

PSYCHOLOGICKÉ MINIMUM O PSYCHICKOM PREŽÍVANÍ ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Mária Andrášiová

Národný onkologický ústav, Bratislava

Via pract., 2007, roč. 4 (S2): 42–46

Psychosociálna podmienenosť vzniku nádorových ochorení je predmetom mnohých výskumov. Sleduje sa najmä vplyv stresu, smútenia, depresie a osobnostných charakteristík ako možných faktorov podieľajúcich sa na ich vzniku. Výsledky výskumov doposiaľ nepotvrdili kauzálny vzťah medzi intrapsychickými premennými a onkologickým ochorením. Čo sa s istotou potvrdilo, je ich vplyv na priebeh ochorenia a jeho liečbu.

V primárnej, sekundárnej a terciálnej prevencii onkologických ochorení, ako aj pri ich samotnom zvládaní, hrajú významnú rolu psychické a sociálne faktory.

Primárna prevencia

V primárnej prevencii je lekár praktik ten, kto môže pacienta upozorniť na dôležitosť preventívnych opatrení a vyšetrení, vysvetlí mu ich opodstatnenosť a význam. Napriek tomu, že čoraz viac lekárov, informačných brožúr a kampaní upozorňuje na dôležitosť prevencie, stále zostáva veľká skupina obyvateľstva, ktorá túto stránku starostlivosti o seba samého zanedbáva. Príčin je niekoľko:

- **nedostatok času (sympťóm dnešnej doby)**
– fakt, ale niekedy len výhovorka, pričom vlastné zdravie nie je v skutočnosti prioritným záujmom človeka,
- **nepríjatie zodpovednosti za vlastný zdravotný stav** a starostlivosť o seba samého,
- **neinformovanosť** u ľudí, ktorí nesledujú rôzne kampane a iné zdroje informácií,
- **úzkosť a obavy z možnosti**, že by sa pri vyšetrení mohlo odhaliť ochorenie, spojené s mýtom, že rakovina je neliečiteľná, smrteľná choroba.

Najsilnejším argumentom proti strachu je práve informovanosť, že včasné diagnostikovanie akéhokoľvek ochorenia výrazne zvyšuje šance na jeho vyliečenie.

Súčastou primárnej prevencie je poukázanie na rizikové faktory konkrétneho človeka. Lekár má možnosť vysvetliť dôsledky ich pôsobenia, ale samotné rozhodnutie a prácu na ich prebudovaní musí urobiť pacient sám. Dôležité je posúvať pacientov z pasívnej roviny, v akej boli roky naučení fungovať (tí, čo „vedeli“ a „riešili“, boli lekári), vkladať časť zodpovednosti za zdravotný stav do jeho vlastných rúk a prizývať ho k partnerskej spolupráci.

Čo všetko zohráva rolu pri sekundárnej a terciálnej prevencii?

Potvrdenie onkologického ochorenia znamená pre pacienta silnú psychickú záťaž. Do procesu liečby ochorenia vstupuje pacient nielen so svojou telesnou výbavou, ale aj psychickou konšteláciou – temperamentom, emočnou výbavou, postojovými a vôľovými vlastnosťami, intelektom atď. To všetko do veľkej miery ovplyvňuje prežívanie a zvládanie choroby, ako aj spoluprácu pacienta počas liečby. Spôsob, akým sa pacient vyrovnáva s ochorením, je podmienený aj jeho vekom, životnou etapou v ktorej ho choroba zastihla a rodinným stavom. Reakcia pacienta po zistení život ohrozujúceho ochorenia má niekoľko štádií (tabuľka 1).

O oznamovaní diagnózy

Ak má byť pacient aktívnym účastníkom procesu liečby, čo je zároveň jeden zo základných predpokladov jej úspechu, musí poznať svoju diagnózu a zá-

Tabuľka 1. Fázy prežívania život ohrozujúceho ochorenia podľa E. Kübler-Ross (3, 4).

Šok po zistení diagnózy	Pocity zmätku, bezradnosti a úzkosti
Popretie a izolácia	Pacient sa snaží od choroby uniknúť alebo ju popiera
Obdobie zlosti a negativizmu	Pacient zažíva pocity krivdy a nespravodlivosti, že choroba postihla práve jeho, účinnosť na okolie
Zjednávanie	Pacient sa snaží „zjednávať“ („Chcem dožiť aspoň, kým deti odrastú.“), hľadá zázračné lieky, diéty, liečiteľov
Depresia	S definitívnym pochopením závažnosti ochorenia sa objaví smútok z utrpenej a hroziacej straty
Akceptácia	Uznaním choroby ako novej životnej situácie, ku ktorej musí zaujať nový životný postoj

