

Významná role existenciálního distresu při managementu léčby symptomů

Pavla Navrátilová

Centrum paliativní péče, Brno

Kazuistika popisuje případ pacientky, u níž se na klinických symptomech pokročilé onkologické nemoci výrazně spolupodílel existenciální distres. Ukazuje na nutnost komplexního přístupu k hodnocení symptomů, aby mohly být správně a cíleně léčeny. Dává praktický návod, jak s pacientem existenciální otázky otevřít.

Klíčová slova: dušnost, úzkost, bolest, existenciální distres.

The important role of existential distress in symptom management

This case report describes the case of a patient in whom existential distress significantly contributed to the clinical symptoms of advanced cancer. It highlights the need for a comprehensive approach to assessing symptoms so that they can be treated correctly and in a targeted manner. It provides practical guidance on managing existential issues with the patient.

Key words: shortness of breath, anxiety, pain, existential distress.

Úvod

Ve všech učebnicích paliativní medicíny se setkáváme s holistickým, komplexním přístupem k nemocnému, který by měl zahrnovat všechny složky – fyzickou, psychickou, sociální a spirituální (1). Tento přístup by však neměl zůstat pouze čistou teorií, ale měl by být uplatňován i v praxi. Důležité je na něj myslet už při anamnéze, kterou doplňujeme o hodnotovou anamnézu (2) a při hodnocení jednotlivých symptomů. Identifikace fyzických obtíží často nedělá žádný problém. Důležité je však tyto fyzické potíže zasadit do komplexního rámce. Jedině tak je možné tyto symptomy efektivně řešit. Pokud se na ostatní dimenze lidského strádání nebudeme cíleně ptát, pak se může velmi snadno stát, že budeme léčit samostatné symptomy bez souvislostí, což pak vede k nedostatečné účinnosti a neúměrnému navyšování medikace bez adekvátní klinické odezvy, typicky silných opioidů při nedostatečně mírněné bolesti, často v kombinaci s anxiolytiky. To vše pak vede nejen k špatnému managementu symptomů, ne-

spokojenosti pacienta a pečujících, navíc často frustraci samotného lékaře, případně celého paliativního týmu. Pacienti v pokročilém stadiu onkologické nemoci (i jiných chronických onemocnění) zažívají spoustu ztrát (3). Ať už fyzických, funkčních, dochází ke změnám osobnosti, vědomí, ztrátě orientace, ztrátám sociálním (ztráta společenské role, závislost na druhém), ztrátám existenciálním (ztráta dosavadních hodnot, víry), ztrátě kontroly nad svým životem. Zažívají existenciální distres v podobě nejistoty (Co mě čeká? Co bude dál? Zvládnou to? A co? Jak celou situaci zvládnou nejbližší kolem mě?), obav (z budoucnosti, bolesti, umírání, smrti, závislosti na druhých), úzkostí, pocitů bezmoci v souvislosti s nevléčitelností nemoci. Je v kompetenci lékaře, pro pacienta důležitá a relevantní témata otvírat, rozhovorů se nebát, vést řízený rozhovor a v souvislosti s tím adekvátně reagovat na emoce pacienta. Neznamená to však, že by měl lékař s existenciálním utrpením sám dále strukturovaně pracovat, naopak je to pro něj impulz k plynulému zapojení dalších členů tý-

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

None.

Cit. zkr: *Onkologie*. 2025;19(3):131-133

<https://doi.org/10.36290/xon.2025.025>

Článek přijat redakcí: 28. 4. 2025

Článek přijat k tisku: 16. 5. 2025

MUDr. Pavla Navrátilová

pavla.navratil@gmail.com

mu, kaplana či psychologa. Jejich úzká vazba a spoupráce je vždy s výhodou.

