

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

Mária Andrášiová

klinický psychológ, súkromná poradenská prax, Bratislava

Paliatívna starostlivosť ako komplexný prístup starostlivosti o nevyliciteľne chorého pacienta sa zameriava na zlepšenie kvality jeho života a to nie len v zmysle symptomatickej liečby a zmiernenia utrpenia a bolesti, ale aj pokrývania biologických, psychologických, sociálnych a spirituálnych potrieb. Skutočnosť nevyliciteľného ochorenia prináša do psychiky pacienta množstvo zmien. Spôsob, akým pacient prijíma paliatívnu liečbu je podmienený viacerými faktormi, vo výraznej miere kvalitou vzťahu a komunikácie s lekárom. Ten môže pôsobiť na pacienta psychoterapeuticky, alebo psychotraumaticky. Dôležitou súčasťou paliatívnej starostlivosti je psychologická starostlivosť, poskytovaná pacientovi v závislosti od jeho potrieb, na úrovni podpory a sprevádzania, poradenstva alebo psychoterapie.

Kľúčové slová: psychika nevyliciteľne chorého pacienta, psychologická pomoc a poradenstvo, psychoterapia nevyliciteľne chorých.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PALLIATIVE CARE

Palliative care is a complex system of care for patients whose illness cannot be cured. An important objective of palliative care is to ensure the best possible quality of life for such patient, reduce the symptoms associated with the illness and reduce patient's suffering and pain. Palliative care focuses on every need of an ill patient. This means not just physical needs but also emotional, spiritual and social ones. The fact of a terminal illness has a profound effect on the patient's psychological wellbeing. The most significant factor influencing how a patient receives palliative care is related to the quality of the doctor-patient relationship and communication which can be either therapeutic or traumatizing. Psychological care provided as support, guidance, consultancy or psychotherapy and closely related to patient's needs is a very important part of palliative care.

Key words: mental status of incurable patient, psychological aid and consultation, psychotherapy of patients with incurable diseases.

Paliat. med. liec. boles., 2008, roč. 1 (2): 77–79

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie je paliatívna starostlivosť aktívna, celková starostlivosť o pacienta v čase, keď jeho choroba už neodpovedá na kauzálnu liečbu. Kontrola bolesti a symptomatická liečba je jej prvoradá, nie však jediná náplň. Úlohou paliatívnej starostlivosti je postarať sa o pacienta komplexne, v kontexte jeho bio-psycho-sociálno-spirituálnych potrieb, s cieľom zachovať či zlepšiť maximálnu možnú kvalitu jeho života (1).

Spôsob, akým sa pacient vyrovnáva so svojou životnou situáciou a ako reaguje na paliatívnu liečbu podmieňuje mnoho faktorov: jeho celkový zdravotný stav, osobnosť (povaha, emočná výbava, postoje a vôľové vlastnosti, atď.) – ako sa vyrovnával s problémami v každodennom živote ovplyvniť aj jeho reakciu na spracovanie faktu nevyliciteľného ochorenia a prijatie paliatívnej liečby, predchádzajúce skúsenosti s liečbou ochorenia, životnej etapy, v ktorej ho choroba zastihla, kvalita jeho sociálnych väzieb s rodinou a v neposlednom rade, ba celkom zásadne, kvalita komunikácie s ošetrovateľským personálom, informovanosti a ošetrovateľskej starostlivosti.

Psychika pacienta

Pre nevyliciteľne chorého pacienta, ktorému choroba prináša výrazné obmedzenia v životnom štýle, sú príznačné tieto zmeny v psychike (2):

1. **zúženie myšlienkového obzoru vedomia** – pacient žije chorobou, zaoberá sa všetkým, čo s ňou súvisí a ostatné oblasti jeho života sú tomu podriadené;

2. **regresia** – správanie, ktoré nezodpovedá veku, mentálnej a emocionálnej vyspelosti pacienta, vyznačujúce sa napríklad emočnou labilitou, vzdorovitou, zvýšenou potrebou pozornosti okolia a egocentrizmom;
3. **zníženie sebavedomia a pokles sebaúcty** ako dôsledok uvedomovania si vlastných obmedzení,

zhoršeného ovládania a kontroly telesných a duševných funkcií a závislosti od pomoci zvonka.

Elizabeth Kübler-Rossová popísala pred desiatkami rokov proces, ktorým pacient prechádza pri vyrovnávaní sa s diagnózou nevyliciteľného ochorenia. Prechod od kauzálnej liečby k paliatívnej kon-

Tabuľka 1. Fázy prežívania nevyliciteľného ochorenia podľa E. Kübler-Rossovej.

