

JAKÉ TO JE BÝT U SDĚLOVÁNÍ TĚCH NEJTĚŽŠÍCH DIAGNÓZ? JE OPERACE MOZKU PŘI VĚDOMÍ NÁROČNĚJŠÍ PRO PACIENTA, NEBO PRO LÉKAŘE? PROČ NĚKTEŘÍ NEMOCNÍ ODMÍTÁJÍ LÉČBU, JAK JE ZMĚNÍ VĚDOMÍ LIMITOVANÉHO ČASU A PROČ NEČÍST PŘÍBALOVÉ LETÁKY, O TOM VŠEM JSEM SI POVÍDALA S VEDOUcí ODDĚLENÍ KLINICKÉ PSYCHOLOGIE V NEMOCNICI NA HOMOLCE, NEUROPSYCHOLOŽKOU DOCENTKOU LENKOU KRÁMSKOU.

TEXT: MICHALA KOMRSKOVÁ, FOTO: ANNA KOVAČIČ

V případě operací mozkových nádorů, které se částečně provádějí při vědomí, jste vy tou, kdo pacienta provází, kdo s ním během operace komunikuje. Je těžké pacienta přesvědčit, že je lepší být při vědomí než operaci – v jistém pocitu bezpečí – prospat? A pro koho je ta situace vlastně náročnější? Psycholog, a především neurochirurg má díky awake operaci (při vědomí, pozn. red.) kontrolu nad tím, jak pacient komunikuje, a tudíž ví, že nedochází k nějakému deficitu. Dodá mu to větší klid a jistotu v tom, že zákrok může být radikálnější anebo naopak limitovanější. Operatér si troufne na větší resekci ve chvíli, kdy by jinak předpokládal, že v daném místě už může být funkční oblast. Anebo naopak, ukončí resekci dříve, protože se začnou objevovat potíže. Pro pacienta je to stejně důležité. Když pracujete intelektuálně, jste třeba překladatel, právník, ke své práci potřebujete řeč, paměť a další důležité funkce. Pak sama chcete být při vědomí, protože víte, že je to způsob, jak tyto funkce ochránit. Za mou praxi si nepamatuji, že by to pacient odmítl.

Jaká je vaše role při výkonu?

Moje hlavní role je po celou dobu pečlivě sledovat psychický stav a jeho změny. Často se v souvislosti s awake operacemi mluví o zachování řeči, ale jde i o paměť, schopnost počítat nebo číst. Především musím v klidu provést pacienta zákrokem tak, aby vydržel spolupracovat. Moje role je kombinací diagnostiky a psychické podpory.

Je to, že medicína takové zákroky vůbec umožňuje, pro vás pořád stejně fascinující jako pro laika? Může se vůbec operace při vědomí stát rutinou?

Není, ani to nemůže být rutina. Spolupracovat s neurochirurgy, stejně jako pracovat s pacientem při diagnostice nebo psychoterapii není rutina už proto, že každý je jiný. Naopak mám pocit, že čím jsem starší a mám tedy více zkušeností, vnímám více nuan-cí. I to, jak zrají jako odborník, ale především jako osobnost, cítím, že se na některé věci dívám jinak, asi otevřeněji než na začátku. Pokaždé pacientům říkám, že to pro ně není žádná zkouška, že to bude příjemné povídání, a že je důležité, aby byli celou dobu v klidu a měli pocit bezpečí. Potřebuji, aby se se mnou cítili dobře, aby se nebáli, že je budu testovat jako ve škole, nebo hodnotit.

Je vaše práce adrenalinová, nebo musíte zachovávat ledový klid?

Určitě byly momenty, kdy jsem se při práci zapotila. Když máte pacienta v akutním stavu, který otevřeně hovoří o tom, že má myšlenky na sebevraždu, to je pro mě velmi náročné. Když rodič přijde o malé dítě. Nebo ve chvíli, kdy pacient z různých důvodů nechce spolupracovat nebo odmítá výkon, který mu může zachránit život. Pacienti, kteří jsou agresivní, nepříjemní, konfliktní, to je náročné, to se musím opravdu sebezapřít. Na druhou stranu, člověk si musí zachovat profesionální přístup a brát to jako součást práce. Setkáváme se s lidmi nemocnými tělesně i duševně, a my jsme ti, kteří musí situaci zklidnit a zvládnout co nejlépe.

Co vše vaše práce obnáší?

