

Biopsychosociální model onkologického onemocnění

Jaroslava Raudenská

Oddělení klinické psychologie FNM a 2. LF UK Praha

Rakovina je druhá nejčastější příčina smrti v rozvinutých i rozvíjejících se zemích světa. Vyskytuje se u lidí různého věku, ale zatížení se zvyšuje zejména s věkem. Psychologické, behaviorální a sociální faktory hrají důležitou roli v etiologii rakoviny a její léčbě a slouží i jako účinné nástroje při jejím zvládnutí. Článek proto vede k lepšímu porozumění psychologických a sociálních procesů ovlivňujících rakovinu a jejich efekt na zdraví jedince. V úvodu popisuje biopsychosociální model rakoviny a obhajuje ho jako důležitou vědeckou a klinickou metodu. Dále diskutuje roli psychologických faktorů při propuknutí rakoviny, jejím průběhu a léčbě a jejich vliv na mortalitu. Ukazuje normální a maladaptivní psychologické reakce v jednotlivých stádiích onkologického onemocnění a komorbiditu s psychiatrickými onemocněními. Článek tak ilustruje nutnost multidisciplinárního přístupu v diagnostice i léčbě.

Klíčová slova: psychologické faktory, psychické reakce, komorbidita, multidisciplinarita.

Biopsychosocial model of oncological disorder

Cancer is the second leading cause of the death in the world's developed and underdeveloped countries. Occurs in people of all ages, but the incidence increases with the age. Psychological, behavioral and social factors play critical roles in cancer etiology and its treatment and are instrumental in an individual's adjustment to cancer. This article consequently leads to better understanding of the psychological and social processes influencing cancer and health outcomes. Describes in introduction biopsychosocial model of cancer and defends it as a necessary contribution to the scientific clinical method. Farther discusses the role of psychological factors in breakout of cancer, in its history and treatment and its influence on mortality. Indicates common and maladaptive psychological reactions in single stages of oncological illness and comorbidity with psychiatric disorders. The article that way illustrates the importance of multidisciplinary approach in assessment and also in treatment of cancer.

Key words: psychological factors, psychic reactions, comorbidity, multidisciplinarity.

