

Martin Pospíchal a kol.

Genetická zátěž pohledem psychoonkologie

Psychologické souvislosti dědičných dispozic
k onkologickým onemocněním a doporučení
pro praxi



Úvod

Díky pokrokům na poli genetiky dnes můžeme získat užitečné informace o možných budoucích zdravotních komplikacích a onemocněních. To na jedné straně **výrazně pomáhá** k prevenci a včasnému zachycení nemoci, na straně druhé může být pro člověka **psychicky zatěžující**.

Materiál, který držíte v rukou, je **určen pro zdravotníky**. Tedy pro odbornou obec, která se setkává s lidmi, jichž se týká téma dědičných (hereditárních) dispozic k onkologickým onemocněním. Tematizuje **prožívání a chování člověka**, u něhož lékaři řeší možné nebo již reálně přítomné **zvýšené riziko nádorového onemocnění**. Tedy jak u těch lidí, kteří mají **pouze dispozici**, tak i těch, u nichž **nemoc již propukla**. Dívá se na všechna související témata psychologickou, resp. psychoonkologickou optikou.

Čtenářům nelékařům určitě doporučujeme začít přílohou 2, která **stručně popisuje, co je hereditární dispozice** k onkologickému onemocnění a uvádí základní podrobnosti k vybraným **hereditárním syndromům** u solidních nádorů, se kterými se v praxi nejčastěji setkáváme (jako je BRCA1, BRCA2, Lynchův syndrom, familiární adenomatózní polypóza, Li-Fraumeni syndrom a další).

Obsah všech jednotlivých kapitol tvoří psychologická témata **seřazená z pohledu obvyklého průběhu**, včetně možných **doporučení pro zdravotníky**. První kapitola je věnována tématu rozhodování, zda se nechat testovat či nikoliv. Obsahuje zejména teoretické informace, na něž následující kapitoly na řadě míst odkazují. Kapitola 3, která obsahuje doporučení, **jak o tématu mluvit v rodině**, doplňuje příloha 3 – Desatero, které je **vhodné i pro laiky**. S textem lze pracovat jako s celkem, nebo se zaměřit na období, které je pro vašeho klienta aktuální (sdělení výsledků, období testování apod.). V rámci textu najdete také řadu číselných indexů, které odkazují na QR kódy s podrobnějšími informacemi k daným tématům. Číselné indexy jsou v pdf podobě materiálu zároveň hypertextovými vazbami, kliknutím na ně se dostanete na příslušnou stránku s obsahem.

Martin Pospíchal

Poděkování

Rád bych na tomto místě poděkoval všem, kteří byli nápomoci svou radou a zkušeností. Bez jejich pomoci by tento materiál nemohl vzniknout. Především pak:

PhDr. Lucie Babicová (Fakultní nemocnice Ostrava)

doc. MUDr. Jana Halámková, Ph.D. (Masarykův onkologický ústav v Brně)

MUDr. Klára Nováková, Ph.D. (Masarykův onkologický ústav v Brně)

Bc. Věra Zukalová, Dis. (Fakultní nemocnice Olomouc)

Materiál vznikl také díky spolupráci členů Psychoonkologické sekce a Sekce preventivní onkologie v rámci České onkologické společnosti při ČLS JEP.

Poděkování patří patientským organizacím Aliance žen s rakovinou prsu a Veronica. Velmi děkujeme také partnerům materiálu, bez jejich pomoci by nemohl vzniknout, v abecedním pořadí: **Aliance žen s rakovinou prsu, AstraZeneca, Bristol Myers Squibb, Servier, Ústav aplikované psychologie ČR a Patientská organizace Veronica.**



Obsah

1. Období testování ... 7

1.1 Rozhodování, zda se nechat testovat ... 7

1.2 Čekání na výsledky po vlastním provedení testů ... 10

2. Období po sdělení výsledků testu ... 12

2.1 Pozitivní výsledek testu ... 12

2.2 Negativní výsledek testu ... 17

2.3 Neurčité výsledky či „selhání“ testu ... 18

3. Komunikace tématu v rodině ... 20

4. Dlouhodobější horizont života s dispozicí ... 22

4.1 Nutnost rozhodovat se o preventivních, ale též invazivních zásazích ... 22

4.2 Celoroční život v kontextu preventivních kontrol ... 23

4.3 Celoživotní psychický tlak genetické zátěže v rodině a jeho rizika ... 24

5. Celková možná konsekvence pro změnu běhu života ... 26

Přílohy ... 27

Příloha 1 – Zásady podporujícího hovoru ze strany zdravotníka ... 27

Příloha 2 – Co jsou hereditární dispozice a stručný popis těch nejčastějších ... 29

Příloha 3 – Desatero jak o tématu mluvit v rodině (pro laiky) ... 32

1. Období testování

1.1 Rozhodování, zda se nechat testovat

Nutnost testování vrozených dispozic k onkologickému onemocnění se v životě člověka objevuje povětšinou s **příchodem nemoci** nebo s větším množstvím podobných **onemocnění v jeho nejbližší rodině**. Člověk nad tématem pak začne uvažovat **sám** (v kontextu toho, co se v jeho životě a rodině odehrává), nebo je s tématem pomyslně „konfrontován“ ošetřujícím **lékařem**.

Ať už se téma na životní cestě člověka objevilo jakkoliv, stěžejním milníkem bývá **úvodní rozhovor se zdravotníkem**. Může to být praktický lékař, na něhož se obrátí s dotazem, častěji pak onkolog, pokud jde už o pacienta s rozvinutou nemocí. Dále také gynekolog či gastroenterolog, případně lékař v mamologickém centru apod. V mnoha případech následuje odeslání na **konzultaci s klinickým genetikem**. Právě těmto a dalším odborníkům je určen materiál, který právě čtete. Stejně tak ale může být užitečný širšímu spektru zdravotníků, psychologů a pracovníků v pomáhajících profesích.

Dostupné psychologické studie i zkušenosti jasně ukazují na **důležitost empatického vedení těchto rozhovorů**, které předcházejí vlastnímu testování a následnému sdělení výsledků. Zásadám podpůrného hovoru s klientem je věnována celá příloha 1, tu rozhodně doporučujeme k přečtení. Tvoří jádro tohoto materiálu jako celku a na mnoha místech textu na něj odkazujeme. Jsme přesvědčeni, že je to právě **vztah založený na odbornosti a empatii**, který vytváří tolik **potřebnou důvěru** mezi klientem a zdravotníkem. Dobře zvládnutý hovor pak může zásadně ovlivnit pomyslnou miskou vah v rozhodování, **zda se dotýčný bude či nebude testovat**.

V tomto bodě dává smysl zmínit určitou rozdílnost psychických reakcí lidí, u nichž bohužel **již propuklo onkologické onemocnění** a lékaři se snaží zpětně jen ověřit, zda je u nemocného přítomná dispozice k nemoci (dále „člověk v nemoci“). Jinak je tomu u člověka, u něhož se teprve uvažuje, typicky na základě rodinné anamnézy či jiných indikátorů, o možné přítomnosti dispozice, třebaže je **aktuálně bez nemoci** (dále „zdravý člověk“). Zatímco u již onkologicky nemocných nebývá problém s odmítáním testování, u člověka zdravého tomu může být jinak.

- a) **Člověk v nemoci** již bohužel má onemocnění rozvinuté a zpravidla se u něj (při nutnosti se nechat testovat) neobjevuje tak silná psychická reakce na možnou hrozbu nemoci. Často prostě proto, že již nemocný je. Navíc prakticky nikdy nevzdoruje provedení genetického testu vzhledem k užitečnosti této informace pro správné zacílení léčby, také pro budoucí směřování dlouhodobé strategie, minimalizaci návratu nemoci apod.
- b) **Člověk zdravý** se může k situaci možného testování stavět jinak. Právě u dosud zdravého člověka, s hypoteticky možnou přítomností dispozice, se při otevření tématu může (a často i spouští) tzv. **psychická reakce na možnou budoucí hrozbu**.

OKÉNKO DO TEORIE – Reakce na hrozbu obecně: Typicky se dostávají emoce strachu, úzkosti až paniky. Prožitky nereálnosti situace, resp. pocit, zda se to opravdu děje mně. Později pak vtíravé myšlenky na téma nemoci, které člověka obtěžují a mohou vést ke zhoršení jeho koncentrace. Někdy včetně projevů více fyziologických, jako je bušení srdce, pocení apod.

Z pohledu **praktického dopadu tohoto stavu** je člověk při rozhovoru někdy více uzavřen ve svém prožívání, v důsledku čehož může méně poslouchat, co mu zdravotník říká, a to následně vede k neporozumění situaci. Také může mít tendenci k vyhybavému chování, např. příště nepřijít apod. Většina z uvedeného se dá zmírnit empaticky vedeným rozhovorem popsany v příloze 1.

Přestože výše uvedenou psychickou reakci prožívají mnozí, nemusí tomu tak být vždy a u každého. Navíc pokud vycházíme z reálných příběhů, ukazuje se, že pro mnohé z těch, kdo jsou doporučení k testování, **není téma rizika onkologického onemocnění až tak překvapivé**. Často jde o jedince z rodin, v nichž mají i další členové (rodiče, blízcí příbuzní) diagnostikované onkologické onemocnění. Slovy jedné klientky: „*U nás doma mělo rakovinu už tolik lidí, že to nebylo, JESTLI budu mít rakovinu i já, ale spíše KDY to bude.*“ Takové uvědomění si rizika sice nezmírňuje psychický tlak celé situace, ale může **snížit překvapivost** nutnosti se nechat testovat apod.

Navzdory tomu, že je hovor ze strany zdravotníků veden v duchu zásad empatického rozhovoru, (uvedených v příloze 1), může rozhodování na straně klienta probíhat různým tempem, a ne až tak hladce. Pro lidskou mysl jsou náročné především situace tzv. **vnitřního konfliktu**, kdy se člověk musí rozhodovat mezi dvěma variantami, které jsou obě nepříjemné, a navíc nesou určité riziko zátěže (ať už psychické nebo tělesné). To přesně odpovídá i situaci rozhodování se o genetickém testování.

OKÉNKO DO TEORIE – Vnitřní konflikt při rozhodování a co ho provází: Při tomto typu vnitřního konfliktu je člověk v situaci náročné volby a jeho mysl se snaží zbavit vysokého tlaku typicky tím, že **rozhodování například odsouvá**. Ví, že se „musí“ nějak rozhodnout a že je to důležité, ale obě varianty s sebou nesou něco nepříjemného. Odsunutí se tedy nabízí jako „dočasné řešení“, které ale ve skutečnosti řešením není. Lidé mnohdy hledají zástupné důvody, které je „chrání“ před nutností se rozhodnout právě teď.

Situace je navíc takřkajíc „obalena“ **mnoha emocemi**. Rozhodování pak není pouze logické a o rozumové argumenty opřené, ale vpravdě „psycho-logické“, a to je dobré mít na paměti. Typické jsou prožitky obav z toho, co výsledky ovlivní v životě dotyčného. Dokud se nerozhodne, tak „jakoby trvá současný stav“, což je ale opět iluzorní.

Navíc se jedinec **nerozhoduje jen sám za sebe**, ale v určitém „poli vztahů“. Tedy s vědomím ostatních, kteří mají na jeho rozhodování vliv, a které zároveň on svým chováním ovlivní. Může být k rozhodnutí dotlačen, nebo naopak nechce tlaku podlehnout, jeho případná pozitivita výsledků pak spustí řetězec dalších testování v rodině apod. (podrobněji v kapitole 3, ale i příloze 3, věnované komunikaci tématu v rodině).

Pokud dospěje k rozhodnutí se nechat testovat, s přibližováním se okamžiku testu často **roste i psychické napětí**, a lidé ve zvýšené míře pak prožívají „negativa“ volby, pro kterou se rozhodli. To v podobných situacích může vést i ke změně rozhodnutí, opětovnému odložení apod.

Znovu se pak tato situace vnitřního konfliktu **zopakuje při rozhodování se o preventivních zákrechách**, čemuž se budeme věnovat později v textu (kapitola 4.1). Tíhu rozhodování pak ještě komplikuje **tlak důležitosti** celé situace. Jde o zdraví, možná i o život – můj a mých blízkých. Málokdy jsou v lidském rozhodování v sázce větší hodnoty.

Výsledkem rozhovorů, ale i rozhodovacích procesů v mysli klienta může být:

- a) Rozhodnutí testování **podstoupit**, kdy následně navazují další kroky vlastního testu (odběru) i související prožitky v psychice člověka tak, jak je popisujeme v kapitole druhé.
- b) Rozhodnutí testování **nepodstoupit** (tomu se nyní budeme věnovat především).

