

Kognitivně-behaviorální terapie u umírajících onkologických pacientů

Jaroslava Raudenská¹, Alena Javůrková², Jiří Kozák³

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

Pokroky současné medicíny výrazně zvýšily šance na léčbu onkologických onemocnění a přispívají k prodloužení života pacientů. O to více prostoru vzniká v rámci komplexní léčby pro psychoterapeutické intervence. Lidé, kteří čelí konci svého života v důsledku onkologického onemocnění, tak činí v různém prostředí. Mohou se rozhodnout zůstat doma, žít s rodinou nebo druhými lidmi, nebo se přestěhovat např. do zařízení následné péče, domova pro seniory, nebo léčebny dlouhodobě nemocných. Mohou být jakéhokoli věku, od mladých dospívajících až po starce. Lidé, kteří se náhle ocitnou v nemocničním prostředí, se musí vyrovnat s významnými změnami tělesných schopností, prostředí, běžných denních činností. Navíc se musí vypořádat s problémy konce života, častokrát mnohem dříve, než předpokládali. Tyto mnohonásobné ztráty se skládají ze ztrát přátel, domácích mazlíčků, všedních denních činností a produktivního, prospěšného a aktivního životního stylu. K těmto záležitostem musí psychoterapeut přihlídnout během terapie. Článek se proto věnuje užití kognitivně-behaviorální terapie (KBT) u pacientů čelících konci života. Je popsána komorbidita, indikace, překážky, techniky a doporučený další návrh.

Klíčová slova: psychoterapeut, umírání, kognitivně-behaviorální psychoterapie, kvalita života.

Cognitive-behavioral therapy in dying oncological patients

Progresses of recent medicine markedly increased opportunities to treat oncological illnesses and support extension of patients' lives. All the more space rises for psychotherapeutical interventions in terms of comprehensive treatment. People who face the end of the life due to oncological illness do so in many different settings. They may choose to remain at home, live with the family or others or move into extended care facilities, senior homes, or long term facilities. They may be of any age, from early teens to the indiem elderly. People, who find themselves suddenly living in hospital settings are faced with significant changes in their physical abilities, environment, daily routines and control over even minor decision in addition to dealing with end of life issues, many times much earlier than they anticipated. These multiple losses are compounded by losses of friends, pets, familiar routines and productive, useful and busy lifestyle. As a result must psychotherapist take these issues into consideration during therapy. That is why the article focuses on the use of cognitive-behavioral therapy (CBT) with persons facing the end of life. Comorbidity, indications, barriers and techniques are outlined and future direction recommended.

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

Onkologie 2013; 7(6): 307–309

Úvod

Pochopení stadia onkologické nemoci, ve které se pacient nachází, ovlivňuje jeho emoční reakce. Někteří pacienti v pokročilém terminálním stavu si nepřejí vědět prognózu, nebo jim nebyla řečena. Jejich reakce budou odlišné od těch, kteří byli zcela informováni. Různé typy onkologických onemocnění, i stejné onemocnění u několika pacientů, ale mohou mít různou prognózu i očekávání průměrné doby zbývajících života (1). Postup choroby do terminálního stavu ovlivňuje následovně psychologické reakce pacienta: 1. choroba se rozvíjí. Někteří jedinci virtuálně dokáží ignorovat existenci nádorového onemocnění, aniž by ji popírali. Selektivně se zaměřují na aspekty života, které nejsou ovlivněny nádorovým onemocněním, nebo s ním nesouvisí. Většina pacientů ale vnímá onkologické onemocnění jako hrozbu a frustraci, nedokáží pochopit, proč onemocnění nelze léčit a vyléčit. To vede k úzkosti, smutku a starostem souvisejícím

se zhoršením nemoci 2. Postupující nemoc přináší stále větší nejistotu související s efektem léčby a ohrožením života. 3. U některých typů rakoviny je léčba efektivní, ale stabilní remise není možná (myelomy, leukemie, solidní tumory), což je pro pacienta při zvládání nemoci neobvykle těžké.

Psychoterapie je součástí multidisciplinární péče o umírající. Nepomáhá jejímu vyléčení, uzdravení a není alternativou lékařských léčebných postupů. Užívají se různé psychoterapeutické přístupy: podpůrná psychoterapie, kognitivně-behaviorální (KBT), dynamická, existenciální a rodinná. KBT se zaměřuje se na ulehčení stavu umírajícího, tj. psychologickou podporu a stabilitu, nalezení pozitivního postoje nemocného, pomoci pacientovi spolupracovat na léčbě a snížit emoční stres. 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 psychoterapii zájem (2).

