

PSYCHOTERAPIE V ONKOLOGII

Marie Zemanová

Gynekologicko-porodnická klinika FNKV, Praha

Středisko komplexní terapie, Liberec

Soukromá praxe, Praha

Článek obsahuje stručný nástin možností psychotherapeutické intervence u onkologicky nemocných. Psychotherapie je nástroj, který umožňuje emoční podporu nemocných, pomáhá pacientovi adaptovat se na změny, které nemoc přináší a podporuje integraci změn v rodinném a sociálním systému pacienta. Zlepšuje komunikaci mezi pacientem a lékařem.

Klíčová slova: nádorové onemocnění, psychotherapie, krize, adaptační kapacita osobnosti, stres, ztráta, smrt.

PSYCHOTHERAPY IN ONCOLOGY

This article contains a brief outline of the possibility of psychotherapeutic interventions in oncological patients. Psychotherapy is a tool that allows emotional support to patients, helping the patient adapt to the changes that illness brings and supports the integration of changes in family and social system of the patient. Improving communication between patient and physician.

Key words: cancer, psychotherapy, crisis, adjustment capacity of personality, stress, loss, death.

Onkologie, 2008; 2(4): 249–252

Úvod

Nádorové onemocnění je v lidském životě spojeno s neobvyklým nárokem, který je kladen nejen na nemocného. Nemocný a jeho rodina jsou vystaveni změnám, které s sebou tato lidská situace přináší. Pro lékaře a zdravotnický personál je toto onemocnění výzvou, jsou nuceni konfrontovat se s realitou, že ne vždy jsou medicínské prostředky zárukou úspěšné léčby. Snad o žádném jiném onemocnění nekonuje tolik různých teorií a názorů. Slovo rakovina vyvolává v mnoha lidech představu neodvratné smrti spojené s dlouhým a těžkým umíráním. Existuje mnoho jiných nemocí, které devastují lidský organizmus a mohou končit smrtí, rakovina však má téměř mystický rozměr. Slovo rakovina je jen velmi obecný pojem, který zahrnuje mnoho forem zhoubného buněčného bujení. Nicméně pro mnoho pacientů je možné popírat dlouhodobě realitu své nemoci, pokud jim lékař jejich nemoc neoznačí právě slovem „rakovina“. Opakovaně jsem byla pacientem tázána: „Pan doktor mi řekl, že mám nádor, to je rakovina?“

Vnitřní zhoubný buněčný růst, který je pro toto onemocnění charakteristický, je pro mnoho lidí metaforou zla. Existuje mnoho různých teorií, které by měly vést k odhalení podstaty tohoto onemocnění. Často jsou východiskem pro alternativní způsoby léčby.

Ve starověku se objevovala tvrzení, že rakovina je způsobena „černou žlučí“ nebo „melancholií“. V různých dobách se pak vznik tohoto onemocnění spojoval s nadměrnou psychickou zátěží. Lidé hledali psychosomatické souvislosti. Původní teorie psychického přetížení organizmu nahradila osobnostní teorie. Vznikl pojem „osobnost směřující k rakovině“, který zahrnuje určité psychosociální osobnostní vlastnosti. Tato osobnost se vyznačuje zejména nedostatkem schopnosti emocionálního vyjadřování.

I přes rozsáhlý a velmi intenzivní výzkum jsou příčiny vzniku nádorového bujení stále neznámé. V souladu s výsledky zkoumání ale předpokládáme multifaktoriální původ zhoubného bujení.

Mnohé výzkumy se zaměřily na vliv psychosociálních faktorů a jejich možných souvislostí při vzniku nádorových onemocnění. Výsledky mnoha studií neprokázaly významnou psychosociální etiopatogenezi. Zároveň však tyto výzkumy posloužily k jasnější formulaci vztahu mezi psychosociálními faktory a průběhem onemocnění. Sociální a emoční podpora onkologicky nemocných i jejich rodin prokazatelně příznivě ovlivňuje průběh onemocnění. Podobně příznivým faktorem je nesporně i vlastní aktivita nemocného a jeho rozhodnutí s nemocí bojovat. Nemocný i jeho rodina jsou vystaveni velkému stresu a je třeba podpořit jejich přirozené emoční reakce.

