

Zdeněk Adam • Jeroným Klimeš • Luděk Pour • Zdeněk Král
Alice Onderková • Aleš Čermák • Jiří Vorlíček

Maligní onemocnění, psychika a stres

příběhy pacientů s komentářem psychologa





Zdeněk Adam • Jeroným Klimeš • Luděk Pour • Zdeněk Král
Alice Onderková • Aleš Čermák • Jiří Vorlíček

Maligní onemocnění, psychika a stres

příběhy pacientů s komentářem psychologa

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Prof. MUDr. Zdeněk Adam, CSc., PhDr. Mgr. Jeroným Klimeš, Ph.D., doc. MUDr. Luděk Pour, Ph.D., MUDr. Zdeněk Král, CSc., Mgr. Alice Onderková, MUDr. Aleš Čermák, Ph.D., prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, PSYCHIKA A STRES **příběhy pacientů s komentářem psychologa**

Editor:

Prof. MUDr. Zdeněk Adam, CSc.

Recenzenti:

Doc. MUDr. Zdeněk Boleloucký, CSc. – psychiatr

Doc. MUDr. Jaroslav Bačovský, CSc. – Hematologická klinika LF UP a FN Olomouc

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2019

Cover Photo © depositphotos.com 2019

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 7237. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Helena Vorlová

Sazba a zlom Josef Lutka

Počet stran 208

Praha 2019

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Publikace vznikla s podporou MZ ČR – RVO (FNBr, 65269705).

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-2829-7 (ePub)

ISBN 978-80-271-2828-0 (pdf)

ISBN 978-80-271-2539-5 (print)

Kolektiv autorů

Prof. MUDr. Zdeněk Adam, CSc.

Interní hematologická a onkologická klinika LF MU a FN Brno

PhDr. Mgr. Jeroným Klimeš, Ph.D.

Soukromá psychologická ambulance Újezd nad Lesy

Doc. MUDr. Luděk Pour, Ph.D.

Interní hematologická a onkologická klinika LF MU a FN Brno

MUDr. Zdeněk Král, CSc.

Interní hematologická a onkologická klinika LF MU a FN Brno

Mgr. Alice Onderková

Klub pacientů mnohočetný myelom, z.s.

MUDr. Aleš Čermák, Ph.D.

Urologická klinika LF MU a FN Brno

Prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

Interní hematologická a onkologická klinika LF MU a FN Brno

Obsah

Předmluva recenzenta	13
1 Cílem je dosáhnout dlouhodobého přežití a minimalizovat psychické problémy spojené s nemocí a její léčbou	19
Literatura	23
2 Nádorová choroba je onemocněním celé rodiny	25
2.1 Stanovení diagnózy maligní nemoci dopadá na všechny osoby ve funkční rodině	25
2.2 Komunikace s onkologicky nemocným je jiná než komunikace se zdravým člověkem	27
2.3 Vliv podpory rodiny na délku přežití pacientů s maligními nemocemi	29
2.4 Příklad pacienta s absencí rodinné podpory	31
2.5 Příklad pozitivního vlivu podpory blízkých na průběh nemoci	32
Literatura	32
3 Co se stane, když lékař nemocnému řekne „máte maligní onemocnění“	35
3.1 Popření (šok, akutní stres)	36
3.2 Agrese (nespecifické obrany)	36
3.3 Vyjednávání (specifické obrany)	37
3.4 Deprese (reaktivní deprese, poruchy přizpůsobení)	37
3.5 Smíření (přijetí nové identity)	38
3.6 Pozor na vytěsňování negativních informací v mysli nemocných	39
3.7 Nejtěžší je zvládnout první šokovou reakci, ale ani pak to není lehké	39
3.8 Jak se žije s vědomím „mám maligní onemocnění“	40
3.9 Následky malého zájmu rodiny	41
Literatura	42
4 Deprese a patologická únava spojená s maligní nemocí	43
4.1 Strach a úzkost	43
4.2 Hypervigilance	44
4.3 Deprese	45
4.4 Negativní vliv deprese na vývoj mnohočetného myelomu	47
4.5 Souvislost nenaplnění nově vzniklých potřeb nemocného (unmet needs) s depresí	50
4.6 Posttraumatická stresová porucha F43.1	53
4.7 Noční pocení – projev maligní nemoci, infekce, či projev deprese?	55
4.8 Psychogenní horečka – možný projev deprese	56
4.9 Může deprese ohrozit život nemocného?	57
4.10 Ztráta blízké osoby	59

