

Uloga psihoonkologije u cjelovitom (holističkom) pristupu liječenju malignih bolesti

The Role of Psycho-Oncology and Holistic Approach to Treating Malignant Diseases

SANDA ANTON

Klinika za psihijatriju, KBC Osijek

SAŽETAK _____ Spoznaja o obolijevanju od karcinoma predstavlja traumatski događaj koji kod oboljelih može izazvati razne psihičke odgovore. Tijekom prilagodbe javlja se izražena psihosocijalna patnja koja narušava svakodnevno funkcioniranje oboljele osobe. Naglašava se uloga cjelovitog pristupa čovjeku u zdravlju i bolesti jer je čovjek jedinstveno i nedjeljivo biološko, psihološko i socijalno biće. Stoga je razvijena psihoonkologija koja u kliničkoj psihijatriji uključuje dijagnostičke, terapijske, edukativne i istraživačke aktivnosti psihijatra u onkološkom timu.

KLJUČNE RIJEČI: psihoonkologija, cjelovit pristup bolesniku

SUMMARY _____ Receiving news of having cancer is a traumatic event that can trigger a number of psychological responses in patients. During the adaptation process, considerable psychosocial distress begins to interfere with the patient's daily life. A holistic approach in both health and illness is important because each person is a unique and inseparable biological, psychological and social being. Psycho-oncology was developed for this reason, which in clinical psychiatry includes diagnostics, therapeutics, education and research from the psychiatrist in the oncology team.

KEY WORDS: psycho-oncology, holistic approach to the patient



Psihoonkologija se definira kao područje kliničke psihijatrije koje uključuje dijagnostičke, terapijske, edukativne i istraživačke aktivnosti psihijatra u onkološkim institucijama, tj. onkološkom timu (1). Obuhvaća složeno međudjelovanje bolesti, bolesnika, liječnika obiteljske medicine, onkologa, cijeloga medicinskog i nemedicinskog tima, obitelji oboljelog, radnih kolega itd.

Nagli napredak u otkrivanju i liječenju karcinoma omogućio je preživljenje većem broju oboljelih i dugi niz godina života sa svojom bolesti. Iako su načini liječenja karcinoma posljednjih godina iznimno unapredovali, dijagnosticiranje i liječenje karcinoma i dalje izaziva stres jer je liječenje te kronične bolesti (za razliku od nekih drugih, primjerice, krvožilnih bolesti ili dijabetesa) toksičnije i intenzivnije. Oboljeli od karcinoma moraju se suočiti s nesigurnošću svoje budućnosti, ponekad ozbiljnim nuspojavama liječenja, cijelim nizom informacija o svojoj dijagnozi (uključujući i statističke podatke o preživljenju), osjećajem izoliranosti, stigmom i osjećajem krivnje.

Poznato je da različite osobe na iste događaje ne odgovaraju na isti način. Kada dođemo liječniku zbog neke poteškoće, ona dobiva ime ili dijagnozu, nakon čega bolesnici obič-

no znaju što mogu očekivati. Na taj smo način dovedeni u situaciju u kojoj imamo osjećaj gubitka nadzora nad svojim tijelom i životom, a ponekad smo suočeni i s gubitkom životnih ciljeva.

Odgovori (*reakcije*) bolesnika na bolest ovise o strukturi ličnosti, psihodinamskoj adaptaciji i specifičnim strahovima (2). Prva reakcija bolesnika na spoznaju da boluje od maligne bolesti jest strah, uz doživljaj bespomoćnosti i gubitka nadzora (*kontrole*). Bolest budi staru dječju anksioznost pred bespomoćnosti i mogućnosti da se ostane sâm, a uplašen čovjek lako razvija strah od smrti i u situacijama kad za to nema objektivnog razloga (3).

