

MOŽNOSTI PSYCHIATRA PRI TERMINÁLNO M PACIENTOVI

MUDr. Alena Mažgútová, doc. MUDr. Igor Ondrejka, PhD., MUDr. Robert Olos

Psychiatrická klinika MFN a JLF UK, Martin

Práca je zameraná na problematiku umierania a smrti z pohľadu psychiatra. Na kazuistickom prípade autori demonštrujú tanatopsychiatrické aspekty a možnosti pozitívneho ovplyvnenia niektorých oblastí kvality života aj v období umierania. Poukazujú na potrebu psychiatrickej intervencie, treba však rátať aj s možnosťami nezvyčajného osobnostného potenciálu pacienta a jeho schopnosť nachádzať zmysel v náročnej životnej situácii umierania.

„Bol som chorý a navštívili ste ma...“

(Mt, 25, 36)

Psychiat. pro Praxi; 2006; 3: 143–145

Úvod

Všetci vieme, že umrieme, a napriek tomu nepodriaďujeme tomuto vedomiu takmer nijaké snaženie bežného dňa. Smrteľnosť často vytesňuje. V určitej dobe bolo dokonca neslušné hovoriť o smrti a pohrebné vozy nesmeli premávať počas dňa (1, 2).

Smrťou, umieraním a všetkými súvisiacimi fenoménmi sa zaoberá interdisciplinárny vedecký odbor tanatológia, ktorá je obsahovo „rozptýlená“ do viacerých klasických odborov – filozofia, medicína, teológia, sociológia atď., pričom sa každý z nich vyjadruje k rovnakému problému z iného zorného uhla (13).

Komplexom kvality života umierajúcich sa zaoberá aj pastorálna medicína, kde teológia poskytuje službu medicíne a medicína teológii, lebo bez duchovnej dimenzie by starostlivosť o umierajúceho človeka bola len akýmsi „lepším nadštandardom“ bežnej medicínskej a sociálnej pomoci (7).

Študent medicíny sa s touto problematikou stretáva skôr okrajovo a pre mnohých lekárov ovplyvnených tézami zväčša víťaznej medicíny prichádza smrť pacienta akoby náhle, či ako komplikácia liečby. Na pracoviská, kde sú zdravotnícki pracovníci konfrontovaní so smrťou a umieraním, akými sú napr. onkologické, pľúcne či hematologické oddelenie, býva často k umierajúcim pacientom prizvaný aj psychiater-konziliár, najmä pre poruchy nálady prejavene depresivitou, anxiou, afektívnou labilitou, lakrimozitou, ďalej pre insomniu alebo somatogénne delirantné stavy, prípadne intoxikačné pri analgézi. Jeho úlohou je čo najpriaznivejšie ovplyvniť aktuálnu psychopatológiu, pričom hlavnými metódami intervencie bývajú citlivo dávkované psychofarmaká (antidepresíva, anxiolytiká, hypnotiká, neuroleptiká) a psychoterapia.

Kazuistický náčrt

Pacientka A. K., 51ročná, 30ročné manželstvo, účtovníčka, býva na dedine. Bola opakovane hos-

pitalizovaná na Klinike tuberkulózy a respiračných chorôb MFN v Martine pre bronchogénny karcinóm pľúc diagnostikovaný v novembri 2004, prvé psychiatrické vyšetrenie bolo iniciované ošetrovateľom pľúcnej kliniky vo februári 2005 pre úzkosť, plačlivosť, nespavosť. Záver: Depresívno-anxiózný protrahovaný reaktívny stav.

Z anamnézy: matka zomrela v pacientkiných 4,5 rokoch, otec sa druhý raz oženil, 50ročný suicidoval (alkoholik, obesil sa). Bola najstaršia z 5 detí, má dvoch vlastných a dvoch nevlastných súrodencov, o ktorých sa po úmrtí matky starala. Pacientka žije s manželom, 30 r. dcérou, 8 r. vnučkou, 28 r. synom, najbližšiu societu tvorí 8 ľudí. V predchorobí bežné ochorenia. Nikdy nefajčila.

