



Psycholog v paliativní léčbě



Mgr. Radka Alexandrová
MOÚ Brno
FSS MU, Brno

„Smrt je přirozenou součástí života všech bytostí na tomto světě.“



Vývoj postojů k umírání a smrti v Čechách

- Cca do 50. let 20.století smrt brána jako přirozená součást života člověka, umírá se hlavně doma
- II. pol. 20. století – nemoc jako instituce, odlidštění, smrt tabuizována, umírá se „za plentou“, informace pacientovi „škodí“, nedostatečný důraz na potřeby umírajících a jejich rodin.
- Po 90.roce 20.století – postupný rozvoj paliativní péče, uzákonění informovanosti pacienta, snaha pochopení prožívání umírajících, o zavedení celostního vnímání pacientů.
- Pozor na trend v pp – je třeba dovést umírajícího pacienta ke smíření se smrtí, „kvalitní smrt = smířený pacient“

Rozdíl mezi kurativní a paliativní léčbou

kurativní léčba

- **Léčba** nemoci je **nadřazena** subjektivním **pocitům nepohody**
- Použití **invazivních metod** a agresivní léčby (chemoterapie apod.) spojených s přechodným zhoršením některých somatických symptomů
- Bolest – nastupuje **přechodné zhoršení**
- Kauzální přístup
- **Cíl léčby** – vyléčení nemoci,
PŘEŽÍT

paliativní léčba

- Jednoznačně stanovena **diagnóza nevyléčitelné nemoci** v individuálním horizontu smrti dle typu choroby
- **Minimalizace invazivních postupů** a léčby zhoršující subj. prožívání
- Důraz na **léčbu akutních symptomů** choroby – dušnost, bolest, kachexie.
- Celostní přístup
- **Cíl léčby** – zlepšení kvality života, adaptace na život s nemocí,

KVALITNÍ SMRT

The Palliative Care

ve 21. století rychle rozvíjející se obor léčby

- ❖ **International Association for Hospice and Palliative Care – IAHC**
- ❖ **European Association for Palliative Care - EAPC**
- ❖ **16th World Congress of the EAPC – 23 – 25 May
Berlin, Germany**

Definice paliativní péče:

Světová zdravotnická organizace (WHO) 1990:

Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům s životem ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin.

Světová zdravotnická organizace (WHO) 2002:

Paliativní péče není určena pouze onkologicky nemocným, ale všem, kteří trpí nějakou progresivní chronickou nemocí, případně komplexem takových chorob.

V čase se postupy paliativní péče nevztahují pouze na terminální fázi onemocnění, je třeba včas rozeznat a mírnit utrpení v celém rozsahu život ohrožující nemoci.

Česká společnost paliativní medicíny ČLS Jana Evangelisty Purkyně

ČSPM je kolektivním členem Evropské asociace
paliativní péče EAPC (www.eapcnet.eu)

www.paliativnimedicina.cz



Centrum paliativní péče Praha

VÝZKUM
VZDĚLÁVÁNÍ
OSVĚTA

partner zdravotníků

www.paliativnicentrum.cz



XI. celostátní konference paliativní medicíny

18. – 19. 10. 2019
Olomouc, hotel Clarion



Kde paliativní léčba probíhá

- Speciální paliativní oddělení nemocnic
- Hospice (www.asociacehospicu.cz)
APHPP (18 – 20)
- Domácí (hospicová) péče
- Sociální ústavy (DS apod.)

