

Psychoterapia a psychofarmakoterapia v onkológii

Mgr. Lucia Vasil'ková¹, MUDr. Katarína Tisovská²

¹Psychologická ambulancia, Národný onkologický ústav, Bratislava

²Psychiatrická ambulancia, Národný onkologický ústav, Bratislava

Vplyv psychického zdravia na dĺžku a kvalitu života u onkologických pacientov je diskutovanou témou už od 90. rokov. Depresia, úzkosť, delírium a iné psychické ťažkosti sú veľmi rozšírené aj u tejto skupiny pacientov, pričom farmakologická a psychologická intervencia sú dôležitou súčasťou celkovej psychosociálnej starostlivosti o pacienta. Mnohé metaanalýzy poukazujú na priaznivý vplyv psychoedukačných a psychosociálnych intervencií. Psychofarmaká sú používané aj ako primárna alebo adjuvantná liečba príznakov súvisiacich s nádorom, ktoré vyplývajú z choroby samotnej a/alebo jej liečby vrátane porúch spánku, straty chuti do jedenia, neuropatickej bolesti, nevoľnosti, únavy a návalov tepla. Tento článok si kladie za cieľ preskúmať indikácie na použitie antidepresív, psychostimulancií, anxiolytík, antipsychotík, stabilizátorov nálady a psychoterapie v onkológii.

Kľúčové slová: psychoonkológia, psychoterapia, psychofarmakoterapia, depresia, úzkosť

Psychotherapy and psychopharmacotherapy in oncology

The impact of mental health on the length and quality of life in cancer patients is discussed topic since the 90s. Depression, anxiety, delirium, and other psychiatric symptoms are highly prevalent even in this patient, and pharmacological and psychological intervention is an important component in the overall psychosocial care of the patient. A lot of meta-analysis show a beneficial effect of psychoeducational and psychosocial interventions. Psychopharmacology is also used as a primary or adjuvant treatment for the management of cancer-related symptoms stemming from the disease itself and/or its treatment, including sleep disturbance, loss of appetite, neuropathic pain, nausea, fatigue, and hot flashes. This article aims to review the indications for use of antidepressants, psychostimulants, anxiolytics, antipsychotics, mood stabilizers a psychotherapy in oncology.

Key words: psycho-oncology, psychotherapy, psychopharmacotherapy, depression, anxiety

Onkológia (Bratisl.), 2017; roč. 12(1): 52–55

Úvod

Onkologické ochorenia prinášajú do života pacientov množstvo zmien (biologických, psychických, sociálnych, ekonomických) a nezvyčajných nárokov, ktoré sú kladené nielen na pacientov, ale rovnako aj na rodinných príslušníkov. Vplyv psychického zdravia na dĺžku a kvalitu života (QoL) u onkologických pacientov je kontroverznou a diskutovanou témou už od 90. rokov. Slovo rakovina aj v súčasnosti evokuje v spoločnosti zdesenie a predstavu neodvratnej smrti spojenej s dlhým a ťažkým zomieraním, čím spôsobuje nadmernú psychickú záťaž (1). Poskytnúť v tomto období pacientom psychologickú alebo psychiatrickú starostlivosť je teda úplne namieste (tabuľka 1). Približne u 25 – 40 % pacientov sa manifestujú depresívne a úzkostné príznaky. Keď zahrnieme ďalšie psychické poruchy, ktoré sa môžu objaviť ako delírium, kognitívne poruchy, poruchy spánku alebo psychózy, význam riešenia otázok duševného zdravia v onkológii sa stáva zrejmy (2). Intervencia vyžaduje multidisciplinárny prístup so zapojením onkológov, lekárov paliatívnej starostlivosti, chirurgov, sociálnych pracovníkov, zdravotných sestier, psychologov, psychiatrov, kňazov a iných.

