

Pôvodná práca

Psychiatricko-onkologické priesečníky

M. Patarak

Súhrn

Rakovina je stále chorobou nabitou neporozumením a hojnosťou mýtov. Na strane chorého, jeho rodiny, ale i lekára vyvoláva celý rad špecifických reakcií a obranných mechanizmov. Už vyše tri desaťročia sa uvažuje o vplyve psychosociálnych faktorov, ako sú stres, sociálna podpora alebo sociálny status na toto ochorenie. Kým ovplyvnenie onkogenézy je diskutabilné, na priebeh rakoviny môžu mať pozoruhodný účinok. Z psychiatrického hľadiska je známa vysoká prevencia úzkostných a depresívnych syndrémov u onkologických pacientov. Suicídium, eutanázia a príslušné etické problémy sú vysoko špecifickým problémom v tejto oblasti.

Kľúčové slová: psychiatria, onkológia, úzkostný stav, depresia, etické problémy.

Úvod

Onkologické ochorenie vnáša do vzťahu lekár-pacient tichý mráz. I dobre liečená rakovina sa obzvlášť na jednom póle tohto duálneho vzťahu neraz stáva prísne stráženým tabu. Nanešťastie, reč je aj o lekárovej strane relácie, ktorý je ho mnohokrát nútený s nemalým vedomým úsilím prekonať. Lekár má totiž tendenciu skracovať vizitu u takto postihnutého pacienta, s prílišnou protektivitou dbá, aby sa neohrabane nedotkol témy rakoviny a nebodaj smrti, a to až tak, že o nej napokon nehovorí vôbec. I príbuzní a rodina chorého chodia okolo neho doslova po špičkách. Pacient však často so „slinou na jazyku“ čaká na príležitosť podeliť sa s ošetrovateľom so svojimi názormi, obavami, so svojím strachom i nádejami plynúcimi z jeho neľahkej diagnózy. Kým rakovinu diagnostikujúci lekár často nepovažuje za správne objektívne a podrobne oboznámiť pacienta s jeho ochorením a očakávanou prognózou, iní lekári mylne predpokladajú, že pacient o chorobe už všetko vie a po konzultáciách s onkológom, či iným špecialistom sa s ňou už v tichosti vyrovnáva sám. Ak náhodou aj vzájomný dialóg zavedú k onkologickému rozhovoru späť na onkologického špecialistu. Lekár zaťažuje pacienta formulkami dodávajúcimi falošnú odvahu (vrátane ignorovania objektívnych faktov) a seba neplodným súcitom, ktorý ho emocionálne vyčerpáva a redukuje potenciálnu komunikáciu s pacientom. Z tejto pozície je doktor v istom zmysle oveľa viac thanatofobický a karcinofobický ako jeho onkologický pacient, o ktorého sa

na čas (trebárs i na psychiatrii) stará. Zdá sa teda, že pri otvorení tejto hrádze by sa snáď ulavilo obom.

Reakcia na diagnózu

Často uvádzané alarmujúce štatistiky o výskyte onkologických ochorení a ich mortalite sú „len“ počtom ľudí, ktorým rakovina začala svojvoľne a mnohokrát rozmarne navíjať ich životnú niť. Za každým číslom sa skrýva niekedy tichý, rezignovaný, inokedy zas búrlivý až bojovný, ale hlavne individuálny príbeh boja o prevzatie tejto nite späť do svojich rúk alebo namáhavého zápasu s časom, ktorý sa pre chorého na rakovinu môže stať jednou z najstresujúcejšie vnímaných veličín vôbec. Koľko je týchto príbehov, toľko reakcií na vstup onkologickej diagnózy do ich intímneho (osobného, telesného, psychického, duchovného) ale aj spoločenského (rodinného, pracovného) priestoru. Pre vnútorný i vonkajší svet človeka je zásadným prelomom, s ktorým sa vyrovnáva individuálne, po svojom a zvyčajne so žiaľom. Uvedené typy reakcií treba teda brať so zreteľom na jedinečnosť každého človeka, jeho vlastné vnútorné dispozície a „pufrovacie“ kapacity a na jeho unikátne a neopakovateľné bytie na tejto zemi. Kübler-Rosovej model konfrontácie so závažnou/smrteľnou chorobou (Kübler-Ross, 1969) sa stal klasickým opisom takéhoto vnútorného zápasu v piatich dejstvách:

1. **Odmietanie a izolácia** („*To sa mi nemôže stať, to nemôže byť pravda!*“) je počiatočné popieranie ochorenia, pacient môže presvedčať seba i druhých o mylnej diagnóze a pod. Často si ju nedokáže a ani nechce predstaviť. Nasilu mu vnucovať jeho nozologickú situáciu by však bolo neterapeutické.

