

# Základní informace pro rozpoznávání psychických poruch vyvolaných maligním onemocněním

## Basic information for identifying psychological disorders caused by malignant disease

Adam Z.<sup>1</sup>, Klimeš J.<sup>2</sup>, Boleloucký Z.<sup>3</sup>, Adamová Z.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Interní hematologická a onkologická klinika LF MU a FN Brno

<sup>2</sup> Soukromá psychologická ambulance – PhDr. Mgr. Jeroným Klimeš, Praha

<sup>3</sup> Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

<sup>4</sup> Chirurgické oddělení, Vsetínská nemocnice a.s.

### Souhrn

**Východiska:** Výsledky onkologické diagnostiky a léčby se v průběhu let výrazně zlepšily. Prodloužila se délka života nemocných. Je třeba myslet na to, že se jedná o křehkou skupinu, jejíž fyzický, psychický a sociální status může být ovlivněn samotnou diagnózou i následnou léčbou. Na tento fakt Americká onkologická společnost (NCCN) reagovala vytvořením edice guidelines nazvané Cancer Survivorship, která se věnuje následkům onkologické diagnózy a léčby. **Cíl:** Inspirováni tímto doporučením NCCN jsme sestavili článek s cílem pomoci lékařům rozpoznávat poruchy, jako je úzkost, deprese a patologická únava, a včas nemocné odesílat do odborné psychologické či psychiatrické péče.

### Klíčová slova

maligní onemocnění – úzkost – deprese – posttraumatická stresová porucha – patologická únava – psychogenní horečka

### Summary

**Background:** Improvements in cancer diagnosis and treatment explain a substantial increase in the number of patients chronically affected by or recovering from cancer. This is a fragile population, physically, psychologically and socially affected by the consequences of the disease and the associated treatment. The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) reacted to this fact, creating the NCCN guidelines for survivorship. They provide screening, evaluation and treatment recommendations for the consequences of cancer and cancer treatment. **Purpose:** Inspired by this NCCN recommendation, we drew up this article pointing out the psychological issues like anxiety, depression and fatigue in order to help the physicians refer their patients timely to psychological or psychiatric care.

### Key words

malignant disease – anxiety – depression – posttraumatic stress disorder – fatigue – psychogenic fever

Autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem studie nemají žádné komerční zájmy.

The authors declare they have no potential conflicts of interest concerning drugs, products, or services used in the study.

Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.

The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE recommendation for biomedical papers.



**MUDr. Zuzana Adamová, Ph.D.**  
Chirurgické oddělení  
Vsetínská nemocnice a.s.  
Nemocniční 955  
755 01 Vsetín  
e-mail: adamovaz@gmail.com

Obdrženo/Submitted: 23. 8. 2020  
Přijato/Accepted: 23. 12. 2020

doi: 10.48095/ccko2021264

## Úvod

Diagnóza maligního onemocnění je spojená se závažným stresem a může indukovat více či méně závažné psychické problémy a poruchy. Tyto poruchy mohou přetrvávat i po ukončení léčby. Lékaři, kteří pečují o onkologické pacienty, o jejich tělesné zdraví, mají tedy nelehký úkol: nejen léčit a kontrolovat maligní či jinou závažnou chorobu, ale také sledovat jejich psychický stav a v případě závažnějšího problému v oblasti psychiky, který již nemohou sami úspěšně ovlivnit, odeslat tyto nemocné k odborníkům na duševní nemoci. Ze zkušenosti si dovoluujeme tvrdit, že lékaři s odborností hematooonkologa či onkologa tyto otázky často opomíjejí. Můžeme jen spekulovat proč. Může to být strach z emocí pacienta, strach z vlastních emocí či strach, že nebudou vědět, co říci, jak dané trápení ošetřit a jak o něm komunikovat, či prostě neznalost nebo neschopnost současně vnímat nejen somatickou stránku nemoci, ale i její psychické projevy u pacienta. V nejhorším případě to může být egocentrismus lékaře. Za ilustrující bychom zde uvedli hovor o daném problému s uznávaným odborníkem v oboru hematooonkologie, který nám řekl, že léčbu svých pacientů vždy bral jako řešení patofyziologických faktů, jako řešení úlohy z mechaniky či matematiky, bez analýzy jejich duševního stavu a bez hledání souvislostí mezi oběma stránkami nemoci. Jiní mladí kolegové nám to vysvětlovali tím, že popisem jejich práce je řešit patologické nálezy pacienta a ne sledovat psychické aspekty nemoci. Lékař má však titul *medicinae universae* doktor a cílem následujícího textu je zdůraznit, co znamená v titulu výraz *universae*.

V následujícím textu proto popíšeme charakteristiku nejčastějších duševních poruch a některé ilustrujeme i příklady. Stanovení diagnózy maligní nemoci může být provázáno úzkostí, protože jde o akutní stres. Později může nastoupit reaktivní deprese se všemi jejími projevy. Ale i po ukončení onkologické léčby může mít pacient problémy, nejčastěji typu PTSD.

V dnešní onkologické literatuře se odráží euforie z nových léčebných postupů. V každé oblasti je exploze nových léčebných postupů a to vede k drama-

tickému zlepšování léčebných výsledků. Časnější diagnostika a zlepšená léčba dosáhly toho, že dvě třetiny pacientů s invazivní rakovinou dnes žijí déle než 5 let [1,2]. V oblasti krevních maligních chorob se to velmi názorně odráží v analýze zveřejněné v roce 2017, která dokladuje pomalu se zvedající incidenci druhé nejčastější krevní maligní nemoci, mnohočetného myelomu, a prudce se zvedající prevalenci díky delšímu přežívání [3]. Proto se v populaci zvyšuje počet osob, které žijí dlouho po stanovení diagnózy maligní nemoci a označují se anglickým termínem *long-term cancer survivors*. Tento vývoj vede odbornou veřejnost v posledních letech ke zvyšujícímu se zájmu o mentální zdraví lidí, kteří prošli léčbou maligní nemoci, což dokumentuje zvyšující se počet publikací evidovaných v literární databázi Medline PUBMED, jež se zobrazí při zadání hesla *cancer survivorship* nebo na průnik hesel *cancer and depression*. To vedlo ke vzniku doporučení pro časnou diagnostiku psychických poruch Americkou onkologickou společností (National Comprehensive Cancer Network – NCCN) neboli NCCN guidelines [1].

Prožití útrap spojených s léčbou maligní nemoci přináší do života nové problémy. U některých pacientů, kteří prodělali onkologickou léčbu, úspěšně ji ukončili a chodí jen na kontroly cílené na častou detekci recidivy původní či jiné malignity, jsou popisovány pocity úzkosti, deprese, vznik nových potřeb, které nejsou naplňovány, anebo PTSD. Tyto problémy se tedy vyskytují nejen u pacientů s nevléčitelnou nádorovou chorobou na paliativní léčbě, u nichž lze tyto stavy očekávat. Psychické problémy interferují s návratem nemocných k jejich původnímu stylu života a jsou stresem, který oslabuje jejich odolnost a potencuje návrat nemoci, jak dokládají populační studie i experimentální práce citované v přehledovém článku zveřejněném ve Vnitřním lékařství [4].

