

---

# PSIHOONKOLOGIJA

*Marija Vegelj Pirc, Andreja Cirila Škufca*

---

## UVOD

**Psihoonkologija** izhaja iz psihosomatskega gledanja v medicini in skuša rakave bolezni obravnavati celostno; upoštevajoč medsebojno soodvisnost telesnega in duševnega, kot tudi vlogo psihosocialnih in socioekonomskih dejavnikov pri nastanku bolezni, njenem razvoju in poteku. Poudarja pomen bolnikovega aktivnega sodelovanja in vključuje psihoterapevtski pristop.

Vprašanje, ali obstajajo čustveni in psihosocialni vplivi na nastanek raka, ni novo, saj je že Hipokrat v 3. stol. pred n.š. opazoval, da melanholični ljudje pogosteje obolevajo za rakom. V 19. stoletju so postajala psihosomatska razmišljanja o nastanku raka vse bolj jasna. V zadnjih desetletjih pa so v številnih usmerjenih retrospektivnih in prospektivnih študijah, prav tako pa tudi pri poskusih na živalih natančneje raziskovali psihološke dejavnike bolezni. Opisujejo značilne osebnostne lastnosti bolnikov in njihove obremenjujoče življenjske razmere, poudarjajo pomen izgub, kronične žalosti in depresije za nastanek bolezni. Nova spoznanja so začeli uvajati v klinično delo. Uveljavilo se je ime psihoonkologija, ki pridobiva vse večji pomen v multidisciplinarni obravnavi raka.

Po vzoru drugih onkoloških centrov v svetu smo tudi na Onkološkem inštitutu že leta 1978 pričeli uvajati psihoonkološko dejavnost. Od leta 1984 pa deluje **Oddelek za psihoonkologijo** po načelu "odprtih vrat in odprtega telefona"; to pomeni, da bolniki in/ali njihovi svojci v stiski lahko sami poiščejo pomoč, osebno ali po telefonu. Poleg pedagoškega in raziskovalnega dela je težišče dejavnosti neposredno psihodiagnostično in psihoterapevtsko delo (individualno ali skupinsko) z bolniki in/ali njihovimi svojci ter posredna psihoterapevtska pomoč bolnikom, ki poteka prek strokovnega usposabljanja in izobraževanja prostovoljcev in supervizije njihovega dela. Organizirano samopomoč razvijajo bolniki v okviru **Društva onkoloških bolnikov Slovenije**, ki je bilo ustanovljeno leta 1986.

Rak je bolezen, ki globoko poseže v življenje vsakega bolnika in njegove družine. Bolezen vzbuja celo vrsto strahov, bojzani in dvomov. Ob misli na

---

raka se spontano sprožijo negativna občutja tako pri prizadetih kot pri zdravih. Begajo jih splošna prepričanja, da se proti raku ni mogoče zavarovati, da ga je težko pravočasno odkriti, da zdravljenje povzroča hude stranske učinke, pa kljub temu ne zagotavlja ozdravitve, da večina bolnikov umre itn. Pri tem pogosto povsem prezrejo dejstvo, da večina bolnikov z rakom živi po zdravljenju polnovredno življenje in so vključeni v svoje delovno in socialno okolje.

Pri soočanju z diagnozo rak, z dolgotrajnim in obremenjujočim zdravljenjem, potrebuje bolnik pomoč in vzpodbudo, da zmore aktivno sodelovati in se čimbolje rehabilitirati. Medicinska sestra je pomemben član tima, ker je vedno ob bolniku, zato je njena pomoč nepogrešljiva. Da pa bi lahko ustrezno opravljala svoje delo, potrebuje dodatno znanje. Zato bomo posebej osvetlili nekatera pomembna področja iz psihoonkologije.

