

Psihološka podrška i psiho-socijalna pomoć ženama obolelim od karcinoma dojke¹

Tamara Klikovac²

Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Odeljenje pedijatrijske onkologije, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet, Odeljenje za psihologiju

Opšti cilj ovog preglednog rada jeste u tome da se, s jedne strane, ukaže na značaj pružanja psihološke pomoći i podrške ženama obolelim od karcinoma dojke a, s druge strane, da se ukaže na razvoj i dostignuća psiho-onkologije, multidisciplinarnu naučnu disciplinu, čiji je predmet proučavanja usmeren na kliničku procenu psiholoških reakcija osoba obolelih od malignih bolesti i reakcija članova njihovih porodica, kao i nalaženjem najadekvatnijih psiholoških, savetodavnih i psihoterapijskih intervencija i modela rada koji bi bile usmereni na pružanje psihološke i psihoterapijske pomoći pacijentu i porodici u svim fazama kompleksnog onkološkog lečenja. Specifični ciljevi rada usmereni su na ukazivanje na različite psihološke probleme s kojima se suočavaju žene obolele od karcinoma dojke, zatim na isticanje značaja adekvatne psihološke procene žena obolelih od karcinoma dojke u različitim fazama bolesti i lečenja i, na kraju, na isticanje značaja psiho-socijalne podrške, psihološke podrške i psihoterapijske pomoći u svim fazama lečenja uz pokušaj konceptualnih razgraničavanja navedenih pojmova.

Ključne reči: karcinom dojke, psihološka podrška, psiho-socijalni aspekti, psiho-onkologija

Uvodni deo

Psiho-socijalni aspekti raka dojke kod žena privlače veliku pažnju poslednjih decenija, kako zbog visoke incidence, stope preživljavanja ako se bolest otkrije na vreme, u nauci poznatih faktora rizika i skrining programa, tako i zbog brojnih psiholoških reakcija, problema i posledica do kojih kombinovano onkološko lečenje dovodi kod žena kod kojih je obolela, tj. dojka koja kao organ ima višestruko simbolično i psihološko značenje i značaj za ženu

1 Deo ovog rada je usmeno izložen na stručnom skupu pod nazivom „Psiho-socijalni aspekti u lečenju i rehabilitaciji karcinoma dojke“, Sekcije za onkologiju, Srpskog lekarskog društva, Narodna biblioteka, maj 2013 god.

2 E-mail: klikovact@ncrc.ac.rs

(doživljaj tela, osećaj privlačnosti, ženstvenosti, seksualnosti, samopouzdanja, sposobnost materinstva i plodnosti) (Rowland, prema: Holland, 1989).

Veoma važna pitanja na kojima se bazira adekvatna klinička procena psihološkog stanja obolelih žena, ali i različite psiho-socijalne intervencije tokom svih faza onkološkog lečenja jesu:

- ko, kada, gde, kako i zašto treba da obavlja psihološku procenu žena obolelih od raka dojke;
- da li psiho-socijalna podrška, u najširem smislu, ženama obolelim od raka dojke treba da se bazira na edukativnoj, psihološkoj i/ili specifičnoj psihoterapijskoj pomoći; ko i kako treba da obavlja evaluaciju pružene psihološke podrške i/ili psihoterapijske pomoći.

Odgovori na navedena pitanja, iz šire perspektive posmatrano, predstavljaju oblast kliničke i zdravstvene psihologije a, u užem smislu, oblast PSIHO-ONKOLOGIJE, samostalne naučne discipline, koja je počela da se razvija od 70-ih godina prošlog veka, prvo u SAD-u a zatim u razvijenim zemljama Evrope. U sadašnjem trenutku psiho-onkologija jeste razvijena naučna disciplina, kako na bazičnom nivou istraživanja, tako i na praktičnom nivou pružanja adekvatne psihološke podrške i psihoterapijske pomoći osobama koje su obolele od različitih malignih bolesti i njihovim porodicama (Klikovac, 2013).

Savremena psiho-onkologija bazira se, s jedne strane, na holističkoj definiciji zdravlja Svetske zdravstvene organizacije a, s druge strane, na holističkom, bio-psiho-socijalnom modelu koji postaje sve dominantniji u savremenoj medicini (Holland, 1989).

Svetska zdravstvena organizacija (Deklaracija SZO, 1974, Alma Ata) definisala je zdravlje kao „stanje potpunog telesnog, psihičkog i socijalnog blagostanja”³. Definicija je dovoljno obuhvatna i odnosi se na različite aspekte zdravlja: fizičko-somatsko zdravlje, mentalno-psihičko zdravlje i opšte društvenu, socijalnu povoljnu „klimu” za život i rad. U tom kontekstu, bolest se ne sagledava samo kao fizički problem, a uloga stručnjaka različitog profila, porodice, pacijenata, kao i celokupnog zdravstvenog sistema i šire društvene zajednice ne treba da bude usmerena samo i isključivo na fizičko stanje i simptome već i na psihološke aspekte pacijentove ličnosti, uz sagledavanje porodičnog konteksta i šireg socijalnog okruženja.

Holistički bio-psiho-socijalni model, koji je dominantan u savremenoj medicini, usmeren je ne samo na dijagnostiku i lečenje već i na identifiko-

3 Odnos some i psihe jeste stari filozofski problem oko kojeg su još starogrčki filozofi vodili brojne diskusije. Činjenica je da su osnove savremene definicije zdravlja i holističkog pristupa u savremenoj medicini postavili stari grčki filozofi. Hipokrat, „otac” medicine (460–370 p. n. e), prvi je dao naziv rak malignoj bolesti i isticao da ljudi melanholičnog temperamenta, tužni i depresivni češće oboljevaju od raka. Sokrat (470–399 p.n.e) poznat je po izreci „ne može se lečiti telo ako se istovremeno ne leči duša”. Platon (427–347 p.n.e) zalagao se za prevazilaženje dualizma duh, duša i telo.

vanje psiholoških, socijalnih, duhovnih potreba i etičkih dilema pacijenata i sveobuhvatno planiranje tretmana pacijenata u skladu sa svim navedenim aspektima. Upravo zbog holističke orijentacije, pristup u lečenju osoba obolelih od najtežih malignih oboljenja multidisciplinarni je i obuhvata saradnju stručnjaka različitog profila (lekara različitih specijalnosti, medicinskih sestara, tehničara, psihologa, psihoterapeuta, duhovnika, etičara, fizioterapeuta i volontera) (Holland, 1989).

Praćenje pacijenata obolelih od malignih bolesti tokom svih faza lečenja (rano otkrivanje bolesti; potvrda dijagnoze maligne bolesti; faza kombinovanog onkološkog lečenja; preživljavanje i praćenje ili palijativno zbrinjavanje) veoma je važno zato što svaki fazu odlikuju specifične psihološke reakcije obolelih osoba, kao i određene psihoterapijske intervencije (Klikovac, 2013).

U Tabeli 1 prikazani su faktori koji utiču na prilagođavanje osoba obolelih od malignih bolesti tokom svih faza onkološkog lečenja.