Mnoho osob po ukončení léčby rakoviny udává, že se cítí osamoceni, ačkoliv v době léčby jim byla poskytována intenzivní podpora. Život nemocných po ukončené léčbě (*cancer survivors*) často provází obavy, úzkosti, hypervigilantní stavy, obzvláště před termíny kontrol-

ních vyšetření. Strach z návratu nemoci může mít charakter PTSD, neklidu a vyhýbání se všemu, co připomíná léčbu maligní nemoci.

V roce 2009 NCCN začala vydávat edici nazvanou *Cancer Survivorship*. V jednotlivých letech pak vycházela doporučení pro různé oblasti problémů, které navazují na ukončenou protinádorovou léčbu [1].

V roce 2016 NCCN vydala doporučení (*The NCCN Distress Guideline*). Autoři tohoto doporučení uvádějí, že úzkost a deprese postihuje až 29 % osob po ukončené onkologické léčbě (*cancer survivors*), z nichž 1–19 % splňuje diagnostická kritéria PTSD. V doporučení NCCN je popsán stres související s nádorovou chorobou jako široká paleta negativních emocí počínajících pocitem zranitelnosti, smutkem, obavami z recidivy až po těžkou depresi, úzkost, panické poruchy a existenciální krizi. Mnoho osob po ukončené léčbě má psychické problémy, které ale nejsou tak výrazné, aby vedly ke klinické diagnóze anxiety, deprese nebo PTSD, ale přesto mohou mít negativní dopad na kvalitu života.

Osoby po ukončené protinádorové léčbě s nekontrolovaným emočním stresem hůře dodržují doporučená kontrolní vyšetření, protože se bojí, co toto vyšetření odhalí [1]. Mimoto méně často dodržují zdravý životní styl a méně často provozují zdraví podporující aktivity, jako je cvičení a méně často jsou nekuřáky. Někdy tito lidé po léčbě rakoviny začnou přemýšlet o dobrovolném odchodu ze světa. Incidence dokončených sebevražd mezi osobami spadajícími do kategorie *cancer survivors* je v USA přibližně 2x vyšší než v průměrné populaci [1,2].

Tato fakta vedla Americkou onkologickou společností k formulování doporučení pro klinické onkology umožňující časný záchyt (*screening*) těchto psychických poruch, které se objevují po ukončené protinádorové léčbě [1].

Zmíněné doporučení popisuje v rozsahu přiměřeném a pochopitelném pro onkology příznaky anxiety, deprese a PTSD a definuje vhodné kontrolní screeningové otázky. Pokud z odpovědí na tyto otázky získá ošetřující lékař podezření na problém, musí se pak rozhodnout, zda s jeho řešením pomůže sám, nebo již řešení přesahuje jeho schop-

nosti a musí pacienta poslat ke specializované psychologické či psychiatrické léčbě. Autoři doporučení NCCN uvádějí, že onkologičtí pacienti obvykle nesplňují všechna kritéria PTSD, ale v mnohém jejich potíže tuto poruchu připomínají. Proto se v roce 2016 v doporučení NCCN objevuje termín posttraumatic stress disorders – related symptoms, volně přeloženo symptomy příbuzné s posttraumatickou stresovou poruchou. Lékaři, kteří kontrolují nemocné po protinádorové léčbě, se mají vždy dotazovat na psychické potíže, a pokud splní kritéria daná tímto doporučením, pacienta odeslat k odpovídajícímu specialistovi. Standardní diagnostická kritéria pro afektivní poruchy, úzkostnou poruchu a PTSD jsou totiž příliš hrubá, proto cílem doporučení NCCN je zjemnit síto, aby specialista rozpoznal, že daný člověk strádá právě v této oblasti [1,2].

### Doporučený screening psychických poruch v onkologické nebo hematoonkologické ambulanci

Uvedené doporučení charakterizuje celkem tři typy poruch občas provázejících onkologické onemocnění:

- úzkostnou poruchu;
- depresivní poruchu;
- posttraumatickou stresovou poruchu.

Citované doporučení tyto poruchy charakterizuje a navrhuje základní typy screeningových otázek.

Otázky na přítomnost úzkostné poruchy: *Máte strach ze své nemoci či z něčeho dalšího? Máte problém ovládat tento strach? Brání vám tyto obavy ve vykonávání běžných činností či v usínání?*

Otázka na přítomnost depresivní poruchy:

*Máte menší radost z činností, které vás dříve bavily, a menší zájem o ně? Máte poruchy spánku, budíte se předčasně? Máte problémy zvládat aktivity, které jste dříve zvládali?*

Otázky na PTSD:

*Vrací se vám myšlenky na to, čím jste prošel? Brání vám to ve zvládnutí běžných denních aktivit?*

Pokud jsou odpovědi na některé z těchto otázek pozitivní, psychické obtíže jsou dlouhodobé, nejen v době kontrolního vyšetření, měl by lékař zvážit odeslání nemocného k psychologovi či psychiatrovi. V následujícím textu chceme tyto poruchy stručně popsat ze společného pohledu hematoonkologa, psychologa a psychiatra. Podrobněji jsou tyto zkušenosti rozvedeny v literatuře [5–11].

### Charakteristika nejčastějších psychických poruch u pacientů s maligními chorobami

Protože specialisté na maligní choroby sledují v odborné literatuře hlavně práce s cílem, jak tuto chorobu léčit, považujeme za přínosné předložit i stručnou charakteristiku těchto poruch, protože od doby, kdy na lékařské fakultě dělali zkoušku z psychologie a psychiatrie, uplynula již dlouhá doba a v rámci specializovaných atestací se s tímto tématem již neseťkávají.

#### Strach a úzkost

Termíny strach či fobie vyjadřujeme obavou z něčeho konkrétního, na co reaguje tělo stresem – přípravou na obranu útokem, útekem apod. Slovy úzkost či anxiety vyjadřujeme pocit vnitřní sevřenosti, který je sice podobný strachu, ale naše mysl není schopna odpovědět na otázku „Čeho se vlastně bojíte? Co vás zúzkostňuje?“. Navíc projevy úzkosti se v mnohém podobají příznakům fyziologického stresu – jako by se organismus připravoval na boj, ale bez přítomnosti vnějšího stresoru [13,14]. U pacienta tato emoce nastoupí často brzy po sdělení diagnózy maligní choroby a léčebného plánu nebo provází období nejistoty před stanovením přesné diagnózy.

Úzkost je z lékařského (psychiatrického) pohledu složitá kombinace emocí zahrnující strach, zlé předtuchy a obavy. Často je doprovázena fyzickými příznaky, jako je bušení srdce, pocit nevolnosti, bolest na hrudi, zkrácené dýchání, chvění rukou. Úzkost je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu není možné definovat. Oproti tomu strach je odpovědí na konkrétní nebezpečí. Úzkost může být akutní, trvat krátce, nebo dlouhodobá. Intenzita úzkosti je různá, od

lehkého neklidu až po stav paniky. Úzkost má následující složky:

- Kognitivní zahrnuje očekávání neurčitěho nebezpečí.
- Somatická složka – tělo se připravuje na únik z nebezpečí: zvýší se krevní tlak, puls, začne se vylučovat pot. Někdy se dostaví nevolnost. Krev se vlivá do hlavních svalových skupin a funkce imunity a trávicího systému jsou potlačeny. Navenek se úzkost projevuje bledostí pokožky, pocením, chvěním a rozšířením zornic, suchem v ústech.
- Emocionální složka se týká pocitu strachu nebo paniky.

