

PSIHIJATRIJSKI PRISTUP OBOLJELIMA OD MALIGNIH BOLESTI U TERMINALNOM STADIJU BOLESTI

PSYCHIATRIC APPROACH TO THE PATIENTS WITH MALIGNANT DISEASE IN TERMINAL PHASE

Branimir Rančić, Slobodanka Nedeljković, Ivan Rančić

Sažetak

Terminalni stadij bolesti je izraz koji se odnosi na tzv. uznapredovalu zloćudnu bolest s metastatskim promjenama koja je uzela maha u toj mjeri da je jedino realno očekivati smrtni ishod pacijenata. Cilj ovog rada je da, s psihološkog stajališta, razmotri pitanja vezana za terminalni stadij bolesti, smrt pacijenta i njegov gubitak u obitelji. Žarište našeg rada, kao konsultacijske psihijatrije (liaison psihijatrije) je da se navedene teme demistificiraju i da se rasvijetli psihološka strana različitih problema koje bolest s neizbježnim smrtnim ishodom može izazvati. Bilo bi pogrešno, kako profesionalno, tako i moralno, da liječnici zanemaruju/preziru potrebe onih pacijenata kod kojih nisu uspjeli postići primarni cilj tj. izlječenje. Za njih novi cilj mora biti humani prilaz kontroli terminalnih stadija. Ovim preglednim člankom pokušali smo razjasniti naša razmišljanja o tim etičkim problemima čime želimo podstaći ostale kolege da izoštre svoja etička čula, jer etika je nasušna potreba liječnika. Zato se treba sjetiti misli koja kaže da nije dovoljno samo imati savjest nego je potrebno da ona i peče.

Ključne riječi: terminalni stadij, liaison psihijatrija, smrt

Summary

Terminal phase of the malignant disease is a term that refers to the advanced stage, when malignancy with metastases has developed to such an extent that it is realistic to expect the approaching fatal outcome. The aim of this paper is to discuss from a psychological point of view, topics related to the terminal phase of the disease, the patient's death and his loss to the family. The main focus of our work, as a consultative psychiatry (liaison psychiatry) is to demystify the above mentioned topics and to shed light on the psychological dimension of the various problems that disease with the inevitable fatal outcome may cause. It would be wrong, both professionally and morally, to ignore the needs of those patients who failed to achieve the primary objectives, i.e. complete healing. For all the doctors, a new target has to be a more humane approach to the control of terminal stages. With this review we have tried to clarify our viewpoint about these ethical issues because we want to encourage other colleagues to sharpen their ethical sense, as ethics is a basic need for physicians. Therefore, one should remember the saying that it is not enough just to have conscience or empathy, it is also necessary that it wakes up and burns.

Keywords: terminal phase, liaison psychiatry, death

Uvod

Prema najnovijoj definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), tzv. palijativno zbrinjavanje počinje već postavljanjem dijagnoze zloćudne bolesti pacijentu, za koju se od početka izvjesno zna da usprkos svim terapijskim postupcima koji će se poduzeti, vodi kobnom ishodu. U širem smislu, palijativno zbrinjavanje može poboljšati kvalitetu života pacijenta i obitelji, koji se suočavaju sa životno ugrožavajućom bolesti jednog člana, omogućavajući ublažavanje simptoma i kontrolu bola, odgovarajuću psihosocijalnu, psihoterapijsku i duhovnu podršku od postavljanja dijagnoze do kraja života pacijenta, kao i psihološku prorađu gubitka ožalošćenih članova obitelji nakon smrti bližnjega.

Terminalni stadij bolesti je izraz koji znači uzapredovalu bolest s metastatskim promjenama, koja je uzela maha u toj mjeri da je jedino realno očekivati smrtni ishod pacijenta. Po definiciji, terminalne bolesti podrazumijevaju sporu smrt i sve veće propadanje, koje može trajati mjesecima i biti praćeno kroničnom boli i složenom patnjom. Terminalni stupanj bolesti počinje kada medicinski stručnjaci procijene da se zdravstveno stanje bolesnika pogoršava i da nema postupka koji bi doveo do poboljšanja stanja i spriječavanje smrti¹.

Liaison (liezon) je izvorno francuska riječ, iako se koristi i u engleskom jeziku, a znači - vezu, povezanost, udruživanje. S čime je to psihijatrija povezana? Odgovor je s medicinom. Sinonimi su: psihijatrija u medicini, psihijatrijska medicina, psihijatrija somatskih bolesti, savjetodavna ili konzultacijska psihijatrija^{2,3}.