Tabela 1. Faktori koji utiču na prilagođavanje osoba obolelih od malignih bolesti prema Holand (Holland, 2003).

<i>Faktori povezani sa bolešću</i>	<i>Faktori povezani sa ličnošću pacijenta</i>	<i>Socijalni faktori</i>
Mesto i stadijum bolesti, tj. faza bolesti	Tip ličnosti	Socio-kulturni uticaji
Vrsta i patohistološki tip maligne bolesti	Mehanizmi prevladavanja	Lična uverenja u vezi sa malignom bolešću
Mogućnosti primene adekvatnih terapija	Stupanj lične zrelosti	
Mogućnosti za rehabilitaciju	Relacija s ljudima koji su podrška (porodica, prijatelji, šire socijalno okruženje i onkološki tim)	

Proučavanje mogućeg uticaja različitih psiho-socijalnih i psiho-bioloških varijabli, kako u etiologiji, tako i u kasnijem toku lečenja maligne bolesti, u središtu je interesovanja *lieson*-psihijatrije ili konsultativne psihijatrije⁴ i psihosomatske medicine, kao i psiho-onkologije, još od 50-ih i 60-ih godi-

4 *Konsultativna* ili *lieson psihijatrija* jeste supspecijalnost koja se bavi dijagnostikom, lečenjem, proučavanjem i prevencijom psihičkih poremećaja kod fizički obolelih pacijenata, kao i kod onih osoba koje različita emocionalna stanja iskazuju kroz somatske simptome zbog kojih se i obraćaju za medicinsku pomoć. Pojam *lieson* odnosi se i na edukaciju nepsihijatrijskog osoblja da prepozna i adekvatno tretira pacijente sa psiho-socijalnim i psihijatrijskim problemima na odeljenjima na kojima su pacijenti, zbog somatskih simptoma hospitalizovani (Lipovski, prema: Adamović, 2005). Poslednjih godina pojmovi *lieson* i psiho-somatski poremećaji postepeno se gube iz upotrebe u naučnim krugovima i uglavnom su u upotrebi pojmovi konsultativna psihijatrija i psiho-fiziološki poremećaji.

na prošlog veka, od kada se i psiho-onkologija razvija kao nezavisna naučna disciplina (kako na nivou bazičnih istraživanja, tako i na nivou praktičnih intervencija vezanih za pružanje psihološke podrške i psihoterapijske pomoći osobama obolelim od različitih malignih bolesti i njihovim porodicama) (Grassi i Riba, 2012).

Predmet proučavanja psiho-onkologije, u najširem smislu, odnosi se na proučavanje uticaja psihičkih faktora u okviru multidimenzionalnog razumevanja različitih malignih bolesti i uključuje psiho-dijagnostičke, psiho-terapijske, edukativne i istraživačke aktivnosti psihijatarata i psihologa u onkološkim institucijama, tačnije onkološkim timovima (Gregurek i Braš, 2008). Konkretnije, psiho-onkologija je usmerena na humani aspekt sveukupne brige za pacijente i fokus istraživačkog i praktičnog delovanja jeste proučavanje psiholoških, socijalnih, bihejvioralnih, duhovnih i etičkih problema osoba različitih uzrasta koji su oboleli od različitih malignih bolesti (Holland, 2003).

Savremena psiho-onkologija⁵ bavi se zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja onkoloških pacijenata i njihovih porodica, kao i zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja medicinskog osoblja koje se bavi onkološkim pacijentima u svim fazama zahtevnog, kompleksnog i kombinovanog onkološkog lečenja (Klikovac, 2008).

Poslednjih decenija u svetu (SAD, Kanada, Australija, razvijene zemlje Evrope) došlo je do naglog razvoja psiho-onkologije (u nekim zemljama psiho-onkologija je supspecijalizacija onkologije ili supspecijalizacija iz *lieson* psihijatrije i psiho-somatske medicine), s pokušajem razumevanja višestrikuh uticaja psiho-socijalnih faktora na onkološke pacijente, a s ciljem pronalazanja najboljih mogućih psiho-terapijskih pristupa i intervencija u svim fazama onkološkog lečenja (Holland, 1989).

Prvi susret s malignom bolešću, tj. postavljanje dijagnoze maligne bolesti izaziva kod ljudi mnogo intenzivnije psihičke, tj. emocionalne reakcije nego susret sa bilo kojom drugom somatskom bolešću. Uprkos nesumnjivom naporu u prevenciji, ranom otkrivanju i dijagnostici, kao i u metodama tre-

5 Prve faze razvoja psiho-onkologije (60-ih, 70-ih godina. prošlog veka) obeležila je nemala stigma koja se odnosila na to da li reći oboleloj osobi od čega boluje i kako to učiniti a da ne deluje demorališuće na osobu i kako pomoći oboleloj osobi da prepozna sopstvene psihološke reakcije, kao i probleme koje ima u vezi s ličnim suočavanjem sa bolešću. Suštinska intervencija jeste u tome da se obolela osoba ohrabri da prevaziđe otpore u obraćanju za psihološku pomoć i podršku (Holland, 2003).

Početak sistematskog razvoja psiho-onkologije bio je povezan s proučavanjem psihičke strukture osoba koje imaju predispoziciju da obole od nekog oblika maligne bolesti (tzv. kancerogena ličnost TIPA C) i proučavanjem uticaja stresa na nastanak i tok bolesti 70-ih i,80-ih god. Savremena psiho-onkologija sve se više povezuje s psiho-neuroendokrinomunologijom.

tmana maligne bolesti, što sve zajedno dovodi do sve većih uspeha u lečenju i izlečenju, kod većine ljudi iz različitih kultura, a posebno kod osoba kod kojih se potvrdi dijagnoza maligniteta, sinonimi KANCER / MALIGNA BOLEST / RAK još uvek, zbog raznih predrasuda, izazivaju asocijacije na patnju, bol, smrt i, u vezi s tim, pokreću različite strahove (pre svega, najdublji egzistencijalni strah – strah od smrti; strah od odvajanja i izolacije od bližnjih i socijalne sredine; strah od propadanja i bola, osećanje neizvesnosti, promenu percepcije budućnosti i života, strahove od marginalizacije i stigmatizacije) (Klikovac, 2010).

Psiho-onkologija je danas dostigla nivo Evidence Based Medicine / Medicine bazirane na dokazima. Savremena istraživanja u psiho-onkologiji sve se više fokusiraju na tzv. neuro-imidžing⁶ i na ispitivanju povezanosti i međusobnog uticaja psiho-neuro-imunoloških mehanizama i malignih bolesti.

Pacijenti koji su se lečili od malignih bolesti a koji su imali tokom lečenja brojne intruzivne psihološke simptome na neuro-imidžingu imali su manji ukupni volumen amigdala u odnosu na one onkološke pacijente koji tokom lečenja nisu imali intruzivnih psiholoških simptoma (Matsuoka i sar., 2003). Neuro-imidžing koji su radili isti japanski autori na grupi onkoloških pacijenata sa dijagnostikovanim depresivnim poremećajem pokazao je da postoji značajna promena volumena amigdala, a koja je povezana sa depresivnim raspoloženjem pacijenata (*Ibid*).