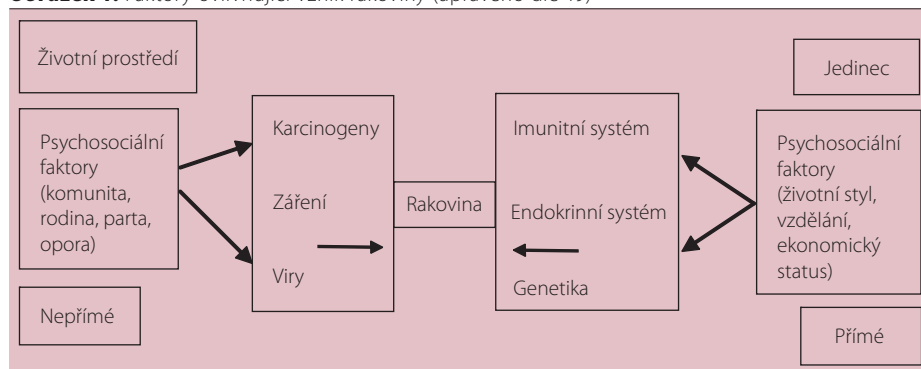
Onkologie 2011; 5(4): 244–246

Úvod

Biopsychosociální model je komplexní a systémový pohled na vztahy, které ovlivňují zdraví i nemoc vně i uvnitř jedince (1). Nemoc je způsobena více faktory a zdraví je udržováno balancí mezi faktory biologickými, psychologickými, sociálními a faktory z prostředí. Onkolog zvažuje všechny úrovně jedincova fungování (biologická, psychologická, sociální a spirituální). Biologické fungování má vztah k perifernímu orgánovému systému, k vegetativním a neuroendokrinním funkcím, k centrálnímu nervovému systému a jeho subkortikálním strukturám – to znamená k automatickým procesům vně vědomého uvědomování. Psychologické fungování se vztahuje k vnitřnímu stavu jedince, který řídí informační procesy a komunikaci s vnějším světem, zahrnuje kortikální struktury a vědomé uvědomování. Zahrnuje vnitřní reprezentaci sebe sama, světa, osobních cílů odrážejících aspirace, ideály, potřeby, poznávací procesy a strategie, které určují chování. Sociální fungování se vztahuje k jedincovu chování v rodině, k přátelům, v profesi a jiným důležitým mezilidským vztahům, zahrnuje kulturní očekávání, vztah k úřadům

a společenským institucím. To ovlivňuje kontext a způsob, v jakém je onkologická nemoc chápána a jakým způsobem individuálně pacient reaguje na lékaře, diagnostiku a léčbu. V komplexním pohledu fungování jedince v systému prevence, diagnostiky a léčby je důležitá i spirituální úroveň. Model objasňuje komplexní vztah mezi duševními a somatickými aspekty zdraví, multimodální léčbu včetně psychosociálních intervencí a vztah mezi lékařem a pacientem (2). Na základě biopsychosociálního modelu má na vznik, průběh, léčbu, přežití a komorbiditu onkologických pacientů vliv individuální souhrn faktorů.

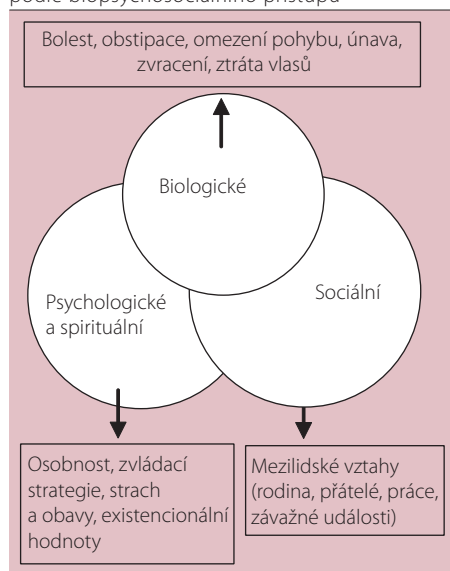
Obrázek 1. Faktory ovlivňující vznik rakoviny (upraveno dle 19)



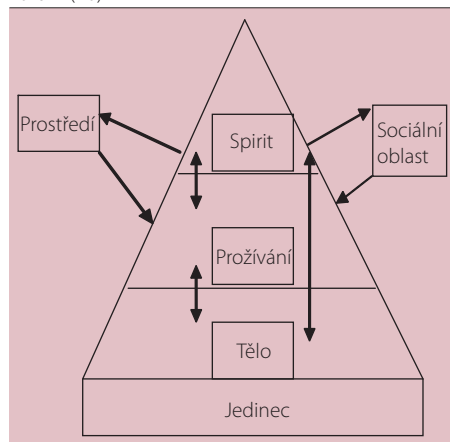
Komplexní etiologie a důsledky rakoviny

Vznik rakoviny ovlivňují biopsychosociální faktory. Somatické faktory jsou: genetické, imunita, vystavování se vnějším i vnitřním hormonům (například estrogen), radiaci, infekcím a chemikáliím. Z psychosociálních a behaviorálních faktorů je to životní styl, expozice karcinogenům (tabák, slunce, asfalt, azbest atd.), nízké vzdělání, nízký socioekonomický status, včasná diagnostika, spolupráce v léčbě a její dostupnost a zdroje sociální opory (rodina, společnost, komunita) (obrázek 1). Psychologické faktory, jako je například deprese, truchlení, neschopnost

Obrázek 2. Vzájemné ovlivnění důsledků rakoviny podle biopsychosociálního přístupu



