

Zdroj: CHYTAS, Vasileios, Alessandra COSTANZA, Viridiana MAZZOLA, Christophe LUTHY, Guido BONDOLFI a Christine CEDRASCHI. Demoralization and Suicidal Ideation in Chronic Pain Patients. *Psychology Research and Behavior Management*. Geneva, 2023, **2023**, 611 - 617.

Demoralizace a sebevražedné myšlenky u pacientů s chronickou bolestí

Úvod

Pacienti trpící chronickou bolestí jsou vystaveni vysokému riziku suicidálního chování (SCH). Hodnota sebevražedných myšlenek (SM) dosahuje 20 % - 40 % a sebevražedné pokusy (SP) mají celoživotní prevalenci 5 % - 14 %. Riziko sebevraždy u pacientů s chronickou bolestí je dvojnásobné v porovnání s kontrolními skupinami.

U těchto pacientů byly zkoumány nejrůznější stavy, které by mohly mít vliv na risk SCH jako například charakteristiky bolesti, funkční interference, přesvědčení o nemoci či přístup k opioidům. Aby bylo možné opravdu porozumět problematice SCH u pacientů trpících chronickou bolestí, je nezbytně nutné zkoumat další rizikové a ochranné faktory.

Jedním z těchto faktorů je demoralizace. S konceptem demoralizace přišel Frank, který ji definoval jako přetrvávající pocit zoufalství a izolace a jako důsledek selhání ve stresových situacích, které by daná osoba měla podle sebe a svých blízkých zvládnout. Kissane a Clarke spojují demoralizaci s pocitem ztráty smyslu života, beznadějí nebo sklíčeností, bezmocí, pocitem selhání a dysforie. Za účelem zaznamenání specifických aspektů a intenzity demoralizace přišly tito autoři s demoralizační škálou (DŠ). Rozdíl mezi demoralizací a depresí spočívá podle de Figueredo v tom, že demoralizace se vyznačuje subjektivní neschopností, kterou jedinec zažívá, způsobenou nejistotou ohledně vhodného směru jednání, zatímco u deprese jde o sníženou motivaci, i když je vhodný směr jednání znám. I přesto, že se v mnohém demoralizace podobá depresi, podle většiny studií se jedná o dva na sobě nezávislé pojmy bez hierarchického propojení.

Jak ukázaly některé zjištění, existuje možný vztah mezi demoralizací a prožíváním chronické bolesti, a to nezávisle na tom, o jak závažnou bolest se jedná. Touto problematikou se zabýval především Kissane, který upozoroval předvídatelný vývoj k touze zemřít nebo spáchat sebevraždu u lékařsky nebo psychiatricky nemocných pacientů, u kterých se nerozvinula psychiatrická deprese, ale byli demoralizováni.

Hlavním cílem této práce bylo prozkoumat vztah mezi demoralizací a SM u pacientů trpících chronickou bolestí. Dalším cílem bylo ověření, zda se u těchto pacientů může demoralizace vyskytovat nezávisle na depresi.

Materiály a metody

Tato observační studie byla provedena v ženevských universitních nemocnicích, konkrétně v Multidisciplinárním centru bolesti ve spolupráci s centrem psychiatrie a krizové intervence.

Výzkumný vzorek tvořili pacienti trpící chronickou bolestí, kteří byli posláni do zmíněného centra bolesti. Jednalo se jak o pacienty se SM, tak o pacienty bez nich (dle otázky 9 v Beckově inventáři deprese). Konkrétně šlo o ženy starší 18 let. Podmínkou byl písemný informovaný souhlas a dostatečná znalost francouzského jazyka. Této studii se nezúčastnili žádní pacienti s diagnózou demence, hraniční poruchy osobnosti a psychózy.

Ve studii byli použity:

- a) Otázka č. 9 z Beckova inventáře deprese (BID-II), pomocí které se identifikuje přítomnost či nepřítomnost SM. Obsahuje následující položky:
 - a. 0 - Nikdy nepřemýšlím nad sebevraždou.
 - b. 1 - Občas nad sebevraždou přemýšlím, ale pravděpodobně ji nikdy nespáchám.
 - c. 2 - Chtěl/a bych spáchat sebevraždu.
 - d. 3 - Spáchal/a bych sebevraždu, kdybych měl/a možnost.

BID-II navíc umožnil stanovit závažnost depresivní symptomatologie:

- 0-10 – žádné depresivní symptomy
- 11-19 – mírné depresivní symptomy
- 20-29 – střední depresivní symptomy
- >30 – závažné depresivní symptomy

- b) Francouzská verze 5.0.0 mezinárodního neuropsychiatrického strukturovaného diagnostického mini rozhovoru (MINI) k zachycení možných psychiatrických diagnóz a ke zjištění přítomnosti deprese.
- c) Škála pro sebevražedné myšlenky (ŠSM), která vyhodnocuje charakteristiku a závažnost sebevražedných myšlenek. Jedná se o 19 položek s maximálním skóre 38 (vysoké skóre značí velké množství SM).
- d) Demoralizační škála (DŠ), která obsahuje 24 položek s maximálním skóre 96 (čím vyšší skóre, tím vyšší míra demoralizace).

