

# Diagnostika a zvládání deprese v terminálním stádiu nádorového onemocnění

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.<sup>1</sup>, PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Oddělení klinické psychologie, 2. LF UK a FNM v Motole, Praha

<sup>2</sup>Oddělení klinické psychologie, FN Královské Vinohrady, Praha

Pacienti se v terminálním stádiu nádorového onemocnění nachází ve fázi různě hlubokého smutku a musí čelit masivnímu strachu. Článek se proto zaměřuje na diferenciální diagnostiku a zvládání normálního smutku a klinické deprese. Maladaptivní reakcí je v tomto období těžká reaktivní deprese. Diagnostika a následná léčba deprese v paliativní léčbě může zlepšit kvalitu života umírajících i jejich rodin.

**Klíčová slova:** terminální stádium onkologického onemocnění, normální truchlení, klinická deprese, suicidální myšlenky, přání urychlit smrt, bolest.

## Diagnostic and coping with depression in terminal stage of cancer

Patients in terminal stage of cancer are in period of differently low sadness and have to face to massive fear. That is why the article focuses on differential diagnostic and coping with normal grief and clinical depression. Maladaptive reaction in that stage is serious reactive depression. Diagnostic and following treatment of depression in palliative treatment can improve quality of dying and their families.

**Key words:** terminal stadium of oncological illness, normal grieving, clinical depression, suicidal ideations, wish to hasten death, pain.

Paliat. med. liec. boles., 2011, 4(1): 12–15

## Úvod

Pokud pacient trpí onemocněním ohrožujícím život, je to nejen pro něho, ale i okolí, potencionální katastrofa. Je konfrontován s pocitem vlastní smrtelnosti, což téměř pro každého znamená akutní psychický stres. Psychické potíže souvisí se závažností, stádiem a léčbou onkologického onemocnění. V terminálním stádiu mohou negativně ovlivnit duševní stav i medikace (steroidy), metabolické stavy (hyperkalcemie), metastázy centrálního nervového systému, hormony a ostatní faktory. Také příznaky nemoci jako je bolest, dušnost, nauzea, zvracení, ztráta chuti k jídlu, ztráta mobility, slabost včetně sekundárních příznaků vyvolaných léčbou mohou nejen ovlivnit jakým způsobem proces umírání probíhá, ale i vyvolávat sekundární úzkost, bezmoc, skleslost, depresivní ladění, anticipační smutek pro ztrátu a další. Psychologické potíže ovlivňují i pacientovu schopnost se z něčeho těšit, kvalitu života, zesilují intenzitu bolesti, snižují pacientovu schopnost emočně se rozloučit a říci sbohem a jsou příčinou trápení rodiny.

## Deprese v terminálním stádiu

Až 40 – 60 % všech onkologických pacientů vykazuje nějakou diagnostikovatelnou psychickou poruchu (8). Deprese v jakékoliv fázi onkologické nemoci se vyskytuje až u 40 – 50 % pacientů (10). U pacientů s nádorovým onemocněním může mít deprese několik příčin: 1. je vyvolána základním somatickým onemocněním, medikací či jinou léčbou (organická depresivní porucha, poruchy

**Tabulka 1.** Indikátory deprese u terminálně nemocných

1. Psychologické symptomy	dysforie, depresivní nálada, smutek, plačtivost, nedostatek potěšení, beznadě, bezpomo, bezcennost, sociální stažení, pocity viny, suicidální představy
2. Ostatní	nezvladatelná bolest, nepřiměřený zájem o somatické potíže, neúměrný hendikep, špatná spolupráce v léčbě, odmítnutí léčby, lékař se cítí bezmocný, má nechuť a nezájem o léčbu pacienta, léčba kortikosteroidy, interferony
3. Anamnéza	pozitivní osobní nebo rodinná anamnéza na závislost, depresi, nebo bipolární poruchu