Přiměřená úzkost je běžná emoce stejně jako strach, vztek, smutek nebo štěstí a je důležitá pro přežití, ale dlouhodobější úzkostný stav má na člověka destruktivní vliv.

V rozhovorech o psychice obecně je složité domluvit se na slovníku, zejména u prožitků, které lékař třeba nikdy nezažil, nebo které naopak pacient důvěrně zná, říká jim „divné pocity“, ale netuší, že je to úzkost, o které bylo napsáno mnoho knih. Důležité je počítat s tím, že spousta lidí si nedokáže spojit slovo úzkost s odpovídajícím vlastním prožitkem. Tedy když se jich lékař zeptá, zda netrpí úzkostmi, v podstatě nevědí, o čem lékař hovoří. Pokud se chce lékař zeptat, zda nemocný necítí úzkost, je lepší předložit mu výčet příznaků úzkosti a zeptat se: „Kolik z těchto příznaků občas zažíváte? Jak je to intenzivní?“

Pokud s tímto pracujete častěji, pak se vyplatí mít vytištěné příznaky úzkosti na papíře a pouze seznam pacientovi předložit:

1. neklid, pocit napjatosti, napruženosti;
2. lehce unavitelný;
3. problém soustředit se nebo mysl je prázdná;
4. podrážděnost;
5. svalové napětí
  - bolesti na hrudi (dávají si ruku na hrud),
  - pocity dušení,
  - sevřený žaludek (tlak v epigastriu),
  - knedlík v krku;
6. problém usnout, neklidný, neuspokojivý spánek;
7. palpitace (bušení srdce);
8. pocení, návaly horka;
9. sucho v ústech (xerostomie, potřeba neustále popíjet);

10. závratě a pocit neskutečnosti (depersonalizace nebo derealizace), pocit, že svět je záclonou, že tělo není moje;
11. zesílené vnímání každého detailu, neschopnost zasnít se (hypervigilance);
12. doprovodné divoké fantazie a temné předtuchy: že zešílím, že se něco stane blízkým;
13. příznaky společné s aouru u migrény: světloplachost (světlo bodá do očí), třes, brnění prstů.

Existují také screeningové metody úzkosti a deprese, se kterými může pacient pracovat i sám [12–14].

Problém tohoto kvalitativního výčtu je, že nemůže určit míru závažnosti příznaků. Slouží jen k tomu, aby lékař a pacient mluvili stejným jazykem, aby se shodli na tom, jak vypadají příznaky úzkosti. Proto míru závažnosti musí lékař odhadnout z následujícího rozhovoru.

Poruchy spánku jsou jiné u úzkosti a jiné u deprese. Úzkost je spojená se špatným usínáním. Při depresi poruchy spánku spočívají v předčasném probouzení a neschopnosti dospát [12–14].

Lékař by si měl vždy říci, nakolik jsou popisované problémy somatické a nakolik se na nich podílí úzkost. Příkladem byla paní, která si v ambulanci stěžovala na silné bolesti v páteři (měla několik kompresivních fraktur) a začala po ambulanci pobíhat s tím, že bolesti jsou tak hrozné, že se nedají vydržet. Bolesti v páteři u mnohočetného myelomu se při pohybu zhoršují, pacienti s těžkými bolestmi tudíž tiše sedí či leží, ale nepobíhají. Bylo zřejmé, že paní trpí úzkostí z toho, že má maligní chorobu a doma bydlí sama a neobslouží se. Vyřešilo to přijetí k hospitalizaci na LDN. Nyní již paní chodí opět do práce. Toto byl příklad nenaplněné nové potřeby, která vyvolala úzkost a projevila se atypickým chováním pacienta s kompresivními frakturami páteře.

### Hypervigilance

Opakovaně jsme se setkali s pacienty, kteří tvrdili, že právě díky maligní chorobě viděli trávu zcela jinak zelenou než dříve, viděli podrobnosti, kterých si dříve nevšimli. Popisovali, že díky své nemoci vidí svět lépe. Jenže je třeba si uvědomit, že jejich „lepší vnímání okolí“ je

často projevem, který se nazývá hypervigilance a který může být projevem úzkosti, což není nic pozitivního. Pro klinického somatického lékaře to není známý pojem, a proto jej krátce zmíníme.

Hypervigilance je stav zvýšené sensorické citlivosti detekující vše kolem. Zvýšená bdělost je to, čemu se v lidové mluvě říká ostražitost, tj. zesílená citlivost na stimuly, neustálé sledování situace kolem sebe. Ta je adekvátní v případě akutního nebezpečí typu přechod nebezpečnou soutěskou. Ale po opuštění lesa by měla přirozená hypervigilance sama vymizet. Patologický, dlouhotrvající stav hypervigilance bez vnějšího nebezpečí může být vyvolán PTSD či úzkostnou poruchou.

U pacientů se smrtelnou chorobou se objevuje v prvních třech fázích dle Küblerové-Rossovové. Zde se sice nejedná o vnějšího nepřítele, ale pocit ohrožení generuje právě hrozba smrti. Na rozdíl od strachu v soutěsce může u pacientů tento stav trvat celé týdny a oni ho často popisují jako změněný pohled na svět nebo na své hodnoty: „Najednou jsem nechápal, proč ti lidé pořád někam spěchají. Najednou jsem si zesíleně uvědomoval všechny detaily – každý list stromu či stéblo trávy. Každý okamžik mi byl vzácný.“

Dlouhodobý stav hypervigilance je považován za škodlivý, protože může dovést člověka k vyčerpání, ostatně jako každý dlouhodobý stres. Provází ho často úzkosti, obsesivní chování či problémy v sociálních interakcích. Ale pacienti hypervigilanci paradoxně často popisují jako příjemnou a obohacující; jako jakési duchovní prozření. Jinými slovy, jedná se o eustres (příjemně prožívaný stres).

Strach je emoce vznikající jako reakce na hrozící nebezpečí. Doprovázejí ho neurovegetativní projevy, zpravidla zblednutí, chvění, zrychlené dýchání, bušení srdce, zvýšení krevního tlaku, někdy husí kůže. Jde o normální reakci na skutečné nebezpečí nebo ohrožení, která má jedince připravit na útěk, únik nebo obranu. Strach motivuje k vyvarování se nebezpečí nebo k útěku před ním. Pocit strachu se člověku často dostaví poté, co je mu sdělena velmi negativní zpráva, třeba že má nádorové

onemocnění. Je to čistý strach, protože je zde jasný objekt strachu (bojím se nemoci/smrti/umírání). Tento strach ale může přerůst v úzkostnou poruchu. Pokud úzkostná porucha trvá delší dobu, vyžaduje již léčbu [6–12].

### Deprese

Deprese není typická v prvních fázích po oznámení závažné choroby – první tři fáze totiž charakterizuje spíše šok, stres, úzkost. Teprve po vyčerpání svých možností, sil a často i po ztrátě nadějí nastupuje čtvrtá fáze – deprese. Termín deprese lze přeložit jako snížení duševních sil člověka pod jeho obvyklou normu, neschopnost radovat se a plánovat aktivity přinášející radost [5,6]. A míra poklesu této duševní energie je individuální, od mírné deprese, slučitelné s normálním pracovním nasazením, až po závažnou depresi vyžadující hospitalizaci.

