Přehled psychických problémů, které mohou vzniknout při anebo po diagnóze a léčbě maligní choroby

Jeroným Klimeš[1], Zdeněk Adam[2], Zdeněk Boleloucký[3], Luděk Pour[2]
[1]Soukromá psychologická ambulance – PhDr. Mgr. Jeroným Klimeš, Ph.D., Praha 9 – Újezd nad Lesy
[2]Interní hematologická a onkologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice
[3]Oddělení psychiatrie a psychoterapie Svitavské nemocnice, Svitavy

Prodlužování celkového přežití onkologických pacientů a zvyšování jejich prevalence v populaci zvyšuje zájem o případné psychické problémy, přítomné ať již v průběhu léčby, nebo po ukončení léčby. Mezi nejčastější psychické problémy onkologických nemocných patří strach a úzkost, deprese, patologická únava a posttraumatická stresová porucha. Několik klinických studií prokázalo, že neléčená deprese je spojena s četnějšími somatickými komplikacemi a s horší prognózou základní nemoci než u nemocných se stejnou nemocí, ale bez deprese. K rozvoji deprese napomáhá nenaplnění „nově vzniklých potřeb nemocných". Psychické poruchy se mohou objevit i po ukončené léčbě. Starší psychiatři měli pro tuto situaci termín deprese z odbřemenění, dnes se tato situace nazývá posttraumatická stresová porucha. Deprese může indukovat různé bolesti, nejčastěji bolesti břicha, ale málo je známo že deprese může navodit i psychogenní horečku a psychogenní noční pocení. Někdy může být onkologické onemocnění provázeno těžkou depresí s psychotickými rysy, dřívějším termínem involuční melancholie. Problémem je také patologická únava, která v době léčby postihuje téměř všechny nemocné, ale u 30–40 % nemocných může přetrvávat i po ukončení léčby. Fyzické cvičení dle posledních poznatků má příznivý vliv jak na depresi, tak i na patologickou únavu. Z uvedených poznatků vyplývá doporučení pro hematology a onkology – včas tyto psychické komplikace odhalit a včas odeslat tyto nemocné do odpovídající psychologické či psychiatrické léčby.

Klíčová slova: anxieta, deprese, patologická únava (fatigue), posttraumatická stresová porucha.

Overview of psychological problems accompanying cancer

In recent years, dramatic advances in early detection and treatment options have increased the overall survival rates in patients of all ages with cancer and malignant hematologic diseases. At the same time, these improved treatment options are also associated with substantial long-term side effects, such as fatigue, pain, anxiety, and depression and posttraumatic stress disorder, that interfere with patients' ability to perform daily activities. Furthermore, patients with cancer may have preexisting psychologic or psychiatric conditions that affect their ability to cope with cancer. Survivors of cancer are about twice as likely to report medication use for anxiety and depression as adults who do not have a personal history of cancer. Depression is also common in in all cancer diseases and is often associated with a poor prognosis. The inspiration for this text was the recent version of Distress Management, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, which emphasis the needs to implement the integration of psychosocial care into clinical cancer care. Based on this recommendation all psychical consequences of cancer are described in this text. And it depends on the oncologists or haematologists, if he can help patients to solve his psychical problems, or if he refers the patient to psychologist or psychiatrist.

Key words: cancer, anxiety, depression, fatigue, posttraumatic stress disorder, unmet needs.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:
prof. MUDr. Zdeněk Adam, CSc., Adam.Zdenek@fnbrno.cz
Interní hematologická a onkologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice, Jihlavská 20, 624 00 Brno

Cit. zkr: Vnitř Lék 2020; 66(2): e28–e37
Článek přijat redakcí: 12. 12. 2019
Článek přijat k publikaci: 18. 2. 2020

Úvod

Prodlužování délky přežití zvyšuje i počet osob, které trpí psychickými důsledky maligní choroby

V dnešní onkologické literatuře se odráží euforie z nových léčebných postupů. V každé oblasti je exploze nových léků a to vede k dramatickému zlepšování léčebných výsledků. Časnější diagnostika a zlepšená léčba v posledních letech vedly k tomu, že 2/3 pacientů s invazivní rakovinou dnes žije déle než 5 let, a proto se v populaci zvyšuje počet osob, které žijí dlouho po stanovení diagnózy maligní nemoci, anglickým termínem „long-term cancer survivors". Tento vývoj vede odbornou veřejnost ke zvyšujícímu se zájmu o jejich mentální zdraví. Prožití všech útrap a následků spojených s léčbou maligní nemoci přináší do jejich života nové problémy. U části osob, které prodělaly onkologickou léčbu, se popisující pocity úzkosti, deprese, vznik nových potřeb, které nejsou naplňovány. Tyto psychické problémy mohou interferovat s návratem k jejich původnímu stylu života, být stresem, který oslabuje jejich odolnost a potencuje návrat nemoci. Mnoho osob po ukončení léčby rakoviny udává, že se cítí osamocení, 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 kontrolních vyšetření. Tyto strachy, obavy a úzkosti, anglickým termínem „fear of recurrence", mohou mít charakter posttraumatické stresové poruchy, neklidu, vyhýbání se všemu, co připomíná léčbu maligní nemoci. Mnoho osob po ukončené léčbě prožívá emoční stres, který sice nenaplňuje kritéria úzkostné poruchy nebo těžší deprese, ale nemocné vážně zatěžuje a interferuje s plnohodnotným návratem do původního života.

Doporučení Americké onkologické společnosti pro skríning psychických poruch u onkologických nemocných

Americká onkologická společnost (NCCN) v roce 2009 začala vydávat edici nazvanou cancer survivorship. V jednotlivých letech pak vycházela doporučení pro různé oblasti problémů, které navazují na ukončenou protinádorovou léčbu. Přehled těchto doporučení lze najít v databázi Medline Pubmed po zadání hesla „surivorship and NCCN" a tyto publikace jsou volně dostupné (free full text).

V roce 2016 Americká onkologická společnost vydala doporučení NCCN (The National Comprehensive Cancer Network – NCCN) Distress Guideline. Autoři tohoto doporučení uvádějí, že anxieta a deprese postihuje až 29 % osob po ukončené onkologické léčně (survivors), z nichž 1–19 % splňuje kritéria posttraumatické stresové poruchy za poruchy (Tato zarážející nepřesnost 1–19 % je dána rozdílnými operacionálními definicemi, které používají autoři jednotlivých studií při své diagnostice.) V NCCN doporučení je popsán stres související s nádorovou chorobou jako široká paleta negativních emocí, počínajících pocitem zranitelnosti, smutkem, obavami z recidivy až po těžkou depresi, traumatizující úzkost, panické poruchy a existenciální krizi. Mnoho osob po ukončené léčbě má psychické problémy, které ale nejsou tak výrazné, že by vedly ke klinické diagnóze anxiety, deprese, nebo posttraumatické stresové poruchy, ale přesto mohou mít negativní dopad na kvalitu života. Osoby po ukončené protinádorové léčbě (survivors) s nekontrolovaným emočním stresem hůře dodržují doporučená kontrolní vyšetření. Mimoto méně často dodržují zdravý životní styl a méně často provozují zdraví podporující aktivity, jako je cvičení či nekouření. Někdy tito lidé po léčbě rakoviny začnou přemýšlet o dobrovolném odchodu ze světa. Incidence dokonaných sebevražd mezi osobami spadajícími do kategorie „cancer survivors" je v USA přibližně 2× vyšší než v průměrné populaci. Tato fakta vedla Americkou onkologickou společnost pro formulování doporučení pro klinické onkology případně hematology pro časný záchyt (skríning) těchto psychických poruch, které se objevují po ukončené protinádorové léčbě. Cílem tohoto doporučení je definovat symptomy, při jejichž naplnění je vhodné poslat nemocného ke specializované psychologické či psychiatrické léčbě (1, 2). V doporučeních NCCN se jako nejčastější porucha uvádí úzkost, následně deprese. V případě posttraumatické stresové poruchy píší, že onkologičtí pacienti jen vzácně splňují všechna kritéria této poruchy a tak vytvořili termín posttraumatic stress disorders-releated symptoms, volně přeloženo „symptomy příbuzné s posttraumatickou stresovou poruchou".

