

Zvládání konce života – kazuistiky

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.¹, PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.², MUDr. Jiří Kozák, Ph.D.³, Mgr. Roman Kamenišťák⁴

¹Oddělení klinické psychologie FNM a 2. LF UK Praha

²Oddělení klinické psychologie FN KV Praha

³Centrum pro léčbu a výzkum bolestivých stavů FNM a 2. LF UK Praha

⁴Oddělení klinické psychologie FNM

Nevyhnutelnost vlastní smrti je jednou z nejobtížnějších výzev, které musí člověk čelit. Vyrovnávání se s koncem života probíhá u každého jedince vlastním, jedinečným a subjektivně citlivým způsobem. Někteří jedinci mohou nastávající událost uvítat smířením; jiní se strachem, úzkostí nebo hlubokou depresí. K většině požadavků na psychotherapii dochází z důvodů psychologických problémů pacientů; někdy psychotherapii žádají členové rodiny, duchovní či pacienti samotní. V mnohých případech jedinci mají problémy se zvládáním spletnosti otázek konce života. Článek se konkrétně věnuje užití kognitivně-behaviorální terapie (KBT) u lidí čelících konci života na dvou kazuistikách. Jsou nastíněny techniky terapie a doporučeny pokyny, jak postupovat dále.

Klíčová slova: konec života, umírání, kognitivně-behaviorální psychotherapie.

Coping with end of life – case studies

One of the most difficult challenges to face a person is the inevitability of his or her own death. The end of life is faced in personal, unique and subjective sensitive manner for each person. Some may greet the impending death healed, others with fear, anxiety and profound depression. Most request for psychotherapy services occurs due to obvious psychological concerns, however, some are made by family, clergy, the patients. In many case persons have problems coping with the complexity of end-of life issues. The article focuses specifically on the use of cognitive-behavior therapy (CBT) with person facing the end of life and describes practically two case studies. Techniques are outlined and future directions recommended.

Key words: end of life, dying, cognitive-behavioral therapy.

Paliat. med. liec. boles., 2013; 6(1): 15–17

Úvod

Bez ohledu na to, kde jedinec umírá (nemocnice, LDN, hospic, pacientův domov, domov jiného člena rodiny nebo jinde), čelí každý jedinec konci života ze své vlastní perspektivy. Umírání vždy nesouvisí se stářím. Někteří lidé pro nevyčleřitelné nemoci, nehody či úrazy čelí smrti v životě i v mladším věku. Mnozí lidé mohou zvládat umírání podobným způsobem, jakým zvládali jiné závažné životní události. Mezi problémy, se kterými se při zvládání konce života setkáváme, a které zároveň nejčastěji vyžadují potřebu psychotherapeutické podpory, patří: problémy se zvládáním vzteku, střídání úzkosti a deprese, současně se vyskytující jiné závažné ztráty (např. bydlení, majetku, rodiny, přátel, nezávislosti, atd.), nedostatek návštěv a kontaktů s rodinou, premorbidní duševní nemoc, postupný úbytek tělesných sil i kognitivních funkcí, strach z umírání, otázky důstojnosti a soukromí (1) a bolest (2). V mnoha případech převládají pocity bezcennosti, ztráty vlastní hodnoty a užitečnosti, beznaděje a bezmoc (3). U pacientů, kteří prožívají ztrátu vlastní nezávislosti nebo se musí vyrovnat s životem v nemocničním nebo sociálním zařízení, se mohou vytvořit nebo oživit dřívější vzorce agresivního chování. K pocitu smutku, zlosti, rozmrzelosti anebo viny výrazně přispívá zážitek chronické

bolesti. Psychotherapie je součástí paliativní péče. Nepomáhá vyléčení, uzdravení a není náhradou ani alternativou lékařských léčebných postupů. Užívají se psychotherapeutické přístupy, jako je psychotherapie podpůrná, kognitivně-behaviorální (KBT), dynamická, existenciální a rodinná. KBT se ve smyslu adjuvantní psychotherapie zaměřuje na ulehčení stavu umírajícího, t. j. psychologickou podporu a stabilitu, nalezení pozitivního postoje nemocného, pomoci pacientovi spolupracovat na léčbě a zvládnout ji, snížit emoční stres (4). Průběh je ovlivněn zdravotními problémy a schopností pacienta soustředit se. Cíle jsou většinou krátkodobé, orientované na pomoc umírajícímu a jeho rodině. Je důležité, aby měl nemocný sám o psychotherapii zájem (5).