Novije studije pokazale su da postoji povezanost nivoa kortizola kod metastatskog karcinoma dojke s kvalitetom socijalne podrške i osećanjem pripadanja tj. uvažavanja (Dantzer, 2005; Kissane i sar., 2004; Grassi i Rosti, 1999; Reiche i sar., 2005).

U jednoj studiji pokazana je veza između nivoa Omega-3 masnih kiselina sa depresijom kod pacijenata s karcinomom pluća (Kobayakawa i sar., 2006). Na uzorku N = 116 pacijentkinja s karcinomom dojke izlaganje stresu bilo je povezano sa nižom NK-lizom i smanjenjem NK odgovora (Zabora i sar., 1997). Kod muškaraca s karcinomom prostate optimizam i manja supresija ljutnje bili su povezani s većim brojem NK ćelija ⁷ (Korfa-

6 Funkcionalni neuro-imidžing jeste tehnika snimanja mozga i pojedinih delova mozga najsavremenijim PET scan ili MR metodama u naučne svrhe.

7 Ćelije ubice ili NK ćelije (engl. Natural killer cells) posebna su grupa limfocita koji imaju ulogu u odbrani organizma protiv virusa i tumorskih ćelija. Ćelije ubice pripadaju nespecifičnom imunitetu. NK ćelije jesu krupne mononukleusne ćelije s velikim brojem granula u citoplazmi. NK ćelije prepoznaju ćelije zarezene virusima i tumorske ćelije putem prepoznavanja anomalija na njihovoj ćelijskoj membrani, a zatim se za njih vezuju i ubijaju ih. Aktivnost ćelija ubica reguliše se preko aktivirajućih i inhibišućih signala. NK ćelije mogu da sekretuju neke citokine, kao npr. interferon γ , što pojačava imunološki odgovor. Ćelije ubice mogu delovati samostalno, bez podrške ostalih elemenata odbrambenog sistema, i predstavljaju važan element prve linije odbrane organizma jer ne zahtevaju vreme

ge i sar., 2006). Randomizovana studija uticaja KGBT-a⁸ na nesanicu kod pacijentkinja s karcinomom dojke pokazala je promenu stvaranja citokina⁹. Apatija, socijalna izolacija, poremećaj spavanja, umor, anoreksija, gubitak težine, kognitivni poremećaji, smanjen libido, psihomotorna inhibicija – jesu simptomi i depresije i citokin-indukcionog sindroma bolesti, s tim da su osećaj krivice, depresivno raspoloženje i suicidalne ideje uobičajene u depresiji (Spiegel i sar., 2003).

U zemljama u razvoju, kao što je Srbija, resursi za pružanje psiho-socijalne podrške onkološkim pacijentima pre su retka nego uobičajena praksa. Naš zdravstveni sistem, a posebno onaj segment koji se odnosi na onkološku praksu, nema još uvek razvijen pristup iz domena psiho-onkologije, tj. organizovana psihološka i psihoterapijska pomoć onkološkim pacijentima (različitog uzrasta) i članovima njihovih porodica tokom svih faza lečenja, nažalost, ne postoji na nacionalnom nivou, na način na koji to razvijeni standardi iziskuju (Klikovac, 2007).

Jedno od osnovnih načela savremene psiho-onkologije jeste to da bazičnu psiho-socijalnu podršku, koja se manifestuje kroz adekvatnu komunikaciju i ophođenje prema onkološkim pacijentima, mora da pruži, pored medicinskih saradnika koji su usko specijalizovani za pružanje psihosocijalne podrške i psihološke i psiho-terapijske pomoći, i medicinsko osoblje koje je u stalnom kontaktu s pacijentima (lekari i sestre).

U Tabeli 2 prikazani su nivoi pružanja podrške onkološkim pacijentima.

potrebno za njihovu aktivaciju, kao što je to slučaj sa ostalim limfocitima. Međutim, u toku imunološke reakcije često deluju zajedno sa drugim delovima ovog sistema. Tako na primer. antitela koja se vezuju za miroorganizme mogu olakšati vezivanje i dejstvo ćelija ubica (tzv. citotoksične reakcije zavisne od antitela, engl. ADCC-antibody dependent cell-mediated cytotoxicity); takođe i neki citokini: interleukin 15 i interleukin 12 (koje uglavnom luče makrofazi) pojačavaju aktivnost ćelija ubica (Leposavić i sar., 2000).

8 KGBT – kognitivno-bihejvioralna terapija

9 Citokini (interleukini) su pored molekula antitela, najvažniji sekretorni proizvodi ćelija imunskog sistema. Reč citokini izvedena je iz dve reči grčkog porekla – „citos”, što znači ćelija, i „kine”, iz reči „kinein”, što znači micati se. Ovaj naziv je uveden da bi se mogla razlikovati grupa imunomodulatorskih molekula od hematopoetskih faktora ćelijskog rasta. Kako je većina citokina produkt leukocita (makrofaga ili T ćelija) i zbog delovanja na druge leukocite oni se nazivaju i interleukini. Citokini su proteini male molekulske mase, od 6 do 70 kDa, koji deluju kao posrednici između elemenata imunskog sistema. Citokini su po svojoj strukturi veoma slični i svi pripadaju porodici glikoproteina, pod nazivom hemoproteini. Citokini su neophodni za normalno odvijanje svih faza imunskog odgovora i značajan su faktor regulacije tipa, jačine i dužine imunske reakcije. Nema imunskog odgovora u organizmu bez produkcije citokina. Citokine izlučuju različite ćelije, kao što su limfociti, monociti, makrofazi, fibroblasti. Citokine stvaraju i na citokine reaguju i druge ćelije organizma, van imunskog sistema. Dejstvo citokina je, uglavnom ,lokalno, auto-krino i parakrino, ređe endokrino (Leposavić i sar., 2000).

Tabela 2. *Nivoi pružanja podrške onkološkim pacijentima (modifikovano prema IPOS on-line Multilingual Core Curriculum in Psycho-Oncology, izvor IPOS web).*

4 nivoa pružanja podrške onkološkim pacijentima	Pomagači	Procena	Intervencije
1. nivo	<u>Zdravstveno osoblje</u>	Prepoznavanje psiholoških i ostalih potreba pacijenata, rad na dobrobiti pacijenta što povećava QOL, smanjuje distres i anksioznost	Detaljno i precizno informisanje; pokazivanje saosećanja i empatije; reagovanje u skladu sa potrebama pacijenata; poštovanje modela funkcionalne komunikacije zasnovane na empatiji
2. nivo	<u>Zdravstveno osoblje</u> u timu sa stručnjacima iz psiho-onkologije	Procena distresa pacijenata i porodice; procena disfunkcionalnosti na individualnom i porodičnom nivou	4 nivoa pružanja podrške onkološkim pacijentima
3. nivo	Specijalizovani stručnjaci iz oblasti psiho-onkologije	Procena distresa, anksioznosti, depresivnosti, ponašanja, ličnosti, psihopatologije	Savetovanje; vodenje u krizi; KGB intervencije; fokusirane individualne, grupne i porodične i bračne terapije
4. nivo	Specijalizovani stručnjaci iz oblasti psiho-onkologije	Procena anksioznosti, depresivnosti, psihijatrijskih syporemećaja (rizik za suicid, psihotičnost i sl.)	Uključivanje psiho-farmaka

U nacionalnim strategijama iz oblasti onkologije i vodičima dobre prakse, koje imaju razvijeni je zemlje sveta i Evrope, a koji se odnose na **multidisciplinarni pristup** u lečenju osoba obolelih od malignih bolesti, mogu se naći opširna poglavlja o psiho-socijalnom pristupu obolelima i o psiho-onkologiji. U navedenim poglavljima detaljno se razmatraju različite potrebe onkoloških pacijenata (u zavisnosti od socio-kulturnih specifičnosti zemlje) i, u vezi s tim, uobličavaju se preporuke za organizovanje raznih programa psihološke podrške i psihoterapijske pomoći koji su namenjeni pacijentima, članovima njihovih porodica i medicinskim timovima.