Naši němečtí sousedé se těmto poruchám věnují v četných publikacích, z nichž citujeme pouze analýzu autorů z Hamburku, která hodnotila 3 370 osob po ukončené léčbě maligních nemocí ve věku 25–55 let. Z tohoto počtu celkem 39 % osob udávalo střední až vysokou úzkost odpovídající hraniční či klinicky relevantní úzkostné poruše. Výskyt úzkosti zůstával stejný v podskupinách lišících se intervalem od ukončené léčby, do 2 let, 3–4 roky, 5–6 let a více než 6 let. Úzkost tedy s prodlužujícím časovým intervalem od ukončení léčby neklesala. Výskyt depresivních poruch byl o něco nižší, jen 19 % osob dříve léčených pro maligní choroby uvedlo střední či silnou depresi, odpovídající hraniční, či klinicky relevantní depresivní poruše. Míru depresivity zvyšovala nedostatečná rodinná podpora, nezaměstnanost, nízká sociální podpora. Autoři taktéž zdůrazňují nutnost skríninku těchto poruch při průběžných kontrolách a včasné odesílání ke specializované léčbě (3).

A jak je to v případě, když se soubor zúží na hematologické pacienty? Zde můžeme citovat práci z Austrálie, jejíž autoři se zaměřili na 2 nejčastější krevní nemoci, mnohočetný myelom (791 nemocných) a difuzní velkobuněčný B lymfom (983 nemocných). Z těchto pacientů 15 % uvedlo pocity zvýšené úzkosti a 18 % příznaky odpovídající depresi. Dále byli tito lidé dotazováni, zda mají nějaké nenaplněné potřeby v oblasti psychické a emocionální anglickým termínem unmet needs. Pozitivně odpovědělo 30 % dotázaných (4).

Při všech těchto výzkumech musíme pamatovat na fakt, že životní prevalence depresivních poruch je v populaci poměrně vysoká (cca 10 % mužů a 15 % žen). Podobně 14 % obecné populace udává, že jsou ve svém životě převážně nespokojeni. U přeživších rakovinu tedy sledujeme, o kolik přesahují toto populační pozadí. Každopádně i tak pozorujeme u nemocných zřetelný nárůst.

A tak skríning psychických problémů po ukončené protinádorové léčby a léčebné intervence u osob trpících některou z poruch nabývá na důležitosti s lepšícími se výsledky protinádorové léčby (5). Tento vývoj v odborné literatuře nás stimuloval k tomu, abychom ve spolupráci s psychologem a psychiatrem předložili stručnou charakteristiku těchto poruch pro klinické lékaře.

Přehled psychických komplikací, které mohou být asociovány s maligním onemocněním

Úzkost

Termíny strach či fobie vyjadřujeme obavu z něčeho konkrétního, na co reaguje tělo stresem – přípravou na obranu útokem nebo útěkem. Slovy úzkost či anxieta vyjadřujeme pocit vnitřní sevřenosti, který je sice podobný strachu, ale naše mysl není schopna odpověď na otázku: „Čeho se vlastně bojíte? Co vás zúzkostňuje?" Navíc projevy úzkosti se v mnohém podobají příznakům fyziologického stresu – jako by se organismus připravovat na boj a útok, ale bez přítomnosti vnějšího stresoru.

Úzkost je z lékařského (psychiatrického) pohledu složitá kombinace emocí, zahrnující strach, zlé předtuchy a obavy. Často je doprovázena vegetativními příznaky, jako je bušení srdce, pocit nevolnosti, bolest na hrudi, zkrácené dýchání, chvění rukou. Úzkost je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu není možné definovat. Strach je určitou 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 neurčitého nebezpečí.
- Somatickou – tělo se připravuje na únik z nebezpečí: zvýší se krevní tlak, pulz, vylučování potu. Někdy se dostaví nevolnost. Krev se vlévá do hlavních svalových skupin a funkce imunity a tráviciho systému jsou potlačeny. Navenek se úzkost projevuje bledostí pokožky, pocením, chvěním a rozšířením zornic, suchem v ústech.
- Emociální – týká se pocitu strachu nebo paniky (6).

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

V rozhovorech o psychice obecně je složité se domluvit na slovníku, zejména u zážitků, které lékař třeba nikdy nezažil, nebo naopak které pacient důvěrně zná, říká jim „divné pocity", ale netuší, že je to úzkost a že o tom jsou napsány tuny knih. Důležité je počítat s tím, že mnoho lidí si nedokáže spojit slovo úzkost s odpovídajícím svým prožitkem. Tedy, když se jich lékař zeptá, zda netrpí úzkostmi, v podstatě nevědí, o čem lékař hovoří. Pokud se lékař chce zeptat, zda nemocný necítí úzkost, je lépe mu předložit výčet příznaků úzkosti a zeptat se: „Kolik z těchto příznaků občas zažíváte? Jak je to intenzivní?" Pokud s tím častěji pracujete, pak se vyplácí mít vytištěné příznaky úzkosti na cedulce a pouze je pacientovi předložit:

- nezklidněnost, pocit napjatosti, napruženosti
- lehká unavitelnost
- problém se soustředit nebo mysl je prázdná
- podrážděnost
- svalové napětí rizikového typu
  - bolesti na hrudi (tendence dávat si ruku na hruď)
  - pocity dušení
  - sevřený žaludek (tlak v epigastriu)
  - knedlík v krku
- problém usnout, neklidný, neuspokojivý spánek
- palpitace (bušení srdce)
- pocení, návaly horka
- sucho v ústech (xerostomie, potřeba neustále popíjet)
- závratě a pocit neskutečnosti (depersonalizace nebo derealizace), pocit, že svět je záclonou, že moje tělo není moje
- zesílené vnímání každého detailu, neschopnost zasnít se (hypervigilance)
- doprovodné divoké fantazie a temné předtuchy: že zešílím, že se blízkým něco stane
- příznaky společné s migrénní aurou:
  - světloplachost (světlo bodá do očí)
  - třes, brnění prstů (bývá též příznak migrenní aury)

Problém tohoto kvalitativního výčtu je, že nemůže určit míru. 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 – může to být banální, ale mohou tam být nepojmenované panické ataky, migrény, psychotické příznaky (halucinace, bludy) a podobně. Pokud se lékař ptá jen na pocit sucha v ústech, tak tu má opět jen zlomek úzkostných pacientů.

