

KAKO POMAGATI OSEBI Z RAKOM, KI OBČUTI STRES, DEPRESIJO IN TESNOBO

Kozel Dejan, univ. dipl. psih

ZD Ljubljana, Enota preventive CINDI

Mag. Gorenc Mateja, univ. dipl. psih, specializantka klinične psihologije

Pediatrična klinika Ljubljana

Izvleček

V prvem delu prispevka so obravnavani psihični odzivi na diagnozo rak. Opredeljeni so pričakovani odzivi, kot so akutna stresna reakcija, žalovanje, prilagoditvena motnja. V nemalo primerih se lahko stopnjujejo v duševne motnje, kot so anksiozne in depresivne motnje.

V drugem delu članka spoznavamo nekatere oblike samopomoči in spoprijemanja ob diagnozi raka in po njej. Prikazani so pomembnejši vidiki psihosocialne in terapevtske pomoči pri hujših duševnih odzivih.

Ključne besede: stresna reakcija, duševne motnje, spoprijemanje, psihosocialna pomoč

Uvod

Rak je bolezen, ki se je bojimo bolj kot katerekoli druge bolezni, saj se pojmuje kot sinonim za počasno in bolečo smrt, ki sledi obdobju intenzivnega trpljenja in odvisnosti od drugih. Vsaka malo večja sprememba v življenju posameznika pomeni nujno po prilagoditvi – na področju vedenja, čustvovanja, mišljenja, navad. Bolj kot sprememba vpliva na dosedANJI potek ali ritem življenja, večja prilagoditev je potrebna. Če pa pomeni sprememba celo grožnjo življenju, dosedANJI kakovosti življenja, blagostanju, odnosom s pomembnimi drugimi, je prilagoditev za osebo toliko bolj zahtevna in obremenjujoča. Diagnoza rak je pretresljiv dogodek, ki napoveduje celoten niz velikih in težkih sprememb. Posameznika najprej spremeni v 'bolnika' in nato v 'preživelega', kar bistveno spremeni njegov življenjski potek in obete za prihodnost (Remennick, 1998a). V tem prispevku se ne bomo spuščali v posamezne vrste diagnoz raka. Le-te lahko zahtevajo med seboj zelo različne prilagoditve in spremembe. Izhajamo iz predpostavke, da je pravzaprav že sum na diagnozo raka hud življenjski dogodek. Potrjena diagnoza, zdravljenje in rehabilitacija na splošno pa življenjska preizkušnja, ki nemalokrat pomeni večjo psihološko obremenitev, kot jo je posameznik še zmožen prenesti. Pri nekaterih se lahko razvije celo depresija ali pretirana tesnoba. Namen tega prispevka je prikazati, kako se pri bolnikih z rakom kažejo stres, depresija in pretirana tesnoba, ter nakazati možne ukrepe in oblike pomoči pri vsakem od navedenih stanj.

Odziv večine bolnikov na diagnozo rak je šok in zanikanje. Sledi akuten **stres**. Stres je odziv posameznika ob nevarnosti in zahtevah iz okolja ali notranjosti. Odziv je miselni, čustveni, vedenjski in telesni. Je toliko večji, kolikor bolj oseba ocenjuje, da nevarnost presega njene lastne zmogljivosti za spoprijemanje oz. obvladovanje. Stres je normalen odziv, ki temelji na instinktivnem avtonomnem odzivu, ko se je organizem moral v trenutku odzvati na nevarnost z napadom ali umikom. Po začetnem šoku sledi faza upora-spoprijemanje, prilagajanje, sprejemanje, soočanje. Stres kot odziv je energetsko zelo potraten. Faza upora oz. prilagajanja tako ne more trajati v nedogled, ampak se po določenem času (odvisno od stresnega dogodka in od posameznikovih zmogljivosti za spoprijemanje) zaključi, in sicer bodisi s povrnitvijo delovanja v začetno stanje bodisi z izčrpanostjo organizma (Joshy, 2005).

