

Spektrum psychických reakcí na větu: „Máte maligní nemocnění,“ je pestřejší, než popsala Elisabeth Kübler-Rossová

¹PhDr. Mgr. Jeroným Klimeš, Ph.D., ²prof. MUDr. Zdeněk Adam, CSc.

¹Soukromá psychologická ambulance – PhDr. Mgr. Jeroným Klimeš, Ph.D. Dražická 2413/47 190 16 Praha 9 – Újezd nad Lesy

²Masarykova univerzita, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Brno, Interní hematologická a onkologická klinika

Souhrn

Elisabeth Kübler Rossová popsala jako první pět fází psychické reakce na sdělení nepříznivé informace. Toto schéma je stále citováno v četných učebnicích, i když pojmenovává jen ty nejvíce viditelné typy reakcí. V textu jsme se pěti fází přidržel, ale dali jsme jim obecnější pojmenování: 1. fáze – šoková reakce (popření), 2. fáze – nespefické obrany (agrese), 3. fáze specifické obrany (vyjednávání), 4. fáze – deprese (reaktivní deprese, poruchy přizpůsobení), 5. fáze – přijetí nové identity (smíření). Toto schéma je širší a popisuje reakce nemocných tak, jak probíhají v denním životě.

Klíčová slova

maligní onemocnění • psychické reakce

Summary

Jeroným Klimeš, Zdeněk Adam Spektrum psychických reakcí na větu: „Máte maligní nemocnění,“ je pestřejší, než popsala Elisabeth Kübler-Rossová

Elisabeth Kübler Rossová popsala jako první pět fází psychické reakce na sdělení nepříznivé informace. Toto schéma je stále citováno v četných učebnicích, i když pojmenovává jen ty nejvíce viditelné typy reakcí. V textu jsme se pěti fází přidržel, ale dali jsme jim obecnější pojmenování: 1. fáze – šoková reakce (popření), 2. fáze – nespefické obrany (agrese), 3. fáze specifické obrany (vyjednávání), 4. fáze – deprese (reaktivní deprese, poruchy přizpůsobení), 5. fáze – přijetí

nové identity (smíření). Toto schéma je širší a popisuje reakce nemocných tak, jak probíhají v denním životě.

Key words

maligní onemocnění • psychické reakce

I. ÚVOD

Oznámení diagnózy jakékoli smrtelné nemoci z hlediska psychologie vede ke změně identity pacienta. Tedy mění se identitní výrok: „Já jsem člověk, který má svůj život pevně v rukou.“ na větu: „Jsem nemocný, možná za pár měsíců zemřu.“

Identita člověka se může měnit pomalu, například u náboženských konverzí nebo člověku pomalu dojde, že je homosexuál. Existují ale rychlé, z vnějšku vnucené změny identity, kam spadá i oznámení nepříznivé diagnózy nebo úmrtí blízkého člověka (změna identity – jsem manželka / jsem vdova). Vnucená vnější změna identity se liší od pomalé, spontánní tím, že na začátku je přítomna šoková fáze. Člověk na ni reaguje tzv. poruchami přizpůsobení (F43), kterým se dříve říkalo reaktivní deprese, neboť depresivní reakce bývá jedna z nejčastějších.

Poruchy přizpůsobení obecně odeznívají do 3–6 měsíců, vzácně až do dvou let. Obzvláště rozvláčné bývají u lidí se sklony k sebeobviňování či k rozladám (dysthymii, F34.1, popř. F38).