APHPP
Asociace poskytovatelů
hospicové a paliativní péče
5.4.2005

Aktuálně 49 lůžkových a domácích
hospiců

www.hospice.cz

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad

2 oddělení + JIP

Obložnost 50 pacientů, morbidita 95% - cca 300 pacientů ročně



Principy paliativního přístupu

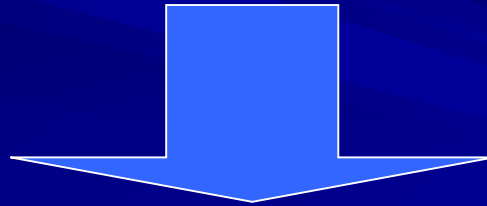
- Týmová práce a spolupráce
- Důstojnost - v popředí jsou vždy potřeby pacienta
- Respektování autonomie a individuality, úcta
- Kvalitní komunikace
- Pravdivý a otevřený přístup
- Podpora, pozornost, pochopení, empatie
- Pokora

Filozofie paliativní léčby

CELOSTNÍ PŘÍSTUP

komplexní péče o zkvalitnění prožívání a
uspokojování potřeb po stránce

- biologické
- psychologické
- sociální
- spirituální



Život s nemocí

***Zajištění kvality života a lidské
důstojnosti do konce života***

Pacient v paliativní léčbě

Věk

Typ nemoci – onkologická dg,
polymorbidita, geriatrická křehkost, deteriorace,
neurodegenerativní dg., onemocnění mozku,
coma.....

Somatický stav – mobilita, vstupy, sebeobslužnost,
deformity, kachexie, inkontinence, dech, nespavost,
celková slabost.....

Emoční rozpoložení – strach, úzkost, smutek,
depresivní ladění, labilita, apatie, negativismus, zlost,
tenze.....

Kognitivní úroveň – organické postižení, deficiency
vlivem medikace, vyčerpání organismu, poruchy
vnímání, poruchy řeči.....

Čas

Základní potřeby umírajících pacientů

- **Biologická** – fyzický komfort, nemít bolesti, jistota péče („nebudu trpět“), důstojnost do konce
- **Sociální** – potřeba podpůrných důvěrných vztahů, rodinné zázemí, zpětná vazba zvyšující sebevědomí, potřeba pozitivních emocí - lásky, radosti, přijetí. Potřeba jistoty, bezpečí.
- **Psychické** – potřeba adaptace na nové podmínky, vyrovnání se , přijetí reality i sebe, identita – možnost být sám sebou, autonomie
- **Spirituální** – víra a naděje, vědomí hodnoty a smyslu, potřeba dokončit a uzavřít. Kam směřuje náš život, co je jeho naplněním. Odpuštění, smíření.

Celostní přístup v pp = vynořující se figura se vždy musí brát v kontextu celého pole



„Total pain“

– zvyšování intenzity subjektivního prožívání bolesti a jiných somatických obtíží velice často souvisí se vztahy, psychickými problémy, nezpracovanými emocemi apod.

Fáze vývoje procesu prožívání nevléčité choroby a umírání

podle Elizabeth Kübler-Rossové
obecné aspekty

■ **NEGACE, ŠOK, POPŘENÍ** – „*Já ne!*“

■ **AGRESE, HNĚV, VZPOURA** – „*Proč já?*“

■ **SMLOUVÁNÍ, VYJEDNÁVÁNÍ** –
„*Možná, že přece jenom já ne!*“

■ **DEPRESE, ZOUFALSTVÍ, SMUTEK** –
„*Co to pro mne znamená?*“

■ **PŘITAKÁNÍ, SMÍŘENÍ, SOUHLAS** –
„*Ano, musí-li to tak být, jsem toho schopen.*“





„Smrt je osobní, individuální, hluboce intimní prožitek, jehož výjimečnost tkví hlavně v jeho nezvratitelnosti a nesdělitelnosti.“

„Cíl paliativní péče – zachování kvality života pacientů s nevléčitelnou nemocí“

Co je vlastně „kvalita života“?

Možnost „být sám sebou“?

