

Martin Pospíchal

Psychoonkologie





*Děkujeme společnostem,
které v této publikaci inzerují
nebo její vydání jiným způsobem podpořily
(v abecedním pořadí):*

FERRING Pharmaceuticals CZ, s.r.o.

Merck spol. s r.o.

Merck Sharp & Dohme s.r.o.

Martin Pospíchal

Psychoonkologie

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**.

Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou **bez souhlasu nositele práv zakázány**.

PhDr. Ing. Martin Pospíchal, Ph.D.

Psychoonkologie

Autor a editor:

PhDr. Ing. Martin Pospíchal, Ph.D.

Sekce psychoonkologie České onkologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy

Recenzenti:

Mgr. Veronika Dostálová, Ph.D.

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

prof. MUDr. Samuel Vokurka, Ph.D.

Onkologická a radioterapeutická klinika a Centrum paliativní a podpůrné medicíny Lékařské fakulty v Plzni Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Plzeň

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

Cover Photo © Depositphotos.com, 2024

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2024

© Grada Publishing, a.s., 2024

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 9312. publikaci

Šéfredaktorka lékařské literatury MUDr. Michaela Lízlerová

Odpovědná redaktorka BcA. Radka Jančová, DiS.

Jazyková korektura Iva Baslarová

Sazba a zlom Helena Nováková

Počet stran 172

1. vydání, Praha 2024

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod a.s.

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 978-80-271-7373-0 (ePub)

ISBN 978-80-271-7372-3 (pdf)

ISBN 978-80-271-5308-4 (print)

Obsah

Slovo úvodem.....	VIII
Poděkování.....	XI
1 Co je psychoonkologie	1
2 Co je onkologické onemocnění.....	3
2.1 Základní charakteristika onkologického onemocnění a podstata jeho vzniku	3
2.2 Terminologické nejasnosti a jejich upřesnění	4
2.3 Druhy onkologických diagnóz pohledem psychologie.....	5
2.4 Diagnostika onkologického onemocnění	5
2.5 Průběh onkologického onemocnění.....	7
2.6 Shrnutí před kapitolou věnovanou léčbě.....	9
3 Co je onkologická léčba.....	11
3.1 Co je cílem léčby u onkologického onemocnění	11
3.2 Možnosti léčby onkologického onemocnění	12
3.2.1 Chirurgická léčba	12
3.2.2 Chemoterapie.....	14
3.2.3 Radioterapie	17
3.2.4 Hormonální léčba.....	17
3.2.5 Další léčebné možnosti (cílená léčba, biologická léčba a imunoterapie)	18
3.3 Shrnutí léčebných možností pohledem psychologie	19
3.4 Hodnocení léčebné odpovědi	20
4 Koho se nemoc a léčba dotýká	21
4.1 Člověk s diagnostikovaným onkologickým onemocněním.....	21
4.2 Blízcí a přátelé	21
4.3 Pomáhající profese	22
5 Fáze onkologické léčby pohledem psychologie.....	25
5.1 Diagnóza.....	25
5.1.1 Podezření a čekání.....	26
5.1.2 Období oznámení diagnózy.....	27
5.1.3 Rozvažování před léčbou	33
5.2 Léčba	35
5.3 Bezprostředně po ukončení kurativní léčby	48
5.4 Remise (a vyléčení)	50
5.4.1 Remise ano, ale léčba pokračuje	57
5.4.2 Možný vývoj zdravotní situace po dosažení remise	57
5.5 Recidiva	57
5.6 Nevyléčitelnost	62
5.7 Blížkost konce.....	71
5.7.1 Odcházení	71
5.7.2 Téma konečnosti a smrti	76
6 Prevence onkologických onemocnění pohledem psychologie.....	87
7 Vliv psychiky a stylu života na nemoc a zdraví.....	91

Slovo závěrem	98
Rozšiřující kapitoly.....	99
I. Bolest, její psychický dopad a možnosti zvládání	101
II. Psychické trauma, možnosti zvládání a psychický růst.....	103
III. Podporující komunikace s nemocným člověkem	110
IV. Sdělování náročných zpráv a komunikačně obtížné situace	113
V. Strach, nepříjemné emoce a jak je lépe zvládnout	124
VI. Neuropsychologický dopad nemoci a její léčby	130
VII. Nedostatek energie a možné intervence	131
Seznam zkratk.....	135
Použitá literatura	137
Souhrn/summary	150
O autorovi.....	155
Rejstřík.....	157

Slovo úvodem

Psychoonkologie je relativně mladý vědecký obor, který vznikl v sedmdesátých letech 20. století, a to v návaznosti na rychle se rozvíjející možnosti onkologické léčby. Otázka, která stála na počátku jeho vzniku, zněla: „*Kdo se stará o pacientovu mysl, když léčíme jeho tělo?*“ To je otázka, která pravděpodobně doznívá i dnes.

Onkologická onemocnění, hovorově označovaná slovem rakovina, se v naší populaci vyskytují čím dál častěji. S pokrokem vědy jsme zároveň schopni, u čím dál většího počtu lidí, nemoc účinně léčit. Nebo alespoň pomáhat při dlouhodobém zvládnutí jejich náročnějších forem. Soustředěné úsilí odborníků celého světa pomáhá objevovat nové formy léčby a způsoby mírnění jejich vedlejších účinků.

To vše, co se děje při nemoci a léčbě s tělem, však člověk také určitým způsobem prožívá. Dotýká se ho to a ovlivňuje to kvalitu jeho života. Ale nejen jeho, má to nezanedbatelný vliv jak na životy jeho nejbližších, tak i pomáhajících profesionálů.

Právě tématu psychiky člověka ve vztahu k onkologickým onemocněním je věnována tato kniha. Termín *psychoonkologie*, který je uveden v názvu, představuje komplexní a multioborovou disciplínu. Kniha nemá ambice podchytit celou její šíři. Vznikla jako **úvod k důležitému tématu, jež bude v ordinacích psychologů či pomáhajících profesí obecně čím dál častější**. S tím, jak narůstá výskyt nemoci v populaci, jak dokážeme čím dál většímu množství lidí pomoci, logicky přibývá i těch, kteří budou otevírat související psychologická témata.

Naším přáním je, aby se péče o psychiku pacientů, jejich blízkých i pomáhajících, kteří se o ně starají, stala nedílnou součástí komplexní onkologické práce. Z titulu naší praxe a s oporou ve vědeckých studiích si dovolueme odvážné tvrzení – role psychiky je při prevenci, léčbě i uzdravení nezastupitelná. Věnovat se jí tedy dává smysl, dokonce možná více, než jsme si historicky mysleli.

Kniha je **primárně určena všem, kteří se setkávají nebo budou potkávat s tématem nemoci v rámci svojí odborné nebo pomáhající praxe**. V určité míře může být text užitečný i blízkým onkologicky nemocných lidí nebo těm, kteří se s tématem setkávají v soukromé životě. Je pozváním ke společnému prozkoumání této oblasti z pohledu psychologie.

Několik důležitých doporučení, jak s knihou pracovat:

Publikace samotná je zaměřena převážně na **dospělou populaci**. Dětská psychoonkologická práce má svá specifika, byť může být v mnoha oblastech, fázích a reakcích obdobná. Také zde může být předkládaný obsah částečnou inspirací.

Knihu je užitečné **číst postupně** po jednotlivých kapitolách, byť její hlavní jádro tvoří **kapitola pátá**. Zkušenosti lékařů-onkologů mohou případně přeskočit kapitolu druhou a třetí, které se věnují stručnému přehledu onkologických onemocnění a možnostem jejich léčby. Všem ostatním jejich prostudování určitě doporučujeme. Ve druhé části knihy následují tzv. **rozšiřující kapitoly**, které jsou označeny římskými číslicemi. Obsahují neméně důležitá témata, ale pro lepší čitelnost jsou pojata separátně a v hlavním textu k nim odkazujeme. Doporučujeme do nich nahlížet podle potřeby tak, jak na to upozorňuje text. Samozřejmě se k nim lze vracet i později. V textu hojně využíváme **horních číselných indexů**. Tím jednak připomínáme konkrétní použitou literaturu, jednak dáváme čtenáři **možnost se hlouběji seznámit s daným tématem**.

V textu uvádíme také řadu **citací od klientů**. Jejich jména jsou záměrně pozměněna a příběhy mírně upraveny tak, aby nebylo možno je identifikovat. Mnozí klienti s identifikací naopak souhlasili. Všichni si zaslouží naše poděkování za pomoc.

Přestože byla kniha napsána s tím nejlepším vědomím a opírá se o zkušenost i vědecké studie, z podstaty oblasti, kterou zkoumá, nedokáže podchytit vše. V případě některých v textu uvedených doporučení nutně zobecňujeme. V praxi je pak třeba obezřetnosti, citu a **respektu ke konkrétní situaci daného člověka**. Medicínskou stránku je vždy **nutno konzultovat s lékařem**.