## **BOLNIKOVO DOŽIVLJANJE V PROCESU SOOČANJA Z BOLEZNIJO IN NJENIM ZDRAVLJENJEM**

Pri delu z bolnikom sta enako pomembna ustrezna strokovna obravnava kot primeren čustveni odnos. Tak odnos daje bolniku varnost, mu vzbuja zaupanje do posegov in terapije ter ščiti njegovo, z boleznijo ogroženo samozavest. To so pogoji za bolnikovo aktivno sodelovanje pri zdravljenju.

Marsikateri bolnik je dovolj močan, da sam naveže stike in sooblikuje primerne odnose. Strokovna dolžnost zdravstvenega osebja pa je, da ustvari za vse bolnike take razmere. Zato moramo prepoznati bolnike, ki potrebujejo dodatno vzpodbudo in pomoč.

Da bi lahko razumeli - včasih na prvi pogled nerazumljivo bolnikovo vedenje - moramo znati prepoznavati različne oblike obrambnega vedenja bolnikov z rakom. Dr. E. Kuebler Ross je opredelila 5 faz značilnega psihološkega obrambnega vedenja: zanikanje, napadalnost, pogajanje, depresija in sprejetje.

### **Zanikanje**

Nekateri bolniki težko sprejemajo realnost diagnoze in bolezni in za to potrebujejo več časa kot drugi. Iščejo razne vzroke, ki bi jim lahko pripisali simptome bolezni. Zaradi nevednosti, negotovosti in strahu mnogi bolniki odlašajo s prvim pregledom pri zdravniku.

---

---

*“Jaz že ne! To je nemogoče!”*

Včasih se že zdravijo v bolnišnici, a še niso doumeli in sprejeli svoje bolezni. So nezaupljivi, dvomijo ali veliko sprašujejo in imajo svojo razlago. Zaradi nerazumevanja ali neznanja zdravstvenega osebja se lahko tudi sprejo.

## **Napadalnost, agresija**

*“Zakaj ravno jaz?”*

Bolnike muči vrsta vprašanj, na katera ni odgovora. Napeti in razdražljivi so, vsaka malenkost jih spravi s tira. Pogosto se sprejo z najbližjimi, s svojci, z osebjem; ali včasih nezadovoljstvo zaradi hrane, nege ipd. Svojci večkrat potožijo:

*“Bil je ljubeč mož in oče, sedaj je pa drug človek – grob in napadalen, z ničimer ni zadovoljen.”*

Bolnikove napadalnosti ne smemo vzeti osebno in razumeti kot neposreden napad na nas. Vživeti se moramo v njegov položaj, da bomo razumeli stisko, v kateri se trenutno nahaja in tako bomo lažje razreševali nesporazume.

## **Pogajanje**

Običajno je to kratkotrajna, prehodna faza. Ko bolnik sprejme realnost svoje bolezni, je za ceno zdravja, za ceno življenja pripravljen storiti vse. Sprejme predlagano zdravljenje, ki se je sprva dostikrat zdelo pretežko in s svojimi posledicami preveč obremenjujoče.

Človeku je lastna želja po življenju, ne želja po smrti. Vedno se pogaja, da bi odložil svoj konec. Bolniki si časovno mejo večkrat postavijo kar sami, ko na primer izjavljajo:

*“Tudi kemoterapijo moram zdržati, vsako zdravljenje sprejemem, samo da preživim vsaj še dve leti, da pride moj mlajši do kruha.”* In ko pride mlajši do kruha, potem si zopet zaželi: *“Da dočakam, da se poroči ...”*

## **Duševna potrtnost, depresija**

Ko je bolezen že napredovala in se mora bolnik vedno znova vračati v bolnišnico in ko so izčrpani že vsi načini zdravljenja ter mu pojemajo telesne moči, zapade bolnik pogosto v stanje globoke duševne potrtnosti. Občuti, da izgublja vse, njegovi interesi se zožijo, prevevata ga žalost in obup. Bolnikom lahko pomagamo s pogovorom, pred tem pa moramo

---

---

narediti vse potrebno za lajšanje bolečin in ostalo simptomatsko zdravljenje. Bolniki se razgovorijo o svoji družini, o svojem delu, o svojem domu; na vse gledajo s ponosom ali pa jih mučijo razni občutki krivde.

