

Psihoonkologija – povezanost onkologije i psihosocijalnih elemenata u dijagnostici, liječenju i praćenju osoba oboljelih od raka

Psycho-Oncology – The Connection between Oncology and Psychosocial Elements in the Diagnosis, Treatment and Follow-up of Cancer Patients

DARKO KATALINIĆ^{1,2}, IVAN ALERIĆ^{1,2}, ALEKSANDAR VČEV^{1,2}

¹Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, ²Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

SAŽETAK ____ Psihoonkologija predstavlja multidisciplinarno područje medicine koje se osim na onkološke aspekte, osobito fokusira na psihološku i socijalnu dimenziju zloćudnih bolesti. Riječ je o relativno novom dijelu medicinske znanosti čiji je osnovni cilj poboljšanje kvalitete života i pružanje podrške oboljelima od raka i njihovim obiteljima. Rak je složena bolest koja utječe ne samo na fizičko zdravlje već i na emocionalno i psihičko blagostanje. Psihoonkologija prepoznaje potrebe onkoloških bolesnika koji mogu iskusiti niz psiholoških, emocionalnih i socijalnih izazova, kao što su tjeskoba, depresija, strah i neizvjesnost. Navedena stanja značajno utječu na kvalitetu života i sposobnost onkoloških bolesnika da se suoče sa zloćudnom bolešću. Psihoonkolozi pomažu oboljelima od raka i njihovim bližnjima u prevladavanju navedenih izazova te pružaju potporu onkološkim bolesnicima tijekom procesa specifičnoga onkološkog liječenja koje uključuje razne nuspojave i komplikacije kirurških zahvata, kemoterapije, imunoterapije, ciljane terapije i radioterapije. Koristeći različite terapijske pristupe, temeljna je zadaća psihoonkologa stvaranje holističkog pristupa u liječenju raka koji u prvi plan stavlja cjelovitost osobe kao takve, a ne samo njezino fizičko zdravlje čime pomaže bolesnicima i njihovim bližnjima u razvoju strategija suočavanja sa zloćudnom bolešću.

KLJUČNE RIJEČI: psihoonkologija, rak, onkologija, psihosocijalni elementi

SUMMARY ____ Psycho-oncology is a multidisciplinary field of medicine that, in addition to oncological aspects, focuses particularly on the psychological and social dimensions of malignant diseases. It is a relatively new medical field that aims to provide support for cancer patients and their families, and to improve their quality of life. Cancer is a complex illness that affects not only the physical health of the patient but also their emotional and psychological well-being. Psycho-oncology recognizes that cancer patients may experience a range of psychological, emotional, and social challenges, such as anxiety, depression, fear, and uncertainty. These elements can have a significant impact on the patient's quality of life and ability to cope with the cancer. Psycho-oncologists work with cancer patients and their families to help them manage these challenges as well as to help patients manage the side-effects of specific cancer treatments, such as surgery, chemotherapy, immunotherapy, targeted therapy, and radiation therapy. They also use a variety of therapeutic approaches to help patients develop coping strategies and improve their emotional and psychological well-being. By addressing the psychological and social aspects of cancer, psycho-oncologists are helping to create a more holistic approach to cancer care that supports the whole person, not just their physical health.

KEY WORDS: psycho-oncology, cancer, oncology, psychosocial elements



Uvod

Psihoonkologija (u svijetu poznata kao i psihijatrijska onkologija) predstavlja kompleksno, interdisciplinarno i multidisciplinarno, uže specijalističko područje u sferi interesa psihijatrije i onkologije koje proučava emocionalne reakcije osoba oboljelih od zloćudnih tumora u svim stadiji-

ma onkološke bolesti, njihovih obitelji i/ili bližnjih, te osoba koje im pružaju medicinsku skrb. Osim navedenog, psihoonkologija također istražuje različite psihološke, socijalne i bihevioralne aspekte koji utječu na rizik od pojavnosti zloćudnih bolesti uključujući njihovu prevenciju, dijagnostiku, liječenje i ukupno preživljavanje te njihove međusobne od-

nose (1, 2). Kako značajan broj onkoloških bolesnika u terminalnoj fazi zloćudne bolesti zahtijeva palijativno zbrinjavanje, time psihoonkologija predstavlja i značajan dio palijativno-medicinskog koncepta liječenja, odnosno palijativne medicine uopće. Prvi počeci psihoonkologije javljaju se 1976. u Nizozemskoj kada psiholog Frits van Dam osniva prvu psihoonkološku istraživačku jedinicu u bolnici Antoni van Leeuwenhoek u Amsterdamu. Potom 1977. u Sjedinjenim Američkim Državama američka psihijatrica Jimmie Coker Holland utemeljuje prvu psihoonkološku službu u jednoj od najprestižnijih bolnica za liječenje raka Memorial Sloan Cattering Cancer Center (3, 4). Kako je i sama rekla, njezin interes za psihoonkologiju javio se iz brojnih razgovora sa suprugom koji je bio onkolog, ali prvenstveno iz činjenice da se u praksi jako malo činilo kako bi se osobama koje boluju od raka i njihovim bližnjima pomoglo u emocionalnom suočavanju s tako teškom dijagnozom i sa svim onim što iz nje proizlazi. Svakako je potrebno naglasiti da razvoju psihoonkologije pridonosi činjenica što se tek od 1970-ih postupno počinje mijenjati koncept pristupa oboljelima od zloćudnih tumora. Naime, tek tada se stigma „dijagnoze raka“ smanjila do mjere da se većini bolesnika dijagnoza zloćudne bolesti mogla priopćiti bez ustručavanja što je automatski dovelo do većih mogućnosti znanstvenog proučavanja njihovih emocionalnih reakcija (1, 5). Također, postoje i drugi elementi koji su olakšali rođenje psihoonkologije kao relativno nove znanstvene discipline. Oni uključuju opću društvenu destigmatizaciju raka i mentalnih bolesti, promjene u odnosima između pružatelja zdravstvenih usluga i bolesnika, promjenu fokusa s povećanja preživljenja i očekivanoga životnog vijeka na poboljšanje kvalitete života i konačno – sve bolji razvoj palijativne onkološke skrbi. Već 1980. psihijatrica Holland osniva Američko psihosocijalno onkološko društvo, a 1984. Međunarodno psihoonkološko društvo, dok se Europsko psihoonkološko društvo osniva 1987. Zatim postupno dolazi do ekspanzije psihoonkologije koja danas u zemljama zapadne Europe i Sjedinjenim Američkim Državama predstavlja nezaobilazni, integralni standard liječenja onkoloških bolesnika te je sastavni dio suvremenog koncepta cjelokupne kvalitetne onkološke skrbi. Od samog početka socijalni radnici, stručnjaci iz onkološkog sestrištva i psihijatri bavili su se praktičnim psihosocijalnim problemima osoba oboljelih od raka i njihovih obitelji, a rana istraživanja na tom polju provodili su uglavnom psihijatri i rjeđe onkolozi. Od ostalih stručnjaka koji danas djeluju na ovome polju potrebno je spomenuti zdravstvene psihologe koji proučavaju teoretske modele suočavanja i intervencije u kognitivnom ponašanju, bihevioralne psihologe koji se bave proučavanjem životnog stila, odnosno elemenata poput prehrambenih navika, konzumacije duhana, alkohola i sl., te stručnjake ostalih društvenih disciplina poput zdravstvenih sociologa i stručnjake religijskih znanosti.

U usporedbi sa zapadnim svijetom, u Hrvatskoj je situacija nezadovoljavajuća. Broj psihijatarata, psihologa i onkologa koji se usko bave psihoonkologijom izrazito je mali. Na velikom broju onkoloških odjela i klinika ne postoje stalno zaposleni psihoonkološki stručnjaci, već se psihoonkološke intervencije provode u najvećem broju slučajeva *ad hoc* ili u sklopu konzilijarnih pregleda u bolnicama. Nažalost, niti do danas ne postoje jasne stručne preporuke o učinkovitim psihološkim intervencijama za različite skupine onkoloških bolesnika, a nije osnovano niti jedno stručno društvo iz područja psihoonkologije. Količina znanstvene i stručne literature na hrvatskom jeziku iz ovog je područja oskudna, a kontinuirana edukacija nije etablirana. Oboljeli se sa svojim tegobama najvećim dijelom javljaju izravno onkolozima, psihijatrima i liječnicima obiteljske medicine, što zasigurno nije niti adekvatno niti dovoljno. S druge strane, u izvanbolničkom sektoru situacija je bolja, ali nije idealna. Psihosocijalne intervencije provode se u sklopu privatnoga zdravstvenog sektora ili pak individualnih ili grupnih savjetovališta kroz različite neprofitne udruge osoba oboljelih od raka (6, 7). Ipak, za pozdraviti je donošenje Nacionalnoga strateškog okvira protiv raka do 2030. od strane Hrvatskog sabora kojim Hrvatska može znatnije unaprijediti liječenje onkoloških bolesnika. Sukladno navedenom dokumentu, 60 % onkoloških bolesnika treba barem inicijalnu psihološku potporu, 30 % treba kontinuiranu podršku i praćenje, a psihoonkološku pomoć potrebno je tijekom procesa liječenja i nakon smrti osigurati i članovima obitelji te njegovateljima (8).

