

PSYCHOLOGICKÁ PŘÍPRAVA UMÍRÁNÍ A SMRTI
U NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH

PhDr. Josef Viewegh, CSc.

Brno, 1991

Ú V O D

Tematika umírání a smrti, hlavně její psychologické aspekty, patří z hlediska způsobu výkladu k nejobtíznějším partím zdravotnické problematiky. Často i odborné práce z oblasti thanatologie, které se začínají objevovat i u nás, prozrazují rozpaky a bezradnost. To proto, že právě v této problematice existují otázky, které nečiní odborníkovi potíže po věcné, "poznatkové" stránce, jako spíše proto, že vyžadují od člověka zaujetí vlastního a aktivního postoje. Zejména etické problémy nelze prezentovat jako "poznatky", nýbrž spíše jako návod k jednání, které může být realizováno pouze prostřednictvím vlastního svobodného rozhodnutí.

Umírání a smrt jsou nejdramatičtější a nejparadoxnější události lidského života. Hranice mezi životem a smrtí, i když se setkáváme se smrtí denně a u starší populace doznívají zprávy i zkušenosti z masového vyvražďování celých národů, je příliš hluboká a nepochopitelná. Jakmile se k této hranici přiblížíme, pocítujeme neklid, úzkost, odpor a strach. Umírání a smrt nikdy nemohou být pouze objektivně existujícím předmětem studia, nýbrž vždy představují, aktuálně nebo potenciálně také zdroj palčivě frustrujícího osobního prožitku.

Je proto pochopitelné, že v přístupu k umírání a smrti se vynořují nejrůznější bariéry, které mohou zdravotníkovi znesnadňovat, aby si vlastním subjektivním prožitkem vypracoval schopnost lidského účastenství na pacientově osudu. Proto je náš výklad zaměřen jednak na odstranění uvedených zábran, jednak - pozitivně - na osvojení postojů, které pomáhají zmírnit lidskou osamocenost trpícího a těžce nemocného pacienta.

Volíme tedy, vedle výkladu spíše technických stránek psychologického jednání s těžce nemocným a umírajícím, formu etického apelu, který má spolu s vědecky podloženými informacemi pomoci zdravotníkovi, aby si osvojil základní poučky a pravidla psychologických forem pomoci.

I. O B E C N Á V Ý C H O D I S K A

1. Nové pojetí soudobé medicíny - komplexní přístup

Svět, v němž v současnosti žijeme, je světem prudkého, často až překotného civilizačního rozvoje. Na tomto rozvoji se rozhodujícím způsobem podílí věda, zejména svými technickými obory. Úspěchy vě-

dy a techniky jsou v mnohém směru podmíněné analytickými výzkumnými postupy.

Tato situace ve vědě a technice nastoluje požadavek, aby se odborník - v jakémkoliv vědním oboru, v širším smyslu pak v kterémkoliv lidské činnosti - úzce specializoval. Člověk XX. století je doslova zahlcován informacemi, vědecký výzkum se stal masovou záležitostí a věda sama se konstitovala ve výrobní sílu. Bez úzké specializace není dnes myslitelná odbornost v jakémkoliv odvětví lidské činnosti.

Přehnaná a mnohdy až k neúnosnosti vybičovaná specializace a preferování analytických postupů má však svoji negativní stránku: úzce zaměřený specialista nevidí - stručně a metaforicky vyjádřeno - pro jednotlivé stromy /či dokonce pro jediný "strom"/ les. Stále jemnější a možno říci metodologicky rafinovanější uplatňované analýzy se stávají jakýmsi světem pro sebe, stále jednoznačněji svazují získaná fakta s použitou metodou /kterou jako kukátkem pozorujeme a hodnotíme pouze úzký výsek reality/ a vytvářejí skládku informací, dnes už v každém vědním oboru nepřehlednou. Takto získané informace a poznatky pak do značné míry postrádají adekvátní poukaz k původnímu zkoumanému jevu. Čím více dílčích poznatků získáváme, čím více se zavrtáváme do své specializace, tím méně se nám stává pochopitelný sám objekt zkoumání ve svém celku, ve své smysluplnosti, v přirozených souvislostech s prostředím, v němž existuje. Dochází k paradoxní situaci: specializace /a superspecializace/ jako jedna z nevyhnutelných podmínek pokroku vědy vede k podstatné deformaci našeho pohledu na skutečnost.