Obrázek 3. Biopsychosociálně-spirituální model zdraví (20)



vyjadřovat emoce, emoční stres nebo osobnost jedince s rakovinou nemají přímou roli při vzniku onemocnění rakovinou. Ovlivňují spíše průběh, výsledky zdravotního stavu, prognózu a mortalitu, a to vždy ve spolupůsobení s ostatními faktory (3, 4, 5, 6, 7, 8). Proto se psychologické přístupy v onkologii orientují na zkoumání psychologických reakcí pacientů s rakovinou, efekt léčby, na sociální roli a návrat do práce, vlivy psychiatrických diagnóz a maladaptivních zvládacích strategií na kvalitu života, mezilidské vztahy, dodržování léčby a prognózu.

Psychoonkologie se zaměřuje převážně na zvládání důsledků rakoviny. Vzájemné ovlivnění důsledků léčby rakoviny podle biopsychosociálního modelu ukazuje obrázek 2. Na somatické úrovni jsou to změny v těle, které se odráží samozřejmě i v představě a myšlení jedince. Typ rakoviny, například „viditelný“ (rakovina prsu), nebo „méně viditelný“ (leukemie), její fáze, biologické charakteristiky a důsledky léčby (somatická poškození, bolest, zvracení a pocity

na zvracení, ztráta vlasů, únava atd.) ovlivňují emoční reakce pacientů. Důsledkem somatických projevů rakoviny a její léčby jsou i změny v aktivitě, sexualitě a závislosti na druhých. Z psychologického pohledu pacienti zažívají ztrátu jistoty, instabilitu vlastního emočního stavu (strach, úzkost, obavy, smutek), změnu perspektiv do budoucnosti a hrozbu možné smrti. Musí se s nimi vyrovnávat během onemocnění. Nádorovým onemocněním a jeho léčbou je ovlivněna i úroveň sociální: mění se význam sounáležitosti v rodině (patřit k někomu, něčemu, komunikovat s někým, chápat a být pochopen druhými), mění se i úroveň blízkých vztahů a vztahů ve společnosti (zaměstnání, sociální aktivity, komunita, společnost, politika). Pacienti s rakovinou se musí vyrovnat v průběhu nemoci s možnými pocity izolace, přehlížení, nebo dokonce stigmatizace. Na spirituální úrovni každý člověk nějak chápe význam svého života, tj. například osobní hodnoty, význam bolesti a utrpení, času a bytí, který se při onemocnění může měnit a přehodnocovat. Biopsychosociální model zahrnující i spirituální úroveň umožní nemocným i umírajícím intenzivněji zlepšit kvalitu života (obrázek 3).

Psychické reakce

V průběhu diagnózy a léčby nádorového onemocnění prochází nemocný několika stadii, ve kterých můžeme rozlišit normální a maladaptivní psychické reakce. V období objevení symptomů může být pacient zvýšeně úzkostný. Maladaptivní reakcí je zvýšené sledování tělesných symptomů a nepřiměřené očekávání výsledků vyšetření. Pro období stanovení diagnózy jsou typické pocity zlosti, hostility, popírání a šoku, přechodné úzkostné projevy a depresivní nálady. Normální psychologická reakce souvisí s hledáním jiného lékařského názoru, rozhodováním se jak, kde a zda vůbec podstoupit navrhovanou léčbu a přizpůsobením se rolím a povinnostem. Maladaptivní reakcí je úplné popření onkologické diagnózy, odmítnutí léčby a těžká klinická deprese. V období léčebném je pacient konfrontován s realitou omezené doby života a nevyhnutelné smrti. Do existenciálního dilematu zasahuje řada obav z bolesti, samoty, ztráty kontroly, závislosti, kontaktu s blízkými, z procesu umírání. Většina pacientů má problém smrt akceptovat a z řady důvodů se jí pochopitelně bojí. I když je naděje na vyléčení, pacient se musí vyrovnat se změnou tělesného schématu, s bolestí, s vedlejšími efekty léčby a podmíněnými averzivními reakcemi, s eventuální ztrátou části těla a jinými deformitami

