

Psychologický přístup k pacientovi s pokročilým karcinomem prostaty

MUDr. Mgr. Marie Opatrná, Ph.D.

Onkologická klinika VFN a 1. LF UK Praha

Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK Praha

Pacient má právo na informace a je konfrontován s pravdou o svém život ohrožujícím onemocnění. Lékař je povinen pacienta informovat a je konfrontován s jeho reakcemi. Oba si vytvářejí obranné strategie, které jim ztěžují vzájemnou komunikaci.

Klíčová slova: pokročilý karcinom prostaty, lidská práva, paternalismus, pia fraus, pravda, smrt.

Psychological approach to the patient with advanced prostate cancer

The patient has the right to information and is confronted with the truth about his life-threatening disease. The physician is obliged to inform the patient and is confronted with his reactions. Both create defensive strategies that burden their communication.

Key words: advanced prostate cancer, human rights, paternalism, pia fraus, truth, death.

Urol. praxi, 2013; 14(1): 22–24

Motto: *Není v silách lékaře zvládnout každou situaci dokonale medicínsky, ale vždy by ji měl zvládnout psychologicky.*

prof. Vladimír Vondráček

Karcinom prostaty

Karcinom prostaty je v celosvětovém měřítku druhým nejčastěji diagnostikovaným karcinomem mužů a pátým nejčastěji se vyskytujícím karcinomem vůbec (1). V České republice je tento zhoubný novotvar třetím nejčastěji se vyskytujícím nádorovým onemocněním mužů. Ve srovnání incidence s ostatními zeměmi světa zaujímá naše země 31. místo. Ačkoli incidence výrazně stoupá (v roce 2009 dosáhla 68,43/100 000 mužů), mortalita je stacionární. Nicméně karcinom prostaty je třetí nejčastější příčinou úmrtí na zhoubný nádor u mužů v ČR (2). Poslední uvedené číslo podtrhuje závažnost problematiky a odkazuje k nezbytnosti dobré komunikace a kvalitního psychologického přístupu k nemocným.

Třebaže nádor v počátečním stadiu nemusí nemocnému působit žádné subjektivní obtíže, lokálně pokročilý nebo generalizovaný karcinom prostaty, obdobně jako jiná nádorová onemocnění, je provázen řadou nepříjemných symptomů. Další zátěží pro pacienta jsou vedlejší účinky léčby (3), které spolu s progresí onemocnění mohou významně ovlivnit kvalitu života nemocného a jeho blízkých.

Opustili jsme paternalismus a pia fraus?

Sdělování nepříznivých informací i konfrontace s pravdou o vážné, život ohrožující nemoci jsou pro člověka – lékaře i pacienta – velice

obtížné. Do této problematiky vstupuje řada vědomých i nevědomých psychologických, sociálních i duchovních a kulturních proměnných (4). Poválečný vývoj v západních zemích vedl k postupným hlubokým změnám ve vztahu lékař – pacient. Od roku 1948, kdy Valné shromáždění OSN vyhlásilo Všeobecnou deklaraci lidských práv, se rozvíjely normy týkající se lidských práv, které ovlivnily i oblast medicíny – od začátku sedmdesátých let 20. století se objevují první formulace základních práv nemocných (5). V roce 1972 publikovala E. Kübler-Rossová svou práci s názvem Rozhovory s umírajícími, kde formulovala zákonitosti psychické odezvy na příchod a rozvoj vážné nemoci. Ona a později i další autoři prokázali, že psychická odezva probíhá relativně autonomně a není závislá jen na informacích, které pacient získá od lékaře (6). Dále se ukázalo, že pia fraus zdaleka nehraje předpokládanou protektivní roli (zachování naděje, ochrana před úzkostí, atp.), ale že spíše pacienta zatěžuje (pacient „ví“, ač nebyl informován; žije v nejistotě a v představách, které mohou být černější než sama skutečnost).