MOJE LÉČBA VOLBY
U PACIENTŮ mCRC* RAS WT:**
ERBITUX®

ERBITUX® – ANTI-EGFR LÉČBA:

- ✓ podložena daty a rozsáhlou klinickou zkušeností¹⁻⁵
- ✓ s prokázanou dlouhodobou účinností⁶⁻⁷
- ✓ cílená léčba zvyšující naději na přežití⁸

*mCRC = metastatický kolorektální karcinom RAS WT.**

**RAS WT = gen kódující proteinovou RAS kinázu/GTP-ázu divkoého typu.

**KLINICKY
OVĚŘENÝ
STAN
DARD
V LÉČBĚ
mCRC***



Reference: 1. Van Cutsem E, et al. J Clin Oncol 2015;33:692-700. 2. Qin S, et al. J Clin Oncol 2018;36:3031-3039. 3. Stintzing S, et al. ASCO 2018 (Abstract No. 3508-poster). 4. Venook A, et al. JAMA 2017;317:2392-2401. 5. Venook AP, et al. Oral presentation at ESMO 2016. 6. Yoshino T, et al. Ann Oncol 2018;29:44-70. 7. Holch JW, et al. Eur J Cancer 2017;70:87-98. 8. Heinemann V, et al. Br J Cancer. 2021;124:587-594.

ERBITUX® 5 mg/ml infuzní roztok - Zkrácená informace o přípravku

Léčivá látka: cetuximabum. **Indikace:** K léčbě pacientů s metastazujícím kolorektálním karcinomem (mCRC) exprimujícím receptor epidermálního růstového faktoru (EGFR) a vykazujícím geny RAS divkoého typu. Používá se v kombinaci s chemoterapií na základě irinotekanu, v první linii léčby v kombinaci s FOLFOX, a/nebo jako samostatná látka k léčbě pacientů, u kterých selhala léčba na základě oxalplatinu a irinotekanu a u pacientů, kteří nesnáší irinotekan. V kombinaci s radiční terapií k léčbě pacientů s lokálně pokročilým spinocelulárním karcinomem hlavy a krku a/nebo v kombinaci s chemoterapií na bázi platiny k léčbě rekubujícího a/nebo metastazujícího onemocnění. **Dávkování a způsob podání:** ERBITUX® je podáván 1x týdně. Úvodní dávka je 400 mg/m², následující týdenní dávky jsou každá 250 mg/m². Pacienti musí být premedikováni antihistaminiky a kortikosteroidy nejméně 1 hodinu před podáním cetuximabu. **Kontraindikace:** U pacientů se známou těžkou hypersenzitivní reakcí na cetuximab. Kombinace s chemoterapií zahrnující oxalplatinu je u metastazujícího kolorektálního karcinomu kontraindikována u pacientů s mutovanými geny RAS nebo u pacientů, u nichž není mutační stav genů RAS znám. Nutno vzít v úvahu i kontraindikace pro současně užívané chemoterapeutické látky nebo radiční terapii. **Zvláštní upozornění:** Často se mohou objevit těžké reakce spojené s infuzí, včetně anafylaktických reakcí, které mohou vést až k úmrtí. Výskyt těžké reakce spojené s infuzí vyžaduje okamžité a trvalé přerušení léčby cetuximabem a může být nutná pohotovostní léčba. Příznaky se mohou objevit v průběhu první infuze a až několik hodin poté. Mezi příznaky patří bronchospasmus, kopřivka, zvýšení nebo snížení krevního tlaku, ztráta vědomí nebo šok. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté (1/10): hypomagnesemie, zvýšení hladin jaterních enzymů, reakce spojené s infuzí. V kombinaci s lokální radiční terapií se objevily nežádoucí účinky jako mukozitida, radiční dermatitida a dyslágie nebo leukopenie, převážně ve formě lymfocytopenie. Mezi kožní reakce patří akneiformní vyrážka, poruchy nehtů (paronychie). **Interakce:** V kombinaci s infuzemi fluoropyrimidinů se zvyšuje četnost výskytu srdečního ischemie, včetně infarktu myokardu a městnavého srdečního selhání, stejně jako četnost výskytu syndromu ruka - noha. **Těhotenství a kojení:** Podání v průběhu těhotenství pouze v případě, že potenciální přínos léčby pro matku převáží možné riziko pro plod. Je doporučeno, aby ženy 2 měsíce po poslední dávce nekojily. **Léková forma a balení:** Infuzní roztok. Balení obsahuje jednu 20 ml nebo 100 ml lahvičku s obsahem 5mg/ml cetuximabu. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 – 8°C). **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Europe B.V., Amsterdam, Nizozemsko. **Registrační číslo:** EU/1/04/281/003. EU/1/04/281/005. **Datum poslední revize textu:** 05/2022. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznáme s úplnou informací o přípravku. Úplnou informaci o přípravku obdržíte na adrese: Merck spol. s r.o., Na Hřebenech II 1718/10, 140 00 Praha 4 Tel.: +420 272 084 211, Fax: +420 272 084 307

MERCK spol. s r.o., Na Hřebenech II 1718/10, 140 00 Praha 4
tel: +420 272 084 211, fax: +420 272 084 311
www.merck.cz | www.medimereck.cz

CZ-ERBMCR-00239

MERCK

Poděkování

Rádi bychom na tomto místě poděkovali všem, kteří byli nápomocni svou radou a zkušeností. Bez jejich nezištné pomoci by kniha nemohla mít svou současnou podobu:

Mgr. Ing. Ivana Benešová
Mgr. Alena Binterová
Jitka Ditterová
Mgr. Veronika Dostálová, Ph.D.
Bc. Barbora Hailandová
MUDr. Jana Halámková, Ph.D.
Karolína-Anna Kuželová
Mgr. Alice Onderková
MUDr. Petr Pavlíček
prof. MUDr. Samuel Vokurka, Ph.D.
JUDr. Magdaléna Vošalíková

Jsou mezi nimi jak zkušení odborníci v oboru, tak zástupci z patientských organizací, lidé s vlastní zkušeností s nemocí, jejich blízcí a další. Těm všem patří náš srdečný dík. Stejně jako klientům, které jsme měli možnost potkat v rámci naší psychoonkologické praxe.



RYCHLÝ START

SPOLEHLIVÁ DLOUHODOBÁ LÉČBA

Zkrácená informace o přípravcích FIRMAGON® 80 mg a 120 mg

Názvy přípravků: FIRMAGON 80 mg prášek a rozpouštědlo pro injekční roztok, FIRMAGON® 120 mg prášek a rozpouštědlo pro injekční roztok.
Složení: degarelixum 80 mg nebo 120 mg (ve formě degarelixu acetátu) v 1 lahvičce. **Indikace:** FIRMAGON je antagonist gonadoliberinu (GnRH) indikovaný: k léčbě dospělých mužů s pokročilým hormonálně závislým nádorovým onemocněním prostaty; k léčbě vysoce rizikového lokalizovaného a lokálně pokročilého hormonálně závislého karcinomu prostaty v kombinaci s radioterapií; jako neoadjuvantní léčba před radioterapií u pacientů s vysoce rizikovým lokalizovaným nebo lokálně pokročilým hormonálně závislým karcinomem prostaty. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo jinou složku přípravku. **Dávkování a způsob podávání:** Před podáním rozředit. Úvodní dávka činí 240 mg s.c. ve dvou po sobě jdoucích injekcích po 120 mg. Dále se podává udržovací dávka 80 mg s.c. 1x měsíčně (aplikovat pouze subkutánně – velmi pomalu se uvolňuje z úložíště v místě vpichu). Místa vpichu nutno střídát. První udržovací dávku podat 1 měsíc po úvodní dávce. Terapeutické účinky degarelixu je nutno monitorovat dle klinických parametrů a hladin PSA. **Zvláštní upozornění:** FIRMAGON® je antagonist GnRH – způsobuje reverzibilní androgenní deprivaci bez rizika flare-up fenoménu. Během léčby dochází k redukci objemu prostaty. Androgenní deprivace může vyvolat prodloužení QT intervalu – při užívání dalších léků prodloužujících interval QT nebo při anamnéze prodlouženého QT či torsades de pointes důkladně zvážit prospěch léčby oproti možným rizikům – klinická studie zaměřená na hodnocení QT intervalu potvrdila, že degarelix nemá na QT interval žádný klinický účinek. Během dlouhodobé terapie může dojít k rozvoji tvorby protilátek, které neovlivňují bezpečnost ani účinnost terapie. Při hepatopatii monitorovat jaterní funkce, u renální insuficience nutná zvýšená opatrnost. Může se objevit zhoršení glukózové tolerance či úbytek kostní hmoty. Diabetici léčení metodou androgenní deprivace mohou vyžadovat častější kontroly hladiny cukru v krvi. U pacientů s kardiovaskulárními onemocněními je třeba vzít v úvahu všechny rizikové faktory kardiovaskulárního onemocnění. **Interakce:** Vzhledem k tomu, že léčba metodou androgenní deprivace může prodloužovat interval QTc, je třeba důkladně zvažovat podávání degarelixu současně s léčivými přípravky, o nichž je známo, že tento interval prodloužují, nebo s léčivými přípravky schopnými vyvolat torsades de pointes, jako jsou antiarytmika třídy IA nebo třídy III. **Fertilita:** Může inhibovat fertilitu u mužů, pokud je potlačena tvorba testosteronu. Neexistuje indikace pro léčbu žen. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: návaly horka, nežádoucí reakce v místě vpichu injekce. Časté: anémie, přibývání na váze, nespavost, závrať, bolesti hlavy, průjem, nevolnost, zvýšené jaterní transaminázy, hyperhidróza, vyrážka, muskuloskeletální bolesti a potíže, gynekomastie, testikulární atrofie, erektilní dysfunkce, třesavka, pyrexie, únava, chřipku připomínající onemocnění. Méně časté: hypersenzitivita, hyperglykémie, hypercholesterolemie, úbytek na váze, snížená chuť k jídlu, změny kalcémie, deprese, pokles libida, mentální poruchy, hypotenze, rozmazané vidění, srdeční arytmie, palpitace, prodloužení intervalu QT (tj. jako známý fyziologický nedostatek snížení hladiny testosteronu; je prokázána absence klinického účinku degarelixu na repolarizaci myokardu resp. QT interval), hypertenze, vazovagální reakce, dušnost, zácpa, zvracení, bolesti břicha, břišní potíže, sucho v ústech, elevace bilirubinu a ALP, kopřivka, kožní uzliny, alopecie, svědění, erytém, osteoporóza/osteopenie, bolesti kloubů, svalová ochablost a křeče, otoky a ztuhlost kloubů, polakisurie, naléhavé močení, dysurie, nokturie, renální dysfunkce, inkontinence, bolesti varlat, v prsu, v pánvi, podráždění genitálu, ejakulační selhání, nauzea, periferní edém. Vzácné: febrilní neutropenie, anafylaktické reakce, infarkt myokardu, srdeční selhání, rabdomyolýza. **Předávkování:** Klinické zkušenosti s předávkováním nejsou k dispozici, v případě předávkování je třeba pacienta sledovat, případně zahájit podpurnou léčbu. **Inkompatibility:** Nemístit s žádnými dalšími léčivými přípravky. **Podmínky uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky pro uchovávání. **Velikost balení:** 1×80 mg, 2×120 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Ferring Pharmaceuticals A/S, Dánsko. Registrací čísla: EU/1/08/504/001, EU/1/08/504/002. **Datum poslední revize textu:** 30.3.2022. Vydej vázan na lékařský předpis. Plná úhrada z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznáme s úplným zněním souhrnu údajů o přípravku, který obdržíte na adrese: Ferring Pharmaceuticals CZ s.r.o., K Rybníku 475, 252 42 Jesenice u Prahy.