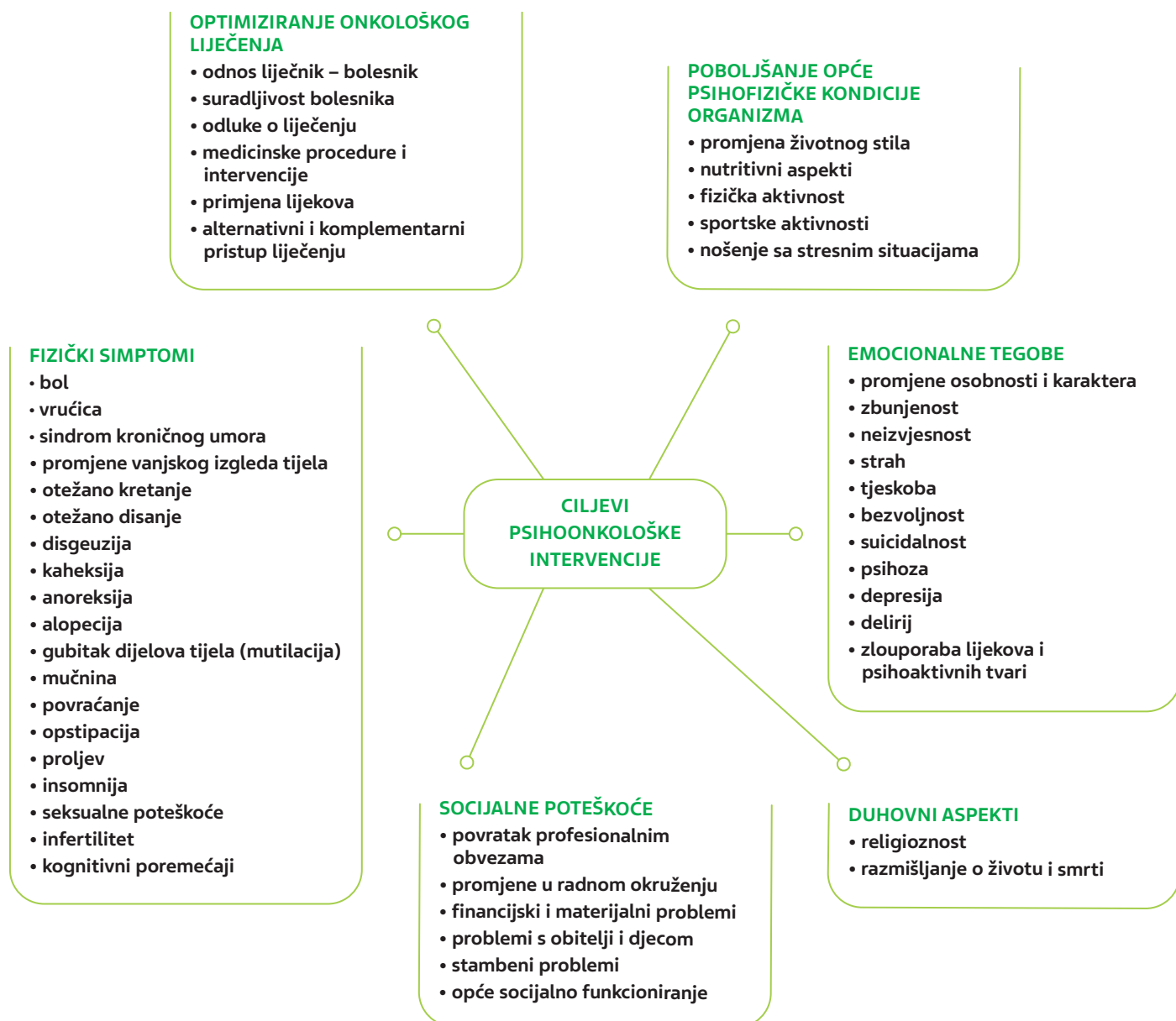
Međusobna interakcija psihičkog i fizičkog u psihoonkologiji

Emocionalna uznemirenost predstavlja normalnu psihičku reakciju i zbivanje kod svake osobe koja je suočena s dijagnozom zloćudne bolesti, njezinim povratom, komplikacijama i nuspojavama onkološkog liječenja ili pak njegovim neuspjehom. Dijagnoza raka, kao niti jedna druga dijagnoza u medicini, iz temelja mijenja život svake osobe koja se s njom suočava te gotovo uvijek dovodi do određenih fizičkih, psihičkih i socijalnih poteškoća. One se očituju čitavim nizom simptoma i znakova različitog intenziteta koji variraju od fizičke boli, umora i gubitka kontrole nad vlastitom autonomijom sve do anksioznosti, depresije i poteškoća u osobnim, obiteljskim i profesionalnim odnosima. Svi navedeni parametri mogu negativno utjecati na kvalitetu života i dodatno otežavati cijeli proces liječenja te čine kompleksni sustav međuodnosa s direktnim utjecajem na dijagnozu, liječenje i praćenje bolesnika oboljelih od zloćudnih tumora (graf 1.). Kao rezultat navedenog, potražnja za psihosocijalnim intervencijama prije, tijekom i nakon specifičnoga onkološkog liječenja te podrška bolesnicima oboljelih od raka i onima koji su preživjeli rak značajno

je porasla tijekom posljednjih desetljeća. Već je od ranije poznato kako kombinacija vanjskih (učinak bioloških, fizičkih i kemijskih kancerogenih tvari, psihofizički stres, stil života i socioekonomski status) te unutarnjih čimbenika (genski poremećaji i nasljeđe, psihički habitus) imaju značajan utjecaj na razvoj i prognozu raka (9, 10). Smatra se da glavni putovi djelovanja osovine hipotalamus-hipofiza i otpuštanje hormona stresa iz nadbubrežne žlijezde potencijalno utječu na procese bitne za nastanak i razvoj raka poput imunoloških procesa, oštećenja i popravka DNK, apoptoze, stanične migracije, invazije i angiogeneze. Iako neke retrospektivne znanstvene studije pokazuju statističku značajnost između životnih zbivanja i učestalosti raka, nekoliko prospektivnih studija ukazalo je na značajno manju korelaciju između depresije, osobina ličnosti, životnih događaja i razvoja raka

(11 – 13). Postoje neki dokazi da psihološki stres, osobito depresija, dovodi do nepovoljne prognoze kod oboljelih od zloćudnih tumora, ali direktna, uzročna priroda ove povezanosti nije apsolutno dokazana (14, 15). Također, nejasno je imaju li procesi povezani s depresijom izravan utjecaj na napredovanje raka ili neki međuovisni čimbenici poput životnog stila i opće zdravstvene kondicije posreduju u tom učinku. Konačno, postavlja se pitanje mogu li psihosocijalne intervencije i u kojoj mjeri poboljšati preživljavanje oboljelih od raka (16 – 18). Podaci iz nekoliko znanstvenih studija govore o dobitima u preživljavanju u psihosocijalnim intervencijskim skupinama (19 – 21). Posebno se ističu studije u kojima su promatrane žene s nemetastatskim rakom dojke koje su sudjelovale u psihoonkološkim intervencijama. Kod navedenih ispitanica dokazano je smanjenje razine hormona

GRAF 1. Ciljevi psihoonkoloških intervencija



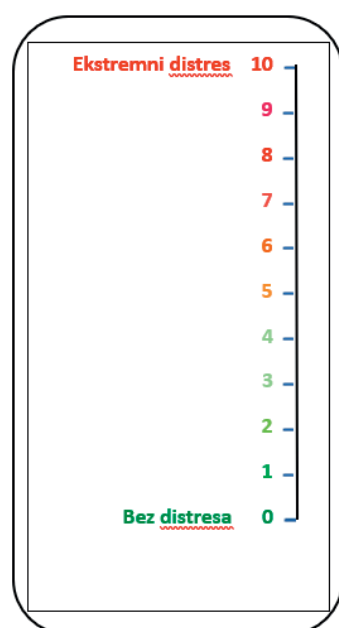
stresa (kortizola) te niža regulacija funkcije proupalnih gena i gena povezanih s procesima metastaziranja (22 – 24). Kada se sagledaju svi skupni podaci, s obzirom na to da su rezultati nekonzistentni, nije moguće izvesti jedinstveni i nepobitan zaključak o učinku psihosocijalnih intervencija na progresiju raka ili ukupno preživljavanje od zloćudne bolesti. Međutim, čini se visoko vjerojatnim da psihički stres može nepovoljno utjecati na razvoj raka, dok učinak kvalitetne psihosocijalne podrške tijekom napredovanja onkološke bolesti ima pozitivan učinak. Ipak, kada bolesnike promatramo u kliničkom okruženju, psihološke posljedice raka značajno su važnije. Psihološki i emocionalni teret, kao i izravni patofiziološki učinci zloćudne bolesti te nuspojave i komplikacije onkološkog liječenja, nepobitno utječu na psihofizičku komponentu čovjeka dovodeći do promjena u neuroendokrinom i imunološkom sustavu sa širokim posljedicama na emocionalno zdravlje i cjelokupno ljudsko ponašanje (25).