Liaison psihijatrija osvjetljava psihosocijalnu cjelovitost svakog bolesnika i njegovog poremećaja, i na taj način mu pomaže da se lakše nosi s bolešću, a ostalim članovima tima (osoblje i obitelj) da u bolesniku vide ljudsko biće u njegovom krajnje složenom biopsihosocijalnom jedinstvu.

Na osnovu rečenog, jasno je da liaison psihijatri nastoje da osvijeste, u medicinskoj praksi uveliko

zaboravljeni, holistički pristup. U indijskom epu Mahabharata, ispisanom prije 4000 godina, spominje se postojanje dvije vrste bolesti: tijela i duše, gdje svaka od njih proističe iz one druge i bez nje sama ne može. Ovaj holistički pristup zanemaruje medikamentni model liječenja bolesti i stavlja naglasak na liječenje oboljele osobe. Prema holističkom, biopsihosocijalnom modelu shvaćanje zdravlja i bolesti, nijednu dugotrajnu fizičku bolest ne promatra samo kroz utjecaj bolesti na oboljelog pojedinca, već se bolest jedne osobe sagledava u cjelini utjecaja i posljedica koje mogu imati svi članovi obitelji.

Psihoonkologija je proizašla iz liaison psihijatrije i spada u njen djelokrug. Uključuje primjenu cjelovitog psihijatrijskog znanja koje može biti od pomoći onkologu u razumijevanju i liječenju pacijenta. Napredak u onkologiji posljednjih godina doveo je do dugotrajnog liječenja, kao i do izlječenja sve većeg broja bolesnika. Ipak, život većine bolesnika može biti samo produljen. Kada se specifično liječenje iscrpi, bolesnik ulazi u stadij bolesti koja se završava smrtnim ishodom – terminalnu fazu bolesti.

Cilj rada je s psihološkog stajališta, razmotriti teme vezane za terminalnu fazu bolesti, smrt pacijenta i njegov gubitak u porodici.

Sindrom terminalnog stadija bolesti :

1. Bolest s progresivnom evolucijom;
2. Preživljavanje koje se procjenjuje u danima ili tjednima;
3. Karnofski index manji od 40%⁴. Procjena općeg tjelesnog stanja bolesnika u medicini (onkologiji) prikazuje stupnjevanje tog stanja i razinu obavljanja svakodnevnih aktivnosti pacijenata koji imaju tumor. Služi kao mjera kojom se određuje sposobnost pacijenta za primjenu kemoterapije. Raspon ljestvice je od 100 – 0, gde 100 označava "savršeno" zdravlje, a 0 smrt; 40% - onesposobljen, zahtijeva posebnu medicinsku pomoć i liječenje. 30% - teško onesposobljen, potrebno je bolničko

liječenje, ali smrt ne prijeti neposredno. 20% - vrlo bolestan, nužna je hospitalizacija, potrebno je aktivno suportivno liječenje. 10% - na samrti, brzoprogresivni fatalni proces.

4. Znaci otkazivanja jednog ili više organa;
5. Prestanak odgovora bolesti na specifično antitumorsko liječenje;
6. Iscrpljenost antitumorskog liječenja;
7. Ireverzibilne komplikacije progresivnog toka.

Zadaci liječenja u terminalnom stadiju bolesti

Manje ili više, svaku bolest, a posebno neizlječivu, kakva je zloćudna bolest (u zadnjem stadiju) prate slijedeći simptomi: tjelesni (slabost 60% , bol 38%, smetenost 33%, gubitak apetita 31%, zaduha 27%, disfagija 22%, mučnina 19%); psihološki (anksioznost, depresija).

Umirući i hendikepirani najčešće traže psijhijatrijsku pomoć zbog depresivnosti i anksioznog ponašanja. Takvi bolesnici su, nerijetko, zapostavljeni na odjelu što je, moramo otvoreno reći, neetičko ponašanje osoblja. Pokušat ćemo iznijeti i objasniti bar dva razloga za takvo ponašanje. Liječnik, kao i drugi članovi tima, obično sebi govore: "Neću se trošiti za bezizlazni slučaj, vrijeme i bolnički materijal ću potrošiti tamo gdje će liječenje biti učinkovito". Ispod ovog svijesnog mehanizma, koji se može nazvati "princip lažne ekonomičnosti" stoje nesvijesne pojave: narcistička zamka i glad profesionalnog narcizma.