4.11 Chronická patologická únava (chronic fatigue)	60
4.12 Léčebný vliv cvičení na depresi	62
Literatura	63
5 Jak žít s vědomím „mám nádorové onemocnění“	69
5.1 Zdroje radosti jsou důležité pro boj s depresí a patologickou únava	69
5.2 Rozdílnost ve zdrojích radosti odpovídá rozdílnostem v temperamentu a v charakteru	71
5.3 Pozitivní psychologie	74
5.4 Odpoutání se od zraňujících a negativních emocí	76
5.5 Situace, kdy život nemocnému rozdal hodně nevýhodné karty	76
5.6 Závěr pro praxi	78
Literatura	78
6 Rozhovor lékaře s pacientem a sdělení špatné zprávy, aneb desatero Jiřího Vorlíčka pro sdělení špatné zprávy	81
6.1 Úvod	81
6.2 Cílem rozhovoru lékaře s nemocným o závažné diagnóze je nejen informovat, ale také snížit strach a úzkost, které informace vyvolá	81
6.3 Desatero profesora Jiřího Vorlíčka pro sdělování negativních zpráv	82
6.4 Jak odpovědět na otázku o prognóze nemoci a života?	84
6.5 Jak sdělit nový nepříznivý nález plynoucí z určitého vyšetření	87
6.6 Nejtěžší téma hovoru lékaře s pacientem „nemoc při léčbě progreduje“	88
6.6.1 Ekonomický úhel pohledu	88
6.6.2 Pohled zaměřený na odhad účinnosti a paradox paliativní léčby v terminálním stadiu	89
6.6.3 Pacientův úhel pohledu	89
6.6.4 Postoj lékařů k otázce: „Kdy podávat léčbu a kdy ne?“	90
6.6.5 Odpověď pacientů na otázku: „Máme pokračovat v protinádorové léčbě, či jen tlumit příznaky nemoci?“	90
6.6.6 Rozhovor lékaře o případné další chemoterapii s nízkou pravděpodobností účinku	91
6.7 Je třeba držet jednu linii jak v léčbě, tak v informování o nemoci	92
6.8 Závěry pro praxi	93
Literatura	94
7 Vliv chronického stresu a psychické nepohody na vznik nemoci, aneb „trápení přivolává nemoci, spokojenost je odhání“	97
7.1 Zevní faktory zvyšující riziko vzniku maligního onemocnění	97
7.2 Základní informace o stresu	98
7.2.1 Stres neboli general-adaptation-syndrome (GAS)	98

7.2.2	Patofyziologie stresové reakce	100
7.2.3	Změny funkce mozku ve stresu	101
7.2.4	Situace, které spouští stresovou reakci	101
7.2.5	Individuální rozdíly v citlivosti na stresor a schopnost zvládat stresové situace	101
7.2.6	Třísektorový model lidské existence	102
7.3	Psychosomatické nemoci a poruchy	102
7.4	Vliv chronického stresu a psychické nepohody na imunitu a četnost infekčních nemocí	103
7.4.1	Stres snižuje aktivitu imunitní obrany	103
7.4.2	Stres zpomaluje hojení ran	104
7.4.3	Stres zvyšuje četnost infekčních nemocí	104
7.4.4	Příběhy z naší lékařské praxe – odraz chronického stresu a psychické nepohody na zdravotním stavu	105
7.5	Vliv chronického stresu a psychické nepohody na imunitu a vznik či progresi maligních chorob	107
7.5.1	Přehled klinických studií potvrzujících souvislost mezi chronickým stresem a psychickou nepohodou se vznikem maligní nemoci	107
7.5.2	Příběhy z naší lékařské praxe – vliv chronického stresu a psychické nepohody na průběh prekanceróz (například MGUS) a na vznik maligních nemocí	108
7.6	Vliv chronického stresu a psychické nepohody na imunitu a vznik autoimunitních nemocí	110
7.6.1	Přehled klinických studií potvrzujících souvislost mezi chronickým stresem a psychickou nepohodou se vznikem autoimunitních nemocí	110
7.6.2	Nepřiměřeně náročné identitní výzvy mohou být chronickým stresem	110
7.7	Vliv nadřízeného (šéfa) na zdraví	111
7.8	Vliv pozitivních lidských vztahů na zdraví a délku života	112
7.8.1	Německé přísloví „sich kränken macht krank“ neboli „trápení přivolá nemoc“	112
7.8.2	Potřeba pozitivních lidských vztahů pro život	113
7.8.3	Pozitivní vliv pocitu spokojenosti a štěstí na zdraví a délku života	114
7.8.4	Ukotvení ve funkční rodině je zdravější než život „single“	114
7.9	Soužití v páru při vzniku maligní nemoci je nezávislý pozitivní prognostický faktor	115
7.10	Ovlivnění imunitního systému psychikou	117
7.10.1	Síla vlastního imunitního systému	117
7.10.2	Pozitivní psychologie	118
Literatura		119