1 Co je psychoonkologie

Psychoonkologie je v úzkém pojetí nahlížena jako **aplikovaný obor psychologie**, a to konkrétně v onkologické oblasti. Onkologie samotná je pak (ve velmi stručné definici) lékařským oborem zabývajícím se prevencí, diagnostikou a léčbou nádorových onemocnění a také obdobím po léčbě. Psychoonkologie se tedy dívá na stejná témata – *prevenci, diagnostiku, léčbu, období po léčbě* – ale **psychologickou optikou**. Snaží se uchopit psychické reakce člověka (jeho prožívání, myšlení a chování) v souvislosti s příchodem onkologického onemocnění do jeho života. Neomezuje se jen na nemocného, ale všímá si také prožívání, myšlení a chování lidí v okolí: **jeho blízkých i pomáhajících odborníků**. Jde o interdisciplinární obor propojující znalosti nejen z oblasti psychologické a onkologické, ale i z dalších vědeckých oborů. V centru jeho zájmu je **především kvalita života** všech, kteří se v situaci nemoci potkávají.

Domníváme se, že **psychologická témata lze nalézt prakticky ve všech oblastech souvisejících s onkologickým onemocněním**. Zkusme v krátkosti nahlédnout některé klíčové oblasti onkologie a s trochou psychologické odvahy je popsat zmiňovanou psychoonkologickou optikou.

- Nedílnou součástí strategie zvládání onkologického onemocnění je **prevence**. Ale „kde“ se rozhoduje o prevenci? Ať už mluvíme o rozhodnutí pro zdravější životní styl nebo o návštěvě preventivního vyšetření, které může včas odhalit vznikající nemoc, toto rozhodnutí probíhá v naší mysli (kdy slovo mysl v knize používáme jako synonymum pro lidskou psychiku). Pokud právě naše psychika „nevzdá rozhodnutí“, na preventivní vyšetření nepůjdeme, nepřestaneme kouřit, nebudeme více sportovat a tak dále. Mysl je zde určující.
- Podobně u **sdělení onkologické diagnózy** jde o situaci, resp. o celé období, které je doslova naplněné psychologickými tématy a intenzivním prožíváním. Prožíváním, které se může odrazit jak na psychickém zdraví člověka, tak i na jeho ochotě se léčit či hledat další alternativy.
- Dále je to samotná **léčba**. Každý pacient pravděpodobně potvrdí, že pro onkologickou léčbu je třeba také dostatečná psychická síla, nejen ta tělesná. Její náročnost vede u některých nemocných k rozvažování, zda pokračovat, či nikoliv. Toto rozhodování se opět odehrává v mysli, je ovlivněno emocemi, lidmi v naší blízkosti, vztahem s lékařem.
- V období **po nemoci** snad rezonují psychologická témata ještě intenzivněji. Rozvažování nad dalším směřováním života, vyrovnávání se se změnami po proběhlé léčbě, život ve stínu možné recidivy a mnoho dalšího.

Všem těmto oblastem se budeme věnovat podrobněji v návazných kapitolách. V rámci výše uvedených odstavců jsme se pouze snažili v krátkosti ukázat možný **přínos psychoonkologického pohledu v praxi**.

Pro určité shrnutí výše uvedeného si můžeme uvést krátkou **definici psychoonkologie** dle Americké psychologické asociace (www.apa.org), která je poměrně výstižná:

Psychoonkologie se zabývá studiem psychologických, behaviorálních a psychosociálních faktorů souvisejících s rizikem onkologického onemocnění, jeho diagnostikou, průběhem a léčbou. Ale také výsledkem léčby ve smyslu přežití a kvality života. Obor

zkoumá reakci na onkologické onemocnění, a to jak ze strany pacientů, tak i rodin a pečovatelů ve všech fázích onemocnění.

Celkově má obor psychoonkologie širší **mezinárodní zakotvení**. Od roku 1984 existuje International Psycho-Oncology Society (www.ipos-society.org), která podporuje nejen výzkum v této oblasti, ale také sdílení poznatků napříč zeměmi. Pokud se podíváme na publikování odborných článků k tématu psychoonkologie, pak vidíme, že jejich množství každoročně narůstá.⁽¹⁾

Z pohledu aktuálního směřování se psychoonkologie snaží **ukotvit jako nedílná součást komplexní péče o onkologicky nemocného člověka a jeho blízké**. Tedy pomoci s péčí o „celého člověka“ a nikoliv jen o jeho tělo.⁽¹⁾ Čím dál jasnější obrysy přináší také výzkum vlivu psychiky na fyzické zdraví a nemoc. V této oblasti je klíčová spolupráce s dalšími multidisciplinárními obory, jako je například psychoneuroimunologie. Ty postupně přinášejí vědecké důkazy o tom, že vliv psychiky je pro uchování si dobrého zdraví nezanedbatelný (podrobněji v kapitole 7).

2 Co je onkologické onemocnění

Podkladem kapitoly je specializovaná odborná literatura, kterou čtenářům doporučujeme k prostudování. Její seznam naleznou v závěrečném přehledu zdrojů. Vzhledem k tomu, jak rychle se lékařský obor v této oblasti vyvíjí, je dobré nahlížet především do aktualizovaných vydání.

Kapitola samotná si nedělá nárok pojmout vysvětlení onkologických onemocnění v jejich komplexnosti. Pro takovou hloubku popisu navíc nemáme odborný mandát. Obsahem je pouze základní vymezení oblasti, přičemž bylo nutno zjednodušovat, a to vzhledem k omezenému rozsahu této kapitoly. Cílem je spíše poukázat na nejdůležitější charakteristiky nemoci a vztáhnout je k psychologickým tématům.

2.1 Základní charakteristika onkologického onemocnění a podstata jeho vzniku

Onkologická onemocnění představují skupinu (do určité míry) **různorodých nemocí**, které se často označují hovorovým slovem „rakovina“. Přes tuto různorodost je jejich **společným znakem rychlé množení a akumulace maligně (zhoubně) transformovaných buněk**, které se dostaly mimo kontrolu organismu – tedy jejich nekontrolovaný růst.

Už tento fakt je pro některé pacienty psychologickým tématem. Často vnímají rakovinu jako nemoc, kdy se jejich vlastní tělo postavilo proti nim. Nastavení mysli pak může být jiné, než když se jedná třeba o bakteriální nákazu, která je vnímána jako napadení něčím cizorodým. Byť jde o zjednodušeně laický výklad pacientů, v prožívání situace má svůj dopad, jak budeme uvádět později.