způsobené užíváním např. opioidů, hypnotik, stimulantů, ozařováním a další); 2. pacient trpěl depresí jako premorbidním onemocněním; nebo 3. je psychologickou reakcí na stres související s nemocí (17). Deprese v terminálním stádiu onkologického onemocnění vzniká nejčastěji v důsledku adaptace na zvládání nepřiměřené zátěže (onkologická diagnóza, konec života, náročná léčba, bolest) (18). Prevalence deprese v terminálních stádiích tak vzrůstá až na 77 % pacientů (3). Indikátory deprese mohou být psychologické symptomy, symptomy nemoci a anamnestická data, blíže je ukazuje tabulka 1. V terminálním stádiu onkologického onemocnění je ale při diagnostice deprese nutné odlišit normální smutek spojený s normálním procesem truchlení, klinickou depresi a suicidální myšlenky, což ukazujeme dále názorně na kazuistikách. Například skleslost (angl. demoralization) jako klinický syndrom oddělený od diagnózy deprese je u onkologických pacientů v terminálním stádiu velmi běžný. Definici syndromu skleslosti popisuje tabulka 2.

Pacienti v terminální fázi onkologického onemocnění mají oproti běžné populaci až 25-krát zvýšené riziko suicidia, nebo žádosti o urychlení

**Tabulka 2.** Syndrom skleslosti (13)

1. emoční symptomy existencionálního stresu (beznadě, ztráta významu a smyslu života)
2. kognitivní vyjádření pesimizmu, bezmocnosti, zažívání pocitu „jsem v koncích“, osobního selhání, budoucnosti bez jakýchkoliv hodnot
3. absence volního úsilí i motivace zvládnout a se situací se vyrovnat
4. odcizení, izolace a snížená sociální opora
5. kolísání v emoční intenzitě (trvá více než dva týdny)
6. v anamnéze pacienta nebyla zjištěna depresivní porucha

smrti (11, 15). Ukazuje se, že nejlepším prediktorem suicidia je beznadě (2). Důvodem může být ztráta kontroly obecně, ale i kontroly bolesti a dalších nepříjemných somatických problémů souvisejících s léčbou. Pacienti, kteří jsou schopni přijímat změny a omezení se významně méně často pokoušejí o suicidium než pacienti, kteří mají potřebu kontrolovat každý detail péče. Zvládání suicidia závisí na zhodnocení suicidálního rizika a přiměřené intervenci. Lékař by se měl od pacienta dozvědět, co zamýšlí, a zvážit závažnost suicidia a kvalitu vnitřní a vnější kontroly. Lékař by

měl pacienta empaticky poslouchat, umožňovat diskuzi, což může snížit tenzi a suicidiální napětí. Často se můžeme setkat s mýtem, že vyptávání na suicidium samotné suicidium spustí. Naopak, empatická diskuze s lékařem může pomoci najít pocit kontroly nad situací nemocného.

### Problémy v diagnostice deprese a bolesti

Obtíže v diagnostice deprese u terminálně nemocných jsou následující: 1. pacient i onkolog si často shodně myslí, že smutek je normální reakce na proces umírání a opomenou rozlišit přirozené nebo existenciální truchlení od klinické deprese; 2. onkolog může mít nedostatek klinických dovedností depresi diagnostikovat; 3. pacienti i lékaři často neochotně pomýšlí, že by terminální stav mohl mít vliv i na psychiku; 4. lékaři se vyhýbají diagnostice psychických problémů, aby nezpůsobili pacientovi, ale i sobě, další zátěž; 5. lékaři se bojí předepisovat psychofarmakologickou medikaci kvůli vedlejším účinkům; 6. lékař, který léčí umírajícího, se může cítit bezmocný, což může vést k terapeutickému nihilismu (4). Proto shrnujeme metody užívané v diagnostice deprese: je to pečlivá osobní anamnéza, klinický rozhovor, rozhovor s rodinou a pozorování. Z dotazníkových metod je možné užít sebehodnotící Beckovu, Zungovu nebo Hamiltonovu škálu deprese a škálu Montogomeryho a Asbergové. Metody je vhodné užít společně s algiesiologickým dotazníkem objektivně posuzujícím bolestivý stav (12). Algiesiologické vyšetření by vždy mělo mapovat i psychický stav umírajícího.