Úrovně psychologické práce v paliativní léčbě

1. péče o pacienty
2. péče o příbuzné
3. bereavement - péče o pozůstalé
4. péče o ošetřující tým
5. práce s dobrovolníky
6. edukace
7. práce na sobě

Specifika psychologické práce v paliativní léčbě:

- **Zakázka**
- **Struktura času**
- **Emočně nabitě prostředí**
- **Terapeutický cíl**
- **Forma práce**
- **Možnosti PT působení**
- **Komunikace - individuální přístup**

Jak vypadá vlastní psychologická práce

- **Kontakt, vztah** – co by měl přinést, dotyk
- Respektovat **individuální proces** – dát prostor a čas
- Jak **pacient rozumí** tomu, co se s ním děje
- Hledat smysl toho, **co pacient říká**- proč teď? kontext
- Uvědomění **bazálního ohrožení života** – v popředí není primárně psychický problém, ale fyziologické funkce těla
- **Práce s bolestí** – a jak ji člověk používá. Psychická bolest
- Zprostředkování kontaktu s vlastní **sebe podporou** – tělo selhává, najít jiné zdroje. Jaké obrany? Hranice
- **Podpora** – může si dovolit požádat a přijmout podporu zvenčí? Sociální vztahy, blízkost.
- **Emoce** a jak s nimi nakládá

TERAPEUTICKÁ PRÁCE:

Prožívání, uvědomování a podpora na úrovni:

- **Tělesné** – v popředí prožívání nemoci a jejích symptomů, bolest, fyzické utrpení. Ztráta sebepodpory
- **Emocionální** – strach, úzkost a smutek jako přirozené reakce na nově zformované pole
- **Kognitivní** – pojmenování, porozumění, možnost integrace. Vzhledem k dg. někdy na této úrovni nelze plně pracovat (organicita, medikace, terminální vyčerpání), na druhou stranu i člověk s demencí má určitou míru sebereflexe a sebeuvědomování.

Respekt k procesu klienta v pp

- Klient může reagovat teď a tady jakkoli, podle své momentální kapacity – důvěra v klienta
- Obrany a narušení mají svoji funkci – netlačit
- Umírání = habituální ohrožení, nová zkušenost, na kterou se musí adaptovat
- Chybí dostatek sebedopodpory – v rámci progresu choroby
- Velmi emoční prostředí plné introjektů a projekcí
- Snižuje se schopnost integrace
- Dodáním podpory můžeme podpořit schopnost seberegulace

Práce s časem

- Terapeutický proces limitován progresí onemocnění, vývojem komplikujících symptomů
- Nelze vždy předpokládat kontinuitu a dlouhodobý vývoj s jasnými fázemi terapie končící pozitivní změnou
- V popředí potřeby klienta „ted' a tady“ – jejich uvědomění, prožitek, sebereflexe – zásadní terapeutický význam v pp

Hlavní zakázky psychologické práce:

■ Krizová intervence a podpůrný psychoterapeutický rozhovor

- v rámci jednotlivých fází vyrovnávání se s umíráním
- možnost projevit obavy, svěřit se s potřebami, nebýt sám
- možnost fyzického kontaktu, pozitivního sycení
- pomoci pojmenovat problém, umožnit náhled
Pozor na nechtěnou interpretaci!

Nejčastější uváděné strachy:

1. ze ztráty blízkých osob, izolace, opuštění
2. z nepochopení, nepřijetí
3. z vedlejších účinků terapie a souvisejících postižení
4. ze ztráty tělesné integrity, lidské důstojnosti
5. ze závislosti na druhých
6. ze ztráty sebekontroly, psychofyzické regrese
7. ze žárlivosti vůči zdravým
8. z vlastní vnitřní zloby a zlosti
9. z bolesti
10. ze smrti



■ **Psychoterapie depresivních stavů**

depresivní stádium (dle Kübler-Rossové)+ deprese v klinickém smyslu

V rámci polymorbidity obtížně diagnostikovatelná, dle posuzovacích škál asi 1/4 hospitalizovaných onkologických pacientů, v pokročilých stádiích jistě více

-maskované deprese – převládají somatické příznaky (závratě,dechové potíže, poruchy srdečního rytmu, spánku, nechutenství, bolestivé pocity a zvýšená citlivost na bolest...)