Podstatou vzniku a rozvoje nádoru je **poškození nebo mutace genů buňky**. Buňka se pak (velmi zjednodušeným pohledem) chová v těle jinak, než by měla. Tato mutace může být dědičná, nebo získaná.

- a) Člověk se s rizikovou mutací může **narodit**, což s sebou nese (vedle zvýšené hrozby rozvoje samotné nemoci) i určitá s tím související psychologická témata. Například: nemohu s tím nic udělat – pocit bezmoci; předám to dětem – pocit viny; mám zvýšené riziko rozvoje nemoci už napořád – s tím související obavy apod. Podrobněji v kapitole 6.
- b) Nebo jde o mutace získané, které **vznikají v průběhu života**, ať už spontánně, nebo působením vlivů rizikových pro rozvoj nádoru. To opět přináší řadu psychologických témat. Například otázky, zda si mohu za své onemocnění sám tím, jak jsem žil(a) svůj život – s tím související pocity viny; zda mám možnost to ovlivnit v budoucnu tím, že omezím rizikové faktory ve svém životě – s tím logicky souvisí téma zavádění životních změn; případně zda mi způsobil nemoc ten, kdo v mé blízkosti například dlouhodobě kouřil – opět pocity viny a hněvu apod.

Rozvoj onkologického onemocnění je velmi **komplexní proces**, nelze jej zjednodušit pouze na tyto dvě varianty, případně na jejich kombinaci. Výše zmíněné rozdělení uvádíme z důvodu lepšího pochycení některých psychologických témat, která se

v praxi objevují. Vedle uvedeného genového poškození je totiž vznik nádoru podmíněn řadou dalších faktorů, jako je **selhání protinádorové imunity** v organismu, působení tzv. **nádorového mikroprostředí** v okolí nádorové buňky^(2,3), které vytváří určité „podhoubí“ pro možný rozvoj onemocnění, a další. Možným souvislostem těchto procesů s těmi psychickými a celkovým životním stylem se věnujeme v kapitole 7.

2.2 Terminologické nejasnosti a jejich upřesnění

Na tomto místě považujeme za užitečné čtenáři-nelékaři zpřehlednit pojmy, které jsou v běžném hovoru i v populární literatuře často zaměňovány. Jde především o tyto: rakovina, onkologické onemocnění, nádor, karcinom, malignita a hematatoonkologické onemocnění.

Slovní spojení **onkologická onemocnění** či nádorové choroby je užíváno jako nejširší, zastřešující označení pro všechna onemocnění splňující charakteristiky výše uvedené a popsané v kapitole 2.1 a také ta, o kterých budeme mluvit dále. V duchu tohoto vymezení používáme pojem onkologická onemocnění také v celé naší knize.

Označení **nádor** se pak používá pro soubor buněk, které nekontrolovatelně rostou. Někdy se jako synonyma používají právě sousloví onkologická nebo nádorová onemocnění. U nádorů můžeme, při určitém zjednodušení, mluvit o rozdělení na **zhoubné** a **nezhoubné**. Ty nezhoubné bývají typicky ohraničené a nepronikají do okolí ani nevytvářejí vzdálenější druhotná ložiska (metastázy). Pokud svým expanzivním růstem neutlačují okolní tkáň a orgány, nejsou obvykle nebezpečné.⁽²⁾ Psychický dopad, vzhledem k nízkému riziku ohrožení, bývá u nezhoubných nádorů obecně nižší (specifické výjimky mohou být v případě zasažení obličeje, mozku apod.). U **zhoubných nádorů** je tomu naopak. Psychický dopad je vzhledem k jejich agresivní a organismus ničící povaze značný. Zhoubný nádor ohrožuje okolní tkáň. Jeho buňky pronikají mezi buňky normálních tkání a šíří se organismem, kde zakládají metastázy.^(2,4) Při sdělování diagnózy a vyslovení slova „zhoubný“ se často spouští celá psychologická kaskáda uvedená podrobněji v kapitole 5.1.2.

Další uvedený pojem – **malignita** – doslova znamená právě tuto „zhoubnost“, tedy vlastnost nádoru. Dnes se slovo malignita používá i v odborné literatuře pro označení zhoubného nádoru jako takového. V podobném duchu se používá i slovo **rakovina** v běžném hovoru. Tedy pro označení zhoubného onkologického onemocnění. Nezhoubné nádory pak lékaři označují jako **benigní**.

Pro doplnění celkového obrazu zmíníme také **hematatoonkologické malignity**, tedy nádorová onemocnění krve a krvetvorných orgánů. Mezi tato onemocnění řadíme například leukemii, lymfomy a další, která mají určitá specifika.

Posledním zbývajícím termínem je zmiňovaný **karcinom**, který se používá pro označení zhoubného nádoru, jenž vzniká z buněk kožních, slizničních nebo žláзовých povrchů. Typicky se jedná právě o uvedený karcinom prsu nebo prostaty a další obdobné.

Pro určité zjednodušení budeme v knize povětšinou užívat pro označení nemoci výraz **onkologická onemocnění** nebo **rakovina**, pokud se nebude jednat o citaci z literatury. Ve svém obsahu **míří kniha především na zhoubná onkologická onemocnění** (včetně těch hematatoonkologických). Tedy taková, která jsou bez patřičné léčby život ohrožující.

2.3 Druhy onkologických diagnóz pohledem psychologie

Již z našeho pokusu o vymezení některých základních termínů je čtenáři zřejmé, že onkologická onemocnění nejsou jen jednou nemocí, ale **představují skupinu většího množství diagnóz**. Těch je pro představu **přibližně sto**. Jejich přehled je možné najít v **mezinárodní klasifikaci nemocí, MKN-10**, nebo také v přehledné podobě zpracované na webu České onkologické společnosti ČLS JEP (www.linkos.cz, v části onkologické diagnózy), kde je ve stručném popisu uvedeno dvacet pět nejčastěji se vyskytujících diagnóz.

Různé onkologické **diagnózy s sebou zároveň nesou i částečně odlišná psychologická témata**, a to většinou podle toho, kterou tkáň, orgán nebo orgánovou soustavu primárně postihují, jaké léčebné postupy se u konkrétní diagnózy uplatňují, případně jaké jsou vedlejší účinky spojené s touto léčbou. Objevují se také psychologická témata spojená s obecnou prognózou, která se k danému onemocnění váže. Jako příklad psychologických témat uvedeme ta, která přináší diagnóza u žen nejčastější, a sice karcinom prsu:

Změna tělesného vzhledu (například po operačním odstranění prsu), která se může odrazit i na sebevědomí ženy. Léčebné zásahy (o kterých budeme mluvit v kapitole 3) mohou dále ovlivnit možnost mít děti, stejně jako pohlavní život. Obojí pak může ovlivnit život partnerský, či přímo ohrozit partnerský vztah. Celkový dopad těchto změn může vést ke zvýšení rizika deprese, prohloubení úzkostí apod. Související hormonální léčba (opět bude uvedeno dále) má v některých případech určitý dopad i na psychické fungování (byť je to individuální a být to tak nemusí). Ve větší či menší míře může tato léčba ovlivnit tělesný vzhled ženy předčasným nástupem menopauzy. Ta může komplikovat pohybové aktivity, a tím ovlivnit například volnočasové zvyky ženy v podobě sportovního vyžití apod.

Nechceme vytvářet dojem, že vše výše uvedené je přítomno vždy. Jen ukážeme na hypotetickém příběhu, jaká témata se mohou u žen s rakovinou prsu objevit. Možnostem jejich uchopení, zpracování a případné pomoci se budeme věnovat v kapitole 5. Uvedeným výčtem jsme se zároveň snažili ukázat, **proč může být užitečné, aby i nelékařský pracovník pracující s onkologickými pacienty měl základní povědomí o dopadu konkrétních diagnóz a souvisejících léčebných postupů**. A to minimálně u diagnóz, které se v populaci vyskytují nejčastěji.

2.4 Diagnostika onkologického onemocnění

Psychickým reakcím souvisejícím se sdělenou diagnózou se podrobněji věnujeme v kapitole 5.1. Na tomto místě si popíšeme **určení diagnózy z medicínského pohledu**. Také zde se jedná o zjednodušující pohled okem psychologa, podrobněji pak v příslušné odborné literatuře.

Základním a prakticky nenahraditelným vyšetřením, které stanovuje diagnózu onkologického onemocnění, je **vyšetření histologické⁽²⁾**, často doplněné cytologickým. Při těchto vyšetřeních je typicky zkoumán malý kousek tkáně, který byl odebrán

z lidského těla (například z prsu, prostaty apod.), tedy tzv. **biopsie**. U výše zmíněných hematologických nádorů se používají také další metody.⁽²⁾

Pro určité zjednodušení můžeme říci, že lékaři se těmito metodami potřebují detailněji podívat na buňky a tkáně, které se jim „nezdají“, a zjistit, zda se jedná o nález zhoubný, či nezhoubný, případně o něco jiného. Pro přesnou **klasifikaci typu nádoru** je v řadě případů nutné kombinovat výše uvedené s **vyšetřením genetickým**⁽²⁾. Důvodem je – opět ve značném zjednodušení pro nelékaře – zjistit, „co to je“, abychom mohli následně rozhodnout, „jak to přesněji a cíleně léčit“.