Studie se zúčastnilo 70 pacientů se sebevražednými myšlenkami (tj. ti, kteří odpověděli >0 v otázce č. 9 v BID-II) a 70 pacientů bez SM (tj. ti, jejichž odpověď byla 0 v 9. otázce zmíněného dotazníku (kontrolní skupina)). Tabulky 1 a 2 obsahují charakteristiku těchto pacientů.

Výsledky týkající se BID a ŠSM

Statisticky významný rozdíl v BID-II potvrdil očekávání, že ve skupině se SM se vyskytují početnější a intenzivnější depresivní symptomy než v kontrolní skupině. ŠSM také potvrdila, že u pacientů se SM silně koreluje deprese a závažnost suicidálních myšlenek. Strukturovaný rozhovor MINI potvrdil depresivní epizodu u většiny (97,1 %) participantů ze skupiny pacientů se SM.

Tabulka 1: Popis sociodemografických údajů a údajů o původu bolesti

	Pacienti se sebevražednými myšlenkami (Skupina SM) [počet = 70]	Pacienti bez sebevražedných myšlenek (Kontrolní skupina) [počet = 70]
Pohlaví	42 žen (60 %)	43 žen (61,5 %)
Věk		
Rozmezí	20-85	25-84
Průměr	54 (4,2)	55 (4,3)
Stav		
Vdaná	31 (44 %)	28 (40 %)
Svobodná	13 (19 %)	18 (26 %)
Žijící odděleně/ Rozvedená	21 (30 %)	22 (31 %)
Ovdovělá	5 (7 %)	2 (3 %)
Mateřský jazyk	42 (60 %)	41 (58,5 %)
Vzdělání		
Základní škola	13 (18,5 %)	9 (13 %)
Učební obor	27 (38,5 %)	17 (24 %)
Střední odborná škola	21 (30 %)	25 (36 %)
Univerzita	9 (13 %)	19 (27 %)
Aktuální stav zaměstnání		
Pracující	10 (14 %)	21 (30 %)
V pracovní neschopnosti	54 (77 %)	42 (60 %)
V profesní přípravě	11 (15,5 %)	8 (11,5 %)
Původ bolesti		
Neurogenní	44 (63 %)	31 (44 %)
Osteoartikulární	22 (31,5 %)	34 (48,5 %)
Viscerální nebo jiné	4 (5,5 %)	5 (7,5 %)

Zkratky: SM, sebevražedné myšlenky; SO, standardní odchylka.

Výsledky týkající se DŠ a ŠSM

V této studii byl zkoumán vztah mezi demoralizací a sebevražednými myšlenkami. Ve skupině pacientů se SM bylo průměrné skóre 38,36, přičemž u kontrolní skupiny pouze 12,07, což značí statisticky významný rozdíl mezi oběma skupinami. DŠ a ŠSM významně korelovaly u pacientů ze skupiny se SM. V obou skupinách byla také pozitivní korelace mezi DŠ a BID-II.

Tabulka 2: Střední a standardní odchylka bolesti a deprese v obou skupinách

	Pacienti se sebevražednými myšlenkami (Skupina SM) [počet = 70]	Pacienti bez sebevražedných myšlenek (Kontrolní skupina) [počet = 70]
Trvání bolesti		
Průměr (SO)	8,06 (8,1)	8,89 (9,91)
Intenzita bolesti (VAS)		
Střední intenzita	6,95 (±2,39)	6,05 (±2,63)

Minimální intenzita	5,33 ($\pm 2,80$)	4,39 ($\pm 2,94$)
Maximální intenzita	8,91 ($\pm 1,36$)	8,72 ($\pm 1,49$)
Beckův inventář deprese (BID)		
Průměr BID (SO)	31,26 (11,37)	18,13 (10,15)
≤10 (žádné depresivní příznaky)	2 (2,9 %)	16 (22,9 %)
11-20 (mírná depresivní epizoda)	10 (14,3 %)	30 (42,8 %)
21-30 (střední epizoda)	24 (34,3 %)	16 (22,9 %)
>30 (závažná epizoda)	34 (48,5 %)	8 (11,4 %)

Zkratky: SO, standardní odchylka; VAS, vizuální analogová stupnice.

Diskuze

Hlavním cílem této studie bylo prozkoumat vztah mezi demoralizací a sebevraždnými myšlenkami u pacientů trpících chronickou bolestí. Výsledky ukazují statisticky významný rozdíl na demoralizační škále mezi skupinou pacientů se sebevraždnými myšlenkami a kontrolní skupinou. Vysoká korelace mezi DŠ a ŠSM potvrzuje, že vysoká demoralizace je spojena s vyšší mírou sebevraždných myšlenek (jak z hlediska přítomnosti, tak intenzity).

Na základě výsledků této studie není možné rozlišovat mezi pojmy deprese a demoralizace. Oba tyto konstrukty vykazují téměř stejně silnou korelaci se sebevraždnými myšlenkami.

Autoři uznávají omezení studie ve dvou faktorech:

- a) Studijní vzorek byl malý.
- b) Mohlo dojít ke zkreslení informací o SM v BID – pacienti se mohli pokoušet skrýt vážnost svého stavu nebo naopak toužili po větší pozornosti.

Závěr

Tato studie formálně potvrdila souvislost mezi depresí, demoralizací a suicidálními myšlenkami. Při péči o pacienty s chronickou bolestí je tedy velmi důležité demoralizaci zohlednit. Pozornější zaměření na pacientovo psychické utrpení by mohlo přispět ke snížení rizika sebevražd.