Jak bylo uvedeno v předchozí části, rozhodování probíhá v určitém „poli“ a pod vlivem řady racionálních, emocionálních a socio-ekonomických faktorů. S řadou z nich můžeme i jako zdravotníci do určité míry pracovat. Pro dokreslení uvádíme některé typické příklady, se kterými se zdravotník může potkat:

→ „*Je toho na mě hodně. Potřebuji čas. Dám vědět.*“ Ze všeho dosud řečeného vyplývá, že čas je ke zpracování náročné situace mnohdy potřeba. Pokud o něj zdravý člověk požádá, dává smysl mu ho poskytnout (pokud to jeho zdravotní situace alespoň trochu dovoluje), zároveň ale může být užitečné mu ho po vzájemné domluvě **trochu limitovat**.

TIPY PRO PRAXI – Požádat klienta o **vymezení si konkrétního časového rámce**. Tedy ze strany zdravotníka například takto: *Můžeme se domluvit, že mi dáte vědět nejpozději do měsíce? Jinak se může spouštět mechanismus psychických obran v podobě popírání situace, odklonu pozornosti, odsouvání typu „až po...“ a hledání si „důležitějších“ témat. Pokud by se zeptal, proč právě měsíc/dva týdny apod., odpovědět popravdě. Prostě je s tím dobrá zkušenost.*

→ „*Vždyť nejsem nemocný, ne? Tak co tady budu lítat po doktorech a testovat se?*“ Případně: „*Dispozice přeci neznamena, že určitě onemocním, ne?*“ Na jedné straně má daný člověk vlastně pravdu. Je pravděpodobně aktuálně zdravý a samotná dispozice u většiny mutací neznamena 100% jistotu nemoci. Na druhé straně v mnoha případech jsou rizika opravdu vysoká. Každopádně variant a argumentů ze strany klientů může být celá řada. Mezi dalšími můžeme uvést: „*Já myslím, že nejlepší bude dělat jakoby nic.*“ Nebo případně: „*Nechám to osudu.*“ A tak podobně.

Pro zdravotníky, kteří jsou v tomto období s klientem v kontaktu (resp. jak pracovat s vyhýbavým postojem k testování):

Každé chování člověka má většinou svůj určitý motiv. Dává smysl **zajímat se o důvod, proč se člověk takto rozhodl** (např. že odmítl). Otázky typu *Co vás k tomu rozhodnutí vedlo? Mohu vám říci moje argumenty, proč si myslím, že by bylo dobré se nechat jít testovat?* mohou být užitečné pro zjištění jeho motivu. Pokud je to tedy možné, nespokojit se jen s odmítnutím a minimálně se ještě jednou zeptat dává smysl.

Zároveň se ale snažme nevytvářet tzv. konfrontační pole, ale spíše „**bezpečné pole**“. Útočná reakce z naší strany, případně odsouzení odmítajícího by vedlo pravděpodobně k jeho uzavření. To, že přišel a informuje nás o svém rozhodnutí, někdy znamená, že je pro něj náš společný vztah důležitý. Možná by **ho zajímal i náš názor**. Citlivě se na to zeptat výše uvedenými otázkami může být cesta, jak znovu otevřít dialog k tématu.

Rozhodnutím „já se testovat nebudu“ navíc neřeší **kontext rodiny**, resp. riziko předání dispozice potomkům. Ať už žijících, nebo v budoucnu plánovaných. U některých klientů může být užitečné nenásilně připomenout, že se v dané situaci nerozhodují „jen za sebe“, ale opět v kontextu zmiňovaného rodinného pole.

U mnoha klientů pak bývá přítomna i určitá **ambivalence**, kdy ve svém rozhodování kolísají v čase (jít/nejít/odkládat). Jde o poměrně normální reakci. Strach, který je zde přítomný, může člověka jak aktivizovat (jdu do toho), tak i ochromit (nejdu/odložím).

Pokud je klient skálopevně rozhodnut, že se nenechá testovat, je dobré respektovat jeho volbu, ale zároveň to **neznamená, že ho musíme opouštět**. Má právo volit jinak, dělat chyby (byť se může jednat o chybu s fatálním koncem).

TIPY PRO PRAXI – Můžeme říci například: *Nezbývá mi, než respektovat vaše rozhodnutí, ale chci, abyste věděl, že u mě máte dveře otevřené, ano?* To je užitečné už z toho důvodu, že rozhodnutí (byť nyní „skálopevné“) **nemusí být v čase finální**.

Pokud dotyčný **potřebuje čas** pro rozhodnutí, bývá dobré – jak už bylo řečeno – ho opět ohraničit. Například: *Z mojí zkušenosti by bylo fajn, kdybyste se mi do x týdnů ozval/a, ano?* Jde o zkušeností prověřený fakt, že dostatečný, ale limitovaný čas k rozhodování je efektivnější než čas „neomezený“, který vede spíše k odkládání nepopulárního rozhodnutí.

Z uvedených dvou variant (budu se testovat/nebudu se testovat) se nyní v kapitole druhé budeme věnovat situaci, kdy se člověk **rozhodl vyšetření podstoupit** a nechá si odebrat vzorek krve k provedení testů.

1.2 Čekání na výsledky po vlastním provedení testů

Počátečním bodem tohoto období je vlastní odběr krevního vzorku k provedení testů. Ten nebývá z pohledu psychologického nějak zvláště zatěžující. To, co je naopak zatěžující velmi, je **období čekání na výsledky**, které trvá zpravidla v řádu týdnů u aktuálně nemocného člověka a v řádu jednotek měsíců u člověka zdravého. Jde o období, které je doprovázeno **silnými pocity nejistoty**.

OKÉNKO DO TEORIE – Samotná dědičná **dispozice nedává tělesné signály**, jako je tomu u jiných zdravotních ohrožení, se kterými má běžný člověk v průběhu života zkušenosti (např. chřipka, zlomenina apod.). To často prohlubuje nejistotu i určitou nedůvěru ve vlastní tělo. Člověku jen zbývá čekat na výsledky testů.

Psychická náročnost tohoto období kulminuje v počátku po testu a pak **nejvíce s blížícím se termínem** jejich oznámení.

Pro zdravotníky, kteří jsou v tomto období s vyšetřovaným v kontaktu – jak zmírnit tlak:

→ Nevytvářet v mysli testovaného člověka **zásadnější hrozby** dříve, než pro ně máme důkazy.

TIPY PRO PRAXI – Slovy aktuálně zdravého klienta, který má za sebou empaticky vedený hovor s lékařem: *„Po setkání jsem se uklidnil. Uvědomil jsem si, že jsem vlastně v pořádku, dokud mi pan doktor neřekne něco jiného.“* Klient dospěl k uvědomění si, že nedává smysl věnovat tolik energie strachu z možného budoucího. To lze podpořit právě empaticky vedenou komunikací, která v jeho případě vedla ke zklidnění. Podrobněji v příloze 1.

→ Pokud jsme jako zdravotníci v mezičase (od objednání na testy po oznámení výsledků) s vyšetřovaným (který zažívá pocity obavy a nejistoty) v kontaktu, snažíme se „kotvit“ **jeho mysl do přítomnosti**. Intenzivní prožitky nejistoty jsou spouštěny tím, jak často myslíme na budoucnost. V této fázi, kdy ještě nic není prokázáno, si přílišným přemýšlením nad „co kdyby“ především „kontaminujeme“ přítomnost budoucími strachy, které se nakonec vůbec nemusí naplnit.

TIPY PRO PRAXI – V některých případech vyšetřovaným pomáhá empaticky připomenout, že období čekání je ve své podstatě **časově ohraničené**, tedy po nějaké době se k výsledkům dostanou a nejistota bude u konce.



V případě, že se klient ptá na **možnosti svépomoci při vtíravých myšlenkách plných obav**, můžeme doporučit nahranou přednášku obsahující šestnáct různých technik, které mohou být užitečné při zvládnutí strachu z možných budoucích hrozeb **1**. (*Tento číselný index odkazuje na níže uvedený QR kód, kde najdete podrobnějšími informacemi k daným tématům a zároveň je hypertextovým odkazem*).

→ Určitá míra obavy je v období čekání na výsledky obvyklá. Opět to lze zmínit u vyšetřovaného v případě, že téma sám otevře. Tedy normalizovat jeho prožívání. Pokud jsou ale **obavy z budoucí hrozby kliniky významnější** (resp. myšlenky na hrozbu pozitivních zjištění se do mysli dostávají, kdykoliv není zaměstnána činností – např. těsně před usnutím či po probuzení, dále komplikují spánek, běžné fungování v práci, koncentraci apod.), je dobré nasměrovat vyšetřovaného k psychologické konzultaci. Přehled **možností psychoonkologické pomoci** v ČR naleznete **2**.

→ Pokud jako zdravotníci nevíme, **jak nejlépe nabídnout pomoc psychologa** tak, aby ji vyšetřovaný s vyšší mírou pravděpodobnosti přijal, je možné se inspirovat **3**.

TIPY PRO PRAXI – Jak nabídnout psychologa ve třech větách: *Vidím, že je pro vás celá situace čekání náročná... (Zrcadlím, co vidím, dávám najevo účast.) Myslím, že by vám mohlo pomoci si o tom s někým promluvit... (Tím ukazuji, že se zajímám o toho druhého, aby mu bylo lépe.) Rád bych vám dal/a kontakt... (Tedy rovnou předávám, ať nemusí hledat. Pokud máme k doporučenému psychologovi sami důvěru, zmínit to.)*

Zároveň je možné, aby svoje obavy a otázky, pokud se týkají jeho prožívání, vztahů apod., **napsal přímo do psychoonkologické poradny** **4**. Pokud se týkají více medicínské části, pak **do preventivní poradny** **5**. Mnoha lidem se uleví už jen tím, že svůj prožitek někde sdělí, někomu napíše apod. Navíc lze obecně říci, že lepší variantou je **napsat konkrétní dotaz odborníkům** než jen sám hledat na internetu. Praxe ukazuje, že namísto snížení prožívané nejistoty a obav při hledání na internetu se často naopak zvyšují, jak se mysl hledajícího postupně zahltliví náročnými příběhy, statistickými procenty apod.

Tolik k základním doporučením pro toto období. Na jeho konci se **nepříjemná nejistota mění buď na nechtěnou jistotu pozitivního výsledku, nebo sdělení výsledku negativního**, který má ale také své specifické průvodní psychické stavy, jak bude uvedeno dále.



2. Období po sdělení výsledku testu

V této fázi mohou v podstatě nastat tři typy situací: přicházejí výsledky pozitivní, nebo negativní, případně dochází k určité „nejistotě“ (o té budeme hovořit na konci kapitoly).

2.1 Pozitivní výsledek testu

Nejdříve se budeme věnovat situaci, kdy **se pozitivní výsledek dozvídá zdravý člověk**. Hned v úvodu se zastavme u jeho **oslovování a vnímání v ordinaci**. V zahraniční literatuře panuje shoda, že člověk, který má prokázanou hereditární dispozici k nádorovému onemocnění a je aktuálně zdravý, by spíše **neměl být označován jako pacient**.

POZNÁMKA K OSLOVOVÁNÍ A VNÍMÁNÍ ZDRAVÉHO ČLOVĚKA S DISPOZICÍ – Dáváme zde k úvaze, že zdravý člověk s prokázanou genetickou dispozicí **není pacientem**, ale osobou s vyšší pravděpodobností rozvoje určité nemoci. Pacientem se stává, až když se nemoc manifestuje, a to navzdory tomu, že i zdravý nositel mutace je ve své podstatě klientem systému zdravotní péče, je sledován apod.

V tomto kontextu také nabízíme úvahu, že v blízké době, s pokrokem genetiky, bude mít prakticky každý člověk informace o svých dispozicích k nejrůznějším onemocněním. To by pak znamenalo, že by byl „pacientem“ téměř každý, aniž by byl nemocný.

V této kapitole se budeme věnovat psychickým reakcím na sdělení výsledků a možnostem jejich zpracování. Zkusme si uvést celou tuto kapitolu situací z praxe, kdy jsou mladé ženě **sděleny pozitivní výsledky genetických testů**. Konkrétně u ní byla nalezena mutace BRCA1, která výrazně zvyšuje riziko karcinomu prsu a vaječníků, případně v menší míře i riziko dalších nádorových onemocnění. Žena je aktuálně zdravá a volala nám na linku psychologické podpory hned druhý den po konzultaci s klinickým genetikem:

„Paní doktorka mi řekla, že mám nějakou BRCA mutaci k rakovině... Byla hodná, ale všechno to na mě tak nějak „vysypala“... Že prý to musím probrat s rodinou. Ptala se, jestli plánuju děti, a pokud ne, tak jsem pochopila, že by bylo dobrý, abych si je co nejdříve pořídila a mohla podstoupit všechny možné operace, po kterých ve mně už nic ženského nezůstane. Pak že dostanu nějaký plán, kam všude budu muset v průběhu roku chodit... Měla jsem z toho fakt hlavu jako balón, cítila jsem obrovský tlak a potřebu někam od toho všeho utéct.“

Na jedné straně se jedná o spontánní, poněkud překotnou výpověď mladé ženy v náročné životní situaci, kdy jí byla sdělena tíživá skutečnost o možných zdravotních hrozbách. Na druhé straně jde o poměrně reálný obraz z hlediska výčtu témat, kterým člověk v takové situaci musí čelit. Většina z uvedeného při konzultaci skutečně zaznívá, byť bezpochyby empaticky vedenou formou. Zároveň nám žena popisuje svoji, poměrně adekvátní, psychickou reakci.