2. **Hnev** „(Prečo ja? To nie je fér! Ako sa mi to mohlo stať?“) v akejsi závislosti voči tým, čo prežijú, tým, čo sú zdraví a netrpia (i voči rodine, blízkym a personálu). Lekár by mal k tomuto hnevu pristupovať citlivo a s pochopením.
3. **Vyjednávanie** („Bože, nechaj ma žiť, aby som uvidel zmaturovať svoje deti! Urobím všetko pre aspoň pár rokov naviac“) je prechodným obdobím, v ktorom chorý dúfa vo vyššiu moc, Boha, snaží sa zvrátiť osud pomocou sľubov alebo kvázi obchodov s ním.
4. **Depresia** „Aký zmysel má táto choroba? Umieram, na čo je dobré, že som žil?“ často i v klinickom zmysle, ktorú v nemalej miere zosilňuje organická podstata ochorenia, spoločenská izolácia človeka, ktorý po diagnóze prijíma agresívne liečebné opatrenia so širokou paletou nežiaducich účinkov a samotný pobyt v nemocnici.
5. **Súhlas** („Už to asi nevyhrám, už je to tu. Musím sa zmieriť, pripraviť, rozlúčiť.“) s chorobou, prípadne blížiacou sa smrťou. Nastáva upokojenie, usporiadanie vecí, v prípade, že jedinec nemá medikamentózne zastreté vedomie nie je výnimkou zvýšená lucidita krátko pred koncom, ktorá na nemocničných oddeleniach prekvapí príbuzných a svojim spôsobom varuje personál. Neraza však chorý po prijatí svojho stavu celkovo chytá druhý dych, s optimizmom a novým elánom sa púšťa v ústrety každodennosti očistenej od predchádzajúcej drámy, užíva si s blízkymi prítomných chvíľ a zintenzívni svoju angažovanosť vo vzťahoch. Človek si totiž uvedomuje, že každý deň by mohol byť i posledným a podriaďuje tomu všetko ostatné. Jeho konanie je poznačené novou nádejou, preto sa niekedy o tomto štádiu hovorí ako o *znovu popretí* (redenial).

Podľa Williama Wordena (Worden, 1983) má smútková práca štyri úlohy, aby bola dokonaná (znázornené v tab. 1), ktoré sú implementovateľné do fáz predchádzajúceho Kübler-Rossovej modelu.

Rakovina ale nerovná sa smrť(!). Život i s rakovinou ide ďalej. Človek po tom, čo ju prijme „za svoju“, sa s ňou aj učí žiť. Stane sa mu tesnou spoločničkou, od ktorej sa už nebude môcť jednoducho oddeliť. I vyliečená rakovina (ktorá v dnešnej dobe modernej liečby a onkologickej starostlivosti nie je raritou) zanechá na ľudskej bytosti trvalé odtlačky. Tie môžu mať čiernu podobu hypochondrických obáv a kancerofobických očakávaní recidív, depresívny, či úzkostný charakter, ale i veľkolepú fazónu pozitívnej životnej zmeny až konverzie. Práve tá podľa istých výsledkov (Hawkins, 2010) u ľudí čo prežili rakovinu dokonca prevláda nad negatívnymi. Väčšina z nich je schopná príjemne pociťovať, že sú práve zdraví, je spôsobilejšia k hlbšiemu a plnšiemu prežívaniu prítomných okamihov, k energetickejšiemu vkladom do žitých vzťahov a k širším duchovným rozmerom. Celý priebeh prijímania diagnózy a jej postupného začleňovania do individuálneho životného rámca (ak k nemu vôbec dôjde) nemožno arbitrárne rozčleniť na konkrétne body, ako sme to učinili vo vyšších schémach. Tie sú len tenkou kostrou pre tento búrlivý a na dianie bohatý proces a podobné delenia vždy zostanú len mechanistickými a redukcionistickými pomôckami. Mno-

hokrát nie je možné (a ani prínosné) určiť, v ktorom kroku sa pacient momentálne nachádza. Špecifickejšim prostriedkom, ako postihnúť jeho zaobchádzanie s vlastnou chorobou je detekcia obranných mechanizmov, ktoré v prevládajúcej miere používa.

Tabuľka 1. Štyri úlohy smútkovej práce podľa Wordena s akronymom v anglickom znení.

