

„Dokud alespoň trochu můžu...“

Mgr. Alena Hagarová

Centrum duševního zdraví, Náchod

Kazuistika muže, věk 52 let. V pobytovém sociálním zařízení v náročné životní situaci. Základní onemocnění roztroušená skleróza, paliativní, zhoršující se zdravotní i psychický stav. Úzkosti, depresivní stavy, opakované myšlenky na sebevraždu. V průběhu několika let opakovaně bolestivé chirurgické zákroky, amputace jedné dolní končetiny, zhoršování soběstačnosti.

Klíčová slova: roztroušená skleróza, psychotherapeutická péče, sociální vazby, závislost na zdravotnické péči, závislost na péči druhé osoby.

“As long as I can, at least a little bit...”

Case report of a man, aged 52 years. He is staying in a residential care facility in a difficult life situation. Primary disease: multiple sclerosis; palliative; deteriorating health as well as mental condition. Anxiety; depressive states; repeated suicidal thoughts. Painful surgical procedures repeatedly over the course of several years; lower limb amputation; decreasing self-sufficiency.

Key words: multiple sclerosis, psychotherapeutic care, social bonds, dependence on healthcare, dependence on the care of another person.

Úvod

Kazuistika je ukázkou práce s pacientem v paliativní péči umístěným trvale ve specializovaném sociálním zařízení. V průběhu čtyř let se jeho zdravotní stav zhoršoval a psychotherapie byla vedena po domluvě mezi pacientem a psychotherapeutkou jako podpůrná s dobrým efektem v jednotlivých konkrétních situacích a při vyrovnávání se s „těžkostmi“ v blízkých vztazích v minulosti.

V době prvního kontaktu s psychotherapeutkou bylo panu S 52 let. Podporu nevyhledal sám, byla mu nabídnuta v rámci pobytového zařízení. Pravidelná psychotherapeutická péče byla průběžně poskytována čtyři roky (od jeho 53 let).

Roztroušená skleróza (RS) mu byla diagnostikována ve 29 letech. Ve 28 letech mu po nález znečitlivěla noha, byl na vyšetření u obvodního lékaře, který mu sdělil, „že to nic není“ (r. 1982). Teprve známý lékař – soused mu domluvil odborné vyšetření na neurologii. Po všech vyšetřeních se dozvěděl diagnózu – roztroušená skleróza. Neměl žádnou představu, nechápal, proč by měl dostat invalidní důchod. Byl mladý, čtyři roky ženatý, měli malého syna a vychovávali dceru z prvního manželství manželky. Nemoc postupovala pomalu, teprve když začala

zasahovat do intimního spoluzití „až už jsem nemohl jako chlap“, nastaly manželské neshody. Prožili spolu podle pana S 19 let spokojeného manželství, poslední půlrok považoval za jedno z nejtěžších období ve svém životě.

Syn byl svěřen do péče pana S. Odstěhovali se k matce, která mu pomáhala, přestože byla sama onkologicky nemocná. Později jí s péčí pomáhala klientova sestra. Po smrti matky šel do pobytového zařízení (bylo mu 51 let). Pan S byl umístěn ve specializovaném sociálním zařízení pro lidi s RS. Bydlel na dvoulůžkovém pokoji. Celkově v zařízení strávil šest let. Jeho zdravotní stav se postupně zhoršoval i v důsledku kombinace onemocnění.

Průběh psychoterapeutické péče

Zdravotní a psychický stav v době počátku psychoterapeutické péče – RS, potřeba dopomoci, upoután na mechanický invalidní vozík, po operaci očí, cukrovka (důsledkem již defekty na dolních končetinách), křeče v dolních končetinách, hrozící amputace jedné dolní končetiny. Depresivně laděný, zvažoval sebevraždu. Negativní pocity často převažovaly.

Radost měl z fungujících rodinných vazeb – udržoval kontakty s nevlastní dcerou a její rodinou a vlastním synem, pravidelně ho navštěvovali bratr a sestra, ke které jezdil i on velmi rád na několika-denní návštěvy. Pracoval v chráněných dílnách, fotografoval. Nebylo to jeho první setkání s možností využít psychoterapeutickou péči, v rámci zařízení mu byla nabídnuta již dříve. Podle svých slov ale neměl do té doby potřebu a v podstatě ji nemá ani ve chvíli, kdy jsem ho oslovila. Rád si popovídá, ale nic nepotřebuje (to je častá reakce na nabídku psychoterapeutické péče u pacientů v paliativní péči). Mezi ním a jeho spolubydlícím docházelo občas k drobným neshodám, které vyplývaly ze způsobu komunikace. To byla v podstatě i první zakázka pro terapeutickou péči – od ošetřujícího personálu. Péče byla zaměřena na vyjasnění si zodpovědnosti za svoje chování a přenechání rozhodnutí za chování spolubydlícího na spolubydlícím, zároveň na přijímání pochybení vlastních i cizích a vyjadřování vlastních potřeb v rámci spoluzití. Na základě této zkušenosti pan S pak psychoterapeutickou podporu využíval až do konce svého pobytu v zařízení. Zpočátku se jednalo především o rozhovory mapující jeho současnost i historii, rodinné vazby, přátele, zájmy, možnosti, starosti i radosti. Měl starosti se synem, o kterého se bál, aby se mu v životě dařilo. Psychoterapeutická práce byla zaměřena na uvolnění napětí z přebírání „zodpovědnosti“ za dospělého syna a uvědomění si, že zvládne život podle svého. Vyvažovala to a napomáhala radost z dcery, která se provdala a měla první dítě, užívání si telefonického a někdy i osobního kontaktu s nimi.

