

## 10.5 Úloha psychoterapie v léčbě RS

### Renáta Malinová

Obecně se psychoterapie vymezuje jako léčba psychologickými prostředky (např. rozhovor, učení, sugesce, vytvoření psychotherapeutického vztahu), kdy úkolem léčby je zbavit nemocného obtíží.

Základním cílem psychoterapie u pacientů s RS je vést je k tomu, aby se naučili využívat možností a zdrojů ke kvalitnímu a smysluplnému životu, které mají. Podstatná je motivace k tomu, aby se naučili s nemocí žít, dokázali snášet obtíže, které s sebou nemoc i léčba přinášejí. Důležitým úkolem terapie je udržet pacientův zájem o všechny oblasti jeho života. Pomocí vytvořit a podporovat jeho spolupráci s léčebným týmem.

Jako terapeut nemusí vystupovat pouze psycholog, ale i sestry nebo lékaři, fyzioterapeuti či sociální pracovníci, kteří prošli vhodným terapeutickým výcvikem.

#### Dílními cíli jsou:

**Přijetí faktu nemoci** – většina nemocných má tendenci zprávu o závažnosti svého onemocnění popřít nebo zcela vytěsnit. Tito lidé pak nejsou schopni plně spolupracovat s lékaři, přijmout léčbu a její omezení. Terapeutickým úkolem tohoto období je pomoci pacientovi zvládnout počáteční šok, zmírnit jeho úzkost, poskytnout bezpečný prostor k odžití všech emocí a přivést jej k adekvátnímu pochopení jeho situace a motivovat ho ke spolupráci.

**Vytvoření přiměřeného náhledu** – po přijetí faktu nemoci nastává práce na vytvoření přiměřeného náhledu na nemoc. V rámci terapeutického vztahu může pacient klást všechny pro něj důležité otázky a získat potřebný čas k hledání odpovědí. Získává posilující podporu pro další fázi léčby a odhodlání k další práci na sobě.

**Zvládnutí předešlých účinků léčby** – pacient mluví s psychotherapeutem o svých tělesných potížích, což mu napomáhá k uvědomování si souvislosti mezi svým **tělesným a duševním prožíváním a zvyšuje tím** svou kompetenci k jejich ovlivňování.

**Změna životního stylu a hodnotové orientace** – nemoc zasahuje do všech oblastí života. V dnešní době je pro spoustu lidí měřítkem životní spokojenosti výkon a materiální zabezpečení. Teprve se získáním diagnózy začne mnoho z nich vyznávat i jiné životní hodnoty. Do popředí se dostává zdraví, vztahy, seberealizace, zodpovědnost, sebeúcta, duchovní přesahy a respekt k osudu. Vhodné individuální vedení terapie je pro pacienta inspirativní, posiluje jeho vlastní zdroje a vede ke stabilizaci v nové životní situaci.

**Zvládnutí strachu** – pocity strachu bývají nemocnými potlačovány, ne vždy jsou o nich schopni a ochotni diskutovat otevřeně. Terapeutický vztah dává prostor beze studu a obav sdělovat jakékoliv pocity podle své potřeby a pracovat na jejich zvládnutí. Léčba RS onemocnění představuje pro nemocného jak fyzickou, tak i psychickou zátěž. Toto onemocnění děsí lidi zejména svou nevyzpytatelností. Mezi pocity a stavy, s nimiž jsou nemocní a jejich příbuzní neustále konfrontováni, patří pocity úzkosti a strachu. Nemocní se obávají negativního vývoje svého onemocnění, bolestivých zákroků, vlastní bezmocnosti. Člověk prožívající úzkost má často sklony k omylům v myšlení a může přestat uvažovat objektivně. Je znám vliv psychiky na imunitní systém, kdy některé chronické stesky, úzkost a strach mohou způsobit oslabení imunitního systému.