Druga vrsta potrnosti pa predstavlja način bolnikove priprave na dokončno izgubo vsega in na sprejetje svoje usode. V takem primeru ni umestno, da skušamo bolnika za vsako ceno bodriti in razvedriti. Naše besede dostikrat niso potrebne, važnejše je, da ga z razumevanjem poslušamo in smo soudeleženi v njegovi bolečini.

## **Sprejetje, umiritev**

Če bolnika spremljamo skozi predhodne faze, se le-ta čustveno odzove, sprejme svoje stanje in se umiri.

*“Samo spati in odpočiti si želim.”*

Komunikacija se zoži na tiho prisotnost. V tem obdobju potrebuje družina več pomoči kot bolnik sam. Svojci bi želeli za vsako ceno še kaj storiti za bolnika. Tudi zdravniki se dostikrat zatečejo še k zadnjim diagnostičnim in terapevtskim poskusom. Toda, ali ni to le beg pred realnostjo?

Bolnik lahko preide vse opisane faze, lahko so daljše ali krajše, ali pa nekaterih sploh ne preseže. Prehodi med fazami niso povsem jasno razmejeni in v bolnikovem vedenju včasih prepoznavamo značilnosti dveh ali več faz hkrati. Bolniki doživljajo različna obdobja duševnih stisk, ki se izmenjujejo in ponavljajo v sorazmerju s stanjem telesne bolezn.

## **TERAPEVTSKI POMEN KOMUNIKACIJE**

Komunikacija je interakcija med dvema ali več osebami, je del vedênja; posameznik v skupini ne more nikoli »nekomunicirati«. To je eden najpomembnejših elementov odnosa med bolnikom in zdravstvenim osebjem. Gre za dajanje in sprejemanje sporočil.

Vedno je dvosmerna, kar pomeni, da sogovornika vedno vplivata drug na drugega. Obstajata dva sistema komunikacije, ki potekata sočasno, lahko se dopolnjujeta ali celo izključujeta. To sta: besedno in nebesedno sporočanje (verbalna in neverbalna komunikacija).

---

- **Besedna komunikacija**

daje informacije in je praviloma zavestno nadzorovana, kar pomeni, da izbiramo tako vsebino kot besede, stil izražanja ... Sporočila oblikujemo tako, kot se nam zdi, da je v dani situaciji najbolj primerno.

- **Nebesedna komunikacija**

pa poteka po različnih kanalih: z gibi obraza in oči, držo telesa, glasovnimi spremembami, z obleko, uporabo prostora... Nebesedna komunikacija je praviloma manj nadzorovana, veliko hitreje uide naši zavestni kontroli in tako bolj neposredno izraža naša stališča in prepričanja, čustva, medosebne odnose...

**Za pristno in uspešno komunikacijo je potrebno, da sta obe komunikaciji, ki potekata sočasno, usklajeni.** Če so besedna in nebesedna sporočila neskladna, se ljudje praviloma opredelijo nebesednemu sporočilu.

Kadar je človek v situaciji, ki je zanj čustveno vznemirjajoča, je veliko bolj pozoren na nebesedna sporočila. Zavedati se moramo, da je bolnik nenehno izpostavljen čustvenemu stresu, zato je pri vseh informacijah, ki se nanašajo na njegovo bolezen in zdravljenje, še toliko bolj pozoren na nebesedni del sporočila. Kadar je bolnik v hudi stiski (anksiozen, depresiven), se lahko zapre pred zunanjim svetom v tolikšni meri, da besed niti ne dojema več. Ostane pa mu vtis sogovornikovih nebesednih sporočil, ki si jih pozneje po svoje tolmači.