Četná psychologická, sociologická a filozofická studie ukazují na tyto negativní důsledky analyzujících vědeckých přístupů, především na necitlivou aplikaci vědy a techniky na nejrůznější stránky lidského života. Člověk je nazírán jako technický robot ovladatelný a manipulovatelný pouze zvenčí. Lidský jedinec je považován pouze podle vnějšího chování, jeho vnitřní prožitkový svět je považován za něco druhotného, pro činný život nepotřebného, ba dokonce rušivého. Někteří autoři /Bertalanffy 1972/ pak přímo obviňují dnešní vědu z neúměrné scientizace, tj. jednostranného přírodovědného nebo technicistního přístupu k člověku, bez zřetele k jeho specifické potřebě seteprožívání, bez vztahu k estetickým a estetickým hodnotám a k vytváření vlastní životní filo-

zofie jako centrálního vodítka pro život individuální a společenský. Známá americká psycholožka Ch. Bühlerová ve svém pojetí tzv. humanistické psychologie vychází přímo z kritiky přehnané industrializace a jejích důsledků a staví do centra pozornosti zřetel k prožívající osobnosti jako individuální jednotce, k její potřebě a schopnosti tvořivosti, seberealizace a touhy po smysluplnosti vlastního života a konání.

Je tedy zřejmé, že pod analytickým a přehnaně scientizujícím přístupem se ztrácí něco podstatného, co však lze jen obtížně vyjádřit v termínech a definicích exaktní vědy: přístup k člověku jako jedinečnému a celistvému individuu. Vynikajícím způsobem tuto okolnost vyjádřil už před 2. světovou válkou francouzský spisovatel A. Saint-Exupéry, v souvislosti právě s medicínou: "Vím, že přijde den, kdy se člověk, trpící neznámou chorobou, odevzdá do rukou fyziků. Ti se ho nebudou na nic ptát, odeberou mu krev, určí jisté konstanty, navzájem je vynásobí, všechny údaje překontrolují podle logaritmické tabulky a pomocí jedině tabletky pacienta vyléčí. Já však, když onemocním, si raději zajdu za nějakým starším lékařem. Ten se na mne zahledí, nahmatá pulz a prohmatá břicho, poslechne si mě. Potom si zapálí fajfku, poškrábe se na bradě a usměje se na mne, aby zmírnil moji bolest. Pravda, obdivuji vědu, ale stejně tak obdivuji moudrost."

Věda, jako ostatně celá naše civilizace, má naštěstí schopnost vyrovnávat různá extrémní vybočení. Diferenciace a specializace ^{ho} naše současného způsobu poznávání vyvolávají ve vědě /jako celku/ opačné úsilí: tendenci k syntéze obrovského poznatkového fondu nashromážděného analytickým úsilím dílčích přístupů, metod a vědních oborů. Tak vzniká opačná tendence se svým zřetelem ke komplexnímu pojmání skutečnosti, k vidění jevů, problémů a otázek v jejich integračních a integrujících aspektech, ve vzájemných vztazích.

Tyto obecné tendence ve vědě se promítají do medicíny specifickým způsobem. Také medicína totiž - jako ostatní vědní obory - se postupně rozčleňuje na stále specialnější disciplíny /z hlediska terapeutických zásahů pak hovoříme o "mikroterapii"/. Na druhé straně je však i lékařská věda nucena ve stále větší míře akceptovat komplexní přístup nejen k chorobnému procesu, nýbrž především k samotnému pacientovi jako individuální lidské bytosti. Zdravotník nemůže v nemocném vidět pouze "nositele nemoci" či dokonce jen pouhou chorobu, ale celého člověka a to v rozsá-

hlém kontextu jeho psychického a sociálního prostředí.

