

Psychoonkologie v teorii a praxi

Zuzana Spurná

FN u sv.Anny v Brně, FSS MÚ Brno, PÚ ČAV Brno

Psychoonkologie

Psychoonkologie se jako samostatná disciplína etabluje asi 15 let. V Čechách vznikla samostatná pracovní skupina v roce 1996.

Je to obor, který vznikl jednoznačně pod tlakem klinické praxe, nikoliv aplikací teoretického modelu v praxi.

Prolongace života

Díky rozvoji medicíny, oborů jako je chirurgie, diagnostika, interní lékařství, farmakologie, radioterapie a radiologie došlo k výrazné prolongaci života nemocných a ta přinesla s sebou psychologické, existenční a sociální problémy, které zaskočily jak zdravotnický personál, tak i rodiny nemocných.

Co znamená slovo “**RAKOVINA**”

Prvním, kdo použil termín “karkinóma” byl řecký lékař **Hippokrates** (460-377 př.Kr.). Inspiroval se pravděpodobně obrazem pokročilého nádoru (karcinomu) prsu, který na první pohled připomíná kraba.

V Hippokratově pojetí to byl velmi široký klinický pojem označující zhoubnost obecně.

Nádorové onemocnění – vhodný termín.

**Aktuální psychologické
aspekty vyrovnávání se s
onkologickým onemocněním**

Sdělení onkologické diagnózy

- Informovat všechny nemocné, ale diferencovaně co do obsahu i způsobu podání informace

Nešokovat → nepoškozovat imunitní systém víc, než už je poškozen

- Plné znění dg. sdělujeme vždy po přímém dotazu pacienta, nikdy ne spontánně
- Vždy se zdůrazňuje léčitelnost onemocnění
- Pacientovi Musí být seznámen s terapeutickými postupy před aplikací
- Informace získává nejdřív pacient, potom rodina
- Informace o nemoci a a terapii je nutné podávat opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor
- Zásadně nejsou pacientovi sdělovány konkrétní časové údaje o předpokládané délce jeho života
- Pacientovi nikdy není brána naděje

Sdělení, potvrzení diagnózy



Neúměrné nároky na duševní kapacitu



Narušení duševní rovnováhy



Selhání adaptačních mechanismů



Rozvoj psychofyziologické reakce

Trauma

- **Náhlost ohrožení existence**
- **Neočekávanost**
- **Intenzita**
- **Rozsah**

Nepřipravený jedinec je situaci zcela vydán

**Ocitá se ve stavu bezmocné úzkosti a intenzivního stresu
Bez možnosti obrany či útěku**

**Autoprotektivní reakce - nehybnost - reflex smrti – freezing
Roztříštění vnímaného – neschopnost si uvědomit dosah
traumatu = psychická obrana před naprostým zoufalstvím**

Reakce na závažný stres **F 43**

Akutní reakce na stres **F 43.0**

Posttraumatická stresová porucha **F 43.1**

Poruchy přizpůsobení **F 43.2**

**Syndrom
úzkosti**

**Syndrom
deprese**



Afektivní poruchy

ÚZKOST  **STRACH**

Podstata úzkosti

Strach z ohrožení naší psychické i fyzické existence

Zaujímá centrální postavení v psychice člověka

Hlavní psychická reakce na nemoc

Propojuje duševní a tělesné prožívání

Zpracování úzkosti

Nepatologický
model

Difúzní úzkost

Strach

Vědomá úroveň

Adaptace

Patologický - Neurotický
model

Difúzní úzkost



Vytěsnění

Přesun

Difúzní úzkost

Fobie

Truchlení, akutní žal, syndrom deprese

Bolestná, hluboká, závažná

ZTRÁTA



Akutní žal, truchlení
nepatologická reakce



Vyrovnání
Adaptace



Prohloubení
Deprese
patologická reakce

Truchlení, akutní žal

Přirozená reakce na ztrátu hodnot

Nepostihuje sebevědomí

Nejsou přítomny sebevražedné tendence

Nejsou přítomny autoagresivní rysy chování

Psychosomatické symptomy

poruchy spánku

subdepresivní ladění

podráždění

nechutenství

rychlý váhový úbytek

Syndrom deprese

Nepřirozená, patologická reakce

Postihuje sebevědomí

Jsou přítomny autoagresivní rysy chování:

sebeobviňování

sebevražedné tendence

odmítání potravy

Psychosomatické symptomy:

depresivní ladění

poruchy spánku

nechutenství

ztráta pocitu hladu

rychlý váhový úbytek

Psychologické fáze prožívání nádorového onemocnění

1. Období šoku – mobilizace obranných mechanismů - popření, vytěsnění
2. Období agrese – pocity hněvu zaměřené do okolí
3. Období smlouvání – iracionální a magické myšlení
4. Období deprese – smutek nad ztrátou hodnot
5. Období smíření – akceptace nemoci