Kazuistika

70letá pacientka, s lokálně pokročilým adenokarcinomem plic vpravo, IV. klinického stadia, cT4cN1M1 (PUL), s diabetes mellitus 2. typu na perorálních antidiabetických, bez jiných závažnějších komorbidit, nekuřačka, léčena měsíc imunochemoterapií karboplatina/pemetrexed + nivolumab/ipilimumab s efektem rychlé progresse nemoci. Onkologická léčba byla ukončena a dále byl indikován paliativně symptomatický postup. Další dva měsíce byla vedena v Ambulanci paliativní medicíny. Vzhledem k rychle se proměňujícímu zdravotnímu stavu, progresi dušnosti, bolestí v oblasti hrudníku, byla ošetřujícím lékařem indikována do péče domácího hospice. Při první přijímací návštěvě je pacientka trvale na oxygenoterapii, ponámahově dušná, udává pobolívání v oblasti hrudníku, občasny suchý, dráždivý kašel, poukazuje na zvětšující se tumorózní rezistenci v jugulu, je výrazně úzkostná. Většinu dne posedává, odpočívá, ráno má tzv. pomalý rozjezd, odpoledne je pak více aktivní, s oxygenoterapií je schopna samostatné chůze po bytě a bazální sebeobsluhy. Chuť k jídlu má, jí celé porce. Ještě na doporučení ošetřujícího lékaře paliativní ambulance zkoušela na ataky dušnosti spojené s úzkostí alprazolam 0,25 mg, po kterém byla výrazně ospalá, unavená, prospala pak skoro celý den. Odmítá jej tedy dále užívat, stejně jako podobně působící léky (Tabulka 1). Objektivně je pacientka úzkostná, ponámahově dušná, v klidu bez algických projevů, s poslechovým oslabením plic bazálně vpravo. Pacientka dříve pracovala jako účetní, má 2 dcery, které ji pravidelně navštěvují i s vnoučaty. Rodina představuje pro pacientku zdroj velké radosti. Další věc, která pacientce přinášela potěšení,

byla zahrada, o kterou se pečlivě starala a na které pěstovala spoustu květin. Byla vždy člověkem aktivním, který nevydržel chvíli sedět, stále pracovala, nebo něco organizovala. Hned při první návštěvě, při dotazu, co ji činí tak úzkostnou, čeho se pacientka nejvíce obává, otevíráme strach z vývoje nemoci, co ještě může očekávat. Přidává strach z umírání, konkrétně z dušení a bolesti, tlaku nádorové rezistence v oblasti jugula. „Kolik ještě může narůst? Budu moci polykat? Praskne směrem ven? Budu se dusit? A co když vypne elektřina a nebude funkční kyslíkový koncentrátor?“... Otevření těchto otázek, odpovědi a sestavení konkrétního postupu (nejen medikamentózního, ale i režimového) v případě potíží, znalost toho, co může udělat přímo ona sama a jak mohou konkrétně pomoci pečující ji výrazně uklidnilo. Přesto se dál ptá na další možný postup řešení přetrvávajících potíží v případě selhání nastaveného plánu. Otvíráme téma analgesedace, jako možnost úlevy od jinak nestavitelných obtíží (představující zejména akutní stavy a náhlé komplikace nádorové nemoci – dušení při rozpadu nádorových hmot, krvácení z plicního nádoru), za cenu pospívání a sníženého stavu vědomí. Rozptýlení obav z utrpení bylo pro pacientku klíčové. Všechny tyto informace samozřejmě nestačilo podat pouze jednou, ale bylo nutné pokračovat v hovorech a opakovat při pravidelných návštěvách zdravotních sester se zaměřením na témata, která byla pro pacientku v danou dobu aktuální.

Při druhé lékařské návštěvě pacientka otvírá pro ni další velké téma, a to, téma smyslu života. „Jsem napojená trvale na kyslík, unavená, celý den posedávám v křesle doma, ani se nedostanu ven... to není život... nemůžu dělat nic z toho, co mám ráda. Všem jsem tady jenom na obtíž. Jsem na ostatních závislá, dříve jsem všem pomáhala já...“ Jedná se o existenciální téma, které i já jako lékař musím unést a přiznat spoustu ztrát, které pacientka v souvislosti s nemocí zažívá. Je však něco, co ještě přece jen může? Co by jí činilo radost? Po mém dotazu pacientka není schopna v danou chvíli odpovědět, potřebuje delší čas k promyšlení. Uzavíráme tedy spolu dohodu o tom, že bude přemýšlet, případně si zapisovat věci, které ještě může a které má pod kontrolou. Jedná se o pomyslný úkol do