Vedle zjištění „co to je“ je **třeba určit také rozsah a stádium nemoci**. Základní informaci o rozsahu nemoci přináší především **výsledky zobrazovacích metod**. Jejich význam spočívá nejen v upřesnění velikosti a lokalizaci nádoru nebo metastáz pro určení tzv. **klinického stadia onemocnění** (jak bude uvedeno dále), ale umožňují také objektivní pozorování vývoje onemocnění a zhodnocení odpovědi na léčbu.⁽²⁾

Zde se omezíme pouze na výčet **klíčových zobrazovacích metod**: *ultrazvukové vyšetření (UV), rentgenové vyšetření (rtg), výpočetní tomografie (CT), magnetická rezonance (MR) a hybridní metody s pozitronovou emisní tomografií, jako je PET/CT a PET/MR*. Podrobněji v příslušné literatuře.

Pohledem pacientů jsou **tato vyšetření vnímána jako určité důležité mezníky**. Připomeňme si, že onkologické onemocnění svou progresi či ústup nemusí ve všech případech „signalizovat svými symptomy“. Mnohdy pacient netuší, zda nemoc ustupuje, či nikoliv. To je rozdíl oproti mnoha jiným onemocněním. Zde musíme počkat, až co ukážou výše uvedené metody.

Domníváme se, že i pro nelékařské kolegy může být užitečné vědět, že existuje určitá **klasifikace rozsahu nemoci**. V případě zmiňovaných solidních nádorů se používá tzv. **TNM klasifikace**. Jejím cílem je určit rozsah nemoci, tedy **velikost primárního nádoru (T-tumor), množství zasažených regionálních uzlin (N-nodes) a případně přítomnost vzdálených metastáz (M-metastasis)**. To platí u solidních nádorů, u hematologických se užívají jiná kritéria. Podrobněji k tématu opět v odborné literatuře.

Tato zjištění výrazně ovlivňují psychickou reakci všech zúčastněných, neboť právě od rozsahu nemoci se často odvíjejí odhadované prognózy nemoci, stejně jako navržené léčebné postupy. Z logiky věci tedy **samotná informace, že jde například o karcinom prsu, není dostatečná**. Následné určení rozsahu nemoci, stejně jako histologická, cytologická a genetická vyšetření výrazně pomohou ve zpřesnění diagnózy a optimalizaci léčebného postupu.

Nyní zdůvodnění, proč zde uvádíme všechny zmiňované lékařské pojmy a postupy. Klienti, se kterými jsme v kontaktu v ambulantní praxi, při hovoru používají obraty typu: „mám to i v uzlinách“, „naštěstí tam nejsou metastázy“, „triple negativní karcinom“ apod. Obecně se domníváme, že **znát alespoň klíčové termíny** může pomoci při komunikaci s pacientem, který často očekává určitou úroveň odbornosti, a to i od nelékařských pomáhajících profesí. Myslíme si, že by to neměl být právě pacient, kdo nám vysvětluje základní pojmy v oboru. Stejně tak může tato znalost usnadnit komunikaci s lékaři a pomoci i k určité kredibilitě nelékařských profesí v onkologii.

Zároveň se lze zeptat se při rozhovoru i samotného nemocného, a to obecněji. Například „Co vám k diagnóze řekli lékaři?“ Z odpovědi může být také patrné, zda byl nemocný člověk **informován a zda informace pochopil**. To jsou v pojetí psychologie dvě rozdílné věci, a to obzvláště v kontextu sdělování emočně náročných informací,

jako je právě diagnóza rakoviny. **To, že byla informace podána, ještě neznamená, že byla pochopena a člověk podle ní bude následně jednat** (podrobněji v rozšiřující kapitole IV).

2.5 Průběh onkologického onemocnění

Rozvoj onkologického onemocnění má řadu dílčích fází, které lze podrobněji nastudovat v uvedených zdrojích. Obecných procesů stojících na počátku rozvoje onkologického onemocnění jsme se dotkli v kapitole 2.1. Nyní se budeme věnovat **dvěma důležitým faktorům průběhu nemoci**, které mají svůj psychologický dopad – **šíření nemoci v organismu a rychlosti, s jakou probíhá**.

- **Z pohledu šíření nemoci v organismu** je jedním z nejvíce rizikových a ohrožujících procesů tvorby *metastáz*. Tehdy se buňky šíří z místa svého vzniku do dalších částí organismu a zakládají v nich vzdálená ložiska. Svoji rizikovost může mít pochopitelně i jeden rostoucí útvar, který je například v mozku a utlačuje důležitá centra. Přesto je metastatický proces (u velké části diagnóz) stadiem, kdy nemoc nabývá určitou převahu. Například u karcinomu prsu se vzdálenými metastázami je pak většinou cílem léčby oddálení progresu nemoci a udržení dobré kvality života.⁽²⁾ Přestože to nemusí platit u všech pacientů a diagnóz, zkušenost ukazuje, že právě vyslovení slova *metastázy* má na onkologicky nemocné významný psychologický dopad, jak o tom mluví i klientka Karolína:

„Pokud je v myslích zdravých, nemocí ‚nepolíbených‘ lidí, slovo rakovina spojováno se smrtí, tak slovo metastázy má podobný vliv u nás nemocných, kteří už o chorobě nějaké ty základní informace máme. Samozřejmě často i zkreslené.“

Sdělení typu „jsou tam metastázy“, ať už vyřčené lékařem, přečtené ve zprávě blízkými nebo zkresleně zapamatované pacientem, na psychiku dotyčného působí v každém případě. Příslušnou psychickou stresovou odezvou typu ohrožení života a dalšími souvisejícími reakcemi se zabývá kapitola 5.

V souvislosti s používaným termínem metastázy se v psychologické praxi setkáváme s následujícím nedorozuměním, které má však významný psychický dopad. Například pacientky s nově diagnostikovanou rakovinou prsu zaměňují lokálně pokročilý karcinom prsu⁽²⁾, který má poměrně dobré šance na potlačení účinnou léčbou a který nepředstavuje většinou takové riziko, s karcinomem prsu, kdy jsou přítomny zmiňované tzv. vzdálené metastázy. Ty u tohoto onemocnění povětšinou znamenají přítomnost ložisek založených na jiných, vzdálených místech organismu, jako jsou plíce, játra či kosti. Vzdálené metastázy jsou obtížně léčitelné, resp. z dlouhodobého pohledu se – obecně nahlíženo – považují spíše za nevléčitelné.⁽⁵⁾ Cílem uvedeného není pokus o odborný výklad problematiky, spíše poukázání na fakt, jak důležité je ověřovat, zda nám pacient dobře rozumí a jak informaci pochopil (podrobněji v rozšiřující kapitole IV).

- **Z pohledu rychlosti průběhu nemoci** může být situace opravdu velmi odlišná. Přírozený průběh onkologického onemocnění může podle charakteru malignity a její agresivity trvat několik málo dní od prvních projevů (např. akutní promyelocytární leukemie), popřípadě až několik let.⁽²⁾

To má své psychologické konsekvence. Pokud je diagnostikována nemoc s „**pomalým průběhem**“, pacient má více času se vyrovnat se situací po psychické stránce, přijmout skutečnost, že se v blízké době zahájí léčba, informovat o tom doma i v zaměstnání apod. To vše může probíhat více řízeně, je čas na přizpůsobení se nové situaci. Z druhé strany ale může déle čekat na léčbu, což ne každý dobře snáší po psychické stránce, jak o tom mluví i pan Karel:

„Lékaři mi zjistili karcinom prostaty. Operace je naplánovaná za měsíc, už se to jednou odložilo. Prý u té mojí rakoviny riziko z prodlení nehrozí. Ale to víte, mít v sobě něco takového se mi nechce, co když se to rozleze? Poslední dobou nespím, už abych to měl za sebou.“

Pro zvládání podobných náročných psychických stavů lze využít doporučení popsaná v rozšiřující kapitole V. Pokud se naopak zjistí nemoc s „**rychlým průběhem**“, nemusí být čas vůbec na nic. Jak to zažil pan Antonín:

„V posledních dnech jsem se cítil hodně unavený, k tomu se přidala i teplota a objevily se mi takové divné flíčky na kůži. Lékař mi odebral krev. Myslel jsem, že to bude jen nějaká přechozená viróza, ale jeho sdělení bylo zdrcující. Domluvili jsme se, že přijedu do nemocnice na oddělení hematoonkologie ještě ten den, léčba musela být zahájena co nejdříve... A najednou tam sedím na posteli, v nemocnici. Všechny ty moje funkce a důležité životní úkoly, kterých jsem měl plný diář v počítači, se zdají být nepodstatné a vzdálené. Zůstala jen nálepka pacienta.“

Prudký nástup nemoci i léčby si vybírá svou daň i na psychické úrovni. Setkání s *nechtěným* a *nečekaným* může vytvořit svůj pomyslný otisk v mysli člověka v **podobě traumatického prožitku** (podrobněji v rozšiřující kapitole II). Zároveň tento rychlý nástup nemoci a nutnost okamžitého zahájení léčby komplikuje možnost „prožít si emoce a srovnat si myšlenky“ tak, jak bychom potřebovali. To může vést **k tomu, že se dostavují později**, například po dokončení léčby (viz kapitola 5.4), čehož jsme často svědky.