Pozor: **Život s vědomím možné recidivy \Rightarrow před pravidelnými kontrolami zesílení symptomů.**

Psychopatologické projevy onkologicky nemocného

Poruchy adaptace spojené s úzkostí

Akutní žal a truchlení

Depresivní symptomy

Záchvaty paniky

Masivní pocity viny

Zesílení osobních dispozic - především
psychologických obranných mechanismů,
úzkostlivosti, senzitivity, hostility

Základní prvky ohrožující emoční rovnováhu onkologického pacienta

- Strach o život
- Strach z opuštěnosti, izolace, ztráta intimity
- Strach z poškození těla - mutilace, smutek nad ztrátou orgánu
- Pocit zranitelnosti - ztráta pocitu kontroly a ovládání vlastního života
- Strach z neovladatelné a opakované bolesti
- Strach z vleklého a nedůstojného umírání

Obecné faktory, které ovlivňují reakci nemocného

- Somatické obtíže
- Délka a náročnost léčby
- Chronicita onemocnění
- Anticipační reakce týkající se prognózy
- Sociální mikroklima
- Terapeutický vztah s ošetřujícím lékařem

Psychické poruchy a symptomy lze ovlivnit psychologickou či psychiatrickou intervencí

- ❖ psychoterapií
- ❖ psychofarmakoterapií

Dva základní cíle psychologické péče:

- ❖ **Zlepšení kvality života nemocného**
- ❖ **Zlepšení kvality péče o nemocné a jejich rodiny ve všech fázích onkologického onemocnění**

Úkol psychologa v praxi

- posoudit a zhodnotit současný psychický stav nemocného z hlediska jeho osoby a psychopatologie
- navrhnout typ intervence - širší kontext - psychiatrická, psychologická, sociální
- zvolit vhodný typ psychologické intervence - s ohledem na přirozenost pacienta (osobnost)

Úkol psychologa v praxi

- Pomoci lékaři zvládnout komunikační a vztahové problémy s daným pacientem a jeho rodinou
- podílet se na výzkumu
- podílet se na prevenci

- Samozřejmě, že ne všichni nemocní se zhoubným nádorovým onemocněním potřebují psychologickou intervenci - pro zajímavost - dle rozsáhlých amerických i evropských studií je psychiatrická morbidita u onkologicky nemocných vysoká - 47 až 50%.

Typy psychologické intervence

1. V iniciálním stádiu onemocnění
2. V průběhu onkologické léčby
3. Po ukončení onkologické léčby

1. V iniciálním stádiu onemocnění

- **Po sdělení diagnózy**
- Nemocný se stává pacientem
- Mění se jeho sociální status i role
- Poznamenání rodinné konstelace
- Existenční i existencionální nejistota
- Neschopnost se zorientovat v nové situaci
- Nástup psychologických obranných mechanismů

Psycholog se snaží u pacienta

Zamezit rozvoji:

- Zahlcení
 - Panice
 - Vnitřnímu chaosu
 - Vyčerpání
 - Neadaptivním projevům chování
-
- Naslouchat, informovat
 - Jasně a srozumitelně
 - Informace stále opakovat

2. V průběhu léčby

- Seznámení se terapeutickým plánem - chirurgie, chemoterapie, radioterapie.
- Seznámení se s jistými a trvalými, nebo pouze přechodnými důsledky terapie:
amputace, paréza, stomie, nauzea, zvracení, únava, ztráta vlasů, febrílie.
- Pacient prožívá ztrátu dřívějších tělesných i duševních schopností na omezenou dobu nebo navždy.

Psycholog se snaží u pacienta:

- **Zamezit:**
- Dlouhodobému nebo hlubokému depresivnímu ladění
- Pocitům beznaděje a bezmoci
- Úzkostem
- Strachu z bolesti a ze smrti
- Negativismu
- Rezignaci
- Projevům autoagrese
- **Diferencovat a zachytit typy psychických obran**

Zde se uplatňuje především

- ✓ **Podpůrná psychoterapeutická intervence.**
- ✓ **Skupinová komunikace s ostatními pacienty a psychologem.**
- ✓ **Krizová psychologická intervence.**
- ✓ **Počátek systematické psychoterapie.**

Po ukončení onkologické léčby

- **Adaptace na dlouhodobě nebo doživotně změněnou životní situaci:**
- Tělesný nebo duševní handicap a z toho plynoucí i déleodobou nebo stálou změnu sociální.
- Změněné pojmání budoucnosti.
- Změnu životního plánu.
- V této fázi psychoonkologické léčby se nejvíce uplatňuje **systematická psychoterapie**.