ČASTÉ OMYLY:

- pacientův strach, že lékaře jeho psychické problémy nezajímají, že je nelze ovlivnit
- lékař se nezajímá o emoční dopad choroby
- lékař má strach o tomto komunikovat (z pacientových i svých nezvládnutých emocí)
- deprese považována u závažných onemocnění za přiměřenou okolnostem

■ *Psychoterapie bolesti*

- Total pain
- Vnímání a prožívání bolesti ovlivněno psychogenně
- Osobnostní podmíněnost
- Obrany, zástupný problém, orientace v problému

- Použití relaxací, AT
 imaginací

■ **Práce s tématem ZTRÁTY, hledání smyslu života**

- Prožívání **ZTRÁTY** – psychol. reakce je zármutek, beznaděj
- Pomoci znovu nalézt smysl
- Např. v naplnění života a jeho cílů, vlastní přesah v tom, co dokáže nyní apod.
- Pomoci při pozitivním bilancování života

- Důl. úroveň **SPIRITUALITY**
- Pojem Spirituální bolest (C. Sandersová)
izolace, vina, neodpuštění, strach, hněv....

■ *Psychoterapie pacientů ve vigilním komatu*

- Bazální stimulace
- Podnětová terapie
- Pomoc v kontaktu s rodinou

■ *Psychoterapie pacientů s kognitivními poruchami, demencí a projevy organického psychosyndromu*

- Potřebují častý a citlivý empatický kontakt, vjemy
- Velký důraz na neverbální komunikaci a haptiku
- Potřeba cílené individuální stimulace

Animační programy

- stimulační programy k oživení psychických funkcí, zajištění podnětů
- socializační programy
- kvalita života, spojení se „zdravým“ životem
- využití arteterapeutických, muzikoterapeutických, biblioterapeutických a ergoterapeutických technik
- zapojení rodiny, personálu, dobrovolníků

■ *Psychoterapie systému*

- Pacient v rodině,
- hledání nových způsobů komunikace, společné řešení problémů,
vymanění se ze zažitých rolí,
emoce v rodině apod.

■ *Doprovázení*

Práce s pacientem a rodinou ve finální fázi nemoci a ve smrti samotné, pomoc v kontaktu.

Důležité nebýt sám.

Práce s příbuznými a pozůstalými



Psychologická péče o rodiny pacientů

- krizová intervence
- Individuální pohovory, navázání kvalitního vztahu důvěry s rodinou, povzbuzování v průběhu celého pobytu pacienta v hospici
- facilitace otevřené autentické komunikace v rodině, pomoc v komunikaci s pacientem
- podpora rodiny pacientů ve vegilním komatu
- průběžná emoční podpora doprovázející rodiny
- možnost dlouhodobé psychoterapeutické péče
- možnost psychoterapeutické skupiny příbuzných
- podpora při úmrtí
- podpora při truchlení
- společná setkávání pozůstalých

Potřeby členů rodiny

- Být s umírajícím
- Být umírajícímu nápomocen
- Mít jistotu, že se umírajícímu daří dobře, že netrpí
- Být informován o stavu umírajícího
- Být informován o blížící se smrti
- Moci projevít city
- Mít útěchu a podporu od ostatních členů rodiny
- Obdržet uznání, podporu a útěchu od „profesionálů“, potvrzení, že všichni dělají maximum
- Psychologická a sociální podpora – velká zátěž, oni zůstávají se svými dalšími problémy, často psychicky i fyzicky vyčerpaní

Děti jako příbuzní umírajících:

- Každé dítě je jedinečné ve vnímání smrti a umírání
- Reakce dle vývojového stadia dítěte, nemusí reagovat dle očekávání
- Projevy emocí jsou normální
- Děti většinou nemají zkušenost se ztrátou, jsou ovlivněny zkušeností dospělých
- Obranné mechanismy, psychosomatické reakce
- Komunikace s dítětem - otázky odpovídající potřebám dítěte, pravdivost, důležitost porozumění, pojmenování pocitů
- Sociální kontext ztráty (problémy ve škole, regresivní chování...)
- Důraz na potřeby dítěte – bezpečí, jistota, podpora, zachování vztahu
- Potřeba času, jeho vnímání

Truchlení

„truchlení lze přirovnat k hojení rány“

- Dlouhodobý proces
- Reakce na ztrátu milovaného objektu, specifický psychologický proces zpracovávání této ztráty
- Žármutek s doprovodnými symptomy je normální reakcí na extrémní situaci ztráty – bez truchlení není vyrovnání!
- Faktory: věk, příbuzenský poměr

Tzv. **anticipovaný zármutek** – potenc. pozůstalí dlouhodobě nemocných jsou nuceni zpracovávat zármutek ještě před úmrtím.