Kod narcističke zamke izbjegava se komunikacija s bolesnim ili hendikepiranim, jer se javlja strah od vlastite narcističke povrede, uslijed projekcije nedostataka vlastitih unutrašnjih psiholoških vrijednosti za drugog. Takve osobe, nisu izgradile svoj unutrašnji misaoni prostor, nisu dale prave sadržaje smislu svog življenja, iz čega proizilazi veličanje vlastitih psiho-fizičkih vrijednosti. Umirući bolesnik oduzima hranu profesionalnom narcizmu, a pošto se za utaženje te gladi ne traži, ili ne nalazi druga "namirnica", onda se pokušava

racionalnim pronalaženjem povoda da se umirući prebaci na drugi odjel.

Psihološki i psihoterapijski načini pomoći pacijentima i članovima njihovih obitelji odvijaju se na nekoliko razina⁵:

I. osobna razina (pružanje konkretne psihološke pomoći oboljeloj osobi: smanjenje distresa, anksioznosti, depresivnosti, demoraliziranosti, različitih mogućih psihopatoloških ispada).

Oblici reakcije na bolest:

- poricanje, negiranje bolesti i u skladu s tim se ponaša kao da je zdrav;
- regresija, kao vid obrane, pribjegavaju joj sva živa bića kada su ugrožena i prijeti im neposredna opasnost. Regresivno ponašanje kod bolesnika se izražava pretjeranom zavisnošću, izrazito pasivno - receptivnim ponašanjem;
- agresivnost prema svojim najbližima;
- depresivno raspoloženje.

II. obiteljska razina (poticanje otvorene komunikacije u obitelji, veća povezanost, manje sukoba, smanjenje distresa kod članova obitelji, rad na žalovanju kada se gubitak realno dogodi, obrada procesa žalovanja nakon gubitka člana porodice).

III. socijalna razina (povećanje kvalitete života pacijenta, tj. očuvanje funkcionalnih sposobnosti i aktivnosti, očuvanje mentalnog zdravlja uz primjerenu socijalnu djelotvornost).

IV. duhovna razina (otvaranje pitanja vjere, nade, smisla života i smrti).

Psiho-emocionalne potrebe bolesnika u terminalnom stadiju bolesti Saznanje bolesnika da je obolio od raka dovodi do različitih emocionalnih reakcija. One se mogu ispoljiti od očekivanja da će doći do izlječenja, nadom da će uz liječenje dugo živjeti, do straha da će smrt ubrzo nastati. Liječnici obično smatraju da proces umiranja počinje u trenutku kada je specifično antitumorsko liječenje iscrpljeno. Osobe koje umiru doživljavaju

svoj nestanak i smrt na različitim razinama u vremenu. Socijalna smrt obično nastaje prva, kada osoba koja umire spozna da se odvaja od života (fenomenološka smrt). Gubitak osobnosti, suštine ličnosti predstavlja psihološku smrt. Biološka smrt, smrt koju liječnik utvrdi, predstavlja samo kraj iskustva bolesnika u terminalnom stadiju bolesti. Suočavanje bolesnika s činjenicom da je smrt sasvim izvjesna i vremenski bliska, dovodi do pojave straha.

Vrste straha bolesnika oboljelih od raka u terminalnoj fazi bolesti: od nepoznatog, od samoće, gubitka samokontrole, gubitka (nestanka svih voljenih osoba odjednom), nemogućnosti upravljanja vlastitim tijelom, od bola i patnje, od tuge, od raspada i truljenja, sahrane.

Posljedice straha u bolesnika oboljelih od raka u terminalnoj fazi bolesti: depresija, ljutnja, osjećaj krivnje, stid, povlačenje u sebe, ravnodušnost, nada.

Napori da se bolesnik potpuno oslobodi straha u praksi su obično neuspješni. "Mirnu smrt koja oslobađa, uz potpuno prihvaćanje smrti", bolesnik rijetko usvaja. Međutim, jedna od bitnih stvari koju liječnik može učiniti jest da bolesniku ponudi svoju pomoć. Liječnik lako može osloboditi bolesnika straha od toga "da će biti ostavljen ili zapostavljen" zato što umire. Bolesnik u završnom stadiju bolesti od liječnika očekuje njegovo prisustvo i razgovor. Bolesnik ima potrebu da ga on prihvati kao ljudsko biće koje i dalje ima svoj integritet - dostojanstvo, bez obzira što umire. Da bi komunikacija s bolesnikom koji umire bila uspješna, liječnik se mora osloboditi otpora da bude s takvim bolesnikom (kao i straha od vlastitog neumitnog umiranja). Iskrenost u razgovoru se mora održavati. Laganje i skrivanje podataka nije opravdano. Lišavanje bolesnika istine o neizlječivosti bolesti može podstaći bolesnika da donese odluke koje su štetne za njega i njegovu obitelj. Naravno, takve obavijesti treba pažljivo priopćiti, dinamikom koju bolesnik i njegova bolest određuju.

