ÚZKOST V KRIZOVÉ INTERVENCI U SOMATICKÉHO ONEMOCNĚNÍ Z POHLEDU EXISTENCIÁLNÍ ANALÝZY

Dana Krausová

/Referát přednesený na konferenci SLEA „Úzkostné poruchy a existenciálně-analytická psychoterapie" 2. března 2002/

Vážené kolegyně a kolegové,

máme před sebou téma Úzkost v krizové intervenci u somatického onemocnění z pohledu existenciální analýzy. Cílem sdělení je ukázat vám alespoň částečně situaci dětských kardiologických pacientů a jejich rodičů z pohledu úzkosti a přiblížit vám alespoň některé možnosti využití existenciálně-analytických postupů v krizové intervenci.

V předcházejících referátech jsme již slyšeli, jak existenciální analýza vysvětluje úzkost. Úzkost je vyrovnání se s otázkou „Mohu být"? Je-li zpochybněno nebo ohroženo moje bytí, cítím úzkost, vím-li a cítím-li, že mohu být, úzkost mizí. Abych nežil v úzkosti, potřebuji cítit půdu svého života. Potřebuji zažít, že mám prostor, že mám oporu, že jsem v bezpečí a že jsem přijat. Procítit, že žiji, mohu již v tom nejmenším prostoru, ve svém vlastním těle. Tělo je nositelem mého života, stále mi zůstává a je prostředkem i výrazem mě samého, skrze tělo cítím, že jsem. A na svoje tělo nebo na svoji oporu, či na lidi kolem sebe a svět se potřebuji spolehnout.

Představme si tři velmi zjednodušené situace:

1. Na porodním sále se nečekaně maminka doví, že narozené dítě je nutné ihned převézt na jednotku intenzivní péče. Příčinou je vrozená srdeční vada. Operace srdce je záchranou jeho života.
2. Při běžné prohlídce předškolního dítěte lékař zjistí, že srdce nepracuje dobře. Poté je zjištěna vrozená srdeční vada. Následuje hospitalizace, katetrizace, operace srdce.
3. Dospívající pacient po prodělané chřipce pociťuje náhle slabost a poruchy srdeční činnosti, je převezen na jednotku intenzivní péče. Z počátku běžné onemocnění přechází v komplikace, virus napadl srdeční sval. Na operační jednotce bojují o jeho život.

A ke každému z těchto pacientů si představme jednoho z rodičů, většinou maminku. Jsou v nemocnici spolu s dítětem po dobu hospitalizace.

Co mají tyto situace společného? Zjednodušeně řečeno srdce neplní svojí funkci, ať už jde o anatomickou nebo funkční poruchu. V obou situacích je nakonec ohrožen život pacienta. V prožitkové rovině nastupuje úzkost. Úzkost pacienta, úzkost rodiče, bezmocnost, ztráta půdy pod nohama. Objevuje se strach o život, strach ze smrti, napětí mezi nejistotou života a možnostmi jeho záchrany.

Realitou léčby vrozené srdeční vady bývají často i opakované operace. Pro dítě to znamená procházet řadou nepříjemných a ohrožujících momentů, např. odběry, klystýr, nepravidelnost v příjmu jídla a tekutin, zavedené hrudní drény, kanyly, napojení na monitorovací a podpůrné přístroje, odsávání hlenu z dýchacích cest, hlučné a rychle měnící se prostředí. Dítě je zcela přirozeně zúzkostněno a vyděšeno, někdy i ke stavům paniky. Neznáme prostředí, neznámí lidé, hluk, hlad, žízeň, obtížné dýchání, omezení pohybu, cizorodé věci na těle i v těle, nedostatek spánku, narušení intimity, tělesné změny na hrudníku, v těle, samozřejmě bolest.