Dostatečné edukování, vysvětlení smyslu všech zákroků. Na tom spolupracujeme s ošetřujícími lékaři. Člověk je většinou v úzkosti z věcí a situací, které nezná. Můj obor je klinická neuropsychologie. Pracuji pro neurochirurgii a neurologii a pro další specializovaná centra, jako je centrum pro epilepsie, komplexní cerebrovaskulární centrum, mám pacienty s onkologickými diagnózami, mozkovými nádory, cerebrovaskulárními onemocněními a dalšími diagnózami, které spadají do oblasti neurologie a neurochirurgie. Většinu práce tvoří diagnostika a psychoterapie. Vedu si pacienty v dlouhodobé psychoterapii, ale zabývám se i krizovou intervencí a podpůrnou psychoterapií pacientů, kteří k nám přicházejí na hospitalizaci. Moje práce zahrnuje široké spektrum péče od akutní psychologické intervence, diagnostiky u lůžka až po dlouhodobé sledování ambulantní formou, kam se pacienti vrací i mnoho let. Projdu s nimi kus života, řadu z nich mám v péči více než deset let.

Jste přítomna i momentu, kdy lékař sděluje pacientovi nějakou závažnou diagnózu?

Může se stát, že pacient přijde na neurologii s obtížemi, bolestmi hlavy, prodělaném epileptickém záchvatu, či kognitivními potížemi. Tady ho vyšetříme, udělá se mu magnetická rezonance, další vyšetření a doví se, například, diagnózu nádoru na mozku. Ve chvíli, kdy lékař usoudí, že pro pacienta je to obtížné zpracovat nebo vidí, že emoční reakce není přiměřená, přizve psychologa a snažíme se pacientovi nejen vysvětlit



Pacienti jsou pro mě hlubokou inspirací

lit, co proces léčby obnáší, ale zároveň ho uklidnit, že ho hospitalizací provedeme a nějakým způsobem mu ulehčíme adaptaci na jeho novou situaci.

Co si můžu představit pod takovou adaptací?

Vážná diagnóza s sebou nese řadu dopadů emočních, vztahových, rodinných, sociálních, ekonomických. Má mnoho konsekvencí, které si člověk v daný moment ani neuvědomí. Že přijde o řidičský průkaz. Že se nebude moci v nejbližší době vrátit do práce. Co se změní ve chvíli, kdy má rodinu a malé děti. Velmi často lékaři posílají pacienty na neuropsychologické vyšetření, které má zachytit aktuální mentální stav, výkon funkcí, jako je paměť, pozornost, řeč, mnohdy právě z posudkových důvodů nebo k naplánování následné péče. Neurolog nebo epileptolog také potřebuje, abychom zmapovali psychickou úroveň výkonnosti i emoční stav, jestli pacient netrpí depresí nebo úzkostí a nebudete potřebovat delší psychologickou a psychiatrickou

Abnormální reakce na abnormální situaci je vlastně mnohdy normální.

péči či hospitalizaci.

Zaujalo mě, že jste použila termín přiměřená emoční reakce: jaká je přiměřená emoční reakce ve chvíli, kdy se pacient dozví, že má neléčitelný nádor mozku s krátkou dobou dožití?

Jako psychologové moc dobře z praxe víme, že abnormální reakce na abnormální situaci je vlastně mnohdy normální. Je to míněno spíš ve smyslu nadměrné reakce. Každý reaguje jinak, někdo informace vezme a začne s nimi pracovat, jiný spolupráci odmítne. Lékař neví, čím si dotyčný prošel, jaký byl jeho předchozí život. Nechci kategoricky říkat, co je správná a co je špatná reakce, ale z medicínského pohledu je špatná reakce, když pacient odmítá léčbu, upne se k alternativním postupům, byť mu lékař doporučí chirurgické odstranění a následnou chemo- a radioterapii. Někdo reaguje odmítáním léčby, jiný může být agresivní fyzicky i slovně, kritický, hostilní vůči lékaři, i to se stává. Reakce jsou vystupňované i emotivně: někdo upadne do depresivního, úzkostného stavu, a v tu chvíli je namísto péče psychologa nebo psychiatra. Ten může předepsat například psychofarmaka, aby se pacient s novou situací lépe vyrovnal. Je dobré, když lékař umí rozlišit, co už je ta takzvaně neadekvátní reakce, a včas doporučí odbornou péči. Je to důležité také u lidí, kteří jsou na vše sami a nemají rodinu a přátele. Sdělení a zpracování těžké diagnózy je proces a v první chvíli obvykle nastoupí šok, následně popření a agrese. Pacient obvykle dále prochází fází smlouvání,

deprese a smíření. Tyto fáze mohou být různě dlouhé nebo pacient může v některé ustrnout. My se snažíme, aby pacient prošel reakcemi na sdělenou diagnózu, přijal ji a spolupracoval s ošetřujícími lékaři co nejlépe.