Jak klientku provést podobou situací tak, abychom zmírnili pociťovaný tlak, o kterém mluví

Vedle zásad vedení podpůrného rozhovoru uvedených v příloze 1 bychom rádi zmínili následující doporučení, se kterými je v praxi dobrá zkušenost.

Pro zdravotníky, kteří vedou rozhovor, kdy sdělují/probírají pozitivní výsledky:

1) Z uvedeného příběhu i praxe je zřejmé, že dochází k tzv. **psychickému zahlcení** klienta. Připomeňme si v rychlé rekapitulaci: *možné ohrožení vlastního zdraví a svých blízkých, navíc ohrožení možnosti mít zdravé potomky či ohrožení těch stávajících, pravděpodobná nutnost operačních zákroků a celkově zásadní ovlivnění životních plánů.* Jde o „zásah“ do prakticky všech důležitých oblastí života člověka (zdraví, blízcí, budoucí plány, práce apod.). Kdo by nebyl v takové situaci zahlcen a přemožen.

Pro praxi: V takovém případě je užitečné jít s klientem tzv. **metodou postupných kroků**. Dotyčnému pomůžeme zaměřit pozornost na ten nejbližší cíl, na ten první krok, který pro něj bude možné zvládnout.

TIPY PRO PRAXI – Z uvedeného příkladu vidíme, že je toho na slečnu hodně. Je vhodné říci: *Vi-dím, že je toho na vás hodně. Ale nebojte, s kolegy vás tím provedeme. Naopak, nyní se můžete uklidnit, protože začínáte být pečlivě sledována. Ano?...* Následně můžeme pokračovat: *První, co uděláte, že (například) půjdete na vyšetření prsu. Tady vám dám kontakt (tedy fungujeme „nízko-prahově“ a snažíme se člověku další kroky ulehčit) a objednáte se. Je to srozumitelné?...* Po ověření, zda klientka souhlasí a rozumí, můžeme pokračovat: *Druhým užitečným krokem by bylo informovat svoje sourozence. Je to možné?...* Opět počkáme na reakci a můžeme pokračovat: *To jsou první dva kroky, na které se budeme soustředit, a pak se znovu uvidíme/zavoláme si.* Obsahově se priority pochopitelně mohou měnit. Jde spíše o to, **kam potřebujeme zaměřit pozornost klienta v situaci zahlcení** a co jsou z pohledu lékaře priority. Zahlcení jako stav neumožňuje pojmout vše jako celek, proto je třeba pomoci dotyčnému zacílit na to důležité, urgentní.

2) Sdělením pozitivních výsledků se ono nechtěné a obávané (mám dědičnou dispozici k rakovině) stává skutečností. **Ohrožení je reálné** a znovu se odehrává psychická reakce na hrozbu uvedenou v kapitole 1.1. To nás opět vede k zásadám sdělování náročných zpráv uvedených v příloze 1. Zde je důležité upozornit, že situace hrozby a informačního zahlcení může negativně ovlivnit **správné porozumění výsledkům**.

OKÉNKO DO TEORIE – Množství nových informací v kombinaci se sdělením potenciálně zdraví ohrožujících zjištění často způsobuje, že se **psychika člověka „vypíná“** a „odpojuje“ od konverzace, člověk je více „u sebe“ než s námi v ordinaci. Mezi slova, která mají tuto moc, patří i slovo **rakovina**. Pokud zazní nebo si ho člověk s řečeným sám spojí, může přestat vnímat nebo si minimálně zkreslí lékařovo sdělení.

V určité fázi rozhovoru je tedy užitečné **ověřit si porozumění tomu**, co bylo řečeno. Mnozí lékaři používají ověřovací otázku typu: *Rozumíte tomu?* nebo *Rozuměl/a jste všemu?* Ta má však svoje slabiny, lze na ni totiž reagovat (i v situaci psychického zahlcení) automaticky, a to prakticky bez hlubšího zapojení myšlení, paměti apod. Domníváme se, že v praxi je užitečnější otázka: *Jak tomu prosím rozumíte?* nebo *Jak jste tomu rozuměl/a prosím?* Ta **neumožňuje ze své podstaty „polo-automatizované“ pokývání hlavou**. Klient musí začít přemýšlet, jak že tomu vlastně rozumí, a odpovědět. Lékař má pak šanci případně korigovat informace klientem „chybně zpracované“ .

TIPY PRO PRAXI – Po sdělení pozitivních výsledků hereditární dispozice a dalších důležitých informací, může lékař říci následující: *Vím, že to bylo dneska hodně informací. Pro můj klid bych se prosím rád zeptal: Jak jste tomu rozuměl?* Nemusíme nezbytně čekat až na samotný konec schůzky, lze ji použít k ověření i po sdělení klíčových a nejvíce zatěžujících/komplexních informací, kdy je riziko „odpojení se“ či neporozumění vysoké. Podobná otázka může zaznít klidně několikrát, podle potřeby v průběhu konverzace. Navíc tím vlastně šetříme svůj čas, protože klient se nebude následně doptávat přes telefon, když mu třeba až doma dojde, že neví, co je další krok, něco nepochopil apod.

- 3) Z logiky náročnosti situace je rozumné **nabídnout naši lékařskou oporu** na této cestě. Pociťovaná opora je prokázaným léčebným faktorem a zároveň stabilizuje psychicky zatíženého člověka. Dále může být užitečné **si ověřit, zda není člověk ve svém životě sám**, a pak mu (případně rovnou) **nabídnout i pomoc psychologickou**. Obzvláště pokud se jedná o někoho z rizikové skupiny, o kterých budeme mluvit dále v bodě 4.

Pro tuto situaci jako celek je typické, že člověk tak trochu **ztrácí kontrolu**. Ať už v důsledku psychického zahlcení, tak i vlivem možného ohrožení zdraví, nutnosti spoléhat na pravidelné kontroly, tlakem intenzivních prožitků nejistoty a obav z budoucího. Právě opora odborníků, kteří **vědí, co dělat**, a nejistou cestou nás „provedou“, funguje jako zklidnění. Slovy klientky: *„Je třeba, aby zde byl někdo, kdo ví, co dělat, a byl tady pro mě tak, abych to cítila.“*

TIPY PRO PRAXI – Opět s využitím příkladu uvedeného v počátku kapitoly. V závěru setkání lze říci: *Je mi jasné, že je to hodně informací. Ale tady máte (například) přehledovou brožurku k tématu BRCA pro pacientky. Zde pak to hlavní, a sice plán, jak se o vás budeme starat. Budeme vás hlídat, ano?...*

Dále je možné **ověřit oporu dotyčného v běžném životě** slovy: *Máte prosím někoho, s kým to všechno budete chtít probrat, kdo vám může být oporou v celé té situaci? A pokud oporu v běžném životě nenajdeme, můžeme doporučit odbornou pomoc slovy: Někdy může hodně pomoci probrat to s kolegy psychology. Tady máte kontakt, jsou fajn.*

Pokud si klient může odnést zmiňovaný **edukační materiál**, je to dobře. Vy jako lékař tak máte pod kontrolou, jaké informace bude studovat, jaký význam situaci dá, jak bude rozumět odborným termínům apod. Pokud by si vše hledal na internetu sám, mohl by získat jiný obraz o situaci studiem neoborných zdrojů apod. Opět tedy šetříte čas.

Dále **předaný plán** sledování zvyšuje vnitřní pocit kontroly, resp. slovy klientky: *„... abych byla v bezpečí, tak se budu držet plánu.“* Což je ve své podstatě úloha tohoto plánu.

Aktuální výzkumná zjištění ukazují, že člověk by na této cestě opravdu neměl být sám, **a to obzvláště v období krátce po zjištění pozitivních výsledků testů**. Je důležité mít v tomto období možnost konzultace s lékařem, ale i psychologem. Právě prvních několik týdnů (typicky 3 až 5) jsou obdobím, kdy se člověk **rozhoduje o dalších krocích a emočně zpracovává** vše, co na něj dolehlo. Dle výzkumných studií může dojít ke dvěma typům reakcí:

- a) **adaptivní reakci na situaci a integraci všech informací tak, jak je potřeba – kdy výsledkem je především uvědomění si a chápání situace, spolupráce s lékařem a docházení na kontroly, fungování v jeho dalším životě.**
- b) **maladaptivní reakci na situaci – kdy výsledkem může být popírání lékařských zjištění nebo jejich špatná interpretace, nerespektování lékařských doporučení a odpojením se z komunikace, komplikace v běž-**

ném fungování. Resp. dochází k rozvinutí traumatu či depresivního prožívání celé situace. To vše je opět zpětně komplikace pro zdravotní systém. Člověk není sledován, přichází později, depresivní prožívání zhoršuje jeho celkovou prognózu apod.

Která z uvedených reakcí se rozvine, záleží jednak na způsobu podání informací ze strany zdravotníků (viz příloha 1), ale i na senzitivitě daného člověka, jak uvádíme v dalším bodě.

- 4) Existují lidé s vyšší mírou zranitelnosti, kteří mohou být v tlaku této situace křehčí. Skupiny, které si zaslouhují naši odbornou pozornost a u nichž můžeme předpokládat zásadnější psychický dopad. Typicky ti, kteří:
- v mládí zažili nemoc či úmrtí svých rodičů.
 - nedávno ztratili blízkého v důsledku nemoci.
 - nemají sociální oporu lidí ve svém okolí.
 - jsou „prvním nositelem“ zprávy do rodiny.
 - měli psychické problémy už dříve.
 - mají malé děti (typicky předškolní a mladší).
 - jsou sami v mladém věku.

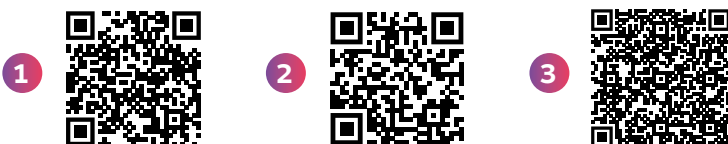
V těchto případech je třeba více než jindy vést komunikaci empatickou formou. Zároveň vhodnou cestou nabídnout pomoc psychologickou, případně se ujistit, že takovou oporu mají.

TIPY PRO PRAXI – K tématu jak nabídnout psychologa najdete podrobnosti výše v kapitole 1.2. Pro konkrétní formulace je možné inspirovat se v krátkém videu **1**. Samotným klientům lze doporučit přehled **možností psychoonkologické pomoci v ČR** **2**, kde najdou mapu psychoonkologické péče, dále také možnosti psychologické linky a psychoonkologické poradny. Pro svépomoc ve smyslu užitečných informací a zkušeností jiných, kteří si prošli podobnou náročnou situací ve svém životě, je možné nasměrovat na **dvanáctero zvládání náročných situací** **3**.

- 5) Pokud bychom měli vypíchnout jednu užitečnou komunikační metodu pro zdravotníky, která se hodí pro danou situaci jako celek, je to technika „**přerámování**“ **situace v intencích: hrozba/příležitost**. Ta může některým klientům pomoci vnímat to, co se děje, z jiné perspektivy.

TIPY PRO PRAXI – Můžeme si představit konkrétní případ klientky, které lékařka nabídla následující úhel pohledu: „**Víte, díky tomu, že jsme to zjistili včas, tak s tím můžeme něco dělat, a to je velká výhoda. Mnoho lidí to štěstí opravdu nemá a na nemoc se přijde až pozdě.**“ Obdobnou větu klienti většinou dobře vnímají. Je v jádru pravdivá a nejedná se o žádnou manipulaci, protože takto to prostě je.