Poruchy spánku jsou jiné u úzkosti a jiné u depresí. Úzkost je spojená se špatným usínáním. Při depresi poruchy spánku spočívají v předčasném probouzením a neschopností dospat.

Hypervigilance

Hypervigilance je stav zvýšené senzorické senzitivity, detekující vše kolem. Zvýšená bdělost je to, čemu se říká v lidově mluvě ostražitost – zesílená citlivost na stimuly, neustále sledování situace kolem sebe. Ta je adekvátní v případě akutního nebezpečí typu přechodu nebezpečnou soutěskou. Ale po opuštění soutěsky by měla přirozená hypervigilance sama vymizet. Patologický, dlouhotrvající stav hypervigilance bez vnějšího nebezpečí může vyvolat posttraumatická stresová porucha či úzkostné poruchy.

U pacientů s nějakou smrtelnou chorobou se objevuje v prvních třech fázích dle Kübler-Rossové. Zde sice se nejedná o vnějšího nepřítele, ale pocit ohrožení generuje právě hrozba smrti. Na rozdíl od strachu v soutěsce, u pacientů tento stav může trvat celé týdny a oni ho často popisují jako změněný pohled na svět, 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, konec konců jako každý dlouhodobý stres. Provází ho často úzkosti, obsesivní chování či problémy v sociálních interakcích. Ale pacienti hypervigilanci paradoxně často popisují jako příjemnou, obohacující, nebo jako jakési duchovní prozření. Jinými slovy jedná se eustres (příjemně prožívaný stres) (6).

Strach

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 vyhnutí se nebezpečí nebo k útěku před ním. Pocit strachu se často dostaví po

sdělení velmi negativní zprávy člověku, třeba že má nádorové onemocnění. To je čistý strach, protože je zde jasný objekt strachu, bojím se nemoci/smrti/umírání. Ten tento strach ale může přerůst v „úzkostnou poruchu". Pokud úzkostná poruch trvá delší dobu, vyžaduje již léčbu (6).

Deprese

Charakteristika deprese

Deprese není typická v prvních fázích po oznámení závažné choroby – první 3 fáze totiž charakterizuje spíše šok, stres, úzkost. Teprve po vyčerpání svých možností, sil a často i po ztrátě nadějí nastupuje 4. fáze – deprese.

Deprese je termín často používaný v dnešní psychiatrii, ale také v široké laické veřejnosti. A ne vždy mají nezdravotníci správnou představu, co se pod tímto pojmem ukrývá. Od našich pacientů víme, že si často představují smutek, zármutek, pláč a říkají, že když jim není do pláče, nepotřebují antidepresiva. To není správná představa. Termín deprese lze přeložit jako snížení duševních sil člověka pod jeho obvyklou normu, neschopnost se radovat a plánovat aktivity přinášející radost (6). A míra, jak moc tato duševní energie poklesne, 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 něco pěkného minulý týden, z čeho byste měl radost? Těšíte se na něco?" Pokud na obě otázky odpoví pacient negativně, musíme mít podezření na depresi.

Dnes se již deprese dle předpokládané etiologie neklasifikuje, ale přesto považujeme za smysluplné uvést původní klasifikace, protože při pohledu na tuto klasifikaci je evidentní, že maligní nemoc může být příčinou reaktivní deprese. Dříve se rozlišovala:

- **deprese endogenní** – příčina je v poruše „chemie" mozku (často v nervovém přenašeči – dopaminu). Jinými slovy špatný psychický stav pacienta, který nevysvětlují události v jeho životě, ani jeho zdravotní stav. Někdy přicházejí periodicky, např. sezónní deprese v zimním období.
- **deprese reaktivní** – vcelku pochopitelná depresivní reakce na nějakou stresovou událost, například úmrtí blízké osoby. Příbuzné pojmy:
  - deprese organická – při organickém poškození mozku (např. úrazy, nádory), krvácení, endokrinní poruchy, poruchy jater či slinivky břišní (např. cukrovka)
  - deprese farmakologická – způsobená některými léky či přípravky, případně hormony

Zde lze zdůraznit, že reaktivní deprese (F43.2) většinou odeznívá samovolně do 6 měsíců. Pokud přetrvává déle než 2 roky, kóduje se novým kódem (F62.8 Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku).

Někdy komplikovaná rodinná situace, která sama o sobě opravňuje k diagnóze reaktivní deprese, může maskovat problémy se štítnou žlázou, které též vyvolávají obraz depresivního pacienta. Jenže podpůrná psychoterapie štítnou žlázu nevyléčí. Zde je třeba velkou citlivost a zkušenost při odhadu, co je „normální reakce" na problémy člověka a co už je nepřiměřená reakce.

K tomu jsou velké vizity, kdy se jede podle pravidla „více hlav více ví". Lékař – ne psychiatr – by měl v nejasných případech vyžádat konziliární posouzení. Obecně ale každé oddělení, které pracuje se se smrtelnými chorobami, aby mělo mít nasmlouvaného psychiatra na půl den či den v týdnu, aby s ním probralo psychické problémy pacientů, které jsou u těchto nemocí spíš pravidlem než výjimkou.

Depresi lze charakterizovat následujícími body:

- trvalá smutná či anxiózní nálada
- pesimismus, pocity beznaděje, negativní vize vlastní perspektivy
- pocit viny, pocit bezcennosti a nemohoucnosti (popř. úkorné bludy – svou močí otravuji svět)
- ztráta zájmu o aktivity, které dříve přinášely radost, ztráta zájmu o sex,
- snížená energie, pocit chronické patologické únavy (fatigue), pocit zpomalení
- poruchy koncentrace, poruchy paměti, problémy s rozhodováním se
- insomnie, nemocní se probouzejí brzy ráno, alespoň 2 hod. dříve než před nástupem deprese, poruchy spánku jsou známkou narušeného 24hodinového chronobiologického cyklu, někdy naopak zvýšená spavost (15 % pacientů)
- poruchy příjmu jídla, nechuť k jídlu a úbytek hmotnosti, nebo naopak zvýšená chuť k jídlu, přejídání 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

Lidé trpící depresí si stěžují na snížení své energie a aktivity. Mají sníženou schopnost koncentrace, zhoršení paměti, pozornosti, schopnosti učit se. Zpomaluje se duševní tempo a s ním i exekutivní funkce, schopnosti naplánovat nějakou činnost a úspěšně ji provést a dokončit. To sekundárně vede někdy k odsouvání plnění úkolů, k prokrastinaci. V emoční rovině deprese snižuje či zcela zamezuje schopnost pociťovat a prožívat radost, snižuje zájem o dění kolem sebe. Již po malé námaze pociťují nekončící únavu, každý pohyb je stojí nekonečnou energii a musí jen odpočívat. I sebevědomí se propadá, zvýšeně se obviňují a sebedůvěra klesá. Mají poruchy spánku a budí se několik hodin před obvyklou dobou vstávání. Mají pocit, že ráno vstanou a jsou unaveni, aniž by věděli po čem. I do uvaření ranní kávy se musejí nutit, ač jim to dříve dělalo radost. Navíc jim ani nechutná, stejně jako z jídla a pití nemají požitek (anhedonie). A jak energie člověka začne slábnout, začne se ledabyle i oblékat a v práci se to projeví menší výkonností, ztrátou ambicí.

