



Jak přežít rakovinu

Rakovina z pohledu těla a duše

Verze 1.16b

Autor: Ing. et Ing. Martin Zikmund (martin.zikmund@nitana.cz)

Odborná korektura: MUDr. RNDr. Mgr. Monika Červinková, Ph. D. (díky Moni! 😊)

Datum vydání: 23. listopadu 2019

Verze: 1.16b (od verze 1.16 provedeny jazykové korekce)

Místo vydání: Praha

Dostupnost: zdarma na www.jecasnazmenu.cz/jakprezitrakovinu

Vydáno jako 1. publikace projektu Jak přežít rakovinu (www.jakprezitrakovinu.cz)

Text vychází ze závěrečné práce Psychické aspekty onkologických onemocnění pro Pražskou psychoterapeutickou fakultu PVŠPS; autor Martin Zikmund; Obhájeno 14. 6. 2019

Kontakt na vydavatele: info@jakprezitrakovinu.cz

Chtěl bych také vyjádřit své poděkování několika lidem, bez kterých by tato publikace nevznikla:

Svým přátelům, kteří mě od začátku podporovali v myšlence vytvořit projekt Jak přežít rakovinu

Mgr. Markétě Vegrichtové za důležitý úvod do imunologie a buněčné biologie i za trpělivé odpovědi na četné dotazy

MUDr. RNDr. Mgr. Monice Červinkové, Ph. D., za velmi důkladnou a trpělivou odbornou korekturu z pohledu imunologie, buněčné biologie a medicíny

Doc. Ing. Jiřímu Chodovi, CSc., za důslednost, se kterou mě během mých studií naučil zpracovávat odborné publikace i se kterou mě vedl už od diplomové práce směrem k bionanomedicině

Prof. Ing. Miloši Klímovi, CSc., prof. Ing. Václavu Boudovi, CSc., Ing. Petru Slovákovi, CSc., kteří mě dokázali během mých studií nadchnout pro medicínu a biomedicínské inženýrství

Doc. PhDr. Jiřímu Růžičkovi, Ph. D., za podporu při volbě tématu práce i při rozhodnutí učinit ji veřejně dostupnou

Kolegům a facilitátorům z psychoterapeutického výcviku za podporu při vzniku celého projektu

Bezpočtu lékařů, psychoterapeutů, onkologických pacientů a pečujících, včetně mých blízkých přátel, kteří mi byli cenným zdrojem inspirace, informací i podpory při tvorbě této publikace

Zvláštní poděkování patří také:

Prof. MUDr. Josefu Veselkovi, CSc., bez kterého bych už býval nemusel mít příležitost tuto publikaci napsat.

© Martin Zikmund, 2019

Obsah

Předmluva	6
O projektu Jak přežít rakovinu	7
1 Úvod	8
2 Definice onkologických onemocnění.....	10
2.1 Dopady onkologických onemocnění na psychiku přeživších.....	10
2.2 Neexistence „rakoviny“ a její dopady na psychické procesy.....	11
2.3 Zhoubné (maligní) novotvary (C00 až C97)	12
2.4 Novotvary in situ (D00 až D09).....	13
2.5 Nezhoubné (benigní) novotvary (D10 až D36)	14
2.6 Novotvary nejistého nebo neznámého chování či semimaligní nádory (D37 až D48)	14
3 Původ onkologických onemocnění.....	16
3.1 Biologický vznik onkologického onemocnění	17
3.2 Faktory podílející se na vzniku onkologického onemocnění	18
3.3 Nádorový imunitní dohled.....	20
3.4 Vliv psychiky na rozvoj onkologického onemocnění	22
3.5 Vliv onkogenních a onkolytických virů na vývoj nádorů	23
4 Průběh onkologického onemocnění z pohledu psychiky	24
4.1 Prvotní podezření	26
4.2 Náhlé zjištění onkologické diagnózy.....	28
4.3 Čekání na výsledky vyšetření.....	29
4.4 Čekání na další postup.....	30
4.5 Finanční aspekty	32
4.6 Chirurgické řešení.....	32
4.7 Chemoterapie.....	33
4.7.1 Vedlejší účinky chemoterapie a psychika pacienta	34
4.7.2 Mylné představy o chemoterapii a psychika pacienta	35
4.7.3 Alopecie a psychika pacienta.....	36
4.7.4 Intravenózní port a psychika pacienta	38
4.7.5 Důležité aspekty chemoterapeutické léčby	38
4.8 Radioterapie	40
4.8.1 Průběh radioterapie	41
4.8.2 Druhy radioterapie	42
4.8.3 Radiochirurgie	43
4.8.4 Vedlejší účinky radioterapie a psychika pacienta.....	43
4.9 Chemoradioterapie	47

4.10	Biologická léčba	47
4.10.1	Vybrané nežádoucí účinky.....	50
4.11	Hormonální léčba	50
4.12	Transplantace	51
4.13	Podpůrná terapie.....	53
4.13.1	Zavedení PEG a psychika pacienta	54
4.14	Screening molekulárních markerů	54
4.14.1	Molekulární markery a jejich význam	55
4.14.2	Odběr vzorků pro stanovení molekulárních markerů	55
4.14.3	Druhy nádorových molekulárních markerů.....	56
4.14.4	Přístup pacientům ke screeningu molekulárních markerů	56
4.14.5	Falešná pozitivita u molekulárních markerů	57
4.15	Remise onemocnění.....	58
4.16	Pravidelné kontroly na onkologii.....	58
4.17	Návrat onemocnění.....	59
4.18	Diagnóza jiného onkologického onemocnění	62
4.19	Paliativní léčba.....	64
4.20	Terminální fáze onemocnění	65
4.21	Model Kübler-Rossové v kontextu onkologických onemocnění	67
5	Životní události v průběhu onkologického onemocnění	70
5.1	Sdělení diagnózy nejbližším.....	70
5.2	Sdělení diagnózy v práci	72
5.3	Rozchod	73
5.4	Odklon přátel od nemocného	74
5.5	Změna lékaře vedoucího léčbu onkologického onemocnění	74
5.6	Sblížení se s jinými onkologickými pacienty	75
5.7	Smrt blízkých onkologických pacientů	76
5.8	Remise u blízkých onkologických pacientů	76
5.9	Konec v zaměstnání.....	77
5.10	Finanční problémy	78
5.11	Invalidní důchod	79
5.12	Narušení sexuálního života.....	79
5.13	Neplodnost	81
5.14	Trvalá zdravotní omezení	83
5.15	Remise onemocnění	83
6	Opakující se emoce a prožitky v průběhu onkologické léčby.....	90

6.1	Strach.....	90
6.2	Nejistota	91
6.3	Bezradnost, bezmoc a beznaděj.....	91
6.4	Proč právě já?	93
6.5	Obviňování sebe	94
6.6	Obviňování nejbližších.....	94
6.7	Opuštění, osamění a nepochopení ostatními	95
6.8	Síla	96
6.9	Naděje	96
6.10	Porovnávání se s jinými onkologickými pacienty	98
7	Jak komunikovat s onkologicky nemocnými	100
7.1	Co neříkat a proč	100
7.2	Jak se nechovat před onkologicky nemocnými	101
7.3	Jak vyjadřovat podporu	102
7.4	Jak poskytovat podporu a pomoc	102
8	Závěr	104
9	Použité zdroje	106
9.1	Další online zdroje	108
9.2	Osobní konzultace	109
9.3	Odborné přednášky a konference.....	109

Předmluva

Publikace, která se vám dostává do rukou, přináší shrnutí těch nejzásadnějších informací o léčbě onkologických onemocnění a jejich psychických aspektech. Ve stručné a zjednodušené formě přináší podstatné informace o „rakovině“, její biologické podstatě a vzniku, jednotlivých onkologických léčebných modalitách, včetně toho, jaké má onkologické onemocnění a jeho léčba dopady na psychosociální prostředí pacientů, jejich emoce a prožívání. V co možná nejsrozumitelnější, avšak věcně správné, formě se snaží čtenáři předložit klíčové soudobé informace a poznatky o onkologických onemocněních z buněčné biologie, genetiky, imunologie, onkologie, radiologie, psychologie i relativně nově vzniklých oborů psychoonkologie a psychoneuroimunologie. Tím umožňuje čtenáři lépe porozumět celé řadě komplexních procesů a jinak mnohdy skrytých souvislostí a často i nahlédnout do života a prožívání onkologických pacientů. Obsah publikace také vyvrací některé časté mýty a přesvědčení a přináší náhled na skutečnou praxi onkologické léčby v ČR i na některé intrapsychické procesy onkologických pacientů, které působí komplikace při jejich léčbě, ale i v jejich vlastním psychosociálním prostředí.

Celá publikace je primárně určena pro psychoterapeuty a lékaře mimo onkologii, kteří přicházejí do kontaktu s onkologicky nemocnými. Může jim pomoci nahlédnout do jejich světa, který jinak „zdravým“ lidem zůstává do značné míry skrytý, i do velmi komplikované problematiky onkologických onemocnění. Tato publikace původně vznikla jako má závěrečná práce na Pražské psychoterapeutické fakultě na Pražské vysoké škole psychosociálních studií, kde byla pod názvem Psychické aspekty onkologických onemocnění také úspěšně obhájena v letním semestru akademického roku 2019/2020 u doc. PhDr. Jiřího Růžičky, Ph. D. Původní práce byla významně rozšířena, doplněna a prošla odbornou korekturou po stránce medicíny, buněčné biologie a imunologie od mé kolegyně z *projektu Jak přežít rakovinu* MUDr. RNDr. Mgr. Moniky Červinkové, Ph. D., za což jí navždy bude patřit můj dík, neb se této práci ujala velice důkladně a zodpovědně, a to navíc ve svém volném čase.

Obsah této publikace může přinést důležité informace a náhledy také pro **pečující o onkologicky nemocné** a některé její pasáže se ukázaly jako velmi přínosné i pro samotné onkologické pacienty. **Pro onkologické pacienty však bude určena zcela jiná publikace, která paralelně vzniká v rámci projektu *Jak přežít rakovinu***. Osobně bych tuto publikaci jako celek onkologickým pacientům nedoporučil, což je ovlivněno i tím, že vím, jak bude vypadat ta publikace, která naopak bude připravena přímo pro ně. Práce na její přípravě však potvrzují ještě řadu měsíců.

Informace, se kterými tato publikace pracuje, jsou tzv. **science-based**, tedy založené na vědeckých zjištěních, a **evidence-based**, založeny na důkazech ve smyslu vědeckých pozorování a studií, přičemž všechny použité zdroje jsou vždy pečlivě a řádně citovány dle normy ISO 690 a drtivá většina z nich je čtenáři dostupná formou prokliku přímo online (většinou v anglickém jazyce). Jedná se tedy o prokázaná vědecká zjištění, která jsou mnohdy v přímém rozporu s některými ve společnosti rozšířenými názory, reklamními tvrzeními, výroky některých „odborníků na psychosomatiku“, kteří však pracují mimo zdravotnická zařízení a dozor příslušných státních orgánů, či spirituálními přesvědčeními.

V částech věnujících se psychice onkologických pacientů jsou pak v publikaci shrnuty poznatky ze skutečných příběhů více než stovky českých a slovenských onkologických pacientů. Jedná se o mé přátele a kolegy, pacienty v remisi, kteří se rozhodli pomoci s projektem *Jak přežít rakovinu*, kazuistiky z psychoonkologických publikací, mé vlastní klienty a účastníky patientských skupin na Facebooku. Velmi cennou pomocí byla však také osobní konzultace s celou řadou lékařů, včetně onkologů, radiologů a chirurgů, kteří se mnou sdíleli své osobní zkušenosti z reálné praxe s onkologickými pacienty. Kromě vědeckých poznatků tak publikace obsahuje i reálné zkušenosti reálných lidí.

O projektu Jak přežít rakovinu

Projekt Jak přežít rakovinu vznikl prapůvodně jako nápad na téma článku pro blog Je čas na změnu.cz, jenže problematika onkologických onemocnění je podstatně komplexnější, než se na první pohled může zdát. V Česku i ve světě existuje celá řada publikací, které se věnují informační podpoře pacientů s konkrétními onkologickými diagnózami. Velmi pěkně je mají zpracované americké zdravotní pojišťovny, ale i u nás v Česku lze na onkologických pracovištích na celou řadu zdařilých publikací narazit. Stejně tak existují knihy od bývalých onkologických pacientů popisující jejich vlastní zkušenosti s nemocí a to, jak nemoc prožívali. Dále lze nalézt i několik málo odborných publikací specializujících se na psychoonkologii a psychoneuroimunologii a na to, jak moc psychika ovlivňuje průběh onkologické léčby a reakce imunitního systému, které jsou však cíleny primárně na psychoterapeuty.

Projekt Jak přežít rakovinu má ale jinou ambici. Má se stát virtuálním průvodcem a psychickou i informační oporou pro lidi s onkologickou diagnózou. Nástrojem, který pomůže pacientům ke svobodnějšímu životu i rozhodování v průběhu nemoci a pomůže zmírnit úzkostné stavy, pocity bezmoci a opuštění. Jednotlivé kapitoly jsou koncipovány tak, aby pomohly čtenáři projít pocity, které v dané etapě léčby může prožívat a aby mu také dodaly ty informace, které v té době může potřebovat. Obsahová náplň jednotlivých kapitol přitom vychází ze současných psychoonkologických a psychoneuroimunologických studií i psychoterapeutických kazuistik, které se zabývaly psychikou a pocity pacientů během onkologického onemocnění i nástroji pro prevenci některých nežádoucích důsledků nemoci na psychiku.

Tato publikace tedy není onou primární náplní celého projektu a vznikla jen v rámci jeho příprav, jako publikace primárně určená pro lékaře (zejména mimo onkologii), psychoterapeuty a pečující, která jim má přinést důležité informace o procesech, kterými si onkologičtí pacienti často procházejí. Pro onkologické pacienty však není primárně určena, byť obsahuje některé informace – zejména první tři kapitoly a popisy léčebných a diagnostických modalit – které se pro ně ukazují jako přínosné.

Naše poslání

Chceme být průvodcem všem onkologicky nemocným, který stojí na jejich straně ve všech fázích onkologického onemocnění od prvotního podezření až po všechny alternativy jeho průběhu a vyústění. Onkologicky nemocným poskytujeme psychickou a srozumitelnou pravdivou informační podporu v průběhu všech fází onemocnění a léčby. Pomáháme jim projít si životní zkušenosti, kterou onkologické onemocnění přináší, a najít sílu pro boj s nemocí. Podporujeme je v tom, aby dokázali z této životní zkušenosti vyjít silnější a vyrovnanější, než byli na jejím počátku.

Naše hodnoty

1. Používáme výlučně jen science-based a evidence-based informace
2. Důsledně uvádíme zdroje, ze kterých čerpáme
3. Ctíme Hippokratovu zásadu hlavně neublížit
4. Pacientům říkáme vždy pravdu
5. Vyvracíme fake news

Chcete nám pomoci?

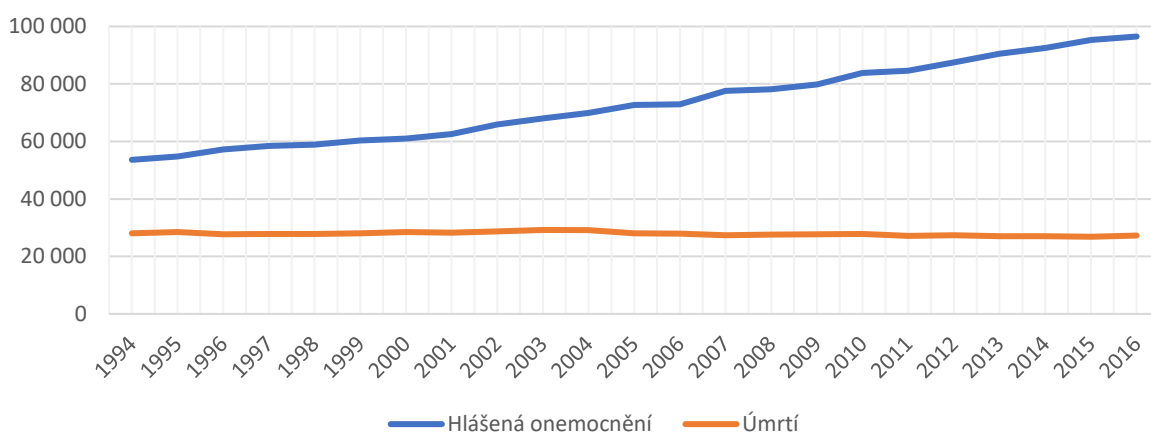
Pro projekt hledáme celou [řadu pomocníků z různých profesí](#), a to včetně onkologických pacientů v remisi (aspoň 5 let). Stejně tak nás můžete [podpořit i finančně](#). **Z finanční pomoci jsou vyloučeny všechny farmaceutické společnosti a zdravotnická zařízení**, a to pro zachování neutrality projektu.

Potřebujete více informací? Navštivte www.jakprezitrakovinu.cz, nebo nás kontaktujte na info@jakprezitrakovinu.cz.

1 Úvod

Počet onkologicky nemocných (nejen) v České republice každoročně roste. Počet nově diagnostikovaných pacientů za posledních 22 let (1994 až 2016) vzrostl o 80 % na celkových 99 326 u všech onkologických diagnóz [1]¹. Na druhou stranu počet úmrtí na rakovinu za stejnou dobu poklesl o 3 % [1]. „Rakovina“ (diagnóza C00 až D09 v systému ICD-10 [5]) je v České republice také druhou nejčastější příčinou úmrtí. V roce 2016 na ni v ČR zemřelo 27 261 lidí (v 55,4 % případů mužů) [2]. Průměrný věk, kdy dojde k diagnóze onkologického onemocnění se pohybuje okolo 65 let [17]. S novotvary bylo v roce 2016 hospitalizováno 169 212 pacientů v průměrném věku 61,6 roku, kteří v nemocnicích v průměru strávili 6,4 dne. Mezi hospitalizovanými figurovala i řada pacientů, kteří jsou více než rok po prvotní diagnóze [3]. Přesný podíl pacientů, kteří se léčili déle než rok, však nelze z těchto čísel dovodit

Vývoj onkologických onemocnění (C00 až D09)



Obrázek 1 – Vývoj incidence a mortality onkologických onemocnění v ČR (zdroj [1])

Diagnóza onkologického onemocnění je obvykle významným zásahem do celého psychosociálního prostředí pacienta – do jeho psychiky, života, ať už pracovního či osobního, i do všech jeho vztahů, včetně vztahu k sobě. Zejména prožitky zhoubného či semimaligního nádorového onemocnění (viz kapitola 2) má pro osobnost pacienta mnohdy transformativní charakter, může pacientovi způsobit řadu traumat, ale umožnit mu také dosáhnout významného posttraumatického růstu. Onkologičtí pacienti, včetně těch s benigním nádorovým onemocněním (viz kapitola 2) si také často procházejí zásadní proměnou hodnotového systému a životních priorit. Prožitky onkologického onemocnění se rovněž zásadním způsobem promítne do jejich blízkých vztahů. Pacienti si také často procházejí fází sebeobviňování (viz kapitola 6.5), což má dopady i na jejich budoucí sebehodnocení i další jednání. Sebeobviňování a obviňování blízkých (viz kapitola 6.6) je často postaveno na nepravdivých až ezoterických vědou jednoznačně vyvrácených přesvědčeních, že „rakovinu“ si lze způsobit ze stresu, stesku, lítosti, „trápení se“ apod. [9][10][11][12]. Zásadním způsobem se na něm však podílí i nedostatek informací o tom, jaké faktory se na vzniku nádorového onemocnění vůbec podílejí, co nádorové onemocnění vlastně je a jak v těle vůbec vzniká (viz kapitola 3). Konkrétním pocitům, které pacienti prožívají se věnuje 6. kapitola.

S ohledem na to, že každoročně je kvůli onkologickému onemocnění v ČR hospitalizováno více než 1,5 % populace a 0,9 % populace nově onemocní, jedná se o velmi významný prvek ovlivňující nejen

¹ Toto číslo však s nejvyšší pravděpodobností není správné, neboť porovnáním tabulkových dat z publikace Novotvary 2016 by počet pacientů s nezahoubným nádorem pro rok 2016 vycházel na pouhých 9 a číslo výrazně nesouhlasí ani s publikací Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2016 od stejného úřadu.

osobní život každého pacienta, ale promítající se určitým způsobem i do společnosti jako celku. Kromě samotných nemocných, zejména těch se zhoubným či semimaligním nádorovým onemocněním, bývají touto zkušeností zasaženi i jejich nejbližší, zejména partneři, děti, ale také rodiče, sourozenci a nejbližší přátelé. Řadou jejich blízkých vztahů toto onemocnění otrpí a mnohé z nich, zejména ty partnerské, se pod tíhou onkologické léčby a jejích následků rozpadnou (viz kapitola 5.3). Obvyklým významným životním událostem, kterými si pacienti během léčby procházejí, se podrobněji věnuje kapitola 5.

Pacienti si během onkologického onemocnění i onkologické péče následující po jeho remisi („vyléčení“) procházejí celou řadou důležitých intrapsychických vědomých i nevědomých procesů (viz 0. kapitola), které spolu s životními událostmi, které často onkologické onemocnění provázejí (viz 5. kapitola) zcela zásadním způsobem ovlivňují nejen jejich pocity během samotné nemoci, ale také průběh léčby, a především spolupráci s lékaři. Navíc, v době, kdy jsou fyzicky i psychicky oslabeni léčbou onkologického onemocnění, na základě např. nevhodných formulací účasti od svých nejbližších (viz kapitola 7) někdy až radikálně ukončují své blízké vztahy.

Tato práce blíže popisuje a mapuje nejčastější psychické procesy, kterými si onkologičtí pacienti v průběhu životního cyklu celého onkologického onemocnění procházejí, a má ambici napomoci lidem bez této zkušenosti jejich porozumění. Může se tak stát nástrojem, který psychoterapeutům, lékařům (zejména mimo onkologii) a pečujícím pomůže lépe a uceleně nahlédnout do dění uvnitř pacientovy duše i do toho co, kdy a proč po psychické stránce potřebují. Zároveň jim poskytuje cenné základní faktografické informace o onkologických onemocněních, jejich původu a léčbě, a to ze všech hlavních vědeckých oborů, které se onkologických onemocnění dotýkají.

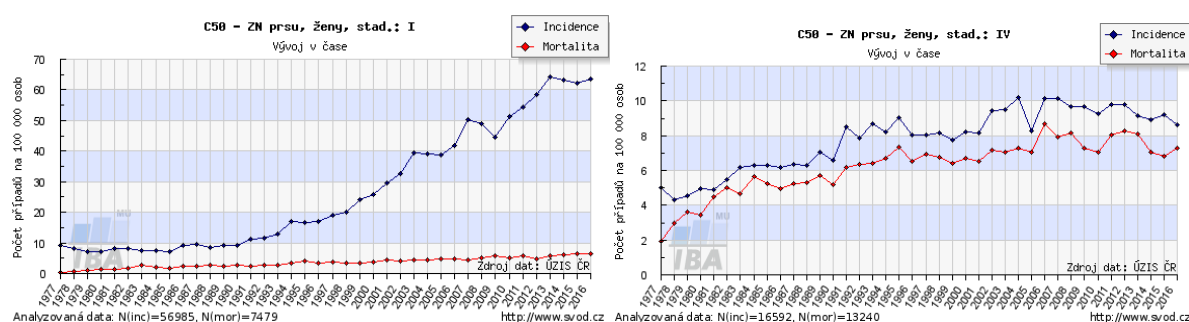
K psychické náročnosti onkologického onemocnění také přispívá fakt, že Česká onkologická společnost ČLS JEP sdružující onkology v ČR neeviduje v současné době ani 1 000 členů [4]. Počet onkologů přitom rozhodně neroste takovým tempem, jako počet nemocných (viz Obrázek 1), což znamená, že onkolog má na každého pacienta rok od roku méně času, a dostává se pod větší psychický tlak. Jen podle statistik ÚZIS ČR, které jak bylo řečeno výše, neobsahují všechny pacienty s benigními nádory, připadá v průměru na jednoho onkologa v ČR více než 99 nových pacientů [1]. I přes veškerý vědecký a technický pokrok však v jejich péči každoročně umírá stále stejný počet pacientů (nominálně, nikoliv procentuálně), což představuje významnou zátěž pro jejich psychiku, a to zejména proto, že se dostávají s pacienty a jejich rodinami mnohdy do velmi blízkého a osobního kontaktu až vztahu.

Už v roce 2016 na jednoho onkologa v průměru připadala téměř stovka nových onkologických pacientů + dalších několik set pacientů, kteří u něj zůstávají v následné – tzv. dispenzarizační – péči z let předchozích (viz kapitola 4.16). Právě proto v posledních letech vzniká snaha zkrátit následnou onkologickou péči a předávat pacienty zpět do péče praktického lékaře, respektive lékařů specialistů (např. gynekologa či urologa), ideálně už po třech až pěti letech. V současné době je však stále ještě běžnou praxí, že pacient zůstává v péči onkologa i výrazně déle než 5 let od remise onkologického onemocnění [17]. Ukazuje se, že samotné předání pacienta z péče onkologa do péče lékaře jiné odbornosti, stejně jako nutnost pravidelných návštěv na onkologii i dlouho po remisi, má rovněž významné dopady na psychiku některých pacientů.

Tato práce se snaží systematicky popsat klíčové psychické aspekty a průvodní jevy onkologických onemocnění z pohledu pacientů. S ohledem na velmi úzkou a podstatnou provázanost řady těchto psychických procesů s nedostatkem faktických a pravdivých informací o onkologickém onemocnění (viz [9] a [22]) jsou následující dvě kapitoly věnovány zejména těmto informacím, které jsou zásadní pro pochopení faktografického pozadí některých klíčových jevů a prožitků, kterými si pacienti během léčby procházejí. Na jejich pozadí je také zřejmější iracionalita a někdy až absurdita některých situací, se kterými se lékaři i pacienti běžně setkávají.

2 Definice onkologických onemocnění

Do kategorie onkologických onemocnění (όγκος = nádor či zduření) se řadí všechny novotvary, tedy diagnózy C00 až D48 v systému mezinárodní klasifikace diagnóz (ICD) Světové zdravotnické organizace (WHO) [5], které ve skutečnosti představují stovky mnohdy zcela odlišných onemocnění, a to jak svojí prognózou (pravděpodobným průběhem a vyústěním onemocnění), tak svojí mortalitou (úmrtností), tak svým biologickým chováním a způsobem léčby. Do prognózy zejména zhoubného onkologického onemocnění se navíc značně promítá i tzv. staging nádoru, kdy rozdíly prognóz mezi stádiem I a stádiem IV jsou často zcela propastné (viz Obrázek 2), což souvisí jak s mírou poškození původní tkáň nádorovou tkání, tak s velikostí a cévním zásobením primárního nádoru, počtem zasažených mízních uzlin a existencí metastáz (tj. sekundárních nádorů v jiných lokalitách) [6]. Pacienti však podrobnější význam stagingu pro jednotlivé onkologické diagnózy obvykle neznají, stejně jako nevědí o odlišné klasifikaci stádií pro jednotlivé diagnózy [6]. To následně komplikuje situaci, kdy si pacienti a pečující o pacienty s různou onkologickou diagnózou předávají zkušenosti z léčby např. „rakoviny ve 2. stádiu“ (viz kapitola 6.10).



Obrázek 2 – Rozdíl ve výskytu a mortalitě zhoubného novotvaru prsu (C50) ve stádiu I a stádiu IV [13]

Pacienti sami slovo novotvar často neznají. Zásadnější je pro ně slovo „rakovina“, které však bohužel v medicínské praxi nemá zcela jasné a jednoznačné vymezení. Pro pacienty přesto představuje obávanou diagnózu vyvolávající silnou úzkost ze smrti. Mnoho pacientů přitom „rakovinu“ mylně považuje za nějakou jednu konkrétní nemoc jako např. „infarkt“ s jednotnými projevy, jednotným průběhem a způsobem léčby a pouze odlišnou lokalizací (viz kapitola 6.10). I pacienti, kteří rozlišují jednotlivé typy onkologických onemocnění, však často podléhají zcela mylnému dojmu, že pokud mají například zhoubný novotvar prsu ve stádiu II, že je to „stejně“ onemocnění jako u jiné pacientky se zhoubným novotvarem prsu ve stádiu II. Naprosté nepochopení, respektive absence znalostí genetické a biologické podstaty nádorových onemocnění [10] (viz 3. kapitola), natož pak významu imunitního dohledu [12] (viz kapitola 3.3), pak může vytvářet silné intrapsychické tlaky při vzájemném porovnávání si průběhu a způsobu léčby mezi různými pacienty (viz kapitola 6.10).

Ještě horší je pak situace, kdy pacient zná někoho, kdo se „stejnou“ diagnózou zemřel, zejména pokud to byl někdo z blízkých přátel či dokonce rodiny. Navíc vzájemné porovnávání se s pacienty se „stejnou“ diagnózou nutně vede k rozporu mezi informacemi, které pacient dostává od svého lékaře ke svému konkrétnímu a geneticky i biologicky unikátnímu nádoru [10], a informacemi, které pacient získává od někoho jiného se „stejnou“ diagnózou, avšak z biologické podstaty onkologických onemocnění se zcela jiným nádorem, navíc často v jiné fázi buněčného zrání (viz kapitola 6.10).

2.1 Dopady onkologických onemocnění na psychiku přeživších

Právě nedostatek informací, nebo někdy i neschopnost lékařů předat je pacientům tak, aby jim rozuměli a chápali je, bohužel vede k fenoménu, který soudobá psychoonkologie označuje jako Fear of Cancer Recurrence (FCR) neboli strach (svou povahou však spíše úzkost) z návratu rakoviny. FCR o

střední, či závažné úrovni trpí v průměru 49 % přeživších a až 70 % lidé ze zranitelných skupin jako jsou např. mladé ženy s rakovinou prsu (způsobenou obvykle genetickými mutacemi BRCA1 a BRCA2) [22]. Až 7 % onkologických pacientů pak zažívá velmi závažné až paralyzující projevy FCR, kdy mají neustálé a nutkavé myšlenky o „rakovině“, a třeba i mírné nesouvisející tělesné symptomy vnímají jako znak, že se nemoc navrátila, a to bez ohledu na informace od svých lékařů [22]. Zároveň se ukazuje, že FCR se může projevovat dlouhodobě a bez příslušné intervence může přetrvat i tehdy, kdy je skutečná pravděpodobnost návratu onkologického onemocnění zcela minimální [22].

Větší sklony k FCR mají onkologičtí pacienti, kteří zároveň trpí psychickými poruchami jako je generalizovaná úzkostná porucha či somatoformní poruchy. K FCR mají sklony zejména mladší onkologičtí pacienti, kteří se s „rakovinou“ setkávají poprvé [22]. FCR se vyskytuje častěji u pacientů se zhoubnými nádory prsu, kolorekta, varlat, hlavy a krku, plic, endometria, štítné žlázy, a se sarkomy, melanomy a lymfomy [22]. FCR naopak nikterak neovlivňují objektivní faktory typu velikost nádoru, jeho stádium či celková prognóza [22]. Pravděpodobnost výskytu FCR snižuje kvalita zdravotní péče a spokojenost s ní [22]. Právě tento faktor je však zásadně negativně ovlivňován srovnáváním se s ostatními pacienty (viz kapitola 6.10), stejně jako vyhledáváním nerelevantních či dokonce nepravdivých informačních zdrojů na internetu, kdy pacient přestává být spokojen s péčí svého onkologa či radiologa, který ho léčí. Přitom, kdyby pacient rozuměl podstatě onkologického onemocnění i jeho biologickým, imunologickým a genetickým aspektům, neměl by důvod se srovnávat s jinými pacienty a zároveň by disponoval všemi informacemi pro selekci informačních zdrojů na ty relevantní a na ty nepravdivé až cíleně lživé. Právě proto se tato práce nyní zaměřuje i na tuto oblast.

2.2 Neexistence „rakoviny“ a její dopady na psychické procesy

Co je to vlastně ale ona „rakovina“, o které se veřejně hovoří? Obvykle jsou „rakovinou“ myšleny diagnózy zhoubných (maligních) nádorů C00 až C97 [5]. Ty se v roce 2016 nově týkaly 87 290 pacientů, přičemž ve stejném roce na tyto nádory 27 261 pacientů zemřelo [1]. Celých 32,4 % nově diagnostikovaných zhoubných nádorů však tvořily ne-melanomové kožní zhoubné nádory (C44), které vykazují velmi nízkou mortalitu (konkrétně 0,5 %) [1].

Zásadní problém u „rakoviny“ nastává však v tom, že ani některé statistické publikace, jako např. publikace Novotvary vydávaná každoročně ÚZIS ČR, nejsou schopny se konzistentně držet v rámci jedné jediné publikace jednoznačného vymezení slova „rakovina“ (respektive u této konkrétní publikace jeho anglického překladu cancer). Běžně se tak stává, že kromě diagnózy maligních nádorů či zhoubných nádorových onemocnění (C00 až C97) se sem zahrnují i novotvary in situ (D00 až D09), tedy karcinomy (zhoubný nádor z epitelových buněk) respektive i melanomy v počínajícím stádiu, označované někdy také jako prekancerózy [7]. Těch bylo v roce 2016 v ČR diagnostikováno dalších 9 210 [1], což představuje zhruba desetinu všech novotvarů, avšak nikdo na ně nezemřel [2]. To je způsobené tím, že novotvary in situ, tedy nádory v klasifikaci TisNOMO [6], samy o sobě nijak výrazně nenarušují funkci tkáně, kde se vyskytují, neb do ní ještě ani neprorůstají a rozměrově jsou příliš malé na to, aby omezovaly její funkci svoji samotnou přítomností.

Zajímavou otázkou je však to, zda do „rakoviny“ řadit i tzv. semimaligní či border-line nádory neboli novotvary nejistého nebo neznámého chování (D37 až D48) [5], které se svým biologickým chováním nacházejí na pomezí maligních a benigních nádorů. Někdy nejsou příliš invazivní a někdy dokáží i vytvářet metastázy [7] (viz dále). V roce 2016 bylo přitom nově diagnostikováno 2 817 semimaligních nádorů, přičemž na ně v ČR ve stejném roce zemřelo 486 lidí [1]. Mortalita je tedy nižší než u maligních nádorů, avšak stále velmi vysoká, přičemž v ČR skokově vzrostla o 60 % po roce 2013, což může být způsobeno i nepřesností statistických údajů (viz dále). V zahraničí, např. ve Spojeném království, se přitom semimaligní nádory řadí mezi „rakovinu“ (cancer) [8].

Samotné slovo „rakovina“ do medicíny zavedl kdysi Hippokrates, který jej použil pro pokročilý zhoubný nádor prsu u žen se zasaženými sousedními mízními uzlinami a vystouplými mízními cévami (tedy zhruba klasifikace T2-4N1-3M0-1), které na prsu tvořily obrazec klepet raka (řecky karkinos). Dnes se však slovo „rakovina“ (anglicky cancer neboli rak) používá v úplně jiném významu. Jen bohužel nedokážeme jednoznačně určit ve kterém, neb díky absenci jakékoliv přesné medicínské definice je jeho využívání laickou i odbornou veřejností (viz výše) značně vágní.

Zarážející je také množství odlišných názvů zejména pro zhoubná nádorová onemocnění (viz níže), které podněcuje k zamyšlení nad tím, proč existuje tak široké spektrum názvů používaných v medicíně právě pro tu část onkologických onemocnění, která vykazuje nejvyšší mortalitu (úmrtnost). Stejněho fenoménu si lze přitom povšimnout i u další skupiny poměrně nebezpečných onkologických diagnóz, a to u semimaligních nádorů (viz níže). Důvodem k tomu může být fakt, že pro řadu lékařů je obtížné pacientům sdělovat závažné diagnózy a že – podle informací získaných z osobních rozhovorů s některými lékaři i onkologickými pacienty – bývalo a někde stále ještě je zavedenou praxí, že lékař pacienta o skutečné a kompletní povaze jeho onemocnění neinformoval, a diagnózu sdělil pouze jeho rodině, a někdy ani to ne.

Navíc to, že není de facto jasné, které všechny diagnózy jsou onou „rakovinou“ a že, pro každou skupinu diagnóz existuje hned několik medicínsky správných a zcela odlišných latinských, českých a někdy i řeckých termínů, u onkologických pacientů ještě více podporuje pocity nejistoty (viz kapitola 6.2) podněcující FCR a působí častá nedorozumění.

Psychiku onkologických pacientů navíc zhoršuje i to, že jen velmi málo onkologických pacientů tuší, co to skutečně novotvar je, jak vzniká, jak se vyvíjí, co se na jeho vzniku ve skutečnosti podílí a co nikoliv (viz kapitola 3). K těmto informacím ve srozumitelné a pochopitelné formě zatím není na internetu téměř přístup, což má v následujících letech napravit projekt jakprezitrakovinu.cz. Drtivá většina informací o vzniku novotvarů je totiž psána příliš odborným jazykem s odkazy na celou řadu materiálů vysvětlujících jednotlivé pojmy někde jinde, což se paradoxně týká i české verze Wikipedie [14]. Přesnější a úplnější informace pak poskytují až odborné články, studie a publikace částečně přístupné veřejnosti přes portál US National Library of Medicine www.pubmed.gov. Ty jsou laické veřejnosti však obvykle nesrozumitelné, což je dáno přílišnou komplexností onkologických onemocnění a jejich přesahem napříč mnoha obory. Některé odborné společnosti, včetně České onkologické společnosti a jejího portálu www.linkos.cz, se snaží vysvětlovat dílčí informace o novotvarech (např. co jsou [benigní](#) a [maligní](#) novotvary), avšak za cenu opět velkého množství odkazů na další zdroje, kde je forma vysvětlení mnohdy už opět příliš odborná, bez pro laickou veřejnost pochopitelných analogií.

Protikladem k tomu pak leží tisíce webů se zcela lživými, avšak snadno podanými a pochopitelnými, informacemi šířenými často pro osobní finanční prospěch zejména nejrůznějšími „psychosomatickými klinikami“, prodejci „zázračných potravinových doplňků“, či případně „léčiteli“, před kterými ostatně v loňském roce opakovaně varovala i česká média, včetně zejména České televize. Tyto informace pak paradoxně komplikují onkologickou léčbu a narušují důvěru pacientů v lékaře, a to i proto, že tyto lži často sdílí a šíří i bezprostřední okolí pacienta, ke kterému má pacient větší důvěru než k onkologovi, kterého vidí třeba poprvé v životě.

2.3 Zhoubné (maligní) novotvary (C00 až C97)

Zhoubné (latinsky maligní), nádory nebo též poněkud nepřesně tumory (v řečtině zduření označuje stejně tak i libovolné otoky) nebo též novotvary (latinsky neoplazmy) nebo též nádorová onemocnění nebo též kancerózy nebo též malignity nebo též „rakovina“ představují nejširší skupinu onkologických diagnóz, která se dále dělí na dvě velké skupiny. Patří sem jednak solidní (pevné) nádory (diagnózy C00 až C80 a C97) a jednak hematopoetické či hematologické (či také „tekuté“, což je poněkud nepřesné

označení) nádory (diagnózy C81 až C96). Solidní nádory se dělí do skupin podle toho, z jaké tkáně vznikají – karcinomy (epitelové buňky), sarkomy (buňky pojivové tkáně), gliomy (buňky neuroglií), melanom (pigmentové buňky neboli melanocyty), atd. Hematopoetické nádory se pak dělí dle typu postižených buněk na lymfomy (C81 až C87), zhoubné imunoproliferativní nemoci (C88), mnohočetný myelom a plazmocytární novotvary (C90) a leukémie (C91 až C96).

Mezinárodní systém diagnóz WHO využívá typicky dělení nádorů podle jejich lokalizací v těle – zhoubné novotvary rtu, dutiny ústní a hltanu (C00 – C14), zhoubné novotvary trávicího ústrojí (C15 – C26), zhoubné novotvary podle zjištění nebo předpokladu primární, mízní, krvetvorné a příbuzné tkáně (C81 – C96), atd. [5] Vedle tohoto systému skupinového dělení zhoubných nádorů se dá však setkat i s dalšími možnými způsoby dělení, které zase kladou větší důraz na odlišnosti v následných projevech onkologického onemocnění. Kupříkladu jde o dělení na zhoubné nádory somatických buněk (trávicího ústrojí, kůže, pohlavních orgánů, kostí atd.) a nádory buněk řídicích systémů. Ty můžeme dělit dále na nádory buněk kostní dřevě a lymfatických orgánů, tedy hematologické, (leukémie, maligní lymfomy, mnohočetný myelom), nádory endokrinní, tedy ovlivňující tvorbu hormonů, (inzulinomy, glukagonomy atd.) a nádory neurogení, tedy nervového systému, (gliomy, meningeomy atd.).

Solidní zhoubné nádory si lze představit jako nové útvary, proto označení novotvar. Tyto novotvary vyrůstají postupně ze shluku geneticky modifikovaných buněk (viz kapitola 3.1) v relativně uceleném útvaru a nejprve relativně odděleně od okolní tkáně. Hned v dalším stádiu ovšem začíná tento nový útvar prorůstat do původní tkáně, a tím pádem narušovat její funkci, podobně jako by to dělal třeba hřebík. K narušení funkce okolní tkáně však může dojít, podobně jako u benigních nádorů, už samotnou přítomností novotvaru, který tím, že je v daném místě „navíc“, tak tlačí na okolní tkáně. Nadto, u pokročilejších stádií se z nově vznikajícího útvaru začnou uvolňovat buňky – tzv. mikrometastázy – které se v těle šíří nejčastěji lymfatickými cévami či krevními cévami, a po zachycení na jinou tkáň v jiné části těla se mohou začít dělit, cévně zásobit a vytvářet další, sekundární, novotvar – tzv. metastázy. Hematopoetické nádory si lze zase představit jako poruchu tvorby imunitních či krevních buněk, kdy se tyto buňky stanou nesmrtelnými, takže se začínají hromadit, a zároveň nedozrávají, čímž pádem nemohou nikdy zastat svoji původní funkci.

Z pohledu psychiky pacienta je přitom mezi solidními a hematopoetickými nádory podstatný rozdíl v tom, že zatímco u léčby solidních nádorů je posilování imunitního systému, který lze prostřednictvím neurohumorálního řízení ovlivnit psychikou [9][19], v drtivé většině případů žádoucí, v případě léčby hematopoetických nádorů posílení zejména buněčné imunity v průběhu léčby obvykle žádoucí není. Navíc specificky leukémie (C90 až C95) jsou pacienty bez ohledu na zcela zásadní odlišnostmi mezi jednotlivými typy leukémií vnímány jako život vysoce ohrožující onemocnění, a to patrně i proto, že se na rozdíl od řady jiných nádorových onemocnění poměrně často vyskytují i v dětském věku.

2.4 Novotvary in situ (D00 až D09)

Novotvary in situ někdy také zkráceně Cis nebo též neoplazmy in situ a někdy také prekancerózy (což je ovšem širší skupina diagnóz označující obecně morfologickou alteraci – pozměnění – tkáně) jsou počínající karcinomy, tedy zhoubné nádory z epitelových buněk, až na jednu výjimku, kterou tvoří melanom in situ (diagnóza D03). Dnešní moderní diagnostické metody a včasná prevence umožňují novotvary in situ, tedy zhoubné novotvary doslova „na místě“, ve smyslu, že zatím nenarušily okolní tkáň, diagnostikovat. Mezinárodní systém diagnóz sem však řadí jen velmi konkrétní lokalizace počínajících karcinomů [5]. Novotvary in situ jsou de facto budoucí solidní zhoubné novotvary, které jsou však ve fázi, kdy nijak nenarušují funkci původní tkáně, jsou ještě rozměrově velmi malé a nemohou tvořit ani mikrometastázy.

2.5 Nezhoubné (benigní) novotvary (D10 až D36)

Nezhoubné či také benigní nádory se podobně, jako ty zhoubné, dělí do skupin podle toho, z jakých druhů buněk nádor vznikl – adenom (z epitelu), myxom (z řídké pojivové tkáně), hemangiom (z krevních cév), osteom (z kostní tkáně), ganglioneurom (nádor ANS), atd. Svým názvem jsou si tedy často velmi podobné s názvoslovím některých zhoubných nádorů – např. adenom vs. adenokarcinom či osteom vs. osteosarkom, přičemž pro nezhoubné nádory typická koncovka -om je zároveň využívána i pro některé maligní nádory jako melanom, lymfom, seminom, zralý teratom testes. To pak při nedostatečném vyslechnutí si diagnózy např. v důsledku silné akutní stresové reakce [19], může vést k nebezpečným nedorozuměním, ať už v ordinaci, či později (viz kapitola 6.1). Tato nedorozumění přitom nemusí nutně vznikat mezi lékařem a pacientem, ale i mezi pacientem a dalšími lidmi, se kterými svou diagnózu probírá. Ti ho mohou díky záměně zhoubného a nezhoubného nádoru stejného typu tkáně, či díky nesprávné interpretaci koncovky -om jako koncovky pro výlučně zhoubné novotvary, mylně informovat, což má za následek další psychické reakce a intrapsychické procesy.

To je také patrně důvodem, proč (patrně velká) část pacientů s benigním nádorem vůbec netuší, že nějaký benigní nádor, kdy měla. Lékaři se totiž raději drží „eufemističtějších“ označení jako střevní polyp (v některých případech adenom), cysta na vaječnicích (někdy cystadenom), skvrny a červené bouličky na kůži (hemangiom), myomy dělohy, výrůstek na kůži (fibrom), výrůstek na kosti (osteom), atd., ale samotný pojem benigní novotvar či nádor nepoužívají. Na přesné pojmenování benigního nádoru se dostává obvykle až v případě provádění biopsie (odběru vzorku tkáně), kdy pacient jasně vyjádří svou obavu ze zhoubného nádorového onemocnění. Čekání na výsledky biopsie přitom řada onkologických pacientů uvádí jako zcela nejhorší období léčby, a to včetně těch, kteří nakonec měli maligní nádor a prošli si třeba následně i chemoterapií a ozařováním (radioterapií). To by poukazovalo na to, že klíčovou emocí se závažnými důsledky pro psychiku je u onkologických onemocnění nejistota (viz kapitola 6.2).

Nezhoubné novotvary si lze představit jako nově vznikající striktně ohraničené útvary vzniklé z buněk tkáně, kde vyrůstají, které však díky svému ohraničení nemohou vytvářet mikrometastázy a nemohou se nijak šířit. Tím, že však rostou tam, kde nemají fyziologicky být a nemusí tam na ně být fyzický prostor, mohou svým „hostitelům“ postupně působit značné potíže tím, že tlačí na důležité struktury (cévy, nervy, klouby, kosti, mozková centra apod.). Někdy už svou pouhou přítomností mohou mít i značný vliv na činnost těchto orgánů a někdy i celé řady dalších orgánů v těle (např. u nezhoubných nádorů adenohypofýzy).

2.6 Novotvary nejistého nebo neznámého chování či semimaligní nádory (D37 až D48)

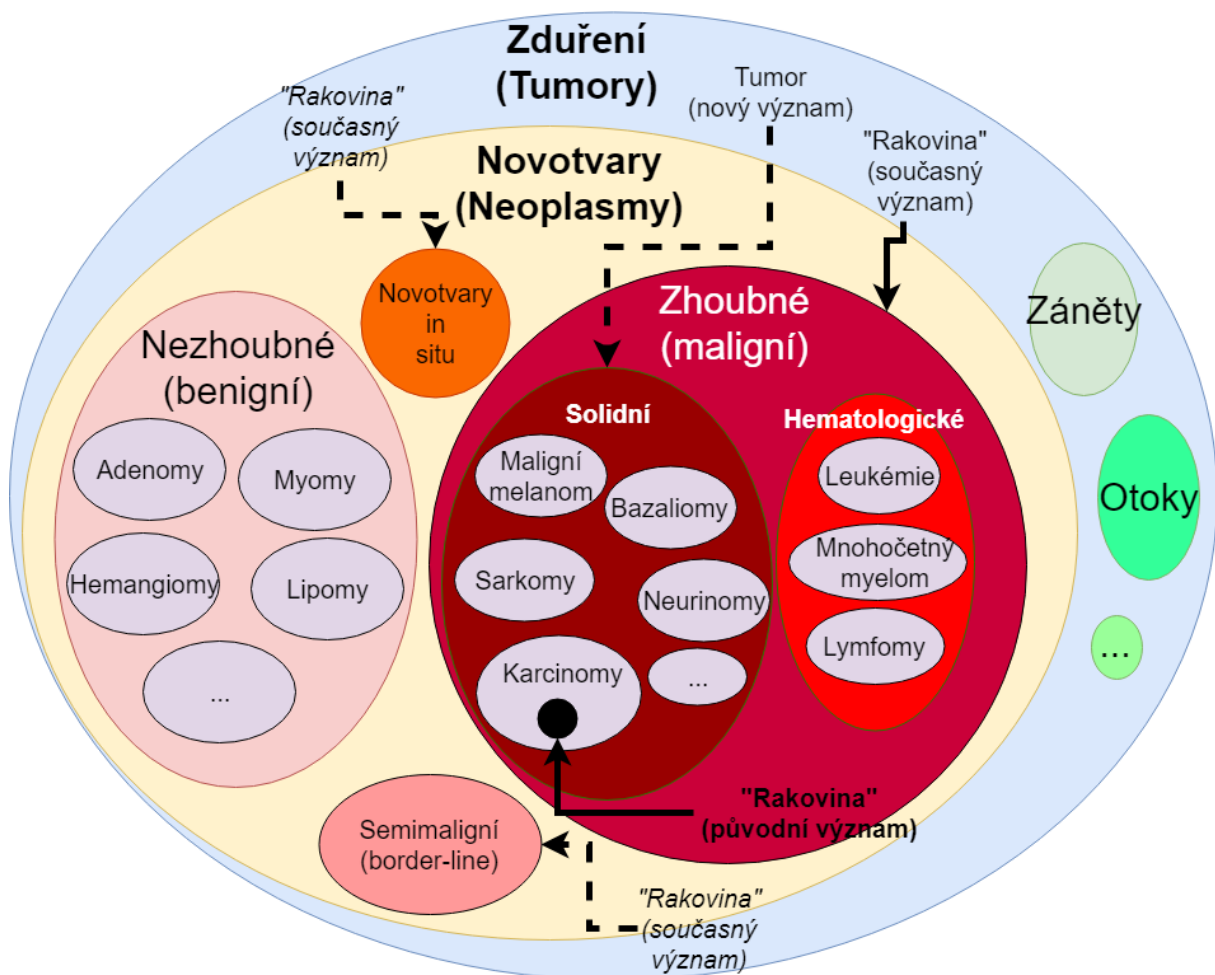
Novotvary nejistého nebo neznámého chování či také semimaligní nádory či také polozhoubné nádory či také border-line nádory či také intermediární nádory nebo někdy také dost nepřesně „potenciálně maligní“ nádory [17] (což platí ovšem i o novotvarech in situ a některých benigních novotvarech) jsou podle statistik poměrně nebezpečné nádory, jejichž mortalita v posledních letech značně vzrostla. Zatímco ještě do roku 2013 byly příčinou okolo 300 úmrtí ročně, v roce 2014 počet mrtvých skokově vzrostl na 506, 2015 na 497 a 2016 na 486 [2]. Stalo se tak zejména díky skokovému nárůstu počtu úmrtí na semimaligní nádory dutiny ústní a trávicích orgánů (D37) a myelodysplastických syndromů (D46), což může být ale dáno i nedostatky ve zdrojových datech, respektive vykazování některých diagnóz.

Semimaligní nádory jsou někdy pro pacienty tou „lepší“ zprávou. To se týká zejména nádorů vaječníků, kde tvoří celých 15 % všech nádorů [8], a které jsou ve své maligní formě extrémně agresivní, rychle postupující a vykazují vysokou mortalitu. V roce 2016 byl zhoubný nádor vaječniku (C56) diagnostikován u 998 žen. Na tuto diagnózu ve stejný rok zemřelo 623 žen [1]. Na všechny semimaligní

nádory ženských pohlavních orgánů – dělohy, vaječníků, placenty, ostatních ženských pohlavních orgánů a blíže nespecifikovaných ženských pohlavních orgánů (D39) zemřelo však ve stejném roce „jen“ 13 žen [2].

Diagnóza semimaligního nádoru však díky svému oficiálnímu českému názvu novotvary nejistého nebo neznámého chování může vzbuzovat také rozporuplné a mylné pocity a nejistotu (viz kapitola 6.2), že „lékaři neví, co s tím“, nebo že to „neznají“. Postupy při léčbě semimaligních nádorů, stejně jako jejich bližší dělení, staging a klasifikace, jsou však stejně dobře popsány jako u libovolných jiných nádorů [8]. Z tohoto pohledu se jeví jako vhodnější využívání jiných než oficiálních názvů, tedy např. označení diagnózy D39.2 jako border-line nádoru vaječníku raději než novotvaru vaječníku nejistého nebo neznámého chování.

Semimaligní novotvary jsou solidní neboli pevné útvary, které vznikají na různých orgánech a mohou do nich často prorůstat. Povahou svého chování se pak řadí (dle konkrétního typu) na hranici mezi zhoubné a nezahoubné novotvary. Odsud také pochází anglický název border-line, nebo hraniční, novotvary.



Obrázek 3 – Onkologické názvosloví

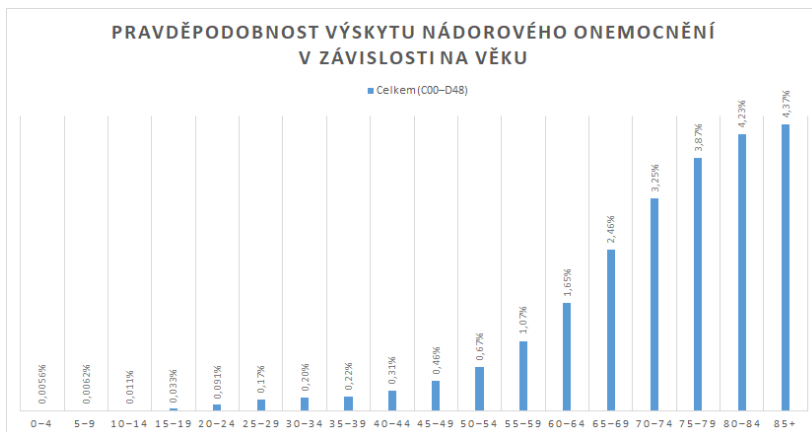
3 Původ onkologických onemocnění

Onkologická onemocnění vznikají sérií postupných mutací DNA v buňce, která ve svém důsledku přetvoří buňku natolik, že jsou splněny dvě základní podmínky nádorové buňky. Zaprvé se jedná o buňku schopnou se dělit a zadruhé se jedná o buňku, u níž došlo k vypnutí všech mechanismů buněčné smrti [10]. V případě, že první podmínka není splněna, vzniká nesmrtelná poškozená buňka, která je projevem stárnutí. Ostatně i nádorová onemocnění jsou obvykle průvodním projevem stárnutí. Drtivá většina onkologických onemocnění totiž vzniká až ve vyšším věku [1]. To je dáno i delším působením faktorů, které nádorová onemocnění způsobují (viz kapitola 3.1) [17].