Psihosocijalne intervencije

Nekim onkološkim bolesnicima različite psihoonkološke

intervencije nisu objektivno potrebne, dok ih određeni broj oboljelih niti ne želi. Nekima od njih pak psihoonkološke intervencije ne donose nikakvu kliničku korist ili je ona izrazito mala. Međutim, veliki broj onkoloških bolesnika zasigurno treba barem inicijalnu psihoonkološku podršku, a među njima je značajan broj onih kojima je ta podrška dugotrajno potrebna zbog izraženih psihičkih poteškoća u suočavanju s dijagnozom raka i cijelim procesom liječenja koje ne traje kratko niti je imalo jednostavno. Ponekad potreba za psihoonkološkom podrškom nije uvijek pravilno prepoznata od strane medicinskog osoblja pa se time niti ne nudi kao opcija bolesnicima, što je porazno. Kako bi se izbjegli takvi scenariji, svi onkološki bolesnici trebali bi biti rutinski podvrgnuti psihoonkološkom pregledu čime bi se procijenio njihov stupanj opće psihičke uznemirenosti, tj. distresa tijekom različitih stadija onkološke bolesti. Termin „distres“ definiramo kao neugodna iskustva psihosocijalne, tjelesne ili duhovne prirode koja ometaju autonomiju oboljelih u njihovoj sposobnosti suočavanja s dijagnozom zloćudne bolesti, njezinim znakovima, simptomima i procesom liječenja te rehabilitacije. Ovaj

SLIKA 1. Termometar distresa



PRAKTIČNA DOMENA

- skrb o sebi
- skrb o drugima
- radne obveze
- škola
- kućanstvo
- financije
- osiguranje
- prijevoz
- skrb o djeci
- posjedovanje dovoljne količine hrane
- pristup medicinskoj skrbi
- odluke o liječenju

EMOCIONALNA DOMENA

- zabrinutost ili tjeskoba (anksioznost)
- tuga ili depresija
- gubitak interesa ili osjećaja uživanja
- tuga ili opći osjećaj gubitka
- strah
- usamljenost
- ljutnja
- promjene u izgledu
- osjećaj bezvrijednosti ili tereta drugome

FIZIČKA DOMENA

- bol
- spavanje
- umor
- uporaba duhana
- uporaba drugih tvari
- pamćenje ili koncentracija
- seksualno zdravlje
- promjene u prehrani
- gubitak ili promjena fizičke aktivnosti

SOCIJALNA DOMENA

- odnos sa suprugom ili partnerom
- odnos s djecom
- odnos s članovima obitelji
- odnos s prijateljima ili radnim kolegama
- komunikacija s medicinskim osobljem
- sposobnost da se dobiju djeca

DUHOVNA ILI RELIGIJSKA DOMENA

- osjećaj značenja ili smisla
- promjene u vjeri ili vjerovanju
- smrt, umiranje ili zagrobni život
- sukob između vjerovanja i liječenja raka
- odnos s vjerom (svetim stvarima)
- ritualne ili dijetarne potrebe

termin namjerno je odabran jer je prihvatljiviji i manje stigmatizirajući za onkološkog bolesnika u usporedbi s terminima poput „psihijatrijski“ ili „duševni“ (26). Sukladno preporukama Međunarodnoga psihoonkološkog društva (engl. *International Psycho-Oncology Society*), psihološka pomoć predstavlja univerzalno ljudsko pravo, a distress kod bolesnika oboljelih od raka treba mjeriti kao šesti vitalni znak uz krvni tlak, puls, disanje, tjelesnu temperaturu i razinu boli (27).

U kliničkoj praksi koristimo se s nekoliko dostupnih alata psihoonkološkog probira, među kojima je najjednostavniji za primjenu tzv. „termometar distresa“ (II. verzija iz 2023. godine). Preporučan je od strane smjernica Nacionalne sveobuhvatne mreže za borbu protiv raka Sjedinjenih Američkih Država (engl. *National Comprehensive Cancer Network*) (28), a provodi se putem Likertove ljestvice s jednom stavkom od 11 točaka koja je predstavljena na vizualnoj grafičkoj skali u vidu termometra s rasponom intenziteta smetnji od 0 (bez smetnji) do 10 (ekstremna smetnja). Unutar navedene skale onkološki bolesnici mogu subjektivno izraziti svoju razinu poteškoća kao i odgovaranjem na pitanja iz domena fizičke, emocionalne, duhovne, socijalne i praktične prirode (slika 1.). Psihoonkološki probir treba biti praćen psihoedukativnim mjerama uključujući informiranje oboljelih o rasponu psihoonkoloških usluga unutar ustanove u kojoj se liječe ili izvan nje i procjenu želje svakoga pojedinačnog bolesnika za dobivanjem psihosocijalne potpore. Patološke rezultate treba pratiti temeljita kliničko-psihijatrijska procjena te eventualna primjena odgovarajućeg oblika liječenja. Rezultati iz nekoliko studija pokazali su da je psihoonkološki probir na distress izvediv i dovodi do poboljšanih kliničkih ishoda kada oboljeli prihvate i iskoriste upućivanje na psihoonkološke intervencije (29). Međutim, iako se psihoonkološki probir preporučuje u većini američkih i europskih smjernica, rezultati sustavnih preglednih studija pokazali su kako isti nije apsolutno dovoljan za dokazivanje pozitivnog učinka na simptome distresa (30).

Glavni ciljevi psihoonkoloških intervencija s ciljem smanjenja distresa

Kao što se može očekivati kod bilo koje teške bolesti, rak ima tendenciju povećanja prevalencije određenih psihijatrijskih simptoma i sindroma iznad razine koju nalazimo u prosječnoj populaciji. U kliničkoj praksi oni se izravno očituju nepovoljnim učinkom na kvalitetu života oboljelih. Prema Blocku (31), distress „smanjuje sposobnost bolesnika da osjeti zadovoljstvo, značenje i povezanost, narušava kvalitetu života, pojačava bol i druge simptome, smanjuje emocionalnu sposobnost i uzrokuje tjeskobu i brigu kod članova obitelji i prijatelja“. Godine 1979. Avery D. Weisman predložio je 4-fazni model suočavanja s dijagnozom zloćudne

bolesti uzimajući u obzir egzistencijalne elemente povezane s njom: uništenje, otuđenje, ugrožavanje i poricanje (32). Sve one redom odgovaraju emocionalnim reakcijama tjeskobe, depresije, ljutnje i neprikladnog (povišenog ili disociranog) afekta.

Faza I. Egzistencijalna nevolja: uključuje utjecaj onkološke dijagnoze, suočavanje sa smrtnošću i osjećaj tjeskobe u svezi s budućnošću. Tijekom ove faze poricanje je najčešći mehanizam obrane, a često su prisutne nade u izlječenje.

Faza II. Prilagodba i ublažavanje: uključuje različite razine psihosocijalnog „oštećenja“, oboljeli su usredotočeni na pragmatične aspekte liječenja i njegovih nuspojava, te osjećaj da su se promijenili („niti umiru, a niti su zdravi“). Osnovna je karakteristika ponašanja nadzor, a osjećaj poricanja klizi u pozadinu tegoba. Bolesnici s ranom fazom raka koji su izliječeni možda neće napredovati u faze III. i IV. **Faza III. Recidiv (povrat bolesti):** uključuje ponovno buđenje egzistencijalnih misli, osjećaj optimizma teže se pronalazi, a poricanje se javlja rijetko. Najčešći cilj koji si oboljeli postavljaju je osjećaj kontrole.

Faza IV. Pogoršanje i propadanje: uključuje značajno oštećenje funkcija, osjećaj ograničenog vremena i promjenjiv stav, ali često s fokusom na ublažavanje.

