjelesnim nesposobnostima.

Tjelesna nesposobnost je također jedna od situacijskih varijabli koja može otežavati prilagodbu ograničavanjem pacijentice u aktivnom obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Svjetska zdravstvena organizacija (1980; prema Pahljina-Reinić, 2004) definira tjelesnu nesposobnost kao bilo koje ograničenje ili smanjenje sposobnosti za obavljanje aktivnosti na način ili u rasponu koji se smatra normalnim za čovjeka. Pokazalo se da su ograničenja u obavljanju svakodnevnih aktivnosti značajan posredujući čimbenik u odnosu između kliničkog stadija oboljenja od raka i emocionalne prilagodbe, te da uz težinu oboljenja i neki psihosocijalni čimbenici (dob, socijalna podrška, ličnost) objašnjavaju pojavu depresivnih simptoma.

Drugu kategoriju značajnih psihosocijalnih čimbenika u prilagodbi na oboljenje od raka dojke uz situacijske varijable predstavljaju ***varijable životnog konteksta***, uključujući vjerovanja i očekivanja vezana uz oboljenje od raka i konkretan razvojni stadij pacijentice. Istraživanja ukazuju na postojanje niza kulturalno utemeljenih vjerovanja o oboljenjima koja mogu utjecati na prilagodbu. Die-Trill i Holland (1993; prema Pahljina-Reinić, 2004) ističu kulturalne razlike u

vjerovanjima vezano uz percepciju uzroka raka. Tako je za neke rak primarno biološki događaj, dok neki uzrok raka vide u interpersonalnim ili nadnaravnim čimbenicima. Netočna vjerovanja o raku i njegovom liječenju mogu dovesti do nerealistično optimističnih ili nerealističko pesimističnih očekivanja. Važna determinanta prilagodbe je i razvojni stadij pacijentice u vrijeme dijagnoze, tj. konkretni biološki, osobni i socijalni životni ciljevi i zadaci.

Važne psihosocijalne čimbenike u prilagodbi na rak dojke pored situacijskih varijabli i varijabli životnog konteksta predstavljaju i ***osobne varijable***. Tu možemo svrstati *povijest pacijentice* (mentalne poremećaje, ovisnosti, prijašnja oboljenja i sl.), *demografiju* (dob, socioekonomski i bračni status), *intrapersonalne* (ličnost, stilovi i strategije suočavanja) i *interpersonalne čimbenike* (socijalna podrška) otpornosti na stres (Pahljina-Reinić, 2004).

7. Suočavanje sa stresom i prilagodba na rak dojke

Posljednjih desetljeća je porastao interes za istraživanje odnosa između suočavanja sa stresom i zdravlja općenito te je u okviru toga uočena i uloga suočavanja u prilagodbi na oboljenja. Rezultati istraživanja potvrđuju povezanost suočavanja i zdravstvenih ishoda (Pahljina-Reinić, 2004). Richard Lazarus i Susan Folkman (1984; prema Hudek–Knežević, 1993) definiraju suočavanje kao konstantno mijenjanje kognitivnih i ponašajnih napora kako bi se savladali eksternalni i/ili internalni zahtjevi koji su procijenjeni prevelikim za sposobnosti osobe. U istraživanjima tih autora najčešće se spominju dva osnovna načina suočavanja sa stresom koji odražavaju fokus suočavanja, na što je suočavanje usmjereno. Prvi način suočavanja je tzv. **problemima usmjereno suočavanje** koje se odnosi na rješavanje problema ili poduzimanje akcije. Tu vrstu suočavanja neki autori nazivaju i strategijama približavanja. Druga je dimenzija suočavanja **emocijama usmjereno suočavanje** ili strategija izbjegavanja (Hudek–Knežević, 1993). Istraživanja općenito sugeriraju da su strategije približavanja povezane s boljim, a strategije izbjegavanja s lošijim adaptacijskim ishodima. Međutim, treba istaknuti kako je odnos između suočavanja i prilagodbe izuzetno složen. Jedna od poteškoća u području izučavanja prilagodbe na oboljenje od raka dojke veže se uz varijablu stupnja kontrole nad situacijom (Pahljina–Reinić, 2004). Folkman i suradnici (1986; prema Hudek–Knežević, 1993) postavili su hipotezu o podudarnosti između strategije suočavanja i kontrole nad situacijom, prema kojoj problemu usmjereno suočavanje ostvaruje pozitivne učinke na prilagodbu u situacijama visoke kontrole, a emocijama usmjereno

