

Preklad

Žiaľ a strata blízkej osoby. Čo potrebujú psychiatri vedieť?

Podľa pôvodnej práce Zisook, S., Shear, K.: Grief and bereavement: What psychiatrists need to know. (World Psychiatry, 2009, č. 8, s. 67–74)
spracovala Viera Piatrovová

„Je smútok choroba?“ – už Engel presvedčivo zastával názor, že smútok zahŕňa mnoho charakteristík telesných chorôb, ktoré v niektorých prípadoch (pri intenzívnej bolesti, úzkosti, strate blízkeho) aj napriek liečeniu môžu prerásť a vyprovokovať psychické komplikácie, ako napríklad depresiu. Práve preto klinickí lekári musia ako prvé vedieť, čo je príznačné pre smútok a vedieť rozlíšiť normálny smútok od komplikovaného smútku, prípadne od smútku týkajúceho sa veľkej depresie. Výskumníci sa pokúšali definovať rôzne stupne žiaľu, od počiatočného štádia otupenia vedúceho až k depresii až po zotavenie. No žiadna teória nebola schopná vysvetliť, ako sa ľudia vyrovnávajú so stratou, prečo zažívajú rozličné stupne a typy žiaľu a ako a kedy sa prispôbia životu už bez milovanej osoby. Intenzita a trvanie žiaľu je veľmi premenlivé, pričom závisí od mnohých aspektov, ako vek, zdravotný stav, spôsob pripútania sa, genetická výbava jedinca, zraniteľnosť aj kultúra, podpora, počet stratených osôb a predchádzajúce vzťahy. Ťažká je aj odpoveď na otázku, čo predstavuje normálny žiaľ, keďže je pre každého z nás a každú stratu špecifický. Ak sú však komplikovaný žiaľ alebo depresia posúdené nesprávne ako „normálne“, pacienti môžu byť ohrození neefektívnou liečbou. Z pragmatických dôvodov preto uprednostňujeme termín nekomplikovaný žiaľ miesto normálneho žiaľu, keďže je ľahšie kategorizovať syndrómy a komplikácie žiaľu a depresie zo straty blízkeho, ako objasňovať, čo je a čo nie je normálne.

Normálny smútok

Žiaľ nie je len o bolesti. V priebehu nekomplikovaného žiaľu sa bolestivé skúsenosti môžu zmiešať s pozitívnymi pocitmi, ako je úľava, potešenie, pokoj, šťastie, ktoré sa vynoria po strate osoby, pre nás veľmi dôležité. Často tieto pozitívne pocity navodia negatívne emócie zradu, nevernosti, viny u pozostalých. Zistilo sa, že pozitívne emócie 6 mesiacov po smrti blízkeho sú znamením pružnosti a spojené s dlhodobými dôsledkami. Realita a význam smrti sú pre každého pozostaleho špecifické. Nezabúdajú na ľudí, o ktorých prišli, len sa snažia zbaviť smútku. Strata sa integruje do autobiografických spomienok a myšlienok. V niektorých obdobiach môže byť akútny žiaľ opätovne prebude-

ný, najmä v období výročí – narodeniny, Vianoce, prázdniny a pod. Žiaľ nie je len o odlúčení, ale aj o nájdení nového zmysluplného pokračovania vzťahu so zosnulým. Ovdovený postupne akceptuje, že jeho milovaný je v jeho živote už len ako zosnulý. Nie je však nezvyčajné, že pozostali i naďalej snívajú o svojich milovaných, vidia ich v dave cudzích ľudí, nacvičujú si k nim rozhovory, udržujú kontakt cez predmety, ako oblečenie, majetok, ktoré si môžu uchovávať natrvalo. V tomto prípade sa sluchové a vizuálne halucinácie o zosnulých najčastejšie vyskytujú počas akútneho smútku. Častá návšteva hrobu zosnulého a pálenie sviečok môže pomôcť udržať spomienky živými. Nie je však žiaden dôkaz o tom, že komplikovaný smútok si vyžaduje formálnu liečbu alebo odbornú intervenciu. Pre väčšinu ovdovených jedincov je vyvrcholením tejto ťažkej cesty cez žiaľ práve pripustenie si a prispôbenie sa životu bez milovanej osoby. Niektorým sa darí dobre aj bez liečby. Ak však niekto bojuje proti smútku tým, že vyhľadáva pomoc, mal by mať dostupnú empatickú podporu a informácie. Pokiaľ podpora, opätovné uisťovanie a informácie sú väčšinou poskytované rodinou, priateľmi a nie sú dostačujúce, vzájomné podporné skupiny môžu pomôcť zaplniť medzeru. Tieto skupiny sú nápomocné hlavne po traumatickej strate, ako je napríklad smrť dieťaťa.