To jsou okolnosti, které vytváří život zachraňující operace. Tím vším ohrožujícím dítě prochází, aby čelilo ohrožení života jako takového. Jinak řečeno, aby dítě mohlo být, prochází podmínkami, které bezprostředně dítě zpochybňují, zda může být. Či ještě jinak vyjádřeno: Onemocnění srdce jako takové zpochybňuje bytí dítěte a aby to mohlo být napraveno, prochází dítě subjektivně dalším zpochybněním jeho bytí – tj. okolnostmi léčby. Na jedné straně úzkost plyne z bezprostřední situace operačního zákroku, na druhé straně úzkost je vyvolávána samotným faktem onemocnění srdce. V obou případech se dotýká bazálního pocitu ohrožení. Význam a dopad na prožívání a psychiku dítěte se mění především podle věku dítěte. Čím menší dítě, tím větší závislost na fyzických potřebách a tím více znejištění přichází cestou tělesné nepohody a neuspokojení základních potřeb. Čím starší dítě, tím více porozumění pro fyzickou nepohodu - čili vědomější zacházení s okolnostmi operace - za to ale přibývá více diferencovaných existenciálních obav a úzkostí ze ztráty zdraví, schopností, obrazu těla a života vůbec.

Již novorozenec na úrovni svého nediferencovaného vnímání získává svou první zkušenost se světem. Pravidelnost v uspokojování potřeb jídla, tepla, fyzického kontaktu dává prazáklad jeho důvěry ve svět. Zde je ale narušována. Kojenec, batole a malé dítě již diferencovaněji vnímají známý a neznámý svět, cizí osoby i tělesnou nepohodu, ale stále ještě nedisponují možnostmi do této nepohody zasahovat. Tím výrazněji stoupá strach a úzkost. Strach je tu jako nepoměr mezi ohrožením a možnostmi něco změnit. Časté jsou záchvaty pláče, svalové napětí, pohybový neklid, až strnulost, apatie, panika při fyzickém doteku, odmítání jídla, mutismus, destruktivní chování či stažení se do svého světa. Malé děti si neuvědomují, že jsou v situaci, kdy srdce ohrožuje jejich další život, ale okolnostmi léčby je narušována důvěra v bezpečný, čitelný a srozumitelný svět. Dítě prožívá úzkost a ohrožení.

Starší děti, které jsou již schopny sebereflexe a uvědomují si konečnost života i význam vážné nemoci pro jejich život, mohou přijímat okolnosti léčby jako nepříjemnou, ale pro jejich další život nezbytnou, tedy dobrou cestu. Čím starší dítě, tím aktuálnější je otázka přijetí jeho vlastní životní reality i s podmínkami, které k tomu patří. Odmítání reality srdeční vady má podobu nerespektování pravidel léčby, vzdorovitost vůči personálu, vyhledávání rizikových situací, nespolupráce, odmítání hovořit na téma srdce. Strach již bývá diferencovaný.

Obava z narkózy, strach z jizvy na těle, obava o fungování umělé chlopně, nedůvěra v tělo, strach z bolesti. Strach vůbec být vyjádřila jedna dívka slovy – mám strach se pohybovat. Starší děti dovedou více své pocity vyjádřit slovy, proto jejich reakce v porovnání s malými dětmi nebývají tak prudké a celkové, přesto je patrná úzkost, stažení, nejistota i agresivita. Klinicky je podobná obrazu dospělých.

Jaká je situace rodičů?

Rodiče prožívají zjištěnou srdeční vadu dítěte jako emocionální šok. Nejsou na tuto realitu připraveni. Procházejí všemi stádii procesu vyrovnávání se s těžkou a ohrožující situací. Prožívají silně ztrátu své představy o dítěti, o jeho zdraví a budoucnosti. V projevu bývají oba extrémy – emocionální bouře, pláč nebo chladné, věcné a odmítavé projevy. Za tím vším je prožitek velké úzkosti o život dítěte, bazální strach o život, pocit ztráty kontroly nad situací a chaos. Rodiče u lůžka dítěte citelně vnímají napětí mezi bezmocností ulehčit utrpení dítěte a faktickými možnostmi. Tato konfrontace možností a instinktivního chování vyvolává silné úzkostné prožitky. Bazální úzkost vede pak k širokému spektru adaptačních často i patologických reakcí: nutkavé sledování dítěte, závislé chování, odmítání jídla, konflikty, podezírání personálu, regresivní projevy. Úmrtí dítěte kromě smutku v celé jeho hloubce vyvolává u rodiče i silný pocit viny z vlastního existování. V jejich úzkosti pak bývá zpochybněno právo na jejich vlastní bytí.

Jak tedy vypadá úzkost ?

Malé dítě prožívá úzkost, protože nerozumí tomu, co se děje kolem něj, svět je cizí a ubližuje mu, nechtějí jeho dobré, protože mu působí bolest a jeho potřeby nejsou naplňovány jak on sám cítí, svět je pro něj nevypočitatelný, instinktivně cítí, že mu jde o život, protože se nemůže hýbat, nemůže jíst, spát, cítit bezpečí, čili je narušována základní důvěra ve svět kolem něho a tedy i on sám.