Raziskave ocenjujejo, da približno polovica novodiagnosticiranih bolnikov z rakom kaže raven stresa, ki je enakovredna ravni stresa pri pravih duševnih motnjah (Remennick, 1998a). Misli bolnikov so osredotočene na bolečino in smrt, trpijo zaradi nespečnosti, izgube apetita, slabe koncentracije in nezmožnosti opravljanja vsakodnevnih opravil. Strah pred prihodnostjo in številne druge povezane skrbi so torej del prilagajanja novim okoliščinam. Dernovšek et al. (2007) dejavnike, ki povzročajo stres pri raku, delijo v tri skupine: v situacijske (diagnoza rak, začetek zdravljenja, čakanje na boleče zdravstvene preglede/postopke in njihove rezultate, strah pred ponovnim pojavom bolezni), v dejavnike, povezane z boleznijo samo (bolečina, porušeno ravnovesje v presnovi, denarne težave, težave v službi ali šoli) ter v dejavnike, povezane z zdravljenjem (boleči postopki, stranski učinki zdravil ali zdravljenja).

Čustva imajo zaščitno oz. prilagoditveno funkcijo. Čustveni odziv nam pove, kako posameznik situacijo doživlja in kako si jo je najverjetneje razlagal. Funkcijsko gledano sta žalost in strah 'logična' odziva posameznika, ko se sooča s hudim življenjskim dogodkom. Žalost je odziv na izgubo. Izgubo nečesa, kar je posamezniku drago/vredno – ljubljena oseba, vrednota, status, zdravje. Zdravje je ena izmed človekovih najpomembnejših vrednot (Musek, 1993a), zato lahko razumemo hude čustvene odzive ob življenje ogrožajočih diagnozah. Osebe, ki se s to izgubo po določenem obdobju sprijaznijo, jo sprejmejo, jo skušajo nadoknaditi ali skušajo kljub tej izgubi nekatere pomembne življenjske cilje uresničevati naprej, bodo verjetno manj tvegale za nastanek depresivne motnje, kot posamezniki, ki izgubo zdravja kot takega doživljajo kot izgubo temeljne zmogljivosti za karkoli lepega in pomembnega v življenju. Po drugi strani je strah odziv na grožnjo/nevarnost. Vse, kar od človeka zahteva spremembo, prilagoditev, odpovedovanje ali celo spremembe, ki lahko pomenijo smrt in odvisnost od drugih, predstavlja grožnjo njegovim vrednotam, ciljem, njegovi neodvisnosti. Strah se običajno pojavi, ko je dragocena stvar ogrožena, medtem ko se žalost pojavi ob oz. po izgubi dragocene stvari. Bolezen kot je rak, pri kateri je izid nejasen, potek nepredviden, ki jo

spremljajo stigma, predsodki, predstavlja nepretrgano grožnjo posamezniku. Kolikor bolj se oseba miselno in čustveno ne more odtrgati od okupacije s to grožnjo, toliko večja je verjetnost, da strah preraste okvire 'normalnega' odziva in bo vztrajal tudi takrat, ko ni realnega povoda.

V idealnih razmerah se pri bolnikih z rakom po nekaj tednih razpoloženje prevesi iz obupa v upanje in bolniki lahko začnejo sodelovati v načrtu zdravljenja. V nekaj naslednjih mesecih se počasi naučijo spoprijemati se s svojo boleznijo. Soočanje z diagnozo rak in z vsemi posledicami, ki iz tega dejstva izhajajo, ima običajno značilnosti procesa žalovanja. Proces žalovanja ima več obdobji in je povsem normalno odzivanje, kadarkoli se posameznik sooča s hudimi dogodki, kot je npr. bolezen, smrt, izguba službe itd.:

- Zanikanje bolezni (posameznik ne more sprejeti dejstva, da je zbolel in govori, da to ne more biti res, želi ponovne preiskave, drugo mnenje).
- Barantanje (posamezniku se zdi, da ne bi zbolel, če bi bolje pazil na svoje zdravje, mučijo ga hudi občutki krivde).
- Jeza (posameznik se sprašuje »Zakaj se je to zgodilo ravno meni?«; zdi se mu krivično, da mora trpeti, lahko se pojavi celo zvrčanje krivde na druge osebe).
- Žalost zaradi težav z zdravjem.