Proces ozdravljenja je u složenom međudjelovanju mnoštva nesvjesnih procesa (regresijom, projekcijama, identifikacijama, strukturom ličnosti, temeljnim vjerovanjima, kognitivnim distorzijama, naučenim ponašanjima, naučenom bespomoćnosti, prepuštanju autoritetu /liječnika/, vanjskim čimbenicima, obilježjima same bolesti i sl.) (4). Psihološki distres, negativni stavovi, tjelesne bolesti i anksioznost vezana za odvajanje i smrt, smanjuju se tijekom prve godine nakon postavljanja dijagnoze, ali osjećaji povezani s dijagnozom karcinoma često su jaki i godinama nakon za-

vršenog liječenja. Rezidualni strahovi postoje čak i kada je karcinom zasigurno eliminiran iz tijela (5).

Ponekad bolesnik proživi iskustvo povratka osnovne bolesti. Taj je događaj često intenzivniji i stresniji od samog dijagnosticiranja bolesti jer dovodi u pitanje dugotrajno preživljavanje. Kod tih osoba prilagodba uključuje i prilagodbu na značajno ograničenu budućnost (6).

U novije vrijeme uočljiv je smjer u onkološkom liječenju koji je individualiziran, jasan, utemeljen na genetskim analizama, prema kojem nakon dijagnostičkog postupka liječnik može s velikom sigurnošću odrediti u kojem će se smjeru kretati maligna bolest kod pojedinog bolesnika, čime jača doživljaj sigurnosti bolesnika. S druge strane, dovodi se u pitanje klasičan koncept bolesti prema kojem bolesnik dolazi liječniku, pasivno mu se prepušta i očekuje izlječenje. Umjesto toga naglašava se bolesnikova aktivna uloga u procesu liječenja, uključujući potpisivanje informiranog pristanka kojim prihvaća predloženi način liječenja.

Ako su očekivanja pozitivna, onda i bolesnici više surađuju s liječnikom i tako povećavaju svoje mogućnosti za ozdravljenjem. Ako je dijagnoza teška, bolesnik može "odustati", ne držati se liječnikovih uputa i time smanjiti vjerojatnost ozdravljenja.

Odgovori bolesnika temelje se velikim dijelom na odnosima tijekom ranog odrastanja. Bowlbyjeva teorija privrženosti ukazuje da su bezuvjetno povjerenje u dostupnost objekta privrženosti (roditelja) i njegova podrška, u ranoj životnoj dobi, temelj stabilne osobe. U situacijama kada smo bolesni, reagiramo prema vrsti privrženosti koju smo razvili tijekom odrastanja (2).

Poznato je da bolesnici reagiraju na nekoliko tipičnih načina. Bolesnik reagira *depresivnim odgovorom* jer je zbog bolesti lišen mnogih normalnih zadovoljstava, mora se odreći svojih nada, želja, ne može normalno komunicirati sa svojim bližnjima, pogotovo ako je u bolnici i može postati pretjerano ovisan, što nekim ljudima smeta. Socijalna situacija bolesnika je izmijenjena, dohodak se smanjuje, oboljeli su lišeni zadovoljstava koja im nosi grupni rad ako su ranije radili u timu (dolazi do brojnih realnih odricanja). Ne smijemo zaboraviti i dalje prisutno mistično vjerovanje o bolesti kao pitanju krivnje i kazne (često čujemo bolesnike kako se pitaju "Što sam ja Bogu skrivio da sam se razbolio?" i sl.). Bolesnik s depresivnim odgovorom može biti inaktivan, pasivan, trebat će ga više poticati na terapiju, preglede i dr. (2).

Bolesnik koji reagira *projektivnim odgovorom* u svojoj strukturi ličnosti ima naglašene projektivne crte, a bolest ih može pojačati. To su osobe sklone optuživanju drugih za sve što im se događa. Svoje „loše" dijelove ličnosti projiciraju u osobe oko sebe i krive njih za stanje u kojem su se zatekli. Obitelji tih bolesnika često se teško nose s reakcijama oboljelih te dolazi do obostranog iscrpljivanja (2).