Kazuistiky

Kazuistika paní A. a pana B. popisují užití některých technik KBT u umírajících pacientů. Kazuistiky neumožňují přímou identifikaci pacientů.

Případ paní A. Paní A. bylo šedesát let, pracovala jako úřednice, byla živá, stabilní, entusiastická. Celý život kouřila. Žila sama ve vlastním domě na předměstí velkého města. Paní A. byla vdova; manžel jí zemřel doma před šesti lety na komplikace po operaci střev. Pečovala o něj dva měsíce s pomocí domácí hospicové péče, zvládla

truchlení před i po jeho smrti. Před půl rokem odešla do důchodu a těšila se, že si bude užívat výlety a návštěvy svých čtyř dětí s jejich rodinami. Byla u ní ale záhy diagnostikována rakovina plic a poté, co se s pomocí rodiny přestěhovala do domova pro seniory s pečovatelskou službou, u ní byly diagnostikovány metastázy. Pacientka nechtěla rozhodně zůstat v rodině dětí, myslela si, že by péče o ní byla pro děti a vnuky přítěží emoční i fyzickou a zbytečně by tím nadělala ve vztazích v rodině problémy. Rodina byla stejného názoru, že je domov pro seniory pro ni to nejlepší řešení. Po pár týdnech v domově pro seniory se její chování výrazně změnilo, děti si všimly chování, které neodpovídalo povaze matky: z dříve klidné a emočně vyrovnané ženy se stala „naštvaná stará paní“, která byla k druhým lidem dosti verbálně agresivní. Děti jejímu současnému chování nerozuměly, protože závažné životní změny (jako umírání a úmrtí manžela a vlastní diagnóza rakoviny) zvládla velmi dobře. Návštěvy s rodinou pacientka stále více krátila, odmítala je. Zatímco rodina bojovala se svým vlastním žalem, byli v rozpacích, co se zlobou matky, namířenou na ně, udělat. Paní A. se cítila vinna za to, že celý život kouřila, že ignorovala symptomy rakoviny plic „až už bylo příliš pozdě“, a projevovale žal nad smrtí svého manžela až nyní, když

byla konfrontována se svou vlastní smrtí. Jen za pár týdnů musela vyřešit nejen prodej vlastního domu, musela se zbavit většiny svého nábytku, věci i oblečení a dalšího majetku, a nastěhovat se do zařízení do domova se sdíleným bydlením a s malým soukromím. Tyto problémy ji unavily, měla pocit, že to nezvládla. Začala zpochybňovat, zda rozhodnutí přestěhovat se do domova bylo správné, ztratila své známé věci i sebeúctu, začala pochybovat, zda dobře pečovala o manžela, zda rozhodnutí neumít doma ve svém domě bylo správné. Byla jí doporučena psychoterapie ve fakultní nemocnici, zejména proto, že byla slovně agresivní, urážela spolubydlící a odmítala spolupracovat s personálem. Po úvodním rozhovoru s psychoterapeutkou bylo zřejmé, že trpí těžkou depresí. Nabízenou psychoterapii striktně odmítala, po několika dnech ale byla ochotna si s psychoterapeutkou promluvit a zavolala si o termín. Odmítla užívat antidepresiva, které jí předepsal ošetřující lékař. KBT se zpočátku zaměřila u paní A. na sebeodevzdávající výroky a chování. Terapeutka použila techniku reatribuce a přezkoumávání alternativ (6), příklad rozhovoru uvádíme níže:

Paní A: Jsem takový špatný člověk... a stejně umřu. Zasloužím si už jen umřít.

Terapeutka: Říkáte, že jste špatný člověk a že si zasloužíte umřít. Co z vás dělá špatného člověka?