Na situaci zjištění pozitivní dispozice k onkologickému onemocnění lze nahlížet jako na **hrozbu**, nebo opravdu jako na **příležitost** (byť nechtěnou, náročnou a nepříjemnou), která ale dává možnost mít situaci do určité míry pod kontrolou a snížit riziko nemoci na dostupné minimum. Slovy jiné klientky ve středním



věku: „*Moje kamarádka mi onemocněla rakovinou a v jejím případě se bohužel na nemoc přišlo pozdě. Tenkrát mi řekla, že by dala všechno za to, aby se na to mohlo přijít včas, a ona nemusela podstupovat tak náročnou léčbu a měla větší šanci na uzdravení. Když jsem ji viděla, tak mi to hodně pomohlo při rozhodování, zda se nechat testovat. Prostě já tu šanci mám.*“

Slovy další klientky v mladém věku, čerstvě po dosažení dospělosti: „*Moc jsem nad tím v té době nepřemýšlela. Mamka měla rakovinu, když byla ještě mladá, a stejně tak moje teta. Prostě jsem šla na test, ten vyšel pozitivně, a já to brala tak, že kvůli mamce a tetě mám větší nárok být sledována – neřešila jsem to... Samozřejmě mi později začalo docházet, co všechno to vlastně ovlivňuje...*“

Přes uvedené pozitivní přerámování a empatické zvládnutí celé situace ze strany zdravotníků je neodiskutovatelným faktem, že se v životě takového člověka **zvyšuje psychický tlak**, a to v mnoha klíčových životních oblastech:

- Obavy z možného budoucího onemocnění.
- Nutnost rozhodovat se o preventivních zákrocích.
- Nutnost otevřít témata v rodině.
- Nutnost chodit na pravidelné kontroly.
- Nutnost řešit otázku dětí, pokud je klient nemá.
- Obavy z budoucí dispozice u dětí, pokud je má.

Navíc je dobré připomenout, že člověk si **ne vždy okamžitě uvědomí všechny konsekvence** těchto informací pro svůj budoucí život, rodinu, práci, svoje rozhodování apod. Tedy podobně jak o tom mluví klientka v posledním příběhu výše. Detailně se budeme věnovat zde uvedeným dopadům, tlakům, obavám a nutnosti se rozhodovat v kapitole 4.

Pro úplnost je důležité zdůraznit rozdíly, kdy se **pozitivní výsledek genetických testů dozívá již nemocný člověk**. Také zde jsou platné některé z výše uvedených faktorů zmíněných u zdravých nosičů mutace. Přesto je zde řada další specifik:

→ Jde o tzv. **dvojitou zátěž**, kdy u člověka byla zjištěna jak **nemoc** (to bylo pravděpodobně to první) a následně, typicky v odstavu několika týdnů, přišla (slovy klientky): „*Další osudová rána*“. Kdy byla prokázána také **dědičná dispozice**.

→ **Navíc je psychické zpracování těchto dvou skutečností rozdílné:**

- **Nemoc je povětšinou vnímána jako něco, co má „začátek a konec.“** Byť tomu tak u mnoha forem či stadií onkologických onemocnění být nemusí, je to v mysli člověka typické uchopení situace ve smyslu uvažování: teď se léčím a pak mám očekávání, že to bude dobré/lepší.
- **Naopak dispozice k nemoci je zde „napořád“.** Je to něco, co tu s člověkem bude až do konce jeho života. Jde o permanentní zvýšení hrozby nemoci, které lze v určité míře snižovat nejrůznějšími léčebnými zásahy, životním stylem apod., ale ve své podstatě nemizí.

Nemoc je většinou časově ohraničená (doprovázena například již uvedenými myšlenkami: zatnu síly, zvládnou léčbu, bude zase dobře). Psychická adaptační strategie je u nemoci většinou krátkodobá a mysl se upírá k bodu „kdy to budu mít za sebou“ a z něj také čerpá energii pro zvládnání nemoci/léčby. Zatímco prokázána hereditární dispozice k onkologickým onemocněním vyžaduje jinou adaptační strategii, právě vzhledem k její trvalosti.

Z pohledu psychického zvládnutí je, u pozitivně diagnostikovaných a navíc nemocných, komplikující často přítomná tzv. **triáda tlaku**. Typicky u lidí v produktivním věku, kteří už zároveň mají děti, dochází ke kumulaci tlaku ze třech hlavních směrů:

- Obávají se **o sebe** a svoje zdraví v důsledku nemoci i dispozice.
- Bojí se o **svoje blízké**, kteří už měli onemocnění, nebo u nich nemoc aktuálně probíhá.
- Především ale mají strach o svoje, často ještě **nedospělé, děti**. Strachují se, aby nebylo zatížení později prokázáno také u nich. Tento tlak nejistoty směrem k dětem navíc může trvat v řádu let, vzhledem k tomu, že testování se provádí až po dosažení dospělosti. Zároveň se trápí tím, aby zde pro ně byli dostatečně dlouho apod. Nabídnutí psychologické pomoci je zde tedy více než adekvátní.

Krátké shrnutí ke kapitole jako celku: Bod, kdy je člověku potvrzena hereditární dispozice k onkologickému onemocnění, je doslova život měnící. Z pohledu psychologických výzkumů se ukazuje důležitost empaticky vedené komunikace ze strany zdravotníků a nabídka psychologické pomoci, primárně u zranitelnější skupiny jedinců. Víme, že zhruba 25 % všech osob, které jsou pozitivně diagnostikovány, by výrazně profitovalo z odborné pomoci psychologa. Kritické období pro psychické zpracování celé situace je zhruba 3–5 týdnů po sdělení pozitivních výsledků a souvisejících důsledků. Jako klíčový faktor dobrého zvládnání se ukazuje pocíťovaná opora, a to jak ze strany zdravotníků, tak i lidí v blízkosti klienta.

2.2 Negativní výsledek testu

Výsledky provedených testů neprokázaly dědičnou dispozici. Přestože se jedná o zprávu příznivou, její psychické zpracování nebývá až tak přímočaré:

a) Negativní výsledek testu a zdravý člověk.

U většiny osob nastupuje v prvním okamžiku dominantní úleva, snížení prožívaného strachu a úzkosti. Překvapivě však někteří zažívají pocity smíšené, tedy nejen ty pozitivní. Časté bývají tyto:

- Ambivalentní pocity bývají typičtější u jedinců **žijících v rodinách, kde je dispozice poměrně rozšířená**. Negativním výsledkem testu jsou oni pak jedni z mála, nebo dokonce jediní, kdo tuto dispozici v rodině nemá. Mohou pak paradoxně zažívat **pocity určitého vyčlenění ze skupiny a rodiny jako celku**. Někdy jde jen o vnitřně prožívané pocity, jindy i ostatními nahlas pojmenované. Slovy klientky, které sestra řekla: „*Vždyť ty nemůžeš vědět, jaký to je.*“
- Tyto pocity pak mohou jít v mysli člověka ještě dále, kdy se objevuje fenomén **tzv. viny přeživších**. Lidé po získání negativních výsledků prožívají (vedle úlevy a radosti) také zvláštní pochybnosti ve smyslu: Jak to, že oni měli štěstí, a jejich blízcí, na kterých jim záleží, nikoliv. Může docházet ke srovnávání se a potřeby „převzít břemeno“ – například podle jedné klientky: „*Měla jsem to mít já, a ne moje sestra. Ona už má děti, a ty ji budou potřebovat.*“ Zde se ukazuje, jak silná je někdy identifikace člověka se skupinou. Jak moc nám může záležet na našich blízkých. Někteří lidé mají **potřebu si to „odpracovat“**, postarat se o ostatní, kteří to „štěstí neměli“ apod.

OKÉNKO DO TEORIE – Syndrom přeživších je poměrně častou formou reakce na prožitek traumatické události. Dostavuje se u těch, kteří přežili život ohrožující situaci, například v podobě katastrofy, nehody, války apod. Typické jsou pro něj právě pocity viny, studu a úzkosti. V pozdějších fázích může vést i k rozvoji deprese. Zde se ukazuje, že i člověk s negativním výsledkem genetického testu si po prožití stresově náročné situace zaslouží naši odbornou pozornost.

→ Zároveň dochází k nutnosti **integrovat tuto novou skutečnost do své vlastní identity**, životních plánů apod. Znovu připomínáme, že testování zdraví lidí bývají mnohdy primárně z rodin, kde je nemoc přítomna u více členů. Mnozí si tak ještě před vlastním testováním mohou „navyknout“, resp. smířit se s vědomím, že asi taky mají dispozici k nemoci; že možná zemřou/onemocní v mladém věku, jako maminka či babička apod. Lékařské potvrzení jejich „nerizikovosti“ je pro ně novou a zásadní informací.

b) Negativní výsledek testu a nemocný člověk.

Zde se v praxi setkáváme jako psychologové s někdy paradoxním efektem, který bychom mohli popsat jako **intenzivnější hledání příčiny nemoci jinde**. Slovy klientky: „*Pane doktore, když to tedy není v genech, tak to musí být všechno v hlavě, ne? Takže to mám z toho stresu.*“ Vyloučení genetické dispozice tak může vést až k úzkostlivému hledání příčiny nemoci někde jinde.

TIPY PRO PRAXI – Pro snížení pocívané psychické zátěže mohou lékaři říci například: *Rozumím, že byste rád/a znal/a příčinu svého onemocnění, ale to je otázka, na kterou bohužel věda zatím nezná přesnou odpověď.*



2.3 Neurčité výsledky či „selhání“ testu

Jde o nejasná zjištění nebo o situaci, kdy pravděpodobně došlo k selhání (metody, člověka apod.). V praxi jsme měli možnost se setkat s následující situací (opět slovy klientky): „*Onemocněla jsem rakovinou už před lety. Tenkrát mi bylo řečeno, že tam žádná mutace není. Teď se mi rakovina vrátila, zároveň onemocněla i moje sestra. Když mi teď dělali testy znovu, tak jsem BRCA pozitivní. Hodně to ovlivnilo moji důvěru k medicíně.*“

Zde je opět na místě **empaticky vedená komunikace**, která nabídne pochopení pro „spravedlivý hněv“ a nedůvěru, kterou klientka popisuje. Podporující komunikace, která snad pomůže obnovit (skrze vztah s konkrétním zdravotníkem) důvěru k oboru jako celku, je důležitou součástí. V rámci hovoru je dobré dát prostor emocím, ale také nabídnout svoji profesionalitu a ujištění, že „od teď dále“ se budete snažit udělat

maximum. Jisté je, že důvěra byla otřesena, je třeba ji obnovit. Zároveň je třeba klientce připomenout, že musíme řešit situaci „tady a teď“ léčbou, preventivním sledováním apod. Tedy „centrovat“ její uvažování více do přítomnosti. Minulost nezměníme, ale budoucnost ovlivnit můžeme právě teď, v přítomnosti.

Obdobně může jít o situaci, kdy je **v rodině více nemocných, ale test je negativní**. Slovy klientky: „*Lékařka mi řekla, že z pohledu provedeného panelu testů tam nic není, ale to neznámá, že je genetika úplně vyloučena. Protože vaše maminka nemocná byla, stejně tak sestra.*“ Zde se může jednat o tzv. **familiární výskyt**. Tedy dispozice nemusí být dědičně předávány, ale souviset s faktory, které na členy rodiny působí společně (kouření v rodině, společná strava apod.). To ale opět může vést ke zvýšení pocitu nejistoty, k až úzkostnému hledání příčin nemoci apod.

OKÉNKO DO TEORIE – V současné době běží celá řada studií na tzv. polygenní rizikové skóre (pozadí) – ukazuje se, že v mnoha rizikových rodinách není zjištěná žádná vysoce riziková mutace v konkrétním genu, ale určitá kombinace genetických variant i v níže rizikových genech dohromady může riziko nádorů významně zvýšit (nebo naopak snížit i v případě přítomnosti vysoce rizikové mutace). Klinicky použitelné výstupy ale ještě nějakou dobu asi nebudou.

S tím souvisí i případné **nejasné výsledky**, kdy se může jednat o mutace s nejasným dopadem na zdraví. Někdy se mluví o tzv. variantách nejistého významu, tedy o genetických změnách, kde není jasné, zda zvyšují riziko nemoci, či nikoliv. Což může opět vyžadovat řádné vysvětlení, protože i zde bývá na místě další sledování dotyčného, byť se vlastně nic nenašlo.

O to náročnější může být pro zdravotníky „udržet člověka“ ve sledování, přesvědčit ho případně k opakovanému testování apod. Navíc psychologické výzkumy ukazují, že jedinci s nejasným či neuzavřeným nálezem **pocítují větší míru stresu** než ti s pozitivním výsledkem. Opět se ukazuje, že pocítovaná nejistota je pro lidskou psychiku náročná. A to nejen pro psychiku daného člověka, ale také jeho blízkých.

3. Komunikace tématu v rodině

Vše, co se člověku děje, neprožívá sám, ale **v kruhu svých nejbližších**. U tématu hereditárních dispozic to platí snad více než kdekoliv jinde. Jako zdravotníci bychom tedy měli uvažovat v kontextu celé rodiny daného člověka. Zásadní pro zmírnění dopadu špatných zpráv je **dobře zvládnutá komunikace v rodině**.