Komplikovaný smútok

Syndróm, ktorý postihuje 10 % pozostalých, je následok zlyhania prechodu z akútneho do integrovaného smútku. Aj ako výsledok predĺženého akútneho žiaľu, ktorý môže trvať naveky. Medzi symptómy patrí separačná, traumatizujúca úzkosť, zhoršenie zdravotného stavu, poruchy spánku a narušenie dennej rutiny. Je u nich zvýšené riziko vzniku rakoviny, kardiovaskulárnych ochorení, hypertenzie, závislosti a suicídií. Postihnutí majú ťažkosti s akceptovaním smrti a spomínané symptómy u nich trvajú prinajmenšom 6 mesiacov od smrti blízkeho. Pretrvávajú pocit, že ich život sa skončil a intenzívna bolesť sa nikdy neskončí. Naopak niektorí nechcú, aby bolesť pominula a užívaním si života majú pocit, že zrádzajú svojich milovaných. Vyhýbajú sa aktivitám a situáciám, ktoré im pripomínajú čas strávený so zosnulými a fakt, že tu už nie sú. Cítia sa odcudzení od okolia

a aj od ľudí, ktorí im boli predtým blízki. Rizikové faktory komplikovaného smútku však neboli dostatočne preštudované. Jedinci, ktorí prežili prvotný uspokojujúci vzťah a stratili milovanú osobu, sa zdajú byť v ohrození. Aj osoby s úzkostnými poruchami, ktorí prežili viacnásobnú stratu blízkeho, jedinci v nepriaznivých životných situáciách s nedostatkom podpory od spoločnosti, so zlým zdravotným stavom sú tiež v ohrození, z hľadiska vyrovnávania sa so stratou blízkej osoby. Komplikovaný smútok spoľahlivo identifikuje diagnostický inventár ICG 14 (Inventory of complicated grief), pričom skóre je väčšie ako 30 aspoň 6 mesiacov po úmrtí blízkeho. V štúdiách klinickej populácie sa zistilo, že komplikovaný smútok je spojený s vysokým množstvom suicidálnych predstáv, s výskytom samovražedných pokusov v minulosti a s nepriamym suicidálnym správaním. Nie je to však vysvetľované výskytom veľkej depresie a zvýšenou intenzitou celoživotných pokusov o samovraždu u bipolárnych pacientov. Nepochybne, komplikovaný smútok sa musí brať vážne a liečiť náležito. Zdá sa, že psychotropná liečba a štandardné, na smútok zamerané, podporné psychoterapie majú malý dopad na tento syndróm. Naopak cieľená intervencia demonštruje signifikantne lepšie výsledky ako štandardná psychoterapia. Liečba kombinuje kognitívno-behaviorálne techniky z hľadiska interpersonálnej psychoterapie a motivačného interview. Sľubnou sa teda javí súhrnná liečba, vrátane antidepressívnej liečby a cieľenej psychoterapie, čo môže byť najefektívnejším liečebným krokom.

