

KRIZNA STANJA V PSIHOONKOLOGIJI

Borut Škodlar

UVOD

Pojem krize ne temelji na tradicionalni psihiatrični diagnostiki in v njenih klasifikacijah nima posebnega mesta (1). V njih je vpletena na različnih mestih in v različnih intenzivnostih podobno, kot je vpletena v življenje vsakega človeka.

Ljudje se med seboj ne razlikujemo toliko po prisotnosti ali odsotnosti kriznih stanj, ampak bolj po načinih in oblikah spopadanja z njimi.

Seveda pa nedvomno drži, da izpostavljenost hudim življenjskim obremenitvam, ki ogrožajo človekovo duševno ravnovesje, ni enakomerno. Prav tako ni enakomerna njihova razporeditev znotraj življenja posameznega človeka. Že od nekdaj pretresajo ljudi - in mnogo tega prebiramo v leposlovnih in filozofskih spisih - kopičenja hudih obremenitev v življenjih določenih ljudi in v kratkih časovnih razdobjih. Takšna kopičenja so mejna stanja človeške eksistence v najčistejšem pomenu besede. Primerjamo jih na neki ravni morda lahko z ekstremnimi pogoji, v katerih se znajde vrhunski alpinist pred osvojitvijo gore, daleč od običajnih zmožnosti in pogosto celo predstav "ljudi v dolini".

In hude telesne in duševne obremenitve, ki pripeljejo človeka v ekstremne razmere, predstavljajo skoraj vsa bolezenska stanja, ki jih poznamo pod skupno besedo "rak".

Skozi pričujoči sestavek bomo poskušali pregledati glavna mesta teh obremenitev, spoznanja o njihovih zakonitostih in možnosti, da ljudem, ki se znajdejo v njih, pomagamo.

Razdelitev vsebine:

- rak in teorija kriznih stanj (umestitev onkoloških obolenj znotraj teorije kriznih stanj),
- krizna stanja v psihoonkologiji (mesto kriznih stanj znotraj psihoonkologije),

- klinične slike onkoloških kriznih stanj,
- vrste zdravljenja in pomoči,
- krizna stanja v terminalnih stadijih bolezni,
- onkološko osebje in krizna stanja.

RAK IN TEORIJA KRIZNIH STANJ

Krizno stanje je porušenje duševnega (čustvenega, telesnega, kognitivnega in socialnega) ravnovesja, ki ga povzročita izguba ali grožnja pred njo, ki sta lahko dejanski, lahko sta le del posameznikovega doživljanja (ciljev, ambicij itn.) in njegovih predstav ter ju človek zaznava kot neznosni do mere, ki presega njegove zmožnosti obvladovanja (2). Je kritična točka, ki sama na sebi še ni bolezenska entiteta, lahko pa vodi do hudih in ireverzibilnih sprememb, ki prestopijo mejo bolezenskega, ko je ogrožena integriteta osebnosti.

V razvoju kriznega stanja so pomembni: sprožilni dogodek, človekove osebnostne lastnosti s poudarkom na sposobnostih prilagajanja in obvladovanja različnih situacij ter socialne okoliščine (3).

Krizna stanja delimo na razvojna in travmatska. Razvojna krizna stanja (Erikson, 1968; Caplan, 1964) so življenjske prelomnice, del običajnega življenja, ki človeka "obremenijo" z novimi psihosocialnimi zahtevami in nalogami. Mednje sodijo osamosvajanje, vstop v šolo, poroka, rojstvo otroka, nastop službe, selitev, brezposelnost, klimakterij, upokojitev itn (4).

Travmatska krizna stanja (Cullberg, 1978) pa so naključni dogodki, ki ogrozijo človekovo duševno ravnovesje. Med njimi so najpogostejši smrt bližnje osebe, huda bolezen, nenadna invalidnost, ločitev, izguba službe in katastrofična doživetja.

Stanje bolnika z rakom je ob postavitvi diagnoze zagotovo travmatsko krizno stanje. Glede na to, da pa pomeni tudi vstop v povsem novo življenjsko situacijo, v novo "razvojno obdobje", lahko nanj gledamo tudi kot na razvojno krizno stanje.