Proces žalovanja se običajno zaključi v nekaj tednih ali mesecih s sprejetjem stanja. Posameznik se sprizajni s svojo diagnozo in z zdravljenjem, najde razloge za optimizem in se počasi začne vračati v normalno življenjsko rutino (Gorenc, 2007).

Nekateri posamezniki pa so zaradi stresa povsem nemočni, čustven odziv je zelo močan in jih za nekaj časa povsem onesposobi. Kot smo že rekli, večina ljudi v treh tednih najde ravnovesje in se sooči s težavami. Pri nekaterih ljudeh čustveni odziv ob zelo stresnem življenjskem dogodku presega prej omenjeno raven, traja dlje, vključuje hude občutke nemoči in moti dnevno delovanje. Prisotni so znaki in simptomi, kot so nespečnost, občutki žalosti, tesnoba in utrujenost. Počutje lahko niha. V tem primeru govorimo o **prilagoditveni motnji**. Prilagoditvena motnja je prehodni odziv, ki ne traja več kot šest mesecev. Nastop prilagoditvene motnje lahko nakazuje, da je posameznik začel sprejemati svoje stanje in je del žalovanja. Tako odzivanje opazimo pri večini kroničnih bolezni (Dernovšek et al., 2007).

Pri 30 do 35 % ljudi, ki so nagnjeni k depresiji ali k bolezenski tesnobi, se razpoloženje sčasoma prevesi v depresijo ali v anksiozne motnje, po navadi najhitreje že v prvem ali drugem mesecu po nastopu stresa (Dernovšek et al., 2007).

Za strokovno osebje, ki dela z bolniki z rakom, je pogosto težko prepoznati, kdaj žalovanje oziroma stres, ki je normalen odziv, postane bolezensko. Bistveno je razlikovati čas pojava in trajanje simptomov (Tabela 1; Gotheridge, Dresner, 2002).

Tabela 1 Kako se kažejo nekateri znaki in simptomi velike depresivne motnje in žalovanja

Velika depresivna motnja	Žalovanje
Pretiran občutek krivde	Minimalni ali prehodni občutki krivde
Samomorilne misli	Pasivne misli, da bi bilo bolje, če bi bil/a mrtev/a
Prekomerna okupacija z občutki brezvrednosti	Žalost zaradi izgube funkcij
Slabo razpoloženje je avtonomno	Slabo razpoloženje je posledica razmišljanja o raku in o posledicah
Znaten upad funkcionalnosti	Prehodno in blago zmanjšanje funkcionalnosti, ki je posledica telesnih omejitev
Pojavi se lahko kadarkoli	Pojavi se v 2 mesecih po diagnozi ali pri spremembi prognoze
Splošen obup	Obup v okviru prognoze

O veliki **depresivni motnji** govorimo, kadar je prisoten vsaj eden od ključnih diagnostičnih simptomov: depresivno razpoloženje (žalost, potrtnost, obup) in nezmožnost za uživanje (malo interesa in zadovoljstva v stvareh, ki jih oseba počne). Vsaj polovico časa v vsaj dveh tednih je prisotnih še vsaj 5 od naslednjih simptomov: težave s spanjem, utrujenost in pomanjkanje energije, sprememba apetita (znatno zmanjšan ali povečan), slabo mnenje o sebi (občutek neuspeha, razočaranja nad samim seboj), težave s pozornostjo, psihomotorična upočasnenost ali nervoza in nemir, misli o smrti in samomoru (DSM-IV-TR, 2000).