Diagnóza	Věková skupina / Age groups										Věková skupina / Age groups									
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+		
C00-C14 Zhubné novotvary rtu, dutiny ústní a hltanu	-	-	3	-	2	7	3	26	59	106	149	225	319	300	208	115	71	61		
C15 Zhubný novotvar jícnu	-	-	-	-	-	1	-	5	9	31	45	71	106	137	103	54	35	26		
C16 Zhubný novotvar žaludku	-	-	-	-	2	1	7	15	36	41	62	97	133	248	251	191	164	157		
C18-C20 Zhubné novotvary střev a konečníku	1	-	7	10	12	14	35	66	126	181	345	560	944	1348	1434	1107	812	608		
C22 Zhubný novotvar jater	1	-	-	-	1	1	2	2	8	17	30	47	134	181	202	124	94	74		
C23, C24 Zhubné novotvary žlučníků a žlučových cest	-	-	-	-	-	1	4	4	3	7	25	48	93	152	164	131	107	111		
C25 Zhubný novotvar slinivky břišní	-	-	-	-	2	4	3	10	24	41	95	175	291	432	420	308	253	185		
C32 Zhubný novotvar hrtanu	-	-	-	-	-	-	1	7	11	40	73	117	119	82	41	12	6	6		
C33, C34 Zhubné novotvary průdušnice, průdušky a plic	1	-	-	1	4	9	2	20	47	91	242	500	1067	1635	1418	863	564	319		
C43 Zhubný melanom kůže	1	1	2	6	22	36	73	103	147	163	176	191	270	400	369	264	197	188		
C44 Jiný zhubný novotvar kůže	-	-	4	9	19	46	105	275	448	623	924	1376	2559	4212	4859	4702	4158	3932		
C47, C49 Zhubné novotvary periferních nervů a ANS a jiné p	3	2	2	2	6	10	3	8	17	18	15	28	25	46	35	36	24	21		
C50 Zhubný novotvar prsu	-	-	-	-	8	29	102	221	401	553	577	607	994	1138	1048	685	458	389		
C53 Zhubný novotvar hrdlá děložního	-	-	-	1	5	23	49	76	97	85	84	63	89	84	69	40	34	23		
C54, C55 Zhubné novotvary těla děložního a dělohy	-	-	-	-	-	1	12	11	46	56	150	218	366	419	309	195	121	107		
C56 Zhubné novotvary vaječníku	-	-	1	1	2	7	12	13	39	52	83	136	161	159	118	105	62	47		
C61 Zhubný novotvar prostaty	-	-	-	-	-	-	-	4	16	62	264	631	1212	1871	1644	926	421	254		
C62 Zhubný novotvar varlete	1	1	1	9	40	85	87	74	80	44	32	13	17	5	6	2	1	-		
C64 Zhubný novotvar ledviny mimo pánevníku	1	1	-	-	3	3	11	37	86	133	203	313	449	667	586	364	221	124		
C67 Zhubný novotvar močového měchýře	-	-	-	-	3	2	4	4	18	29	73	132	251	448	409	305	216	205		
C70-C72 Zhubné novotvary mozkomíšních plen, mozku, mí	7	6	5	8	10	21	26	36	40	48	57	77	115	142	117	98	64	40		
C73 Zhubný novotvar štítné žlázy	-	3	5	14	31	58	73	95	152	104	102	90	118	160	105	50	17	9		
C81 Hodgkinův lymfom	1	3	1	14	19	24	32	28	19	23	12	20	20	20	20	14	10	4		
C82-C86 Ostatní lymfomy	1	1	1	3	9	10	22	33	56	64	74	99	205	270	243	198	143	80		
C90 Mnohočetný myelom a plazmocytární novotvary	-	-	-	-	-	-	1	7	9	19	43	44	63	118	109	80	76	48		
C91-C95 Leukémie	8	6	11	8	11	10	11	19	25	30	61	105	137	194	212	165	133	113		
Ostatní ZN	2	6	5	9	10	17	17	51	85	110	178	242	406	613	597	455	390	410		
D00-D09 Carcinoma in situ	1	-	-	37	281	694	711	632	562	406	365	489	738	1072	1082	863	677	600		
D10-D36, I Benigni a semimaligni nádory	2	7	6	17	18	33	49	68	100	99	125	199	390	449	461	348	214	241		
Celkem (C00-D48)	31	37	54	149	521	1146	1457	1944	2762	3247	4631	6869	11789	17039	16680	12829	9749	8392		
Celkem ZN (C00-C97)	28	30	48	95	222	419	697	1244	2100	2742	4141	6181	10661	15518	15137	11618	8858	7551		
Celkem C00-C97 bez C44	28	30	44	86	203	373	592	969	1652	2119	3217	4805	8102	11306	10278	6916	4700	3619		

Obrázek 4 – Vybrané onkologické diagnózy v závislosti na věku pacienta [1]

To, že některá nádorová onemocnění jsou v určitém věku relativně „normální“ přitom nepatří k obecnému povědomí. „Rakovina“ je brána jako nemoc, kterou člověk „dostane“ třeba jako angínu. Není celospolečensky vnímána jako součást stárnutí, která souvisí s biologickými procesy uvnitř těla [16], či s dlouhodobým působením kancerogenů, které si vytváří naše vlastní tělo jako je estrogen či testosteron, které bývají častou příčinou některých onkogynekologických nádorů, respektive nádorů prostaty [6][15]. Velká část „ezoterických“ přístupů navíc z rakoviny viní pacienta, což hrubě nekoresponduje s vědeckými zjištěními [9] ani s reálnými statistickými údaji [1] a jen to přispívá k jeho bezdůvodnému sebeobviňování (viz kapitola 6.5), nebo obviňování jeho nejbližších (viz kapitola 6.6).



Obrázek 5 – Pravděpodobnost výskytu nádorového onemocnění v závislosti na věku [1]

Věk	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Zhubné novotvary rtu, dutiny ústní a hltanu	0,00000%	0,00000%	0,00061%	0,00000%	0,00035%	0,00102%	0,00041%	0,00300%	0,00657%	0,01504%	0,02160%	0,03503%	0,04452%	0,04335%	0,04048%	0,03466%	0,03079%	0,03176%
Zhubný novotvar jícnu	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00015%	0,00000%	0,00058%	0,00100%	0,00440%	0,00652%	0,01105%	0,01479%	0,01980%	0,02005%	0,01627%	0,01518%	0,01354%
Zhubný novotvar žaludku	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00035%	0,00015%	0,00095%	0,00173%	0,00401%	0,00582%	0,00899%	0,01510%	0,01856%	0,03583%	0,04885%	0,05756%	0,07111%	0,08174%
Zhubné novotvary střev a konečníku	0,0018%	0,00000%	0,00143%	0,00218%	0,00210%	0,00204%	0,00477%	0,00761%	0,01404%	0,02568%	0,05001%	0,08718%	0,13174%	0,19478%	0,27909%	0,33360%	0,35210%	0,31655%
Zhubný novotvar jater	0,00018%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00017%	0,00015%	0,00025%	0,00023%	0,00089%	0,00241%	0,00435%	0,00732%	0,01870%	0,02815%	0,03931%	0,03737%	0,04076%	0,03853%
Zhubné novotvary žlučníků a žlučových cest	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00015%	0,00055%	0,00046%	0,00033%	0,00099%	0,00362%	0,00747%	0,01298%	0,02196%	0,03192%	0,03948%	0,04640%	0,05779%
Zhubný novotvar slinivky břišní	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00035%	0,00058%	0,00041%	0,00115%	0,00267%	0,00582%	0,01377%	0,02724%	0,04061%	0,06242%	0,08174%	0,09282%	0,10971%	0,09632%
Zhubný novotvar hrtsanu	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00014%	0,00012%	0,00078%	0,00158%	0,00580%	0,01136%	0,01633%	0,01719%	0,01596%	0,01236%	0,00520%	0,00312%
Zhubné novotvary průdušnice, průdušky a plic	0,00018%	0,00000%	0,00000%	0,00022%	0,00070%	0,00116%	0,00027%	0,00231%	0,00524%	0,01291%	0,03508%	0,07784%	0,14891%	0,23625%	0,27597%	0,26007%	0,24456%	0,16608%
Zhubný melanom kůže	0,00018%	0,00017%	0,00041%	0,00131%	0,00385%	0,00523%	0,00995%	0,01188%	0,01638%	0,02313%	0,02551%	0,02973%	0,03768%	0,05780%	0,07182%	0,07956%	0,08542%	0,09788%
Jiný zhubný novotvar kůže	0,00000%	0,00000%	0,00082%	0,00196%	0,00332%	0,00689%	0,01432%	0,03173%	0,04992%	0,08839%	0,13393%	0,21421%	0,35713%	0,60861%	0,94567%	1,41686%	1,80300%	2,04715%
Zhubné novotvary periferních nervů a ANS a jiné p	0,00054%	0,00034%	0,00041%	0,00044%	0,00105%	0,00145%	0,00041%	0,00092%	0,00189%	0,00255%	0,00217%	0,00436%	0,00349%	0,00685%	0,00681%	0,01085%	0,01041%	0,01093%
Zhubný novotvar prsu	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00140%	0,00422%	0,01391%	0,02550%	0,04468%	0,07846%	0,08363%	0,09450%	0,13872%	0,16443%	0,20396%	0,20643%	0,19860%	0,20773%
Zhubné novotvary hrdla děložního	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00022%	0,00087%	0,00334%	0,00668%	0,00877%	0,01081%	0,01206%	0,01218%	0,00981%	0,01242%	0,01214%	0,01343%	0,01205%	0,01474%	0,01197%
Zhubné novotvary těla děložního a dělohy	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00017%	0,00015%	0,00164%	0,00127%	0,00513%	0,00795%	0,02174%	0,03394%	0,05108%	0,06054%	0,06014%	0,05876%	0,05247%	0,05571%
Zhubné novotvary vaječníku	0,00000%	0,00000%	0,00020%	0,00022%	0,00035%	0,00102%	0,00164%	0,00150%	0,00435%	0,00738%	0,01203%	0,02117%	0,02247%	0,02297%	0,03164%	0,02688%	0,02447%	
Zhubný novotvar prostaty	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00046%	0,00178%	0,00880%	0,03277%	0,09823%	0,16915%	0,27035%	0,31998%	0,27906%	0,18255%	0,13224%
Zhubný novotvar varlete	0,00018%	0,00017%	0,00020%	0,00198%	0,00699%	0,01236%	0,01188%	0,00854%	0,00891%	0,00624%	0,00464%	0,00202%	0,00237%	0,00072%	0,00117%	0,00060%	0,00043%	0,00000%
Zhubný novotvar ledviny mimo pánevku	0,00018%	0,00017%	0,00000%	0,00000%	0,00052%	0,00044%	0,00150%	0,00427%	0,00958%	0,01887%	0,02942%	0,04873%	0,06266%	0,09638%	0,11405%	0,10698%	0,09583%	0,06458%
Zhubný novotvar močového měchýře	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00052%	0,00029%	0,00055%	0,00046%	0,00201%	0,00411%	0,01058%	0,02055%	0,03503%	0,06473%	0,07960%	0,09191%	0,09366%	0,10673%
Zhubný novotvar mozkomíšních plen, mozku, m	0,00127%	0,00101%	0,00102%	0,00175%	0,00175%	0,00305%	0,00355%	0,00415%	0,00446%	0,00811%	0,00826%	0,01199%	0,01605%	0,02052%	0,02277%	0,02953%	0,02775%	0,02083%
Zhubný novotvar štítné žlázy	0,00000%	0,00051%	0,00102%	0,00305%	0,00542%	0,00843%	0,00995%	0,01096%	0,01694%	0,01476%	0,01478%	0,01401%	0,01647%	0,02312%	0,02044%	0,01507%	0,00737%	0,00469%
Hodgkinův lymfom	0,00018%	0,00051%	0,00020%	0,00305%	0,00332%	0,00349%	0,00436%	0,00323%	0,00212%	0,00326%	0,00174%	0,00311%	0,00279%	0,00289%	0,00389%	0,00422%	0,00434%	0,00208%
Ostatní lymfomy	0,00018%	0,00017%	0,00020%	0,00065%	0,00157%	0,00145%	0,00300%	0,00381%	0,00624%	0,00908%	0,01073%	0,01541%	0,02861%	0,03901%	0,04729%	0,05967%	0,06201%	0,04165%
Mnohočetný myelom a plazmocytární novotary	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00000%	0,00014%	0,00081%	0,00100%	0,00270%	0,00623%	0,00885%	0,00879%	0,01705%	0,02121%	0,02411%	0,03296%	0,02499%
Leukémie	0,00145%	0,00101%	0,00224%	0,00175%	0,00192%	0,00145%	0,00150%	0,00219%	0,00279%	0,00428%	0,00884%	0,01635%	0,01912%	0,02803%	0,04126%	0,04972%	0,05767%	0,05883%
Ostatní ZN	0,00036%	0,00101%	0,00102%	0,00198%	0,00175%	0,00247%	0,00232%	0,00588%	0,00947%	0,01561%	0,02580%	0,03767%	0,05668%	0,08857%	0,11619%	0,13712%	0,16911%	0,21346%
Carcinoma in situ	0,00018%	0,00000%	0,00000%	0,00807%	0,04912%	0,10090%	0,09695%	0,07291%	0,06262%	0,05760%	0,05291%	0,07613%	0,10300%	0,15490%	0,21058%	0,26007%	0,29356%	0,31238%
Benigni a semimalignní nádory	0,00036%	0,00118%	0,00122%	0,00371%	0,00315%	0,00480%	0,00668%	0,00785%	0,01114%	0,01405%	0,01812%	0,03098%	0,05443%	0,06488%	0,08972%	0,10487%	0,09279%	0,12647%

Obrázek 6 – Pravděpodobnost výskytu vybraných onkologických onemocnění v závislosti na věku [1]

3.1 Biologický vznik onkologického onemocnění

Vznik nádorové buňky, která následně dokáže uniknout imunitnímu dohledu (viz kapitola 3.3) je z biologické podstaty velmi nepravděpodobným procesem obsahujícím velmi konkrétní posloupnost několika „chyb“, respektive poškození DNA, zvýšené či naopak snížené exprese některých genů a pak také selhání hned několika buněčných samoopravných mechanismů [15][16][17].

V našem těle každý jeden den vzniká okolo 222 až 242 miliard buněk (různé zdroje uvádějí různá čísla). To je gigantické množství případů replikace naší DNA. Jen ve zcela mizivém množství případů, okolo 60 000 buněk denně, tedy v pouhých 0,000025 % případů dělení buňky, dojde k jejímu významnému a velmi specifickému poškození – ať už z endogenních (tj. vnitřních), či exogenních (tj. vnějších) příčin. Konkrétní souhrn biologických faktorů při vzniku nádorové buňky znázorňuje Obrázek 7.

Jak tento obrázek ukazuje, významnou roli při vzniku úvodního poškození DNA hrají různé vnější a vnitřní faktory. Některé z nich mohou být pacientem ovlivněny (např. kouření, alkohol, konzumace červeného masa), některé z nich jen částečně (expozice onkogenním virům, expozice UV záření) a některé z nich vůbec (stárnutí, vliv vlastních hormonů, vliv vrozených genových mutací atd.). Je přirozené, že čím déle je člověk naživu, tím déle je vystaven působení těchto faktorů. To je patrné také příčinou jasné korelace mezi pravděpodobností výskytu nádorového onemocnění a věkem, kterou ukazuje Obrázek 5.

Vznik nádorových buněk je totiž podmíněn postupnými změnami na úrovni DNA v oblasti kódování onkogenů a nádorových supresorů. Největší podíl mají spontánní mutace DNA v důsledku nepřesnosti v replikaci DNA za současné poruchy mechanismů podílejících se na jejich opravách (viz Obrázek 7) [15][17]. Tyto mutace se objevují v průběhu mnoha let, což je dalším důvodem, proč věk je kritickým faktorem. Pro vznik nádorů jsou kritické dvě hlavní třídy genů – již zmiňované onkogeny a nádorové supresory. Onkogeny jsou patologicky aktivované normální geny, které díky své mutací vedou k vyšší hladině proteinového produktu, nebo vedou k jejich zvýšené aktivitě. Onkogeny se za normálních podmínek podílejí na dělení (proliferaci) a zrání (diferenciaci) buněk. Nádorové supresory (antionkogeny) jsou geny, jejichž proteinové produkty brání vzniku a rozvoji nádoru. Pokud dojde při mutacích DNA k jejich deaktivaci, dochází ke snazšímu vzniku nádorových buněk. Podle modelu dle Kinzlera & Vogelsteina lze nádorové supresory rozdělit na „vrátné“ (gatekeepers) přímo regulující buněčný růst a „strážce“ (caretakers) podílející se na opravách DNA [17].

Vznik maligní nádorové buňky je navíc ještě podstatně komplikovanější. Současná buněčná biologie, respektive Weinberg a Hanahan [17], klasifikují maligní nádorovou buňku, jako buňku, která splňuje všechny následující znaky:

1. Nestabilita genomu, díky které dochází ke specifickým poruchám v opravných procesech DNA (viz Obrázek 7).
2. Poškození apoptózy (procesu buněčné smrti), kdy se stává buňka nesmrtelnou, podobně jako kmenové buňky.
3. Neomezený replikační potenciál daný telomerázovou aktivitou, kdy se buňka dokáže dělit, a to takovým způsobem, že při dělení nedochází ke zkracování telomerů u jejího DNA, tj. je schopna dělit se nekonečně dlouho. Telomery jsou přitom koncové části každého chromozomu, které nenesou genetickou informaci, avšak při dělení zdravé buňky se postupně s každým dělením buňky zkracují. Po určitém velmi vysokém počtu (po více než 100 letech) tedy telomery „dojdou“, a z toho důvodu už není další dělení buňky možné, respektive při něm dojde ke ztrátě genetické informace. Telomery tedy biologicky souvisí s procesem stárnutí.
4. Buňka je schopná produkovat vlastní imunosupresivní cytokiny (signální molekuly potlačující činnost imunitních buněk), díky čemuž unikla imunitnímu systému – viz kapitola 3.3.
5. Deregulace energetického metabolismu, tj. schopnost anaerobní glykolýzy, která buňce pomáhá přežít i bez dostatečného cévního zásobení.
6. Posílení angiogeneze díky zvýšení exprese proangiogenních faktorů VEGF-A a FGF, což umožňuje zhoubného nádoru zajistit si cévní zásobení mnohem snáze než původním buňkám, než u nich došlo k poškození DNA.
7. Soběstačnost v produkci růstových signálů, které jsou za normálních okolností produkovány jinými buňkami, které prostřednictvím nich řídí růst, dělení a diferenciaci (dozrávání) buněk. Nádorové buňky jsou však v tomto zcela nezávislé na kontrole organismu, ve kterém žijí.
8. Necitlivost k signálům zastavujícím buněčný cyklus díky ztrátě proteinu Rb, což znamená, že životní cyklus buňky se zcela vymkl kontrole těla, či chcete-li hostitele.
9. Schopnost tvorby metastáz, tedy schopnost oddělovat od primárního shluku buněk (nádoru) samostatné buňky, které následně dokáží tvořit mikrometastázy (metodami současné medicíny neidentifikovatelná nádorové buňky) schopné třeba i po několika letech vytvořit metastázy – sekundární ložiska původních nádorových buněk (např. ložisko v mozkové tkáni původně adenokarcinomu prsu).
10. Nádorový zánět, je v současné době považován za nutný průvodní jev maligního nádoru, kdy buňky imunitního systému na nádorové buňky nejprve reagují chronickým zánětem, a to ještě v době, kdy je pro současnou medicínu nádor nedetekovatelný.

Výčet těchto charakteristik dává jednak nahlédnout na to, jak velmi komplikovaný je vznik maligního nádoru, a jednak na to, jak malou roli v jeho vzniku a zejména pak léčbě, podle současného stavu vědeckých zjištění (viz např. [9]), mohou hrát psychické aspekty.

3.2 Faktory podílející se na vzniku onkologického onemocnění

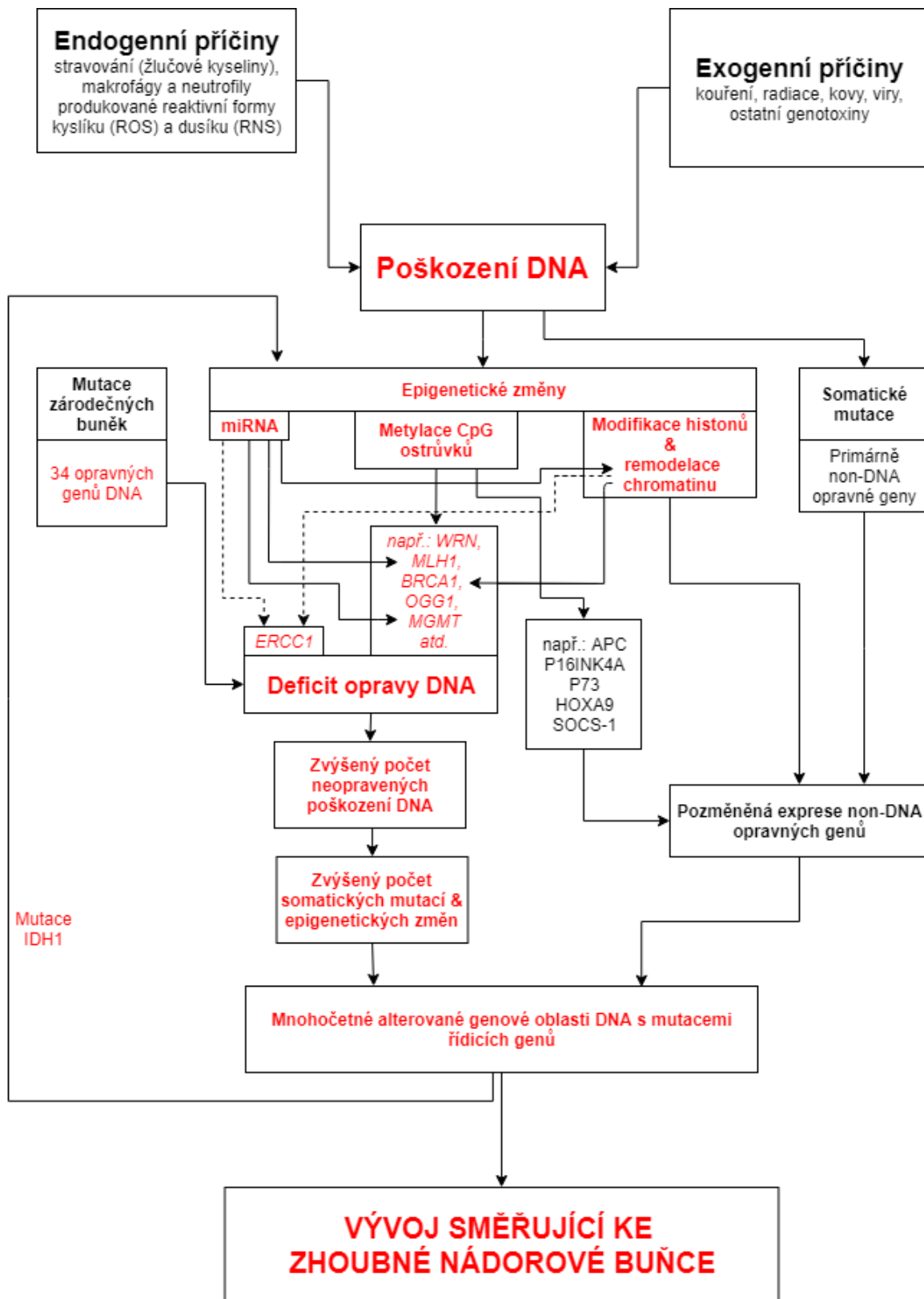
Co tedy při vzniku nádoru naopak hraje roli? Z pohledu vzniku nádorového onemocnění lze využít buď dělení na vnější a vnitřní faktory ovlivňující genetické mutace, které znázorňuje Obrázek 7 [15], nebo využít dělení dle mechanismů kancerogeneze na tzv. sporadické (70 % zhoubných nádorových onemocnění), familiární (15 – 25 % ZN) a hereditární neboli dědičné (5 – 10 % ZN) [17]. Hranice mezi familiárními a hereditárními nádory se přitom v závislosti na autorovi a typu nádoru někdy překrývá.

U sporadického či také samovolného vzniku nádoru hrají důležitou roli vnější faktory. Ty lze rozdělit zejména na chemické (PAH, polycyklické aromatické uhlovodíky atd.), fyzikální (radiace, UV záření) a

biologické (onkogenní viry jako HPV, HIV, EBV atd.). Nicméně, tyto faktory hrají méně podstatnou úlohu. **Jako klíčový faktor vzniku nádorového onemocnění se ukazuje hlavně věk [17].**

Familiární vznik nádorů ukazuje na úlohu psychosociálních faktorů v rodině – zejména zvyklosti v oblasti fyzické aktivity, opalování, práce na slunci či naopak vevnitř, způsobu stravování a složení stravy (např. kancerogenních uzenin a červeného masa, konzumace zeleniny apod.), sexuálního chování (expozice onkovirům), konzumaci alkoholu či kouření. Tyto psychosociální faktory pak mohou vést k opakovanému výskytu nádorových onemocnění v několika generacích jedné rodiny, a to i u těch nádorů, u nichž nehraje dědičnost vůbec žádnou roli [17].

Vůbec nejmenší roli, které různí autoři přičítají mezi 5 % až 10 % [6][16][17][18] výskytu zhoubných nádorových onemocnění, jsou dědičné genové mutace. Ty naopak laická veřejnost často považuje za jeden z velmi významných faktorů. Mezi nejvýznamnější genové mutace, které radikálním způsobem navyšují pravděpodobnost výskytu nejčastěji nádorů prsu (zejména u mužů), vaječníku, tlustého střeva či dělohy patří mutace v genech BRCA1, BRCA2, APC, které hrají velice zásadní roli pro výskyt některých nádorů a případně genové mutace v CHEK2, PALB2, MLH1, MSH2, MSH6, PMS1, PMS2, MUTYH, které zásadně navyšují výskyt některých typů nádorů [18]. Mutace v některých těchto genech (např. APC) zcela vyřazují některé samoopravné mechanismy DNA (viz Obrázek 7), což v případě zmiňovaného APC může vést např. k Familiární adenomatosní polypóze, kdy 100 % pacientů s touto genovou mutací do 40 let věku onemocní zhoubným nádorem tlustého střeva. Z tohoto důvodu obvykle kolem 20. roku života dochází k jeho úplnému odstranění (totální kolektomii) [18].



Obrázek 7 – Role poškození DNA, epigenetických nedostatků při opravě DNA a mutace při vzniku nádorové buňky [15]

3.3 Nádorový imunitní dohled

Samotný vznik nádorové buňky nemusí a obvykle také nekončí vznikem nádorového onemocnění. Poté, co dojde k vyčerpání (či obejití) samoopravných buněčných mechanismů [15], dostává se ke slovu imunitní systém. Nádorová buňka, která ze své definice vykazuje abnormální znaky i pozměněnou DNA

se totiž v těle střetává s buňkami a dalšími složkami imunitního systému, které zprostředkovávají tzv. nádorový imunitní dohled [12]. Imunitní systém tak velice výrazným způsobem ovlivňuje rozvoj a růst nádoru. Ten si v rámci koexistence s imunitním dohledem prochází vlastním unikátním vývojem – tzv. imunoeditací, která se skládá celkem ze tří fází – eliminační, rovnovážné a únikové [12].

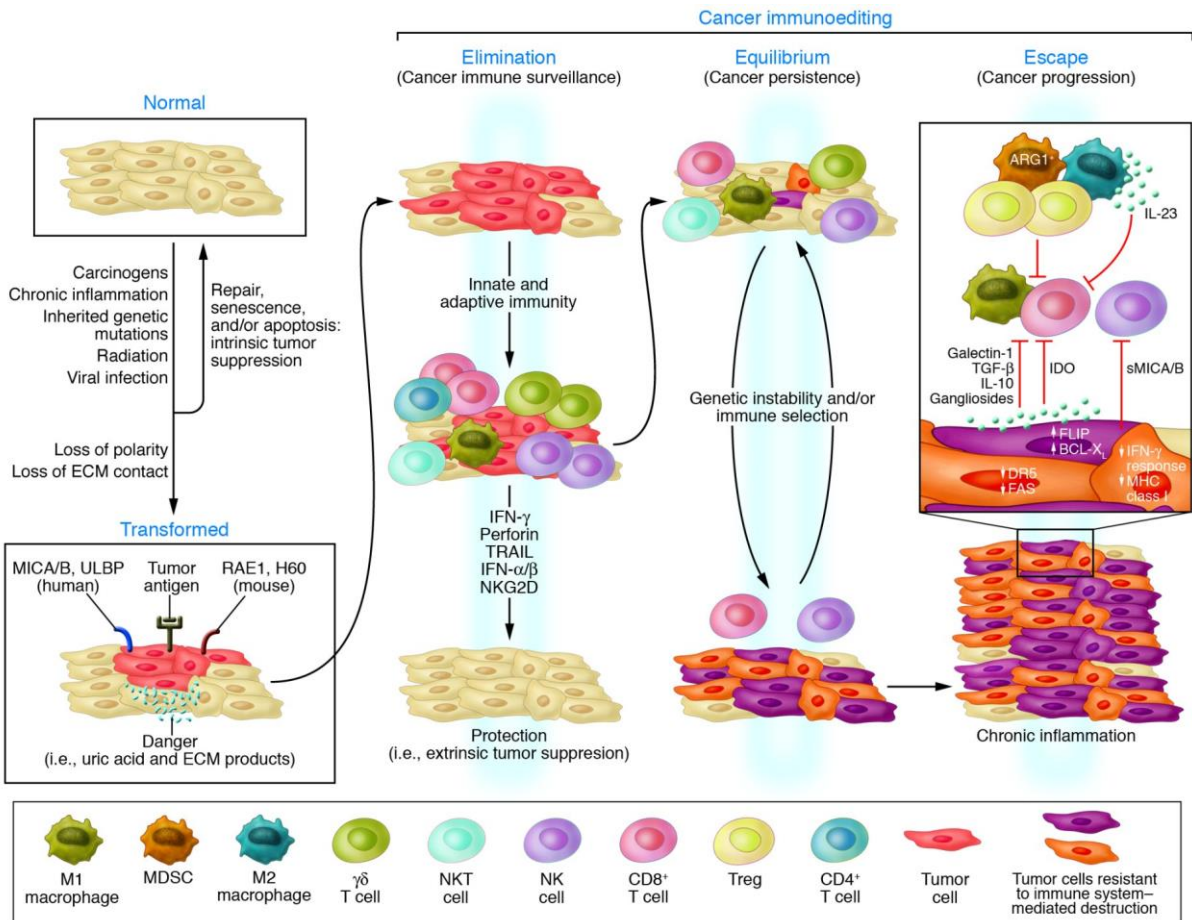
Jak ukazuje Obrázek 8, tak v eliminační fázi se nádorové buňky snaží adaptovat na imunitní systém organismu a na konkrétní výbavu buněčného imunitního systému [10]. Imunitní systém disponuje v zásadě třemi druhy buněk, které dokáží likvidovat nádorové buňky – jedná se zejména o NK buňky (Natural Killer Cell, tedy doslova přirozené zabijáky, lze se setkat i s překladem zabíječi), NKT buňky (T-lymfocyty s některými vlastnostmi NK buněk) a Tc lymfocyty (cytotoxické T lymfocyty, dříve též CD8+ T buňky, tedy imunitní buňky schopné zabít jiné buňky, respektive v nich spustit mechanismus buněčné smrti). V eliminační fázi se obvykle podaří zlikvidovat všechny nádorové buňky, které se kdy v těle vyskytnou. Tato reakce imunitního systému však musí být dostatečně rychlá a razantní.

Během eliminační fáze totiž nádorové buňky postupně mění své vlastnosti tak, aby dokázaly falešnou signalizací (prostřednictvím bílkovin, které vystavují na svém buněčném povrchu) zabránit útokům těchto buněk a/nebo „přesvědčit“ regulační T lymfocyty (jakési „imunitní dozorce“), že jsou „v pořádku“ a že je mají svou aktivitou „chránit“ podobně jako to dělají u zdravé tkáně, aby na ně ostatní části buněčné imunity neútočily [10]. Nádorové buňky se tak neustále vyvíjejí a mění, aby v těle co nejlépe přežily. Snížení hladiny stresu, a tím i kortizolu [19], vede v této fázi ke zvýšení aktivity NK buněk, a může tak vést k úplné eliminaci všech nádorových buněk.

Jakmile se nádorové buňky naučí oklamat všechny pro ně nebezpečné části buněčné imunity, nastává fáze ekvilibria neboli rovnováhy [12]. V ní buď přestanou být nádorové (a z definice nesmrtelné) buňky zcela aktivní, nebo pokračují ve své evoluci a provádění dalších mutací v DNA a změně v expresi jednotlivých genů. Ta začíná produkovat tumor-specifické antigeny a antigeny indikující poškození, které začíná vystavovat na svůj buněčný povrch. Těto vlastnosti se využívá i při hrubé detekci nádorových onemocnění pomocí krevních testů [10][12]. Během ekvilibria vyvíjí imunitní systém na nádor neustálý tlak, který zabraňuje nádoru růst, avšak není už schopen ho eliminovat. Během neustálé likvidace velkého množství nádorových buněk (proto přítomnost zánětu viz kapitola 3.1) však dochází k selekci odolných klonů nádorových buněk, proti kterým buňky imunitního systému už nemají „zbraně“ (povrchové molekuly) [10] a které jsou schopny zcela potlačit útočnou aktivitu imunitního systému.

Po skončení tohoto „boje“ pak ty nejodolnější klony nádorových buněk přecházejí do své poslední, tzv. únikové fáze, vývoje, kdy hlavní činností nádoru je buněčné dělení a v případě solidních (pevných) nádorů (viz 2.3) také zajištění si cévního zásobení. Zobrazovací metody v lékařství využívané pro detekci nádorů (CT, MRI, PET, ultrasonografie, endoskopie) jsou však schopny detekovat nádory až v této, z pohledu imunitního dohledu a systému poslední fázi vývoje [6].

Právě tento aspekt postupného a unikátního vývoje nádorových buněk je také klíčovým důvodem, proč je naprosto nesmyslné, když si dva pacienti – byť se stejnou onkologickou diagnózou ve stejném stádiu – budou porovnávat svou léčbu, její postup a její úspěch (viz kapitola 6.10). Jejich nádory jsou totiž na buněčné i genetické úrovni zcela odlišné, protože se vyvíjely ve zcela odlišném organismu se zcela odlišnou DNA, a navíc zcela odlišným protinádorovým imunitním dohledem. S nástupem a v posledních letech masivním rozmachem imunoterapie (viz kapitola 4.10), která vsází na „dovybavení“ vlastních imunitních buněk pacienta novými povrchovými molekulami a jejich návratem zpět do těla pacienta, je navíc porovnání těchto „léků“, byť se stejným názvy, ještě o to irelevantnější [10].



Obrázek 8 – Imunoeditace nádorových buněk [12]

3.4 Vliv psychiky na rozvoj onkologického onemocnění

Imunitní systém disponuje v zásadě třemi typy buněk, které dokáží efektivně likvidovat nádorové buňky – jedná se zejména o NK buňky, NKT buňky a Tc lymfocyty (T buňky nesoucí povrchový marker CD8) [10]. Především aktivita NK buněk, které spouští cytotoxickou reakci u buněk s nízkou expresí MHC gp I (typický znak většiny nádorových buněk). V laickém „překladu“ jsou NK buňky takovými pořádkovými jednotkami, které zlikvidují jakoukoliv buňku, která skrývá svoji totožnost (nevystavuje MHC gp I), což je typický znak velké části nádorových buněk. Jejich aktivita je však vysoce závislá na hladině kortizolu [9][19], jednoho z hlavních stresových hormonů. Psychika navíc dokáže ovlivnit i hladiny některých cytokinů [9] – signálních molekul imunitního systému, které hrají důležitou roli v jeho účinném zásahu proti infekcím, parazitům i nádorovým buňkám [10].

Imunitní systém, přesněji jeho nebuněčné součásti, také velice výrazným způsobem ovlivňují rozvoj a růst a cévní zásobení nádoru v únikové fázi [10]. Také lze zásadním způsobem ovlivňovat stavem psychiky [9], zejména pak psychickým nastavením nazývaným jako „fighting spirit“, tedy nastavením na „boj s nádorem“, který podle mnohých psychoonkologických studií hraje důležitou roli v prognóze některých leukemií a nádorů prsu [9]. Podobně účinné a někdy dokonce i účinnější bývá tzv. nastavení „jakoby nic“, kdy se pacient navzdory svému nádorovému onemocnění (o kterém ví) a probíhající onkologické léčbě chová co nejvíce podobně tomu, jak se choval a jednal dřív – chodí s kamarády „na pivo“, chodí na procházky atd. [9] Plošné psychoonkologické studie napříč onkologickými diagnózami se však neprovádějí, a i ty úzce zaměřené na jednotlivé diagnózy dle ICD-10 čítají obvykle jen desítky pacientů.

Důležité je však podotknout, že libovolný stav psychiky, či libovolná psychiatrická diagnóza, nemůže dát přímo vzniknout nádorové buňce [9][17]. Stav psychiky a psychiatrická onemocnění jako zejména deprese, dokáží jen ovlivnit stav imunitního systému [9][10][19]. To se týká i vlivu stresu, jehož přímý vliv na široké spektrum somatických procesů, včetně hladin minerálů či právě výše zmiňovaného kortizolu, je už desítky let dobře znám [19]. Není tedy pravdou často šířená informace, a to i samotnými lékaři, že pacient dostal „rakovinu ze stresu“. Tato nebezpečná lež zcela zásadním způsobem poškozuje jak pacienty samotné, tak jejich vztahy s nejbližšími a vede k velmi zatěžujícím pocitům obviňování sebe (viz kapitola 6.5) či nejbližších (viz kapitola 6.6), a to v situaci, kdy onkologie za hlavní příčinu nedědičné onkogeneze považuje stárnutí [17].

3.5 Vliv onkogenních a onkolytických virů na vývoj nádorů

Existují i případy, kdy do vývoje nádoru, v pozitivním slova smyslu, zasáhne sekundární virová infekce. Některé viry, jak bylo popsáno v kapitole 3.5, mohou být příčinou vzniku nádorového onemocnění. To se týká tzv. onkovirů či onkogenních virů [10][43]. Kupříkladu virus HPV, přesněji některé jeho kmeny, je příčinou 99 % zhoubných nádorů děložního čípku. HPV se řadí mezi DNA viry stejně jako např. rovněž onkogenní HBV (virus hepatitidy B), HBC (virus hepatitidy C), či EB virus, původce infekční mononukleózy [43]. Po infekci organismu se přepíše DNA viru do buněk DNA hostitele, což zvrátí rovnováhu onkogenů a antionkogenů v některých buňkách, u HPV typicky buňkách děložního čípku (u žen) a krku (u mužů) [17]. Stejně tak existují i onkogenní retroviry jako třeba virus HTLV-1, který stojí za lymfoidní leukémií dospělých T-buněk, který se s využitím reverzní transkriptázy dostanou do DNA hostitelské buňky.

Onkogenní viry způsobují nádory právě tím, že zvrátí rovnováhu onkogenů a antionkogenů uvnitř DNA infikované buňky (viz kapitola 3.1). Stejný vliv na rovnováhu těchto genů uvnitř buněk mají i některé další viry. A existují přímo viry, které mají u nádorových buněk takový vliv na rovnováhu onkogenů a antionkogenů, že umí vyvolat buněčnou smrt nádorových buněk [10]. Tyto tzv. onkolytické viry [20], mezi které spadá například virus spalniček, jsou nyní postupně testovány pro použití pro cílenou léčbu rakoviny v rámci tzv. viroterapie [10]. V některých případech jsou navíc onkolytické viry dovybavovány některými dodatečnými proteiny, aby byly ještě účinnější [20][21].

Tím, že onkolytické viry využívají ke svému šíření podobné mechanismy, jakými vznikají nádorové buňky – poškození DNA vedoucí ke změně rovnováhy genů uvnitř buňky – dokáží být účinné i v únikové fázi existence nádoru [20]. Existence onkolytických virů však nutně vede k zamýšlení nad tím, kolik nádorových onemocnění je zlikvidováno v eliminační či rovnovážné fázi vývoje jen díky sekundární infekci onkolytickým virem u pacientů s oslabeným imunitním systémem např. kvůli stresu.

V některých případech by tak dokonce stres mohl ve skutečnosti mít sekundární protinádorové účinky, a to právě díky tomu, že oslabený imunitní systém člověka se vznikajícím nádorem nedokázal zabránit infekci onkolytickým virem – např. nyní se opět šířících spalniček – který všechny nádorové buňky při svém šíření v těle následně zlikvidoval. To je o důvod více, proč je zcela nesmyslné dávat stres do souvislosti výlučně se vznikem nádorových buněk [9], a nikoliv i s jejím možným vyléčením.

4 Průběh onkologického onemocnění z pohledu psychiky

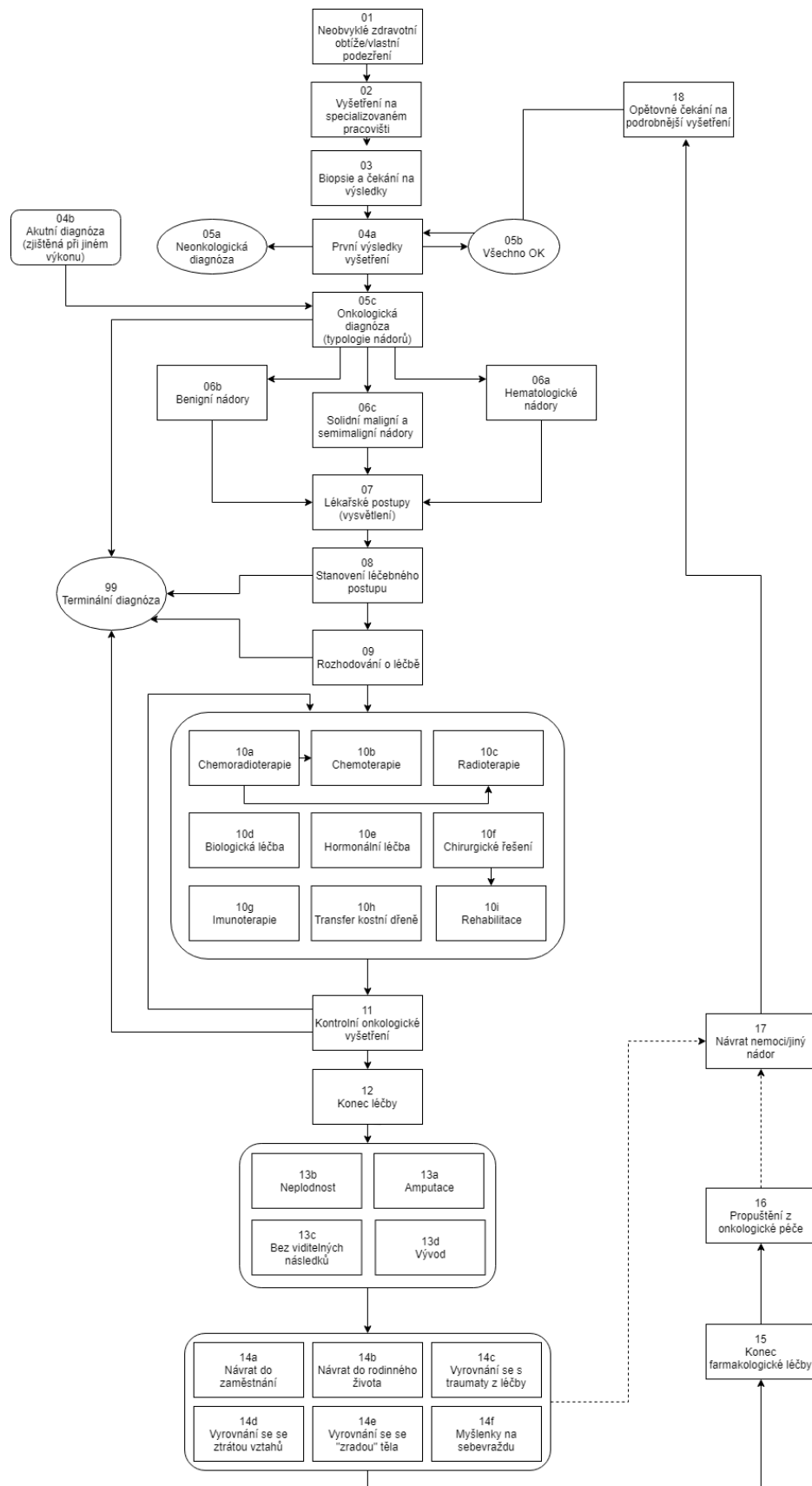
Pacienti s onkologickým onemocněním si procházejí velmi komplexním léčebným procesem, který je charakteristický zejména velkým množstvím kroků, které se často opakují (zejména v případě odběrů krve, vyšetření na sonografii, RTG, PET/CT, či PET/MRI), neustálým čekáním a přetrvávajícími pocity nejistoty (z aktuálního zdravotního stavu, účinnosti léčby, dalšího postupu při léčbě, výskytu vedlejších účinků léčby, dopadů léčby na další život, atd.), které podrobněji rozebírá kapitola 6.2. Všechny tyto charakteristické prvky jsou dané nesmírnou komplexitou onkologického onemocnění (viz kapitola 3), která nutně vyžaduje spolupráci lékařů mnoha různých odborností (onkologů, radiačních onkologů, chirurgů, radiologů, patologů, genetiků, oborových specialistů např. na gynekologii, či kardiologii), biologů, radiologických fyziků a dalších zdravotních pracovníků (nutričních terapeutů, fyzioterapeutů, psychoterapeutů, farmaceutů) [6][17][29].

Mezi jednotlivými lékařskými vyšetřeními a zákroky se navíc vyskytuje vysoká míra časové prodlevy. Pacienti neustále čekají na výsledky předchozích vyšetření, dostupnost některých vyšetření a lékařských zákroků, a stanovení dalšího léčebného postupu, na rozhodnutí konsilia, volný termín operace či vyšetření, čekají na připravení léčby přímo pro ně (zejména u chemoterapie, radioterapie a imunoterapie). A když kurativní léčba skončí, čekají zase na termíny pro následnou léčbu např. v lázních a čekají i při následné tzv. dispenzarizační onkologické péči (viz kapitola 4.16), typicky na termíny na PET/CT a následný radiologický popis snímků, který trvá obvykle několik dní. Na délku čekání má samozřejmě vliv i nasycenost až přesycenost celého systému onkologické péče, kdy razantně vzrůstá počet pacientů, o čemž bylo pojednáno již v úvodu. Díky silným pocitům strachu (viz kapitola 6.1), nejistoty (viz kapitola 6.2) a bezmoci (viz kapitola 6.3) u pacientů, ale i jejich blízkých, při tomto čekání vzniká častý vztek na lékaře, že „schválně věci odkládají“, „kašlou na to“, „dostatečně se nesnaží“, atd., což někdy vede k vyhledání jiného zdravotnického zařízení. Tento vztek pak může narušovat důvěru mezi pacientem a lékařem, která je zásadní pro vyhnutí se pro pacienty obvykle zhoubnému procesu porovnávání se s ostatními pacienty (viz kapitola 6.10). Čekací lhůty jsou však bohužel důsledkem přesycenosti systému onkologické péče v ČR a lékaři samotní na ně v drtivé většině případů absolutně žádný vliv nemají.

Význačné fáze životního cyklu onkologického pacienta se snaží zachytit Obrázek 9, který schematicky znázorňuje jednotlivé dílčí kroky a události, se kterými se onkologický pacient postupně setkává, které bytostným způsobem ovlivňují jeho psychosociální prostředí a se kterými se musí dokázat nějakým způsobem vyrovnat. Na psychoterapeutickou péči a podporu v průběhu velké části těchto kroků systém zdravotního pojištění nemyslí. Pacient je tedy odkázán jen na individuální terapeutické schopnosti lékařů a dalších zdravotnických pracovníků, podporu přátel a rodiny, či případně na vlastní rozhodnutí podstoupit individuálně placenou psychoterapii, což si s ohledem na finanční situaci (viz kapitola 4.5) řada pacientů nemůže dovolit. Podpora nejbližších osob, je přitom často problematická a onkologičtí pacienti se v průběhu onkologického onemocnění neřídka setkávají s odmítnutím a opuštěním, jak ze strany svých přátel, tak i životních partnerů či rodiny (viz kapitoly 5.3 a 5.4).

V další části této kapitoly budou podrobněji popsány vybrané etapy celého procesu onkologické léčby a jejich průvodní charakteristiky, které významným způsobem ovlivňují její průběh, zejména z pohledu emocí pacienta a jeho dalších interakcí jak s lékaři, tak i se svými nejbližšími. Jejich obsah také nastíní, jak významnou roli mohou v celé léčbě hrát interakce s „lékařem prvního kontaktu“, tedy s lékařem, za kterým pacient přichází s podezřením na nějaké závažné onemocnění, nebo s lékařem, který mimoděk (při jiném vyšetření či zákroku) nádor objeví. Zároveň také bude nastíněno, jak významným faktorem pro psychiku pacienta může být (ne)dostatek informací o povaze jeho onemocnění, důvodech využití jednotlivých léčebných modalit a jejich případných nežádoucích dopadech na zdraví

pacienta. Právě z těchto důvodů současná psychoonkologie věnuje značnou pozornost právě edukaci lékařů prvního kontaktu při práci s onkologickými pacienty – viz např. [22].



Obrázek 9 – Schéma průběhu onkologického onemocnění (zdroj: projekt Jak přežít rakovinu)

4.1 Prvotní podezření

První kontakt s onkologickým onemocněním bývá většinou relativně „nevinný“ a nesouvisející – náhlé bolesti neznámého původu, krev ve stolici či dalších tělesných tekutinách (moč, sperma), přetrvávající slabost a únava, bulka někde na těle (v prsu, na krku, na varleti), podivně se zvětšující piha apod. V řadě případů se jedná o postupně gradující potíže, které časem už donutí pacienta zajít si k lékaři. Jsou však i případy, kdy se potíže objeví náhle a ve znatelné podobě (např. u bolesti) [6][17].

V dnešní době velká část lidí využije v takovýchto případech nejprve internet, kde se snaží vyhledat možnou příčinu problémů, přičemž velice často dospějí k tomu, že by to mohl být i projev onkologického onemocnění. Někdy bohužel i na základě zcela nepravdivých, či zavádějících informací. Část pacientů (naštěstí) jde ihned k lékaři, obvykle praktickému, či specialistovi (např. gynekologovi, dermatologovi atd.), někteří se navíc důsledně dožadují pro ně zbytečných diagnostických vyšetření, o jejichž „nezbytnosti“ četli na internetu nebo slyšeli od známých.

Tuto úvodní fázi často, právě díky informacím z internetu, provází velký strach (viz kapitola 6.1), u kterého pacient doufá v úlevu, která přijde při návštěvě lékaře. Ta má spočívat hlavně v nevyslovené touze, že lékař hned jednoznačně vyvrátí onkologickou diagnózu. Tato velmi žádaná úleva však přijde pouze tehdy, kdy mají potíže zcela zjevně a nade vši pochybnost jinou než onkologickou příčinu, což není příliš časté. Mnohem častěji je pacient oproti svému původnímu očekávání odeslán na další vyšetření k jinému lékaři, což celý strach ještě vystupňuje a může to vést i k výrazným psychickým propadům až projevům deprese. Ve skutečnosti se však jedná o zcela běžný postup, stejně jako kdyby přišel k lékaři s tím, že někde upadl a bolí ho ruka, a lékař ho poslal nejprve na rentgen. V tomto kontextu to však pacient málokdy vnímá, právě díky všeobecnému mnohdy mylnému povědomí o nádorových onemocněních, jejich původu, nebezpečnosti a pravděpodobnosti výskytu zejména v nižším věku.

Při první interakci s lékařem navíc často dochází k některým nevídaným fenoménům, které se následně negativně projeví v psychice pacienta. Pokud je pacient lékařem „pro jistotu“ odeslán ještě na nějaké doplňující vyšetření, nebo např. na specializované pracoviště s lepšími odborníky i vybavením (např. na onkogynekologii, či pracoviště nukleární medicíny (typicky na PET/CT)), může to u pacienta při uplatnění potvrzujícího zkreslení (confirmation bias) vést k tomu, že „slyší“, že mu lékař řekl: „že má asi rakovinu“ (viz kapitola 6.1). To ale vůbec nemusí být pravda. Dokonce se může stát, že lékař, řekne, že si nemyslí, že je to rakovina, ale pacient, jakmile slyší slovo rakovina, tak díky enormní úzkosti, které je vystaven, a uplatnění kognitivních zkreslení, si pamatuje, že lékař řekl, že má rakovinu. U bývalých onkologických pacientů jsou přitom tyto emoce ještě výrazně umocněny. To se týká zejména těch, kteří si prošli chemoterapií (viz kapitola 4.7), či radioterapií (viz kapitola 4.8), kde mezi velmi pozdní nežádoucí účinky patří tzv. sekundární malignity (zhoubná nádorová onemocnění) vyvolané právě příslušnou léčebnou modalitou. Pocity úzkosti bývalých onkologických pacientů jsou navíc umocňovány tím, že téměř polovina z nich trpí tzv. Fear of Cancer Recurrence (FCR), neboli strachem, respektive spíš úzkostí (silným iracionálním strachem) z návratu rakoviny, a to bez ohledu na podstoupenou onkologickou léčbu [22].

Na druhou stranu, často se bohužel stává, že někteří lékaři při tomto vyšetření skutečně vynesou předčasný a někdy také zcela mylný soud nad možnou onkologickou diagnózou, což v kombinaci s nečekaným dodatečným čekáním někdy vnímaným až jako odmítnutí (jsou obvyklé věty typu: „S tím si budete muset zajít na onkogynekologii, dermatologii, onkologii, radiologii, atd., já vám k tomu nebudu nic říkat.“) vede až k panickým reakcím, kdy se současné zdravotní potíže derou do centra pozornosti pacienta. U pacientů s FCR přitom stačí pro tuto reakci vyslovit pouhé podezření – „Vypadá to, že by z toho mohl být nádor“ – což u nich vyústí v identickou reakci, jako kdyby jim lékař sdělil, že mají rakovinu (viz kapitola 6.1).

To ovšem vzápětí vede, opět díky kognitivním zkreslením, ke skokovému zhoršení subjektivních potíží, kdy se pacient začne utvrzovat v tom, že jeho onemocnění je opravdu vážné. Navíc existují pacienti, bez jakékoliv onkologické diagnózy, byť jen nezhoubného nádoru, kteří si v této fázi vyslechnou třeba i od tří různých lékařů, ovšem nikoliv s příslušnou onkologickou či patologickou odborností, že mají „rakovinu“. Jejich zcela zbytečné utrpení pak přirozeně zanechává na psychice následky, se kterými se po zjištění správné diagnózy a jejím vyléčení budou muset potýkat stejně jako kdyby měli onkologické onemocnění ve stádiu, kdy stačí např. drobný chirurgický zákrok. Toto jednání v pacientovi navíc zanechává značnou nedůvěru vůči lékařům, která může v budoucnu zhoršit následný průběh skutečného onkologického onemocnění, ke kterému dochází obvykle ve vyšším věku (viz kapitola 3).

Bohužel takovýto nerozvážný přístup některých neodborných lékařů pak může snadno vyústit v situaci, kdy pacient, u něhož se následně nepotvrdí onkologická diagnóza, nebo je jeho nález benigní (nezhoubný), nevěří odbornému lékaři, že ho správně diagnostikoval a ošetřil, a dál přetrvává v nastavení, že je vážně nemocen. Navíc se také snadno může stát, že i když se onkologická diagnóza potvrdí, může být nalezený nádor ve skutečnosti benigní (viz kapitola 2.5), což pokud je v rozporu s informacemi od neodborného lékaře prvního kontaktu, tak to opět vytváří nedůvěru ve skutečného odborníka, který má na rozdíl od prvního lékaře k dispozici všechny informace postavené na výsledcích vyšetření, a nikoliv jen na osobních dojmech a přesvědčeních.