V diagnostice deprese u umírajících se setkáváme s několika dalšími specifickými problémy. Až polovina terminálně nemocných o depresi nemluví, protože se domnívají, že jim není možno pomoci, nebo, že je to normální a k nemoci to patří. Až u dvaceti procent pacientů v hospicích není účinně zvládnána bolest, nestěžují si, protože se domnívají, že jim stejně nebude pomoci (20). U umírajících pacientů s chronickou bolestí je také problém definovat, které somatické symptomy jsou typické pouze pro afektivní změny, a které pro chronickou bolest. Například v Beckově škále deprese (1) koreluje pozitivně intenzita bolesti se somatickými symptomy deprese. K podcenění deprese může dojít, když bychom somatické symptomy deprese opominuli. Druhý extrém je nadhodnocování deprese na základě výskytu somatických symptomů bolesti, které mohou měření deprese výrazně zvýšit. Jako nejvhodnější přístup v diagnostice deprese u umírajících pacientů s chronickou bolestí se proto ukazuje užívat alternativní diagnostická kritéria soma-

**Tabulka 3.** Klinické rozdíly normálního (přiměřeného) smutku a deprese u terminálně nemocných

Charakteristiky normálního smutku	Charakteristiky deprese
Pacient zažívá pocity a emoce, které jsou výsledkem ztráty a také se tak chová	Pacient zažívá pocity, emoce a chování, které splňují kritéria pro psychiatrickou poruchu: potíže jsou obvykle generalizované do všech oblastí života
Téměř většina terminálně nemocných zažívá smutek, ale pouze u menšiny propukne afektivní porucha, která vyžaduje léčbu	Deprese se vyskytuje u 1 – 77 % terminálně nemocných
Pacient se obvykle s potížením vyrovná sám	Lékařská péče je nezbytná
Pacient má somatické potíže, nepohybuje se, má poruchy spánku a chuti k jídlu, sníženou koncentraci pozornosti, je sociálně izolován	Pacient zažívá podobné symptomy plus bezpomoc, beznaděj, bezcennost, pocity viny a má suicidiální myšlenky
Smutek je spojen s progresí nemoci	Výskyt deprese se zvyšuje až na 77 % u terminálních stavů onkologické nemoci, bolest je jedním z nejrizikovějších faktorů
Pacient je schopen se z něčeho těšit	Pacienta netěší nic
Smutek přichází ve vlnách	Deprese je stálá
Pacient vyjadřuje pasivní přání, aby smrt přišla rychle	Pacient vyjadřuje intenzivně a stále suicidiální myšlenky
Pacient je schopen se dívat dopředu	Pacientovi chybí smysl pro pozitivní budoucnost

tických symptomů deprese v BDI: hodnocení změny chuti k jídlu a hubnutí se nahrazují posuzováním sklonu k pláči a depresivního vzhledu, ztráta energie a únavnost pesimismem, porucha spánku sociálním stažením a malou reaktivitou na vnější podněty. S využitím těchto substitučních položek byla nalezena porovnatelná prevalence deprese (9).

### Kazuistiky: normální truchlení, klinická deprese a přání urychlit smrt

Léčit pacienta terminálně nemocného, s psychickými potížemi a upoutaného na lůžko je často obtížné. Je ale těžké si představit, že by pacient zvládal konec života bez emočního stresu. Proto by měl lékař být schopen rozlišit mezi normálním truchlením, klinickou depresí a suicidiálními myšlenkami s přáním urychlit smrt. Problematiku ukazují tři následující kazuistiky.

#### Kazuistika 1 – Normální truchlení

*Pan Robert, 50letý majitel firmy, byl v terminální fázi plicního onemocnění upoután doma na lůžko a dlouhodobě léčen kyslíkovou terapií. Starala se o něho žena ve spolupráci s mobilní hospicovou péčí. Panu Robertovi dělalo starosti, jakou zátěž představuje pro ženu a děti. Finanční příjem rodiny sotva pokryl potřeby. Pan Robert se opakovaně hospicové sestry ptal, kdy by tak mohl očekávat, že zemře. Sestra se začala obávat o jeho duševní stav. Pokud se ho přímo ptala, zda pomýšlí na ukončení života, odpověděl, že ne, ale že mu dělá starosti jeho závislost na druhých a bezmocnost a že se cítí jako „tikající bomba“. Trávil čas spaním, koukáním na televizi a občas se snažil na lůžku dokončit dva projekty ve firmě. Lékař, který slyšel, co pan Robert*

*o smrti říkal, zvažoval závažnost jeho tvrzení. Byl pacient depresivní, nebo zažíval normální truchlení, které je součástí procesu umírání? Pacient neměl plán jak skoncovat se životem, proto lékař uzavřel, že je schopný zvládnout tuto obtížnou dobu. Pacient zažíval normální běžné truchlení.*

Klinické rozdíly mezi normálním truchlením a depresí u terminálně nemocných ukazuje tabulka 3. Pomůže lékařovi se v problematice celkem jednoduše a rychle zorientovat.