Osobe s *negirajućim odgovorom* su one s najtežim odgovorom na bolest. *Ego* je upotrijebio sve snage i učinio maksi-

malni napor da se ne mijenja slika o sebi i učinio tu sliku još moćnijom i udaljenijom od stvarnosti, tj. negira stvarnost. Tada teško bolesna osoba može pokazivati ponašanje kao da joj se ništa ne događa, a što okolina, često i liječnik i medicinsko osoblje, teško može razumjeti. Ovu reakciju ne smijemo shvatiti kao lakoumnno povlačenje. Kod ovih bolesnika bolest je dovela do stanja u kojem je realnost neizdrživa, a bijeg od stvarnosti je obrana od najtežih pritisaka i opasnosti. To je infantilna reakcija u odraslih osoba, a nju pokazuju baš najteži bolesnici (2).

Obolijevanje od karcinoma utječe na sve aspekte života oboljelih i može dovesti do razvoja raznih psihičkih poremećaja (7–12). Simptomi anksioznosti i depresivnosti prisutni su u raznim psihičkim poremećajima te često dolazi do preklapanja, uz komorbiditetna stanja koja je teško razlučiti. Oko 2/3 bolesnika s karcinomom ne razvija kronične psihičke poremećaje (13). Međutim, kombinacija teške tjelesne bolesti i psihičkih poteškoća, diskriminacije i stigmatiziranosti može biti pogubna za bolesnike i igrati veliku ulogu u njihovoj emotivnoj i društvenoj izoliranosti od drugih ljudi te produbljivanju njihovih patnji.

Psihički se poremećaji kod oboljelih od karcinoma vrlo rijetko dijagnosticiraju (8, 13). Oboljeli od tako "teške i značajne" bolesti kao što je karcinom, zbog neznanja smatraju da su psihičke poteškoće koje su razvili normalne. Onkolozi su primarno usmjereni na liječenje somatskog stanja oboljelih pa tako psihičke smetnje oboljelih ostaju neprimijećene, a ako ih i primijete, često ih smatraju dijelom normalnog reagiranja. Metaanaliza iz 2025. koja obuhvaća 135 015 oboljelih osoba od karcinoma u 31 državi, ukazuje da je karcinom praćen poremećajima spavanja u 34,1 %, anksioznosti u 24,4 % i depresijom u 2

bolesti nakon povratka na radno mjesto (pozitivna i negativna reakcija), kao i sekundarna i tercijarna dobit od bolesti (14). Psihičke reakcije transgeneracijski se prenose na sljedeći naraštaj koji je pod većim rizikom za obolijevanje od karcinoma, ali i pod većim rizikom za psihičke poremećaje, pa i PTSP.

Izloženost traumama, kod drugog naraštaja, razotkriva pri-tajenu osjetljivost koja nije bila pokrenuta običnim životnim događajima. U drugom naraštaju dolazi i do produbljivanja doživljaja neuspjeha jer je taj naraštaj odgajan da nadoknadi štetu koju su proživjeli njihovi roditelji (18), a taj je doživljaj često prisutan i u liječenju karcinoma. Oporavak može biti zapriječen i viškom sekundarnih dobiti koje potječu od pretjerano zaštitničkoga roditeljskog odnosa. Oboljele žene često svoje vlastite strahove prenose na djecu mijenjajući njihove načine odgovora i dovodeći do razvoja anksioznih i depresivnih odgovora u svoje djece (19). Psihoterapijsko liječenje ima dalekosežne utjecaje i može dovesti do velikih promjena odnosa u cijeloj obitelji oboljelog (19).

Pozitivni terapijski pomaci (kroz uvid i mijenjanje odgovora te dovodeći do promjena u stavovima i odgovorima u djece oboljelih) mogu imati utjecaj i na sljedeći naraštaj i pomoći djeci (ako u budućnosti i ona obole) u njihovoj psihičkoj prilagodbi i borbi protiv te teške bolesti.