Nelze si navíc odpustit citaci přímo ze skript Klinická onkologie pro mediky [17], kde se doslova píše, že: „*Histologické, případně cytologické vyšetření je základem přesně stanovené onkologické diagnózy. Často je nezbytnou podmínkou stanovení diagnózy také molekulárně genetické vyšetření. ... Bez patologické verifikace lze diagnózu malignity stanovit pouze výjimečně.*“ Zkušenosti mnohých českých a slovenských pacientů, se kterými jsem hovořil buď osobně, nebo četl jejich zkušenosti ve skupinách pro onkologicky nemocné, bohužel nenasvědčuje tomu, že by se tohoto lege artis postupu mnozí lékaři drželi.

Psychiku pacienta trpícího v této fázi (ne vždy) onkologickým onemocněním však kromě některých nevhodných výroků lékařů mnohdy ovlivňují i jeho vlastní představy o jeho zdravotním stavu a u části pacientů bezpochyby i jejich případné psychické onemocnění. Bez ohledu na reálná statistická data onkologických onemocnění, která ovšem běžná populace nezná, byť jsou veřejně k dispozici, a na pravděpodobnost výskytu onkologické diagnózy v daném věku pacienta (viz kapitoly 2.2 a 3) se ukazuje, že v této fázi nemoci se pacienti nezvykle často domnívají nejen, že mají onkologické onemocnění, ale že to bude „vážné“. To při rozhovorech s nimi doslova znamená přímou konfrontaci s úzkostí ze smrti, neb se nezvykle často automaticky obávají, že jejich domnělé onemocnění je ve stádiu, kdy už s ním nelze nic dělat a kdy na něj zemřou. Někteří z nich dokonce ještě před zahájením podrobnějších vyšetření ruší naplánované dovolené, či mění své pracovní plány. To vše stále ještě v situaci, kdy nemusí mít onkologické onemocnění, a dokonce nemusí už v danou chvíli trpět ani žádnými jinými somatickými nemocemi.

Oproti tomu stojí přímé statistické údaje, kdy i ty nejagresivnější nádory ve stádiu IV vykazují vždy aspoň nějaký podíl přeživších (na což se mnohdy upínají pacienti v terminálním stádiu, viz kapitola 4.20), nemluvě o tom, že málokdy nastane situace (výjimkou budiž např. velmi rychle rostoucí nádory vaječnicků), kdy by se nádor ve stádiu IV předtím mnoho měsíců a někdy až let nijak neprojevoval ve formě zdravotních obtíží. Navíc současná paliativní onkologická péče u celé řady zhoubných nádorů dokáže prodloužit kvalitní život pacienta i o měsíce až roky. Zdá se, že vliv na vnímanou fatalitu domnělého onemocnění bude mít i minulá zkušenost pacienta s „rakovinou“ u někoho z rodiny, či blízkých lidí, případně předchozí vlastní onkologické onemocnění s následným strachem z návratu rakoviny (FCR).

4.2 Náhlé zjištění onkologické diagnózy

Kontrastem k těmto pacientům, kteří žijí v obavách z onkologické diagnózy mnohdy i dlouhé měsíce, či dokonce roky, jsou pacienti, kteří na svoji onkologickou diagnózu přijdou během okamžiku, a to zcela náhodou, obvykle při příležitosti jiného lékařského vyšetření, či úkonu. Ti si procházejí naplno stresovou reakcí v podobě alarmu (viz [19]), která pokud není dostatečně ošetřena, včetně psychotherapeutické podpory, může zcela zásadně skokově negativně ovlivnit nejen zdravotní stav pacienta, ale i jeho imunitní systém obvykle potřebný pro zmírňování rozvoje solidního nádoru [10][12][19].

Pro pacienty informace o onkologické diagnóze představuje šok, a to nejen z biologického, ale zejména z psychologického pohledu. Náhlé zjištění onkologického onemocnění často znamená okamžitou hospitalizaci a nutnost ze dne na den zrušit veškeré své pracovní i soukromé plány a představuje to tvrdý zásah do celého psychosociálního prostředí pacienta a fungování jeho vlastní rodiny.

Nezřídka se dokonce pacientům v této fázi cyklu onkologického onemocnění stává, že jim je ošetřujícím lékařem vyčteno, „proč nepřišli dřív!“, což lékaři sice někdy myslí jen jako povzdech nad nyní už komplikovanou situací, avšak pacienti tuto jedinou větu často ještě dlouho zpracovávají. Podporuje totiž rozvoj pocitů viny, se kterou se onkologický pacient i tak často potýká (viz kapitola 6.56.4). Obvykle se totiž tímto způsobem přichází na nádory v pokročilejším stádiu, což znamená nejen mnohem komplikovanější a komplexnější léčbu, ale také výrazně nižší pravděpodobnost přežití, což je informace, kterou v těchto případech někteří lékaři neopomenou pacientovi několikrát během léčby zdůraznit. Pro pacienta velmi bolestivá věta, kterou si sám často obvykle opakuje: „*Kdybyste jen přišel dřív...*“, se tedy může od lékařů či jiného zdravotnického personálu objevit i několikrát v průběhu léčby. Lékaři ji mnohdy říkají proto, že čelí vlastnímu zoufalství, kdy vnímají, že např. kdyby se jen býval nádor nestihl dostatečně cévně zásobit, bývala by jeho léčba možná třeba v podstatě banální chirurgickou operací, zatímco nyní pacienta čeká chemoterapie či radioterapie a bude se muset „zbytečně“ potýkat i s jejich nežádoucími účinky. Pro lékaře samotné je rovněž psychicky náročné sledovat, jak jejich pacienti léčbou, kterou jim sami předepisují, trpí a někdy si z ní odnášejí i vážné trvalé následky.

Jenže skutečně existují zhoubné i nezhoubné nádory, které velmi dlouhou dobu nemusí vyvolávat žádné specifické znatelné zdravotní potíže, ani je nemusí být nutně možné nahmatat. Stejně tak jsou známy případy např. nádorů děložního čípku, které se nepodařilo odhalit ani u pacientek, které pravidelně docházely na preventivní prohlídky u svého gynekologa (což je v ČR bohužel jen 45 % žen). Stejně tak se mohou vyskytnout i nečekané pokročilé nádory prsu, které se podaří odhalit např. náhodou při rentgenu hrudníku na základě metastáz v plicích. U větších prsou totiž nemusí být bulka umístěná uprostřed vůbec hmatatelná, natož viditelná. Přitom právě nádory prsu v pokročilejších stádiích velmi často metastazují, což značně komplikuje léčbu. Skutečnost je tedy taková, že k náhlému nečekanému odhalení nádoru může dojít i u pacienta, který poctivě chodí na preventivní lékařské prohlídky, provádí si preventivní samovyšetření, nekouří, nepije alkohol, nejí uzeniny, pravidelně sportuje a vlastně „dělá vše správně“, což je pak pro daného pacienta o to více zdrcující. Při kladení si otázky „Proč právě já“ (viz kapitola 6.4) tak zároveň navíc cítí hluboký pocit marnosti, že veškerá jejich péče o své zdraví byla „naprosto k ničemu“. To samozřejmě není pravdou, a to hned ze dvou důvodů. Zaprvé u těchto pacientů dochází obvykle k časnějšímu zachytu nádorového onemocnění, což umožňuje využít rychlejší a mnohdy výrazně šetrnější léčbu nádoru (často dokonce čistě s využitím chirurgického řešení (viz kapitola 4.6)). A zadruhé lepším stavem organismu si zajistí mnohem širší možnosti v oblasti využití jednotlivých léčebných modalit, pro které je často hodnocení celkového stavu pacienta určující (např. u chemoterapie) si zajistí výrazně lepší podmínky pro zvládnutí onkologické léčby i pro možnosti využití jednotlivých léčebných modalit. Tyto pocity tak opět pramení

z nedostatečné informovanosti o tom, jak vznikají nádorová onemocnění a jaký vliv na ně mají externí faktory (viz kapitola 3).

Zároveň je také potřeba zdůraznit, že tím, že nádorová onemocnění jsou primárně závislá na vnitřních biologických faktorech, zejména věku pacienta (viz kapitola 3.1), tak zdravý životní styl ani pravidelná prevence samozřejmě nezaručují to, že se u člověka nikdy nerozvine onkologické onemocnění. Pouze určitým způsobem snižují pravděpodobnost jeho výskytu, pakliže nedisponuje genetickou zátěží (viz kapitola 3.2) či infekcí některým z onkogenních virů (viz kapitola 3.5).

4.3 Čekání na výsledky vyšetření

Toto období řada bývalých onkologických pacientů (pacientů v remisi), včetně těch, kteří si prošli chemoterapií (viz kapitola 4.7) event. radioterapií (viz kapitola 4.8), či dokonce radioterapií s konkomitantní chemoterapií (viz kapitola 4.9) popisuje jako nejhorší, či druhou nejhorší část celého onemocnění. Jedná se tedy z pohledu psychiky pacienta o stěžejní fázi nemoci. Drtivá většina lidí, která si touto fází projde, přitom nebude mít „rakovinu“, respektive zhoubné či semimaligní onkologické onemocnění. Kupříkladu 80 % žen, které podstoupí biopsii prsu – tj. u kterých je v prsu podezřelý útvar, který by mohl být zhoubným nádorem, se zhoubný nádor nakonec nepotvrdí [23]. Současná praxe, i díky čekacím lhůtám na jednotlivá vyšetření, je však nechá obvykle projít většinu diagnostických vyšetření stejně jako kdyby nalezený útvar byl zhoubným nádorem. Jejich prožitek je tedy identický s onkologickými pacientkami.

Pacienti se v této fázi setkávají s velkým množstvím lékařů, kteří jim ale v lepším případě nic neřeknou, protože objektivně vzato přesnou diagnózu nevědí a nemají ji bez dalších vyšetření, jak s jistotou určit. V tom o něco horším případě vyslovují své hypotézy o diagnóze, které však mohou mít faktografické podklady jen v mizivém množství případů. Stává se tak, že pacient se v průběhu čekání na přesnou diagnózu, která nakonec není onkologická, dozví třeba od několika různých lékařů, že má „rakovinu“, aniž by ji kdy měl. To má samozřejmě zdrcující dopady na jeho psychiku i psychosociální prostředí, a to mnohdy na několik týdnů – do výsledků patologického rozboru odebrané tkáně, a v dlouhodobém horizontu i na jeho důvěru lékařům.

Klíčový problém spočívá totiž v tom, že v případě solidních nádorů (viz Obrázek 3), které tvoří v ČR 95,8 % všech zhoubných nádorů, platí, že, jak bylo řečeno již výše: „*Histologické, případně cytologické vyšetření je základem přesně stanovené onkologické diagnózy. Často je nezbytnou podmínkou stanovení diagnózy také molekulárně genetické vyšetření. ... Bez patologické verifikace lze diagnózu malignity stanovit pouze výjimečně.*“ [17] Drtivá většina solidních nádorů, či útvarů, jde tedy přesně diagnostikovat až tehdy, jsou-li z nich odebrány vzorky (je-li provedena biopsie), nebo jsou-li kompletně chirurgicky odstraněny z těla pacienta (je-li provedena jejich resekce, vyříznutí). Odběr podezřelé tkáně je nutné obvykle naplánovat (výjimkou mohou být např. preventivní gynekologické prohlídky, či gastrokopická nebo kolonoskopická vyšetření, kdy často lze rovnou provést i okamžitý odběr vzorku tkáně). Vyhotovení následného patologického rozboru trvá v rozmezí týdne až dvou (podle toho, zda jsou zrovna svátky, či zda musí být provedeno i molekulárně genetické vyšetření tkáně). Na mezidobí jsou proto obvykle naplánována další diagnostická vyšetření s dlouhými čekacími a vyhodnocovacími lhůtami, která by byla jednoznačně potřeba v okamžiku, kdyby nálezný byl maligní (zhoubný) – typicky PET/CT či PET/MRI. Lékaři se tím snaží maximálně předejít zpoždění v případě, že by pacient skutečně měl zhoubné či semimaligní onkologické onemocnění. Bohužel, pokud nedojde k dostatečnému poučení pacienta a vysvětlení mu celé situace a důvodů, proč má tato vyšetření podstoupit – tj. čistě kvůli tomu, aby v případě malignity („rakoviny“) nedošlo ke zbytečnému zpoždění – se může pacient tím spíše domnívat, že je to s ním opravdu „vážné“, když teď absolvuje „takhle narychlo“ tolik vyšetření, a že „asi bude mít tedy rakovinu.“ Domnělou vážnost v případě PET/CT, PET/MRI, event. scintigrafie může navíc potvrdit i nezvyklý a pacientům obvykle neznámý název

nemocničního oddělení, kde se tyto diagnostické přístroje nejčastěji nacházejí – tj. oddělení nukleární medicíny.

Ať už se pacient dozví o existujícím onkologickém onemocnění náhle, či na něj má podezření na základě symptomů, které pociťuje, přesnou diagnózu bude vědět až po dokončení kompletní sady vyšetření (nejčastěji rozbor krve, histologické, respektive cytologické vyšetření, vyšetření na PET/CT nebo PET/MRI, sonografické vyšetření, endoskopická vyšetření, případně molekulárně genetické vyšetření) a nezbytném čekání na jejich výsledky plném nejistoty (viz kapitola 6.2). Jednotlivá vyšetření sice probíhají postupně, ale díky lhůtám nezbytným pro zpracování výsledků (biologický a genetický rozbor, radiologické popisy atd.) se pacient často před dalším vyšetřením nedozví výsledky toho prvního, což v něm může vzbuzovat frustraci a naštvání, že „se s ním nikdo nechce bavit“ a také pocity opuštění (viz kapitola 6.7).

I když pro potvrzení malignity (zhoubnosti) nádoru je klíčový patologický rozbor, tak bez dokončení všech ostatních vyšetření bohužel není možné obvykle určit, o jakou přesně diagnózu se jedná (zejména typ nádoru – maligní, benigní, semimaligní, in situ), v jakém je nemoc stádiu, jak diferencované má nádor buňky, zda a kde má metastázy, a jaký bude následný postup léčby [17]. Výsledky jednotlivých vyšetření také zároveň samy o sobě nedokáží dát komplexní informaci o nemoci a jejím stavu, a dokonce mohou z laického pohledu působit i jako vzájemně protichůdné – např. když se z krevního obrazu a dalších rozborů krve neukáží žádné abnormality, ani se nepotvrdí přítomnost žádného diagnostického molekulárního nádorového markeru [17] (viz kapitola 4.14), ale PET/CT přesto ukáže přítomnost nádorové tkáně. To opět může být z pohledu pacienta nepochopitelné, frustrující a utvrzovat v něm dojem, že mu to „doktoři, prostě nechtějí říct“. Samozřejmě, s přihlédnutím k relativně nedávné praxi, kdy lékaři skutečně nesdělovali pacientům otevřeně jejich diagnózy (což podle slov některých onkologů byla ještě počátkem 90. let minulého století zavedená praxe), lze takovýto dojem pacienta opřít třeba i o jeho vlastní zkušenosti z dětství, nebo z dob, kdy byl někdo z jeho rodiny nemocný.

Navíc, existují bohužel i vzácné situace, kdy ani provedení všech vyšetření není schopné ukázat na konkrétní onkologickou diagnózu. Patologické vyšetření sice potvrdí zhoubné nádorové onemocnění a PET/CT či PET/MRI ukáže jeho přesnou lokalizaci a rozsah, ale pokud nejsou maligní nádorové buňky dostatečně diferencované, tak není možné s dostatečnou jistotou rozeznat jejich biologický původ [17]. To znamená, že např. lékaři sice vědí, že pacient má sice zhoubný nádor lokalizovaný v játrech, jak je velký a jestli případně zasáhl přilehlé místní uzliny, ale nevědí s jistotou, zda se jedná o nejčastější hepatocelulární karcinom (nádor z jaterních buněk), nebo zda se např. nejedná o sekundární nádorové ložisko (metastázy) nádoru z jiných buněk např. některého ze sousedních orgánů.

Bohužel, s ničím z toho pacient obvykle nepočítá, pakliže nemá třeba přímo medicínské vzdělání. Pacienti obvykle nesprávně očekávají, že se diagnózu dozví ihned při prvním vyšetření a že bude jednoznačná a přesná, jako tomu bývá např. když přijdou s nějakým problémem na pohotovost. Jenže to z povahy onkologického onemocnění v drtivé většině případů prostě není možné, a to ani dokonce tehdy, když se na nádor přijde při jiném vyšetření. Vždy je potřeba provést všechna další vyšetření popsána výše a ani ta nemusí nutně vést ke zjištění konečné správné diagnózy.

4.4 Čekání na další postup

Další zásadní odlišností onkologických onemocnění je to, že lékař při znalosti správné diagnózy není schopen jasně dopředu deklarovat léčebný postup. Lékaři mají v zásadě k dispozici konečnou sadu nástrojů, které mohou k léčbě použít – chirurgické řešení, radioterapie, chemoterapie, chemoradioterapie, imunoterapie, hormonální léčba, event. transplantace (a to nejen kostní dřeň, ale např. orgánu napadaného nádorem, typicky jater). Tyto nástroje pak mnohdy doprovází podpůrná

terapie, která má za úkol zmírňovat nežádoucí průvodní jevy jednotlivých léčebných modalit. Podpůrná terapie je volena obvykle ad hoc, ale i zde často platí, že je potřeba ji konzultovat s dalšími členy lékařského týmu, který se o pacienta stará. U některých typů cytostatik (léků užívaných při chemoterapii), či některých forem radioterapie začíná podpůrná léčba ihned, např. pro potlačení nevolností a zvracení v případě, že je vysoce pravděpodobné, že k danému jevu bude docházet. Samotným léčebným modalitám a jejich psychickým aspektům jsou věnovány samostatné podkapitoly dále v této kapitole.

Některé nástroje – typicky chemoterapie, radioterapie či hormonální léčba – bývají používány v různých fázích onemocnění, a třeba i opakovaně. Onkologie rozlišuje neoadjuvantní využití (tj. před chirurgickým zákrokem), adjuvantní (po chirurgickém zákroku) a paliativní (za účelem ulevit pacientovi, ale neléčit příčinu potíží) [6]. Slovo „paliativní“ je nyní v onkologii využíváno ve dvou významech, zatímco paliativní léčba se používá mnohdy i jako doplněk léčby kurativní (zaměřené na vyléčení příčiny potíží), pojem paliativní péče se užívá zejména u pacientů v terminální fázi onemocnění (viz kapitola 4.20), což může být pro pacienty a jejich rodiny extrémně matoucí [17]. Paliativní léčbě se podrobněji věnuje kapitola 4.19.

Zásadním problémem onkologické léčby je, že nejistota (viz kapitola 6.2), kterou pacient často pociťuje, pramení i z prostého faktu, že lékaři dopředu s jistotou nevědí, která léčba „zabere“ a bude dostačující, ani to, jaké konkrétní bude mít na pacienta nežádoucí účinky. Celý léčebný postup se obvykle stanovuje po jednotlivých krocích, kdy už i v průběhu léčebného postupu (např. chemoterapie) pacient znovu prochází celou řadou diagnostických vyšetření, kterými prošel už v minulosti, aby lékaři získali náhled na to, zda léčba zabírá podle jejich původních předpokladů, jak léčbu případně upravit, či zda danou léčebnou modalitu nepřerušit (např. kvůli nežádoucím účinkům, či přání pacienta).

Při stanovování léčebných postupů přitom pracují pouze s pravděpodobnostními charakteristikami, kazuistikami, vlastními zkušenostmi a odhadem (či chcete-li intuicí), a hlavně, na základě shody s dalšími členy lékařského týmu, který se pacientovi věnuje, kteří mají odlišné odbornosti (viz výše). Nalezení shody v rámci konsilia přitom nemusí být vždy snadným úkolem. Zejména u méně se vyskytujících nádorů. Přitom se může hravě stát, že člen lékařského týmu, který s pacientem komunikuje a má s ním také nejbližší vztah ([17] hovoří dokonce o terapeutickém vztahu), nemusí být nutně tím, kdo zastává v rámci daného konsilia převažující názor na v danou chvíli nevhodnější léčebný postup. Tento rozpor se může samozřejmě projevit i v tom, jakým způsobem – ať už vědomě či nevědomě – lékař o zvoleném postupu pacienta informuje a jak pacient následně věří ve smysluplnost a správnost využití dané léčebné modalit.

Někdy navíc nastávají situace, kdy existují dva srovnatelně „dobré“ postupy. V takových případech obvykle nechává lékařský tým rozhodnout pacienta, který je ovšem laikem a jeho rozhodnutí bude vždy vycházet jen z informací, které mu poskytne lékař, který s ním komunikuje, z informací z internetu (bohužel často včetně zcela irelevantních zdrojů) a z informací od známých a přátel. Často v takovém případě rozhodují i předchozí zkušenosti z vlastního psychosociálního okolí, které ovšem nestaví na objektivních faktech, ale na informacích typu – „*Franta chodil na ozařování a pak umřel, takže ozařování raději ne,*“ případně „*Hlavně, aby tě nechtěli ozařovat!*“ O absurditě porovnávání se onkologických pacientů mezi sebou blíže pojednává kapitola 6.10.

Pacienti, kteří si tedy prošli velmi náročným obdobím nejistoty (viz kapitola 6.2), kdy měli podezření, že by mohli mít rakovinu (viz kapitola 4.1), event. náhlým šokem z toho, že rakovinu mají (viz kapitola 4.2), a dokázali překonat týdny a někdy až měsíce trvající období nejistoty v tom, co přesně jim vlastně je, tak namísto stoprocentní jistoty, ve kterou v této fázi už často doufají, se opět ocitají v situaci, „kdy se vlastně nic pořádně neví.“ To samozřejmě v situaci, kdy aktivně k řešení svého problému nemohou

téměř nijak přispět, s ohledem na neuropsychologické aspekty našeho fungování, vede k aktivaci negativních emočních okruhů pro vztek, strach či paniku [24]. Tyto emoce se pak prolínají do jejich fungování v rámci svého psychosociálního prostředí – tedy do fungování s rodinou, přáteli i na pracovišti (v částech léčby, ve kterých jsou schopni pracovat).

V přijetí nejistoty, která bude celou onkologickou léčbu provázet, by pacientům výrazně mohla pomoci psychoterapie. Ta by zároveň mohla pomoci pacientům lépe snášet nežádoucí účinky jednotlivých modalit a smířovat se s některými ztrátami, které k onkologickým onemocněním nevyhnutelně patří (viz kapitola 4.21). Přínosy některých psychoterapeutických technik pro průběh léčby jsou přitom jasně měřitelné a prokázané [25]. Bohužel ji však využívá jen mizivé procento onkologických pacientů, neb obvykle není k dispozici na onkologickém pracovišti, nebo je primárně dostupná pro hospitalizované pacienty. Stále více onkologických pacientů však samo vyhledává placenou individuální psychoterapii.

4.5 Finanční aspekty

Do rozhodnutí o léčbě, která pacient musí provádět, i do náklonosti pacienta k jednotlivým léčebným modalitám, významným a prokazatelným způsobem promlouvá finanční situace pacienta. Ta je, bohužel, zároveň jedním z významných prediktorů přežití a promítá se i do celkové úspěšnosti onkologické léčby [9]. Psychoonkologické studie po celém světě jasně prokázaly, že u pacientů, kteří nemají dostatečné finanční zajištění, je výrazně menší šance na přežití a remisi onkologického onemocnění [9], což je dáno i tím, že pokud si nemohou dlouhodobě dovolit přijít o svůj finanční příjem plynoucí z práce, mají větší odpor k léčbě a nedostatečně dodržují potřebná léčebná opatření – z pochopitelných důvodů, že prostě musí jít pracovat, aby nepřišli o bydlení, měli co jíst, atd. Strach o finanční chod rodiny pacienta, či jeho samotnou další schopnost plnit své finanční závazky, přitom vytváří neustále přítomný tlak, který pacienta často uvrhá ještě více do pocitů bezmoci. Stojí totiž často před Sofiinou volbou, zda bojovat o přežití s rakovinou, nebo zda bojovat o přežití finanční, což se ovšem často dotýká i dalších členů rodiny, včetně dětí. Na druhou stranu existují kazuistiky popsané např. v [9], kdy právě strach o finanční zajištění rodiny vedl k vysoce nepravděpodobnému prodloužení a zachování kvalitního života u pacienta, který statisticky vzato neměl téměř žádnou šanci takto dlouho přežít.

Tento pacient volil již zmiňované nastavení psychiky přístup jakoby nic, které se opakovaně ukázalo jako prospěšné při boji se zhoubnými nádory [9]. Pacient, Němec a emigrant z NDR do NSR, v úvodní fázi leukemického onemocnění explicitně uváděl, že nemůže teď umřít, protože musí na území NSR odpracovat léta potřebná pro přidělení důchodu. Poté, co prošel chemoterapií, která nakonec nezabrala, zase neměl moc času umřít, protože zrovna potřeboval dostavět vlastní dům. Po transplantaci kostní dřeně, která rovněž nepomohla, zase nemohl umřít, protože potřeboval dostavět dům své dospělé dceři. Nicméně, po celou dobu podstupoval všechna léčebná opatření, která se však proti jeho onemocnění postupně všechna ukázala jako neúčinná. Následně, když už procházel čistě paliativní léčbou však dál fungoval jakoby nic, s výjimkou občasných bolestí. Celá déle než deset let trvající kazuistika nakonec nemohla být před vydáním knihy uzavřena, protože pacient navzdory všem prognózám i nadále žil a běžně pracoval.

4.6 Chirurgické řešení

Chirurgické řešení je léčebná modalita spočívající v chirurgickém odstranění (resekci) nádoru a nádorem zasažených tkání. V současné onkochirurgii převažuje tzv. radikální řešení, které zjednodušeně řečeno a na základě údajů z praxe konstatuje, že čím více tkáně v okolí nádoru je z těla odebráno, tím menší je šance na znovupropuknutí nádorového onemocnění [6]. V praxi to znamená, že kvůli např. 1 cm velkému nádoru na tlustém stěvě, je provedena tzv. hemikolektomie neboli odstranění celé poloviny tlustého stěva (cca. 75 cm) a všech nejbližších souvisejících mízních uzlin. To

ovšem v některých případech může vyústit v dočasnou, či trvalou stomii (umělý vývod). Ta samozřejmě představuje značný zásah do psychiky pacienta i do jeho dalšího života.

U onkogynekologických nádorů zase radikalita chirurgického řešení vede (stále méně) často k odstranění celého prsu, což má znatelné estetické důsledky a kompletní rekonstrukce prsu i s bradavkou je otázkou několika let. Také však může dojít ke kompletnímu odstranění dělohy a vaječníků, což má za následek trvalou neplodnost (viz kapitola 5.13) a v případě odstranění vaječníků také významné hormonální a psychické změny. Obdobně i odstranění prostaty může vést k trvalé neplodnosti u mužů, a často také k močové inkontinenci, bývá výrazným zásahem do psychiky muže. Chirurgické řešení některých nádorů s sebou bohužel také přináší odstranění nejen částí tkáně, ale i amputace celých končetin (viz kapitola 5.14).

Kromě radikálního chirurgického řešení je využíváno i tzv. cytoredukční chirurgie. Jedná se o chirurgický zákrok prováděný v případě, že není možné provést úplné odstranění všech nádorem zasažených tkání, včetně dostatečného množství okolní tkáně. Úkolem cytoredukční chirurgie je odstranit maximum nádorové masy s tím, že bude využito další léčebných modalit. Cytoredukční chirurgie je také častou součástí paliativní léčby (viz kapitola 4.19) Při cytoredukčních zásazích v dutině břišní lze přímo během operace také jednorázově využít speciální hypertermické intraperitoneální chemoterapie HIPEC [44], která výrazně zvyšuje protinádorový efekt chirurgického zákroku.

Chirurgické řešení je vždy nezvratné (vyjma dočasných vývodů) a v řadě případů s sebou přináší i dodatečnou trvalou či úplnou ztrátu nějaké funkce organismu, se kterou se bude muset pacient vyrovnat a která mu bude také neustále jeho prodělané onkologické onemocnění připomínat (minimálně formou jizvy). Výhodou chirurgického řešení je však relativní šetrnost k organismu a po provedení patologického rozboru odstraněné tkáně také schopnost s vysokou pravděpodobností určit, zda bylo zhoubné nádorové onemocnění „vyléčeno“, či nikoliv. Uvozovky jsou zde použity proto, že přítomnost tzv. mikrometastáz nelze současnými metodami medicíny potvrdit ani vyloučit [17]. Jinými slovy i zde u zhoubných a semimaligních nádorů existuje určitá míra nejistoty a rizika návratu daného nádoru.

Za zmínku však stojí i chirurgické řešení benigních (nezhoubných) nádorů, a to zejména těch v mozku. Ty mnohdy tlačí na důležitá funkční centra, jejichž funkci fatálním, ale pro pacienta ne vždy rozeznatelným, způsobem ovlivňují. Zvláštní pozornost si zaslouží relativně časté nezhoubné nádory adenohypofýzy, které se díky svému přímému působení na ústřední součást neurohumorálního řízení organismu (zejména na adrenokortikotropní a růstový hormon), významným způsobem podílejí na změně vzhledu (zvětšené dlaně a chodidla, ostřejší rysy obličeje), i somatických (akné, akumulace tuku kolem pasu, vysoký krevní tlak, nadměrné pocení, potíže se srdcem) a psychických změnách (úzkosti, deprese, zvýšená iritabilita). Chirurgické odstranění těchto nádorů následně vede k razantním proměnám vzhledu i osobnosti pacienta, které se promítnou do jeho psychosociálního prostředí. Pozoruhodný je také fakt, že pacienti mozkovým nádorům v oblasti adenohypofýzy či amygdaly často dávají jména stejného pohlaví jako mají sami. Patrně to dělají proto, aby tím oddělili svoji vlastní osobnost, která zůstane/zůstala po odstranění nádoru, od té mnohdy úzkostné a impulzivní „osobnosti“ způsobené nádorem.

4.7 Chemoterapie

Chemoterapie je nejobávanější z onkologických léčebných modalit, při které jsou do těla pacienta vpravována cytostatická léčiva. Jelikož se jedná o tzv. systémovou léčbu (tj. léčbu působící v celém těle pacienta), která působí zejména na (všechny) rychle se dělící buňky, což je typický znak buněk nádorových [6], je s ní spojena řada velmi nepříjemných vedlejších účinků, a to zejména na sliznicích, které se rovněž vyznačují rychlým buněčným dělením. Kvalita života pacientů se v průběhu

chemoterapie rapidně a postupně zhoršuje, a to zejména díky projevům časných (týdny po aplikaci) a oddálených (týdny až měsíce po aplikaci) vedlejších účinků [6]. Ty časem doplní tzv. bezprostřední (přicházející hodiny až dny po aplikaci) účinky jako jsou zvracení, či průjmy, se kterými pacienti často počítají a na které se postupně adaptují. To ovšem neplatí pro kombinaci cytoredukčního chirurgického zákroku s kombinací s hypertermickou intraperitoneální chemoterapií (HIPEC) [44], o kterém je pojednáno blíže v kapitole 4.7.5.

4.7.1 Vedlejší účinky chemoterapie a psychika pacienta

Na chemoterapii je tak z pohledu pacienta zrádné to, že projevy vedlejších účinků se nezhoršují lineárně, tj. s každou další dávkou, ale přicházejí v jakýchsi vlnách. To, jaké druhy vedlejších účinků se projeví, pak závisí na konkrétní skupině cytostatik, respektive konkrétním cytostatiku, jeho dávkování, a zejména na tom, jak bude organismus pacienta na zvolenou léčbu reagovat, což je do značné míry individuální.

Vedlejší účinky chemoterapie z časového hlediska dělíme na **bezprostřední** (hodiny až dny po aplikaci) – alergické reakce, nauzea, zvracení, průjmy, **časné** (dny až týdny po aplikaci) – hematologické a gastrointestinální potíže, včetně např. stomatitidy (zánětu sliznic dutiny ústní), **oddálené** (týdny až měsíce po aplikaci) – kardiotoxicita (poškození srdce a s tím související projevy jako např. srdeční arytmie), plicní fibróza (zjizvení plic vyvolávající problémy s dýcháním), nefrotoxicita (poškození ledvin), hematotoxicita (typicky poruchy krvetvorby), neurotoxicita (poškození nervové soustavy a s tím související projevy jako např. neuropatie – tedy bolesti, brnění, pálení, svědění, poruchy citlivosti), a **pozdní** (měsíce až roky po aplikaci) – cirhóza jaterní, šedý zákal, sekundární zhoubné onemocnění (např. některá z leukémií) [6]. Aplikací se přitom myslí první podání cytostatik. Konkrétní vedlejší účinky jsou dány formou zvoleného cytostatika. Pravděpodobnost jejich projevení se je závislá na dávkování, počtu dávek a stavu organismu pacienta, event. výskytu dalších onemocnění, kterými trpí. Výskyt jednotlivých nežádoucích účinků chemoterapie nelze dopředu s jistotou předvídat. Stejná cytostatika ve stejných dávkách jsou různými pacienty snášena odlišně. Výskyt oddálených a pozdních účinků je nepředvídatelný a souvisí i s předchozím fyzickým stavem a kondicí pacienta.

Pacient se v průběhu chemoterapeutické léčby obvykle velmi rychle adaptuje na **bezprostřední vedlejší účinky**, což pokud je zvládá dobře, může vyvolat někdy mylný dojem u něj i jeho blízkých, že chemoterapii „zvládne bez problémů“, protože tohle se dá pro něj ještě hravě překonat. Řada pacientů dokonce projde několik prvních dávek chemoterapie bez zásadnějších subjektivně pociťovaných potíží, což jim může dávat někdy dost falešnou naději, že u nich se žádné vedlejší účinky neprojeví.

Když se pak ale dostaví **časné vedlejší účinky** chemoterapie, může to pacient vnímat jako nečekané zhoršení, že „něco je najednou špatně“, a že léčba „ho zabíjí“. Bohužel, ne všichni lékaři informují pacienty o možných nežádoucích vedlejších účincích podávaných cytostatik. Někteří lékaři to zdůvodňují psychosomatikou pacienta s argumentací: „*Když pacientovi řeknu, že se mu mohou tvořit afty, tak bude mít afty. A bude je mít i přesto, že bez této informace by je neměl.*“ Bohužel neinformování pacientů vede někdy i k pro pacienta i jeho rodinu velmi zatěžujícím situacím, kdy pacient nemá informace o tom, že mezi časnými vedlejšími účinky může být např. horečka, a pokud nebydlí nedaleko onkologického pracoviště, kde mu je chemoterapie podávána, míří pak s horečkou, výrazně oslabenou imunitou a ve značném stresu, že „se něco děje“, naprosto zbytečně do nejbližší nemocnice, kde po předání informace, že je onkologický pacient, se náhle přístup zdravotního personálu obvykle radikálně mění – pacienti to popisují: „*Jakoby nikdo se mnou nechtěl nic mít,*“ což si interpretují tak, že situace je velmi vážná a že nyní mohou umřít. Dokonce se stává, že lékaři v dané nemocnici odmítnou pacienta ošetřit s tím, že musí být transportován na své onkologické pracoviště. To samozřejmě vystupňuje strach a úzkost nejen pacienta, ale i jeho nejbližších, a potvrdí to domněnku o blížící se smrti. A to i přesto, že se stále jedná o naprosto běžný, očekávaný a předem známý vedlejší

účinek, pouze nikoliv bezprostřední. Tento odstavec přitom vychází ze zcela konkrétních prožitků konkrétní pacientky, a doslovné citace jedné lékařky.

Velké riziko pro psychiku pacienta (a jeho blízkých) představují **oddálené vedlejší účinky**. Pokud o nich není pacient řádně informován, může si je mylně interpretovat jako bezprostřední účinky naposledy podané dávky cytostatik, což v něm může vyvolat silný odpor k další chemoterapeutické léčbě. Přerušením chemoterapie přitom oddálené vedlejší účinky neustanou, neb jsou důsledkem celé předcházející léčby. Problém je, že pokud lékař pacienta předem o této možnosti neinformoval, nemusí působit tato dodatečně podaná informace o tom, že je to „běžný vedlejší účinek“ dostatečně důvěryhodně. Pacient pak může ztratit nejen důvěru v daného lékaře, ale v léčbu jako takovou. Další riziko a velmi častá interpretace je přičtení **oddálených vedlejších účinků**, typicky neuropatie, samotnému nádoru, a nikoliv očekávaným účinkům chemoterapie. Pacient se tak může mylně domnívat, že nádor namísto, aby ustupoval, se zhoršil, nebo vytvořil metastázy, což mu (a zejména jeho blízkým) opět bude lékař velmi těžko vyvracet v okamžiku, kdy mu o těchto oddálených vedlejších účincích neřekl předem.

Podobnou ranou pak mohou být **pozdní účinky chemoterapie**, které se dostávají často až po remisi (ústupu) onemocnění. Zásadním problémem v tomto případě může být sekundární malignita (viz kapitola 4.18), tedy zhoubné nádorové onemocnění vyvolané chemoterapeutickou (případně radioterapeutickou, viz dále) léčbou [6]. Sekundární malignita může být pro pacienty s FCR [22] zcela šokujícím potvrzením jejich úzkosti z návratu onemocnění (byť se samozřejmě v drtivé většině případů jedná o zcela jiné nádorové onemocnění, než bylo to původní), což může mít fatální dopady na jejich psychiku během případné nové onkologické léčby. Tím, že pacienti často zcela mylně vnímají „rakovinu“ jako jeden typ onemocnění, pak často popisují sekundární maligní onemocnění stylem, že „měla jsem to v prsu, a teď se mi to dostalo do krve“. Je to jen dalším příkladem, jak nedostatečná edukace může zásadním způsobem negativně ovlivňovat psychiku pacienta a jeho ochotu se léčit, jak vyzdvihuje současná australská psychoonkologie [22].

4.7.2 Mylné představy o chemoterapii a psychika pacienta

U chemoterapie bohužel mezi běžnou populací panuje celá řada zcela mylných představ, které významným způsobem následně ovlivňují psychiku pacienta, a jeho blízkých, během chemoterapeutické léčby. Pacienti, dlouho před tím, než je jim indikována chemoterapeutická léčba, mají svoji vlastní jasnou představu o tom, jaké vedlejší účinky očekávat – většina z nich čeká **zvracení, průjemy a alopecii** (vypadání vlasů a později i vousů a obočí). Tyto informace vychází obvykle z jejich předchozích setkání s jinými onkologicky nemocnými, tedy ze srovnávání se s jinými pacienty (viz kapitola 6.10).

Alopecie je ve společnosti nejviditelnější indikátor nádorového onemocnění. Jen minimum populace však ví, že alopecie je možným nežádoucím účinkem jen malé části cytostatik, konkrétně derivátů dusíkatého yperitu, tj. skupiny vůbec prvních cytostatik (melfalan, ifosfamid, cyklofosfamid), karmustinu a lomustinu (derivátů nitrozourey), karboplatiny, doxorubicinu, irinotekanu, topotekanu a etoposidu (inhibitorů topoizomerázy), metotrexatu, cytarabinu, vinkristinu, vinblastinu, vinorelbinu, vinfluninu (vinca alkaloidů) a ixabepilonu (derivátu epotilonu). Celkově se jedná o 17 ze 38 v ČR běžně používaných cytostatik [17].

Podobná je i situace u **zvracení**. Pro zvracení, které se obvykle dostavuje bezprostředně nebo časně, existuje systém klasifikace emetogeneze (vyvolávání zvracení) cytostatik, kdy např. cisplatina využívaná pro léčbu nádorů plic, testikulárních a gynekologických nádorů a spinocelulárních karcinomů hlavy a krku je vysoce emetogenní, zatímco např. vincristin využívaný např. pro hematologické nádory vyvolává zvracení naprosto minimálně (ale za to způsobuje alopecii), nebo vůbec, což je dáno tím, že

cisplatina je toxická pro ledviny, zatímco vincristin pro nervovou tkáň [17]. Ve skutečnosti je poměr vysoce a středně emetogenních cytostatik stejný jako poměr nízce a minimálně emetogenních cytostatik, z čehož plyne, že zvracení není až tak častým vedlejším účinkem chemoterapie, jak je obecná populace přesvědčená [17].

A v případě **průjmu** se jedná už o poměrně vzácný jev, z pohledu možného výskytu tohoto vedlejšího účinku u cytostatik. Týká se melfalanu, pemetrexedu, 6-markaptapurinu, tioguaninu, 5-fluorouracilu a kapecitabinu, tedy jen 6 ze 38 v ČR běžně používaných cytostatik [17]. Právě průjem, zvracení a event. až anorexie (možný vedlejší účinek metotrexatu, 6-markaptapurinu a tioguaninu) se dohromady podílejí na dalším znaku, který je vnímán jako typický pro onkologicky nemocné, respektive léčené – na výrazném hmotnostním úbytku a někdy až sešlosti – neboli na kachexii. Při projevech vedlejších účinků ve formě zvracení, průjmů, anorexie a nechutenství se ztráta tělesné hmotnosti běžně pohybuje i v řádu desítek procent. U lidí, kteří na začátku léčby měli BMI (Body Mass Index, tj. poměr tělesné hmotnosti a tělesné výšky) v normě, či dokonce na hranici podváhy až těžké podvýživy tak tyto vedlejší účinky mohou představovat závažný problém, respektive zdravotní rizika spojená s podváhou a těžkou podvýživou.

To, že pacienti primárně očekávají zejména tyto vedlejší účinky, má značné dopady na jejich psychiku, a to ze dvou pohledů. Pokud se nedostaví **alopecie** (bez ohledu na to, jestli ji dané cytostatikum vůbec vyvolává), může to v pacientech a jejich blízkých vyvolat pochybnost, zda je chemoterapie vůbec účinná. Alternativně také absence tohoto obvykle bezprostředního, respektive časného vedlejšího účinku může vyvolat v pacientovi mnohdy bohužel mylný dojem, že vše bez problémů zvládá a zvládne, což zejména po dostavení se oddálených vedlejších účinků může představovat silnou ránu pro jeho psychiku a psychiku jeho blízkých (viz výše).

Zajímavý aspekt je i absence kachexie neboli **viditelné ztráty tělesné hmotnosti**. Tělesná hmotnost je, patrně i díky stále ve společnosti přetrvávajících psychických následků dvou světových válek (zejména pak koncentračních táborů), vnímána jako klíčový indikátor přežití, jak ostatně říká v ČR oblíbený známý citát autora Garfielda Jima Davise z roku 1945: „*Až přijde válka, tlustý budou hubený a hubený budou studený.*“ Pokud pacient během chemoterapie výrazně nehubne, což se typicky stává tehdy, kdy netrpí zvracením ani průjmy, může to být pacientem a jeho blízkými vnímáno jako pozitivní signál, že se vyléčí. Bohužel zachování původní tělesné hmotnosti nijak nekoreluje s účinností onkologické léčby, takže pokud se následně pacient dozví, že bude potřeba další léčba, může to pro něj a jeho blízké představovat nepochopitelnou informaci vyvolávající zklamání.

Naopak **viditelný úbytek tělesné hmotnosti** bývá často vnímán jako signál, že pacient prohrává svůj boj s onkologickou nemocí. To má reálný podklad jen tehdy, kdy ztráta tělesné hmotnosti dosáhne hladiny, kdy způsobuje somatické potíže. S onkologickým onemocněním jako takovým, natož s jeho progresí, však ztráta hmotnosti během chemoterapie u drtivé většiny nádorů nijak nesusouví, neboť je důsledkem vedlejších účinků cytostatik [17]. Na druhou stranu, po skončení chemoterapeutické léčby a dosažení remise bývá (přetrvávající) snížení tělesné hmotnosti vnímáno jako pozitivní důsledek „rakoviny“. Málokdy se však pacientům podaří takto sníženou hmotnost udržet. Řadě pacientů, kteří podstoupili chemoterapii a došlo u nich k hubnutí, se však podaří dosáhnout dlouhodobě snížené hmotnosti oproti situaci před začátkem léčby. Pacientky např. popisují úbytek hmotnosti během chemoterapie o 25 kg, kdy po skončení onkologické léčby nabraly zpět 15 kg.

4.7.3 Alopecie a psychika pacienta

Zatímco ztráta tělesné hmotnosti může být někdy vnímána aspoň zpočátku pozitivně, alopecie představuje pro psychiku téměř vždy tvrdou ránu vyžadující mnohdy nalezení zcela nových mechanismů zvládnutí. Zejména pro ženy ztráta vlasů představuje výrazně traumatizující událost, se

kerou je spojena i značná symbolika. Některé pacientky, když zjistí, že jim začaly vypadávat vlasy, si samy aktivně hlavu oholí. Symbolický význam, který tomu někdy i vědomě přikládají, je přitom takový – že si zachovávají kontrolu nad situací a že ukazují „rakovině“, že jsou připraveny s ní bojovat (tzv. bojové nastavení či fighting spirit [9]). Aktivní oholení vlasů při jejich prvním vypadávání má tak až rituální charakter a představuje výrazný milník spojený obvykle s přijetím faktu, že je pacient opravdu nemocný. Nelze totiž opomenout, že celá řada onkologických onemocnění nemusí v době zjištění diagnózy představovat pro pacienta závažnější zdravotní komplikace, či sníženou kvalitu života. Navíc některé nádory rostou v těle i dlouhé měsíce a roky a pacienti jsou na jejich přítomnost v těle už adaptovaní. Náhlá ztráta někdy až desítek centimetrů dlouhých vlasů je oproti tomu jasně viditelná a radikální změna, kterou pocítí a uvidí ji několikrát denně v zrcadle a kterou si většina z nich musí odtruchlit (viz kapitola 4.21)

U pacientů, kteří přicházejí během chemoterapie o ochlupení, se však jako další velice důležitý milník, dost možná s ještě větším vlivem na psychiku, ukazuje ztráta obočí a u mužů také vousů. Ta totiž velice zásadním způsobem mění vzhled obličeje. Pacienti se v zrcadle náhle už vůbec nepoznávají a teprve ztrátu obočí (paradoxně při proaktivním oholení vlasů se ho pacienti vůbec nezbavují) tak ve svém důsledku mnohdy považují za průvodní jev prohrávání boje s nemocí. Obočí a vousy totiž na rozdíl od vlasů nelze nahradit parukou, ani zakrýt šátkem. I z tohoto důvodu si některé pacientky nechávají po dobu ztráty vlasů z domova všechna zrcadla odstranit nebo zakrýt. Některé ženy také využívají permanentního make-upu pro vytvoření obočí.

Právě „šátkování“ a případně výběr paruky, opět hlavně pro ženy, je dalším důležitým momentem průběhu chemoterapie, který má značný sociální rozměr. Často totiž vede k semknutí se nejbližší rodiny a zapojení dětí do rodičova boje s nemocí. Děti vybírají svým rodičům, zejména maminkám, šátky, někdy je i ručně malují. Dcery onkologických pacientů (zejména žen) s dlouhými vlasy se často pak rozhodnou darovat své vlasy onkologicky nemocným (paradoxně v drtivé většině případů nikoliv svým rodičům) – např. přes organizaci Nové háro (www.noveharo.cz). Šátkování a výběr paruky je tak svým způsobem sociálním rituálem, který pomáhá dětem vyrovnat se s onkologickým onemocněním svých rodičů a pomáhá rodinu nemocné semknout dohromady.

U mužů obvykle ztráta vlasů až tak podstatným znakem není. Je to i proto, že nádorová onemocnění se většinou projevují ve vyšším věku, kdy řada mužů už beztak má na hlavě pleš, či dokonce žádné vlasy nemá. Muži, kteří na začátku léčby měli vlasy a během chemoterapie o ně přišli, si je po ukončení léčby a dosažení remise často nenechávají narůst do původní délky. To lze přičíst jednak tomu, že péče o krátké či žádné vlasy je časově méně náročná než péče o delší vlasy, a jednak tomu, že na svůj vzhled si během chemoterapie snáze zvyknou. Muži mnohdy oholení vlasů (i zde přichází z praktických důvodů často proaktivně a dříve, než všechny vypadají) komentují tím, že „stejně by je to jednou čekalo“ a celkově to lépe snášejí.

Ztráta vlasů a obočí je zároveň hlavním identifikačním znakem nemoci vzhledem k psychosociálnímu okolí, a zejména rodině. Díky tomu právě až tento vedlejší dopad chemoterapie bývá okamžikem, kdy rodiče sdělují svoji diagnózu svým dětem, kdy ji sdělují v práci, a někdy dokonce i kdy ji teprve sdělují svému partnerovi a svým rodičům (které „nechtěli zatěžovat“) – viz kapitola 5.1. Tento znak „rakoviny“, bez ohledu na to, že nemusí chemoterapii vždy provázet (avšak je i průvodním jevem radioterapie), je dokonce tak zažitý, že i lidé, kteří jsou zdraví a náhle si oholí hlavu, jsou svým okolím „podezřívání“ z rakoviny, což paradoxně vede u části jejich okolí k podobným průvodním jevům jako skutečné onkologické onemocnění – zejména k jejich odklonu od dotyčného (viz kapitola 5.4).

4.7.4 Intravenózní port a psychika pacienta

Dalším průvodním jevem chemoterapeutické léčby, který se týká jen části pacientů se špatným periferním žilním přístupem, kterým je podávána kontinuální infuzní chemoterapie, je zavedení tzv. intravenózního (I. V.) portu. Jedná se o dlouhodobý tunelizovaný katétr zavedený do centrální žíly [27]. I. V. port je obvykle zaváděn nad pravé prso pacienta, kde vytvoří viditelnou bouličku ukrytou pod kůží např. ve tvaru válce s průměrem 2 cm a výškou 5 mm (rozměry a tvary I. V. portů se liší dle výrobce). Výrazněji viditelná boulička může být problematická zejména u žen, kde je I. V. port dalším faktorem, který mění vzhled důležité části jejich těla, což se může promítnout i do jejich sexuálního života (viz kapitola 5.12). Samotnou přítomnost I. V. portu pacient nijak negativně nepocituje, avšak I. V. port samotný vyžaduje pravidelnou péči ze strany lékařů. Pokud totiž není využíván, je třeba ho v intervalu 4 týdnů proplachovat, aby nedošlo k trombóze obvykle vedoucí k uzávěru [27].

Zavedení portu se provádí v lokální anestezii a obvykle na pracovištích chirurgie. Pocit, že: „*Kvůli rakovině teď musím ještě na další operaci!*“ může být pro onkologického pacienta a zejména jeho blízké psychicky zatěžující. I. V. port totiž není obecně známý průvodní jev chemoterapie, byť u pacientů, pro které je indikován, vede k výrazně šetrnějšímu podávání cytostatik.

Zavedení I. V. portu navíc obsahuje prvek dalších vyšetření a čekání na výsledky. Před jeho zavedením je nutné provést odběr krve na krvácivost, srážlivost a krevní obraz [27]. Samotný chirurgický výkon je však velmi rychlý (cca. 40 minut) a nepředstavuje pro pacienta větší zátěž [27]. Po zavedení I. V. portu musí proběhnout kontrola polohy portu za využití RTG a také zkouška funkčnosti. Po týdnu se pacient ještě musí dostavit na odstranění stehů.

S ohledem na organizační náročnost zavedení a odstranění I. V. portu i jeho dlouhou životnost – při správném postupu vydrží membrána portu 1000 až 2000 vpichů [27] – se I. V. port nechává v těle pacienta i po dokončení chemoterapie, zejména pokud se jednalo o neoadjuvantní chemoterapii (viz dále). Pro pacienta má ovšem mnohdy jeho přítomnost v těle symbolický význam – dokud je I. V. port implantován, hrozí další chemoterapie, tj. není jisté, že jsem vyléčený.

4.7.5 Důležité aspekty chemoterapeutické léčby

Chemoterapie rozhodně není automatickou součástí onkologické léčby. Využití chemoterapie při léčbě onkologických onemocnění se řídí primárně tzv. chemosenzitivitou daného typu nádoru [6], jeho TNM klasifikací, respektive stagingem nádoru, kdy z klinických studií a kazuistik je známo, pro jaká stádia nádoru je chemoterapie prokazatelně přínosná a pro jaká nikoliv, a dále také klasifikací výkonnostního stavu pacienta [17]. U solidních nádorů (viz kapitola 2) v nižších stádiích často postačí samotné chirurgické řešení bez jakékoliv další onkologické léčby.

Důležitým faktorem, který je však při chemoterapii rovněž zvažován, je možný dopad chemoterapie na kvalitu života pacienta, a to zejména v poměru délky chemoterapeutické (respektive i celkově onkologické) léčby, zátěží, kterou bude představovat, a předpokládanou dobou dožití. Je na místě si připomenout, že průměrný věk v čase diagnózy nádorového onemocnění je 65 let [17] a že v tomto věku pacienti často trpí i jinými, typicky kardiovaskulárními a diabetologickými onemocněními, které se podstatnou měrou mohou podílet na předpokládaném věku dožití.

Chemoterapii odlišujeme z pohledu fáze onkologické léčby, ve které je aplikována na **neoadjuvantní** (tj. před chirurgickým zákrokem), **adjuvantní** (po chirurgickém zákroku), **perioperační** (od začátku plánovanou před i po chirurgickém zákroku). S výjimkou výjimečně aplikované neoadjuvantní chemoterapie nezahoubných nádorů za účelem jejich zmenšení před jejich chirurgickým odstraněním, se chemoterapie týká jen léčby maligních a semimaligních nádorů (viz kapitola 2) [17].

U nádorů zasahujících útrobní či nástěnnou pobřišnici (peritoneum) může být také využito peroperační (během operace) hypertermické intraperitoneální chemoterapie (HIPEC). HIPEC využívá proplachu dutiny břišní kombinací na 42 °C zahřátého fyziologického roztoku doplněného o vybrané cytostatikum. Samotný výplach trvá přibližně 90 minut a probíhá v celkové anestezii, přičemž do těla pacienta se vstřebá minimum cytostatika. Tím pádem nežádoucí účinky této vzácně používané formy chemoterapie jsou rovněž minimální a poznatky shrnuté pro nežádoucí účinky ostatních forem chemoterapie v kapitole 4.7.1 se zde neuplatní [44].

Chemoterapii lze také dělit dle jejího účelu. **Indukční** má za cíl zmenšit či zcela zlikvidovat masu nádoru či remisi onemocnění – typicky u hematopoetických nádorů (viz kapitola 2). **Konsolidační** si klade za cíl zlikvidovat veškeré mikrometastázy a zabránit tak relapsu (návratu) onemocnění. **Udržovací** využívá malých dávek cytostatik pro likvidaci případných mikrometastáz za účelem prodloužení remise (vymizení) onemocnění. A **paliativní** (tj. mírnící symptomy onemocnění, avšak neodstraňující jeho příčinu) je využívána v situaci, kdy úplné zlikvidování nádorového onemocnění sice už není možné, ale chemoterapie může vést k prevenci metastáz a zastavení růstu, či dokonce zmenšení nádoru [17]. Paliativní léčba může v některých případech pacientovi s nádorem v těle prodloužit život o několik let, což při uvážení faktu, že průměrný věk v čase diagnózy nádorového onemocnění je 65 let [17], znamená, že pacient trpící zhoubným nádorovým onemocněním nakonec může zemřít na zcela jinou diagnózu (např. kardiovaskulární onemocnění) a mezitím prožít život, ve kterém nepocítí téměř žádné následky nádorového onemocnění, vyjma, bohužel, některých vedlejších účinků chemoterapie (viz výše).

Chemoterapie se sebou nese vysokou míru nejistoty (viz kapitola 6.2) a v případě, že cytostatika nejsou podávána v tabletách, ale infuzně, tak také čekání. Byť existují samozřejmě konkrétní chemické látky (respektive cytostatika) využívané pro chemoterapii, jejich dávky jsou pak připravovány pacientům na míru (tzv. tailoring [6]) a i samotná infuze trvá mnohdy několik hodin. To znamená, že pacienti se musí kvůli chemoterapii dostavit do nemocnice v časných ranních hodinách, což pro dojíždějící pacienty představuje významnou fyzickou i psychickou zátěž, aby následně, po provedení všech testů, příprav a zhodnocení onkologem, několik hodin čekali na zahájení a proběhnutí celé infuze.