Podezření na depresi můžeme získat, pokud nám pacient odpoví negativně na tyto otázky: „Prožil jste v průběhu minulého týdne něco pěkného, z čeho byste měl radost? Těšíte se na něco?“ Pokud na obě otázky odpoví pacient negativně, musíme mít podezření na depresi.

Depresi lze charakterizovat následujícími body:

- trvale smutná či anxiózní nálada;
- pesimismus, pocity beznaděje, negativní vize vlastní perspektivy;
- pocit viny, pocit bezcennosti a nemožnosti (popř. úkorné bludy – svou nemocí otravují svět);
- ztráta zájmu o aktivity, které mi dříve přinášely radost, ztráta zájmu o sex;
- snížená energie, pocit chronické patologické únavy, pocit zpomalení;
- poruchy koncentrace a paměti, problémy s rozhodováním se;
- insomnie, nemocní se probouzejí brzy ráno, alespoň o 2 hodiny dříve před nástupem deprese. Poruchy spánku jsou známkou narušeného 24hodinového chronobiologického cyklu. Někdy naopak zvýšená spavost (15 % pacientů);
- poruchy příjmu jídla, nechut k jídlu a úbytek hmotnosti, nebo naopak zvýšená chuť k jídlu, přejídání se a přírůstek hmotnosti (lehčí formy deprese);
- myšlenka na smrt či na ukončení života sebevraždou (realizována ale

bývá paradoxně až na konci depresivní periody);

- neklid nebo podrážděnost, snížení tolerance stresu (astenické stavy);
- ústup z profesionálních pozic, ztráta ambicí, předčasný důchod.

Vhodné otázky jsou na poruchy spánku, lidé s depresí se budí několik hodin před obvyklou dobou vstávání. Mají pocit, že ráno vstanou a jsou unaveni, aniž by věděli z čeho. I do uvaření ranní kávy se musejí nutit, ač jim to dříve dělalo radost. Navíc jim ani nechutná, stejně jako nemají požitek z jídla a pití (anhedonie). A jak energie člověka začne slábnout, začne se i ledabytle oblékat a v práci se to projeví menší výkonností, ztrátou ambicí.

Dělení na lehkou, střední a těžkou depresi se odhaduje především podle toho, jak člověk je, nebo naopak není schopen fungovat v běžném životě. Uvědomme si, že mírné chronické formy se projevují rétorikou „život mě nebaví, jen přežívám“. Podle výzkumů se jedná o 14 % lidí, tedy lékař v ambulanci uvidí za den 2–3 takové pacienty, kteří nejsou schopni prožívat radost.

### Souvislost nenaplnění nově vzniklých potřeb nemocného s depresí

Každá nemoc s sebou přináší jistá omezení, a tím vznikají i nové potřeby. Lékaři při plánování léčby na tento typ problémů většinou nemyslí. Ilustrujeme to příkladem:

Na ambulanci přišla paní, ročník 1954, s mnohočetným myelomem, nově diagnostikovaným před měsícem. Měla četné patologické fraktury páteře a stěžovala si, že bolesti jsou větší a větší, že opioidy nepomáhají, ani antidepresivum, které jí minule pan doktor předepsal. Paní dělala dojem úzkostné, vyděšené osoby. Bylo více času na to analyzovat situaci, na což kolegové předtím neměli prostor. Paní měla opravdu četná osteolytická ložiska a kompresivní fraktury obratlů. Ale na pocitu hrozných bolestí se podílela úzkost z toho, že bydlí sama doma, protože ovdověla. Vana je jí na nic – kdyby si do ní sedla, již z ní nevstane, sprchový kout nemá. Když jí něco spadne na zem, sama si to

nepodá, protože jí to neumožní četné kompresivní fraktury páteře. Potraviny jí občas přinese dcera. Byla tedy patrná úzkost z toho, že sama život nevládne, že v bytě a okolí není nikdo, kdo by jí podal čaj a pomohl, když se něco zhorší. Nemocný člověk podstatně hůře zvládá samotou než člověk zdravý. A tato úzkost dále snižuje práh bolesti a zintenzivňuje její vnímání.

Vznik maligní nemoci je spojen se vznikem nových potřeb člověka. Neuspokojení těchto potřeb způsobuje psychický stres a může přispět k rozvoji úzkostné poruchy a deprese [5–15]. V přehledovém článku nazvaném *Unmet care needs in people living with cancer* je shrnuto 23 klinických studií sledujících toto téma. V článku je uvedeno, že citované studie popisovaly nenaplněné potřeby v oblasti informací (30–55 %), psychických potřeb (18–42 %), fyzické podpory (17–48 %) a funkční podpory (17–37 %) [16]. Tento článek velmi edukativně přibližuje skutečnost, že nemoci vedou k novým potřebám nejen čistě léčebným a že pro optimální žití je zapotřebí nejen předepsat tabletu od bolesti a antidepresivum, ale snažit se pojmenovat a řešit i další nové potřeby, které dotyčná osoba před nemocí neměla.

Skutečnosti, že pacient může dostat opravdu velmi komplikovanou, náročnou a nákladnou léčbu, které vedla k odstranění nemoci, a přesto ho nevrátila do života, protože nebyly naplněny jeho nově vzniklé potřeby, ilustrujeme ještě jedním příběhem nemocného. Domníváme se, že uvedení tohoto případu je důležité právě v době, kdy se zvyšuje počet lidí žijících „single“, kteří se mohou dostat do podobných problémů. Příklad ilustruje důležitost sociální anamnézy a z ní plynoucí případnou žádost o časovou pomoc sociálních služeb.

Muž ve věku 55 let podstoupil velmi komplikovanou vysokodávkovanou chemoterapii s alogenní transplantací krvetvorných buněk pro agresivní formu prolymfocytární leukemie. Komplikace jej upoutaly na lůžko nemocnice téměř na rok. Tím, že byl upoután na lůžko, nebyl schopen řešit své ekonomické závazky. Složenky přicházely do poštovní schránky jeho bytu a nemocný na ně z důvodu upoutání na

lůžko nemohl reagovat. Tak spadl do kategorie dlužníků a přišel i o svůj byt. Po propuštění byl proto poslán k dceři na Moravu. Cestou spadl a zlomil si krček femuru, což znamenalo další hospitalizaci. U své dcery nemůže bydlet trvale, protože dcera často jezdí na dlouhé služební cesty, takže musel být umístěn do domova s ošetrovatelskou péčí. Když nemocný vstupoval do léčby, byl orientovaný, spolupracující a pracující člověk. Nyní, po všech těchto útrapách, má tak velkou poruchu paměti, že potřebuje trvalou péči a na kontroly k nám musí jezdit s pečovatelkou. Stav hodnotíme jako předčasnou demenci. Přesnou příčinu změny psychického stavu ze samostatného pracujícího člověka na dementního muže neschopného se o sebe postarat nemáme stanovenou. Z hlediska jeho krevní nemoci je v kompletní remisi bez reakce štetu proti hostiteli. Jisté se na demenci mohou podílet všechny léčby a léky, které měl, ale bezpochyby také změna sociální situace. A tak lze jen spekulovat, zda se na této změně mohly podílet problémy typu nenaplněné potřeby, které vznikaly v průběhu jeho nemoci. Můžeme diskutovat o tom, co mu tato léčba přinesla.