Manje prilagodljivi mehanizmi obrane poput poricanja i iskrivljenja stvarnosti često se stavljaju u prvi plan u tematskim raspravama o raku, temeljeno na uvjerenju da suočavanje sa smrću neizbježno izvlači primitivne mehanizme obrane. Ovo je uvjerenje dovedeno u pitanje posljednjih godina jer je napredak u liječenju razdvojio dijagnozu raka od sigurne smrti, a rastući pokret hospicija i palijativne skrbi omogućio je oboljelima da otvoreno razgovaraju o procesu umiranja. Međutim, pregledom literature utvrđeno je poricanje dijagnoze u 4 – 47 % (33). Samo poricanje nije nužan preduvjet za nadu, a volja za životom nije nužno smanjena priznanjem smrtnosti. Većina bolesnika s metastatskim rakom ima i nadu i volju za životom, bez poricanja ili minimiziranja (34, 35). Često postoji potreba za idealizacijom uloge liječnika u čije djelovanje bolesnik polaže velike nade, ali mogu se naći i elementi obezvrjeđivanja članova medicinskog tima koji sudjeluju u procesu liječenja. Izolacija afekta i intelektualizacija obično su prijelazni mehanizmi obrane, dok iznenađujući broj oboljelih i onih koji su preživjeli zloćudnu bolest daje prednost altruizmu i humoru, zrelim obranama koje mogu imati veću važnost u njihovim životima nego prije postavljanja dijagnoze raka. Weisman također raspravlja o dvije glavne značajke bolesnikova iskustva s rakom: suočavanje i ranjivost. U njegovoj studiji takozvani „dobri kompenzatori“ su samoispunjujuće osobe, u smislu da je njihova ključna karakteristika ustrajnost uvjerenja da se mogu nositi s bolešću; oni su praktični i izravno se bave svim važnim pitanjima. Nasuprot njima,

„loše kompenzatore“ karakteriziraju samosažaljenje i pesimizam (32).

Depresija i anksioznost

Među onkološkim bolesnicima daleko su najzastupljenija ona stanja koja također nalazimo široko raširena i u neonkološkoj populaciji: depresija i anksiozni poremećaji. Međutim, čini se da kliničari nedovoljno prepoznaju ozbiljnost psihijatrijskih poremećaja u onkološkoj populaciji. Passik i suradnici u svojoj studiji navode podudarnost u samo 13 % slučajeva i to kada simptome depresije trebaju prepoznati onkolozi odnosno sami bolesnici (36). Kod uznapredovalog oblika raka procjene prevalencije ozbiljnih mentalnih bolesti uvelike variraju ovisno o korištenim kriterijima; korištenje malih uzoraka ili ne-DSM instrumenata (engl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) može rezultirati stopama do pet puta većim od onih utvrđenih korištenjem rigoroznijih kriterija. Jedna studija sa strogim kriterijima pokazala je da približno 12 % bolesnika ispunjava kriterije za barem jednu značajnu mentalnu bolest. Stope depresije bile su 6,8 %, paničnog poremećaja 4,8 %, a generaliziranoga anksioznog poremećaja 3,2 % (37). Medicinsko osoblje koje direktno sudjeluje u njezi onkoloških bolesnika bilo je gotovo jednako zahvaćeno. Panični poremećaj javljao se najčešće (8 %), zatim su se prema učestalosti javljali veliki depresivni poremećaj (4,5 %), posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) (4 %) i generalizirani anksiozni poremećaj (3,5 %). Ako se uključe poremećaji prilagodbe, prevalencija mentalnih bolesti može se javiti čak i u 50 % slučajeva u svih bolesnika s uznapredovalim rakom, s visokim razinama komorbiditeta (38 – 40). Dijagnoza metastatske bolesti povećava rizik od javljanja depresije (41, 42). U terminalnim fazama raka neki autori navode podatak o smanjenju stope depresivnih poremećaja, a anksiozni poremećaji mogu se povećati za samo 1 – 2 % apsolutne prevalencije (što iznosi oko 20 % u smislu relativnog povećanja) (39). Veći rizik imaju bolesnici koji su mlađe životne dobi ili imaju manju razinu socijalne podrške (40). Depresija i anksioznost su dva najčešća područja djelovanja psihoonkologije i kao takva predstavljaju iznimno važne segmente psihoonkoloških intervencija. Oba poremećaja nužno je na vrijeme prepoznati i liječiti jer se iz njih mogu razviti i teži psihički poremećaji. Liječenje se temelji na primjeni medikamentozne terapije (antidepresivi, anksiolitici) te psihoterapijskom pristupu koji najčešće uključuje kognitivnu bihevioralnu terapiju, psihodinamsku psihoterapiju, interpersonalnu terapiju i bihevioralnu aktivacijsku terapiju (43, 44).

Bipolarni afektivni poremećaj

Bipolarni poremećaj javlja se s prevalencijom 0,4 – 1,6 % u općoj populaciji te sa sličnom učestalošću i kod onkoloških

bolesnika. Većina, ali ne sve prethodne znanstvene studije pokazale su vezu između ranijeg postojanja bipolarnog poremećaja i raka. Proširuje li se povećani rizik od zloćudne bolesti na članove obitelji koji nemaju mentalnih poteškoća, nije do kraja razjašnjeno. Prema novom istraživanju provedenom na Tajvanu, čini se kako su osobe s ranijom dijagnozom bipolarnog poremećaja, kao i njihova braća i sestre koji nisu oboljeli, izloženi povećanom riziku od razvoja raka, osobito dojke (45). U usporedbi s kontrolnom skupinom, osobe s bipolarnim poremećajem i njihova braća i sestre imali su veći rizik od razvoja zloćudnih tumora bilo koje vrste. Do vrlo sličnih rezultata došli su i Anmella i suradnici u svojoj studiji (46). Također, postoje podaci da primjena antidepresiva, kortikosteroida, stimulansa i interferona može izazvati ili pogoršati maniju u bolesnika s bipolarnim poremećajem (39). Temelj liječenja bipolarnoga afektivnog poremećaja predstavlja medikamentozna terapija. Na raspolaganju nam je široka paleta lijekova koji se mogu koristiti kao monoterapija, ili u raznim terapijskim kombinacijama, najčešće kao lijekovi za peroralnu primjenu ili rjeđe, u obliku injekcija u depo obliku (antidepresivi, stabilizatori raspoloženja, anksiolitici, hipnotici i antipsihotici). Bolesnike je korisno uključiti u različite oblike psihoterapije (47). U liječenju bipolarnog poremećaja prema hrvatskom algoritmu preporučuje se uvođenje psihostabilizatora kao temeljnog psihofarmaka, no pojedini svjetski algoritmi novijeg datuma kao lijek prvog izbora preporučuju jedan od novih antipsihotika. Monoterapija je često nedovoljna pa se uz psihostabilizator u maničnoj fazi treba ordinirati antipsihotik, u fazi depresije antidepresiv, a u slučaju psihotične depresije i antipsihotik (48).

Poremećaji osobnosti

Narcisoidni, histrionski i granični poremećaji osobnosti uzrokuju najviše problema u medicinskom okruženju. Njihova stopa prevalencije u bolesnika s rakom približno je ista kao i u općoj populaciji, tj. 2 – 3 % za granični i histrionski poremećaj te 1 % za narcistički poremećaj osobnosti (38). Takvi bolesnici često pokazuju rigidnost karaktera koja je posljedica trajnih obrazaca unutaršnjeg iskustva i ponašanja. Takve osobe mogu provocirati nastanak međuljudskih sukoba koji ponekad uključuju i medicinsko osoblje koje skrbi o njima. Navedena stanja dodatno se pogoršavaju u stresnim situacijama povezanim s liječenjem raka i mogu dovesti do različitih neželjenih ishoda (49). Nerijetko, bolesnici s poremećajima osobnosti inicijalno odbijaju psihoonkološke intervencije proglašavajući ih za nepotrebne. Iako rijetko po pojavnosti, ljutito, prijeteće ili na neki drugi način ometajuće ponašanje pacijenata može negativno utjecati na tijek onkološkog liječenja, ponekad do te mjere da kontinuiranu onkološku skrb djelomično ili

u cijelosti onemogućuje (50). Generalno govoreći, liječenje poremećaja osobnosti razlikuje se prema tipu poremećaja. Osobe obično dobro odgovaraju na podupiruće, ali snažno suočavanje s loše usklađenim posljedicama njihova mišljenja i oblika ponašanja. To je obično najučinkovitije kad dolazi od njima jednakih osoba ili od psihoterapeuta. U liječenju jako pomaže uključivanje obitelji oboljele osobe, a sudjelovanje u terapijskim društvenim klubovima ili grupnoj samopomoći može dodatno pomoći liječenju. Anksioznost i depresija koje nastaju kao posljedica poremećaja osobnosti rijetko se mogu adekvatno olakšati medikamentoznom terapijom, ali ako bolesnik ima i neki drugi psihijatrijski poremećaj poput velike depresije, fobije ili paničnog poremećaja, tada se mogu primijeniti lijekovi, premda najčešće s ograničenim uspjehom. Dugotrajna psihoterapija koja ima za cilj pomoći osobi razumjeti uzroke njezine tjeskobe i prepoznati njezino neadekvatno ponašanje ostaje kamen temeljac terapijskog pristupa. Neki poremećaji osobnosti, primjerice, narcisoidni oblik, najbolje se liječi psihoanalizom. Drugi, kao što su protudruštveni ili paranoidni tipovi, rijetko odgovaraju na bilo koje liječenje (51).