Vsi navedeni znaki in simptomi se seveda lahko pojavijo kot posledica primarne telesne bolezni ali kot posledica zdravljenja s kemoterapijo, z obsevanjem ali z drugimi zdravili. Na splošno je pri hujših telesnih boleznih ali pri kroničnih boleznih težje prepoznati depresivno motnjo, saj se simptomi pogosto prekrivajo (Craig, Abeloff, 1974; Mc Daniel et al., 1995 po Spiegel, Giese-Davis, 2003). A to ne pomeni, da tovrstni simptomi zaslužijo manjšo pozornost in da ni potrebe po natančni diferencialni diagnostiki. Raziskave kažejo, da je depresivna motnja pri bolnikih z rakom pogosto spregledana (Newport, Nemeroff, 1998; Rodin, Voshart, 1986; Spiegel, 1996 po Spiegel, Giese-Davis, 2003), čeprav depresivni simptomi zapletejo zdravljenje telesne bolezni, povečujejo tveganje za nastanek novih bolezni in umrljivosti ter imajo za posledico povečano uporabo zdravstvenih storitev, in sicer ne glede na resnost telesne bolezni (Katrona, 1994; Williamson in Schulz, 1995, po Cummings, Neff, Husaini, 2003).

Simptomi in znaki depresije se pogosto pojavljajo sočasno z znaki in s simptomi **pretirane tesnobe**, ki je prav tako pogosta duševna motnja v populaciji, kakor tudi pri osebah s težjimi, dolgotrajnimi telesnimi boleznimi. Anksiozne motnje so skupina različnih motenj (akutna stresna motnja, generalizirana anksioznost, panična motnja, fobije, posttravmatska stresna motnja idr.), katerih skupne značilnosti so: anksioznost ali tesnoba, ki se lahko stopnjuje do groze, napetosti, panike; stalno razmišljanje, ki ne pomaga rešiti problema in ne pripelje do olajšanja; telesni simptomi (pospešeno dihanje, znojenje, razbijanje srca, tresenje rok, omotica, napete mišice, razdražen želodec, pritisk v prsih, ...); in vedenje, ki se kaže v begu iz situacije, v umiku ali v drugačnem vedenju, ki ne prinaša dolgoročne koristi.

V splošnem je način, kako se bolniki **spoprijemajo** z boleznijo, odvisen od njihovih prejšnjih zmožnosti soočanja s problemi in s krizami (Holland, 1996 po Remennick, 1998a). Spremembe razpoloženja so povezane z duševnimi težavami v preteklosti, s pomanjkanjem socialne podpore, s starostjo in z odsotnostjo intimnega odnosa (Ogden, 2004). Slabše spoprijemanje z boleznijo je povezano tudi z zlorabo alkohola ali drugih snovi pred boleznijo, z zgodovino duševne motnje, z nedavno izgubo ali z nefleksibilnim in z rigidnim stilom spoprijemanja s stresom. Z boleznijo se slabše spoprijemajo tisti, ki so socialno izolirani ali ki tako doživljajo svojo vključenost v socialno mrežo (Rowland, 1998 po Škufca Smrdel, 2004). Soočanje z rakom je dodatno oteženo, saj še vedno velja napačno prepričanje, da je rak usodna bolezen, ki jo obvezno spremlja trpljenje, in da sta depresija ali tesnoba normalna odziva na soočanje z boleznijo, kot je rak (Dernovšek et al., 2007). To je tudi razlog, da veliko bolnikov ne poišče pomoči za svoje duševne stiske, ki jih doživljajo ob soočanju z boleznijo.

Kako rak vpliva na posameznikov življenjski slog, je odvisno predvsem od tega, v katerem razvojnem obdobju se nahaja določen bolnik (Tabela 2; Rowland, 1989 po Veach in Nicholas, 1998). Razvojne naloge mladega odraslega, kot je npr. iskanje poklicnih dosežkov in vzpostavljanje samostojnosti, se razlikujejo od nalog v pozni odraslosti, ko je lahko osrednjega pomena npr. izgubljanje produktivnosti. Zaradi tega je vpliv raka na posameznikovo življenje odvisen od starosti in od razvojnega obdobja posameznika. Temu primerno moramo tudi ukrepe oziroma pomoč bolnikom pri prilagajanju na bolezen načrtovati različno glede na razvojno obdobje bolnika.