Dělení na dystymie, lehká, střední, těžká deprese se odhaduje především podle toho, jak jsou nebo naopak nejsou schopni fungovat v běžném životě. Uvědomme si, že mírné chronické formy se projevují rétorikou, že je život nebaví, že jen přežívají. Podle výzkumů wellbeing se jedná o 14 % lidí, tedy lékař v ambulanci uvidí za den 2–3 takové lidi.

Příčiny mohou být zcela endogenní, vlastní onemocněním mozku, ale příčinou může být také reakce na těžkou životní situaci, na dlouhodobý stres, nekompenzovaný pozitivními emocemi (6, 7). Poměrně jasnou příčinou reaktivní deprese je zjištění závažné život ohrožující nemoci. Úzkosti a depresivní poruchy v různé intenzitě přetrvávají u velké části osob, které prodělaly léčbu rakoviny a krevních maligních chorob. Výjimečně jsou psychické změny tak intenzivní, že interferují

s návratem do původního stylu života (7). Tématu deprese u maligních chorob se věnují též velmi četné publikace v českých odborných časopisech, které lze najít v literární databázi medvik.cz (8, 9).

Světová psychiatrická společnost (World Psychiatric Association – WPA) vydala sérii sborníků zaměřených na komorbiditu deprese a somatických chorob, jako je diabetes mellitus, kardiovaskulární onemocnění a další. Do sborníku o depresi a nádorech přispěli přední světoví odborníci v této oblasti celkem 9 publikacemi. Čtyři z nich vycházejí s předního světového psychoonkologického pracoviště, Oddělení psychiatrie a behaviorálních věd instituce Memorial Sloan-Kettering Center v New Yorku. Všichni autoři přinášejí zajímavé souhrnné informace z oblasti deprese a nádorů (10). Tuto knihu lze doporučit všem lékařům pečující o onkologicky nemocné. Její kapitoly popisují: prevalenci deprese u osob s maligní nemocí, psychologickou adaptaci na tuto nemoc, analyzují biologickou souvislost mezi zvýšenou hladinou jednotlivých cytokinů a depresí anebo patologickou únavou (fatigue). Dále se zabývají metodami diagnostiky, léčby a suicidální tendencemi osob s malignitami (10).

Neléčená deprese zvyšuje počet komplikací při léčbě maligních nemocí

Incidenci deprese u pacientů, kteří byli sledováni po ukončení první linie léčby mnohočetného myelomu, analyzovala Německá skupina pro studium mnohočetného myelomu. Příznaky deprese identifikovali u 25 % pacientů. Německá skupina pro studium mnohočetného myelomu iniciovala programy pro posilování schopnosti člověka zvládat psychickou zátěž. V psychologii existuje termín resilience, což je psychický proces zvládání nepříjemných podmínek (krizí). Jedná se o psychickou odolnost, houževnatost jedince „navzdory nepřízni osudu", navzdory biologickým, psychologickým a psychosociálním vývojovým problémům a rizikům. Každý jedinec má svoji míru resilience, ale vhodnou podporou lze míru resilience navýšit (11). Podobný význam má i termín frustrační tolerance, čili schopnost jedince optimálně fungovat v neoptimálních podmínkách.

Kvalitu života, somatické a psychické následky mnohočetného myelomu sledovaly i další studie. Frekvenci úzkostné poruchy a deprese popisují u 28–30 % (12–14). Četné publikace upozorňují lékaře na to, že je zásadní s pomocí psychologů a psychiatrů zmenšit míru depresivity u pacientů s mnohočetným myelomem a jinými nemocemi, protože deprese vlivem na imunitní obranu může otevřít cestu dalším komplikacím.

Mols v roce 2013 uvádí, že deprese zvyšuje riziko mortality, což prokázali analýzou velkého souboru 3 080 pacientů (15).

Britští autoři ve svém článku analyzují ve velkém souboru pacientů s mnohočetným myelomem otázku, oč menší by byly náklady na somatickou léčbu různých komplikací, pokud by se podařilo odstranit psychologickou a psychiatrickou intervencí depresivní a úzkostné poruchy. U depresivních pacientů s mnohočetným myelomem vzniká podstatně více zdravotních komplikací než u pacientů s mnohočetným myelomem bez průvodní deprese (16). Také poukazují na nutnost uspokojení nových a pro nemocné zásadních potřeb, vzniklých s příchodem nemoci (unmeet needs) pro snížení depresivity a tím i snížení počtu komplikací (16).

A uvedeme ještě jednu práci, v níž se autoři zaměřili na depresivní stavy před provedením autologní či alogenní transplantace. Depresivní či úzkostnou poruchu diagnostikovali u 20 % nemocných ještě před provedením vysokodávkované chemoterapie s autologní transplantací. V obou skupinách srovnávali průměrnou délku celkového přežití a počet dní mimo nemocnici. Neshledali rozdílu v celkovém přežití, ale pacienti, kteří měli před transplantací diagnostikovanou depresi, měli menší počet dní strávených v průběhu dalšího života mimo nemocnici než pacienti, kteří do transplantační léčby šli bez deprese. Svoje pozorování autoři uzavírají slovy: pacienti, kteří mají depresivní poruchu před provedením vysokodávkované chemoterapie s autologní transplantací, představují vysoce rizikovou skupinu pro potransplantační komplikace a mohou mít prospěch z psychologické či psychiatrické intervence před provedením této léčby (17).

Poslední tři citované práce tedy nabádají lékaře, kteří pečují o nemocné s mnohočetným myelomem, ke spolupráci s psychiatry a psychology s cílem u podskupiny nemocných jevících známky deprese se ji pokusit psychologickou či psychiatrickou intervencí odstranit. To může přinést zmenšení počtu komplikací v průběhu léčby i po jejím ukončení. To samé doporučují autoři knihy vydané skupinou Word Psychiatric Association titles on Depression, kteří v analýze všech dostupných prací konstatovali kratší přežití a vyšší počet komplikací, částečně spojených s nižší adherencí k léčně, u osob s depresí při maligní nemoci ve srovnání s osobami s maligní chorobou, ale bez deprese. Konstatovali, že účinně vedená psychologická či psychiatrická intervence může snížit počet komplikací vznikajících u lidí s maligní chorobou provázenou depresí (10). Psychický stres je u pacientů s maligními chorobami přítomný od doby diagnózy, v průběhu léčby a trvá i po jejím ukončení, jak popisují v odborných publikacích Svěrák a další (18).