Průběh reaktivní deprese se nedá silou vůle moc zkrátit, naopak volní úsilí ho spíš prodlužuje. Hlavním důvodem je obranná reakce daného člověka. Dočasně totiž přestávají fungovat indikátory běžných potřeb: člověku se nechce spát, tak

nespí; nemá chuť jíst, pít, tak nejí a dehydratuje; nemá potřebu vidět jiné lidi, tak trpí samotou. To vše reaktivní depresi citelně protahuje. Jak vidno je to právě stresová obranná reakce člověka, která v tomto případě jeho zdravotní stav ještě zhoršuje. Proto by je měl lékař, který vidí nadprůměrně silné projevy poruch přizpůsobení, zvláště diagnostikovat pomocnou diagnózou, aby se nezanebdala podpůrná léčba. Jedna z prvních, kdo se tomuto jevu začala věnovat, byla Elisabeth Kübler-Rossová, ale jak už to u těchto průkopnických prací bývá, popsala nejnápadnější reakci, popř. tu, která dělá lékařům největší problémy, fázi agresivity, jenže většina pacientů reaguje zpravidla odlišně. Její popis je tedy sice nejznámější^(1, 2, 3) ale je třeba mu rozumět v širších souvislostech. Kübler-Rossová si všimla tohoto fázového procesu, ke kterému jsme připsali obecnou charakteristiku:

1. šoková reakce (popření),
2. fáze nespefické obrany (agrese),
3. fáze specifické obrany (vyjednávání),
4. deprese (reaktivní deprese, poruchy přizpůsobení),
5. přijetí nové identity (smíření).

2 JEDNOTLIVÉ FÁZE REAKCE NA NEGATIVNÍ INFORMACI

2.1 AKUTNÍ ŠOKOVÁ REKACE, KAM PATŘÍ NAPŘÍKLAD POPŘENÍ

U vnucené změny identity bývá na začátku šok, takže fáze popření je jeden z mnoha příkladů toho, jak člověk v psychickém šoku jedná. Lidi v šoku můžeme obecně rozdělit na ty, kteří reagují aktiva-

cí. Jsou agitováni, pobíhají, až panikaří. Inhibiční typy tuhnou, vytřeštěně hledí. Někde mezi nimi existuje tzv. stav kognitivního přežití, kdy se vypnou city a člověk jedná jako robot. Někdy logicky, jindy nelogicky. Každopádně pro šok je typická disociace citů a rozumu a posttraumatická citová reakce. Ukažme si pár příkladů šoku na vysvětlení:

Chlapec na školní brigádě má podomácku vyrobenou výbušninu v kapse. Dojde k samovznícení, kdy je popáleno asi 40 % těla. On se zvedne a klidně odchází. Spolužáci se ho ptají: „Kam jdeš?“ „Jdu si to domů uhasit,“ zní suchá, klidná odpověď.

Muž řeže na cirkulárce dřevo, Tu najednou si uřízne prst. Klidně jej zvedne, jde do dílny, kde si ho přilepí vteřinovým lepidlem.

Hoří dům, žena vynáší děti, psy a cennosti. Přijedou hasiči. Teprve potom se zhroutí. To je právě příklad stavu kognitivního přežití a následné posttraumatické citové reakce.

V šoku obecně pozor na otázku: „Jste v pohodě?“ Odpověď bývá schematická: „Ano.“ Stejně tak je nebezpečí impulzivní sebevraždy či fugy – člověk třeba i tři dny bezcílně bloudí či jezdí celé hodiny autem a nepamatuje se ani kde byl a co se s ním dělo.

Je tedy zřejmé, že inhibiční popření, které popisuje Elizabeth Kübler-Rossová je opravdu jen jeden příklad z mnoha, které může lékař ve své praxi vidět.