Tabela 2 Psihosocialni vplivi raka na bolnike glede na razvojna obdobja

Razvojno obdobje	Razvojne naloge	Vplivi bolezni	Ukrepi
Zgodnje otroštvo	Motorika, govor	Upočasnitev razvoja	Fizične/socialne spodbude
	Zaznavanje	Regresija	Strukturirana igra
	Navezanost	Separacijska tesnoba	Povečan stik z družino
	Socializacija	Umik	Kontinuiteta zdravniškega osebja
	Zaupanje	Povečani strahovi (bolečina)	Spodbujanje zaupanja
Pozno otroštvo	Predpuberteta	Biti 'drugačen'	Vzdrževanje videza
	Odnosi z vrstniki	Šolska fobija	Zmanjšanje odsotnosti
	Intelektualne in telesne zmožnosti	Strahovi glede smrti	Pogovor o bolezni in spremljanje odzivov
Adolescenca	Puberteta	Drugačnost (plešavost, amputacija)	Vzdrževanje videza
	Vrstniška sprejetost	Zmanjšana učna/fizična učinkovitost	Vzdrževanje vrstniških stikov
	Povečevanje neodvisnosti	Povečana odvisnost	Podpiranje samostojnosti
	Spolno eksperimentiranje	Konflikti glede samega sebe in spolnosti	Svetovanje
	Oblikovanje identitete	Vpliv bolezni	Svetovanje
	Intimnost	Zmanjšana privlačnost	Vzdrževanje videza
	Partnerstvo	Neplodnost/impotenca	Svetovanje
	Starševstvo	Zmanjšana starševska vloga	Podpora otrokom
	Poklic	Spremenjena delovna učinkovitost	Zmanjšanje delovnih prekinitev
Srednja odraslost	Hormonske spremembe/menopavza	Spremenjen videz	Vzdrževanje videza
	Odraščanje otrok, prazno gnezdo	Spremenjena partnerska/družinska vloga	Svetovanje
	Vrh kariere	Prekinjeni dosežki	Finančno planiranje
Pozna odraslost	Spremembe povezane s staranjem	Povečane telesne/čustvene izgube	Zdravstvene storitve za samooskrbo
	Telesne omejitve	Povečana odvisnost od drugih	Skrb zase
	Prilagajanje na naraščajoče izgube	Povečana izolacija	Sistem socialne opore
	Povečana potreba po socialni opori		Spodbujanje socialne/družinske mreže
	Upokojitev	Zmanjšana materialna gotovost/odvisnost	Finančno načrtovanje