*»Sploh ne vem, kaj mi je zdravnik takrat povedal, vem pa, da je bil zelo nervozen, kadil je in tudi njemu je bilo hudo, ko mi je sporočal diagnozo. Najbrž mi ni več pomoči.«*

*»Saj me vsi tolažijo, jaz pa vem, da je z mano slabo. Vsakokrat, ko zagledam sestro, ki mi prinaša kemoterapijo, mi njene velike prestrašene oči vse povedo.«*

Na bolnikovo vedenje pomembno vplivajo naslednje komunikacije:

**s samim seboj, z zdravnikom in medicinsko sestro, s svojci in prijatelji ter sobolniki.**

Medicinska sestra, ki je usposobljena in večča v komunikaciji, je pri svojem delu tudi bolj uspešna. Ustrezno prepoznavanje bolnika nam je vodilo pri izbiri lastnega načina komuniciranja. Dobra komunikacija z bolnikom ni zgolj večše sporočanje informacij, ampak pomeni tudi dovolj občutljivo opazovanje bolnikovih neverbalnih sporočil, ki kažejo, kako je naše sporočilo sprejel, in odražajo njegove potrebe. **Pristop je vedno individualen** in v vsaki posamezni situaciji se odločamo, kakšno ravnanje je najprimernejše; ni namreč vseeno, ali dodatno strpno dopovedujemo in pojasnjujemo ali pa molče postojimo ob bolniku, se ga rahlo dotaknemo ali mu pozorno prisluhnemo.

---

Če želimo doseči pristno komunikacijo z bolnikom, moramo imeti jasno izoblikovano mnenje o bolniku, o njegovi bolezni in zdravljenju ter o smislu lastnega dela. To so osnovni pogoji, da lahko dovolj rahločutno prepoznamo tako bolnika v vseh njegovih stiskah kot tudi lastna čustvena odzivanja in strahove. Samo prepoznavanje pa ni dovolj za pristno komunikacijo; obvladati moramo tudi večino ustreznega predelovanja svojih čustvenih stisk.

Komunikacija naj se dopolnjuje z molkom, ki daje bolniku prostor in čas, da se sreča s svojimi spoznanji, strahom, z vprašanji... V celotnem procesu komunikacije je zelo pomembno tudi aktivno poslušanje, ki nam omogoča, da zremo kaj več o bolniku, da obogatimo svoja spoznanja, hkrati pa je tudi znak spoštovanja do bolnika in dokaz, da ga sprejemamo kot človeka.

### **Soudeležba v molku in poslušanju kakovostno spremeni dano informacijo v pogovor, ki ima terapevtski pomen.**

Kaj taka pomoč pomeni bolniku, nam povedo izjave, kot je na primer tale: *“Tako zelo sem se bala preiskave, pa je prišla sestra, sedla k meni na posteljo in me poslušala. Vzela si je čas zame, razumela je moje stisko. Skrbi me tudi za družino, imam še majhne otroke. Potem mi je natančno razložila, kako bo preiskava potekala, mi dala injekcijo in bila sem pomirjena.”*

## **RAZUMEVANJE SVOJEGA LASTNEGA DOŽIVLJANJA KOT POGOJ ZA USPEŠNO IZVAJANJE ZDRAVSTVENE NEGE**

Na odnos z bolnikom pomembno vplivajo naše lastne predstave o raku, o smislu in namenu zdravljenja, o vrednosti življenja z boleznijo ter naš odnos do življenja in smrti nasploh. Tudi bolnik vnaša v ta odnos svoja stališča. Bolj ko se predstave, doživljanja in pričakovanja obeh strani razlikujejo in razhajajo, toliko bolj postaja medsebojni odnos obremenjujoč.

V procesu izobraževanja se učimo predvsem o bolezni, njenih simptomih in težavah, o metodah in tehnikah zdravljenja. Ko pa se pri delu soočimo z bolnikom, dobi vse dotlej pridobljeno znanje novo razsežnost:

*“Saj to se lahko kadar koli zgodi tudi meni.”*

Zato se počutimo dostikrat nemočne, vzbudil se nam je strah pred lastno boleznijo in smrtjo.