Domníváme se, že lékař, pokud má svému pacientovi pomáhat, by měl jak léčit nemoc, tak vnímat, zda má pacient splněny základní požadavky; a pokud ne, má se pokusit nastartovat řešení problémů spojených s nemocí pacienta. Může tím předejít depresím vzniklým z nenaplnění základních potřeb nemocného.

### Posttraumatická stresová porucha

Již Sigmund Freud jako první popsal fenomén zvaný posttraumatická stresová porucha (posttraumatic stress disorder – PTSD). Je to termín pro různé patologické projevy lidské psychiky, které nastupují po překonání velmi závažné, život ohrožující stresové životní etapy. Touto traumatickou životní etapou může být pobyt vojáka v Afganistánu (syndrom válečných veteránů), ale také onemocnění maligní chorobou. V české odborné literatuře se tomuto tématu věnují Látalová, Praško a Kamarádová [17]. PTSD je spojená s úzkostí, depresí a po-

ruchami spánku, ale i s dalšími psychickými problémy [14,15]. U onkologických pacientů se objevuje po ukončení léčby a dosažení remise, kdy okolí od nich očekává, že musejí být v klidu, když „už je přeci po všem“. Pokud jsou v průběhu léčby, kdy je stále přítomen stresor z nemoci a léčby, též přítomny psychické problémy, pak se klasifikují buď jako reakce na akutní stres, nebo v průběhu léčby jako poruchy přízpusobení.

Lékaři v praxi vidí všechny kombinace. Pacienty s bouřlivou reakcí po oznámení diagnózy, ale s následným poměrně klidným průběhem, nebo naopak ty, kteří by mohli být pro ostatní pacienty vzorem v tom, jak příkladně snášet léčbu smrtelné nemoci, ale kteří se nečekaně zhroutí, jakmile přijde oznámení: „Blahopřejeme, léčba úspěšně končí, nyní jste v rekonvalescenci.“ Ti pak říkají: „Celou dobu jsem se upínal k tomu, že to skončí. Když to skončilo, cítil jsem se stejně špatně. Žádný slastný pocit se nedostavil, nezačalo žádné šťastné období. Ta hrůza snad nikdy neskončí!“

Tento typ psychických problémů jsme viděli opravdu jen u několika pacientů, kteří úspěšně prošli celou iniciační léčbou mnohočetného myelomu a dostali se do kompletní remise, tedy do stavu, kdy nebyly přítomny žádné známky aktivity mnohočetného myelomu, nebyla třeba žádná další léčba a pacienti byli normálně pohybliví. Tito pacienti by se mohli právem radovat z toho, že léčba byla úspěšně ukončena, a příp. se těšit na lázeňskou léčbu, která je indikována po ukončení té protinádorové. Místo toho nastoupil útlum duševních sil trvající několik měsíců. Jejich organismus se vybičoval k překonání zátěže, kterou přestavovala iniciační léčba mnohočetného myelomu, a po úspěšném překonání této překážky padl do útlumového stavu [14,15]. Dříve tento typ poruchy psychiatři nazývali deprese z „odbřemnění“, termínem starších německých psychiatrů pak „Entlastungsdepression“. Dnes se tyto pojmy nepoužívají a psychická porucha, které je pozorována po ukončení psychicky velmi náročné životní etapy, se dnes nazývá posttraumatická stresová porucha.

Pro diagnostiku posttraumatické stresové poruchy se používá systém kritérií,

kteří by pacienti trpící touto poruchou měli splnit alespoň v pěti bodech.

- Jedinec byl vystaven traumatické události (léčba onkologické nemoci).
- Traumatická událost je znovu prožívána ve formě úzkostných vzpomínek, flashbacků, myšlenek, snů, pocitů, halucinací nebo iluzí. Po vystavení pacienta podnětům připomínajícím trauma se objevují značné psychické potíže.
- Osoba se vyhýbá podnětům, myšlenkám, místům nebo činnostem připomínajícím událost. Obtížně si vybavuje některé momenty z období traumatu a někdy pocituje odcizení od okolní společnosti.
- U pacienta pozorujeme zvýšenou dráždivost, která před traumatem nebyla přítomna. Jde např. o neklidný spánek či potíže s usínáním, zvýšená úleková reaktivita (při náhlém hluku, záblesku světla nebo dotyku). Dostávají se potíže s koncentrací, skrytá agrese s občasnými návaly hněvu.
- Veškeré symptomy trvají déle než 1 měsíc.
- Duševní porucha se promítá do pracovního, sociálního i rodinného života pacienta. Klesá zájem o koníčky a oblíbené činnosti a mohou se objevit poruchy sebehodnocení a emoční strnulost [14].

Posttraumatický stresový syndrom může být spojen i s jinými psychickými poruchami, jako jsou deprese, panická porucha, fobie a generalizovaná úzkostná porucha.

V textu doporučení NCCN pro cancer survivorship distress z roku 2016 se uvádí, že typická posttraumatická porucha není pro onkologické pacienty charakteristická; místo toho používají termín posttraumatic stress disorders – related symptoms (viz výše). Jednoduše řečeno – člověk má problémy a psychiatrická věda pro ně vynalézá různé termíny.

### Noční pocení – projev maligní nemoci, infekce, či deprese?

Maligní nemoci (některé častěji, jiné méně často) mohou způsobit systémovou zánětlivou reakci jako první příznak vzniku nemoci nebo její recidivy (neinfekční příčina zánětu). Někdy jsou spo-

jeny s patologickou únavou. Tato systémová zánětlivá reakce se u lymfomů nazývá B symptomy a při kontrolách se na ně pacientů vždy ptáme. Systémová zánětlivá reakce se projevuje subfebriliemi (ptáme se, zda se pacient nemusí oblékat více než ostatní (při pouze mírně zvýšené teplotě se pacient většinou neměří)). Pátráme, zda se neobjevuje noční pocení jako další příznak této systémové zánětlivé reakce. A právě proto zde uvedeme poznámku o tom, že něco podobného mohou způsobit i psychické problémy.

Noční pocení, buď bez teplot či se zvýšenými teplotami, je signálem zánětlivé reakce organismu, kterou může spustit nejen infekce (např. tuberkulóza, osteomyelitida), ale také různá nádorová onemocnění (mnohočetný myelom, lymfomy, Hodgkinova choroba, tumor ledviny atd.). Jen zcela výjimečně je příčina nočního pocení psychická, úzkostná porucha a depresivní stavy [18–20]. Je zde totiž souvislost mezi depresí, úzkostí se zvýšenou tvorbou některých prozánětlivých cytokinů, a tedy i se zánětlivou odpovědí organismu.