T	Prijať realitu straty (napr. zdravia). <i>To accept the reality of the loss.</i>
E	Prežiť bolesť straty, odlúčenia. <i>Experience the pain of the loss.</i>
A	Prispôbiť sa novej situácii bez strateného objektu. <i>Adjust to the new environment without the lost object.</i>
R	Znovuinvestovať do novej reality. <i>Reinvest in the new reality.</i>

Lekárske reakcie na diagnózu

Bohužiaľ, ešte aj dnes sa stretávame s mnohými mýtmi vo vzťahu k rakovine, a to nielen v laickej verejnosti, ale aj v presvedčení alebo latentnom náhľade klinického pracovníka. Takéto mýty napríklad tvrdia (Schwenk, 1998):

- po diagnóze rakoviny ide človek v ústrety utrpeniu a bolestivej smrti,
- liečba rakoviny je neúspešná,
- všetci ľudia s rakovinou majú depresiu,
- depresia pri rakovine je normálna.

Nejde pritom o myšlienkové a názorové mýty, skôr o ich nešťastné premietnutie do praxe. Walter Bräutigam (Bräutigam, 1985) pekne vystihol možno typické reakcie personálu na ťažko chorého pacienta:

1. Takíto pacienti sú braní ako zaťažujúce bremeno a po úvodnom súcíte s nimi sú vnímaní ako obťažujúci alebo prílišne viažuci sa. Môže ísť o obranu pred vlastnými nespracovanými emóciami strachu zo smrti, kancerofóbie, nevládnosti.
2. Pred obtiažnym pacientom sa lekár často stiahne, uzavrie, formalizuje kontakt s ním, hoci práve teplé povzbudenie je pre jeho výdrž extrémne dôležité. Často sa vyhovára na zaneprázdnenosť, lapidárne súka dve-tri prázdne „utešujúce“ formulky a z pôvodnej emočnej angažovanosti a empatického prístupu sa stáva emočne neutrálnym až chladným. Ani nevie ako a vizity sú zrazu kratšie, slovný kontakt strohejší.

- Po opakovaných skúsenostiach s „týmto typom pacientov“ lekár rezignuje, vnútorne pre nich vyhasína, má pocit, že je z nich vyčerpaný a že mu dokonca „berú energiu“. Zvykne to byť aj následok predchádzajúcej identifikácie s pacientom, či so záchrannou rolou pre neho (tzv. *spasiteľský syndróm*), v ktorej došlo k exhauscii.

Vymenované reakcie (obzvlášť nie u psychiatra, či onkologa) si pritom neslobodno zamieňať s takzvaným profesionálnym prístupom.

Obranné mechanizmy

Je celý rad možností, ako sa jedinec môže vyrovnávať so ťažujúcou situáciou rakoviny a ktoré bývajú opisované pomocou (už klasickej) teórie obranných mechanizmov (prehľad v Schlegel, 2005). Tschuschke (2002) vzhľadom na diagnózu rakoviny uvažuje o *nezrelých* obranných mechanizmoch, ako sú disociácia, projekcia a popretie, ktoré znemožňujú prijatie ochorenia a vlastnej situácie a vedú skôr k jej celkovému popretiu. Za *zrelé* považuje vytesnenie, izoláciu, reaktívnu formáciu, racionalizáciu a hlavne intelektualizáciu, lebo sú potenciálnou šancou k priamejšiemu uchopeniu problematiky, napríklad formou bojovného nastavenia voči nej („musím bojovať, musím to zvládnuť“). V psychoonkologickej literatúre sa tento postoj nazýva bojovným duchom (*fighting spirit*). Pred pár rokmi sa ešte tvrdilo, že **bojovný duch** ako špecifický postoj po diagnostikovaní rakoviny zlepšuje prežívanie pacientov. Novšie výskumy skôr ukazujú, že táto bojovnosť nemá signifikantný vplyv na prežívanie (ak, tak súčasne so zníženou úzkostnosťou), ale beznádej alebo zúfalstvo ho výrazne znižuje. Nie je to teda o tom, čo bojovný duch pacientovi s rakovinou dodáva, ale čo mu negatívne postoje berú (Grulke a Bailer, 2007). **Popretie** (diagnózy alebo jej dopadu) má viacero konceptov, od neefektívneho obranného mechanizmu až po adaptívny štýl ochraňujúci pred príliš silným negatívnym emočným zranením (Rabinowitz a Peirson, 2006). Objektívny vplyv popretia na prežívanie pacientov zostáva stále nejasný (Vos a De Haes, 2006) i v rámci terminologického a konceptuálneho zmatku, ktoré sa ho týkajú (Garssen, 2007).