Tabuľka 1. Indikácie a kontraindikácie psychologickú a psychiatrickú intervenciu (22, 28)

Kedy požiadať o psychologickú alebo psychiatrickú pomoc	
Pacient trpel psychickými ťažkosťami pred onkologickým ochorením (ochorenie a následná liečba môžu viesť k dekompenzácií stavu)	Ak je pacient psychiatricky liečený a prerušil svojvoľne liečbu
Pretrváva neprimerane smutné, úzkostné alebo depresívne ladenie, pocity beznádeje a bezmocnosti, lakrimozita či časté striedanie nálad	Pri strate záujmu o aktivity a činnosti, objavila sa hypohedónia, anhedónia, izolácia od okolia
Pacient trpí dlhodobou alebo neprimerane veľkou únavou	Zhoršili sa kognitívne funkcie – najmä pamäť a pozornosť
Pri hyposomnii, insomnii, desivých snoch, nočných morách	Pri zmenách chuti do jedla, respiračných, kardiovaskulárnych ťažkostiach, ktoré NEMAJÚ somatogénny podklad
Pri suicidálnych myšlienkach	Pri pocitoch insuficiencie, menejcennosti
Pacient hľadá úľavu v alkohole alebo iných drogách	
Indikácia výlučne psychiatrickej intervencie	
Pri delirantných stavoch a zmenených stavoch vedomia, pri ťažkých organických poruchách	Pri hlbokéj depresii, pri pokuse o suicídium (akútne), pri psychózach

Antidepresíva

Depresia sa môže objaviť v akomkoľvek štádiu liečby, ale rovnako aj po jej ukončení. Depresia a úzkosti sú nedostatočne diagnostikované u onkologických pacientov, čo je veľkou nevýhodou, pretože psychologická a psychiatrická pomoc je často ľahko dostupná a môže výrazne zvýšiť celkovú starostlivosť o pacienta a jeho QoL (1). Až

okolo 25 % pacientov trpí depresiou, ktorá však často zostáva nesprávne diagnostikovaná buď z dôvodu nesprávnej interpretácie symptómov, ktoré sú považované za súčasť onkologického ochorenia, alebo z mylného dôvodu, že depresia patrí k rakovine a nie je potrebné ju liečiť (3). V liečbe depresie je potrebné odlišiť, či je reakciou na ochorenie a liečbu, alebo ide o smútok a lúče-

Tabuľka 2. Možné liekové interakcie antidepresív a vedľajšie účinky (9)

Sertralín a heparín	Riziko krvácania
Escitalopram a oxykodón	Sérotonínový syndróm
Escitalopram a heparín	Riziko krvácania
Sertralín a oxykodón	Sérotonínový syndróm
Venlafaxín a heparín	Riziko krvácania
Mirtazapín a olanzapín	Sérotonínový syndróm
Venlafaxín a haloperidol	Kardiotoxická
Venlafaxín a amoxicilín	Sérotonínový syndróm
Bupropion a dexametazón	Zníženie záchvatového prahu
Duloxetín a tramadol	Sérotonínový syndróm
Paroxetín a heparín	Riziko krvácania

nie sa, kedy pacient bilancuje na sklonku života. V takomto prípade je potrebná skôr psychologická intervencia (4). Pri liečbe depresie u onkologických pacientov postupujeme *lege artis*, s tým, že pri farmakoterapii je často potrebné voliť opatrnejšiu titráciu dávky s ohľadom na možné nežiaduce účinky a interakcie. Farmakoterapia je často obmedzovaná klinickým stavom aj možnými interakciami s liekmi používanými v základnej onkologickej starostlivosti. Antidepresíva môžu slúžiť aj ako adjuvanciá pri liečbe bolesti a môžeme využiť ich anticholinergný, spazmolytický a sedatívny účinok. Je bežnou klinickou praxou využívať vedľajšie účinky alebo sekundárne klinické účinky antidepresív v prospech pacienta pri ďalších príznakoch súvisiacich s nádorom. Mirtazapín pôsobí nielen na depresiu a úzkosť, ale aj na nespavosť, nevoľnosť a nechutenstvo (5). Bupropión môže byť užitočný pri liečbe depresie, ktorá sa vyskytuje s únavou, slabou koncentráciou alebo pri závislosti od nikotínu (6). Neuroпатická bolesť môže reagovať na adjuvantnú liečbu venlafaxínom, duloxetínom, nízkymi dávkami tricyklických antidepresív a SSRI (7). Venlafaxín a SSRI sa používajú na zmiernenie návalov horúčavy vyplývajúcej z hormonálnej terapie a trazodón predstavuje možnosť liečby u pacientov s nespavosťou, pri ktorej nie je riziko vzniku závislosti (8).