Podpůrná terapie

- Není zvláštní metoda
- Lze v rámci všech terapeutických směrů
- Podepření a nesení pacientova „Já“
- **Holding function** = terapeut: držet, nést, podpírat, povzbuzovat, být mu k dispozici
- Pacient musí vědět, že s ním terapeut soucítí, že „ví“, co je to za bolest, strach, úzkost, smutek
- Důležitost pocitu, že je pochopen

Společné znaky psychoterapie

1. Terapeutický vztah

Důvěra pacienta v terapeutovu kompetenci a profesionální etiku.

Terapeutovo pochopení a přijetí pacienta s vírou v jeho další pozitivní vývoj.

Tento vztah znamená mnoho pro izolovaného, často velmi odvrženého pacienta se značnými pocity nejistoty.

Společné znaky psychoterapie

2. Prostředí - chráněný prostor

Pocit bezpečí, úkrytu, není společensky ohrožen.

3. Výklady, které zahrnují ucelené pojetí nemoci a jeho života

Poskytují tak pacientovi základní rámec pochopení jeho nemoci, potíží a problémů.

KAUZÁLNÍ POJETÍ

Ovlivnit průběh nádorového onemocnění psychickými prostředky.

Stres zvyšuje sekreci ACTH a následkem stoupá i hladina glukokortikoidů, dochází k negativnímu ovlivnění imunitního systému.

Mozková kůra se může podílet na neurovegetativní symptomatologii, protože hypotalamická centra jsou pod přímou kontrolou frontálního neokortexu.

Korelace není zcela vědecky doložitelná.

Podpora růstu osobnosti

Pomoci nemocnému využít doby, která mu ještě zbývá, k uskutečnění sebe sama, k růstu svojí osobnosti.

EFEKTIVNOST - naplnění, seberozšíření

TVOŘIVOST- vytvoření vlastních hodnot, odklon od konvenčních postojů, očekáváníí

VNITŘNÍ HARMONIE – sladit očekáváníí a možnosti, které má

Symptomatické pojetí psychoterapie

Zlepšit kvalitu života

Vyrovnání se s faktem choroby

Spadají sem **všechny symptomy**

náležící diagnosticky do **úzkostných a**

depresivních syndromů.

Úzce spojena se **somatickou léčbou** ve snaze

o tlumení bolesti a zvládnání vedlejších účinků

protinádorové léčby.

Psychoterapie

Jsou-li terapeutické techniky úspěšné, způsobují úlevu od nepříjemných pocitů, dodávají nemocnému naději.

Začlenění se do rodinného a
sexuálního života u žen s ca prsu

Rodina

- **Uzavřený systém**
- **Ohrožení jednotlivce – ohrožení celé rodiny**

Existenciální krize jednotlivce, ohrožení života vlastní existence – existenciální krize celé rodiny

**Krize – každá krize a její zvládnání znamená rozkrytí vztahů a dává šanci dalšímu vývoji celého systému
(manžel, rodiče, děti, sourozenci, blízcí přátelé)**

Stabilizace rodiny po krizi

- Pacientka zhodnotí svoje možnosti a schopnosti - zapojení se do různých aktivit v rámci rodiny.
- Jasná komunikace mezi členy rodiny. Co jsem schopen nabídnout a co očekávám od ostatních.
- Dobrý sebeobraz – nejsem neschopná, naopak jsem schopná dobře odhadnout svoje možnosti a síly a požádat o pomoc, přenést kompetence, sama si o tom rozhodnout tzv. zavčas.
- Výčitky svědomí – není schopna zvládnout všechno to, co před začátkem nemoci. Obraz někoho, kdo se stává méně hodnotným.

Změna hodnot

Hodnocení z hlediska prospěšnosti

podat výkon X být živá

být k dispozici

být dosažitelná

Hodnocení z hlediska úspěšnosti

být dobrá ve všech rolích X překonala, prožila
a přežila svoji nemoc.

Přijetí fyzické změny sebeobrazu

- ✓ Všechny změny během onemocnění jsou náhlé – ztráta vlasů, fyzických sil, hybnosti, kastrace – hormonální změny, mutilace těla – ablace, parciální resekce prsu.
- ✓ Přirozené změny během života jsou pozvolné.

Sexuální život

- Strach z pohledu sama na sebe - zrcadlo
- Strach z pohledu u ostatních – všichni poznají, že ...
- Strach z doteku sebe sama
- Strach z doteku u partnera

Proč?

- Nemoc útočí na velmi osobní a intimní část osobnosti ženy.
- Prsa – symbol ženské atraktivity, sexuální přitažlivosti, podléhají módním trendům.
- Narcistní společnost – vytváří tlak na jedince, aby se toužil stát dokonalým.
Váží si a oceňuje ty dokonalé.
Vyvolává stud u těch, kteří takoví nejsou.
- Mamma – máma – mateřská role ženy

Paradoxně si málo uvědomujeme, kolik nám toho zbylo.