či hendikepy a loučí se i s řadou aktivit, které pokládal za naprosto samozřejmé. Normální reakce v tomto období je přiměřený strach z bolesti a smrti, strach z anestezie, strach ze změny těla po operacích, strach z vedlejších účinků radioterapie a chemoterapie (např. ztráta vlasů), strach z izolace, samoty, opuštění. Maladaptivní reakce jsou striktní odmítání či odkládání chirurgického řešení, hledání pouze alternativních postupů, neustálé vyhledávání dalšího lékařského pohledu a závislost na sociálním systému. V období po léčbě je normální reakce přiměřená úzkost, deprese a strach z recidivy, maladaptivní je těžká klinická deprese a úzkost. Případná recidiva vede ke zvýšenému stresu a zklamání. Pacienti ji prožívají podobně jako v období diagnostickém, ale většinou intenzivněji. V období terminálním je normální reakcí strach z opuštění a ztráty, z přerušení kontinuity, z nejistoty, z bolesti, z nedokončených úkolů, z neznámého, strach z toho, co přijde po smrti. Řada pacientů bilancuje. Maladaptivní reakcí v tomto období je těžká reaktivní deprese a akutní deliria (9). Vztah mezi onkologem a pacientem proto patří ve všech fázích onkologického onemocnění do faktorů, které mohou ovlivnit reakce pacienta, efekt léčby, spolupráci i komorbiditu. Pacient vnímá i vztahy mezi personálem (10).

Komorbidita

Rizikové faktory ovlivňující výskyt psychických potíží u onkologických onemocnění jsou také komplexní: je to věk pacienta, premorbidní psychiatrické onemocnění, další souběžný stres, neadaptivní přijetí změn ve vzhledu a fungování, pesimismus a vyhýbavé styly zvládání. V oblasti sociální to mohou být problémy v důležitých vztazích, nedostatek sociální opory a nedostatek aktivit, koníčků a potěšení z nich. V oblasti léčby onkologické nemoci je to například neléčená bolest (11), záchvatovitá onemocnění (12), léčba cytotoxickými léky, viditelné fyzické deformity po chirurgických zákrocích, špatná prognóza a další typické somatické projevy týkající se konkrétní diagnózy (13). Duševní stav mohou také negativně ovlivnit medikace (steroidy), metabolické stavy (hyperkalcemie), metastázy centrálního nervového systému a hormony.

Prevalence psychiatrických poruch je u onkologických pacientů celkově vyšší než v běžné populaci: 40–60 % z nich vykazuje diagnostikovatelnou psychickou poruchu (14). Převažující komorbidita v jakékoliv fázi onkologické nemoci je: 1. úzkost vztahující se ke zdraví (až u 37 % pacientů), 2. skleslost (až u 29 % pacientů), 3. alexithymie (až u 26 % pacientů),

4. poruchy přizpůsobení (40–50 % pacientů), 5. deprese a úzkostné poruchy (40–50 % pacientů), 6. posttraumatická stresová porucha (40–50 % pacientů) a 7. organické duševní poruchy (20–40 % pacientů) (15). Většinu psychických potíží představuje maladaptivní zvládání nepřiměřené zátěže (onkologická diagnóza a náročná léčba) a deprese. V terminálním stadiu onemocnění je nutné rozlišit přirozený existenciální stres od klinické deprese. Prevalence deprese v terminálních stádiích vzrůstá až na 77 % pacientů (16). Pacienti mají v této fázi oproti běžné populaci až pětadvacetkrát zvýšené riziko suicidia anebo žádosti o urychlení smrti (17). Prevalence úzkostných poruch v terminálních stádiích se pohybuje mezi 15–28 %. Úzkost se může projevovat v rámci adaptační poruchy s úzkostnou nebo depresivní náladou; v souvislosti se samotnou somatickou nemocí a její léčbou, nebo jako exacerbace premorbidní úzkostné poruchy. Léčba deprese a úzkosti v rámci biopsychosociálně-spirituálního modelu je jednou z možností, jak snížit utrpení pacientů na konci života (18).