Všechny zmíněné atributy nepochybně souvisejí s délkou a kvalitou přežití. V tomto kontextu je pak zcela nezpochybnitelné uplatnění psychologické a psychotherapeutické podpory onkologicky nemocných a jejich rodin.

Průběh onemocnění

a s tím související reakce osobnosti

Elisabeth Kübler-Rossová ve své knize „O smrti a umírání“ (nakl. Arica, 1993) popsala stadia prožívání, kterými onkologicky nemocný prochází. Jsou to tyto fáze: šok, popření, zlost, smlouvání, deprese, akceptace. Takto lidé reagují i v jiných závažných životních situacích. Stejně tak se tedy můžeme s těmito emocemi a prožitky setkat i u rodinných příslušníků pacienta. Lékaři či sestry často mylně předpokládají, že jednotlivé etapy prožívání na sebe plynule navazují tak, jak je zde uvedeno. Není to tak

samozejmé, naopak, pacienti některé fáze vynechávají, či naopak v některé z fází ulpívají a některé opakují.

Lidé navíc často již v premorbidním období prožívají úzkost a strach. Vnímají tělesnou změnu, která je spojena s určitým nepohodlím. Procházejí fázemi naděje, že „to přejde“ a nakonec je obtíže a obavy přivedou k lékaři. Už v tomto období se objevují různé představy a fantazie, které odpovídají jejich životní zkušenosti.

Stanovení diagnózy často vnímají jako rozsudek. Přestože do jisté míry už předpokládají, že jejich nemoc je vážná, zároveň do posledního okamžiku doufají, že se jejich předpoklad nesplní. Šok je provázen zúženým vnímáním. Často si lidé nejsou schopni zapamatovat cokoliv z toho, co jim lékař řekl. Často to jediné, co je napadne, je myšlenka na smrt.

Německý filozof Heidegger se domníval, že existují dva základní způsoby bytí ve světě. Jde jednak o stav zapomenutlivosti bytí, ve kterém člověk podléhá konzumnímu způsobu života, žije ve světě věcí. Nevnímá potřebu životního smyslu, resp. smyslem je vlastnictví věcí. Do stavu uvědomění si bytí člověk vstupuje v situaci existenciální krize. Často právě v okamžiku, kdy se dozví, že je smrtelný. Sdělení diagnózy maligního onemocnění je konfrontace se smrtí, a to i v případech, že je velká pravděpodobnost uzdravení. Krize je vždy příležitostí k růstu, ne každý je však schopen tuto příležitost využít.

Pacient je, kromě ohrožení života, vystaven ještě mnoha dalším ztrátám. Jeho tělesná integrita je ohrožena a často i narušena. Musí se přizpůsobit režimu léčby, tedy ztrácí svoji autonomii. Bývá často vyřazen ze svých běžných aktivit. Hrozí mu sociální izolace a často i stigmatizace. Tím se mění jeho sociální identita a pocit vlastní hodnoty.

Na novou situaci se pacient postupně adaptuje. Změna způsobená nemocí a nutností podstoupit léčbu a s tím související nutnost adaptace vyvolává psychický stres. Možnosti a meze adaptace, tedy adaptační kapacita jedince, je dána typem osobnosti. To znamená, že různé typy osobnosti různě reagují. U disponovaných jedinců se může postupně rozvinout i posttraumatická stresová porucha.