Psychosociálne faktory

Hoci jestvuje mnoho štúdií skúmajúcich úlohu psychologických faktorov v onkogenéze, respektíve progresii rakovinových ochorení, priame vzťahy medzi určitými faktormi a rakovinou neboli doteraz spoľahlivo zistené (Garssen, 1999). Uvažuje sa nad ich psychoneuroendokrinným alebo psychoneuroimunologickým vplyvom (Garssen, 2004). Nie je však reč o neurčitom výsledku psychoterapeutických intervencií, tie sú naopak pre mnohých onkologických pacientov výrazným klinickým benefitom (Sheard a Maquire, 1999).

Z psychosociálnych faktorov býva v literatúre uvádzaný napríklad vplyv k stresu náchylných osobností, nevhodných

zvládajúcich stratégií alebo nižšej životnej úrovne (a sociálneho statusu). Ich možný vplyv na incidenciu rakoviny, či mortalitu a prežívanie opisuje Chida s kolegami v meta-analýze z roku 2008 (Chida a kol., 2008). Autori uzatvárajú, že zmienené psychosociálne faktory sú spojené s vyššou incidenciou rakoviny pľúc a horším prežívaním rakoviny prsníka, pľúc, hepatobiliárnych, hematologických a lymfatických nádorových ochorení. Vzhľadom na neisté výsledky daných vzťahov v predchádzajúcich výskumoch však upozorňujú na fakt, že by ich závery mali byť interpretované len veľmi obozretne.

Výskumy stresu na animálnych modeloch ukazujú, že stimuluje rozvoj tumorov vírusového pôvodu, zatiaľ čo inhibuje vznik a progresiu chemicky indukovanej rakoviny (Bernard, 2005). Práve odlišné individuálne pôsobenie v rámci rôznych subtypov rakovinového bujnenia a ich tkanivových lokalizácií môže problematizovať detekciu objektívnych vzťahov medzi psychosociálnymi faktormi a rakovinou. Netreba zabúdať ani na ťažkosti s definíciou jednotlivých skúmaných faktorov, v ktorej sa jednotlivé štúdie niekedy značne odlišujú a na ďalšie, hlavne metodologické chyby. Napríklad vzťah obranných mechanizmov a zvládajúcich stratégií je nahlíadaný rôzne (prehľad v Tschuschke, 2002), od názorov na zvládanie ako nadradený pojem pre obranný mechanizmus (Lazarus, 1982) až po poňatie zvládania ako podarenej, či zavŕšenej formy obrany (Vaillant, 1986). V prípade stresu už deväťdesiate roky ukázali, že má vo všeobecnosti omnoho väčší vplyv na kardiovaskulárne ochorenia, než na onkologické spektrum chorôb (Rozanski a kol., 1999).

Mnohé výsledky poukazujú na priaznivú pôsobnosť sociálnej podpory (Kroenke a kol., 2006) emocionálneho charakteru, najmä zo strany rodiny a najbližších, či lokálneho cirkevného spolku. V jednej štúdií (Kornblith a kol., 2001) bola u onkologických pacientov v paliatívnej starostlivosti nájdená súvislosť vyššieho výskytu depresie a úzkostných porúch s menším sociálnym zapojením a nižším využívaním náboženských služieb.

Z priehŕstia psychosociálnych faktorov je zrejme najdôveryhodnejšie preskúmaná úloha sociálneho statusu. Čím je tento status nižší, tým vyššia je incidencia rakoviny a horšie jej prežívanie (Gorey, 2006). Daný vzťah je iste ovplyvnený nedostatočným finančným zabezpečením jedincov, nevhodnou životosprávu, slabou osvetou, neskorým vyhľadaním lekára a nespoluprácou v režimovej a ambulatnej terapii. Pre úspešné zvládnutie onkologického ochorenia je práve pozitívne naplnenie týchto faktorov najpotrebnejšie.

O tom, či majú vo všeobecnosti psychologické faktory len mierny alebo dokonca žiadny vplyv, či o tom, že ich úloha je až doposiaľ skúmaná nevyhovujúcimi metódami, sa stále vedú spory. Dá sa len neurčito povedať, že ich (možné) pôsobenie je širšie v rámci progresie rakovinových ochorení, než v ich samotnej iniciácii. Zároveň sa zohľadňuje fakt, že i tieto faktory medzi sebou interagujú a majú špecifické miesto účinku v rámci rôznych typov rakoviny a ich rôznych štádií (Garssen, 2002).