Šok	Pocity zmätku, bezradnosti a úzkosti.
Popretie a izolácia	Pacient sa snaží od skutočnosti uniknúť alebo ju popiera.
Obdobie zlosti a negativizmu	Pacient zažíva pocity krivdy a nespravodlivosti, že choroba postihla práve jeho. Útočnosť na okolie.
Depresia	S definitívnym pochopením, že choroba je nevyliciteľná, sa objaví smútok z utrpenia a hrozacej straty.
Akceptácia	Prijatie nevyliciteľnosti choroby ako novej životnej situácie, ku ktorej musí zaujať nový životný postoj.

Tabuľka 2. Najčastejšie psychické ťažkosti a afektívne poruchy u nevyliciteľne chorých pacientov.

Strach a úzkosť <i>Nezvládnuteľný strach a vysoká hladina úzkosti môžu prerásť do úzkostných porúch a fóbii.</i>	Existenčná úzkosť – choroba ohrozuje pacienta na živote a konfrontuje ho s myšlienkou smrti. Úzkosť z vývinu zdravotného stavu, z toho čo ho čaká. Strach z utrpenia, bolesti, opustenosti.
Smútok a smútenie <i>Môže prerásť do depresie. Má negatívny dopad na priebeh a zvládanie ochorenia a paliat. liečby.</i>	Smútok z približovania sa konca života. Smútok ako reakcia na definitívnu stratu zdravia a s ňou súvisiaci úbytok rôznych kompetencií, zhoršenie kvality života a neistú budúcnosť. Anticipačný smútok z toho, z toho, čo pacienta čaká.
Hnev a agresia <i>Výskumy potvrdzujú, že pacienti, ktorí prejavujú city navonok a k chorobe a svojmu okoliu majú bojový postoj, zvládajú liečbu lepšie ako pasívni, submisívni pacienti a takí, ktorí sa snažia za každých okolností svoje city ovládať.</i>	Ako reakcia na situáciu záťaž, straty kontroly nad svojím životom, aj ako jedna z možných reakcií na smútok.

frontuje pacienta s definitívnou skutočnosťou jeho blížiaceho sa konca, vtedy môže znova prechádzať niektorými z týchto štádií (tabuľka 1).

Tieto štádiá nemusia prebehnúť všetky alebo v uvedenom poradí, môžu sa prelínať, striedať, vracaať (neznamená teda, že ak pacient raz pochopil, že je nevyliciteľne chorý, akceptuje všetky ďalšie zmeny v jeho zdravotnom stave). Úlohou ošetrojúceho personálu nie je pacienta posúvať z jednej fázy do druhej, ale porozumieť jeho reaktivite a v najvyššej možnej miere ju akceptovať (3).

Časť nevyliciteľne chorých pacientov trpí psychickými ťažkosťami. Môže ísť o krátkodobé reakcie, ktoré odznejú, ale môžu sa aj fixovať, spájať a vyústiť do obrazu afektívnej poruchy, keď treba poskytnúť pacientovi odbornú pomoc (tabuľka 2).

Dôležité je jednak tieto pocity a nálady pacienta akceptovať, ale najmä, neprechádzať cez ne bez povšimnutia, pretože je to často krát jediný spôsob, akým v danom momente pacient dokáže komunikovať so svetom, prípadne ako je schopný dať najavo, že potrebuje pomoc.

Ak chceme pacientovi poskytnúť komplexnú paliatívnu starostlivosť, napĺňanie psychologických potrieb je jej nevyhnutnou súčasťou. **Pre pacienta je dôležitý v prvom rade pocit istoty a bezpečia**, že bude o neho dobre postarané, že nebude trpieť bolesťami a nezostane opustený. Dôležité je podporovať v ňom *pocit jeho vlastnej autonómie*, teda práva a schopnosti rozhodovať za seba – nech by šlo o akokoľvek „malé rozhodnutia“. Veľmi dôležité je uznanie jeho ľudskej hodnoty, nezávislej od dôsledkov a obmedzení, ktoré choroba do jeho života priniesla a pomoc pri zachovaní jeho ľudskej dôstojnosti. Dôležité je tiež pomôcť pacientovi v jeho novej, zmenenej identite *nájsť spôsob naplnenia potreby sebarealizácie*, napríklad cez stavanie si malých cieľov a napĺňanie snov. Ponúknuť mu pohľad, že hoci už nevládze toľko čo predtým a je odkázaný na pomoc druhých, jeho ľudská hodnota je v odovzdávaní nemateriálnych hodnôt, jeho postoja k chorobe a tú môže naplňať do konca. S tým súvisí aj podpora pacienta v napĺňaní jeho duchovných potrieb, keďže v záverečnej fáze života sa u mnohých pacientov stávajú centrálnymi práve spirituálne potreby a otázky (4). A v neposlednej miere sú to aj sociálne potreby, ktoré