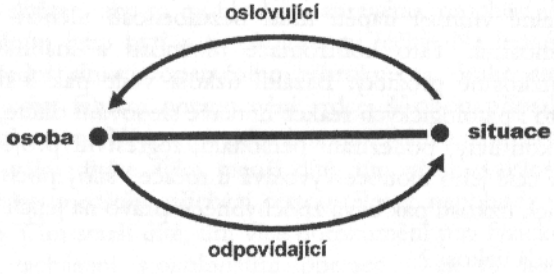
Větší dítě prožívá úzkost, protože již ví, že nemůže být jako ostatní, nemůže věřit svému tělu, jeho tělo se nepřirozeně mění, nedá se na něj plně spolehnout a jeho život je nejistý, jeho srdce je nevypočitatelné, neví, zda jej nechá žít.

Rodič prožívá úzkost, protože se dotýká vlastní bezmocnosti, protože prožívá ohrožení života dítěte, cítí úzkost ze ztráty něčeho cenného, neví jak bude dál žít a zda jej to nechá žít.

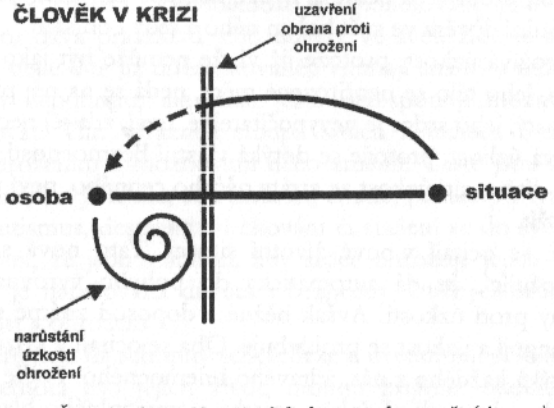
Dítě i rodič se ocitají v nové životní situaci. Tato nová situace je natolik závažná a ohrožující, že dá automaticky do pohybu vyrovnávací strategie a obranné systémy proti úzkosti. Avšak běžné a doposud známé strategie nalezení rovnováhy nefungují a úzkost se prohlubuje. Oba se ocitají v krizové situaci. Krize jako taková se týká každého z nás, zdravého i nemocného. Podle slovníku je krize chvílí rozhodného obratu či obdobím zmatku a strastiplného hledání řešení. Je to životní situace, která podle autorky Daniely Knoppové (Telefonická krizová intervence, Remedium, 1997) přesahuje obvyklý repertoár strategií hledání rovnováhy. Člověk v nové, ohrožující situaci nevystačí s automatickým řešením, ale zjišťuje, že ani na vědomé rovině není schopen situaci řešit, pokouší se o nová

řešení a při dalším neúspěchu narůstá úzkost z nenalezeného. Pokud nenastane chvíle rozhodného obratu, stav se prohloubí do obrazu desintegrace a plného rozvinutí krizového stavu. S pocity zranitelnosti, nedostatku kontroly nad situací a ochromení. Úzkost a strach se podobají stavům paniky. V této chvíli podle autora Caplana (citace z knihy Petra Klimpla Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci, Grada, 1998) má krize negativní psychický dopad na člověka a rozvíjí se patologie.

Nejprve si připomeňme základní schéma existenciálního dialogu osoby se světem. Je to právě situace, která osobu oslovuje, vysílá k ní signály a klade otázky. Osoba, je-li této situaci otevřena, dává odpověď, vůči této situaci zaujímá postoj a zachází s ní.

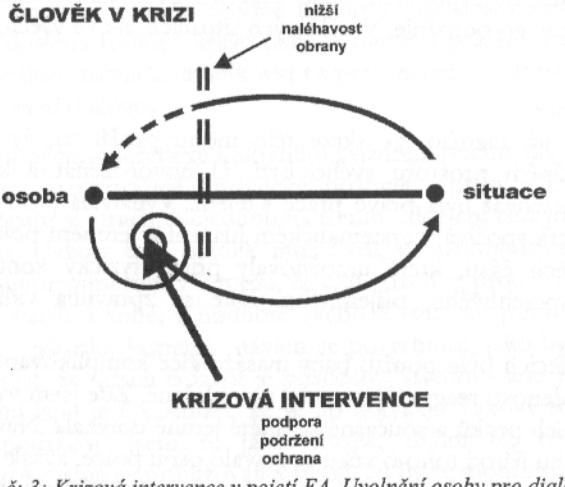


Obr.1: Dialog osoby se světem (situací) v pojetí EA



Obr. č.2: Člověk v krizi. Narušení dialogu osoba x svět (situace) v krizi.