Právě společné čekání pacientů obvykle s podobnou diagnózou na ambulantní chemoterapii slouží jako důležitý sociální faktor, který vytváří silné vazby mezi onkologickými pacienty (dalším takovým faktorem je následná rekonvalescence v lázních). Pacienti začínají vnímat postup léčby i případnou progresi či ústup onemocnění u svých „kolegů“ a zdravotní stav jim blízkých pacientů začíná výrazným způsobem ovlivňovat i jejich psychiku (viz kapitoly 5.5, 5.7 a 5.8).

Pacienti, kteří si prošli chemoterapií také paradoxně mívají velmi dobré zisky z pohledu posttraumatického růstu. Nejčastější přínosy jsou v oblasti hospodaření se silami, zvýšené a po nemoci přetrvávající sebedůvěry, odstranění perfekcionismu, protřídění sociálních vztahů a kontaktů a výrazné změně v životních prioritách, kdy se obvykle práce odsouvá z čelních pozic, kde ji nahrazují prožitky s bližními, odpočinek a čas pro sebe.

Někdy chemoterapie zanechává dlouho přetrvávající až trvalé negativní psychické následky, se kterými se pacient musí vyrovnat. Děje se tak bohužel až v době, kdy došlo k remisi (ústupu) nádoru, takže z pohledu svého okolí už „nemá rakovinu, a je tudíž zdravý“. Následky chemoterapeutické léčby, včetně pozdních vedlejších účinků chemoterapie, ale i vedlejších účinků další onkologické léčby, přitom mohou být velmi vážné. Právě chemoterapie a také radioterapie, se také stává pro onkologicky nemocné nejčastějším symbolem boje s rakovinou, a to i přesto, že pacienti vlastně celou dobu „bojovali“ hlavně s vedlejšími účinky těchto léčebných modalit.

4.8 Radioterapie

Radioterapie neboli ozařování, je klíčovou léčebnou modalitou, se kterou se setká 50 až 70 % onkologických pacientů [17]. Využívá ionizujícího záření – a to konkrétně fotonového záření γ , paprsků X (rentgenova záření), elektronového a protonového záření. Ve světě se zkouší využití také lehkých iontů jako např. helia a neutronového záření [17].

Díky významným marketingovým aktivitám Protonového centra Praha se část onkologických pacientů mylně domnívá, že protonová terapie je speciální unikátní a odlišnou léčebnou modalitou a že přináší výrazně lepší výsledky, než „ozařování“. Současné vědecké poznatky tomu však nenasvědčují a přímé srovnávací studie mezi protonovou radioterapií a např. elektronovou radioterapií chybí [28].

Pro psychické aspekty radioterapie (bez ohledu na použitý zdroj záření) a její průvodní jevy platí celá řada zjištění popsaných už v předchozí podkapitole u chemoterapie. Také radioterapie může být ve výjimečných případech aplikována i u nezhoubných nádorů, a to neoadjuvantně (předoperačně), za účelem zmenšení nádoru před jeho chirurgickým odstraněním. Také radioterapie je využívána při paliativní léčbě (tj. za účelem zmírnění symptomů onemocnění, bez odstranění nádoru) a i u radioterapie se někdy vyskytují vedlejší účinky v podobě alopecie (ztráty vlasů a ochlupení), která je však mnohdy spíše lokální, a významné ztráty tělesné hmotnosti, se kterými jsou spjaty identické psychické procesy jako u chemoterapie.

Významnou odlišností radioterapie je fakt, že radioterapie má potenciál zlikvidovat libovolný solidní nádor. Díky negativním důsledkům radioaktivního záření však takovou tzv. kurativní dávku často nelze použít, protože by došlo k trvalému poškození okolních tkání či orgánů. U některých nádorů, typicky v blízkosti ledvin, pak nejde radioterapii obvykle vůbec použít, protože ledviny snesou jen velmi mírné dávky záření [6]. Působením radioterapie, či chcete-li ozařováním, dochází k radiobiologickým změnám v mikroprostředí nádoru, ale i okolních tkání, a to zejména k poškození DNA buněk, a tím v ideálním případě (u nádorových buněk) i k jejich buněčné smrti [17]. Radioterapie má na buňky jednak méně častý přímý efekt, kdy v přímém důsledku ozáření se buňka okamžitě poškodí (typicky dvojitým zlomem DNA), tak mnohem častější nepřímé efekty vznikající působením vzniklých volných radikálů [6]. Ozářené buňky, které v důsledku těchto změn nezemřou, mohou přijít o svoji schopnost se dělit, může dojít k vnitrobuněčným opravám všech poškození, nebo může dojít k jejich mutaci [6].

Pro dosažení buněčných změn je klíčová celková absorbovaná dávka záření (jednotka Gray, Gy). Aby byla zvýšena pravděpodobnost, že dojde primárně k poškození nádorových buněk, a nikoliv buněk zdravé tkáně, je využíváno tzv. frakcionace, tedy rozdělení celkové dávky záření do dílčích menších dávek (frakcí). To umožňuje lepší přežití zasažených nenádorových tkání v ozařovaném objemu [17]. Zároveň to ovšem znamená, že pacient musí na ozařování docházet pravidelně a ve velmi přesně stanovených časových intervalech a třeba i každý pracovní den. Zároveň platí, že se zvyšováním celkové hodnoty absorbované dávky záření se postupně zhoršují projevy nežádoucích vedlejších účinků radioterapie. To u pacientů, kteří musí dojíždět na radioterapeutické pracoviště z větší dálky může představovat významnou psychickou i fyzickou zátěž. Někdy proto také dochází k jejich hospitalizaci.

Zvláštním aspektem radioterapie je, že léčba, která ovšem zároveň často způsobuje celou řadu nežádoucích vedlejších účinků (viz níže) probíhá neviditelným zářením. To je významný rozdíl oproti chemoterapii, kdy pacient vidí, jak je mu látka vpravována do těla, ať už ve formě infuze či tablety. S ohledem na to, že velká část nádorů je rovněž pro pacienty neviditelná (ukrytá uvnitř těla), jedná se o léčbu neviditelného onemocnění neviditelnou modalitou. V některých pacientech tento aspekt vyvolává nepříjemné pocity, protože vyjma vedlejších projevů nádoru a radioterapie není vlastně nic fyzického, co by mohli vidět, nebo nějak uchopit a o veškerém postupu léčby se dozvídají jen prostřednictvím výsledků vyšetření, na které ovšem musí vždy několik dní čekat.

4.8.1 Průběh radioterapie

Radioterapie je specifická svým průběhem. Klíčovou část představuje plánování radioterapie. Když se pacient dozví od svého ošetřujícího lékaře, zpravidla klinického onkologa, že bude k jeho léčbě využito radioterapie, obvykle to interpretuje jako vážnou situaci. To, že se radioterapie využívá při léčbě onkologických onemocnění zcela běžně – v 50 až 70 % případů [17] – není až tak moc známé. Většinou je laicky za „běžnou“ léčebnou modalitu považována spíše chemoterapie.

Další nečekaná situace u onkologických pacientů s indikovanou radioterapií nastává, když zjistí, že samotná radioterapeutická léčba začne řádově až za několik týdnů od první návštěvy radiačního onkologa. To je způsobené tím, že z pohledu medicíny se klíčová část léčby odehrává před prvním ozářením – ve fázi výběru zdroje ozářování, plánování ozářování, způsobu ozářování (TRT a BRT) a propočtů frakcionace.

Samotné plánování probíhá v několika fázích. Pacient je obvykle nejprve poslán na tzv. simulátor, tedy MRI, CT či RTG přístroj, který slouží jednak k přesné lokalizaci nádoru a jednak k vytvoření 3D modelu pacientova těla (u MRI a CT). Lékař během tohoto úvodního vyšetření najde optimální polohu pacienta na ozařovacím stole, k čemuž ovšem musí využít i různé fixační a polohovací pomůcky, které budou následně využívány i při ozařování [29]. S takovými pomůckami i s „násilnou“ respektive někdy i trochu bolestivou fixací těla se pacient v lékařském zařízení obvykle setkává poprvé. O to větší to pak může vyvolat strach z jakéhokoliv pohybu během ozařování. Právě těmto pohybům mají ale fixační pomůcky zamezit natolik, aby se pacient nemusel bát.

Během návštěvy simulátoru zakreslí lékaři speciální barvou na tělo pacienta značky, které na těle pacienta zůstanou až do ozařování [29]. Pacient tak bude mít celou dobu čekání na ozařování na svém těle fyzickou připomínku, že je nemocný, a kterou část těla mu ozařování zasáhne. Pro řadu pacientů je to také první viditelný znak toho, že jsou nemocní. Zejména v dnešní době, kdy dochází k záchytům zhoubných nádorů v nižších stádiích, kdy nemusí ještě působit pacientům téměř žádné zdravotní obtíže.

Po úvodním vyšetření na simulátoru se z pohledu pacienta najednou několik týdnů „nic neděje“. V této době však probíhá klíčová fáze plánování radioterapie, na které se podílí obvykle několik lékařů (radiační onkolog, radiologický fyzik, event. další specialisté) a při které probíhá náročné počítačové zpracování přesného modelu ozařování [29]. Toto období představuje další z řady čekání, kdy pacient obvykle trpí obavami jak o svůj život, tak i ze všech možných vedlejších účinků, které mu radioterapie může přinést (viz kapitola 6.1). Přitom zejména s dnešními moderními a přesnými metodami radiační onkologie existuje stále více pacientů, na které radioterapie nemá téměř žádné vedlejší účinky [17].

Po zhotovení léčebného plánu pacient přichází na další návštěvu, kde – v případě, že dojde k využití zevní (TRT) radioterapie – jsou na jeho tělo (obvykle jinou barvou) zakresleny nové značky, které tam zůstanou po celou dobu dané části radioterapeutické léčby a během ozařování je budou radiologičtí asistenti pouze obnovovat [29]. V té době se zároveň pacient dozví, jakým typem radioterapeutického přístroje a na jakém pracovišti bude přesně léčen a dozví se první termín ozařování [29].

To znamená, že mezi rozhodnutím o nasazení radioterapie a nasazením radioterapie typicky uplyne několik týdnů, během kterých už však pacient zná přesnou diagnózu, ví, že má v těle třeba i agresivní a rychle rostoucí nádor a vidí, že z jeho pohledu, respektive z pohledu léčby nádoru radioterapií se „nic neděje“. To v pacientech může vzbuzovat často vztek, či pochybnosti o tom, zda se mu lékaři dostatečně věnují. Bohužel část tohoto čekání je způsobena i čím dál akutnějším nedostatkem lékařů a kapacit na radiačně onkologických pracovištích, o čemž bylo pojednáno již v úvodu. Zejména radiační

onkologie navíc využívá velmi drahých zařízení, která je z ekonomických důvodů nutná vytěžovat na jejich maximální možnou kapacitu, což se ovšem někdy promítá právě do čekacích lhůt.

Po zahájení samotného ozařování pacient musí pravidelně docházet na ozařování, a to často denně. Frekvence a délka ozařování je dána jeho konkrétním léčebným plánem. Délka jednoho ozařování se však pohybuje zpravidla mezi 10 až 25 minutami [29].

4.8.2 Druhy radioterapie

Radioterapii dělíme podle způsobu aplikace na zevní (teleradioterapii, TRT) a na brachyterapii (BRT). Při TRT je veškerá aplikace ozařování plně bezkontaktní. Pacient se dostává do kontaktu jen se stíněním, které se využívá pro ochranu zdravých tkání a s fixačními pomůckami, které mu mají zabránit v samovolném pohybu během ozařování, ale nikoliv se zdrojem ionizujícího záření. Při BRT je zdroj záření zaveden do těsné blízkosti nádorového ložiska či do přímého kontaktu s nádorem, což v případě nádorů uvnitř těla znamená, že je zaveden speciální jehlou až přímo do orgánu, tkáně s nádorem, či do lůžka nádoru [17].

V dnešní době jsou synonymem pro teleradioterapii 3D-CRT a modernější metody, které počítají s 3D modely pacientova těla (získanými z plánovacího CT). Přesný bod ozáření pak vypočítá specializovaný software, který umožňuje zacílit paprsek ionizujícího záření (respektive jeho maximum) přímo na nádorovou tkáň [6]. S 3D modelováním svazku počítá i modernější radioterapie s modulovanou intenzitou (IMRT), či ještě pokročilejší radioterapie s objemově modulovanou intenzitou (VMAT) a existuje i tzv. 4D radioterapie, která v reálném čase bere v úvahu změny cílového objemu pro ozáření (včetně např. fyziologických pohybů) [17]. Takto přesná TRT bohužel s sebou nese obvykle právě potřebu pevné fixace ozařované části těla a využití speciálních fixačních pomůcek, např. masek. S fixací těla se přitom pacient setkává již ve fázi plánování radioterapie.

To může zvyšovat úzkost pacienta během plánování i samotné radioterapie (typicky prováděné bez anestezie), neboť vnímá, že každý, byť malý pohyb, může znamenat, že ionizující záření mine nádor, a hlavní dávka poškodí zdravou tkáň. V praxi je samozřejmě přijato velké množství opatření k tomu, aby se tak nedělo. Kromě samotné fixace dochází ještě k neustálé vizuální kontrole pacienta odborným lékařem, který pacienta sleduje kamerou z místnosti, ze které je ovládáno ozařovací zařízení [29]. Ke kontrole správné polohy těla je navíc často paralelně používáno i CT, nebo RTG, přičemž samotnou dávku ozáření kontroluje in vivo dozimetr [29].

Brachyradioterapie (BRT) či též brachyterapie oproti tomu probíhá tak, že do těla pacienta jsou nejprve do blízkosti nádoru zavedeny neaktivní aplikátory (jakési duté jehly). Do nich jsou během ozařování roboticky zasunuty zdroje ionizujícího záření (tzv. afterloading), a to na nezbytně nutnou dobu pro ozařování, v souladu s plánem léčby, tedy obvykle řádově na minuty [6]. U některých druhů nádorů, typicky prostaty, se však využívá dlouhodobé aplikace zdroje ionizujícího záření (izotopů zlata, jódu či rádia v podobě zrn), kdy je zdroj do těla pacienta vpraven do aplikátoru a je tam ponechán už navždy – permanentní aplikace [17]. Permanentní aplikace se provádí obvykle v anestézii (kvůli redukci bolesti) a radioaktivní zrna umístěná do těla pacienta jsou přibližně velikosti zrnek rýže. Jedná se o tzv. LDR – low dose radioterapii, což znamená, že tato zrna vyzařují jen malé dávky radiace, takže nejsou pro okolí pacienta škodlivá [30]. Účinnost léčby lze vyhodnocovat jak ultrazvukem, tak krevními testy na přítomnost PSA (Prostate Specific Antigen) [30].

Tento relativně zřídka využívaný postup (týká se jen několika málo nádorů) má samozřejmě velmi specifické aspekty, kdy pacient ví, že v sobě má radioaktivní látku, která sice ničí nádor, ale působí i na zdravé buňky v jeho okolí. Celá situace je navíc o to ožehavější, že se tento postup dotýká např. právě prostaty, tedy pro muže důležitého pohlavního orgánu. Fakt, že tento zářič je mimo kontrolu pacienta,

byť je v jeho těle, s sebou občas nese velmi nepříjemné pocity a někdy i psychosomaticky vyvolané potíže (např. bolesti), které nejsou způsobeny nádorem ani vedlejšími účinky nízkých dávek ionizujícího záření. V takovémto případě je proto velmi vhodná přesná edukace o dávkách záření a jejich účincích i možnost pacienta zaměřit se nějakou jinou činností než myšlenkami na zdroj ionizujícího záření uvnitř prostaty. Přesto může být tato léčba pro muže velmi psychicky zatěžující.

V případě léčby některých nádorů (např. gynekologických) také dochází ke kombinaci obou dvou typů radioterapie – tedy teleradioterapie i brachyradioterapie [29].

4.8.3 Radiochirurgie

Moderní přístroje pro radioterapeutickou léčbu umožňují využití tzv. IGRT (Image Guided RadioTherapy), neboli obrazem řízené radioterapie. Při těchto metodách se přímo během ozařování využívá zobrazovacích metod (typicky CT), přičemž přístroj v reálném čase kompenzuje všechny pohyby pacienta a jeho orgánů i tkání, což umožňuje velice přesného zacílení paprsku ionizujícího záření. Při současném využití HDR – High-dose Radiotherapy – neboli vysokých dávek záření při jednom ozařování, se proto díky přesnosti a razanci této metody hovoří o tzv. radiochirurgii, respektive stereotaktické radiochirurgii [17]. Pro některé přístroje, které na této bázi pracují, se přitom využívají dokonce i chirurgické názvy jako např. Leksellův gama nůž, Cyberknife (kybernetický nůž) apod.

Pro řadu pacientů je přitom využití těchto přístrojů svými dopady na psychiku mnohem blíže vlivům chirurgického řešení nežli radioterapie. Řada laiků si, podobně jako protonovou terapii, nespojuje radiochirurgii s radioterapií a nevnímá ji jako „ozařování“. Bohužel radiochirurgie, stejně jako protonová terapie, není automaticky vždy lepší variantou pro léčbu pacienta, což pak někteří pacienti mohou vnímat tak, že pokud jdou na klasickou TRT či BRT a nikoliv třeba na Leksellův gama nůž, že se jim nedostává nejlepší možné péče, a často se snaží využít různých způsobů, jak se dostat na radiochirurgii, která beztak pro jejich nádor není buď vůbec indikována, nebo není nejvhodnější volbou (což je dáno typem, lokalizací a stagingem jejich nádoru – viz kapitola 2).

4.8.4 Vedlejší účinky radioterapie a psychika pacienta

Radioterapie, podobně jako chemoterapie, s sebou nese celou řadu vedlejších účinků, které se mohou a nemusí projevit. Propuknutí nežádoucích účinků stejně jako u chemoterapie nejde predikovat a různí pacienti na stejné dávky záření, třeba i stejným přístrojem a při stejné frakcionaci reagují různě.

Nežádoucí účinky radioterapie se dělí z pohledu na jejich výskyt na **lokální radiační reakce**, které se objevují přímo v ozařované oblasti (typicky popáleniny), a **systémové (celkové) radiační reakce**, které jsou přítomny zejména při ozařování větších částí těla (typicky únava, nechutenství, nevolnosti, zvracení či psychické změny) [17]. Systémové radiační reakce jsou projevy postradiačního syndromu, jejichž mechanismus vzniku není ještě zcela objasněn, ale shoduje se s obecnými projevy expozice těla zdroji radiace [17].

Velmi důležité je však dělení vedlejších účinků radioterapie z pohledu času, neboť i zde, podobně jako v chemoterapii, je nástup různých typů nežádoucích účinků časově oddělený. **Akutní (časná) radiační reakce** vzniká obvykle již v průběhu ozařování a přetrvává několik týdnů po jeho ukončení (obvykle do tří měsíců po posledním ozařování). Jakkoliv jsou tyto projevy vznikající (podobně jako u chemoterapie) zejména v tkáních s rychle se dělícími buňkami nepříjemné, tak jsou v drtivé většině případů reverzibilní – tj. postupem času zcela vymizí [17].

Akutní reakce je obvykle lokální, tudíž se **řídí tím, která část těla byla ozařovaná**. Na kůži vzniká tzv. radiodermatitida („spálenina“), která je vůbec nejčastějším nežádoucím a projevem zevní radioterapie. Může zahrnovat erytém (červené zbarvení kůže způsobené rozšířením krevních cév), či suchou a později i vlhkou deskvamaci (olupování kůže, někdy i ve větších částech) [17]. Tento častý lokální časný

projev tedy působí až týdny trvající nepříjemné a někdy i fyzicky bolestivé změny ve vzhledu pacienta. Pokud se týkají obličeje, nebo např. prsou, mohou mít značné dopady na psychiku.

Při ozařování dutiny ústní se často dostavuje mukositida neboli zánět její sliznice. I ta se projevuje nejprve erytémem či edémem (otokem) a později až fibrinovými (bílými) povlaky až bolestivými vředy. Při ozáření slinných žláz se také dostavuje xerostomie (pocit suchosti v ústech) a během ozařování může dojít i k poruchám chuti [17]. Postižení dutiny ústní má přitom okamžitý vliv na příjem potravy a celkový stav výživy a může vést i k viditelnému zhubnutí (kachexii), jehož dopady na psychiku byly popsány už u chemoterapie.

Ozáření plic pak může vést k tzv. radiační pneumonitidě (zánětlivému postižení, které vede k dušnosti), což mnohdy může vést pacienta k mylnému pocitu, že se nemoc zhoršuje a že mohla metastazovat do plic. Ozáření střev a konečníku zasahuje jejich sliznice, což může vést k edémům. Radiace však může poškodit i střevní mikroflóru (dysmikrobie), způsobit bolestivé nucení na stolicí bez uspokojivého vyprázdnění (tenesmus) a zrychlení peristaltiky (pohybů střev), což vede k častějšímu vyprazdňování a také k průjmům [17]. To opět může vést k radikálnímu úbytku tělesné hmotnosti, a to ze dvou důvodů – jednak kvůli průjmům a jednak kvůli tomu, že vyprazdňování se stává bolestivým a nepříjemným (obdobně jako příjem potravy v případě ozáření dutiny ústní), takže pacient má tendenci méně jíst. Paradoxně, díky poměrně vysoké toleranci společnosti k zaživacím potížím, což mimochodem vede i k relativně pozdním záchytům karcinomu tlustého střeva, pacienti tyto vedlejší účinky zvládají obvykle psychicky relativně dobře.

Ozáření močového měchýře pak vede opět k jeho edému (otoku) a klinickým projevům cystitidy (tedy zánětu močového měchýře), jako je pálení při močení. S ohledem na to, kolik pacientů ve svém životě aspoň někdy skutečnou cystitidu zažilo, je však i tohle obvykle relativně snesitelný nežádoucí účinek bez větších dopadů na psychiku.

V případě ozařování mozku může rovněž dojít k jeho otoku, což se projevuje nejčastěji bolestmi hlavy, nevolnostmi, závratěmi, únavou a ospalostí [31]. Celkově tak pacient má dojem, že „ztrácí sílu“ (viz kapitola 6.8) a „prohrává svůj boj s nemocí“, což ani jedno nereflektuje reálný stav věcí. Protože objektivně vzato nejde v takových případech mnohdy zachovat režim „život jakoby nic“, jeví se jako vhodnější bojové nastavení, kdy se pacient rozhodne nepoddát se těmto nežádoucím projevům radioterapeutické léčby, které vnímá často jako projevy nemoci, a rozhodne se „rakovinu“ porazit [9]. Při ozařování hlavy se také lokálně obvykle dostaví alopecie, tedy vypadání vlasů, event. obočí a vousů, což vede ke stejným dopadům na psychiku jako v případě alopecie způsobené chemoterapií popsané v předchozí podkapitole. Vlasy pacientovi dorostou obvykle 6 až 12 měsíců po posledním ozařování [31]. Ve výjimečných případech může dojít i k dočasné nedoslýchavosti v důsledku ototoxicity (poškození tkáně v uchu) [31], což je obvykle pacientem naprosto neočekávaný vedlejší účinek, který představuje nečekanou ránu pro psychiku, se kterou je nutné pracovat. Pokud je však nástup nedoslýchavosti postupný, nemusí si pacient tohoto problému aspoň zpočátku všimnout, stejně jako jeho vymizení po konci léčby.

Druhou kategorií nežádoucích účinků tvoří tzv. **pozdní (chronické) radiační reakce**, které mohou vznikat v průběhu měsíců až let po dokončení radioterapeutické léčby a zasahují naopak tkáně s pomaleji se dělícími buňkami – podkoží, plíce, ledviny, mozek, srdce, kosti nebo svaly. Tato poškození obvykle zahrnují atrofie (úbytek živé tkáně), nekrózy (odumírání tkáně), následné fibrózy (zjizvení způsobené zmožením vaziva) či poškození mikrovaskulatury (drobných cév). Na rozdíl od časných radiačních reakcí jsou ty pozdní **ireverzibilní** neboli nevrátelné [17]. Pacienta tyto nežádoucí dopady radioterapie často zasáhnou až po dokončení onkologické léčby v okamžiku, kdy už žije v přesvědčení, že je „zdravý“. To je z onkologického pohledu sice tou dobou často pravda, avšak nyní je potřeba

vyrovnat se nejen s psychickými, ale i somatickými důsledky onkologické léčby. To vše přichází v situaci, kdy je „zdravý“ i z pohledu svého nejbližšího i pracovního okolí. O to těžší to pak samozřejmě je a nezdědka se v tom může cítit opuštěný a sám (viz kapitola 6.7).

Mezi **pozdní radiační reakce** při ozařování kůže patří jak zmiňovaná atrofie a fibróza, tak i depigmentace (tedy světlé skvrny) či hyperpigmentace (tedy tmavé či také „stařecké“ skvrny), epilace (zvýšená tvorba ochlupení) nebo trvalá alopecie (absence ochlupení) a teleangiektázie (lokalizované nahromadění rozšířených kapilár projevující se červenými skvrnami). Míra jejich dopadů na psychiku je individuální a výrazně závislá na tom, zda se tyto projevy vyskytují na (zejména pro pacienta) běžně viditelných místech. Je totiž výrazný rozdíl mezi světlou skvrnou uprostřed obličeje, nebo někde na hýždích. Stejně tak je pro psychiku velmi důležité, zda byl pacient o těchto možných pozdních projevech řádně informován lékařem. Pokud lékař informoval pacienta řádně a včas a pokud došlo k remisi (ústupu) onemocnění, je přijetí těchto projevů mnohem snazší. Pacient to často vnímá jako „daň“ za to, že je zdravý, kterou je ochoten zaplatit (tento přístup se týká i přijetí nárůstu hmotnosti díky hormonální léčbě, viz kapitola 4.11). Přesto se zejména u žen pravidelně objevuje lítost nad vzhledem, zejména při prohlížení starších fotografií, nebo při setkání s kamarádkami, které sloužily (či slouží) pro více či méně vědomé vzájemné porovnávání si vzhledu. O něco horší je situace v případě, kdy pacient nemá k dispozici informace o tomto možném pozdním účinku radioterapie. V takovém případě obvykle navštíví dermatologa, který mu tuto věc sdělí. Pacient pak často reaguje vztekem a smutkem a vyrovnání se s novým vzhledem trvá delší dobu a má zásadnější dopady na jeho psychosociální prostředí. K tomu, aby pacient došel k nastavení, že se jedná o „daň“ za zdraví tedy vede delší cesta doprovázená silným pocitem, že takovýto následek „není fér“. Za samostatnou zmínku stojí také trvalá alopecie, která nejčastěji naváže na ztrátu vlasů (či dalšího ochlupení) už během radioterapeutické léčby, kdy je alopecie časným nežádoucím účinkem, avšak obvykle lokálním. Trvalá alopecie je samozřejmě bolestivá, více pro ženy, protože jak bylo detailně probráno v subkapitole o chemoterapii, tak alopecie je vnímána jako indikátor onkologického onemocnění. Pacient si tak musí svým způsobem odtruchlit (viz kapitola 4.21), že „už nikdy nebude zdravý“, a to i bez ohledu na to, jakou má další prognózu. Pozdní kožní projevy radioterapie jsou také zcela jinak vnímány pacienty, kteří do remise nedojdou a procházejí si už jen paliativní léčbou či péčí (viz kapitola 4.19). Pro ně jsou tyto na první pohled viditelné následky radioterapie indikátorem, že už prohrávají svůj boj s nemocí, a to bez ohledu na to, že se samotným nádorem nesouvisejí.

Pozdní radiační reakce dutiny ústní spočívají v možném výskytu atrofie, fibrózy a polykacích obtíží, případně i ztráty či trvalé změny chuti [17]. Zatímco se změnou chutí se pacienti snadno smíří a díky informací od jiných pacientů s ní dokonce často počítají a někdy ji i vítají, horší polykání a další klinické změny v dutině ústní jim dlouhodobě snižují kvalitu života, což může působit dlouhodobý stres, podrážděnost až vztek. Ten je směřován buď vůči „rakovině“, anebo také vůči sobě nebo bližním pacienta, pokud si či jim kladl své onkologické onemocnění za vinu. Někdy je proto nutné zavést výživu prostřednictvím PEG (viz kapitola 4.13.1).

V případě plic může být pozdní reakcí plicní fibróza, která vede k trvalé dušnosti a vynutí si změnu pacientovy životosprávy. Výhodou je, že díky průměrnému věku onkologických pacientů 65 let [17] je tato pozdní změna často přičítána stáří a pacient ji vnímá jako zcela přirozený vývoj věcí a směřuje se s ní v rámci smířování se se stárnutím.

V případě střev a konečníku může dojít k trvalým poruchám peristaltiky, ke stenóze, respektive striktuře (zúžení), střeva, enterorrhagii (krvácení), vzniku vředů a píštělí. To vede k trvalým zažívacím problémům a u některých pacientů ke snížené kvalitě života. S ohledem na vysokou toleranci ve společnosti k zažívacím potížím však tyto následky při mírnějších projevech nemusí mít nutně zásadní dopady na psychiku pacienta, a to i proto, že problémy se začnou objevovat postupně, a nikoliv

skokově. Jako vysoce zatěžující však může působit další z možných pozdních změn – inkontinence (tedy nechtěný únik stolice). To vede k velmi nepříjemnému zásahu do kvality života pacienta i do jeho důstojnosti.

Také u močového měchýře dochází k fibróze a dále k teleangiektázii a svaštění, což vyúsťuje v poruchy jeho vyprazdňování a k hematurii (přítomnosti krve v moči). U mužů jsou poruchy močení obvykle vnímány opět jako průvodní znak stárnutí, což vede i k jejich snazšímu přijetí, mnohdy i s humorem (stejně jako v případě zvětšené prostaty). Pro ženy však podobné změny mohou být psychicky zatěžující. Problematický může být i masivnější výskyt hematurie (přítomnosti červených krvinek v moči), který může v pacientovi vyvolat mylný dojem, že má v těle nějaké nádorové onemocnění. Je proto na lékaři, aby dokázal pacientovi dostatečně vysvětlit, proč u něj k hematurii bude docházet i v době, kdy je zcela „zdravý“, a že krev v moči pro něj bude běžným projevem, který nebude indikovat výskyt jakékoliv patologie.

Velmi nepříjemné mohou být pozdní radiační reakce na ozáření mozku. I ty jsou ireverzibilní neboli nevratné. Mohou do nich patřit edémy způsobující bolesti hlavy, poruchy neurokognitivních funkcí, které se mohou projevit až změnami osobnosti, či poruchy hypothalamo-hypofyzárních funkcí, které se rovněž mohou projevit změnami osobnosti (hlavně způsobem reakcí pacienta na stres), ale také významnými změnami vzhledu (např. tělesné hmotnosti). Vzácně se také může vyskytnout leukoencefalopatie (poruchy bílé hmoty mozkové způsobující poruchy osobnosti, motoriky, zraku, akinetickou katatonii či demenci) až výjimečně také nekróza, která způsobí trvalou absenci mozkových funkcí nekrotizované tkáně (např. ztrátu zraku, řeči apod.) [31]. Drtivá většina těchto obvykle vzácných následků se přímo a trvale promítá do psychiky pacienta i způsobu jeho fungování v běžném životě a v jeho psychosociálním prostředí a výskyt těchto pozdních nežádoucích dopadů radioterapie lze považovat za indikaci dlouhodobé psychoterapie. Pacient sám, díky fyziologickým změnám v mozku, které nemůže nijak ovlivnit, není často schopen na tyto změny nahlédnout, a může je vnímat třeba tak, že mu v životě najednou „není dobře“. Zejména při postižení jen hypothalamo-hypofyzárních funkcí však může vnímat výrazné nekontrolovatelné změny ve svém chování, na které občas dokáže nahlédnout a které jsou pro něj značně traumatizující, a to zejména proto, že v nich není svobodný a z podstaty fyziologických změn je nemůže být schopen ovládat. Díky neuroplasticitě, z pohledu neurofyziologie, a habituaci, z pohledu psychiky, je však možné, že dopady těchto změn se mohou časem zmírnit a kvalita života pacienta dozná zlepšení [24].

Mezi občas se vyskytující pozdní změny bohužel patří i trvalá neplodnost (u mužů i žen) a erektilní dysfunkce u mužů (viz též kapitola 5.13). To se týká zejména těch, kteří si prošli brachyterapií prostaty [30]. Zatímco ztráta plodnosti u žen může být, i díky typicky vyššímu věku onkologicky nemocných, brána jako nepodstatný faktor nijak nezasahující psychiku ani sexuální život, v případě mužů mohou být tyto dopady velice významné, a to bez ohledu na to, zda už mají děti či nikoliv. Schopnost plodit děti je pro řadu mužů důležitým indikátorem jejich mužství. Ještě ničivější dopady pak může mít trvalá erektilní dysfunkce (ED), která mnohdy vede i k rozpadu partnerských vztahů, a to i v typickém věku výskytu onkologického onemocnění (65 let). Pro muže tyto dva možné negativní důsledky radioterapie aplikované v oblasti prostaty (typicky ve vyšším věku) představují významný zásah do sebepojetí a nutnost přehodnotit svůj další život. Na rozdíl od např. alopecie či skvrn na kůži však zejména ED muži nevnímají jako přijatelnou „daň za vyléčení“ a mnohdy se musejí vyrovnat se silným vztekem, zklamáním a ranou pro vlastní sebevědomí.

Kromě pozdních změn existují také **velmi pozdní změny** vznikající s odstupem let od poslední radioterapie. Ty jsou způsobeny mutacemi buněk, což podobně jako u pozdních účinků chemoterapie může vést k výskytu sekundárních malignit – tedy jiných zhoubných nádorů způsobených předchozím ozařováním. Ty mívají dva vrcholy výskytu – okolo třetího roku po ozáření (hlavně hematologické

malignity) a s odstupem 10 až více let (hlavně solidní nádory) [17]. O psychických aspektech sekundárních malignit bylo pojednáno již v kapitole o chemoterapii.

4.9 Chemoradioterapie

Chemoradioterapie, či také radioterapie s konkomitantní (současně podávanou) chemoterapií je léčebnou modalitou, kdy chemoterapie a radioterapie probíhají současně. Lékaři ji volí relativně často, neboť vykazuje vyšší účinek než samotná radioterapie [6]. Znamená to však, že pacient se musí paralelně potýkat se všemi průvodními jevy, nežádoucími účinky i dopady na psychiku obou léčebných modalit (viz kapitoly 4.7 a 4.8).

Kromě zvýšené zátěže, však může chemoradioterapie přinášet i značné výhody, a to nejen ve vyšší účinnosti při léčbě nádoru. Jak vyplývá z kapitol 4.7 a 4.8, řada zejména časných vedlejších účinků některých cytostatik a radioterapie je velmi podobná. V případě volby chemoradioterapie se s nimi pacient také musí vyrovnávat po výrazně kratší dobu, než kdyby obě modalit proběhly sériově, tedy po sobě. Stejně tak se zkracuje doba, za kterou se pacient zotaví, neb každá z modalit obvykle trvá v řádu několika měsíců. Pacient je tak díky léčbě vyřazen z běžného fungování na kratší dobu a za kratší dobu také velká část vedlejších účinků odezní.

4.10 Biologická léčba

Biologická léčba, nebo také **cílená léčba** (targeted therapy) tvoří čím dál významnější léčebnou modalitu a právě proto, že je cílená, je vždy připravovaná na míru konkrétnímu pacientovi, respektive jeho nádoru a imunitnímu systému [6][17]. Podobně jako v případě chemoterapie se jedná o systémovou léčbu, tedy léčbu, která působí v celém těle. V tomto případě je to však, na rozdíl od nescifické chemoterapie, léčba specifická, neboť působí pouze na buňky, které splňují určité charakteristické znaky, kterými se vyznačují zejména nádorové buňky konkrétního pacientova nádoru [17]. Biologická léčba se podává buď samostatně, nebo v kombinaci s chemoterapií, jejíž účinnost zvyšuje.

Mezi látky využívané v biologické léčbě patří látky, které blokují některé buněčné mechanismy určitých skupin buněk (zejména buněčné dělení a růst), které blokují mechanismy bránící buněčné smrti (typicky charakteristický znak nádorových buněk, viz kapitola 3.1), anebo které aktivují některé mechanismy v rámci imunitního systému. Léčbě postavené na podpoře změn v imunitním systému, která v současné klinické praxi v rámci biologické léčby zcela dominuje, se říká **protinádorová imunoterapie**. V současné době jsou však zkoumány i nástroje biologické léčby cílící např. na mitochondrie nádorových buněk, které s imunitním systémem nijak neinteragují. To znamená, že imunoterapie je podmnožinou biologické léčby, a nikoliv synonymem.

Protinádorová imunoterapie se snaží využít imunitních mechanismů k indukci, znovunastolení nebo posílení protinádorové imunitní reakce (viz kapitola 3.3) [10]. Do těchto mechanismů se zařazuje i tzv. virová terapie využívající onkolytické viry (viz kapitola 3.5), která však není doposud využívána v klinické praxi [10]. Moderní imunoterapeutické přístupy také využívají odběr pacientových imunitních buněk, které jsou v laboratoři dovybaveny novými povrchovými molekulami a ligandy, na které nádor není adaptován (viz kapitola 3.3), a následně jsou infuzí zavedeny zpět do pacientova těla, čímž se takto upravená pacientova protinádorová imunita dostává zpět před dosažení únikové fáze v rámci imunoeditace nádoru (viz kapitola 3.3), čímž obvykle dochází k jeho masivnímu zmenšení a případně i k vymizení metastáz a mikrometastáz [10]. Díky tomu, že část imunoterapeutických přípravků je vyvíjena přímo v ČR (společnost Sotio), mají čeští pacienti, v rámci nejrůznějších výzkumných studií konaných obvykle ve spolupráci s komplexními onkologickými centry, poměrně častý přístup k nejnovější imunoterapii. Biologická léčba obecně je ekonomicky velmi náročná (řádově statisíce někdy miliony korun za měsíc léčby), proto ji revizní lékař zdravotní pojišťovny ne vždy schválí.

Biologická léčba tedy působí na buněčné úrovni a dělí se do skupin podle mechanismu svého účinku (např. monoklonální protilátky blokující růstové faktory), dále pak podle konkrétních cílových struktur (např. VEGF neboli vascular endothelial factor, což je látka klíčová pro vznik nových cév, a tím pádem i pro podporu cévního zásobení nádoru, a hlavně vzniku jeho metastáz) a pak podle konkrétní léčebné látky (zde např. Bevacizumab nebo Ziv-aflibercept) [17]. Tyto krkolomně vypadající názvy léčebných látek mají ve svém systému názvosloví zakódován i mechanismus svého účinku. Často proto lékaři používají právě tyto názvy, namísto obchodních názvů přípravků pro biologickou léčbu (v našem příkladu Avastin a Zaltrap) [17].

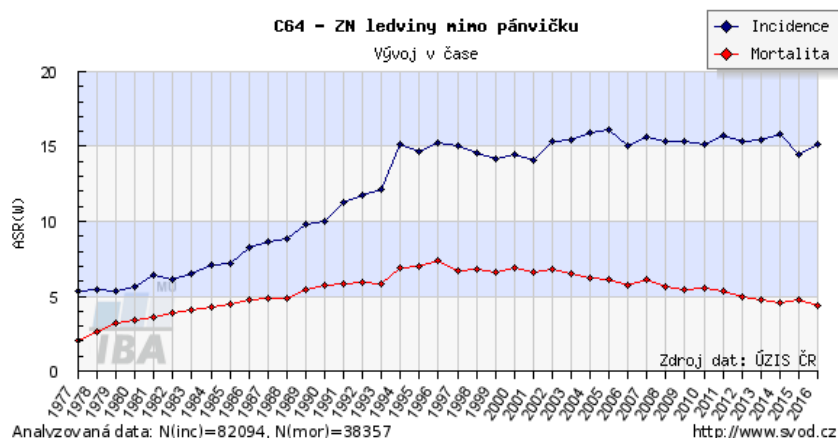
Vedlejší účinky i efektivita biologické léčby jsou značně individuální, a to dokonce i při podání stejného přípravku ve stejné dávce, což není obvykle dost dobře možné, neboť se bavíme o léčbě na molekulární úrovni, takže vytvořit opravdu dvě „stejně“ dávky je nereálné. Pro představu, jak moc se mohou lišit vedlejší účinky biologické léčby, můžeme využít infekci virem spalniček, který je prokazatelně onkolytický a už v několika lékařských studiích se dostatečně prokázala jeho vysoká účinnost [21]. Asi žádní dva lidé, kteří se nakazí tím samým virem spalniček, nebudou mít stejný průběh onemocnění. Už jeho exantém (výsev) nebude rozhodně identický. Navíc někteří nemocní budou mít velmi silné dlouhotrvající horečky, zimnice a budou zvracet a malá část z nich bude mít i pro spalničky typické trvalé následky.

S biologickou léčbou a jejími vedlejšími účinky je to podobné jako s využitím onkolytických virů. Tím, že je to **cílená léčba**, jak se někdy také označuje, je jakékoliv porovnávání průběhu léčby a jejich vedlejších účinků mezi dvěma pacienty zcela absurdní a nemožné (viz též kapitola 6.10). To bohužel znamená, že nelze vedlejší účinky ani předpokládat. Jejich popis probíhá stejně jako u libovolných jiných farmaceutických přípravků – tedy na základě seznamu všech vedlejších účinků a jejich pravděpodobností, které se ve fázi testování objevily. Na rozdíl od chemických přípravků se v případě biologické léčby bavíme někdy přímo i o živých buňkách, které interagují se živým prostředím uvnitř pacientova těla, takže celou řadu interakcí nelze nejen předvídat, ale dokonce ani do detailu přesně vysvětlit. Imunologie je totiž jedním z nejrychleji se rozvíjejících oborů a mnohé postuláty a náhledy na fungování imunitního systému se opakovaně a radikálně mění, a to v horizontu jednotek let [10]. Přesto ale současná medicína zná obrovský potenciál biologické léčby a zejména imunoterapeutické léčby, protože právě nádorový imunitní dohled a imunoeditace nádoru – známé teprve od přelomu 21. století – jsou klíčovou a poslední fází před propuknutím toho, co klasifikujeme jako onkologické onemocnění (viz kapitola 3.3).

Díky tomu, že biologická léčba staví na detailních znalostech buněčné biologie a imunologie, které přesahují nejen obecně známou středoškolskou biologii, ale i běžně vyučovanou látku na lékařských fakultách, je zároveň zahalena největším množstvím tajemství a nejistoty. To samozřejmě vytváří prostor pro nejrůznější spekulace, zejména mezi pacienty. Navíc ještě na přelomu století byla biologická léčba, v rámci studií, podávána obvykle pacientům v terminální fázi onemocnění (viz kapitola 4.20), což je informace, se kterou dodnes někteří pacienti pracují (zejména ti, kteří měli v rodině onkologicky nemocného, který na rakovinu zemřel). V dnešní době je však biologická léčba už zcela běžně využívaná léčebná modalita, zejména u karcinomů prsu (zejména trastuzumab, lapatinib, bevacizumab), kolorektálních karcinomů (bevacizumab, cetuximab), nádorů ledvin (pazopamib, sunitinib), ORL nádorů (cetuximab) a nádorů plic (gefintinib, erlotinib) [6].

Více než u ostatních léčebných modalit zde také platí, že běží celá řada výzkumných studií na další přípravky, do kterých se onkologičtí pacienti běžně zapojují. Množství objevených a schválených léčebných přípravků, zejména u imunoterapie, každoročně rapidně vzrůstá [10], což se přirozeně výrazně podílí na změně prognóz jednotlivých typů nádorů. Kupříkladu mortalita nádorů ledvin, kde se biologická léčba běžně používá, v posledních letech neustále klesá. Tyto nádory přitom v ČR mají

nezvykle vysoký výskyt, vytvářejí často metastázy a zůstávají dlouho asymptomatické, což je činí poměrně zákeřnými [17].



Obrázek 10 – Vývoj mortality u nádorů ledvin mimo pánvičku (C64) napříč stádii (zdroj: svod.cz)

Řada onkologických pacientů vnímá možnost zapojit se do výzkumné studie jako klíčovou šanci pro své vyléčení a vkládá do toho velké naděje. Pokud do výzkumné studie nejsou vybráni, berou to často jako osobní prohru, jako ztrátu šance se vyléčit. Pacienti, kteří se do studie dostanou, si od toho naopak slibují, že právě tohle bude to, co je vyléčí. V obou případech se bohužel jedná o naprosté nepochopení toho, jak funguje primární výzkum v oblasti biologické léčby a často i o nepochopení reálných možností, kterými biologická léčba disponuje. Pacienti vstupující do výzkumné studie by sice měli být řádně informováni o naprosto všech aspektech účasti ve studii, ale stejně jako v řadě případů, kdy lékaři předávají pacientům důležité informace, se zde významně uplatňují kognitivní zkreslení, včetně kognitivních zkreslení paměti, a pacienti navíc mohou často narážet na to, že i bez uplatnění kognitivních zkreslení správně nepochopí všechny předané informace.

Realitou výzkumných studií je, že pacienti dostávají léčivo, jehož buněčný mechanismus účinku je známý a o kterém výrobce ví, jak by – za předpokladu, že naše znalosti buněčné biologie a imunologie jsou správné – měl přesně fungovat na lidech. Přípravek je také ve fázi, kdy byl už úspěšně otestován na zvířatech a jeho účinek pro zvířata byl prokazatelně přínosný. Nyní se tedy nachází buď ve III. fázi, kdy už je velmi dobře známa skutečná účinnost, avšak nejsou dostatečně známy ještě všechny vedlejší účinky na lidský organismus, či ve IV. a poslední výzkumné fázi, kdy už je známa i drtivá většina vedlejších účinků a léčivý přípravek je už téměř připraven pro komerční nasazení.

Bohužel právě tyto výzkumné studie bývají i zdrojem změn našeho poznání buněčné biologie a imunologie, což znamená, že u pacientů zejména u studií ve III. výzkumné fázi může dojít jak k bezproblémovému účinku přesně jako tomu bylo v předchozích fázích na buněčných kulturách a zvířatech, tak ale i k nečekaným a někdy i vážným komplikacím v důsledku toho, že něco v lidském těle funguje jinak, než jsme se domnívali, nebo že výrobce léků něco opomněl (což není moc časté), nebo že konkrétní pacient měl v těle něco neobvyklého (např. prodělal nějakou předchozí infekci v dětství), co vyvolalo např. nečekanou nestandardní reakci jeho imunitního systému (což se může stát i u studie ve IV. fázi).

Realita je tedy taková, že šance na remisi, které účast ve výzkumné studii pacientovi dává jsou neznámé, a existuje zde i pravděpodobnost, že se dostaví vážné a někdy i trvalé nežádoucí účinky, a to buď předem očekávané (zejména u studií ve IV. výzkumné fázi), anebo nečekané. To je zároveň významný rozdíl oproti podávání již schválených léčebných přípravků, kde míra nejistoty je u biologické léčby sice velká, ale jsou aspoň dostatečně prozkoumány všechny předpokládané vedlejší účinky a

kontraindikace pro nasazení léčebného přípravku. Ty se právě zjišťují v oné III. a IV. výzkumné fázi, kdy jsou přípravky testovány na lidech.

4.10.1 Vybrané nežádoucí účinky

Jak bylo řečeno výše, tak nežádoucí účinky biologické léčby jsou značně individuální a bytostně souvisejí s konkrétním specifickým mechanismem účinku daného léčiva, ale i s aktuálním stavem imunitního systému pacienta. Hlavním rizikem zejména **imunoterapie** může být narušení správné funkce imunitního systému, a to zejména prolomení tolerance vlastních imunitních buněk vůči ostatním tkáním [17] (tj. narušení rovnováhy T regulačních lymfocytů vůči ostatním imunitním buňkám [10]). To může vést až k okamžitým život ohrožujícím autoimunitním onemocněním, což je hlavní odlišnost biologické léčby od ostatních léčebných modalit [17]. Příchod takovýchto vedlejších účinků přitom nelze dostatečně předvídat, neboť zastoupení a aktivita jednotlivých imunitních buněk v různých částech těla jsou odlišné [10].

Nejčastější nežádoucí účinky check-point inhibitorů (početná skupina imunoterapeutických přípravků) jsou kožní toxicita (vyrážky a svědění způsobené lehkou autoimunitní reakcí), enterokolitida (záněty tenkého a tlustého střeva způsobené autoimunitní reakcí projevující se průjmy, bolestmi břicha, krví ve stolici, či v krajním případě perforací (protržením) trávicí trubice), endokrinopatie (neboli v tomto případě autoimunitní onemocnění žláz s vnitřní sekrecí, typicky u hypofýzy, štítné žlázy a nadledvin), hepatopatie (v tomto případě autoimunitní onemocnění vedoucí k autoimunitní hepatitidě a elevaci jaterních enzymů) a autoimunitní pneumonitida (zánět intersticia způsobující zhoršený přísun kyslíku do organismu a dušnost). Obecně vzato však imunitní systém, jehož rovnováha byla narušena, může napadnout libovolnou část těla, a to i několik týdnů až měsíců po ukončení léčby [17].

Psychické aspekty těchto průvodních jevů imunoterapie jsou do značné míry determinovány tím, nakolik pacient porozumí tomu, co se během projevení vedlejších účinků děje. Pacienti, kteří chápou, že se jedná o autoimunitní reakci mají obvykle tytéž psychické projevy jako pacienti s jinými autoimunitními chorobami, a to včetně velkých výčitek vůči sobě, že se „sami sebe snaží zabít“ (viz kapitola 6.5).

Pacienti, kteří vnímají imunoterapii jen jako jakousi netransparentní léčebnou modalitu nádorového onemocnění k jejím vedlejším účinkům přistupují obdobně jako k vedlejším účinkům chemoterapie či radioterapie a kromě určitého vzteku na nádor, který může třeba i přispívat k bojovému nastavení (fighting spirit) a tím obvykle pozitivně ovlivňovat imunitní systém [9], se potýkají zejména s jednotlivými symptomy těchto vedlejších účinků, které jsou obdobné jako u vedlejších účinků chemoterapie a radioterapie popsaných výše.

4.11 Hormonální léčba

Hormonální léčba patří mezi nejdéle využívané léčebné modalit [17]. U některých typů nádorů jsou přítomné hormonální receptory (na buněčné membráně, případně v jádře či cytoplazmě), což je právě i jedním z důvodů, proč je histologické, případně cytologické vyšetření základem přesně stanovené onkologické diagnózy. V okamžiku, kdy nádor disponuje hormonálními receptory, lze totiž manipulací s hladinami příslušných hormonů nádor výrazně ovlivnit. Cílem takové léčby pak může být snížení produkce daného hormonu v těle nebo potlačení jeho účinku na nádorovou tkáň [17].

Typickými hormony, které hrají roli v léčbě některých nádorových onemocnění, jsou gonadotropní (pohlavní) hormony, a to především estrogeny, které se uplatňují u karcinomu prsu a endometria, dále 5- α -dihydrotestosteron (DHT), který výrazně ovlivňuje prostatický epitel, dále hormony kůry nadledvin, které se mohou v testosteron či DHT proměnit (4-androstendion a dehydroepianodrosteron) [17]. Kromě těchto hormonů se využívá v hormonální léčbě také

glukokortikoidů, tedy steroidních hormonů, které si jinak naše tělo vytváří samo, během stresové reakce, a které jsou pro své komplexní účinky na organismus využívány i při léčbě hematologických lymfoproliferativních nádorů, a i u některých solidních nádorů (viz kapitola 2.3) [17]. Hormonální léčba tedy zjednodušeně využívá pohlavních a stresových hormonů, což má samozřejmě výrazné dopady nejen na psychiku pacienta, ale zejména v případech glukokortikoidů také mnohdy na jeho tělesnou hmotnost.

Také hormonální léčba se využívá ve formě adjuvantní, neoadjuvantní a paliativní. Podle způsobu užití se dále dělí na **ablativní**, **inhibiční** a **aditivní** [17]. **Ablativní** funkce slouží zejména k zablokování funkce vaječnicků (tj. navození neplodnosti u žen). **Inhibiční** funkce je využíváno při léčbě karcinomu prsu nebo prostaty pro snížení kontaktu nádorových buněk s ženskými (estrogeny) a mužskými (androgeny) pohlavními hormony, které se na vzniku a rozvoji těchto nádorů podílejí, neboť jsou karcinogenní (viz kapitola 3.2). Inhibice spočívá buď v blokádě tvorby těchto hormonů, nebo v **kompetitivní** inhibici v podobě zaplavení hormonálních receptorů náhradními látkami – antiestrogeny (fulverstrant a SERM) a antiandrogeny (cyproteron acetát, flutamid, nilutamid, bicalutamid) [17]. **Aditivní** funkce pak spočívá v podávání gestagenů (ženské pohlavní hormony jako např. progesteron), které mechanismy svého účinku potlačují syntézu steroidů a zabraňují produkci růstových faktorů, které jsou klíčové pro růst nádorových buněk [17]. **Aditivní** funkce se využívá zejména v doplňkové léčbě anorexie, která může být vedlejším účinkem některých cytostatik (viz kapitola 4.7.1) [17].

Vedlejší účinky hormonální léčby se projevují zejména na změnách v citlivosti na vnější podněty, podrážděnosti vůči okolí a na vnějším vzhledu pacienta (obvykle nabírání hmotnosti), což tuto zvýšenou citlivost a podrážděnost mnohdy ještě umocňuje. S ohledem na to, že se jedná o přímé působení na hormonální hladiny, na které (v případě glukokortikoidů) přímo reaguje hypothalamus úpravou dalších procesů v těle [24], jedná se o pro pacienta nevědomé a mnohdy neuvědomované změny, které však mívají citelný a komplexní dopad nejen na jeho organismus, ale i na jeho blízké vztahy a sebepojetí.

Pro pacienta nejsnáze identifikovatelným znakem je zvýšení tělesné hmotnosti, které se obvykle pacient snaží kompenzovat cvičením a dietou. Ta je ovšem mnohdy i součástí léčby onkologického onemocnění a někdy neumožňuje příliš variability, což je pro pacienta samo o sobě frustrující. V krajním případě může nespokojenost s vlastním tělem vést i k poruchám příjmu potravy. Velká část pacientů, i díky podpoře od ostatních pacientů, ale dochází ke smíření s novou tělesnou hmotností s tím, že je to „daň“ za vyléčení.

Mnohem výraznější dopady na psychiku mívá však dočasná neplodnost pacientek, zejména, pokud dojde k adjuvantnímu (pooperačnímu) nasazení dlouhodobé hormonální terapie, což běžně dochází např. u karcinomů prsu. Na vnímání neplodnosti má přirozeně výrazný vliv věk pacientky, to, jestli chtěla mít ještě děti, jestli nějaké děti má a jestli hormonální léčba má šanci skončit v době, kdy ještě bude plodná. Problematice neplodnosti, coby následku onkologického onemocnění se blíže věnuje kapitola 5.13.

Pro pacienty zejména s adjuvantní či paliativní hormonální léčbou lze obecně doporučit psychoterapii coby podpůrný nástroj, který jim pomůže vyrovnat se s novým tělem, jeho omezeními po onkologickém onemocnění jako takovém, i s jejich fungování pod vlivem hormonů, které ovlivňují jejich chování a prožívání.

4.12 Transplantace

Transplantace je důležitou léčebnou modalitou zejména hematologických nádorů, kde v některých případech je nezbytné provést transplantaci nebo též transfer kostní dřeně od dárce. Využívá se však i

v jiných případech, kdy dochází k transplantaci nádorem postiženého orgánu (např. u hepatocelulárních nádorů jater se jedná o jednu z lege artis kurativních metod [17]).