Poskytování psychoterapie u umírajících má svá specifika. Pro zachování kvality života umírajícího je nutné se zaměřit na **zvládání a léčbu bolesti** a dalších somatických symptomů. Somatická nepohoda prohlubuje emoční nepohodu. Psychologické potíže zpětně ovlivňují pacientovu schopnost se z něčeho těšit, vztahy, kvalitu života, zesilují intenzitu bolesti, snižují pacientovu schopnost emočně se rozloučit a jsou příčinou trápení rodiny (3). Dalším důležitým tématem je potřeba umírajícího pacienta **podpořit při zvládání ztrát**. Až 55 % umírajících hodnotí jako nejdůležitější na sklonku života rozhovory o duchovnu, hodnocení smyslu života a životních zkušeností a sdílení zážitků s někým, koho milují (4). Terapeut by měl zvážit i aspekty kultury, ze které pacient pochází, etické, finanční a právní záležitosti, věk umírajícího a zda budou smrti pacienta ovlivněny nezletilé děti. Terapeut často pracuje s partnery nebo celou rodinou. Rodinu i pacienta může ubezpečit, že existují

lidé, kteří jejich situaci rozumí a jsou ochotní v případě potřeby pomoci (<http://www.umirani.cz/>, <http://www.dyingmatters.org/>).

Komorbidita

Príznaky nemoci v terminálním stadiu (bolest, dušnost, nauzea, zvracení, ztráta chuti k jídlu, ztráta mobility, slabost včetně sekundárních příznaků vyvolaných léčbou) mohou ovlivnit jakým způsobem proces umírání probíhá i vyvolávat sekundární úzkost, bezmoc a depresivní ladění. Pacienti zažívají anticipační smutek pro ztráty vzniklé samotnou nemocí a ztráty související s odchodem ze života, který se může projevovat popřením, přáním nediskutovat o svých pocitech, nebo naopak o svých pocitech a situaci více mluvit (5). U umírajících je nutné odlišit stres spojený s normálním procesem truchlení od psychiatrické diagnózy. Skleslost je u onkologických pacientů v terminálním stadiu velmi běžná a neznamená depresivní poruchu (Grassi et al., 1989). Mezi prediktory depresivní poruchy patří zejména somatické utrpení včetně bolesti, dále rezignace, poráženecký postoj a nízká sociální opora. Prevalence **deprese** v terminálních stadiích vzrůstá až na 77 % pacientů zejména v posledních třech měsících života (7). Pacienti mají v této fázi oproti běžné populaci až dvacet pětkrát zvýšené riziko suicidia anebo žádosti o urychlení smrti. Příčinou je většinou ztráta kontroly. Prediktorem suicidia je spíše beznaděj než klinické znaky deprese (8). Prevalence **úzkostných poruch** se u pacientů v terminálním stadiu pohybuje mezi 15–28 %. Úzkost se může projevovat: 1. v rámci adaptační poruchy s úzkostnou nebo depresivní náladou, 2. v souvislosti se samotnou somatickou nemocí a její léčbou, 3. jako exacerbace premorbidní úzkostné poruchy. Je nutné zvážit také vedlejší účinky opiátů a chemoterapie. S úzkostí nebo depresí může být často zaměňováno **delirium** (1). V léčbě umírajících starších osob se běžně setkáváme s **vážnými kognitivními dysfunkcemi** jako důsledek demence (získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu). Prevalence demencí stoupá s věkem: u skupiny 60–64letých je to 1 % výskyt, u pacientů nad 85 let je výskyt již ve 25 % (9). Umírající pacienti trpící demencí mohou těžít z KBT, ale pro psychotherapeutickou práci je důležité zhodnotit stupeň dysfunkce pacienta a terapeutické techniky přizpůsobit aktuálním dovednostem pacienta (10). Proto je vhodné i neuropsychologické vyšetření (11).