Vstup lidských práv do lékařské etiky a medicíny obecně a uvedení do porozumění reakci lidské psychiky na závažné onemocnění vedly, vedle mnoha dalších faktorů, k postupnému opouštění paternalismu a s ním související milosrdné lži a přechodu k respektu k autonomii pacienta a k rozvoji jeho práv. Vztah lékař – pacient se tak začal postupně měnit z paternalistického na partnerský. Od začátku 90. let se v Evropě připravovala Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti ve vztahu k medicíně a biologii, jejíž text byl přijat Výborem ministrů Rady Evropy

v r. 1997 a současně byl předložen k podpisu členským zemím. Ochrana důstojnosti a identity a respekt k přání být či nebýt informován o vlastním zdraví jsou součástí tohoto textu, na nějž později navázaly texty dalších evropských doporučení týkající se problematiky důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících. V rámci práva na sebeurčení mají nemocní právo na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o zdravotním stavu, současně však má být respektováno přání jedince, který nechce být informován (4).

V našich podmínkách se, s určitými výjimkami, začalo veřejně diskutovat o lékařském paternalismu a o možném negativním dopadu pia fraus na pacienta až po sametové revoluci. Etický kodex České lékařské komory z r. 1995 konstatoval, že: „Lékař se má vzdát paternalistních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy a povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví“ (6). Nicméně možnost využití pia fraus, resp. neposkytnutí informací bylo Etickým kodexem ČLK stále „legalizováno“: „Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčil jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké“ (6). Ještě před deseti lety H. Haškovcová konstatuje: „Množí se případy AIDS. Zatímco u malignit je pia fraus stále obvyklá, nemocní s pozitivním HIV antigenem jsou informováni o závažném nálezů v plném rozsahu“ (6). Až v roce 2007, devět let po té, kdy Česká republika podepsala Úmluvu na ochranu lidských práv, Česká lékařská komora vypouští

z textu Etického kodexu možnost zadržení informací: „Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat“ (7). V této souvislosti je třeba zmínit i první odstavec Etického kodexu, který souvisí nejen s lékařskou etikou, ale uvádí i základní předpoklad pro psychologický přístup k nemocnému s chronickým, život ohrožujícím onemocněním. Tím je úcta ke každému lidskému životu a respekt k důstojnosti člověka: „Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví [...] v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince“ (7). Pociť ztráty důstojnosti může lékař významně ovlivnit, a to jak kladně – svým správným psychologickým přístupem k nemocnému, tak negativně – svou lhostejností, nezájmem, nadměrným sebevědomím, arogancí atp. (8).

Pacient

Současný pacient má tedy na základě práva na sebeurčení právo na pravdivou, úplnou, citlivě podanou informaci o zdravotním stavu. Jak už bylo zmíněno výše, E. Kübler-Rossová popsala křivku psychické odezvy na příchod a rozvoj vážné nemoci. Jednotlivé fáze (šok, popření/negace, zloba/vzdor/agrese, smlouvání, deprese, smíření/rezignace/zoufalství) se střídají, vracejí, prolínají a vyskytují se nejen u pacienta, ale také u jeho blízkých. Pacient s karcinomem prostaty, který většinou probíhá chronicky řadu let, než přejde do pokročilého generalizovaného stadia, jednotlivými fázemi znovu a znovu prochází.

Pro popis toho, co pacient prožívá, progreduje-li nádorové onemocnění, můžeme použít rovněž Jungovo metaforické líčení: „Když jsme však sami a je noc a tak temno a ticho, že neslyšíme a nevidíme nic než myšlenky, které sečítají a odečítají roky života, když nevnímáme nic než řadu těch nepříjemných skutečností, které nemilosrdně dokazují, jak daleko pokročila ručička hodin, nic než pomalé a nezadržitelné přibližování černé zdi, která s konečnou platností pohltí všechno, co miluji, co si přeji, v co doufám a o co usiluji, pak se všechny životní moudrosti schovávají do neodhalitelné skrýše a na člověka, který nemůže spát, padne úzkost jako dusivá přikrývka“ (9).

Metodu etnografického výzkumu zvolila pro svůj výzkum práva na informace, práce s nimi i dopadu na onkologického pacienta holandská

antropoložka A. M. Theová. Původní záměr vědecky zpracovat, jak probíhá proces rozhodování o eutanázii a komunikace na toto téma mezi lékařem a pacientem, musela Theová opustit, vzhledem k tomu, že si všimla „neoprávněného optimizmu“ u pacientů plně informovaných, a to i o infaustní prognóze. „Abych porozuměla tomu, co se děje, zkusila jsem se dívat se na věc očima všech zúčastněných protagonistů a vidět věci z jiného úhlu pohledu.“ Zkoumala celé příběhy nemocných v jejich širokém kontextu, s atmosférou, chaosem, pozadím a komplexitou, a to u nemocných s maximální prognózou dvou let (10).