Rychlost a agresivita nemoci přináší i **další psychosociální konsekvence**. Tvrdou skutečnost, že u některých typů diagnóz například nelze čerpat oporu od lidí, jež si prošli nemocí přede mnou. A to proto, že nemoc bere život prakticky všem. Tak je tomu například u karcinomu slinivky, kde bohužel výrazná většina lidí nedosahuje pětiletého přežití. Průměrná doba od diagnózy do konce je pouze několik měsíců.⁽⁶⁾ Podpůrné patientské organizace neexistují zkrátka proto, že diagnóza připraví o život většinu, a to poměrně rychle.

S oporou v terapeutické praxi musíme říci, že konkrétně s touto diagnózou (a s podobným průběhem) je náročné vše přijmout a zpracovat v krátkém čase, který byl pacientům dán (podrobněji k tématu nevyléčitelnosti v kapitole 5.6 a blízkosti konce v kapitole 5.7). Na druhé straně jsme také u diagnózy karcinomu slinivky měli možnost potkat pacienta, který výrazně překonal čas obecně

uváděný prognózami. Tedy i zde **může být situace individuálně rozdílná** a je třeba na to myslet.

Výše uvedeným se snažíme ukázat, že **nestačí jen říci slovo rakovina, karcinom** apod., ale je třeba zohlednit i konkrétní diagnózu. S tím se pak mohou následně objevit také všechna související psychologická témata.

2.6 Shrnutí před kapitolou věnovanou léčbě

Pro lepší zapamatování nabízíme před další kapitolou, jež se věnuje tématu léčby onkologických onemocnění, dílčí shrnutí probraného.

Onkologické onemocnění není pouze jednou nemocí, jde o velké množství různých diagnóz. Obecně je pro ně společné rychlé nebo nekontrolované množení buněk, které vytvářejí v různých částech těla daný nádor a případně pak jeho dceřiná vzdálená a často i mnohočetná ložiska – metastázy. Faktory podílející se na tomto „vymknutí se kontrole“ mohou být jak vrozené, tak i získané v průběhu života. Zároveň víme, že se na procesu rozvoje nemoci spolupodílejí další faktory, jako je selhání protinádorové imunitní obrany, podpora nádorového mikroprostředí a další. Pro diagnostiku nádorového onemocnění se používají možnosti histologické, genetické a další, jak bylo uvedeno. K určení rozsahu nemoci pak nejrozličnější zobrazovací metody. Při základním rozdělení nemocí mluvíme o zhoubných a nezhooubných formách. V této knize se primárně věnujeme zhoubným nádorovým onemocněním, jejichž průběh může být jak velmi rychlý, s šířením se v rámci celého organismu, tak výrazně pomalý. Po určení diagnózy je navržena příslušná léčba, které se věnujeme v následující kapitole.

3 Co je onkologická léčba

Onkologická léčba v současné době zahrnuje řadu léčebných cest. V omezeném prostoru této knihy se soustředíme jen na jejich krátký a značně zjednodušující popis s tím, že akcentujeme psychické dopady jednotlivých léčebných možností a jejich vnímání pacienty. Stejně jako u předchozí kapitoly je i zde podkladem specializovaná odborná literatura, kterou čtenářům doporučujeme k prostudování.

3.1 Co je cílem léčby u onkologického onemocnění

Obecným **cílem onkologické léčby** je velmi zjednodušeně řečeno **zničení nádorových buněk** v těle. K tomu **používáme především tyto hlavní léčebné cesty**:

- chirurgické odstranění nádorových buněk,
- utlumení rychlého množení nádorových buněk chemoterapií nebo radioterapií a vyvolání jejich buněčné smrti (tzv. apoptózy),
- likvidaci či útlum nádorových buněk hormonální léčbou, cílenou léčbou či aktivací imunitního systému.

Čtenáři-nelékaři mohou znít některé uvedené pojmy nově, proto se jim budeme podrobněji věnovat níže, zatím jsme se omezili pouze na jejich základní výčet.

Onkologická léčba se většinou zahajuje s tzv. **kurativním záměrem**⁽²⁾, tedy s cílem vyléčení nemoci nebo **dosažení** tzv. **remise** (podrobněji k vysvětlení termínu v kapitolách 3.4 a 5.4). Pokud není možná kurativní léčba, využívají se možnosti **symptomatické** nebo tzv. **paliativní léčby**, kdy symptomatická sice odstraňuje nebo zmírňuje příznaky nádorového onemocnění a zlepšuje kvalitu života⁽³⁾, ale nesměřuje už k vyléčení nebo k dosažení remise.

Informovat pacienta o **přechodu z kurativní léčby na symptomatickou (či paliativní)** představuje obtížný úkol. Je třeba vysvětlit těžce nemocnému člověku a mnohdy i jeho blízkým, že samotná protinádorová léčba by nyní přinesla víc škody než užitku. Lékař musí citlivě informovat o tom, že převedení na symptomatickou či paliativní léčbu neznamená zastavení péče, ale změnu jejích priorit. Více se soustřeďuje na zachování kvality života a na potlačení obtíží, a to i s jistou nadějí na další přežívání.^(2,3)

V obdobném duchu uvažujeme o paliativní péči, která se také nesoustředí na vyléčení, ale na udržení a zlepšení kvality života. Jedno z jejích vymezení říká, že paliativní péče usiluje o zachování života, který bude pro pacienta svou kvalitou přijatelný, respektuje a chrání důstojnost nemocného člověka, chápe umírání jako součást života, zachovává hodnotové priority pacienta a jeho rodiny, klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální jedinečnost každého člověka.⁽²⁾

U paliativní léčby je tedy zřejmý přesah k řadě psychologických témat. Ide o to, že **i když nemůžeme člověka vyléčit, můžeme pro něj něco udělat**. Také zde je vyslovení slova paliativní pro mnoho pacientů **těžko akceptovatelné**. Ovlivňuje jejich naději a mnohé další představy v jejich mysli. Třebaže jsou si na logické úrovni vědomi možných benefitů takové péče, často uvažují podobně jako pan Stanislav:

„Paliativní péči, prosím, ještě ne, ještě budu zkoušet další možnosti. Nechci to vzdávat.“

V myslích pacientů se, tak jako u pana Stanislava, vytváří představa, že zahájením paliativní léčby končí všechny možnosti. Je pro ně synonymem rezignace a rychlého konce. Podobně působí i na blízké nemocného; často vyvolává jak pocity lítosti, tak i potřebu „ještě něco udělat“.

Paliativní léčba však může mít svoji významnou úlohu i v průběhu dlouhodobé onkologické léčby a nemusí být nutně spojená jen s koncem života. Měli jsme možnost setkávat se s klienty, kteří **využívali benefitů paliativní léčby řadu let** (viz kapitola 5.6).

Vedle zmiňovaných typů léčby – kurativní, symptomatické a paliativní – je další, z psychologického pohledu důležitou kategorií tzv. **podpůrná léčba**. V současné době ji vnímáme jako nedílnou součást péče o onkologické pacienty, pro které má opravdu zásadní psychologický přesah. Je vedena s cílem **předcházet obtížím a komplikacím způsobeným onkologickým onemocněním a léčbou a řešit je**. Využívá se jak u kurativní léčby, tak i v rámci ostatních postupů. Usiluje o minimalizaci komplikací u onkologického pacienta a o udržení kvality jeho života.⁽²⁾

3.2 Možnosti léčby onkologického onemocnění

V této kapitole se omezíme na velmi stručné a opět značně zjednodušené vymezení jednotlivých léčebných možností onkologické léčby. Zájemcům-nelékařům důsledně doporučujeme podrobnější nastudování odborné literatury. Níže se budeme soustředit vedle základního popisu léčby především na **psychologický dopad jejich účinků** a na **celkové vnímání těchto metod pacienty**.

3.2.1 Chirurgická léčba

Jednou větou: **Jde o vyjmutí lokalizovaného solidního nádoru, případně dalších ložisek a zasažených tkání z těla nemocného.**

Z pohledu historického jde vlastně o první léčebnou metodu. Chirurgický zásah je součástí řady dnešních léčebných postupů v onkologii. Samotný chirurgický výkon lze většinou považovat za dostatečný pouze u lokalizovaných nádorů menšího rozsahu. V ostatních případech **se tato léčba doplňuje ozařováním nebo chemoterapií**.⁽³⁾ Co se týče nežádoucích účinků chirurgické léčby a jejich **možného vlivu na psychiku**, v praxi se setkáváme typicky s následujícími problémy.

- Dopady změn **fyzického vzhledu těla** po provedeném operačním zákroku.

Takový zásadní dopad mají dle naší zkušenosti především radikálnější chirurgické zákroky, typicky například u karcinomu prsu či v oblasti hlavy a krku, dále také při odstranění rozsáhlejšího kožního nádoru (melanomu), nádoru mozku, sarkomu (malignita kostí a svalů) apod. Pacient musí následně řešit fakt, že jeho **tělo už vypadá jinak**.