### Výběr vhodné psychoterapie

Výběr vhodného psychotherapeutického postupu je ovlivněn:

- 1. osobnosti psychotherapeuta** – bývá často pro nemocného to nejdůležitější, na čem mu záleží. S vědomím závažného onemocnění si pacient vybírá za „zповědníka“ toho, kdo je mu lidsky nejbližší, před kým nemá obavy odkrýt i své nejtajnější obavy a přání. Teprve potom (jestli vůbec) je pro něj důležitá i forma zvolené psychoterapie.
- 2. osobnosti nemocného** – zde by měla být na prvním místě motivace nemocného. Je-li pozitivní a nemocný má zájem o vlastní léčbu, pak je jeho spolupráce s lékaři a tolerance náročné léčby na dobré úrovni. V případě negativní motivace vystupuje do popředí spíše sekundární zisk z nemoci, neochota změnit postoje a styl života. Pak je velmi těžké přivést nemocného k přiměřenému náhledu na onemocnění, jeho spolupráce nebývá příliš dobrá.

Někteří nemocní psychoterapii odmítají – stále ještě se najdou lidé, kteří pomoc psychologa berou jako potupu a vlastní selhání. Jiní věří, že si pomohou sami.

### Možnosti psychoterapie

Během dlouhých desetiletí se postupně vyvíjelo množství psychotherapeutických směrů, kladoucích různé požadavky nejen na osobnost terapeuta, ale také na osobnost nemocného. V praxi se nejlépe osvědčily tyto přístupy:

**Podpůrná psychoterapie** – akceptující, neohrožující, vyznačující se empatií, opravdovostí. Nesnaží se změnit osobnost, ale nabízí porozumění, podporu a pomoc, zdůrazňuje pozitivní rysy, vede k důvěře ve vlastní síly a pomáhá zvládat aktuální situace a problémy. Je hlavním přístupem k ne-

mocným, cestou navázání kontaktu a získání důvěry. Podpůrná psychoterapie pomáhá člověku unést obtížnou životní situaci či problémy, které nemůže nebo nechce změnit. Psychická podpora a zájem umožňují lépe snášet stres.

**Racionální psychoterapie** – opírá se o logické myšlení, snaží se pomoci nemocnému odstranit nerealistické názory, nedostatečnou informovanost, srovnávání se s druhými nemocnými, nenechat se ovlivnit názory laiků. Racionální psychoterapie se zaměřuje na logické myšlení klienta. Působí především na rozum, soudnost a kritičnost. V centru pozornosti je výklad a objasnění podstaty problému, příčin jeho vzniku a psychosomatických souvislostí. Cílem je dosažení změny názorů a postojů a životních hodnot. Předpokladem je důkladný rozbor anamnézy, který již sám je významným psychotherapeutickým činitelem. Tento přístup se může stát nosnou metodou po celou dobu terapie.

Rogeroovská psychoterapie – „terapie zaměřená na člověka“ či „terapie rozhovorem“. Jejím specifickým rysem je to, že vychází ze samotného klienta a podněcuje jeho samostatný rozvoj. Jde o terapii důvěrným otevřeným rozhovorem, při němž se terapeut vcítuje do klienta, plně ho respektuje, podporuje jeho otevřené sebeprojevování a současně může autenticky projevit své osobní pocity.

Narativní terapie – člověk se v tomto pohledu jeví jako bytost vyprávějící, narativní. Vytváří a vypráví svůj životní příběh, složený ze sledu událostí, které se odehrávají v jeho životním čase. Svým vyprávěním přiděluje jednotlivým událostem a vztahům určitý význam. V terapii dostává možnost svůj příběh aktivně změnit. Terapeut se pak stává spoluautorem nového příběhu tím, že v psychotherapeutické situaci vytváří podmínky pro změnu.

**Relaxační metody** – vycházejí z poznatků o vzájemné souvislosti mezi psychotherapeutickou tenzí, funkčním stavem vegetativní nervové soustavy a napětím svalstva. Obcházejí logické myšlení, využívají přesvědčivě podávaná tvrzení zaměřená na odstranění potíží. Cíleným působením na jednu oblast pak můžeme ovlivnit i další.