Vedľajšie účinky a upozornenia

Ďalšie dôležité problémy súvisiace s používaním antidepresív u pacientov s nádorovým ochorením zahŕňajú vedľajšie účinky a liekové interakcie. V onkogynekológii môže byť dôvodom na obmedzenie preskripcie predovšetkým antagonistom estrogénových receptorov tamoxifen, ktorý je spracovávaný enzymatickým systémom CYP450-2D6 na aktívne metabolity. Zo skupiny SSRI predovšetkým paroxetín a fluoxetín významne znižujú koncentráciu jeho

Tabuľka 3. Základné informácie o najčastejšie využívaných antipsychotikách pri liečbe delíria (podľa SPC platných v SR) (11)

Účinná látka	Indikácie podľa SPC	Dávkovanie
Haloperidol tablety, roztok, injekcie	Akútna zmätenosť Poruchy správania v staršom veku	2,25 až 9 mg/deň, u starších pacientov polovičné dávky
Tiaprid tablety, roztok, injekcie	Poruchy správania u starších pacientov Akútny delirantný syndróm a abstinenčný syndróm pri alkohole	Poruchy konania u pacientov s demenciou max. 400 mg/deň; delírium pri závislosti od alkoholu 400 – 1 200 mg/deň, max. 1 800 mg/deň

metabolitov, a tým aj jeho antikarcinogénny účinok. Preto sa odporúča u týchto pacientok podávať venlafaxín a mirtazapín, u ktorých sa táto interakcia prejavuje v minimálnej miere. Kumulatívne anticholinergné, antiadrenergé a kardiotoxické účinky obmedzujú používanie tricyklických antidepresív (9). Z ďalších interakcií prichádzajú do úvahy nasledujúce (tabuľka 2).

Antipsychotiká

V onkológii sa antipsychotiká používajú pri liečbe delíria, psychózy v dôsledku iného medicínskeho stavu a liekmi vyvolanej psychotickej poruchy. V mnohých prípadoch sa vedľajšie účinky antipsychotík využívajú na ovplyvnenie cieľových symptómov, ako sú úzkostné symptómy, nevoľnosť, čkanie, strata chuti do jedla a nespavosť.

Delírium

Antipsychotiká zohrávajú kľúčovú úlohu v liečbe agitácie, poruchy cyklu spánok-bdenie a halucinácií. Navyše môžu urýchliť stabilizáciu a úpravu porúch kognitívnych funkcií (10). Výber antipsychotika závisí od typu delíria (hyperaktívne, hypoaktívne alebo zmiešané), spôsobu podania a potenciálnych nežiaducich účinkov (tabuľka 3). Významným obmedzením pre tvorbu odporúčaní a klinického rozhodovania je skupinové osobitné upozornenie („black box“) na použitie antipsychotík u starších pacientov a aj upozornenie na možnosť predĺženia QTc intervalu a rizika arytmie. Žiadne z atypických antipsychotík nemá schválenú indikáciu na delírium (okrem tiapridu pre delírium pri závislosti od alkoholu). K liečbe antipsychotikami pristupujeme pri závažnejších stavoch s cieľom ovplyvniť dezorganizované konanie a nepokoj, najmä ak sú tieto prejavy podmienené psychotickými príznakmi (halucinácie, bludy) (11). Z farmakologického profilu atypických antipsychotík sa dá usudzovať, že risperidón má výhodu nízkeho anticholinergického potenciálu, quetiapín a olanzapín sú vhodné u pacientov s Parkinsonovou chorobou, resp. u všetkých pacientov, kde môže prípadný výskyt extrapyramidového syndrómu zhoršiť neurologické prejavy alebo ich zastrieť.