příští návštěvy lékaře nebo návštěvy kaplanky, která s těmito tématy umí pracovat a má dostatek času na jejich probrání. Pacientka návštěvu dalšího člena týmu, ve kterém spatřuje i jinou formu pomoci, vítá. S časovým odstupem, po opakované návštěvě kaplanky a v součinnosti všech členů multidisciplinárního týmu dochází k postupnému zpracovávání obav a úzkostí, existenciálních témat. Při současné pečlivé titraci medikace a kontrole dušnosti (formou morfinových kapek, kortikoterapie) se pacientka stává klidnější, v noci ji už nebudí děsy a strachy z dušení (Tabulka 2). Svou stálou pozornost od potenciálních potíží přenáší na organizování návštěv a radost z rodiny, společně s nimi tvoří květinovou oázu doma, prohlíží si fotky zahrady a sepisuje rady, jak se o ni starat, doplňuje je osobními vzkazy jednotlivým členům rodiny... S postupem času u pacientky dominuje progresse slabosti, únavy, spavosti, progreduje i klidová dušnost, lehce zmatenost. Po měsíci hospicové péče pacientka umírá, v klidu, doma, v přítomnosti rodiny. Poslední medikace představuje bolusové subkutánní podání nízkých dávek morfinu v kombinaci s anxiolytiky (Tabulka 3).

Tab. 2. Medikace po úpravě pro dušnost

MORFIN SULFÁT GTT 4-4-4-8 kapek
DEXAMETHASON 4 mg TBL 1-1-0
Prednison a Codein vysazen, ostatní medikace dtto

Tab. 3. Medikace v závěru života

DEXAMED 8 mg inj sc 1-0-0
MIDAZOLAM 5 mg inj sc 1/2-1/2-1/2-1
MORPHIN 10 mg inj sc 1-1-1-1
FENTANYL 25 MCG/H TDR EMP 1x à 72h

Diskuze

Pokud bychom v této kazuistice zůstali pouze u popisu subjektivního a objektivního stavu, zaměřili se jen na změnu medikace symptomů, navýšili analgetizaci a upravili léčbu dušnosti a úzkosti, je jasné, že bychom uspěli pouze částečně, pokud vůbec. Vystupňovaná dušnost, noční ataky dušnosti a bolesti představovaly nejen projev pokročilého onkologického onemocnění, ale také projev úzkostí, obav, pocitů nejistoty, bezmoci, ztráty smyslu života (7, 9). Neošetření těchto základních dimenzí utrpení a nezmapování konkrétních aspektů, důležitých pro kvalitu života samotné pacientky (hodnotová anam-

Tab. 1. Vstupní medikace

FENTANYL 12 MCG/H TDR EMP, výměna 1x à 72h
PREDNISON 20 MG TBL, 2-0-0
TRAZODON 150 MG TBL, 0-0-0-1
METFORMIN 500 MG TBL, 0-1-0
CODEIN 30 MG TBL, 1-1-1
OMEPRAZOL 20 MG CPS, 1-0-0
BISOPROLOL 5 MG TBL, 1-0-0
VEROSPIRON 25 MG TBL, 1-1-0
FURON 40 MG TBL, 1-0-0

néza), vede k terapeutickému nedorozumění. Často v podobě eskalující se medikace (typicky navyšování morfinu, anxiolytik, antidepresiv), vedoucí k útlumu nejen symptomů, ale také samotné pacientky. Může to vést ke spokojenosti lékaře a ošetřovatelského personálu, nikoliv však samotné pacientky, pro kterou byla důležitá aktivita a udržení možné soběstačnosti co nejdéle (8).

Pravdou zůstává, že neexistuje žádné konkrétní číselné měřítko či objektivní procentuální škála hodnotící velikost existenciálního distresu a míru jeho vlivu na manifestaci a intenzitu symptomů, přestože se o vytvoření škály existenciálního distresu již někteří autoři pokoušejí (10). Neznamená to však, že nejme schopni zachytit, popsat a pracovat s ním (práce s konkrétními potřebami/přáními a obavami pacienta, s jeho preferencemi, tzn. co je pro něj v této životní etapě důležité). Konkrétně v kazuistice identifikace obav a nastavení pro pacientku srozumitelného plánu péče, mělo za následek zmírnění úzkosti, zklidnění spánku bez nočních atak spojených s vystupňovanou úzkostí a dušností. Dobrou praxí je v prvním kroku zmírnění symptomů medikačně s možností přibrání záchranné medikace při exacerbaci potíží, s následnou cílenou komplexní podporou. Výsledkem je pak elegantní kontrola symptomů a umožně-

ní prožívání, nikoliv přežívání zbylého života s nemocí.

