

Psychické reakce nemocných na negativní informaci typu: „Máte maligní nemocnění“

Zdeněk Adam², Jeroným Klimeš¹, Zdeněk Boleloucký³

¹Soukromá psychologická ambulance, Praha

²Interní hematologická a onkologická klinika LF MU a FN Brno

³Oddělení psychiatrie a psychoterapie Svitavské nemocnice

Sdělení silně negativní informace typu „máte rakovinu“ vyvolá v každém jedinci bouřlivou reakci, která má určité fáze. Jako první tuto reakci na nádorové onemocnění popsala Elizabeth Kübler-Rossová. Její popis však vystihoval ty nejvíce zřetelné reakce, zatímco méně nápadné reakce nemocného se v tomto původním popisu nevyskytují. Cílem textu je seznámit čtenáře s kompletním spektrem všech možných reakcí nemocného na citované sdělení, tak jak se s nimi v reálném životě setkáváme.

Klíčová slova: rakovina, reakce na negativní informaci.

Psychical reaction of patients to the negative information on cancer diagnosis

Strong negative message of the type „You have been diagnosed with cancer“ produces blustering reaction with specific phases in any individual. Elizabeth Kübler-Ross was the first who described this reaction to cancer findings. However, her description hit the most distinctive marks only, while less noticeable signs did not occur in the original specification. The goal of this text is to familiarize a reader with complex spectrum of all possible patient reactions to the announcement of cancer as met in real life.

Key words: cancer, psychical reaction to malignant disease.

Úvod

Před mnoha lety popsala Elizabeth Kübler-Rossová schematicky, jak ve vyvíjí psychika nemocného a jeho reakce na sdělení negativní informace typu: „Máte rakovinu“. Uvědomovali jsme si, že tuto informaci jsme v naší profesi hematologie a onkologie byli nuceni říkat poměrně často, ale že reakce nemocných se vždy neshodovaly s tím, co poprvé popsala Elizabeth Kübler-Rossová. A proto se nyní k tomuto tématu vracíme společně s psychologem a psychiatrem, abychom popsali tyto reakce v celé šíři, jak je reálný život přináší.

Informace o závažné nemoci vede k akutní změně identity člověka

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, např. 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 ně 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 2 let. Obzvláště rozvláčné bývají u lidí se sklony k sebeobviňování či k rozladám (dystymiím, F34.1, popř. F38).

Průběh reaktivní deprese se nedá silou vůle moc zkrátit, naopak volní úsilí ji 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 lékař, který vidí nadprůměrně silné projevy poruch přizpůsobení, by je měl zvláště diagnostikovat pomocnou diagnózou,

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

prof. MUDr. Zdeněk Adam, CSc., Adam.Zdenek@fnbrno.cz

Interní hematologická a onkologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice, Jihlavská 20, 624 00 Brno

Cit. zkr. Vnitř Lék 2020; 66(3): 182–185

Článek přijat redakcí: 10. 12. 2018

Článek přijat k publikaci: 18. 2. 2019

aby se nezanedbala podpůrná léčba. Psycholog Jeroným Klimeš ze své praxe uvádí tento e-mail pacientky:

Jsem teď v mezicyklu, tak ok. Ale ten poslední byl teda náročný psychicky. Asi jak se mi zastavilo menses a vlastně nevím, co mi dělají ty hormony, tak jsem měla pocit, že mám tak týden PMS (premenstruační syndrom). Brečela jsem furt jak želva a ten jeden den mi to nešlo vůbec zastavit (to jsem zrovna kapala). Až když to došlo tak asi po 4 dnech, tak jsem se trochu stabilizovala. Fuj, doufám, že už se mi to nebude opakovat.

Jakmile lékař slyší takové vyprávění pacientky s výraznými depresivními či úzkostnými projevy, okamžitě by ji měl nasměrovat na psychiatra, neb toto je doprovodná depresivní reakce, která by u chemoterapie neměla být. V tomto případě se navíc zdá, že by spouštěčem nebyla stresová reakce, takže bude třeba pečlivější diagnostika.