suočavanje u situacijama niske kontrole. Oboljenje od raka dojke stresna je situacija na čiju prirodu ili ishod gotovo uopće nije moguće utjecati. Stoga je moguće očekivati da će pokušaji aktivnog rješavanja situacije, odnosno problemu usmjereno suočavanje imati štetne učinke, vjerojatno zato što će takvi napori rezultirati osjećajima frustracije i razočarenja. S druge strane, pretpostavka je da bi emocijama usmjereno suočavanje trebalo biti adaptivno zbog potrebe za suočavanjem s osjećajima bespomoćnosti koji redovito prate uvjete niske kontrole nad situacijom. U istraživanju suočavanja pacijentica s početnim stadijem raka dojke Carver i suradnici (1993; prema Pahljina-Reinić, 2004) nalaze povezanost strategija prihvaćanja, upotrebe humora i pozitivne interpretacije s nižim razinama negativnih emocija u praćenjima pri dijagnozi, nakon kirurškog zahvata, te nekoliko mjeseci nakon dijagnoze. Upotreba strategije prihvaćanja pri dijagnozi raka dojke, pokazala se dobrim prediktorom bolje emocionalne prilagodbe u praćenjima tijekom narednih godinu dana. Ti rezultati upućuju na zaključak da u uvjetima niske objektivne kontrole nad događajem, kao što je oboljenje od raka dojke, umjesto aktivnih pokušaja rješavanja problema izravnim mijenjanjem samog događaja, pozitivne učinke na emocionalnu prilagodbu ostvaruju problemu usmjerene strategije suočavanja koje uključuju prihvaćanje situacije i pokušaje mijenjanja procjene stresnosti situacije. S druge strane, upotreba strategija negiranja i ponašajnog izbjegavanja bile su povezane s višim razinama negativnih emocija, te su se te strategije izbjegavanja pokazale prediktorima lošije emocionalne prilagodbe u praćenjima tijekom prve godine nakon dijagnoze. U istraživanju odnosa suočavanja i emocionalne prilagodbe pacijentica s rakom dojke prije i nakon kirurškog zahvata, značajnim prediktorom lošije emocionalne prilagodbe pokazalo se suočavanje potiskivanjem i negiranjem. Suočavanje putem traženja socijalne podrške pokazalo se prediktorom bolje emocionalne prilagodbe. Stanton, Danoff-Burg i suradnici (2000; prema Pahljina-Reinić, 2004) su pokazali da suočavanje putem emocionalnog približavanja, uključujući aktivno procesiranje i izražavanje emocija nastalih u uvjetima niske objektivne kontrole nad situacijom, pospješuje emocionalnu prilagodbu.

8. Percipirana kontrola i prilagodba na rak dojke

Za razliku od stvarne ili objektivne kontrole, Skinner (1996; prema Pahljina-Reinić, 2004) smatra da percipirana kontrola predstavlja individualna vjerovanja o tome koliko je kontrole u pojedinoj situaciji dostupno i koliko kontrole utječe na ponašanja i emocije nezavisno od objektivnih uvjeta kontrole. Brojna istraživanja pokazuju da su individualne razlike u percipiranoj kontroli snažan prediktor tjelesnog i mentalnog zdravlja. Više razine percipirane kontrole povezane su s boljom emocionalnom prilagodbom na oboljenje od raka. Newsom i suradnici (1996; prema Pahljina-Reinić, 2004) su u longitudinalnom istraživanju pacijenata s povratom oboljenja od raka utvrdili pet nezavisnih područja percipirane kontrole: samookrivljavanje, kontrola nad pojavom raka, kontrola nad simptomima, kontrola nad kliničkim tijekom oboljenja i opća kontrola nad drugim životnim događajima. Opća vjerovanja pacijenata o tome da je u većoj mjeri moguće izbjeći pojavu raka, te žaljenje za time da to oni nisu učinili su važan čimbenik u razvoju depresivnih simptoma kod oboljelih od raka. Također, kontrola nad simptomima i kontrola nad drugim životnim događajima bile su negativno povezane s depresivnim simptomima. Thompson i suradnici (1993; prema Pahljina-Reinić, 2004) su na temelju rezultata svojih istraživanja zaključili da percipirana kontrola nad posljedicama oboljenja u različitim životim područjima više pridonosi pozitivnoj povezanosti percipirane kontrole i emocionalne prilagodbe, nego percipirana kontrola nad kliničkim tijekom raka, odnosno nad samim oboljenjem.