8 Proč někdy vážne komunikace nemocného se zdravým partnerem o nemoci a o souvisejících emocích? A proč má někdy lékař pocit, že příbuzní nemocného nevnímají situaci nebo lékaře tlačí do nějakého řešení?	127
8.1 Je pacient součástí funkční pečující rodiny?	127
8.1.1 Postřehy lékařů pečujících o nemocné s maligními nemocemi	127
8.1.2 Vliv nemoci na partnerské vztahy – data z klinických analýz	129
8.1.3 Psychologický pohled	129
8.2 Empatie, soucit jako podstatná součást emoční inteligence	130
8.2.1 Emoční empatie	132
8.2.2 Kognitivní empatie	133
8.2.3 Funkční empatie	133
8.2.4 Soucit	134
8.3 Dva příběhy ilustrující zvýraznění poruchy komunikace s nedostatkem empatie vlivem nemoci, s komentářem psychologa	134
8.3.1 Příběh první – nedostatečná empatie	134
8.3.2 Příběh druhý – neschopnost systematické činnosti a nedostatečná empatie	136
8.3.3 Další vyprávění této pacientky	137
8.3.4 Lidské povahy, způsoby myšlení a chování jsou neuvěřitelně pestré	139
8.4 Neuroticismus	139
8.4.1 Úzkostné poruchy	140
8.4.2 Smíšená úzkostně depresivní porucha	140
8.4.3 Obsedantně-kompulzivní porucha	140
8.4.4 Reakce na stres a poruchy přizpůsobení	141
8.4.5 Somatoformní poruchy	142
8.5 Poruchy osobnosti	142
8.5.1 Definice poruch osobnosti a jejich prevalence	144
8.5.2 Paranoidní porucha osobnosti F60.0	145
8.5.3 Schizoidní porucha osobnosti F60.1	145
8.5.4 Disociální porucha osobnosti F60.2	146
8.5.5 Emočně nestabilní porucha osobnosti, typ impulzivní a typ hraniční F60.3	147
8.5.6 Histriónská porucha osobnosti F60.4	149
8.5.7 Anankastická (pedantická) porucha osobnosti F60.5	151
8.5.8 Vyhýbavá (anxiózní) porucha osobnosti F60.6	152
8.5.9 Závislá porucha osobnosti F60.7	153
8.5.10 Jiné (specifické) poruchy osobnosti F60.8, narcistická porucha	154
8.5.11 Jiné poruchy osobnosti F60.8, pasivně agresivní porucha	155

8.6 ADHD v dospělosti	156
8.6.1 Stručná charakteristika ADHD	156
8.6.2 Odlišnosti osob s ADHD prokázané klinickými studiemi	157
8.6.3 Dopad těchto poruch na práci lékaře	158
8.7 Manipulativní chování pacienta či partnera pacienta	159
8.7.1 Co je to manipulace?	160
8.7.2 Čím si manipulátor podmaní své oběti?	161
8.7.3 Charakteristické znaky manipulátora	166
8.7.4 Převažující negativní rozpoložení některých manipulátorů	169
8.7.5 Důsledky dlouhodobého soužití s manipulátorem	172
8.7.6 Charakteristické rysy obětí manipulátorů – ne každý člověk je ovlivnitelný manipulativním chováním	172
8.7.7 Osobnostní typy A, B, C, D a jejich ovlivnitelnost manipulací	173
8.7.8 Manipulativní osobnost v roli nemocného	175
8.7.9 Manipulativní chování blízké osoby nemocného	176
8.7.10 Příklad manipulace pacientky partnerem pomocí předkládání nepravdivých informací	176
8.8 Něco pozitivního nakonec	178
Literatura	180
Slovo závěrem – ale i úvodem	187
Interní, hematologická a onkologická klinika (IHOK) LF a FN Brno v roce 2019 slaví 30 let od svého založení	189
Rejstřík	197
Souhrn	201
Summary	203

Předmluva recenzenta

Odmyslíme-li antiku či východní lékařské směry, tak nejméně od Freudových dob se začali někteří somatičtí lékaři zajímat o psychické, psychologické, sociální, eventuálně i duchovní problémy svých zvláště chronických nemocných. Vývoj vedl mimo jiné ke vzniku a rozvoji psychosomatické medicíny, zprvu na psychoanalytických základech. Později se rozvíjelo více psychosomatických směrů, uplatnily se i tzv. behaviorální přístupy. Někteří mluvili o behaviorální či biobehaviorální medicíně a zdůrazňovali multikauzalitu v etiologii četných chorob.