Pravzaprav je bolezenski proces, na katerega vpliva mnogo dejavnikov, še bolj zapleten. Sprožilni dogodek za travmatsko stanje ni le informacija o diagnozi, v poteku bolezni sledi še veliko travmatskih doživetij, ki stanje ranljivosti lahko vedno znova prevešajo v prava krizna stanja. To so obdobja intenzivnejšega onkološkega zdravljenja (kemoterapija, radioterapija, itn.) z vrsto neugodnih stranskih učinkov, informacije o napredovanju bolezni preko izvidov kontrolnih preiskav, izgube v socialnem okolju zaradi nezmožnosti udeleženosti v njem ali - še huje! - zaradi zavračanja s strani okolice ob še vedno močno prisotnih predsodkih in stigmatizirajočem odnosu do bolnika z rakom.

KRIZNA STANJA V PSIHOONKOLOGIJI

Krizna stanja so le del kliničnega dela in raziskovanja v psihoonkologiji. Ta se ukvarja tudi z iskanjem psiholoških etioloških dejavnikov, ki sodelujejo pri nastanku ali poteku onkoloških obolenj. Zanimajo jo osebne značilnosti bolnikov z rakom, značilnosti njihovih družinskih sistemov in širših družbenih dejavnikov. Prav tako je veliko moči usmerjenih v prepoznavanje učinkovitih terapevtskih strategij pri psihoterapevtski obravnavi bolnikov z rakom ali njihovih družin. Pomembna veja psihoonkologije so tudi raziskovanja psihoimunoloških, psihonevroendokrinoloških in drugih psihosomatskih mehanizmov v onkologiji.

Tako so krizna stanja tisti del tega spektra, kjer se v kliničnem delu srečamo s trenutnim porušenjem bolnikovega duševnega ravnovesja in moramo neposredno in takoj ukrepati, da preprečimo nepovratno škodo, ki jo potencialno nosi v sebi.

KLINIČNE SLIKE ONKOLOŠKIH KRIZNIH STANJ (5)

47-50% bolnikov z rakom ima spremljajočo psihiatrično motnjo (6).

Najpogostejša je s 30% bolnikov z rakom prilagoditvena motnja (F43.2) z vsemi svojimi podskupinami (s pretežno anksioznimi, depresivnimi, vedenjskimi ali mešanimi simptomi) (7). Sledi akutna stresna motnja (F43.0), katere incidenca in prevalenca zaradi različnih diagnostičnih kriterijev nista dobro poznani (8). Nekateri avtorji so mnenja, da je informacija o diagnozi že sama na sebi sprožilni dogodek za akutno stresno stanje.

Torej sta na prvem mestu obe glavni diagnostični kategoriji za krizna stanja, ki ju imamo na voljo v Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10) (9).

Pomembna pa je tudi strategija (ne)borbe v tem kriznem stanju, torej proti bolezni. Več raziskav je pokazalo, da je aktivna in borbena strategija ugodnejši prognostični dejavnik kot sta strategija obupa in nemoči ter strategija izogibanja (10,11).

Pri onkoloških bolnikih je pogosta posttravmatska stresna motnja (F43.1), ki predstavlja kronificiran neugoden izhod iz kriznega stanja. Pri bolnicah z zazdravljenim rakom dojke je prisoten v 11-22% (12). Največkrat sicer ne pride do pojava polne klinične slike te motnje, kot jo poznamo pri povojnih in pokatastrofnih oblikah. Vendar je klinična slika dovolj izrazita, da zahteva usmerjeno diagnostično in terapevtsko pozornost.

Pogoste so druge anksiozne motnje, predvsem panična motnja (F41.0) in generalizirana anksiozna motnja (F41.1), ki nastopajo pri 4% onkoloških bolnikov (Derogatis et al., 1983). Opisan pa je tudi primer nastopa panične motnje de novo kratak čas pred odkritjem karcinoma pankreasa (13).