Pri prvom vyšetrení sa sťažuje na fyzickú slabosť, zníženú výkonnosť, potrebuje často oddychovať, je skleslá, často plače, trpí úzkosťou, nespáva, stále len premýšľa.

Pri vyšetreniach je pacientka spočiatku neistá, nedokončuje vety, ak má pomenovať chorobu a strach zo smrti („keď mi zistili...“, „bojím sa, že...“), postupne počas stretnutí bola schopná používať slová ako rakovina, bolesť, smrť. Zdeľuje opakovane, že je stále myšlienkami pri chorobe, bojí sa smrti, umierania, bolesti. Strašne by ešte chcela žiť. Nevie sa sústrediť, alebo len na krátko. Cíti sa zúfalá a sama, v rodine jej hovoria „musíš“ a „nesmieš“, o chorobe a svojom strachu prakticky s nikým nehovorí, ak sa o to pokúsila, príbuzní boli z toho podráždení, „majú toho dosť“, občas hovorí so sestrou, ktorá však hovorí „nejako bolo, nejako bude“, cíti sa byť na fachu, je nervózna. Do ochorenia bývala pacientka nenáročná v požiadavkách voči okoliu, sama sa hodnotí ako „len na úžitok, byť vždy k dispozícii, o každeho sa postarať“, potrebovala by pochopenie, aj hovoriť, aj plakať, musí sa však premáhať, lebo „všetci majú svoje starosti“, ako jej povedala dcéra, „unavuje ich“.

Celkovo hodnotí svoj život: „nič som v živote nedosiahla, nič mi nevyšlo“, manželstvo hodnotí ako

„bežné, zvykla som si“ – ale strádala, nepamätá si, že by ju niekedy niekto objal, manžel ju nikdy neoslovil menom, akoby ju nepotreboval ako partnerku, len biologicky.

Ďalej sa snažila byť užitočná, aby ju ocenili, napriek únave sa starala o vnučku, keď bola hospitalizovaná, pýtala sa na víkendy domov, aby aspoň navarila, oprala. Pacientka bola veriaca, ale do kostola nechodievala, „aby som v nedelu stihla navariť obed“, neskôr priznáva, že manžel ako neveriaci by s tým nesúhlasil.

Liečba depresívno-anxiózných symptomatických a nespavosti psychofarmakami (antidepresíva, anxiolytiká, hypnotiká) prebiehala spočiatku doma v relatívnej, neskôr úplnej tajnosti, keď povedala, že sa lieči psychiatricky, manžel jej kázal lieky zahodiť, načo to užívať a načo má chodiť na kontroly, nie je blázon – odvtedy prichádzala do ambulancie len počas hospitalizácií v nemocnici na pľúcnej klinike, event. ambulantnej rádioterapie a chemoterapie.

Na opakované hospitalizácie na pľúcnu kliniku prichádzala sama, nesprevádzal ju nik z rodiny. Na psychiatrickú ambulanciu chodievala počas týchto hospitalizácií, prišla vždy v kompletnom civilnom odeve, nevedela prijať proti vôli rodiny signum psychiatrickej pacientky – len akoby návštevníčky.

Počas 4mesačnej psychiatrickej liečby sa zmierila úzkosť, depresivita, mala živšiu pantomimiku, aj sa vedela usmiať, bohatšie a spontánnejšie komunikovala, dôraznejšie verbalizovala, celkovo bola spontánnejšia, s pestrejším emočným prejavom, s občasným humorom, depresívne obsahy myslenia boli trochu zriedkavejšie, nie permanentné, vydržala sa sústrediť na niektoré bežné veci, spánok bol dlhší, hlbší, ale nestabilne.