Jedna z prvních, kdo se tomuto jevu začala věnovat, byla Elizabeth Kübler-Rossová, ale jak už to u těchto průkopnických prací bývá, popsala nejnapadnější reakci, popřípadě tu, která dělá lékařům největší problémy, fází agresivity. Jenže většina pacientů reaguje zpravidla odlišně. Její popis je tedy sice neznámější (1, 2), ale je třeba mu rozumět v širších souvislostech. Kübler-Rossová si všimla tohoto fázového procesu (k fázím jsme připsali obecnou charakteristiku):

- popření (šok, akutní stres)
- agrese (nespecifické obrany)
- vyjednávání (specifické obrany)
- deprese (reaktivní deprese, poruchy přizpůsobení)
- smíření (přijetí nové identity)

Popření (šok, akutní stres)

U nucené změny identity bývá na začátku šok, takže fáze popření je jen jeden z mnoha příkladů, jak člověk v psychickém šoku jedná. Lidi v šoku můžeme obecně rozdělit jednak na ty, kteří reagují aktivací. Jsou agitovaní, pobíhají, až panikaří. Inhibiční typy naopak tuhnou, vytřeštěně hledí („ztuhly mu nohy“). Někde mezi nimi existuje tzv. stav kognitivního přežití (14), 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 schématická: „Ano.“ Stejně tak je nebezpečí impulzivní sebevraždy či fugy – člověk třeba i 3 dny bezcílně bloudí či jezdí celé hodiny autem a nepamatuje se ani, kde byl a co se s ním dělo.

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

Agrese (nespecifické obrany)

Druhá fáze je podle Elizabeth Kübler-Rossová agrese. Poté, co odezní šok (3 hodiny až 3 dny), člověk je stále v situaci, kdy není schopen klidně uvažovat, proto reaguje nějakým automatickým způsobem, který je pro něj typický. Např. 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 najednou se nenávidí a vyznává se z „hříchu“, kvůli kterým dostal tuto chorobu. Stejně tak můžeme pacienty rozdělit do 2 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 nepohodě. Např. obviňuje okolí, ať 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-Rossová je typ reakce, která lékařům dělá největší problémy. Dotyčný řve na sestry, obviňuje celý svět. Intrapunitivní typy, kteří 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 hypersexualitou si dokazují, že mají svůj život pod svou kontrolou a sexem se obecně celý život zklidňovali, ale díky 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.

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, dosvědčuje 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 už 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 klidový stav je 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, např. když mu uletí letadlo, tak nejlépe kila mrkve, ani neslibuje Bohu pouť do katedrály Santiago de Compostela. Proto tuto fází Elizabeth Kübler-Rossová nazvala fází vyjednávání, ale samozřejmě hyperzdravý jídelníček se pod tento termín obtížně skrývá.

Deprese (reaktivní deprese, poruchy přizpůsobení)

Samozřejmě záleží, jak se léčba vyvíjí. Když dobře, tak k fázi deprese vůbec nedojde. Podobně člověk může kolísat mezi 2. a 3. fází podle toho, jak se situace vyvíjí. Každopádně reaktivní deprese je reakcí na celkové vyčerpání a vědomí, že 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 slycháme 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 příměrem: 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 sklonech 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 spát, co to jde, protože právě poruchy spánku a jídla jsou dominantním projevem deprese, kterou jen prohlubují a prodlužují. Problém je již řečené: 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. Např. když nám pacient popisuje, jak díky chorobě si všímá detailů, které dříve přehlížel, 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, jako by 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 v těchto fázích pro ně přínosné vyvádět je z omylu.

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 2 skupin – na ty, kteří reagují převážně adaptivně, kteří spíše zrají, a ty maladaptivní případy, které nemoc zmrzačí tělesně i duševně. Čím nemoc více traumatizuje, tím větší je počet případů, kde nemoc má na psychiku devastující dopad. (Opět se zde nabízí srovnání s lidmi z koncentračních táborů.)

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 v roce 2013 (3) a v dalších materiálech (4–6) anebo na adrese <http://nemocapsychika.klimes.us>. Případně jsou dostupné 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 jaký byl klasický popis Elizabeth Kübler-Rossové.