Pokud se někdo po sdělení tak závažné diagnózy, která vyžaduje operaci, chemoterapii a ozařování, vědomě rozhodne pro alternativní léčbu, je vůbec možné jej přivést ke změně názoru?

Hodně to souvisí se zkušenostmi a komunikačními dovednostmi lékařů a sester. Ti by měli být dostatečně vyškoleni, protože edukace pacienta je první a zásadní krok. Když lékař pacienta dobře a srozumitelně informuje, hned od začátku se mezi nimi lépe buduje důvěra. My, psychologové, jsme zvyklí komunikovat s pacienty z různých sociálních vrstev a s různým vzděláním a přemýšlíme, jak informace adekvátně podat, aby byly dobře pochopeny a přijaty. Lékař sděluje postupy, kterým věří, které jsou podloženy výzkumy a vědou. A když je pacient dostatečně informovaný, je velká šance na to, aby lékaři důvěřovat začal a při léčbě spolupracoval. Pokud se tato fáze podcení, lékař není dostatečně empatický nebo srozumitelný, to pak vyvolává v pacientech nedůvěru. Slabinu spatřuji v podcenění adekvátní komunikace.

Nastupuje v tento moment ona slavná google medicína, kdy si pacienti zjišťují informace o léčbě na internetu?

Ta nastupuje vždycky, to je fenomén dneška. Pacienti jsou až přeinformovaní, to je druhé úskalí: když máte něco posuzovat, musíte tomu rozumět, musíte v tom být vzdělaná. Já například nevím, jak se opravuje auto, neznám součástky a rozhodně bych si netroufla automechanikovi radit, co kam má dát. Kdežto pacienti běžně vstupují do ordinace s větou „já jsem si našel, že bych měl mít tyhle léky“. Stejně často se setkávám s tím, že si lidé čtou příbalové letáky – a my v psychologii víme, jak funguje autosugesce. U řady pacientů tak vzniká velké riziko, že si načtou vedlejší účinky, a pokud jsou trochu sugestibilní, tak si je taky přivolají.

Zrazujete od toho pacienty?

Jistě. Otevřeně jim říkám, ať se ptají svého lékaře či požádají o druhý názor odborníka. Ať je lékař odkáže na odpovídající literaturu, pokud chtějí studovat víc do hloubky, pak na relevantní medicínské databáze, ale odrazuju od googlování stejně tak jako od diskusních fór s pacienty s podobnou diagnózou.

Proč? Vždyť patientská fóra jsou tak populární, ono sdílení nemoci, jejích projevů, potíží...

*SDĚLENÍ A ZPRACOVÁNÍ
TĚŽKÉ DIAGNÓZY JE PROCES.
V PRVNÍ CHVÍLI OBVYKLE
NASTOUPÍ ŠOK, NÁSLEDNÉ
POPŘENÍ A AGRESE. PACIENT
OBVYKLE DÁLE PROCHÁZÍ
FÁZÍ SMLOUVÁNÍ, DEPRESE
A SMÍŘENÍ.*



Mohou mít sice podobnou diagnózu, ale druhů nádorů nebo epilepsií je tolik! Každý pacient má navíc odlišný zdravotní stav už předtím, než onemocní, je to zkrátka nesrovnatelné. Základem je, aby ošetřující lékař dostatečně do hloubky vysvětloval. A ty, řekněme, nadprůměrně inteligentní, kteří jsou investigativní, odkázal na seriózní zdroje informací.

Může vést přílišné zjišťování detailů o diagnóze až k tomu, že pacient, který se o své nemoci dočte, že průměrná doba dožití je jeden rok, rezignuje na léčbu, přestože by měl potenciál žít déle?