Postupne si vedela doma zabezpečiť oddych podľa jej potreby, nesnažila sa automaticky starať o vnučku po príchode zo školy, ak bola unavená, nepísala s ňou úlohy, alebo učenie prerušila. Domáce práce začala presúvať na nespokojnú dcéru. Pri treťom stretnutí s hrdosťou oznámila, že bola po dlhých

rokochem v kostole, lebo sa jej to veľmi žiadalo. Nie však v mieste bydliska, ale v inom meste, doma, na dedine si netrúfala. Raz hnevito vyčítala lekárkke, že nie je k nej ako iná, oveľa mladšia kolegyňa, ktorá jej je „ako mama“. Raz naliehavo požiadala lekárku o objatie. Bola ochotná písať, ak nemohla prísť. Počas psychiatrickej liečby sa pohybovalo vyrovnanie sa s faktom umierania striedavo od prvej fázy po štvrtú podľa Kübler-Rosovej (8), neskôr nestabilne akceptovala svoj stav (v období užívania kortikosteroidov).

Somatické ochorenie napriek adekvádnej onkologickej liečbe progredovalo. Po 4 mesiacoch od prvého stretnutia so psychiatrom umrela (7 mesiacov od biopsického určenia onkologickej diagnózy), 3 týždne pred smrťou navyše zistené metastázy do mozgu a pečene s prerastaním do brušnej steny.

Diskusia

Aj keď môže ísť zdanlivo o tzv. „bežný prípad“ umierania v súčasnej sociálno-zdravotníckej atmosfére „cost-effectivity“, naznačuje, že hoci je úloha psychiatrika úzko špecifikovaná, holistické ponímanie pacienta nevyhnutne zahŕňa v našom prípade rešpektovanie najmä sociálnych aj spirituálnych potrieb. Ich podpora u umierajúceho pacienta môže podstatne zvýšiť kvalitu jeho života (3), v opísanom prípade rozvinutím sociálnych stykov a aktivít (oproti dovtedajšiemu spôsobu života v uzavretej rodine) aj oživením a napĺňaním spirituálnych potrieb, čo pacientke umožnilo znovu sa identifikovať s jej pôvodnými hodnotami, rozvinúť ich, prežívať spokojnosť a nádej.

Psychiater sa teda musel dotknúť v rámci holistického ponímania okrem ovplyvňovania psychopatológie aj **oblastí** dôležitých pre pacientku, ktoré určovala sama:

emočne – podpora, umožniť uvoľnenie, plač, obavy, strach, beznádej..., zvládať a prijať jej hnev, nespokojnosť, vyjadrené i nevyjadrené výčitky, požiadavky účasti a zúčastnenosti, nesmelá spokojnosť s plánovaním zmien a hrdosť na seba pri ich uskutočnení,

verbálne – pokusy o realitu pri uvedomovaní si zdravotného stavu, limitovanej možnosti podpory v rodine, verbálne aj správaním a konaním prejavovať svoje potreby, pokusy o plánovanie dňa/týždňa,

sociálne – prijatie reálnej miery vzťahov, očakávaní a možností v rodine, nová skúsenosť so samostatným nadväzovaním pre ňu podporných sociálnych vzťahov, o ktorých doma nehovorila (so zdravotníckymi pracovníkmi aj so spolupacientmi),

spirituálne – povzbudenie k realizácii jej túžby po duchovnom znovunaplnení v konkrétnej podobe, zmysel nádeje, postupná zmena nízkeho se-

bahodnotenia počas meniaceho sa sebanáhľadu z hľadiska zmyslu jej života.