Že zevní krátkodobé (životní události) i celoživotní psychologické, stresové faktory ovlivňují průběh, snad i vznik chorob, včetně onkologických, bylo známé již dávno. Podobně jako „psychonefrologie“ (Psychonephrologie německých autorů) se objevily pojmy jako „psychoonkologie“, psychosociální, resp. biobehaviorální onkologie aj. Psychiatr doc. MUDr. J. Baštecký, CSc. (1936–2007) tuto oblast svého času formuloval takto: „...*Biobehaviorální přístup k nádorovým onemocněním a nemocným s nádory je komplexní přístup, který se snaží prokazovat a objektivizovat podíl biologických, psychologických a sociálních činitelů chování v etiologii nádorů a podíl mechanismů vegetativních, neuroendokrinních a neuroimunních v jejich patogenezi. Synonymem je psychoonkologický přístup. Pod jeho vlivem se ve světě i u nás rozvíjí nová mezioborová disciplína, resp. subdisciplína, nazývaná psychoonkologie nebo behaviorální onkologie, a to jako dílčí oblast behaviorální medicíny. ...behaviorální medicína je mezioborové pole zabývající se rozvojem a integrací psychosociálních, behaviorálních a biomedicínských znalostí ve vztahu ke zdraví a nemoci a aplikací těchto znalostí na prevenci, etiologii, diagnostiku, léčení a rehabilitaci nemocných. Behaviorální medicína představuje tudíž kvalitativně vyšší stupeň tzv. psychosomatické medicíny, kterou obohacuje mimo jiné o problematiku zdraví poškozujících návyků a chorobných životních stylů, o možnost ovlivnění příznaků manipulací s chováním a zejména o zdůraznění primární prevence, čímž se tato disciplína úžeji přimyká k preventivnímu lékařství...*“ (Baštecký J. Úvod do behaviorální onkologie. Rukopis nepublikované přednášky, srpen až září 1994).

Mimo jiné z uvedených pohledů je koncipována současná monografie osvědčeného autorského kolektivu brněnských hematonekologů – profesorů J. Vorlíčka, Z. Adama a dalších. Vycházejí ze svých dlouholetých onkologických zkušeností a snaží se na podkladě sledování širších souvislostí včetně psychologických vlastností nejen nemocných mnohočetným myelomem, ale i významných osob z jejich okolí, tedy klíčové rodiny, eventuálně dalších osob, včetně činitelů pracovního prostředí, dojít k určitým obecnějším závěrům.

Na základě široké znalosti literatury a praktických zkušeností je ve vztahu k jejich nemocným zaujaly kromě obecně známých všelidských problémů (čas od času intenzivněji diskutovaných např. v médiích) – mezilidské vztahy, komunikace, rozhovory lékaře s jeho pacientem, pravdivá informace nemocného o jeho chorobě, empatický přístup, rodinné problémy, zdravý životní styl atd. Při vysvětlování odborných pojmů jako úzkost, deprese, stres ap. vycházejí z knih a publikací renomovaných psychiatrů, mimo jiných zvláště prof. MUDr. C. Höschla, DrSc. a jeho spolupracovníků. Všim-

li si i relativně novějších pojmů v psychiatrii, jako jsou **posttraumatická stresová porucha** (PSD) nebo **dětské onemocnění ADHD** (*Attention Deficit Hyperaktivita Disorder*), popisované nyní i u dospělých osob. Z oblasti osobnostních rysů byli překvapeni v posledních letech zvláště ve frankofonním světě publikacemi popularizovanou „manipulativní osobností“, kterou rovněž občas pozorovali u svých pacientů či v jejich okolí.

Úvahy autorů vycházejí (mimo jejich obecných onkologických, resp. hematoneurologických zkušeností) z konkrétních pozorování psychologických, sociálních a dalších aspektů skupiny nemocných mnohočetným myelomem a jejich blízkých. Autoři věnovali pozornost výskytu fenoménu „manipulativní osobnosti“ nejen u nemocných, ale i u osob v jejich bezprostředním prostředí. Dále v poslední kapitole informují čtenáře o projevech neuroticismu, stručně charakterizují jednotlivé typy poruch osobnosti a připomínají, jak se projevuje ADHD v dospělosti. Zamyšlení se nad možným vlivem těchto pro komunikaci obtížných osobností na nemocného a na jeho chorobu **lze považovat za originální a inspirující**. Tento jejich klinický postřeh ovšem vyžaduje další sledování.

K tématům stručně řečeno „zdravotnické osvěty“ patří v rámci preventivních snah mimo jiné propagace „zdravého životního stylu“ (zdravého způsobu života) jak u zdravých, tak i u nemocných. V rámci „celostní medicíny“ je důležité podnítit u osob bezprostředního okolí nemocného snahu porozumět širším souvislostem celého klimatu jejich rodinného života a jeho možného vlivu nejen na nemocného, ale i na ně samé. I k těmto cílům směřují autoři knihy.