Zloupotreba alkohola, nikotina i opijata

Zloupotrebe tvari koje izazivaju ovisnost poput duhana i alkohola znatno povećavaju rizik od raka pluća te glave i vrata. Stope prevalencije ovisnosti o alkoholu među bolesnicima s rakom koji ujedno pate od različitih bolova mogu biti povišene, čak do 28 % (52). Alkoholizam je povezan s povećanom potrebom za opioidima (52, 53) i lošijim ishodom kod nekih vrsta raka (54). Najveće stope ovisnosti o alkoholu (33,6 %) nalaze se u bolesnika koji boluju od zloćudnih tumora glave i vrata (55). Također, konzumacija nikotina i alkohola vrlo je česta za vrijeme onkološkog liječenja i nakon njega u osoba koje su i prije dijagnoze zloćudne bolesti konzumirale navedene tvari. Apstinencija, grupna terapija i pojedinačno savjetovanje koje treba individualno prilagoditi važni su modaliteti psihonkološkog liječenja. Svakako je u takvom pristupu potrebna i potpora bližnjih, odnosno članova obitelji.

Suicidalnost

Razmišljanje o samoubojstvu prisutno je u oko 17 % osoba s dijagnozom raka (56). Beznađe barem jednako snažno doprinosi suicidalnim idejama kao i depresija (57). Rašić i suradnici pokazali su u svojoj znanstvenoj studiji da među oboljelima u dobi od 54 godine i mlađima nije došlo do porasta suicidalnih ideja s rakom, ali za one starije od 54 godine postojao je omjer izgleda od 5,07 (koji je nestao prilagodbom za sociodemografske čimbenike i mentalne poremećaje) (58). Diferencijalna dijagnoza suicidalnih ideja kod bolesnika s rakom uvijek mora uključivati encefalopatska

stanja, halucinacije ili deluzije (59). Suicidalnost se razlikuje od želje za brzom smrću. Kod oko 10 – 30 % neizlječivo bolesnih osoba s rakom nalazimo želju za ubrzanom smrću. Ta želja ima dva snažna neovisna čimbenika: depresiju i beznade (60). Iz osobnog iskustva, ali i kliničke prakse, poznato je da se kod znatnog broja bolesnika s rakom nalazi tzv. kontingentna suicidalnost, tj. situacija u kojoj bolesnici svoju suicidalnu namjeru povezuju s budućim vremenom ili nekim zbivanjima (pojava bolova, gušenja, krvarenja itd.) (61). Neke studije pokazuju kako je određeni broj članova obitelji bolesnika oboljelih od raka koji se bore s teškom anticipacijskom tugom također izložena riziku od mogućeg samoubojstva nakon smrti voljene osobe (62). Rak je također jedino nepsihijatrijsko stanje koje je neovisno povezano s dovršenim samoubojstvom (omjer izgleda 2,3), a pojava metastatske bolesti dodatno povećava taj rizik (63). Statistički promatrano, među oboljelima od raka nalazimo prilagođene stope samoubojstava od 31,4/100 000 osoba u usporedbi sa 16,7/100 000 u općoj populaciji (64). Ipak, dovršeno samoubojstvo nalazimo rijetko: samo 0,03 % smrti u bolesnika koji se liječe u sustavu palijativne skrbi i 0,2 % svih smrti u bolesnika s rakom posljedica je samoubojstva (34). Kada promatramo rizik od samoubojstva kod bolesnika s rakom u odnosu na spol i bračni status, neoženjeni muškarci imaju najveći rizik za samoubojstvo. Kada promatramo rizik prema sijelima tumora, zloćudne neoplazme pluća nose najviše stope rizika, a slijede ih rak želuca i orofarinksa/larinksa. Rizik je najveći u prvih 5 godina nakon postavljanja dijagnoze, ali ostaje povišen najmanje tijekom idućih 15 godina (64, 65). Psihonoologška podrška predstavlja jedan od najvažnijih modaliteta potpore kod suicidalnih stanja i često nezamjenjiv dodatni alat uz eventualnu dodatnu farmakološku terapiju.

Delirij

Delirij je poseban oblik poremećaja svijesti, stanje smanjene budnosti s poremećajem doživljavanja okoline i vlastitog organizma, s promjenom sadržaja svijesti, pri čemu u bolesnikovoj doživljajnoj sferi prevladavaju različiti oblici iluzija i halucinacija. Bolesnici su u manjoj ili većoj mjeri vremenski i prostorno dezorijentirani, a emocije značajno izmijenjene – od euforije do jakog straha i anksioznosti, ponekad s pojavom sumanutih ideja. Delirij je česta komplikacija u bolesnika s uznapredovalim rakom, javlja se u 28 – 44 % hospitaliziranih bolesnika i u 90 % bolesnika prije smrti (66). U okruženju palijativne skrbi najzastupljeniji je hipoaktivni delirij, koji čini do 86 % delirija i povezan je s lošijom prognozom (67). Hiperaktivni delirij javlja se u 13 – 46 % bolesnika koji se liječe u sustavu palijativne skrbi (68). Reverzibilna etiologija otkriva se u manje od 50 % bolesnika s uznapredovalim rakom s delirijem. Jednomjesečna stopa smrtnosti može biti do 83 % u ovoj populaciji bolesnika (69).

Bolni sindromi

Bol se nalazi među najčešćim uzrocima distresa kod bolesnika oboljelih od raka (70). Simptomi boli uglavnom su posljedica invazivnog rasta zloćudnih tumora, ali također mogu biti posljedica terapijskih intervencija (operacija, kemoterapija, zračenje), nepokretnosti ili biologije samog malignoma. Smjernice medicinskog liječenja temelje se na uvidu u ljestvici boli kreiranoj sukladno smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije (71). Osim medikamentoznoga analgetskog liječenja, potrebno je osigurati i psihoonkološku potporu. Postoje uvjerljivi dokazi da emocionalni stres, depresija, anksioznost, neizvjesnost i beznađe djeluju na bol. Psihološki i kognitivni bihevioralni tretmani mogu smanjiti jačinu boli kao što pokazuju rezultati višestrukih metaanaliza i visokokvalitetnih randomiziranih kliničkih ispitivanja. Kognitivna bihevioralna terapija, psihoedukacija, hipnoza, tehnike opuštanja, joga i tjelovježba dokazano su učinkoviti u različitim stadijima bolesti (72 – 75). Ovi oblici liječenja imaju za cilj poboljšati suočavanje i prihvaćanje boli, ojačati samoučinkovitost, utjecati na preoblikovanje katastrofičnih misli, modulirati aktivnosti i pomicati fokus pažnje.

Sindrom umora/prekomjerne iscrpljenosti

Više od 80 % onkoloških bolesnika koji se ambulantno liječe kemoradioterapijski ili bolesnika koji su liječeni transplantacijom krvotvornih matičnih stanica koštane srži žali se na kontinuirani umor. U oko 33 % slučajeva umor može trajati mjesecima ili godinama nakon završetka specifičnoga onkološkog liječenja (76). Za razliku od bolnih sindroma, sindrom umora nije često u fokusu medicinskog osoblja te rjeđe biva prepoznat kao problem iako je barem jednako čest i značajan uzrok smanjene kvalitete život bolesnika u različitim stadijima onkološke bolesti (77, 78). Oko 84 % osoba u sustavu palijativne skrbi navodi umor, a čak 17 – 56 % osoba među dugotrajno preživjelim onkološkim bolesnicima žali se na umor kao jednu od osnovnih tegoba (79). Patofiziologija umora kod raka nije u potpunosti shvaćena, a uzroci su vjerojatno višestruki. Terapijska uporaba sedativa i opijata, funkcija proupalnih citokina izravno povezanih s osnovnom onkološkom bolešću te postojanje anemije, poremećaja elektrolita, gubitka tjelesne težine, metaboličkih poremećaja, infekcija ili učinaka kemoradioterapije navode se kao mogući uzroci (80, 81). Depresija, tjeskoba, nesanicnost ili bol također mogu uzrokovati ili potencirati pojavu umora (82). Psihoterapijske intervencije mogu imati za cilj smanjenje negativnih ili katastrofizirajućih misli, stvaranje strategija prihvaćanja i preusmjerenje procesa pažnje (83).