Psychiatrická (ko)morbídita

Uzdravenie sa často vníma optikou počtu hospitalizácií, rehospitalizácií a frekvenciou ambulantných návštev. Po úspešnej terapii a prekonanej skúsenosti slabosti, či alopecie indukovanej onkologickou liečbou, potom, čo doktor uistí pacienta, že si môže konečne vydýchnuť, práve potom sa pacient akoby prvý raz znova nadychuje a to, čo lekár vníma ako koniec, on berie ako začiatok. Začiatok, ale nie bez bremien. Pýta sa, čo s ním bude ďalej, čo to vlastne všetko prežil, spomína na nemocničný personál a intenzívnu starostlivosť, ktorá je náhle preč, ako aj mohutná podpora od rodiny a pravidelný rytmus terapie. A toto môže byť pre pacienta, zvlášť z psychologicko-psychiatrického hľadiska nepríjemne vulnerabilnou periódou. Fisher to nazýva voľným pádom pacienta, ktorý náhle prechádza prázdnom, v ktorom presmeruje svoj život a v ktorom sa zároveň obáva relapsu alebo progresie ochorenia (Fisher, 2009). Pacientom by sa nemala vnucovať predstava, že sa vrátia do svojho pôvodného života, ale že zažili zmenu, po ktorej je treba životu vštepiť nový zmysel (Fisher, 2009). Možno i vzhľadom k uvedenému sú preživiší pacienti náchylní z vlastnej iniciatívy vyhľadávať skôr psychosociálnu pomoc a oporu, než odbornú ambulanciu onkológa.

Zážitok rakoviny môže pre človeka znamenať traumu ako substrát pre **postraumatickú stresovú poruchu** (PTSD) s jej všetkými potenciálnymi prejavmi. Hoci je táto skúsenosť napríklad u pacientok s rakovinou prsníka spojená s intenzívnou negatívnou emočnou reakciou, prevalencia PTSD sa u nich javí byť prekvapivo nízka (Palmer a kol., 2004). Napopak, vzťah k PTSD sa ukazuje ako signifikantný napríklad v hematológii (Black a White, 2005). Poukazuje to na fakt, že model traumy nemusí byť vždy najvhodnejším konceptom k porozumeniu zážitku rakoviny, no často sa na jeho popis používa. Traumaticky v istých prípadoch môže pôsobiť nielen diagnóza rakoviny, ale aj terapiou navodené nežiaduce účinky, či obdobie neistoty po kompenzácií stavu (Mehner a Koch, 2006). Rizikovejší sú pritom pacienti s PTSD v minulosti. Známkym symptómov postraumatickej stresovej poruchy (PTSS) majú dokonca v prípade detských onkologických pacientov vyššie a častejšie ich rodičia, pričom sú zrejme viac spojené s negatívami súvisiacimi s liečbou, než so samotným ochorením (Kazak a kol., 2004).

Kancerofóbia ako aktívne správanie vyplývajúce zo strachu pred rakovinou (Reichal a kol., 2009) môže zúžkosťovať aj človeka, ktorý už na rakovinu trpel, ale negatívne pocity voči nej sa mu „vymkli z rúk“. Jeho úzkosť mu zabraňuje prijať uistenia, že choroba je zatiaľ pod kontrolou, rovnako ako v prípade **hypochondrie**, ktorou môže trpieť aj onkologický pacient. Pochopiteľne, rakovina je spojená so značným kvantom úzkosti, vo veľkej časti aj špecificky zameranej (smrť, lúčenie so životom, na progresiu ochorenia atď.). Anxiu pritom tiež nemôžeme analyzovať „tuctovo“. Niektoré symptómy vzťahujúce sa k onkologickému ochoreniu sú totiž viac úzkosť provokujúce, než iné. Úzkosť sa prejavuje najmä potrebou opätovných uistení o svojom stave, tendenciou považovať každodenné telesné symptómy za indikatívne pre

ochorenie, myšlienkami preokupovanými svojim zdravotným stavom a fluktuujúcimi obavami o svoj život (Stark a House, 2000).