Gubitak nade osoba s rakom u zadnjem stadiju bolesti

Većina osoba oboljelih od raka u terminalnoj fazi bolesti je više naklonjena smrti u kućnim uvjetima, iako je širom svijeta pristup njezi u kućnim uvjetima dostupan samo malom broju bolesnika. Umiranje od karcinoma bez pomoći koja može biti pružena u okviru programa palijativne medicine, može se usporediti s podvrgavanjem kirurškom zahvatu bez anestezije.

Većina liječnika vjeruje da njihova uloga nije priopćavanje „crne vijesti“, naime oni su zabrinuti zbog rizika gubitka nade pacijenata s terminalnom prognozom i njihovih obitelji.

Shodno navedenom javljaju se slijedeće etičke dileme:

- Hoće li priopćavanje loše (terminalne) prognoze bolesti ostaviti osobe oboljele od raka i njihovih obitelji bez nade?
- Je li palijativna njega prihvatljiva za one bolesnike i njihove obitelji koje ne prihvaćaju nepovoljnu prognozu i kako će se prihvatljivi "Informirani pristanak" za uključivanje u takve programe, od njih dobiti?
- Jesu li liječnici zabrinuti da će se neki bolesnici uključivanjem u program palijativnog liječenja i njege osjećati napušteno od svog liječnika i obitelji?

I dok se većina bolesnika i članova njihovih obitelji nada više realnim ishodima (smrt u kućnim uvjetima "dostojanstvena smrt", smrt bez jakih bolova), za neke pak prihvaćanje terminalne prognoze znači nadu u ishod dužeg preživljavanja i izliječenje. Ljudi koji su po svojoj prirodi bili borci, ustrajni i beskompromisni u životu, završit će boreći se. Jedan dosta aktivan čovjek kada je obolio od karcinoma pluća, govorio je zadnjih dana svoga života: "Uvijek sam bio borac - dakle, čeka me još jedna borba, najveća i najteža, ali zato je i posljednja". No i ovdje se primjenjuje osnovno pravilo psihoterapije gdje bolesnik mora voditi glavnu i osnovnu riječ: on je istovremeno i subjekt

i objekt pražnjenja, a liječnik samo pruža potrebnu podršku. Razgovor o smrti s takvim bolesnicima vodi obično ka katarzi.

Kod malobrojata takvih bolesnika preusmjeravanjem nade s nerealnim očekivanjima može biti iritantno. Liječnici koji stalno nastoje promijeniti ciljeve liječenja, odnosno njihovom usmjeravanju ka palijaciji, mogu izazvati bolesnika na agresivnu reakciju. Tipičan primjer je: "Doktore, ukoliko Vi nećete, ili ne možete da učinite više ništa za mene, onda ću ja pronaći nekoga tko hoće i može". U toku terminalne faze bolesti nada nije sasvim napuštena, ali se njena priroda mijenja. To više nije nada za izlječenje, već nada da bi slijedeći dan donio nešto lijepo i vrijedno življenja, bez obzira na skor, izvjesnu smrt.

Liječnik mora prihvatiti činjenicu da terminalni stadij zloćudne bolesti, nije neuspjeh liječenja i osobni neuspjeh, te da razgovor može značiti više bolesniku nego lijekovi. Bolesnik koji umire nije mrtav i ne može se shvatiti kao "izgubljeni slučaj". On i dalje, do samog biološkog kraja, zaslužuje poštovanje i pažnju.

Kakvo je intimno značenje bolesti za pojedinca, promatrano isključivo s psihološkog gledišta?

Sama dijagnoza bolesti baca pojedinca u stanje biološke bespomoćnosti, dovodi ga u opasnost s kojom se teško suočiti. Naime, nemir i nespokoje koje se na taj način stvara moraju se odgovarajućim mjerama suzbiti, jer će podmuklo uništiti energiju koja je itekako potrebna da bi se organizam odupro invaziji malignosti. Prvi korak u savjetovanju takvih pacijenata je da se vidi što dijagnoza karcinoma za njega intimno znači, kako je doživljava. Treba ga, potom, upoznati sa suštinom bolesti, načinom nastanka, njenog liječenja i eventualnim posljedicama. Takav način obavještavanja olakšan je evolutivnim tokom malignosti, kao i istinom da je bolesnika prijeko potrebno osloboditi napetosti, neizvjesnosti i straha. Osnovna reakcija kojom se liječnik treba baviti u radu je, zabrinutost i poražavajući strah bolesnika.

