

Slovo léčí, lékař uzdravuje

Komunikace v hematologii nepředstavuje pouze předávání informací, ale aktivní součást léčby, která ovlivňuje důvěru, adherenci i zvládání dlouhodobé zátěže onemocněním. Psychologickým aspektům práce s pacientem i praktickým komunikačním situacím, s nimiž se hematologové v každodenní praxi setkávají, bylo v programu letošních Olo-mouckých hematologických dnů věnováno sympozium podpořené společností Swixx BioPharma.

Jak v úvodu první přednášky zdůraznila doc. PhDr. Dr. phil. Laura Janáčková, CSc., z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, sdělení hematologické diagnózy představuje situaci s výrazným biologickým i existenciálním dopadem. Pacient obvykle nestojí jen před izolovanou informací o závažném, život ohrožujícím a často nevléčitelném onemocnění, ale také před perspektivou dlouhodobé únavy, závislosti na zdravotní péči a nejistoty spojené s budoucností. Diagnóza proto významně zasahuje nejen somatickou oblast, ale i osobní, partnerské, sociální a pracovní fungování. Podle sdělení doc. Janáčkové psychologická podpora nepředstavuje doplněk léčby, ale její integrální součást, zvláště u chronických malignit, s nimiž pacient žije po zbytek života. Přibližně u 60 % pacientů se zároveň v průběhu onemocnění rozvíjejí depresivní symptomy.

Moderní medicína proměnila řadu dříve fatálních onemocnění v choroby dlouhodobě léčitelné, čímž smrt v klinické realitě často začíná být vnímána jako selhání medicíny. Kvalita i délka závěru života však nezávisí pouze na dostupnosti terapeutických možností, ale také na rozhodování o jejich indikaci, pokračování či ukončení. „Pacient není technickým objektem léčby. Vedle odborné erudice očekává podporu a lidskou přítomnost. Hematolog se tak pro mnoho nemocných stává jedním z klíčových zdrojů psychologické stability,“ uvedla doc. Janáčková.

Role lékaře podle ní nespočívá pouze v odbornosti, ale i ve způsobu, jakým pacienta komunikací provází. Předpokládá schopnost rozpoznat vlastní emoce, postoje i limity, které do rozhovoru nevy-

hnutelně vstupují. Terapeutický vztah je aktivní součástí léčby, protože podporuje důvěru, adherenci i sdílené rozhodování. Zásadní význam má zároveň způsob předávání informací, které patří mezi nejdůležitější potřeby pacienta a přímo ovlivňují míru úzkosti, spokojenost s péčí i schopnost spolupracovat na léčbě. Sdělování nepříznivých zpráv proto vyžaduje rovnováhu mezi pravdivostí a zachováním realistické naděje.

Doc. Janáčková dále uvedla, že přijetí nepříznivé zprávy je ovlivněno jak osobností a aktuálním stavem pacienta, tak přístupem samotného lékaře. Vedle odbornosti a komunikačních dovedností proto hraje významnou roli i schopnost citlivě odhadnout, kolik informací je pacient v daný moment schopen přijmout a zpracovat. „Edukace by přitom neměla zahrnovat pouze informace o onemocnění a léčbě, ale také možnosti psychologické, spirituální a paliativní podpory,“ vysvětlila. Lékař při sdělování nepříznivé zprávy nevystupuje jako její původce, ale jako její nositel. Ještě před samotným sdělením by měl zjistit, co pacient o své situaci ví, co tuší a čeho se obává. Intenzitu prvotního šoku může zmírnit krátké upozornění, že nepřicházejí dobré zprávy. Následovat by mělo jasné a srozumitelné pojmenování diagnózy, vysvětlení dalšího postupu a nabídka konkrétního řešení. Jak upozornila doc. Janáčková, přibližně 60 % pacientů si z rozhovoru neodnáší všechny sdělené informace, a proto je důležité podávat zásadní fakta jednoznačně, v menších celcích a opakovaně ověřovat, zda jim bylo porozuměno.