Z hľadiska prístupu k anxiety onkologických pacientov sa odporúča edukácia a informovanosť, ktorá má obrovský anxiolytický potenciál a aktívna exploračia pacientových obáv a pohľadov na svoj život a aktuálny stav. Psychofarmakologická liečba je v mnohých prípadoch nutná, bez psychosociálnej podpory a komunikatívneho prístupu však stráca na sile a mnohokrát aj na význame. Anxiu treba skôr chápať ako súbor jednotlivých úzkostí, ktoré v čase menia charakter i intenzitu. Ako celok je často nevykoreniteľná, ako symptóm zas psychologicky pochopiteľná. Cieľom nie je len jej zmiernenie, ale hlavne zmena pacientových prístupov. Osobitú pozornosť si tiež zasluhuje **depresívny syndróm**. Z biologického hľadiska sa v jeho patogeneze predpokladá dysregulácia hypothalamo-pituitárnej adrenálnej osi s poruchou diurnálnej sekrécie kortizolu a melatonínu. Spätne môže depresia negatívne ovplyvňovať imunitné procesy a tým aj zvládanie určitých somatických aspektov onkologického ochorenia. Preto niektorí autori (Spiegel a Giese-Davis, 2003) postulujú dvojsmerný vzťah medzi depresiou a rakovinou a vyvodzujú z neho špecifické terapeutické konsekvencie, obzvlášť psychosociálnu podporu, ktorej sme sa už dotkli vyššie. Neuroendokrinné deje pri chronickej depresii môžu mať podľa niektorých dát (Sood a kol., 2009) dokonca istý vplyv na rast tumorov a vývoj metastáz. Čo sa týka prevalence depresívnej poruchy u pacientov s rakovinou, môže byť do 38 %, depresívne syndrómy sa môžu objaviť až u 58 % pacientov (Massie, 2004). V početných výskumoch sa objavuje problém jasného vymedzenia depresie. Ich metaanalytické spracovanie je sťažené rôznorodými metodikami sledovania a heterogénnosťou skúmaných vzoriek. Depresia je spojená najčastejšie s orofaryngeálnym malígnym procesom, s rakovinou pankreasu, prsníka a pľúc, najmenšiu prevalenciu má u chorých s lymfómami, gynekologickými a kolorektálnymi nádormi (Massie, 2004). Depresívne symptómy nachádzame v širokom spektre nozologických jednotiek od dystýmie cez poruchy prispôbenia a úzkosťno-depresívne stavy až po depresívnu poruchu samotnú. Potrebné je náležite diferencovať depresívnu poruchu od reaktívneho (a psychofyziologického) smútenia, aby sa onkologický pacient navyše zbytočne nepsihiatrizoval a sprievodný jav neliečil ako chorobný. Práve na tejto úrovni je dobre vyvarovať sa spomenutým mýtom ohľadne pandepresivity chorých na rakovinu. V rámci špecifických typov rakoviny (karcinoid, neuroendokrinné tumory, leukémie, mozgové nádory), paraneoplastického syndrómu, somatického marazmu a komplikácií alebo ako nežiaduci účinok liečby (chemoterapia, kortikosteroidy, opioidy, interferóny) sa môžu vyskytnúť organické delíriá a klinicky pestré **psychotické stavy**, ktoré sú v literatúre spomínané najmä formou kazuistických príspevkov.

Suicídium

Pacienti s rakovinou majú vyššie **riziko suicídia** ako ostatná populácia, pričom toto riziko je najvyššie krátko po diagnos-

tikovani ochorenia (Hem a kol., 2004), rastie s jeho závažnosťou (Björkenstam a kol., 2005) a v čase od roku 1960 do roku 1999 má relatívne klesajúcu tendenciu. V suicídálnej motivácii má ústrednú rolu strata nezávislosti alebo strach z tejto straty, ako aj obavy individua, že sa stane bremenom pre ostatných (Filiberti a kol., 2001). Mnohokrát aj odborná verejnosť inak posudzuje samovraždu psychiatricky chorého človeka ako samovraždu človeka s chronickým telesným ochorením, ktorú má sklon ospravedlňovať a hájiť, odvolávajú sa na poslednú možnosť voľby ťažko stíhaného pacienta. Ako katarzia je v hrubom spoločenskom meradle vnímaná skôr smrť, ako sama liečba. Problematika eutanázie a asistovanej samovraždy s týmto fenoménom tesne susedí. Suicídiom v latentnej forme môže byť aj odmietnutie liečby (chemoterapie, chirurgického zákroku), v praktickej rovine má však význam detekcia pacienta rizikového k aktívnemu siahnutiu si na život. Rizikové faktory (tab. 2) sú mužské pohlavie, vek nad 65 rokov, premorbídna psychopatológia, psychiatrické ochorenie, ťažké bolesti, nedostatok rodinnej podpory a pocity samoty (Filiberti a Ripamonti, 2002). Suicídálne ideácie sú v niektorých prípadoch podvedomým volaním po kontakte, v iných formou zvládania stresujúcej situácie, prinášajúcou uvoľnenie a utešenie (Breitbart, 2003).

