

## 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 nepocitují 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“.