Soustředíme se pouze na určité ztráty, které nastaly a ty potom sílí na významu tím víc, čím větší důležitost jim přisuzujeme.

Náhlé změny potřebují dostatek času, trpělivosti u obou partnerů.

Adaptace je různě dlouhý proces.

Někdy je žena přijata pozitivně u svého partnera a okolí dříve, než je schopna přijmout sama sebe.

Sexuální a rodinný život

Komunikace

Projekce – promítání svých vlastních obav a katastrofických scénářů do ostatních.

Hodnověrně zmapovat realitu.

Být schopná mluvit o tom, co si myslím a co cítím já a stejně tak se to dozvídat i od těch ostatních.

Rodinný a sexuální život

- ✓ **Handicap – kompenzace handicapu**
- ✓ **Redukcionismus – žena zraněná na místě, které symbolizuje sex a mateřství už není tak hodnotná.**
- ✓ **Je třeba si uvědomit i další součásti ženy, které zůstávají k dispozici a je jen na nás co s nimi uděláme. Necháme je také zranit a znehodnotit, nebo jich využijeme jako zdrojů, ze kterých lze čerpat.**

Rodinný a sexuální život

- ✓ Rozvinutí sexuálního vztahu a života v rodině do jiných nových dimenzí.
- ✓ Neklade se důraz na výkon a atraktivitu, ale na intimní schopnost komunikace, něhu, vztah, podporu, porozumění, přijetí.
- ✓ Rozvinutí veškerého potenciálu a využití veškerých zdrojů, které jsou v nové životní situaci k dispozici.

Základní teze holistického přístupu

- Léčí se celý člověk, nikoli pouze nemoc.
- Pacient se začíná léčit tehdy, když za sebe převezme zodpovědnost.
- Základní otázkou je, co způsobilo, že imunitní systém přestal plnit svoji funkci.
- Psycholog a lékař nemocného podporuje a vede ke změně v rámci jeho přirozenosti.
- Léčba a rekonvalescence se musí uskutečnit TLC - tender loving care.

Psychosociální podmíněnost vzniku nádorových onemocnění

Nepotvrzeno

Deprese

1. Vzhledem k osobnostním charakteristikám nádorové osobnosti ani nelze očekávat potvrzení – **popření depresí**.
2. Neschopnost sebereflexe vlastních pocitů a emocí, snaha o konformitu.

Stres

1. Není důležité **kolik stresových událostí bylo**, ale jak tyto události byly aktéry ohodnoceny a jak na ně ve skutečnosti reagovali, jak je prožívali. **Nebylo jich víc, ale prožívaly je jinak.**
2. Jestli jsou schopni tyto události nějak pravdivě reflektovat – vytěsnění, potlačení, bagatelizování – obranné mechanismy.
3. Retrospektivní studie - zkreslení pod vlivem aktuálního emocionálního ladění.