Nenaplnění nově vniklých potřeb nemocného (unmet needs) pomáhá rozvoji deprese

Termín „nenaplněné nově vzniklé potřeby" (anglickým termínem unmet needs) si dovolíme ilustrovat na příkladu z naší ambulance. Do ambulance přišla pacientka narozená roku 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 lékař předepsal. Pacientka dělala dojem úzkostné vyděšené osoby. Měla opravdu hodně poškozený skelet nemocí, ale na pocitu hrozné bolesti se podílela úzkost z toho, že bydlí sama doma, protože ovdověla. Vana jí je na nic – kdyby si do ní sedla, již z ní nevstane, a sprchový kout nemá. Když jí něco spadne na zem, sama si to nepodá, protože jí to neumožní četné kompresivní fraktury páteře. Potraviny jí přinese občas dcera. Takže vidíme úzkost z toho, že sama život nezvládne, že v bytě a okolí není nikdo, kdo by jí podal čaj a pomohl, když se něco zhorší. Nemocný člověk podstatně hůře zvládá samotu než člověk zdravý. A tato úzkost dále snižuje práh bolesti a zitenzivňuje 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 (14). Při zadání hesla unmet needs and multiple myeloma či unmet needs and cancer do literární databáze

Tab. 1. *Časová osa s číslováním diagnóz*

Oznámení choroby – šokové chování	**F43.0** Akutní stresová reakce (fáze popření, fáze agrese dle Kübler-Rossové)
Psychické problémy z vlastní léčby a role pacienta	**F43.2** Poruchy přizpůsobení (sem spadá i starší termín reaktivní deprese). Vzácně přímo klinická deprese (F32, F38) (fáze vyjednávání a deprese dle Kübler-Rossové)
Psychické problémy po ukončení léčby, např. zhoršení psychického stavu po ukončení léčby v remisi	**F43.1** Posttraumatická stresová porucha (tu Kübler-Rossová nepopisuje v obvyklém průběhu, tzn. poměrně vzácná – procenta pacientů)
Trvalé a výrazné následky onemocnění na psychiku pacienta, které trvají i po dvou letech remise	**F62.0** Přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti (vzácné případy, ale pro logickou úplnost nemůžeme opominout)

Medline Pubmed je vidět hodně publikací, které dokumentují, že naplnění základních potřeb nově vzniklých díky omezením, které nemoc přináší, je nejdůležitějším krokem proti vzniku deprese a úzkosti (19).

V přehledovém článku nazvaném Unmet care needs in people living with cancer shrnují autoři 23 klinických studií sledujících toto téma. Shrnují, že citované studie popisovaly unmet needs – nenaplněné potřeby v oblasti informací (30–55 %), oblasti psychických potřeb (18–42 %), oblasti fyzické podpory (17–48 %) a oblasti funkční podpory (17–37 %) (20). Tento článek velmi edukačně 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 pojmenovat a řešit i další nové potřeby, které dotyčná osoba před nemocí neměla (20, 21). V tomto popisovaném případě bychom našli nenaplněnou potřebu jistě ve všech citovaných oblastech.

Posttraumatická stresová porucha (F43.1)

Sigmund Freud jako první popsal fenomén zvaný „posttraumatická stresová porucha" (posttraumatic stress disorders). 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 maligním onemocněním, ať již rakovinou nebo maligní krevní nemocí. V české odborné literatuře se tomuto tématu věnuje Látalová, Praško a Kamarádová (22). Posttraumatická stresová porucha (post-traumatic stress disorders) je spojená s úzkostí, s depresí a s poruchami spánku, ale i s dalšími psychickými problémy (23). 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 tyto psychické problémy přítomny v průběhu léčení, kdy je stále přítomen stresor z nemoci a z léčby, pak se klasifikují buď jako reakce na akutní stres (F43.0), nebo v průběhu léčby jako poruchy přizpůsobení (F43.2). Můžeme si to ukázat na časové ose, protože číslování diagnóz je poněkud nelogické (Tab. 1).

Důvod, proč existují tyto diagnózy, je prostý. Lékaři v praxi vidí všechny kombinace. Lidi s bouřlivou reakcí po oznámení, ale pak s poměrně klidným průběhem, nebo naopak lidi, které by mohli dávat na piedestal pro ostatní pacienty, jak se se má vzorně snášet smrtelná nemoc, kteří se jim ale nečekaně zhroutí, jak přijde oznámení: „Blahopřejeme, léčba úspěšně končí, nyní jste v rekonvalescenci." Ti pak říkají: „Celou dobu jsem se upínala na to, že to skončí. Když to skončilo, cítila jsem se stejně špatně. Žádný slastný pocit se nedostavil, nezačalo žádné šťastné období… Ta hrůza snad nikdy neskončí?!"

Při pohledu do literatury na téma posttraumatická stresová porucha u osob s maligními nemocemi se dočteme, že při pečlivém sledování pacientů po ukončené onkologické léčbě se popisuje u všech závažných malignit. Četné publikace popisují výskyt posttraumatické stresové poruchy u relativně častých nádorů, jako je např. karcinom prostaty, ledviny, prsu, střev (24). O něco méně je publikací analyzujících posttraumatickou stresovou poruchu u pacientů s Hodgkinskými či nehodgkinskými lymfomy (25, 26), leukemií (27) a u pacientů s krevními maligními chorobami, kteří podstoupili transplantační léčbu (28). V databázi Medline Pubmed jsme nenašli žádnou publikaci, která by popisovala posttraumatickou stresovou poruchu u monoklonálních gamapatií či u mnohočetného myelomu, ale není důvodu, proč by tomu mělo být u této nemoci jinak než u ostatních maligních chorob, protože psychické reakce na vědomí smrtelné choroby jsou univerzální bez ohledu na typ choroby (1).

Zde je třeba lékaře ne-psychiatry upozornit na velkou terminologickou nekázeň psychologické terminologie. Termín posttraumatická stresová porucha se často používá na místo přiléhavější diagnózy poruchy přizpůsobení. Proto některé studie uvádějí procenta posttraumatické stresové poruchy až 30 %. To se možná týká poruch přizpůsobení, ale rozhodně ne psychických problémů, které se manifestovaly či zviditelnily až po úspěšném zakončení léčby. Tento typ psychických problémů jsme viděli opravdu jen u několika pacientů, kteří úspěšně prošli celou iniciální 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 místo toho nastoupil útlum duševních sil, trvající několik měsíců. Jejich organismus se vybičoval na překonání zátěže, kterou představovala iniciální léčba mnohočetného myelomu, a po úspěšném překonání této překážky padl do útlumového stavu (1, 2, 6). Psychiatr doc. Boleloucký uvádí, že dříve tento typ poruchy psychiatři nazývali deprese z „odbřemenění", termínem starších německých psychiatrů pak Entlastungsdepression dle prof. Kielholze. Též je dobré znát termíny: rebound effect čili efekt zpětného rázu, které se občas používají pro stejný jev. Dnes se tyto pojmy nepoužívají a psychická porucha, které je pozorována po ukončení velmi psychicky náročné životní etapy, se dnes nazývá posttraumatická stresová porucha. Pro psychické problémy během léčby je na místě užívat diagnózu poruchy přizpůsobení, popř. jinou doprovodnou diagnózu, která je na místě (od deprese až po abúzus drog).