Bolniki z rakom iščejo zelo različne načine za soočanje z novonastalo situacijo. Greer in Watson sta leta 1987 (Škufca Smrdel, 2004) opredelila pet osnovnih stilov spoprijemanja z boleznijo: bojevanje, izogibanje-zanikanje, vdanost v usodo-ravnodušno sprejemanje, nemoč-brezup ter tesnobne preokupacije. Bojevanje ter zanikanje sta povezana z manjšo stopnjo napredovanja bolezni in z boljšim preživetjem. Taylorjeva (1983 po Ogden, 2004), ki je raziskovala prilagajanje na bolezen pri 78 bolnicah z rakom na prsih, je ugotovila, da so se bolnice na bolezen odzvale na tri različne načine. Prvi način prilagajanja je bil iskanje pomena: bolnice so skušale razumeti, zakaj se je rak pojavil (stres, dednost, uživanje rakotvornih snovi, kot so kontracepcijske tabletki, rakotvorni elementi v okolju, dieta, udarec v prsi). Drugi način je bil pridobivanje občutka obvladovanja: prepričanje, da lahko nadzoruješ bolezen (meditacija, pozitivno mišljenje, prepričanje, da prvotni vzrok bolezni nima več učinka). Tretji način pa je bil proces zviševanja samozavesti (socialna primerjava s tistimi, ki imajo slabše bolezensko stanje, na podlagi katere so si bolnice izboljšale prepričanja o lastni situaciji). Bolniki z rakom so prisiljeni preoblikovati tudi svoje predstave o sebi. Radley (1995 po Ule, 2003) govori o štirih različnih oblikah predelave kronične bolezni v življenjskem stilu bolnika. Ti načini se razlikujejo glede na to, kako se nanašajo na izgubo/ohranitev sodelovanja osebe v socialnem življenju ter na odnos osebe do bolezni. Tako dobimo štiri glavne tipe odnosov: aktivno zanikanje (nesprejemanje bolezni, prizadevanje za premagovanje bolezni), prilagoditev (sprejemanje bolezni, ustrezne spremembe vsakdanjega življenja in dela), sekundarna pridobitev (pozitivne kakovosti, ki jih bolnik potegne iz soočenja z boleznijo) in resignacija (občutek življenjskega poraza pred boleznijo). Vsak/a bolnik/-ca izoblikuje poseben stil prilagajanja bolezni, vendar pa ti stili včasih niso najbolj funkcionalni in bolniki potrebujejo pomoč pri iskanju bolj zdravih in konstruktivnih načinov.

Dernovšek et al. (2007) priporočajo dva koraka pri izbiri funkcionalnega **spoprijemanja s stresom** in pri izogitvi dodatnim težavam:

1. Bolnika lahko zbegajo in prestrašijo telesni simptomi in znaki stresa. Misli si, da so le-ti dodatna posledica telesne bolezni ali dodatna težava, povezana z zdravljenjem. To ni res in je skrb zaradi njih odveč. Da ne bi bili bolnik in njegovi svojci po nepotrebnem dodatno zaskrbljeni, si je potrebno zapomniti, da je to normalen in pričakovan odziv na stres ter da se ta kaže z določenimi mislimi, čustvi, telesnimi odzivi in z določenim vedenjem.

2. Posameznik mora ločiti, na katere vzroke stresa lahko vpliva in na katere ne. Zgodi se lahko, da izgublja svoj čas in svojo energijo za tiste vzroke stresa, na katere ne more vplivati (npr. na zunanje okoliščine, kot so operacija, ponovitev bolezni pri znani osebi). Bolj smiselno je, da se posveti sebi, družini, prijateljem (npr. svojo pozornost usmeri v to, kako se bo čim bolj pripravil na operacijo, kako je lahko osebi, ki je ponovno zbolela, čim boljša opora).

Kot pomemben blažilec stresa je lahko bolnikom in svojem tudi **socialna in psihološka podpora**, ki spodbuja pozitivno prilagajanje na bolezen. Pravzaprav socialna opora predstavlja tisti dejavnik, ki najbolj napoveduje prilagoditev na diagnozo raka, pri čemer je potrebno upoštevati, da so partnerji/-ke bolnikov ključne osebe v socialni mreži bolnikov (Duhamel, Dupuis, 2004). Vendar strokovnjaki s področja psihoonkologije opozarjajo, da lahko svojci ob svojem lastnem doživljanju predstavljajo tudi dodatno obremenitev bolnikom (Baider et al., 1996 po Škufca Smrdel, 2004), zato prav tako tudi ti potrebujejo pomoč pri spoprijemanju z boleznijo.

Z vidika oseb, ki delajo z bolniki z rakom, je potrebno imeti zmeraj v mislih, da je **kommunikacija** temelj psihološke oskrbe. Bolniki, ki so informirani in pripravljeni na sicer pričakovane in normalne psihološke odzive, se bolje spoprijemajo z boleznijo (Gotheridge, Dresner, 2002). O simptomih anksioznosti in depresije je potrebno aktivno poizvedeti, saj jih bolniki običajno ne izpostavijo kar sami. Koristen je odprt pogovor o vseh težavah. Če so čustveni odzivi trajni, nespremenljivi, ovirajo posameznikovo spoprijemanje z boleznijo, je potrebna **ocena strokovnjaka**, da ugotovi, ali znaki in simptomi pomenijo prisotnost depresivne, anksiozne ali katere druge motnje.