Nejnáročnější to zpravidla bývá v případě, kdy je **daný člověk první**, kdo tuto informaci (o pozitivním výsledku testu) do rodiny přináší. Nejenže musí (resp. měl by) informovat svoje blízké, že má **genetickou mutaci, která zvyšuje riziko jeho nemoci**, ale zároveň by měl informovat pokrevní příbuzné. Sdělení rodinným příslušníkům by zároveň mělo (mohlo) být **motivující směrem k jejich testování a zodpovědnému přístupu k možnému riziku**.

O jak náročnou situaci jde, lze vyčíst z citace klientky: „*Moje maminka a babička měly rakovinu, když jsem byla ještě malá. Po domluvě s lékařkou jsem se nechala testovat, ale nikomu jsem to neřekla, aby neměli strach. Když jsem pak šla domů bohužel s pozitivním výsledkem pro BRCA, tak se mi to vůbec nechtělo říkat. Prostě tížít je tím, že možná dostanu rakovinu, a navíc, že oni na tom mohou být stejně... Ano, bála jsem se o sebe, ale asi ještě více o svoje, i když dospělé, děti. Začala jsem se v myšlenkách vracet do minulosti, že si budou prožívat to, co já v mládí s mamkou. No prostě hrůza, vůbec jsem nevěděla, jak začít...*“

Z podstaty nastavení lidské psychiky a vztahů s těmi, které milujeme, víme, že svoje blízké nechceme trápit, ale spíše jim dávat radost a možná si jen občas postěžovat na drobnosti každodenního života. Ale přinášet hrozby vážných nemocí je to poslední, co bychom chtěli dělat, jak výstižně uvádí klientka výše. Už jen samotné sdělení, že my sami můžeme onemocnět, je zatěžující. Zde navíc přinášíme i nechtěnou (možnou) zátěž mezi ostatní členy.

Pokud si daný člověk není jistý, jak takovou zprávu sdělit, může se poradit s odborníky psychologie **1** nebo ho můžeme nasměrovat na inspirativní **Desatero pro komunikaci tématu v rodině** (uvedeno v příloze 3). Doporučujeme ho k nahlédnutí také vám, odborníkům. Tato doporučení vlastně tvoří jádro této kapitoly, ale jsou záměrně **připravena takto jako samostatná příloha**, abyste ji mohli předat (zkopírovat, dát nahlédnout nebo odkázat na linkos.cz, kde je dostupná v on-line podobě **2**) přímo člověku, kterého čeká probírání s rodinou.

Pokud odhlédneme od zmiňovaných doporučení uvedených v příloze 3, která jste pravděpodobně právě dočetli, dává dále smysl upozornit, že samotný sdělující (pokud je prvním informujícím v rodině) se stává nechtěným „**poslem špatných zpráv**“. To je situace, s níž se pojí řada specifických psychologických fenoménů.

OKÉNKO DO TEORIE – K tématu **posla špatných zpráv**. Dle výzkumů víme, že **lidé mají tendenci spojovat negativní pocity vyvolané zprávou přímo s osobou**, který je přináší. Jde o mnohdy podvědomě spuštěný proces, a to i když si posluchač uvědomuje, že **nositel nenese za zprávu vinu**. Což je zřejmé i u dědičných dispozic, které jsme si my sami opravdu nijak nezavinili!

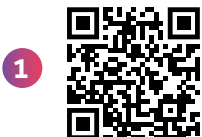
Psychologický mechanismus na pozadí ukazuje, že sdělená **zpráva**, zdá se, **ohrožuje pocit bezpečí** (ve smyslu já, případně ti, na kterých mi záleží, mohou být ohroženi nemocí), a nositel zprávy tak může být podvědomě vyhodnocen jako „útočník“. To následně může vést (opět podvědomě) k obraně, hněvu, až agresivnímu chování. Slovy klientky: „*U nás doma se vždycky říkalo, že nám tu rakovinu tenkrát do rodiny přinesla teta. Což je úplná blbost, ale mám to tak zafixované už od mládí.*“

Pohledem sociální psychologie je, zdá se, **jednodušší zlobit se na konkrétního člověka** než na osud či nějakou biologickou chybu na úrovni DNA. Podobně může hněv směřovat k lékaři, tam to ale, domníváme se (bez toho, aniž bychom to mohli doložit studiemi), nebývá tak časté.



V duchu uvedeného teoretického vstupu lze říci, že **přestože má člověk dobré úmysly** (chce informovat svoje blízké o hrozbě), může dojít paradoxně k efektu, že je vnímán jako ten „který ubližuje, má zlé úmysly apod.“. I když to je velmi odvážně řečeno. Jak se zmírněním tohoto efektu pracovat je podrobněji uvedeno ve zmiňované příloze 3.

V praxi (resp. v mysli našich klientů) je klíčové oddělovat RIZIKO (resp. mutaci, hrozbu nemoci, prokázané dispozice apod.) a daného ČLOVĚKA. Prakticky řečeno: Toto je ČLOVĚK z naší rodiny, kterého máme rádi, kterého milujeme, a toto je RIZIKO možného onemocnění rakovinou, které nás všechny trápí a zatěžuje. A to opravdu není totéž! **Není to ten ČLOVĚK, co nás zatěžuje, je to to RIZIKO nemoci.** Důsledně to oddělovat je základním pravidlem. Připomínat to našim klientům může pomoci.



4. Dlouhodobější horizont života s dispozicí

Člověk se dozvěděl o své zvýšené dispozici k onkologickému onemocnění a otevřel téma v rodině. Uběhlo prvních pár dní, možná i několik týdnů. S určitým odstupem času lidé mnohdy **uvíznou v různém „psychickém nastavení“**, které ale poměrně zásadně ovlivňuje jak kvalitu jejich života a rodinný život, tak i spolupráci s lékaři při pokusu o minimalizaci rizika rozvoje nemoci. Zkusíme si popsat na **dvou extrémech**, někde mezi nimi spočívá realita přístupu mnoha lidí s dispozicí:

- a) **Lhostejnost – zlehčování až popření.** Ve smyslu nebudu to řešit, není co řešit, nic mi není, doktoři, ti vždycky něco najdou apod. To vede k nebezpečnému odkládání nutnosti řešit preventivní zákroky nebo pravidelné kontroly.
- b) **Úzkostlivost – potřeba přehnaného informování se o všem.** Potřeba udělat maximum, aby se nemoc do života člověka nikdy nedostala. Přehnaná potřeba studování tématu, kdy se z dispozice stane ústřední životní téma člověka. Což vede jak k intenzivnímu stresu, tak až k možnému „hypochondrickému“ pozorování se.

Obě uvedené situace mohou být určitou reakcí na zvýšený tlak v podobě obav z budoucího onemocnění, nutnosti chodit na pravidelné kontroly, rozhodnutí podstoupit preventivní léčebné zákroky, nutnosti řešit otázku dětí (pokud je klient nemá), případně zvládání nejistoty možných budoucích dispozic u dětí, které má. Dále i obav, že děti budou vyrůstat bez rodičů apod. V následujících dílčích kapitolách se budeme těmto tématům stručně věnovat.

4.1 Nutnost rozhodovat se o preventivních, ale zároveň invazivních zásazích

Jde o téma, které je z pohledu zdravotníků nutno zpravidla řešit jako první. Také zde záleží, jak se podaří lékaři vše s klientem probrat a přesvědčit ho. Téma prožívaného vnitřního konfliktu, otevřené v kapitole 1.1, zde dostává novou, snad ještě silnější podobu.

Obsah kapitoly budeme vztahovat především **k zásahům invazivním**, jako je profylaktická mastektomie (chirurgické odstranění prsů), profylaktická bilaterální-salpingo-ooforektomie (chirurgické odstranění vejcovodů a vaječníků), profylaktická subtotální kolektomie (odstranění celého tlustého střeva s ponecháním konečníku) případně další, uvedené podrobněji v příloze 2 (dále jen „zásah“). Už z jejich stručného popisu je zřejmé, že se jedná o zásahy invazivní, které mají svůj zásadní tělesný, ale i psychický dopad:

1. Nejprve jde o vlastní proces **rozhodování, zda zásah podstoupit**. Zde si člověk prochází velmi podobnými procesy rozhodování, které jsou uvedené v kapitole 1.1. Oproti rozhodování, zda se nechat testovat či ne, je zde hlavním motivem (pro provedení těchto zásahů) „získání větší kontroly“ nad situací, resp. nad rizikem nemoci.

Tedy snížení pociťovaného strachu z hrozby nemoci, dosažení pocitů, že jsem pro sebe či zabránění nemoci udělal(a) maximum apod. Velký vliv má i pociťovaná opora z nejbližšího okolí. Lidé mohou člověka podpořit, stejně jako od zásahů odrazovat. Realita chybějící opory (například u matek samoživitelek), může komplikovat samotnou možnost podstoupit operaci apod.

2. Následuje fáze **vlastního (typicky chirurgického) zásahu a rekonvalescence**, která není zdaleka vždy bez problémů. Z pohledu psychologického zde člověk může zpětně zpochybňovat správnost svého rozhodnutí (pod tlakem bolesti, vedlejších efektů léčby, samotného zásahu apod.). Právě pochybnosti v této oblasti jsou častým tématem psychologických konzultací.

TIPY PRO PRAXI – Je dobré klientům zmínit, že v období, kdy prožíváme intenzivní tělesný nekomfort či bolest (tedy těsně po zákroku), se **automatiky objevují spíše negativní emoce**. Výhled do budoucna může být temnější a tíživější. Je to poměrně obvyklý stav, který postupně odeznívá.

Je třeba jim zdůraznit, že rozhodovat se (či zpochybňovat svá předchozí rozhodnutí) **v takovém období není optimální**. Říci jim například, ať si zkusí stanovit např. dva měsíce a teprve poté vše (s odstupem času a proběhlou rekonvalescencí) znovu vyhodnotí. Týden či dva po operaci bývá příliš brzo.

3. S odstupem času následuje fáze z psychologického pohledu klíčová, a sice **schopnost pokračovat dále v životě i v tomto, léčebném zásahem pozmeněném, tělesném stavu**. A to jak z pohledu **změny funkčnosti těla** (například nutnosti strpět stomii – umělý vývod apod.), tak i **nové tělesné podoby** (například po změnách tělového schématu, odstranění prsou apod.).

Pohledem klientky po provedené profylaktické mastektomii: „Dlouho jsem se na sebe nemohla ani podívat. Jasně, bylo to rozumné, nechat si odstranit prsa a snížit to riziko. Ale nejenže to bolelo – to bych i zvládla, ale já se hlavně přestávala mít ráda. Nechtěla jsem se svléknout, a to ani před manželem. Hodně mi pomohla pohybová terapie, abych si k tělu zase našla cestu.“

Klíčovou součástí této fáze, která zásadně souvisí s kvalitou života člověka, je **znovuobnovení kontaktu s vlastním tělem** v jeho nové, zásahy pozmeněné podobě a funkčnosti. Snížit pravděpodobnost vzniku nemoci je věc jedna, získaná kvalita života pak věc druhá, v našich očích neméně důležitá. Podrobněji se tématu znovuobnovení kontaktu s tělem věnuje kniha *Psychoonkologie* (Grada, 2024).

4.2 Celoroční život v kontextu preventivních kontrol

Zjištěná dispozice znamená, že je člověk **nucen chodit na pravidelná vyšetření v průběhu roku** a je intenzivněji sledován než člověk bez prokázané dispozice. Z čistě medicínského pohledu je to jasné a užitečné, protože čím dříve případnou rozvíjející se nemoc odhalíme, tím větší je šance dobrého залéčení a minimálních následků léčby. To je **dobré z pohledu těla**.

Z pohledu kvality života a psychického prožívání to může být ale výrazně jiné. Pravidelné kontroly a čekání sebou **přinášejí stres** a „drží“ (třeba i zdravého člověka) pod „hávem hrozby nemoci“. Mnohé klienty nutí na nemoc neustále myslet a zvyšují tak prožívanou nejistotu.