Léčba maligních onemocnění je běh na dlouhou trať. Pacient se v dobrém případě postupně adaptuje a je schopen aktivně spolupracovat se svým lékařem. Podstatnou součástí léčby je otevřený a rovnocenný vztah s lékařem a zdravotnickým personálem. Tento vztah může být různým způsobem kontaminován. Stále ještě doznívají zkušenosti z let minulých, kdy bylo běžné, že lékař informoval svého pacienta neúplně, či vůbec. Opakovaně se i dnes setkávám se situací, kdy je rozdílně informován pacient a jeho rodina. Když pomineme to, že lege artis musí být informován pacient a ten určuje, komu a do jaké míry jsou skutečnosti o jeho nemoci dále poskytnuty, tak zmatení komunikace v rodině, kde každý něco ví a zároveň neví, co ví ten druhý, je velmi náročná. Většinou jsou pak jednotliví členové rodiny vzájemně izolováni, a to jen zvyšuje napětí a stres v celém rodinném systému.

První fáze onemocnění a léčby končí a v dobrém případě nastane remise. S ukončením léčby (to bývá často chemoterapie) se sice dostavuje úleva, ale také úzkost, která je zcela přiměřená. Pacient je v očekávání, zda byla léčba dostatečně účinná. Najednou je vystaven tomu, že by se měl se svojí nemocí vyrovnávat sám, bez pomoci léků, záření atd. To, co jej do té doby zejména obtěžovalo, bylo zároveň tím, co jej také ochraňovalo.

Každá kontrola na onkologii je připomínkou nemoci. I v případě, že se daří zapojit se zpět do běžného života, nemoc se připomíná mnoha různými způsoby. Hrozba recidivy se postupně vzdaluje, čas je dobrým lékem. Ale požadavek, který také často slyším, aby to bylo stejné jako před nemocí, tento požadavek je nespelnitelný. Na druhou stranu mnozí klienti po čase reflektují změnu svého životního stylu jako pozitivní. Život jim připadá mnohem plnější a mají dojem, že žijí smysluplněji.

Recidiva zaskočí jak pacienta, tak lékaře. Oba jsou zklamáni a oba chtějí najít cokoliv, co by opět nemoc zastavilo, když už není možné ji vyléčit. První recidiva je prožívána jako nejvíce stresující okamžik v celém průběhu onemocnění (Silberfarb et al., 1980). Zklamání prožívá pacient, jeho blízcí a zklamán je nepochybně i lékař. Pro lékaře je recidiva onemocnění dokladem selhání medicíny. Často má v rukách už méně účinné nástroje, některé možnosti léčby jsou vyčerpány a on musí určit další postup léčby a sám už o jejím účinku není až tak přesvědčen.

Pokud se ani opakované pokusy o léčbu nedaří, léky nezabírají a navíc je organizmus pacienta agresivní léčbou vyčerpaný a další použití účinných léků je buď už zcela vyloučeno, anebo by tyto léky mohly pacienta nezvratně poškodit, nastává stadium pokročilé nemoci. Toto stadium je pro pacienta náročné v mnoha ohledech. Jeho síly ubývají. Prostor, který má ve svém životě k dispozici se postupně zmenšuje. Věci, které jsou považovány za zcela samozřejmé, se z jeho života postupně vytrácejí. V léčbě se dostává ke slovu paliativní medicína. Právě v tomto období mnozí pacienti vyhledávají různé alternativní možnosti léčby. Někde v pozadí těchto procesů je ne vždy vyjádřitelné vědomí lidské omezenosti. Lidský rozum je v tomto případě už na pokraji svých možností a ke slovu se dostává „naděje na zázrak“.