Naraštajni (*transgeneracijski*) prijenos emocija u obolijevanju od karcinoma je bitan, ali još uvijek nedovoljno istražen i izazov je za buduća istraživanja otvarajući mnoga složena pitanja. Ta zapažanja upućuju na potrebu neprekidnih, ponovnih procjena psihičkog stanja oboljelih tijekom trajanja liječenja. Osobe sklone pozitivnom razmišljanju, uz visoku sugestibilnost i podršku osoba iz svoje okoline koje ih hrabre, potiču na borbu, obično na kraju u tome i uspijevaju iako to nekad medicinski nije objašnjivo.

Oboljeli mogu pokazati pozitivan odgovor tijekom liječenja medikamentima koji nemaju dokazano terapijsko djelovanje (placebo odgovor) koji se javlja u oko 30 – 60 % slučajeva. Ako osoba ima visoko izražena negativna očekivanja, medicinski potvrđeno liječenje može izazvati negativne učinke u organizmu, a negativni učinci vide se i kroz stvarne tjelesne promjene (nocebo odgovor). Nocebo se javlja u do 75 % bolesnika, tj. više smo podložni negativnim odgovorima nego pozitivnim (20).

Ti su procesi vezani uz moć sugestije (velik broj ljudi osjeća se onako kako im je sugerirano da će se osjećati), strukturu ličnosti, vlastita vjerovanja i očekivanja na što dodatno utječe i osobnost liječnika koji liječi bolesnika uz brojne projekcije i prijenosno-protuprijenosne odgovore (1).

Odnos između pacijenta i liječnika uključenog u njegovo liječenje, primjerice, liječnika obiteljske medicine, onkologa ili psihijatra, ključan je dio procesa liječenja, a liječnik svojom osobnošću i stavovima značajno može utjecati na tijek liječenja. To se može iskoristiti za pozitivno napredovanje obo-

ljelih, ali u nekim je slučajevima zapreka daljnjem napretku terapijskog procesa (1,2).

Iskustva intimnosti između bolesnika i liječnika koja uključuju humor, suosjećanje, bliskost, dodirivanje itd., mogu imati osobitu važnost jer ona mogu biti prvi slučajevi takve zdrave povezanosti u bolesnikovu životu (1). Kao da smo zaboravili da je liječnik stručni i moralni autoritet, ima "magijsku" moć u liječenju i bijelu kutu kao simbol čistoće i zdravlja. Podrška, razumijevanje, sugestija, vjerovanje i posljednje, ali ne najmanje važno, vrijeme koje provedemo u aktivnom slušanju bolesnikovih poteškoća, temelj su zdravog odnosa liječnika i bolesnika.

Većina medicinskih zaključaka izvodi se utemeljeno na provedenim znanstvenim istraživanjima koja zahtijevaju statistički ključne pomake. Klinički pristup sveobuhvatan je i personaliziran te se zadovoljava i malim pomacima, tj. postizanje i najmanjeg napretka za oboljelog i kliničara ipak je napredak, iako nekad beznačajan u statističkim mjerilima. Bolna proživljavanja bolesnika uvjetuju niz svjesnih i nesvjesnih reakcija kod članova medicinskog tima. Medicinsko osoblje ima vlastite psihičke reakcije u radu s teškim bolesnicima. Stalno je prisutna visoka razina anksioznosti koja izvire iz emocionalne i tjelesne iscrpljenosti, intenzivnih i neprepoznatih prijenosnih i protuprijenosnih odgovora, emocionalnih potreba bolesnika i straha osoblja od neuspjeha vezanog za njihova profesionalna očekivanja (3).