Poznatky a závěry z jejího výzkumu potvrzují a upřesňují křivku psychické odezvy E. Kübler-Rossově a rozšiřují naše poznatky o tom, co prožívají pacienti s generalizovaným nádorovým onemocněním. Po sdělení „špatné zprávy“ (diagnóza, závažnost/pokročilost onemocnění, progresse, ukončení onkologické léčby) dochází k šoku a nemocní zakoušejí beznaděj a procházejí existenciální krizí. Následuje střídání optimizmu s beznadějí a strachem podle toho, zda se daří onkologickou léčbou onemocnění ještě stabilizovat či progresi zpomalit. Postupně optimizmus stále více ustupuje zoufalství nad nemožností léčebně nemoc ovlivnit. Osobně se však setkávám i se skutečností, že někteří pacienti ještě několik hodin před smrtí doufají v pozitivní zvrat a nejsou ochotni si připustit závažnost situace a svůj odchod z tohoto světa. Stejný jev lze pozorovat i u některých blízkých, kteří, ač rovněž plně informováni, nevěří, že pacient opravdu umírá.

Theová dochází k závěru, že pacienti často pohlížejí na svou nemoc jako na osobní „křížovou výpravu“, jako na něco, co mohou vybojovat. Dalším důvodem může být kulturně a společensky podmíněné „vyprávění o zlepšení“, se kterým se můžeme setkat nejen u pacientů, ale také ve filmech, televizních pořadech, populárně vědeckých článcích. Okolí nemocného chce slyšet, že člověk, včera zdravý, je sice dnes nemocný, ale zítra mu bude lépe díky lékařské vědě. Pokud okolí slyší od pacienta něco jiného, neví, jak reagovat. Nemocní si vytvářejí příběh o zlepšení i příběh o zoufalství, které splývají do jediné reality. Ale „veřejný“ příběh o zlepšení, ač se ho snaží držet v zájmu své vlastní ochrany, se postupně rozplývá a pro nemocné je obtížné si přiznat, že se mýlili, že šlo jen o iluzi. Vědomí blížící se smrti zostřuje již dříve probíhající kolísavou existenciální tíseň, kdy otevřená budoucnost, tj. fenomén naděje, je ohraničená stále jistější smrtelnou jistotou. Existenciální tíseň je nejhůře ovlivnitelným faktorem v prožívání ne-

mocného, a to zvláště tehdy, jestliže víra v medicínu, která pro nemocného hrála roli náboženské víry, se s progredující nemocí vytrácí, a nemocný zůstává ve „vakuu“, se kterým si neví rady, protože mu mnohdy schází vlastní náboženská víra nebo jiná víra, která by tuto v dostatečné míře zastupovala a o kterou by se mohl opřít.

Lékař a psychologický přístup k pacientovi

Psychologický (podle některých autorů psychoterapeutický) přístup k pacientovi má být součástí odborné kompetence každého lékaře vedle jeho specializace v některém oboru medicíny (11). Základním předpokladem takového přístupu není v první řadě dostatek času, ale cit pro pochopení situace nemocného. C. Rogers, zakladatel psychoterapeutické školy zaměřené na klienta, popsal vztahovou nabídku, jejíž součástí je právě empatie a dále pak autenticita a akceptace. **Empatie** je definována jako porozumění vcítěním. Jedná se o schopnost vcítěním pochopit motivy chování nemocného (proč jedná tak, jak jedná) a orientovat se v jeho prožívání a ostatních oblastech jeho duševního života (vnitřním náhledu na situaci, vztahy, hodnoty atd.). Podle J. Vymětala „psychologicky porozumět znamená především lidsky porozumět“ (12). Na druhou stranu v lékařské praxi obecně, především však v práci s nemocnými trpícími chronickým, život ohrožujícím onemocněním, je třeba dbát na to, aby empatie nevedla k identifikaci, tj. k vnitřnímu ztotožnění s pacientem. Empatický lékař by neměl ztratit subjektivní odstup jednak proto, aby mohl objektivně rozhodovat, jednak proto, aby se chránil před syndromem vyhoření. **Autenticita** lékaře v sobě spojuje autoritu a pravdivost, které se podílejí na vytváření vztahu důvěry. Lékař bez autority, která spočívá především v záruce pomoci, není plně lékařem. „Být autentickým neznamena nezdrženlivě projevovat své city, myšlenky, názory, nýbrž především neprojevovat něco, co je v rozporu se mnou samým“ (12). Propojení autority a autenticity vede lékaře k taktosti a ohleduplné upřímnosti, které jsou pacienty i jejich blízkými očekávány a vysoce ceněny. **Akceptace** je třetím prvkem, který C. Rogers ve své vztahové nabídce popsal. Znamená přijetí pacienta takového, jaký je, a to s veškerou úctou, která náleží plnohodnotné lidské bytosti. Lékařem projevovaný osobní zájem je známkou spoluúčasti na situaci a zmenšuje asymetrii vztahu, usnadňuje komunikaci, působí anxiolyticky a antidepresivně tím, že pacient přestává být lidsky sám ve svém prožívání závažnosti zdra-