Aripiprazol a ziprasidón sú teoreticky využiteľné u pacientov s hypoaktívnym delíriom pre ich nižší tlmivý účinok. Dávkovanie atypických antipsychotík je väčšinou v dolných hraniciach odporučených dávok pre ich primárne indikácie.

Úzkosť, depresia a nespavosť

Pre liečbu akútnej úzkosti u pacientov s onkologickým ochorením môžu byť antipsychotiká vhodnejšie ako benzodiazepíny, pretože nezvyšujú riziko alterácie mentálneho stavu a respiračnej depresie. Nízke dávky sedatívnych atypických antipsychotík ako quetiapín a olanzapín sa môžu použiť pri liečbe nespavosti, keď ostatné sedatívne hypnotiká sú považované za príliš riskantné.

Nevoľnosť, čkanie a chuť do jedenia

Nevoľnosť, či už chronická alebo vyvolaná opioidmi, je dlho liečená haloperidolom v rámci paliatívnej starostlivosti. Liečebný algoritmus pre neriešiteľné čkanie zahŕňa haloperidol. Olanzapín sa ukázal účinný v liečbe nevoľnosti a vracania vyvolaných chemoterapiou. Vedľajšie účinky quetiapínu a olanzapínu ako zvýšená chuť do jedenia a prírastok hmotnosti môžu byť užitočné pri riešení anorexie súvisiacej s nádorovým ochorením (12).

Vedľajšie účinky a upozornenia

Intramuskulárny spôsob podávania antipsychotík je spojený s rizikom vzniku hematómu u pacientov s trombocytopeniou. Problematika antipsychotikami indukovanej hyperprolaktinémie u pacientov s rakovinou prsníka je čoraz častejšie predmetom záujmu vzhľadom na to, že väčšina intraduktálnych nádorov má zvýšenú expresiu prolaktínového receptora a prolaktín môže podporovať progresiu nádoru bez ohľadu na stav receptora. Risperidón a haloperidol majú najvyššie riziko vzniku hyperprolaktinémie, zatiaľ čo aripiprazol, ziprasidón a quetiapín spôsobujú minimálne zvýšenie hladiny prolaktínu. Akatízia sa môže rozvíjať spolu s ďalšími extrapyramidovými symptómami, najmä ak sú antipsychotiká v kombinácii s antiemetikami. Pravidelné sledovanie QTc intervalu na EKG je dôležité najmä u pacientov s abnormalitami elektrolytov a tých, ktorí užívajú

jú lieky predlžujúce QTc interval. Intravenózne podaný haloperidol a ziprasidón majú najvyššie riziko predĺženia QTc intervalu. Ďalšie obavy pri predpisovaní antipsychotík zahŕňajú riziko metabolického syndrómu pri dlhodobom používaní, hyponatrémie, zníženého záchvatového prahu, liekových interakcií, zvýšenia pečenej toxicity a anticholinergnej toxicity (12).

Anxiolytiká a hypnotiká

U onkologických pacientov sa môže vyvinúť úzkosť akútne pod stresom choroby alebo ako zhoršenie už existujúcej úzkostnej poruchy (13). Môžeme hovoriť o dvoch zdrojoch úzkosti:

1. existenciálna úzkosť vyplývajúca z konfrontácie s ohrozením a s myšlienkou smrti
2. úzkosť vyplývajúca z ochorenia, liečby, nejistej prognózy, nejstej dĺžky trvania liečby a neistého efektu (4)

Farmakologická liečba úzkosti u pacientov s onkologickým ochorením kladie za cieľ znížiť emocionálne rozrušenie, ktoré by mohlo poškodiť fungovanie, adhérenciu k liečbe, schopnosť robiť liečebné rozhodnutia a mimovoľne predĺžiť čas hospitalizácie (14).