„Ani dobře strukturovaný rozhovor však nezabrání emoční reakci. Pacient může reagovat smutkem, pláčem, mlčením,

hněvem i popřením, lékař současně může prožívat nejistotu, napětí nebo frustraci. Smyslem komunikace proto není emoce tlumit, ale vytvořit prostor, ve kterém je lze bezpečně unést a postupně zpracovat,“ uvedla doc. Janáčková. Doporučila užívat otevřené otázky zaměřené na aktuální prožívání, krátká validační sdělení, uznání normality emocí i ponechání času na zklidnění situace.

Jak dále připomněla doc. Janáčková, řada pacientů informace aktivně vyhledává a považuje je za jednu ze svých hlavních potřeb. Přibližně 90 % pacientů chce průběžnou zpětnou vazbu o vývoji onemocnění a více informací o budoucnosti, zároveň však ne každý stojí o detailní znalost prognózy. Lékař by se proto měl aktivně zajímat o to, kolik informací pacient v daný moment chce a je schopen zpracovat. Potřeba informací se navíc v průběhu onemocnění proměňuje, a edukace proto musí být opakovaná, individualizovaná a přizpůsobená aktuální fázi léčby i psychickému stavu pacienta. Součástí péče by měla být také nabídka psychologické podpory, educačních materiálů či doporučení zapisovat si průběžně v mezidobí mezi kontrolami otázky pro lékaře.

STRATEGIE PRO KOMUNIKACI S RŮZNÝMI TYPY PACIENTŮ

Jak dále upozornila doc. Janáčková, významnou součástí komunikace (nejen v hematologii) je schopnost rozpoznat, jakým způsobem konkrétní pacient zátěžovou situaci prožívá a jak na ni reaguje.

- U pacientů s výrazně úzkostným prožíváním se osvědčuje klidně vedený strukturovaný rozhovor s postupným

dávkováním informací a opakovaným shrnutím klíčových bodů. Tlak na rychlá rozhodnutí obvykle dále zvyšuje nejistotu i dezorganizaci komunikace.

- U úzkostně agresivních pacientů bývá konfliktní nebo jízlivá reakce často projevem ztráty kontroly nad situací. Konfrontační komunikace proto zpravidla vede k další eskalaci emočního napětí. Efektivnější je zachovat věcný projev, nechat emoční reakci odeznít a následně rozhovor vrátit k podstatným informacím.
- Agresivně reagující pacienti často testují hranice komunikace, zpochybňují autority a mohou působit nepřátelsky či podezřívavě. I u tohoto typu pacientů je důležité zachovat klidný a pevný postoj bez afektu, neeskalovat konflikt a současně neslevovat z odborného stanoviska.
- U pedantských pacientů (nebo jejich blízkých) bývá výrazná potřeba řádu, logiky a kontroly nad situací. Nejlépe proto funguje přesná, konzistentní a fakticky podložená komunikace s jasně formulovaným léčebným plánem a vysvětlením souvislostí jednotlivých kroků.
- Uzavřenější pacienti často reagují zdrženlivě, s minimální emoční expresí a větším odstupem vůči lékaři i léčbě. Nadměrný tlak na otevřenou komunikaci bývá kontraproduktivní; efektivnější je respektovat tempo pacienta, ponechat prostor pro ticho a soustředit se na stručná, věcná sdělení.
- U histrionsky reagujících pacientů může emoční složka komunikace snadno převládnout nad samotným obsahem sdělení. V praxi se osvědčuje držet rozhovor v jasné struktuře, nenechat se vtáhnout do emoční eskalace a opakovaně vracet komunikaci ke konkrétním otázkám léčby a další péče.
- „Přinformovaní“ pacienti často přicházejí s vlastní interpretací laboratorních výsledků, studií nebo internetových zdrojů a mají vysokou potřebu kontroly nad léčbou. Konfrontace nebo bagatelizace jejich aktivity obvykle zhoršuje důvěru i spolupráci. Přínosnější bývá

ocenění pacientova zájmu a vysvětlení, proč se léčebná strategie odvíjí od konkrétní klinické situace, nikoli od izolovaných dat z internetu.