Potvrzeno

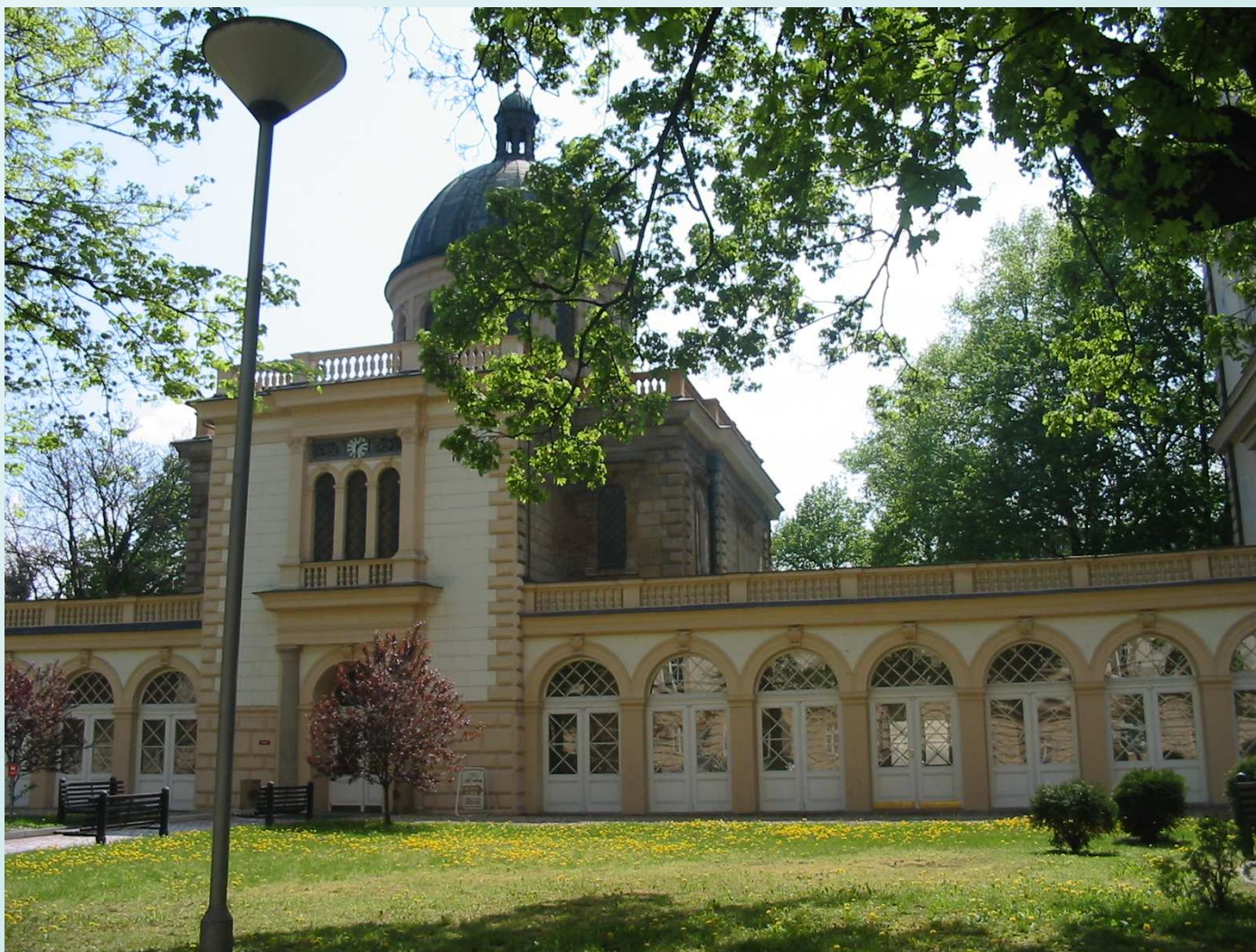
- **„Nádorová osobnost“** – ustálené způsoby reagování, prožívání a chování, které se časem vyvinuly v určité typické osobnostní vlastnosti. **Potlačování zlosti, potlačování emocí, konformita, pasivita, pokora, podřízenost, popření a potlačení deprese, závislost na objektu.**
- **Truchlení** – zvyšuje **obecné riziko** onemocnění a úmrtnosti.
- **Bojové nastavení** – **opačné vlastnosti** vzhledem k „nádorové osobnosti“ ! Autenticita !
- **Příslušnost k sociální vrstvě** – čím nižší vrstva tím vyšší riziko

Tzv. „Nádorová osobnost“

Typ osobnosti predisponovaný k nádorovému onemocnění
„cancer prone personality“ Popisuje pouze elementy způsobů chování!

- Závislí na vysoce emočně ceněném objektu, ne oni sami, ale právě tento objekt je důležitou podmínkou jejich pohody a štěstí.
- Nedostatek autonomie
- Potlačení nebo popření deprese
- Potlačování emocí, racionalizované chování
- Potlačování zlosti, spolupráce za všech okolností pokorné
- Přizpůsobivé tzv. harmonizující chování
- Pasivita, pocity rezignace
- Silná tendence zachovávat konformitu při hlubokých vnitřních konfliktech.

Děkuji za pozornost



Modulace imunitního systému prostřednictvím CNS

- Imunitní systém není autonomní - řízen signály z CNS.
- Hans Selye – 1950 „Teorie stresu“
- Reaktivní strategie „útok – útěk“

Stresor způsobuje abnormální fyziologickou reakci.

U biologických organismů nemusí stresor pocházet z „externích zdrojů“, ale může být také živěn materiálem z minulosti, který se v organismu uložil!

2 způsoby modulace: (Bellinger, 1994)

- Neuroendokrinním systémem
- Přímou inervací lymfatických orgánů prostřednictvím autonomního nervového systému.