Nedávno jsem v nemocnici potkala třicetiletou ženu, která je v pokročilém stadiu nádorového onemocnění. Je obdivuhodně statečná. Má bolesti. Jen vysoké dávky analgetik jí umožňují trochu pohybu a už jen velmi minimalizovanou existenci. I rozhovor se mnou ji vyčerpá. Léčí se na našem oddělení už několik let a postupně byly vyčerpány všechny terapeutické možnosti. Pokus nasadit ještě nějakou podobu chemoterapie je na hraně jejich fyzických možností. Je kachektická, nemůže jíst, permanentně je subileózní. Ptala jsem se, co ještě je schopna zvládat a zda vůbec je ještě něco, co je pro ni potěšením. Těžko hledala odpověď. Energie má tak na to, aby přes den polehávala, vyčerpává ji čtení i televize. Když má dobrý den, může jít procházku na návštěvu k babičce, která bydlí nedaleko. A když má opravdu dobrý den, doveze ji otec do stáje, kde má svého koně. O toho se stará její bývalý přítel. Sama se s ním před rokem rozešla, když pochopila... Chvilí zůstane u svého koně, který nechápe, proč si ho neosedlá a nevyjede si s ním. Pak ji otec vezme zpět domů. Má touhu si alespoň ještě jednou vyjet na koni. Ale teď to nejde, je tak hubená, že si na něj prostě sednout nemůže. Mluví o tom tichým a téměř bezbarvým hlasem.

Tak a velmi podobně vypadá život pacientů v pokročilém stadiu onemocnění. I v této fázi žijí s nadějí. Možná to už není naděje na uzdravení. Jejich naděje mají, stejně tak jako jejich život, minimalizovanou podobu. Třeba sednout si na koně, zažít dobrý den, vyjet si na krátkou dovolenou někam do hor. Někdy naopak podávají zcela neuvěřitelné výkony. Jedna moje klientka, v období těsně před smrtí, dokázala zařídit pro svého muže a dcerku galerii. Mluvily jsme o tom spolu, věděla, že její muž je organizačně málo zdatný a vyřídit všechny ty papíry by bylo nad jeho síly. Chtěla jeho a tehdy čtyřletou dceru zabezpečit a dokázala to.

Těžko říci, kdy lze pacienta označit jako terminálního. Velmi pravděpodobně je jeho stav charakte-

ristický velmi omezenou mobilitou, poruchami vědomí a postupným selháváním životně důležitých orgánů. V této fázi je třeba zajistit fyzický i psychický komfort. Tuto péči zajišťují zejména zařízení typu hospice. V současné době je někde k dispozici i domácí hospicová péče, která zajišťuje podporu rodinám, které se chtějí o svého blízkého postarat doma.

Psychoterapie v onkologii

Jak už bylo řečeno, onkologické onemocnění znamená pro pacienta a jeho blízké velkou psychickou zátěž. Nabídnout v takovém případě psychotherapeutickou podporu je zcela na místě. Dnes už lékaři s psychology spolupracují mnohem vstřícněji a s vědomím, že se jejich péče vzájemně nekříží, ale naopak doplňují. Je nutné zdůraznit, že pro pacienta je vztah s jeho lékařem naprosto prioritní. Pokud jsou splněny základní podmínky vztahu mezi profesionálem – lékařem a laikem – pacientem, pak tento vztah sám o sobě léčbu pozitivně ovlivňuje.

Psycholog – psychotherapeut poskytuje pacientovi pomoc v jiné úrovni, je mu k dispozici tak, jak to lékař udělat nemůže a podle mého názoru ani nesmí. Vztah mezi lékařem – onkologem a pacientem určují do značné míry parametry léčby zhoubných nádorů. To je léčba velmi náročná, někdy invazivní a také devastující, často působí pacientovi velké obtíže. Lékař musí v rámci léčby dělat rozhodnutí, která překračují hranice integrity osobnosti pacienta. Je dobré, pokud si je toho vědom, ale jeho vztah k pacientovi by jej v těchto rozhodnutích neměl limitovat. Pro srozumitelnost je možné nabídnout paralelu – chirurgům se nedoporučuje, aby operovali své blízké.