Behaviorální a kognitivní faktory

Zhoršené zvládání nemoci v terminálním stadiu souvisí s behaviorálními i kognitivními faktory. **Behaviorální faktory** představují následující ty-

py chování, které tvoří a udržují maladaptivní a nekompetentní roli nemocného: 1. ujišťovací chování (například opakované měření tlaku), 2. zabezpečovací chování (pacient má v šuplíku několik druhů opiatových náplastí a analgetik), 3. odmítavé chování (nechce vidět/mluvit se stejně nemocnými pacienty), 4. vyhýbavé chování (raději nic nedělá, ani nechodí, aby se mu bolesti nezhoršily), 5. pasivní chování (necvičí, polehává, posedává) a 6. sebedestruktivní chování (nebere léky, vypíná zavedenou elektrostimulaci pro tlášení bolesti, porušil si stehy po operaci atd.). **Kognitivní faktory** vycházejí z jádrových přesvědčení a schémat vzniklých před chorobou. Ohrožení života může vytvořit nová schémata a postoje. Kognice lze rozdělit na dva druhy: související s nemocí (akceptace nemoci, bolest, osamění, změna života, strach z budoucnosti) a související se sociálním okolím (rodina, přátelé, zdravotnický personál, spolupracovníci, pacienti, známí a sousedé) (12). Například u zhoubného onemocnění je základem kognice: „Můj život je u konce“, „Nemám se už proč snažit, stejně umřu“. Důsledkem je pasivní chování, pacient nespolečuje, může také dělat, že se nic neděje (tj. nezdravé popření). U stavů po recidivě nádoru může být základem kognice například: „Dostanu další recidivu a umřu“. Důsledkem takového přemýšlení je vyhýbavé chování: pacient se vyhýbá aktivitám, raději polehává. Další možná kognice je například u pacienta trpícího chronickou onkologickou bolestí: „Bolest znamená zhoršení stavu, je to další metastáza“. Pacient potom trpí zabezpečujícím a ujišťujícím chováním: omezují pohyb a neustále zaměřuje pozornost pouze na bolest a nezdravě monitoruje její intenzitu.

Indikace a překážky KBT u umírajících

Psychologické problémy, které představují obecnou indikaci pro KBT u umírajících, jsou následující. Je to nejistota z budoucnosti, která představuje nadměrné a nezdravé zabývání se špatnou perspektivou. Dále je to již zmiňovaná ztráta kontroly nad vlastním tělem na konci života, pacienti se často upínají na alespoň částečnou kontrolu, mají obavy z absolutní ztráty kontroly nad nemocí, obavy ze smrti a dochází ke generalizaci obavných myšlenek. Může to být i potřeba otevřenosti: pacienti mají často strach z neschopnosti mluvit otevřeně o své nemoci, vyhýbají se nepříjemným tématům o smrti a nemoci s rodinou i se zdravotníky. V neposlední řadě je to zvýšená potřeba emoční podpory: pacienti zažívají pocity osamělosti, vyhýbají se emočním reakcím i možným podpurným kontaktům.

U umírajících pacientů se KBT zaměřuje především na problémy vyvolávající a udržující úzkost a depresi a problémy sociální a filozofické povahy. KBT je přínosná pokud jedinec netrpí významnou kognitivní dysfunkcí a kdy je u něho k poskytování psychotherapie ještě možný čas. Léčba se zaměřuje především na zamezení vyhýbavému chování, které se liší od popření. Při kognitivním vyhýbání pacient ví, že trpí onkologickou nemocí v terminálním stadiu a čeká ho smrt, ale rozhodl se o tom nepřemýšlet. Oba stavy vyžadují odlišný přístup. Při vyhýbání pacient odpovídá kladně na otázku jakou nemocí trpí. Kognitivní vyhýbání může udržovat úzkost i depresi, a proto je nutné se zaměřit na zjištění postoje a přesvědčení, které k němu vedou. Dále se terapie zaměřuje na zlepšení kontroly nemoci (například monitoring bolesti, únavy, nespavosti atd.), vyrovnávání se s nejistotou (pacienta neznejišťuje nejistota samotná, ale mínění o ní) a zlepšení sociální podpory.