Spiritualita je důležitá součást naší bytosti, která nás ovlivňuje v našem vnímání a prožívání. Schopnost vnímat a pojmenovat existenciální distres, spirituální potřeby a bolest pacienta se dá naučit a trénovat, tak jako jiné dovednosti. V prvním kroku je potřeba být především lidský, umět aktivně naslouchat, potíže nezlehčovat ani nezvětšovat, nehledat a nepodbízet svá instantní rychlá řešení, ale podat adekvátní informace tak, aby se mohl pacient poučeně rozhodovat, věnovat pozornost tomu, co je pro něj důležité a konat tak následné kroky.

K otevření existenciálních a spirituálních témat existují praktické nástroje. Jedná se o různé strukturované dotazníky (FICA – Faith, Importance, Community, Address (4); HOPE – Hope, Organized religion, Personal spirituality, Effects on care (5), jejichž otázky se dají začlenit do řízeného rozhovoru s pacientem při odebrání anamnézy. Další nástroj pak může představovat strukturovaný rozhovor, který pomáhá pacientovi reflektovat jeho životní příběh a nalézt kontinuitu mezi minulostí, přítomností a budoucností (6). Nejčastěji se však jedná o komplexní otevřené otázky typu: „Je něco, z čeho byste měl/a obavy?“

„Co Vám teď běží hlavou? Nad čím teď přemýšlíte? Nad čím přemýšlíte, když nemůžete spát?“

„Vidím, že je to pro Vás moc těžké. Co je teď pro Vás z toho všeho nejtěžší?“

„Co byste teď potřeboval/a?“

„Co je pro vás nyní nejdůležitější? Co Vám dělá radost?“

„Je někdo, na koho se můžete se svými potížemi obrátit?“

„Co Vám pomáhá překonávat těžké situace?“

Je na každém, který z pomocných nástrojů si zvolí a bude mu bližší. Doplnující otázky by neměly vést k umělému prodlužování rozhovoru, ale spíše k strukturovanému vedení hovoru, zacílení a odhalení, nebo alespoň poodkrytí řešeného problému (potažmo klinického symptomu).

Závěr

U klinických symptomů, které jsou refrakterní k léčbě, není jasná patofyziologická příčina a vedou k rychlé eskalaci medikace, musíme pomýšlet i na komplexní etiologii obtíží. Máme celou škálu nástrojů, které k otevření existenciální složky utrpení můžeme využít. Jedině při komplexním přístupu k léčbě jsme schopni pacientům adekvátně pomoci vyrovnávat se se složitou životní situací, sami se sebou, s okolím a umožnit klidný a důstojný závěr života.

LITERATURA

- Sláma O, et al. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén; 2022: p. 21-26.
- Desai AV, Klimek VM, Chow K, et al. 1-2-3 Project: A Quality Improvement Initiative to Normalize and Systematize Palliative Care for All Patients With Cancer in the Outpatient Clinic Setting. *J Oncol Pract.* 2018;14(12):e775-e785.
- Špatenková N, et al. Krize a krizová intervence. Praha: Grada; 2017: p. 150-195.
- Baglow D, Johnston K, Williams M. Existential aspects of breathlessness in serious disease. *Curr Opin Support Palliat*

Care. 2024;18(4):183-190.

- Philipp R, Walbaum C, Koch U, et al. Existential distress in advanced cancer: A cohort study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2025;94:184-191.

- Bhyan P, Shrestha U, Schoo C, et al. Palliative Sedation in Patients With Terminal Illness. 2024 Jan 19. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. PMID: 29262025.
- Chen Y, Chen G, Zheng J, et al. Development and Psychometric Testing of the Existential Distress Scale for Palliative Care Cancer Patients. *Psychooncology.* 2024;33(11):e70016.

- Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *J Pain Symptom Manage.* 2010;40(2):163-173.

- Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician.* 2001;63(1):81-89.

- Chochinov, HM, Hack T, McClement S, et al. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Soc Sci Med.* 2002;54(3):433-443. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00084-3. PMID: 11824919.