pacient potrebuje naplniť – kvalitné vzťahy, komunikáciu a oporu v sociálnom prostredí. Sociálna opora je jedným z dôležitých protektívnych faktorov pri zvládání stresu z ochorenia a liečby, a to najmä v období, keď jedinec nedisponuje dostatočnými osobnostnými protektívnymi zdrojmi. Pacienti, ktorí dostávajú od rodiny a priateľov dostatočnú emocionálnu podporu, sú v procese liečby často krát aktívnejší, majú väčšiu motiváciu bojovať, neopúšťať sa (tabuľka 3). (2, 4)

Hoci paliatívna starostlivosť nemôže pokryť všetky potreby pacienta, mala by mu otvoriť priestor na ich prejavenie a v ideálnom prípade aj poskytnúť či pomôcť získať prostriedky na ich naplnenie.

Psychologický prístup lekára k pacientovi

Aj keď lekárska starostlivosť o pacienta nezahŕňa psychoterapiu v užšom slova zmysle (túto poskytuje psychoterapeut s odborným psychologickým vzdelaním a výcvikom), pri každom kontakte s pacientom lekár prostredníctvom svojej osobnosti, vzťahu k pacientovi a spôsobu komunikácie s ním vedome či nevedome ovplyvňuje jeho prežívanie ochorenia a jeho postoj k liečbe. Nie je možné na pacienta nepôbiť, lekár pôsobí buď psychoterapeuticky, alebo psychotraumaticky (2).

Kľúčovým pojmom charakterizujúcim kvalitný vzťah medzi lekárom a pacientom je **dôvera** – bez nej nemôže vzniknúť atmosféra bezpečia a prijatia. Rodí sa postupne, ak si lekár dokáže vybudovať u pacienta odbornú aj ľudskú autoritu, rešpektuje ho ako plnohodnotnú bytosť a partnera v komunikácii, poskytuje mu priestor pre vyjadrenie jeho pocitov, obáv a smútkov, je pre neho oporou pri zmierovaní sa s nezmeniteľnou skutočnosťou progredujúceho ochorenia a robí všetko v záujme dosiahnutia najlepšej možnej kvality pacientovho života. Všetky tieto aspekty v prístupe k pacientovi pomáhajú vytvárať atmosféru dobrej spolupráce, redukovať úzkosť, obavy a napätie pacienta a teda pôsobia psychoterapeuticky v širšom slova zmysle.

Formy psychologické starostlivosti o paliatívneho pacienta

Psychologickú starostlivosť môžeme pacientovi poskytnúť v niekoľkých úrovniach. Prvá, základ-

ná úroveň, je **poskytnutie psychickej podpory a sprevádzanie**. Mala by byť nedeliteľnou súčasťou starostlivosti o každého pacienta. Pacient potrebuje najmä istotu, že o neho bude postarané, že nebude trpieť, nezostane sám a jeho ľudská dôstojnosť bude zachovaná. Tento druh psychologické starostlivosti nekladie špeciálne požiadavky na vzdelanie alebo čas, poskytovať ju môžu všetci, ktorí prichádzajú s pacientom do kontaktu, je potrebná „len“ ochota a vnútorná pripravenosť dať mu takúto podporu.

Druhou úrovňou je poskytovanie **psychologickej pomoci a poradenstva** – v širšom aj užšom význame slova. Pod týmto pojmom chápeme vytvorenie priestoru, v ktorom môžu pacient a jeho najbližší vyjadrovať svoje pocity, myšlienky, otvárať bolestivé témy, načúvanie pacientovi s cieľom pomôcť mu nahliadnuť a riešiť problém, situáciu alebo dilemu, ktorej čelí. Pacienti a ich príbuzní zväčša nehľadajú psychologickú pomoc u kvalifikovaných poradcov, majú skôr tendenciu zdôveriť sa svojmu lekárovi alebo iným členom ošetrojúceho tímu, ku ktorým si vybudovali vzťah, dôveru a ktorí poznajú ich životnú situáciu. A tak zdravotníci v mnohých prípadoch naplňujú rolu poradcu a poradenstvo (vo voľnejšom, širšom ponímaní významu tohto slova) vzniká ako „vedľajší produkt“ medicínskej starostlivosti (5). Preto by bolo vhodné, keby členovia ošetrojúceho tímu disponovali základnými znalosťami a zručnosťami v komunikácii s pacientom.