Smútok súvisiaci s veľkou depresiou

Väčšina štúdií sa zameriava na ovdovených, aj keď veľmi dobre sa dajú skúmať deti, ktoré stratili rodičov, a naopak rodičia, ktorí prišli o dieťa. Podľa Claytonovej klasickej štúdie sú pri veľkej depresii vo väčšine prípadov prítomné depresívne symptómy, ako úbytok hmotnosti (anorexia), depresívna nálada, insomnie, výrazný plač, strata záujmov, nepokoj, pocity viny, iritabilita, spolu so zriedkavými suicidálnymi myšlienkami. Bežné sú aj halucinácie, keď väčšina ovdovených tvrdí, že mali pocit, že sa ich mŕtvi dotýkali, že počuli ich hlas, alebo ich videli, či cítili ich vôňu. Do konca prvého roka sa somatické symptómy depresie zlepšia, i keď sklesnutá nálada, nepokoj a zlý spánok pretrvávajú. Štúdie ďalej demonštrujú, že symptómy sa zhodujú medzi mužmi a ženami, pri náhlej a predpokladanej smrti, pri veriacich a neveriacich. Po jednom roku je väčšina pozostalých schopná hovoriť o smrti blízkeho s pokojnou myslou. Tieto výsledky boli väčšinou totožné z Grimbyho longitudinálnou štúdiou staršej populácie. Objavil, že pokles nálady, osamelosť a plač boli hlavnými symptómami pri strate blízkej osoby, pričom opustenosť trvala najdlhšie. V Claytonovej štúdií je opísaných viac ako 42 % symptomatických kritérií pre veľkú depresiu v prvom mesiaci a 16 % kritérií po prvom roku. Navyše pozostali nie sú iba vo zvýšenom riziku podľahnúť veľkej depresii, ale tiež v riziku pretrvávania subsyndromálnych depresívnych symptómov. Tieto symptómy sa môžu spájať s dlhotrvajúcim osobným trápením, dysfunkciou a nespôsobilosťou rolí. Diagnostika veľkej depresie v kontexte s úmrtím blízkej osoby, čo je závažný stresor, je pre klinikov problematická. Klinické príznaky a priebeh ochorenia pri strate blízkeho spojené s veľkou depresiou (znížené psychosociálne fungovanie,

komorbidita s úzkostnými poruchami, pocity ničoty, psychomotorické zmeny, suicidalita) je podobný priebehu a príznakom pri samotnej veľkej depresii, bez straty milovanej osoby. Symptómy sú dlhotrvajúce a spojené tiež s biologickými zmenami (nárast adrenokortikálnej aktivity, znížená funkcia imunitného systému a poruchy spánku). Nerozpoznaná a neliečená depresia zodpovedá za vzrastajúcu úmrtnosť u pozostalých jedincov. Príčiny smrti sú rozličné v rôznych štúdiách, ale takmer vždy zahŕňajú samovraždu a nehody. Pokiaľ symptómy veľkej depresie nastanú hneď po smrti milovanej osoby, podľa ICD 10 to môže byť klasifikované ako veľká depresia. Kľúčovými faktormi pri určovaní ďalších postupov je rodinná anamnéza, intenzita a trvanie depresívnych symptómov. Pokiaľ sa v minulosti v rodine nevyskytovala veľká depresia a symptómy sú pomerne mierne z hľadiska vážnosti, reakčnosti a poškodenia, možno s liečbou v prvých dvoch mesiacoch počkať, pričom pacienta pravidelne sledujeme. Ak je teda depresívna epizóda relatívne miernej formy a neobsahuje suicidálne myšlienky, či melancholické rysy, môže byť vyčkanie vhodným počiatočným krokom. V súčasnosti neexistujú psychoterapeutické štúdie zameriavajúce sa vyložene na smútok súvisiaci s veľkou depresiou, ktoré by ho úplne objasnili, aj keď nie sú presvedčivé dôvody veriť, že psychoterapia by nebola taká efektívna pri bolestivej strate súvisiacej s veľkou depresiou ako pri nebolestivej strate súvisiacej s veľkou depresiou. Výskum v snahe determinovať potencionálnu účinnosť psychoterapie pri depresii v kontexte smútku obhajuje integrovanú liečebnú metódu, ktorá zahŕňa individuálnu psychoterapiu. Momentálne je vydaných šesť štúdií o bolestivej strate spojené s depresiou, ktoré demonštrujú pôsobenie a bezpečnosť antidepressívnej terapie. V každej z týchto štúdií sa intenzita smútku zmiernuje súčasne so zlepšením depresívnych symptómov, aj keď zlepšenie v smútku nebolo také masívne ako úľava od depresie. Za „najlepšiu“ liečbu bolestivej straty spojené s depresiou sa považuje nielen samotná antidepressívna liečba. Zisťovanie pacientových preferencií a predchádzajúcich osobných úspechov alebo zlyhaní pri liečbe rôznymi antidepressívami môže pomôcť v rozhodnutí sa pre rozumnú voľbu v liečbe. Ak je depresívna epizóda relatívne pokojná a nie je spojená so suicidálnym rizikom alebo melancholickými príznakmi, podpora a sledovanie by mohli byť vhodným počiatočným krokom. Na druhej strane, čím viac je nezávislých a bolestných symptómov, tým viac antidepressívnej terapie by malo vstúpiť do liečby. Pre ťažké alebo vysokokomorbidné epizódy, alebo kde terapia bola neúspešná, je veľmi potrebná liečba s kombinovanou medikáciou spolu s cieľenou psychoterapiou. Komplikovaný smútok môže vyžadovať veľmi špecifickú formu psychoterapie. V každom prípade by liečba mala byť prispôbená osobnosti, adresovaná individuálnym špecifickým potrebám a zdrojom, rovnako ako dostupnosť jednotlivých metód liečby pri rozhodovaní sa o najlepšom prístupe. Liečebný model, ktorý zahŕňa vzdelávanie, podpornú a individuálnu formu psychoterapie a riadenie liečby a maximalizuje pravdepodobnosť pozitívnych výsledkov.