### Psychogenní horečka – také možný projev deprese

Noční poty mohou být spojeny s psychogenní horečkou, kterou vyvolá akutní či chronický stres. Mechanismus této horečky je zcela odlišný od horečky indukované infekcí. Hlavní roli při vzestupu teploty má sympatický nervový systém. Medicínská literatura tento jev nazývá hypertermie vyvolaná stresem nebo také psychogenní horečka. Ke zvýšení teploty v tomto případě nedochází zvýšeným tonem svalů (třesavka), ale zvýšeným metabolismem v hnědé tukové tkáni. Mírný vzestup teploty byl prokázán u jinak zdravých studentů před zkouškou či jinou akutní zátěží, ale ne vyšší než o 1 °C. Cirkadiální teplotní abnormality byly prokázány u pacientů s těžkou depresí a poruchami spánku. Také u lidí s neurotickými poruchami provázanými úzkostí byly pozorovány vyšší vzestupy teploty indukované stresem. Psychogenní horečky jsou dále pozorovány u pacientů s traumatickou událostí v raném věku nebo u pacientů s depresivní či bipolární poruchou. Psychogenní

teplota může a nemusí být provázena dalšími problémy typu poruchy spánku, patologická únava, bolesti hlavy, nevolnost či bolesti břicha [21–23].

Prokázat, že se jedná o psychogenní horečku, je však velmi náročné, vyžaduje to postupovat dle guidelines pro diagnostiku horečky nejasného původu (fever of unknown origin – FUO). Horečka nejasného původu je definována jako teplota nad 38 °C nebo jen subfebrilie nad 37 °C a laboratorní známky zánětu trvající déle než 3 týdny. Časový interval 3 týdnů odfiltruje nemoci, které samovolně odezní. Příčinou FUO mohou být jak některé infekce (endokarditida, osteomyelitida ap.), tak autoimunitní či autoinflamatorní nemoci nebo maligní nemoci, které vyvolávají systémovou zánětlivou reakci. V rámci kompletnosti vyšetření je vhodné přidržovat se stávajících vodítek pro diagnostiku FUO a pouze při vyloučení naprosto všech příčin lze horečku klasifikovat jako psychogenní.

### Může deprese ohrozit život nemocného?

Ano, může, ale naštěstí je to velmi vzácné. Hlavní rizikem, kterým deprese ohrožuje pacienta, je nebezpečí sebevraždy poté, co depresivní fáze začíná odeznívat, tedy paradoxně ve chvíli, kdy už se začíná pacientovi dařit dobře.

Ovšem není deprese jako deprese. Deprese mohou mít rozdílnou „hloubku“. Těm nejhlubším se dříve říkalo involuční melancholie, dnešním termínem hluboká deprese s psychotickými rysy.

Pouze jeden z našich pacientů měl tak těžkou depresi, že chtěl být pořád jen v posteli, i když bylo léčbou dosaženo remise nemoci. Shodou okolností šlo o staršího kamaráda jednoho z autorů. Tento muž, dříve střelmistr v uranových dolech, který měl pro strach uděláno, ochorel mnohočetným myelomem ve věku 62 let. Zvládl dobře iniciační léčbu zakončenou první vysokodávkovanou chemoterapií s autologní transplantací v roce 2009. Pak byl 5 let v remisi a žil aktivním životem. Věnoval se svým koníčkům – sbírání nerostů, houbaření, rybaření. V roce 2014 nemoc recidivovala. Ambulantní léčba tohoto prvního relapsu byla zakončena dru-

hou vysokodávkovanou chemoterapií s transplantací autologní krvetvorné tkáně. V průběhu transplantační léčby měl pacient děsivé sny, takzvané noční můry. Uvedeme jednu z nich: Zdálo se mu, že jej omotávají a škrtí oživlé infuzní hadičky. Možná to byly první známky závažného depresivního stavu, který nastoupil po jeho propuštění domů. Pacient byl sice po léčbě slabý a musel mít na čas podpůrnou enterální výživu, ale doma se odmítl pohybovat, chtěl pouze ležet. Opakovaně navštívil i klinickou psycholožku. Vysvětlil jí, že když nemůže vstát a jít opravit plot a střechu, tak neví, proč by opouštěl lůžko. Vyslechl slova o nutnosti kondiční rehabilitace, ale neřídil se jimi a domácí lůžko neopouštěl. Nemoc byla dalšího 2,5 roku po léčbě v remisi, až v roce 2017 znovu recidivovala. V důsledku odmítání pohybové aktivity svaly tak atrofovaly, že po roce svalová atrofie znemožňovala pohyb. V roce 2017 pacient zemřel doma na infekci při relapsu myelomu. Pacient měl sice psychiatrickou medikaci, ale kde nebyla vůle ani řádný léčebný režim, nepomohla ani léčba antidepressivy. Domníváme se, že to je nejtěžší forma deprese, jakou jsme u našeho pacienta viděli.

### Proč byl schopen absolvovat první vysokodávkovanou chemoterapii bez větších komplikací a těžká deprese vznikla až po druhé?

Není snadné nalézt odpověď na otázku, proč pacienti vcelku zdárně přečkají iniciační léčbu, iniciační chemoterapii, ale psychicky se zhroutí až při relapsu, před léčbou 2. linie pro relaps. Jistou analogii můžeme vidět u obětí komunistického týrání v 50. letech. Často se stávalo, že u člověka, kterého několik let týrali, jeho statečnost a psychiku nezlomili – nezradil, neudal. Ale i ti nejstatečnější pak šli snadno zlomit, když je nechali 5 let v klidu a když se pak uprostřed nejhlubší noci ozvalo bušení na dveře a dva příslušníci tajné policie říkají: „Tak pojďte, pane Nováku, vždyť už to znáte.“ Právě probdělé noci a nekonečné čekání, až se ve dvě v noci ozve bušení na dveře, byly důvodem, proč při této druhé „rundě“ oběti kladly už jen minimální odpor a udaly své přátele, pode-

psali spolupráci apod. U iniciační léčby člověk neví, do čeho jde, vše je nové, takže ani neví, čeho se má bát. Jakmile zabuší na dveře 2. linie léčby, tak už ví, co bude – horečky, afty, pásový opar, zvracení, padání vlasů, absolutní slabost. „Ne, já už nechci! Kolikrát ještě?“ Zejména lidé se sklony k depresím (dystymie) mají problém vzpamatovat se z ran osudu, ať už je to chemoterapie či partnerský rozchod. Rekonvalescence trvá několik let.

Proč pacienti prožívají druhou vysokodávkovanou chemoterapii hůře než tu první, vysvětluje psycholog následně: Pokud žijeme v nějaké situaci, která nám není zcela příjemná, tak se na ni nějak adaptujeme – jako nemocný na 1. linii léčby, která je zakončena vysokodávkovanou chemoterapií. Pokud z této ne zcela příjemné situace odejdeme do situace podstatně příjemnější – propuštění do fungující rodiny po ukončení léčby, tak se najednou v naší mysli prožitá negativa začnou jevit jako negativnější než v době jejich prožívání a začneme mít odpor nebo strach z návratu do stejné situace. To samé probíhá i mezi partnery v případě ne zcela harmonického vztahu. Partner odjede na delší dovolenou či do lázní, vrátí se a najednou vnímá a hodnotí vše jinak než před odjezdem [24–26].

### Chronická patologická únava

Prožitek normální, fyziologické únavy je obranný mechanismus, ochranný fenomén, který pomáhá udržet fyziologickou rovnováhu, tzn. zejména nás dostane večer do postele. Tento druh únavy po odpočinku mizí. U onkologických pacientů a u dalších chronických nemocí existuje chronická patologická únava, která se v angličtině označuje slovem fatigue. Tímto termínem se označuje pocit extrémní vyčerpanosti a neobvyklé únavy, která provází závažné nemoci. Anglické slovo tiredness se používá pro únavu přiměřenou vynaložené námaze, čili pro únavu fyziologickou. Čeština nemá slova, která by rozlišovala fatigue a tiredness, a proto používáme termín patologická únava [14].