K základným prvkom kvalitnej komunikácie patrí **schopnosť akceptovať pacienta v jeho celistvosti**, teda aj s jeho prípadnými negatívnymi prejavmi, **kongruencia** toho, kto pacientovi načúva, v zmysle ľudskej opravdivosti, úprimnosti a schopnosti vyjadrovať vlastné pocity a **empatia**, teda schopnosť vcítiť sa do prežívania pacienta a citlivo mu v ňom poskytovať oporu.

Základným nástrojom psychologické pomoci je **aktívne načúvanie**, čo znamená komplexné vnímanie toho čo pacient vyjadruje, za aktívnej účasti všetkých zmyslov. Teda, nielen počúvať čo pacient hovorí, ale vnímať všetky aspekty jeho prejavu, neverbálne signály a aktívne na procese načúvania participovať – napríklad vlastnými slovami vyjadriť, čo chorý povedal (parafrázovanie), sumarizovať, alebo pomocou overovacích otázok sa uistiť, že sme sa dobre rozumieli. Dôležité je sledovať v rozhovore potreby pacienta, nie vlastné predstavy o tom, čo pacient v danom momente potrebuje. Okrem nedostatku potrebných zručností v komunikácii je častým problémom nedostatok času. Ale kvalita, nie množstvo stráveného času, je určujúcim momentom, ktorý ovplyvňuje výsledný pocit a profit pacienta z rozhovoru.

Psychológ by mal mať kontakt s pacientom od momentu, keď je prijatý do paliatívnej starostlivosti. Kontakt nadviaže úvodným rozhovorom, v ktorom

Tabuľka 3.

Čo pomáha pacientovi životnú situáciu zvládnuť:	Čo môže pacientovi jeho životnú situáciu komplikovať:
- kvalitná komunikácia s lekárom, informácie o chorobe a možnostiach jej liečby, - komunikácia s okolím, - aktívny postoj k chorobe a liečbe, nie len byť pasívnym prijímateľom, „objektom“ starostlivosti, - udržiavanie dobrej psychickej kondície, - snaha o zachovanie prirodzených sociálnych rolí a o život v prirodzenom domácom prostredí, - podpora rodiny a priateľov.	- tendencia vyhýbať sa informáciám o chorobe, - uzatváranie sa do seba, - pasívna odovzdanosť chorobe, - psychická dekompenzácia a nevyhľadanie odbornej pomoci, - malá podpora zo strany rodiny a priateľov.

zozbiera aj základné anamnestické údaje. K lepšej znalosti pacienta pomáha psychodiagnostické vyšetrenie. Ďalším krokom je vypracovanie plánu psychologickéj starostlivosti o pacienta a jeho rodinu a následne, podľa potreby, poskytovanie individuálnej alebo skupinovej psychoterapie. Dôležitou oblasťou pôsobenia psychológa je starostlivosť o príbuzných pacienta (počas jeho života aj po úmrtí), tu má však paliatívna starostlivosť, konkrétne jej psychologická zložka, ešte stále veľký deficit. Potrebné by tiež bolo vedenie a vzdelávanie dobrovoľníkov pôsobiacich na oddeleniach paliatívnej starostlivosti a poskytovanie psychologickéj starostlivosti o personál, ako prevenciu vyhorenia (1). Realita je však taká, že tak ako nie je dostatok paliatívnych ambulancií a oddelení paliatívnej starostlivosti, chýbajú aj psychológovia pracujúci v tejto oblasti. Rolu psychológa potom často supluje rodina a ošetrojúci personál, čo je pre nich vyčerpávajúce a pre pacienta, v situácii keď je jeho psychický stav indikovaný pre odbornú intervenciu, nedostatočná forma pomoci.

Odborné poradenstvo v jeho užšom zmysle slova u nás najčastejšie vykonáva psychológ (v zahraničí sú to špeciálne na tento účel školení odborníci, nie nutne psychológovia). Poskytuje pacientovi a jeho rodine pomoc pri pomenovaní jeho potrieb a hľadani spôsobov ako ich naplniť, pomáha otvárať citlivé témy týkajúce sa choroby, budúcnosti, zomierania a spracúvať pocity a emócie, ktoré prinášajú, dáva pacientovi priestor a podporu na prejavenie negatívnych emócií. Malo by zahŕňať aj sprevádzanie rodiny po úmrtí pacienta, pretože pre rodinu je veľmi ťažké hľadať po úmrtí „cudzieho“ odborníka. U nás sú v tejto rovine starostlivosti o pacienta a jeho rodinu stále veľké medzery (5).