Zkusme si nyní malé cvičení: na okamžik si představte, že byste přišli o nějakou část svého těla. Podíváte se do zrcadla a něco není tak jako dřív. Jaké pocity při tom prožíváte? Jak snadné by pro vás bylo přijmout takové tělo? Co vám komplikuje jej přijmout?

Zvládnutí takové změny ovlivňují **faktory individuální**: důležitost tělesného vzhledu pro daného člověka, jeho věk, pohlaví, v jakém rozsahu byl zákrok proveden, jak to ovlivní jeho zaměstnání apod. Ale také **faktory sociální**: vnímání těla ostatními lidmi v okolí, vliv na intimní život, případně na možnost se seznámit, obecný tlak na krásu těla a jeho zdravý vzhled v dané společnosti stejně jako mnoho dalších.⁽¹⁾

V praxi vidíme, že po provedené operaci začíná **fáze adaptace na tuto změnu** s různým průběhem. Krátce po operaci někteří lidé zažívají určitý šok. Zdá se, že mozek musí postupně zpracovat novou podobu těla a přetvořit vlastní sebeobraz.⁽¹⁾ Velká část pacientů se **postupně srovnává s tělesnou změnou**. Případné nepřijetí nové podoby těla a komplikace, které tato změna v životě vyvolává, jsou pak častým tématem pro psychologickou práci s klientem.

Zmiňované slovo **přijetí** se zdá být pro psychické zpracování této skutečnosti důležité. Nicméně mnoho klientů nám říká, že to pro ně není snadné – že to neumějí, nejsou toho schopni (například pacientky po operačním odstranění prsu). Mluví o tom, že se po operaci už mají „méně rády“ apod.

Zkuste si opět představit následující situaci: někdo, kdo je vám blízký (partner, dítě), by nedejbože přišel o ruku.

Nyní přichází otázka: Znamená to, že byste ho/ji měl/a méně rád/a?

Pro dokreslení uvedeného cvičení můžeme uvést, že prakticky od všech dotázaných klientů zněla odpověď: NE. Někteří klienti to komentovali i takto: „Co je to za hloupou otázku? Mít někoho méně ráda, když přišel o ruku? To s tím přeci vůbec nesouvisí!“

Z podobných odpovědí je zřejmé, že lidé mají schopnost „mít rádi bez ohledu na to, zda člověk přišel o ruku, či nikoliv“. A že to s tím vzhledem těla pravděpodobně až tolik nesouvisí. Že jsou schopni bezpodmínečného přijetí toho druhého.

Pokud člověk takovou schopnost má, zbývá jen použít ji na svoje vlastní tělo – na jeho bezpodmínečné přijetí.

Uvedeným cvičením nechceme snižovat tíhu prožitků pacientů po náročných operačních zákrocích zjednodušenými radami. Pouze se snažíme naznačovat možné směry psychologické práce a toto je jeden z nich. Praxe ukazuje, že okolí pacienta je schopné často přijmout změny na jeho těle rychleji než on sám. Největší část práce tedy zůstává na něm. O to víc má v takovýchto situacích smysl oslovit odborníka.

V některých případech ovšem existují cesty, jak **znovuobnovit původní vzhled těla**, a to alespoň v rámci možností daných například současnou plastickou chirurgií.⁽¹⁾ Ta může pomoci s obnovou vzhledu, někdy i s funkčností.

- Dopady změn **na funkčnost těla** po provedeném operačním zákroku.

Chirurgické odstranění tkání nemá zdaleka vliv jen na vzhled, ale v řadě případů také **na funkci tělesné části nebo orgánu**. Mezi ty nejčastější, se kterými se lze v praxi potkat, patří omezení hybnosti (například po operaci prsu), otoky (po odstranění uzlin), erektilní dysfunkce (u karcinomu prostaty), neplodnost (po odstranění vaječníků nebo varlat), zásadní změny v trávicím ústrojí (u karcinomu žaludku či tlustého střeva)... A tak by bylo možno pokračovat dál k těm méně častým. Na konkrétním příkladu mladé klientky Kláry si ukážeme, jak velký dopad na život člověka mohou mít i relativně malé funkční změny po operaci:

„Po chirurgickém odstranění nádoru prsu mám trochu omezenou hybnost ruky. Při běžných činnostech to není poznat a dalo by se říci, že jsem mohla dopadnout i hůř. Ale já jsem profesionálně ležla po skalách. Ruku nemohu používat tak jako dřív, už se lezení nemohu věnovat. Převrátilo to celý můj život, způsob trávení času, lidí, se kterými se vídám, a do určité míry i zdroj mojí obživy. Vyrovnat se s tím je těžké.“

Z psychologického pohledu jsou **trvalé funkční změny pro dlouhodobé přizpůsobení se náročnější** než vzhledové⁽¹⁾, byť je to, pochopitelně, velmi individuální. Jejich dopad je pro kvalitu života zásadní a jsou také častým tématem rozhovorů s klienty. Náročnost spočívá především v tom, že **omezuji každodenní život**, a to v mnoha oblastech. Pokud půjdeme ve stejném sledu výše vyjmenovaných komplikací, pak vidíme, že ovlivňují sportovní aktivity a pohyb obecně, možnost založit rodinu a mít děti, sexuální život, stravovací návyky a pochopitelně řadu dalších životních oblastí – podle zasaženého orgánu či tkáně.

Do určité míry specifickou a velmi náročnou kategorií tvoří **sarkomy**, při jejichž výskytu je někdy nezbytná amputace končetiny. V takovém případě jde o zásadní dopad jak do oblasti funkčnosti, tak i vzhledu lidského těla. A pochopitelně také možnosti navrátit se zpět k původní kvalitě života. Zde lze odkázat na specializované materiály pro vyrovnávání se s amputacemi a výrazným omezením hybnosti.

Na obecné úrovni lze chirurgickou léčbu využít se záměrem **kurativním** nebo **paliativním**. Může se uplatnit také v kontextu zmiňované pomoci **při následné obnově funkčnosti** některých, primární léčbou či nemocí poškozených tkání. A samozřejmě také **v úpravách estetických** v rámci plastické chirurgie. Pro úplnost je třeba uvést, že má svoje využití i **v rámci preventivních výkonů**.

Průvodním jevem prakticky každé chirurgické léčby je i **prožívaná bolest**. A to jak akutní, doprovázející období výkonu, tak i následná v procesu hojení, stejně jako bolest chronická, která může v některých případech přetrvávat dlouhodobě (viz rozšiřující kapitola I).

3.2.2 Chemoterapie

Jednou větou: **Jde o léčebné využití chemických látek (tzv. cytostatik), které jsou schopny navodit zástavu buněčného dělení nádorových buněk.**

Tedy na rozdíl od předchozí chirurgické léčby jde o léčbu využívající chemické látky podané (většinou nitrožilně / ve formě infuze) do těla pacienta. Chemoterapie má zpravidla tzv. systémový účinek, opět na rozdíl od chirurgického zákroku, tzn. **dopadá na celý systém** (organismus, tělo člověka), a to následujícím způsobem.

Cytostatika mají schopnost blokovat výše uvedené buněčné dělení nádorových buněk, a tím působí protinádorově, např. blokací syntézy, replikací nebo poškozením jejich DNA.⁽²⁾ Vedle vlivu na nádorové buňky má tato léčba bohužel nežádoucí toxické účinky i na zdravé buňky, a to především na ty rychle se dělící. Nádorové buňky **jsou však na působení cytostatik v některých případech citlivější**, čímž **se projeví léčebný efekt**.⁽²⁾ Pro určité dovysvětlení je užitečné říci, že se chemoterapie většinou podává v tzv. cyklech, například třítydenních.⁽⁷⁾ Buňky zdravých tkání se v přestávce mezi těmito cykly doplní rychleji a počet nádorových buněk se s každým cyklem naopak snižuje.⁽³⁾

Už výše uvedený popis naznačuje psychologický rozměr této léčby. Výrazy jako *chemické látky* a *ničení zdravých buněk* jsou pro mnohé pacienty určitou **překážkou v rozvažování**, zda se vydat tímto směrem. Stejně jako vidina zmíněné cykličnosti, kdy se nejedná o jednorázový léčebný zásah, ale o léčbu, kterou je třeba vydržet delší dobu a jejíž dopady na tělo se spíše **kumulují**.⁽²⁾

Obdobně jako u jiných léčebných metod může být chemoterapie využita s **kurativním záměrem** nebo se **záměrem paliativním**.