Poznámka: Uvedené fázy nemusia prebehnúť všetky alebo v uvedenom poradí, môžu sa prelínať, striedať, vracieť (neznamená teda, že ak pacient raz pochopil, že je nevyliciteľne chorý, akceptuje všetky následné zmeny v jeho zdravotnom stave). V niektorom štádiu sa môže pacient „zaseknúť“ – ak bol napríklad oboznámený s diagnózou nevhodným spôsobom, môže obdobie šoku trvať podstatne dlhšie než pri citlivom dávkovaní informácií. Alebo ak je pacientovi zamiešaná diagnóza, je umelo udržiavaný v štádiu popretia choroby, čo mu znemožňuje vyrovnáť sa s faktom ochorenia. Úlohou ošetrojúceho personálu nie je pacienta posúvať z jednej fázy do druhej, ale porozumieť jeho reaktivite a v najvyššej možnej miere ju akceptovať.

kladné informácie o jej liečbe a prognóze. Pacient by mal byť informovaný postupne a primerane jeho chápaniu. Ako sa sám s informáciami od lekára vyrovná, závisí od jeho osobnostných charakteristík a zrelosti, schopnosti zvládaf záťaž, predchádzajúcich skúseností s chorobou a jej liečbou, sociálnej podpory a v neposlednom rade od vzťahu s lekárom a spôsobu, akým mu informáciu o ochorení podal. Neplatí, že neinformovaný pacient je spokojnejší pacient – nedostatok informácií môže zvýšiť neistotu a anticipačnú úzkosť. Naopak, primerane informovaný pacient sa môže stať partnerom v liečbe. Avšak diagnóza podaná bez následnej ponuky, čo pre pacienta môžeme urobiť, je deptajúca. Nikdy nie sme v pozícii, že už pre pacienta nemôžeme nič urobiť. Pre pacienta v terminálnom štádiu ochorenia je spoluúčasť a sprevádzanie, podpora a priestor na vyslovenie obáv a neistôt liečivá.

Komunikácia s pacientom

Podľa Bálinta, pacientov postoj k chorobe rozhodujúcim spôsobom určuje priebeh akejkoľvek terapie – to isté však platí o postoji lekára k pacientovi a o jeho schopnosti komunikovať s ním. Zo strany lekára je dôležité vytvorif vhodné prostredie na

rozovor, atmosféru prijatia a dostatok časového priestoru. Veľkým umením je vedieť pacientovi načúvať, čo znamená počuť nie len informáciu, ale vnímať aj jeho pocity a prežívanie situácie. Pacientom je lekárske slovník veľakrát nezrozumiteľný, čím sa znižuje šanca porozumieť podstatné informácie. Zo strany pacienta komunikáciu sťažuje vplyv strachu, úzkosti a obáv. Pod ich vplyvom pacient „nepočuje“ a „nechápe“, čo mu lekár povedal. Až 1/3 pacientov si nepamätá oznámenú diagnózu a 2/3 pacientov si nie sú schopní zapamätať, ako bude ich liečba prebiehať. Sú však kroky, ktorými môže lekár pacientovi pomôcť lepšie zvládnuť náročné rozhovory:

1. vyzvať pacienta, aby dal lekárovi na to, čo si práve vypočul **spätnú väzbu** – teda, aby vlastnými slovami zopakoval počuté. Takto si môžu obidve strany overif, že sa navzájom pochopili správne,
2. odporučiť pacientovi, aby si pred návštevou lekára v bodoch napísal, čo sa chce spýtať a čo chce povedať,
3. pri návšteve ho môže sprevádzať člen rodiny či blízky priateľ – je psychickou oporou a ďalším „uchom“, ktoré v emočne náročnej situácii zaznamenáva informácie lekára.

Tabuľka 2. Pozitívne a negatívne faktory vplyvajúce na priebeh onkologického ochorenia a liečby.

Čo môže pomôcť chorobu a liečbu zvládnuť	Čo môže chorobu a liečbu komplikovať
<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitná komunikácia s lekárom, informácie o chorobe a možnostiach jej liečby 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia vyhýbať sa informáciám o chorobe, uzatváranie sa do seba
<ul style="list-style-type: none"> • Aktívny postoj k chorobe a liečbe 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasívna odovzdanosť chorobe
<ul style="list-style-type: none"> • Udržiavanie dobrej psychickej kondície 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychická dekompenzácia a nevyhľadanie odbornej pomoci
<ul style="list-style-type: none"> • Podpora rodiny a priateľov 	<ul style="list-style-type: none"> • Malá podpora zo strany rodiny a priateľov

Tabuľka 3. Osobnostné faktory sťažujúce priebeh, zvládanie liečby a kvalitu života s chorobou.