Depresivne motnje (F32.x, F33.x in F34.x), ki se pojavljajo pri 13-20% bolnikov (Derogatis et al., 1983; Holland, 1980) nastajajo po večjih mehanizmih. Ločiti moramo neodvisno sopojavnost depresivne motnje in onkološkega obolenja (dvojna diagnoza) od depresivnosti zaradi duševnega odziva na onkološko obolenje in/ali zdravljenje ("reaktivna" depresija). V praksi je razlikovanje med njima težavno in nam še najbolj pomagajo kronološke determinante simptomov.

Med depresivnimi simptomi so pri onkoloških bolnikih pogostejši občutki krivde, manjvrednosti in jeze ter razmišljanja o smrti. Ugotovili pa so, da uporaba različnih diagnostičnih kriterijev za depresijo pri istem vzorcu bolnikov z rakom variira kar za 13% (14).

Depresivnost pa se lahko pojavlja tudi kot neposredna posledica malignoma (tumorji centralnega živčnega sistema, hormonsko aktivni tumorji itn.), v sklopu spremljajočih somatskih zapletov (elektrolitsko neravnovesje, virusne encefalopatije, uremija itn.) ali kot stranski učinek zdravljenja (citostatiki, kortikosteroidi, analgetiki itn.).

Posebej občutljivo in kompleksno je področje suicidalnosti. Samomor kot posledica onkološkega obolenja sicer obstaja, vendar študije niso dokazale njegovega porasta med onkološkimi bolniki v primerjavi s splošno populacijo. Več je samomora med moškimi z rakom testisov in med moškimi nad 60 let s tumorji obraza, žrela in grla (Farberow et al., 1970; Whitlock, 1978; Fox, 1981) (15). Rizična skupina za samomor so tudi preživeli bolniki z rakom v otroštvu (16).

Posebna entiteta povezana z onkološkimi obolenji oz. strahom pred njimi je kancerofobija. Gre za prekomeren in hromeč strah pred rakom, ki ga vzdržujejo predsodki in napačna prepričanja. Najpogosteje se pojavlja med sorodniki nedavno zbolelih ali umrlih za to boleznijo in pa med novimi člani osebja oddelkov z onkološkimi bolniki.

Z uspešnejšim zdravljenjem onkoloških bolnikov in podaljševanjem njihovega življenja se večja tudi pogostnost strahu pred ponovitvijo bolezni, ki ga spremljajo občutki krivde in splošnega duševnega nelagodja (17).

Prav tako zapleteno je prepoznavanje vzrokov za delirij, ki je pogost duševni zaplet onkološkega obolenja (25-40% bolnikov). Tudi delirij lahko nastane zaradi malignomov samih (intrakranialni tumorji in metastaze), spremljajočih fizioloških motenj (respiratorne motnje, okvare jeter ali ledvic, elektrolitske motnje itn.), predvsem pa zaradi stranskih učinkov zdravil (opioidni analgetiki, antiholinergična zdravila, kortikosteroidi, sedativi ipd.) (18).

Popisa kliničnih stanj bolnikov z rakom ne moremo skleniti, ne da bi omenili tudi izhod iz kriznega stanja, v katerem se znajde bolnik z rakom, z višjo stopnjo pokriznega psihosocialnega funkcioniranja. Pojav, ki v svoji paradoksalnosti vznemirja in navdihuje mnoge ljudi, je lepo opisal Irvin D. Yalom, ki je dolgo vrsto let psihoterapevtsko obravnaval terminalne bolnike z rakom. Imenoval ga je "osebnostna preobrazba" in ga razdelil v naslednje sestavne dele: preureditev življenjskih prioritete ("da imam za nepomembno, kar je res nepomembno"), občutek svobode ("da lahko izberem, da ne naredim, česar ne želim narediti"), izostren občutek življenja v sedanosti, živo doživljanje enostavnih dejstev življenja (premen letnih časov, vetra, padanja listov z dreves, zadnjega Božiča itn.), globlji odnos z bližnjimi in manj strahov v medčloveških odnosih (pred zavrnitvijo, pred bližino, pred tveganji ipd.) (19).