Transplantace má dalekosáhlé dopady na organismus, ale i na psychiku pacienta. Z pohledu celého procesu lze rozdělit tyto svou podstatou prožívání odlišné části: na **čekání na dárce, čekání na zákrok, stav bezprostředně po zákroku a běžné fungování po transplantaci**.

Čekání na dárce je obvykle fáze plná nejistoty (viz kapitola 6.2). Jako první dárce (u kostní dřeně) připadají v úvahu rodinní příslušníci. Ne vždy jsou však rodinní příslušníci ochotni podstoupit potřebná vyšetření, či kostní dřeň darovat. Během vyšetření příbuzných navíc probíhá i jejich základní vyšetření na molekulární nádorové markery (viz kapitola 4.14), které zejména u rodičů pacienta, kteří jsou z podstaty věci starší, a tudíž náchylnější k výskytu nádorových onemocnění, může vést k náhlé nečekané diagnóze onkologického onemocnění. To zároveň znemožňuje využití kostní dřeně rodičů pro pacienta samotného, ale i pro celou rodinu, a vytváří obvykle zcela neoprávněnou obavu o genetickou zátěž rodiny predispozici k nádorovým onemocněním. Nezřídka se stává i to, že vyjde najevo, že sourozenci nejsou ve skutečnosti sourozenci ve smyslu toho, že mají odlišného otce a někdy i matku.

Pokud se nenajde dárce kostní dřeně přímo v rodině, je pacient odkázán na příslušný registr dárců. To se týká i transplantace jater a dalších orgánů. V případě kostní dřeně v dnešní době velké množství pacientů samo hledá dárce prostřednictvím sociálních sítí. Často oslovují i svůj pracovní kolektiv. Je to možnost, jak s celou věcí mohou něco sami dělat, a zároveň pomoci jiným pacientům čekajícím na kostní dřeň u nás či v zahraničí (databáze dárců je mezinárodně sdílená). Pokud je takový příspěvek na sociálních sítích dostatečně sdílen, přináší to pacientovi, jak naději (viz kapitola 6.9), tak pocit naplnění z toho, že tím někomu může pomoci. Z pohledu psychiky je to tak velmi prospěšná aktivita. Podobné dopady má i to, pokud se pacient (např. starší), dozví, že pro něj něco podobného udělali jeho děti, nebo vnoučata. Tam se dostavuje ještě efekt naplnění z toho, že své děti „dobře vychoval“ a že ho mají (dětí či vnoučata) rády.

Nalezení vhodného dárce a jeho souhlas s celým procesem je pro nemocného velkou nadějí. Nemocný často vidí v transplantaci konečné vyléčení nádorového onemocnění, což bohužel není na reálných datech postavený předpoklad. Velká část pacientů ale po transferu kostní dřeně, či transplantaci jater se už skutečně s původním nádorovým onemocněním nesetká. **Čekání na zákrok** provází velké množství předoperačních vyšetření. Pacient také často mívá strach, aby neonemocněl, nebo se nestalo něco jiného, co transplantaci může zvrátit, protože transplantaci předchází cílené oslabení imunitního systému. U transferů kostní dřeně musí také dojít k chemoterapii nebo celotělovému ozáření, které mají za úkol zcela zničit poškozenou kostní dřeň pacienta, což mimo jiné vede právě i k onomu oslabení imunity. Samotný nástup však může být poněkud traumatizující, a to zejména extrémním důrazem na dezinfekci naprosto všeho, co s sebou pacient (nebo i návštěva) přináší [32]. Transplantace kostní dřeně není chirurgickým zákrokem a nevyžaduje anestézii. Jedná se de facto o infuzi, proto se mnohdy používá termín transfer kostní dřeně, kdy se krvetvorné buňky dárce během 2 až 3 týdnů samy v těle usadí.

Stav bezprostředně po zákroku zdaleka nebývá pro psychiku tak růžový, zejména ne u transferu kostní dřeně, kdy je pacient izolován na malém pokoji s vlastní toaletou – tzv. ostrůvku života [33] – a je neustále připojen hadicemi na přístroje vně pokoje (kvůli nedostatku kyslíku, respektive červených krvinek, transfuzím červených krvinek a krevních destiček a podávání silných antibiotik jako prevence infekce v těle prozatím de facto bez imunitních buněk).

Pacient si prochází celou řadou smíšených pocitů – úleva, strach z toho, jak a jestli se štěp ujme, obavy z komplikací po transplantaci (viz dále), ale také obavy z návratu do běžného života, protože pokud vše dopadne tak, jak pacient původně doufal, tak celá obvykle velmi zdlouhavá, náročná a vyčerpávající cesta hematologickým onemocněním transferem končí (vyjma následných kontrol). U pacientů s alogenní transplantací je vše umocněno ještě podáváním imunosupresiv (viz hormonální léčba).

V případě transplantace jater je situace horší v tom, že tato velká břišní operace s sebou přináší obvyklé komplikace pro takto náročný chirurgický zákrok – silné bolesti, nutnost časně rehabilitace (hlavně chování) po operaci atd. Právě bolest obvykle zaměstná pacienta v prvních dnech natolik, že na další psychické procesy nedorazí. Také hospitalizace obvykle trvá déle, řádově týdny. Pak ale následují obdobné procesy jako u transplantace kostní dřeně při nasazení imunosupresiv (viz hormonální léčba) [34].

Běžné fungování po transplantaci, po propuštění do domácí péče provází nějakou dobu obavy z komplikací po transplantaci. V případě alogenní transplantace kostní dřeně existují rizika větší, zejména v podobě reakce štěpu proti hostiteli, kdy lymfocyty dárce začnou poškozovat pacientovu tkáň [33]. Pro všechny typy transplantace jsou však rizikem i tzv. pozdní následky jako poruchy funkce žláz s vnitřní sekrecí (včetně poruch růstu u dětí), včetně poruch plodnosti, vzniku sekundárních malignit (viz popis u chemoterapie), poruchy tvorby slin a narušení sliznic (viz podkapitola o radioterapii) a šedého očního zákalu. Tyto pozdní následky, stejně jako u pozdních důsledků chemoterapie a radioterapie bohužel absolutně nelze předvídat ani předem vyloučit.

I do běžného života lidí po transplantaci jater zasahují obavy z důsledků transplantace. Ty jsou navíc vždy umocněny podáváním imunosupresiv, která dávají hypothalamu uměle generovaný signál, že pacient se nachází v silném stresu (viz hormonální léčba) [24]. Možné potransplantační komplikace se týkají rejekce (neboli odmítnutí organismu) jater od dárce, dále pak komplikací týkajících se žlučových cest (ty plynou zejména z nepoměru průměru žlučových cest dárce a příjemce jater a projevují se záněty s průvodní horečkou či třesavkou – tedy podobnými stavy jako po ozařování), možnými avšak velmi vzácnými cévními komplikacemi, ale i mnohem častější kýlou v pooperační jizvě, nebo důsledky hormonální léčby steroidy – vysoký krevní tlak, častější infekce a v krajním případě cukrovka (viz důsledky stresové reakce a [19]).

Při minimu vedlejších účinků a s postupným vysazováním imunosupresiv se však pacient, pakliže nedorazí k sekundární malignitě, vrací zpět do normálního života.

4.13 Podpůrná terapie

Podpůrná terapie nijak neovlivňuje přežívání nádorových buněk [6]. Jejím primárním cílem je předcházení, snížení intenzity a co nejrychlejší náprava nežádoucích účinků jednotlivých léčebných modalit popsaných výše [6]. Kromě širokého spektra řešení vážnějších nežádoucích průvodních jevů chemoterapie, radioterapie, biologické či hormonální léčby sem často spadá i nutriční terapie, fyzioterapie, neurologická léčba a léčba bolestí (obvykle těch vyvolaných nádorem).

Také podpůrná terapie mnohdy zahrnuje celou řadu pro pacienta nových diagnostických vyšetření (typicky neurologických vyšetření, kardiologických vyšetření, krevních rozborů), což bohužel přispívá k časové i emoční zátěži pacienta, protože opět je to o nějakém čekání na vyšetření a jejich výsledky a o další nejistotě, co bude dál. U celé řady onkologických pacientů, zejména těch, kteří trpí nezhoubnými nádory, novotvary in situ anebo zhoubnými nádory v I. stádiu (viz kapitola 2) nemusí být vůbec žádná podpůrná terapie potřebná.

Velmi vhodnou, avšak v ČR stále ne dostatečně využívanou, je také psychoterapeutická a psychiatrická podpůrná terapie. Pacientům jsou podávána hlavně antidepresiva (často preventivně, aby zvládali lépe

zejména nejistotu (viz kapitola 6.2) a neustálé čekání, ale také náročné emoční stavy při projevech nežádoucích účinků jednotlivých léčebných modalit), a anxiolytika pro potlačení okamžitých úzkostí [17]. Psychoterapie má zase významný potenciál nejen snížit projevy úzkostí (zejména u pacientů s hormonální léčbou, viz kapitola 4.11), ale také aktivně působit prostřednictvím různých psychoneuroimunologických mechanismů na imunitní systém pacienta (ať už na buněčnou imunitu či některé signální molekuly), což v případě některých nádorových onemocnění prokazatelně zvyšuje šance pacienta na remisi onemocnění [9][25].

Psychoterapeutická a psychiatrická podpůrná léčba je často indikována jen u pokročilých semimaligních a zhoubných nádorů, avšak profitovat zejména z té psychoterapeutické části by mohli v zásadě všichni onkologičtí pacienti, včetně těch s novotvory in situ (viz kapitola 2.4), které jejich život při a po diagnóze ze své podstaty po somatické stránce v podstatě vůbec neovlivní.

4.13.1 Zavedení PEG a psychika pacienta

Relativně často využívanou a pacienty zátěžově vnímanou součástí podpůrné terapie je zavedení PEG (perkutánní endoskopické gastrostomie) [17] sloužící k výživě pacienta. PEG je tenká sonda zavedená přímo do nitra žaludku přes břišní stěnu s vyústěním na kůži břicha. Kanálek sondy je dlouhý cca. 2 až 3 cm a v případě, že už není potřeba, sonda se jednoduše odstraní a místo vpichu se poměrně rychle zahojí. PEG se využívá u některých pokročilých nádorů např. plic, mandlí, hrtanu a obecně při nádorech, které svou přítomností dlouhodobě (obvykle déle než 6 týdnů) zabraňují pacientovi v řádném příjmu potravy event. tekutin. PEG je využíván obvykle řádově měsíce, někdy i po dobu třeba až dvou let. O délce využití PEG rozhoduje zejména to, kdy je pacient už schopen zase přijímat potravu ústy [37]. Kromě PEG existuje také značně vzácnější PEJ (perkutánní endoskopická jejunostomie) využívaná v případě, že není možné potravu zavádět do žaludku, kdy je sonda zavedena přímo do tenkého střeva [37].

Z pohledu medicíny není zavedení PEG nijak náročné a probíhá endoskopicky, jen v lokální anestezii. Z pohledu psychiky je podstatné, že pro pacienta se zcela mění podávání stravy a její forma. Zároveň přichází i o chuťové vjemy, které jsou ovšem i tak při nutnosti zavedení PEG dávno negativně ovlivněny přítomností nádoru i probíhajícími léčebnými modalitami. Podobně jako v případě intravenózního portu (viz kapitola 4.7.4), i zde pacient má na těle „hadičku“, která vyčnívá v tomto případě přímo z jeho břicha. O PEG navíc musí sám pravidelně pečovat a zejména v prvních 10 dnech od zavedení sledovat místo, kde vstupuje do břišní stěny [37].

Psychickou zátěž způsobenou radikální změnou složení a formy příjmu potravy, nutností každodenní péče o PEG a změnou vnějšího vzhledu (na běžně neexponovaném místě) pacientovi ovšem značně kompenzuje schopnost plnohodnotné výživy. PEG se totiž obvykle zavádí tehdy, kdy pacient už nějakou dobu nebyl schopen plně přijímat potravu nebo její příjem mu působil značné potíže a bolesti. PEG je tak pro pacienty obvykle vítaným společníkem. Zatěžující je ovšem zejména pro blízké nemocných, kteří zavedení PEG vnímají jako důkaz vážnosti pacientova onemocnění. Z pohledu onkologické léčby je to však pouze podpůrná léčebná modalita, která má výrazně zlepšit kvalitu života pacienta (příjmem potravy v potřebném množství a složení a bez jakýchkoliv bolestí), a tím i zvýšit jeho šanci na přežití (v případě, že příjmu potravy zabraňuje samotný nádor) a přežití nežádoucích účinků léčby (v případě, kdy se na problémy s příjmem potravy podílejí i použité léčebné modality, zejména radioterapie, chemoterapie či chirurgické řešení).

4.14 Screening molekulárních markerů

Screening molekulárních markerů je procesem, se kterým se onkologický pacient setkává poprvé již ve fázi určení přesné diagnózy, kdy dochází k imunohistochemickému rozboru odebrané tkáně při biopsii (odběru malého vzorku) či resekci (odstranění) nádorové tkáně. Procesu screeningu molekulárních

markerů však u velké části nádorových onemocnění bude pacienta provázet během celé doby jeho léčby i dispenzarizace, tedy následné onkologické péče (viz kapitola 4.16) po dosažení remise onemocnění [17]. Právě screening molekulárních markerů totiž bývá prvním indikátorem možného relapsu (návratu) onemocnění (viz kapitola 4.17).

4.14.1 Molekulární markery a jejich význam

Molekulární markery, či také biomarkery, jsou obecně řečeno sloučeniny, struktury, či procesy, na základě jejichž měření lze identifikovat výskyt či předvídat rozvoj nějakého onemocnění a případně i jeho reakce na využití léčebných modalit. Jedná se de facto o vedlejší průvodní jevy biologických procesů uvnitř těla.

V oblasti onkologie se nejčastěji využívá detekce přítomnosti nejrůznějších proteinů (bílkovin) v tělních tekutinách, povrchových molekul nádorových buněk (např. estrogenových receptorů) a relativně nově také čtení sekvencí DNA, respektive zkoumání konkrétních genetických mutací, v nádorových buňkách, či přítomnosti nukleových kyselin v séru (např. některé microRNA u nádorů prsu) [45]. Tyto markery jsou buď přítomné přímo v nádoru, nebo jsou z něj uvolňovány, nebo je produkuje tělo pacienta jako reakci na přítomnost nádoru [17].

4.14.2 Odběr vzorků pro stanovení molekulárních markerů

Molekulární markery se stanovují typicky ze vzorků odebrané tkáně zasažené nádorem, z krve, krevního séra, stolice a moči. To se liší podle konkrétního typu molekulárního markeru, který je potřeba stanovit. S konkrétním typem markeru pak souvisí i časová a finanční náročnost jeho identifikace v odebraném vzorku [45].

Oblast molekulárních markerů spolu s biologickou léčbou (viz kapitola 4.10) patří mezi vůbec nejrychleji se rozvíjející oblasti medicíny. To je způsobené zejména průlomem v oblasti molekulární biologie a genetiky, kterým si toto odvětví prochází v posledních 10 letech [45]. To znamená, že se v praxi objevují neustále nové a nové nádorové molekulární markery, a někdy se také upřesňuje konkrétní význam přítomnosti těch stávajících, zejména v kombinaci s některými z nově používaných markerů. Podobně také vznikají multimarkerové panely – např. prognostický Bethesda panel pro kolorektální karcinomy stanovovaný z odebraného vzorku tkáně (např. při kolonoskopii) – kdy z kombinace pěti různých molekulárních markerů lze usuzovat na prognózu vývoje daného nádoru.

Díky takto rychlému vývoji v oblasti molekulárních markerů je také potřeba si uvědomit, že ne všechna lékařská pracoviště musí být schopná identifikovat všechny nové molekulární markery, což souvisí s tím, že každým rokem jich přibývá hned několik nových.

Molekulární biologové také každoročně nacházejí zcela nové nádorové molekulární markery, které v některých případech dokonce umožňují zjistit přítomnost nádorových buněk v těle dokonce ještě předtím, než dosáhnou únikové fáze imunoeditace (viz kapitola 3.3) a bude je možné detekovat na současných medicínských přístrojích jako např. na PET/CT [45]. Příkladem budiž třeba již roky využívané vyšetření na přítomnost prostatického specifického antigenu (PSA) indikujícího přítomnost nádoru v prostatě [17], či nově zkoumaný monitoring genu ITGA4 coby možného velmi časného indikátoru vznikajícího nádoru tlustého střeva [45].

S ohledem na komplexnost molekulární biologie a genetiky je u každého typu nádoru nutné sledovat více markerů najednou, protože až jejich přesný poměr dává přesný obraz o tom, co se s nádorem děje, na jakou konkrétní léčbu by mohl reagovat a případně i v jaké konkrétní intenzitě ji zvolit. Kupříkladu u nádorů prsu se dnes rozeznává 11 různých skupin biomarkerů, u nádorů prostaty 23 různých skupin biomarkerů a u kolorektálních karcinomů dokonce 21 skupin biomarkerů a 5 multimarkerových panelů [45]. Celkově se bavíme o stovkách různých markerů pro různé typy nádorů.

Zároveň je zřejmé, že sdílení imunohistochemických výsledků jednotlivých nejznámějších markerů mezi různými pacienty, a dovozování případného významu výsledků kýmkoliv jiným než odborníky, je nejen nesmyslné, ale prakticky nemožné, protože bez detailních znalostí molekulární biologie a genetiky v podstatě není možné výsledky screeningového vyšetření interpretovat, a to ani s využitím Googlu. K čemu by například pacientce s karcinomem prsu, ale třeba i atestovanému gynekologovi, byla informace o hladině proteinu cyklin E, který je spolu s cyklinem D indikátorem toho, v jaké buněčné fázi se buňka nachází?

4.14.3 Druhy nádorových molekulárních markerů

Molekulární markery můžeme dělit na **diagnostické**, **prognostické** a **prediktivní** [17]. **Diagnostické markery** pomáhají určit, zda pacient má určité nádorové onemocnění, a využívají se také třeba při onkologické histopatologické diagnostice pro přesnější určení konkrétního typu nádoru. Příkladem může být například přítomnost cytokeratinů (bílkovin tvořících spojovací vlákna – intermediální filamenta) ve zkoumané tkáni, která ukazuje na možnou přítomnost epitelového nádoru (adenom či adenokarcinom), pro který jsou tato vlákna charakteristická. Diagnostické markery jsou tedy vodítkem, které se hodí zejména tehdy, jsou-li buňky nádoru málo diferencované, tedy nedostatečně dozrálé. V takovém případě totiž nejde rozeznat, o jakou buňku se původně jednalo, než u ní došlo k nádorovým genetickým změnám (viz kapitola 3.1), což je ovšem klíčové pro stanovení správné onkologické léčby.

Prognostické markery umožňují vyhodnotit celkový přínos zvolené standardní léčby. Pomáhají totiž předpovědět další vývoj onemocnění, ale také reakci nádoru na jednotlivé léčebné modalitty u pacientů s danými společnými charakteristikami jako jsou typicky například vrozené genové mutace BRCA1, které stojí za onkogynekologickými nádory, CA-19-9, které jsou typické pro nádory slinivky, jater, kolorektální karcinomy atd. [45].

Prediktivní markery umožňují vyhodnotit výhody využití konkrétních léčebných modalit u daného pacienta, porovnat jejich přínos a určit citlivost či naopak rezistenci nádoru na určité typy a formy léčby [45].

Je extrémně důležité si však uvědomit, že molekulární markery si nejsou rovny, a že zatímco přítomnost některých markerů (např. zmiňovaného PSA) znamená automaticky přítomnost nádoru, u jiných nádorových markerů samotná přítomnost či jejich zvýšená hodnota, onkologickou diagnózu nemusí vůbec znamenat – typicky např. zvýšená hodnota markeru VEGF-A (Vascular endothelial growth factor A), který je klíčový pro tvorbu nových cév a jehož zvýšená hladina se může vyskytnout v případech pokročilejších nádorů, kdy si nádor při svém růstu již potřebuje zajistit cévní zásobení.

4.14.4 Přístup pacientům ke screeningu molekulárních markerů

Screening molekulárních markerů je asi nejzáhadnější z celých procesů, kterému pacienti nejméně rozumějí. To je samozřejmě frustrující, protože většinu z nich screeningová vyšetření budou po celou dobu léčby, ale i následné dispenzarizace (viz kapitola 4.16) provázet.

Samotné výsledky v podobě čísel a nejrůznějších zkratk s písmeny a čísly pacientům nic neříkají. Pokud však lékař je schopen výsledky pacientovi srozumitelně interpretovat – např. nízkou hladinu cyklinu D a přítomnost cyklinu E v nádorové tkáni karcinomu prsu (projev přechodu buňky mezi G1 a S fází) interpretovat tak, že buňky nádoru se zatím nebudou dělit – je to pro pacienta rázem uchopitelná a uklidňující informace.

Bohužel, zkušenost řady pacientů je taková, že lékaři jim výsledky screeningu interpretují obvykle slovy: „Vypadá to dobře/špatně,“ event. „Výsledky nejsou jednoznačné,“ event. „V tuhle chvíli je to nejisté.“ V podstatě vše, kromě věty, že to vypadá dobře, a to ještě jen do doby, než se pacient zeptá, co přesně to znamená, je však nedostačující a vytváří to velký prostor pro vznik úzkostí, a hlavně prokazatelně i

pro vznik pozdějšího strachu z návratu rakoviny (FCR) [22]. To je podporované zejména tím, že právě na výsledky screeningu molekulárních markerů, stejně jako na výsledky PET/CT či PET/MRI, pacient obvykle čeká jako na něco zcela zásadního pro jeho další život i pro jeho psychosociální okolí. Jenže zatímco PET je interpretovatelné i pro pacienta poměrně snadno (vidím, že na obrázku něco „svítí“, nebo ne), screening nádorových molekulárních markerů je obvykle zcela nesrozumitelný. Tedy vyjma těch, kde nulová hladina markerů je automaticky vždy dobrou zprávou jako např. u zmiňovaného prostatického specifického antigenu (PSA).

Na druhou stranu, právě kvůli komplexnosti molekulární biologie, není v silách onkologa vždy detailní význam všech sledovaných molekulárních markerů pacientovi vysvětlit. Navíc ne vždy má onkolog sám k dispozici dostatečně expresivní vysvětlení výsledků z laboratoře. Jakýkoliv „překlad“ výsledků do pro pacienta srozumitelné řeči – nádor se dál nedělí, nezajišťuje si krevní zásobení atd. – je pro pacienta vždy vítané a mnohdy zcela postačující.

4.14.5 Falešná pozitivita u molekulárních markerů

Drtivá většina molekulárních markerů je tzv. nespecifická, tj. jejich výskyt v odebraném vzorku automaticky neimplikuje přítomnost nádorového onemocnění. Na přítomnost nádoru lze usuzovat až z kombinace různých markerů, které dohromady vypovídají o konkrétních biologických procesech uvnitř těla pacienta.

Vyšetření molekulárních markerů často přináší vysokou míru tzv. falešné positivity. To se týká dokonce i PSA (Prostate Specific Antigen), který je sice velmi často sám o sobě dostatečným indikátorem pro přítomnost karcinomu prostaty, avšak jeho výskyt je možný i při benigní prostatické hyperplazii (nezhoubném zvětšení prostaty) či prostatitidě (zánětu prostaty) [46]. Proto i při detekci specifického markeru je nezbytně nutné provést biopsii (odběr vzorku tkáně) a její histologický rozbor k tomu, aby bylo možné určit, zda se vůbec jedná o nějaké onkologické onemocnění [46].

Právě z důvodu vysoké míry falešné positivity molekulárních markerů je zejména při prvotním určování diagnózy, tj. nikoliv v dispenzarizaci, kdy jsou dlouhodobě sledovány konkrétní molekulární markery a jejich hladiny, vhodné připomenout, že, jak říká [17]: „*Histologické, případně cytologické vyšetření je základem přesně stanovené onkologické diagnózy. Často je nezbytnou podmínkou stanovení diagnózy také molekulárně genetické vyšetření. ... Bez patologické verifikace lze diagnózu malignity stanovit pouze výjimečně.*“

Míru výskytu falešné positivity u tří velmi často využívaných molekulárních markerů ukazuje následující tabulka ilustrující některé příklady falešné positivity u těchto markerů sestavená bioložkou a imunoložkou MUDr. RNDr. Mgr. Monikou Červinkovou, Ph. D.

Molekulární marker	Pozitivita u onkologických onemocnění	Pozitivita u neonkologických onemocnění
CA 19-9	Kolorektální karcinom (tlusté střevo a konečník) Cholangiocelulární karcinom (z buněk primárních žlučovodů) Karcinom žlučových cest Karcinom žaludku Event. mucinózní karcinom vaječnicků (produkující hlenovitý sekret)	Zánětlivá onemocnění žaludku, střeva, slinivky břišní a jater Cholestáza (městnání žluči)
CA 125	Karcinom vaječnicku Karcinom dělohy Karcinom vejcovodů	Infekční záněty v malé pánvi Gynekologické záněty Endometriosy

CA 125	Karcinom děložního čípku Karcinom plic Karcinom slinivky břišní Karcinomy trávicího traktu	Cirhosa jater Diabetes I. a II. typu Zánět slinivky břišní Zánět žlučníku Renální selhání (ledvin)
CA 15-3	Karcinom prsu Event. karcinomy plic a vaječníků	Záněty jater a průdušek Renální selhání (ledvin)

4.15 Remise onemocnění

Remise neboli úplný ústup onkologického onemocnění je často pacienty vnímána jako až euforická událost. Pacienti cítí velkou sílu (viz kapitola 6.8) a vnímají zprávu o úspěšném „ukončení“ onkologické léčby jako obrovskou úlevu. O tu bývají paradoxně ochuzeni ti pacienti, u kterých postačilo výlučně chirurgické řešení (viz kapitola 4.6), zejména pokud už v minulosti prodělali nějaké chirurgické zákroky v celkové narkóze a pokud nádor nijak neovlivňoval jejich běžný život – typicky u novotvarů in situ, benigních nádorů a maligních nádorů v I. stádiu (viz kapitola 2). Výjimku zde tvoří pacienti s nezhoubnými nádory mozku, které mívají značné dopady na funkčnost některých mozkových center, často včetně HPA osy či amygdaly, což zároveň významným způsobem ovlivňuje jejich osobnost a někdy i fyzický vzhled. Zdá se také, že pacienti bez euforické části prožitku mívají z onkologického onemocnění menší zisky pro svůj další osobní růst než pacienti, pro které je informace o remisi onkologického onemocnění významným životním milníkem a třeba i výhrou ve významné válce.

Euforická fáze však obvykle nemá dlouhého trvání, a to v zásadě ze dvou důvodů. Zaprvé, díky pozdním nežádoucím účinkům některých léčebných modalit pacienty často i nadále čeká podpůrná terapie (viz výše) a po některých nádorech i mnohaletá hormonální léčba (viz výše). Dále je také čeká obvykle pětileté [17] pravidelné sledování na onkologii, a to včetně mnohdy pravidelných PET/CT, či některých nepříjemných vyšetření jako např. kolonoskopie, gastrokopie apod.

Druhým důvodem, který se týká zejména pacientů, kteří si prošli chemoterapií či radioterapií, je pak nutnost adaptovat se na novou životní situaci. Pacienti v průběhu těchto dvou léčebných modalit nejsou často schopni, díky projevům nežádoucích účinků, naplno vnímat všechny změny, ke kterým v jejich psychosociálním prostředí dochází, a nemají ani kapacitu na to, aby zpracovávali všechna traumata, ke kterým u nich dochází – nevhodná komunikace lékařů (nejčastější trauma), narušení přátelských vztahů, narušení rodinných vazeb, smrt pacientů, se kterými se sblížili, situace, kdy je „rodina už nepotřebuje,“ protože se naučila fungovat i bez nich, apod. Čas na zpracování těchto traumatických prožitků proto přichází až při remisi onemocnění a někdy zabere i několik měsíců až let. Pacienti také často rituálně pálí své šátky, léčebné deníky apod., aby mohli sami pro sebe učinit nějakou „tlustou čáru“ za celou nemocí.

Do adaptace pacienta na novou životní situaci bohužel někdy patří i smíření se s některými velmi zásadními důsledky onkologického onemocnění a/nebo léčby, včetně neplodnosti, trvalé erektilní dysfunkce, ztráty některých viditelných tělesných částí (prsa, končetiny, obličejové části, části kůže, trvalá alopecie, atd.), trvalých zdravotních omezení (např. v důsledku odstranění ledviny, což je lege artis postup při léčbě zhoubných nádorů ledvin [17]), atd. Blíže je o tom pojednáno v kapitole 4.21 a kapitolách 5 a 6.

4.16 Pravidelné kontroly na onkologii

Po remisi onemocnění dochází k posunu léčebného cyklu do „závěrečné“ fáze léčby tzv. dispenzarizace [17], neboli následného průběžného sledování pacientů u onkologa. Důvodů k následnému sledování u onkologa bývá několik. Jednak se jedná o pozdní účinky chemoterapie, radioterapie a biologické léčby (viz výše), případně o sledování nežádoucích účinků probíhající hormonální léčby a pak také o to, že některé typy nádorů mívají sklony k následné recidivě (návratu onemocnění), kdy pravidelné kontroly

mohou zajistit včasný záchyt opětovného návratu onemocnění, případně přerodu mikrometastáz v následné metastázy. Dispenzarizační péče je tedy klíčovým faktorem tzv. terciární prevence [17]

Z pohledu psychiky pacienta je s tím spojeno několik důležitých momentů. Pacienti, kteří byli v péči komplexního onkologického centra bývají k dispenzarizaci předání onkologovi v místě svého bydliště. Ne vždy tomu tak ale bývá. Někteří pacienti navíc požadují dispenzarizaci přímo od „svého“ onkologa, se kterým mají navázaný i bližší vztah a kterému důvěřují. Bohužel, jak bylo zmíněno už v 0. kapitole, tak systém onkologické péče v České republice je v tuto chvíli přesaturován pacienty a trpí nedostatkem onkologů. Cílem je proto předávat onkologické pacienty co nejdříve do péče praktického lékaře. Zatímco dříve tento krok byl prováděn zpravidla po pěti letech [17], nyní, zejména u častějších onkologických diagnóz, díky nedostatku onkologů požadavek na to, aby tato lhůta byla zkrácena na tři roky. Mnozí onkologové si však své pacienty nechávají ve své péči třeba i 10, 15 a někdy i 20 let.

V prvních letech pravidelná vyšetření u onkologa obnášejí často pro pacienta velmi povědomá vyšetření spojená s traumatizující diagnózou nádoru. Typicky se jedná o RTG, PET/CT, sonografická vyšetření, endoskopická vyšetření (např. kolonoskopie) a krevní rozbor na molekulární nádorové markery [17] (viz kapitola 4.14). V případě krevních testů a PET/CT je navíc i zde přítomen aspekt nejistoty a čekání na výsledky vyšetření. Kolonoskopie je hlavně díky své nepříjemné přípravě (tj. přijetí velkého množství projímadla 12 hodin před vyšetřením) zase pro pacienta zatěžující tím, že v ne zrovna příjemné situaci se mu vybavují vzpomínky na přípravu na onu kolonoskopii, při které mu byl diagnostikován obvykle karcinom tlustého střeva. U některých pravidelných gynekologických kontrol (ale i při kolonoskopii či gastrokopii) zase mohou být odebírány biologické vzorky (biopsie), které lékař odesílá k histologickému rozboru na patologii, což pacientovi opět připomíná silnou nejistotu (viz kapitola 6.2) a nepříjemné čekání na výsledky, které zažíval kdysi před diagnózou nádorového onemocnění.

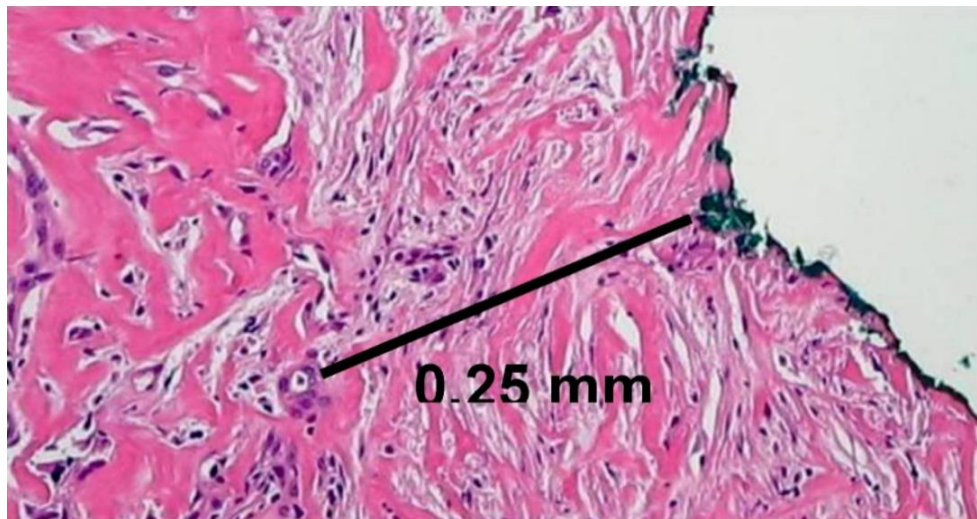
Pro některé pacienty je strach (viz kapitola 6.1) a někdy až úzkost z vyšetření dokonce tak silná, že prosí např. v patientských skupinách na Facebooku o projevy podpory a otevřeně vyjadřují a popisují svůj silný strach z toho, že jdou např. na PET/CT tři roky po remisi. V rámci řešení problému s nedostatky onkologických kapacit vstoupila v ČR také 1. ledna 2019 v platnost dohoda mezi Českou onkologickou společností, Sdružením praktických lékařů a Společností všeobecného lékařství, jejímž cílem je zavedení postupů sdílené péče o pacienty po ukončené onkologické léčbě, zvýšení komfortu pacientů při zachování kvality péče, zlepšení organizace péče, posílení kompetencí praktických lékařů a současně uvolnění kapacity onkologických pracovišť pro kvalitní péči o onkologické pacienty, kteří právě podstupují onkologickou léčbu [35]. V blízké budoucnosti bude tedy následná péče onkologů postupně omezována, na což někteří onkologičtí pacienti v dispenzarizaci reagují negativně a podrážděně, protože se bojí, že praktický lékař jim neposkytne dostatečně odbornou péči. Onkolog však u pacienta v dispenzarizaci fakticky málokdy vykonává nějaké lékařské úkony vyžadující jeho odbornou erudici v této oblasti. Většina jeho práce spočívá už jen v odesílání pacienta na screeningová vyšetření a obvykle „uklidnění“ pacienta, že vyšetření na žádnou recidivu ani jiné nádorové onemocnění nepoukázalo.

4.17 Návrat onemocnění

Na recidivu, tedy návrat, onkologického onemocnění se obvykle přichází právě během dispenzarizační péče. Recidivu je nezbytně nutné odlišovat od výskytu sekundárních malignit, které se řadí mezi možné pozdní nežádoucí účinky chemoterapie (viz kapitola 4.7.1) a radioterapie (viz kapitola 4.8.4), i od samovolného výskytu jiného nádorového onemocnění, ke kterému došlo nezávisle na předchozí onkologické léčbě, např. v důsledku infekce onkogenním virem (viz kapitola 3.5). Z pohledu onkologických pacientů bývají však tyto odlišné malignity – tedy zhoubné nádory zcela jiného původu a biologických vlastností než původní „vyléčený“ nádor – vnímány jen jako „návrat rakoviny“, což

pokud není správně ošetřujícím onkologem podchyceno a ošetřeno, může mít dalekosáhlé dlouhodobé negativní dopady na psychiku pacienta.

Riziko recidivy je dáno konkrétním typem primárního nádoru a stádiem, ve kterém byl zachycen. Velmi časté recidivy lze vysledovat např. u karcinomů žlučníku, žlučových cest či pankreatu (slinivky břišní) [17]. U nádorových onemocnění s vysokým rizikem recidivy je však obvykle předepisována i adjuvantní (pooperační) léčba – nejčastěji radioterapie (viz kapitola 4.8) – u výše zmíněných typů nádorů – či chemoterapie (viz kapitola 4.7) [17]. Pro riziko recidivy je však klíčové chirurgické řešení (viz kapitola 4.6) nádoru, pakliže je možné (týká se z podstaty věci pouze solidních nádorů (viz kapitola 2)) a potřebné ho využít (některé nádory lze zcela zlikvidovat např. radioterapií). V tomto případě je určující patologický rozbor odstraněné tkáně, kdy zcela zásadní význam pro minimalizaci rizika recidivy má v případě resekce (odstranění části orgánu) dosažení tzv. R0 resekce s lemem zdravé tkáně [17]. To laicky řečeno znamená, že kolem nádorových buněk v resekované tkáni je ještě dostatek zdravých nádorem nenapadených buněk původní tkáně. Hranice R0 resekce je definována pro každý typ nádoru odlišně a u mnohých z nich paradoxně vůbec neexistuje jednoznačný konsenzus, kdy lze resekci za R0 považovat [36]. Obecná definice je taková, že pokud jsou v oblasti resekce zjištěny nějaké nádorové buňky, jedná se o tzv. R1 resekci, pokud je nádorová tkáň v oblasti resekce viditelná pouhým okem, jedná se o tzv. R2 resekci.



Obrázek 11 – Vzorek nádorem napadené tkáně slinivky břišní s R1 infiltrací, tj. přímou invazí nádorových buněk v rámci 1 mm mediálního okraje [36].

Existuje celá řada lokalizací nádoru, kdy R0 resekce bohužel není technicky možná. Navíc je nutné si uvědomit, že při R1 resekci se jedná o nádorové buňky viditelné až pod mikroskopem, a to ještě obvykle jen zkušeným okem, jak ukazuje Obrázek 11. Při R1 a R2 resekci jsou také obvykle ještě v léčebné fázi aplikovány adjuvantní chemoterapie, radioterapie, případně obě léčebné modalitty současně neboli je indikována chemoradioterapie (viz kapitola 4.9).

K recidivě onemocnění nejčastěji dochází díky tomu, že v těle zůstaly skryty mikrometastázy, které se po nějakém čase vyvinuly v metastázy, tj. sekundární ložiska původního nádoru, obvykle v jiných lokalitách (a potažmo tkáních a orgánech), než se nacházel nádor původní [17]. S mikrometastázami obvykle účinně bojuje právě zmiňovaná adjuvantní (pooperační) léčba, avšak pokud musí být např. předčasně ukončena z důvodu vysoké toxicity pro pacientův organismus, nebo jeho odmítnutí další léčby, je riziko přetrvání mikrometastáz mnohem vyšší.

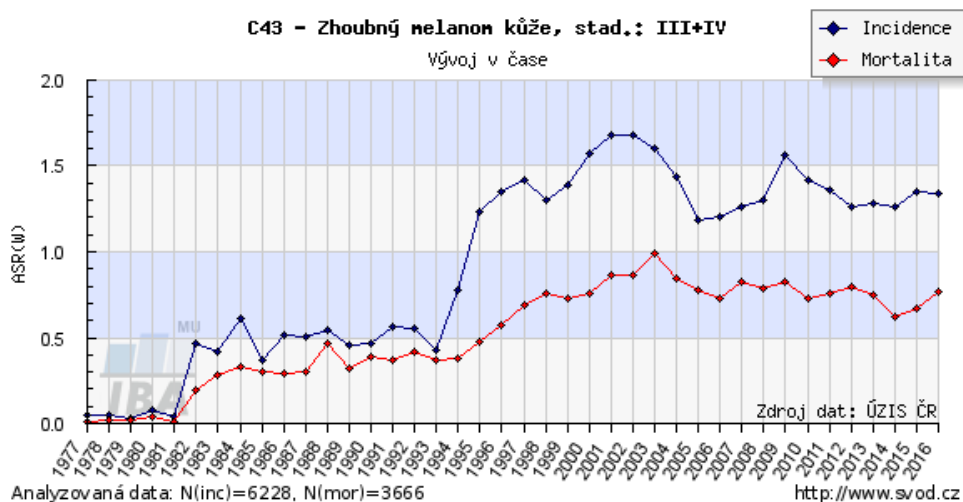
Jak bylo řečeno již v kapitole 2.1, tak recidiva nádoru je u onkologických pacientů velmi obávanou událostí, která u téměř poloviny pacientů splňuje až definici úzkosti, přesněji FCR (Fear of Cancer Recurrence), neboli strachu z návratu rakoviny. Pro pacienty trpící FCR je naplnění této úzkosti reálným obsahem v podobě recidivy obrovskou ranou pro jejich základní životní jistoty. Často se u nich lze setkat s rezignací, že „*se nad rakovinou nedá vyhrát*“, „*nic už je nezachrání*“ a „*stejně už nic nemá cenu*“, a to ve smyslu nejen onkologické léčby, ale jakýchkoliv aktivit. Zároveň by se dalo předpokládat, že recidiva u pacientů s FCR povede i k silnějším projevům některých dalších úzkostí, kterými pacient trpěl ještě před prvotní onkologickou diagnózou, neboť základní neurofyzilogické mechanismy, které se zde uplatňují – zejména aktivace amygdaly – jsou identické [24].

Návrat onemocnění je tím větší ranou, čím později od remise se u pacienta dostaví. Racionální část strachu totiž postupně s narůstajícím počtem vyšetření bez onkologického nálezu oslabuje. Recidiva pacienta obvykle uvrhá do velmi živých vzpomínek na nejhorší části onkologické léčby – těmi bývají poslední chemoterapie, či poslední ozařování, kdy na pacienta kromě časných nežádoucích účinků doléhají obvykle už i ty pozdní. Pacientům, kteří prošli biologickou léčbou a dostavily se u nich akutní nežádoucí účinky této léčby (např. v podobě akutní alergické reakce), se vybavují i vzpomínky na tyto mnohdy život ohrožující stavy.

Do jisté míry je to však projev úzkosti, respektive iracionálního myšlení, neboť v dispenzarizační léčbě dochází často k záhytu nádoru ve značně nižším stádiu, tj. o menší velikosti, než byl primární nádor a před vývojem jeho dostatečného cévního zásobení. To znamená před jeho dostatečným cévním zásobením, a tudíž i před fází, kdy je schopen sám efektivně vytvářet další metastázy. Zároveň je častý výskyt recidivujícího nádoru v jiných lokalitách v těle, na jiných orgánech, což s sebou obvykle přináší jiný způsob léčby, včetně někdy i zcela nových možností využití jiných léčebných modalit (typicky např. radioterapie), které v primární lokalitě nádoru třeba ani nebylo možné nasadit. Navíc i při využití stejných léčebných modalit bývají využity jiné dávky léků, respektive ionizujícího záření a někdy i jiné typy cytostatik či biologické léčby. Léčba recidivujícího nádoru tak často probíhá velmi odlišně od léčby primárního nádoru a odlišně bývají i projevy samotného nádorového onemocnění.

Pokud pacient pochopí, že recidiva je jen další, byť značně vážnou, poléčebnou komplikací, kam jí řadí např. [6], může být pro něj celkové přijetí této zprávy podstatně méně psychicky náročné, a to už jen z toho důvodu, že současná medicína si umí s drtivou většinou poléčebných komplikací velmi dobře poradit – ať už kurativní (léčebnou) či paliativní (tlumící projevy) formou.

Pohled pacienta na recidivu jako na komplikaci, kterou lze v řadě případů „vyřešit“ může značně snižovat jeho utrpení, stejně jako utrpení jeho blízkých. Při včasné záhytu recidivy lze další onkologickou léčbou obvykle dosáhnout remise onemocnění. – Zároveň léčba recidivy obvykle probíhá odlišně od léčby primárního nádoru, nemusí být ani tolik zatěžující a nemusí přinášet tolik nežádoucích účinků. Navíc v onkologii je důležité uvážit i pozitivní vliv času v tom, že každý rok je do praxe uváděna široká řada nových léčebných postupů, nástrojů a léků (v posledních letech zejména v oblasti biologické léčby), takže recidiva nádoru po třech nebo pěti letech i u stejného stádia nádoru mnohdy znamená skokový rozdíl v šanci na jeho úspěšnou remisi a v šanci pacienta na přežití. Příkladem takové radikální změny v mortalitě zhoubného nádorového onemocnění v řádu mnoha desítek procent může být zhoubný melanom kůže (C43) ve stádiích III a IV (tedy při poměrně pozdním záhytu), kdy rozdíl v přežití mezi rokem 1994 a 1996 je zcela propastný (viz Obrázek 12).



Obrázek 12 – Incidence a mortalita zhoubného melanomu kůže u stádií III a IV (zdroj: www.svod.cz)

Velmi zatěžující však může být naopak i velmi časná recidiva, v řádu měsíců od remise onemocnění. Ta totiž v pacientovi jednak může vyvolat dojem, že lékaři „se spletli“, a tudíž „nevědí, co dělají“ a „neví si s nádorem rady“, či dokonce, že pacientovi lhali, a jednak zde, zejména u pacientů po chemoterapeutické a radioterapeutické léčbě, hraje klíčovou roli také vyčerpání. Nabírání sil po konci léčby – v případech výskytu výše zmíněných léčebných modalit – totiž pacientům obvykle trvá aspoň rok, a to včetně např. obnovy imunitního systému. Velmi časná recidiva je tak může zastihnout ještě vyčerpané, což výrazným způsobem stěžuje bojové psychické nastavení (fighting spirit), či nastavení jakoby nic, která zvyšují šanci na úspěšné vyléčení a přežití [9].

4.18 Diagnóza jiného onkologického onemocnění

Výskyt dalšího, a to třeba i nezhoubného, onkologického onemocnění u pacienta, který už jedno onkologické onemocnění prodělal, bývá psychicky velmi náročnou situací. Jistou výjimku tvoří pacienti s opakovaně se vyskytujícími nezhoubnými nádory, které na nutnost pravidelného chirurgického zákroku např. jednou za deset let, upozornil jejich onkolog během prvního výskytu daného typu nádoru.

Bohužel, stejně jako u jakýchkoliv jiných onemocnění, i u nádorů platí, že to, že pacient trpěl nějakou chorobou neznamena, že se podobný problém neobjeví jinde. Naprosto typickým příkladem mohou být např. zlomeniny, či chřipka, které se v životě člověka mnohdy vyskytnou vícekrát, avšak v jiných lokalitách, respektive jiném virovém kmeni. A stejně jako u těchto dvou příkladů i u výskytu jiného onkologického onemocnění platí, že jeho průběh, léčba i šance na přežití budou zcela jistě od prvního nádoru nějakým způsobem odlišné.

U diagnózy jiného onkologického onemocnění však hraje jistou roli i to, zda se může či nemůže jednat o tzv. sekundární malignitu, tj. zhoubné nádorové onemocnění způsobené chemoterapií či radioterapií, jak bylo popsáno výše. To je klíčové zejména tehdy, vyskytovalo-li se u pacienta sebeobviňování (viz kapitola 6.5), či obviňování blízkých (viz kapitola 6.6). V takovém případě lze očekávat výrazné zesílení těchto pocitů, které v obou případech může znamenat závažný zásah do psychosociálního prostředí pacienta i jeho ochoty a schopnosti podstoupit onkologickou léčbu.

U sekundární malignity lze také očekávat značné pocity lítosti nad tím, že léčba původního nádoru ve skutečnosti stále není u konce (podobně jako u recidivy) a někdy až pocity marnosti, že se nad nádorem „nedá vyhrát“. Někdy se může dostavit i vztek na lékaře, že pacientovi tento nádor způsobili, což de facto popisuje skutečný stav věcí, neboť sekundární malignita je pozdním nežádoucím účinkem

předchozí chemoterapeutické nebo radioterapeutické léčby. Bez ní by se však obvykle ten první nádor nepodařilo odstranit, což by mnohdy vyústilo v situaci, kdy by pacient už v době diagnózy sekundární malignity nebyl naživu.

Relativně vzácně se vyskytující výskyt sekundární malignity lékaři bohužel nemají, jak přesně předpovědět, neboť je daný konkrétní DNA pacienta, jejími předchozími mutacemi a případnou další expozicí pacienta vnějším karcinogenním faktorům (viz kapitola 3). Současná medicína tedy nemá nástroje na přesné stanovení, jak konkrétně vysoká bude pravděpodobnost výskytu sekundární malignity u daného pacienta. Proto je zde nanejvýš vhodná psychoterapeutická podpora pacienta, která mu všechny tyto velmi silné a zaplavující emoce pomůže zvládnout, aby byl schopný aktivovat své vnitřní zdroje pro úspěšný průchod novou onkologickou léčbou.

U sekundární malignity, stejně jako u výskytu jiného nádorového onemocnění, je také nezbytně nutné, aby onkolog poučil pacienta o tom, že neexistuje něco jako „jedna rakovina“, a že tedy nejde o to, že „se to vrátilo a teď se mi to dostalo např. do krve,“ ale že se jedná o zcela jiné nové samostatné onemocnění, jehož projevy stejně jako onkologická léčba a její nežádoucí účinky budou zcela odlišné od léčby jeho prvního nádorového onemocnění. To je naprosto klíčové zejména v případě výskytu novotvarů in situ (viz kapitola 2.4), kdy se z onkologického pohledu jedná z definice o v podstatě neškodné banální onemocnění, kde nejčastěji plně postačí obvykle nikterak náročné chirurgické řešení.

V případě, že je pacient stále ještě v dispenzarizační péči, je na místě rovněž zdůraznit splnění účelu této terciární prevence, která v praxi skutečně často vede k tomu, že se další nádor podaří zachytit opravdu včas, a tudíž ve srovnání s léčbou předchozího nádoru tedy v tomto případě často z onkologického pohledu „zas až tak o moc nejde“. Míra zmírňování pacientovi úzkosti z nově diagnostikovaného nádoru by však vždy měla reflektovat reálné informace, které lékař o nádoru má.

Je nutné také upozornit, že pacienty, kteří jako první měli zhoubný či semimaligní nádor, může nadměrně zúzkostňovat i diagnóza nezhoubného nádoru či novotvaru in situ. Proto je vhodné v kontaktu s nimi u nově diagnostikovaného nádoru spíše než dnes už poněkud dvojznačně vnímaného označení tumor, využívat plné a medicínsky správné označení novotvar. Toho se však musí důsledně držet všichni lékaři a zdravotnický personál, který s nimi přijde do styku. To bohužel není snadné kvůli velkému počtu diagnostických vyšetření, která pacient bude muset podstoupit, zajistit. Zároveň je pro daného pacienta v takovém případě možná vhodné i opakovaně zdůraznit, že se tentokrát nejedná o „rakovinu“, a to i přesto, že třeba ÚZIS ČR v publikaci Novotvary [1] novotvary in situ v anglickém překladu mezi „rakovinu“ (respektive cancer) počítá.

V případě, že je nově diagnostikovaný nádor zhoubný či semimaligní a nejedná se o sekundární malignitu, může být reakce pacienta značně rozličná. V části pacientů další diagnóza může výrazně podpořit aktivaci bojového nastavení (viz [9]) podloženou přesvědčením, že „jednu rakovinu už jsem porazil, tak tu druhou taky dám!“ To lze předpokládat zejména tehdy, kdy pacient plně chápe, že se jedná o zcela jiné onemocnění, než bylo to původní, kdy měl během prvního onemocnění rovněž bojové nastavení, či nastavení jakoby nic, a kdy se mu ideálně ještě podařilo dosáhnout díky první onkologické diagnóze posttraumatického růstu a posílení sebejistoty. Naopak, pokud pacient první onkologickou diagnózu prožíval jako silně traumatizující, bude pro něj nová onkologická diagnóza představovat živé připomenutí předchozí traumatické zkušenosti a je na místě zvážit nejen intenzivní psychoterapeutickou pomoc, ale i podporu psychiatra a preventivní nasazení antidepresiv a případně i anxiolytik ihned po sdělení diagnózy.

4.19 Paliativní léčba

Paliativní léčba si klade za cíl mírnit veškeré projevy onemocnění, ale nikoliv léčit jeho příčinu. Ještě před dvěma desítkami let bývala považována za jakýsi „rozsudek smrti“. V tomto kontextu se dnes vyskytuje pojem paliativní péče [17]. Paliativní léčba může obsahovat všechny léčebné modalitty – tj. chirurgické zákroky, chemoterapii, radioterapii, biologickou léčbu, hormonální léčbu i podpůrnou léčbu [17]. V současném významu, který definovala Světová zdravotnická organizace již v roce 2007, se jedná o: „*Model komplexní péče zaměřené na zmírnění nepříjemných symptomů nemoci a na celkovou podporu pacienta a jeho rodiny. Je aplikovatelný a pro pacienta prospěšný již v mnohem časnějších stádiích závažných chronických onemocnění, a to současně s léčbou zaměřenou na ovlivnění základního onemocnění,*“ viz [17]. To znamená, že paliativní léčba v současném významu může být využívána paralelně s léčbou kurativní neboli zaměřenou na odstranění příčiny onemocnění, v případě onkologické léčby tedy nádoru.

Světová zdravotnická organizace formuluje následující cíle paliativní péče [17]:

- poskytuje úlevu od bolesti a dalších obtížných tělesných symptomů,
- systematicky do péče integruje také psychologický sociální a spirituální rozměr nemoci,
- snaží se vytvářet podpůrný systém, který by pacientovi umožnil žít co neaktivněji až do smrti,
- snaží se nabízet podporu pro rodinu v průběhu pacientovy závažné nemoci i v době zármutku a truchlení po jeho smrti (viz kapitola 4.21),
- vychází z úcty k životu, ale považuje umírání za přirozený proces,
- neurychluje, ale ani uměle neoddaluje smrt,
- je aplikovatelná již v časných stádiích závažné nemoci, současně s léčebnými modalitami zaměřenými na prodloužení života (např. chemoterapie nebo radioterapie). Důležitou součástí paliativní péče jsou také vyšetření, která mohou přispět k zjištění příčiny a účinné léčbě obtížných komplikací základního onemocnění.

V České republice stojí za zdůraznění i spirituální rozměr paliativní péče. Psychoonkologické studie ukazují, že onkologické onemocnění je pro řadu pacientů mnohdy jakousi vstupní branou k vlastní spiritualitě [9]. V prostředí větších českých nemocnic je přitom kromě odborné psychoterapeutické a psychiatrické péče dostupná i péče nemocničního kaplana, který je zároveň kněžími některé z křesťanských církví, o jehož péči si může pacient požádat bez ohledu na své vyznání a víru. V praxi tak přitom často činí nemocní, kteří sami sebe považují za ateisty. Mnozí nemocniční kaplani mají navíc absolvovaný psychoterapeutický výcvik, což znamená, že mnohdy zastoupí i psychoterapeutický aspekt péče. To je přínosné zejména tehdy, když si pacient, třeba z důvodu předsudků vůči psychoterapii, nezažádá o psychoterapeutickou péči a/nebo na ni nemá nárok a/nebo si ji nemůže finančně dovolit.

V současné době tedy není pravdou, že by paliativní léčba byla nabízena pouze a jen v „beznadějných případech,“ kdy všechny ostatní metody byly vyčerpány a pacientovi zbývá posledních pár týdnů či měsíců života, tedy kdy by byl pacient v terminální fázi onemocnění (viz dále). Protože se však jedná o relativně čerstvý významový posun, velká část pacientů a zejména jejich blízkých tento nový význam nezná a rozhodnutí o paliativní léčbě vnímá tak, že „*doktoři od pacienta dávají ruce pryč,*“ přičemž přesný opak je pravdou. Paliativní léčba je mnohdy velmi finančně náročná, ale dokáže pacientovi zajistit dlouhé roky života bez projevů nádorového onemocnění, kdy pacient – s ohledem na průměrný věk, kdy se nádorová onemocnění vyskytují (65 let [17]) – nakonec zemře na zcela jiné onemocnění, v ČR typicky kardiovaskulární [2].