Doc. Janáčková také zdůraznila, že zásadní součástí péče zůstává i v nepříznivé klinické situaci naděje. Nemusí přitom vždy směřovat k vyléčení; v pokročilých fázích onemocnění se často přesouvá k udržení kvality života, zmírnění symptomů, zachování vztahů nebo naplnění krátkodobých a realistických cílů. Pro pacienta tak může mít význam i zdánlivě drobná perspektiva – plán další kontroly, možnost symptomatické léčby nebo čas strávený s blízkými.

KAZUISTIKY KOMUNIKAČNÍCH A LÉČEBNÝCH ÚSPĚCHŮ

Kazuistickou část sympozia uvedl MUDr. Peter Turcsányi, Ph.D., z Hemato-onkologické kliniky LF UP a FN Olomouc připomenutím, že medicína nepředstavuje pouze aplikaci doporučených postupů a biologických poznatků, ale také schopnost přizpůsobit léčbu konkrétnímu pacientovi a jeho životní situaci. Prezentované kazuistiky proto neukazovaly jen různé klinické průběhy chronické lymfocytární leukémie (CLL), ale především odlišné komunikační situace, se kterými se lékař ve své praxi setkává.

MUDr. Turcsányi upozornil, že již samotný způsob sdělení diagnózy CLL významně ovlivňuje další léčebnou spolupráci. Stejně jako doc. Janáčková, i on považuje za velmi důležité hned na začátku strukturovat rozhovor – vysvětlit pacientovi, co se bude dít, a vytvořit prostor pro postupné zpracování informací. U CLL je podle něj zásadní také citlivě pracovat s termínem „leukémie“, který pacienti často automaticky spojují s akutním a bezprostředně fatálním onemocněním. Součástí komunikace proto má být i vysvětlení, že řada pacientů s diagnózou CLL zůstává dlouhou dobu bez potřeby léčby a že současná terapie nabízí vysoce účinné cílené možnosti s příznivějším bezpečnostním profilem.

KAZUISTIKA 1

Komunikační dynamiku ilustroval MUDr. Turcsányi kazuistikou pacientky s CLL diagnostikovanou v roce 2007, u níž se léčebné rozhodování od počátku neodvíjelo pouze od biologických charakteristik onemocnění, ale také od komorbidit, celkové kondice a preferencí samotné nemocné. Pacientka dlouhodobě upřednostňovala sledování v místě bydliště, opakovaně se nepřiklápěla k zahájení kauzální léčby a při relativně stabilním krevním obrazu i zachované kvalitě života byla po delší dobu vedena observačně. K zahájení léčby zanubrutinibem bylo přistoupeno až při jednoznačné progresi onemocnění s rozvojem anémie a další dynamikou laboratorních změn.

Jak MUDr. Turcsányi zdůraznil, významnou součástí péče zde nepředstavovalo pouze samotné vedení léčby, ale především kontinuální práce s pacientčím vnímáním nemoci a interpretací jednotlivých klinických situací. Pacientka nejprve deklarovala potřebu partnerského přístupu, postupně však její komunikace přecházela do výrazně zpochybňujícího postoje. Obtížně přijímala například redistribuční lymfocytózu po zahájení léčby, laboratorní vzestup leukocytů vnímala jako známku neúčinnosti terapie a podobně si interpretovala i podávání G-CSF při neutropenii. Opakovaně přicházela s polymorfními obtížemi a dílčími stížnostmi, které postupně začaly v komunikaci o onemocnění dominovat.

Přes komplikovaný průběh dorozumívání však byla léčba díky opakovanému vysvětlování, telefonickým konzultacím a průběžné podpoře udržena. Devatenáct měsíců od zahájení terapie byla pacientka klinicky stabilní, s normalizací krevního obrazu i regresí splenomegalie, zatímco dříve dominantní „malicherné“ stesky postupně ustoupily. Doc. Janáčková kazuistiku poté komentovala slovy, že podobné opakované stesky nemusí vždy odrážet pouze somatické obtíže, ale mohou představovat i potřebu kontinuálního lidského kontaktu, pozornosti

a ujištění v dlouhodobě zatěžující životní situaci.