V boju s spoprijemanjem z izčrpavajočim rakom so nekateri bolniki **samomorilni**. Bolnikove izjave o samomoru so včasih poskus, kako dobiti ultimativno kontrolo nad boleznijo, lahko pa dejanska napoved samomora. Dejavniki, ki napovedujejo samomorilno ogroženost so slaba prognoza, depresija, obup, neobvladljiva bolečina, delirij, zgodovina duševnih težav in zgodovina poskusa samomora, smrt prijatelja ali partnerja, zloraba alkohola, pomanjkanje socialne opore (Andersson, Lutgendorf, 2000).

Napačno je prepričanje, da se je bolje izogniti pogovoru o samomoru, saj bi obupano osebo lahko spomnili ali jo spodbudili, da bi začela o tem razmišljati (Gould, Marrocco, Kleinman et al., 2005). Osebo je potrebno naravnost vprašati, ali morda razmišlja o samomoru in ali ima morda plan za izvedbo samomora. Osebe, ki razmišljajo ali načrtujejo samomor, bodo običajno o tem spregovorile in občutile olajšanje, da se lahko o tem s kom pogovorijo.

Zdraviti je potrebno tudi **pretirano tesnobo**, ki bistveno ovira posameznika v njegovem vsakodnevnem funkcioniranju, pri bolnikih z rakom pa tudi tesnobo, ki ovira proces zdravljenja raka in povzroča dodatno trpljenje. Nov nastanek tesnobe zdravimo s sproščanjem, s spreminjanjem negativnih misli in z zdravili (Dernovšek et al., 2007). Anksiozne motnje pa zdravimo z antidepresivi, ki so učinkoviti in ne povzročajo odvisnosti (več o tem pri zdravljenju depresije).

Pri premagovanju tesnobe si bolniki sami lahko pomagajo z naslednjimi tehnikami in pristopi:

- sprostitvene vaje in globoko dihanje,
- odvracanje pozornosti (namen se je izogniti destruktivnim negativnim mislim),
- racionalno mišljenje (skušamo ugotoviti – pri tem pomaga, če si pišemo na list papirja – kateri strahovi so realni in kateri niso, s katerimi realnimi grožnjami in težavami se je možno spoprijeti in na katere ne moremo vplivati, ter seveda narediti načrt, kako se bomo lotili realnih in spremenljivih težav),
- zmanjševanje tesnobe, pri katerem pomagajo dejavnosti, kot so poslušanje glasbe, sprehodi, joga, avtogeni trening, pogovor.

Najboljše merilo za nujnost iskanja zdravniške pomoči pri doživljanju tesnobe je trenutek, ko ima posameznik občutek, da je sam storil že vse, da bi sebe in svojo tesnobo obvladal z različnimi dejavnostmi (sprehodi, pogovori, nasveti), a še vedno ni dobro.

Zdravljenje **depresije** je možno z antidepresivi (prvi predpisani antidepresivi so učinkoviti pri 70 % ljudi, pri ostalih je potrebno zdravilo zamenjati; (Dernovšek et al., 2007) in v kombinaciji ali s samostojno psihoterapijo (poleg kognitivno vedenjske so še druge oblike psihoterapij, npr. transakcijska analiza, gestalt analiza, razvojnoanalitična psihoterapija, ...). Sam bolnik lahko zase naredi podobne stvari, kot smo jih opisali pri tesnobi. Pomembno je, da si oseba vzame čas zase, da ugotovi, katere so stvari, ki ji energijo jemljejo, in katere ji energijo dajejo, da skuša realno pogledati na probleme – pri tem vključiti osebe, s katerimi se lahko odkrito pogovori, se soočiti s stvarmi, ki jih ne more spremeniti, in svojo energijo ter zmogljivosti spoprijemanja osredotočiti na stvari, ki jih lahko spremeni. Bolniki z rakom se morajo zavedati, da se tudi danes vseh stvari ne da pojasniti in ne da napovedati in da je potrebno sprejeti dejstvo, da nekaterih dejavnikov ne moremo kontrolirati in da za nekatere pojave ne poznamo natančnega vzroka. Iskanje krivcev in ustvarjanje scenarijev ni učinkovit način reševanja problemov.