Proto při ambulantní kontrole po ukončení léčby, která je zaměřená na případnou recidivu nemoci, je vhodné si všímat i případných psychických problémů nemocných, které mohou vznikat i po ukončené

léčbě maligní nemoci. Po dosažení kompletní remise nemoci se mohou objevit méně závažné a málo nápadné, či více závažné a tedy i nápadné změny v psychice nemocných, odpovídající posttraumatické stresové poruše, vyžadující spolupráci s psychologem či psychiatrem. To se samozřejmě týká i případných změn osobnosti (F62.0), které výrazně trápí rodinu a blízké osoby pacienta (např. ustrnutí v roli pacienta, reaktivní hypochondrie).

Pro diagnostiku posttraumatické stresové poruchy se používá systém kritérií, které by pacienti trpící touto poruchou měli splnit alespoň v 5 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 pociťuje odcizení od okolní společnosti.
- U pacienta pozorujeme zvýšenou dráždivost, která před traumatem nebyla přítomna. Jde např. o neklidný spánek či potíže s usínáním, zvýšenou úlekovou reaktivitu (při náhlém hluku, záblesku světla nebo dotyku). Dostavují 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 (6).

Posttraumatický stresový syndrom může být spojen i s jinými psychickými poruchami, jako jsou deprese, panická porucha, fobie a generalizovaná úzkostná porucha. Někdy lze zaměnit s těmito chorobami, diferenciální diagnostikou je však dokážeme navzájem odlišit.

Noční pocení – projev maligní nemoci nebo infekce či projev deprese?

Psychické problémy se mohou manifestovat velmi rozmanitými zdravotními poruchami, nejen výše uvedenými. V naší ambulanci jsme např. měli pacienta, který ve dvou zimních měsících dva roky po sobě trpěl nočními poty, tak intenzivními, že musel v noci jednou až dvakrát převlékat pyžamo a sušit je na radiátoru topení. Před více lety u něj noční pocení a zvýšené teploty ohlašovaly závažné zhoubné onemocnění, které bylo tehdy úspěšně vyléčeno, ale po letech, v roce 2016, byla nutná další léčba pozdní recidivy. Nyní jsme provedli kompletní přešetření tohoto pacienta včetně CT zobrazení. Naštěstí se žádná další recidiva nenašla a potíže, intenzivní noční pocení s jarním sluncem vymizelo. Po dvou letech sledování jsme uzavřeli, že zřejmě příčnou bylo prohloubení psychických problémů nemocného v zimních měsících, které pramenily z úmrtí jeho rodičů a dalších nevyřešených problémů. Touto příhodou jen ilustrujeme, že psychická podpora je po prodělání onkologického onemocnění velmi důležitá.

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 nebo např. tumor ledviny). To jsou však ty nejznámější příčiny. A jen zcela výjimečně je příčina nočního pocení psychická, úzkostná porucha a depresivní stavy (29–31). Je zde totiž souvislost mezi depresí, úzkostí se zvýšenou tvorbou některých prozánětlivých cytokinů, a tedy i se zánětlivou odpovědí organismu (10). Noční pocení musíme odlišit od pocení v průběhu pracovního dne při stresových situacích, kde to považujeme za běžný jev, když se lidé v průběhu stresu potí. Výše uvedený odstavec se týká jen nočního pocení v průběhu spánku, nepřerušovaného jakýkoliv buzením.

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 „stress induced hyperthermia" nebo také „psychogenic fever". Ke zvýšení teploty v tomto případně 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. U lidí s neurotickými poruchami, provázenými úzkostí, byly také pozorovány vyšší vzestupy teploty, indukované stresem. Psychogenní horečky jsou také pozorovány u pacientů s traumatickou událostí v raném věku, dále u pacientů s depresivní či bipolární poruchou. Psychogenní teplota může a nemusí být provázena dalšími problémy, jako jsou poruchy spánku, patologická únava (fatigue) bolest hlavy, nevolnost či bolest břicha (32, 33).

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 (self limiting disease). Příčinou FUO mohou být jak některé infekce (endokarditida, osteomyelitida apod.), 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 horečku.

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, kdy už se paradoxně začíná pacientovi dařit dobře.

Ale není deprese jako deprese. Deprese mohou mít rozdílnou „hloubku". Těm nejhlubším se dříve říkalo involuční melancholie, dnešním termínem „hluboká deprese s psychotickými rysy" (F32.3, popř. F25.1). Pouze jeden z našich pacientů měl tak těžkou depresi, že chtěl být pořád jen

v posteli, i když bylo léčbou dosaženo remise nemoci. Šlo shodou okolností o staršího kamaráda jednoho z autorů. Tento muž, dříve střelmistr v uranových dolech, který měl pro strach uděláno, ochořel mnohočetným myelomem ve věku 62 let. Zvládl dobře iniciální léčbu zakončenou první vysokodávkovanou chemoterapií s autologní transplantací v roce 2009. Pak byl pět let v remisi a žil aktivním životem. Věnoval se svým koníčkům – sbírání nerostů, houbaření i rybaření. V roce 2014 nemoc znovu recidivovala. Ambulantní léčba tohoto prvního relapsu byla zakončena v pořadí druhou vysokodávkovanou chemoterapií s transplantací autologní krvetvorné tkáně. V průběhu transplantační léčby měl pacient děsivé sny, tzv. noční můry (night mare). 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 propuštění domů. Pacient byl sice po léčbě slabý a musel mít čas na podpůrnou enterální výživu, ale doma se odmítl pohybovat, chtěl pouze ležet a 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 svoje domácí lůžko neopouštěl. Nemoc byla další 2,5 roky po léčbě v remisi, až v roce 2017 nemoc znovu recidivovala. Ale díky odmítání pohybové aktivity svaly tak atrofovaly, že po roce svalová atrofie znemožňovala pohyb. V roce 2017 nemoc recidivovala a pacient doma zemřel na infekci při relapsu myelomu. Domníváme se, že to je nejtěžší forma deprese, jakou jsme u našeho pacienta viděli. Chronický stres a psychická alterace u onkologických pacientů může navodit velmi různé psychické či psychiatrické poruchy, které jsou popsány vyčerpávajícím způsobem v citované publikaci (10). A ty nejzávažnější mohou ohrozit ve svém důsledku i život nemocného.

V popsaném případě se kombinovalo závažné somatické poškození mnohočetným myelomem s těžkým depresivním stavem, který zablokoval zlepšení fyzické zdatnosti po ukončené léčbě. Případ střelmistra z uranových dolů zhodnotil psychiatr doc. Boleloucký jako obraz „involuční melancholie" klasických psychiatrických učebnic. Doc. Boleloucký uvedl, že toto onemocnění mívalo dříve obvykle fatální průběh. Z hlediska dnešní psychiatrické klasifikace jde o obraz „těžké deprese s nebo bez psychotických příznaků", jejíž terapie bývá většinou obtížná. Zmíněnému pacientovi chybělo něco jako chuť do života a síla do života, životní elán, chyběly vnitřní popudy k jakékoliv aktivitě. Typický je i fakt, že pacienti uvádějí, že větší strach mají před druhou sérií chemoterapie než před první léčbou. Jednak už vědí, do čeho jdou, a hlavně plně si uvědomují, že nemoc je silnější protivník, než se prve zdálo, i naděje na vyléčení jsou horší deprese zkrátka občas bývá i smrtelné onemocnění.

