***Ako riešiť zle adaptované popieranie***

Žena, ktorá sedela predo mnou, hrbiac sa vo svojom kresle a podopierajúc si rukou bradu, aby jej nepadala hlava, vyzerala tak na 70. Vedela som však od niektorých jej spolusestier, s ktorými som sa rozprávala, že bola o dve desaťročia mladšia. Prišla som za ňou na konzultáciu na žiadosť sestier jej komunity, ktoré boli vážne znepokojené nielen tým, ako chátrala, čo mohli denno-denne pozorovať, ale zvlášť tým, čo opísali ako jej „ustavičné odmietanie uznať, že niečo nie je v poriadku".

Sestra, ktorá mi telefonovala a prosila ma, aby som prišla, opísala svoju spolusestru ako osobu, ktorá už roky dokázala žiť s nevyliečiteľnou chorobou a „pomerne dobre sa dokázala vysporiadať s obmedzeniami, ktoré jej choroba prinášala". Poznamenala, že posledný rok sú spolusestry žijúce s ňou v komunite „veľmi ustarostené" z toho, čo opísala ako stále sa zhoršujúce symptómy prinášajúce viac a viac skutočných obmedzení v tom, čo sestra ešte môže urobiť, pričom však stále opakuje a tvrdí, že sa má „tak dobre ako nikdy". Keď sa jej niekto opýta, ako sa má, ako je to s jej zdravím, vždy len odvrkne: „Mám sa dobre! Dobre! Dobre! A Vy sa máte ako?"

Počas rozhovoru so sestrou, ktorá mi telefonovala, som v jej hlase postrehla rad emócií počnúc starostlivosťou, ustarostením a končiac frustráciou až hnevom: „Jednoducho už nevieme, ako by sme jej mohli pomôcť, a momentálne nevieme ani to, čo máme robiť, aby sme jej vôbec mohli pomôcť. Je to zlá situácia a zhoršuje sa zo dňa na deň."

Po hodinovom telefonickom rozhovore môžem povedať, že veľa z toho, čo mi tá sestra povedala, i to, čo nepovedala, potvrdzovalo jej ustarostenosť. Bolo jasné, že zdravotný stav spolusestry, ktorú opisovala, dosiahol ten bod, v ktorom sa to, čo bolo kedysi ešte znesiteľné obmedzenie, zmenilo na veľké vysilenie. Keď som sa potom s ňou sama rozprávala, všimla som si, že kráčanie, pohyb, dokonca i sedenie dlhší čas vzpriamene boli už pre ňu veľmi namáhavé. Šli sme spolu po chodbe dlhej asi desať metrov a keď sme prišli k hovorni, kde sme si spolu sadli, dýchala ťažko a potrebovala niekoľko minút, kým mohla začať rozprávať. Počas nášho rozhovoru strácala súvislosť v tom, o čom sme viackrát hovorili, a opakovane menila tému svojho rozprávania. Povedala mi tri rôzne verzie tej udalosti, ktorá urýchlila jej poslednú hospitalizáciu, každý raz s podstatne iným časom, miestom a podmienkami. Keď som poznamenala, že jedno protirečí druhému, sestra bola najprv trocha zmätená a potom sa obhajovala. Tvrdila, že sa môže znova vrátiť do zamestnania (do práce v nemocnici, pri ktorej bolo treba veľa chodiť a ktorá si vyžadovala jasnosť a rozpoznanie), žeby jej sestry mali znova dovoliť šoférovať (spolusestry jej to zakázali po tom, čo zistili, že už nebola schopná zaparkovať) a že ju majú nechať, aby si sama vybavovala návštevy u lekárov (túto zodpovednosť prebrala jedna jej spolusestra po tom, čo sa zistilo, že vynechala niekoľko návštev u lekára).

Sestra nebola prvou osobou s podobnými symptómami, ktorú som stretla, hoci môžem

povedať, že je azda najextrémnejším prípadom žijúcim stále v spoločenstve s tými, ktoré sú ešte činné. Odmietla dať sa premiestniť čo i len na nejaký čas na oddelenie chorých sestier – čo sa tiež zhoduje s jej symptómami. Prečo by tam mala ísť? Veď ona „sa má dobre! Dobre! Dobre!“ Táto sestra bola už hlboko v stave popierania.

