

Psychoterapie v paliativní léčbě



*Mgr. Radka Alexandrová
DLBsH Rajhrad*

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
- Cíl léčby – vyjéčení nemoci, PŘEZÍT

paliativní léčba

- Jednoznačně stanovená 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.
- Cíl léčby – zlepšení kvality života, KVALITNÍ SMRT

Psycholog je nedílnou součástí paliativního týmu, který se snaží pacientům komplexně zlepšit prožívání a potřeby v oblasti:

- biologické
- psychologické
 - sociální
 - spirituální



Zajištění kvality života a lidské důstojnosti do konce života

Konec stres

ztráta

napětí

hněv

agrese

SMRT

odpuštění

vysvobození

tabu

bolest

strach

úzkost

apatie

deprese

beznaděj

opuštěnost



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

Co dále pacient vnáší do poslední fáze svého života?

- Typ nemoci a její fáze v rámci prognózy
- Svůj věk a celý svůj prožitý život
- Svoji rodinu a sociální vztahy
- Svoji osobnost, která se léta utvářela,
- Postoj ke smrti, smrtelnosti, bolesti
- Způsoby zvládání zátěžových situací
- Strategie práce s vlastními emocemi
- svoje chápání a prožívání nemoci
- představu dalšího průběhu nemoci
- zkušenosti se zdravotnictvím
- své nevyřešené záležitosti, pocity viny
- svoji psychickou a duchovní zralost
- Svoje potřeby, přání, touhy, obrany....

Jedinečnost, kterou musíme hledat, vnímat a respektovat...

Fáze vývoje přijetí nevyléčitené choroby a umírání

podle Elizabeth Kübler-Rossové
obecné aspekty

- 1. NEGACE, ŠOK, POPŘENÍ – „*Já ne!*“**
- 2. AGRESE, HNĚV, VZPOURA – „*Proč já?*“**
- 3. SMLOUVÁNÍ, VYJEDNÁVÁNÍ – „*Možná, že přece jenom já ne!*“**
- 4. DEPRESE, ZOUFALSTVÍ, SMUTEK - „*Co to pro mne znamená?*“**
- 5. PŘITAKÁNÍ, SMÍŘENÍ, SOUHLAS – „*Ano, musí-li to tak být, jsem toho schopen.*“**

Specifika psychoterapie v paliativní léčbě:

- PT zakázka - přichází méně často přímo od pacienta, spíše z pal. týmu, pacient neuvědoměle „volá o pomoc“
- PT čas – psychoterapeut. práce je ohraničena možnostmi nemoci, dáváme důraz na přítomnost, na další sezení se již pacient možná nedostaví
- PT cíl – stanovujeme spíše dílčí cíle, dlouhodobý horizont trvalé výrazné změny do budoucna je nemožný, snažíme se reagovat na aktuální problém ztěžující kvalitu života
- Forma PT – jsme to my, kdo se přizpůsobuje pacientovi – jeho možnostem po stránce fyzické, psychické i kognitivní.
- Možnosti PT působení – bereme v úvahu fázi vyrovnávání se se s koncem života a individuálního zpracování nemoci
- V komunikaci klademe velký důraz na individuální přístup – umírající pacienti jsou velmi citliví na svoji důstojnost

Důležité je budovat kvalitní pevný **PSYCHOTERAPEUTICKÝ VZTAH** který může pacientovi poskytnout

- pocit jistoty, důvěry a bezpečí
- Pocit sounáležitosti
 - psycholog není lékař
- Možnost uvolnění
- Pravdivé prožití emocí
- porozumění
- podporu
- naději
- pocit integrity, individuality
- sebevědomí, lidské důstojnosti
- Ujasnění si svých potřeb a přání
- Náhled reality
- Otevření nepříjemných či
- Vytěsněných témat

Hlavní zakázky psychoterapeutické 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!

• **Práce s emocemi, afekty**

- uvolnění a odžívání emocí, umožnění prožitku, dříve vytěsněného, zakázaného, nepřipustného (pláč, smutek, zlost, strach....)

STRACH (úzkost) jako všudypřítomná emoce

- v souvislosti s nemocí a jejím průběhem
- nebo onemocnění zdekompenzovalo předchozí úzkostnou problematiku
- Uvědomění si, porozumění a zvládnutí symptomů psychických (vnitřní napětí), psychomotorických (třas, neklid) či psychosomatických (nespavost)

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

● **Psychotherapie 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**

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

- Použití relaxací, AT
imaginací

- **Hledání smyslu života**

- Prožívání ZTRÁTY – psychol. Reakce je zármutek
- 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 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.

- **Psychoterapie pacientů ve vigilním komatu**

- Bazální stimulace
- Podněťová 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

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 projevit 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

Psychoterapeutická 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

Truchlení

„truchlení lze přirovnat k hojení rány“

- Dlouhodobý proces
- Reakce na ztrátu milovaného objektu, specifický psychologický proces zpracovávání této ztráty
- Zármutek 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

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

Kazuistika:

- Paní AA, 57 let, dg. Ca ovaria, diseminace do kostí a plic, prim. Nádor zjištěn před pěti lety.

RA: vdova, žijící sama v bytě, dvě dcery, 35 a 29 let, obě vdané, s dětmi, žijící samostatně. Starší dcera se do poslední chvíle o maminku starala. Nyní je komunikace matky s dcerami problematická, plochá bez emocí, pro dceru nepřijemná.

Obj: při přijetí do hospice paní astenická, až kachektická, chodící, ale s bolestmi. Lucidní, orientovaná, aktivní, v kontaktu sdílná, veselá až nepřiléhavě hlučná.

Má velké bolesti, chodí sama kouřit, nebezpečí abuzu alkoholu. Bere vysoké dávky analgetik, stále žádá dopichy, občas bez efektu.

Dle ošetřujícího personálu je paní adaptačně i sociálně bez problémů.

Na cílený dotaz – psychické ani rodinné problémy nemá, trápí ji jen silné bolesti, nechutenství a poruchy spánku.

Průběh terapie:

Navázání vztahu

Postupné uvolňování obran

Použití technik imaginace a relaxace na uvolnění bolestí – bez úspěchu

Odkrývání obran a vytěsněných obsahů – matka zemřela na stejnou dg. jako ona, starala se o ni a při úmrtí zažila šok. Postupně přiznává, že nechce, aby dcera zažívala stejná muka.

Zažité špatné copingové strategie - musí vše zvládnout a vydržet, negativní emoce nejsou přípustné, bolí.

Odžívání emocí, dovolila si plakat, zlost, agresi.

Umožnění náhledu na problémy, realitu, nemoc.

Práce s rodinou a pomoc při společné komunikaci

Práce s ošetřujícím personálem – nechápe, že se paní psychicky „zhoršila“

Postupná progrese choroby – somaticky dušnost, imobilita, ale bolesti s menší intenzitou.

Pomoc doprovázení i rodině.

Paní AA umírá po třech měsících v našem zařízení v kruhu rodinném.

Dcera v PT dosud.

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

*...a dává si pozor, aby svůj čas nepromarnil
bezcnostmi."*

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 col.: Paliativní medicína
Svatošová Marie: cokoli
Haškovcová, M: Tanathologie
Vymětal, Jan: Základy lékařské psychologie
Kubíčková, N.: Truchlení**

Atd....

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



Děkuji za pozornost.
radka.alexandrova@gmail.com