Úzkosť a nespavosť

Sérotonínerné antidepresíva aj naďalej zostávajú na prvom mieste v liečbe generalizovanej úzkosti a v prevencii záchvatov paniky u pacientov s onkologickým ochorením. Liečba často zahŕňa aj benzodiazepíny (BDZ) a non-benzodiazepínové lieky. BDZ pôsobia anxiolyticky, sedatívne, hypnoticky, myorelaxačne a antikonvulzívne. Amnestické pôsobenie BZD sa využíva pri krátkodobých vyšetrovaní a liečebných úkonoch. Sedatívne antipsychotiká sú účinné pri potláčaní úzkosti odolnej proti terapeutickým dávkam BZD alebo u pacientov s respiračným postihnutím. Beta-blokátory pôsobia predovšetkým na somatické príznaky úzkosti. Buspiron môže byť užitočný pri generalizovaných príznakoch úzkosti. Hydroxyzín je antihistaminikum, ktoré môže byť podávané pri úzkostných príznakoch. Hlavnou výhodou non-BZD liekov je, že zvyčajne nie sú spojené s rizikom rozvoja tolerancie, zneužívania alebo závislosti.

Niektoré BDZ sú často predpisované pri akútne vzniknutej nespavosti. Aj tzv. „Z zlúčniny“ (napr. zopiklon, zolpidem) non-BZD hypnotiká s minimálnym anxiolytickým efektom a nižším rizikom rozvoja tolerancie a závislosti, ale boli hlásené amnézia a zriedkavo halucinácie. V liečbe nespavosti sa môžu použiť aj sedatívne antidepresíva ako mirtazapín, trazodón, amitriptylín a doxepín, nízke dávky sedatívnych atypic-

kých antipsychotík, antihistaminiká. Pri týchto ťažkostiach je výhodné kombinovať psychofarmakoterapiu spolu s psychoterapiou, pretože môžu viesť k rýchlejšiemu a trvalejšiemu účinku.

Príznaky súvisiace s nádorom

BZD v kombinácii s antiemetikami, zmiernujú chemoterapiou vyvolanú nevoľnosť a vracanie. BZD s krátkym polčasom ako midazolam sa používajú v paliatívnej starostlivosti aj na riešenie príznakov, ako je bolesť, dýchavičnosť, nepokoj a agitované delírium (15, 16).

Vedľajšie účinky

Najčastejšie vedľajšie účinky BZD zahŕňajú sedáciu, závraty, pády, respiračnú depresiu, motorickú nekoordinovanosť a zmätenosť, a to najmä u starších pacientov a v kombinácii s inými liekmi inhibične pôsobiacimi na centrálnu nervovú sústavu (CNS). Pacienti s ochoreniami CNS sú vystavení vyššiemu riziku paradoxného účinku BZD. Rovnako ako väčšina psychotropných látok, BZD sú metabolizované systémom CYP450, čo môže viesť k liekovým interakciám (16, 17).

Stabilizátory nálady

U pacientov s onkologickým ochorením sú stabilizátory nálady indikované predovšetkým pre ich antiepileptický efekt. Môžu byť použité v liečbe neuropatickej bolesti, návalov horúčavy a impulzivity (18).

Psychoterapia onkologických pacientov

Psychoterapia (PST) je liečebné pôsobenie psychologickými prostriedkami, pričom cieľom je upravovanie narušenej činnosti organizmu a odstraňovanie alebo zmiernovanie problémov a podľa možnosti aj ich príčin (19). V súčasnosti majú dôkazy účinnosti psychologických intervencií vysokú kvalitu. Mnohé metaanalýzy ukazujú na priaznivý vplyv psychoedukačných alebo psychosociálnych intervencií. V porovnaní s kontrolnými skupinami neliečených pacientov dochádza u liečených pacientov k poklesu anxiety, depresie, zúfalstva, nevoľnosti, nauzey, bolesti a k zlepšeniu QoL (20, 21).