Profesionalita psychotherapeuta spočívá v možnosti navázat s pacientem vztah, který umožní pacientovi bezpečně zkoumat svoji osobní situaci, ventilovat pocity spojené s léčbou a uvědomovat si, jak nemoc změnila jeho život. Psychotherapeut si může dovolit „luxus“ vědomí pocitů, které v něm každý jednotlivý příběh vyvolává a nijak jej to nelimituje v poskytování péče. Jeho profesionalita spočívá v tom, že svoje emoce ve vztahu k pacientovi propracovává a poskytuje tak možnost lidského setkání. Pro ilustraci uvedu příklad, který ukazuje neprofesionální přístup psychotherapeuta. Příběh pacienta může vyvolávat soucit a lítost, dokonce se může propojit s osobní zkušeností psychotherapeuta, vždyť každý z nás ve svém životě zažil nějaké ztráty. Psychotherapeut by však neměl reagovat tím, že si se svým pacientem popláče a sdělí mu, jak on ve svém životě... Takové sdílení patří do svépomocných skupin. To jsou skupiny lidí, kteří mají stejnou zkušenost, v našem případě onkologickou diagnózu, společně se scházejí, mluví o tom a navzájem se podporují.

Cíle psychotherapeutické intervence lze shrnout takto (Fawzy et al., 1995):

- zmírnění pocitů osamělosti (možno nabídnout svépomocné skupiny),
- redukce strachu z léčby,
- snížení pocitů zoufalství a deprese,
- pomoc při objasňování nedorozumění a chybných informací,
- zmírnění pocitů izolace, bezmoci a beznaděje,
- lepší spolupráce s lékařským týmem,
- obecné zlepšení kvality života.

Psychotherapie poskytovaná onkologickým pacientům je specifická zejména tím, že do rámce poskytované péče vstupuje dimenze „vědomí času“. Diagnóza maligního onemocnění konfrontuje pacienta s vědomím nenávratně plynoucího času a s časovým limitem života – smrtí. Toto vědomí je pak součástí terapeutického prostoru. Struktura tradiční psychotherapie spočívá v určení pravidelných, vždy přesně časově ohraničených sezení, jejichž dodržování či nedodržování je součástí terapeutického procesu. Většina terapeutických škol s tím pracuje. Psychotherapie u onkologických pacientů je často určována jejich zdravotním stavem a z toho plynoucí možností dodržovat dohodnutý rámec. Terapie je z toho důvodu flexibilnější a četnost kontaktů terapeuta a pacienta je tím pádem mnohem variabilnější. To se netýká pacientů vyléčených nebo těch, kteří jsou v remisi.

Rámec tradiční psychotherapie je také daný tím, že pacient dochází za terapeutem, tedy do prostoru, který určil terapeut. V terapii onkologických pacientů musí terapeut počítat s tím, že jsou situace, kdy bude terapie probíhat u lůžka pacienta – v nemocnici, hospici, či v domácím prostředí pacienta. I tím je pak možnost terapeutických intervencí modifikována. V podstatě už to, že terapeut přichází za svým pacientem, lze považovat za terapeutickou intervenci. V takovém případě musí terapeut počítat s tím, že jeho vstup do jiného prostoru předznamenává často i kontakt s rodinnými příslušníky, což je v rámci tradiční psychotherapie nepříslušné.

Zcela specifická situace nastává v případě, že psychotherapeut je součástí zdravotnického personálu na onkologickém oddělení. Dostává se tak do zcela unikátní situace. Ve většině případů je to jediný pracovník této profese mezi ostatními zdravotníky – lékaři a sestrami. Je často obtížné obstát před nároky, které na něj zdravotníci kladou. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že dost často potřebují lékaři i sestry, aby psycholog poskytl pomoc pacientovi, který je pro ně v kontaktu problematický. Domnívám se, že v tom jsou ještě pozůstatky paternalistického postoje medicíny z dob minulých, kdy se předpokládalo, že pro dobro pacienta je nezbytné, aby pacient poslou-

chal, resp. byl poslušný. Současný trend medicíny již směřuje k „vzájemnému poslouchání“, tedy k situaci, kdy pacient slyší, co mu lékař říká a lékař slyší, co mu říká pacient.