#### Kazuistika 2 – Depresivní pacientka

*Paní Františka byla 78letá žena s metastázami kostí a jater způsobené karcinomem prsu. Byla léčená paliativní chemoterapií. Byla katolička, žila s manželem a 40letou, mentálně retardovanou dcerou. Vždy vyžadovala radikální léčbu nádoru, aby se mohla starat o dceru. V poslední době si ale pacientka nepřála v léčbě pokračovat, cítila se slabá, nemocná, bezmocná a sužovaly ji bolesti. Byla léčená opiáty, ale na desetibodové vizuální analogové škále byla intenzita bolesti nejméně na bodě 3 a nejvýše na bodě 7. Bolest ji rušila v noci, nemohla až do čtyř hodin do rána spát. Měla špatnou chuť k jídlu, ztratila zájem o sebe, léčbu i o okolní svět. Protože pacientka razantně odmítala další paliativní léčbu, lékař začal uvažovat o depresi. Když se jí zeptal na budoucnost, odpověděla: „Nemám před sebou žádnou budoucnost. Obávám se, jakým utrpením a bolestí budu muset projít, bojím se co bude s dcerou a jak to všechno beze mě manžel zvládne. Pokud bych byla nevěřící, chtěla bych okamžitě eutanázii. Jen předělávám starosti manželovi a dceři“. Když se jí lékař zeptal přímo, zda je depresivní, odpověděla, že je nervózní, smutná a bezmocná a že kdokoliv jiný by se v její situaci cítil asi podobně.*

**Tabulka 4.** Diagnostika suicidálních myšlenek u terminálně nemocných

1. Vyšetřete, jaké má pacient důvody pro skončení života právě nyní.
2. Zjistěte, jaký má význam pacientovo přání zemřít.
3. Zhodnoťte intenzitu bolesti a její zvládání: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ přispívá k přání zemřít neléčená, nebo nedostatečně léčená bolest (nebo jiné symptomy)?</li> <li>■ podílí se nějak na přání zemřít strach z umírání?</li> <li>■ má pacient nějaké vedlejší účinky léčby, které se mohou zlepšit, nebo odstranit?</li> </ul>
4. Zhodnoťte pacientovu sociální podporu: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ zažil v nedávné době ztrátu, konflikt, odmítnutí?</li> <li>■ má další strach z opuštění, odmítnutí, nebo finanční závislosti?</li> <li>■ s kým pacient mluvil o plánech ukončit život?</li> <li>■ jak se tyto osoby cítili, pokud to slyšeli?</li> </ul>
5. Zhodnoťte pacientův kognitivní stav: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ má kognitivní deficity?</li> <li>■ má nové neurologické symptomy?</li> <li>■ chápe svůj stav, jeho důsledky a důsledky suicidia?</li> <li>■ je pacientovo mínění ovlivněno beznadějí a jinými symptomy deprese?</li> </ul>
6. Zhodnoťte pacientův psychický stav: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ trpí neléčenou, nebo nedostatečně léčenou úzkostí, depresí, panickou poruchou, deliriem?</li> <li>■ jak se vyrovnávána ze ztrátou kontroly, závislostí na druhých, nejistotou a smutkem?</li> </ul>
7. Zhodnoťte u pacienta náboženské, spirituální a existenciální souvislosti: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ má pacient nějaké nevyřešené a tíživé otázky týkající se těchto oblastí?</li> </ul>

Lékař paní Františku zvýšil dávky opiátů a intenzita bolesti se mírně snížila. Stále ale mluvila o bezmoci, proto začala být léčena i antidepresivy. „Léky na lepší náladu“ zpočátku nechtěla, domnívala se, že „musí děkovat Bohu a ten jí ochrání před zlou náladou“. Již v prvním týdnu se ale cítila mnohem lépe, měla více energie, lépe spala a bolesti se zmírnily. V dalších dvou týdnech cítila, že „deprese je skoro pryč“ a začala navštěvovat ambulantní hospicový program skupinové kognitivně-behaviorální terapie zaměřené na zvládání deprese, bolesti, stresu a úzkosti. Léčba antidepresivy byla stabilní a depresivní symptomy se až do smrti neobjevily.