Ciele psychoterapeutickej intervencie u onkologických pacientov

Základným cieľom PST u onkologických pacientov je pomoc pri adaptácii na ochorenie a liečbu. Ďalšie ciele PST sú pri vyrovnávaní sa s faktom hrozacej smrti, pri posilňovaní pozitívneho ladenia a redukcii anxiózneho, depresívneho

ladenia a pocitov zúfalstva, bezmocnosti a insuficiencie, pri poruchách spánku, pri posilnení aktívnej spolupráce počas liečby a redukcii strachu z nej, pri predoperačnej príprave a pooperačnej rekonvalescencii, pri vyrovnávaní sa s vedľajšími účinkami liečby alebo dôsledkami operácie, pri znižovaní alebo odstraňovaní psychogénne podmienených somatických symptómov (napr. psychogénne podmienené vracanie a nauzea, gastrointestinálne ťažkosti, respiračné ťažkosti, a pod.), pri psychogénne podmienených sexuálnych problémoch a dysfunkciách, pri opätovnom začlenení do bežného života v remisii, pri relapse ochorenia, zlepšovaní spolupráce s lekárom, atď.

Typ a rozsah intervencií je determinovaný nielen problémom pacienta a jeho potrebami, ale aj štádiom a prognózou ochorenia. Viaceré výskumy potvrdzujú dlhší čas prežívania a zlepšenie celkovej QoL u pacientov, ktorí podstúpili psychoterapeutickú intervenciu. Účinným faktorom PST je aj odtabuizovanie umierania a smrti, ktoré sa vzťahuje najmä na terapiu pacientov v pokročilých štádiách ochorenia (4, 22).

Kedy je vhodné navštíviť psychológa

Najvhodnejšie je navštíviť psychológa na začiatku ochorenia, aby bola pacientovi poskytnutá psychosociálna podpora, pretože toto obdobie pacienti zvyčajne opisujú ako najťažšie. Vhodné je navštíviť psychológa, ak pacienta sprevádzajú negatívne myšlienky, ktoré mu zabraňujú v liečbe a aktivitách, ktoré by mohol vykonávať. Onkologické ochorenie môže byť aj spúšťačom rôznych psychických porúch alebo dochádza k zhoršeniu už existujúcich psychických ťažkosti, resp. k dekompenzácii psychického stavu. Najčastejšie bývajú diagnostikované úzkostné poruchy, fóbie, posttraumatická stresová porucha či depresie. Je však dôležité odlišiť smutnú náladu od depresie.

Účinnosť PST u onkologických pacientov je determinovaná priamou, systematickou, a ak je možné, nepretržitou psychoterapeutickou starostlivosťou. Takáto starostlivosť je technicky veľmi dobre uskutočniteľná najmä počas hospitalizácie pacienta. Po odchode z nemocnice priamy terapeutický kontakt neraz viazne, príp. postupne zaniká (vzdialenosť bydliska od nemocnice, progresia ochorenia, manažment ďalšej liečby). Tento fakt môže následne negatívne ovplyvniť ďalší priebeh ochorenia a liečby, predovšetkým ak ide o psychopatologické prejavy a QoL (23).

Formy psychologickéj pomoci

V psychoonkológii je využiteľná väčšina metód z rôznych psychoterapeutických smerov, neexistuje jediná cieľná terapia pre jednotlivé

Tabuľka 4. Základné formy psychologickéj pomoci (26, 27)