Tabuľka 2. Rizikové faktory suicídia u onkologických pacientov (upravené podľa Filibertiho a Ripamontiho, 2002).

<p>Psychiatrické faktory</p> <ul style="list-style-type: none"> Preexistujúca psychopatológia Depresia, beznádej Zmätenosť Predchádzajúce suicídálne pokusy Strata kontroly (agresivita, impulzivita) Psychotické fenomény (delírium, bludy, halucinácie)
<p>Psychologické faktory</p> <ul style="list-style-type: none"> Pozitívna rodinná anamnéza (samovrážd) Izolácia (slabé sociálne kontakty, sociálne stiahnutie sa) Strach, že sa človek stane bremenom Vek a pohlavie (starší vek, muži)
<p>Medicínske faktory</p> <ul style="list-style-type: none"> Ťažko zvládnuteľná bolesť Pokročilé štádium, zlá prognóza Obdobie krátko po diagnostikovaní Somatické príznaky Určité lokalizácie nádorov (urogenitálne, GIT, prsník, hlava a krk)

Psychodynamicky ide o snahu spracovať univerzálnu ľudskú emóciu – strach zo smrti a umierania, s myšlienkou ak-

tívnej kontroly a slobody nad ňou. S farmakoterapeutickou podporou sa musia takéto myšlienky priamo odkomunikovať, lebo na rozdiel od ďalšieho aktívneho mýtu exploratívne zameranie sa na suicídálne ideácie nezvyšuje úzkosť ani pohotovosť k suicídiu, ale naopak.

Záver

Hoci problémov psychiatricko-onkologického pomedzia je viac ako dosť, venuje sa im v našej spoločnosti neprimerane málo pozornosti. Nielen ich kvantita, ale predovšetkým ich háklivý charakter si vyžadujú špecifické a citlivé prístupy, ktoré by mali vychádzať z určitého odborne teoretického základu klinického pracovníka. Autor sa snaží prispieť aspoň jednoduchým zmapovaním chúlостivých oblastí diskutovaného psycho-onkologického spektra.

Literatúra

Bernard H.F.: The role of psychological factors in cancer incidence and prognosis, *Oncology*, 9, 1995, 3, s. 245-256.

Björkenstam Ch., Edberg A., Ayoubi S., Rosén M.: Are cancer patients at higher suicide risk than the general population? *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 2005, č. 3, s. 208-214.

Black E.K., White C.A.: Fear of recurrence, sense of coherence and posttraumatic stress disorder in haematological cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 14, 2005, č. 6, s. 510-515.

Bräutigam W.: Reakcie, neurózy, poruchy osobnosti, stručný náčrt duševných ochorení. Štúdiálny materiál PO. NsP Trenčín, 1993 (<http://vydavatelstvo-f.sk>).

Breitbart W.: Suicide risk and pain in cancer and AIDS patients. In: Current and emerging issues in cancer pain: research and practice. In: Chapman C.R., Foley K.M. (Eds.): New York: Raven Press, 1993, s. 49-65.

Byers T., Wolf H.J., Bauer K.R., Bolick-Aldrich S., Chen V.W., Finch J.L., Fulton J.P., Schymura M.J., Shen T., Van Heest S., Yin X.: The impact of socioeconomic status on survival after cancer in the United States. *Cancer*, 113, 2008, č. 3, s. 582-591.

Chida Y., Hamer M., Wardle J., Steptoe A.: Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nat. Clin. Pract. Oncol.*, 8, 2008, č. 5, s. 466-475.

Filiberti A., Ripamonti C.: Suicide and suicidal thoughts in cancer patients. *Tumori*, 2002, 88, s. 193-199.

Filiberti A., Ripamonti C., Totis A., Ventafridda V., De Conno F., Contiero P., Tamburini M.: Characteristics of Terminal Cancer Patients Who Committed Suicide During a Home Palliative Care Program. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22, 2001, č. 1, s. 544-553.