---

Da bi delo z bolniki ustrezno potekalo, moramo ta strah pravočasno prepoznati, ga obvladati, ker sicer ne bi bili več zmožni sprejemati bolnikovega strahu in mu pomagati. **Nevarno je, če ta strah potlačimo ali ga zanikamo.** V tem primeru se razvijejo **različne vrste psihološke obrambe**, mimo naše zavesti in volje. Te pa potem zopet mimo zavestne kontrole vplivajo na odnos do bolnika in hkrati zavirajo ter onemogočajo naš osebnostni razvoj. Tako prihaja do dvojne izgube: sčasoma je terapevtsko delo manj učinkovito, mi pa po človeški plati postajamo vse manj zadovoljni.

## **Empatija – sposobnost vživljanja**

Bolnik potrebuje občutek varnosti, razumevanja in dodatne vzpodbude, da zmore vse napore pri aktivnem sodelovanju v procesu zdravljenja. Da bi mu pri tem lahko pomagali, moramo zaznati njegovo vsakokratno stisko. Pri tem se moramo znati vživeti v njegovo situacijo; to pa pomeni, da prepoznavamo in podoživljamo njegova čustva in razmišljanja. Sposobnost vživljanja, t.i. empatija, je za odnos bistvenega pomena.

## **Identifikacija – poistovetenje**

V procesu vživljanja obstaja nevarnost, da se preveč vživimo v bolnika ali se z njim celo poistovetimo. To je t.i. identifikacija. Primer take identifikacije je razmišljanje medicinske sestre:

*“Nepravilno je, toliko je stara, kot jaz, prav tako ima dva otroka... Še doma mi je bilo hudo. Ne vem, kako naj grem v bolniško sobo...”*

V tem primeru se nadalje ukvarjamo le še sami s seboj, kar se lahko odraža tudi v našem vsakodnevem življenju.

## **Projekcija**

Druga pogosta nevarnost je, da svoja lastna doživljanja in strahove slikamo v bolnika, t.i. projekcija, in tako sploh več ne zaznavamo, kaj bolnik v resnici čuti. Razočarana medicinska sestra je potožila:

*“Skoraj eno uro sem prepričevala bolnico, če bi bila na njenem mestu, da bi se vsekar odločila za dom. Pa ni nič zaleglo.”*

## **Racionalizacija**

Včasih v odnosu z bolnikom ne zmoremo vzeti nase bremena, ki ga predstavljajo bolnikove in naše čustvene stiske. Poskušamo jih odriniti iz zavesti. Če pa se

---

---

kljub temu vrinejo, jih podzavestno želimo premagati in jim odvzeti smisel in težo z razumskimi razlagami, t.i. racionalizacijami, kot na primer:

*“Končno mora vsak človek enkrat umreti.”*

*“Bolniku vendar ne moremo povedati diagnoze, saj je ne bi prenesel*

## **Doživljanje in stiske ob umirajočem bolniku**

Ob srečanju z umirajočim bolnikom preplavijo našo zavest vsi dotlej nepredelani, odrinjeni in potlačeni strahovi in bojazni. Najpogostejša in prva jasno zaznana reakcija je **želja po umiku**, po begu iz te situacije, ki jo še posebej obremenjuje dejstvo, da smo v vlogi strokovnega zdravstvenega delavca, od katerega pričakujejo, da bo situacijo obvladal.

Ozdravljeni bolnik nam daje občutek zadovoljstva, uspeha, potrditve našega znanja in zmožnosti. Smrt pa vse to izniči. Zato jo pogosto doživljamo kot nasprotnika, proti kateremu se moramo brezpogojno in vedno boriti. Vse to povzroča v nas hudo stisko, na katero se lahko odzovemo z različnim obrambnim vedenjem. Pogosto se zgodi, da zdravnik predpisuje že umirajočemu bolniku vedno znova številne diagnostične in terapevtske postopke, katerih smotrnosti ni mogoče razložiti zgolj z bolnikovim stanjem.