Rozlišuje se také její tzv. **adjuvantní podání**, jehož cílem je zničení předpokládané zbytkové mikroskopické choroby (viz kapitola 3.4), snížení rizika recidivy onemocnění, zlepšení přežití atd. Tedy je použita například až po zmiňované chirurgické nebo jiné léčbě. Nebo může jít o tzv. **neoadjuvantní podání**, kdy je cílem zmenšení nádoru před jiným léčebným zákrokem, zpravidla před operací.⁽²⁾

Přes dlouhodobě prokázanou účinnost chemoterapie jsou jejím největším problémem **nežádoucí účinky**. Ty zahrnují přechodná poškození zdravých, především rychle regenerujících tkání, jako jsou krvetvorba kostní dřeně, sliznice dutiny ústní a trávicího ústrojí, vlasové kořínky a pohlavní žlázy.⁽²⁾ Obecně je lze rozdělit je z časové perspektivy:

- a) **Časné**, které se rozvinou v rámci minut až týdnů po podání a zahrnují obvykle nechutenství, nevolnost a zvracení, útlum krvetvorby, poškození sliznic (v ústech a na dalších místech), ztrátu vlasů, oslabení obranyschopnosti a další.

Z psychologického pohledu je z uvedeného výčtu zřejmý zásadní dopad takových vedlejších účinků na **kvalitu života člověka**, stejně jako na dočasnou proměnu jeho **sebeobrazu** (vypadávání vlasů, úbytek váhy, útlum krvetvorby). Celkově dochází k **poklesu energie**, a to jak v důsledku léčby, tak často i nižšího příjmu potravy. To vede k nutnosti dočasného **omezení řady životních aktivit**. Vše opět záleží na individuální snášenlivosti, typu podané látky a délce léčby.

Mnoho klientů snáší časné **nežádoucí příznaky léčby poměrně dobře**. Výrazně tomu napomáhá pokrok v oblasti **podpůrné léčby**, která dokáže pomoci s jejich zvládáním. Přesto může být docházení na chemoterapii pro některé pacienty náročnější, jak to popisuje Ivana:

„Stála jsem před budovou stacionáře, kam pravidelně chodím na chemoterapii. A najednou nešlo jít dál. Prostě jsem chtěla utéct, vykašlat se na to. Totálně mě to zastavilo, nebylo mi dobře, bylo mi na omdlení a asi i strach udělal své. Chtěla jsem hned odejít, jenže jsem věděla, že nesmím.“

Určitá část onkologicky nemocných nemá s absolvováním chemoterapeutické léčby zásadnější problém z pohledu jejich psychiky. Někteří se však potýkají nejen s vedlejšími účinky podávaných látek, ale také zažívají nejružnější **psychické prožitky, které jim docházení na chemoterapii komplikují**, podobně jako to popisuje Ivana. Na webu České onkologické společnosti ČLS JEP (www.linkos.cz, v části Jak na to, když mám zásadní psychický problém chodit na chemoterapii) se lze inspirovat, **co pomáhá v situaci, kdy má pacient tento zásadní psychický problém**.

- b) **Pozdní nežádoucí účinky** se mohou rozvíjet a trvat v průběhu měsíců až let po léčbě. Jsou **více závislé na konkrétním podaném druhu cytostatika** a na jeho dávce. Jde o **případnou** kardiotoxicitu, neurotoxicitu, urotoxicitu, nefrotoxicitu, pulmotoxicitu, kožní toxicitu a na obecné úrovni také o poruchy pohlavních žláz. Navíc nejde jen o látku samotnou, také zde působí predispozice pacienta a jeho individuální vnímavost (podrobněji v příslušné literatuře).⁽⁷⁾

Zkusme si další malé cvičení. Právě jste dočetli výše uvedený odstavec. Zamyšlete se na okamžik, jak na vás působí. Jak moc je pro vaši mysl užitečné dozvědět se o všech možných komplikacích a slovech končících na „-toxicita“? Jak moc na vás tato slova působí bez znalosti kontextu? Jaký je rozdíl mezi pasivním předáním informace a sdělením zahrnujícím i potřebné vysvětlení? Jak snadné je, aby se informace v našich myslích otáčely proti nám? Udělali jsme si na jejich základě rychlé závěry, které nás třeba budou odklánět od léčby? Jak důležitá je zde role lékaře?

Cílem uvedených řádků nebylo podat odstrašující výčet možných komplikací z krátkodobého nebo dlouhodobého pohledu. Přesto jejich možná (a mnohdy i reálná) přítomnost z **psychologického pohledu ovlivňuje mnohé**. Ať už rozvažování pacientů v počátku léčby, jejich reálné prožívání v průběhu či uvažování o případném přerušení léčby. Důležitá je opět role lékaře, který vysvětlí potřebné. Pokud pacient zažívá strach z možných nežádoucích účinků, bývá užitečné uklidnit jej (obdobnou) větou: „Pokud se u vás něco takového vyskytne, budeme to řešit.“ Stejně jako ujištění, že daný nežádoucí účinek je například po přechodnou dobu obvyklý.

Specifickou kategorií nežádoucích účinků chemoterapie jsou tzv. **neuropsychologické dopady léčby** (dříve označované jako tzv. chemobrain), kterým se věnujeme v rozšiřující kapitole VI.

Každý zdravotník by si pro své pacienty přál co nejúčinnější a nejšetrnější možnou léčbu. Zde je však třeba přihlížet k tomu, **co je skutečně účinné** pro reálné potlačení choroby, jaký je cíl léčby (kurativní, či paliativní) a jaká bude pravděpodobná následná kvalita života po ní. Ve své praxi potkáváme jak klienty, kteří jsou **nuceni vyrovnat se s některými z výše uvedených pozdních následků léčby**, jež jim komplikují život víc, než by si přáli. Stejně tak však potkáváme ty, kteří se i po náročné chemoterapeutické léčbě vrátili zpět ke svým životům a **zásadněji už negativní dozvuky léčby nepocítují**. Žijí svoje životy několik desítek let od ukončené léčby.

3.2.3 Radioterapie

Jednou větou: **Jde o zničení nádorových buněk ionizujícím zářením.**

Klíčovou molekulou z hlediska radiobiologického účinku je DNA, kdy reakcí nádorové buňky na její ozáření může být buněčná smrt, zástava buněčného dělení apod.⁽²⁾

Radioterapii je možno využít s **kurativním** nebo s **paliativním záměrem**, případně u kurativní možnosti léčby v **adjuvantním** nebo v **neoadjuvantním podání**. Radioterapie se využívá nejen **jako samostatná léčba**, ale někdy také v kombinaci s chemoterapií nebo s cílenou léčbou. Působí **regionálně**, tedy v daném místě, které se ozařuje (resp. lokoregionálně, přičemž zasahuje i okolní uzliny apod.).

Problémem, se kterým se radioterapie musí vypořádat, je přítomnost okolních zdravých tkání. Přes výraznou optimalizaci postupů, související s čím dál přesnějšími možnostmi zaměření nádoru a novými technologiemi, radioterapie stále způsobuje řadu **nežádoucích účinků**. Ty rozdělujeme podle rozsahu na systémové a místní.⁽²⁾

- a) **Systémové** nežádoucí účinky se objevují zpravidla po ozařování větších objemů a projevují se únavou, nechutenstvím, nevolností, zvracením nebo psychickými změnami⁽²⁾ včetně možného neuropsychologického dopadu (podrobněji v rozšiřující kapitole VI).
- b) **V místě ozáření** se z krátkodobého hlediska projevují především na rychle se množících tkáních (kůže, sliznice, krev) a jsou **vratné**. Z dlouhodobějšího hlediska se objevují po skončení radioterapie (s odstupem týdnů až let). Jsou to především určité změny kůže a podkoží, poškození drobných cév (tzv. mikrovaskularity a s nimi související otoky) a další. Takové nežádoucí účinky jsou **nevratné**. Někdy se objevují i velmi pozdní následky, s výrazným časovým odstupem více let, kam řadíme riziko vzniku sekundárních malignit po ozařování.⁽²⁾ Mezi zásadní **nežádoucí účinky s vyšším psychickým dopadem** patří nástup menopauzy či sterility po ozáření pohlavních žláz, případně zásadnější neurologická postižení při ozařování mozku.

3.2.4 Hormonální léčba

Jednou větou: **Jde o léčbu působící na nádorové buňky prostřednictvím specifických hormonálních receptorů.**⁽⁴⁾

Zjednodušeně řečeno – u orgánů závislých na hormonální stimulaci (jako je prostata, děloha, mléčná žláza) hormonální léčba **brání růstu nádoru** v daných oblastech.

Hormonální léčba může mít **různé podoby**. Ve stručném výčtu jde o léčbu ablativní, která spočívá v **operativním odstranění** ovarií nebo varlat (velmi výjimečně), případně ve **farmakologické kastraci**. Kompetitivní léčba spočívá v **podání antiestrogenů nebo antiandrogenů**, inhibiční léčba pak spočívá v **blokadě syntézy** příslušného hormonu apod.⁽²⁾

Nežádoucí účinky hormonální terapie souvisejí s **výpadkem fyziologické funkce příslušného hormonu** v organismu člověka. Následkem toho se pak mohou projevovat návaly, změny nálad, poruchy menstruace, osteoporóza, řídnutí vlasů, sexuální dysfunkce, únava, možné ovlivnění spánku, ztráta libida, erektilní dysfunkce apod.⁽²⁾

Vážení čtenáři, právě jste dočetli ukázkou z knihy ***Psychoonkologie***.

Pokud se Vám ukázka líbila, na našem webu si můžete zakoupit celou knihu.