Existuje diagnóza astenie, jež se projevuje svalovou slabostí, nikoliv patologickou únavou. Astenie je tedy trochu jiný druh psychosomatické obranné

reakce na prožívané potíže, kdy dotyčný je schopen podvědomě ovlivnit svůj svalový tonus. Úkolem lékaře je vyloučit somatickou příčinu, např. hormonální dysfunkci. Je třeba konstatovat, že na pozadí chemoterapie či rekonvalescence z ní je to dost obtížné.

V anglické literatuře se setkáme s popisným termínem chemobrain. Tento termín se používá pro psychologickými testy potvrzené zhoršení kognitivních funkcí v průběhu medikamentózní léčby maligních chorob [5]. Vliv chemoterapie na kognitivní funkci jsme nezkoumali, ale při naší ambulantní praxi jsme měli někdy pocit, že kognitivní funkce se u některého nemocného horšily rychleji, než by odpovídalo času.

Patologická únava se vyskytuje u pacientů s maligními chorobami někdy již před stanovením diagnózy, ale někdy až po jejím stanovení a zahájení léčby. Pokud citelný nárůst unavitelnosti nastal před chorobou, jedná se spíše o biologickou záležitost, ale pokud propad nálady způsobilo až oznámení diagnózy, jedná se spíše o psychickou záležitost. V remisi nárůst neobvyklé unavitelnosti může signalizovat recidivu nemoci. Patologická únava je definována jako subjektivní stav nadměrného, trvalého vyčerpání a snížené kapacity k fyzické a duševní práci. Zásadním bodem je zjištění, že odpočinek nevede k odstranění této patologické únavy, a proto se předpokládá, že je způsobena jinými mechanismy než únava po námaze (popř. cirkadiánní), kterou odpočinek bezpečně odstraňuje. Fatigue je subjektivní pocit únavy v následujících rovinách:

- fyzická rovina: pocit snížení energie k tělesné (fyzické) aktivitě,
- kognitivní rovina: snížená koncentrace a zhoršená paměť,
- afektivní rovina: snížená motivace [14].

Únava, snadná unavitelnost a snížená kapacita udržet výkon se objevuje u nemocných s nádory bez předchozí námahy. Tento stav je nemocnými vnímán velmi nepříjemně jako nedostatek energie, apatie, snížení psychické aktivity nebo naopak jako pocit vnitřního neklidu (člověk není „ve své kůži“) a vede k závažnému narušení kvality života.

Výrazná únava a vyčerpání, nedostatek energie jsou běžnými symptomy v průběhu onkologické léčby. Ve většině případů patologická únava vymizí po ukončení léčby, ale ne u každého léčeného.

Patofyziologická podstata patologické únavy při maligní nemoci se vysvětluje zvýšenou hladinou prozánětlivých cytokinů a systémové zánětlivé reakce, kterou způsobují maligní nemoci. Proto často progresse této patologické únavy ohlašuje progresi nemoci [5].

Uvádí se ale, že 35 % osob, které ukončí léčbu vedoucí k vyléčení a které opravdu žijí bez přítomnosti nádoru, má stále pocit únavy. Někteří pacienti, kteří ukončí úspěšně léčbu a jsou opravdu vyléčení, jsou nějaký čas bez patologické únavy, ale ta se jim po čase vrátí, i když nemoc sama nerecidivuje [5]. Patofyziologická příčina této patologické únavy je spatřována ve změnách neurotransmiterů, jež nastartovalo maligní onemocnění.

Nicméně často můžeme být na rozpacích, jak charakterizovat stesky pacienta. Jde o patologickou únavu, nebo o depresi? Příznaky jsou podobné, ale v případě patologické únavy se nepopisuje porucha 24hodinového chronobiologického rytmu s předčasným buzením, jak je tomu u deprese, a vyjma únavy nejsou vyjádřené další příznaky deprese, jak je uvádí předchozí text. Pro lékaře je důležité vědět, že návrat patologické únavy nebo její zhoršení však může signalizovat i recidivu nemoci nebo její progresi.

### Léčebný vliv cvičení na psychické problémy při maligním onemocnění

U některých nemocných s mnohočetným myelomem, kteří se dostali do kompletní remise, jsme pozorovali, že fyzické aktivitě (jždě na kole, dlouhým, mnohakilometrovým procházkám) věnovali více času než před onemocněním. Jako by si chtěli touto fyzickou aktivitou pojsitit trvání remise. Nedávno nám pacient, který je v remisi, při kontrole popisoval svůj 80 km dlouhý výlet na kole Moravským krasem, a to mu bylo již 69 let.

Domníváme se, že tito lidé si podvědomě uvědomují, že fyzická aktivita

mírní depresivitu, odstraňuje patologickou únavu související s prodělanou nemocí a léčbou a přináší jim radost, příp. pocit, že mají své zdraví pod kontrolou. A proto se jejich každodenní „stimulační drogou“ staly desítky kilometrů na kole či dlouhé procházky.

Upozorňujeme naše nemocné, že fyzické cvičení má léčebný efekt na depresi a úzkostnou poruchu. Lidem se snažíme vysvětlovat, že termínem cvičení se myslí takové aktivity, při nichž se výrazně zvyšuje tepová a dechová frekvence, takže procházka není špatná, ale není to cvičení. V odborné literatuře se diskutuje o tom, zda má větší vliv vytrvalostní (aerobní), či silové (anaerobní) cvičení. Dle poslední metaanalýzy publikovaných studií má silové cvičení o něco větší efekt na léčbu deprese než vytrvalostní cvičení, i když přínosné jsou obě formy fyzické zátěže [27–30]. Aby zlepšení depresivního stavu bylo znatelné, doporučuje se věnovat se cvičení 45–60 min. 2–3× týdně. Tělesné cvičení se také doporučuje lidem po ukončené onkologické léčbě jako prostředek k lepší fyzické zdatnosti a ke snížení míry depresivity, kterou s sebou přináší setkání s onkologickou chorobou a její léčbou [18–21]. Fyzická aktivita může zmírnit hloubku deprese. Všechna tato publikovaná data se pokusili shrnout autoři Cochranovy metaanalýzy, která vyšla v roce 2019. Uvádějí, že zatím není jasně prokázáno, zda má cvičení pozitivní vliv na délku přežití onkologicky nemocných. Jednoznačně a statisticky signifikantně prokázali, že pravidelné cvičení mírní patologickou únavu a také tlumí či potlačuje depresi [31].