Ono je to dvojsečné: informace, že vám zbývá rok, může u některých osobností vést k tomu, že rezignují. Přestanou se snažit, vzdají to, to známe z praxe. Nemají motivaci, nebo jsou to typy osobností, které nemají vůli na sobě pracovat, nemají vnější zdroje, podporu blízkých. A potom jsou naopak lidé, kterým vědomí hranice, kdy život už dál nepokračuje, dá drive a motivaci. Někteří dokonce udělají zásadní změny ve svém životě, zvládnou vyřešit věci, které dlouho odkládali. Právě ono vědomí konečnosti je přivede k tomu, že zbytek svého života prožijí co nejkvalitněji. Navíc některá nádorová onemocnění mozku, centrální nervové soustavy, pacienta v průběhu času mění. Jak nádor roste, má pochopitelně vliv na poznávací a rozumové schopnosti. Tady je včasné sdělení diagnózy a prognózy důležité. Když si pacient chce splnit ještě nějaká přání, musí na to mít rozumové schopnosti. V pokročilém stadiu nádorového onemocnění moz-

ku už nemají nejen fyzickou, ale ani mentální kapacitu na to, aby nějaké změny udělali nebo něco krásného prožili.

Máte na sebe nějaké ověřené triky, když přijдете po náročném dni domů, jak nechat práci v práci? Snažím se hledat zdravé formy, jak se odpoutat, jak načerpat energii. V tom mi bezesporu pomáhá moje tříletá dcera. Když už jsem s ní, snažím se jí věnovat opravdu naplno. Kdybych s ní byla doma čtyřicet hodin denně, moje pozornost nebude celou dobu taková. S kolegyní přítelkyní jsem se nedávno bavila o tom, že naše profese nám neumožňuje zavřít dveře a nemyslet na práci, a já ani takový

hy pacientů. Řada z nich je pro mě hlubokou inspirací. Zkrátka, nezúčastněná být nemůžu a plně do těch mnoha osudů ponořená též ne. Jde o hledání rovnováhy, ale také jsem sama přehodnotila hodně věcí. Dřív jsem dávala váhu těm, které dnes už nevidím jako podstatné.

Rozhodovala byste se dnes, se zkušenostmi, které jste nabyla, pro stejný medicínský obor? Původně jsem chtěla dělat porodnictví, vnímám jej jako relativně optimistický obor. Dnes jsem za volbu neuropsychologie ráda. Jsem ve zdravotnictví, v prostředí, k němuž jsem vždy inklinovala, a současně mi na oboru imponuje, jak široce je rozkročen mezi ostatní disciplíny: v psychologii najdete medicínu, fi-

lozofii, přírodní vědy, má přesahy do různých oborů. A jako psycholog jste pojítka ve zdravotnickém systému, musíte umět komunikovat se sestřičkami, s lékaři, s pacienty, se sanitářem i s uklízečkou.

Pracujete na jednom z nejrespektovanějších pracovišť v zemi. Měl by podle vás být psycholog přítomný v nemocnicích i tam, kde nemají vysoce specializovanou péči?

Když jsem začínala, psycholog nebýval součástí somatického oddělení, buď to byly výjimky, nebo to byla pokrokovější pracoviště se vzdělaným vedením, kde si uvědomovali, že přítomnost psychologa je přínosem. Dnes už fakultní, krajská i okresní nemocnice má svého psychologa, psychiatra či sociálního pra-



DOC. PHDR. MGR. LENKA KRÁMSKÁ, PH.D.

Vystudovala klinickou psychologii na Univerzitě Karlově. Je vedoucí oddělení klinické psychologie Nemocnice Na Homolce, a zároveň pracuje pro Neurocentrum a Centrum pro epilepsie. Kromě práce klinické celou profesní kariéru působí jako vysokoškolská pedagožka, a věnuje se vedení postgraduálních studentů. Podílí se též na výzkumu, absolvovala řadu zahraničních stáží.

inzerce 332499/17

cíl nemám. Pracujeme se složitými diagnózami, práce v nemocnici je náročná, a některé případy jsou opravdu tíživé.

Ptám se i z toho důvodu, že jste v situacích, kdy se lidé dozvídají finální zprávu o svém zdravotním stavu. Když se budu jen vcítovat, pacientovi moc nepomůžu. Jsem v odborné pozici, mám mu být oporou, jistotou a pomoci mu se co nejlépe vyrovnat s novou situací. Pomoci najít jeho vlastní zdroje, spolupracovat s rodinou, navést a povzbudit v tom, jaké změny v životním stylu může udělat. Snažím se i s negativní zprávou pacienta podpořit, aby se zlepšila kvalita jeho života, byť za těchto okolností. Když se ohlédnu na svůj kariérní začátek před zhruba dvaceti lety, bylo to emočně velmi náročné. Umírají vám pacienti, které máte v péči, to je těžké. Pomohla mi vlastní psychoterapie, supervize, ale také psychotherapeutický výcvik, osobní zranění, zkušenosti, a také příbě-

MAKEUP: SYLVIE HADZIEFENDIC