A: Mám rakovinu a jsem tady u vás, u cvokařky, nebo ne? Proč by se mi tohle jinak stalo?

T: Mohlo by to mít nějaké jiné důvody?

A: Celý život jsem kouřila. Měla jsem přestat. Vidíte, neudělala jsem tehdy správnou věc.

T: Takže lidi, kteří kouří, si zaslouží zemřít?

A: Ne, já tady mluvím přece o sobě, a ne o druhých!

T: Takže kouření z vás udělalo špatnou ženu, a teď si zasloužíte zemřít.

A: (křičí) Ne... vy mi nerozumíte. Jsem zlá, protivná a hrozně hádavá ženská.

T: Já vás nevnímám jako zlou, protivnou a hroznou, jsem zmatená tím, co o sobě říkáte.

A: Víím, o co se snažíte. Snažíte se, abych se cítila jako blázen... (vzdychá, začíná plakat).

T: Opravdu to poslední, co bych chtěla udělat, je udělat z vás blázna, nebo aby jste se tak cítila. Ale to, co mi říkáte, mi nedává vůbec smysl.

A: Nikdy jsem nebyla člověk, který se nějak zaobírá psychikou, ale teď se zdá, že se vůbec nemohu uklidnit. Všechno mě tak hrozně rozčiluje!

T: Podrážděnost a vznětlivost jsou běžným projevem deprese. Myslíte, že je to ve Vašem případě možné?

A: Myslíte, že bych mohla být smutná?

T: Smutek je pocit. Deprese je fyzický i psychický stav a je léčitelná. Obvykle způsobuje, že se lidi chovají způsobem, který jim není vlastní. (pauza) (Psychoterapeutka edukuje pacientku více o depresi).

A: Hm... myslím, že to, co jsem vám řekla, nedávalo opravdu moc smysl. Teď tomu více rozumím. Nejsem zlá ani protivná ženská, alespoň jsem nikdy nebyla. Asi jsem opravdu smutná... ano, vypadá to tak.

Terapeutka v dalších sezeních naučila paní A., jak má rozpoznat svou negativní vnitřní řeč k sobě samé a porozumět tomu, jak to ovlivňuje její pocity a chování. Pacientka si stanovila s terapeutkou cíl, že si v jednotlivých sezeních svou negativní vnitřní řeč (samomluvu) zapíše a zpochybní ji nejdříve na papíře a pak postupně i při tom, když jí budou myšlenky letět hlavou. Nácvik vnitřní řeči k sobě samé (i jako součást domácího úkolu) jí pomohl prolomit negativitu, která je běžnou součástí deprese. Mezi sezeními techniku pravidelně nacvičovala. S obnovením sebepojetí začala deprese mírně ustupovat a změnilo se také její chování. Po rozhovoru s lékařem souhlasila s antidepresivy. Rodinné návštěvy byly delší a pozitivnější, paní A. si přála začít plánovat konec života.

Případ pana B. Pán B. byl dvaosmdesátiletý muž, pracoval jako reklamní grafik, byl téměř 22 let v důchodu, v bytě žil sám. Byl přijat do LDN po pádu doma, zlomil si nohu a nemohl chodit. Hodně a pořád ho to bolelo. Trpěl srdeční slabostí a chronickou obstrukční plicní nemocí. Jeho jediný syn, který žil dlouhodobě v zahraničí, zemřel před pěti lety při nehodě letadla. Rodina syna, t. j. snacha, děti i vnuci syna, žili také v zahraničí. Jeho dcera žila ve městě na druhém konci Slovenska, vzdáleném 9 hodin jízdy autem. Byla vdaná, bezdětná, ale ona i její muž byli velmi profesně vytiženi. Proto pán B. neměl při hospitalizaci v LDN vůbec žádné návštěvy. Psychoterapie mu byla doporučena ošetřujícím lékařem, protože začal prohlašovat, že ho všechno bolí, nechtěl chodit o berlích, tvrdil, že chce umřít a měl suicidální myšlenky. Doporučení k psychoterapii přijal velmi ochotně – neměl žádné návštěvy a představa, že i on bude mít „pravidelného hosta jako všichni ostatní“, mu dělala dobře. Během úvodního pohovoru se pan B. popisoval jako samostatný, společenský muž, hrdý na sebe a vše, co v životě dokázal v osobním i pracovním životě. Vnímá se jako činnorodý a produktivní člověk ve všech stránkách života až do okamžiku, kdy se dozvěděl, že jeho syn zemřel při pilotování malého letadla. Jen co se dozvěděli zprávu o synově smrti, utrpěla žena pana B. cévní mozkovou příhodu. Pan B. se o ni doma staral. Žena ale za necelý měsíc doma v noci zemřela. Od té doby moc nejedl, hodně zhubl a vypadal celkově slabý. Po její smrti se musel vyrovnat s novým životním stylem: neměl co dělat a nebyl pro někoho potřebný. Cítil se