Stresem nejčastěji ovlivňované imunitní faktory

- Snížená NK – buněčná aktivita
- Snížení mitogenně indukovaného dělení lymfocytů
- Sníženou mitogenně stimulovanou produkci γ – interferonů
- Snížené procentuální množství T- lymfocytů
- Nárůst plazmatické koncentrace imunoglobulinu A (IgA), IgM a IgG
- Zvýšená úroveň plazmy u buněk protilátek proti herpes viru.
- *(Glaser, Kiecolt – Glaser, Speicher, Rice, Sheridan et al. 1984, 1985, 1986, 1987)*

DEPRESIVNÍ OSOBNOST

***Míra deprese prediktivní faktor nádorového onemocnění
centrální psychosociální proměnná***

Shekelle et al., (1981)

***2 018 dělníků, mužů, MMPI – 2,3 X vyšší
výskyt onemocnění po 17 letech***

Hahn a Petitti, (1988)

***epidemiologická studie, 9 832 žen, 10–15 let,
MMPI, žádná souvislost***

Kaplan, Reynolds, (1988)

***688 osob, 17 let, sebeposuzovací škála
deprese, žádná souvislost***

Zonderman et al., (1989)

***1500 osob, následných 10 let pozorování,
škála depresivity, epidemiologické centrum pro
studium deprese, žádná souvislost***

Vogt et al., (1994)

***2 573 osob , členové zdravotnické organizace,
Pangnerův index mentálního zdraví, 15 let
pozorování, žádná souvislost***

Depresivní osobnost

Nebyl objeven žádný zaručený vztah mezi mírou a případně výskytem deprese a následným nádorovým onemocněním.

Depresivní prožívání má jasné dopady na způsob a kvalitu života – strava, alkoholické nápoje, kouření, nedostatek pohybu, snížené sexuální funkce, nedostatek spánku, špatné sociální kontakty...

Procesy truchlení

Procesy truchlení nad prožitou ztrátou - normální lidská prožitková forma, která je nutná pro překonání a zpracování ztráty.

Hürny, Adler (1991) – přehled několika studií

V prvních dvou letech po smrti důležité vztahové osoby, je četnost onemocnění 2-10x vyšší než u odpovídajících kontrolních skupin.

Vyšší úmrtnost mužů v průběhu prvního roku po ztrátě pracovní činnosti,
po ztrátě partnera.

Nebyla ale zjištěna žádná specifika týkající se nádorového onemocnění.

**Prodloužené a patologické truchlení zvyšuje obecné riziko onemocnění a úmrtnosti,
nevyvolává specifická nádorová onemocnění.**

Procesy truchlení

- Kaprio et al., (1987), 95 647 osob, ovdověli v roce 1972, z toho 7 600 osob nemocných rakovinou nevykazovalo v následujících 4 letech vyšší úmrtnost na tuto dg.
- Helsinget et al., (1982), 4032 bílých Američanů, ovdověli 1963 - 1974, následujících 12 let nebyl nárůst smrtelných případů způsobených rakovinou.
- Jones a Goldblatt, (1987), 1% Velké Británie a Walesu. Zjišťovali příčiny smrti u ovdovělých osob. Nebyl zjištěn nárůst úmrtnosti ovdovělých na onkologická onemocnění.

Procesy truchlení

Psychoimunologické studie

- Bartrop et al. (1977), Schleifer et al.(1983)
Při akutním zármutku jsou sníženy imunitní funkce, avšak nikoli na abnormálně nízkou úroveň.
- Irvin et al. (1987) Aktivita NK – buněk a subpopulací lymfocytů.
3 skupiny žen, 300 osob
ženy truchlící krátce po smrti partnera
partnerky umírajících mužů na onkologické onemocnění
kontrolní skupina

Aktivita NK – buněk v obou skupinách byla signifikantně nižší oproti kontrolní. U nejvíce postižených žen se vyskytovala nejmenší aktivita NK – buněk a nejmenší změny ve vztahu mezi pomocnými T – lymfocyty a cytotoxickými T – lymfocyty.

Stres

- Forsén, (1991), 87 pacientek, rakovina prsu – stresory obzvláště ve vztahové sféře. Vyšší riziko vzniku onemocnění, menší šanci na přežití a následný život bez nemoci.
- Geyer, (1991), prospektivní studie, 97 žen s ca prsu ještě před stanovením dg. Závažné životní události více u pacientek posléze dg. jako maligní.
- Goodkin et al. (1993), 73 žen, **afroameričanky**, latinskoamerický původ, pozitivní korelace mezi stresem a výskytem dysplazie
- Spiegel a Kato (2000), 75 žen, **kavkazanky**, evropský původ, negativní korelace mezi stresem a výskytem dysplazie. Tedy u žen, které byly vystaveny vysokému stresu – zátěži se dysplazie objevovala naopak v menší míře.

Stres

Analýza strategií zvládnání – aktivně bojující ženy, které se vyznačují sebevědomými styly zvládnání zátěžových situací – tvoří velmi odolnou skupinu žen, která i při velké stresové zátěži vykazuje nízký výskyt dysplazie.

- Ramireze et al.(1989), trauma mezi stanovením dg. a první recidivou.

50 žen s recidivou a 50 bez recidivy. Pacientky s recidivou referovaly více o stresujících událostech.