Paliativní léčba má zcela odlišné cíle a nastavení od léčby kurativní. Klíčová kritéria uvažovaná u paliativní péče jsou **celková délka přežití** a **kvalita života** [17]. Indikace paliativní léčby by se neměla řídit jen biologickými, genetickými, onkologickými a dalšími nálezy, nýbrž by: „*měla být výsledkem*

velmi otevřené a současně citlivé komunikace lékaře s pacientem o cílech léčby a možném přínosu a rizicích léčby,“ [17] což může být poněkud problematické v případech, kdy lékař z nějakého důvodu nekomunikuje s pacientem zcela otevřeně o možných nežádoucích účincích léčby, což se v praxi skutečně děje.

Zatímco při kurativní léčbě je zvažováno dlouhodobé přežití pacienta jako hlavní priorita, které je podřizován jeho dočasný stav, a s ohledem na kterou jsou zvažovány i rizika dlouhodobých či trvalých nežádoucích účinků jednotlivých modalit, včetně např. ztráty plodnosti či amputace končetin, u paliativní léčby je časový horizont zcela opačný. U paliativní léčby jde především o zachování co nejvyšší kvality života v současnosti bez ohledu na možné negativní dopady pro dlouhodobou budoucnost pacienta [17]. Typicky lze podávat vysoké dávky analgetik (léků proti bolesti) a anxiolytik (léků proti úzkosti), bez ohledu na to, že si na ně pacient ve střednědobém až dlouhodobém horizontu vytvoří závislost, nebo že by po několika letech mohly mít silně negativní dopady na jeho zdraví.

Paliativní léčba, i bez momentální přítomnosti kurativní léčby, dokáže pacientovy prodloužit život někdy i o dlouhé roky [17]. Nejsou výjimkou onkologičtí pacienti, kterým se třeba už i šíří metastázy zhoubného nádoru tělem, ale díky paliativní léčbě nepociťují žádné významnější dopady šíření nádoru na svůj život a naplno si užívají poslední roky života na exotických zahraničních dovolených se svými blízkými cestováním, plněním si svých snů a pěstováním koníčků. Právě tito pacienti, kteří se postupně smiřují se smrtí, mohou být značnou inspirací pro své blízké, další onkologické pacienty v pokročilejších stádiích nádorového onemocnění, ale i pro libovolné jiné lidi, kteří třeba žádným onemocněním netrpí.

Paliativní léčba však začíná hrát stále důležitější roli i v udržení pacienta pro budoucí kurativní léčbu. To už se přitom netýká jen pacientů čekajících na dárce pro transplantaci (viz kapitola 4.12), ale i pacientů, pro které může být objeven nebo spíše schválen nový druh kurativní léčby, v posledních letech typicky biologické, jak bylo podrobněji pojednáno již v předchozí podkapitole.

Právě významný pokrok v oblasti onkologické léčby je častým zdrojem naděje onkologicky nemocných i jejich blízkých, zejména u agresivnějších typů nádorů, či nádorů ve vyšších stádiích. Bohužel právě tato naděje, o které blíže pojednává kapitola 6.9, bývá občas pro pacienta a jeho blízké kontraproduktivní v tom, že jim někdy brání v přijetí blížící se smrti a později terminální fáze onemocnění i v samotné přípravě na smrt. Tato naděje také někdy nahrává zneužití pacientů nejrůznějšími podvodníky, pochybnými mediálně známými „psychosomatickými klinikami“ (ty je nutné odlišovat od skutečných zdravotnických zařízení ve smyslu zákona) či prodejci „záračných“ potravinových doplňků, co „zaručeně vyléčí rakovinu“.

4.20 Terminální fáze onemocnění

Za terminální (tedy konečnou) fázi onemocnění lze označit takovou fázi nemoci, kdy kurativní léčba již není možná, respektive by ji pacient nepřežil, což, s ohledem na univerzální účinnost radioterapie (viz kapitola 4.8) při dostatečné absorbované dávce záření, je přesnější, nebo by kurativní léčba natolik zhoršila kvalitu života pacienta, že by v kontextu jeho zbývající doby života už nebylo etické, aby takovou léčbu podstoupil. Obvykle se za terminální fázi považuje fáze, kdy se prognóza dožití pohybuje v řádu týdnů, maximálně měsíců a kdy paliativní léčba přechází v komplexní paliativní péči.

V okamžiku, kdy tedy už žádná kurativní léčba není z výše uvedených důvodů možná, musí být lékařem pacientovi srozumitelně sděleno, že [17]:

- jeho onemocnění není metodami současné medicíny vyléčitelné,
- systémová léčba (chemoterapie či biologická léčba) mu pravděpodobně získá týdny/měsíce (spíše výjimečně několik let) života navíc ve srovnání s tím, kdyby léčbu nepodstoupil,

- systémová léčba může přechodně zmírnit některé nepříjemné projevy, které nádor působí (např. bolest, tvorbu ascitu, dušnost),
- systémová léčba může mít závažné nežádoucí účinky, které ale umíme moderní podpůrnou léčbou mírnit.

Současné lege artis postupy také jasně definují, že [17]: „V případě, že lékař vyhodnotí, že další pokračování v systémové léčbě pro pacienta není prospěšné (neprodlouží jeho přežití, neovlivní příznivě jeho kvalitu života), měl by toto hodnocení pacientovi srozumitelně sdělit a **v protinádorové léčbě nepokračovat**. Je důležité, aby v této fázi byla pacientovi nabídnuta a zajištěna komplexní symptomatická paliativní péče.“ Tento postup budí obrovskou nelibost u blízkých onkologických pacientů, kteří pak lékaře často viní ze smrti pacienta, kterou v jejich očích způsobil tím, že pacientovi pravdivě sdělil, že další léčba nádoru už nemá smysl a zbývá mu třeba jen pár týdnů či měsíců života. Paradoxně se tyto pocity dostávají i tehdy, kdy pacient na zhoubný nádor zemřel třeba pouhé dva týdny po sdělení této informace, v situaci, kdy nade vši pochybnost byl nádor už v takovém stádiu, že způsobil selhání klíčových orgánů v těle pacienta. Blízcí pacienta pak celou situaci popisují tak, že „pacient už to prostě vzdal,“ avšak nejsou schopni nahlédnout na fakt, že lékař tuto informaci pacientovy často sděluje těsně před tím, než zhoubný nádor svým růstem a invazivitou naruší důležité životní funkce.

To samozřejmě přispívá k tomu, že pro lékaře, kteří podobnou často silně emotivní zkušeností prošli několikrát v jednom roce, je mnohem těžší podle těchto instrukcí postupovat i nadále. Navíc je nezbytné zdůraznit, že mezi onkology je běžná specializace na určité typy nádorů, kdy některé z nich mívají výrazně větší mortalitu než jiné. Část onkologů se s tímto postupem setká tedy maximálně jednou či dvakrát ročně, pokud vůbec, zatímco pro některé je to otázka několika podobných konverzací s pacientem a zejména jeho blízkými měsíčně.

Nezbývá také než připomenout, že na jednoho onkologa v České republice každoročně připadne v průměru 99 nových pacientů a 27 z nich zemře [1][4]. Pomyslnému „průměrnému“ onkologovi tedy co 14 dní umírá jeden pacient. V praxi je samozřejmě nutné zohlednit realitu hierarchie onkologické péče, specializace jednotlivých pracovišť, odlišnosti solidních a hematologických nádorů atd. Jsou tedy onkologové, kterým pacienti téměř neumírají, onkologové, kterým sice umírají, ale bez možnosti předem tuto situaci přesně odhadnout, a onkologové, kteří procesem popsaným výše procházejí třeba s jedním pacientem (a jeho rodinou) týdně.

Včasné sdělení terminální diagnózy pacientovi umožňuje včasné nasazení vhodné intenzivní paliativní péče, která mu maximálně uleví od utrpení způsobeného nádorem, ale i léčebnými modalitami, umožní mu připravit se na smrt, kterou třeba bude moci prožít doma, a také mu dá určitý prostor pro narovnání zejména blízkých vztahů v rodině. Jedná se tedy o humánní čin, který však bude humánním pouze tehdy, přijme-li tuto informaci pacient i rodina, a bude-li se zakládat tato informace na pravdě. To, zdá se, bohužel vždy neplatí, neboť jak ukazují patientské skupiny, tak existují některé případy, kdy jeden lékař měl pacienta informovat o terminální fázi onemocnění, zatímco jiný lékař na jiném pracovišti přišel s léčebným postupem, který údajně vedl k celkové remisi onemocnění. Tím, že pacienti tyto případy mezi sebou „medializují“ bohužel nepřímo komplikují přijetí skutečné a správně určené terminální fáze onemocnění jiným pacientům a jejich rodinám. Zároveň jednání blízkých pacienta, kteří při znalosti těchto excesů odmítnou přijmout oznámení o terminální fázi nemoci své blízké osoby jako fakt, a dělají vše pro její záchranu, lze pochopit. Podobné situace mylně určené terminální fázi nemoci navíc rozhodně nejsou k vidění jen na onkologii.

Klíčovým psychickým procesem, o který v terminální fázi onemocnění jde, je naděje, o které blíže pojednává kapitola 6.9. Jak praví české přísloví, tak: „Naděje umírá poslední,“ což technicky vzato

bohužel až na jednu výjimku není pravda. Poslední umírá člověk a pokud naděje neumře o něco dříve, může mu to zabránit provést některé kroky, které by pomohly jemu osobně, ale i jeho blízním, ve smíření se s jeho úmrtím. Přijetí ztráty naděje při vstupu do terminální fáze onemocnění se také obvykle řídí modelem Kübler-Rossové, který se v průběhu onkologického onemocnění opakovaně uplatňuje a o kterém blíže pojednává následující podkapitola.

4.21 Model Kübler-Rossové v kontextu onkologických onemocnění

Model Kübler-Rossové původně popisoval pět stádií zármutku při přijetí terminální fáze onemocnění. V roce 1969 byl popsán Elisabeth Kübler-Rossovou v její knize *On Death and Dying* (o smrti a umírání), kde shrnovala výsledky vlastního výzkumu s 500 umírajícími pacienty [38]. V současné době je však používán i v širším kontextu, a to pro popis procesu přijetí zásadní ztráty. Během jednotlivých fází onkologického onemocnění (viz Obrázek 9) lze u řady pacientů pozorovat opakované procházení jednotlivými fázemi tak, jak je Kübler-Rossová ve svém modelu popisuje.

Těmito fázemi jsou [38]:

1. **Popírání**, kdy pacient vnitřně odmítá, že by se daná situace mohla týkat jeho, a vnitřně jí ani nevěří – např. „*Lékaři se spletli, určitě to není tak, že by s tím nádorem nešlo už nic dělat.*“
2. **Hněv**, kdy si pacient uvědomuje, že popírání už není udržitelné, a začíná se zlobit, a to někdy dokonce i velmi silně a otevřeně. Někdy se zlobí na situaci jako takovou, velmi často na lékaře, na sebe (viz kapitola 6.5) a někdy bohužel i na své nejbližší, že mu „*rakovinu způsobili*“ (viz kapitola 6.6). To samozřejmě výrazně ztěžuje péči o nemocného a někdy to dospěje k odvrácení se blízkých osob (viz kapitola 5.4), což pacientovi zejména v terminální fázi onemocnění může způsobit dlouhodobé hluboké rány, pokud zemře ještě v době, kdy nejsou vzájemné vztahy urovnány.
3. **Smlouvání**, kdy pacient navrhuje radikální změny ve své životosprávě i životě, ať už lékařům, blízkým, či (třeba i nově objevenému) Bohu – „*nebudu už kouřit a pít alkohol*“, „*nebudu se už stresovat*“, atd. – v naději, že se tím zvrátí jeho situace. Právě této fáze typicky zneužívají podvodníci se „*zázračnými*“ „*léky*“ a „*léčebnými*“ postupy a přístroji.
4. **Deprese**, následuje po ztrátě naděje a projevuje se obvykle tak, že „*ted' už stejně nemá vůbec nic smysl*“. Pacient při ní truchlí nad tím, že bude muset přijmout všechny následky a smíruje se s původním sdělením o svém zdravotním stavu, případně o blížící se smrti. Často se stává zamlklým, uzavřeným, nechce nikoho vidět, někdy ani lékaře, mnohdy pláče a truchlí a čelí strachu a úzkosti z neznámého, stejně jako pocitům smutku a beznaděje (viz kapitola 6).
5. **Smíření**, je vůbec poslední fází, kdy pacient akceptuje situaci takovou, jaká je, a hledá, co za daných pro něj nových okolností může udělat. Dochází u něj k uvolnění a je schopný, jak spolupracovat s lékaři, tak i racionálně podnikat kroky, které povedou ke zlepšení situace pro něj, nebo jeho blízké.

Smutným faktem bohužel je, že ne všichni pacienti v terminální fázi onemocnění stihnou dospět až ke smíření. Proto je na místě u terminální fáze onemocnění vždy využít psychoterapeutických služeb a případně i služeb nemocničního kaplana, či kněze, pokud pacient má rozvinutou, nebo chce rozvinout, třeba i svou spirituální stránku. V České republice je také žádoucí využít služeb organizace Cesta domů (www.cestadomu.cz), která se specializuje na poskytování odborné péče lidem na konci života a jejich blízkým, a to **včetně služeb domácího hospicu** se zdravotní péčí 24 hodin denně 7 dní v týdnu, avšak v současné době jen na území Prahy. V ČR existují i další organizace, které odborné služby pro umírající a jejich blízké poskytují, a nabízejí služby domácího hospice i v jiných městech.

Jak bylo již řečeno, tak výše popsanými procesy dle modelu Kübler-Rossové si velká část onkologických pacientů během svého onemocnění projde hned několikrát. V závislosti na konkrétním pacientovi se obvykle tento proces uplatní zejména během následujících událostí, a to při:

- **prvotním podezření na onkologické onemocnění**, kdy pacienti truchlí nad tím, že už nejsou zdraví a asi je postihla závažná nemoc (bez ohledu na to, zda je to pravda),
- **sdělení prvotní diagnózy**, kdy truchlí nad tím, že „právě oni“, nebo „i oni“ dostali rakovinu,
- **přijetí důsledků chirurgické léčby**, kdy si musí odtruchlit některé trvalé následky (zejména amputace – zejména prsu, event. končetin, či např. trvalou ztrátu plodnosti – viz kapitola 5.13),
- **oznámení o radioterapeutické či chemoterapeutické léčbě**, kdy často mnohdy i zbytečně truchlí nad nadcházející ztrátou vlasů, ale i nad tím, že přijdou doby, kdy jim bude opravdu zle (což opět nemusí být pravda),
- **alopecii**, kdy si mnohdy aktivně sami oholí hlavu a musí si odtruchlit ztrátu vlasů, která pro ně často symbolizuje prohranou bitvu (nikoliv válku) s nemocí,
- **výskytu dalších nežádoucích účinků onkologické léčby**, kdy si musí odtruchlit svou někdy nevyřčenou a neuvědomovanou představu, že zrovna jich se nežádoucí účinky onkologické léčby týkat nebudou,
- **nasazení dalších léčebných modalit**, kdy si celým procesem procházejí z důvodu toho, že přišli o představu, že léčba probíhá „dobře“ a už je u konce,
- **progresi onemocnění**, kdy si musí mnohdy odtruchlit, že nad rozvojem nemoci nemají žádnou kontrolu, což je sice součást definice buňky zhoubného nádoru, viz kapitola 3.1, ale pacienti to obvykle nevědí a nikdo je o tom neinformuje,
- **recidivě onemocnění**, kdy truchlí nad tím, že remise byla pouze dočasná a že jejich přesvědčení, že jsou již vyléčení, bylo nesprávné,
- **výskytu další onkologické diagnózy**, kdy truchlí nad ztrátou přesvědčení, že už si nikdy v životě nebudou muset projít onkologickou léčbou, která je zejména u onkologických diagnóz v nižším věku ne zcela racionální,
- **přiznání invalidního důchodu**, kdy sice na jednu stranu obvykle vítají přísun aspoň nějakých finančních prostředků, který je s tím spojený, ale na druhou stranu si potřebují odtruchlit, že jsou teď – byť mnohdy dočasně – „úředně uznání mrzáci,“ tj. že úředně nejsou zdraví,
- **ztrátu blízkých vztahů**, kdy je naprosto běžné, že onkologičtí pacienti přicházejí jak o blízké partnerské vztahy, tak i přátelské vztahy a mnohdy i o rodinné vazby (viz kapitola 5), což ovšem předem nevědí, nechápou, nerozumí tomu, a vnímají to jako „zradu“ nejbližších,
- **přijetí odpovědnosti za vlastní nádorové onemocnění**, kdy zejména kuřáci, lidé s vysoce rizikovým pitím alkoholu, a lidé, kteří se celý život nezdravě stravovali (s vysokým podílem uzenin), na základě všeobecné známosti vnějších faktorů přispívajících k nádorovému onemocnění, si mnohdy procházejí sebeobviňující fází (viz kapitola 6.5), při které si musí odtruchlit, jak zle se ke svému tělu chovali, a to bez ohledu na skutečnou míru vlivu externích faktorů na vznik jejich konkrétního onkologického onemocnění a fakt, že obvykle jde o důsledek komplexních multifaktoriálních biologických procesů (viz kapitola 3). Tímto procesem si paradoxně procházejí i ti lidé, kteří se obviňují za faktory, které se vznikem onkologických onemocnění prokazatelně vůbec nesouvisejí, což je podněcováno zejména různými ezoterickými přesvědčeními, které se šíří ve společnosti,
- **vyrovnávání se s trvalými zdravotními omezeními způsobenými nádorem a/nebo onkologickou léčbou**, což je velice bolestný a někdy dlouhodobý proces, který může být v některých případech (ablace prsu, amputace končetin či jejich částí, zavedení trvalé stomie) postupně usnadněn nápravnými opatřeními v podobě plastických operací, využití protéz, či

následné fyzioterapeutické rehabilitace a zapojení se zpět do běžného života. Tento proces se přitom týká i těch pacientů, kteří „jen“ musí trvale změnit třeba své stravovací návyky,

- **uvědomění si vlastní smrtelnosti**, což představuje další mnohdy bolestný proces, který pacient ne vždy je schopen pojmenovat a verbalizovat. Dochází k němu obvykle už při uvědomění si, že by ho nádorové onemocnění mohlo zabít, pokud se nebude léčit. Týká se zejména lidí v mladším věku, kteří nejsou s onkologickým onemocněním diagnostikováni tak často, a žijí obvykle v nevědomém nastavení, že jich se smrt prozatím netýká,
- **nemožnosti další kurativní léčby**, což bývá pro onkologické pacienty jedním z nejbolestivějších prožitků vůbec. Pacient zjišťuje, že prohrál svůj boj s nemocí a teď už bude jen moci bezmocně přihlížet tomu, jak nádor postupně poroste a event. se bude metastaticky šířit do dalších orgánů a tkání v jeho těle. Pacient si tedy musí odtruchlit ztrátu domnělé kontroly nad svým životem, což bývá velmi obtížné zejména pro lidi se sklony k co největší kontrole,
- **sdělení terminální fáze onemocnění**, které je také jednou z posledních věcí, kterou si pacient odtruchlí. V tomto případě se jedná o nutnost přijetí vlastní smrtelnosti, a tento proces je paradoxně velmi odlišný od procesu výše, kdy se dozvídá, že kurativní léčba už není možná,
- **definitivní nemožnosti splnit si některé své sny**, což bývá velmi bolestivou zkušeností a průvodním jevem terminální fáze onemocnění (viz kapitola 4.20). Tím, že onkologické onemocnění často zasahuje lidi v důchodovém věku, nebývá toto truchlení až tak moc silné, ale přesto k němu dochází téměř vždy. Jen sny seniorů bývají méně „ambiciózní“ (už to není procestovat celý svět, vybudovat miliardovou firmu) a více přizpůsobené jejich reálným možnostem a často obsahují vnučata (ve smyslu např. jet na prázdniny s vnučaty). Tato fáze je zcela přirozenou součástí jakéhokoliv umírání, u onkologicky nemocných však doprovází i pacienty v remisi, zejména pokud v důsledku onkologické léčby např. ochrnou, přijdou o nějakou část těla apod. (viz výše). Důvodem, proč je tato kategorie uvedena separátně, je i to, že při truchlení nad sny si pacienti často vyčítají, že nešli včas na to či ono vyšetření, neposlechli lékaře, když jim říkal, že jim zbývají už jen dva roky života, takže místo toho dál pracovali, namísto plnění si svých snů atd. Protože bolest z této ztráty často zahrnuje rodinu, partnera a přátele, kde si pacient mnohdy vyčítá, že jim nevěnoval více času, nebyl na ně hodnější apod., bývá pro pacienta účinnější a milosrdnější, pokud ho procesem truchlení provádí psychoterapeut či nemocniční kaplan, který mu pomůže dosáhnout fáze smíření, ideálně ještě před jeho smrtí.
- **nemožnosti napravit některé poškozené blízké vztahy**, což bývá pro řadu pacientů tím úplně posledním, co si musí odtruchlit v případě, že umírají. Pacienti často v posledních dnech či hodinách svého života kontaktují své děti, rodiče, sourozence, bývalé partnery či blízké přátele v naději, že na smrtelné posteli se s nimi usmíří, a budou moci odejít v pokoji. Řadě z nich se to bohužel nepoštěstí, nebo nestihnou tyto lidi kontaktovat (např. při umírání během noci). V takovém případě málokdy všechny fáze procesu truchlení dle modelu Kübler-Rossové stihnou proběhnout až k poslednímu smíření, pakliže není přítomen psychoterapeut, nemocniční kaplan, nebo někdo, kdo pacientovi poskytne útěchu (včetně někdy zdravotních sester, lékařů, či spolupacientů).

5 Životní události v průběhu onkologického onemocnění

Onkologický pacient si během svého onemocnění prochází celou řadou důležitých životních událostí, které se netýkají bezprostředně průběhu samotné onkologické léčby a jednotlivých léčebných procesů a modalit, kterým byla věnována kapitola 0. Ty nejvýznamnější z těchto procesů se snaží blíže popsat tato kapitola.

5.1 Sdělení diagnózy nejbližším

Málokterý onkologický pacient žije izolovaně od svých nejbližších. Většinou tak jeho diagnóza bezprostředně, a u zhoubných či semimaligních nádorů ve vyšších stádiích i dlouhodobě až trvale, zasáhne do jeho bezprostředního psychosociálního okolí. To si ovšem pacient velmi dobře uvědomuje, což mu v některých ohledech i komplikuje proces sdělení jeho diagnózy, či obvykle obav z diagnózy, jeho nejbližším. Pro řadu pacientů dokonce největší psychickou zátěž v úvodních fázích onemocnění – obvykle před zahájením onkologické léčby – nepředstavuje ani tak onkologická diagnóza samotná, jako proces seznámení nejbližších lidí s touto diagnózou.

Ten se liší podle toho, v jaké roli vůči pacientovi daná osoba vystupuje. Níže jsou popsány obvyklé psychické aspekty sdělování onkologické diagnózy lidem v různých rolích, a to podle pořadí, v jakém se tito lidé o nemoci pacienta nejčastěji dozívají.

Partner bývá obvykle vůbec prvním, kdo se o onkologické diagnóze dozívá. Tím, že nádorová onemocnění jsou mezi pohlavími zastoupena v podstatě rovným dílem (51,2 % muži, 48,8 % ženy [1]), je účelné podívat se na situaci z pohledu muže a ženy. **Ženy** bývají ve sdělení onkologické diagnózy, už ve fázi podezření, vůči svým partnerům otevřenější. Svůj strach dávají otevřeněji najevo, takže partner je často pobídne ke sdělení diagnózy svým dotazováním. Nebývá ani výjimkou, že žena se svěří svému partnerovi ihned. Ženy s menšími dětmi, které vnímají onkologické onemocnění jako ohrožení své schopnosti postarat se o rodinu a děti někdy se sdělením své diagnózy partnerovi váhají, zejména pokud jim nevěnuje dostatek času, nebo má „své starosti“. Velmi často jsou však v této komunikaci i tak otevřené. Podobně to probíhá i u homosexuálních párů. V opačné polaritě, kdy je **nemocný muž**, však komunikace tak otevřená a časná už nebývá. První návštěvu s podezřením na nějakou vážnější nemoc absolvuje muž mnohdy bez toho, aby partnerce otevřeně své obavy sdělil. Někdy je do návštěvy lékaře donucen třeba i svou partnerkou, nebo dětmi (ve starším věku) kvůli zdravotním potížím, se kterými se potýká, avšak o svých skutečných obavách z onkologického onemocnění se ženou nemluví. Otevřené komunikaci může paradoxně bránit i přílišná úzkost partnerky z toho, že by muž mohl být vážně nemocný. Řada mužů váhá se sdělením své onkologické diagnózy i ve fázi, kdy se definitivně potvrdí. Výjimkou bývá náhlé zjištění onkologické diagnózy při jiné příležitosti, kdy je pacient natolik v šoku, že je v komunikaci s manželkou otevřený. Pro muže představuje onkologická diagnóza ohrožení jeho schopnosti zabezpečit rodinu či v pozdějším věku být hlavou rodiny a postarat se o partnerku. Onkologické onemocnění je mužem mnohdy vnímáno jako forma slabosti a musí si často nejprve projít příslušným odtruchlením (viz kapitola 4.21), než je schopen o diagnóze otevřeně hovořit se svojí partnerkou.

Pakliže nejsou vzájemné vztahy nijak vážněji narušeny křivdami z minulosti, bývají **sourozenci** hned těmi druhými, kdo se o onkologické diagnóze pacienta dozívá. Zejména tehdy, pokud se pacient stará ještě o nezaopatřené děti. Sourozenci jsou pacienti vnímáni jako snáze přístupná pomoc pro jejich děti a event. možná podpora pro jejich partnera, pokud v důsledku onkologického onemocnění zemřou (přičemž pravděpodobnost úmrtí je obvykle pacienti vnímána jako podstatně vyšší než skutečná, jak bylo popsáno již v kapitole 0). Velký význam samozřejmě hraje otevřenost vztahů mezi sourozenci i zaběhnuté rodinné role. Pacienti, kteří vůči svým sourozencům vystupovali spíše v rodičovské roli si procházejí podobným uvažováním jako u sdělování diagnózy dětem, pacienti, kteří vůči svým

sourozencům vystupovali spíše v dětské či opečovávané roli, jsou naopak k sourozencům velmi otevření a někdy jim o diagnóze řeknou i dříve než partnerovi (podobně jako děti o svých potížích nejprve informují rodiče).

Vlastní nedospělé děti jsou nejnáročnější cílovou skupinou pro sdělení onkologické diagnózy. Rodiče sdělení o své nemoci dětem obvykle odkládají na dobu, kdy je přesně jasná diagnóza i zvolený léčebný postup. Případnou hospitalizaci kvůli biopsii či resekci nádorem postižené tkáně pak dětem zdůvodňují obvykle nějakou neurčitou či jinou diagnózou. Děti však samozřejmě celou dobu tuší, že se něco děje, což může ovlivňovat jejich chování, včetně až somatizace některých úzkostí, či vzniku problémů ve škole. Z tohoto pohledu by se mohlo jevit jako racionálnější nezletilé děti nějakým způsobem informovat co nejdříve. Nelze to však zobecnit. Pacient je sice jejich rodič, ale zároveň ví, že během onkologické léčby nebude moci aspoň na čas zastat svoji roli tak, jak by si sám představoval a jak jsou děti zvyklé. Přitom dodržování pravidelného režimu a rituálů je zejména pro předškolní děti velmi důležité. I proto pacient čeká na informaci, jak konkrétně bude léčba probíhat a jak moc zasáhne do běžného rodinného života a jeho rodičovských povinností. Část rodičů se při následném rozhovoru s dětmi o své diagnóze také poměrně oprávněně bojí používat slovo „rakovina“, protože i děti ve svém věku již mívají nějaké „zkušenosti“ s rakovinou např. prarodičů, příbuzných, či rodičů či prarodičů svých spolužáků, o čemž ale rodiče nemusí vědět. Pro předejití úzkostných předpokladů dětí o tom, co mamince nebo tatínkovi je, je proto vhodnější vyhnout se slovu rakovina, které beztak nemá v medicíně jasné zakotvení (viz kapitola 2.2) a raději používat medicínsky správné označení novotvar. Vysvětlení, že mamince nebo tatínkovi v těle či na těle roste něco, co tam nemá být a je potřeba to dát pryč je oproti sdělení, že má „rakovinu“ pro děti obvykle více uklidňující, snáze pochopitelné, a navíc medicínsky zcela přesné. Samotná náročnost sdělení onkologické diagnózy dětem bytostně závisí na jejich věku, počtu a na vztahu, který s nimi má nemocný a druhý, zdravý, rodič vybudován. Nemocný rodič také ví, že jeho partner se bude muset o děti místo něj nějakou dobu postarat, což v něm vzbuzuje jisté obavy, které sdělení diagnózy dětem zejména u nemocných matek rovněž pomáhají oddálit. Velká část rodičů má také strach o to, jak děti jejich diagnózu vezmou. Zkušenosti onkologických pacientů ukazují, že jsou však obvykle mile překvapeni, že děti to přijímají mnohem „lépe“ a „statečněji“ než čekali. To souvisí patrně i s tím, že nemocný rodič bývá sám pod vlivem silné úzkosti, která zkresluje jeho vnímání reality [24]. Jedním z faktorů, proč rodiče říkají svou diagnózu svým nezletilým dětem později, je také fakt, že je chtějí uchránit oné nejistoty, které sami čelí, protože logická dětská navazující otázka je: „Co to pro nás znamená?“ A na tu rodiče nejsou schopni odpovědět, dokud nemají od onkologa naprosto přesnou diagnózu a léčebný postup. To ostatně zhoršuje i jejich vlastní pocity z toho, že tyto informace od lékařů zatím nemají.

Vlastní dospělé děti se oproti tomu o onkologické diagnóze svých rodičů dozívají výrazně dříve. Někdy dokonce dříve než životní partner nemocného, zejména u rozvedených rodičů, kteří žijí s novým partnerem teprve krátkou chvíli. Pro partnerství je nicméně přínosné, pokud i v takovéto situaci je partner tím prvním, kdo se o onkologické diagnóze nemocného dozví. Při sdělování své diagnózy dospělým dětem mají rodiče zejména obavu, aby svým dětem „nepřidělávali“ starosti. V pozadí často bývá přítomna také obava, zda jejich vztah s dětmi je natolik silný, že se o ně během nemoci postarají, což bývá také důvodem, proč toto sdělení odkládat někdy dokonce až do doby, kdy už je nezbytně nutné – tedy, kdy např. potřebují doprovod na ozařování či chemoterapii. Tato obava se zdá být tím větší, čím starší rodič je, zejména pokud pak jeho děti už mají své děti. Pokud jsou ale děti nemocného už v důchodu, bývá sdělení onkologické diagnózy pro rodiče výrazně snazší, i proto, že je už obvykle vybudován pečující vztah dítě – rodič. Zejména u starších onkologických pacientů však bývají větším „spojencem“ v nemoci dospělá vnoučata. Ta se někdy dozívají onkologickou diagnózu hned po partnerovi, pokud je naživu či přítomen, a dříve než děti. Někdy pak starší nemocný sděluje svoji diagnózu svým dětem sice sám, ale za přítomnosti vnoučete „spojence“.

Sdělit onkologickou diagnózu **blízkým přátelům** bývá relativně nejlehčí. Mnozí onkologičtí pacienti však chtějí sami pro sebe dodržet pořadí, kdy vše nejdřív sdělí nejbližší rodině. To samozřejmě, při delším odkládání sdělení diagnózy, vede, mnohdy neuvědomovaně, k vyhýbání se přátelům. Ti pak mohou vycítit, že něco není v jejich vztahu v pořádku, avšak mylně to přičtou nějaké události či roztržce a někdy se i urazí. To může být faktorem, který pak také přispívá k častému fenoménu odvracení se přátel od onkologicky nemocného (viz kapitola 5.4). Pacienti se často blízkým přátelům dokáží snáze svěřit s niternými pocity než partnerům nebo svým sourozencům. Někteří přátelé jsou ochotni poskytnout onkologickým pacientům i praktickou pomoc – nakoupit, navařit, vzít děti do školy/ze školy/na kroužky, posekat zahradu – která je pro onkologické pacienty zejména v průběhu chemoterapie a radioterapie tou nejdůležitější. Pokud se však onkologičtí pacienti svým přátelům nesvěří, o tuto velmi cennou pomoc a podporu přicházejí.

Rodiče partnera se obvykle dozvědí o nemoci relativně brzo. Sdělujícím bývá téměř vždy jejich vlastní dítě, tedy partner nemocného. V případě, že spolu mají partneri nezletilé děti, následuje toto sdělení krátce po informování dětí. Pro onkologického pacienta, který málokdy toto informování rodičů partnera sám provádí, je největší obavou, aby rodiče partnera nezačali panikařit a nezvyšovali jeho vlastní obavy, nebo mu hned neříkali, co a jak má dělat, nebo nezačali litovat jeho děti. V praxi se přesně tohle často děje a rodiče partnera, někdy spolu s vlastními rodiči, díky verbalizaci svých vlastních obav a strachů destabilizují nemocného. Partner proto obvykle ve vztahu s onkologicky nemocným funguje také jako „filtr“, který má své vlastní rodiče po čas onkologické léčby v takovém případě držet striktně od onkologicky nemocného, a to i v případě telefonických rozhovorů.

Rodiče bývají zpravidla těmi posledními, kdo se o onkologickém onemocnění dospělého samostatně zjišťují člověka dozví. Zdá se, že síla a blízkost vybudovaného vztahu dítě – rodič na toto pořadí nemá nutně vliv. Onkologický pacient se mnohdy obává o své obvykle už starší rodiče a jejich zdraví. Protože rakovina se typicky vyskytuje ve vyšším věku, sdělení také přichází v době, kdy jeden z rodičů může být vážně nemocný, či po smrti. Tím, že čím je člověk starší, tím více má rakovinu ještě zažitou jako smrtelné onemocnění (připomeňme si Obrázek 1 vyjadřující každoroční razantní rozevírání nůžek mezi incidencí a mortalitou nádorových onemocnění), je navíc oprávněné předpokládat značnou citovou reakci rodičů. Drtivá většina rodičů totiž není připravena zemřít až po svých dětech. Onkologický pacient tak obvykle dlouhé týdny hledá cestu, jak svoji diagnózu svým rodičům sdělit. Často to řeší i se svým partnerem, sourozenci, dospělými dětmi a přáteli. Málokterý nemocný k tomuto velmi důležitému a zatěžujícímu kroku využívá služeb terapeuta či nemocničního kaplana. To, jak rodiče přijmou zprávu o nemoci svého dítěte a jak moc při tom svou emocionální reakci namísto podpory emočně destabilizují pacienta, pak determinuje otevřenost komunikace pacienta s rodiči během celé onkologické léčby.

Sdělování své diagnózy nejbližším lidem je pro pacienta často psychicky velmi vyčerpávající. Vynaložené úsilí je přitom málokdy reflektováno nejbližšími, protože ti jsou obvykle zaplaveni vlastními obavami, strachy a egoobranými mechanismy (typicky snahou dostat onemocnění svého blízkého pod kontrolu). To onkologicky nemocného často ponechává zcela neošetřeného. Tento fakt se často snaží pokrýt empatičtější onkologové, kteří mnohdy plní i funkci mluvčího vůči partnerovi, souzencům, dospělým dětem a rodičům. Opora v psychoterapeutickém vztahu či vztahu s nemocničním kaplanem by však nemocnému dokázala tento krok velmi usnadnit, a pomoci mu přestat případně i to, když není za svou statečnost a úsilí odměněn pochopením a podporou, které více či méně nevědomě za své sdělení očekává.

5.2 Sdělení diagnózy v práci

Sdělení diagnózy v práci je velmi náročným úkolem, který je doprovázen obavami zejména o finanční situaci. To se týká i živnostníků a majitelů firem. Právě finanční situace pacienta, jak bylo zmíněno již

v kapitole 4.5, je dle psychoonkologických studií určující pro úspěšnost léčby a přežití pacienta [9]. Pacienti se velmi obávají, jak jejich zaměstnavatel či klienti zareagují. Svoji diagnózu proto v práci sdělují až tehdy, je-li onkologická léčba neslučitelná s pracovním nasazením – typicky v případě nasazení chemoterapie (viz kapitola 4.7), radioterapie (viz kapitola 4.8) či biologické léčby (viz kapitola 4.10). V případě chirurgického řešení a následné hormonální léčby (viz kapitola 4.11) se někdy pacienti v práci se svou diagnózou nesvěřují. To, zejména při nasazení hormonální léčby, může působit jisté následné problémy pacienta v kolektivu kvůli projevům nežádoucích účinků této léčby – zejména změny vzhledu, či někdy častější nemocnosti a podrážděnosti.

Velmi často se přitom stává, že zaměstnavatel či klienti se snaží vyjít nemocnému maximálně vstříc, a to třeba i možností pracovat v omezené míře a z domova. Někteří zaměstnavatelé také nabídnou onkologickým pacientům, že jim jejich pracovní místo „podrží“ třeba rok (i ve skutečnosti, nejen de iure). Někdy si však onkologičtí pacienti z ekonomických důvodů nemohou delší pracovní neschopnost dovolit a ani jejich zaměstnavatel jim nevyjde příliš vstříc. Zejména v těchto případech je vhodné, aby pacienti oslovili co nejdříve svou rodinu i přátele a případně vyhledali i příslušné neziskové organizace či sociální služby, kde získají maximum podpory pro zachování ekonomické stability. Problematické žádosti o invalidní důchod i komplexní podpoře onkologických pacientů se věnuje například Centrum Amelie (www.amelie-zs.cz), které má své pobočky v několika městech České republiky, a vydává i odborné publikace pro pacienty.

5.3 Rozchod

Rozchod bývá první ze zcela nečekaných komplikací onkologického onemocnění. Řada onkologických pacientů si jím projde krátce po sdělení své diagnózy partnerovi. Obvykle se to však stává ve vztazích bez vlastních dětí, které navíc již delší dobu nefungují, anebo které nejsou ze strany druhého partnera vnímány jako „závazné“. Rozchody, bohužel, velmi často postihují pacientky s onkogynekologickou diagnózou – zejména zhoubným nádorem prsu, vaječníků či dělohy a po skončení léčby se mnohdy týkají i mužů, u nichž nežádoucí účinky onkologické léčby vedly k neplodnosti, či erektilní dysfunkci.

Rozchod bývá pro onkologického pacienta často velmi nečekaný a zraňující a bývá vnímán jako zrada partnera. Tím, že z pohledu pacienta je to často zavrženíhodný čin se s ním však pacient obvykle dokáže vyrovnat rychleji, než kdyby k němu došlo jindy. Některým pacientům navíc pomáhá aktivovat jejich síly pro bojové nastavení vůči nádoru – pakliže k rozchodu dojde v úvodních částech léčby. Pochopení, že „*jsem na to sám/sama*“ pomáhá některým pacientům proti bezmoci, protože rázem musí řešit spoustu věcí, které dříve řešil jejich partner.

Pacienti, kteří si během léčby projdou rozchodem, také mnohem snáz navazují třeba i nové hluboké přátelské vztahy, a to třeba i s lidmi, které původně měli jen mezi „kamarády“ či „známými“. Také si zpravidla snáze říkají o pomoc rodiny, která bývá za těchto okolností obvykle více nápomocná. Celkově vzato tak nelze rozchod během onkologické léčby vnímat jednoznačně negativně, protože celá řada pacientů z něj vyjde s lepší a širší podporou a bojovým nastavením, které je prokazatelně pro pacienta během léčby přínosné [9].

Poněkud jiné výstupy mívají rozchody po dokončení léčby, odůvodňované často důsledky této léčby – ať už fyziologickými (amputace, neplodnost, stomie, změny vzhledu), nebo psychickými (údajná či dokonce skutečná (např. kvůli hormonální léčbě) změna osobnosti a životních priorit nemocného). Rozchody, u kterých pacient vnímá, že k nim došlo kvůli změnám fyziologických vlastností jeho těla, bývají pro pacienty velmi bolestné a měly by být podchyceny psychoterapeutickou péčí, neboť mnohdy otřesou základní důvěrou pacienta v další smysl jeho života i jeho schopnost nalézt si životního partnera. Rozchody po ukončení léčby, u kterých pacient vnímá, že jsou způsobeny změnou jeho osobnosti, pacienti obvykle přijímají snáze. Někteří pak však mají tendenci zužovat výběr budoucího

partnera na někoho, kdo si také prošel onkologickým onemocněním, protože ulpívají na iracionálním přesvědčení, že jim „*nikdo jiný nemůže rozumět, protože si to nezažil*“. Toto často opakované konstatování navíc paradoxně může efektivně bránit vzniku hlubší blízkosti a intimity v novém partnerském vztahu.

5.4 Odklon přátel od nemocného

Velmi častý a pro pacienty zraňující bývá také odklon přátel od nemocného. Pacienti tento proces často popisují jako kdyby měli nějakou vysoce nakažlivou nemoc a nikdo se s nimi najednou nechtěl vidět ani bavit. Z pohledu přátel bývá těch důvodů pro vyhýbavé chování obvykle několik:

1. Je pro ně těžké vidět někoho blízkého, jak trpí a „chřadne před očima“ (zejména u pacientů s chemoterapií a radioterapií).
2. Nevědí, jak si poradit s projevy hlubokého smutku či vzteku, kterými si pacient v rámci vyrovnání se s onkologickou diagnózou opakovaně prochází (viz kapitola 4.21).
3. Nevědí, jak s nemocným hovořit (viz kapitola 7).
4. Měli negativní pocity po komunikaci s nemocným, často plynoucí z předchozích tří bodů.
5. Domnívají se, že mají povinnost být pro nemocného oporou a nemohou s ním řešit své radosti a potíže, které s ním řešovali dřív (viz kapitola 7).

Z pohledu nemocného je však situace zcela nesrozumitelná. Jeho vlastní dlouhodobá stresová až úzkostná reakce potlačuje empatické funkce jeho mozku [24], a naopak pod vlivem emoce, která u něj převažuje (v tomto případě z neurofyzilogického pohledu vztek, strach, či panika [24]) nachází často iracionální zdůvodnění takového chování. Pacienti, kteří před propuknutím nemoci mívali problém se sebevědomím, vidí chybu primárně v sobě, a začínají se tak považovat za „špatné“. To, bohužel, může podporovat také sebeobviňování se za onemocnění rakovinou (viz kapitola 6.5). Pro tyto pacienty může být výraznou korektivní zkušeností, pokud se během nemoci z některých dříve spíše známých náhle stanou blízcí přátelé a/nebo pokud si najdou nové přátele mezi spolupacienty.

U pacientů, kteří vnímali před propuknutím nemoci vlastní zdravou sebehodnotu, vyvolává odvracení přátel spíše vztek, nežli strach a paniku. To však může negativně ovlivnit jejich reagování při interakcích s dalšími přáteli, kteří se doposud od nich neodvrátili. Odvracení prvních několika přátel často totiž vede k víceméně obrannému než racionálnímu nastavení: „*Nikoho vlastně nepotřebuju,*“ což se pak promítne i do určité podrážděnosti a citlivosti na náznaky odmítnutí (někdy vyúsťující až v potvrzující kognitivní zkreslení, kdy pacient cíleně hledá náznaky odmítnutí) při komunikaci s dalšími přáteli. Navíc to může ztížit schopnost pacienta říci si blízkým včas o pomoc, až ji bude např. během chemoterapie či radioterapie, potřebovat.

5.5 Změna lékaře vedoucího léčbu onkologického onemocnění

Menší část pacientů si během své léčby projde psychicky velmi náročnou zkušeností změny ošetřujícího onkologa (někdy také radiologa či chirurga, podle toho, kdo zodpovídá za kurativní léčbu pacienta). Stává se tak buď z důvodů na straně lékaře (dlouhodobá nemoc, důchod, stěhování), nebo na straně pacienta (nedůvěra v lékaře, využití jiné léčebné modality, stěhování). Tato změna je velmi citlivou záležitostí zejména v kurativní fázi léčby. Zásadní vliv na psychiku pacienta má však i během čistě paliativní léčby (viz kapitola 4.19) a dokonce i během dispenzarizace (viz kapitola 4.16).

Vztah pacient – lékař je v tomto případě v mnoha ohledech velice intimním vztahem, kdy pacient lékaře vnímá jako někoho, kdo rozhoduje o jeho životě a smrti (bez ohledu na reálnou diagnózu a riziko smrti). Lékař se pro pacienta často stává až iracionálně idealizovaným neomylným vzorem a zdrojem všech informací. Řada pacientů, zejména pokud jsou značně vyděšení, pak může v lékaři (i díky regresi) spatřovat až náhradního rodiče, a to se všemi myslitelnými důsledky, které to může mít na tento vztah

jako je např. požadování lékaři pozornosti, očekávání „odměny“ za úspěšné plnění lékařových instrukcí atd. U pacientů s úzkostnou vztahovou vazbou lze navíc očekávat výrazně zvýšenou citlivost a nároky na rodičovské chování lékaře. Zatímco pacienti s vyhýbavou vztahovou vazbou zase mohou mít tendence zatajovat skutečnou míru obtíží a vedlejších účinků léčby. Není dokonce výjimkou, že bývalí onkologičtí pacienti svým ošetřujícím lékařům přicházejí představit i po letech své partnery či děti.

Díky tomu, o jak moc blízký vztah se pro pacienta jedná, mohou být někteří pacienti velmi citliví na změnu lékaře. Tato zvýšená citlivost by se dala očekávat zejména u pacientů, jejichž rodiče si prošli rozvodem, zejména pokud se tak stalo, dokud byl pacient malým dítětem. Mnohdy by tak bylo na místě, pokud by byl pacient na změnu lékaře připravován (je-li vyvolána lékařem) nebo pokud chce lékaře změnit sám, aby si nejprve vybudoval jiný stabilní a přetrvávající pečující vztah – ideálně psychotherapeutický a/nebo s nemocničním kaplanem, který by mu pomohl svého ošetřujícího lékaře vyměnit, pakliže mu už nedůvěřuje.

Velkým problémem také může být tlak rodiny na změnu lékaře, pakliže mu pacient věří. Pokud rodina pacienta v takovém nastavení nakonec donutí „si vybrat mezi lékařem nebo jí,“ může to mít dalekosáhlé negativní dopady na pacientovy vztahy s rodinou, a to i tehdy, dosáhne-li pacient u nového lékaře remise onemocnění. Navíc případná nedůvěra v nového lékaře by mohla negativně ovlivnit psychoneuroimunologické procesy, které by mohly vyústit v jisté komplikace v léčbě (zejména biologické), a to hlavně u solidních nádorů [9].

To se ovšem týká i případu, kdy současný ošetřující lékař ztratí důvěru pacienta. Je přitom naprosto jedno, z jakého je to důvodu, zda bylo vůbec v moci ošetřujícího lékaře tomu předejít, a zda s ním osobně tato ztráta důvěry vůbec nějak souvisí. Někteří pacienti totiž ztrácí důvěru ke svým lékařům na základě někdy i cíleně lživých informací o rakovině publikovaných na internetu, na základě názorů či hodnocení jiných onkologických pacientů v patientských skupinách, či na základě toho, že lékař pacientovi třeba jen připomene někoho úplně jiného, vůči komu ovšem pacient cítí vztek a/nebo nedůvěru, což je čistě nevědomý proces, do kterého nemá lékař, jak zasáhnout. V takovém případě je tedy výhodou, že pacient má právo na změnu lékaře.

Zásadní problém ovšem nastává tehdy, kdy se názory dvou různých lékařů diametrálně rozcházejí, a to zejména pokud je to v oblasti prognóz, či stanovení terminální fáze onemocnění (viz kapitola 4.20). V takovém případě pacienti obvykle mají tendenci důvěřovat lékaři, který nabízí pro ně „lepší“ variantu, tedy obvykle lepší prognózu, mírnější léčbu, či menší závažnost nádorového onemocnění podle některé z klasifikací. To, který z lékařů by byl pro pacientovu léčbu ve skutečnosti „lepší“, pacient však nikdy nezjistí. Pokud u něj dojde k remisi, bude za lepšího považovat lékaře, u kterého zůstal, pokud k terminální fázi onemocnění, často to bývá naopak a pacient si vyčítá, že odešel od prvního lékaře (což je ta „lepší varianta“), nebo se zlobí na rodinu, že ho od něj odvedla, což je varianta s mnohdy katastrofálními a dlouhodobými důsledky pro všechny zainteresované členy rodiny, neboť pacient si nemusí už stihnout projít všemi stádii odtruchlení si „špatné volby“ lékaře ani před svou smrtí napravit pošramocené vztahy s blízkými (viz kapitola 4.21).

5.6 Sblížení se s jinými onkologickými pacienty

U pacientů, kteří jsou hospitalizováni, pacientů, kteří podstupují infuzní chemoterapii, která je typická delším společným čekáním, pacientů, kteří v rámci podpůrné terapie navštíví lázně, a u pacientů, kteří se zapojí do online patientských skupin či do patientských organizací, vznikají pevná pouta s dalšími onkologickými pacienty. To přináší své pozitivní, ale i negativní aspekty.

Pozitivním aspektem je mnohdy nahrazení ztracených blízkých vztahů a nalezení požadovaného porozumění. Na ostatní onkologické pacienty se neuplatňuje častý, někdy i verbalizovaný, iracionální předpoklad: „*Kdo si tím neprošel, nemůže mi nikdy rozumět,*“ což umožňuje pacientovi s nimi otevřeně komunikovat o všech svých pocitech bez strachu z nepřijetí. Mezi pacienty obvykle vzniká také silná sounáležitost a podpora, a to nejen slovní, ale někdy i praktická. Existují třeba speciální patientské skupiny onkologicky nemocných maminek s dětmi, kdy si ženy navzájem vypomáhají s dětmi a dalšími praktickými záležitostmi (viz kapitola 7.4). Navíc, je pravdou, že onkologicky nemocný snáze odhadne, s čím by asi tak jiný onkologicky nemocný mohl potřebovat pomoci.

Negativní aspekty však vyjma klasických problémů, které se běžně vyskytují v přátelských vztazích, jsou nejčastěji dva. Tím prvním jsou pacienti, kteří si zrovna procházejí depresivní fází smířování se s onkologickou diagnózou či nějakou částí léčby (viz kapitola 4.21) a zároveň mají úzkostnou vztahovou vazbu, což může vést k vysoké „energetické náročnosti“ takového přátelství pro onkologického pacienta, který sám musí pečlivě hospodařit se svými fyzickými a psychickými silami (viz kapitola 6.8). Dalším negativním aspektem může být smrt blízkých onkologických pacientů. Někteří pacienti s agresivním nádorem a velmi špatnou prognózou totiž paradoxně mívají největší bojové nastavení a svou obrovskou silou a odhodláním, které je však z biologických důvodů odsouzeno obvykle k neúspěchu (viz kapitola 3), značně motivují ostatní pacienty. Jejich náhlá smrt je však ranou pro všechny, ze které se skupina vzpamatovává třeba i několik měsíců. Navíc zejména v patientských skupinách tito lidé fungují jako jakési tmelící prvky. Často navíc vedou i nějaké blogy, či otevřené facebookové profily o svém boji s nemocí. Když kupříkladu zemřela jedna taková pacientka v jedné z patientských skupin na Facebooku, nejen, že skupina uspořádala sbírku na její pohřeb, ale ještě dva měsíce po její smrti se v ní pravidelně objevovaly smutné zmínky ostatních pacientů o jejím úmrtí.

5.7 Smrt blízkých onkologických pacientů

Právě smrt známých onkologických pacientů je pro ostatní jim blízké onkologické pacienty velmi bolestivou a demotivující záležitostí. Klíčovou roli hraje také diagnóza zemřelého blízkého pacienta. Pokud se jedná o pacienta se stejnou diagnózou a/nebo pacienta procházejícího stejnou léčebnou modalitou, je takové úmrtí pro nemocného více zraňující. To se týká zejména hospitalizovaných pacientů. Někteří pacienti vypráví třeba o tom, že jim zemřelo 80 % jejich spolupacientů a přátel, se kterými byli nějakou dobu na onkologii hospitalizovaní.

Větší počet úmrtí mezi blízkými onkologickými pacienty mívá přitom dva zcela protichůdné dopady na pacientovu psychiku. V krátkodobém horizontu je zničující a destabilizuje pacientovo přesvědčení, že nad „*rakovinou jde zvítězit*“ a že „*má smysl bojovat*“. To ohrožuje zejména pacienty s bojovým nastavením, ale vyvolává smutek a někdy až paniku i u těch, kteří léčbu nádorového onemocnění jako boj vyloženě nevnímají. Ti, kteří se snaží vyrovnat s nemocí životem jakoby nic, zas tolik ohrožení nejsou a můžou i v krátkodobém horizontu z těchto zkušeností vytěžit to, že si budou snažit užívat každého dne, kdy jim bude aspoň trochu dobře. Často je tato změna i verbalizována větami typu: „*Každý den ráno jsem vděčná, že jsem se vzbudila.*“ To je i častým dlouhodobým ziskem z této zkušenosti – přehodnocení životních priorit směrem k plnění si vlastních snů, více času na sebe i na blízké a životu v souladu se sebou. Bývalí onkologičtí pacienti si své zemřelé blízké spolupacienty pak mnohdy připomínají i po letech a slouží jim jako taková připomínka toho, aby se soustředili ve svém životě jen na ty věci, které jsou pro ně důležité, a nevěnovali pozornost (ani tu negativní v podobě strachu a rozčilování se) věcem, na kterých nesejde.

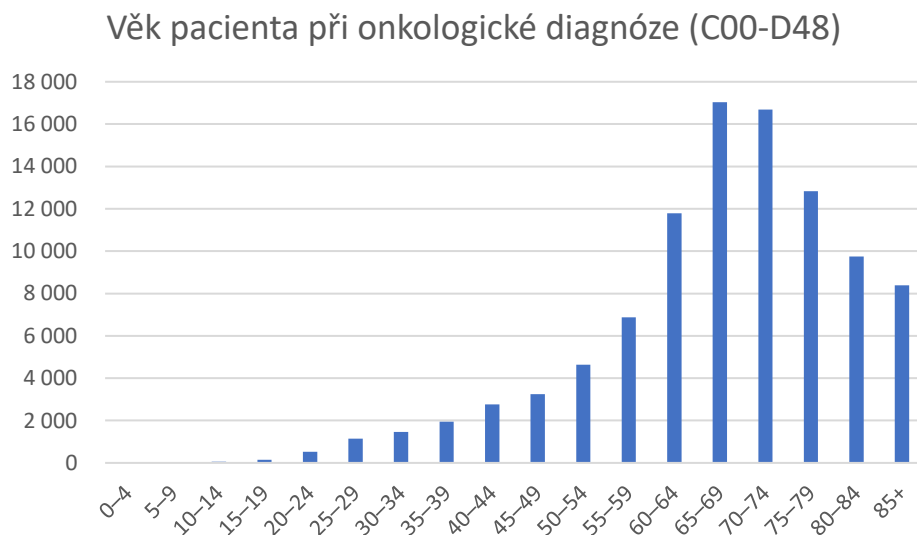
5.8 Remise u blízkých onkologických pacientů

Pokud onkologické pacienty něco naplňuje velkou nadějí, bývá to remise (tj. ústup, či „vyléčení“) onemocnění u jim blízkých spolupacientů. Ta přináší směsici pozitivních pocitů. Jednak blízkým

přátelům přeje nemocný, aby se uzdravili a má radost z toho, že se jim daří lépe, a to třeba i během zmírnění nežádoucích účinků probíhající léčby. Dále, zejména pokud uzdravený pacient měl stejnou diagnózu, dodává nemocnému uzdravení jeho přítele velkou nadějí. V tomto ohledu je naopak přínosná častá neznalost pacientů a jejich iracionální předpoklad, že „rakovina“ je nějakým konkrétním jedním onemocněním jako třeba spalničky. Posledním přínosem, který uzdravení blízkých přátel pro nemocného má, je dodání naděje, že je možné se vyléčit a že když se to daří jeho blízkým, tak on to dokáže také. Pro mnoho pacientů jsou přínosná i setkání s jinými onkologickými pacienty nacházejícími se v dlouhodobé paliativní léčbě (viz kapitola 4.19), kdy s nádorem v těle už žijí plnohodnotný život třeba i 10 až 15 let. Jak u blízkých pacientů v remisi, tak u blízkých pacientů s nádory, které se již mnoho let daří držet „pod kontrolou“, bývá tedy paradoxně výjimečně přínosný jinak do značné míry z podstaty onkologického onemocnění (viz kapitola 3) iracionální proces srovnávání se s ostatními pacienty (viz kapitola 6.10).