zbytečný, osamělý a k ničemu, zcela nepotřebný. Stále více a častěji plakal. Navíc byl věřící a procházel krizí spirituality, začínal stále více přemýšlet o tom, že si Bůh „měl vzít“ spíše jeho a ne ženu nebo syna. V úvodním terapeutickém sezení byl pan B. nespokojený s poslední kontrolou u ortopeda kvůli bolesti zlomené nohy. Vybavoval si pocity smutku, když lékaři povídal, jak moc ho to pořád bolí a jak se cítí bez jakékoliv naděje na zlepšení bolesti i života. Když začal v ordinaci plakat, cítil se rozpačitě. Pomyslel si: „Lékař si pravděpodobně myslí, že jsem kverulant.“ Emoce spojená s touto myšlenkou byl strach. Terapeutka se zeptala, jestli tento závěr udělal lékař. Pán B. se přiznal, že to byla jeho vlastní slova. Byl opravdu kverulant? V následujícím dialogu terapeutka a pacient prozkoumávají tuto myšlenku.

Pán B: Kverulant je někdo, kdo pláče, nedokáže ovládat vlastní emoce a pořád si stěžuje.

Terapeutka: Takže, každý kdo hodně pláče, nekontroluje své emoce a stěžuje si – je kverulant.

B: Ne, každý ne. Byl jsem vychován tak, abych vlastní emoce skrýval.

T: Kdy je pro vás přípustné projevit emoce?

B: Když někdo zemře, nebo když trpí vážnou nemocí, tehdy je plakat v pořádku. Byl jsem vždy silný. Potřebuji být silný.

T: To stojí hodně odvahy i důvěry plakat před lékařem i ostatními lidmi. Ale pořád jste silný člověk.

B: Děkuji.

T: Chci se vrátit k vašim obavám z toho, co si o vás lékař možná myslí. Myslíte, že lékař někdy viděl plakat a stěžovat si na bolest a život i jiné pacienty?

B: Jsem si jistý, že musel vidět hodně plačících pacientů.

T: Takže, jsou ti lidé také kverulanti?

B: Ne. Lidé pláčou, protože se jim něco nepříjemného stalo, něco je bolí. Život je bolí.

T: Takže jste plakal, protože vás to bolelo?

B: Jsem tak hrozně unavený z toho stálého utrpení, hodně mě to pořád bolí.

T: Myslíte, že tomu lékař rozuměl?

B: Myslím, že ano.

T: Takže možná vaše slova a slzy vyjadřovaly, co jste chtěl říct – tolik vás to pořád bolí, cítíte se unavený, bolí vás žít?

B: Když se na to podívám zpátky, rozumím, co mi chcete říct.