- **Velké studie**
- Weinstock et al. (1991), 121 700 zdravotních sester - nepotvrdilo se
- Keehn et al.(1974), 9 813 vojáků z 2. Světové války – nepotvrdilo se

Stres

- **Neexistuje žádný důkaz** pro to, že by pacienti, kteří onemocněli rakovinou, před vznikem tohoto onemocnění zažívali **více stresových situací** než zdravé nebo jinak nemocné osoby.
- Je zjištěno, že obě skupiny osob – zdravé i nemocné osoby se silnými negativními emocemi – uváděly více stresových životních událostí než osoby s průměrnými negativními emocemi nebo pozitivními emocemi.

(silné subjektivní zkreslení aktuálním psychickým stavem jedince)!

- **Není ani tak důležité, co se děje a v jakém počtu, ale spíše to, jak to daný subjekt hodnotí a jak to prožívá.**
- Nejsou to věci samy, ale naše mínění o věcech, které nás tíží.

Osobnost a zvládání

- **Zvládání** – kognitivní a behaviorální a afektivní reakce jedince na psychickou zátěž.
 1. **Hodnocení stavu** – osobní význam, je situace pro mě nebezpečná, nebo ohrožující.
 2. **Reakci** – následující po hodnocení – co si myslí a co dělá, aby snížil tlak – stres.

Sem spadají také afektivní reakce – strach, deprese
- **Cíl** – *nastolit rovnováhu mezi požadavky a nároky situace a možnostmi, které má osobnost na jejich zvládání.*
- **Bojové nastavení – fightig spirit**

Rozhodnost, sebejistota, aktivita, konstruktivní spolupráce, schopnost vyhledat účinnou pomoc.

Tzv. „Nádorová osobnost“

Typ osobnosti predisponovaný k nádorovému onemocnění
„cancer prone personality“ Popisuje pouze elementy způsobů chování!

- Závislí na vysoce emočně ceněném objektu, ne oni sami, ale právě tento objekt je důležitou podmínkou jejich pohody a štěstí.
- Nedostatek autonomie
- Potlačení nebo popření deprese
- Potlačování emocí, racionalizované chování
- Potlačování zlosti, spolupráce za všech okolností pokorné
- Přizpůsobivé tzv. harmonizující chování
- Pasivita, pocity rezignace
- Silná tendence zachovávat konformitu při hlubokých vnitřních konfliktech.

Zvládání a osobnost

- Do jaké míry je flexibilita zvládání spojena s přetrvávajícími osobnostními vlastnostmi?
- Určuje struktura osobnosti rámec pro použitelné spektrum zdrojů zvládání?
- Jedinci s „**nádorovou osobností**“ jsou přizpůsobiví, pasivní, poslušní, neschopni vyjadřovat emoce. Ve stresu mají tendenci reagovat depresivně, bezmocně a s velkou mírou beznaděje.
- **Bojovné osoby** se naopak ve stresu a při zvládání vyznačují sebejistotou, rozhodností, sebeprosazením, optimismem a vysokou mírou osobní autonomie.

Způsob zvládání vyplývá ze struktury osobnosti.

Tzv. „Nádorová osobnost“

Retrospektivní studie – onemocnění již nastalo, dg. je známa

Jansen, (1991)

rakovina prsu, přehled studií

„potlačená agrese a introverze“

Morris, Greer (1982)

rakovina prsu, přehled studií

„potlačování zlosti“ je spojeno s vyšším rizikem

Bernard a Ganz (1991)

nádory plic, přehled studií

„potlačování emocí, konformita“

Kune a spol. (1991)

kolorektální karcinom, studie

637 pacientů, 714 zdravých osob – vyvážené soubory věk, pohlaví

„nešťastné dětství, časná dospělost, špatné pocity při konfrontaci s vlastní zlostí, pocity rezignace, depresivní pocity“

Tzv. „Nádorová osobnost“

- Semiprospektivní studie – ještě před zjištěním dg.
- Kissen (1964) pacienti s ca plic a kontrolní skupina plicní nenádorového charakteru
Pacienti s ca plic mají **nižší schopnost vyjadřování emocí**
(porovnávání kuřáci, nekuřáci)
- Antoni, Goodkin (1988) pacientky s cervikální dysplazií
Výskyt **dysplazie souvisí více s uctivým a konformním osobnostním stylem**
- Watson, Greer (1998) neschopnost vyjadřovat emoce
- Morris et al. (1991) racionalizované, emoce nevyjadřující chování
- Cooper, Farragher (1993) potlačení emocí, neschopnost vyjádření zlosti

Sociální podmíněnost

- Balfour, a Kaplan,(1998)

Příslušnost jedince k sociální vrstvě souvisí se vznikem nádorového onemocnění – nepřímou úměrou – čím nižší je sociální zařazení jedince, tím větší je incidence onemocnění a naopak.