Chronická patologická únava (chronic fatigue)

Prožitek normální, fyziologické únavy, je obranný mechanismus, ochranný fenomén, který nám pomáhá udržet naši rovnováhu tím, že nás večer dostane 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. Termínem fatigue se označuje pocit extrémní vyčerpanosti, 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 termínu „patologická únava".

Existuje diagnóza astenie, která 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 je to dost obtížné na pozadí chemoterapie či rekonvalescence z ní.

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. Vliv chemoterapie na kognitivní funkce 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 stanovení diagnózy 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. Dále v remisi nárůst neobvyklé unavitelnosti může signalizovat recidivu nemoci. Patologická únava (fatigue) 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, 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 (6, 10).

Únava, snadná unavitelnost a snížená kapacita udržet výkon se objevuje u nemocných s nádory bez předchozí námahy. Tento stav je nemocnými vnímám 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 vyčerpanost, nedostatek energie, jsou běžnými symptomy v průběhu onkologické léčby. Ve většině případů však 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 systémovou zánětlivou reakcí, kterou způsobují maligní nemoci. Proto často progrese této patologické únavy ohlašuje progresi nemoci (10).

Uvádí se ale, že až 35 % osob, které ukončí léčbu vedoucí k vyléčení a kteří opravdu žijí bez přítomnosti nádoru, mají stále pocit únavy (34). Někteří pacienti, kteří ukončí úspěšně léčbu a jsou opravdu vyléčeni, jsou nějaký čas bez patologické únavy, ale ta se k nim po čase vrátí, i když nemoc sama nerecidivuje (34). Patofyziologická příčina této patologické únavy je spatřována ve změnách neurotransmiterů, které nastartovalo maligní onemocnění (10).

Nicméně často můžeme být v 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 (34), jak je uvádí předchozí text.

Existují i ryze psychické příčiny patologické únavy, které vidíme v obdobích extrémního stresu, např. u partnerských rozchodů. V extrémním stresu lidé začnou být kontinuálně napnutí, mimořádně vybuzení, a tím vypnou přirozené střídání cyklu aktivita – odpočinek. Stav napjatosti postupně přejde do stavu naprostého vyčerpání. Tento druh patologické únavy musejí lékaři vzít v potaz v průběhu měsíce od oznámení maligní diagnózy. Diagnostickou výhodou je jasná spjatost tohoto stavu s oznámením. Jinými slovy bývá zřetelná fáze šoku dle Kübler-Rossové. Důležité pro lékaře je vědět, že návrat patologické únavy nebo její zhoršení však může signalizovat i recidivu nemoci nebo její progresi.

Léčebný vliv cvičení na depresi

U některých nemocných s mnohočetným myelomem, kteří se dostali do kompletní remise, jsme pozorovali, že fyzické aktivitě (jízdě na kole, dlouhým mnohakilometrovým procházkám) věnovali více času než před onemocněním. Jako by si chtěli touto svoji fyzickou aktivitou pojistit trvání remise. Nedávno mi pacient, který je v remisi, popisoval při kontrole 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, případně pocit, že mají své zdraví pod svou kontrolou. A proto se jejich „stimulační drogou" staly desítky kilometrů na kole denně či několikakilometrové procházky.

Upozorňujeme naše nemocné, že fyzické cvičení má léčebný efekt na depresi a úzkostnou poruchu, jak bylo prokázáno četnými studiemi. 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 se, zda větší vliv má 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 (35–37). Aby zlepšení depresivního stavu bylo znatelné, doporučuje se věnovat cvičení 45–60 min 2–3× týdně (37). Tělesné cvičení se také doporučuje lidem po ukončené onkologické léčbě jako prostředek k lepší fyzické zdatnosti a ke snížení míry depresivity, kterou sebou přináší setkání s onkologickou chorobou a její léčbou (37, 38). Pohyb jako způsob léčby deprese zmiňoval již dříve doc. Boleloucký. Fyzická aktivita může zmírnit hloubku deprese. Psycholog uvádí, že reaktivní deprese sama odeznívá a není možné ji výrazně zkrátit. Velké fyzické vypětí ji sice krátkodobě zmírní, ale následné vyčerpání ji prohloubí a prodlouží. Tedy lidé s reaktivní depresí by se měli vyvarovat všech excesů, dát si zvýšený pozor na zdravou životosprávu:

- jíst, pít zdravě, i když nepociťují žízeň a hlad,
- dostatečně spát, i když moc nepociťují potřebu spánku,
- dbát, aby člověk měl několik hodin komunikace denně a nezačal se vyhýbat lidem,
- pokud to jde, zkusit provozovat ty aktivity, které před nástupem deprese přinášely radost. I když v době deprese tyto aktivity radost nepřinášejí, je naděje, že přece jenom se nakonec v nich podaří alespoň malá radost najít.
- provozování sportu (pokud lze) tak, aby nedocházelo k vysílení, ale jen k příjemné únavě.

Pokud naši nemocní s mnohočetným myelomem chtějí cvičit, posíláme je s popisem RTG snímků na rehabilitačních ambulancí, aby jim fyzioterapeuti řekli, jaké cviky jsou pro ně vhodné a jaké ne a případně je zařadili do kondiční rehabilitace.

Toto nadšení některých onkologických pacientů pro sport potvrzují i četné klinické studie, které se všechny shodují v tom, že aktivní pohyb (sport) má antidepresivní působení, zlepšuje tak imunitu a vede ke snížení patologické únavy. Některé z těchto studií dokonce došly k závěru, že u sportujících nemocných byl delší průměrný interval do recidivy nemoci než u nesportujících, ale jiné studie prodloužení intervalu do recidivy neprokázaly. Přehled těchto studií uvádí Janíková (39, 40). V České republice se hodnocení vlivu fyzické aktivity na průběh léčby pacientů s lymfomy věnuje doc. Janíková, která i přes metodickou a organizační obtížnost tohoto hodnocení popisuje přínos fyzické aktivity pro přežití a kvalitu života nemocných s lymfoproliferativním onemocněním v oblasti kardiorespirační kondice (vytrvalost), v oblasti muskuloskeletální kondice (síla, flexibilita), v oblasti tělesného složení a také v oblasti vegetativní rovnováhy (rovnováha sympatiku a parasympatiku) (39, 40).

Závěr

Cílem tohoto textu bylo popsat nejčastější psychické problémy pacientů s maligními chorobami jakéhokoliv původu v rozsahu podobném, jak uvádí citované doporučení NCCN.