Fáze procesu truchlení

- 1. Šok**- minuty až týdny- protest, nevěřícnost, očekávání „návratu zemřelého“
- 2. Období akutního dyskomfortu a sociální izolace**- týdny až měsíce- vzpomínky na zemřelého, izolace od ostatního světa, vlnovitě přicházející tělesné příznaky, distress, hněv, iritabilita, pocity viny, ztráta cílů a motivace
- 3. Restituce až reorganizace** – měsíce až roky- rozloučení se starou a nalezení nové sociální role, vztahů

Důležitá úloha truchlení pro pozůstalé:

- Přijmout ztrátu jako realitu
- Prožít zármutek
- Zadaptovat se ve světě bez zemřelého
- Citově se odpoutat od zemřelého, investovat do jiných vztahů

Na všech úrovních – emocionální

- tělesné
- myšlení
- chování

Komplikované (patologické) truchlení

- rozdíl je především v intenzitě a délce trvání reaktivních příznaků

1. Chronické reakce – obvykle se uvádí hranice 1 roku
2. Opožděné reakce
3. Excesivní reakce – přehnané
4. Larvované reakce – deprese (rozdíl truchlení a deprese!), závislosti, hypochondrické symptomy, fobie, záchvaty paniky, intenzivní pocity viny, suicidální pokusy, různé formy duševních poruch
5. Absence truchlení

Kontakt s vlastním procesem

- Hodně důležité pro celý ošetřující tým
- Uvědomění si vlastních narušení, emocí, přenosů
- Profesionální introjekty (lékař musí pacienta vyléčit apod.)
- Uvědomění si vlastních hranic a možností, v kvalitní pp je nutné je nepřekračovat!
- Prevence syndromu vyhoření

Burn out – syndrom vyhoření

„v kamnech dohoří poslední poleno, až úplně vyhasnou“

3 stadia

1. časová nouze, práce začíná ztrácet systém
2. Neurotické symptomy provázené pocitem, že pořád musím něco dělat
3. Pocit, že „musím“, se ztrácí, obrací se v to, že nemusím nic, vše je problém, obtěžují mne běžné pracovní povinnosti. Touha po izolaci

***Zahrnutím smrti do vlastního myšlení a
jednání žije člověk vědoměji a
soustředěněji***



***...a dává si pozor, aby svůj čas
nepromarnil bezcennostmi.“***

Výběr z mnohé literatury:

Kübler-Rossová, Elizabeth: Otázky a odpovědi o smrti a umírání
O smrti a životě po ní
další...

Frankl, Viktor E.: Lékařská péče o duši
Vůle ke smyslu
další.....

Lukasová, Elizabeth: I tvoje utrpení má smysl
další.....

Grosz, Anton: Dopisy umírajícímu příteli

Mindel, Arnold: Vigilní koma, Snové tělo a další....

Vorlíček a kol.: Paliativní medicína

Svatošová Marie: cokoli

Haškovcová, M: Tanathologie

Vymětal, Jan: Základy lékařské psychologie

Kubíčková, N.: Truchlení

Kupka, Martin: Psychosociální aspekty paliativní péče

Volandes, A. E.: Umění rozhovoru o konci života

Angenendt, G. a kol.: Psychoonkologie v praxi

Atd....

webové stránky: www.hospice.cz
www.paliativnimedicina.cz



děkuji za pozornost

radka.alexandrova@gmail.com

radka.alexandrova@mou.cz