Z rozporu "detail-celek" vyplývá důsledek, patrný zejména na způsobech, jimiž se vytváří tzv. klinické myšlení: lékař je veden ke stále exaktnějšímu způsobu vyšetřování, stanovení diagnózy i terapeutických zásahů, na jeho klinické myšlení se kládou stále přísnější požadavky vědecké objektivity. Na druhé straně se však musí vciťovat do subjektivních prožitků nemocného, měl by percipovat osobnost nemocného v jejích specifických zvláštnostech, měl by akceptovat individuálnost lidské situace trpícího člověka. Ne neprávem někteří autoři /Rachman, Philipsová, Bibilin/ zdůrazňují, že "medicina vyžaduje jak přesnost vědy, tak nepřesnost umění", přičemž "nepřesnost" je nutná dát do úvohy - znamená hlubší a komplexnější postižení pacientova chorobného stavu, včetně jeho psychosociálního prostředí.

2. Psychologie v uplatňování péče o nemocné

Komplexní přístup ve svých konkrétních diagnostických a terapeutických aplikacích vyúsťuje mimo jiné v psychologické a etické důsledky. Současná necitlivá a přehnaná specializace a technizace medicíny /akademik Málek/ může znamenat odlidštění, dehumanizaci medicíny: přístroje, které se vsunuly mezi pacienta a lékaře mohou narušit bezprostřední vztah člověka k člověku. "Lékaři minulosti měli neskonale menší vědecké znalosti a možnosti léčit. Měli však bezprostřednější vztah k pacientovi. Jde nyní o to, tento vytracující se vztah obnovit a to na vyšší úrovni společenských věd s využitím znalostí moderní psychologie."

Požadavek komplexního přístupu tedy vyžaduje ještě další tematický posun, který už překračuje hranice medicíny, či "vstřebává" do speciálních lékařských vyšetřovacích a terapeutických postupů zdánlivě mimomedicínská hlediska. Tato hlediska jsou psychologická a společenská. Zde však může vyvstat oprávněná námitka: proč do odborné medicínské, tedy v podstatě přírodovědné problematiky zavádět psychologické, sociologické, filozofické či etické hledisko? Ne tuto námitku lze odpovědět, že jakkoliv naše fyzická, biologická funkce je proti zvířeti hominizována. Člověk nežije ve světě "čistě" přírody, nýbrž ve vlastním světě lidské civilizace, kultury, společnosti. I ryze biologické funkce, včetně poruchových jevů - nemocí, mají proto vždy stránku psychologickou a etickou, v nejširším smyslu slova

společenskou. Proto nemůžeme ani zdravého, ani nemocného člověka posuzovat pouze z ryze biologického aspektu, nýbrž musíme přihlídnout k této jeho specificky lidské dimenzi.

Psychologicky pochopit druhého člověka předpokládá schopnost vcítění se /tzv. empatii/ do vnitřního světa druhých lidí. Toto vcítující se porozumění současně vyžaduje sebekritickou kontrolu vlastního "já". Lidé se někdy nesprávně domnívají, že harmonická a psychologicky vnímavá osobnost je člověku dána jako nějaká vrozená vlastnost. Tento názor je nesprávný, Každý člověk musí na svých duševních, osobnostních vlastnostech pracovat obdobným způsobem, jakým pracuje na zvýšení své odborné kvalifikace nebo rozšíření svého kulturního obzoru.

Vcítění do vnitřního světa druhého člověka je současně úvodem či základním předpokladem etického postoje. Nedostatek schopnosti vcítění většinou hodnotíme jako eticky nevhodné či chybné chování. Psychologicky a eticky nesprávné projevy mohou mít velmi různorodé psychologické pozadí: např. tendenci zdravotníka imponovat pacientovi svou odbornickou nadřazeností, může však být i důsledkem náladové či dokonce agresivní psychopatické povahy.