Strah od recidiva (progresije) onkološke bolesti

Strah od povrata tumora tijekom ili nakon uspješnoga

onkološkog liječenja predstavlja poseban entitet. Definira se kao „strah, briga ili zabrinutost oko povratka ili napredovanja raka” i jedna je od najčešće citiranih tegoba u osoba koje boluju ili su bolovale od malignoma. Ne odgovara niti jednom definiranom poremećaju u petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM 5) ili desetoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (ICD-10) i u prvom redu treba se shvatiti kao adaptivna reakcija, a ne kao nerealni ili neurotični strah. Međutim, pretjerani strah od recidiva zloćudne bolesti može dovesti do stvaranja visoke razine emocionalnog stresa što dovodi do disfunkcionalnosti oboljele osobe utječući na kvalitetu njezina života i društveno funkcioniranje. Čini se da prevalencija straha od ponovne pojave varira i može iznositi čak 50 – 70 % (84). Dosad je uspješno razvijeno nekoliko terapijskih koncepata za liječenje tjeskobe zbog progresije raka. Pokazalo se da grupna terapija temeljena na kognitivnim bihevioralnim načelima smanjuje strah od progresije u bolničkim uvjetima, a također je pokazala, uz neke izmjene, obećavajuće učinke u pilot-fazi za izvanstacionarno okruženje (84, 85).

Seksualnost

Dijagnoza i liječenje raka mogu izravno ili neizravno uvelike utjecati na seksualnost. Samo sijelo zloćudnog tumora (rak dojke, vagine, maternice, testisa, prostate, penisa, mokraćnog mjehura), kao i operativno liječenje i zračenje, mogu za posljedicu imati oštećenje fizičkih struktura neophodnih za urednu spolnu funkciju. Hormonalne promjene povezane sa zloćudnom bolešću ili izazvane primjenom hormonoterapije, kemoradioterapije ili operativnim liječenjem također mogu ometati spolnu funkciju. Vanjske i unutarnje promjene u izgledu tijela, narušavanje samopouzdanja, umor povezan s rakom, bolovi, emocionalni problemi, napetost u odnosu s bračnim i seksualnim partnerima također igraju važnu ulogu (86, 87). Pokazalo se da seksualna disfunkcija ima značajan negativan učinak na kvalitetu života. Neki bolesnici doživljavaju značajne promjene u svim područjima (seksualna želja, uzbuđenje, orgazam) različitog trajanja, dok se kod drugih one ne javljaju ili su minimalne. Najčešća spolna promjena kod pacijenata oboljelih od raka je ukupni gubitak želje za seksualnim odnosom. Za muškarce problemi s erekcijom su također čest problem. Kod žena je česta suhoća vagine i bol pri seksualnoj aktivnosti (88). Strategije suočavanja oboljelih s ovim problemom značajno se razlikuju. Za neke bolesnike seksualnost postaje manje važna pred ozbiljnom bolešću koja direktno ugrožava život, dok za druge dobiva na dodatnom značaju naglašavajući preostali užitak i emocionalnu povezanost. Oboljelima se može ponuditi podrška medicinskim tretmanom kada je to moguće (hormonska terapija, rekonstruktivna kirurgija

itd.), kao i edukacijskim i savjetodavnim intervencijama te psihoonkološkom potporom.

Reprodukcijske poteškoće i trudnoća

Reproduktivnu funkciju mogu narušiti neki oblici raka (rak jajnika, maternice itd.), ali kao glavni uzrok najčešće se nalazi radiokemoterapijsko liječenje koje direktno ugrožava plodnost. Dok se zamrzavanjem sperme kod muškaraca relativno lako postiže zaštita plodnosti, kod žena zadržavanje fertiliteta predstavlja veći izazov. Transpozicija jajnika prije zračenja zdjelice i krioprezervacija oplodjenih jajnih stanica su od ranije poznate metode očuvanja plodnosti. Nažalost, odluke o očuvanju plodnosti često se moraju donositi pod pritiskom vremena i emocionalnim teretom dijagnoze raka. Mladi bolesnici ili budući roditelji često su zabrinuti zbog mogućeg nasljeđa zloćudne bolesti, genetskih oštećenja koja nastaju primjenom radiokemoterapije ili mogućih učinaka trudnoće na rizik od povrata malignoma (primjerice, pri dijagnozi hormon-pozitivnog raka dojke). U navedenim slučajevima potrebno je temeljito genetsko informiranje i suradnja sa specijalistima medicinske genetike, ginekologije i drugih specijalnosti (89). U značajnom broju slučajeva bolesnici trebaju psihoonkološku podršku kada se suočavaju s navedenim situacijama i odlukama, sa strahovima povezanim uz reprodukciju ili s gubitkom reproduktivne funkcije, tj. kada se ona usprkos svim poduzetim mjerama neće moći očuvati.

Zaključak

Diljem svijeta sa skoro 20 milijuna novih slučajeva i oko 10 milijuna umrlih svake godine rak predstavlja jedan od gorućih javnozdravstvenih problema. U Hrvatskoj je u 2020. dijagnosticirano više od 23 000 oboljelih, od čega je umrlo više od 13 000 osoba (90). Ovi ogromni brojevi jasno pokazuju sav teret koji se stavlja na medicinske, ali i sve ostale resurse

svake države i društva uopće. Stoga je nužno mobilizirati sve dostupne mehanizme kako bi se pojavnost raka i broj oboljelih od ove bolesti smanjili, a tijekom procesa liječenja oboljelima pružila najbolja moguća medicinska skrb. U tom postupanju psihoonkološki pristup ima svoje važno mjesto. Istraživanja u psihoonkologiji bitno pridonose boljem razumijevanju interakcije tijela i uma te dovode u pitanje više ili manje mehanički pogled na dijagnozu zloćudnih bolesti. Uz sve dostupne modele psihološke medicine, psihijatrijskoga i specifičnoga onkološkog liječenja, pravovremena i kvalitetna psihoonkološka podrška postala je jedan od ključnih alata kvalitetne skrbi za oboljele od raka i njihove bližnje poboljšavajući ne samo fizičke i psihičke simptome već i ono najvažnije – kvalitetu njihova života. Ipak, konvencionalna znanja iz onkologije i psihijatrije nisu dostatna za razumijevanje ovoga posebnog područja medicine, već se stručnjaci u svome pristupu onkološkim bolesnicima moraju dodatno educirati, prilagoditi stanjima koja ugrožavaju život, kao i nastalim egzistencijalnim pitanjima i duhovnim potrebama vezanim uz dijagnozu raka. Integrirani psihoonkološki probir (umjesto odvojenog pristupa dosadašnjih medicinskih i psihosocijalnih modela) može pomoći u planiranju i provođenju specifičnoga onkološkog liječenja i omogućiti rano otkrivanje i upravljanje emocionalnim poteškoćama koje se javljaju prije, tijekom i nakon njega. Svakako, tijekom financiranja zdravstvenih usluga trebali bi podržati ovakav integrirani model. Podizanje svijesti o ovome problemu kao i dodatna edukacija i mobilizacija stručnjaka iz domena psihologije, psihijatrije i onkologije zasigurno bi pridonijeli da se navedeni obrazac uspostavi i integrira kao zlatni standard suvremene onkološke skrbi u Republici Hrvatskoj kako je to već odavno provedeno u zapadnim zemljama, a što naši bolesnici svakako zaslužuju.