Navíc v této situaci musí terapeut velmi opatrně zacházet s tím, co mu pacient svěřuje. Obsah terapeutických sezení je materiál, který podléhá i v rámci zdravotnického zařízení zcela zvláštnímu režimu. V nemocnici je běžné, že si odborníci poskytují navzájem své poznatky o pacientech. Psychotherapeut naopak musí velmi pozorně zvažovat to, co může poskytnout dalším odborníkům. Musí respektovat intimitu pacientova sdělení a informace, které předává lékařům a sestrám, by měla sloužit ke zlepšení komfortu pacienta v rámci jeho pobytu na oddělení. Rozhodnutí o tom, které to jsou, je zvlášť obtížné.

V rámci péče o onkologicky nemocné se objevila nová možnost, která vychází z tendence ponechávat nemocné co možná nejvíce v jejich domácím prostředí. Je to domácí hospicová péče. Součástí těchto týmů je i psycholog-psychotherapeut. A opět se tím ustavuje pro tradiční psychotherapii zcela neobvyklý rámec. Psychotherapie se poskytuje v domácím prostředí pacienta. Ze své zkušenosti vím, že v takovém případě je psycholog vystaven zcela extrémní zátěži a zároveň je zbaven v rámci tradiční psychotherapie naprosto samozřejmé výhody vlastního prostoru. Je třeba počítat s tím, že celá rodina je vystavena velkému stresu, který situace umírání blízkého člověka způsobuje. V rodině se obnažují mnohé zasuté křivdy, pocity viny, vzájemné manipulace. Pro mě to někdy bývá skoro jako procházka po minovém poli. Terapeut si musí v takové situaci být vědom, kdo je jeho pacientem, i když se svým způsobem pacientem stává celá rodina. Jeho úkolem je co možná nejvíce zprostředkovat otevřenou komunikaci a pomoc všem ventilovat pocity.

Asi tak před 12 lety byl mým pacientem mladý muž. Pracovala jsem přímo na onkologickém oddělení, kde se léčil. Byl ženatý, měl pětiletou dceru. Jeho stav se postupně zhoršoval, tak jak nemoc postupovala. Terapeutické prostředky byly vyčerpány a už nebyl důvod k hospitalizaci na našem oddělení. Jeho manželka se rozhodla, že manžel zůstane doma. Považovala jsem za samozřejmé, že za svým pacientem budu docházet. Tak jak vzrůstala jeho bezmoc, nakonec ochmul, protože nádor metastazoval do blízkosti páteře a porušil míchu, vzrůstala i jeho zlost. Při jedné z návštěv, když už jsem byla na odchodu, se do mě jeho žena pustila. Vykřičela na mě všechno svoje zoufalství a beznaděj. Pochopila jsem velmi rychle, že prožívala jako křivdu to, že se její manžel ke mně vždy choval velmi příjemně a vstřícně a na ni křičel a dokonce po ní házel i předměty, které měl po ruce. I já jsem prožívala jako křiv-

du tu její zlost, vždyť jsem tam chodila ve svém volném čase a na úkor osobních možností. Porozumění situaci mi však umožnilo přijmout její zlost a vyslovit pro ni pochopení. To pak vedlo k uvolnění jejího strachu a zoufalství. Do rodiny jsem docházela až do pacientovy smrti. Od jeho ženy dostávám dodnes zprávy o tom, jak se daří jejich dceři.