Bylo pro něj obtížné vyrovnat se se způsobem odchodu manželky. V rámci psychoterapeutických sezení probíhalo postupné vyrovnávání se se situací, kterou nemohl změnit, ani vrátit a prožít jinak. Spolupráce byla zaměřena na zpracování emocí (hněv, lítost, smutek, zklamání). Pravidelně se v jeho uvažování objevovaly myšlenky na sebevraždu. Způsob měl velmi dobře promyšlený a měnil ho s ohledem ke svým možnostem suicidum uskutečnit. V těchto chvílích

se z jeho úst často ozývalo „**dokud alespoň trochu můžu**“. O možnosti řešení jeho těžkostí s nemocí sebevraždou jsme hovořili vždy otevřeně jako o variantě, která se nabízí a je potřeba ji zvážit i s ohledem na důsledky, pokud se nepodaří, a pokud by se pokus podařil, tak na pocity lidí, kteří ho mají rádi. Na prvním místě byl většinou stále se zhoršující zdravotní stav a velká nedůvěra v lékaře, kteří ho ošetřovali (příčinou mohla být i prvotní zkušenost s obvodním lékařem na počátku onemocnění), strach z bolestivých ošetření, která pravidelně absolvoval na chirurgii v nemocnici – ošetření defektů na obou dolních končetinách bez lokální anestezie (ošetřující lékař ji nepovažoval za důležitou, podle něj měl pacient vydržet bolest). Lékař na svých postupech trval, spolupracovat v rámci multidisciplinárního týmu nebylo v tomto případě reálné. Spolupráce s pacientem byla zaměřena na rozšiřování možností komunikace, přípravu na konkrétní zákroky, která spočívala v hledání způsobu komunikace na základě zkušeností pacienta. Na probouzení schopnosti říci si o svá práva vhodným způsobem. Je to náročná část terapie i z důvodu úzkosti pacienta. Pacient byl na lékařské péči závislý a vzhledem ke svým finančním možnostem nemohl volit jiné zařízení, než kam mu dovoz hradila zdravotní pojišťovna. Jeho cílem tedy bylo „**nerozzlobit si lékaře, protože pak by se k němu mohli chovat ještě hůř**“. Před amputací a po amputaci jedné dolní končetiny byla zintenzivněna spolupráce s fyzioterapeutkou v domovském zařízení. Psychoterapie byla zaměřena na vyvažování přínosů (zmírnění bolesti a křečí, méně častá ošetření na chirurgii) a ztrát (ztráta části vlastního těla, snížená soběstačnost na určitou dobu), na průběh pobytu v nemocnici, snižování úzkosti a promýšlení variant komunikace. Důležitá byla dobrá informovanost. Po návratu z nemocnice bylo pro pacienta důležité smířit se s novými omezeními a co nejlépe se naučit přijímat nové druhy pomoci, např. při přesunech z vozíku na lůžko, než to zvládne sám. V posledním roce života měl halucinace a častěji se mu zdály děsivé sny, to mohlo být i důsledkem užívání mnoha léků bez spolupráce lékařů, kteří léky předepisovali. Bylo vyžádáno konzílium psychiatra. Oslovení lékaři – psychiatři nedojžděli mimo své ordinace, nakonec se podařilo domluvit s lékařkou ze vzdálenějšího města a pacientovi byla domluvena hospitalizace na psychiatrickém oddělení FN za účelem vhodného nastavení medikace. Podařilo se také domluvit spolupráci s lékařem z ambulance bolesti při hospici a zajistit vhodnou aplikaci a dávkování léků na bolest. Spolupráce na změně medikace ale proběhla až v posledních třech měsících jeho života.

Zemřel v 57 letech v nemocnici, kam byl z domovského zařízení převezen pro akutní zdravotní potíže (zvracení, bolesti břicha).

Při spolupráci s panem S jsem používala metody a techniky logoterapie a existenciální analýzy, systemické rodinné terapie i zkušenosti z hospicové péče. Podle potřeb klienta byly individuálně používány k porozumění vlastnímu chování a náhledu na různé životní situace, ke změnám v jednání se sebou i s ostatními.

S poděkováním panu S za nahlédnutí do jeho životní cesty.

Závěr

Pan S byl jedním z mnoha pacientů, kteří na počátku nemají představu o možnostech psycho-terapeutické péče a tak ji ani nemají potřebu vyzkoušet „Popovídat si mohu s každým...“. Teprve na základě konkrétní zkušenosti s psychoterapií se může stát, že pomoc přijmou a využívají, stejně jako pan S. Psychoterapeutická podpůrná péče u pacientů v paliativní péči má velký význam pro jejich pocity sdílení „těžkých“ myšlenek a názorů, které mají obavu vyslovovat před druhými lidmi. Přijetí terapeutem, který je ochoten hledat s nimi způsoby a cesty, jak naložit nejen s myšlenkami, ale i s konkrétními situacemi, s jejich bezradností, bezmocí, hněvem i rezignací, je pro ně cestou k obnovení sebeúcty a schopnosti nevzdávat se.

Mgr. Alena Hagarová

speciální pedagožka – etopédie, psychoterapeutka

Centrum duševního zdraví

Krásnohorské 672, 547 01 Náchod

alena.hagarova@email.cz