Z pohledu existenciální analýzy bychom mohli říct, že krize je stav, ve kterém situací oslovená osoba hledá a nenachází odpověď. A to na zcela novou situaci, kterou před ní postavil sám život, tedy na výzvu života. Odpověď představuje nové, dosud nepoznané řešení. Situace, která člověka oslovuje je jím vnímána především jako ohrožující. Ihned dává do pohybu obranné mechanismy. Člověk se uzavírá. Tím, že se brání ohrožení, uzavírá se i situaci jako takové. Osoba je pak zneschopněna zůstat v existenciálním dialogu, rozvíjí se neadaptivní obrat k sobě, dialog se světem i se sebou je přerušen. Člověk intenzivně zkresluje realitu, uniká z ní a tím je existenciální dialog zablokován. Subjektivním prožitkem se stává prohlubující se úzkost, nesrozumitelnost, ztráta půdy vlastního bytí a zoufalé hledání podržení a opory. Pro dítě i rodiče to může představovat nepřekonatelnou zátěž. Intervence terapeuta může sehrát významnou roli ve zvládnutí krize. Co je krizová intervence obecně? Podle knihy Telefonická krizová intervence je to aktivní vstup do krizové situace, kde cílem je pomoci člověku nalézt opět duševní rovnováhu, čili dovést jej na předkrizovou úroveň fungování. Neřeší tedy kvalitu předkrizového stavu.



Obr.č: 3: Krizová intervence v pojetí EA. Uvolnění osoby pro dialog.

Jestliže existenciální analýze jako takové jde o uvolnění osoby pro dialog, pak krizové intervenci z tohoto pohledu jde především o aktivní podržení a poskytnutí opory k tomu, aby tento existenciální dialog mohl nastat, v podstatě být obnoven. Cílem je podržet člověka, aby se znovu otevřel své konkrétní subjektivně ohrožující situaci a viděl možnosti jak s ní zacházet. V akutní krizi je to právě situace, která zachází s člověkem, doslova jej vláčí, cílem krizové intervence je, aby to byl znovu člověk, který zachází se svojí situací. Znovu se na ni podíval, a co ještě jiného, kromě ohrožení, mu říká , co ještě může této situaci dát, jak ještě,

nově, na ní zareagovat, nebo jen jak ji nést. Čili otevřít se tomu co je a přijmout, že to tak je. Jestliže hovořím o znovuobnovení dialogu, pak předpokladem je, že takto pojatá krize postihuje psychicky zdravého jedince, tzn. dialogického ve vztahu ke světu a k sobě ještě před krizí. Jiná situace nastává, dostane-li se do krize psychicky nemocný člověk. I zde má krizová intervence své místo. Předchází psychoterapii nebo je jejím započetím či součástí. Krizová intervence sama o sobě není psychoterapií, využívá sice některé psychoterapeutické postupy a může k psychoterapii vést, ale sama o sobě zůstává jakousi první pomocí v akutní situaci. Prvním podržením a oporou v náporu krize.

Vraťme se zpátky na oddělení. Jak vypadá konkrétní pomoc? Znovu si připomeňme, že úzkost je hledání podržení a jistoty, hledání opory. Je potřeba někoho, kdo tu je, kdo mi dá pocítit, že mě drží, dá mi prostor a pomůže mi obnovit důvěru. Krizová intervence na oddělení má charakter podržení, terapeut se dává osobně do vztahu s dítětem či rodičem, aby vytvořil pevný a důvěrný vztah jako podmínku k vědomému zacházení se situací operace a onemocnění srdce. Tím, že dá prostor k procítění úzkosti, k emocionalitě a k prožitku těla, vytváří podmínky u pacienta k procítění sebe a svého bytí. Tím posiluje k otevření a přiblížení se tomu, co ohrožuje. V některých situacích, ne ve všech, i k přijetí toho, co je.

Jak konkrétně?