Psihološka procena pacijentkinja obolelih od karcinoma dojke

Različiti instrumenti (skale, upitnici i testovi) koriste se u psihološkom skriningu i proceni psihološkog statusa pacijentkinja obolelih od raka dojke. Upotreba psiholoških instrumenata zavisi od faze lečenja i aktuelnih, tj. individualnih potreba pacijentkinja. U Tabeli 3¹⁰ prikazani su instrumenti koji se koriste za procenu psiholoških reakcija pacijentkinja u zavisnosti od faze onkološkog lečenja.

10 Instrumenti za psihološku procenu psihičkog stanja osoba obolelih od malignih bolesti navode se zato što ne postoji većina instrumenata u našoj sredini, što može biti podsticaj da se isti standardizuju i koriste u praksi.

Tabela 3. *Instrumenti koji se koriste za procenu psiholoških reakcija pacijentkinja u zavisnosti od faze onkološkog lečenja (prema: Quick References for Adult Oncology Clinicians: The Psychiatric and Psychological Dimensions of Adult Cancer Symptom Management, 2006)*

I faza lečenja – potvrda dijagnoze raka dojke i početak lečenja	II faza lečenja – nakon hirurškog zahvata, lečenje hemioth, radioth.	III faza lečenja – održavanje	Recidiv bolesti
Procena simptoma Distresa <ul style="list-style-type: none"> – Distress Thermometer – NCCN Distress Management Guidelines DIS – A – Brief Symptom Inventory (BSI) – Profile of Mood States (POMS), short form – Impact of Event Scale – IES 	Procena anksioznosti i depresivnosti <ul style="list-style-type: none"> – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) – Zung Depression Rating Scale (ZDRS) – Beck Depression Inventory (BDI) 	Procena socijalne podrške <ul style="list-style-type: none"> – Social Support Questionnaire Transactions / Social Support Questionnaire Satisfaction (SSQT/SSQS) 	Procena kognitivnog funkcionisanja <ul style="list-style-type: none"> – Mini Mental Status Examination (MMSE) – Clock-Drawing Test Figure – Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)
Procena ličnosti po potrebi <ul style="list-style-type: none"> – NEOPR test ličnosti 	Procena zdravstvenog statusa <ul style="list-style-type: none"> – Sickness Impact Profile (SIK) – Duke – UNC Health Profile 	Procena postojanja PTSD-a post traumatskog stresnog poremećaja <ul style="list-style-type: none"> – Symptom Check List – SCL-90 R 	Po potrebi procena ličnosti, anksioznosti, depresivnosti i prevladavanja
Procena kopinga tj.kvaliteta prevladavanja i suočavanja <ul style="list-style-type: none"> – Mental Adjustment to Cancer (MAC) – System of Beliefs Inventory (SBI-15R) 	Procena kvaliteta života <ul style="list-style-type: none"> – Health Survey Short Form (SF-36) – World Health Organisation Quality of life Questionnaire (EORTC QLQ – C-30) – Functional Assessment of Cancer Therapy Scale General (FACT-G) 	Po potrebi procena ličnosti, anksioznosti, depresivnosti i prevladavanja	
Procena zloupotrebe psihoaktivnih supstanci po potrebi <ul style="list-style-type: none"> – CAGE Questions 	Procena kopinga tj.kvaliteta prevladavanja i suočavanja <ul style="list-style-type: none"> – Mental Adjustment to Cancer (MAC) – System of Beliefs Inventory (SBI-15R) 		
Procena body-image i self percepcije	Procena duhovnosti – FICA Questions		

Najčešći psihološki problemi pacijentkinja obolelih od karcinoma dojke

Rak dojke kod žena utiče na sledeće aspekte funkcionisanja: prvo, izaziva psihološku uznemirenost (anksioznost, depresiju i ljutnju); drugo, utiče na promene u načinu i stilu života (fizički problemi, bračno, partnersko i seksualno funkcionisanje, promena uobičajenog načina funkcionisanja) i treće, izaziva brojne strahove i brige (mastektomija, strah od smrti i bola). Faktori koji utiču na prevladavanje i psihološku adaptaciju na kriznu situaciju maligne bolesti kod žena jesu: faza individualnog i porodičnog životnog ciklusa u momentu postavljanja dijagnoze, prethodna emotivna stabilnost (osobine ličnosti i tipični mehanizmi prevladavanja), način reagovanja u suočavanju s bolešću i otvorenost prema psihološkoj podršci (Meyerowitz, 1980). Istraživanje mehanizama prevladavanja i efikasnosti u postizanju emotivne stabilizacije i uspostavljanju kontrole nad distresom kod žena pre biopsije i 10 godina nakon lečenja pokazalo je da su mehanizmi prevladavanja nepromenljivi (Gorzynski i sar., 1980). Studija Penmana (Penman, 1980) pokazala je da su one žene koje su koristile izbegavajuće strategije prevladavanja i rezignirano prihvatanje i „kapituliranje” pred težinom bolesti i lečenja pokazivale značajno više nivoa emotivnog distresa u periodu nakon mastektomije (radikalna hirurška intervencija odstranjivanja dojke) u poređenju sa ženama koje su koristile direktivne strategije prevladavanja koje su se odnosile na aktivnu konfrontaciju s bolešću i ličnim psihološkim stanjima. Pesimizam kod žena gotovo uvek ukazuje na nefunkcionalno prevladavanje.

Razlikuju se opšti i specifični faktori koji utiču na vrstu i intenzitet psiholoških reakcija i problema pacijentkinja obolelih od raka dojke (Klikovac i Andrijić, 2013)

Opšti faktori

- Status bolesti (stadijum bolesti u vreme dijagnoze; načini predloženog lečenja; vrste planiranih intervencija; tok lečenja i posledice; faza lečenja; prognoza);
- tip ličnosti obolele osobe; načini prevladavanja; prethodna iskustva gubitaka; sposobnost prilagođavanja i snalaženja u stresnim i kriznim životnim situacijama;
- godine starosti; bračni status; roditeljstvo; posao/karijera;
- uticaj kulture, duhovni i religiozni stavovi;
- postojanje adekvatne emotivne i praktične pomoći i podrške najbližih (porodice, partnera, prijatelja);
- potencijal za tzv. posttraumatski rast i psiho-fizičku rehabilitaciju.