5.9 Konec v zaměstnání

Byť velká část zaměstnavatelů, respektive u podnikatelů klientů se vyznačuje velkou vstřícností vůči onkologicky nemocným (viz kapitola 5.2), podstatnou část onkologických pacientů čeká konec v jejich dosavadní práci. Z velké části to nebývá kvůli důvodům na straně zaměstnavatele, ale kvůli důvodům na straně pacienta, ať už jde o přehodnocení vlastních hodnot a dosavadního života po remisi onemocnění, nebo o nežádoucí důsledky onkologické léčby a z nich plynoucí zdravotní omezení. Pozitivní zprávou je, že drtivě většiny onkologických pacientů se konec v zaměstnání z podstaty netýká, protože už jsou při diagnóze onkologického onemocnění v důchodu. Průměrný věk, kdy je pacientovi diagnostikováno onkologické onemocnění, je totiž v České republice 65 let [17]. Níže uvedený text se tedy přirozeně týká pouze ekonomicky aktivních onkologicky nemocných, kterých je výrazná menšina, jak ukazuje Obrázek 13.



Obrázek 13 – Věk pacienta při diagnóze onkologického onemocnění [1]

Konec v zaměstnání, pakliže je vyvolán zaměstnavatelem, bývá pro pacienta spojen s velmi nepříjemnými pocity. Zaměstnavatele považuje za nevděčného a sám si často připadá jako „hozený přes palubu“. Pokud měl pacient v práci blízké přátele, často s nimi přeruší nebo aspoň ochladí kontakt z důvodu, že jim skrytě a někdy i otevřeně vyčítá, že se ho nezastali. Na celkové vnímání této situace má značný vliv i způsob ukončení pracovního poměru, na kolik byl skutečně vzájemnou dohodou obou stran, nebo nakolik byl spíše „vyhazovem“.

Konec v zaměstnání iniciovaný nemocným má dva odlišné průběhy. Pokud se jedná o ukončení pracovního poměru v důsledku nově získaných zdravotních omezení, bývá to pro pacienta vůbec nejzásadnější ranou pro psychiku, kdy si naplno uvědomí, že už „*nic nebude jako dřív*“ a „*nikdy nebude zdravý*“. Často přitom k tomuto kroku dochází v důsledku nežádoucích účinků radioterapie či chemoterapie, které však mnohdy mají šanci během pár měsíců ještě odeznít – nejčastěji např. neuropatie (zhoršení citlivosti v rukou či nohou) či parestezie (pocit „mravenčení“ v končetinách), které samy o sobě často zakládají možnost zažádat si o invalidní důchod (viz kapitola 5.11). Takovýto konec v zaměstnání však narušuje pacientovo „finanční sebevědomí“, které je klíčovým faktorem pro úspěšnou léčbu onkologického onemocnění [9], což znamená, že v případě recidivy či diagnózy jiného nádoru může být tím pádem úspěšnost nové onkologické léčby pacienta významně snížena. Nicméně, pokud si pacient dokáže najít jiné zaměstnání se stejným nebo vyšším příjmem, respektive pokud bude opět práce schopný, tyto negativní důsledky na psychiku obvykle zmizí pár měsíců po skončení zkušební doby a jeho opětovném osvědčení se v pracovním procesu. V případě, že by se však finanční příjem pacienta dlouhodobě snížil, tato obava přetrvává a zasáhne i do dalších oblastí pacientova života, zejména u mužů, kteří jsou na výši svého příjmu díky zažité představě o roli živitele rodiny citlivější.

Konec v zaměstnání iniciovaný nemocným však může mít i podobu vlastního rozhodnutí pacienta, které není motivováno zdravotními omezeními. V takovém případě pacient svou výpověď aspoň vnitřně zdůvodňuje tím, že si přičítá vinu za své onemocnění (viz kapitola 6.5), a často se zcela mylně domnívá, že rakovinu mu způsobil stres v práci, což sice není prokazatelně možné (viz kapitola 3.4), ale pro pacienta je to reálné. Výpověď dává tedy proto, aby znovu neonemocněl. Dopady tohoto kroku na pacienta jsou však poté veskrze pozitivní. Obvykle si nachází jinou práci v jiném kolektivu, kde „*si nebude ničit zdraví*“, což vede i k větší spokojenosti v zaměstnání. Pacient také při volbě nového zaměstnání klade velký důraz na to, aby v něm byl v souladu se sebou. Tento aspekt uplatněný při změně zaměstnání také často vede k výraznému poklesu kariérních ambicí pacienta. Část pacientů se také přeorientuje na pomáhající profese, či práci v neziskových organizacích pomáhajících onkologicky nemocným. Pokud je onkologicky nemocným dítě či mladý dospělý, často to vede k jeho pozdější orientaci na výzkum či léčbu rakoviny.

5.10 Finanční problémy

Onkologické onemocnění bohužel často provázají finanční problémy pacienta a jeho rodiny. Příjem pacienta, který musí podstoupit chemoterapii či radioterapii vypadne někdy až na rok, v některých případech i na déle. Pacienti, u kterých je možná už jen paliativní léčba (viz kapitola 4.19) pak někdy dávají natrvalo výpověď v práci, a to i tehdy, jsou-li práce schopní, protože si chtějí zbývajícím časem užít jinak než prací, což samozřejmě rovněž rodinu i pacienta ekonomicky zatíží. Ekonomické problémy se však rozhodně nevyhýbají ani ekonomicky neaktivním pacientům v důchodovém věku.

Onkologická léčba, nakolik je hrazena ze zdravotního pojištění, je totiž jednak náročná na dojíždění a jednak na široké spektrum výdajů spojených se snahou pacienta v průběhu léčby si ulevit či přilepšit. Kromě doplatků na léky, které se řady pacientů dotýkají, jde zejména o výdaje na nejrůznější potravinové doplňky (např. předepsané nutričním terapeutem) a změnu stravovacích návyků. Pacienti v průběhu chemoterapie či radioterapie hledají cokoliv, co budou schopni pozřít, bez ohledu na cenu potravin. Část pacientů si také hradí vlastní dlouhodobou psychoterapii, která dokáže rodinný rozpočet rovněž zatížit.

Největší výdaje však, bohužel, bývají mnohdy spojeny s naprosto nesmyslnými „zázračnými potravinovými doplňky“, různými přípravky, „léčiteli“ a v horším případě „psychosomatickými klinikami“ – myšleno těmi, které slibují léčbu rakoviny např. „vykaděním“, nikoliv skutečnými zdravotnickými zařízeními, kde by se pacient samozřejmě ihned dozvěděl, že čistě změnou psychiky rakovinu vyléčit nelze [6][9][10][17].

Před tíhou finanční situace se rodina mnohdy snaží pacienta uchránit. O skutečné finanční situaci se tak dozvídá často až při remisi onemocnění. Pokud po remisi však pacient není, byť dočasně, schopen návratu do původního zaměstnání, finanční problémy se ještě prohlubují. Tím, že i rodina léčbu své milované osoby mnohdy vnímá jako naprosto jedinou životní prioritu, mívají její členové sklony dočasně zvýšené výdaje neřešit, a to ani tehdy, musí-li sáhnout do dlouhodobých úspor či přistoupit k půjčkám. K finančním problémům samozřejmě v Česku přispívá i všeobecně nepřilíš vysoká finanční gramotnost obyvatel.

S ohledem na význam finanční situace pacienta pro jeho léčbu (viz kapitola 4.5) je velmi žádoucí, aby se nejbližší pacienta zabývali finanční situací nemocného a jeho rodiny co možná nejdříve, ideálně ihned poté, co je známá diagnóza a léčebný postup. Podporou při tomto plánování mohou být jak specializované patientské organizace jako je Amélie (www.amelie-zs.cz), tak třeba Člověk v tísni, který se specializuje na dluhové poradenství (www.clovekvtisni.cz). Velkou pomocí mohou být i různé nadace jako např. Dobrý anděl (www.dobryandel.cz), které rodinám onkologicky nemocných nabízejí přímou finanční podporu. Někteří pacienti však dnes pro získání finanční podpory při onkologické léčbě využívá i tzv. crowdsourcing (v Česku např. www.hithit.cz), nebo přímé finanční sbírky na transparentní bankovní účty.

5.11 Invalidní důchod

Na vyřízení invalidního důchodu coby aspoň částečné ekonomické záchytné sítě velká část pacientů zejména v počátcích onemocnění nemyslí. Částečně i proto, že s „invalidním důchodem“ mají někdy spojení invaliditu, ovšem ve smyslu upoutání na invalidní vozík či problémy s pohybem, a nikoliv „pokles pracovní schopnosti nejméně o 35 %“, jak to definuje zákon [39].

Dalším důvodem je také mnohdy velmi nepříjemný a někdy až dehonestující proces posuzování stupně invalidity, který navíc bývá značně nekonzistentní a pacientům je při odvolání se proti prvoinstančnímu správnímu rozhodnutí někdy přiznán třeba namísto prvního hned třetí stupeň invalidity, což je z jejich pohledu vítaná, avšak zcela absurdní změna. Tyto zkušenosti si navíc neváhají sdílet mezi sebou v patientských skupinách.

Řada pacientů, zejména z řad živnostníků a podnikatelů, také mívá psychický blok si o invalidní důchod požádat a zbytečně se tak exponují nepříznivé finanční situaci, která, jak již bylo opakovaně řečeno, má prokazatelný vliv na jejich léčbu [9].

Velkou pomocí pro onkologické pacienty mohou být – co se praktické procesní stránky týče – jak patientské organizace jako Amélie (www.amelie-zs.cz), tak patientské skupiny na Facebooku, kde se pacienti mohou podělit i se svojí obvykle frustrací z procesu žádostí o invalidní důchod.

To, co však obvykle zůstává neošetřeno, je pocit, že pacient se stává úředně uznaným invalidou, že je v důsledku onkologického onemocnění a jeho léčby „oficiálně postiženým“. Mnohdy tak uznání invalidního důchodu sice přináší jistou ekonomickou úlevu, ale stává se také důvodem truchlení (viz kapitola 4.21). Někdy navíc uznání invalidního důchodu může být i značnou ranou pro pacientovo sebevědomí. Navíc, zejména pacientova rodina je často ráda za finanční úlevu, což pacientovi komplikuje sdílení jeho negativních pocitů ohledně invalidního důchodu se svými nejbližšími, a někdy to vede i k tomu, že nejbližší mu „vysvětlí“, že „*má být vlastně rád*“, neboli odmítnou jeho pocity.

5.12 Narušení sexuálního života

Tématem, které se paradoxně v patientských skupinách na Facebooku příliš neprobírá a nedostává se ani příliš do onkologických ordinací jsou obvykle zcela zásadní změny v sexuálním životě onkologických pacientů. Změn, které se dotýkají onkologického pacienta a jeho sexuálního partnera/partnerů v průběhu léčby je několik. Důležité je si zejména uvědomit, jak moc zasahuje onkologická léčba

milované osoby také libido jejího sexuálního partnera [41]. Jednotlivé faktory ovlivňující sexuální život onkologických pacientů a jejich sexuálních partnerů jsou uvedeny níže.

Faktory snižující libido obvykle zcela převažují – únava, vyčerpání, nedostatek času a energie pro péči o své tělo (zejména u pacientek), strach o partnera (u sexuálních partnerů nemocných), snížená sexuální atraktivita (jak z pohledu nemocných, tak jejich partnerů), deprese a vztek (u obou partnerů – viz také kapitola 4.21), významné změny tělesného vzhledu jako nabírání/úbytek hmotnosti, amputace částí těla, alopecie, stomie, I. V. port (viz kapitola 4.7.4), PEG/PEJ (viz kapitola 4.13.1), atd. (u pacientů) [40]. Snížení libida však může způsobovat třeba i hormonální léčba (viz kapitola 4.11), která obvykle využívá látek potlačujících tvorbu mužských a ženských pohlavních hormonů, ale také užívání vysokých dávek stresových hormonů (za účelem imunosuprese, tj. potlačení aktivity imunitních buněk), což však brání dosažení pocitu uvolnění žádoucího pro dosažení orgasmu.

Faktory zvyšující libido se paradoxně také relativně často dostavují, a to u obou partnerů. Může za ně jednak posílení vztahu, důvěry a vzájemné intimity mezi partnery [40], ale také čistě využití sexu pro jeho biochemické průvodní jevy jako je produkce oxytocinu a dalších hormonů, které pomáhají úlevě od přetrvávající stresové až úzkostné reakce, a to obvykle u obou partnerů [24].

Onkologická léčba s sebou ovšem často přináší **vnější omezení pro sexuální život**, která jsou způsobena nežádoucími účinky jednotlivých léčebných modalit podrobněji popsány v kapitolách 4.6 až 4.11. Nejčastěji se jedná o bolesti, zvracení, nevolnost, problémy se sliznicemi v dutině ústní a vagíně, které komplikují vaginální i orální styk. V případě brachyradioterapie prostaty s permanentní aplikací (viz kapitola 4.8.2) musí muž při sexu používat kondom, což některé páry mohou rovněž vnímat jako omezující. Antikoncepci je však nutné využívat i jako prevenci těhotenství, které by mohlo ženám značně komplikovat využití některých onkologických léčebných modalit. Navíc antikoncepce je nutná i během některých úkonů při následném sledování pacienta, konkrétně například před a krátce po diagnostických vyšetřeních na PET/CT. Nutnost využívání antikoncepce může být přitom výraznou komplikací pro sexuální život lidí, kterým používání antikoncepce zakazuje jejich náboženská víra.

Pro onkologické pacienty a jejich sexuální partnery dochází také k zásadním **změnám v průběhu pohlavního styku**. Předně často musí dojít k přesnému plánování pohlavního styku mezi jednotlivé dávky chemoterapie (obvykle těsně před další dávkou), a těsně po podání např. léků na tlumení bolestí, prevenci nevolností atd., které mimo paliativní léčbu (viz kapitola 4.19) mívají jen krátkodobé účinky, někdy třeba jen po dobu 30 až 60 minut [41]. Dále u onkologických pacientů procházejících hormonální léčbou dochází ke změnám sexuální náruživosti během pohlavního styku, které jsou dány umělým léčebným zásahem do hladin pohlavních a/nebo stresových hormonů. U obou sexuálních partnerů navíc v průběhu léčby dochází ke značným změnám ve vnímání vztahové, a tudíž i sexuální, intimity, a to zejména v závislosti na stádiích truchlení, kterými si pacient (viz kapitola 4.21), nebo i jeho partner, zrovna procházejí. Při využití některých léčebných modalit také dochází k posunu některých sensorických vjemů, což může být při sexu rovněž určitou komplikací.

Někdy jsou nežádoucí důsledky onkologické léčby natolik zásadní, že je třeba hledat **alternativy ke klasickému vaginálnímu pohlavnímu styku**. Těmi může být zejména petting, líbání, masáže (při zvažování poškození pokožky v důsledku chemoterapie či radioterapie), někdy také orální sex [40], ovšem s tím omezením, že pacienti procházející chemoterapií či imunosupresivní léčbou by z důvodu snížené činnosti slizničního imunitního systému měly při orální stimulaci penisu svého sexuálního partnera zvážit raději použití kondomu a pro stimulaci klitorisu a vagíny své sexuální partnerky by měly raději využít pečlivě omytých prstů. Vítanou sexuální aktivitou bývá i manuální stimulace partnera bez nároku na reciprocitu.

Z pohledu psychiky pacienta je však nadmíru nutné dodržet jednu ze čtyř zásad sexuálně normálního chování, a to vzájemný souhlas, a to v tomto případě autentický pro každého z partnerů. Komunikace je u sexuality onkologických pacientů ještě mnohem důležitější než u sexuality somaticky zdravých lidí. Udržení si, prohloubení či obnovení sexuálního života v průběhu onkologické léčby pomáhá zejména otevřená komunikace o strachu a obavách, o prožívaných bolestech a změnách v citlivosti, včetně toho, že stimulace některých dříve oblíbených erotogenních zón už nemusí být pacientovi vůbec příjemná a je to tak v pořádku. Ze všeho nejdůležitější je však otevřená a přijímající komunikace o tom, když jeden z partnerů nemá zájem se sexuálních aktivit s druhým partnerem účastnit [40][41]. V případě nesouladu v sexuální apetenci sexuálních partnerů během onkologické léčby je důležité o vzniklém problému mluvit a případně vyhledat terapeutickou či sexuologickou pomoc. Vyvíjení nátlaku, či hledání náhradního sexuálního partnera (ať už onkologickým pacientem nebo jeho/jejím partnerem) by mohlo vést k vážným dlouhodobým psychickým šrámům nejen pro vztah samotný, ale i pro oba jeho účastníky.

Sexuální život během onkologického onemocnění je bez ohledu na délku trvání společného sexuálního soužití obou partnerů svým způsobem nově budovaným sexuálním vztahem, kdy oba partneři jsou výrazně ovlivněni onkologickým onemocněním jednoho z nich, onkologickou léčbou, ale i razantními změnami ve společném psychosociálním prostředí. A stejně jako u každého nově vznikajícího sexuálního vztahu je tedy potřeba trpělivost, vzájemná úcta, citlivost, otevřená komunikace a pomáhá i obnova touhy experimentovat a poznávat toho druhého.

5.13 Neplodnost

Neplodnost bývá jedním z velmi zásadních důsledků onkologické léčby. Může být buď trvalá, nebo dočasná. K trvalé neplodnosti dochází typicky u chirurgické léčby při odstranění reprodukčních orgánů. Může být však také vzácným nežádoucím účinkem léčby radioterapeutické či chemoterapeutické. Zvláště bolestivá (pro muže) je neplodnost z důvodu erektilní dysfunkce coby někdy se vyskytujícího nežádoucího důsledku např. radioterapie prostaty (viz kapitola 4.8.4).

Neplodnost však může být i dočasná. To se opět může týkat následků chemoterapeutické a radioterapeutické léčby, ale také důsledků léčby hormonální, zejména v případě, kdy cílí na pohlavní hormony (viz kapitola 4.11). Za dočasnou neplodnost lze svým způsobem označit i situaci, kdy pacient po určitou dobu nesmí počít dítě v důsledku často několik měsíců trvajících využití nějaké léčebné modality (typicky radioterapie), nebo v důsledku v průběhu kurativní léčby často se opakujících diagnostických vyšetření využívajících tzv. kontrastní látky (většinou radionuklidy) – zejména v onkologické diagnostice velmi často používané PET/CT, či PET/MRI. Nicméně, i dočasná neplodnost může pro mnoho pacientek ve svém důsledku představovat ztrátu možnosti mít děti. V takovém případě jsou její dopady na psychiku shodné s trvalou neplodností. A stejně tak i při dočasné neplodnosti si někteří pacienti procházejí procesem truchlení (viz kapitola 4.21), který někdy vyžaduje až psychoterapeutickou a psychofarmakologickou léčbu.

Neplodnost má z pohledu psychiky pacienta dva významy – faktický, tedy nemožnost mít další děti, a symbolický, tedy ztrátu schopnosti předávat své geny, dávat vzniknout novému životu. Proces truchlení (viz kapitola 4.21) probíhá u mnohých pacientů nad každou z těchto rovin jakoby zvlášť a je výrazně silnější v případě trvalé či de facto trvalé (viz výše) neplodnosti. Zatímco faktická rovina bývá z pochopitelných důvodů uvědomovaná a u starších pacientů často racionalizována – „*však stejně už jsem nechtěl(a) mít děti*“ – symbolická rovina mnohdy zůstává nevědomá a v pozadí. Avšak zdá se, že proces truchlení nad ní i tak probíhá, a má i některé své společné znaky. Mnozí pacienti s trvalou neplodností si také často nacházejí nové kreativní koníčky, jako by schopnost dávat život novým věcem – obrazům, sochám, květinovým aranžím, stodole, nábytku, záhonku apod. – symbolicky nahrazovala schopnost dávat život novým lidem.

V procesu vyrovnávání se s neplodností samozřejmě hraje důležitou roli to, zda se jedná o ženu po přechodu, která už nemohla mít děti, či zda se jedná o někoho, kdo děti ještě potenciálně mít mohl. Velmi specifický je také případ, kdy jsou ženě před klimakteriem odebrány vaječníky, čímž de facto dochází k umělému vyvolání přechodu, včetně všech jeho průvodních jevů a tělesných i psychických změn. Samotné přijetí této změny se však nijak neliší od běžného průběhu přechodových potíží. To však nemění nic na tom, že taková pacientka se ještě musí vyrovnat i s předčasnou ztrátou plodnosti.

Důležitým faktorem, který celý tento proces zásadně ovlivňuje je to, zda dotyčný má, nebo nemá děti. Pro bezdětné je přijetí neplodnosti v důsledku onkologického onemocnění mnohem složitější. Muži i ženy často v rámci procesu vyrovnání se s touto realitou hledají způsob, jak pečovat o nějaké děti – lékaři, pakliže to jde, se přeorientují na dětské lékařství, často se z těchto lidí stávají táboroví vedoucí, či lidé nějak jinak pracující s dětmi, zvyšuje se u nich kontakt s dětmi svých sourozenců, či přátel apod. Adopce či pěstounská péče, kterou často logicky navrhnou nejbližší pacientů, však rozhodně není vždy pro pacienta přijatelnou a žádanou alternativou. Neplodného pacienta pak může velmi rozčilovat, pokud někdo s takovouto alternativou opakovaně přichází, zejména pak pokud je to jeho vlastní partner, který zůstal plodný. V párech, kde se jeden stává trvale neplodným, a kdy v případě nyní neplodného muže nedošlo k včasnému zmrazení spermií, je vhodné využít co nejdříve služeb párového terapeuta k tomu, aby tato mnohdy nevyřešená a neřešená situace nezpůsobovala ve vztahu zbytečné napětí a obavy. Právě muži si navíc musí odtruchlit to, že si včas nezmrazily sperma pro budoucí IVF (in vitro fertilizaci) neboli umělé oplodnění partnerky, nebo to, že je na tuto možnost nikdo dostatečně neupozornil.

Pokud nově neplodný pacient už má vlastní děti, a zároveň je má i se současným partnerem, bývá přijetí faktické neplodnosti pro pacienta i jeho partnera výrazně snazší, byť symbolická rovina se bude hojit stejným způsobem jako kdyby děti neměl. V tomto případě k procesu hojení často přispívá, pokud má pacient ještě dostatečně malé děti, které stojí o jeho zvýšenou pozornost, kterou jim chce dát. Může se však stát, že kromě zvýšené pozornosti přijde i zvýšená úzkostnost ve vztahu k rizikům, která děti podstupují. V takovém případě je žádoucí včasná psychoterapeutická podpora neplodného rodiče v přijetí vlastní neplodnosti a zároveň rizika toho, že stávající děti se mohou zranit a v krajním případě i zemřít dříve než on.

Velmi bolestivá je pro onkologické pacienty neplodnost ve věku 25 až 40 let, kdy jejich vrstevníci, spolužáci, přátelé postupně „*všichni začínají mít děti*“. V takovém případě bude rána, kterou pro psychiku pacienta neplodnost představuje, dlouhodobě oživována a pacient si vyjma nalezení nové existenciální motivace, životních hodnot a životního smyslu (viz kapitola 5.14) bude muset nalézt i účinné vyrovnávací mechanismy, které mu umožní zůstat plnohodnotnou součástí života svých přátel, kolegů a dalších vrstevníků, kteří jsou pro něj důležití, ale kteří budou mít často děti, a zároveň mu umožní kongruentně sdílet jejich radosti a starosti s dětmi, které se na nějakou dobu stanou ústředním tématem jejich životů. K tomu samozřejmě budou patřit i na první pohled poněkud necitlivé věty o tom, že: „*Bud' rád(a), že nemáš děti, protože já teď...*“, které jsou sice myšleny mnohdy nejen jako postesky, ale i jako vyjádření podpory neplodnému pacientovi, avšak dokáží nepřipraveného pacienta zranit, a tím ovlivnit – ať už vědomě či nevědomě – jeho vztah k dotyčnému.

Neplodnost, zejména ta trvalá, však může být i velmi silným zdrojem posttraumatického růstu ale i vnitřní svobody. Zejména mladší trvale neplodní pacienti jsou totiž zbaveni neustálého tlaku společnosti, obvykle reprezentovaného rodiči a prarodiči, na to, „*aby už konečně taky měli děti*“. Stejně tak se nemusí rozhodovat, kdy mít děti, a pokud chtějí mít děti, mohou si při výběru partnera vybrat takového partnera, který má děti z předchozího vztahu, což by pro plodného člověka bylo opět často předmětem vnitřního dilematu. Pokud pacienti přijmou neplodnost jako určitou formu svobody a nezávislosti, může se stát pro jejich budoucí život i kariéru a její směřování paradoxně značným

přínosem, a to zejména pro ženy mezi 25 až 40 lety, pro které je vnější tlak na zplodění dětí v tomto věku (z biologicky zjevných důvodů) mnohem silnější než u stejně starých mužů.

5.14 Trvalá zdravotní omezení

S onkologickou léčbou, respektive jejími důsledky, ať už se jedná o ty předpokládané a předem známé (u chirurgické léčby), nebo o nežádoucí nečekané důsledky využití jiných léčebných modalit, je často spojen fakt, že některé fyziologické funkce pacientova těla (včetně orgánů a celý funkčních částí jako jsou prsa, končetiny nebo třeba jazyk) bohužel nebudou moci už být zachovány.

Pacienti si v takovémto případě procházejí někdy až měsíce či roky trvajícím procesem truchlení (viz kapitola 4.21), kdy je mnohdy žádoucí jak psychofarmakologická léčba, tak i dlouhodobá psychoterapie. Pro pacienta takový zásah znamená trvalou ztrátu některých snů, koníčků, přátel či práce. Jistou výhodou zde paradoxně mají starší pacienti, kterých je naštěstí většina, a kteří už si v důsledku stárnutí prošli procesem přijetí nově vznikajících limitů svého těla.

Pro mladší onkologické pacienty se však často jedná o podobnou ztrátu a fatální změnu v životě a někdy i v základních hodnotách, jako kdyby se například po nehodě ocitli na vozíku. I zde je přitom velice zásadní, zda za své onkologické onemocnění kladou vinu sobě (viz kapitola 6.5), svým blízkým (viz kapitola 6.6), anebo zda ho vnímají spíše jako zásah vyšší moci, za který nikdo nemohl. Z pohledu psychiky pacienta tak často nejde ani tak o relativně banální: „*No tak co, tak nebudeš mít prsa/nebudeš moct sportovat/nebudeš mít už takový cit v rukou!*“ ale o problém nalezení nové existenciální motivace, nového způsobu bytí a nového smyslu v životě.

Míru zasažení vnitřního světa pacienta přitom nikterak nelze odvodit z míry trvalého fyziologického postižení, či přiznaného stupně invalidity. Stejně jako existují mladé bezdětné ženy, pro které ztráta vaječníků a dělohy nemusí představovat absolutně žádné změny v jejich původních plánech a smyslu života, mohou existovat ženy, pro které kupříkladu trvalé poškození pokožky o ploše 2 cm² může být existenciálním problémem, zejména pokud to byly modelky a přišly kvůli tomu o práci, a tím i řadu přátel, a navíc ještě partnera. To je bohužel v silném kontrastu s tím, že společnost, ale někdy i blízcí přátelé a rodina mají tendenci poskytovat více podpory těm, kteří skončí s viditelným trvalým poškozením – ztráta schopnosti chodit, amputace ruky, esteticky významné poškození obličeje, či třeba stomie než těm, kteří „jen“ přijdou o dělohu a vaječníky, když už „*beztak přeci mají děti a už další mít ve svém věku ani nemohly*“. Lékaři, pečující osoby i blízcí onkologických pacientů by si proto měli uvědomit, že nejde o objem ani počet ztracených částí těla, ale o individuální význam, v případě zmiňované dělohy a vaječníků u starších žen často až symbolický, takové ztráty pro daného pacienta.

5.15 Remise onemocnění

Remise neboli vymizení všech příznaků onkologického onemocnění je z lékařského pohledu žádoucí stav, ke kterému v současné době dojde u převážné většiny onkologických pacientů. Z pohledu psychiky je však toto období charakterizované celou řadou velmi silných pozitivních, ale paradoxně i negativních emocí a prožitků, které zatěžují pacientovu psychiku ještě dlouhé měsíce a někdy dokonce i roky po propuštění do dispenzarizační péče (viz kapitola 4.16).

Při remisi si pacient může konečně „oddechnout“, že už je „zdravý“. Ve skutečnosti ho ale čeká oproti dosavadnímu každodennímu režimu celá řada velmi zásadních dlouhodobých i trvalých změn, se kterými se bude muset postupně vyrovnávat. Ty přicházejí v době, kdy je často fyzicky i psychicky vyčerpaný nejen on, ale i jeho nejbližší okolí, zejména pak vlastní rodina. Tyto změny se přitom zdaleka netýkají pouze okolností popsaných výše, jako je vyrovnání se s fyziologickými důsledky nemoci jako je například neplodnost (viz kapitola 5.13) či trvalá zdravotní omezení (viz kapitola 5.14), ale týkají se i jeho psychosociálního prostředí.

První z těchto změn je náhlá ztráta podpory od lidí ve svém okolí, a mnohdy i razantní změna v jejich chování. V době pacientovy „nemoci“, zejména pokud byla zviditelněná formou alopecie (ztráty vlasů, viz kapitola 4.7.3), se od pacienta blízcí buď odvrací (viz kapitola 5.4), nebo se k němu naopak chovají velmi mile, vřele a někdy až s pro pacienta až otravným soucitem. Jenže jakmile dojde k remisi, a pacientovi se případně navrátí vlasy a obočí, pokud o ně během onkologické léčby přišel, pro všechny je náhle „zdravý“, takže teď „může být všechno jako dřív“.

Jenže pacient, spolu s tím, jak poleví tlak spojený s bezprostředním ohrožením života, jak velká část pacientů onkologickou diagnózu vnímá, si začne teprve uvědomovat i vše ostatní, co s léčbou souviselo a co se během ní událo. A to vše při současně probíhajícím procesu truchlení za ztrátami, které mu onkologická léčba přinesla (viz kapitola 4.21).

V období remise proto provází pacienta celá řada velmi psychicky náročných rovin. Proto je mnohdy pacienty vnímáno jako podobně psychicky náročné, ne-li někdy dokonce náročnější, než byla samotná léčba. Tyto intrapsychické procesy totiž mohou být mnohdy i podobně vyčerpávající. Jen málokdo z nich je připravený, z pohledu hospodaření se silami, takto náročnému období ještě čelit. Intrapsychické procesy, které pacienty v remisi obvykle provázejí, jsou popsány níže.

Vyrovnaní se s křivdami během léčby je prvním z nich. Pacient se během léčby setkává s celou řadou psychických zranění – od nejbližších, od lékařů, od jiného zdravotnického personálu, od jiných pacientů, či od zcela neznámých lidí, kteří utrousí třeba „jen“ nepříjemnou poznámku v obchodě. Zvláštní kategorií jsou pak zranění pocházející od učitelů dětí, či rodičů spolužáků dětí, se kterými navíc pacient bude muset být dále v kontaktu. Z pohledu a odstupu zdravého člověka mohou mnohá tato zranění působit až banálně. Často se jedná třeba jen o jednotlivé věty, obvykle v danou chvíli popírající pocity pacienta (viz také kapitola 7), beroucí mu naději, nebo znevažující jeho utrpení. „*Prosím vás, s tím vaším pidinádorem tady děláte týjatr, jak kdybyste umírala!*“ „*No, s tímhle nádorem nemáte moc šanci to přežít, teda! To měla moje známá a taky do tří měsíců umřela.*“ „*Nádor prsu? No tak co, tak vám ho uříznou, udělají nový! To je toho! To rakovina slinivky, to by byl průšvih, ta není jako tohle!*“

Podobných „drobných“ zranění pacient obvykle nasbírá neskutečně velké množství, a často od lidí, od kterých „by to nečekal“. Zatímco během léčby se obvykle soustředí na to, aby hospodařil se silami a věnoval se případně rodině, po skončení léčby, kdy obvykle ještě nějakou dobu zůstává v pracovní neschopnosti, případně jede na následné doléčení do lázní, se všechna tato stará zranění dostávají ke slovu. Řada pacientů si také vede deníky, které si v tu dobu pročítá. Někteří pacienti tyto deníky pak pálí jako přechodový rituál pro symbolické uzavření této obvykle velmi psychicky náročné etapy života. V praxi se ale často stává, že spálením deníku bohužel vše nekončí.

Vyrovnaní se s návratem do rodinného života se liší podle toho, v jakém rodinném zázemí pacient žije. V případě **seniorů**, kteří jsou nejčastějšími onkologickými pacienty, obvykle onkologická léčba obnáší zvýšenou péči jejich dospělých dětí. Ty se buď částečně přestěhují ke svému nemocnému rodiči, nebo velice často si svého nemocného rodiče nastěhují k sobě. To samozřejmě vede ke zcela zásadní změně v denním režimu i psychosociálním prostředí pacienta. Při remisi onemocnění však už není důvod k takovému soužití a pacient rychle ztrácí někdy až absolutní pozornost svých dětí a někdy i vnoučat. Děti navíc často při péči o nemocného rodiče omezují svůj vlastní běžný životní rytmus, takže si podobně jako pacient potřebují odpočinout. V tomto případě však odpočinout od péče o rodiče. To znamená, že pacient skokově přichází o pozornost svých dětí, která může být v prvních týdnech až měsících dokonce menší než před propuknutím nemoci, což někdy může způsobit až tak hluboké zranění, že si pacient projde celým procesem truchlení (viz kapitola 4.21).

V případě **rodičů malých dětí**, zejména matek, nastává odlišný problém. Zdravý rodič logicky přebírá během léčby většinu až všechny (někdy pomáhají prarodiče) rodičovské povinnosti. Stará se o chod

domácnosti, logistiku dětí, ale také řeší s dětmi jejich problémy, úkoly, učení apod. Děti se instinktivně totiž nemocného rodiče snaží nezatěžovat. Poté, co dojde u nemocného rodiče k remisi, si však nemocný rodič často začne uvědomovat, o kolik ze života svých dětí kvůli své nemoci přicházel, co všechno už teď děti umí (zejména u léčby trvajících rok a déle) a zároveň i to, že rodina najednou funguje i bez něj. To někdy vede až k pocitům, že „*už tu pro mě ani není místo!*“ Pacientům se silnými pocity vyčlenění z rodiny lze určitě doporučit párovou, či třeba i rodinnou terapii. Někdy totiž tento pocit vyčlenění z rodiny vede až k jejímu rozpadu, což je vnímáno bezprostředním okolím jako „*nepochopitelné po tom všem, čím si prošli,*“ takže to dále redukuje podpůrnou síť pacienta v remisi (i jeho partnera).

V případě **bezdětných párů** bývá návrat do rodinného života o něco snazší. Přesto „syndrom“ „odfiltrovávání“ problémů od nemocného partnera zdravým partnerem je zde samozřejmě také přítomen. Tím spíše je pak potřeba věnovat zvláštní pozornost tomu, aby se do vztahu navrátila rovnováha v péči, podpoře a ochraně obou partnerů navzájem. Během onkologické léčby, která může trvat klidně i déle než rok, je totiž tato rovnováha přirozeně narušena, což ovšem z dlouhodobého pohledu není pro vztah zdravé, stejně jako by nebyla zdravá snaha nemocného partnera, nyní v remisi, to „*vše tomu druhému teď vynahradiť.*“

Vyrovnění se s návratem do pracovního života je dalším psychicky velmi náročným úkolem, před který je onkologický pacient v remisi postaven, pakliže není nucen trvale zůstat v invalidním důchodu (viz kapitola 5.11). Průběh této fáze přitom bývá o něco náročnější tehdy, byl-li pacientovi během léčby invalidní důchod dočasně přiznán. S ohledem na vysoký průměrný věk onkologických pacientů se však týká jen jejich části.

Velká část onkologických pacientů se paradoxně nevrací na své původní pracovní místo a mnohdy ani ke svému původnímu zaměstnavateli, a to ani tehdy, kdy zaměstnavatel pracovní místo svému zaměstnanci celou dobu „držel“. Tento fenomén často souvisí i s procesem hledání „významu nemoci“, který je popsán níže. Onkologičtí pacienti si mnohdy procházejí razantní změnou hodnotového žebříčku, kde se vlastní zdraví a blízcí lidé, zejména rodina, dostávají na čelní příčky, zatímco práce a kariéra razantně ustupují. Pacienti také během hledání odpovědi na otázku „*Proč právě já?*“ (viz kapitola 6.4) obvykle nacházejí aspoň část odpovědi ve svém pracovním nasazení a chování, což znamená, že po ústupu onkologického onemocnění už chtějí mít „vše jinak“. To se paradoxně týká i mnohých pacientů s benigními (nezhoubnými) novotvarami, zejména, pokud se jednalo o novotvary lokalizované v mozku.

Návrat do pracovního života je tedy provázen celou řadou změn oproti tomu, jak vypadal pracovní život pacienta před diagnózou onkologického onemocnění. Obecně lze vysledovat snahu najít práci, která pacientovi bude dávat větší smysl, bude se v ní co nejméně rozčilovat a nebude ji vnímat jako tak „náročnou“ (ať už ve fyzickém či psychickém slova smyslu). Stejně tak je možné u pacientů v remisi vysledovat enormní citlivost na přesčasy. Řada pacientů se totiž domnívá, že: „*Když se budu přepínat v práci, tak se mi to zase vrátí!*“, což je obvykle dáno mylnými představami o vzniku nádorových onemocnění a rozšířené nepravdivé informaci o tom, že lze „dostat rakovinu ze stresu“ (viz kapitola 3). Nicméně, u zhoubných nádorů ve vyšších stádiích, které už byly schopny vytvářet mikrometastázy (viz kapitola 2.3) je skutečně opodstatněné pečovat o svůj imunitní systém a jeho oslabení skutečně může vést k pokročilejším fázím imunoeditace mikrometastatických ložisek (viz kapitola 3.3). Stejně tak je opodstatněné pečovat o svou imunitu po chemoterapii, která vede z principu svého fungování k jejímu významnému dočasnému oslabení (viz kapitola 4.7).

Jenže možné oslabení imunitního systému a tím i nádorového imunitního dohledu (viz kapitola 3.3) je bohužel obvykle téměř nezávislé na fyzické či psychické únavě z práce či domova, a souvisí zejména

s působením stresu, neboť hormon kortizol oslabuje aktivitu NK buněk (viz kapitola 3.3)[9][10][19]. Paradoxně je tak pro zdravý a nádorový imunitní dohled škodlivější stresovat se z představy, že mám teď hodně práce, takže se mi „*může vrátit rakovina*“, než být fyzicky či psychicky unavený, protože mám teď moc práce. Na tomto škodlivém stresu pacientů v remisi má přitom zásadní podíl fakt, že strach, nebo spíše úzkost, z návratu rakoviny na střední či závažné úrovni (Fear of Cancer Recurrence, FCR) se týká 49 % pacientů v remisi [22]. Na imunitní systém, včetně nádorového imunitního dohledu, pak mají vliv samozřejmě i další faktory, zejména (ne)dostatek spánku, stravování, infekce apod. [10]

Pacienti v remisi mají často obavy, jak budou poté, co prodělali onkologické onemocnění, zvládat pracovat. Zároveň u nových zaměstnavatelů neradi mluví o své minulosti s onkologickým onemocněním, což je někdy způsobeno i obavami o to, aby je nový zaměstnavatel zaměstnal, když se jim onemocnění „*může kdykoliv vrátit*“. To je ovšem málokdy racionální předpoklad. V drtivé většině případů je postaven na úzkosti z návratu rakoviny. Jenže hledat si „*práci na pár let, než se rakovina vrátí*“ a hledat si práci mohou být pro daného člověka dva rozdílné procesy s velmi odlišnými výstupy.

Při uvážení faktu, že úzkost z návratu rakoviny se týká ve středně závažné a závažné formě 49 % pacientů v remisi [22], je nutné si uvědomit, že tedy nejméně každý druhý pacient v remisi ať už vědomě či nevědomě očekává, že se mu rakovina skutečně vrátí. To ho samozřejmě ovlivňuje jak při výběru dalšího zaměstnání, tak i ve volbě časového horizontu, ve kterém bude plánovat svou další pracovní kariéru. (Nejen) u pacientů trpících FCR je proto vhodné zvážit při návratu do pracovního procesu pomoc psychoterapeuta za účelem svobodnějšího – ve smyslu úzkostí z návratu rakoviny nezatíženého – hledání budoucího pracovního zařazení. To totiž bude mít bezprostřední vliv na finanční situaci a celkově i život a psychosociální prostředí pacienta, což jsou mimochodem důležité faktory v případě skutečného propuknutí dalšího onkologického onemocnění [9].

Onkologickým pacientům navracejícím se do pracovního procesu mohou výrazně pomoci také zaměstnavatelé. Ti by měli klást zvláštní důraz na psychologické bezpečí, cílenou podporu a pomoc takových zaměstnanců. Získají tím významné benefity v podobě jejich vyšší pracovní výkonnosti i rychlejšího kariérního růstu. Při práci se zaměstnanci v remisi je přitom důležité citlivě a včas společně řešit jejich obavy týkající se pracovní zátěže, jejich vlastních schopností a dovedností, i třeba toho, co se stane, přijmou-li práci kupříkladu na ročním projektu, v jehož průběhu se jejich zdravotní stav zhorší.

Nalezení „významu nemoci“ je velmi důležitou oblastí, kterou řeší čím dál tím větší množství pacientů, často i proto, že je k tomu vybídne jejich okolí. Tato oblast se však bytostně dotýká individuální spirituality každého pacienta, což ji činí velice intimní a zároveň ne vždy sdílenou a sdělitelnou komukoliv dalšímu.

Nárůst „popularity“ hledání „významu nemoci“ souvisí s nárůstem „ezoterické psychosomatiky“ (nezaměňovat s psychosomatickou medicínou postavenou na vědeckých zjištěních a důkazech), která klade důraz na otázku: „*Už víš, proč si onemocněl(a)? Co Ti ta nemoc měla říct?*“ To bohužel automaticky vede k sebeobviňování onkologicky nemocného (viz kapitola 6.5) a někdy i otevřeným tvrzením a přesvědčením, že si pacienti své onkologické onemocnění „*způsobili sami, aby pochopili to či ono*“. To je sice v přímém rozporu s vědeckými zjištěními současné psychoonkologie i psychoneuroimunologie [9], nicméně, manipulace přes vinu samozřejmě usnadňuje prodej „záračných“ doplňků stravy, amuletů, procedur, „léčitelských“ úkonů, „*léčby kmenovými buňkami v tabletách*“ apod. a zní to obvykle mnohem srozumitelněji než vysvětlení lékařů. Pokud tedy lékař nepodá pacientovi pro něj dostatečně akceptovatelné vysvětlení příčin jeho nemoci, pacient se bude snažit hledat odpověď na otázku: „*Proč právě já?!*“ (viz kapitola 6.4), stejně jako na „*význam nemoci*“, jinde, a patrně tu odpověď také nalezne.

Z pohledu dopadů na psychiku se však někdy hledání „významu nemoci“ může stát i katalyzátorem pozitivních změn vedoucích k lepší péči o své zdraví i psychickou pohodu. Bohužel, praxe ukazuje, že stejně tak může vést i k dalšímu obviňování sebe (viz kapitola 6.5) a nejbližších (viz kapitola 6.6), což má někdy až fatální důsledky pro psychosociální prostředí pacienta. Takové jednání pak samozřejmě zvyšuje hladinu stresu, který – jak bylo řečeno výše – má, díky produkci kortizolu, imunosupresivní (potlačující imunitu) účinky [10][19], které jsou pro část pacientů v remisi velmi nežádoucí.

„Významy nemoci“, ke kterým si pacienti docházejí, se stávají součástí jejich spirituálního světa a jako takové se přerodí v pevnou část hodnotového řetězce a představují důležitý kompas pro další směřování pacientova života. Pokud si tedy pacient dospěje např. k tomu, že *„se měl zastavit a nehnat se jen za kariérou a penězi“*, s vysokou pravděpodobností jednou pro vždy pro něj bude mít zdraví a psychická pohoda podstatně vyšší prioritu než výše výdělků a příčka ve firemní hierarchii. Pokud si pacient dospěje k tomu, že *„se nemá potkávat s lidmi, kteří ho ‘vysávají‘“*, s vysokou pravděpodobností jednou pro vždy od sebe bude radikálně odřezávat kohokoliv, u koho bude mít pocit, že mu více energie dává, než od něj dostává. Potenciální háček je ukryt zejména v případném absolutismu, či chcete-li úzkostnosti, těchto přesvědčení, kdy často zmizí jakákoliv „šedá zóna“. Pracuji někde pět let, ale teď mě to měsíc stresovalo? Dávám výpověď! Žiju s někým pět let, ale teď mám pocit, že mi poslední měsíc spíš bere energii, než aby mi ji dával? Končím vztah!

Pokud tedy vede hledání „významu nemoci“ k podobně nesvobodnému jednání, lze ho považovat za znesvobodňující a potenciálně problematické pro další život pacienta. Někdy však pacient může dospět i k velmi svobodným výstupům s dostatečným množstvím „odstínů šedi“. Kupříkladu při přesvědčení typu: *„Měl jsem se naučit větší trpělivosti a naslouchání svému tělu“*, lze s vysokou pravděpodobností předpokládat, že když něco nepůjde hned podle jeho představ, tak se kvůli tomu nebude okamžitě stresovat, a navíc bude mít se sebou soucit, což lze považovat za velmi přínosné a zároveň dostatečně svobodné v tom, aby se klidně někdy rozčilovat mohl. Hranice mezi radikálním nesvobodným spirituálním přesvědčením a volným svobodným je přitom mnohdy velice tenká.

Pro to, jak silný důraz bude pacient na nalezený „význam nemoci“ klást, hraje velkou roli vývoj jeho zdravotního stavu v prvních měsících dispenzarizace (viz kapitola 4.16), a to zejména vývoj molekulárních markerů (viz kapitola 4.14), které pacient často vnímá jako indikátor „ústupu“ nebo „návratu“ rakoviny, zejména pokud trpí FCR. Stejně tak hraje klíčovou roli i případný výskyt obtíží, které má pacient spojeny se svým onkologickým onemocněním (např. obdobné bolesti, nevolnosti, zažívací potíže, či únava), které mnoho pacientů interpretuje ve spirituální rovině jako *„připomenutí, že nemám zapomenout na to, co mě ta nemoc měla naučit“*.

Tím, že „význam nemoci“ je bytostně osobní a čistě spirituální otázkou, je ovšem problematické jeho přijetí pro okolí pacienta, které toto přesvědčení nemusí sdílet. Nepochopení až nepřijetí takového přesvědčení však pacient může vnímat jako nepochopení až nepřijetí jeho samého, což samozřejmě velice zatíží i vztah mezi pacientem a daným člověkem. V pacientovi to navíc může povzbudit velmi časté přesvědčení, že: *„Kdo si tím neprošel, nemůže mě pochopit,“* které logicky vede spíše k pocitům osamění než sounáležitosti, kterážto je ovšem humanistickou psychologií považována za jednu ze základních, a hlavně deficitních, potřeb člověka. Právě tyto pocity a případné problémy v mezilidských vztazích s lidmi, kteří si neprožili onkologické onemocnění, bývá vhodné řešit s pomocí psychoterapeuta.

Vzpomínání na zemřelé spolupacienty provází onkologické pacienty v remisi někdy i dlouhé roky potom, co už jsou dokonce propuštěni z dispenzarizační péče onkologa (viz kapitola 4.16). Pacienti si mezi sebou vytvářejí pevná pouta zejména při hospitalizaci, při čekání na chemoterapii, radioterapii či biologickou léčbu, v lázních a v dnešní době také hodně v patientských skupinách na Facebooku. Pouta

jsou přirozeně pevnější mezi pacienty se stejnou diagnózou a/nebo stejnými léčebnými modalitami (přesněji stejnými cytostatiky, stejným typem radioterapie nebo stejným léčebným přípravkem v biologické léčbě).

Statisticky vzato více než jeden ze čtyř onkologických pacientů v ČR zemře. Podíl zemřelých se však velmi výrazně liší v závislosti na konkrétní diagnóze (a stádiu). To znamená, že existuje celá řada onkologických pacientů, která se nikdy nesetká s pacientem, který by následně na onkologické onemocnění zemřel, stejně jako existují pacienti, kteří si projdou zkušeností, kdy většina z těch, které postupně během své léčby potkávali, je navždy opustí. Nejsou výjimkou pacienti, kteří si prošli hospitalizací na onkologii, kdy 90 % jejich spolupacientů zemřelo.

Proces vzpomínání na zemřelé spolupacienty jde rozdělit do dvou zásadně lišících se kategorií – vzpomínání na ty, co zemřeli během kurativní fáze léčby, a na ty, co zemřeli poté, co se již dostali do remise. Ty, kteří **zemřeli ještě během léčby**, vnímají pacienti v remisi jako ty, „kteří prohráli svůj boj s rakovinou“. Vzpomínky na ně mohou vyvolávat smutek související se ztrátou blízké osoby, mnohdy i radost, při vzpomínkách na hezké společné okamžiky, či na specifický humor, který se někdy mezi onkologickými pacienty vyskytuje, a často také vděčnost. Vděčnost bývá spojená jak s tím, že jim dotyční zemřelí třeba pomáhali v těžkých chvílích (nejčastěji psychicky), tak i s tím, že pacient v remisi svůj boj s rakovinou vyhrál. Pokud převažují pocity vděčnosti, mají vzpomínky na zemřelé pozitivní dopady, stejně jako se v pozitivní psychologii ukazuje u jakýchkoliv dalších pocitů vděčnosti.

Někdy se však mohou dostavit také pocity viny, což může být velmi vážný problém. Někteří pacienti se obviňují za to, že svým zemřelým spolupacientům „nedokázali pomoci“, ve smyslu, že celou situaci vnímali tak, že jim bývali mohli poskytnout více podpory, svoje konexe atd. Další pocity viny se pak někdy dostávají v souvislosti s tím, že „já žiju, zatímco on(a) už ne“. Tento proces je známý i u přeživších u masových nehod, přírodních katastrof či teroristických útoků, a pokud se dostaví, je pro pacienta v remisi velice žádoucí vyhledat psychoterapeutickou a mnohdy i psychiatrickou pomoc. Podobné výčitky vůči sobě totiž mohou snadno vést k depresím a dalším psychickým problémům, a bývají zničující i pro bezprostřední psychosociální prostředí pacienta.

Zásadní jsou také vzpomínky na **pacienty, kteří zemřeli až v remisi**, tj. ve fázi, ve které se teď pacient nachází. U pacientů, kteří trpí úzkostí z návratu rakoviny, což je bohužel ve střední až závažné formě 49 % pacientů v remisi [22], vzpomínky na spolupacienty, kteří zemřeli ve stejné fázi samozřejmě tuto úzkost přivývají a posilují. Pacienti se obvykle navzájem podporují a dosažení remise bývá velmi radostnou až euforickou událostí. O to větší pak následuje propad při návratu onemocnění (viz kapitola 4.17). A právě pacienti, kteří zemřou v důsledku onkologického onemocnění nebo léčby v remisi, jsou pro ostatní pacienty v remisi připomínkou toho, že, jak někteří onkologové říkají: „*Rakovina je chronické onemocnění*“, tedy jak to daní pacienti pak chápou, že se z ní „nedá vyléčit“ a „nedá se nad ní vyhrát“.

I zde pak existují dvě interpretační roviny. Ta negativní bohužel může evokovat pocity marnosti až zoufalství, které se mohou přenést i do všech oblastí života pacienta v remisi. „*Stejně nemá smysl XY, když se mi 'za chvíli' vrátí rakovina a já umřu jako ten či onen. Protože ten či onen se snažil jíst zdravě, nestresoval se, dělal to, či ono a stejně umřel!*“ Samozřejmě, ať budeme dělat, co budeme dělat, stejně zemřeme. To je jednou daný fakt, se kterým se musíme vyrovnávat ode dne, kdy jsme se narodili. Většina z nás je však schopna tuto úzkost ze smrti potlačit do té míry, že výrazněji neovlivňuje naše každodenní fungování. Někteří dokonce až tak moc, že žijí takovým životem, jako by ani nikdy neměli zemřít. Pro pacienty, pro které se však tato úzkost (tj. iracionální strach) posune do takového časového horizontu, kdy pacient očekává smrt (prostřednictvím návratu rakoviny) v horizontu maximálně měsíců, však mívá drtivé dopady na jejich každodenní fungování i jejich psychosociální prostředí. Pokud

se dostaví přetrvávající pocity rezignovanosti až apatie, je na místě vyhledat psychoterapeutickou a třeba i psychiatrickou pomoc.

Konfrontace s úzkostí ze smrti však může mít i velice pozitivní dopady. Ty spočívají právě v tom, že pacient začne žít takový život, jako by naopak měl jednou zemřít. Že začne vnímat svůj čas jako omezený a bude klást důraz na to, co v životě chce (ještě) prožít, komu chce (ještě) věnovat svoji pozornost a péči atd. Zde mohou být obrovskou inspirací ti pacienti, kteří se „včas“ dozvěděli, že kurativní zákrok už není možný a prožili poslední měsíce až roky svého života v paliativní léčbě (viz kapitola 4.19), kdy se rozhodli uskutečnit svá přání a sny v rámci možností, které jim paliativní léčba dala. Jejich příběhy jsou obvykle velmi inspirativní pro kohokoliv, tedy i pro „zdravé“ lidi. Nezřídka bývají plné smíření (nejen se smrtí), plnění si snů, cestování po světě, učení se novým věcem, prožívání si třeba i adrenalinových zážitků apod. Pokud si pacient v remisi stihne vybudovat během své onkologické léčby osobní vztah k nějakému takovému člověku, může se pro něj stát zdrojem síly (viz kapitola 6.8), i nástrojem, jak překonat třeba i rozvinutou úzkost z návratu rakoviny, která je svým způsobem úzkostí z „předčasné“ smrti. Příběhy těchto pacientů totiž obvykle všechny říkají, že: *„To není o tom, kolik času nám zde zbývá, ale co s tím časem uděláme.“*

Vzpomínání na zemřelé pacienty, zejména pokud je to vzpomínání v „dobrém“, které obsahuje i prvky obdivu a úžasu, což je podle pozitivní psychologie důležitá emoce prospívající našemu štěstí, může být někdy zdrojem pocitů žárlivosti ze strany nejbližších. Pacient v remisi totiž někdy až adoruje dotyčného, což vyvolává u nejbližších nutkání se s ním srovnávat. Někdy to srovnání explicitně přináší i pacient v remisi. V obou případech je však vhodné si uvědomit, že jakkoliv může být příběh dotyčného zemřelého inspirativní, známe jen jeho „marketingovou fasádu“ – tedy tu část, kterou se rozhodl dotyčný předat. Příliš mnoho srovnávání se, ať už u pacienta, či jeho okolí, pak vede k nežádoucím pocitům a stavům. Proto je vhodné soustředit se vždy více na to, co si z příběhu takového pacienta bereme pro sebe než z toho, jaký podle našeho názoru daný člověk byl, či naopak nebyl.