Na začátku již zaznělo, že skrze tělo mohu prožít to, že jsem, ve svém nejmenším možném prostoru svého bytí. U novorozeňat a kojenců jedinou možností jak pracovat byla právě práce s tělem. Využívala jsem dotekovou tzv. baby masáž, která spočívá v systematickém hlazení a jemném poklepávání celého tělíčka, resp. těch částí, které umožňovaly přímý fyzický kontakt. Jako něco pravidelného, spolehlivého, příjemného. Dítě se zpravidla viditelně uklidní a upokojí.

U dětí batolecích bylo použití baby masáže více komplikované. Na dotek těla pod vlivem zkušenosti reagovaly panicky a poplašeně. Zde jsem využívala různých vyprávění, herních prvků a současně se dítěte jemně dotýkala. Navázání osobního důvěrného vztahu již od tohoto věku se stávalo osou práce, avšak chod oddělení a rychlost s jakou bylo dítě přesouváno z místa na místo šly proti času, který byl zapotřebí k vytvoření pevného vztahu.

U předškolních dětí a starších nabývala významu tzv. předoperační psychologická příprava. Vychází z toho, že informace a známé věci strach redukují. Podle věku dítěte, ať už hrou s medvídky nebo pomocí fotografií u starších dětí, se děti seznamovaly s jednotlivými úkony, které je čekaly, např. jak vypadá drén, kde ho bude mít zaveden, kde bude mít stehy, jak bude oblečená sestřička a pan doktor na operačním sále. Menší děti samy mohly operovat a starat se o medvídka, oblékat si roušky a seznamovat se s tím, co je nakonec později mohlo děsit. Čím starší dítě, tím více prostoru tato příprava vytvářela pro otázky a rozhovor.

Před operací má terapeut prostor pro navázání blízkého vztahu a poskytnou dítěti oporu ve smyslu „jsem tu a budu tady". Doprovází dítě za ruku až na operační sál, je při probuzení z narkózy, vítá dítě s tím, že to má za sebou, je hotovo, čili vytváří jakousi pomyslnou tečku za výkonem, kterého se dítě obávalo. V pooperační době u všech dětí se osvědčovala práce s tělem, doteky, jemné masáže, poslouchání relaxační muziky a imaginace.

U malých dětí nebylo možné se v dialogu vrátit k prožitému, a tak k uvolnění emocionality sloužilo různé trhání a mačkání papíru, čmáranice, které se později spontánně měnily v klidnější kresby. Zažila jsem, jak dítě doslova emocionálně ožilo, když mu byl dán prostor k trhání a házení papíru po pokoji. Získalo prostor k vyjádření své úzkosti a agrese. Po dlouhé době se dítě začalo i usmívat. Jednou mne zavolali na pooperační jednotku k pětileté holčičce, která odmítala komunikovat a bránila se všemu. Její reakce připomínaly ustrnutí ze silné úzkosti. Již jsme se znaly. Napadlo mě jen tak si povídat. Vzala jsem v úvahu, že nemluví a tak jsem jí pokládala otázky a odpovídala se samozřejmostí za ní. Např.: Máš doma zvířátko? Aha křečka. A jak se jmenuje? Pepík! Já měla taky Pepíka. Říkáš, že teď spí, aha. Takto pokračoval hovor tuším že půl hodiny, až dítě začalo být postupně vtahováno do hovoru, nejprve drobně kývalo a pak došlo náhle k emocionální reakci. Začala doslova hrdelně křičet několik minut a pak jakoby nic pokračovala v povídání a posléze začala komunikovat i s personálem. (I takovou podobu může mít znovuobnovení dialogu)