2.2 FÁZE NESPECIFICKÉ OBRANY, KAM PATŘÍ NAPŘÍKLAD AGRESE

Druhá fáze je podle Elizabeth Kübler-Rossové agrese. Poté co odezní šok (3 hodiny až 3 dny), je člověk stále v situaci, kdy není schopen klidně uvažovat, proto reaguje nějakým automatickým způsobem, který je pro něj typický. Například alkoholik se opíjí, sportovec běhá, workoholik pracuje, spisovatel píše. Když víte, že určitý člověk ve stresu reaguje vyčítáním, je jasné, že po oznámení diagnózy začne obviňovat všechny kolem sebe, že mu způsobili chorobu. Když má obecně sklon obviňovat sebe, tak se najednou nenávidí a vyznává se z „hříchů“, kvůli kterým dostal tuto chorobu. Stejně tak můžeme pacienty rozdělit do dvou skupin podle toho, jestli ve stresu mají sklon se k sobě tultit, nebo naopak chtějí být sami, nechťejí, aby je kdokoli litoval („odcházím umřít do houští“). Někdo intenzivně studuje, jiný naopak strká hlavu do písku a nechce nic slyšet.

Toto vše jsou tzv. nespecifické obrany, které dotyčný používá vždy, když je v ne-

pohodě. Například obviňuje okolí, ať už rozlil mléko, ujel mu autobus, měl úraz na lyžích nebo dostal rakovinu. Rozdíl není v charakteru reakce, ale v intenzitě. Jinými slovy, každý pacient reaguje jinou nespecifickou obranou, ale pro daného pacienta je jeho reakce stabilní a předvídatelná. I zde je zjevné, že agrese podle Elizabeth Kübler-Rossové je typ reakce, který lékařům dělá největší problémy. Dotyční i ve sestry, obviňuje celý svět. Intrapunitivní typy, které za svou chorobu obviňují sebe, nejsou pro lékaře nápadní – tiše trpí.

Do této fáze též patří obranné reakce typu „dokud se souloží, ještě se neumřelo“. Hlavně muži mají sklon v této fázi používat Viagra, neboť si hypersexualitou dokazují, že mají svůj život pod svou kontrolou, a sexem se obecně celý život zklidňovali, ale kvůli chemoterapii, popř. i stresu mají poruchy erekce. Tento sklon bývá též specifický jen pro určité lidi, ale pak přetrvává po celou dobu léčby, pokud jsou ho samozřejmě dotyční vůbec schopni.

2.3 FÁZE VYJEDNÁVÁNÍ (SPECIFICKÉ OBRANY)

Za týden či dva se člověk už natolik zklidní, že je schopen zapojit rozum. Najednou začne hledat specifické způsoby, jak nad chorobou zvítězit. Začne hledat konexe, protekci u známých lékařů nebo usilovně studuje, zkouší samoléčbu, alternativní léčbu. Věřící pacienti vyjednávají s Bohem a mají sklon s ním uzavírat smlouvy, co udělají, když přežijí.

Fakt, že tito lidé nejsou v pohodě, do svědčuje úporná a netypicky silná motivace. Studiem nestráví půl hodiny denně, ale půl dne. Modlí se a postí se na hranici vyhladovění. Jídelníčku zdravé stravy věnují třetinu dne a podobně.

Pro tuto fázi je typické citové zklidnění, ale rozum přesto jede naplno. Lékař by těmto aktivitám obecně neměl bránit, protože jsou lidé, kteří mají potřebu „něco“ dělat, nemohou být v klidu, neboť je nečinnost deprimující. Varovat ale musí před excesy: hladovky, vysazení léčby, poutě. Od předchozích fází nespecifických obran jsou obrany v této fázi jakoby „šité na míru“ rakovině, například když člověku mu uletí letadlo, tak nejlépe kila mrkve, ani neslibuje Bohu pout do katedrály *Santiago de Compostela*. Proto tuto fázi Elizabeth Kübler-Rossová nazvala fází vyjednávání, ale hyperzdravý jídelníček se pod tento termín samozřejmě obtížně skrývá.