Specifični faktori rizika za povišeni emocionalni distres kod pacijentkinja obolelih od karcinoma dojke jesu:

- uzrast pacijentkinje (u posebnom riziku su mlađe pacijentkinje koje nisu rađale i pacijentkinje u zreloom reproduktivnom dobu);
- postojanje lične i porodične psihijatrijske anamneze i zloupotreba psihoaktivnih supstanci;
- komorbiditet različitih bolesti koji prati osnovnu bolest;
- seksualni problemi;
- nedostatak socijalne podrške (porodični sukobi, pacijentkinje koje žive same, pacijentkinje koje imaju malu decu, nezaposlene pacijentkinje s finansijskim problemima)

Psihološka pomoć i podrška ženama koje su obolele od raka dojke sistemski se planira i organizuje prevashodno u zavisnosti od uzrasta pacijentkinje, od tzv. faze bolesti, tj. faze onkološkog lečenja¹¹ i faze porodičnog životnog ciklusa u kojoj se porodica sa obolelim članom nalazi (Klikovac i sar., 2000).

Postavljanje dijagnoze maligne bolesti¹²

Suočavanje sa dijagnozom malignog oboljenja jeste stresan životni događaj. Reakcija na stres ispoljava se ne samo kroz osećanja već i kroz misli, ponašanja i odnose sa sredinom. Saopštavanje dijagnoze maligne bolesti najčešće je početak psihološke akcidentne krize i stanje „kratke psihičke pometnje kad osoba s postojećim mehanizmima prevladavanja koje ima nije u stanju da savlada psihološke probleme s kojim se suočava u novonastalim okolnostima dijagnoze teške bolesti” (Vlajković, 1992). Psihodinamika krize može se sagledati u poremećaju ravnoteže i u teškoćama u adaptaciji na situaciju koja

11 Tipične faze onkološkog lečenja jesu:

1. postavljanje dijagnoze;
2. specifično onkološko lečenje (hirurgija, hemioterapija, radioterapija);
3. kontrole i rehabilitacija;
4. preživljavanje (dugoročno);
5. recidiv bolesti i sekundarno lečenje;
6. terminalna faza (palijativno zbrinjavanje pacijenta).

12 Faze bolesti napisane su prema usmenom izlaganju autorke članka u okviru Nacionalnog programa za skrining raka dojke (Beograd, Kraljevo, Niš, 2009. i 2010. god.) i usmenog saopštenja na skupu Srpskog lekarskog društva „Psihosocijalni aspekti u lečenju i rehabilitaciji karcinoma dojke”, Beograd, 2013

je nastala delovanjem stresnog životnog događaja. Osoba u krizi preplavljena je i više nije u stanju da sa svojim postojećim adaptivnim mehanizmima izdrži i izbori se sa situacijom. Shvatanje krize je nepatocentrično, što znači da kriza nije bolest nego normalna reakcija na nenormalnu situaciju u kojoj se čovek našao (Vlajković, 2009).

Psihička kriza manifestuje se na:

- kognitivnom planu (smanjenje intelektualne efikasnosti, poremećaj koncentracije, pažnje i rasuđivanja);
- emotivnom planu (osećanja straha, bespomoćnost, ljutnja, anksioznost, depresivnost, krivica, gubitak samopoštovanja, gubitak energije, osećanje bezvoljnosti, bespomoćnosti i bezizlaznosti, demoralisanost);
- bihevioralnom planu (problemi u komunikaciji, socijalna izolacija, poremećaj u seksualnosti, problemi sa spavanjem, psiho-motorni nemir, agresija, antisocijalno ponašanje).

Prve reakcije na potvrdu dijagnoze maligne bolesti kod žena uglavnom su šok, strah i neverica. Važno je ukazati na činjenicu da sve procedure lečenja koje su za medicinski tim rutina za pacijentkinje to nisu. Pacijentkinje su prinuđene da se bave temama i da brzo donose odluke o bitnim aspektima bolesti o kojima uopšte nemaju znanja ili ga imaju veoma malo.

Dve su ekstremne reakcije na novonastalu situaciju: želja da se sto pre započne sa lečenjem i želja da se traži drugo, treće, četvrto mišljenje.

Suočavanje s malignom bolešću nije bezuslovno prihvatanje ili potpuno negiranje bolesti. U psihološkom smislu, suočavanje s malignom bolešću i jeste stalno prilagođavanje, pronalaženje novih psiholoških mehanizama prevladavanja i prevazilaženja problema s kojima se od početka onkološkog lečenja obolela osoba suočava. Veoma je važno da se kod pacijentkinja podstakne kapacitet za tzv. posttraumatski rast i razvoj (da krizna situacija bolesti ne bude dva koraka nazad i regresija, nego korak napred u psihološkom i duhovnom razvoju). Važno je, takođe, podstaći pacijentkinju da otkrije ličnu psihološku neranjivost, tzv. psihoimunitet koji se bazira na kombinovanom korišćenju unutrašnjih i spoljašnjih resursa u svakodnevnom životu, a posebno u problem situacijama (vanrednim situacijama).

U Tabeli 4 pregledno su date razlike između očekivanih i uobičajenih i upadljivih psiholoških reakcija žena obolelih od karcinoma dojke u početnim fazama lečenja (modifikovano i dopunjeno prema: Klikovac, 2007).

Tabela 4. Razlike između očekivanih i upadljivih psiholoških reakcija žena obolelih od raka u periodu potvrde dijagnoze. i donošenja odluka o daljem lečenju

<i>Očekivane psihološke reakcije žena obolelih od raka u periodu potvrde dijagnoze i donošenja odluka o daljem lečenju</i>	<i>Upadljive psihološke reakcije čiji intenzitet prevazilazi očekivane reakcije i vodi ka psihijatrijskim poremećajima u periodu potvrde dijagnoze i donošenja odluka o daljem lečenju</i>
<i>Distres (šok, strah, uznemirenost, zabrinutost)</i>	<i>Distres praćen agitiranim ponašanjem, psiho-motorni nemir, atipične ideje (bežanje iz bolnice; negiranje dijagnoze; sumnja u dijagnozu i sl.)</i>
<i>Emotivna nestabilnost i nesigurnost, ambivalencija prema lečenju, emotivni izlivi i plač, tužno raspoloženje, problemi s raspoloženjem – od tuge do euforije, preosetljivost</i>	<i>Ispoljavanje ljutnje, besa, gneva, agresije prema sebi i drugima Snažna anksioznost praćena panikom i paničnim napadima i razvijanje različitih fobičnih strahova Neurotske reakcije, OKP – opsesivno-kompulzivni poremećaj Depresivni simptomi praćeni postojanjem krivice ili traženjem krivca za bolest, suicidalna ideacija, verbalne pretnje suicidom, pokušaj suicida Znaci psihotičnosti – paranoidne ideje i magijsko mišljenje da neko radi o glavi; nepoverenje u lečenje i doživljavanje lečenja kao trovanja; ideje veličine i moći ili ideje o magijskom samoisceljenju</i>
<i>Mentalna konfuzija, nesposobnost koncentracije i fokusiranja pažnje, dezorganizovanost, preokupiranost bolešću i intervencijama s ciljem da se donesu odluke, preispitivanje, analiza situacije</i>	<i>Logoreičnost, nesposobnost uspostavljanja komunikacije i dijaloga, pacijentkinja samo sebe sluša, nesposobnost analize situacije i donošenja odluka, katastrofične interpretacije</i>
<i>Održavanje veze s najbližima, porodicom i prijateljima i traženje pomoći uz povremena distanciranja</i>	<i>Potpuno socijalno povlačenje i izolacija od najbližih, porodice i prijatelja. Odbijanje socijalnih kontakata</i>
	<i>Zloupotreba alkohola i sedativa</i>
	<i>Zapuštanje lične higijene i fizičkog izgleda</i>