Kontakt sa vyvíjal približne v **okruhoch**: 1. nadviazanie kontaktu, zameranie sa na symptomatiku (spočiatku zvládala len problém konkrétnych ťažkostí), 2. pacientkine otázky – o čomkoľvek, opakovane najmä choroba a strach a bolesť a smrť, slabosť, únava, nepotrebnosť, blízki, nepochopenie, túžby, núdna práca, zmysel života, negatívne bilancovanie rozličných období a oblastí dovtedajšieho života, 3. sociálne vzťahy, kontakty, aktivita – v rodine už nevedela a nevládala zmeniť či napraviť vzťahy (bez citového vydierania, čo skúsila, po dvoch pokusoch rezignovala), potešenie z návštev nemocničného bufetu so spolupacientkami, neskôr aj ňou iniciované, prežívala ako slávnosť, dôležito a hrdo ich oznamovala, 4. duchovné sebatvrdenie – ktoré ju uvoľnilo a uspokojovalo (počas hospitalizácií začala po čase sama chodiť do nemocničnej kaplnky), ľútosť nad doterajším zanedbaním v krátkom čase prekonalá samostatným rozhodnutím a realizáciou, rada zdefovala aj počúvala nádejné symbolické citáty z Písma.

Okrem aktuálnej psychopatológie sa prejavila aj osobnosť pacientky, v našom prípade uzavretá, submisívna, nepriebojná, psychastenná, nekonfrontačná, s črtami závislosti od okolia pri vážnejších rozhodnutiach. Bolo však dôležité a pre psychiatrika poučujúce byť vďačným svedkom a sprievodcom toho, ako prekvapujúco jej náročná životná situácia, umieranie, poskytla dôvod na bilancovanie dovtedajšieho života (rodinného, pracovného, sociálneho, duchovného) a ako obdivuhodne vedela nájsť rozhodnosť a silu na zmeny v tých oblastiach, v ktorých to bolo možné, aj spôsob, akým ich zvládala uskutočniť. Autori sa domnievajú, že na výrazom zlepšení stavu terminálnej pacientky sa síce spočiatku podieľalo najmä zmiernenie psychopatológie vplyvom psychofarmakoterapie, ale rozhodujúce bolo aj psychoterapeutické sprevádzajúce vedenie pacientky zohľadňujúce jej sociálne a spirituálne potreby.

Pri hodnotení vyrovňovania sa s umieraním kladie napr. Kübler-Rosová (8) dôraz na psychickú krivku pacienta prijímajúceho fakt neliečiteľného ochorenia a blízkosť smrti (šok a popretie, hnev, vyjednávanie, depresia, prijatie), Scheidová (3) zas zdôrazňuje hľadisko trvania a intenzity utrpenia pri umieraní (veľké a dlhé u najmä onkologických pacientov, malé a dlhé napr. pri demenciách, veľké a krátke pri náhlých úmrtiach). Winter (2) vydeľuje dve skupiny podľa uvedomenia si umierania a Stern (2) nachádza 8 skupín postojov, v ktorých sú kritériami vedomie samého faktu blížiacej sa smrti a emočný postoj k nemu.

Pacientku opísanú v kazuistike by bolo možné zaradiť podľa všetkých spomenutých kritérií. Podľa

Kübler-Rosovej aj po troch mesiacoch od zistenia onkologického ochorenia občas prežívala 1., 2. a 3. fázu, ale najmä 4., napokon s prechodom do 5. fázy. Podľa Scheidovej patrila do prvej skupiny, podľa Winterových kritérií prešla z prvej do druhej skupiny a podľa Sterna bola v 6., čiastočne v 7. a 3. a ku koncu života v 1. skupine. Čo však bolo nezaraditeľné, bola jej schopnosť zlepšiť kvalitu svojho života v oblastiach, ktoré vyhodnotila z hľadiska blížiacej sa smrti ako doteraz insuficientné (sociálna a spirituálna) a reálne prežívať zážitkové a postojevé hodnoty podľa Frankla (5), pri realizácii ktorých síce ostala naďalej osobnostne nekonfrontačná, po odmietnutí ich nezdieľala so svojou rodinou, ale neústupná. Ak psychiater mohol byť účastný, podporný a napokon aj zdieľajúci pacientkinu radosť a spokojnosť pri odhodlaníach a zmenách konania i postojov, bola pacientka pre psychiatrika úspešným bojovníkom aj dôkazom, že zmysluplne žiť možno aj v umieraní.