2.4 FÁZE DEPRESE (REAKTIVNÍ DEPRESE), PORUCHY PŘÍZPŮSOBENÍ

Samozřejmě záleží, jak se léčba vyvíjí. Když dobře, tak k fázi deprese vůbec nedojde. Podobně člověk může kolísat mezi druhou a třetí fází podle toho, jak se situace vyvíjí. Každopádně reaktivní deprese je reakcí na celkové vyčerpání a vědomí, ať dělám, co dělám, má nemoc je za hranicemi nejen mých, ale obecně lidských možností, zdá se, že smrt je nevyhnutná. V této fázi je třeba především okolí pacienta brzdit ve výčitkách. Často slyšíme větu: „Zemřel, protože svůj boj s chorobou předčasně vzdal.“ Zde je třeba připomenout zkušenost z komunistických lágrů. Existuje sofistikované mučení, které zlomí opravdu každého člověka. Nemoc a útrapy léčby představují podobné týrání, takže není divu, že dříve nebo později každého zlomí. Je jen otázkou, jak dlouho toto utrpení trvá. Řekněme to přibližně: Nikdo nevydrží běžet za ujíždějícím autobusem 42 km. Naštěstí zkušenost lékařů je taková, že psychické vzdání boje a výsledné vyléčení spolu souvisí jen volně. Existují stovky těch, kteří svůj boj vzdali, a přesto se nakonec vyléčili. To závisí spíše na skloněch k depresi a tzv. frustrační toleranci než na tom, že bychom měli svůj život ve svých rukách.

V depresi je třeba dbát na přiměřenou stravu, pití a spánek, co to jde, protože právě poruchy spánku a jídla jsou dominantním projevem deprese, kterou jen prohlubují a prodlužují. Problém je již řečený: Lidé musejí chodit do postele, i když se jim nechce, a jíst a pít podle tabulek, protože vůbec nepocítují hlad.

Z předchozích fází stále mohou přetrvávat mírnější poruchy vnímání, zejména derealizační a depersonalizační syndrom, hypervigilance a s ní i vymizení denního snění. Například když nám pacient popisuje, jak si díky chorobě všimá detailů, které dříve přehléžl, jak si najednou užívá každého momentu a prožívá konečně život naplno, tak to je právě zmíněná hypervigilance, zvýšená bdělost, což je příznak stresu, který vypíná denní snění, a člověk pak zesíleně vnímá realitu. Derealizace a depersonalizace charakterizují výroky: „To se mi jen zdá.“ „Mám pocit, jakoby se to dělo někomu jinému. Toto není moje tělo.“ Tedy symptomy, které schizofrenik zažívá prakticky každý den, tito lidé prožívají jako mystickou restrukturalizaci jejich mysli a vnitřní

prozření. Je otázka, jak je přínosné jev těchto fází vyvádět z omylu.

2.5 FÁZE SMÍŘENÍ (PŘIJETÍ NOVÉ IDENTITY)

Přijetí nové identity se projevuje vymizením úporné motivace předchozí fáze. Dotyčný působí na okolí vyrovnaně jako moudrý stařec. Ale obecně každá zátěžová situace štěpí populaci do dvou skupin – na ty, kteří reagují převážně adaptivně, kteří spíše zrají, a ty maladaptivní případy, které nemoc zmrzačí tělesně i duševně. Mezi patologické nové identity patří tzv. ustrnutí v roli pacienta, což je jistý analog lékařského Münchhausenova syndromu. Když člověk bojuje s rakovinou, tak se mu odpouští, že nemá práci, partnera, děti, že má dluhy, ani do vězení nemusí. Jakmile se uzdraví, tak tyto palčivé otázky na něho dopadnou a on je musí zase řešit. Snadno tedy zjistí, že je pro něj lepší být nemocný než zdravý.