Zkusíme si přiblížit na konkrétním příkladu klientky s prokázanou BRCA mutací: „Já chápu, že se o mě doktoři starají, a jsem jim za to i vděčná. Ale jak nemám myslet na nemoc a být v pohodě, když jsem pořád u nějakého doktora a buď čekám na vyšetření, které se blíží, nebo následně čekám na výsledek, z čehož jsem nervózní. Tím, že mi na rakovinu zemřela mamka, vím, že je to prostě reálná věc. To všechno ale je pro mě velký stres, na který jsem si zatím nezvykla.“

Jako příklad si můžeme uvést **doporučená preventivní opatření** u nosičů BRCA1 a BRCA2 (například dle Büchler et al., 2019), zde se jedná ve stručnosti o **fyzikální vyšetření každého půl roku, zobrazovací metoda každého půl roku, gynekologické vyšetření co půl roku a odběry, kolonoskopie co tři roky, test na okultní**

krvácení každý rok, gastroskopie, oční vyšetření. Podobně můžeme najít také v ESMO doporučeních apod. Zde nám nejde o přesný výčet, který se může měnit dle vývoje vědeckého poznání, ale o představu z pohledu množství. Pokud bychom to velmi zjednodušili, **může se jednat minimálně (zhruba) o osm a více různých vyšetření v průběhu roku**. Pohledem čistě medicínským jde „jen“ o osm dní v roce, kdy člověk musí „strpět“ vyšetření. Pohled psychologický nám ale říká, že už několik dní či týdnů před vyšetřením pociťují lidé psychickou zátěž, stejně jako při čekání na výsledky. Tedy jedná se o mnoho týdnů v roce, kdy je člověku **připomínána hrozba nemoci** a zároveň **prožívá (individuálně různě intenzivní) stres**. Slovy jiné klientky: „*To je každý měsíc něco, pane doktore. Jak na to pak nemám myslet?*“

Pokud klienti zmíní podobně zatěžující obavy, lze doporučit nahranou přednášku k tématu Cesty ke zvládnutí strachu **1**, případně další zdroje pro zvládnutí náročných emocí a nejistoty na portále www.psychoonkologie.cz.

4.3 Celoživotní psychický tlak genetické zátěže v rodině a jeho rizika

Zkušenosti i studie ukazují, že u rodin s hereditárními syndromy dochází k určité **kumulativní zátěži prožívaných nemocí** (u jedince i jeho blízkých). Navíc dochází i k akumulaci **životní ztrát** v důsledku rodinných úmrtí, a to často v mladém věku. Tento psychický tlak se po určité době může promítnout do **depresivního nastavení** u některých z nositelů dědičných dispozic. Ti mohou dospět, opět po určité době, k reálným úvahám o **ukončení vlastního života**.

TIPY PRO PRAXI – Jak rozpoznat depresivní prožívání. V současné době jsou k dispozici klinicky ověřené metody pro zjišťování míry prožívané deprese, které doporučujeme.

Nicméně v ordinaci lékaře nemusí být vždy možnost jejich použití, klient nemusí být ochotný, metoda dostupná apod. Proto nabízíme **několik užitečných otázek do praxe**: Může být užitečné začít (z pozice lékaře) otázkami na rozhraní „těla a psychiky“. Tou první větou může být: *Jak SPÍ-TE?* Následně otázka: *Jak jste na tom s ENERGIÍ?* Myšleno pro léčbu, rodinu, zájmy, práci apod. Následně již více diagnostická otázka: *Jak často jste měl opravdu špatnou NÁLADU v posledních 14 dnech?* Ve stručnosti: Pokud je spánek špatný, energie není prakticky pro nic a odpověď na poslední otázku zněla (slovy jednoho z klientů) „*Stojí to za houby, pane doktore*“, můžeme reálně uvažovat o podezření na rozvinutou depresi. Tedy tři jednoduché otázky na spánek, energii a náladu. Znovu upozorňujeme, že jde pouze o orientační otázky, a nikoliv o klinickou diagnostiku! Lze pokračovat a prověřit si, zda s někým svoje stavy sdílí a nakolik na ně **zůstává sám**, otázkou: *Máte si o tom všem S KÝM promluvit?* Pokud je ve svých trápení osamocen, riziko bludné spirály depresivních myšlenek je ještě vyšší.

V případě, že jsou zde navíc náznaky typu *Já bych se na to všechno nejradši vykašlala, pane doktore*, nebo *Ten život takto nestojí za nic, už se mi tu nechce být...*, ty mohou upozornit na přítomnost **sebevražedných myšlenek**, které jsou silným varováním.

V takovém případě je žádoucí ověřit si u klienta přímou otázkou *Hovoříte o sebevraždě?* nebo *Myslíte na sebevraždu?* Domníváme se, že není nutné se této otázky obávat, naopak se může klientům ulevit, že o těchto myšlenkách mohou s někým mluvit. Výsledkem může být buď „**ráz- né vyvrácení**“ ze strany klienta, nebo takové myšlenky připustí. Pak je nutné poslat jej přímo za odborníkem.

Typicky jde o riziko tzv. **bilančních sebevražd**, kdy se jedná o dlouhodobě rozmýšlený akt, který má být východiskem z dále psychicky „nevydržitelné“ situace. Nemáme zde odvahu hodnotit (bez vlastní zkušenosti takové míry zátěže, jakou zde popisujeme), co všechno by člověk měl „ještě vydržet a co už ne“. Zároveň ale víme, že psychologicky lze pomoci i ve velmi – optikou klienta – beznadějných situacích.

Z praxe bohužel víme, že **rodina nemusí být vždy v takových případech dostatečnou oporou a motivací** pro další pokračování v životě. Mnohdy i z toho důvodu, že jsou mnozí její členové postiženi nemocí. Slovy klienta: „*Rakovina mi sežrala mamku, bráchu, ségra je nemocná a teď si přišla i pro mě. Mám už jen tatku.*“ Navíc na oporu v potřebné síle zbývající členové rodiny nemají často dost sil nebo zde nejsou v dostatečném počtu prostě proto (velmi pragmaticky řečeno), že už zemřeli v mladém věku.

Silným motivátorem pro život člověka jsou obecně jeho **děti**. Zde ale u některých nositelů dispozice nemusí být důvod či chuť zakládat budoucí rodinu. Ať už z obav jejich dědičného zatížení (které sice již lékaři dokáží odhalit), ale často i z důvodu obav, aby zde pro narozené dítě mohli být, resp. žít dostatečně dlouho, vychovat ho a ekonomicky zajistit. Mnohdy nechtějí své možné budoucí dítě vystavit tomu samému, co nyní zažívají oni sami v mládí apod.

Významným rizikovým faktorem, který by si možná zasloužil celou další kapitolu, je **dlouhodobé ovlivnění vztahů** v rodině, jejich ztráta, rodinná „tabu“ ve smyslu mlčení o nemoci (či o dispozici) v rodině a před dětmi, až po zákazy „mluvení o tělesných změnách“ po profylaktických operacích v rodině. Určitě také stud a pocit „že je v tom člověk sám“, pokud vybereme jen některá dlouhodobá vztahová trápení, zmiňovaná klienty v naší praxi. To vše ve svém celku ukazuje, jak důležitá je celková péče o tuto křehkou cívovou skupinu a jak vyžaduje spolupráci lékařů, psychologů, patientských organizací, pracovníků sociálních služeb a dalších.

1



5. Celková možná konsekvence pro změnu běhu života

V praxi vidíme, že velká část lidí, kteří se nacházejí v situaci, kdy jim byla potvrzena dědičná dispozice k onkologickému onemocnění, se **snaží soustředit na kvalitu svého života, dostat zdraví pod možnou kontrolu a snížit riziko nemoci, kam až je to pro ně únosné, z pohledu prevence**. Přemýšlejí nad svými budoucími cíli a životem ve stínu možné hrozby.

Dominantní bývá uvažování nad **tématem vztahů, rodiny a potomků**, pokud je ještě nemají. U těch, kdo rodinu teprve plánují, se otevírá otázka využití možností asistované reprodukce, případně volby dárců apod.

Celkově nese situace dokonce i **riziko určité izolace od ostatních**. Setkali jsme si i s klienty, kteří mluvili o tom, že už nechtějí ostatní zatěžovat, a to někdy až v extrémní podobě: nevytvářejí vztahy a neplánují děti, aby nemuseli prožívat to, co zažívali kdysi v rodině v podobě nemocí rodičů, ztráty blízkých apod. V myslí některých se otevírá **téma existenční hrozby** ve smyslu pochybností, zda se uživí, zda uživí svoje blízké a jak dlouho zde budou, než nemoc přijde nebo se vrátí. Náročnost situace je po psychické stránce značná, jak vyplývá z celého textu. V takových případech je dobré nasměrovat člověka na odbornou psychologickou pomoc.

Přes uvedenou náročnost celé situace se ale v praxi setkáváme i s lidmi, kteří **navzdory náročným zjištěním dál pokračují svým životem, a to ve velmi dobré kvalitě**. Mnozí z nich upravují svůj životní styl a priority. Postupně si navykají na pravidelný cyklus kontrol a zapracují jej do svého běžného života. Věnují se **v rámci možností pravidelnému pohybu, zdravé výživě a vyhýbají se rizikovým faktorům**. Uvědomují si, že to sice není záruka jak zabránit nemoci, ale zpětně vnímají takový zdravý životní styl jako lepší, pro ně příjemnější. Nemnozí si **více uvědomují hodnotu času a chtějí ho věnovat pro sebe důležitým oblastem, jako jsou vztahy s blízkými a smysluplná pracovní činnost**. Ve své praxi jsme měli možnost potkat i takové, kteří v celé situaci **vidí i malé střípky přínosů či nečekaných obohacení**. Aniž by to posledně řečené mělo být nějakým nárokem pro všechny.

Přílohy

Příloha 1 – Zásady podporujícího hovoru ze strany zdravotníka

V této části textu zkusíme připomenout základní doporučení pro vedení empatického rozhovoru. Resp. budeme se snažit odpovědět na otázku, jak do hovoru na náročné téma promítnout dostatek empatie tak, aby to člověk cítil. Jde například o situace, kdy sdělujeme pozitivní výsledky genetických testů, chceme přesvědčit klienta o nutnosti podstoupení profylaktických zásahů nebo už jen samotné otevření tématu nutnosti se nechat testovat na podezření na dispozici, v úplném počátku.

Téma komunikace a jejího správného vedení je důležitější, než jsme si ve vědě historicky mysleli. Právě skrze empaticky vedený hovor získává klient něco navíc, a sice **pocit opory**. Jde o dobře měřitelný fenomén, který má řadu pozitivních důsledků, a to jak na **úrovni psychologické** (ve smyslu zvýšení kvality života, snížení pociťovaného stresu, nižšího rizika deprese apod.), tak i na **úrovni biologické** (kdy metaanalytické studie ukazují lepší uzdravování, delší přežití či snížení chronicky zánětlivých ukazatelů apod). Podrobněji k tématu **vliv vztahů a pociťované opory** najdete v nahrané přednášce **1**.

Navíc to vše zároveň **zvyšuje compliance s léčbou**, a to je stěžejní. Je vcelku jedno, jak pokročilou léčebnou či preventivní metodu navrhne, jestliže ji klient nebude dodržovat, nebo ji přímo odmítne. Nyní tedy několik základních bodů k připomenutí:

- V jádru empaticky vedeného hovoru stojí **zájem o druhého člověka**. Projevený zájem je základním kamenem mezilidských vztahů. V centru každého fungujícího vztahu stojí zájem o toho druhého. Pokud zájem mizí, vztah skomírá. Zájem navíc zásadně podmiňuje důvěru, která je ve vztahu mezi lékařem a klientem klíčová, jak bude uvedeno dále.
- Aby člověk cítil náš zájem, je třeba **s ním mít navázaný kontakt**. Tomu mohou při setkání v ordinaci dopomoci dvě velmi jednoduché, ale důležité věci: **dívat se na člověka** a **naslouchat mu**. Vypadá to jako opakování známých a elementárních faktů, ale praxe opravdu ukazuje, že tyto základní principy často nejsou dodržovány. Slovy klientek: „Setkání s lékařem, který sedí v ordinaci, kouká do monitoru a téměř se nepodívá pacientovi do očí, je velmi nepříjemné a pacientovi nedodá ani energii, ani naději.“ Pokud se připojíme pohledem naší psychologické praxe, jde o jeden z nejčastějších stesků klientů.
- V případě, že chceme něčemu v našem rozhovoru s klientem dodat důraz a současně projevit zájem, **je třeba se na něj dívat**, ideálně do očí. Jde o základní nástroj pro budování vztahů a získávání důvěry. Pokud opět doplníme pohledem klientky: „Pokud nám pacientům chcete něco **důležitého** říct, otočte prosím hlavu na nás, podívejte se nám do očí, mluvte s námi. Ne s počítačem. Jak k vám máme mít důvěru, když se nám ani nepodíváte do očí?“ Z praxe víme, že pro někoho může být náročné, dívat se druhým přímo do očí. Lze si pomoci tím, že se díváme na kořen nosu druhého člověka. Dotyčný rozdíl nepozná.
- Pokud tedy jako lékař **takto „vidím“ a „slyším“**, co mi klient říká (a nejen ta slova, také jak to říká), mohu **zrcadlit to, co vidím a slyším**. Například: *Vidím, že je toho na vás teď hodně.* Už jen taková jednoduchá věta, která nezabere více než pár sekund, je projevenou empatií. Takto projevený zájem není luxus navíc, protože nám zvyšuje zmiňovanou compliance.
- Zároveň znovu zdůrazňujeme výše řečené, a sice že pocit opory, který empaticky vedenou komunikací vytváříme, je sám o sobě v určité míře **léčivý**. Nejenže pro to máme vědecké důkazy na úrovni biologie (podrobněji v knize *Psychoonkologie* [Grada, 2024]), ale je to důležité i pro prožívání klientů. Slovy jedné z nich: „Pro mě je ta empatie potvrzením zájmu o mě jako člověka. Prostě nebyť jen to číslo, jen tělo k opravení, jen ta diagnóza.“