Při této příležitosti upozorňují, že autoři nejsou psychiatři. Používají tradiční psychiatrickou, resp. psychologickou terminologii, která nemusí být v souladu s měnící se oficiální terminologií SZO, vyjádřenou „Mezinárodní klasifikací nemocí...“, nyní v její desáté „decenální“ revizi (MKN-10). Pro zajímavost, oficiální diagnostika nepoužívá již tradiční pojem „psychopatie“, ale „porucha osobnosti“. Na počátcích historie moderní české psychiatrie psal jeden z jejích zakladatelů prof. MUDr. A. Heveroch (1869–1927) o nemocných z této oblasti jako „O podivínech a lidech nápadných“ (1. vydání 1901). Onemocnění „deprese“ není například již oficiálně děleno na „endogenní“ a reaktivní (psychogenní, neurotickou) a podobně. Zmizel z neurotické oblasti pojem hysterie, nahradily ho konverzní a disociační poruchy. Pojem „neuróza“ jako diagnostická kategorie v mezinárodní klasifikaci již také neexistuje. Jsou **poruchy** (disorder) úzkostné, depresivní a podobně. Základní **klasické dělení demencí** rozlišovalo především demence arteriosklerotické, presenilní a senilní (kromě některých dalších, jako jsou organické, poúrazové, alkoholické a další). Dnes se hovoří z nejčastěji citovaných o demencích vaskulárních a o Alzheimerově chorobě (shrnující dřívější demence presenilní a senilní). Poúrazové neurózy (bez organického poškození mozku) byly známy stejně jako nervové poruchy vzniklé v souvislosti s tíživými zážitky vlastními či v souvislosti s pouhou přítomností při katastrofické události bez vlastní tělesné újmy, s bojovým nasazením v minulých válkách (válečné neurózy), které v mírových podmínkách později často mizely. Dnes tuto oblast pokrývá pojem „posttraumatická stresová porucha“, která má svá přísná diagnostická kritéria a určitý průběh. Již dříve znali dětské lékaři neklidné a nesoustředivé děti. V současnosti je jejich diagnostika upřesněna, objevil se pojem ADHD. Připouští

se, že diagnostická kritéria této primárně dětské poruchy mohou splňovat dokonce i dospělá osoba a v tom smyslu se i léčit.

„Manipulativní osobnost“ je psychologický výraz, který nepatří do poruch osobnosti např. vyjádřených klasifikací MKN-10 Světové zdravotnické organizace. V současnosti výraz popularizuje ve svých knihách psycholožka a psychoterapeutka Isabelle Nazare-Aga (*1963 v Paříži, má prý i iránské kořeny). Napsala řadu knih, z nichž mimo do češtiny přeložené a autory citované jsou např. „Les manipulateurs et l'amour“ (2000, Manipulátoři a láska), „Approcher les autres, est-ce si difficile?“ (2004, Přiblížit se druhým, je to tak těžké?), „Je suis comme je suis,...“ (2008, Jsem taková, jaká jsem...), „Les parents manipulateurs“ (2014, Rodiče manipulátoři) a další. Kapitoly o manipulativní osobnosti si se zájmem přečtou nejen somatičtí lékaři, zdravotníci a laici, ale i psychiatři. Sám jsem se před časem dočetl o psychických manipulacích v knize „Jak čelit psychické manipulaci zlobných kultů“ (Steven Hassan, český překlad Jan Čulík, Nakladatelství Tomáše Jenečka, Brno 1994). V úvodu jako motto je citován známý německý psychiatr a filozof **Karl Jaspers** (1883–1969): **„Neupisovat se žádné filozofické škole, žádnou vyslovenou pravdu nepovažovat za výlučnou a jedinou, být pánem svých myšlenek; učit se účinně ze všeho minulého, naslouchat současníkům, být otevřen všem možnostem.“**

Je populární hovořit o zdravém životním stylu. Ubývá pamětníků toho, že v Ústavu hygieny práce a chorob z povolání – zakladatel prof. MUDr. Jaroslav Teisinger (1902–1985), dnešního Státního zdravotního ústavu (SZÚ), existovala pracovní skupina doc. dr. Milana Horvátha, CSc. (1921–2014), která mimo jiné organizovala psychosomaticky (zvláště kardiologicky) zaměřenou prospektivní studii zdravotního stavu skupiny vědeckých pracovníků pražských ústavů technického zaměření (tehdy ve věku kolem 50 let) ve vztahu mimo jiné stručně řečeno ke stylu jejich života. Mnozí ze sledovaných měli za sebou jako zátěž zážitky z válečného pracovního nasazení v nacistickém Německu. Dnes existuje obor preventivní kardiologie, která uskutečňuje tehdy výzkumně sledované cíle. Doc. dr. Horváth má hlavní zásluhy v tom, že jako sekretář společnosti Collegium Internationale Activitatis Nervosae Superioris (CIANS) vydával řadu let časopis *Activitas Nervosa Superior* (později přejmenovaný na *Homeostasis*), ve kterém mimo originálních článků v angličtině uveřejňoval anglická abstrakta z českých a slovenských psychofarmakologických, neurofyzilogických, psychosomatických a dalších konferencí. Časopis byl excerptován do Current Contents, a tím v zahraničí Horváth propagoval naši vědu. Výsledkem bylo, že autoři publikovaných abstraktů dostávali z celého světa množství žádanků o jejich práce, mohli navazovat kontakty a získávat tak tehdy nám běžně nedostupnou odbornou literaturu. Byla to mladým současníkům nepředstavitelná doba, která např. neznala ještě ani internet. Naštěstí bylo tehdy poštovné levné, včetně ofrankování balíku „tiskopisů“. V Horváthově týmu jsem pracoval v letech 1971–1973 s doc. MUDr. J. Plevovou, CSc. (roky 1969–1973).