9. Percipirana socijalna podrška i prilagodba na rak dojke

U izučavanju prilagodbe na oboljenje od raka dojke socijalna je okolina naročito značajno područje. Pokazalo se da socijalna podrška štiti osobu od štetnih učinaka raka dojke kao stresnog životnog događaja, pri čemu su pozitivni učinci socijalne podrške na tjelesno i mentalno zdravlje u većoj mjeri funkcija percipirane, nego stvarno primljene podrške. Rak dojke je stresan događaj koji utječe na interpersonalne odnose. Budući da je riječ o potencijalno smrtnom i često stigmatiziranom oboljenju, socijalna se mreža tih pacijentica može povući ili reagirati neprimjereno. Također, rak dojke može posredno utjecati na odnose ograničavajući socijalne aktivnosti pacijentica, te time i mogućnosti sudjelovanja u socijalnim kontaktima i interakcijama nužnim za očuvanje socijalne mreže. Istraživanja odnosa socijalne podrške i prilagodbe pacijentica s rakom dojke pokazuju da

socijalna podrška ovim pacijenticama ima različite učinke na prilagodbu, ovisno o tipu socijalne podrške (emocionalna, instrumentalna, informacijska) i ovisno o izvoru socijalne podrške (obitelj, prijatelji, zdravstveno osoblje i dr.). Neuling i Winefield (1988; prema Pahljina-Reinić, 2004) su u svojim praćenjima pacijentica s rakom dojke neposredno nakon kirurškog zahvata i nekoliko mjeseci poslije zahvata uočili visoku potrebu pacijentica za emocionalnom podrškom, prvenstveno od strane obitelji. Emocionalna podrška se pokazala najčešće primljenom vrstom podrške, ali i najčešće percipiranom kao neodgovarajućom. Informacijsku pomoć pacijentice priželjkuju samo od strane zdravstvenog osoblja. Instrumentalna se socijalna podrška pokazala najkorisnijom kod pacijenata s najlošijom kliničkom prognozom. U istraživanju Peters-Goldena (1982; prema Pahljina-Reinić, 2004) utvrđeno je nekoliko pogrešnih shvaćanja zdrave populacije o potrebama pacijenata s rakom. Tako je, primjerice, većina zdravih ljudi izvjestila da bi pokušala „razvedriti“ pacijenta s rakom, dok je većina oboljelih izvjestila da ih neutemeljeni optimizam zapravo uzrujava. Također, većina zdravih smatrala je da razgovor o oboljenju šteti pacijentima s rakom, dok su pacijentice iskazale upravo suprotan stav. U nekim istraživanjima, pacijenti s rakom su izvještavali i o drugim nepodržavajućim ponašanjima okoline, u prvom redu o pokušajima umanjivanja ozbiljnosti problema, neprimjerenom optimizmu i vedrom raspoloženju, zahtjevima i poticajima da smanje zabrinutost zbog oboljenja, pružanju medicinskih usluga u odsustvu emocionalne podrške, te neosjetljivim komentarima prijatelja. Ta istraživanja pokazuju da su nepodržavajuća ponašanja okoline povezana s lošijom prilagodbom i kvalitetom života oboljelih od raka (Pahljina-Reinić, 2004). Stoga je važno motivirati i educirati okolinu koja je neprestano u izravnom dodiru s bolesnom ženom. Pri tome moraju i terapeut i bolesničina okolina biti svjesni kako se kod bolesnice s rakom dojke stvara tzv. *nova normalnost*. Ništa više ne može biti isto kao prije oboljenja ili prije početka liječenja. Koliko god okolina nastoji olakšati život bolesnici i uvjeriti je u moguću realnost budućnosti, sigurnost koja joj se nudi jest lažna sigurnost. Okolina nastoji pomoći bolesnici, žali je, ali je se i boji i nerijetko izbjegava susret s njom. Bolesnica s rakom dojke je podsjetnik smrti. Stoga je nezaobilazna nazočnost velikog stresa u pomagača bolesnicama oboljelim od raka dojke (Gruden, 1998).