Závěr

Na vznik, průběh, léčbu i přežití rakoviny má vliv individuální souhrn biopsychosociálních faktorů. Psychologické faktory mají významnou roli v negativním ovlivňování kvality života pacienta, jeho mezilidských vztahů a chování (zachovávání a dodržování léčby, maladaptivní zvládací strategie a udržování rizikového chování) a při

stanovení možné prognózy a přežití. Protože se i důsledky léčby rakoviny projevují na úrovni somatické, emoční, sociální a spirituální, také její léčba by měla být multidisciplinární.

Literatura

1. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129–136.
2. Borrelli-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine* 2004; 2: 576–582.
3. Buttow PN, Coates AS, Dunn SM. Psychosocial predictors of survival: metastatic breast cancer. *Ann Oncol* 2000; 11: 469–474.
4. Edelman S. Relationship between psychological factors and cancer: An update of the evidence. *Clinical Psychologist* 2005; 2(9): 45–53.
5. Faller H, Bulzebruck H, Drings P, Lang H. Coping, distress and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 756–762.
6. Tjihuis MAR, Elshout JRAF, Feskens EJM, Janssen M, Kromhout D. Prospective investigation of emotional control and cancer risk in men. *Cancer causes and control* 2000; 11: 589–595.
7. Tschuschke V. Psychoonkologie, Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. Stuttgart: Schattauer, 2006.
8. Watson M, Homewood J, Haviland J, Bilss JM. Influence of psychological response on breast cancer survival: 10 year follow-up of a population-based cohort. *Eur J Cancer* 2005; 41: 1710–1714.
9. Praško J, Vyzula R. Diagnostika a léčba psychických poruch v onkologii. In: Herman E, Praško J, Seifertová D. eds. Konziliární psychiatrie. Praha: Galén, 2007: 221–233.
10. Jirkovský D. Psychická pracovní zátěž u vybraných skupin všeobecných sester. In: Jirkovský D. ed. Cesta k modernímu ošetřovatelství XI. – recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2009: 52–56.

11. Kozák J, Vrba I, Steindler J. Použití periferní nervové stimulace u případu neztížitelné neuropatické bolesti, kazuistika. *Bolest* 2011; 14: 2: 82–88.

12. Javůrková A. Úzkostné poruchy u epilepsie a kognitivně behaviorální terapie. *Československá psychologie* 2003; 5(47): 460–469.

13. Knight SJ. Oncology and Hematology. In: Camic P, Knight SJ. eds. *Clinical handbook of health psychology*. Cambridge: Hogrefe & Huber, 2004: 233–261.

14. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Pentan D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751–757.

15. Grassi L, Biancosino B, Marmai L, Rossi E, Sabato S. Psychological Factors Affecting Oncology Conditions. In: Porcelli P, Sonino N. eds. *Psychological Factors Affecting Medical Conditions. A New Classification for DSM – V*. Basel: Karger, 2007: 57–72.

16. Block SD. Assessing and Managing Depression in the Terminally Ill Patient. *Annals of Internal Medicine* 2000; 132: 209–218.

17. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1185–1191.

18. Raudenská J, Javůrková A. Diagnostika a zvládání deprese v terminálním stádiu nádorového onemocnění. *Paliativní medicína a léčba bolesti* 2011; 1(4): 12–15.

19. Hürny C. Psychische und soziale Faktoren in Entstehung und Verlauf maligner Erkrankungen. In: Uexküll, TV. Ed. *Psychosomatische Medizin*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1996: 953–969.

20. Anandarajah G. The 3 H and BMSEST Models for Spirituality in Multicultural Whole-Person Medicine. *Annals of Family Medicine* 2008; 6: 448–458.

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.
Oddělení klinické psychologie FN
v Motole a 2. LF UK
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
jaroslava.raudenska@fnmotol.cz