KAZUISTIKA 2

Další případ, který MUDr. Turcsányi prezentoval, se týkal muže s biologicky rizikovou CLL diagnostikovanou v roce 2024 při náhodném záchytu abdominální lymfadenopatie a lymfocytózy. Pacient byl vysokoškolsky vzdělaný, profesně působil v oblasti správy a inventarizace sbírkových předmětů, což se podle přednášejícího významně promítalo i do způsobu komunikace. Vyžadoval detailní, logicky strukturované informace a vysokou míru porozumění jednotlivým krokům léčby.

V první linii bylo zahájeno podávání ibrutinibu, krátce po nasazení však došlo k rozvoji masivní hematurie v kontextu urologického terénu s divertikly močového měchýře a benigní hyperplazií prostaty. Situace si vyžádala opakované urologické intervence a léčba byla pro špatnou toleranci následně změněna na zanubrutinib. Další průběh již byl klinicky příznivý, s ústupem krvácivých komplikací, normalizací krevního obrazu a regresí splenomegalie.

Pacient se v průběhu léčby opakovaně vracel k otázce, kdy bude možné terapii ukončit, což postupně otevřelo téma rozdílu mezi časově omezenou léčbou a kontinuální terapií inhibitory Brutonovy tyrozinkinázy. Jak MUDr. Turcsányi zdůraznil, právě přijetí dlouhodobého charakteru léčby může být i u vysoce

edukovaných a racionálně uvažujících pacientů významnější komunikační výzvou než samotná toxicita terapie.

KAZUISTIKA 3

Nakonec se MUDr. Turcsányi věnoval případu pacientky s CLL, u níž se do komunikace výrazně promítala předchozí traumatizující zkušenost se zdravotní péčí. V anamnéze dominovala opakovaná onkologická a chirurgická léčba komplikovaná prolongovaným hojením, infekčními komplikacemi i dlouhodobou dispenzarizací. Přestože pacientka již při diagnóze splňovala kritéria k zahájení léčby, ve vztahu ke zdravotní péči zůstávala výrazně ambivalentní. Navenek působila podrážděně, útočně a místy reagovala neadekvátním smíchem, jako by ji samotná nabídka pomoci obtěžovala.

Jak popsal MUDr. Turcsányi, pacientka byla opakovaně edukována o vhodnosti zahájení léčby i o možných rizicích další observace, přesto však terapii odmítala a preferovala pokračování sledování. Součástí komunikace proto nebylo pouze vysvětlování léčebné strategie, ale také opakované ověřování porozumění, ponechání prostoru pro otázky, nabídka psychologické podpory i možnost dalšího odborného názoru. Po informovaném odmítnutí léčby pacientka podepsala negativní revers.

Doc. Janáčková v následné diskuzi upozornila, že snaha pacienta přesvědčit bývá v podobných situacích kontraproduktivní: „Lékař může maximálně vytvo-

řit prostor pro informované rozhodnutí, vysvětlit důsledky jednotlivých možností a zachovat terapeutický vztah i v situaci, kdy pacient doporučenou léčbu odmítá.“

Pacientka nakonec léčbu zahájila a dosáhla výrazné léčebné odpovědi. Při pozdějším relapsu onemocnění byla úspěšně léčena ve druhé linii. Jak kazuistika ukázala, výrazně odmítavý nebo ambivalentní postoj pacienta nemusí znamenat definitivní ztrátu léčebné spolupráce. Naopak dlouhodobě zachovaná, respektující komunikace může významně ovlivnit další průběh péče i ochotu pacienta léčbu následně přijmout.

V závěru symposia zaznělo, že význam komunikace v hematologii často narůstá právě ve chvíli, kdy se léčebné možnosti začínají zužovat a medicína naráží na své limity. Kazuistiky prezentované MUDr. Turcsányim i psychologické komentáře doc. Janáčkové ukázaly, že součástí léčby není pouze správně zvolená terapie, ale také schopnost lékaře provést pacienta obdobím nejistoty, strachu a dlouhodobé zátěže. Přestože slova sama o sobě onemocnění nevyлéčí, mohou zásadním způsobem ovlivnit, jak pacient nemoc zvládá, jak spolupracuje na léčbě a zda si i v obtížné situaci dokáže zachovat pocit bezpečí a orientace.

Tento článek neprošel recenzním řízením.

*MUDr. Michaela Bachratá
redakce kongresového zpravodajství
Care Comm s.r.o.*