



Psycholog v paliativní léčbě



Mgr. Radka Alexandrová
MOÚ Brno
FSS MU, Brno 3.5.2017

***„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.
- Momentální 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 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.
- Celostní přístup
- Cíl léčby – zlepšení kvality života, adaptace na život s nemocí, **KVALITNÍ SMRT**

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

Kde paliativní léčba probíhá

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

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad

2 oddělení + JIP

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



Principy paliativního přístupu v hospici

- Týmová práce a spolupráce
- V popředí jsou vždy potřeby pacienta
- Respektování autonomie a individuality, úcta
- Pravdivý a otevřený přístup
- Podpora
- Pozornost, empatie, pochopení
- Pokora

Filozofie paliativní léčby

CELOSTNÍ PŘÍSTUP

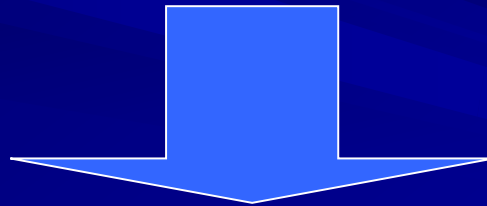
komplexní péče o zkvalitnění prožívání a uspokojování potřeb po strážce

■ 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.....

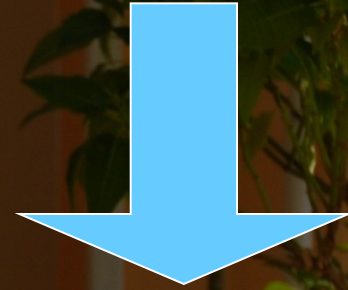
Kognitivní úroveň – organické postižení, deficity
vlivem medikace, vyčerpání organismu, poruchy
vnímání, poruchy řeči.....

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 nevyléčitené 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 sebedopory
- **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

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, nevěřičnost, 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