**Náhledová psychoterapie** – zabývá se pacientovým náhledem na léčbu, na nemoc a příčinu onemocnění. Důležitá je zejména přiměřená informovanost nemocného a následná pomoc se zpracováním těchto informací. Vytvoří-li si nemocný na své onemocnění přiměřený náhled, je pak schopen lépe a aktivně spolupracovat s lékaři a ovlivňovat svou další životní cestu.

**Behaviorální psychoterapie** – jedná se o techniky učení a nácviku. Vede k sebekontrolě, učí zvýšení autoregulace vlastního chování, emocí a myšle-

ní. Je vhodná zejména pro ty, kteří stavějí na rozumu a vědeckém vysvětlení toho, co se s nimi děje a co sami dělají.

### Sdělování diagnózy

Publikace v Multiple Sclerosis Journal z roku 2003<sup>1</sup> jasně ukázala, že sdělení diagnózy roztroušené sklerózy přináší pacientovi daleko větší strádání, pocit opuštěnosti a bezmoci, než se neurologové domnívají. Analýza jevu sdělování špatné diagnózy byla s určitými obecnými radami publikována o rok později v Lancetu.<sup>2</sup> Dnes se sice považuje komunikační trénink za samozřejmou součást výuky na lékařských fakultách, je však třeba věnovat kultivaci tohoto umění dostatečné místo i v celoživotním vzdělávání zdravotnických pracovníků.

**Sdělování diagnózy přísluší lékařům.** Měl by zároveň srozumitelně vysvětlit podstatu nemoci, další vývoj, následky. Je zcela nepřijatelné sdělovat diagnózu přes třetí stranu, po telefonu nebo e-mailem.

#### Závažnou diagnózu se špatnou prognózou je nutno sdělovat:

- taktně,
- ohleduplně,
- v soukromí, bez přítomnosti cizích osob.

#### Reakce nemocného na sdělení závažné diagnózy:

1. Zoufalství, beznaděj, skleslost
2. Popírání situace
3. Hledání viníka
4. Přijetí skutečnosti

#### Obranné mechanismy:

1. Vytěsnění
2. Regrese
3. Sebeobviňování
4. Obviňování druhých
5. Projekce
6. Racionalizace
7. Nejméně vhodné **úniky z potíží:**  
kouření, alkohol, drogy

Adresát zprávy prožívá zjištění závažné diagnózy jako šok. Do jeho životního příběhu vstupuje událost, která bourá dosavadní plány a představy o budoucnosti. Pacient přichází v jednom okamžiku o všechno, na čem dosud stavěl. Mění se i to, jak právě prožívá sám sebe. Do hry vstupují jeho předpoklady o diagnóze. Představy, které si pacient ve spojitosti se svým dosavadním zdravotním stavem vytvořil na základě vlastní zkušenosti s někým nemocným v okolí nebo jen v souvislosti s tím, co se povídá, co si přečetl v ča-

sopise, slyšel v televizi, nalezl při svém pátrání na internetu. Díky předpokladům si pacienti pokládají nejrůznější otázky: Jaké to bude? Jak to všechno zvládnou? Bude to bolet? Budu invalidní? Jak a kdy? Proč já? Co jsem dělal špatně? Budu už jen na obtíž?

Způsob, jakým se potká pacient se svými předpoklady, se svým příběhem, s přístupem a předpoklady zdravotníků, hraje důležitou roli v prvopočátku cesty léčeni a vyrovnávání se s nemocí. Tady je pole společné práce pro lékaře a psychoterapeuta.

Základem by mělo být vytvoření bezpečného prostoru pro to, aby pacient mohl projít první fází šoku a zděšení. V tomto stavu totiž většinou není schopen vyslechnout a přijmout všechna fakta. Tento krok musí být učiněn ošetřujícím lékařem beze spěchu a mezi čtyřma očima. K vytvoření bezpečí stačí zdánlivě málo – dát najevo, že rozumíme stavu, kterým si pacient prochází, a ujištění, že může klást otázky a sdělovat své pocity – jinak řečeno, otevřít cestu ke spolupráci.