votního stavu (12). Do oblasti akceptace rovněž spadá akceptace emočního projevu nemocného se znalostí skutečnosti, že čím bouřlivější reakce je, tím rychleji odezní a naopak – čím je reakce rozumnější, tím delší a obtížnější je vyrovnávání. Schopností spojit všechny tři prvky vztahové nabídky zmenšuje lékař asymetrii vztahu, usnadňuje nemocnému komunikaci a vyjadřuje svůj zájem a podporu: jsem tu s tebou a pro tebe a snažím se ti porozumět a pomoci ti všemi prostředky, které mám k dispozici. Mezi známky podpory patří i schopnost mlčení, které je rovněž součástí lidské komunikace, a to tehdy, má-li charakter „spolubytí“, kde slova by znamenala útek z reality či rušila „posvátnost ticha“.

Vedle uvedených faktorů jsou pro vztah a kvalitní komunikaci s vážně nemocným nezbytné rovněž komunikační dovednosti, osobní zralost a morální vyspělost. Veškerá odborná literatura vztahující se k tématu vztah lékař – pacient, resp. ke komunikaci v paliativní péči, hovoří o nezbytnosti vyrovnání se s konečností vlastní existence a s jejím přijetím. Akceptace vlastní smrtelnosti zlepšuje kvalitu vztahu lékař–pacient, vede k větší odpovědnosti a chrání psychiku lékaře. Naopak latentní strach ze smrti může být projikován na pacienty, vede k vnitřní nejistotě, navenek pak k vytváření komunikačních bariér např. formou střízlivé věcnosti či nevědomému vyhýbání se konfrontaci s komplexem smrti a umírání (13).

Navzdory doporučením psychologů každý lékař z praxe ví, že ho smrt jeho pacienta vždy určitým způsobem zasáhne, ať už je s konečností vlastní existence vyrovnán více či méně. Ačkoli smrt ukončí často nemalé utrpení nemocného a lze ji proto chápat jako vysvobození, přesto zůstává pro člověka něčím cizím a neznámým, tím, co vyvolává ohrožení a z něho plynoucí úzkost. Zůstává zlem, před nímž se veškerá „lidská moudrost skrývá“, a tudíž i obávaným tématem komunikace. A třebaže je kladen důraz na to, že lékař by smrt pacienta neměl brát jako prohru, realita je jiná. Vědomí, že pacient spěje ke smrti, pak silně ovlivňuje komunikaci lékaře s pacientem, jehož prognóza je infaustní.

Theová ve své studii popsala i další formy obrany lékařů při sdělování nepříznivých zpráv, resp. při komunikaci s vážně nemocnými. Typickými vlastnostmi rozhovoru s pacientem v pokročilém stadiu onemocnění, resp. při sdělování nepříznivých informací je snaha „individualizovat prognózu“ a dále náhlý tematický posun, přesměrování komunikace a odvedení pozornosti k tomu, co se dá dělat (možnosti dalších vyšetření a léčby). Potřebou

západní kultury je mít všechno pod kontrolou a považovat všechny problémy za zvladatelné a řešitelné. Objevuje se tudíž tendence rozmělnit problémy, s nimiž nechceme být konfrontováni, protože je nedokážeme vyřešit. Z velkých problémů děláme menší, které jsou řešitelné nebo alespoň zvladatelné. Díky svému optimistickému postoji, že vše lze vyřešit, rozdrobíme cestu ke smrti na úseky, které jsou emočně únosné. Do obrany lékařů patří i mistrnost „v zastřené mluvě“ a uzavírání „mlčenlivé dohody“ s pacienty: ani jedna strana se nevyjadřuje jednoznačně, lékař chce i nechce informovat pacienta o závažnosti nemoci („rozsudku“ smrti), pacient chce i nechce slyšet, protože není schopen se s pravdou vyrovnat (10). „Nestačí“ totiž na život s utrpením a s nemocí, která ho nezadržitelně přibližuje k černé zdi a bere mu všechno, co si přeje a co miluje.