- Pacienta, že „**jsme v tom společně**“ a **lékař je na jeho straně** v této náročné situaci, je naším cílem. Existuje naopak i dostatek vědeckých důkazů, že **pociťovaná osamělost** je u mnoha onemocnění a psychických stavů velmi rizikovým faktorem.
- Jedním z důležitých nástrojů pro podporu vztahu v náročné situaci je **ocenění** ze strany lékaře. Naším úkolem je zde rozpoznat a pomyslně „vypíchnout“ to, co se aktuálně člověku daří. Pojmenování nahlas pak vytváří motivační sílu pro spolupráci i pokračování v léčbě, prevenci apod. V kontextu hereditárních dispozic a nutnosti se nechat testovat lze například ocenit, že člověk (ten zdravý) vůbec přišel, a to například navzdory svému strachu. Stvrdit z naší strany, že je to důležité pro prevenci a včasné zachycení nemoci. S určitou odvahou lze říci, že prakticky vždy je možné klienta za něco ocenit. Ocenění nás nestojí moc času, jsou to většinou jen desítky sekund navíc.
- Centrální téma vztahu mezi lékařem a klientem je, již mnohokrát zmíněná, **důvěra**. Pokud věříme lékaři, vlastně věříme i léčbě, tedy léčebným zákrokům, preventivnímu programu jako celku apod. Zároveň čím větší je důvěra v lékaře, tím méně klienti hledají na internetu, méně často uvažují o druhém názoru, méně používají „proti lékaři“ umělou inteligenci apod. Budování důvěry je tedy naše investice, nikoliv zbytečná ztráta času. Čas šetří, a ne naopak.
- Pozitivním vedlejším efektem nastolené důvěry je **pocit bezpečí klienta**. Jde o léčebný cíl, který je nezbytný v praxi psychologické (prakticky se bez něj nedá vůbec pracovat) a je podobně důležitý v praxi lékařské. Pokud se člověk cítí bezpečně, je zákonitě méně ve stresu, klidnější, a hlavně **dokáže zpracovávat informace**. To je v ordinaci stěžejní. Pokud je klient přemožen silnými emocemi v náročných situacích (například po sdělení pozitivních výsledků testů), nebude nás vnímat tak jako za normálních podmínek. Bude se následně doptávat znovu, volat nám, dělat chyby v léčebném postupu apod.
- Vedle toho, co říkáme, posilujeme pocit bezpečí klienta i **svým klidným jednáním**. Situace, ve kterých klienti přicházejí, jsou často plné nejistoty a strachů (např. sdělení hrozby dispozice, oznámení výsledků testů, plánování preventivních zákroků apod.). V těchto situacích se laici příliš nevyznají, spoléhají na lékaře, který ví, co dělat. Právě naším klidným jednáním můžeme klienta „nakazit“ v pozitivním slova smyslu. Zvýšit jeho pocit bezpečí, kdy odchází s pocitem, že lékař má situaci (v rámci možností) **pod kontrolou**, protože jednal klidně, věděl, co a jak.
- Velkou pomocí v situaci „kdy je toho na klienta hodně“, je danou **situaci strukturovat**. Tedy metodou nejbližších kroků vytvořit plán a pomoci klientům se v situaci zorientovat, ukázat co bude následovat a jak to společně zvládnout. Jít s ním krok po kroku. Konkrétním příkladem pro situaci zahlcení je zrcadlení toho, co vidíme: *Vidím, že je to pro vás těžké. Případně normalizujeme: Nedivím se, že je toho na vás hodně. Má to tak více lidí, ale společně to zvládneme.* Ověřujeme, zda jsou nějaké otázky, na které mu můžeme odpovědět, témata, která znejišťují a přinášejí do mysli obavy. Nabízíme oporu na cestě: *Já vás tou léčbou/preventivním programem provedu.*

O empatickém vedení hovoru je těžké jen takto psát. Lepší je **si podobné techniky přímo vyzkoušet**. Proto doporučujeme absolvovat některý z komunikačních kurzů, který se tématu věnuje. Většina komunikačních dovedností, které psychologové ovládají, pramení právě z nácviků v simulovaných situacích. Věříme, že podobně užitečné to může být i pro lékaře. Pro podrobnější nastudování problematiky komunikace na náročné téma doporučujeme SPIKES protokol **2** a knihu *Psychoonkologie* **3**. Výše uvedené body vycházejí z nahrávky k tématu, kterou je možné si vyslechnout **4**.





Příloha 2 – Co jsou hereditární dispozice a stručný popis těch nejčastějších

Tato příloha je určena primárně pro čtenáře nelékaře k objasnění, či připomenutí základních pojmů a faktů. Obecně lze říci, že pouze **přibližně 10 %** (různé studie mluví o 5 až 15 %) **onkologických onemocnění** má dědičný podklad, a je tedy výrazněji ovlivněno hereditárními syndromy. Ostatních zhruba 90 % je způsobeno jinými faktory.

S kterými tzv. nádorovými syndromy se budete v praxi setkávat, záleží do určité míry i na typu pracoviště, kde působíte. Zde si **popíšeme ty statisticky nejčastější syndromy**, se kterými se v populaci setkáváme u solidních nádorů. Popis nemá ambice pokrýt vše, ale spíše dát základní praktickou orientaci.

OKÉNKO DO TEORIE – Dědičná dispozice k nádorovému onemocnění znamená, že člověk **zdědil po svých rodičích určitou genetickou mutaci** (tzv. chybu DNA), která **výrazně zvyšuje riziko** rozvoje určitých typů tumorů. Tyto mutace se váží k různým typům nádorů. Charakteristické je, že nemoc se v takových případech **projevuje v mladším věku** než je pro dané onemocnění v populaci statisticky typické, může **zasahovat vícero orgánů** apod.

Člověk **zdědil pouze zvýšené riziko** (zmiňovanou dispozici), **ne však nemoc samotnou!** Na jedné straně tedy vůbec nemusí onemocnět, na straně druhé přítomnost mutace může vést ke snadnějšímu rozvoji rakoviny, a to i (zjednodušeně řečeno) při menším počtu vnějších rizikových vlivů.

U syndromu dědičného karcinomu prsu a vaječníků vše popíšeme o něco detailněji, včetně psychologického, resp. psychoonkologického kontextu. Jde totiž o syndrom, který je v populaci nejčastěji zastoupený. U dalších nádorových syndromů se více omezíme jen na základní popis jejich charakteristik a možností prevence.

Syndromy dědičného karcinomu prsu a vaječníků

Jsou primárně způsobeny mutacemi v genech BRCA1 a BRCA2. Jednou větou lze říci, že BRCA jsou supresorové geny, jejichž funkcí je **chránit před nádorovými nádorovými onemocněními**. Jejich mutace pak tuto ochrannou funkci naruší. To ve svém důsledku bohužel zvyšuje celoživotní riziko **pro karcinom prsu** až na 65–85 %.

Tyto odhady procent rizikovosti se mohou lišit dle různých výzkumných studií, mění se také v čase dle věku nositele apod. Rozdíl je dále u BRCA1 nebo BRCA2. Pro určité zjednodušení ale lze říci, že oproti běžné populaci je kumulativní riziko onemocnění karcinomem prsu **zhruba desetinásobné**.

To vše jsou, v souvislosti s tímto textem, důležité informace. Říkají nám, že se **stále jedná jen o riziko**, nikoliv o jistotu. Zároveň ale uvedená procenta jasně naznačují, že jde o opravdu **vysoké riziko**. Obava z nemoci a s tím související náročné prožitky jsou tedy **oprávněné** (resp. nejedná se o nerealistické strachy jako u určitých typů psychických poruch apod.). V této souvislosti je navíc opodstatněné vážně **uvažovat o pravidelném sledování a preventivních zásazích**. Jak se lidé v těchto oblastech rozhodují, uvádíme v kapitole 4.1.

Mutace BRCA bohužel nese také **další závažná rizika**, primárně jde o vyšší možnost (až **třicetinásobně** u BRCA1, méně u BRCA2) **vzniku karcinomu vaječníků**. To v průběhu života představuje zhruba 40–60% pravděpodobnost onemocnění. Dále určité zvýšení rizika pro karcinom tlustého střeva, žaludku, slinivky, melanomu a u mužů nádorů prostaty. Naopak nebezpečí nádoru prsu je u mužů menší než u žen, ale oproti zdravé populaci je také zvýšeno.

V důsledku uvedeného je třeba zdůraznit, že **k rozvoji nemocí dochází už v mladém věku**. Zatímco u běžné populace je například (dle některých studií) riziko pro rozvoj karcinomu prsu u žen do 50 let věku zhruba 2–3 %, u nosiček mutace BRCA je to bohužel 30–50 %. Rozvoj nemoci v takto nízkém věku s sebou opět nese řadu psychologických důsledků. Z výčtu **je zřejmá jak psychická zátěž, tak i množství zdravotních rizik, která bude třeba kontrolovat** v rámci prevence.

Doporučená preventivní opatření u nosičů mutací BRCA1 a BRCA2 (dle ESMO doporučení) ve stručném a velmi zjednodušeném výčtu pro základní představu celkové náročnosti:

- Primární prevence chirurgickou formou: profylaktická bilaterální mastektomie (chirurgické odstranění prsů) a profylaktické bilaterální-salpingo-ooforektomie (chirurgické odstranění vejcovodů a vaječníků).
- Sekundární prevence formou pravidelného sledování. To má v praxi a dle vývoje vědeckého poznání různé podoby. Jako příklad používaných metod můžeme pro představu uvést: zobrazovací metody, gynecologická vyšetření, případně kolonoskopie, gastroskopie, u mužů také odběry PSA apod.

Lynchův syndrom

Je primárně způsoben mutacemi v genech pro opravu DNA. Ve dvou větách lze říci, že mutace v těchto genech způsobuje **neschopnost buněk opravovat chyby v DNA**, které se v těle dějí z nejrůznějších vnitřních i vnějších příčin. To vede k jejich kumulaci, buněčné nestabilitě a výraznému zvýšení možnosti rozvoje onkologického onemocnění. Konkrétně **pro karcinom tlustého střeva**, kde je pro nositele této mutace

celoživotní riziko nemoci zhruba 30–75 % u mužů a 25–50 % u žen. Zároveň u žen s tímto syndromem je 25–70% riziko onemocnění **karcinomem endometria** a také mírně zvýšené riziko dalších nádorů, včetně karcinomu vaječníků.

Doporučená preventivní opatření u Lynchova syndromu (dle ESMO doporučení), ve stručném a velmi zjednodušeném výčtu pro základní představu celkové náročnosti:

- V mnoha případech se uvažuje primární prevence chirurgickou formou: bilaterální-salpingo-ooforektomie (chirurgické odstranění vejcovodů a vaječníků) po 40. roku věku.
- Sekundární prevence formou pravidelného sledování: kolonoskopie, testy okultního krvácení, gastroduodenoskopie, gynekologická vyšetření a další možná.

Familiární adenomatózní polypóza

Je primárně způsobena mutacemi v genu APC, který kontroluje růst buněk. Mutace **naruší funkci tumor-supresorového genu**, a to následně vede k nekontrolovatelnému buněčnému dělení a růstu buněk. Projevem syndromu je **výskyt stovek tzv. polypů v tlustém střevě**, které následně (s téměř 100% pravděpodobností) **přejdou v rakovinu tlustého střeva**, a to i u osob v mladém věku.

Doporučená preventivní opatření u familiární adenomatózní polypózy (dle ESMO doporučení), ve stručném a velmi zjednodušeném výčtu pro základní představu celkové náročnosti:

- V mnoha případech až profylaktická subtotální kolektomie (odstranění celého tlustého střeva s ponecháním konečníku), která je nezbytná již v mladém věku.
- Sekundární prevence formou pravidelného sledování: gastroduodenoskopie, sledování štítné žlázy apod.