Oboljeli od malignih bolesti su uvijek "teški" bolesnici zbog procesa identifikacije koja se događa kod liječnika, vlastitih strahova, struktura ličnosti bolesnika i liječnika, obilježja bolesti i sl. Stoga je iznimno važno naglasiti potrebu stalnog rada s medicinskim osobljem na onkologiji u svakodnevnom suočavanju sa smrću, ali i kako bi im se pomoglo riješiti vlastite nedoumice zašto su im neki

kazala važnost, potrebu, učinkovitost i uspješnost uključivanja konzultativno-suradnog psihijatra u onkološki tim (23). Rezultati ukazuju na ključnu dobrobit za oboljele kroz smanjenje psihičkih smetnji i povećanje kvalitete njihova života (23). Otvorena su razna pitanja u vezi prijenosa traume na sljedeći naraštaj, važnosti društvene podrške i potrebe dodatnih djelatnosti u dijagnostičkom, terapijskom i poučavateljskom radu s oboljelima od karcinoma.

Onkologija kao znanost značajno se i brzo razvija i napreduje. Tehnologizacija u medicini udaljila je liječnika od bolesnika kao čovjeka, dovela do informiranog pristanka i potrebe za zaštitom jednih od drugih (odnos liječnik-pacijent). Razvija se potreba za naglašavanjem cjelovitog (holističkog) pristupa jer je potrebno vraćanje i usmjeravanje na čovjeka, pokazivanje ljudskosti, altruizma i temeljne ljubavi prema ljudskom rodu uz uvažavanje ljudskog dostojanstva do samog kraja života. Vođeni smo osnovnom mišlju da u tome uspijevamo u radu sa svojim bolesnicima (1).

Zagovaranjem individualiziranog, holističkog i kreativnog pristupa, usmjerenoga na svakog pojedinca kao cjelovitu osobu, liječenje je dobilo novu kvalitetu i pomoglo mnogim oboljelima. Istodobno, time smo se na određeni način vratili

samim počecima medicinske struke, vremenu kada liječnik nije mogao ponuditi mnogo medicinskih postupaka, ali je oboljelima mogao pružiti nadu i razumijevanje.

Psihoonkologija se u Osijeku razvija od 2004. kada je dr. Sanda Anton, kao konzultativno suradni psihijatar, dio svojega radnog vremena bila uključena u rad tadašnjeg Odjela za onkologiju kao članica njegova tima, a poslije i u ambulantni rad s oboljelima od malignih bolesti i članovima njihovih obitelji. Kao rezultat dugogodišnjeg djelovanja i rada s oboljelima i osobljem na onkologiji pokrenuli smo tečaj trajne edukacije liječnika, medicinskih sestara i psihologa te poslijediplomski predmet Psihodinamski pristup oboljelima od karcinoma na Medicinskom fakultetu u Osijeku te objavili sveučilišni udžbenik istog imena. Posljednjih dvadesetak godina provodimo vlastita istraživanja u tom području te aktivno sudjelujemo na svjetskim, europskim i domaćim kongresima.

U našem radu naglasak je na **cjelovitom i usklađenom liječenju**. Cjelokupno naše djelovanje ne bi bilo tako uspješno i produktivno da stalno nije prisutna odlična suradnja psihoterapijskoga psihijatrijskog i onkološkog medicinskog tima, ali i svih suradnika nemedicinskih struka.