9.1. Uloga bračnog partnera u prilagodbi žene na rak dojke

Neposredna životna okolina ženi oboljeloj od raka dojke jest njezin bračni partner. On je više od svih uključen u njezin problem i prema iskazima udanih pacijenata oboljelih od raka, ključan je i visoko vrednovan izvor emocionalne podrške. Rezultati istraživanja Manne i Glassmana (2000; prema Pahljina-Reinić, 2004) su pokazali da su učinci percepcije nepodržavajućih ponašanja kritiziranja i izbjegavanja od strane bračnih partnera nepovoljni i negativni za emocionalnu prilagodbu pacijenata s rakom. Pokazalo se da takva nepodržavajuća ponašanja bračnih partnera ostvaruju štetne učinke na prilagodbu pacijenata i posredstvom nepovoljnih učinaka na percepciju uspješnosti u suočavanju, odnosno na subjektivne procjene pacijenata o tome koliko su suočavajući napori koje ulažu učinkoviti u dostizanju ciljeva unutar specifične stresne situacije oboljenja od raka. Istraživanja jednoznačno potvrđuju pozitivnu povezanost emocionalne podrške bračnog partnera i općeg zadovoljstva brakom s prilagodbom pacijenata oboljelih od raka (Pahljina-Reinić, 2004). Naime dojka je integralni dio spolnog života, važan dio ženinog identiteta, suptilna i snažna veza muškarca s njegovom djecom. Dojku na neki način dijele partner i djeca; muž kao spolni izazov, djeca kao prvotni izvor života. Saznanje o teškoj dijagnozi djeci treba što prije priopćiti jer djeca osjete kad nešto u obitelji krene krivim putem. Muž oboljele žene je pod stresom jer se njegov realitet također mijenja. Gubi se idealizirana slika žene. Stoga je od velike koristi i rad s partnerom oboljele žene da se ublaži njegov eventualni strah i gađenje i kako bi se njihov spolni odnos mogao održavati. U žene s karcinom dojke spolni je život dio njezina liječenja i njezine rehabilitacije. Muškarac treba konstruktivno i pozitivno misliti na nastavak spolnog kontakta sa svojom bolesnom ženom. Terapijski rad s obitelji ne prestaje ni nakon smrti bolesne žene. Potrebno ih je na smrt pripremiti još za života bolesnice (Gruden, 1998).

10. Rehabilitacija bolesnica s rakom dojke

Rehabilitacija se u kompleksno liječenje bolesnica s rakom dojke uključuje razmjerno kasno, oko polovine 20. stoljeća. Danas je rak dojke izlječiv ako se dovoljno rano otkrije pa i bolesnice s progresijom bolesti uz specifičnu antitumorsku terapiju i suvremenu rehabilitaciju, godinama žive u svojem socijalnom okruženju. Kvaliteta života žena s liječenim rakom dojke pokriva široko psihosocijalno i somatomotoričko područje njihova života, s ponovnim uključenjem u obiteljsku, socijalnu i radnu sredinu. Rehabilitacija žena s rakom dojke je proces maksimalno mogućeg osposobljavanja koji omogućuje postizanje maksimuma fizičkih, emocionalnih, psihičkih, edukativnih, socijalnih i radnih potencijala. U provođenju programa rehabilitacije sudjeluje rehabilitacijski tim: specijalist fizijatar, defektolog, psihoterapeut, fizioterapeut, radni terapeut, muzikoterapeut, duhovnik, socijalni radnik, medicinska sestra. Timu se, po potrebi, pridružuju i osobe liječene od raka, educirane za volonterski rad s novooboljelim ženama. Program rehabilitacije je individualan za svaku bolesnicu, a stvara se s obzirom na psihički i socijalni status, dob bolesnice, klinički stadij i histološki tip bolesti, modalitet liječenja, prognozu postavljenih ciljeva (Kraljević, 2007).