Tako za tesnobo kot depresijo je med najučinkovitejšimi psihoterapijami **kognitivno vedenjska psihoterapija**, ki temelji na modelu povezanosti med mislimi, telesnimi odzivi ter čustvi. V ozadju vsakega čustva so misli, ki so lahko izkrivljene ali napačne, s tem vzbujajo različna negativna čustva, ki se odražajo tudi na tipičnih telesnih odzivih. Cilj je, da posameznik prepozna povezave in nefunkcionalne misli, ki so v ozadju, ter jih nadomesti z realnimi, s konstruktivnimi in s funkcionalni.

Poznavanje procesa psihološkega odziva, ki smo ga opisali v tem članku, znakov in simptomov stresa, prilagoditvene motnje, depresije in pretirane tesnobe je v pomoč tako bolniku kot vsem osebam, ki delajo z bolniki z rakom, da lažje ločijo med tem, kaj je normalen, pričakovan odziv in kaj so simptomi, ki zahtevajo strokovno oceno in pomoč. Zo zadnje omenjeno je potrebno poiskati takoj, ko obstaja sum, da se oseba

sama več ne more spoprijemati z obremenitvami. Le tako bo bolnik z rakom lahko vse svoje zmogljivosti prilagajanja in spoprijemanja usmeril v učinkovit proces zdravljenja in rehabilitacije.

Literatura

- Cummings SM, Neff JA and Husaini BA. Functional Impairment as a Predictor of Depressive Symptomatology: The Role of Race, Religiosity and Social Support. *Health in Social Work*, 2003;25: 23-32.
- Dernovšek MZ., Gorenc M, Jeriček I in Tavčar R. Stres, tesnoba in depresija pri bolnikih z rakom. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2007.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR 4th ed, text rev. Washington, D.C.: American Psychiatry Association, 2000.
- Duhamel F. and Dupuis F. Guaranteed Returns: Investing in Conversations with Families of Patients with Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2004;8(1):68-71.
- Gorenc M. Psihosocialne potrebe oseb z rakom. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2007.
- Gould MS, Marrocc FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, Davies M. Evaluating iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs. A randomized Controlled Trial. *JAMA*, 2005;293:1635-1643.
- Gotheridge SM, and Dresner N. Psychological Adjustment to Gynecologic Cancer. *Primary Care Update for OB/GYNS*, 2002;9:80-84.
- Joshi V. Stress: from burnout to balance. New Delhi: Response Book; 2005.
- Musek J. Osebnost in vrednote. Ljubljana: Educy; 2003a.
- Ogden J. *Health Psychology: A Textbook* 3rd Edition. Berkshire: Open University Press; 2004.
- Remennick, LL. Living with Cancer: A Patient Perspective. *Current Sociology*, 1998a;46(1): 115-127.
- Spiegel D and Giese-Davis J. Depression and Cancer: Mechanism and Disease Progression. *Society of Biological Psychiatry*, 2003;54:269-282.
- Škufca Smrdel, A. C. Psihosocialni vplivi raka dojke na družinsko življenje. Magistrsko delo. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo; 2004.
- Ule M. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Arestej; 2003.
- Veach TA. and Nicholas, DR. Understanding Families of Adults With Cancer: Combining the Clinical Course of Cancer and Stages of Family Development. *Journal of Counselling and Development*, 1998;76:144-156.