Specifično onkološko lečenje (hirurgija, hemioterapija, radioterapija)

Kad se donese konzilijarna odluka o specifičnom onkološkom lečenju, pacijentkinje mogu da osele neku vrstu olakšanja, a nivo anksioznosti i distresa se smanjuje. S druge strane, početak neizvesnog onkološkog lečenja pokreće nove strahove i strepnje u vezi s predstojećim tretmanom. U tom periodu, pre početka lečenja, veoma je važna adekvatna priprema, informisanje i edukacija pacijentkinja za predstojeće lečenje i moguće neželjene efekte lečenja. Posebno

je važna priprema pacijentkinja za radikalnu hiruršku intervenciju. U početnoj fazi kombinovanog onkološkog lečenja moguća je amputacija dojke kao radikalna hirurška intervencija, koja narušava telesni izgled ili pre doživljava telesne celovitosti tj. telesne šeme kod pacijentkinja, što može predstavljati najveći problem i biti „triger” ili okidač drugih, složenijih i dubljih psiholoških reakcija (depresije, osećanja inferiornosti, smanjenja samopoštovanja, gubitka sigurnosti u sebe). Pacijentkinje, ukoliko nisu adekvatno pripremljene i informisane, mogu imati uverenja da je s hirurškim tretmanom njihovo lečenje završeno i da je tumor odstranjen. U nekim slučajevima hirurška intervencija je završetak lečenja, međutim najveći broj pacijentkinja upućuje se na dalje onkološko lečenje, tj. na adjuvantnu hemioterapiju i radioterapiju, što može predstavljati veoma intenzivan stres i pokrenuti složene psihološke reakcije (strah od neželjenih efekata terapija i od vidljivih fizičkih promena, strah od zračenja, reakcije anksioznosti i depresivnosti, sklonost ka povlačenju i socijalnoj izolaciji, složena osećanja tuge i napuštenosti, samosažaljenje, strah od gubitka partnera i podrške).

Kontrole i rehabilitacija

Period redovnih kontrola i praćenja nakon završetka kombinovanog onkološkog lečenja uvek je pokazatelj koliko je pacijentkinja, u psihološkom smislu, uspešno prevladala sve prethodne faze lečenja, da li je na adekvatan način podržana od strane porodice i medicinskog tima i da li je imala prilike da dobije stručnu psihološku podršku ili psihoterapijsku pomoć tokom procesa onkološkog lečenja.

Činjenica je da različite strategije prevladavanja krize mogu voditi uspešnom ili neuspešnom ishodu iste.

Negativan ishod krize može da odvede u posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) – istraživanja koja su sprovedena sa pacijentkinjama obolelim od raka dojke pokazuju da od 5% do 18,5% njih ispunjava kriterijume za dijagnostikovanje PTSP-a nakon završetka onkološkog lečenja (Cordova i sar., 2001).

Najčešći psihološki problemi s kojima se suočavaju pacijentkinje nakon završetka lečenja jesu:

- strah od povratka bolesti;
- fizičke tegobe kao što su umor, problemi sa spavanjem, bol;
- izmena telesne šeme i doživljava sebe nakon lečenja;
- seksualna disfunkcija;
- intruzivne misli o bolesti, lečenju, smrti;
- problemi u bračnoj/partnerskoj komunikaciji, kao i porodični problemi;
- osetljivost/ranjivost;
- strah od smrti.

Recidiv bolesti i sekundarno lečenje

Ponovno javljanje bolesti ili dijagnostikovanje metastatskih promena predstavlja izuzetno kriznu životnu situaciju koja ponovo reaktivira šok, distress i sve složene psihološke reakcije s kojima su se pacijentkinje već suočile prilikom potvrde dijagnoze maligne bolesti na početku primarnog onkološkog lečenja.

I pacijentkinje i medicinski tim često doživljavaju sekundarno lečenje kao neuspeh i poraz. Ponovno onkološko lečenje započinje se s manje nade u pozitivan ishod u odnosu na primarno lečenje. Nedostatak nade, brojni strahovi, fizičke komplikacije i psiho-fizički umor pacijentkinja iziskuju dobro osmišljen psihoterapijski rad, koji treba da bude prilagođen individualnim potrebama pacijentkinja. U toj fazi neophodna je stručna psihološka podrška i psiho-terapijska pomoć i članovima medicinskog tima.

Terminalna faza (palijativno zbrinjavanje pacijentkinja obolelih od raka dojke)

Pacijentkinje obolele od raka dojke, posebno u terminalnim fazama bolesti, imaju određene psihološke potrebe – potrebe za ublažavanjem bola; potrebe za očuvanjem samopoštovanja i dostojanstva; potrebe za pažnjom i pripadanjem i ljudskim, humanim kontaktom; potrebe za saosećanjem i komunikacijom. Tačna procena psiholoških potreba pacijentkinje i izlaženje u susret psihološkim potrebama i intervencije u skladu s navedenim potrebama nesumnjivo su važan etički imperativ zdravstvenih radnika koji rade sa onkološkim pacijentima, a posebno sa ženama obolelim od raka dojke u terminalnim fazama bolesti (Berger, 1993). Palijativno zbrinjavanje pacijentkinja obolelih od raka dojke sprovodi se u skladu sa svim principima sveobuhvatnog palijativnog zbrinjavanja koje se primenjuje i sa drugim pacijentima koji primarno boluju od bolesti sa ograničenom prognozom.

Značaj i ciljevi psiho-socijalne podrške, psihološke i psihoterapijske pomoći ženama obolelim od raka dojke

U literaturi iz psiho-onkologije navode se razlike između psiho-socijalne podrške i psihološke i psihoterapijske pomoći (Grassi i Riba, 2012).

Psiho-socijalna podrška se, kako i sam pojam kazuje, zasniva na psihološkoj i socijalnoj podršci.

Psihološka podrška se naziva još i emotivna podrška i predstavlja posebnu vrstu kontakta koji se uspostavlja s pacijentkinjom i koji podrazumeva: veštinu slušanja, pokazivanje razumevanja, pokazivanje saosećanja, emitovanje emocionalne topline i безусловnog prihvatanja, tj. prihvatanja bez (pr)osuđivanja (Vlajković, 2009). Suština psihosocijalne podrške jeste u podržavajućoj

komunikaciji i atmosferi koju kreiraju „svi članovi tima kao pomagači u nevolji” na onkološkom odeljenju ili u celom onkološkom centru.