VRSTE ZDRAVLJENJA IN POMOČI

Običajen začetek zdravljenja kriznih stanj v psihoonkologiji so krizne intervencije. Te zajemajo empatičen in aktiven pristop terapevta, ki je usmerjen na pacientove aktualne razmere in njegovo čustveno stanje z morebitnimi suicidalnimi mislimi, je fleksibilen v pristopu in vključuje vse potencialne bolnikovega socialnega okolja.

Pogosto je v času urgentnega postopanja ali pa v nadaljnji obravnavi smiselna uporaba psihotropnih zdravil: anksiolitikov, antidepresivov in antipsihotikov.

Kriznim intervencijam lahko sledijo druge oblike individualne psihoterapije (od psihodinamskih do vedenjsko-kognitivnih) (20), ki imajo ne glede na usmeritev močan suportiven poudarek.

Posebno mesto pri obravnavi onkoloških bolnikov imajo psihoterapije eksistencialistično-fenomenološke usmeritve (vse oblike eksistencialistične, humanistične in transpersonalne psihoterapije) (21). Njihova raziskovanja temeljnih vprašanj človeške eksistence: smrti, pripadnosti, svobode, smisla idr. so dragocen vir za delo z ljudmi, ki so jim ta vprašanja "življenjskega pomena" (22).

Velika pozornost je zaradi dobrih rezultatov usmerjena na sistemsko družinsko terapijo. Razbremenitev hudih občutkov krivde in napetosti med družinskimi člani omogoča vzpostavitev ustrežnejšega odnosa do bolezni, ki je ne glede na biomedicinske dejavnike dokazano ugoden prognostičen dejavnik (23).

Zelo pomembni so skupinski psihoterapevtski pristopi (24,25), skupine za samopomoč in psiho-edukativne skupine (26).

Mnogo bolnikov se zateče k samoaktivirajočim načinom borbe proti raku, ki se lahko izvajajo individualno ali v skupinah. Poznane so posebne metode, ki so bile razvite prav za bolnike z rakom (Le Shan, Simonton (27), Siegel (28) idr.). Široko pa se v ta namen uporabljajo tudi tradicionalne psiho-fizične discipline, kot sta meditacija in joga (29).

KRIZNA STANJA V TERMINALNIH STADIJIH BOLEZNI

V terminalnih stadijih bolezni se poleg naštetega pojavljajo posebna vprašanja in dileme, ki vznemirjajo naše terapevtske napore in se skoraj vsa dotikajo tudi etičnih.

Lahko ob terminalnem bolniku sploh še govorimo v istem jeziku? Bi ne bilo suicidalnost bolje zamenjati z željo po koncu trpljenja in splošno anksioznost s strahom pred izničenjem? Smemo ob bolnikovem skoraj izključnem ukvarjanju z nadzemeljskimi in posmrtnimi vprašanji pomišljati na blodnjavost?

Dejstvo je, da se srečamo z odklanjanjem hrane ali terapevtskih ukrepov (30) ali celo s prošnjami po asistiranem samomoru s strani bolnikov. Vendar je teh pojavov manj, kot bi pričakovali.

Večkrat nas pokličejo za pomoč, ko jih preplavijo občutki tesnobe ali negotovosti ob konkretnih vsebinah ali zapletih "poslavljanja". Največkrat se tičejo socialnih odnosov, premoženja ali obredov, katerim so se zaobljubili.

Velikokrat bolniki pregledujejo svoje življenje in jih lahko zajamejo hudi občutki krivde zaradi določenih preteklih dejanj in dogodkov, zaradi opustitev odgovornosti in nalog (tudi zaradi bolezni) ali celo zaradi bolezni same ("Kaj sem naredil narobe, da me je to doletelo?").

Še večkrat pa si želijo ob sebi le človeka, ki bi slišal njihova zadnja razmišljanja in vprašanja ter bi se o njih z njimi pogovoril.