### Závěr

Vznik závažné maligní nemoci otevře dveře mnoha problémům – sociálním, ekonomickým a psychickým. To, že je postihla maligní nemoc, zůstává v mysli mnoha nemocných do konce života a ovlivňuje je. Pouze část lidí umí po ukončení léčby žít, aniž by byli předchozí zkušeností poznamenáni. Připodobnili bychom to k dotyku smrti, která nemocnému zašeptala: „Jednou si pro tebe přijdu, zda dříve, či později, to ti teď ještě nepovím.“ A tuto událost nemocný nemůže zapomenout a vrací se k ní ve



svých myšlenkách. Jednou nám naše pacientka po úspěšné léčbě mnohočetného myelomu svěřila: „Od doby, kdy jste mi řekli, že mám myelom, jsem se vlastně nikdy nedokázala radovat jako předtím. Vždy mi do té radosti vlezl myelom a strach, jak dlouho tu ještě budu?“

Závažná nemoc je chronickou záležitostí, která vyvolává různé intenzivní psychické problémy. A lékař pečující o tyto onkologicky nemocné by je měl léčit komplexně, nezaměřovat se jen na počet patologických krvinek v jejich kostní dřeni, ale měl by umět vnímat i jeho psychické problémy a rozpoznat, kdy stačí svými silami pomoci s jejich řešením a kdy již je třeba požádat o spolupráci dalšího lékaře – odborníky na nemoci lidské duše. To předpokládá jednak základní povědomí o možných psychických komplikacích, jednak navázanou spolupráci s psychology a psychiatry. Komplexní léčebný postup, který zmírní či odstraní třeba depresi nebo pomůže naplnit nové, nemocí indukované potřeby, ve svém důsledku zlepšuje i výsledky somatické léčby.

## Literatura

- Denlinger CS, Ligibel JA, Are M et al. NCCN Guidelines insights: survivorship, version 1.2016. *J Natl Compr Canc Netw* 2016; 14(6): 715–724. doi: 10.6004/jnccn.2016.0073.
- Yi JC, Syrjala KL. Anxiety and depression in cancer survivors. *Med Clin North Am* 2017; 101(6): 1099–1113. doi: 10.1016/j.mcna.2017.06.005.
- Malušková M. Epidemiologie mnohočetného myelomu v ČR. *Klin Onkol* 2017; 30 (Suppl 2): 2535–2542. doi: 10.14735/amko20172535.
- Adam Z, Král Z, Klimeš J et al. Chronický stres, psychická nepohoda a deprese zvyšují četnost infekčních, autoimunitních, ale i maligních nemocí. *Vnitřní Léč* 2020; (1): 34–36. doi: 10.36290/vnl.2020.006.
- Adam Z, Klimeš J, Pour L et al. Maligní onemocnění, psychika a stres. Praha: Grada Publishing 2019: 208.
- Hynčík D, Průša I. Depresivní a bolestivé stavy u onkologicky nemocných a jejich léčba. *Cas Lek Cesk* 2002; 141(3): 85–88.
- Hynčík D, Průša I. Deprese a bolest u onkologicky nemocných. *Medical Tribune* 2006; 2(31): 14–45.
- Reich M. Depression and cancer: recent data on clinical issues, research challenges and treatment approaches. *Curr Opin Oncol* 2008; 20(4): 353–359. doi: 10.1097/CCO.0b013e3282fc734b.
- Češková E. Deprese u kardiálních, neurologických a onkologických onemocnění. *Cas Lek Cesk* 2005; 144(4): 252–257.
- Boleloucký Z, Tondlová H, Stehlík J et al. Některé poznámky k psychosociálním aspektům onkologicky nemocných. *Cas Lek Cesk* 1984; 123(28): 865–867.
- Slováčková B, Slováček K. Psychiatrické komplikace protinádorové léčby. In: *Budoucnost péče o duševně nemocné v souvislostech*. Tribun EU 2017; 341.
- Svěrák T, Skřivanová K, Anderková L et al. Screening of psychological distress 4,5 years after diagnosis in breast cancer patients compared to healthy population. *Klin Onkol* 2016; 29(3): 210–215. doi: 10.14735/amko2016210.
- Mitchell AJ, Meader N, Symonds P. Diagnostic validity of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in cancer and palliative settings: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2010; 126(3): 335–348. doi: 10.1016/j.jad.2010.01.067.
- Kissane DW, Maj M, Sartorius N. *Depression and cancer*. Oxford: Wiley Blackwell 2011: 300.
- Honzák R. Deprese u onkologických pacientů. *Psychiatr. praxi* 2012; 13(1): 35–37.
- Moghaddam N, Coxon H, Nabarro S et al. Unmet care needs in people living with advanced cancer: a systematic review. *Support Care Cancer* 2016; 24(8): 3609–3622. doi: 10.1007/s00520-016-3221-3.
- Látalová K, Prásko J, Kamarádová D et al. Posttraumatická stresová porucha. *Prakt Léč* 2014; 94(4): 172–176.
- Avery DH, Shah SH, Eder DN et al. Nocturnal sweating and temperature in depression. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100(4): 295–301. doi: 10.1111/j.1600-0447.1999.tb10864.x.
- Rietsema WJ. Post-traumatic stress disorder as a cause of night sweats. *Am Fam Physician* 2003; 68(5): 806.
- Mold JW, Holtzclaw BJ, McCarthy L. Night sweats: a systematic review of the literature. *J Am Board Fam Med* 2012; 25(6): 878–893. doi: 10.3122/jabfm.2012.06.120033.
- Oka T. Psychogenic fever: how psychological stress affects body temperature in the clinical population. *Temperature (Austin)* 2015; 2(3): 368–378. doi: 10.1080/23328940.2015.1056907.
- Takakazu Oka. Psychogenic fever: how psychological stress affects body temperature in the clinical population. *Temperature (Austin)* 2015; 2(3): 368–378. doi: 10.1080/23328940.2015.1056907.
- Berend O. Psychogenic fever, functional fever, or psychogenic hyperthermia? *Temperature (Austin)* 2015; 2(3): 324–325. doi: 10.1080/23328940.2015.1071701.
- Klimeš J. *Nemoc a naše psychika*. Informační příručka pro pacienty. [online]. Dostupné z: [https://www.linkos.cz/files/brozury/Klimes\\_priuucka\\_mail.pdf](https://www.linkos.cz/files/brozury/Klimes_priuucka_mail.pdf).
- Klimeš J. *Co je dobré vědět o maligním lymfomu*. Informační brožura pro pacienty. [online]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/patient-a-rodina/pomoc-v-nemoci/kde-hledat-informace/publikace-pro-pacienty-a-jejich-blizke/co-je-dobre-vedet-o-malignim-lymfomu/>.
- Klimeš J. *Partneři a rozchody*. Praha: Portál 2013.
- Nebiker L, Lichtenstein E, Minghetti A et al. Moderating effects of exercise duration and intensity in neuromuscular vs. endurance exercise interventions for the treatment of depression: a meta-analytical review. *Front Psychiatry* 2018; 9: 305. doi: 10.3389/fpsy.2018.00305. eCollection 2018.
- Kanamori S, Takamiya T, Inoue S et al. Frequency and pattern of exercise and depression after two years in older Japanese adults: the JAGES longitudinal study. *Sci Rep* 2018; 8(1): 11224. doi: 10.1038/s41598-018-29053-x.
- Rebar RA, Stanton R, Geard D et al. A meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychology Review* 2015; 9(3): 366–378. doi: 10.1080/17437199.2015.1022901.
- Werneck AO, Oyeyemi AL, Silva DR. Physical activity and depression: is 150 min/week of moderate to vigorous physical activity a necessary threshold for decreasing risk of depression in adults? Different views from the same data. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018; 53(3): 323–324. doi: 10.1007/s00127-018-1490-5.
- Knips L, Bergenthal N, Streckmann F et al. Aerobic physical exercise for adult patients with haematological malignancies. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 31(1): CD009075. doi: 10.1002/14651858.CD009075.pub3.