Pozor na vytěšňování negativních informací v mysli nemocných

Lékaře upozorňujeme na to, že musí počítat s vytěšňováním negativních informací v hlavách svých pacientů jako s psychickou obrannou reakcí. Jednomu kolegovi lékaři sestřička ráno řekla, že má sedimentaci FW 80.120, že by měl mít vyšetření. Do konce pracovní doby na to zapomněl (vytěšnil tuto ohrožující informaci) a až po půl roce, kdy nádorová nemoc vyšla najevo, mu tato sestřička připomněla, že nereagoval na informaci o vysoké sedimentaci, že první zprávu o změně zdravotního stavu dostal už před půl rokem.

Nejtěžší je zvládnout první šokovou reakci, ale ani pak to není lehké

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 nemocného můžeme informovat v průběhu léčby o důkazech účinnosti léčby, o úspěchu léčby, tak to nemocného stimuluje ke spolupráci. Nemocný i lékaři se radují z úspěchů terapie. 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 ti teď ještě nepovím.“ A tuto událost nemocný nemůže zapomenout a vrací se k ní ve svých myšlenkách, a jak popisuje další odstavec, je chronickou zátěží, která vyvolává různý stupeň depresivity. 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 (7–13). Psycholog uvádí, že myšlení těchto lidí se podobá myšlení obětí trestného činu – ztratili pocit vnitřní bezpečnosti.

Závěr

Výše uvedený vývoj je u každého člověka individuální, v závislosti na nemoci a jejím vývoji i v závislosti na nezdolnosti jedince. U mnoha lidí seznámení s maligní diagnózou indukuje četné psychické poruchy. Jejich popisu se budeme věnovat v článku nazvaném: „Přehled psychických problémů, které mohou vzniknout při anebo po diagnóze a léčbě maligní choroby“.

LITERATURA

1. Kübler-Ross E. Pain and suffering of the dying - a lecture. With love and honesty. *Krankenpf Soins Infirm* 1992; 85: 57–61.
2. Kübler-Ross E. On life before death. Interview by Lyndon Keene. *N Z Nurs J* 1986; 79: 18–19.
3. Klimeš J. Nemoc a naše psychika. Informační příručka pro pacienty. on-line: <http://nemocapsychika.klimes.us> Pacientské sdružení Lymfom Help, o. s. za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR 2013, 41 s.
4. Klimeš J. Víra, naděje a tajemství uzdravení. *Aperio (Praha)* 2005; 4: 20–21.
5. Klimeš J. Co je dobré vědět o maligním lymfomu. Informační brožura pro pacienty. Praha: Lymfoma Help, o. s. 2012, 92 s.
6. Yi JC, Syrjala KL. Anxiety and Depression in Cancer Survivors. *Med Clin North Am* 2017; 101: 1099-1113.
7. Hynčik D, Průša I. Deprese a bolest u onkologicky nemocných. *Medical Tribune* 2006; 2: 14–45.
8. Hynčik D, Průša I. Depresivní a bolestivé stavy u onkologicky nemocných a jejich léčba. *Čas Lék Česk* 2002; 141: 85–88.
9. Honzák R. Deprese u onkologických pacientů. *Psychiatrie pro praxi* 2012; 13: 35–37.
10. Reich M. Deprese a nádorová onemocnění. Nové údaje o klinických otázkách, výzkumných problémech a léčebných přístupech. *Current opinion in Oncology* 2008; 2: 73–79.
11. Češková E. Deprese u kardiálních, neurologických a onkologických onemocnění. *Čas Lék Česk* 2005; 144: 252–257.
12. Boleloucký Z, Tondlová H, Stehlík J, et al. Některé poznámky k psychosociálním aspektům onkologicky nemocných. *Čas Lék Česk* 1984; 123: 865–867.
13. Slováčková B, Slováček K. Psychiatrické komplikace protinádorové léčby. In: *Budoucnost péče o duševně nemocné v souvislostech*. *Tribun EU* 2017; 341–341.
14. Everstine DS, Everstine L. *The trauma response: Treatment for emotional injury*. New York: Norton. 1993.