Závěr

Pacient má právo na informace a je konfrontován s pravdou, ví a zároveň nechce vědět; současně prožívá „skryté pochopení“, nezávislé na informacích zvenku. Lékař je povinen pacienta informovat a je konfrontován s reakcemi pacienta. Konfrontace s faktem, že onkologická léčba je vyčerpaná a onemocnění nezadržitelně spěje ke svému konci, není pro lékaře bezvýznamnou skutečností, zvláště má-li pacienta v péči delší dobu. Ve vztahu k nemocným s progredující chorobou zůstává mnohdy bezradnost, jak vést komunikaci v daném konkrétním případě. Přetrvávají také obavy z emocí pacienta a z rozhovoru na téma smrt. Máme potřebu „něco dělat“ a léčba napomáhá zvládat pacientův strach ze smrti a vychází jeho touze žít. Opustili jsme pia fraus, která byla břemenem především pro pacienta, zatímco lékaře spolu s paternalizmem chránila a umožňovala mu dostatečný odstup od pacienta. V současné době jsme však zatíženi jiným břemenem – nevíme si rady s pravdou. Stojíme znovu a znovu před dilematem, jak pravdivě informovat a přitom nebrat pacientovi naději, kterou chová.

Člověk je jedinečná a neopakovatelná bytost, žije jedinečný životní příběh, má jedinečný pohled na život, na život s nemocí a utrpením, na umírání a smrt. Neexistuje a ani nemůže existovat univerzálně platný návod, jak postupovat. Vždy se musí jednat o vysoce individuální přístup k nemocným, a to i s toutéž diagnózou. Psychologický přístup k pacientovi s pokročilým karcinomem prostaty je lidský přístup ke každé jedinečné bytosti, která je konfrontována s blížícím se koncem života na této zemi. Je součástí lékařského umění.

Vzhledem k náročnosti problematiky je v současné době nezbytné, aby o nemocné s pokročilými formami nádorového onemocnění pečoval i psycholog a nemocniční kaplan. Duchovní témata jsou sice na přelomu tisíciletí módní záležitostí (14), nicméně snaha o řešení existenciálních a duchovních problémů nemocných může zmírnit existenciální tíseň, a tak přispět ke kvalitě života nemocného (15). Práce kaplana napomáhá i snadnější komunikaci mezi lékařem a pacientem tím, že kaplan doprovází nemocného a pracuje s obtížnými tématy, jako je např. smysl života, transcendence, vina a odpuštění nebo smrt.

Literatura

1. Prostate Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008 Summary. GLOBOCAN 2008, Cancer Fact Sheet. [cit. 2012–11–15]. Dostupný z [www: http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp](http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp).
2. Epidemiologie zhoubných nádorů v ČR [cit. 2012–11–20]. Dostupný z [www: www.svod.cz](http://www.svod.cz).
3. Vítek P, Novotný J. Karcinom prostaty. In: Novotný J, Vítek P, a kol. Onkologie v klinické praxi. Standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů. Praha: Mladá fronta 2012.
4. Opatrná M. Etické problémy v onkologii. Praha: Mladá fronta 2008.
5. Munzarová M. Zdravotnická etika od A do Z. Praha: Grada 2005.
6. Haškovcová H. Lékařská etika, třetí rozšířené vydání. Praha: Galén 2002.
7. Etický kodex České lékařské komory [cit. 2012–11–24]. Dostupný z [www: http://www.lkcr.cz/clk-2.html](http://www.lkcr.cz/clk-2.html).
8. Munzarová M. Důstojnost člověka v kontextu lékařství. In: Ptáček R, Bartůněk P, a kol. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada 2011.
9. Jung CG. Duše moderního člověka. Brno: Atlantis, 1994.
10. Theová A.M. Paliativní péče a komunikace. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007.
11. Beran J, Tumpachová N. Základy lékařské psychologie pro studenty lékařství. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum 2009.
12. Vymětal J. Lékařská psychologie. Praha: Portál 2003.
13. Bolelucky Z. Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní péči. In: Vorlíček J, Adam Z, Pospíšilová Y, a kol. Paliativní medicína. Praha: Grada, 2004.
14. Čierná J, Mamula J. Duchovní témata a krize. In: Vodáčková D, Krizová intervence. Praha: Portál, 2002.
15. Opatrná M. Klinická pastorační péče. In: ONKOKURZ, elektronická skripta Onkologické kliniky VFN a 1.LF UK. [cit. 2012–11–15]. Dostupný z [www: http://www.onkokurz.cz/](http://www.onkokurz.cz/).