Paní Františka byla depresivní. Lékař, který pečuje o terminálně nemocné, by měl zvážit diagnózu deprese vždy, pokud pacient nechce náhle pokračovat dále v léčbě, má vyšší intenzitu bolesti, nebo si stěžuje na bezmocnost. Diagnostikovat depresi je možné následujícími otázkami: „Jak vidíte svoji budoucnost?“, „Co si představujete, že je před vámi?“, „Na které stránky života jste hrdý?/Na které se díváte jako problematické?“, „Jak se cítíte?“, „Jste depresivní?“ a nakonec „Máte nějaké myšlenky na skoncování se životem?“.

Paní Františka se cítila bezmocná i do budoucna, měla pocit, že svým zdravotním stavem obtěžuje okolí. Ačkoliv ji katolická víra nedovolila myslet na sebevraždu, přesto si přála se životem skoncovat. Mnoho pacientů i lékařů si myslí, že deprese je u terminálně nemocných normální stav, ale většina terminálně nemocných depresivních není (6). U paní Františky se vyskytovaly indikátory deprese typické u terminálně nemocných: suicidální myšlenky, pocity bezmoci, bezcennosti, bezpomoci, viny a úzkosti. U pacienta v terminálním stavu by mělo být

také vždy pečlivě posouzeno, jak somatické aspekty nemoci a bolesti ovlivňují výskyt deprese. Nezvládaná bolest je hlavní rizikový faktor pro výskyt deprese a suicidia (5). Proto je jako první cíl v léčbě deprese farmakologická, a pokud je pacient indikován tak i psychotherapeutická léčba bolesti.

### Kazuistika 3 – Přání urychlit smrt se suicidálními představami

Pan Vašek, 36letý muž s AIDS, skončil v minulých měsících kvůli vedlejším účinkům antiretrovirální léčbu a současně mu byl také zjištěn sarkom: pomalu slepl, zůstal na vozíku a hodně zhubl. Žil se svým partnerem nedaleko od svých rodičů. Nepracoval, ale účastnil se veřejných akcí o edukaci proti AIDS, což ho stálo nadlidské úsilí. Otevřeně diskutoval se svým partnerem, rodinou a lékařem přání ukončit život, pokud by pro něho utrpení v důsledku nemoci bylo nesnesitelné. Jednoho dne přišel pan Vašek za onkologem na pravidelnou návštěvu a svěřil se, že plánuje skončit se životem. Měl alergii na burské ořechy a chtěl sníst plechovku másla z burských oříšků. Pan Vašek zvážil suicidium jako teoretickou možnost a měl přímý a neodkladný plán.

Pan Vašek měl suicidální myšlenky jako asi polovina pacientů s život ohrožující chorobou, které ale u většiny pomíjí. Jak diagnostikovat suicidální myšlenky u terminálně nemocných ukazuje tabulka 4. Riziko suicidia se samozřejmě zvyšuje s progresí nemoci. Doplnkové rizikové faktory suicidia u terminálně nemocných jsou: pokročilý věk, mužské pohlaví, deprese, beznaděj, delirium, vyčerpání, bolest, premorbidní psychopatie, osobní nebo rodinná anamnéza suicidia a organické duševní choroby (14, 16). Pacient, který trpí

neustupující skleslostí, bezmoci, nebo touhou zemřít, by měl být neodkladně odeslán ke konziliárnímu psychiatrickému vyšetření (7). Psychiatrická hospitalizace se u terminálně nemocných indikuje velmi zřídka, důležitá je ale zvýšená sociální opora, podpůrná nebo speciální psychoterapie zaměřená na význam utrpení, ujištění o hodnotě jedince a farmakologická léčba.