- Fisher R.E.:** A good life. The art of oncology. *J. Clin. Oncol.*, 2009, 27, s. 5298-5299.
- Garszen B.:** On the role of immunological factors as mediators between psychosocial factors and cancer progression. *Psychiatry Research*, 85, 1999, č. 1, s. 51-61.
- Garszen B.:** Psychological factors and cancer development: Evidence after 30 years of research. *Clinical Psychology Review*, 24, 2004, č. 3, s. 315-338.
- Garszen B.:** Psycho-oncology and cancer: linking psychosocial factors with cancer development. *Annals of Oncology*, 2002 (oxfordjournals.org).
- Garszen B.:** Repression: Finding Our Way in the Maze of Concepts. *J. Behav. Med.*, 30, 2007, č. 6, s. 471-481.
- Gorey K.:** Regarding "Associations Between Socioeconomic Status and Cancer Survival." *Annals of Epidemiology*, 16, 2006, č. 10, s. 789-791.
- Grulke N., Bailer H.:** Fighting spirit - a key to survival in cancer patients? *MMW Fortschr. Med.*, 149, 2007, Apr 19., č. 16, s. 35-36.
- Hawkins N.A., Smith T., Zhao L., Rodriguez J., Berkowitz Z., Stein K.D.:** Health-related behavior change after cancer: results of the American cancer society's studies of cancer survivors (SCS). *J. Cancer Surviv.*, 2010, 4(1), s. 20-32.
- Hem E., Loge J.H., Haldorsen T., Ekeberg O.:** Suicide Risk in Cancer Patients From 1960 to 1999. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 2004, č. 20 (Oct. 15), s. 4209-4216.
- Kazak A.E., Alderfer M., Rourke M.T., Simms S., Streisand R., Grossman J.R.:** Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Posttraumatic Stress Symptoms (PTSS) in Families of Adolescent Childhood Cancer Survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, 2004, 29(3), s. 211-219.
- Kornblith A.B., Herndon J.E., Zuckerman E., Viscoli C.M., Horwitz R.I., Cooper M.R., Harris L., Tkaczuk K.H., Perry M.C., Budman D., Norton L., Holland J.C.:** Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer*, 91, 2001, č. 2, s. 443-454.
- Kroenke C.H., Kubzansky L.D., Schernhammer E.S., Holmes M.D., Kawachi I.:** Social Networks, Social Support, and Survival After Breast Cancer Diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 24, 2006, č. 7, s. 1105-1111.
- Kübler-Ross E.:** On death and dying, A Tavistock/Routledge publication, 2005, Taylor&Francis e-Library.
- Massie M.J.:** Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCI Monographs*, 2004, č. 32, s. 57-71.
- Mehnert A., Koch U.:** Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psycho-Oncology*, 16, 2006, č. 3, s. 181-188.
- Mystakidou K., Parpa E., Tsilika E., Pathiaki M., Galanos A., Vlahos L.:** Traumatic distress and positive changes in advanced cancer patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 24, 2007, č. 4, s. 270-276.
- Palmer S.C., Kagee A., Coyne J.C., DeMichele A.:** Experience of trauma, distress, and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 2004, 66, s. 258-264.
- Rabinowitz T., Peirson R.:** "Nothing is Wrong, Doctor": Understanding and Managing Denial in Patients with Cancer. *Cancer Investigation*, 24, 2006, č. 1, s. 68-76.
- Reichl M., Gaudrona C., Penela N.:** When cancerophobia and denial lead to death. *Palliative and Supportive Care*, 2009, č. 7, s. 253-255.
- Rozanski A., Blumenthal J.A., Kaplan J.:** Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 1999, s. 2192-2217.
- Schlegel L.:** Základy hlbinej psychológie s osobitným zreteľom na neurózológiu a psychoterapiu. Diel 1. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005.
- Schwenk T.L.:** Cancer and depression. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 25, 1998, č. 2, s. 505-513.
- Sheard T., Maquire P.:** The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br. J. Cancer*, 80, 1999, č. 11, s. 1770-1780.
- Sood A.K., Lutgendorf S.K., Steven C.W.:** Neuroendocrine Regulation of Cancer Progression. I. Biological Mechanisms and Clinical Relevance in Psychoneuroimmunology (Fourth Edition), Elsevier Inc., 2007, s. 233-249.
- Spiegel D., Giese-Davis J.:** Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*, 54, 2003, č. 3, s. 269-282.
- Stark D.P., House A.:** Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 83, 2000, č. 10, s. 1261-1267.
- Tschuschke V.:** Psychoonkologie. Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny. Praha: Portál, 2004.
- Vos M.S., De Haes J.C.J.M.:** Denial in cancer patients, an explorative review. *Psycho-oncology*, 16, 2006, č. 1, s. 12-25.
- Watson M., Haviland J., Davidson J., Bliss J.:** Fighting spirit in patients with cancer. *The Lancet*, 355, 2000, č. 9206, s. 848.
- Worden J.W.:** Grief Counseling and Grief therapy. A handbook for the mental health practitioner. Fourth edition. New Yourk: Springer Publishing Company, 2009.

Do redakcie došlo 15.10.2010.