Článek přijat redakcí: 25. 11. 2012

Článek přijat k publikaci: 7. 1. 2013

Autorka prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno farmaceutickou firmou.

MUDr. Mgr. Marie Opatrná, Ph.D.

Onkologická klinika VFN a 1. LF UK,
Ústav pro humanitní studia
v lékařství 1. LF UK, Praha
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2
marie.opatrna@gmail.com



**Komentář k článku Opatrné M. „Psychologický přístup k pacientovi s pokročilým karcinomem prostaty“
Urol. praxi, 2013; 14 (1): 22–24.**

Urol. praxi, 2013; 14(1): 25

Nádorová onemocnění obecně představují nejen medicínský ale i společenský, ekonomický, etický a komunikační problém. Z relativně zdravého člověka se sdělením, že mu bylo diagnostikováno nádorové onemocnění, v průběhu krátké chvíle stává onkologický pacient. Poté přichází období, ve kterém se střídají fáze šoku, zloby, popření, smlouvání, rezignace, deprese, následně se dostaví fáze vyrovnání či odevzdání. Důležitou roli v komunikaci mezi zdravotnickým personálem a onkologickým pacientem sehrává důvěra, vzájemný, na toleranci a úctě vytvořený vztah. U pacienta s karcinomem prostaty, vzhledem ke „chronicitě“ jeho onemocnění, je potřeba zabývat se nejen péčí psychologickou ale i sociální. Jacobsen (1) zahrnuje psychosociální péči jako souhrn různých klíčových složek souvisejících s realizací psychických, behaviorálních a sociálních funkcí, zahrnuje léčbu psychického strádání, podporu zdravých způsobů chování a léčbu tělesných příznaků (např. únavy), které je možno ovlivnit psychosociálními intervencemi. Lékař poskytuje onkologicky nemocným psychosociální pomoc v široké škále, a to jak od léčby základního onemocnění, tak léčby úzkosti, deprese, bolesti přes léčbu nežádoucích psychických příhod až po možnosti řešení sociálních problémů. Vztah lékař pacient často narušují opakované a stále stejné dotazy na průběh onemocnění nebo jeho terapii. Některé otázky, zejména ty, které souvisí s konečnou fází onemocnění, není lehké validně zodpovídat. Pacient má sice právo na pravdivé informace, ale v některých případech o ně nejvíce zájem. V běžné praxi se setkáváme s nemocnými, kteří chtějí být „klamáni“ a chtějí zatajovat pravdu o realitě v zájmu přetrvávání své pohody. Ale i v těchto případech by nemocný měl mít pocit, že na zvládnutí tak závažné nemoci není sám. Karcinom prostaty je nemoc, která se týká pouze mužů. Pro ně je důležité vyřešit otázky případné existenční tísně rodiny, smířit se se změnami v sexuálním životě nejen svým ale také partnerky. Ze strany lékaře ale i ostatního ošetřujícího personálu je potřebná dostatečná dávka empatie. Jak psychickou podporou, tak správným léčebným postupem lze dosáhnout toho, aby pacienti i jejich blízcí prožívali život co nejkvalitněji.

Literatura

1. Jacobsen PB. Clinical practice guidelines for psychosocial care of cancer survivors: Current status and future prospects. *Cancer* 2009; 115: 4419–4429.

MUDr. Jana Katolická, Ph.D., Onkologicko-chirurgické oddělení, FN u sv. Anny, Brno, Pekařská 53, 656 91 Brno, jana.katolicka@fnusa.cz