Mezi trvalé psychické následky smrtelné choroby patří i reaktivní hypochondrie, tedy zvýšené úzkostné sebezpozorování, nebo zesílený strach z návštěvy lékaře podle toho, jestli je člověk typ hypochondrický nebo fobický. Podrobnější informace k tématu se lze dočíst v knize *Nemoc a naše psychika*, která vyšla 2013 a další⁽⁴⁻⁹⁾ anebo na adrese <http://nemocapsychika.klimes.us/> případně další informace na adrese <http://www.klimes.us>. Je zjevné, že Elizabeth Kübler-Rossová patří díky za to, že jako první popsala tyto

fáze, ale praxe od lékaře vyžaduje, aby těmto fázím rozuměl do větší hloubky a byl připraven na mnohem širší plejádu reakcí, než jaké uvádí klasický popis Elizabeth Kübler-Rossové.

3 POZNÁMKY KE KOMUNIKACI LÉKAŘE S PACIENTEM

Lékaře upozorňujeme na to, že musí počítat s vytěšňováním negativních informací v hlavách svých pacientů jako s psychickou obranou reakcí. První informace o přítomnosti maligní choroby a začátek léčby je vždy velkou psychickou zátěží. Informace o přítomnosti maligního onemocnění, které se bude nějak řešit, ale ještě není tou nejhorší informací. Nejhorší informace pro nemocného je, když zjistí, že již nemá naději, že mu není pomoci. Jakmile se pacient seznámí s léčbou a jejím harmonogramem, opustí svoji životní dráhu zdravého člověka a najede na dráhu člověka léčeného, tak se nemocný začne soustředit na harmonogram léčení. Pokud jej můžeme informovat v průběhu léčby o úspěchu, o důkazech účinnosti léčby, tak to nemocného stimuluje ke spolupráci a těší se z drobných úspěchů. Ale to, že je postihla maligní nemoc, zůstává v mysli mnoha nemocných do konce života a ovlivňuje je. Pouze část lidí umí po ukončení léčby žít, aniž by byli předchozí zkušeností poznamenáni.

Připodobnili bychom to k *dotyku smrti*, která nemocnému zašeptala: „Jednou si pro tebe přijdu,

zda dříve či později, to teď ještě nevím“. A tuto událost nemocný nemůže zapomenout a vrací se k ní ve svých myšlenkách. Osoby, které prošly léčbou maligního onemocnění, označuje anglická literatura jako „*cancer survivors*“ = *lidé přežívající rakovinu* a popisuje různé psychické alterace, které je provází v dalším životě.⁽⁴⁻¹⁰⁾

Prohlášení: autoři nemají v souvislosti s tématem práce žádný střet zájmů.

Literatura

1. Vorlíček J, Adam Z, Pospíšilová Y, et al. Paliativní medicína. Praha: Grada publishing, 2004.
2. Kübler-Ross E. Pain and suffering of the dying – a lecture. With love and honesty. *Krankenpfl Soins Infirm.* 1992;85(6):57–61.
3. Kübler-Ross E. On life before death. Interview by Lyndon Keene. *N Z Nurs J.* 1986;79(3):18–19.
4. Klimes J. Nemoc a naše psychika. Informační příručka pro pacienty. Pacientské sdružení Lymfom Help o.s. za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR. 2013.
5. Klimes J. Víra, naděje a tajemství uzdravení. Praha: Aperió (Praha). 2005;4(3):20–21.
6. Klimes J. Co je dobré vědět o maligním lymfomu. Informační brožura pro pacienty. Praha: Lymfoma Help o.s., 2012.
7. Kissane DW, Maj M, Sartorius N. Depression and Cancer. Oxford: Wiley Blackwell, 2011.
8. Blatný M, Jelínek M, Kepák T. Longitudinální trendy v emoční pohodě (well-being) adolescentů po léčbě onkologického onemocnění a jejich ovlivňující faktory. *Česká a slovenská psychiatrie.* 2016;112(2):70–75.
9. Látalová K, Praško J, Kamarádová D, et al. Posttraumatická stresová porucha. *Praktický lékař.* 2014;94(4):172–176.
10. Adam Z, Klimes J, Pour L, et al. Maligní onemocnění, psychika a stres. Praha: Grada Publishing, 2019.

e-mail: zdenek.adam@fnbrno.cz