- Čím vyšší je sociální vrstva, tím vyšší jsou vyhlídky jedince na přežití a naopak .
- V sociálně nižších vrstvách se vyskytuje více recidiv a více časných.
- Životní styl – stravovací návyky, pohybová aktivita, kouření?,alkohol, reprodukční faktory, jednoduchá a riziková povolání vzhledem k pracovnímu prostředí, socioekonomický status – chudoba, žádná preventivní vyšetření, nedostupnost lékařské péče.
- Smith, (1979) – Čím větší chudoba, tím vyšší riziko úmrtí na rakovinu a doba přežití s onemocněním kratší.
- Funch a Marschall (1983) – Signifikantní vztah mezi stresem z nízkých příjmů, strachem z chudoby a existenční nejistotou a špatným průběhem nemoci.

Nepotvrzeno

Deprese

1. Vzhledem k osobnostním charakteristikám nádorové osobnosti ani nelze očekávat potvrzení – **popření depresí**.
2. Neschopnost sebereflexe vlastních pocitů a emocí, snaha o konformitu.

Stres

1. Není důležité **kolik stresových událostí bylo**, ale jak tyto události byly aktéry ohodnoceny a jak na ně ve skutečnosti reagovali, jak je prožívali. **Nebylo jich víc, ale prožívaly je jinak**.
2. Jestli jsou schopni tyto události nějak pravdivě reflektovat – vytěsnění, potlačení, bagatelizování – obranné mechanismy.
3. Retrospektivní studie - zkreslení pod vlivem aktuálního emocionálního ladění.

Potvrzeno

- **„Nádorová osobnost“** – ustálené způsoby reagování, prožívání a chování, které se časem vyvinuly v určité typické osobnostní vlastnosti. **Potlačování zlosti, potlačování emocí, konformita, pasivita, pokora, podřízenost, popření a potlačení deprese, závislost na objektu.**
- **Truchlení** – zvyšuje **obecné riziko** onemocnění a úmrtnosti.
- **Bojové nastavení** – **opačné vlastnosti** vzhledem k „nádorové osobnosti“ ! Autenticita !
- **Příslušnost k sociální vrstvě** – čím nižší vrstva tím vyšší riziko

„Nádorová osobnost“

Potlačování emocí, potlačování zlosti.

Koresponduje s teorií Alexithymie.

Psychosomatická medicína.

Holistický přístup k člověku.

Problém západní medicíny.

Úspěchy akutní medicíny a farmakologie.

Nárůst znalostí vede k fragmentaci.

Uvažování o molekulách.

Ztrácí se celistvé pojmání člověka.

Tzv. „jateční“ model medicíny.

Terapeutický vztah

- Primární je nosný terapeutický vztah
- Sekundární je odkrývající práce a pochopení toho, co se v terapeutickém vztahu odehrává
- Účinným faktorem je dobrá emocionální zkušenost pacienta s terapeutem
- Pozitivní přijetí a podporování
- Holding function – podpora pacienta

Tzv. „Nádorová osobnost“

Typ osobnosti predisponovaný k nádorovému onemocnění
Popisuje pouze elementy způsobů chování!

- Závislí na vysoce emočně ceněném objektu, ne oni sami, ale právě tento objekt je důležitou podmínkou jejich pohody a štěstí.
- Nedostatek autonomie
- Potlačení nebo popření deprese
- Potlačování emocí, racionalizované chování
- Potlačování zlosti, spolupráce za všech okolností
- Přizpůsobivé, pokorné tzv. harmonizující chování
- Pasivita, pocity rezignace
- Silná tendence zachovávat konformitu při hlubokých vnitřních konfliktech.

Sdělování dg. v případě, že pacient odmítá léčbu

- Jakmile pacient setrvává na svém stanovisku a léčbu odmítá, je nezbytné mu říci plnou pravdu.
- Nemocný má právo volit jako svobodný člověk a nikoliv jako manipulovaný předmět.
- Odmítnutí léčby je vždy třeba písemně zdokumentovat.

Alternativní medicína

- Po stanovení diagnózy se asi 1/3 pacientů obrací na léčitele.
- Většinou jde o pacienty, kteří trpěli větším psychickým stresem a měli horší kvalitu života, než ostatní.
- Pociťují své problémy jako vážné a mají dojem, že oficiální medicína jim nevěnuje dost pozornosti.

Trauma

- Biochemicky – hyperprodukce adrenalinu, noradrenalinu, kortisolu.
- Zvýšení hladiny glukokortikoidů se projevuje destabilizací zaběhaných synaptických spojení mezi neurony v mozku.
- V mozku může chronická zátěžová situace mít za následek víceméně trvalou biochemickou či neuronální změnu.