Depresivita	Motivácia, vôľové vlastnosti, chuť niečo robiť sú znížené. Opustenosť, plačlivosť, vzorec správania je rigidný, výber stratégií zvládania problémov obmedzený. Veľká časť onkologických pacientov z tohto hľadiska ostáva nediagnostikovaná a neliečená. Dôvodom je buď nesprávna interpretácia signálov depresie – únavnosť, dysfória, nespavosť či sexuálna dysfunkcia sú považované za sprievodné prejavy ochorenia – alebo je to mylné presvedčenie, že u onkologického pacienta je depresia nevyhnutnou súčasťou ochorenia.
Syndróm „hopelessness-helplessness“	Vyznačuje sa pocitmi bezmocnosti, beznádeje a zníženou schopnosťou situáciu riešiť. Pacient je „odovzdaný osudu“, zažíva menšie uspokojenie vo vzťahoch, obáva sa ohrozenia svojej roly v spoločnosti. Niekedy sa objavuje pocit straty zmyslu života.
Nízke skóre „hardiness“ (nezdolnosti)	Pacient berie ochorenie ako životnú prehru, ktorej nedokáže čeliť, postoj k liečbe je pasívny a viera v uzdravenie minimálna.
Ďalšie faktory	Pacient nevyjadruje emócie, potláča riešenie konfliktov, má množstvo nepriaznivých životných udalostí v anamnéze...

Ako komunikovať s rodinou?

Je veľmi sporné či pacientovi prospieva, keď vie rodina o jeho zdravotnom stave a prognóze viac ako on sám. Často to brzdí spontánnosť v prejavoch a vedie k potlačaniu skutočných emócií. Nie je jednoduché zabezpečiť, aby pacient nespoznal, že niečo nie je v poriadku (a výsledkom je, že rodina vie, pacient tuší a každý sa trápi sám). Oveľa prijateľnejšia cesta je podporiť pacienta a rodinu, aby spolu hovorili aj – ale nielen – o chorobe. Je to nová životná situácia, ktorá mnohé mení, môžu sa spriehľadniť vzťahy, doriešiť nekonečné konflikty a najmä, pacient nezostane so svojimi pocitmi a strachom sám. Samozrejme, nemožno to použiť paušálne ako postup pri všetkých rodinách, pretože niektoré nie sú na takúto otvorenosť v komunikácii pripravené.

Sociálna podpora je jedným z dôležitých protek-
tívnych faktorov pri zvládaní stresu z ochorenia a lieč-

by, a to najmä v období, keď jedinec nedisponuje dosta-
točnými osobnostnými protektívnymi zdrojmi. Pacienti,
ktorí dostávajú od rodiny a priateľov dostatok emocio-
nálnej podpory, sú v procese liečby veľakrát aktívnejší,
majú väčšiu motiváciu bojovať, neopúšťať sa. Pozitívne
a negatívne faktory vplyvajúce na priebeh onkologické-
ho ochorenia a liečby sú uvedené v tabuľke 2. Priebeh,
zvládanie liečby a kvalitu života sťažujú osobnostné
faktory uvedené v tabuľke 3.

25 – 40 % onkologických pacientov trpí nejakou
psychickou poruchou. U niektorých ide o krátkodobé
reakcie, ktoré odznejú v krátkom čase, u iných sa
môžu fixovať, spájať a vyúsťiť do obrazu afektívnej po-
ruchy. Pacienti veľakrát svoje psychické ťažkosti skrý-
vajú, pretože ich považujú za vlastné zlyhanie. Preto,
ale aj pre nedostatok vedomostí ošetrujúceho perso-
nálu v tejto oblasti a neprítomnosť psychológa či psy-
chiatra na onkologickom oddelení, ostávajú psychické
problémy pacientov nediagnostikované a neošetrované.

Tabuľka 4. Najčastejšie psychické reakcie a afektívne poruchy u onkologických pacientov.

Strach a úzkosť	je to jednak existenčná úzkosť – choroba ohrozuje pacienta na živote a konfrontuje ho s myšlienkou smrti. Ďalším zdrojom úzkosti je samotná liečba ochorenia, jej vedľajšie účinky, nejasná dĺžka trvania a neistý efekt. Nezvládnuteľný strach a vysoká hladina úzkosti môže prerásť do úzkostných porúch a fóbii
Smútok a smútenie	sú reakciou na skutočnosť, že pacient trpí vážnou chorobou, ktorá môže znamenať definitívnu stratu zdravia a s ňou súvisiaci úbytok rôznych kompetencií, zhoršenie kvality života a neistú budúcnosť. Je často spojená s pocitmi bezcennosti, anticípáciou zlej budúcnosti a môže prerásť do depresie
Hnev a agresia	sú prejavom negatívneho postoja k situácii záťaže. Napriek tomu, že ošetrojúci personál takéto správanie neocení, výskumy potvrdzujú, že pacienti, ktorí prejavujú city navonok a k chorobe a svojmu okoliu majú bojový postoj, zvládajú liečbu lepšie ako tí, ktorí sú pasívni, submisívni a snažia sa za každých okolností svoje city ovládať
Posttraumatická stresová porucha (PTSD)	sú symptómy ako narušenie spánku, nočné desy, dlho pretrvávajúce rozrušenie, podráždenie a strach, vyhýbanie sa miestam, udalostiam a ľuďom, ktorí sú spojení so zážitkom ochorenia, sa zvyčajne objavujú počas prvých troch mesiacov od vzniku traumy, niekedy ale aj roky po nej. Preto by mali byť onkologickí pacienti dlhodobu monitorovaní nielen po stránke telesnej, ale aj psychickej
Časté reakcie	sebaobviňovanie, negácia ochorenia, iracionálne podmienené odmietanie liečby, psychogénne stavy nespavosti, psychogénne zvracanie