Tri cilja rehabilitacije žena s rakom dojke jesu:

1. Sačuvati prijeoperacijsku funkciju ramena i ruke na strani operirane dojke
2. Psihološko – edukativna pomoć
3. Obnova vanjskog izgleda

10.1. Psihološko - edukativna pomoć

Industrijski razvoj i suvremena kultura uzrokovali su naglašenu svjesnost anatomskih oblika tijela u žena. Zbog toga mastektomirana žena teško prihvaća gubitak dojke. U fiziološkom životu dojka ima sasvim ograničenu ulogu koja se odnosi na razdoblje ženina fertiliteta, no u svakodnevnom životu čini značajnu psihoemocionalnu komponentu (Sabol, 1998). Tijekom odrastanja i razvoja do fiziološke i psihičke zrelosti, u interakciji s okolinom, u žena se stvara slika o sebi i slika vlastitog tijela. Kasnija psihička stabilnost žene i skladnost u obiteljskom i društvenom životu umnogome će ovisiti o tim predodžbama.

Slika o sebi uključuje vlastitu predodžbu i vlastiti doživljaj sebe. U bolesti, ovisno o tijeku, liječenju i ishodu, bolesnik, privremeno ili stalno, mijenja sliku o sebi.

Slika vlastitog tijela se također mijenja tijekom bolesti, zbog promjena koje nastaju kao posljedica liječenja (operacije, zračenje, kemoterapija) i zbog promjena koje nastaju progresijom same bolesti. Reakcija žena na spoznaju o bolesti je višeznačna. Svaka reakcija ima psihofizičku podlogu i smanjuje prirodan obrambeni mehanizam za ozdravljenje. Zbog toga je ženi potrebna stalna psihička, emocionalna, duhovna i socijalna pomoć medicinskog osoblja, obitelji, prijatelja, pa i šire društvene zajednice kako bi emocionalno prihvatila bolest i sve promjene nastale tijekom liječenja. Važno je korigirati stav bolesnice prema raku kao bolesti koja se danas uspješno liječi, da razvije motivaciju za ozdravljenje i da se potpuno prilagodi životu uz prisutnost maligne bolesti. Vrlo često je takva pomoć potrebna i članovima obitelji oboljele žene. Metode pomaganja bolesnici i njenoj bližoj okolini jesu: individualni intervjui, grupni sastanci, dopisivanje, telefonski razgovori, radno-terapijske aktivnosti, terapijske zajednice, formiranje klubova ili društava liječenih žena.

Klubovi osoba liječenih od raka su važna sastavnica u okviru rehabilitacijskih postupaka. Prvi takav klub osnovan je 1981. godine u današnjoj Klinici za tumore u Zagrebu. Redovito se sastajući, žene razmjenjuju svoja iskustva, strahove, nade, strepnje i stečena znanja kako bi se što uspješnije prilagodile na život poslije gubitka dojke. Iz Kluba je proizašla i sekcija volonterki – žena s operiranom dojkom, s programom „Vrijeme oporavka – pogled u budućnost“, kao dio svjetskog pokreta „Reach to Recovery“. Glavna svrha programa je osobni izravni kontakt dviju žena, žene volonterke koja je uspješno liječena i rehabilitirana i žene bolesnice tijekom njezina oporavka nakon operacije. Žena volonterka pruža emocionalnu, praktičnu i psihološku potporu oboljeloj ženi za brži oporavak i povratak u svakodnevni život (Kraljević, 2007).