V souvislosti s empatií /vcítěním/ a vůbec s jakýmkoliv psycho-terapeutickým vztahem mezi zdravotníkem a pacientem, musíme upozornit na jednu důležitou okolnost: schopnost vcítujícího se porozumění by měl být zdravotník /a vůbec každý člověk při jednání s jinými lidmi/ s to uplatnit nejen u druhých lidí, nýbrž i vůči sobě. Neznalost vlastní osobnosti, jejích předností a nedostatků, nekritičnost vůči vlastním chybám při jednání s lidmi, nutně znamená i opravdové úsilí o empatii a o navázání hlubšího kontaktu s pacientem. Harmonická osobnost, po které se dnes tolik volá, spočívá mnohdy ve zdánlivě prostém, ale důležitém předpokladu sebekritičnosti, odhadu vlastních chyb a nedostatků. Znamená to především, aby byl člověk schopen posuzovat sebe do jisté míry jako cizí osobu.

II. P S Y C H O L O G I C K Á V Ý C H O D I S K A

3. Vývojové fáze umírání

V procesu umírání lze pozorovat určité charakteristické projevy, které lze označit jako fáze umírání. Jejich pořadí v procesu umírání nemusí být pevné, může se různým způsobem měnit. Není nutně zdůrazňovat, že každá fáze se svými charakteristickými reakcemi umírajícího vyžaduje odpovídající jednání zdravotníka-

Americká psychiatrička Kübler-Rossová vyvodila z detailního pozorování a rozhovorů se stovkami umírajících následující fáze:

Fáze šoku a odmítání /negace/ - pacient je ohromen a poděšen diagnózou. Je patrné ochromení aktivních snah o spolupráci na dalším léčení. Pacient prožívá pocity ireality, které z ohromění vyplývají /"to přece není možné, abych zemřel"/.

Fáze zášti, zloby a vzteku - stádium se dá shrnout do výčitky "proč právě já!" Umírající reaguje agresivně, většinou slovně na své okolí. Pociťuje podrážděnou zlobnou závist jako někdo, kdo je těžce postižen, zatímco ostatním osud přeje.

Fáze uklidnění, ale "smlouvání" - pacient se snaží akceptovat nevyhnutelnost smrti, projevuje však silné přání prodloužit si život o nějaký, mnohdy přesně vymezený úsek /až dítě dokončí školu atd./ Nemocný se intenzivně pídí po informacích o nových léčebných metodách.

Fáze deprese - depresivní stavy vyplývají především z prožitků loučení se životem, záměry a plány, s příbuznými. Depresi ovlivňuje i strach a úzkost z utrpení.

Fáze přisvědčujícího smíření a odevzdanosti - pacient se pocho-pitelně vyrovnal zcela s faktem smrti, očekává však její příchod s jistým smířením a odevzdaností. Především starší umírající mohou dospět k plné akceptaci smrti.

Ve všech fázích projevují umírající, zjevněji nebo skrytě, ná-dejji /např. v náhlý obrat k uzdravení nebo objevení nového léku/. Tato naděje nesmí být pacientovi vzata, i když se mu nezasadí je-ho vážný stav.

4. Umírání a smrt v kontextu lidského prožitku života a/ Smrt jako tabu

Život a smrt jsou z aspektu lidských prožitků ostře ohraniče-né a navzájem si odporující oblasti. Moody /1977/ správně upozor-ňuje, že z kulturně psychologických důvodů je téma smrti v naší civilizaci - tabu. Lidé se instinktivně vyhýbají zmínkám o podrob-nostech umírání a smrti, protože taková líčení nutně vyvolávají myšlenky na vlastní smrt.