Pan Vašek se rozložil, když se ho lékař ptal na konkrétní plány jak se zabít. Báł se, že by selhal, pokud by se vzdal myšlenek na smrt. Neměl už žádnou energii vstát, obléknout se a snažit se tvářit dobře na akcích proti AIDS. Ošetřující lékař požádal psychiatra, klinického psychologa, sociálního pracovníka a duchovního, aby se účastnili na léčbě pana Vaška. Pacient byl farmakologicky léčen psychiatrem. Se souhlasem pana Vaška zorganizoval klinický psycholog setkání rodiny ke sdílení emocí. Rodiče, sestra i partner sdělili, že viděli, jak moc se cítí unavený, ale báli se mu říci, aby zpomalil, nechťli ho demoralizovat. Po rodinném setkání se pan Vašek cítil lépe a neusiloval o to, aby za každou cenu dodržel svůj vzhled. Vzdal se aktivní v edukaci AIDS, trávil čas převážně v posteli a za měsíc doma zemřel.

### Závěr

Diagnostika deprese je jednou z možností jak snížit utrpení pacientů v konci života. Mapování psychologických faktorů a emočních reakcí (normální truchlení, smutek, beznaděj, suicidální myšlenky, vztek, hněv, popření) je u pacientů mnohem důležitější, než pečlivé stanovení psychiatrické diagnózy. Lékaři pečující o umírající by si měli být vědomi problematiky vztahu somatických symptomů deprese a chronické bolesti. Specializovaná léčba deprese patří do odbornosti psychiatra a psychoterapie do odbornosti klinického psychologa, kteří s paliativním týmem spolupracují.

### Literatura

1. Beckova subjektivní škála deprese (BDI). Brno: Psycho-diagnostika 1999.
2. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press 1979.
3. Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. *Annals of Internal Medicine* 2000; 132: 209–218.
4. Block SD, Billings JA. Patient requests to hasten death. Evaluation and management in terminal care. *Arch Intern Med* 1994; 154: 2039–2047.
5. Breitbart W. Cancer pain and suicide. In: Foley KM, Bonica JJ, Ventafridda V. (Eds) *Advances in pain research and therapy*. New York: Raven 1990: 280–301.
6. Breitbart W, Krivo S. Suicide. In: Holland JC. (Ed) *Psychooncology*. New York: Oxford Univ Press 1998: 155–170.
7. Calman C. Emotional issues in palliative medicine. In: Doyle D, Hanks GW, Hery N, Calman C. (Eds) *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: Oxford University Press 2005: 320–345.

8. 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.
9. Geisser M, Roth R, Theisen M, et al. Negative affect, self-report of depressive symptoms and clinical depression: Relation to the experience of chronic pain. *The Clinical Journal of Pain* 2000; 16: 110–120.
10. 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.
11. 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.
12. Kozák J. Algesiologický dotazník k úvodnému vyšetrení pacienta na pracovíšti léčby bolesti. *Bolest* 2003; 2: 132–139.
13. Kissane DW, Clarke DM, Street AF. Demoralization syndrome. A relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Pallia Care* 2001; 17: 12–21.
14. Mackenzie TB, Popkin MK. Suicide in the medical patient. *Int J Psychiatry Med* 1987; 17: 3–22.
15. 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.
16. Rabins PV. Prevention of mental disorder in the elderly: current perspectives and future prospects. *J Am Geriatric Soc* 1992; 40: 727–33.
17. Raudenská J. Chronické bolestivé stavy a deprese. In: Anders M, Uhrová T, Roth J, et al. (Eds) *Depresivní porucha v neurologické praxi*. Praha: Galén 2005: 222–233.
18. Tschuschke V. Psychoonkologie, Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. Stuttgart: Schattauer 2006.
19. Wilson K, Mikail F, D'Eon J, et al. Alternative diagnostic criteria for major depressive disorder in patients with chronic pain. *Pain* 2001; 91: 227–234.
20. Wilson Ch. Terminal care: using psychological skills with the terminally ill. In: Broome AK. (ED) *Health psychology*. London: Chapman and Hall 1989: 476–493.

**PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.**

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

**Pavel Klener:****ZÁKLADY KLINICKÉ ONKOLOGIE**

Publikace byla napsána s cílem podat stručný přehled diagnostických a léčebných metod v onkologii, včetně aktuálních poznatků. Je určena především pro pregraduální studium, ale poskytne bazální informace i lékařům nejrůznějších specializací, kteří se ve své praxi setkávají s onkologickými pacienty a potřebují se rychle zorientovat, aniž by základní informace museli vyhledávat v obsáhlých monografiích. Více než dvacetiletá zkušenost autora při zkoušení atestací z klinické onkologie ukázala, že mnohdy se i onkologové při přípravě k atestaci soustředují na méně podstatné detaily a základní poznatky jim unikají. V tomto smyslu může i pro ně být stručná monografie užitečná.