O zvyšujícím se významu studia (v knize zmiňovaného) stresu ve vztahu k chorobám svědčí i existence Společnosti pro studium stresu České lékařské společnosti J. E. P., sídlící t. č. na Psychiatrické klinice 1. LF UK v Praze (bývalá společnost Psychosomatických integrací ČLS, vedená tehdy mimo jiné jejím sekretářem doc. dr. J. Herinkem, CSc., ze zemřelých pak doc. dr. M. Horváthem, CSc., doc. dr. J. Bašteckým, CSc.,

akademikem doc. dr. C. Dostálkem, DrSc. a prof. dr. M. Kukletou, CSc.). Společnost organizovala svého času v součinnosti se SZÚ kurzy „behaviorální medicíny“. Absolventi těchto kurzů na základě zkoušky, případně i seminární práce obdrželi Diplom o erudici v behaviorální medicíně. Je záslužné, že autoři knihy si jsou vědomi významu uvedené oblasti v medicíně a aplikují její poznatky ve své klinické práci a současně s ní seznamují širší veřejnost.

Sám jsem se okrajově setkal jako lékař s několika případy mnohočetného myelomu v době, kdy pro nemocné nebyla žádná léčba, a proto skončily velmi brzy fatálně. Příběhem nemocného známého či přítele bych chtěl doplnit v textu autory uvedené kazuistiky.

Naší rodině blízký lékař (1920–2006) byl někdy v letech 1955–1956 jako ředitel jednoho malého zdravotnického zařízení zatčen a v tehdy obvyklém vykonstruovaném procesu odsouzen k řadě let vězení. Prošel různými zařízeními, nakonec skončil v uranových dolech až do amnestie počátkem šedesátých let 20. století. Po propuštění z vězení hledal velmi obtížně lékařskou práci, říkal, že přechodně pracoval i u asfaltérů. Nakonec se úspěšně uchytil jako závodní lékař. V roce 1968 se mu podařilo odejít s manželkou a dvěma dětmi do zahraničí. Po různých útrapách se usadil v Německu a vybudoval si tam v malém městě úspěšnou všeobecnou lékařskou praxi. Děti vystudovaly a založily si rodiny. On po dosažení nároku na důchod ještě několik let přesluhoval, než svoji praxi přenechal synovi. Cítil se přiměřeně věku zdrav a udržoval si kondici mj. fyzickou prací na zahradě, štípáním dřeva do krbu aj. Říkal něco v tom smyslu, že ta léta strávená ve vězení „jako by nežil“, takže mu „nebyla započítána“ do jeho fyzického věku a cítí se mladším, než ve skutečnosti je. Pod vlivem zármutku nad úmrtím několika vrstevníků na rakovinu vyslovil myšlenku, že styk s uranem ve věznici v něm „spálil všechny potenciálně rakovinné buňky“, a tak pokud ho nepřejede auto a podobně, má naději přežít ještě nějaké další vrstevníky. Situace se změnila ale někdy po dosažení osmdesátky, kdy se mi svěřil, že mu diagnostikovali mnohočetný myelom, že se léčí na německém spádovém pracovišti a že tedy již mnohé známé vrstevníky nepřežije. V té době již měl ode mne Vorlíčkovu a kolektivu publikaci „Paliativní medicína“. Ta jej jednak informovala, jednak mu dodávala naději. Řekl jsem mu, že jako psychiatr pro něho mohu udělat jen to, že mu s profesorem Vorlíčkem jako s naším předním hematologem, přednostou kliniky a současně tehdy děkanem Lékařské fakulty MU mohu domluvit schůzku s cílem vyjádření se k jeho v Německu probíhající léčbě a případné poskytnutí dalších podnětů. Souhlas byl na obou stranách. Profesor Vorlíček s ním s nevšední ochotou v Brně empaticky pohovořil, probral přinesené materiály, upozornil na drobnou nesrovnalost a domluvili se na občasné konzultaci stavu při příležitostné návštěvě Brna. Na již tehdy prakticky německého kolegu i jeho starostlivou ženu měly psychotherapeuticky zaměřené návštěvy na Interní hematologické klinice v Brně-Bohunicích (asi jednou za rok) velmi pozitivní vliv jak emoční, tak i v kvalitě života. Choroba, byť pomalu, samozřejmě postupovala. Pro krátkodobý pobyt v USA jsem se pohřbu v Německu ke své lítosti tehdy nemohl účastnit. V tomto příběhu lékaře se uplatnila řada psychosociálních faktorů, nepříznivých životních událostí i radostí z úspěchů. Z fyzických faktorů se mohla uplatnit i kontaminace radioaktivním zářením v době věznění i krátkodobější práce s horkým asfaltem. Zákeřné onemocnění se stává náplní života již

v klidu, kdy si mohl užívat důchodu. Kontakt s předním brněnským pracovištěm, spíše psychoterapeutický v rámci paliativních přístupů zlepšil kvalitu života obou partnerů a snad i ovzduší rodiny. Zůstávají vzpomínky na přítele a jeho ženu na straně jedné, na druhé straně vděk za ochotu prof. dr. Vorlíčka se ve věci angažovat.