LITERATURA

1. Anton S, Mrdenović S, Gugić D. Psihodinamski pristup oboljelima od karcinoma. Osijek: Svjetla grada; 2012.
2. Gregurek R. Psihološka medicina. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
3. Gregurek R. Maligne bolesti (onkologija). U: Gregurek R. i sur. Suradna i konzultativna psihijatrija – Psihijatrijski i psihološki problemi u somatskoj medicini. Zagreb: Školska knjiga; 2006.
4. Sarafino EP. Health psychology: biopsychosocial interactions. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1994.
5. Edgar L, Rosberger Z, Nowlis D. Coping with cancer during the first year after diagnosis. Assessment and intervention. Cancer. 1992 Feb 1;69(3):817-28. doi: 10.1002/1097-0142(19920201)69:3<817::aid-cn-cr2820690334>3.0.co;2-s.
6. Cella DF, Mahon SM, Donovan MI. Cancer recurrence as a traumatic event. Behav Med. 1990 Spring;16(1):15-22. doi: 10.1080/08964289.1990.9934587.
7. Nad M, Buzov I, Josić D, Klain E, Moro L. Psihodinamski pristup bolesnicama oboljelim od karcinoma dojke [Psychodynamic approach in patients with breast carcinoma]. Lijec Vjesn. 1987 Feb-Mar;109(2-3):105-8. Croatian.
8. Braš M. Epidemiologija i kliničke slike najčešćih psihijatrijskih poremećaja u onkologiji. In: Gregurek R, Braš M, editors. Psihoonkologija. Osijek: Grafika; 2008. p. 51–78.
9. Bailey RK, Geyen DJ, Scott-Gurnell K, Hipolito MM, Bailey TA, Beal JM. Understanding and treating depression among cancer patients. Int J Gynecol Cancer. 2005 Mar-Apr;15(2):203-8. doi: 10.1111/j.1525-1438.2005.15204.x.
10. Breitbart W, Pessin H, Kolva E. Suicide and desire for hastened death in people with cancer. In: Kissane DW, Maj M, Sartorius N, editors. Depression and cancer. Chichester, West Sussex (UK): Wiley-Blackwell; 2011. p. 125–150. [psycnet.apa.org]
11. 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.
12. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. Biol Psychiatry. 2003 Aug 1;54(3):269-82. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00566-3.
13. Holland JC, editor. Psycho-oncology. New York: Oxford University Press; 1998.
14. Ge MW, Sheng J, Shen LT, Hu FH, Jia YJ, Ur-Rehman A i sur. Global Prevalence of Mental Health Problems Among Cancer Survivors: A Meta-Analysis From 31 Countries. Psychooncology. 2025 Jan;34(1):e70077. doi: 10.1002/pon.70077.
15. Holahan CJ, Moos RH. Life stress and health: personality, coping, and family support in stress resistance. J Pers Soc Psychol. 1985 Sep;49(3):739-47. doi: 10.1037//0022-3514.49.3.739.
16. Irvine D, Brown B, Crooks D, Roberts J, Browne G. Psychosocial adjustment in women with breast cancer. Cancer. 1991 Feb 15;67(4):1097-117. doi: 10.1002/1097-0142(19910215)67:4<1097::aid-cn-cr2820670438>3.0.co;2-z.
17. Burton M, Watson M. Counselling people with cancer. New York: John Wiley & Sons; 1998.
18. Barocas HA, Barocas CB. Wounds of the fathers: The next generation of Holocaust victims. Int Rev Psychoanal. 1979;6(3):331–340.
19. Anton S, Tomanović K, Mrdenović S, Katinić K, Gugić D, Topić J. Influence of psychical trauma through transgenerational transfer on the development of traumatic reactions in women with diagnosed breast cancer. Coll Antropol. 2011 Sep;35(3):673-80.
20. Colloca L, Miller FG. The nocebo effect and its relevance for clinical practice. Psychosom Med. 2011 Sep;73(7):598-603. doi: 10.1097/PSY.0b013e3182294a50.
21. Moorey S, Greer S. Cognitive behaviour therapy for people with cancer. Oxford: Oxford University Press; 2002.
22. Barraclough J. Cancer and emotion. Chichester: Wiley; 1994.
23. Anton S, Mrdenović S, Gugić D, Tomanović K. Influence of liaison psychiatric approach on quality of life in patients with newly diagnosed breast cancer. Coll Antropol. 2008 Dec;32(4):1171-7.



ADRESA ZA DOPISIVANJE:

doc. prim. dr. sc. Sanda Anton, dr. med.
Klinika za psihijatriju, KBC Osijek
Ul. Josipa Huttlera 4, 31 000 Osijek
e-mail: sanda.anton@kbco.hr

PRIMLJENO/RECEIVED:

25. ožujka 2026./March 25, 2026

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

12. travnja 2026./April 12, 2026