Tabuľka 5. Prežívanie ochorenia pacientom a možnosti pomoci zo strany lekára.

Obdobie ochorenia	Prežívanie pacienta	Na čo sa treba u pacienta okrem samotnej liečby sústrediť
Obdobie diagnózy	<ul style="list-style-type: none"> • prvotný šok • pocitový zmätok • úzkosť 	<ul style="list-style-type: none"> • aby neostal s informáciou o chorobe nedobrovoľne sám • „nezavalit“ pacienta informáciami, dať mu čas stráviť ich • emocionálna podpora sociálneho prostredia
Obdobie liečby	<ul style="list-style-type: none"> • stres z priebehu liečby • adaptácia na zmenený spôsob života, zmena pozície a úloh v rodine • neustála prítomnosť reality ochorenia 	<ul style="list-style-type: none"> • postupné dávkovanie informácií • priestor na rozhovor a ventilovanie emócií • vytvorenie systému podpory
Remisia	<ul style="list-style-type: none"> • vďačnosť, úľava • úzkosť zo zníženia kontaktu s lekárom • obavy z návratu do „normálneho“ života • prílišné sebaopozorovanie • strach zo straty kontroly nad chorobou 	<ul style="list-style-type: none"> • pomoc pri integrácii nového sebaobrazu • podpora v znovuzaradení do života • priestor na ventilovanie negatívnych emócií
Relaps ochorenia	<ul style="list-style-type: none"> • spochybnenie účinnosti akejkoľvek liečby • pocity viny zo zlyhania • hnev voči sebe aj okoliu • depresia 	<ul style="list-style-type: none"> • pochopenie pre takéto prežívanie • hľadanie novej cesty nielen v liečbe, ale aj v prebudení záujmu a viery pacienta, že je možné pre neho niečo urobiť
Terminálne štádium ochorenia	<ul style="list-style-type: none"> • myšlienky na blížiaci sa koniec vlastnej existencie • separácia od milovaných • strach z bolesti • strach zo straty dôstojnosti pri umieraní 	<ul style="list-style-type: none"> • uistenie, že nebudú trpieť • že, nezostanú v umieraní opustení • sprevádzanie procesom umierania • priestor a atmosféra na vyslovenie akýchkoľvek obáv • uistenie, že ich blízki ich odchod zvládnu

Najčastejšie psychické reakcie a afektívne poruchy u onkologických pacientov uvádza tabuľka 4.

Každá fáza ochorenia a liečby prináša do života pacienta špecifické problémy a témy a pacienti ju prežívajú a zvládajú s individuálnymi odlišnosťami (tabuľka 5).

Záver

Záverom je potrebné zdôrazniť, že liečba onkologického ochorenia je pre pacienta záťažová nielen po fyzickej, ale aj po psychickej stránke. Psychologická a psychiatrická starostlivosť by sa

mali stať súčasťou komplexnej a štandardnej liečby. Pacienti ju však buď pre obavu zo stigmatizácie ako duševne narušených, alebo z presvedčenia, že takáto pomoc je prejavom ich vlastného zlyhania, často odmietajú. Aj túto postojovú bariéru môže do veľkej miery pomôcť prekonať postoj a odporúčanie všeobecného lekára.

Mgr. Mária Andrášiová, PhD.

Národný onkologický ústav,
Klenová 1, 833 10 Bratislava 3
e-mail: snorka@stonline.sk

Literatúra

1. Haškvcová H. Thanatologie. Nauka o umírání a smrti. Galén 2000.
2. Chovancová Z, Vašková J. Diagnóza nádor a co dál... 1. vyd., Praha: Grada, Praha 1998.
3. Kübler-Ross E. Hovory s umírajícími. 1. vyd., Hradec Králové: Signum Unitas 1992.
4. Kübler-Ross E. Otázky a odpovědi o smrti a umírání. Hradec Králové: Signum Unitas 1992.
5. Tschusche V. Psychoonkologie. Psychoonkologické aspekty vzniku a zvládání rakoviny. Praha: Portál 2004.