**Čo je popieranie?**

Popieranie, pri ktorom nám chýba jasná konceptuálna definícia, sa kategorizuje ako primitívny alebo primárny obranný mechanizmus zakorenený v počiatočnom svete dieťaťa – v čase predverbálneho, predlogického a magického myslenia. Anna Freud ho vysvetľuje ako normálny archaický proces v počiatočnom vývojovom štádiu dieťaťa a dodáva, že „zrelé ego nepokračuje v extenzívnom užívaní popierania, pretože sa dostáva do konfliktu s kapacitou spoznávať a skúšať realitu“. Dôležitým je slovo „extenzívny“. Väčšina ľudí sa prikláňa k istej forme popierania v stresových a katastrofálnych životných situáciách, zvlášť v situáciách ohrozujúcich život. V týchto okolnostiach môže obranný mechanizmus fungovať ako „potrebný na zachovanie blaha a zdravia … ako ochrana pred stresovými faktormi, ktoré sú príliš zdrvujúce … na nadobudnutie potrebného času na mobilizáciu zdrojov, nevyhnutných na zvládnutie situácie … na zachovanie a udržanie dôležitých vzťahov … keď je človek príliš labilný na to, aby sa dokázal pozrieť pravde do očí“. Pozitívny vplyv popierania v týchto prípadoch je často zjavný na začiatku krízy alebo na konci dlhotrvajúceho zápasu.

Jednoducho povedané, popieranie znamená, že ak človek stojí zoči-voči faktu, ktorý mu je príliš nepríjemný na to, aby ho prijal, poprie ho tvrdiac, že to nie je pravda, nech ide o akékoľvek skutočnosti, ktoré bude musieť pritom odstrániť alebo ignorovať, aby sa mohol pred nimi chrániť. Keďže popieranie sa koná vo veľkej miere podvedome, môžeme povedať, že naozaj nejestvuje „jednoduchá“ forma popierania s jeho mnohými prejavmi počnúc minimalizovaním až po stavy šialenstva. V súvislosti s fyzickými chorobami sa za posledné desaťročia uskutočnilo veľa výskumov a snáh o pochopenie týkajúce sa ochranných a azda aj život zachovávajúcich efektov niektorých foriem popierania. Zhang, upozorňujúc, že úlohou lekára, ktorý sa u pacienta stretáva s popieraním, je vyhnúť sa „zrážke s ním“, hovorí, že výsledok výskumu týkajúceho sa popierania, zvlášť u ľudí s nevyliečiteľnou rakovinou, „priniesol zmiešané výsledky“. Uzatvára, že kým „niektoré pokusné štúdie tvrdia, že popieranie môže v začiatkoch slúžiť užitočnému cieľu, ak sa podporuje dlhšiu dobu, stáva sa zle adaptovaným“. Rabinowitz a Peirson opisujú niekoľko ukazovateľov stavu popierania, o ktorom môžeme povedať, že je zle adaptované. Tými ukazovateľmi sú napr. stavy, keď popieranie zabraňuje potrebným opatreniam v liečení choroby … keď popieranie zmenšuje šancu prijať potrebný zákrok, ktorý by uľavil, vyliečil chorobu alebo predĺžil život, ako aj keď si popieraním pacient osvojuje správanie, ktoré ohrozuje jeho samého alebo iné osoby. Stephenson upozorňuje, že rodiny a priatelia chorého môžu byť nielen obeťami popierania, ale aj jeho uskutočňovateľmi, keď slepo prijímajú refrén chorého „mám sa dobre“ alebo keď ich vlastná potreba ochrániť sa „pred najhorším“ podporuje popieranie v tom, kto trpí.

Stav sestry, o ktorej píšem na začiatku tohto článku, je zle adaptované popieranie. Čo ho takým robí a ako s ním môžu zaobchádzať jednotlivci, ktorí s rôznymi jeho podobami mali do činenia, uvádzam ďalej.

**Zložky zle adaptovaného popierania**

Tým, ktorí pracujú s ľuďmi so zle adaptovaným popieraním, môže pomôcť pochopenie jeho prvkov. Ešte stále prebieha snaha operatívne ho definovať. Je to pomalý proces, keďže vychádza hlavne z činnosti s pacientmi v nemocnici a z informácií od psychiatrov a iných zdravotníckych pracovníkov, ktorí sa u pacientov stretávajú s ťažkými stavmi obranného mechanizmu. Z toho, čo videli v nemocniciach ako absolútne popieranie choroby a odmietanie akejkoľvek liečby, navrhli výskumní pracovníci v roku 1990 (s málo zjavným úspechom), aby sa to nejakou formou dostalo do *Manuálu diagnóz a štatistík mentálnych chorôb* (Stearns, Spitzer and Muskin), potom opäť v roku 1998 do edície DSM-IV-TR (Muskin, Feldhammer, Gelfand a Strauss) a najnovšie v roku 2007 do publikácie DSM-V (Fava, Fabri, Sirri a Wise).