Praha: Galén 2011, První vydání / ISBN 978-80-7262-716-5, 96 s.



Objednávejte na: Galén, spol. s r.o., Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5, tel. 257 326 178, fax 257 326 170,  
e-mail: objednavky@galen.cz

[www.galen.cz](http://www.galen.cz)

**Tlačová správa**

## Novootvorené Denné centrum neziskovej organizácie Plamienok pre rodiny po strate ťažko chorého dieťaťa

Bratislava, 16. marca 2011 – Pri príležitosti 10. výročia otvorila nezisková organizácia PLAMIENOK 16. marca 2011 na Zadunajskej 6/A v Bratislave **Denné centrum, ktoré ako prvé na Slovensku bude slúžiť rodinám po strate dieťaťa.**

Už 10 rokov odborníci z neziskovej organizácie PLAMIENOK pomáhajú nevyliciteľne chorým deťom a ich rodinám. Lekár, zdravotná sestra, psychologička alebo sociálna pracovníčka navštevujú rodiny v ich domovoch, a to až do vzdialenosti dvoch hodín jazdy od Bratislavy. Plamienok poskytuje služby rodinám 24 hodín denne, 7 dní v týždni. Potrebné zdravotné prístroje, lieky a zdravotný materiál získavajú rodiny bezplatne. Okrem odbornej pomoci Plamienok pomáha rodinám i ľudsky. Spoločne hľadajú cesty, ako žiť naplno až do konca, ako prejsť bolesťou, ako sa radosť i smútiť. V uplynulých rokoch Plamienok ponúkol pomoc viac ako 100 rodinám, ktoré stratili dieťa, uskutočnil viac ako 1 400 návštev a vyškolil viac ako 250 odborníkov a študentov.

Problémy rodiny nekončia so stratou dieťaťa. Práve naopak, život sa často skomplikuje. Na Slovensku neexistuje organizácia, ktorá by sa venovala tejto skupine ľudí. Desaťročné skúsenosti ako i pozorovania zo zahraničia podnietili Plamienok vybudovať DENNÉ CENTRUM pre rodiny, ktoré stratili ťažko choré dieťa. Smútiace rodiny tak nájdu miesto, kde sa môžu prísť podeliť o smútok, bolesť, taktiež o všetky krásne spomienky.

V Dennom centre Plamienok poskytuje poradenstvo, pomoc psychológa a iných školených odborníkov zameraných na sprevádzanie rodinných príslušníkov v smútení, s cieľom pomáhať rodinám nájsť cesty a spôsoby, ako sa vrátiť späť do bežného života po prekonaní bolestivej traumy zo straty dieťaťa. Smútiaci súrodenci detí Plamienka sa v ňom budú môcť hrať a počas hier im vyškolení pracovníci budú pomáhať nájsť spôsob ako vyjadriť to, čo ich trápi, a čo im naopak prináša radosť. Budú sa im venovať aj dobrovoľníci, absolventi vzdelávacieho programu Sprevádzanie rodín v smútení. Pre rodičov centrum poskytne priestor na stretnutia, neformálne rozhovory a vytváranie vzájomnej psychickej opory.

Aktivity neziskovej organizácie Plamienok už dlhodobejšie podporuje Slovenská asociácia farmaceutických spoločností orientovaných na výskum a vývoj (SAFS). Jej predstavitelia mu venovali celý výťažok z predaja slovensko-anglickej publikácie Mozaika slovenskej medicíny, ktorú spoločne v roku 2007 krstili.

Inšpiráciu k založeniu Denného centra dali Plamienku aj sami rodičia počas stretnutí rodín po strate, ktoré od roku 2005 Plamienok organizuje. V rokoch 2005 – 2010 Plamienok zorganizoval 6 jednodňových a 2 víkendových stretnutí rodičov a detí po strate dieťaťa.

Vďaka podpore sponzorov a individuálnych darcov sú **všetky služby Denného centra pre rodiny bezplatné.**