Považuji za důležité ještě popsat, jaké terapeutické prostředky lze využívat při práci s onkologickými pacienty. Znovu zdůrazňuji specifčnost situace onkologického pacienta. Musíme brát na zřetel jeho možnosti nejen časové, ale i fyzické. Realita onkologického onemocnění pacienta, který přichází se žádostí o psychotherapeutickou pomoc, nastavuje nutnost, kterou terapeut musí vzít v úvahu, když si sám pro sebe stanovuje rámec, ve kterém by se jeho intervence měla pohybovat. Asi více vede terapii směrem, který určuje pacient svým onemocněním. Je výhodné limitovat intervence, resp. interpretace, které by příliš směřovaly k osobní historii pacienta. Pacient je nucen velkou část své energie nasměrovat k léčbě a terapie by jej v tom měla podporovat. Jiné je to samozřejmě u vyléčeného pacienta, či u pacienta v remisi.

Často je výhodné používat více behaviorální intervence, které směřují k adaptaci pacienta na dané podmínky. Nezřídka psychotherapeut pracuje řekněme „rodinně terapeuticky“, protože potažmo oslovuje celý rodinný systém pacienta. Podporuje tím otevřenou komunikaci s pacientovými blízkými. A to nejen s dospělými, ale i s dětmi. Opakovaně se setkávám s naléhavou otázkou, jak v této svízelné situaci chránit děti. A opakovaně si pacient a jeho rodina tuto ochranu dětí představuje jako jejich „izolaci od problému“. Tedy tak, že je třeba s dětmi nemluvit. Nasedá to na obecnou představu, že když se o něčem nemluví, tak jakoby to neexistovalo. Tím se vytvoří pro děti prostředí plné mlčenlivého napětí, které je ohrožuje více než šetrně a přiměřeně věku sdělená skutečnost.

Nedávno jsem s kolegou pracovala s rodiči dospělé mladé ženy, která umírala. Jednou z jejich velkých starostí byl sedmiletý vnuk. Dokonce uvažovali o tom, že by ho poslali na tu dobu, než matka zemře někam do ciziny. Podařilo se zprostředkovat přiměřené sdělení situace a babička nám pak vyprávěla, jak si malý chlapec hrál na rytíře, který zápasí s mnohohlavým drakem. Vždy pak přiběhl, celý upocený, s tím, že snad už toho draka definitivně porazil. Nepochybně šlo o jeho způsob, jak se vyrovnávat s tragickou situací, který je pro děti v tomto věku typický.

V psychotherapii onkologických pacientů se také s výhodou dá používat různých relaxačních a imaginativních metod. Jedním z nejpropracovanějších systémů je nepochybně metoda O. Carla Simontona,

MD, et al., která byla v češtině publikována pod názvem „Návrat ke zdraví“ (nakl. Radost, 1994). Jedná se o komplexní postup, který k problematice nádorového onemocnění přistupuje velmi otevřeně. Nabídka takové metody ze strany terapeuta by proto měla respektovat možnosti a meze klienta. Nelze ji použít samoučelně, tak jak mi vyprávěla jedna pacientka, že „ty obrázky paní doktorce namalovala, když to po ní chtěla“.

Relaxační techniky a také hypnózu lze s výhodou používat při léčbě bolesti, prokazatelně zlepšují efekt podávaných analgetik.

Závěr

Pokusila jsem se stručně popsat možnosti a meze, která má psychoterapie při léčbě onkologických onemocnění. Psychoterapii je dobré používat jako součást komplexní péče o onkologické pacienty.

Tak jako se psycholog v této situaci neobejde bez medicínské pomoci, tak by, v ideálním případě, lékař považoval za samozřejmé, že součástí péče o člověka v tak náročné životní situaci je psychoterapie.

Mgr. Marie Zemanová

Senovážné nám. 6, 100 00 Praha 1

e-mail: marie.zemanova@centrum.cz

Usilujeme o podporu a pomoc pacientům s maligním lymfomem nejen v akutní fázi onemocnění, ale i v době remise



KONTAKTY: LYMFOM HELP, o. s.,
Lotyšská 8, 160 00 Praha 6;

Provozovna: Arménská 1374/14, 101 00
Praha 10, tel.: 724 370 065, e-mail: info@

lymfomhelp.cz web: www.lymfomhelp.cz