Českého psychiatra může zajímat, že na myelom předčasně zemřel v 55 letech i liberecký rodák (Reichenberg in Sudetenland), německý psychiatr a neurolog profesor Claus Conrad (1905–1961). Jeho kniha *Die beginnende Schizophrenie* (Počínající schizofrenie, 1958) je hodnocena jako jedna z nejvýznamnějších psychiatrických prací 20. století.

Knihu kolektivu prof. dr. Adama, CSc. považuji za zajímavou a přínosnou jak pro lékaře včetně psychiatrů, tak pro ostatní zdravotníky i zvědavé laiky. Seznámení se s ní a její četbu všem doporučuji.

doc. MUDr. Zdeněk Boleloucký, CSc.

1 Cílem je dosáhnout dlouhodobého přežití a minimalizovat psychické problémy spojené s nemocí a její léčbou

V dnešní onkologické literatuře se odráží euforie z nových léčebných postupů. V každé oblasti je exploze nových léčebných postupů, a to vede k dramatickému zlepšování léčebných výsledků. Časnější diagnostika a zlepšená léčba vedly k tomu, že dvě třetiny 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 v posledních letech ke zvyšujícímu se zájmu o mentální zdraví lidí, kteří prošli léčbou maligní nemoci.

Prožití útrap spojených s léčbou maligní nemoci přináší do života nové problémy. U části osob, které prodělaly onkologickou léčbu, se popisující pocity úzkosti, deprese, vznik nových potřeb, které nejsou naplňovány. Tyto psychické problémy interferují s návratem k jejich původnímu stylu života a jsou stresem, který oslabuje jejich odolnost a potencuje návrat nemoci.

Mnoho osob po ukončení léčby rakoviny udává, že se cítí osamoceno, ačkoliv v době léčby jim byla poskytována intenzivní podpora. Život nemocných po ukončené léčbě (*cancer survivors*) často provázejí obavy, úzkosti, hypervigilantní stavy, obzvláště před termíny kontrolních vyšetření. Tyto strachy, obavy a úzkosti, označené 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 nenaplnuje kritéria úzkostné poruchy nebo těžší deprese, ale nemocné vážně zatěžuje a interferuje s plnohodnotným návratem do původního života.

Americká onkologická společnost 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. 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*) ***Distress Guideline***. Volně přeloženo: ***Doporučení pro zvládání destruktivního stresu u onkologických pacientů***. Autoři tohoto doporučení uvádějí, že ankxieta a deprese postihuje až 29% osob po ukončené onkologické léčbě (*survivors*), z nichž 1–19% splňuje kritéria posttraumatické stresové poruchy. 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 2krát vyšší než v průměrné populaci (1).

Tato fakta vedla Americkou onkologickou společnost pro formulování doporučení pro klinické onkology, případně hematology pro časný záchyt (screening) těchto psychických poruch, které se objevují po ukončené protinádorové léčbě.

Doporučení definuje příznaky anxiety, deprese a posttraumatické stresové poruchy, při jejichž naplnění je vhodné poslat nemocného ke specializované psychologické či psychiatrické léčbě. Autoři NCCN doporučení uvádějí, že onkologičtí pacienti obvykle nesplňují všechna kritéria posttraumatické stresové poruchy, ale v mnohém potíže pacientů tuto poruchu připomínají. Proto se v NCCN doporučení objevuje termín *post-traumatic stress disorders – related symptoms*, volně přeloženo „symptomy příbuzné s posttraumatickou stresovou poruchou“. Lékaři, kteří kontrolují tyto nemocné po protinádorové léčbě, se mají vždy dotazovat na psychické potíže, a pokud splní kritéria daná tímto doporučením, odeslat je za odpovídajícím specialistou (1, 2).

A jak je to v případě, když se soubor zúží na hematologické pacienty? Zde můžeme citovat práci z Austrálie, jejíž autoři se zaměřili na dvě nejčastější krevní nemoci, mnohočetný myelom (791 nemocných) a difúzní 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 (3).

A tak screening psychickým problémů po ukončené protinádorové léčbě, spolupráce s psychologem a psychiatry a léčebné intervence u osob trpících některou z poruch nabývá na důležitosti s lepšími se výsledky protinádorové léčby (4).