Onkologi in onkološke sestre takšnim potrebam svojih bolnikov običajno ne pridejo nasproti zaradi časovne stiske, zaradi nizkega zaupanja v učinkovitost tega in zaradi negotovosti glede svoje vloge pri bolniku (31). Frankl je to vlogo imenoval "zdravniška skrb za dušo"(32). François Mitterrand, francoski predsednik, ki je zbolel za rakom, pa je v predgovoru knjige svoje psihološke spremljevalke Marie de Hennezel zapisal: "Nikdar morda ni bil odnos do smrti tako boren, kot je v tem času duhovne suše, ko se ljudje, obsedeni z obstojem, navidez izmikajo skrivnosti. Pozabljajo pa, da s tem siromašijo okus po življenju, ki vznikla iz tega neobhodno potrebnega vira." (33)

Ljudje, ki delajo z onkološkimi bolniki, so izpostavljeni hudemu stresu in obremenitvam. Na področju, ki je izpostavljeno neusmiljenim predsodkom, zdravijo z večkrat močno toksičnimi terapevtskimi sredstvi bolnike, ki v svojih težkih trenutkih preslikajo vanje vsa - tudi neizpolnljiva - pričakovanja, jezo in gnev nad težko usodo ter mnogo bolečih izkušenj, ki se jim v kritičnih trenutkih reaktivirajo.

Istočasno pa se v vsakem človeku, ki pomaga onkološkemu bolniku, odvija tudi notranja "drama" odnosa do težke bolezni in vseh vprašanj, ki mu jih ta odpira. V notranjosti se mu lahko porajajo trdovratni strahovi, odpori in ovire, ki ga dodatno bremenijo. Prav tako je možno in je dodatno obremenjujoče, da je član osebja sam ali eden njegovih bližnjih utrpel onkološko obolenje.

Zaradi vsega naštetega se človekove zmožnosti prilagajanja in obvladovanja stresnih dražljajev izčrpajo in se pri njem lahko razvije polno krizno stanje (sindrom izgorevanja).

Ključnega pomena je hitro prepoznavanje tega stanja med sodelavci, kar pa je oteženo z veliko obremenjenostjo vsakega izmed njih. Izpeljana krizna intervencija in morebitna dodatna psihoterapevtska obravnava morata vsebovati tudi premislek o nadaljevanju dela in okrepitev varovalnih mehanizmov.

Neprecenljive preventivne vrednosti so redni timski sestanki ali druge oblike sestajanja (supervizijske, Balintove, Monteveritè skupine idr.) vseh članov osebja, na katerih se lahko odprto govori o vseh občutljivih témah, situacijah in ljudeh.

ZAKLJUČEK

Nedvomno je pomembno, da v psihoonkologiji raziskujemo in razvijamo specifična znanja. Hkrati pa moramo skrbeti, da ne ustvarjamo "umetnih" kategorij in, predvsem, da ne vzpostavljamo "umetnih" meja med strokami (34). Krizna stanja v psihoonkologiji so podobna kriznim stanjem pri drugih težkih in kroničnih telesnih boleznih. In vsa ta krizna stanja sledijo zakonitostim kriznih stanj v vseh ekstremnih razmerah. Dosledno moramo ločevati specifično od splošnega, da bomo s splošnih razglednih točk lahko iskali nove poti specifičnega in s prodiranjem v specifičnem bogatili splošno.