V běžném provozu ambulance je však tato zdánlivá samozřejmost často nepředstavitelným komfortem. I proto by součástí takového rozhovoru měla být nabídka konzultace s psychoterapeutem. Teprve následně je možné sdělovat pacientovi fakta a domloutvat se s ním na dalším postupu léčby.

Po překlenutí první fáze dochází u pacienta k přehodnocení situace. Ke slovu se dostávají získané informace a další vývoj situace. Dochází k naplánování toho, „jak to vlastně bude“. Tato fáze adaptace na vzniklou situaci je z hlediska psychoterapeutické práce pro pacienta nejdůležitější a má určující vliv na následující léčebný proces.<sup>3</sup> Zde se rozhoduje o tom, zda bude moct a bude ochoten aktivně spolupřezhodovat o dalším průběhu své léčby a životního příběhu, nebo se vydá cestou rezignace k postupné apatii, či dokonce negativismu.

Je velmi důležité pomoci pacientovi **vyhledat jeho vlastní zdroje síly**. To je vše, co mu pomůže ke zvládnání situace, co je pro něj důležité a co můžeme využít k další práci. Pomáhat pacientovi najít možnost, jak realizovat své dosavadní životní role, event. jaké jiné role by mohl mít, čeho je možné se vzdát, co může naopak získat nového.

Podstatná je i **práce se symptomy nemoci**. Pacient se učí naslouchat svému tělu. Nacvičuje uvědomování si vlastních pocitů a porozumění propojení svého tělesného a duševního stavu a možností jeho ovlivňování. Tuto dovednost je možné terapeuticky využít i později, kdy u již dobře adaptovaného pacienta v souvislosti s postupující nemocí dochází k dalším změnám.

V psychoterapii pak pracujeme na rekonstrukci negativních myšlenek, zamýšlíme se nad změnami, které je potřeba provést, aby i v rámci handicapu byl život pro pacienta smysluplný a hodnotný. Dáváme možnost naučit se číst nové signály svého těla a být v kontaktu se svými emocemi a tím pak lépe poznat, co zahání úzkost, depresi, strach či hněv. Nacvičujeme různé relaçační techniky, uvědomovací a přeladující cvičení.

Dalším tématem je práce s rodinou a blízkými nemocného. Ke slovu se dostávají rodinné vztahy a rodinné zázemí. Časté jsou myšlenky: nebudu na obtíž?, jak se zvládne o mě manžel či manželka starat?, děti mají své starosti, chci se co nejdříve vrátit do práce, beze mě by práce nemohla pokračovat apod. Období, kdy někdo v rodině onemocní, bývá velmi náročné nejen pro samotného pacienta, ale i pro jeho nejbližší.

Přijetí závažné diagnózy je velmi náročná životní situace. Všichni pacienti potřebují v této situaci nabídku pomoci a pochopení. Potřebují prostor pro ventilaci svých obav, nejistot a úzkostí. Potřebují dávat své nové životní situaci smysl a orientovat se v možnostech, které mají. Nezapomínejme však na to, že jsou, i přes všechn ten zmatek a trápení, schopni plně rozhodovat o své situaci, být v léčebném procesu.

Otevřeně a zároveň citlivě podaná informace o diagnóze a prognóze vede k lepšímu vyrovnání se s nemocí ze strany pacienta i jeho rodiny, k posílení jeho pocitu autonomie a důvěry v lékaře a k povzbuzení realistických očekávání a plánů. Současně vytváří rámec k otevřené komunikaci mezi nemocným a jeho rodinou.

V neposlední řadě vytváří otevřená informace o diagnóze předpoklad k tomu, aby mohla být vážná nemoc prožívána pacientem a jeho blízkými jako příležitost k osobnímu zrání.

Je dobře, je-li si lékař vědom, že reakce pacienta na sdělení závažné diagnózy probíhá obvykle v následujících fázích:

#### 1. Popření skutečnosti

(Ne, to není pravda, ne, já nemám tuto chorobu.) První reakce. Během této fáze nemocný není ochoten ani schopen přijímat rady, ani se učit. Je plně ponořen do svého nitra, do svého neštěstí, je inhibován ve schopnosti reagovat na běžné podněty adekvátně. Fáze může trvat velmi krátce, ale také velmi dlouhou dobu.