Opísaný prípad dokazuje, že u každého umierajúceho človeka, s ktorým sa psychiater profesionálne stretne, sa môže pokúšať ovplyvniť kvalitu jeho života, a to na úrovni relatívnej pohody, spokojnosti, možného fungovania v aktuálnych sociálnych rolách, nevyvíjajúc prijímanie nových (napr. aktivity so spolupacientkami v kazuistike), či zamerania na zmysel života (10), aj keď často býva pre krátky čas a veľké utrpenie pacienta hľadanie spôsobov, ako mu možno pomôcť dosiahnuť aktuálne možnú kvalitu života, v istom zmysle slova skúšobným kameňom zdravotníckej profesionality i zrelosti.

V tomto závažnom období života terminálneho pacienta, keď akčnosť liečby za každú cenu nie je vhodná (dystanázia) a zároveň nie je prípustná pasivita zdravotníckej starostlivosti v zmysle „už sa nedá nič robiť“ (pasívna eutanázia), sa mení aj podriaďuje psychiatrova intervencia podľa imperatívu **sprevádzania** (11). V termíne sprevádzanie, ktorý postulovala Marie Svatošová, je možnosť podieľať sa na najintenzívnejších atakoch duševna i duchovna v strádanom tele a pri redukovacom sa sociálnom rozmere bytosti.

Pri sprevádzaní akoby každá intervencia bola aktuálna a zároveň transcendentálna. Ak v bežnom živote ľudí je mnohé odložiteľné, v živote umierajúceho nie je odložiteľné nič. Neráta s dlhodobými plánmi a predsa sa dotýka rozmeru absolútna. Edith Steinová hovorila o schopnosti/možnosti ľudskej duše prijímať všetky veci v súlade s ich pravou hodnotou a tak na ne i reagovať, primeraným spôsobom a v zodpovedajúcej hĺbke, čo nazývala **vecnosťou** (12).

Wright (14) konštatoval, že starostlivosť o umierajúcich ľudí je globálnym problémom, preto začali vznikáť špeciálne inštitúcie a skupiny ľudí, ktorí sa venujú výlučne starostlivosti o nich.

V súčasnosti sa na Slovensku venuje otázkam umierania a smrti nedostatočná pozornosť. Týka sa to aj legislatívy. Čiastkovým úspechom pre slovenských umierajúcich pacientov bol už fakt prvého platného Zákona NR SR 138/2003 o zdravotnej starostlivosti (15), kde v § 24 o sústave zdravotníckych zariadení boli zaradené v písmene (n) aj zariadenia poskytujúce paliatívnu starostlivosť, hospice (t. č. najnovší Zákon NR SR o zdravotnej starostlivosti 576/2004 v znení zákona 82/2005 Zb. z. je z tohto hľadiska prakticky bez zmien).

Študenti lekárske fakúlt sa stretávajú s problematikou umierania v predmete lekárska etika, napriek tomu sú v praxi často bezradní, resp. majú pocity zlyhania. Preto je potešiteľné, že napr. študenti ošetrovateľstva na JLF UK v Martine venujú posledné dva roky štúdiu problematike paliatívnej starostlivosti. Kvalita života nevyliciteľne chorého a umierajúceho je v modernom ošetrovateľstve vizitkou úrovne poskytnutej starostlivosti, aby sa v kontexte západnej civilizácie posledné veci človeka, ktoré sú zavŕšením jeho ľudského bytia v čase, nestali poslednými hodnotovo (4, 9).