1. Sonneck G. Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas Universitätsverlag, 2000: 15-28.
2. Kocmur M. Krizna stanja. In: Romih J, Žmitek A (ur.). Urgentna stanja v psihiatriji. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1998: 89-100.
3. Lokar J. Kriza in krizne intervencije. In: Lokar J. Psihiatrični dnevi 1. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, 1987: 61-72.
4. Milač B. Krizna stanja in krizne intervencije. Krka Med Farm 1998; 19, Suppl 1: 35-46.
5. Lederberg MS, Holland JC. Psycho-Oncology. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds.). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 1850-1876.
6. Grassi L, Rosti G. Psychiatric and Psychosocial Concomitants of Abnormal Illness Behaviour in Patients with Cancer. Psychother Psychosom 1996; 65: 246-252.
7. Achte K, Vauhkonen ML, Lindfors et al. Cancer and Psychiatry. Psychiatria Fennica 1986: 103-110.
8. McGarvey EL, Canterbury RJ, Cohen RB. Evidence of Acute Stress Disorder after Diagnosis of Cancer. South Med J 1998; 9: 864-866.
9. MKB-10. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namena. 10. revizija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1995.
10. Hinton J. The Cancer Ward. In: Freyberger H (ed.). Psychotherapeutic Interventions in Life-Threatening Illness. Basel: S. Karger, 1980.
11. Faller H. Krankheitsbewältigung und Überlebenszeit bei Krebskranken. Psychotherapeut 2001; 46: 20-35.
12. Smith MY, Redd WH, Peyser C, et al. Post-Traumatic Stress Disorder in Cancer: A Review. Psycho-Oncology 1999; 6: 521-537.
13. Passik SD, Rotj AJ. Anxiety Symptoms and Panic Attacks Preceding Pancreatic Cancer. Psycho-Oncology 1999; 3: 268-272.
14. Kathol RG, Mutgi A, Williams J et al. Diagnosis of Major Depression in Cancer Patients According to Four Sets of Criteria. Am J Psychiatry 1990; 147: 1021-1024.
15. Meerwein F (Hrsg.). Einführung in die Psycho-Onkologie. Bern: Verlag Hans Huber, 1991: 109-111.
16. Kunin HM, Patenaude AF, Grier HE. Suicide risk in pediatric cancer patients: an exploratory study. Psycho-Oncology 1995; 4: 149-155.

17. Lee-Jones C, Humphris G, Dixon R, et al. Fear of Cancer Recurrence - A Literature Review and Proposed Cognitive Formulation to Explain Exacerbation of Recurrence Fears. *Psycho-Oncology* 1997; 7: 95-105.
18. Roš-Opaškar T. Akutna zmedenost in delirij pri bolniku z rakom. *Onkologija za prakso* 2001; 1: 15-18.
19. Yalom ID. *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books, 1980: 35-37.
20. Tope DM, Ahles TA, Silberfarb PM. *Psycho-Oncology: Psychological Well-Being as One Component of Quality of Life*. *Psychother Psychosom* 1993: 129-147.
21. Yalom ID. *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books, 1980: 3-26.
22. Moadel A, Morgan C, Fatone A, et al. Seeking Meaning and Hope: Self-Reported Spiritual and Existential Needs Among an Ethnically-Diverse Cancer Patient Population. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 378-385.
23. Hürny C. Psychische und soziale Faktoren in Entstehung und Verlauf maligner Erkrankungen. In: Adler RH, Herrmann JM, von Uexküll T et al. (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin*. 5. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg, 1996: 953-969.
24. Bloch S, Kissane D. Psychotherapies in psycho-oncology. *British Journal of Psychiatry* 2000: 112-116.
25. Greenstein M, Breitbart W. Cancer and the Experience of Meaning: A Group Psychotherapy Program for People with Cancer. *American Journal of Psychotherapy* 2000; 54: 486-500.
26. Maguire P. Psychosocial interventions to reduce affective disorders in cancer patients: research priorities. *Psycho-Oncology* 1995; 4: 113-119.
27. Simonton CO, Matthews-Simonton S, Creighton J. *Ozdraveti. Kako preseči bolezni z lastnimi močmi*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1988.
28. Siegel BS. *Love, Medicine & Miracles*. London: Arrow Books, 1986.
29. Kavalayananda S, Vinekar SL. *Yogic Therapy. Its Basic Principles and Methods*. New Delhi: Ministry of Health, Government of India, 1963.
30. Goldberg RJ. Systematic Understanding of Cancer Patients Who Refuse Treatment. *Psychother Psychosom* 1983; 39: 180-189.
31. Kristeller JL, Zumbun CS, Schilling RF. 'If I Could': How Oncologists and Oncology Nurses Address Spiritual Distress in Cancer Patients. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 451-458.
32. Frankl VE. *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag, 1992.
33. De Hennezel M. *La mort intime. Ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre*. Paris: Éditions Robert Laffont, 1995.
34. Weddington WW. Psycho-oncology. *JAMA* 1999; 17: 36-37.