Vědomí smrti narušuje člověku i jeho systém hodnot, jimiž se v životě řídí. Podle Camuse a Sartra nemá člověk smrt ve své mo-ci /pokud by nevolil sebevraždu/, nýbrž smrt je vně lidských možností, toto "vně" je právě zdrojem lidského pocitu absurdnos-ti, bezvýhodnosti a nesmyslnosti života.

b/ Umírání a smrt jako samota

Umíráme každý "sám za sebe", v umírání je člověk nezastupitelný. Z tohoto faktu však neplyne, že by umírající měl být osamocen také sociálně /což se bohužel často stává/. V posledních desítketích se věnuje stále větší pozornost tzv. sociální smrti, tj. situacím, které připomínají skutečnou smrt. Nemocný je často svým nejbližším okolím vyloučen ze společenství své rodiny /umírá v nemocnici, odloučen od rodinného společenství/ a je tak sociálně mrtev dříve, než přijde skutečný stav fyzické smrti.

c/ Smrt jako životní dovršení

Ačkoliv se to zdá být paradoxní, je i v obtížných a přímo hroživých úsecích života člověk schopen seberealizace: přehlíží svůj život, opírá se o všechny, třeba i nepatrné projevy svého okolí, které vyjadřují lásku a úctu k jeho osobě /a tím jistým způsobem deklarují smysluplnost jeho života/. Tento pocit životního naplnění by měl zdravotník v umírajícím pacientovi bezpodmínečně podporovat.

III. P R A X E

5. Psychologická pomoc

Někteří psychologové se shodují na následujících principech psychologického přístupu k pacientovi při závažnějším onemocnění:

- 1/ poskytnutí citové podpory. Láskyplná péče pomáhá překonat emocionální stres, egocentrickou orientaci a deprese
- 2/ pomoci nemocnému realisticky zvážit jeho současné a budoucí vyhlídky
- 3/ vytvořit pro postiženého atmosféru, ve které by mohl projevat i negativní emoce/ ovšem sociálně přijatelným způsobem/
- 4/ napomáhat pacientovi rozvolnit jeho úzkost
- 5/ věnovat pozornost pacientově osobnosti jako celku

Nemoc sama je pro každého pacienta /třeba i takového, jenž má naději na vyléčení/ určitou sociálně psychologickou situací. Tím více pak pro pacienta nevylišitelně nemocného a umírajícího. Už z terapeutických důvodů je tato situace specifická: už není co léčit. Tak je často věnována těmto pacientům i menší lidská po-

zornost.

U těžce nemocného a umírajícího by se mohlo zdát /nezíráno z hlediska "ekonomického" myšlení zdravotního člověka/, že už "nestojí za to" pacienta psychotherapeuticky ovlivňovat. Takový názor je však zcela nehumánní. Psychotherapie má nemocnému umožnit jeho vnitřní účtování se životem, má mu dopomoci, aby závěrečnou životní bilanci naplnil a dovršil svůj život. V psychotherapii u lůžka těžce nemocného nebo umírajícího postupujeme proto zdánlivě paradoxním způsobem: i přes naprostou bezvýhodnost, vyplývající ze somatického stavu, křísíme v pacientovi pocit významu jeho života. Psychotherapie musí se zaměřovat nikoliv jen parciálně na rozvolnění úzkosti, která je většinou sekundárním psychologickým symptomem a signalizuje existenci nevyřešených vnitřních konfliktů, ale právě na beznaději, vyrůstající z nenaplněného života.

Psychotherapie je tak neúčinnější formou psychologické pomoci: zdravotník vytváří nemocnému prostor pro uskutečnění jednoho z jeho posledních a subjektivně významných činů: aby jako svobodná autonomní bytost se vyrovnal sám se sebou. Psychotherapeut však nesmí umírajícímu nějakým způsobem imputovat svůj názor, nábřž umírajícímu umožnit poslední a závěrečnou seerealizaci. Musí však bezpodmínečně dodržet jednu zásadu: pacientovi nesmí být ođnata naděje, že může nastat i přes veškeré nepříznivé prognózy obrat k lepšímu.