Žijeme v značne sekularizovanom svete, v ktorom je smrť vnímaná ako nutný, ale nepatričný fenomén, akosi sa nehodiaci do sveta ovládaného vedou, technikou, médiami, posadnutého mladostou, sexom, úspechom a hromadením hmotných statkov (6). Aj to je jeden z dôvodov, prečo sa vo vysoko emotívnych situáciách, ku ktorým patrí aj vážna choroba, zármutok nad hroziacou stratou, umieranie, smrť a rozlúčenie sa so zosnulým, stávame bezradnými. Je až prekvapujúce, ako súčasný človek nie je vyzbrojený na stretnutie sa so smrťou a ako čas-

to naň reaguje úzkostným zlyhaním (13). A aj z hľadiska napĺňania tradičných hodnôt pri styku života so smrťou si môže súčasný zdravotník predstaviť či uvedomiť mieru dlhu voči sebe, svojmu pacientovi, role verejného činiteľa, ktorý ľahko môže vyústiť do existenčného vákuu.

Záver

Niekedy sa psychiater stáva účastníkom nečakaného pacientovho úsilia s výsledkom zmeny dovtedajšieho spôsobu života – hoci zdanlivo v maličkostiach, svedkom obdivuhodnej odvahy a sily zmeniť zaužívané postoje v sociálnej a spirituálnej sfére, čo sa prejaví významným ovplyvnením kvality života v období umierania. Príspevok autorov dokumentuje práve takúto situáciu.

V styku s umierajúcim sa učíme reagovať, počúvať, hovoriť inak, ako s chorými, ktorých bežne liečime. Každý psychiater pozná, že pri mnohých och-

reniach, ktoré sa praxou častejšie opakujú, je možné používať pri verbálnej intervencii viac-menej podobné vety, formulácie, obrazy – pochopiteľne čiastočne individualizované. Pri umieraní je psychiaterka verbálna i neverbálna intervencia stále *de novo*. Preto sa umeniu komunikácie s umierajúcim stále učíme. Svatošovej sprevádzanie a Steinovej vecnosť sú najvyšším zdôraznením nárokov na psychiaterku realitu, autenticnosť a pravdivosť.

Práca je podporená grantom Vega 1/2484 /05

MUDr. Alena Mažgútová

Psychiatrická klinika MFN
Kollárova 2, 036 59 Martin, SR
e-mail: ondrejka@jmed.uniba.sk

Literatúra

1. Adamicová K. Pomáhať a slúžiť. Sestra. 1, 2002, 22, s. 40.
2. Bošmanský K. Človek vo svetle pastorálnej medicíny a medicínskej etiky. Kňazský seminár, Spišské Podhradie, 1996, 152 s.
3. Dobříková-Porubčanová, P a kol.: Nevyliciteľne chorí v súčasnosti. SVS, Trnava 2005, 280 s.
4. Fetisovová Ž, Adamicová K, Mellová Y, Zamboriová M. Medicínske predmety v ošetrovateľstve. Zamyslenie sa nad vedou tradičného a nového univerzitného odboru. In.: Výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve. UK JLF, Martin 2003, s. 68–74.
5. Frankl VE. ...A Přešto říci životu ano. Karmelitánske nakladateľství, Kostelní Vydří 1996, 125 s.
6. Haškovcová H. Thanatologie. Nauka o smrti a umírání. Galén, Praha 2000, 191 s.
7. Kašparů JM. Lékař a duchovní prolínání rolí. In Zborník 2. ročníka medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Trnava 2004, s. 4–5.
8. Kübler-Rossová E. Odpovědi na otázky o smrti a umírání. EM Reflex, Praha 1995, 289 s.
9. Nemčeková M. a kol.: Človek medzi životom a smrťou, NADAS-AFGH s. r. o. Vrútky, Martin 1996, 342 s.
10. Ondrejka I. Vzťahy psychofarmakoterapie a kvality života. Praktický lékař. 83, 2003, 4, s. 237–239.
11. Svatošová M. Hospice a umění doprovázet. Ecce homo, Praha 1995, 144 s.
12. Steinová E. Věda kříže. Cesta, 2000, 254 s.
13. Šimek J. Thanatologie. In: Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. TIGIS, spol. sr. o., 2002.
14. Wright M. Paliatívna starostlivosť v medzinárodnom kontexte. In Zborník 2. ročníka medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Trnava 2004, s. 6–7.
15. Zákon NR SR č. 277/94 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.