LITERATURA

- Meyer F, Ehrlich M, Pateet J. Psycho-Oncology: A Review for the General Psychiatrist. *Focus* 2009;VII:3:317–331. Dostupno na: <https://focus.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/foc.7.3.foc317>. Datum pristupa: 26. 11. 2023.
- Lang-Rollin I, Berberich G. Psycho-oncology. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018 Mar;20(1):13-22. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.1/ilang-rollin.
- Aaronson N. In Memoriam, Frits van Dam 1940-2021. *Psycho-oncology* 2022;31:163–164. doi: 10.1002/pon.5799.
- Watts G, Jimmie Cooker Holand. *Lancet* 2018;391:e6. Dostupno na: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30197-1.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30197-1.pdf). Datum pristupa: 26. 11. 2023.
- Dekker J, Karchoud J, Braamse AMJ i sur. Clinical management of emotions in patients with cancer: introducing the approach “emotional support and case finding”. *Transl Behav Med*. 2020 Dec 31;10(6):1399-1405. doi: 10.1093/tbm/ibaa115.
- Psihoonkologija – psihološka pomoć onkološkim bolesnicima. Dostupno na: <https://psihoonkologija.hr/psiholoska-podrska/>. Datum pristupa: 12. 11. 2023.
- Hrvatska liga protiv raka. Dostupno na: <https://hlpr.hr/>. Datum pristupa: 12. 11. 2023.
- Nacionalni strateški okvir protiv raka do 2030. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2020_12_141_2728.html. Datum pristupa: 12. 11. 2023.
- Gallo V, Mackenbach JP, Ezzati M i sur. Social inequalities and mortality in Europe--results from a large multi-national cohort. *PLoS One*. 2012;7(7):e39013. doi: 10.1371/journal.pone.0039013.
- Dalton SO, Steding-Jessen M, Engholm G, Schüz J, Olsen JH. Social inequality and incidence of and survival from lung cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003. *Eur J Cancer*. 2008 Sep;44(14):1989-95. doi: 10.1016/j.ejca.2008.06.023.
- Kruk J. Self-reported psychological stress and the risk of breast cancer: a case-control study. *Stress*. 2012 Mar;15(2):162-71. doi: 10.3109/10253890.2011.606340.
- Lillberg K, Verkasalo PK, Kaprio J, Teppo L, Helenius H, Koskenvuo M. Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: a cohort study. *Am J Epidemiol*. 2003 Mar 1;157(5):415-23. doi: 10.1093/aje/kwg002.
- Schoemaker MJ, Jones ME, Wright LB i sur. Psychological stress, adverse life events and breast cancer incidence: a cohort investigation in 106,000 women in the United Kingdom. *Breast Cancer Res*. 2016 Jul 15;18(1):72. doi: 10.1186/s13058-016-0733-1.
- Eskelinen M, Korhonen R, Selander T, Ollonen P. Beck Depression Inventory as a Predictor of Long-term Outcome Among Patients Admitted to the Breast Cancer Diagnosis Unit: A 25-year Cohort Study in Finland. *Anticancer Res*. 2017 Feb;37(2):819-824. doi: 10.21873/anticancerres.11383.
- Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer*. 2009 Nov 15;115(22):5349-61. doi: 10.1002/cncr.24561.
- Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gotthel E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*. 1989 Oct 14;2(8668):888-91. doi: 10.1016/s0140-6736(89)91551-1.
- Kissane DW. Letting go of the hope that psychotherapy prolongs cancer survival. *J Clin Oncol*. 2007 Dec 20;25(36):5689-90. doi: 10.1200/JCO.2007.13.9451.
- Spiegel D. Minding the body: psychotherapy and cancer survival. *Br J Health Psychol*. 2014 Sep;19(3):465-85. doi: 10.1111/bjhp.12061.
- Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M i sur. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med*. 2001 Dec 13;345(24):1719-26. doi: 10.1056/NEJMoa011871.
- Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM i sur. Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2007 Apr;16(4):277-86. doi: 10.1002/pon.1185.
- Spiegel D, Butler LD, Giese-Davis J i sur. Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial. *Cancer*. 2007 Sep 1;110(5):1130-8. doi: 10.1002/cncr.22890.
- Stagl JM, Lechner SC, Carver CS i sur. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral stress management in breast cancer: survival and recurrence at 11-year follow-up. *Breast Cancer Res Treat*. 2015 Nov;154(2):319-28. doi: 10.1007/s10549-015-3626-6.
- Phillips KM, Antoni MH, Carver CS i sur. Stress management skills and reductions in serum Cortisol across the year after surgery for nonmetastatic breast cancer. *Cogn Therapy Res* 2011;35(6):595–600. doi: 10.1007/s10608-011-9398-3.
- Antoni MH, Lutgendorf SK, Blomberg B i sur. Cognitive-behavioral stress management reverses anxiety-related leukocyte transcriptional dynamics. *Biol Psychiatry*. 2012 Feb 15;71(4):366-72. doi: 10.1016/j.biopsych.2011.10.007.
- Miller AH, Ancoli-Israel S, Bower JE, Capuron L, Irwin MR. Neuroendocrine-immune mechanisms of behavioral comorbidities in patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2008 Feb 20;26(6):971-82. doi: 10.1200/JCO.2007.10.7805.
- Riba MB, Donovan KA, Ahmed K i sur. NCCN Guidelines® Insights: Distress Management, Version 2.2023. *J Natl Compr Canc Netw*. 2023 May;21(5):450-457. doi: 10.6004/jnccn.2023.0026.
- International Psycho-Oncology Society. Dostupno na: <https://www.ipos-society.org/>. Datum pristupa: 12. 11. 2023.
- Kayser K, Acquati C, Tran TV. No patients left behind: a systematic review of the cultural equivalence of distress screening instruments. *J Psychosoc Oncol*. 2012;30(6):679-93. doi:

- 10.1080/07347332.2012.721489.
29. Bultz BD, Waller A, Cullum J i sur. Implementing routine screening for distress, the sixth vital sign, for patients with head and neck and neurologic cancers. *J Natl Compr Canc Netw*. 2013 Oct 1;11(10):1249-61. doi: 10.6004/jnccn.2013.0147.
 30. Meijer A, Roseman M, Delisle VC i sur. Effects of screening for psychological distress on patient outcomes in cancer: a systematic review. *J Psychosom Res*. 2013 Jul;75(1):1-17. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.01.012.
 31. Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med*. 2000 Feb 1;132(3):209-18. doi: 10.7326/0003-4819-132-3-200002010-00007.
 32. Weisman AD: Coping with cancer. New York: McGraw-Hill, 1979.
 33. Vos MS, de Haes JC. Denial in cancer patients, an explorative review. *Psychooncology*. 2007 Jan;16(1):12-25. doi: 10.1002/pon.1051.
 34. Rodin G, Zimmermann C, Rydall A, Jones J, Shepherd FA, Moore M, Fruh M, Donner A, Gagliese L. The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2007 Jun;33(6):661-75. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2006.09.034.
 35. Rodin G, Zimmermann C. Psychoanalytic reflections on mortality: a reconsideration. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2008 Spring;36(1):181-96. doi: 10.1521/jaap.2008.36.1.181.
 36. Passik SD, Dugan W, McDonald MV, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol*. 1998 Apr;16(4):1594-600. doi: 10.1200/JCO.1998.16.4.1594.
 37. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer*. 2005 Dec 15;104(12):2872-81. doi: 10.1002/cncr.21532.
 38. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J i sur. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*. 1983 Feb 11;249(6):751-7. doi: 10.1001/jama.249.6.751.
 39. Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*. 2007 Oct 15;110(8):1665-76. doi: 10.1002/cncr.22980.
 40. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG i sur. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage*. 2007 Feb;33(2):118-29. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2006.07.016.
 41. Ciaramella A, Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology*. 2001 Mar-Apr;10(2):156-65. doi: 10.1002/pon.505.
 42. Evans DL, Staab JP, Petitto JM i sur. Depression in the medical setting: biopsychological interactions and treatment considerations. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 4:40-55; discussion 56.
 43. Davidson JR. Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. *J Clin Psychiatry*. 2010;71 Suppl E1:e04. doi: 10.4088/JCP.9058se1c.04gry.
 44. Adjustment to Cancer: Anxiety and Distress (PDQ®)-Patient Version. Dostupno na: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/anxiety-distress-pdq>. Datum pristupa: 18. 11. 2023.
 45. Chen MH, Tsai SJ, Su TP i sur. Cancer risk in patients with bipolar disorder and unaffected siblings of such patients: A nationwide population-based study. *Int J Cancer*. 2022 May 15;150(10):1579-1586. doi: 10.1002/ijc.33914.
 46. Anmella G, Fico G, Lotfaliany M i sur. Risk of cancer in bipolar disorder and the potential role of lithium: International collaborative systematic review and meta-analyses. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021 Jul;126:529-541. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.03.034.
 47. Lesjak B. Bipolarni poremećaj - što je i kako se liječi? Dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/30467/Bipolarni-poremećaj-sto-je-i-kako-se-lijeci.html>. Datum pristupa: 26. 11. 2023.
 48. Mihaljević-Peleš A, Šagud M; Bajs Janović M. Znamo li prepoznati i dijagnosticirati bipolarni afektivni poremećaj? *Medicus* 2017;26(2):167-172.
 49. McFarland DC, Morita J, Alici Y. Personality Disorders in Patients with Cancer. *Oncology (Williston Park)*. 2019 Oct 28;33(10):686510.
 50. Peteet JR, Meyer FL, Miovic MK. Possibly impossible patients: management of difficult behavior in oncology outpatients. *J Oncol Pract*. 2011 Jul;7(4):242-6. doi: 10.1200/JOP.2010.000122.
 51. Pregled poremećaja osobnosti. Dostupno na: <https://www.hemed.hr/Default.aspx?sid=19802>. Datum pristupa: 26. 11. 2023.
 52. Bruera E, Moyano J, Seifert L, Fainsinger RL, Hanson J, Suarez-Almazor M. The frequency of alcoholism among patients with pain due to terminal cancer. *J Pain Symptom Manage*. 1995 Nov;10(8):599-603. doi: 10.1016/0885-3924(95)00084-4.
 53. Parsons HA, Delgado-Guay MO, El Osta B i sur. Alcoholism screening in patients with advanced cancer: impact on symptom burden and opioid use. *J Palliat Med*. 2008 Sep;11(7):964-8. doi: 10.1089/jpm.2008.0037.
 54. Mehanna HM, De Boer MF, Morton RP. The association of psycho-social factors and survival in head and neck cancer. *Clin Otolaryngol*. 2008 Apr;33(2):83-9. doi: 10.1111/j.1749-4486.2008.01666.x.
 55. Kugaya A, Akechi T, Okuyama T i sur. Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*. 2000 Jun 15;88(12):2817-23. doi: 10.1002/1097-0142(20000615)88:12<2817::aid-cncr22>3.0.co;2-n.
 56. Schneider KL, Shenassa E. Correlates of suicide ideation in a population-based sample of cancer patients. *J Psychosoc Oncol*. 2008;26(2):49-62. doi: 10.1300/J077v26n02_04.
 57. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Depression, Hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics*. 1998 Jul-Aug;39(4):366-70. doi: 10.1016/S0033-3182(98)71325-8.
 58. Rasic DT, Belik SL, Bolton JM, Chochinov HM, Sareen J. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large