Li-Fraumeni syndrom

Je sice vzácným, ale jedním z nejzávažnějších dědičných nádorových syndromů. Mutace **naruší funkci supresorového genu TP53**, což vede k výrazně zvýšenému riziku mnoha typů zhoubných nádorů, a to už v raném (dětském) věku. Výčet typů malignit je opravdu velký a penetrance onemocnění bývá vysoká. U mužů dosahuje až 70% a u žen se dle některých studií pohybuje až kolem 90% pravděpodobnosti rozvoje některé (či vícero) nemocí, zaleží však na typu této mutace. Právě důsledné sledování zvyšuje (v rámci možností) šanci na zvýšení celkového dožití a včasný záchyt rozvíjejících se nemocí. Množství sledovaných oblastí ze strany lékařů je u Li-Fraumeni syndromu značné a odpovídá množství zdravotních rizik, který přináší. Vzhledem ke stručnosti kapitoly je zde nebudeme všechny vyjmenovávat.

Pro zájemce a k podrobnějšímu nastudování tématu odkazujeme na odbornou literaturu (ESMO doporučení; Foretová et al. 2022; Büchler et al., 2019). Zároveň je důležité uvést, že v současné době **existuje více jak 200 známých hereditární nádorových syndromů** a výše uvedené tvoří jen ty nejčastější u solidních nádorů. Přes toto množství znovu připomínáme, že tyto syndromy tvoří pouze **zmiňovaných 10 % všech nádorových onemocnění** u dospělých. U dětí tvoří nádory s dědičnou predispozicí zhruba 15–20 %.

Příloha 3 – Desatero, jak mluvit o tématu v rodině (zpracováno pro laiky)

Obecně lze říci, že **informovat rodinu o zjištěné genetické zátěži je zásadní krok**, který může blízkým doslova zachránit život díky včasné prevenci. Na straně druhé podobný rozhovor, jehož cílem je vlastně informovat o lékařském nálezů a **motivovat blízké k prevenci**, nemusí být vždy snadný. Proto jsme pro vás připravili několik **zkušeností z praxe v níže uvedených deseti bodech**. Přestože je situace vždy individuálně specifická v každé rodině, existují určitá doporučení, na která může být dobré myslet.

Pro představu uvádíme praktický příklad paní Karolíny, ke kterému se budeme v textu vztahovat. *Karolíně je 38 let a byly jí sděleny pozitivní výsledky testů s prokázanou mutací BRCA1. Ona sama nyní prochází onkologickým onemocněním. Její maminka zemřela na karcinom prsu v relativně mladém věku. Klientka zatím nemá děti, jen manžela. Má ještě sestru, která má dvě dcery, jednu nezletilou a druhou dospělou.*

Zde tedy několik doporučení, **jak pozitivní výsledky testů oznámit svým blízkým** tak, aby situace byla zvládnutelná pro Karolínu, ale i užitečná pro její blízké:

- 1) **Připravit se informačně dopředu**. Je dobré odpovědět si na otázku, zda mám dostatek informací, abych mohl(a) rodinu dobře informovat. Pokud ne, je třeba doptat se lékaře. Bývá také užitečné vzít si od lékaře (nebo najít na ověřených zdrojích: například materiál Pacientské organizace Veronica, nebo na www.linkos.cz) **odborníky zpracované brožurky k tématu** pro laiky. Praxe ukazuje, že po informování svých blízkých se v rodině často objevují otázky. Je dobré, **aby sdělující laik nebyl v pozici, že musí být „tím odborníkem na mutaci“**. Stává se, že nositel informace je terčem řady (až velmi odborných) otázek. V takovém případě je dobré blízké nasměrovat na odborníky, jak bude uvedeno níže. Dotazy je možné také směřovat na preventivní poradnu (viz níže).
- 2) Dále je užitečné, aby si člověk (pokud je to možné ještě před informováním blízkých) trochu **utřídil svoje myšlenky, vlastní emoce a potřeby**. To může udělat buď sám, nebo s odborníkem. Utřídění si myšlenek a emocí může pomoci k nadhledu, který se při rozhovoru k takto vysoce citlivému tématu jednoznačně hodí. Je v pořádku cítit strach, hněv a další emoce. Ale pokud jsme emocemi přemoženi, je to sice pochopitelné (v takto tíživé situaci), ale může snadněji dojít k nedorozumění. Tedy zavolat na krizovou linku, vyhledat odborníky (kontakty viz níže) a situaci si v rámci možností zpracovat předem (pokud máme tu potřebu) může být dobrou volbou.
- 3) Někomu vyhovuje vše **nejprve sdílet s někým mimo rodinu**. Například paní Karolína to vše nejdříve řekla svojí nejlepší kamarádce, se kterou má silný vztah a věří jí. Vyzkoušela si tak trochu „nanečisto“, **jaké to je, sdílet informaci s dalším člověkem**, resp. jak na sdělení lidé reagují apod. Později (v rámci rodiny a v duchu uvedeného příkladu Karolíny) vše probrala s manželem, který není přímo zasažen hrozbou nemoci, ale je **součástí rodiny**. Karolína se zároveň rozhodla, že manžel bude **jejím doprovodem** při informování dalších členů, kteří jsou už v pokrevní linii a kterých se to přímo týká. Například zde uvedená sestra Karolíny. Přítomnost doprovodu je ale třeba citlivě ladit podle aktuálních vztahů v rodině a situace.
- 4) Určitě je dobré myslet na **vhodné místo a načasování**. Pohledem psychologie sice pravděpodobně nelze čekat na neoptimálnější čas vůbec. To bychom mohli také čekat velmi dlouho. Přesto je důležité mít na rozhovor dostatek času a zvolit vhodné místo. Místo, kde mohou **obě strany bezpečně projevit emoce**. Jde tedy o jakousi volbu mezi „překotným informováním hned“ a dlouhodobým „odkládáním nepříjemného.“

Jako nepříliš optimální místo pro sdělování jsou rodinné oslavy (kde je mnoho lidí najednou a řada vlivů, které nemáme pod kontrolou), nebo stresové situace (kde jsme už tak v tlaku jiných okolností). Pokud s informováním blízkých **dlouho váháme**, může se stát, že právě v situaci tlaku, stresu a hádky na své blízké tyto informace doslova „vykřičíme“, protože je už nebudeme (vzhledem k jejich emoční tíži) schopni dále „skrývat“.

5) Nyní si uvedeme několik **doporučení i konkrétních vět pro vlastní vedení rozhovoru**.

V začátku hovoru není dobré dlouho „chodit kolem horké kaše“. Domluvit si klidné místo a čas, to ano. Ale při setkání jít rovnou k jádru sdělení. Například: *Chtěla bych s tebou probrat něco důležitého. Nemám bohužel dobré zprávy. Byla jsem na genetických testech, které ukazují, že mám vrozenou dispozici, která zvyšuje riziko rakoviny.*

Lze pokračovat (v duchu příkladu Karolíny) v dovysvětlení: *Lékaři mi potvrdili tzv. mutaci v genu BRCA. To znamená, že musím být více sledována i do budoucna. A to hlavně kvůli riziku karcinomu prsu a vaječníků.* Pak případně pokračovat (směrem k blízkým v pokrevní linii): *Zároveň vám to říkám proto, že je ta informace důležitá i pro ochranu vašeho zdraví. Abyste se mohli rozhodnout, zda se necháte testovat.* Můžete dodat: *Tady jsem vám k tomu přinesla nějaké materiály a kontakty na lékaře.*

6) **Zdůrazněte možnosti prevence**. Pak je možné pokračovat v hovoru například takto: *Dobré je, že preventivními opatřeními se nemoci dá předejít.* Může být užitečné držet se toho, že pozitivní výsledek neznamená diagnózu nemoci, ale příležitost k lepšímu sledování a prevenci. Byť nechtěné, nevyžádané a život ovlivňující.

7) V návaznosti na uvedené bývá užitečné **situaci blízkým tzv. přerámovat**. Tedy namísto vnímání situace jako hrozby, ji vnímat jako šanci zamezit nemoci ještě dříve, než vznikne, nebo ji zachytit včas. Protože tak tomu skutečně je.

Díky pravidelnému sledování a případným preventivním zákrokům (zde záleží na konkrétních informacích od lékaře), je možné výrazně snížit pravděpodobnost rozvoje některých onemocnění nebo je zachytit včas, kdy jsou výrazně snadněji léčitelné. Někteří klienti v nemoci používají větu, slovy Karolíny z našeho příběhu, která už nemocná je: *Kdybych já měla tu možnost předejít tomu, abych byla nemocná, tak bych neváhala.* Nicméně v této větě je už určitý tlak. Je dobré si uvědomit, že blízcí budou v takové situaci v určitém „dvojitém šoku“. Bojí se o vás a bojí se i o sebe, případně o svoje děti.

8) **Bud'te připraveni na různé reakce**. Někdo bude chtít vědět vše hned, bude se doptávat a chtít to řešit co nejdříve. Jiný bude naopak potřebovat čas na zpracování.

Není výjimkou, že lidé reagují naštváním a tento hněv může snadno „sklouznout“ proti vám. Může na vás být nahlíženo jako na „posla špatných zpráv“. Je dobré si uvědomit, že to daný člověk nedělá vždy vědomě. To nás chrání před psychickým zraněním z jeho strany. Opět je možné si to pro sebe, ale i pro ostatní přerámovat větou, slovy Karolíny: *„Nejsem špatný posel. Jsem dobrý posel, ale bohužel špatných zpráv. Já bych si opravdu přála, abych ti něco podobného říkat nemusela.“* Člověk vlastně přináší informaci, která může ostatní v určité míře ochránit před nemocí.

9) **Nezůstávejte v této situaci odborné diskuse sami**, protože to není vaše úloha! Informujte je, že mají možnost (platný nárok) na **návštěvu u klinického genetika**. S předaným materiálem informujícím o daném syndromu/mutaci tedy můžete předat i kontakt. Dále jim nabídnout oporu na této cestě (pokud se na to cítíte) tak, abyste v tom byli společně a nikoliv „každý zvlášť“.

10) **Respektujte právo některých příbuzných „nevědět“**. Není výjimkou, že nositel zprávy chce pomoci všem ostatním, a to někdy i proti jejich vůli. Může pak být náročné respektovat jejich přání nevědět a dále se netestovat. Za svoje dospělé blízké nenesete odpovědnost.

V praxi někdy pozorujeme, že ti, kteří do rodiny přinášejí jako první tíživou zprávu, se snaží jakoby se „vykoupit“ tím, že všechny ostatní „zachrání“ a „donutí“ k testování či prevenci. Je dobré si připomínat, že vaše role je **dobře se postarat o sebe, informovat svoje dospělé blízké a zabezpečit případně adekvátní informování svých nezletilých dětí v rodině**. Eventuelně je nasměřovat na odbornou pomoc. Dále už je to na nich.

Na tomto místě je dobré znovu uvést, že uvedené desatero má pouze informativní charakter a situace se může opravdu výrazně měnit dle konkrétní zdravotní i rodinné situace. Berte ho prosím pouze jako inspiraci.

Zároveň je možné vaše konkrétní dotazy konzultovat s odborníky. Tedy nebýt v tom sám, a to platí jak pro vás, tak vaše blízké. Vedle zmiňované konzultace s klinickým genetikem (na kterou se ale může určitý čas čekat), je možné napsat do **preventivní poradny 1**, kde se můžete zeptat na konkrétní lékařské otázky. Zároveň je možné napsat do psychoonkologické poradny **2**, pokud se **potřebujete poradit o konkrétní komunikační či psychicky náročné situaci** v rodině.

Desatero je možné si zdarma stáhnout v pdf podobě na www.linkos.cz 3.

Přejeme hodně sil při zvládání této náročné životní situace!

1



2



3



Použitá literatura a užitečné zdroje

Portál www.psychoonkologie.cz

Portál www.linkos.cz

Büchler, T., et al. (2019). *Obecná onkologie*. Maxdorf.

European Society for Medical Oncology. (n.d.). *Hereditary syndromes*. <https://www.esmo.org/guidelines/hereditary-syndromes>.

Foretová, L., et al. (2022). *Hereditární nádorová onemocnění v klinické praxi*. Masarykův onkologický ústav.

Breitbart, W., Butow, P., & Jacobsen, P. B. (Eds.). (2021). *Psycho-oncology* (4th ed.). Oxford University Press.

Holland, J. C., Breitbart, W. S., Butow, P. N., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., & McCorkle, R. (Eds.). (2015). *Psycho-oncology* (3rd ed.). Oxford University Press.

Pospíchal, M. (2024). *Psychoonkologie*. Grada Publishing.

Autor a editor: PhDr. Ing. Martin Pospíchal, Ph.D.

Sekce psychoonkologie České onkologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

Katedra psychologie a 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy.

Vydal: Ústav aplikované psychologie ČR, z.ú.

První vydání, Praha 2026.

Ilustrace na obálce a fotografie na str. 29: Shutterstock, 2026

Fotografie: Dreamstime.com, 2025

Všechna práva vyhrazena.

Upozornění: Postupy a příklady v této knize slouží pouze pro informaci. Z jejich praktického uplatnění pro autory ani pro vydávající organizaci nevyplývají žádné právní důsledky