Hledali jsme, zda naši němečtí sousedé mají také podobná doporučení pod heslem *Ärztliche Leitlinien*. Tato německá doporučení jsou volně přístupná, ale zatím podobné doporučení nevydali, ač existuje hodně článků německých odborníků, v nichž je analyzována četnost a typ psychických poruch následujících po onkologické léčbě. Analýza autorů z Hamburku hodnotila 3370 osob po ukončené léčbě těch nejčastějších 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 zůstal 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. Závěr této analýzy je obdobný doporučení NCCN. Jejich práce prokázala, že i po 6 letech od ukončené léčby trpí nezanedbatelná část těchto osob úzkostí a méně často i depresí. Autoři zdůrazňují nutnost screeningu těchto poruch při průběžných kontrolách a včasné odesílání ke specializované léčbě (5).

Ovlivňuje tento zájem o prožívání nemoci odborné pracovní skupiny v Evropě? Nejblíže mám k Německé skupině pro studium mnohočetného myelomu, vedené profesorem Hartmutem Goldschmidtem, protože jsem před mnoha lety na jeho pracovišti v univerzitní nemocnici v Heidelbergu byl. Již tehdy prof. Goldschmidt svůj čas věnoval nejen odborné a výzkumné činnosti, ale také se účastnil setkání patientských skupin a zařizoval pro ně psychosociální podporu. Prof. Goldschmidt a jeho skupina organizuje celoněmecké i mezinárodní studie zaměřené na léčbu mnohočetného myelomu. Ale nezaměřuje se pouze na léčbu a nové léky, ale sleduje a snaží se zlepšovat i kvalitu života jejich pacientů. Skupina prof. Goldschmidta sledovala nejen efekt léčby, ale i psychické dopady na nemocné. Ze 130 nemocných polovina (51 %) si přála psychosociální intervence. Pacienti preferovali relaxační techniky (21 %), psychologické konzultace (20 %) a tvorbu patientských skupin s principem vzájemné podpory a pomoci (*peer support groups*) (18 %). Přibližně 24 % nemocných z této skupiny mělo příznaky deprese a 8 % příznaky úzkosti a tito nemocní potřebovali a požadovali 2krát častěji psychosociální intervence než ostatní. Obzvláště pacienti mladšího věku měli potřebu psychosociální pomoci (6).

Podobnou analýzu provedli ve skupině 578 nemocných a potvrdili, že resilience (povahová vlastnost nezdolnosti vůči nepřízní osudu) je protektivní faktor v trajektorii vývoje mnohočetného myelomu, ale i jeho předstupňů. Resilience je sice vrozená vlastnost a snahou našich západních kolegů je tuto vlastnost posílit či rozvinout (7).

Vysokodávkovaná chemoterapie je již po tři desetiletí základem léčby mladších nemocných s mnohočetným myelomem. Skupina kolem prof. Goldschmidta však nepublikovala pouze výsledky léčby z hlediska léčebných odpovědí, snažili se i dokumentovat, jak vypadá sociální a profesionální život jejich nemocných po této léčbě, a stimulovat svoje pacienty k návratu do plnohodnotného života (8).

Symptomatické formě mnohočetného myelomu obvykle předchází prekanceróza nazvaná monoklonální gamapatie nejasného významu (*monoclonal gammopathy of unknown significance*). Tato odchylka je prokazatelná laboratorně s pomocí imunoelektroforézy a vyšetření volných lehkých řetězců. Je zcela bez příznaků, takže se na ni přichází náhodně při provedení laboratorních vyšetření z jiných důvodů. Pokud je však prokázána, doporučí se pacientům sledování na hematologii, protože riziko vývoje směrem do mnohočetného myelomu je 1 % ročně. Skupina prof. Goldschmidta nejenže tyto osoby sleduje s cílem včas zachytit transformaci do mnohočetného myelomu, ale také se zajímá, jaký vliv mají tyto kontroly a informace o riziku transformace do mnohočetného myelomu na jejich psychiku. Závěry jsou překvapující. Zjistili, že vliv je značný. Vědomí, že jim hrozí transformace do mnohočetného myelomu, v nich vyvolávala podobné pocity jako myelom samotný (9). Práci našich sousedů sledujících problémy asymptomatických či symptomatických gamapatií je však více (10–12).

Zatím bylo v Čechách zvykem, že hematologové a onkologové psali o nemocech v termínech: dosažené počty léčebných odpovědí, délka celkového či bezpříznakového přežití, počty komplikací jednotlivých léčeb. Ale až na výjimky (13) nepsal tak jako naši sousedé o tom, jaký vlastně život při takové léčbě je, jak nemocní svoji léčbu a nemoc prožívají (10–12). Psali o tom sice občas psychologové ve svých časopisech, které ale ne vždy čtou hematologové či onkologové.