Nasprotna reakcija je **umik in izguba zanimanja za bolnika**. Stopnjujoča se stiska ob umirajočem bolniku, ki jo povzroči občutek, da ne moremo in ne znamo ohraniti življenja, se lahko preoblikuje tudi v **napadalnost in obtoževanje bolnika**.

*“Prišel je prepozno, v napredovalem stadiju bolezni. Ni se držal naših navodil in je hodil še k raznim zeliščarjem...”*

Pri delu z umirajočimi se včasih zatekamo tudi k **lažnemu optimizmu**, ko se izognemo pristni komunikaciji z bolnikom in ga z zaigrano lahkotnostjo pretirano tolažimo in vzpodbujamo:

*“Saj bo še vse dobro. Počakati moramo samo še na izvide, potem bomo pa že videli, kakšno zdravljenje bo najboljše...”*

## **Razreševanje lastne stiske**

Do sedaj opisane obrambne reakcije se kažejo predvsem v odnosu do bolnika. Včasih pa posežejo globlje v terapevtovo osebnost in spremenijo njegov odnos do življenja; povzročijo **malodušnost, terapevtski nihilizem**:



---

*“Če bi jaz zbolela, se ne bi pustila zdraviti, vse skupaj nima nobenega smisla...”*

Nerazrešene in stopnjujoče se lastne stiske pogosto vodijo do **obtoževanj drugih članov tima**. Obtožujoče misli niso izrečene neposredno, kalijo pa medsebojne odnose in s tem sčasoma znižujejo motivacijo pri delu in strokovno raven dela.

Prvi korak k ustreznemu preoblikovanju odnosa do bolezni in smrti je, da sprejmemo obrambno vedenje kot normalno človeško reakcijo na stisko, da se naučimo o svojih stiskah govoriti, ne da bi se pri tem doživljali kot osebno razvrednotene.

Problematično pa postane, kadar izgubimo nadzor nad svojim čustvenim doživljanjem in postane obrambna reakcija običajni vedenjski vzorec.

Zaradi enkratnosti vsakega odnosa, ki je prepleten iz bolnikovih in naših razmišljanj ter čustev, je potrebno **veščino empatije ves čas razvijati**. To pomeni, da se učimo spoznavati zakonitosti človekovega psihičnega življenja in da nenehno **prepoznavamo svoje čustvene stiske ter jih ustrezno preoblikujemo**.

V ta namen delujejo skupine, kjer ob strokovnem vodenju lažje dobivamo vpogled v lastna doživljanja, obenem pa medsebojna izmenjava bogati naše izkušnje in spoznanja. Take **izkustvene skupine** so marsikje po svetu in pri nas že sestavni del strokovnega dela.

## ZAKLJUČEK

Psihoonkologija obravnava psihološke vidike bolezenskega dogajanja in s tem prispeva pomemben delež k celostni obravnavi bolnikov. Za delo medicinske sestre so posebej pomembni razumevanje bolnikovega doživljanja v procesu soočanja z boleznijo in njenim zdravljenjem ter tudi znanje in veščina komunikacije. Za uspešno izvajanje zdravstvene nege pa je potrebno razumeti tudi svoje lastno doživljanje, ga prepoznavati in ustrezno razreševati različne stiske, ki nastopijo pri delu z onkološkimi bolniki.

---

**Priporočena literatura:**

1. Kaye R. *Dober dan, življenje*. Ljubljana: TDS Forma 7, 1994.
2. Simonton C. *Ozdraveti*. Ljubljana: DZS, 1988.
3. Vègelj Pirc M, ed. *Rak dojke: vodnik za bolnice na poti okrevanja*. Ljubljana: Društvo onkoloških bolnikov Slovenije, 2000.
4. Vègelj-Pirc M, ed. *Rak dojke: živimo drug za drugega. Zbornik predavanj*. Ljubljana: Društvo onkoloških bolnikov Slovenije, 1999.