Mezi **překážky** užití KBT u umírajících patří finanční náklady na psychotherapeuta, mylné představy o přínosu terapie ze strany pacienta, podceňování a nediagnostikování deprese nebo úzkosti, čas nebo zpochybňování přínosu psychotherapie pro umírajícího (13). Další překážkou je zajištění psychotherapie pro umírající. Pokud si jsou pacienti vědomi blízkosti smrti, většinou se nejdříve obrací na svého praktického lékaře, nebo specialitu na onkologickou nemoc, aby jim pomohli porozumět důsledkům nemoci, symptomům a prognóze. Někteří pacienti mohou sami vyhledat pomoc u odborníka na duševní zdraví (14). U pacientů v terminálním stavu se v důsledku stresu, vyčerpání a zaměření se na tělesné symptomy zhorší tělesné nebo psychologické symptomy. To má za následek zvýšenou potřebu lékařské i psychotherapeutické péče. Pokud není psychotherapeut součástí týmu – je problémem jeho dostupnost. Pokud paliativní tým nemá stále spolupracovníky psycho – sociálně – spirituální, potom potřeby mohou zajišťovat zdravotní sestry nebo lékaři, kteří nejsou k této práci vyškolení a zvyšuje to výskyt syndromu vyhoření (15). Další překážkou při aplikaci KBT mohou být **problémy v komunikaci**. Pacienti čelící blízkosti smrti mohou cítit, že jim byla odebrána jakákoliv možnost volby: proto chtějí, aby jejich přání byla bezpodmínečně respektována a dodržována. Chtějí mít v rozhodnutích hlavní slovo a všechny potřeby se pro ně stávají více než naléhavé. Tento pocit naléhavosti může být frustrující jak pro zdravotníky, tak pro pacienty a způsobuje další problémy při snaze o řešení problémů (16).

KB terapie

Vyšetření psychosociálních problémů spojené s koncem života by mělo být maximálně citlivé a individuálně zohledňující pacientovu zkušenost. Psychoterapeut by se měl **v klinickém interview** před zahájením KBT zaměřit na zmapování následujících oblastí: onkologická nemoc, vztahy před propuknutím nemoci, léčba a její zvládání (zvládací strategie), bolest, prožívání sdělení diagnózy, zvládání terminální fáze, subjektivně nejhůře akceptovatelné symptomy nemoci. Pokud kvalitu života ovlivňuje chronická bolest, pacienti se často rozhodnou, že nejlepší odpovědí na jejich utrpení je smrt a žádají o urychlení smrti. Mezi časté výroky patří „Už to dál nezvládnou“ nebo „Chtěl byste takhle žít Vy? Určitě ne.“ Protože bolest má složku somatickou i emoční dává otevřenou možnost navrhnout psychoterapii: „Chtěl byste si promluvit o vaší bolesti?“ (17). Nezbytná je proto také péče algeziologa o umírající.

K vyrovnávání se ztrátami je možné užít především **kognitivní techniky** (kognitivní restrukturační, monitorace automatických myšlenek, zvažování výhod a nevýhod, sebeinstruktáž), protože dávají větší pocit kontroly nad cíli, přáními, chováním a volbami. Výhodou KBT u umírajících je krátkodobost cílů a stanovený počet sezení v určených intervalech. Terapie začíná **sokratovským dialogem**: pacient u problematických oblastí určí, přezkoumá a stanoví cíle. Určením problému je posílen jeho pocit kontroly – nedostatek kontroly je u umírajících primárním tématem. Jakmile je pocit kontroly znovuobnoven, pacienti se budou pravděpodobně věnovat citlivějším, nebo více emočně syceným tématům. Při práci s negativními myšlenkami si musí terapeut uvědomit, že některé mají realistický základ (úvahy o selhání léčby, nevléčitelnost, možnost vlastní smrti). Nejsou nevhodné pro kognitivní restrukturalizaci, ale je možné s nimi pracovat pomocí i dalších metod. Například: pochopení osobního významu myšlenky pro daného jedince, dále identifikování a testování chyby v kognici testováním reality, nacházení alternativních pohledů, odvrácení pozornosti od těchto myšlenek a jejich mírnění. Kognitivní techniky se především používají k zaměření na to, co pacient stále má, na rozdíl od toho, co pacient ztratil („Mám sice rakovinu, ale existuje ještě několik málo věcí, které rakovina zatím neovlivnila. Na ně se soustředím“).

Behaviorální techniky jsou zařazovány dle fyzických možností pacienta (stupňování aktivity, domácí úkoly, relaxační trénink, výuka zvládacích dovedností a asertivity, řešení problémů). Základem je vytváření pozitivních významů každého úkolu

a cíle. Cíl každého domácího úkolu by měl být malý a konkrétní krok směrem k jednomu celkovému úkolu. U terminálně nemocných jsou často cíle například být schopen si uvařit kávu či jídlo, nebo zůstat naživu, dokud se dcera nevdá atd. Důležitá jsou především realistická přání pacienta. Pokud je například cílem léčby pacienta zmírnit jeho úzkost při myšlence, že by se měl účastnit aktivit v LDN, závěrečným úkolem léčby by mohla být denní účast na aktivitě. Prvním malým konkrétním krokem je zjistit seznam aktivit na daný týden, jeho prostudování a zakroužkování jedné nebo dvou aktivit, které pacient shledá za zajímavé. Po dosažení tohoto malého kroku je úspěch posílen v terapeutickém sezení a je určen další cíl, třeba projít kolem místnosti, kde se aktivita odehrává. Dále pacient postupně zvyšuje čas strávený sledováním ode dveří, předtím než odejde. Pacient může vyplňovat o aktivitě deník, zapisuje pocity a myšlenky během aktivity. To může být předmětem příštího psychoterapeutického sezení. V případech, kdy je psaní kvůli tělesným potížím omezeno, je možné používat audio záznam.