Formy psychologickéj pomoci		
Krízová intervencia	Krátkodobá psychoterapia	Dlhodobá psychoterapia
Okamžitá pomoc ľuďom, ktorí sa ocitli v kríze, cieľom je navrátenie psychickej rovnováhy, ktorá bola narušená	Indikovaná u pacientov s dobrou motiváciou na liečbu, u ktorých vieme identifikovať ohraničený problém pre terapeutický cieľ	Aplikovaná na postupné štruktúrne zmeny osobnosti
Podstatou je pomôcť zvládnuť pacientovi prvotný šok z diagnózy, výsledku operácie, pomôcť príbuzným stabilizovať a zmobilizovať sa po úmrtí príbuzného, pri suicidálnom pokuse a pod.	Zameraná na zmiernenie, resp. odstránenie neurotických, úzkostných a depresívnych príznakov, na základnú orientáciu a porozumenie vlastnému psychickému a interpersonálnemu fungovaniu a na riešenie krízových životných situácií	Pri liečbe onkologických pacientov využívaná zriedkavejšie
Pár sedení, len v čase akútnej krízy	20 a menej sedení	Trvá aj roky

onkologické diagnózy. Najčastejšie sa využijú eklectický prístup s rôznymi modifikáciami psychoterapeutických metód a techník (4). Křivohlavý (24) uvádza okrem iného aj niektoré metódy, ktoré môžu pomôcť pacientom zvládnuť ťažkosti spojené s ochorením a liečbou, napr.:

- relaxácia (autogénny tréning, Jacobsonova progresívna svalová relaxácia) – dochádza k uvoľneniu tenzie, redukcii psychomotorického nepokoja, k zníženiu alebo odstráneniu príznakov úzkosti, odstraňovaniu porúch spánku, k zmierneniu alebo odstráneniu psychogénne podmienených somatických príznakov (napr. nauzea, vomitus, FF a respiračné ťažkosti bez somatického podkladu, a pod.)
 - riadená imaginácia – ak pacienti pociťujú strach, úzkosť, pri anticipačnej úzkosti pred podaním liečby alebo príchodom do nemocnice, pri príprave na chirurgický zákrok alebo po operácii, kedy sa objavuje úzkostné ladenie, strach, nepokoj, nočné mory.
 - expozícia katastrofickej predstave – uvedením negatívnej predstavy si pacient lepšie uvedomuje racionálne možnosti riešenia obávaných momentov
 - pozitívna a negatívna externalizácia – pacient si svoj zdravotný problém označí za niečo, čo je v jeho vnútri, ale nepatrí to k jeho osobnosti (25).
 - hypnóza – v onkológii sa využíva predovšetkým na ovplyvnenie bolesti, utlmenie vracania po chemoterapii alebo podmienenie reflexného vracania ešte pred chemoterapiou.
- Špecifickou je skupinová PST, ktorá môže pomôcť pacientom získať emočnú podporu a prežívať pocity a skúsenosti s ľuďmi, ktorí sú v podobnej situácii. Dochádza tak k redukcii pocitov osamelosti, redukcii izolácie a stigmatizácie. Skupiny môžu byť suportívne (skupinová

diskusia s cieľom oslovovať najmä afektívne ťažkosti, katarzia), edukatívne (uvedenie si súvislosti medzi prežívaním ochorenia, osvojiť si nové copingové stratégie zvládania problémov) alebo kombinované (4). Žiaľ, na Slovensku stále nie je záujem zo strany pacientov o tento druh PST, uprednostňujú predovšetkým individuálnu PST. Pri uplatňovaní psychologickéj pomoci u onkologických pacientov je potrebné zohľadňovať individuálne ťažkosti a potreby pacienta (tabuľka 4).

Záver

Pri poskytovaní psychologickéj a psychiatrickej starostlivosti v onkológii je niekedy výhodné spojenie psychofarmakoterapie a psychoterapie, pretože požadovaný účinok liečby sa tak dostavuje rýchlejšie a je trvalejší. Bohužiaľ, niekedy sa pacient bráni užívaniu psychofarmák z dôvodu stigmatizácie a strachu. V takýchto situáciách je dôležitá edukácia pacienta o danom lieku a jeho užívaní. Rovnako aj pri PST, napriek profitom, ktoré môže terapia priniesť pacientom a ich príbuzným, je ešte stále veľa tých, ktorí majú tendenciu bagatelizovať alebo skrývať svoje ťažkosti a odmietajú vyhľadať odbornú pomoc.