2. *Revolta, vzbouření, odpor* (Proč se to stalo zrovna mně?) Velmi riziková fáze pro vznik konfliktů s ošetřujícím personálem. Nemocný může být agresivní. Je schopen obviňovat kohokoli ze svého okolí z toho, že je příčinou jeho potíží, jeho nemoci.

3. *Smlouvání* (Dobře, budu si aplikovat lék, ale pouze jednou týdně...) Z hlediska edukace je třeba zdůraznit, že **během těchto dvou fází nemocný špatně přijímá, a zejména si špatně vykládá informace**, které jsou mu k léčbě nemoci poskytovány.

4. *Deprese s nadějí* (Není mi dobře, potřebuji léčbu, avšak zvládnou to?).

#### 5. Konečná fáze přijetí, akceptování.

Nemocný je otevřen novým znalostem, dovede je převádět do praxe, přijímá opravy svých chyb, „vyrovnal se“ se svou nemocí. **Ne každý se dostane do tohoto stadia.** Nemocný totiž musí přijmout svůj díl zodpovědnosti za výsledek léčby, což se lépe formuluje verbálně, než prakticky realizuje.

Lékař by měl sledovat vývoj psychiky u pacienta, snažit se odhalit či rozpoznat, ve které fázi z výše uvedených se nemocný v dané chvíli nalézá. Měl by umět vyhodnotit emoční ladění pacienta, podle těchto zjištění pak aktuálně upravovat taktiku a cíle edukace takovým způsobem, aby byla maximálně efektivní. Současně by měl bránit tomu, aby vznikaly a prohlubovaly se překážky a zábrany v oblasti komunikace, které by mohly poznamenat další spolupráci mezi edukačním týmem a nemocným.

Dalším úkolem je pomoc – psychologická podpora –, jež by měla nemocnému usnadnit jeho obtížnou cestu mezi jednotlivými negativními vývojovými fázemi tak, aby se co nejdříve s chorobou dokázal vyrovnat.

#### Závěr

Psychoterapie může v těchto krocích i v edukaci pacienta významně pomoci. Nastavení důvěry vůči ošetřujícímu personálu, vytvoření pocitu bezpečí a plánu, jak se s chorobou a jejím prožíváním snáze vyrovnat, jsou cíle, které celý ošetřující tým sdílí. Nedílnou součástí této práce je poskytování informací o věrohodných zdrojích informací pro pacienta.

Psychoterapie však pomáhá i v průběhu nemoci. Psychický stav pacienta má vliv na průběh choroby. Pacienti s aktivním přístupem ke své chorobě progredují pomaleji.<sup>4</sup> Pacienti, kteří absolvovali pravidelnou kognitivně-

-behaviorální terapii, měli na MR méně enhancujících ložisek než kontrolní skupina.<sup>5</sup> Až tak zásadně může psychika ovlivnit chorobu. Lze to změřit na MR. Psychoterapie nevede tedy jen k tomu, že se pacient se svou stejně závažnou chorobou cítí lépe, i když i to je velmi důležitý počin. Pacientům v terapii klesl počet zánětlivých ložisek. Je to první vědecky relevantní důkaz efektu metod, které jsme považovali jen za podpůrné, málo efektivní a mnozí za nefungující.

### **Literatura**

1. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 2004;363(9405):312-9.
2. Johnson J. On receiving the diagnosis of multiple sclerosis: managing the transition. *Mult Scler* 2003;9(1):82-8.
3. Mikula P, Nagyova I, Krokavcova M, et al. Coping and its importance for quality of life in patients with multiple sclerosis. *Disabil Rehabil* 2013 Jul 4.
4. D'hooghe MB, Nagels G, De Keyser J, Haentjens P. Self-reported health promotion and disability progression in multiple sclerosis. *J Neurol Sci* 2013;325(1-2):120-6.
5. Mohr DC, Lovera J, Brown T, et al. A randomized trial of stress management for the prevention of new brain lesions in MS. *Neurology* 2012;79(5):412-9.