- community sample. *Psychooncology*. 2008 Jul;17(7):660-7. doi: 10.1002/pon.1292.
59. Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med*. 2000 Feb 1;132(3):209-18. doi: 10.7326/0003-4819-132-3-200002010-00007.
 60. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H i sur. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*. 2000 Dec 13;284(22):2907-11. doi: 10.1001/jama.284.22.2907.
 61. Gutheil TG, Schetky D. A date with death: management of time-based and contingent suicidal intent. *Am J Psychiatry*. 1998 Nov;155(11):1502-7. doi: 10.1176/ajp.155.11.1502.
 62. Peteet JR, Maytal G, Rokni H. Unimaginable loss: contingent suicidal ideation in family members of oncology patients. *Psychosomatics*. 2010 Mar-Apr;51(2):166-70. doi: 10.1176/appi.psy.51.2.166.
 63. Miller M, Mogun H, Azrael D, Hempstead K, Solomon DH. Cancer and the risk of suicide in older Americans. *J Clin Oncol*. 2008 Oct 10;26(29):4720-4. doi: 10.1200/JCO.2007.14.3990.
 64. Misono S, Weiss NS, Fann JR, Redman M, Yueh B. Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol*. 2008 Oct 10;26(29):4731-8. doi: 10.1200/JCO.2007.13.8941.
 65. O'Mahony S, Goulet J, Kornblith A i sur. Desire for hastened death, cancer pain and depression: report of a longitudinal observational study. *J Pain Symptom Manage*. 2005 May;29(5):446-57. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2004.08.010.
 66. Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL i sur. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med*. 2000 Mar 27;160(6):786-94. doi: 10.1001/archinte.160.6.786.
 67. Spiller JA, Keen JC. Hypoactive delirium: assessing the extent of the problem for inpatient specialist palliative care. *Palliat Med*. 2006 Jan;20(1):17-23. doi: 10.1191/0269216306pm1097oa.
 68. Ross CA, Peyser CE, Shapiro I, Folstein MF. Delirium: phenomenologic and etiologic subtypes. *Int Psychogeriatr*. 1991 Winter;3(2):135-47. doi: 10.1017/s1041610291000613.
 69. Breitbart W, Alici Y. Agitation and delirium at the end of life: "We couldn't manage him". *JAMA*. 2008 Dec 24;300(24):2898-910, E1. doi: 10.1001/jama.2008.885.
 70. van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, Tjan-Heijnen VC, Janssen DJ. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2016 Jun;51(6):1070-1090.e9. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340.
 71. WHO. Palliative care.. Dostupno na: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>. Datum pristupa: 26. 11. 2023.
 72. Sheinfeld Gorin S, Krebs P, Badr H i sur. Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2012 Feb 10;30(5):539-47. doi: 10.1200/JCO.2011.37.0437.
 73. Johannsen M, Farver I, Beck N, Zachariae R. The efficacy of psychosocial intervention for pain in breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*. 2013 Apr;138(3):675-90. doi: 10.1007/s10549-013-2503-4.
 74. Montgomery GH, Schnur JB, Kravits K. Hypnosis for cancer care: over 200 years young. *CA Cancer J Clin*. 2013 Jan;63(1):31-44. doi: 10.3322/caac.21165.
 75. Montgomery GH, Schnur JB, Kravits K. Hypnosis for cancer care: over 200 years young. *CA Cancer J Clin*. 2013 Jan;63(1):31-44. doi: 10.3322/caac.21165.
 76. Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *Oncologist*. 2007;12 Suppl 1:4-10. doi: 10.1634/theoncologist.12-S1-4.
 77. Vogelzang NJ, Breitbart W, Cella D, Curt GA, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, Johnson DH, Scherr SL, Portenoy RK. Patient, caregiver, and oncologist perceptions of cancer-related fatigue: results of a tripart assessment survey. *The Fatigue Coalition. Semin Hematol*. 1997 Jul;34(3 Suppl 2):4-12.
 78. Williams LA, Bohac C, Hunter S, Cella D. Patient and health care provider perceptions of cancer-related fatigue and pain. *Support Care Cancer*. 2016 Oct;24(10):4357-63. doi: 10.1007/s00520-016-3275-2.
 79. Lawrence DP, Kupelnick B, Miller K, Devine D, Lau J. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of fatigue in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004;(32):40-50. doi: 10.1093/jncimonographs/lgh027.
 80. Wood LJ, Nail LM, Gilster A, Winters KA, Elsea CR. Cancer chemotherapy-related symptoms: evidence to suggest a role for proinflammatory cytokines. *Oncol Nurs Forum*. 2006 May 3;33(3):535-42. doi: 10.1188/06.ONF.535-542.
 81. Saligan LN, Olson K, Filler K i sur; Multinational Association of Supportive Care in Cancer Fatigue Study Group-Biomarker Working Group. The biology of cancer-related fatigue: a review of the literature. *Support Care Cancer*. 2015 Aug;23(8):2461-78. doi: 10.1007/s00520-015-2763-0. Erratum in: *Support Care Cancer*. 2015 Sep;23(9):2853. Sriram, Yennu [corrected to Yennurajalingam, Sriram].
 82. Fabi A, Falcicchio C, Giannarelli D, Maggi G, Cognetti F, Pugliese P. The course of cancer related fatigue up to ten years in early breast cancer patients: What impact in clinical practice? *Breast*. 2017 Aug;34:44-52. doi: 10.1016/j.breast.2017.04.012.
 83. Radbruch L, Strasser F, Elsner F i sur; Research Steering Committee of the European Association for Palliative Care (EAPC). Fatigue in palliative care patients -- an EAPC approach. *Palliat Med*. 2008 Jan;22(1):13-32. doi: 10.1177/0269216307085183.
 84. Dinkel A, Herschbach P. Fear of Progression in Cancer Patients and Survivors. *Recent Results Cancer Res*. 2018;210:13-33. doi: 10.1007/978-3-319-64310-6_2.
 85. Simard S, Thewes B, Humphris G i sur. Fear of cancer recurrence

- in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv.* 2013 Sep;7(3):300-22. doi: 10.1007/s11764-013-0272-z.
86. Male DA, Fergus KD, Cullen K. Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2016 Mar;10(1):66-74. doi: 10.1097/SPC.000000000000184.
87. Katz A, Dizon DS. Sexuality After Cancer: A Model for Male Survivors. *J Sex Med.* 2016 Jan;13(1):70-8. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.11.006.
88. American Cancer Society. How Cancer and Cancer Treatment Can Affect Sexuality? Dostupno na: <https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/side-effects/fertility-and-sexual-side-effects/how-cancer-affects-sexuality.html>. Datum pristupa: 26. 11. 2023.
89. Wollenschein M, Rohde A, van der Ven K. Weibliche Fertilität und Krebserkrankung. U: Mehnert A, Koch U. ur. *Handbuch Psychoonkologie.* Gottingen, Germany: Hogrefe Verlag. 2016:635–645.
90. Bilten incidencija raka u Hrvatskoj 2020. godine. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/bilten-incidencija-raka-u-hrvatskoj-2020-godine/>. Datum pristupa: 26. 11. 2023.

**ADRESA ZA DOPIŠIVANJE:**

prof. dr. sc. Ivan Alerić, prim. dr. med.
Klinika za plućne bolesti, KBC Zagreb
Kišpatićeva 12 / Jordanovac 104
10 000 Zagreb
e-mail: ivan.aleric@kbc-zagreb.hr

PRIMLJENO/RECEIVED:

2. svibnja 2023./May 2, 2023

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

26. studenoga 2023./November 26, 2023