Psihološka podrška se realizuje kroz verbalni i neverbalni kontakt s pacijentkinjama. Socijalna podrška se odnosi na strukturu, kvalitet i funkciju socijalne mreže kojoj osoba pripada.

Kvalitet pružene psiho-socijalne pomoći zavisi od načina na koji se podrška pruža i kreira prema potrebama pacijenata i od osobina ličnosti onog koji podršku pruža (Vlajković, 2009).

Filozofija psiho-socijalne pomoći i podrške sadržana je u sledećim intervencijama:

- omogućiti obolelim ženama maksimalan stepen nezavisnosti i kvaliteta života od postavljanja dijagnoze bolesti i tokom lečenja (izbegava se etiketiranje u ulogu bolesnika);
- podstaći kod pacijentkinja funkcionalne mehanizme prevladavanja¹³ i suočavanja sa svim negativnim efektima onkološkog lečenja;
- ohrabriti i podstaći kod pacijentkinja tzv. posttraumatski rast i razvoj;
- podstaći kod pacijentkinja razvoj veština samopomoći kao sastavnog dela mehanizama prevladavanja;
- pomoći pacijentkinjama da u naizgled besmislu bolesti i nevolje pronađu smisao

Ciljevi psiho-socijalne podrške usmereni su na human pristup oboleloj osobi i stvaranje poverenja koje je neophodno za lečenje; pružanje neophodnih informacija; pokazivanje uvažavanja, ljubaznosti i poštovanja; ublažavanje neprijatnog psihičkog stanja; ohrabrivanje i podsticanje pozitivnog i aktivnog stava prema lečenju.

U psihoonkologiji se preporučuju tzv. površinske (suportivne) psihoterapije čiji su ciljevi definisani na samom početku terapije¹⁴. Istraživanja pokazuju

13 Funkcionalni mehanizmi prevladavanja jesu mehanizmi usmereni na procenu (logička analiza, kognitivno redefinisanje), mehanizmi usmereni na problem (traženje informacija i podrške, razmatranje nemogućih načina rešavanja problema), mehanizmi usmereni na emocije (afektivna regulacija).

14 Procena potreba za pružanje psihoterapijske pomoći onkološkim pacijentima zasniva se na proceni sledećih faktora:

- proceni strukture ličnosti pacijenata;
- proceni aktuelnih problema i razloga za traženje psihoterapijske pomoći;
- proceni pacijentove situacije i „životne priče” uključujući doživljaj i značenje bolesti;
- identifikovanju životnih događaja i kriznih situacija koje su imale uticaja na sadašnju situaciju;
- proceni mehanizama prevladavanja stresa i krize koji su uzrokovani bolešću i lečenjem;
- proceni obrazaca ponašanja pacijenata iz prošlosti koji imaju uticaja na sadašnju situaciju:

da kraće psihoterapije u stanjima kriza s pacijentima obolelim od malignih bolesti poboljšavaju kvalitet života, utiču na smanjenje distresa, anksioznosti i depresivnosti. Psihoterapijski rad pomaže pacijentima da se lakše nose sa izazovima i tegobama koje su posledica dugotrajnog onkološkog lečenja (Watson i Kissane, 2011)

Najčešći psihoterapijski modaliteti koji se primenjuju u psiho-onkologiji jesu: suportivna psihoterapija, kognitivno-bihevioralna terapija, integrativna psihoterapija, grupna psihoterapija, porodična psihoterapija .

Opšti ciljevi psihoterapijskih intervencija kod pacijentkinja obolelih od raka dojke (posebni ciljevi psihoterapijske pomoći definisani su vrstom psihoterapijske intervencije koja se koristi) (Watson i Kissane, 2011) jesu:

- smanjenje psiho-socijalnog distresa;
- pomoć u prevazilaženju krize i uspostavljanje psihičke ravnoteže;
- ublažavanje i uklanjanje psihičke patnje i bola;
- smanjenje anksioznosti;
- smanjenje depresivnosti;
- zaustavljanje tendencije ka dubljoj regresiji, pasivno-zavisnoj poziciji i neaktivnosti;
- razrešavanje aktuelnih konfliktnih situacija koje mogu imati negativan uticaj na dijagnostiku i terapijski proces;
- smanjenje otpora prema onkološkom lečenju i pomoć u integraciji iskustva bolesti i lečenja;
- rešavanje traumatskih životnih iskustava i prorada složenih osećanja straha, krivice, patnje;
- pomoć u uspostavljanju narušenog samopoštovanja i samopouzdanja;
- ohrabrivanje pacijentkinja u ostvarenju ličnih želja i potencijala;
- podsticanje rasta i razvoja ličnosti pacijentkinje;
- podsticanje na primenu funkcionalnih mehanizama prevladavanja i adaptivnih mehanizama odbrane;
- podsticanje kreativnih potencijala i humora, kada je to primereno;
- podsticanje redefinisanja smisla života.

Zaključak

U ovom radu obrađene su teme iz oblasti psiho-onkologije, u svetu veoma razvijene naučne oblasti, a koje se odnose na psihološku podršku i psiho-socijalnu pomoć ženama obolelim od karcinoma dojke. Značaj teme je veliki s obzirom na to da se incidenca malignih oboljenja uopšte, a karcinom dojke kod žena posebno, i u svetu i u našoj sredini stalno povećava i da postoje vrlo izražene potrebe za angažovanjem psihologa i srodnih struka u svakodnevnoj

onkološkoj praksi. Ovim radom prvenstveno se ukazuje na psiho-socijalne aspekte raka dojke kod žena, pri čemu se uzimaju u obzir različite psihološke reakcije i, u skladu s njima, potrebe za podrškom u različitim fazama lečenja, od postavljanja dijagnoze pa do terminalnih ishoda. Posebno su naglašeni uticaji različitih faktora u prilagođavanju bolesti i lečenju: faktori bolesti, faktori ličnosti i socijalni faktori, što je u skladu sa holističkim bio-psiho-socijalnim pristupom u definisanju zdravlja generalno. Prikazani su i nivoi pružanja psihološke podrške onkološkim pacijentima uopšte, kao i neophodnost adekvatne psihodijagnostičke procene u različitim fazama onkološkog lečenja. Pitanje procene psihološkog stanja i potreba onkoloških pacijenata uopšte, a pacijentkinja obolelih od karcinoma dojke posebno, otvara važna etička pitanja a pružanje adekvatne podrške i pomoći zahteva kvalitetnu procenu psihičkog stanja i potreba pacijentkinja za koje se pretpostavlja da su različite u pojedinim fazama bolesti i lečenja. U svetu postoje brojni, relevantni psihološki instrumenti i stoga su dati njihovi originalni nazivi radi lakšeg snalaženja u, inače, obimnoj literaturi tog tipa. U radu su navedeni najčešći psihološki problemi s kojima se onkološki pacijenti suočavaju generalno, ali i s obzirom na različite faze bolesti i lečenja, kao i faktori rizika za povišeni emocionalni distres. Istaknute su razlike između uobičajenih i očekivanih i upadljivih emotivnih reakcija kod žena obolelih od karcinoma dojke. Na kraju, istaknut je značaj i prikazani su ciljevi psiho-socijalne podrške, kao i pregled odgovarajućih psihoterapijskih modaliteta.

