

24hodinového chronobiologického rytmu s předčasným buzením, jak je tomu u deprese a vyjma únavy nejsou vyjádřené další příznaky deprese (34), jak je uvádí předchozí text.

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

Léčebný vliv cvičení na depresi

U některých nemocných s mnohočetným myelomem, kteří se dostali do kompletní remise, jsme pozorovali, že fyzické aktivity (jízdy na kole, dlouhým mnohakilometrovým procházkám) věnovali více času než před onemocněním. Jako by si chtěli touto svojí fyzickou aktivitou pojistit trvání remise. Nedávno mi pacient, který je v remisi, popisoval při kontrole svůj 80 km dlouhý výlet na kole Moravským krasem, a to mu bylo již 69 let. Domníváme se, že tyto lidé si podvědomě uvědomují, že fyzická aktivita mírní depresivitu, odstraňuje patologickou únavu, související s prodělanou nemocí a léčbou, a přináší jim radost, případně pocit, že mají své zdraví pod svou kontrolou. A proto se jejich „stimulační drogou“ staly desítky kilometrů na kole denně či několikakilometrové procházky.

Upozorňujeme naše nemocné, že fyzické cvičení má léčebný efekt na depresi a úzkostnou poruchu, jak bylo prokázáno četnými studiemi. Lidem se snažíme vysvětlit, že termínem cvičení se myslí takové aktivity, při nichž se výrazně zvyšuje tepová a dechová frekvence, takže procházka není špatná, ale není to cvičení. V odborné literatuře se diskutuje se, zda větší vliv má vytrvalostní (aerobní) či silové (anaerobní) cvičení. Dle poslední metaanalýzy publikovaných studií má silové cvičení o něco větší efekt na léčbu deprese než vytrvalostní cvičení, i když přínosné jsou obě formy fyzické zátěže (35–37). Aby zlepšení depresivního stavu bylo znatelné, doporučuje se věnovat cvičení 45–60 min 2–3x týdně (37). Tělesné cvičení se také doporučuje lidem po ukončené onkologické léčbě jako prostředek k lepší fyzické zdatnosti a ke snížení míry depresivity, kterou sebou přináší setkání s onkologickou chorobou a její léčbou (37, 38). Pohyb jako způsob léčby deprese zmiňoval již dříve doc. Boleloucký. Fyzická aktivita může zmírnit hloubku deprese. Psycholog uvádí, že reaktivní deprese sama odeznívá a není možné ji výrazně zkrátit. Velké fyzické vypětí ji sice

krátkodobě zmírní, ale následně vyčerpání ji prohloubí a prodlouží. Tedy lidé s reaktivní depresí by se měli vyvarovat všech excesů, dát si zvýšený pozor na zdravou životosprávu:

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

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

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

Závěr

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

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

LITERATURA

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