V souvislosti s komorbiditou demence je užití KBT u umírajících omezeno kognitivním deficitem. Čím je u pacienta kognitivní poškození rozsáhlejší, tím více se užívá behaviorálních technik; čím je člověk kognitivně funkčnější, tím více se v psychoterapii užívá kognitivních technik. KBT se kombinuje s kognitivním tréninkem nebo například s aktivitami založenými na přístupu Montessoriové. Přínosem mohou být následující techniky: oddálené vybavení (komunikace, ve které se požaduje reprodukce nové informace po delším časovém období), opakovaný priming (skládání puzzle, nebo přiřazování velikostí s opakovaným procvičováním aktivity) a učení se sebekorekcí (slovní rébusy nebo programové učení přizpůsobené individuální úrovni kognitivních dovedností) (18). Jakékoliv cvičení, techniky nebo trénink je nutné prezentovat klidným způsobem, pomalým tempem s opakováním, což může pacientům vracet sebedůvěru, snižovat frustraci, agresi a nedorozumění.

Shrnutí

V ideálním případě je KBT u umírajících aplikována v rámci multidisciplinárního paliativního týmu. Potom je možné do terapeutického procesu zahrnout spoustu zdrojů. Kognitivně-behaviorální terapie na konci života nabízí podporu, zvládání ztrát, posílení a učí pacienta plánovat čas a využít ho i přesto, že je nemocný. S postupující nemocí je provádění KBT stále ob-

tížnější, přesto je stále možné a smysluplné pracovat na snížení emočního utrpení umírajícího.

Literatura

1. Moorey S, Greer S. CBT for People with Cancer. Oxford: Oxford University Press, 2012.
2. Raudenská J, Javůrková A. Lékařská psychologie. Praha: Grada, 2011a.
3. Raudenská J. Biopsychosociální model onkologického nemocného. Onkologie 2011; 5: 4.
4. Morgillo Freeman S, Dubry Morgillo M. End-of life issues. In: Morgillo Freeman S, Freeman A, eds. Cognitive Behavior Therapy in Nursing Practice. New York: Springer Publishing Company, 2005: 221–238.
5. Raudenská J, Javůrková A. Diagnostika a zvládání deprese v terminálním stádiu nádorového onemocnění. Paliativní medicína a léčba bolesti 2011b; 4: 1: 12–15.
6. Grassi L, Sabato S, Rossi E, Biancosino B, Marmai L. Use of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research in oncology. Psychother Psychosom 2005; 74: 100–107.
7. Block SD. Assessing and Managing Depression in the Terminally Ill Patient. Annals of Internal Medicine 2000; 132: 209–218.
8. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York: The Guilford Press, 1979.
9. Holmerová I, Jarolímová E, Suchá J, et al. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Gerontologické centrum, 2007.
10. 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.
11. Javůrková A, Fanfrlová Z. Neuropsychologické vyšetření. In: Brázdil M, Hadač J, Marušić P, eds. Farmakorezistentní epilepsie. Praha: Triton, 2004: 140–149.
12. Pašková B. KBT pohled na somatické onemocnění. In: Praško J, Možný P, Šlepecký M, eds. Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton, 2007: 936–967.
13. Johnson CL. Psychotherapy with older adults. Ohio Psychologists 1999; Spring: 7–10.
14. Speer DC, Schneider MG. Mental health needs of older adults and primary care: Opportunity for interdisciplinary geriatric team practice. Clinical Psychology: Science and Practice 2003; 10: 1: 85–102.
15. 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.
16. Zeiss AM, Thompson DG. Providing interdisciplinary geriatric team care: What does it really take? Clinical Psychology: Science and Practice 2003; 10: 1: 115–119.
17. Raudenská J. Model kognitivně-behaviorální terapie u dospělých pacientů s chronickými bolestivými stavy. Československá psychologie 2012; LVI: 5: 473–487.

„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 5
jaroslava.raudenska@fnmotol.cz