Pán B. a terapeutka dále probírali označení slova *kverulant*, které nepopisuje to, co pan B. řekl nebo udělal – jsou to jen soudy o jeho povaze. Alternativní myšlenky byly „Nejsem kverulant. Je v pořádku u lékaře plakat. Lékař rozumí tomu, že je bolest nepříjemná a život bolí. Snaží se mi pomoci.“

Další psychoterapeutická sezení byly zaměřeny na vinu přeživšího s použitím technik zpochybňování automatických negativních myšlenek (7, 8). Pan B. se pomalu dostal ze své dobrovolné inaktivity (jeho slovy „umělé hibernace“), ale nebyl stále ochotný udělat cokoli, co by mohlo jeho život prodloužit, prohlašoval, že nemá pro co žít. Tento postoj se nepodařilo zpochybnit. Proto se terapie dále soustředila na pacientovy vlastní výroky o tom, jak je důležité, aby si lidé před smrtí „dali věci do pořádku“ a aby se „postarali o svou rodinu“. S terapeutkou si stanovil cíle, které se zaměřovaly na jeho roli otce a dědečka. Při vytváření cílů a plánů spojených s koncem života a umírání si pan B. uvědomil, že tento čas potřebuje i ke „shrnutí“ svého života pro sebe, ale také pro svou rodinu.

Závěr

Článek popsal na dvou kazuistických příkladech některé problémy a ztráty týkající se konce

života. Pacientovi, který čelí tomuto náročnému životnímu úkolu, nabízí KBT možnost podpory, posílení a sebeobohacení.

Literatura

1. Morgillo FS, Dubry MM. End-of life issues. In: Morgillo FS, Freeman A. (eds). *Cognitive Behavior Therapy in Nursing Practice*. New York: Springer Publishing Company; 2005: 221–238.
2. Kozák J, Vondráčková D, Yamamoto A, Crkavská J, Štípek S, Rokyta R. Možné využití antioxidantních enzymů a metabolitů volných radikálů při diagnostice bolesti. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2004; 4: 241–245.
3. Javůrková A. Úzkostné poruchy u epilepsie a kognitivně-behaviorální terapie. *Československá psychologie*. 2003; 27(5): 460–469.
4. Moorey S, Greer S. *CBT for People with Cancer*. Oxford: Oxford University Press 2012.
5. Raudenská J, Javůrková A. *Lékařská psychologie*. Praha: Grada 2011.
6. Beck AT, Weishaar M. Cognitive therapy. In: Freeman A, Simon KM, Buetler LE, Arkowitz H. (eds.) *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum; 1989: 21–36.
7. Johnson CL. Psychotherapy with older adults. *Ohio Psychologists* 1999: 7–10.
8. Jirkovský D. Percepce psychické pracovní zátěže všeobecnými sestrami – absolventkami škol. In: Sociokulturní –

právní, ekonomické a politické determinanty v ošetrovatelství a v porodní asistenci. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého; 2008: 121–128.

„Podpořeno projektem koncepčního rozvoje výzkumné organizace MZ FN Motol 00064203.“

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.

Oddělení klinické psychologie FN v Motole a 2. LF UK
V Úvalu 84, 150 06 Praha
jaroslava.raudenska@fnmotol.cz



SOLEN
MEDICAL EDUCATION

**Váš partner
v medicínském vzdelávaní**

Pripravujeme na rok 2013:

- **XXIII. bratislavské postgraduálne dni detskej neurológie**
22. – 23. marec 2013, DFNSP, Bratislava
- **II. slovenská konferencia zriedkavých chorôb**
24. apríl 2013, Hotel Saffron, Bratislava
- **X. slovenský pediatrický kongres**
25. – 27. apríl 2013, Hotel Saffron, Bratislava
- **VI. neuromuskulárny kongres**
25. – 26. apríl 2013, Hotel Tatra, Bratislava
- **VII. pracovné dni neuropsychiatrie Levoča**
12. – 14. september 2013, Levoča
- **Medicína pre prax – kongres lekárov prvého kontaktu, IX. ročník**
20. – 21. september 2013, Hotel Saffron, Bratislava
- **Bratislavské onkologické dni, I. ročník**
10. – 11. október 2013, Hotel Holiday Inn, Bratislava
- **XXIV. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v onkológii**
10. október 2013, COOP Jednota, Bratislava
- **Sympóziu praktickej neurológie, VII. ročník**
18. – 19. október 2013, Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica

www.solen.sk

solen@solen.sk

viac informácií na www.solen.sk, sekcia Kongresy a semináre