Pamela Stephenson, zdravotná sestra pracujúca na onkológii, navrhuje, aby sa popieranie nebralo ako fixná diagnóza alebo udalosť, ale ako „dynamika s plynúcimi hodnotami, ktoré sa menia skúsenosťou a časom“. Možno to vidieť na prípade sestry, o ktorej som písala v úvode. Ona sa nespráva ani dobre, ani zle, nerobí ani vhodné, ani nevhodné rozhodnutia týkajúce sa svojej choroby, ale robí to, čo si vyžaduje jej najvnútornejšie a v mnohých prípadoch detské ja, o čom je v hĺbke presvedčená, že je to jej prežitie. Ako zviera chytené do pasce, metajúc pazúrmi okolo seba, alebo – jemnejšie povedané – ustráchané dieťa, ktoré sa cíti opustené a osamelé, robí – hoci zdeformovaným spôsobom – čo musí robiť, aby sa chránila.

Vynára sa tu niekoľko kľúčových faktov, ak človek chápe proces popierania (nie jeho diagnózu) ako plynúci a ochraňujúci. Prvým je fakt, že osoba v overenom štádiu vidiny alebo v stave zvrátenosti sa môže preniesť na menej ničivé emocionálne miesta. Keďže obrana je zväčša podvedomá, vyžaduje si to pomoc zvonka. Ak sa sestra obhajuje proti niečomu, musíme konštatovať, že je posadnutá strachom. Veľkou pomocou pre ňu by bolo zistiť príčinu jej strachu a pomôcť jej ju zmierniť natoľko, nakoľko je to len možné. Ideálne by sa to mohlo udiať s pomocou terapeuta alebo poradcu, no kým by sestra bola schopná takúto pomoc prijať, mohli by to robiť starostlivé osoby, ktoré jej chcú pomôcť. Ak by mala možnosť vyrozprávať sa niekomu, kto by ju neodsudzoval (niektorej priateľke v komunite, nejakému inštruktorovi, niekomu, komu dôveruje a koho si vysoko cení), pomohlo by jej to oslobodiť sa od bezprostrednej hrôzy. Tí, ktorí by najlepšie dokázali zvládnuť v rodinách túto diagnózu a jej dopad, sú s veľkou pravdepodobnosťou tí, ktorí by dokázali aj pomôcť.

Niektoré strachy môžu byť úplne iracionálne, napríklad: „Ak pôjdem na oddelenie chorých, tak tam za mnou zavrú dvere a už sa odtiaľ nevrátim.“ Iné môžu byť racionálnejšie

a dokonca i možné, napríklad: „Už asi nikdy nebudem môcť šoférovať.“ Už aj oddeliť reálne od nereálneho by mohlo pomôcť sestre zmenšiť hrôzy objavujúce sa v jej mysli. Poskytnutie nejakej úľavy a/alebo úspechu v liečbe môže tiež pomôcť aspoň na čas priniesť sestre uvoľnenie. Vyjsť si niekam von, napríklad do kina, do arboréta, poprechádzať sa v prírode, môže tak isto poskytnúť úľavu. Zamestnať sestru drobnými prácami, ktoré ešte môže vykonať, aj keď s pomocou asistencie, môže podporiť morálku sestry.

Druhým kľúčovým faktom je, že popieranie je interpersonálny proces. Stephenson tvrdí, že „osobné mienky o popieraní môžu do veľkej miery ovplyvniť to, čo si iní myslia o človeku popierajúcom svoj zdravotný stav“. Napätia, nepohodlie, frustrácie a nakoniec aj zlosť sa nakopia, ak ľudia – členovia rodiny, priatelia, spolupracovníci, zdravotnícky personál – tvrdia, že popieranie je vymyslený stav ako fígeľ alebo simulovanie, ktorý sa dá prekonať, ak človek len „riadne potrasie hlavou“. Keď všetci okolo človeka v stave popierania majú všetky odpovede na to, ako by sa tento mal, musel a mohol správať, odoberajú mu akúkoľvek možnosť autonómie a sebapomoci. Zároveň to komplikuje a v konečnom dôsledku naruší každý osobný vzťah.