Treťou, najšpecifickejšou úrovňou psychologickéj pomoci je **psychoterapia**. Je poskytovaná pacientom, u ktorých sa objavujú závažnejšie psychické ťažkosti, prichádza u nich k akútnej kríze alebo psychickej dekompenzácií v dôsledku pôsobenia chronického stresoru. Ako sme už uviedli, u nevyliciteľne

čiteľne chorých sa objavuje najmä depresia, úzkosť a fobie. Pri takomto druhu psychických ťažkostí nestačí pacientovi len pomoc a podporu jeho blízkych a lekára, je potrebná odborná psychologická starostlivosť, ktorú poskytuje psychológ/psychoterapeut, v rámci ktorej cieľným psychologickými prostriedkami pracuje na obnovení psychickej integrity pacienta a zvládnutí jeho ťažkostí, v prípade potreby v spolupráci s psychiatrom.

V psychoterapii nevyliciteľne chorých pacientov sa využíva najmä kognitívno-behaviorálna terapia (návčik rôznych relaxačných techník, riešenia problémov, zručností atď.), prvky rogeriánskeho prístupu, logoterapie a existenciálnej analýzy (veľmi vhodné na ovplyvňovanie úzkosti a depresie), rodinná terapia a pastorálne poradenstvo. Často sa aplikuje ekletický prístup, ktorý podľa individuálnych potrieb pacienta kombinuje prvky z jednotlivých prístupov.

V práci s paliatívnym pacientom môže byť terapeutický proces limitovaný dvoma faktormi: časom, ktorý je potrebný na nadviazanie vzťahu aj na samotný terapeutický proces. A fakt, že paliatívny pacient nie je vždy schopný aktívne spolupracovať, jeho stupeň participácie na psychoterapeutickom procese je podmienený jeho aktuálnym zdravotným stavom. Napriek týmto obmedzeniam, ak sa psychoterapeutický proces prispôbi špecifickým podmienkam práce s paliatívnym pacientom, môže mať pozitívny vplyv na zlepšenie kvality jeho života.

V zahraničí sa v práci s paliatívnymi pacientmi využívajú aj **metódy psychologickéj rehabilitácie**, najmä ergoterapia, arteterapia, muzikoterapia. **Ergoterapia** (terapia prácou) je založená na prime-

ranom využití telesnej a duševnej pracovnej činnosti, zameranej k udržaniu či zlepšeniu somatického a duševného stavu, sebestačnosti a k návratu v používaní rôznych kompenzačných pomôcok. Má povzbudzujúci účinok na znovuzískaniu stratených síl a sebadôvery. Odpútava pozornosť od choroby a poskytuje pacientovi čiastkovú náplň dňa. **Arteterapia a muzikoterapia** (poézia, výtvarné umenie, tanec, hudba) sa využívajú najmä v ich receptívnej forme, teda vnímaním umeleckého diela, pomáhajú pacientovi skontaktovať sa s jeho pocitmi, udržať pozornosť, záujem. Pozitívne ovplyvňujú jeho náladu a sú príležitosťou ako príjemne stráviť čas. Problémom na uplatnenie metód psychologickéj rehabilitácie môže byť zlý zdravotný stav pacienta, zmyslová alebo mozgová nedostatočnosť. Faktom však je, že napriek profitom, ktoré môžu pacientovi priniesť, si u nás v paliatívnej starostlivosti svoje miesto len hľadajú (1).

V našom príspevku sme načrtli psychické aspekty prežívania u paliatívneho pacienta a formy psychologickéj starostlivosti, ktorými je možné celkovú kvalitu jeho života v tejto oblasti zlepšiť. Možnosti psychologickéj pomoci v paliatívnej starostlivosti sú široké. Potrebné je však rozšíriť rady odborníkov i špeciálne vzdelaných laikov, ktorí tento druh starostlivosti poskytujú.



Mgr. Mária Andrášiová, PhD.
klinický psychológ, súkromná
poradenská prax, špecializácia
psychoonkológia a smútkové
poradenstvo, Bratislava
e-mail: andrasiova@zohoronline.sk

Literatúra

1. Dobříková-Porubčanová P. a kol. Nevyliciteľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti. Spolok sv. Vojtecha, Trnava, 2005.
2. Vymětal J. Základy lékařské psychologie. Psychoanalytické nakladatelství, Praha, 1994.
3. Kübler-Rossová E. O smrti a umírání. Turnov, Arica 1993.
4. Hatoková M. Psychologické aspekty starostlivosti o ťažko chorého a zomierajúceho. Onkológia, 2007, roč. 2 (2): 112–115.
5. Parkes CM., Relflová M., Couldricková A. Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé. Společnost pro odbornou literaturu, o. s., 2007.