Kakav je značaj oboljelog organa?

Značaj oboljelog organa za pojedinca je također važan podatak. Gubitak dojke, npr., skoro u pravilu predstavlja težak udarac na vlastito JA svake žene. Javlja se osjećanje niže vrijednosti i odbačenosti. Rak prostate često je kod muškaraca praćen depresijom zbog straha od gubitka libida. Postupci i stavovi liječnika postaju za oboljele od raka istovjetni s nadom. Tri su potrebe pacijenata u ovoj interakciji:

1. Liječnik mora biti iskreno zainteresiran za njih kao ljude, a ne samo kao "za nove slučajeve". Ako iz liječnika ne zrači ovakav stav, bolesnik i dalje ostaje napet, preplašen, stalno pita i zahtijeva, jer nije ubijeđen da je u njegovo liječenje uloženo sve što liječnik može pružiti.
2. Drugo što ovakvi bolesnici traže i uporno insistiraju, je da ih liječnik dugo i s pažnjom sluša i sazna što više o njihovim tegobama. Psiha (duša) bolesnika na taj način dobija odušak, snagu i vjeru u povoljni ishod.
3. Ovakvi bolesnici obavezno žele saznati sve što se poduzima u liječenju njihove bolesti. Ništa tako ne smiruje paniku bolesnika kao sigurna i mirna reakcija liječnika, kome je povjerio svoj život i nitko ne može bolesniku pružiti tako jako osjećanje sigurnosti i nade kao liječnik. Ponekad i sam liječnik dobije želju da izbjegne pacijenta, ne zato što je manje zainteresiran za njegovu bolest, već iz razloga što nije u stanju riješiti problem. Bez obzira kakvi su stavovi liječnika, njih pacijent uvijek osijeća i doživljava kao najfinije "nijanse doktorovih reakcija" i reagira na njih svojim intimnim stavom.

Neminovnost smrti

Najkritičniji trenuci u radu s ovakvim bolesnicima su u vezi s prihvaćanjem činjenice neizbježne smrti. Jedno treba znati: upornost, hrabrost, spretnost, skromnost čine da savjetodavni pristup u ovakvim prilikama dobijaju karakter emocionalnog stava, gdje je isključivi cilj prihvaćanje smrti i prilagođavanje njenoj konačnosti⁶.

Zaključak

Izrađena su tri opća pravila postupka s bolesnicima koji su suočeni sa skorom nastupajućom smrću:

Prvo što se traži od liječnika je, da sluša i to sa simpatijama ono što bolesnik osjeća, što iskazuje u vezi sa svojom bolesti, liječenjem, propustima i rodbinom. U ovakvim prilikama dobar i pažljiv slušatelj može skinuti težak teret koji bolesnik u sebi nosi.

Drugo, liječnik mora pružiti točne informacije, koje će smanjiti ili ublažiti strahovanja ili predviđanja bolesnih osoba.

Treće, liječnik mora biti "blizu oboljelog i fizički i emocionalno", jer su u današnje vrijeme mnogi bolesnici sami i napušteni, a liječnik je za njih topla ljudska veza sa životom. On svojim prisustvom i riječima uvijek može uvjeriti bolesnika da nije sam. "Mi smo tu da Vam pomognemo koliko god možemo. Vi samo zvonite i mi ćemo biti uz Vas", trebala bi glasiti poruka takvim bolesnicima.

Stoga moramo razvijati svoju medicinsku aktivnost tako da se u oboljelih od raka neutralizira uništavajuća i razorna snaga prisutnih emocija. Treba znati da to nije samo znanost, koja traži od liječnika neko posebno znanstveno obrazovanje, već je to i jedna vrsta umjetnosti (umijeće).

Literatura

1. Serafino EP. Health psychology- biopsychosocial interactions. 2. izd., Wiley, New York, 1994.
2. Kecmanović D. Psihijatrija, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1989.
3. Kaličanin P. Psihijatrija. Velarta, Beograd, 1997.
4. Karnovsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. U McLeod CM, ur. Evaluation of chemotherapeutic agents. Columbia Univ Press, 1949.
5. Suin RM, Vanden Bos RG. Cancer patients and their families: reading on disease course, coping and psychological interventions. Am Psychol Assoc, Washington DC, 1999.
6. Srna J. Smrt u porodici. U Vlajković J, Srna J, Kondić K, Popović M ur. Psihologija izbeglištva. Žarko Albulj, Beograd, 2000.