11. Zaključak

Kao što je već više puta naglašeno kroz ovaj rad, rak dojke u potpunosti mijenja ženin život utječući na kvalitetu njezina života. To je stresan događaj koji dovodi do psihičkih preokupacija oboljelih žena kao što su nametajuće misli o bolesti praćene perzistirajućom anksioznosti, osjećaj ranjivosti, poremećaj doživljaja vlastitog tijela, umor, problemi sa spavanjem, bolovi, seksualna disfunkcija, strahovi vezani za provođenje terapijskih postupaka, bračna komunikacija, strah od povratka bolesti i egzistencijalni strah od smrti. Dakle potrebna je, osim izravnog liječenja raka dojke i psihoterapijska pomoć. Ciljevi psihološkog tretmana su smanjiti emotivni stres, poboljšati mentalnu prilagodbu na karcinom izazivanjem pozitivnog borbenog duha, izazvati u pacijenata osjećaj osobne kontrole nad vlastitim životom i aktivno sudjelovanje u liječenju karcinoma, razviti učinkovite strategije suočavanja za rješavanje problema povezanih s karcinomom, poboljšati komunikaciju između oboljelog i partnera, poticati otvoreno izražavanje osjećaja.

Budući da je riječ o potencijalno smrtnom i često stigmatiziranom oboljenju, socijalna se mreža tih pacijentica može povući ili reagirati neprimjereno stoga je važno motivirati i educirati okolinu koja je neprestano u izravnom dodiru s bolesnom ženom. Oboljenje od raka dojke stresna je situacija stoga je ženi potrebna psihička, emocionalna, duhovna i socijalna pomoć medicinskog osoblja, obitelji, prijatelja, pa i šire društvene zajednice kako bi emocionalno prihvatila bolest i sve promjene nastale tijekom liječenja.

12. Literatura

Anton, S. (2008). Psihološki aspekti u liječenju karcinoma dojke: važnost suportivnih postupaka. *Socijalna psihijatrija*, *36*(4), 179-185.

Gruden, V. (1998). Psihosocijalni aspekti u liječenju raka dojke. U Fajdić, J. i sur. (Ur.), *Bolesti dojke*. (str. 449–455). Zagreb: Nakladni zavod Globus; Požega: Opća županijska bolnica.

Havelka, M. (1998). *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Hudek-Knežević, J. (1993). Prikaz istraživanja i teorijskih pristupa proučavanju suočavanja sa stresom. *Godišnjak Zavoda za psihologiju*, *3*, 31-42.

Husić, S., i Brkljačić-Žagrović, M. (2010). Izmijenjen tjelesni izgled žene nakon mastektomije zbog karcinoma dojke uzrokuje poremećaj kvalitete života. *Medicina Fluminensis*, *46*(1), 80-85. http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=75305.

Kraljević, N. (2007). Rehabilitacija bolesnica s rakom dojke. U Šamija, M. i sur. (Ur.), *Tumori dojke*. (str. 466–479). Zagreb: Medicinska naklada: Hrvatsko onkološko društvo – HLZ.

Pahljina–Reinić, R. (2004). Psihosocijalna prilagodba na rak dojke. *Psihologijske teme*, *13*(1), 69-90. http://hrcak.srce.hr/12654.

Pinjatela, R. (2008). Neke karakteristike kvalitete života osoba sa i bez malignog oboljenja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, *44*(2), 79-98. http://hrcak.srce.hr/30718.

Prstačić, M. i Sabol, R. (2006). *Psihosocijalna onkologija i rehabilitacija*. Zagreb: Medicinska naklada: Hrvatska udruga za psihosocijalnu onkologiju.

Sabol, R. (1998). Rehabilitacija bolesnica liječenih od raka dojke. U Fajdić, J. i sur. (Ur.), *Bolesti dojke*. (str. 457–465). Zagreb: Nakladni zavod Globus; Požega: Opća županijska bolnica.

Strnad, M. (2002). Rak dojke: ranim otkrivanjem do izlječenja. *Narodni zdravstveni list*, 512-513. 1-8.