Depresivní porucha nejen že trápí nemocné, ale je spojena s četnějšími somatickými komplikace, a tedy i vyššími náklady na léčbu. Proto by kontroly somatického onemocnění měly obsahovat současně i skríninkovou kontrolu, zda není přítomna závažnější psychická porucha, a pokud je, tak by měl být pacient odeslán psychologům či psychiatrům k další specializované léčbě. Pokud se podaří psychologickou či psychiatrickou léčbou zmenšit hloubku deprese, zmenší se tak i četnost somatických komplikací.

LITERATURA

1. Denlinger CS, Ligibel JA, Are M et al. NCCN Guidelines Insights: Survivorship, Version 1.2016. JNCCN 2016; 14: 715–724.
2. Yi JC, Syrjala KL. Anxiety and Depression in Cancer Survivors. Med Clin North Am 2017; 101: 1099–1113.
3. Inhestern L, Beierlein V, Bultmann JCh, et al. Anxiety and depression in working age cancer survivors. A regist-based study. BMC cancer 2017; 17: 347–355.
4. Oberoi DV, White VM, Seymour JF, et al. Distress and unmet needs during treatment and quality of life in early cancer survivorship: A longitudinal study of haematological cancer patients. Eur J Haematol 2017; 99: 423–430.
5. Girgis A, Smith AB, Durcinoska I. Screening for distress in survivorship. Curr Opin Support Palliat Care 2018; 12: 86–91.
6. Höschl C, Švestka J, Libiger J. Psychiatrie Praha: Tigis 2002, 895 s.
7. Yi JC, Syrjala KL. Anxiety and Depression in Cancer Survivors. Med Clin North Am 2017; 101: 1099–1113.
8. Honzák R. Deprese u onkologických pacientů. Psychiatrie pro praxi 2012; 13: 35–37.
9. Reich M Deprese a nádorová onemocnění. Nové údaje o klinických otázkách, výzkumných problémech a léčebných přístupech. Current opinion in Oncology 2008; 2: 73–79.

10. Kissane DW, Maj M, Sartorius N Depression and Cancer. Wiley Blackwell Oxford 2011; 300 s.
11. Maatouk I, He S, Becker N, et al. Association of resilience with health-related quality of life and depression in multiple myeloma and its precursors: results of a German cross--sectional study. BMJ Open 2018; 8: e021376.
12. Kiely F, Cran A, Finnerty D, et al. Self-Reported Quality of Life and Symptom Burden in Ambulatory Patients With Multiple Myeloma on Disease-Modifying Treatment. Am J Hosp Palliat Care 2017; 34: 671–676.
13. Lamers J, Hartmann M, Goldschmidt H, et al. Psychosocial support in patients with multiple myeloma at time of diagnosis: who wants what? Psychooncology 2013; 22: 2313–2320.
14. Oberoi D, White V, Seymour J, et al. The course of anxiety, depression and unmet needs in survivors of diffuse large B cell lymphoma and multiple myeloma in the early survivorship period. J Cancer Surviv 2017; 11: 329-–338.
15. Mols F, Husson O, Roukema JA, et al. Depressive symptoms are a risk factor for all-cause mortality: results from a prospective population-based study among 3,080 cancer survivors from the PROFILES registry. J Cancer Surviv 2013; 7: 484–492.
16. Niazi S, Frank RD, Sharma M, et al. Impact of psychiatric comorbidities on health care utilization and cost of care in multiple myeloma. Blood Adv 2018; 2: 1120–1128.
17. El-Jawahri A, Chen YB, Brazauskas R, et al. Impact of pre-transplant depression on outcomes of allogeneic and autologous hematopoietic stem cell transplantation. Cancer 2017; 123: 1828–1838.
18. Svěrák T, Skřivanová K, Anderková Ľ, et al. Screening of psychological distress 4,5 years after diagnosis in breast cancer patients compared to healthy population Klinická onkologie 2016; 29: 210–215.
19. Molassiotis A, Wilson B, Blair S, et al. Unmet supportive care needs, psychological well--being and quality of life in patients living with multiple myeloma and their partners. Psychooncology 2011; 20: 88–97.
20. 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: 3609–3622.
21. Bužgová R, Hajnová Fukasová E, Sikorová L et al. Association between unmet needs and quality of life in hospitalised cancer patients no longer receiving anti-cancer treatment. Eur. J Cancer Care 2014; 23: 685–694.
22. Látalová K, Praško J, Kamarádová D, et al. Posttraumatická stresová porucha. Praktický lékař 2014; 94: 172–176.
23. Mehnert A, Lehmann C, Graefen M, et al. Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. Eur J Cancer Care (Engl) 2010; 19: 736–745.
24. Thekdi SM, Milbury K, Spelman A, et al. Posttraumatic Stress and Depressive Symptoms in Renal Cell Carcinoma: Association with Quality of Life and Utility of Single Item Distress Screening. Psychooncology 2015; 24: 1477–1484.
25. Geffen DB, Blaustein A. Post-traumatic stress disorder and quality of life in long-term survivors of Hodgkin's disease and non-Hodgkin's lymphoma in Israel. Leuk Lymphoma 2003; 44: 1925–1929.
26. Smith SK, Zimmerman S, Williams CS, et al. Post-traumatic stress symptoms in long--term non-Hodgkin's lymphoma survivors: does time heal? J Clin Oncol 2011; 29: 4526–4533.
27. Rodin G, Yuen D, Mischitelle A, et al. Traumatic stress in acute leukemia. Psychooncology 2013; 22: 299–307.
28. Jawahri AR, Vandusen HB, Traeger LN, et al. Quality of life and mood predict posttraumatic stress disorder after hematopoietic stem cell transplantation. Cancer 2016; 122: 806-812.
29. Avery DH, Shah SH, Eder DN, et al. Nocturnal sweating and temperature in depression. Acta Psychiatr Scand 1999; 100: 295–301.
30. Rietsema WJ. Post-traumatic stress disorder as a cause of night sweats. Am Fam Physician 2003; 68: 806–808.
31. Mold JW, Holtzclaw BJ, McCarthy L. Night sweats: a systematic review of the literature. J Am Board Fam Med 2012; 25: 878–893.
32. Oka T. Psychogenic fever: how psychological stress affects body temperature in the clinical population. Temperature (Austin) 2015; 2: 368–378.
33. Takakazu O. Psychogenic fever: how psychological stress affects body temperature in the clinical population. Temperature (Austin) 2015; 2: 368–378.
34. Steen R, Dahl AA, Hess SL et al. A study of chronic fatigue in Norwegian cervical cancer survivors. Gynecol Oncol 2017; 146: 630–635.
35. 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.
36. 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: 366–378.
37. 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: 323–324.
38. Marker RJ, Cox-Martin E, Jankowski CM, et al. Evaluation of the effects of a clinically implemented exercise program on physical fitness, fatigue, and depression in cancer survivors. Support Care Cancer 2018; 26: 1861–1869.
39. Hadrabová M, Janíková A. Význam fyzické aktivity pro přežití a kvalitu života u pacientů s lymfoproliferativním onemocněním. Transfuze a Hematologie dnes 2018; 3: 182–193.
40. Janíková A, Radvanský J, Vysoký R, et al. Význam fyzické aktivity u pacientů s hematoonkologickými malignitami. Transfuze a hematologie dnes 2012; 18: 31–38.