Reference

- Adamović, V. (2005). *Psiho-somatska medicina i konsultativna psihijatrija*. Priručnik za kliničku praksu. Beograd: JP Službeni list.
- Berger, D. (1993). *Psihologija obolelih od malignih hematoloških bolesti*. Beograd: Naučna knjiga.
- Cordova, M. J., Cunningham, L.C., Carlson, C. R., Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176–185.
- Dantzer, R. (2005). A psycho-neuro-immune perspective. *Psycho-neuro-endocrinology*, 30, 947–952.
- Grassi, L., Travado, L. (2008). *The role of psycho-social oncology in cancer care*. U M. Coleman, D.M., Alexe, i sar., (Eds.), *Responding to the challenge of cancer in Europe* (210–229). Ljubljana: Institute of public health.Republic of Slovenia.
- Grassi, L., Riba, M. (2012). *Clinical Psycho-oncology – an international perspective*. UK:John Wiley & Sons.
- Grassi, L., Rosti, G.. (1999). Psychiatric and Psycho-social concomitants of abnormal illness behavior in patients with cancer. *Psychotherapy of psychosomatic patients*, 65, 246–252.
- Gregurek, R., Braš, M. (2008). *Psiho-onkologija*. Osijek: Grafika.

- Gorzynski, J. G., Holland, J. C., & Katz, J. (1980). Stability of ego defences and androcrine responses in women prior to breast biopsy and ten years later. *Psychosom. Med.*, 42, 323–28.
- Holland, J. C. (1989). *Handbook of psycho-oncology. Psychological care of the patients with cancer*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med*, 64, 206–221.
- Holland, J. C. (2003). Psychological Care of Patients: Psycho-Oncology's. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 253–265. American Cancer Society Award Lecture
- Klikovac, T., Mitić, M. i Hanak, N. (2000). *Psihološke karakteristike, izloženost stresnim životnim događajima i koping strategije kod pacijentkinja obolelih od karcinoma dojke*. Internacionalni kongres lekara Srbije i dijaspore. Zbornik sažetaka. Beograd: 65–66.
- Klikovac, T. (2007). Psycho-Oncology in Serbia –Present Status and Future Directions (metaphorically said: A story about nothing). *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. Abstracts of 9th World Congress of Psycho-Oncology. London, UK: 16, 89–91.
- Klikovac, T. (2008). *Psihološki stres i sindrom izgaranja medicinskog osoblja na onkološkim odeljenjima*. Odbranjena magistarska teza, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet, Odeljenje za psihologiju, Katedra za kliničku psihologiju.
- Klikovac, T. (2010). Kompleksna patnja vezana za terminalnu fazu bolesti, smrt i tužovanje. *Psihološka istraživanja*, 13, 261–271.
- Klikovac, T. (2013). *Psihološke reakcije dece i adolescenata na malignu bolest i lečenje – procena i podrška*. Odbranjena doktorska teza, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet, Odeljenje za psihologiju, Katedra za kliničku psihologiju.
- Klikovac, T., Andrijić, M. (2013). Psiho-onkologija. U Džodić, R., i sar., *Rak dojke*. Monografija u pripremi za štampu.
- Kobayakawa, M., Yamawaki, S. i Hamazaki, K. (2006). Levels of Omega–3 fatty acid in serum phospholipids and depression in patients with lung cancer. *British Journal of Cancer*, 93(12), 1329–1333.
- Korfage, I. J., Essink-Bot, M. L., Janssens, A. C., Schroder, F. H., Koning, H. J., (2006). *Anxiety and Depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-year follow up*. *British Journal of Cancer*, 94(8), 1093–1098.
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D. M., Bloch, S., Smith, C. (2004). Psychiatric Disorder in woman with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian-New Zeland Journal of Psychiatry*, 38, 320–326.
- Leposavić, G., Budeč, M., Činić, O. (2000). *Neuroendokrinoimunologija*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Matsuoka, Y., Yamawaki, S., Inagaki, M., Akechi, T., Uchitomi, Y. (2003). A volumetric study of amigdala in cancer survivors with intrusive recollections. *Biol. Psychiatry*, 54, 736–743.
- Meyerowitz, B. E. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychos. Bull*, 8, 108–131.
- Penman, D. T. (1980). *Coping strategies in adaptation to mastectomy*. Doctoral dissertation. Yeshiva University. Diss. Abstr. 40:5825B

- Reiche, E. M., Morimoto, H. K., Nunes, S. M. (2005). Stress and depression induced immune dysfunction: implications for the development and progression of cancer. *Review of Psychiatry*, 6, 515–527.
- Spiegel, D., Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: Mechanisms and disease. *Biol Psychiatry*, 54(3), 269–282.
- Vlajković, J. (1992). *Životne krize i njihovo prevazilaženje*. Beograd: Nolit.
- Vlajković, J. (2009). *Od žrtve do preživelog*. Beograd: Žarko Albulj.
- Watson, M., Kissane, D. (2011). *Handbook od Psycho-therapy in cancer care*. London, UK: Wiley & Sons.
- Young, P. (2007). Caring for the whole patient. The Institute of Medicine Proposes a new standards of care. *Psycho-social Oncology. Community oncology*, 12, 748–751.
- Zabora, J., Blanchard, C. G., Smith, E. D. (1997). Prevalence of psychological distress among cancer patients across the disease continuum. *Journal of Psycho-social Oncology*, 15, 73–87.
- Quick References for Adult Oncology Clinicians, (2006). *The Psychiatric and Psychological Dimensions of Adult Cancer Symptom Management*. Charlottesville USA: American Cancer Society.

DATUM PRIJEMA RADA: 28.04.2014.

DATUM PRIHVATANJA RADA: 11.06.2014.

Psychological Support and Psycho-social Relief for Women Suffering from Breast Cancer

Tamara Klikovac

Institute for Oncology and Radiology of Serbia, Department of Pediatric Oncology, University of Belgrade, Faculty of Philosophy, Psychology Department

The overall objective of this review is to emphasize the importance of providing counseling and support to women suffering from breast cancer and to demonstrate the development and achievements of psycho-oncology. Psycho-oncology is a multidisciplinary scientific discipline focused on clinical evaluation of psychological reactions in patients with malignant disease and the reactions of their family members, as well as on finding the most appropriate psychological counseling and psychotherapeutic interventions and models of work, aimed at providing psychological and psychotherapeutic help for both the patient and his/her family in all phases of complex oncology treatment. Specific goals are targeted at pointing to various psychological problems women with breast cancer are facing, highlighting the importance of adequate psychological evaluation of women with breast cancer at different stages of the disease and treatment, and, finally, emphasizing the importance of psycho-social relief, psychological support and psychotherapy in all stages of treatment, with the attempt of conceptual delimitation of these terms.

Keywords: breast cancer, psychological support, psycho-social aspects of psycho-oncology