Keď pacient spácha samovraždu

Pacienti trpiaci mentálnym ochorením patria medzi najrizikovejšie skupiny pre spáchanie samovrážd. Vyskytuje sa až v 90 % prípadov samovrážd. Štúdiá poukazujú na to, že

až 50 % psychiatrov stratilo aspoň jedného pacienta, ktorý spáchal samovraždu, alebo dokonca prišli aj o viac ako jedného pacienta. Vo všeobecnosti by mali poskytnúť stretnutie sa s rodinou, ktorá prešla traumatizujúcou udalosťou ako spáchanie samovraždy členom rodiny. Aj keď psychiatri nemajú vytvorený bližší vzťah k pozostalým, vyjadrenie hlbokkej úprimnej sústrasti je vo väčšine prípadov prijaté veľmi pozitívne. Ak psychiater príde o pacienta, ktorý spáchal samovraždu, osobné reakcie sú rovnako zmiešané tak, ako aj u pozostalých (strata nálady, problémy so spánkom, podráždenosť). Veľa štúdií poukázalo na vysoký pomer žiaľu u pozostalých, ako napríklad pocit viny alebo zodpovednosť za smrť, výčitky, pocity odmietania, opustenosti a hnev na zosnulého. Psychiatri nie sú imúnni voči týmto reakciám v prípadoch, keď sa oni sami stávajú pozostalými. V dôsledku toho, strach zo žaloby a odplata z komunity psychiatrov môžu komplikovať reakciu psychiatra. Postvencia by mala byť komplexná a mala by zahŕňať podporu rodiny, priateľov a kolegov. Pre niektorých jedincov a v určitých kultúrach môže uzdravovanie byť uľahčené modlitbami a robením zásluh. Psychiatri pri strate pacienta, ktorý spáchal samovraždu, by mali zvážiť konzultácie od skúseného kolegu, ktorý im poskytne potrebnú emocionálnu podporu.

Zhrnutie

Aj po doplnení vzdelania a oficiálneho tréningu psychiatri nemusia byť dokonale pripravení zvládať niektoré klinické problémy, ktorým budú čeliť v praxi. Diagnostika a liečenie komplikovaného smútku a bolestnej straty spojené s veľkou depresiou sa radia na vrchol zoznamu týchto problematik. Oba stavy sa prekrývajú so symptómami najdenými bežne, ktoré sa opisujú ako „normálne“ s prognózou v čase. Je dôležité si preto uvedomiť, že kým každý individuálny proces smútku je jedinečný, je tu forma smútku, ktorá je blokovaná a zasahuje do fungovania a kvality života. Komplikovaný smútok zvyčajne reaguje dobre na špecifickú psychoterapiu – azda najlepšie, keď je riadená v kombinácii s antidepresívnou liečebnou kúrou. Okrem toho po pacientovej samovražde sú psychiatri v profesijnom ohrození. Je pre nich preto dôležité poznať vlastnú zraniteľnosť voči útokom, ktoré často sprevádzajú straty, a to nie len pre ich vlastné duševné zdravie, ale aj pre poskytovanie najcitlivejšej a rozumnej starostlivosti svojim pacientom.

Autori v pôvodnej práci citujú 59 prác.

Schválené na publikovanie 20.10.2011.