Táto posledná realita môže vytvoriť aj niečo také ako vzájomnosť popierania. Elisabeth Kubler-Ross to opisuje ako „konšpiráciu mlčania“, čím chce povedať, že osoba, ktorá trpí, sa môže – v záujme chrániť tých, ktorí sú jej blízki – vyhýbať rozprávaniu o svojej chorobe alebo dokonca ani nedá najavo, že jej niečo je. Často sa útek alebo popieranie vyostria, keď sa vycíti nepokoj tých druhých. Na druhej strane, otvorená konfrontácia zo strany niekoho, kto nevie, ako s tým zaobchádzať, môže poškodiť a vrhnúť trpiacu osobu ešte hlbšie do popierania.

**Čo môže robiť ten, kto nie je špecialistom?**

Ako môžu iní zakročiť spôsobmi, ktoré sú nápomocné? Je to v prvom rade otvorený a súcitný rozhovor. Istý článok, ktorý známy lekár Dr. M. E. Sabbioni adresoval svojim vrstovníkom, hovorí o „zlatom pravidle“ etiky, zdôrazňujúc právo pacienta na informovaný súhlas. Podčiarkuje, že informovanie pacienta o jeho chorobe so všetkými jej následkami musí byť „obšírny proces“ v normálnych situáciách. Ak zle adaptované popieranie komplikuje proces prijatia choroby, zdravotník komunikujúci situáciu sa musí uistiť, že popierač „má potrebné zdroje na to, aby dokázal zvládnuť negatívne emócie … nachádza sa v prostredí, ktoré ho vie podržať … a že vzťah medzi nimi je dostatočne silný na to, aby sa mohli pustiť do boja s popieraním“. Tu je niekoľko krokov, ktoré môžu podniknúť laici, v prípade v tomto článku opísanej sestry jej komunita:

1. Jemným a úprimným spôsobom zariadiť, aby sestra pochopila skutočné fakty o svojom stave. To zahŕňa aj veci, ktoré sestra ešte dokáže robiť, čo by jej mohlo pomôcť k tomu, aby sa cítila lepšie a viac zainteresovaná do zvládania svojej choroby. Ak odmieta profesionálnu pomoc psychiatra, poradenstvo atď., môže sa hľadať pomoc v zdrojoch,

ktoré sú viac prijateľné, napr. u odborníka na výživu, v alternatívnej medicíne (masáže, prostriedky na relaxovanie, vodná terapia ap.) alebo v duchovnom sprevádzaní.
2. Nájsť si čas na rozhovory, ktoré majú byť spočiatku neohrozujúce, príjemné a pozvoľné. Keď sa už nadobudne určitý stupeň dôvery, môže sa prejsť na osobnejšie záležitosti vrátane sestrinho správania.
3. Starostlivo voliť spôsoby boja. Určitý stupeň popierania by mohol byť potrebný na to, aby sestra zvládala svoj stres v tom stupni, ktorý dosiahla jej choroba. Ak popieranie nezasahuje do dôležitých rozhodnutí o jej živote alebo ak nezasahuje nepriaznivo iných, netreba ho konfrontovať.
4. Je potrebné vzdať sa posudzovania a hodnotenia sestriných rozhodnutí a činov. Miesto toho, aby sa to či ono pokladalo za dobré / zlé, nevhodné / vhodné, choré / zdravé, je lepšie pýtať sa: „Pomôže toto sestre vysporiadať sa so svojimi silnými emóciami? Ako inak by sme s tým ešte mohli pomôcť?
5. Sestrine strachy zahŕňajú v sebe množstvo starostí, typických i výstredných, avšak všetky majú spoločného menovateľa, ktorým je hrôza z toho, že zostane vo svojej chorobe opustená. Čokoľvek môžu sestry urobiť pre to, aby ju uistili, že sa to nestane, jej môže priniesť úľavu v mnohých jej strachoch.
6. A nakoniec, staré pravidlo, že človek môže dať len to, čo má, je základným pravidlom pre tých, ktorí pomáhajú iným vysporiadať sa s takou komplikovanou záležitosťou, akou je zle adaptované popieranie. Preto každý, kto je zainteresovaný v takomto procese, potrebuje aj sám oporu a podporu – duchovnú i spoločenskú. Každý sa musí uisťovať, aby vedel zvládať aj svoje záležitosti a dostal patričnú pomoc.

Suzanne Meyer, IHM

Foto: Arimatea Kiškovská, SDR

Článok bol publikovaný v časopise Zasvätený život 02/2020.

The post Mám sa dobre! Dobre! Dobre! appeared first on Zasvätený život.

(Zamyslenie zo stránky zasvatenyzivot.sk.)