U dětí schopných sebereflexe a slovního vyjádření pocitů, tak jako i u rodičů, je možné využívat existenciálně analytické postupy v práci s úzkostí. Důležitým krokem je připustit si strach. Nejednou na tomto oddělení celá práce spočívala jen v tomto kroku. Úzkost byla natolik intenzívní, že nedovolovala se vůbec k ní přiblížit. Rozhovory směřovaly k tomu, že cítit strach je projevem toho, že žiji, že žiji intenzivní vztah k sobě, k hodnotě svého života, že jsem probuzený. (Kde necítím strach - jak říká Jaspers - stávám se povrchním, jako bych nežil.) Rodiče potřebovali slyšet, že strach o život je přirozený, stvrdit – ano je tu, je v každém člověku, ale oni jsou teď v situaci, že se ho dotýkají. Takový rozhovor vyžaduje emocionální podržení, jsem tu jako člověk, držím tě, tvůj strach unesu. Postupnými kroky jsme se přibližovali k tomu, co by se mohlo stát, čeho se vlastně bojí. K čemu chybí odvaha, na co se mohou spolehnout, co jistí, co drží. O co se mohou opřít. Strach má tendenci generalizovat. Tím že se pojmenovávají konkrétní věci, strach se stává snesitelnější. Před operací např. matka prožívá generalizovanou úzkost ze všeho, postupně s neustálým pohledem na realitu nachází pojmenování strachu – má strach, aby dítě nemělo následky, má strach, jak ji dítě přijme, až se probudí, protože má obavu, že dítě bude operaci chápat jako zradu od ní. Nachází, že důvěřuje chirurgovi, že odvede svou práci dobře. Subjektivně se pak cítí posilněna.

Pro rodiče je posilující i možnost o dítě po dobu hospitalizace pečovat, starat se o něj spolu se sestrami. To má příznivý dopad i na pozdější vyrovnání se se ztrátou dítěte. Tam, kde byl rodič do poslední chvíle aktivní, bývá bezprostřední reakce na úmrtí klidnější a souhlasnější. Zavedená praxe na oddělení však často směřuje právě k eliminaci přítomnosti rodiče v terminálním stadiu dítěte. Zde musí pak terapeut svést svůj malý boj s medicínským pohledem lékařů a sester.

V rozhovorech terapeut prochází s pacientem a jeho rodičem doslova branou smrti. Tato technika zde nachází svůj doslovný význam. Tři postupné kroky – konfrontace se strachem, brána smrti a hledání opory se neustále prolínají. Vyslovit, podívat se, pojmenovat dno, kam až mohu padnout. Přitakat k nejhoršímu a hledat možnosti a oporu i v tom nejhorším. Samotné přitakání k možnosti smrti má v krizové intervenci spíše charakter přiblížení se k této možnosti. Podle mých zkušeností vnitřní přitakání je více výsledkem dlouhodobého procesu, který vyžaduje čas. Pobyt na oddělení času mnoho nedává. Přesto je tu dobrý prostor zabývat se prožitkem, který vyvolává už jenom pomyšlení. Je třeba důsledně sledovat, co pacient nebo rodič vydrží a co unese. Zkušenost na tomto oddělení mě naučila, že i málo je mnohdy dost.

Už jen v krátkosti se podívejme na situaci personálu. Je zde otázka, jak dalece má chirurg, který bude operovat dítě, vejít v osobní kontakt s dítětem a rodičem. Z pohledu pacienta a rodiče je to velmi přínosné. Jejich úzkost klesá, protože již znají, důvěřují a mohou se tedy svěřit. U chirurgů ale stoupá emoční zaangažovanost a úzkost, která bezprostředně negativně ovlivňuje výkon na operačním stole. Co je tedy dobré pro rodiče nemusí být dobré pro chirurgický výkon. Při tom to, co je dobré pro chirurgický výkon, tedy určitá odosobněnost, nemusí být dobré pro chirurga jako osobu. Pozorovala jsem, že ona potřebná odosobněnost k výkonu si vybírá daň ve vztahovosti lékaře jako člověka.

Této zátěži je vystaven právě personál. Konfrontace s utrpením, bolestí i se smrtí, náročná stresující práce, emocionální nepřipravenost, setkání s limity vlastních možností a s bezmocností vyvolává úzkost a úzkost dává do pohybu psychodynamiku se všemi slabými místy a nezpracovanými tématy. I personálu se pak otvírá téma vlastního postoje k životu i ke své smrti.

Úzkost se tedy dotýká každého z nás. Dotýká se pacienta, rodičů i pomáhajícího personálu. Je výrazem hledání opory v nejistotě života. Zacházení s úzkostí pak přibližuje člověka k jeho vlastnímu lidství.

Co říci na závěr?

Z terapeutické práce na tomto oddělení jsem si odnesla zvlášť hluboký prožitek. Dívala jsem se na život z té odvrácené stránky. Situace, kdy rodičům zemřelo dítě, ve mně zanechala úžas, jak veliká může být lidská úzkost a bolest a jaká síla byla člověku dána, že tuto bolest dovede nést.

Děkuji vám za pozornost.