V souvislosti s psychologickou pomocí je nutná říci ještě slovo o bolesti. Rachmen a Philipsová podávají následující návod k redukci bolesti psychologickými prostředky:

- 1/ pacient by měl obdržet informace o obtížích a bolestech spojených s chorobou v takovém rozsahu, aby se na bolest mohl lépe připravit a nebyl zasažen její neočekávaností
- 2/ u postiženého je vhodné zavést speciální psychologické techniky, které rozvolňují úzkost
- 3/ na zmírnění bolesti lze působit sugestivními prostředky
- 4/ vhodným zaměstnáváním pacienta odvrátíme jeho pozornost od bolesti a očekávání bolesti
- 5/ nemocnému by měla být umožněna sebekontrola bolesti

Pacienti, u kterých se podařilo /např. psychotherapií/ rozvolnit úzkost a strach, snáší i dlouhodobou bolest s větší trpělivostí a klidem.

6. Příbuzní a psychologický problém zármutku

Pacient za těžké nemoci nebo v závěrečných měsících či týdních života psychicky strádá nejen proto, že si s větší nebo menší zřetelností uvědomuje hroživou situaci svého konce, nýbrž rovněž i proto, že stojí tvář v tvář utrpení celé své rodiny. V literatuře se uvádějí případy, kdy umírající děti si přejí zemřít, protože se domnívají, že svým odchodem zmírní utrpení svých rodičů. Takový postoj je odrazem nesnesitelného psychického utrpení člověka, který musí bezmocně pozorovat utrpení svých nejdražších.

V drtivém počtu případů však vztah mezi umírajícím a příbuznými není tak otevřený. Patří naopak k tragickým paradoxům umírání v naší době, že postižený se nemůže naposledy vsadit za a bezprostředně vrhnout svým příbuzným do náruče, nemůže projevit smutek pláčem. Umírá osamoceně a rodina vši silou před ním /a on před ní/ předstírá, že se "nic neděje".

Právě v situaci zármutku se setkává pacient a jeho rodina. Rada, jakým způsobem by měl zdravotník mírnit zármutek nad ztrátou /u příbuzných/ je zdánlivě jednoduchá: měl by postiženého především vyslechnout. Většinou se pokoušíme s postiženým "diskutovat" a tak mu podsouvat svůj vlastní názor, místo toho, abychom akceptovali jeho vlastní způsob prožitku ztráty. Hlavní zásada tedy zní: postižený by neměl být brzděn vevnějších projevech zármutku a ve způsobu, jakým vnitřně zpracovává zážitek ztráty.

Právě při jednání s příbuznými by si měl zdravotník uvědomit, že nesděluje informace pouze o "případu", nýbrž že zpráva o nevléčitelné chorobě nebo smrti milovaného člověka příbuzné hluboce lidsky zasáhne.

Z Á V Ě R

Umírání a smrt jsou z hlediska individuálního lidského života tragickou událostí. Psychologie jako empirická věda musí nutně studovat i thanatologickou problematiku. Nestaneme se programovými životními pesimisty proto, že se budeme odborně a s plnou vážností zabývat tematikou umírání a smrti. Možná právě promýšlením těchto otázek zvýší naši vnímavost k požadavkům a možnostem rozvoje vlastní osobnosti a obohatí náš život o dimenzi láskyplného a soucitračního porozumění pro starosti, bolest a utrpení druhých.

O b s a h

Úvod	1
I. Obecná východiska	1
1. Nové pojetí soudobé medicíny - komplexní přístup	1
2. Psychologie v uplatňování péče o nemocné	4
II. Psychologická východiska	5
3. Vývojová fáze umírání	5
4. Umírání a smrt v kontextu lidského prožitku života	6
III. Praxe	7
5. Psychologická pomoc	7
6. Příbuzní a psychologický problém zármutku	9
Závěr	9

PhDr. Josef Viewegh, CSc. - Psychologická příprava umírání a smrti u nevléčitelně nemocných
Vydal IDV PZ v Brně jako pracovní materiál pro účastníky semináře WHO, konaného 8.-9.11. 1991. Text neprošel jazykovou úpravou.