Literatúra

1. Stuyck K. Psychotherapy Extends Cancer Care Beyond the Physical. Report to Physicians Oncolog. M.D. Anderson Cancer Center. 2008;53(6):1–3.
2. Mitchell AJ, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011;12(2):160–174.
3. Reuter K, Harter M. The concepts of fatigue and depression in cancer. *Europ.J.Cancer Care.* 2004;13(2):127–134.
4. Andrášiová M. Klinická psychológia v onkológii, paliatívnej starostlivosti a tanatológii. In: Heretik A, Heretik A. jr., a kol. *Klinická psychológia.* Psychoprof: Nové Zámky, 2007. 554–569.
5. Kim SW, et al. Effectiveness of mirtazapine for nausea and insomnia in cancer patients with depression. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2008;62(1):75–83.

6. Moss EL, et al. An open-label study of the effects of bupropion SR on fatigue, depression and quality of life of mixed-site cancer patients and their partners. *Psychooncology.* 2006;15(3):259–267.
7. Smith EM, et al. Effect of duloxetine on pain, function, and quality of life among patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2013;309(13):1359–1367.
8. L'Esperance S, et al. Pharmacological and non-hormonal treatment of hot flashes in breast cancer survivors: CEPO review and recommendations. *Support Care Cancer.* 2013;21(5):1461–1474.
9. Honzák R. Deprese u onkologických pacientů. *Psychiatrie pro praxi.* 2012;13(1):35–37.
10. Breitbart W, Alici Y. Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2012;30(11):1206–1214.
11. Pečeňák J. Liečba delíria. *Neurológia pre prax.* 2011;12(5):300–303.
12. Hocking CM, Kichenadasse G. Olanzapine for chemotherapy-induced nausea and vomiting: a systematic review. *Support Care Cancer.* 2014;22(4):1143–1151.
13. Linden W, et al. Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord.* 2012;141(2–3):343–51.
14. Prieto JM, et al. Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol.* 2002;20(7):1907–1917.
15. Dundar Y, et al. Comparative efficacy of newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Hum Psychopharmacol.* 2004;19(5):305–322.
16. Terzano MG, et al. New drugs for insomnia: comparative tolerability of zopiclone, zolpidem and zaleplon. *Drug Saf.* 2003;26(4):261–282.
17. Grassi L, et al. Efficacy and safety of pharmacotherapy in cancer-related psychiatric disorders across the trajectory of cancer care: a review. *Int Rev Psychiatry.* 2014;26(1):44–62.
18. Kargiotis O, Markoula S, Kyritsis AP. Epilepsy in the cancer patient. *Cancer Chemother. Pharmacol.* 2011;67(3):489–501.
19. Kratochvíl S. *Základy psychoterapie.* 6. aktualiz. Praha: Portál, 2012.
20. Tschuschke V. Psychologisch-psychotherapeutische Interventionen bei onkologischen Erkrankungen. *Der Onkologie.* 2003;9:657–665.
21. Larbig W, Tschuschke V. eds. *Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse.* München: Ernst Reinhardt, 2001.
22. Holland J, et al. *Psycho-oncology.* New-York: Oxford University Press, 1998.
23. Bendová M, Honzák R. Telekonferencia s onkologickými pacientmi. *Praktický lékař.* 2001;81(9):531–532.
24. Křivohlavý J. *Psychologie nemoci.* Praha: Grada Publishing, 2002.
25. Kratochvíl S. *Základy psychoterapie.* Praha: Portál, 2007. 1997.
26. Beck D. *Krátkodobá psychoterapia.* Trenčín: Vydavateľstvo F, 1998.
27. Gabbard G. *Dlhodobá psychodynamická psychoterapia.* Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005.
28. Andrášiová M. *Keď do života vstúpi rakovina.* Bratislava: Effectivity, 2009.

Mgr. Lucia Vasilková

Psychologická ambulancia, NOÚ
Klenová 1, 833 10 Bratislava
lucia.vaskova@nou.sk