6 Opakující se emoce a prožitky v průběhu onkologické léčby

Onkologičtí pacienti, včetně pacientů, u kterých se nakonec žádná onkologická diagnóza nepotvrdí (viz kapitola 4.1), si během léčby procházejí širokým spektrem velmi intenzivních, opakujících se a dlouho trvajících emocí. To jsou zároveň tři klíčové charakteristiky nezbytné pro to, aby s v jejich centrech pro epizodickou paměť vytvořily vazby reakcí na tyto emoce [24][42]. To, jak konkrétně si s těmito emocemi poradí, nebo jak jim při jejich prožívání bude pomoheno lékaři, pečujícími, psychoterapeuty nebo nemocničními kaplany, bude mít značný vliv na jejich další automatizované jednání v pozdějších fázích léčby a zejména v dalším jejich životě [24][42]. V této kapitole jsou popsány nejobvyklejší emoce, se kterými se onkologičtí pacienti potýkají, jejich hlavní příčiny, projevy a dopady na jejich jednání s lékaři i nejbližšími.

6.1 Strach

Strach je velmi často se opakující emocií, která je často podporována ještě nejistotou. Z neurofyzilogického pohledu strach vede k aktivaci systému neurohumorálního řízení (zejména tzv. HPA osy) a s tím související komplexní stresové reakce [19] s menší (projevující se jako paralýza [24]) či větší (projevující se jako útěk [24]) produkcí stresových hormonů, zejména tedy kortizolu. Ten má bohužel silné imunopresivní účinky, což může v případě přetrvávajícího strachu někdy zbytečně ztěžovat léčbu zejména solidních nádorů [9][10].

Silný strach, typický například i pro úvodní fázi truchlení nad ztrátou (viz kapitola 4.21), vede jak k aktivaci egoobraných mechanismů, včetně vytěšňování a popírání, tak k útěkové reakci, kdy pacient chce nejen symbolicky utéct od pro něj silně ohrožující situace, ale také od všech lidí kolem, včetně přátel, rodiny, pečujících, i lékařů. Strach zároveň zásadním způsobem ovlivňuje činnost hippocampu [24], a tím i dlouhodobé epizodické paměti.

Pacienti běžně popisují některé fáze léčby a komunikace s lékařem jako „zlý sen“, kdy jim „nedocházelo, co se vlastně děje“ a oni jako by byli nezúčastnění pozorovatelé, a nikoliv aktéři veškerého dění. Tomuto jevu se říká depersonalizace, a běžně k němu dochází v situacích, kdy cítíme, že je náš život v ohrožení. Bohužel zároveň podporuje pocity bezradnosti a beznaděje (viz kapitola 6.3), které jsou obecně považovány za katalyzátor traumatu. Děj života se pak pro pacienta odehrává jakoby „za sklem“, kdy jeho emocionální reakce už obvyklým způsobem nereflktují vnější dění a stávající se tím pádem pro ostatní lidi méně srozumitelné.

Navíc, sdělení, která pacientovi říká lékař i blízké osoby pod vlivem silného strachu podléhají značným kognitivním zkreslením [42], a další kognitivní zkreslení zasahují i paměť. Strach nutí pacienta věnovat zvýšenou pozornost v jeho pojetí světa ohrožujícím podnětům a podněty, které jeho mozek nevyhodnocuje jako ohrožující jsou v tu chvíli odfiltrovány a byť se samozřejmě dějí a pacient na ně i nějakým způsobem reaguje, nebude schopen si je později z paměti vybavit [24][42]. Snadno se tak může stát, že pacient potvrdí, že lékař ho se vším seznámil (klidně i písemně), že všemu rozuměl a nemá žádné otázky, avšak z lékařova sdělení: „*Nemyslím si, že by byla potřeba chemoterapie,*“ se může stát: „*Je to špatný! Lékař mluvil o chemoterapii. Asi budu muset na chemoterapii. Určitě umřu!*“ což samozřejmě dále destabilizuje i psychosociální prostředí pacienta, kdy jeho bližní okamžitě začnou prohledávat na internetu obvykle zcela irelevantní a mnohdy i nepravdivé zdroje, což následně působí značné problémy v další komunikaci s lékařem. A když pak další lékař, nyní už třeba za přítomnosti blízkých osob, jen zopakuje: „*Nemyslím si, že by byla potřeba chemoterapie,*“ tak si budou tyto pečující osoby buď stěžovat na nekompetentnost prvního lékaře, nebo zpochybňovat kompetence a znalosti druhého lékaře, protože první lékař přeci o chemoterapii mluvil.

6.2 Nejistota

Další velmi intenzivní, dlouho trvající a opakující se emoci je nejistota. Celý život je z definice plný nejistoty, přičemž délka jeho trvání je vůbec tou největší nejistotou. Nikdo neví, kdy přesně zemře, ani pacienti v terminální fázi onkologického onemocnění (viz kapitola 4.20) nevědí přesný den své smrti. Za běžných okolností má člověk vyvinuty dostatečně silné vyrovnávací mechanismy, aby tuto „základní nejistotu“ úspěšně překonal a aby zůstala neuvědomovaná.

Onkologické onemocnění však nejistotu dne úmrtí bytostně zpřítomní a mnohdy i zvědomí. Řada pacientů tak otevřeně svůj strach ze smrti z důvodu „rakoviny“ verbalizuje. Bohužel tím zároveň zúzkostňuje své nejbližší (expozicí jejich vlastní smrtelnosti, ale také riziku ztráty blízké osoby), což často vede k jejich odvrácení či bagatelizaci pocitů nemocného – „*Ale prosím tě, ty tu s námi budeš ještě spoustu let!*“ – což u něj ovšem podporuje vznik další silné emoce – opuštění a osamění (viz kapitola 6.7).

Nejistota je z definice pocitem ohrožení. Dokud ji pociťujeme, náš mozek musí z podstaty svého fyziologického fungování reagovat standardní stresovou reakcí tzv. alarmem, což má dalekosáhlé psychosomatické implikace, které mohou dále komplikovat onkologickou léčbu [9]. Při ohrožení dochází k aktivaci emocí vzteku, nebo strachu, nebo paniky [24]. Tyto emoce v závislosti na intenzitě vnímané nejistoty zcela ovládnou pacientovo chování, a zároveň snižují jeho empatické a výrazně zkrslují jeho kognitivní schopnosti [24].

Pacient pod vlivem této emoce zoufale, a to v pravém slova smyslu, pátrá po zdrojích stability. V tom výrazně pomáhá nějaká předchozí zkušenost se silnou nejistotou (např. předčasné narození dětí, vlastní vážná nemoc, předchozí zkušenost někoho z rodiny s rakovinou). Zdrojem stability však může být i pevný blízký vztah, včetně vztahu s psychoterapeutem či nemocničním kaplanem. Má vlastní zkušenost s onkologickými pacienty také ukazuje, že velmi výrazným zdrojem stability, který pacientům pomáhá účinně vyrovnat se s nejistotou, je i přesná znalost dalšího postupu a porozumění všem aspektům onemocnění i léčby. Totéž potvrzuje i výzkum profesorky Phyllis Butow, která dodává, že právě to je účinnou prevencí vzniku FCR (Fear of Cancer Recurrence), neboli strachu (přesněji úzkosti) z návratu rakoviny [22].

Pacienti trpící nejistotou také procházejí tradiční krizovou reakcí a pomáhají u nich osvědčené postupy krizové intervence. Důležité je tedy zaměření pozornosti na tady a teď, včetně ryze krátkodobého plánování (co přesně a kdy budu dělat zítra), pevný denní režim, zaběhnuté rituály apod. Naprosto klíčový je také dostatek spánku. To platí obecně pro snižování intenzity i všech ostatních emocí, protože nedostatek spánku zcela zásadním způsobem omezuje racionální myšlení a kognitivní funkce našeho mozku [24].

6.3 Bezradnost, bezmoc a beznaděj

Ztráta kontroly nad svým zdravím, která sama o sobě někdy bývá předmětem samostatného procesu truchlení (viz kapitola 4.21) a dokonale odpovídá charakteristice zhoubné nádorové buňky (viz kapitola 3.1), bývá zdrojem pocitů bezradnosti a později i beznaděje. Jak praví teorie, a hlavně praktické zkušenosti krizové intervence, tak dlouhodobá bezradnost a následná beznaděj vede ke spuštění traumatu, které má následné dlouhotrvající dopady na psychiku. Kritický je ovšem i psychoneuroimunologický dopad těchto emocí, který opět vede ke známé somatizaci skrze General Adaptation Syndrome (GAS) neboli obecný adaptační syndrom, jak byl popsán Hansem Selyem již v roce 1936 [19].

Onkologický pacient se tak často propadá do pomyslné temné propasti, či trhliny bytí, na jejímž dně leží někdy uvědomovaná vlastní smrtelnost. Čím déle tyto emoce přetrvávají, tím silnější změny lze

sledovat v chování a prožívání pacienta. I proto se v řadě zemí onkologickým pacientům automaticky předepisují antidepresiva [9], aby došlo ke zmírnění intenzity těchto pro pacienta psychicky i somaticky [9] škodlivých emocí.

Efektivním nástrojem proti bezradnosti, beznaději a bezmoci je pomoci pacientovi nalézt něco, co může pro vyléčení nádoru dělat. Takových možností existuje ve skutečnosti mnohem víc, než je obecně známo. Současná psychoonkologie ukazuje, že boji s nádorem výrazně pomáhají dva způsoby psychického nastavení – bojové nastavení a život jakoby nic, tedy v rámci možností stejně jako před onemocněním [9]. Z neuropsychologického pohledu je důležité využívat aktivaci emočního okruhu pro hledání, který zároveň deaktivuje okruhy pro vztek, strach a paniku [24]. Aby to bylo dlouhodobě možné, musí však být pravidelně aktivován podokruh slasti [24] – tedy musí být zajištěna tvorba dopaminu a aktivace hédonických hotspotů.

V praxi to jde zajistit tím, že pacientovi je – ideálně jeho lékařem – zadán nějaký jednoduchý úkol, který dokáže pravidelně plnit – např. procházka, sníst aspoň to či ono, spát aspoň osm hodin. Pacienti si však podobné úkoly dávají nevědomě i sami – obvykle ve formě konzumace potravinových doplňků, či iracionálních a prokazatelně zcela zbytečných „babských“ rad, které se mezi nimi šíří, jako je konzumace jader meruněk. Tyto drobné úkoly ovšem po pacientovi vyžadují zapojení okruhu hledání pro zajištění jejich faktické realizace, za kterou se dostavuje aktivace podokruhu pro slast, respektive odměnu. Pomáhají mu tak jako účinná prevence před bezmocí i bezradností a dokud existuje nějaká další naplánovaná léčebná modalita, tak i před beznadějí. Ta se může definitivně dostavit až ve fázi, kdy je možná už pouze jen paliativní péče (viz kapitola 4.19). Klíčová otázka, na kterou je přínosné z pohledu pacienta hledat odpověď je: **„Co můžu dělat teď, aby mi bylo lépe?“**

Při uvážení soudobých poznatků psychoonkologie přitom není nutné hned hledat látky a postupy ničící nádor. Bohatě stačí udělat cokoli pro svoji psychiku, aby se pacient cítil psychicky lépe [9]. V pozdějších fázích léčby zase pomáhá zaměřit se na zmírňování negativních důsledků jednotlivých léčebných modalit, a to včetně např. hojení ran po chirurgické léčbě. Vždy totiž existuje něco, co pacient může pro zlepšení své situace udělat. Pokud ho v tom pečující a lékaři či jiný zdravotnický personál podporují, je velká šance, že ho silné a mnohdy i vyčerpávající emoci bezradnosti, bezmoci a beznaděje opustí.

Řada pacientů se, mnohdy pro ně samé bohužel, snaží s těmito nepříjemnými emocemi bojovat hledáním informací o svém onemocnění na internetu. **Mnozí onkologičtí pacienti, zejména po remisi onemocnění, však docházejí ke zjištění, že to bylo to nejhorší, co v dané chvíli mohli dělat.** Zpětně totiž vnímají, že to podněcovalo další strach (viz kapitola 6.1) a nejistotu (viz kapitola 6.2). Pacient bez odpovídajícího medicinského či biologického vzdělání totiž není obvykle schopen posoudit relevanci informací, které na internetu nachází, což vede obvykle k tomu, že se setkává s řadou lží, a zároveň není schopen porozumět pravdivým soudobým vědeckým zjištěním publikovaným v odborných časopisech, neboť mu chybí komplexní znalosti biologie, genetiky, imunologie, onkologie, radiologie, endokrinologie a event. farmakologie, což jsou hlavní obory, kterých se léčba nádorových onemocnění dotýká a ve kterých tedy vycházejí relevantní vědecké články o nových způsobech jejich léčby.

Intenzivní pocity bezradnosti, bezmoci a beznaděje obvykle také vyústí ve zhoubné „hledání pachatele“, tedy toho, kdo je za pacientovo onkologické onemocnění zodpovědný. Tím pro sebe bývá buď pacient sám (viz kapitola 6.5), nebo jeho blízcí (viz kapitola 6.6). Obojí vyúsťuje v někdy až katastrofální dopady na psychiku pacienta i jeho psychosociální prostředí.

6.4 Proč právě já?

Nezákladnější otázkou, kterou si téměř každý onkologický pacient během svého onkologického onemocnění aspoň jednou klade, je otázka: „Proč právě já?“ Při hledání odpovědi na ni pacienti obvykle hledají místo v životě, kde udělali nějakou zásadní „chybu“. Proces hledání a případného nalezení odpovědi na tuto otázku je zcela zásadní pro všechny další emoce popsané v celé této kapitole. Obvykle k němu ale dochází právě až při pocíťování bezmoci až beznaděje. Pokud pacient tuhle otázku verbalizuje, což často dělá, může být tedy pro vnější okolí zároveň signálem, že pacient zrovna padá do oné pomyslné propasti, což zejména u introvertů a uzavřenějších lidí nemusí být jinak zřejmé. Pacienti mnohdy kladou tuto otázku sami sobě nahlas v koupelně před zrcadlem, když se domnívají, že je nikdo jiný neslyší.

Možností, na které pacient nejčastěji přichází je několik. Podle toho, se kterou přijde, pak obvykle nastává fáze delšího projevu některé ze souvisejících emocí. Nejčastější možné odpovědi, ke kterým si pacienti dojdou bývají:

- **Rakovinu jsem si zasloužil** je častá odpověď kuřáků a lidí, kteří nezdravě jedli nebo u nádorů kůže u lidí, co chodili do solárií nebo se nadměrně opalovali. Paradoxně se s ní nesetkáme moc u lidí, kteří dlouhodobě konzumovali vysoce škodlivé dávky alkoholu (tj. více než 4 sklenice alkoholického nápoje denně), nebo u lidí s nedostatkem pohybu, což jsou další externí faktory v malé míře přispívající vzniku nádorových buněk (viz kapitola 3.2). Velmi často se lidé domnívají, že si rakovinu způsobili stresem, nebo dokonce trápením ve vztazích, což ovšem není možné (viz kapitola 3). Výstupem této odpovědi je sebeobviňování (viz kapitola 6.5).
- **Rakovinu mi způsobili ostatní**, a měli tak učinit tím, že nemocného „trápili“, byl s nimi nešťastný, nemilovali ho apod. Tento iracionální a v drtivé většině případů věcně zcela nesprávný předpoklad (viz kapitola 3) vede k obviňování nejbližších (viz kapitola 6.6). V případě hereditárních neboli dědičných nádorů je však tento předpoklad věcně správný, neboť v takovém případě za vznik nádorového onemocnění fakticky může nositel příslušné genové mutace např. genů BRCA1 a BRCA2, což je jeden z biologických rodičů. V takovém okamžiku hraje zásadní roli, zda pacient má s tímto rodičem dobré vztahy – pak následuje obvykle bojové nastavení a síla (viz kapitola 6.8), nebo špatné vztahy, pak následuje obviňování daného rodiče, ale ve zcela nové až zničující „kvalitě“ (viz kapitola 6.6).
- **Vůbec nechápu, proč já, je to naprosto nespravedlnost** je přesvědčení, které může vést k určitému uzamčení se v emoci beznaděje (viz kapitola 6.3) a hlubšímu psychickému propadu, včetně ztráty smyslu v životě. Pacient si totiž začne říkat: „*Však stejně už nic nemá smysl. Cokoliv udělám, svět je tak nespravedlivý, že mě o to kdykoliv připraví, takže to stejně nemá vůbec cenu.*“ Často se také dostávají pocity opuštění a osamění (viz kapitola 6.7), a to obvykle tehdy, dojde-li pacient k přesvědčení, že je tím jediným, ke kterému „*je život tak strašně moc nespravedlivý.*“
- **Vůbec nechápu, proč já, ale neskutečně mě to štve** je paradoxně často nástrojem k tomu, jak pacient v sobě aktivuje své zdroje a dá mu to sílu (viz kapitola 6.8), včetně velmi prospěšného bojového nastavení [9].
- **Vše je tak, jak má být, a já se k tomu teď musím postavit** je stále častější až deterministický přístup pacientů, kteří ovšem díky němu své onkologické onemocnění vezmou jako výzvu, které mají čelit, aby se posunuli dále. To zakládá i nejlepší šance na dosažení posttraumatického růstu a případný rozvoj spirituality, který současná psychoonkologie popisuje jako poměrně častý [9]. Tento náhled na budoucnost pak pacientům dává obdobný přístup, jaký například Viktor Frankl popisoval ve své knize A přesto říci životu ano, kdy plánují

detaily svého života po remisi onemocnění a úzkost ze smrti v podstatě nevnímají. Nejčastějšími emocemi jsou pak síla (viz kapitola 6.8) a naděje (viz kapitola 6.9).

6.5 Obviňování sebe

Sebeobviňování je vůbec nejzřejmějším průvodním jevem onkologického onemocnění. Sice pacientům mnohdy pomáhá „strpět“ jednotlivé léčebné modalitty, protože: „*Když už jsem si tohle způsobil, tak holt teď tohle budu muset vydržet!*“ ale činí je zároveň odpovědnými za nejhorší utrpení svého života. To je od otázky: „*Proč právě já?*“ přivádí k otázce: „*Proč já si zrovna tohle musím dělat?*“ čehož mnohdy s chutí zneužívají mnozí podvodníci, kteří skrze manipulaci s onkologicky nemocnými přes jejich vinu získávají velikou moc nad nimi i jejich rodinami a často z nich podvodným způsobem lákají nemalé finanční prostředky za nejrůznější „čištění minulých životů, kdy páchali hrozné věci, za které teď trpí,“ či „práci s energiemi“ apod.

Paradoxní je, že pokud tito podvodníci nejsou natolik hloupí, aby pacienty odvedli od onkologické léčby, tak pokud onkologická léčba nakonec zabere, pacienti její úspěch přičítají těmto podvodníkům, na kterých se stávají emočně závislí, a dělají jim poté reklamu na internetu. Naštěstí většina patientských skupin tyto projevy cenzuruje, vyjma propagace některých podvodných „potravinových doplňků proti rakovině“.

Sebeobviňování však páchá obrovské škody na blízkých vztazích onkologicky nemocného. Často vede k rozpadu partnerství (viz kapitola 5.3) či ztrátě přátelství (viz kapitola 5.4), protože ty, kteří pacienta milují, doslova ničí takovéto řeči poslouchat, a navíc u partnerů to vede ke ztrátě pocitu bezpečí. Blízké vztahy však nejsou tím jediným, co posléze trpí. Pacienti, kteří dojdou k remisi, aniž by se zbavili sebeobviňování, se totiž i nadále vnímají jako „ti špatní“, kterým byla dána někým nebo něčím šance, a teď jsou tedy svým způsobem dlužníky. To může vést až ke komplexovému jednání v jungiánském slova smyslu, kdy třeba i v práci se budou sice snažit jako dřív, ale budou vystupovat z pozice „špatných a nedostatečných,“ kteří si vlastně zaslouží být trestáni. Zároveň to může vést i k budoucím sklonům k vyhoření.

Paradoxně, čím větší pozornost věnují nejbližší pacientovu sebeobviňování, tím více u něj toto sebeobviňování podporují. Pokud ho naopak striktně odmítnou, dovedou ho k pocitům opuštění, osamění a nepochopení ostatními (viz kapitola 6.7). Jistou cestou ze začarovaného kruhu může být psychoterapie, která umožní pacientovi nahlédnout i na alternativní odpovědi na otázku „*Proč právě já?*“ (viz kapitola 6.4), či rozvoj spirituality, což nakonec může vést k posttraumatickému růstu. Bez cizí pomoci pomůže pacientovi změnit tento přístup obvykle nějaký silný emocionální otřes vyvolaný některou z relativně častých životních událostí během onkologického onemocnění (viz kapitola 5).

6.6 Obviňování nejbližších

Obviňování nejbližších je dalším velmi častým fenoménem toxickým pro psychosociální prostředí pacienta. Dochází k němu zejména v druhé fázi vyrovnání se s nemocí, či některými zatěžujícími léčebnými modalitami (viz kapitola 4.21). U pacienta vede obviňování nejbližších často k ustrnutí ve fázi hněvu a brání mu dojít k závěrečnému smíření se s nemocí, což bývá zhojné zejména v terminální fázi onemocnění (viz kapitola 4.20). Pacienti obviňující nejbližší také často cítí opuštění, osamění a nepochopení ostatními a mívají tendenci odmítat některé náročnější léčebné modalitty, protože: „*Proč já mám teď trpět, když mi manžel(ka)/dcera/syn/rodiče atd. způsobil(a) rakovinu?!*“ Někteří pacienti naopak chtějí brzo umřít, aby své blízké „potrestali“.

Mnohem víc zničující je však tento přístup pro blízké pacientů – ať už ty přímo pacientem obviňované, nebo i ostatní blízké. Nejsou výjimkou děti či pozůstalí partneři onkologických pacientů, kteří ani

mnoho let po úmrtí pacienta nejsou schopni se právě s touto poslední fází jeho života vyrovnat. Jakmile k obviňování okolí totiž dojde, nezvrátí ho ani remise onemocnění.

Jistou nadějí pro pacienta i jeho blízké, která se v těchto případech osvědčuje, je soustavná a dlouho trvající psychoterapie nebo duchovní provázení ze strany nemocničního kaplana či kněze. Tento vztah musí být ale dostatečně pevný na to, aby dokázal ošetřit i fázi, kdy si pacient uvědomí, co všechno svým jednáním způsobil a bude za to muset přijmout zodpovědnost. To ovšem snadno může sklouznout k sebeobviňování (viz kapitola 6.5), které jak bylo popsáno výše, nemá potenciál vést v nápravu blízkých vztahů.

6.7 Opuštění, osamění a nepochopení ostatními

Pocity opuštění a osamění bývají vůbec první, se kterými se onkologický pacient setkává, a to už ve fázi prvotního podezření na onkologické onemocnění (viz kapitola 4.1). Někdy však přijdou naopak až ve fázi dlouho po remisi onemocnění, kdy se však mohou dostavit některé pozdní nežádoucí účinky např. radioterapie (viz kapitola 4.8.4). Velmi účinnou zbraní proti rozvoji těchto emocí v pozdější pocit naprostého nepochopení ostatními je fyzická blízkost a sdílení niterných prožitků s partnerem, rodiči, přáteli či dospělými dětmi. Fyzická blízkost jiného člověka a doteky jsou klíčové zejména z pohledu neurofyzilogických procesů, které opuštění a osamění provázejí, a které může velmi efektivně zvrátit produkce oxytocinu podmíněná vyžádaným laskavým dotekem [24]. Pacienti, kteří dobře dokáží projevat svoji zranitelnost přitom mají mnohem větší šance se těmito pocitům vyhnout [42]. Naopak pacienti, kteří trpí pocitem, že „*musí být ti silní*“, si v úlevě od pocitů osamění mohou velice efektivně sami bránit.

Pocit opuštění a osamění se opakuje během onkologické léčby mnohokrát. Bytostným zpřítomněním těchto pocitů jsou vyšetření na PET/CT, RTG, a zejména radiologická léčba, kdy je pacient na ozařovně z pochopitelných fyzikálních důvodů vždy sám. „Léčebně“ působící fyzická přítomnost blízkých je tedy rovněž potřeba opakovaně, pokud se nemá u pacienta rozvinout až pocit nepochopení ostatními. Velmi dobrou práci v tomto ohledu odvádějí však zdravotní sestry, které se mnohdy na rozdíl od mnohých lékařů nebojí nemocných, se kterými přicházejí do kontaktu, často až láskyplně dotýkat, a tím de facto předcházet jejich pocitům osamění.

V okamžiku, kdy pocit opuštění až osamění trvá delší dobu, pacient se postupně uzavírá do sebe a rozvíjí se u něj smutek až psychoanalytickým názvoslovím narcistní zranění (často nevědomé) plynoucí z toho, že v době utrpení jej ostatní opustili. To má bohužel často i zcela racionální podklad, neboť řada partnerů (viz kapitola 5.3) a přátel (viz kapitola 5.4) onkologicky nemocného skutečně opustí. Tím více by mělo nejbližší okolí pacienta klást důraz zejména na fyzickou přítomnost u pacienta, dokud si v truchlení po ztracených vztazích nedojde až do fáze smíření (viz kapitola 4.21).

U pacientů, u kterých se nepodaří tomuto vývoji zabránit, často dochází k tomu, že si připadají, že je ostatní nechápou, a zároveň nemohou pochopit. Toto přesvědčení zdůvodňují tím, že ostatní nemají rakovinu, a tudíž nerozumí tomu, čím si zrovna prochází. Jistým východiskem ze začarovaného kruhu jsou u těchto pacientů vztahy se spolupacienty, ošetřujícím lékařem, zdravotními sestrami (zde je na místě znovu zdůraznit jejich velmi důležitou roli) a také virtuální vztahy s jinými onkologickými pacienty z patientských skupin na Facebooku.

Protože si pacientův mozek v této fázi chce potvrdit, že mu skutečně nikdo nerozumí, i v nových podnětech (což je fyziologická funkce mozku zajišťující nám pocit bezpečí [42]), jedná na základě této komplexové reakce v jungiánském slova smyslu i s dalšími lidmi. Vlastně je nevědomě manipuluje do pozice, kdy ho opustí, nebo ho nebudou chápat, což mu sice potvrdí, že se nemýlí (a je tudíž de facto v bezpečí), avšak povede to k odklonu dalších osob od pacienta.

Cestou pro rodinu a blízké onkologického pacienta z tohoto začarovaného kruhu může být dodržování rogeriánských zásad terapeutického vztahu. To znamená poskytovat pacientovi (po dobu léčby) bezpodmínečně pozitivní přijetí, maximum empatie, které jsou v danou chvíli schopni, ale zároveň svoji kongruenci. Tedy mluvit o tom, jak se jeho blízcí cítí, když pacient dělá to či ono. Jednání pacienta je totiž obvykle nevědomé, navíc v situaci fyziologicky snížené schopnosti empatie [24], takže si ho mnohdy neuvědomuje, a tudíž ho ani nemůže ovlivnit.

Receptem na pocity osamění a toho, že pacientovi nikdo nerozumí, bývá mnohdy i rozvoj vlastní spirituality, samozřejmě psychoterapie, ale také třeba duchovní doprovázení nemocničním kaplanem či knězem.

6.8 Síla

Síla patří mezi vůbec nejintenzivnější a nejžádanější emoce, které onkologičtí pacienti opakovaně zažívají. Nedostatek síly je zároveň obvyklým projevem depresivní fáze vyrovnávání se s jednotlivými ztrátami (viz kapitola 4.21) a častým průvodním jevem radioterapeutické (viz kapitola 4.8) a chemoterapeutické (viz kapitola 4.9) léčby.

Sílu si pacienti zažívají zejména při výhrách v dílčích bitvách se svojí nemocí, potažmo nežádoucími účinky léčebných modalit (např. s neuropatií). Tyto pocity provázejí obvykle i zprávy o snížení počtu dávek ozařování, chemoterapie či biologické léčby z důvodu rychlejšího ústupu nádoru, zprávy z diagnostických vyšetření o zmenšování nádoru či vymizení metastáz, zprávy o nalezení dárce pro transplantaci, zprávy o možnosti zvolit méně radikální chirurgickou léčbu, o možnosti vypustit adjuvantní (pooperační) radioterapii či chemoterapii atd.

Síla se ovšem dostavuje pravidelně i u pacientů s tzv. bojovým nastavením [9]. Ti zažívají pocity síly mnohdy i po obdržení „špatných“ zpráv. Zejména muži (díky neurofyziologickým odlišnostem ve velikosti a funkci INAH-3 – jednoho z předních jader hypothalamu [24]) totiž takové zprávy přijmou s agresí, kterou však obrátí proti nádoru. Typicky za ulevení si sprostými slovy: „*Já tu zasranou mrchu stejně porazím!*“ je velmi častý styl reakce na špatné zprávy z diagnostických vyšetření, kdy pacient má paradoxně ještě větší pocit síly, než před zjištěním výsledků (částečně i díky odeznění nejistoty – viz kapitola 6.2).

Někteří pacienti čerpají svou sílu i z rozvoje své spirituální stránky. Častým zdrojem síly bývá modlitba, a to i pro nevěřící. Mnozí pacienti se také uchylují k různým rituálům, či k léčitelům, kteří jim však neslibují vyléčení rakoviny jako řada podvodníků ani „léčení skrze minulé životy“ apod., ale provádějí je různými rituály na obnovu či získání síly. V zahraničí se poměrně často pro získání síly využívá i meditace a skupinová psychoterapie [9]. Pacientské skupiny, jakkoliv mohou mít i své negativní dopady, dokážou stejně jako jakákoliv jiná psychoterapeutická skupina „nést“ své nejslabší články. Z Německa jsou známy třeba i kazuistiky, kdy se skupina u pacientů, kteří se zhoršili, rozhodla sejít se namísto obvyklého místa setkávání v nemocničním pokoji takového pacienta [9]. To bylo (v dané kazuistice) pacientem samozřejmě vnímáno jako demonstrace sounáležitosti a síly skupiny.

Síla je tedy velice důležitou emocí, či technicky přesněji spíše prožitkem, a to až na organismické úrovni, který v pacientovi zvyšuje naději na přežití, potlačuje nežádoucí psychoneuroimunologické procesy spjaté s GAS (obecným adaptačním syndromem)[19], který se jí daří zastavit, pomáhá ukončit fázi bezmoci a značně přispívá k pro léčbu prokazatelně prospěšnému bojovému nastavení pacienta [9].

6.9 Naděje

Velmi zásadní emocí, kterou si zejména blízcí pacienta spojují s jeho šancí na přežití a vyléčení, je naděje. Naděje pomáhá nemocnému překonávat všechna příkoří a nežádoucí účinky onkologické

léčby. To hraje zásadní roli zejména při přijetí terminální fáze onemocnění (viz kapitola 4.20), a to ani ne tak ze strany pacienta, jako jeho blízkých, jak bylo pojednáno již výše.

Důležité je ovšem ptát se, co přesně je pro daného pacienta naplněním oné naděje. Pokud se jedná o naději, že: „**Vše bude jako dřív,**“ jedná se zejména u maligních a semimaligních nádorů (viz kapitola 2) v drtivé většině případů o iracionální nespelnitelný předpoklad vyvolaný mnohdy úvodní fází truchlení nad důsledky onkologického onemocnění, popíráním (viz kapitola 4.21). Tím pádem existuje velké riziko, že pacient, až přejde do dalších fází procesu, zejména té depresivní, svou naději ztratí, a tím přijde i o vnitřní psychickou oporu, která mu pomáhala léčbou procházet. I to si samozřejmě bude muset následně odtruchlit, ale pro jeho další léčbu, zejména pak ochotu ji snášet a překonávat její nežádoucí účinky, bude klíčové nalezení nové naděje, což se obvykle neobejde bez přehodnocení životních postojů a hodnot. Onkologičtí pacienti, kteří žijí v naději, že po léčbě bude vše jako dřív, by dokázali velmi dobře profitovat z psychoterapeutické podpory, či z podpory spirituální, např. od nemocničního kaplana.

Je potřeba však rozlišovat mezi nadějí, že bude vše jako dřív, a postojem jakoby nic. Ten je z psychoonkologického a psychoneuroimunologického pohledu přínosný [9], ale má zásadní odlišnost v tom, že pacient méně či více vědomě přijímá změny, které nádorové onemocnění a jeho léčba do jeho života přináší, avšak se jimi nenechá nijak zvlášť rozptylovat či limitovat. Takoví pacienti, pokud pociťují naději, tak většinou ji mají naplněnu obsahem, že „**onkologická léčba jednou skončí a já zase budu mít více času na...**“ která sice nemusí být nutně reálná – v případě přechodu od kurativní čistě na paliativní léčbu (viz kapitola 4.19), avšak díky menší náročnosti (časové i z pohledu nežádoucích účinků) paliativní léčby jsou tito pacienti ochotni akceptovat nemožnost dosažení remise onemocnění, protože ve finále skutečně získají více času na aktivity, které chtějí vykonávat, a kvůli tišeni nežádoucích dopadů nádoru v těle, si je budou moci lépe, byť někdy po kratší dobu, užívat. Pro tyto pacienty přichází tvrdý náraz obvykle až v terminální fázi nemoci (viz kapitola 4.20), kdy už nemohou své oblíbené činnosti vůbec vykonávat. Tehdy by se mohlo dostavit truchlení (viz kapitola 4.21) nad tím, že pacient se namísto plnění si svých snů a trávení více času s blízkými, dál fungoval ve svém „zaběhnutém režimu“ jako před diagnózou onkologického onemocnění. Řada těchto pacientů však tímto procesem projde velmi rychle, protože jejich psychické nastavení jim pomáhá nahlédnout na to, že teď se tím trápit je už naprosto zbytečné, protože to beztak nemohou změnit ani vrátit.

Řada pacientů má však obsahovou náplň své naděje jinou. Objevují se obsahy jako: „**Zase budu doma se svými dětmi/vnoučaty!**“ „**Zase budu moct sedět na svojí zahrádce!**“ „**Zase budeme s manželem/manželkou jezdit na krásné dovolené k moři!**“ případně „**Zase budu moct dělat svoji práci!**“ které všechny obsahují aspekt těšení se na život po remisi onemocnění, který Viktor Frankl ve své knize A přesto řící životu ano označil jako klíčové faktory pro překonávání útrap. Tyto předpoklady bývají u většiny nádorů v I. či II. stádiu velmi realistické. Být léčba i tak může trvat týdny až měsíce a může někdy obsahovat i chemoterapeutické, radioterapeutické, biologické a hormonální léčebné modalitky, pacient skutečně může obsahy své naděje ve střednědobém horizontu realizovat. V takovém případě naděje může být velmi dobrým zdrojem síly (viz kapitola 6.8) pro boj s nemocí. Řada pacientů navíc obsahy své naděje během svého pobytu v nemocnici „zhmotňuje“, a to prostřednictvím fotografií své rodiny, zahrádky, míst, kam chtějí jet na dovolenou, respektive pracovního kolektivu či produktů, které ve firmě, kde pracují, vyrábějí.

Dalším obsahovým naplněním naděje, která skutečně nakonec zemře až jako poslední, je naděje, že: „**Zase přijde doba, kdy mi bude dobře!**“ To se týká zejména pacientů, u kterých už samotný nádor způsobuje značné zdravotní problémy a bolesti, což jsou projevy typické spíše pro nádory ve stádiích III a IV. Pokud jim onkologická léčba od těchto nežádoucích projevů nádoru neuleví, nebo jim díky nežádoucím účinkům ještě přitíží, jejich naděje mnohdy nezmizí, ale naopak se posílí. Tento proces

však může provázet krátký proces truchlení (viz kapitola 4.21) nad tím, že léčba úlevu nepřinesla. Pacienti s touto nadějí se však mnohem snáz smiřují s terminální fází onemocnění, kterou obvykle provázejí časté bolesti, a se smrtí. Tím, že mnohdy vnímají smrt jako „vysvobození“, pak pomáhají i svým blízkým vyrovnat se s jejich nadcházejícím úmrtím. Toto nastavení často mívají starší pacienti, kteří i bez onkologického onemocnění už trpí nemocemi, které dlouhodobě snižují kvalitu jejich života, což jim svým způsobem pomáhá i v přijetí onkologické diagnózy.

Zajímavé je pozastavit se také nad procesem „sebrání naděje“, na který často odkazují pečující a kterého se mají dopouštět na pacientech někteří lékaři tím, že je pravdivě informují o jejich zdravotním stavu. Pečující tím myslí obvykle nadějí, že: „**zase budu zdravý!**“ I ta se u některých pacientů objevuje, ale překvapivě často s ní přicházejí právě pečující. V případě naděje pacienta je důležité rozumět tomu, co pro něj znamená „být zdravý“. Pacienti to obvykle vnímají jako: „*Mít pokoj od projevů nemoci i onkologické léčby,*“ tedy dosáhnout remise onemocnění. To se často může lišit od představy jim blízkých osob, kteří si pod tím představují, že „*všechno bude zase jako dřív,*“ protože sami procházejí procesem truchlení nad vážným onemocněním svého blízkého člověka (viz kapitola 4.21), se kterým se postupně smiřují.

Je přitom vhodné podotknout, že významná část onkologů vnímá zejména některé zhoubné nádory jako chronické onemocnění – tedy onemocnění, ze kterého se pacient už nikdy nevyлéčí – a to zejména díky možnosti výskytu mikrometastáz (u zhoubných a některých semimaligních nádorů viz kapitola 3.1). Při dosažení remise tedy vnímají jistou pravděpodobnost následné recidivy. K té u některých nádorů nedochází téměř vůbec, u některých, pokud k ní dojde, tak obvykle s konkrétně daným časovým odstupem a pak vůbec, a u některých nádorů k recidivě dochází velmi pravidelně s přesně daným časovým odstupem, který však může být třeba i 10 či 20 let. U výjimečně recidivujících nádorů a u nádorů, u nichž lze recidivu očekávat v době, která přesahuje pravděpodobnou dobu dožití pacienta, pak i tito lékaři hovoří o „vyléčení“, a to hlavně kvůli zmírnění budoucí nejistoty (viz kapitola 6.2) pacienta a zmírnění projevů strachu z návratu rakoviny (FCR).

Paradoxní přitom je, že zatímco FCR je po dosažení remise obvykle pacienty bytostně uvědomovaná a prožívaná, tak naděje, že: „**Už nikdy nebudu mít rakovinu,**“ která mnohdy po dosažení remise automaticky nastupuje, nebývá pacienty často verbalizována ani uvědomována. Výjimku tvoří někdy úlevné výroky po dosažení remise typu: „*Tak už to mám konečně z krku, a doufám, že to už nikdy nebudu muset řešit.*“ Je zajímavou otázkou, kterou by bylo nutné podrobit bližšímu psychoonkologickému výzkumu, nakolik je tato nevědomá a z podstaty onkologických onemocnění zejména u mladších pacientů mírně iracionální naděje, prevencí před převážně iracionální (a to díky úzkostným projevům) FCR, kterou trpí 49 % všech přeživších onkologických pacientů [22].

6.10 Porovnávání se s jinými onkologickými pacienty

Z podstaty onkologických onemocnění (viz kapitola 3) bytostně iracionálním jednáním je časté a mnohdy všudypřítomné – vědomé i nevědomé – porovnávání se onkologických pacientů mezi sebou. To se samozřejmě někdy odehrává i na klasické „nemocniční úrovni“, kdo se má hůř a komu co všechno „sebrali“, ale to, které zásadním způsobem a obvykle v důsledku velmi negativně ovlivňuje onkologické pacienty a jejich vztah s lékařem, je porovnávání si léčebných a diagnostických postupů mnohdy i buněčně a lokalizací zcela odlišných nádorových onemocnění.

Existují v zásadě tři skupiny pacientů. První skupina pacientů má k lékaři absolutní důvěru a tímto procesem si vůbec neprochází. Tito pacienti obvykle vykazují během léčby nejméně úzkostných a depresivních projevů. Druhá skupina lékařům věří, ale má tendenci hledat si sama další informace, což je pro ně svým způsobem mechanismus zvládnání, kdy tím dostávají svoji léčbu aspoň částečně pod kontrolu a někdy také odstraňují informační deficit, který prokazatelně může způsobovat následný

strach z návratu rakoviny (FCR)[22]. Třetí a poslední skupina mívá ke srovnávání vůbec největší sklony a diskutuje o svém onemocnění a léčebných postupech primárně s blízkými a dalšími onkologickými pacienty, přičemž lékařů se obvykle nezeptá, pakliže něčemu nerozumí.

Pacienti v této třetí skupině obvykle rozlišují nádory na „zhoubné“ a „nezhoubné“, přičemž pod zhoubné řadí i novotvary in situ, které vcelku i správně označují za „začínající zhoubné“ (viz kapitola 2). Semimaligní nádory jsou pro ně pak samozřejmě matoucí a často se na ně ptají na patientských skupinách. Tyto diagnostické skupiny vnímají jako „identické onemocnění“. Někteří jsou nad to schopni při porovnání rozlišovat ještě dle lokalizací („rakovina jater“) či typové skupiny nádorů (leukémie). Dále se objevuje dělení rakoviny dle stádií (stagingu), kdy si pacienti porovnávají např. „léčbu rakoviny ve druhém stádiu“.

Tím se dostáváme k další iracionalitě, a to, že pacienti obvykle vnímají léčebné modalitty jako jednotlé. V jejich představách existuje tedy jakási jedna chemoterapie, jedno ozařování, jedna biologická léčba, jedna hormonální léčba, jedna paliativní léčba. U chirurgické léčby pak rozlišují aspoň podle lokalit, ale pokud např. pacientce A operovali „rakovinu dělohy“ 1,5 hodiny, a pacientce B 2,5 hodiny, znamená to, že pacientka B „to měla horší“. Fakt, že operaci prováděli různí chirurgové, s pacienty s různou anestezií a dalšími zdravotními komplikacemi, a že počet nádorových ložisek a jejich rozmístění se u obou pacientek zcela jistě lišil, pro ně nehraje absolutně žádnou roli a při porovnávání to obvykle nezohledňují.

Rozlišování nasazení jednotlivých modalit neoadjuvantně (před chirurgickým zákrokem), adjuvantně (po chirurgickém zákroku) a paliativně („neléčebně“) nijak nevnímají. Pokud tedy pacient A, dostával chemoterapii až po operaci, zatímco pacient B ji má dostat před operací, je na tom pacient B zákonitě hůř a/nebo lékař ho léčí špatně.

Pacienti z poslední skupiny si tedy mezi sebou svá onemocnění, jejich léčbu a vedlejší účinky léčby mezi sebou porovnávají, a co hůř odvozují od nich mnohdy vztah s lékařem. Otázky typu: „*Kolik ozařování je normálních,*“ jsou v patientských skupinách naprosto běžné. Významná část pacientů, pokud jim lékař o jejich nádorovém onemocnění a zvoleném léčebném postupu řekne něco jiného než „*Máňa, co taky měla rakovinu prsu a chodila na chemoterapii,*“ reaguje buď úzkostně – protože je s nimi tím pádem něco „špatně“, anebo agresivně, protože „*můj lékař tomu nerozumí a schválně mi nechce dopřát to či ono, nebo mi naopak předepisuje to či ono, protože je uplacený farmaceutickými společnostmi.*“

Pro lékaře je toto porovnání mnohdy naprosto ubíjející až nepochopitelné. Lze však předpokládat, že pokud by věnovali čas vysvětlení základních aspektů onkologického onemocnění a jednotlivých léčebných modalit i dalších lékařských postupů, které budou při léčbě pacienta následovat, že by toto problematické a pro pacienty samotné v důsledku kontraproduktivní jednání ustalo, a kromě toho by se významně snížil i výskyt strachu z návratu rakoviny (FCR)[22]. Na druhou stranu, jak bylo popsáno výše, silný strach (viz kapitola 6.1) činí takovéto vysvětlování mnohdy neefektivní až nemožné, a navíc česká onkologie se potýká s akutním nedostatkem volných kapacit (viz kapitola 0). Jistým řešením by mohlo být standardní zapojení psychoterapeutů do celého procesu onkologické léčby, což bohužel není z kapacitních důvodů vždy možné, případně plošná edukace pacientů a veřejnosti o původu onkologických onemocnění, o což se bude snažit projekt [Jak přežít rakovinu](#).

7 Jak komunikovat s onkologicky nemocnými

Komunikace s onkologickými pacienty má svá specifika. Z pohledu zdravých lidí je navíc nekomfortní v tom, že vyjma partnera a nezletilých dětí, kteří s pacientem žijí a mívají pacientovo bezpodmínečné přijetí, nevědí, co „smějí“ a „nesmějí“ nemocnému říct, aby to negativně neovlivnilo jejich vztah. To občas vede i k jejich odvrácení od nemocného, jak bylo popsáno v kapitole 5.4. Stejně tak to ovšem může vést k odklonu nemocného od těch, kteří si neprošli zkušeností onkologické léčby, ke kterému dospěje díky tzv. skupinové atribuční chybě² na základě několika málo pro něj velmi negativních a zraňujících zkušeností z komunikace s třeba i blízkými přáteli.

7.1 Co neříkat a proč

Následující seznam výroků byl dán dohromady pacienty jedné z patientských skupin na Facebooku. U jednotlivých výroků je vysvětleno, proč by je neměli lidé onkologickým pacientům říkat, byť je vyslovují např. jako slova své nehlubší podpory. Nemocní je totiž takto nejsou schopni vnímat, a jak říká Shannonův a Weaverův model komunikace, tak význam sdělované informace dává až přijímající strana.

- **Mrzí mě to/Je mi to líto** – jakkoliv tento výrok může být autentický, v pacientovi může vyvolávat vztek, či eventuálně prohlubovat depresi, zejména, pokud ještě není ve fázi smíření se s nemocí, další léčbou, recidivou, či trvalými následky (viz kapitola 4.21). Pacient to vnímá často tak, že se na něj autor výroku dívá jako na „chudáčka“, který „*nedej bože ještě určitě umře*“.
- **Neboj, to bude dobrý!/To dáš!** – ačkoliv tento výrok bývá myšlen jako podpora pacienta, je to vlastně někdy až zničující odmítnutí pacientových (mnohdy i vcelku opodstatněných) obav o schopnost vyléčit se, respektive dojít až k remisi onemocnění. Jinými slovy, autor výroku se pacientovi odcizí, a u méně sebevědomých pacientů podnítl vnitřní nejistotu, že jeho obavy jsou nepřijatelné, přeje-li si zachovat s autorem výroku vztah. Tím pádem se mu už nemůže svěřovat s tím co a jak cítí, a to ani v budoucnu, po vyléčení. To se týká zejména blízkých přátel a rodiny. Řadu pacientů tento výrok také dokáže naštvat, protože budoucí stav věci – např. neplodnost, amputaci, či trvalou potřebu dialýzy – nepovažují za „dobrý“, ba dokonce někdy ani za hodný přežití (tj. za akceptovatelnou cenu za vyléčení).
- **Pepíček měl taky rakovinu a zvládl to!** – srovnávání je něco, co pacienti obvykle sami velmi často dělají (viz kapitola 6.10) a vnitřně cítí, že jim to mnohdy neprospívá a zlobí se za to na sebe (někdy i nevědomě). Pokud však někdo jiný srovnává je, díky zrcadlení se veškerý pacientův hněv může obrátit vůči němu, ať už to pacient verbalizuje, či nikoliv. Dále dochází k tomu, že někteří pacienti se na základě takového výroku mohou domnívat, že pokud u nich nebude probíhat vývoj léčby stejně jako u „Pepíčka“, nebude je autor výroku už přijímat a nemohou se na něj nadále spolehnout (platí zejména u tohoto výroku od rodičů). Navíc z podstaty věci (viz kapitola 3) je tento výrok absolutně neopodstatněný a nesmyslný.
- **Neboj, ty jsi silnější než XY, která na to umřela!** – je v podstatě obdobou výše uvedeného výroku, avšak s tím podstatným rozdílem, že verbalizuje hlavní průvodní jev onkologického onemocnění, a to někdy i nevědomou úzkost pacienta ze smrti.
- **Však bez dětí/s vývodem/s dialýzou/atd. se dá taky žít** – nejbolestivější je pro pacienta tento výrok před dosažením fáze přijetí zmiňovaných trvalých následků nádoru, či jeho léčby (viz kapitola 4.21). V takovém případě autor výroku opět znevažuje pacientovy vlastní pocity, které

² Kognitivní zkreslení, díky kterému na základě vlastnosti několika málo členů skupiny – v tomto případě nepochopení od několika jedinců, co nikdy neměli rakovinu – usuzujeme na stejné chování všech ostatních příslušníků dané skupiny – v tomto případě lidí, co nezažili rakovinu.

v danou chvíli prožívá. Velmi bolestivý však tento výrok může být i po přijetí tohoto následku, kdy může vyvolávat v pacientovi agresivitu plynoucí čistě z toho faktu, že autor výroku, pakliže netrpí stejným postižením, prokazatelně neví, jaké to vlastně je žít s podobným postižením a vyrovnávat se s ním. Kontraproduktivní je takový výrok však i od lidí, kteří s podobným postižením žijí, a to proto, že vede ke srovnávání pacienta s autorem výroku (podrobněji viz kapitola 6.10), kdy navíc v tomto případě nemůže z takového srovnání pacient vyjít dobře, neboť je v této situaci kratší dobu a zvládá ji očividně hůře než autor výroku. Lidé trpící stejným následkem však přesto mohou být pacientovi oporou, ale jen tehdy, pokud takový výrok doplní empatickým rozhovorem s pacientem, kdy přijmou jeho smutek, lítost, vztek i další pocity spojené s nově získaným trvalým postižením.

- **Že zrovna ty máš takovou smůlu!** – je velmi zraňující výrok, který mnohdy dokáže srazit zpět i „silné“ pacienty, kteří už úspěšně překonali fázi sebeobviňování (viz kapitola 6.5). Právě tato věta patří mezi ty vůbec první, které pacienti sami sobě říkají a na které se dlouhé týdny, měsíce a někdy dokonce i roky snaží najít zdravější odpověď než sebeobviňování. Jakkoliv je tento postesk často blízkého člověka možné pochopit jako projevy jeho vlastního smutku, či dokonce podpory, pacientovi nikdy podporu nepřinese.
- **Bojím se, že umřeš!** – poněkud cynickou odpovědí autorovi výroku by mohlo být, že to se bojí velice správně, neboť každý člověk jednou umře. Ti, co říkají takováto slova často projikují na pacienta svou vlastní úzkost ze smrti, což někteří pacienti vnitřně cítí a toto ve skrze sobecké vyjádření je také náležitě dokáže rozzlobit. Ani pro pacienty, kteří to jako projekci nevnímají, však nepřináší tento výrok nic dobrého, neboť je vrací k jejich mnohdy vytěšňované úzkosti ze smrti. Navíc, v případě velmi blízkých osob je pacient tímto výrokem násilím nucen k neautentickému vyjádření: „*Neboj, já určitě neumřu!*“, aby „opečoval“ autora výroku, což může opět v pacientovi ve svém důsledku vzbuzovat vůči autorovi výroku vztek.

7.2 Jak se nechovat před onkologicky nemocnými

Před osobním setkáním s onkologicky nemocným by měl každý zvážit své osobní aktuální nastavení i své síly a zdroje. Někteří onkologičtí pacienti – zejména ti, kteří dospěli k bojovému nastavení či nastavení jakoby nic – zvládají své onemocnění velmi statečně. Jiní však mohou být zrovna v depresivní fázi přijetí některého aspektu onkologického onemocnění či léčby (viz kapitola 4.21).

Zároveň, zejména u pacientů aktuálně procházejících chemoterapií či radioterapií, je nutné počítat s jejich značně změněným vzhledem. Totéž se týká pacientů po chirurgické léčbě, která vedla k nějaké trvalé viditelné změně vzhledu. I když vás vzhled pacienta může zaskočit, protože si pacienta pamatujete z doby, kdy byl zdravý, neměli byste dát své zaskočení najevo (jakkoliv by to bylo kongruentní). Pacient může vycítit, že se na něj díváte „soustrastně“, což vnímá jen jako nonverbální variantu: „*Bojím se, že umřeš!*“ event. „*Mrzí mě to*“ (viz výše).

Onkologičtí pacienti jsou vysoce citliví zejména na dva aspekty nonverbálních projevů – **pláč** a **lítost** až **soustrast** s pacientem. Samozřejmě, nepřírozené úsměvy také nejsou optimální, ale na lidi, kteří se rozpláčou jen co pacienta vidí, jsou onkologičtí pacienti velice citliví a byť při osobním setkání nemusí nutně projevit svůj vztek, tak právě tahle emoce v nich zůstane ještě dlouho po setkání. A totéž platí pro soustrastné pohledy, které v pacientech rovněž vyvolávají vztek.

Poněkud ošemetný může být i velmi častý egoobraný mechanismus – humor. Humor mají onkologičtí pacienti vcelku rádi. Častěji jeho užití lze najít u mužů, kteří si např. po ozařování dělají srandu, že teď nebudou muset večer doma rozsvěcet, nebo po vyslechnutí terminální fáze onemocnění, že si na svůj hrob nechají nainstalovat WiFi hotspot, aby konečně vidali vnučata (toto jsou autentické výroky skutečných pacientů). Problém je, stejně jako s humorem obecně, že je potřeba se pacientovi trefit

vtipem do noty. Častým zdrojem vtipů může být typicky alopecie. Tento humor přijímají onkologičtí pacienti i pacientky mnohem snáze a uvolněněji od plešatých lidí či lidí s vyholenými vlasy – typicky např. narážky na hřeben, fen nebo třeba kadeřníka. Obecným doporučením tak může být neplakat, nedívat se na pacienta soustrastně a chovat se jakoby nic (viz subkapitola 7.4).

7.3 Jak vyjadřovat podporu

Nejobecněji přijímaným a v patientských skupinách na Facebooku nejčastěji se vyskytujícím projevem podpory je: „**Drž se!**“ Tento výrok má podpořit pacientovi vnitřní zdroje i bojové nastavení, které je v případě onkologického onemocnění prokazatelně žádoucí a přínosné [9]. Pacientům, kteří namísto bojového nastavení volí nastavení jakoby nic podobný výrok také nevádí, protože buď ho otočí v humor („A čeho prosím tě?“), což se častěji vyskytuje u mužských pacientů, anebo jsou schopni nahlédnout na to, že je tím autor výroku chce podpořit, bez ohledu na to, že tato podpora nedolehne plnou svou silou do jejich nitra.

Podobný systém vyjadřování podpory lze nalézt paradoxně také v ostatních jazycích. Kupříkladu japonština využívá výrok 頑張ってください (ganbatte kudasai), kde ganbatte znamená udělej to nejlepší, co v danou chvíli dokážeš, a kudasai je rozkazovací forma slova prosím. Japonština, podobně jako čeština u „drž se“, tohoto slovního spojení využívá jako pozdravu na rozloučenou v situaci, kdy příjemce pozdravu čeká do dalšího setkání něco náročného, například lékařský zákrok.

Právě „drž se“ je univerzálně vnímáno jako projev empatie, soucitu a nepovýšeného autentického vyjádření podpory. Při osobním setkání ho lze ještě umocnit dotekem – např. pevným stiskem ruky, či poplácání po ramenou (zejména mezi muži), případně obětím (zejména mezi ženami), pokud bude bez slz a spíše s úsměvem.

7.4 Jak poskytovat podporu a pomoc

Onkologičtí pacienti podle svých slov obecně vítají zejména dva následující přístupy:

- **Chovejte se k nemocnému jako kdyby byl zdravý!** Povídejte si s pacientem o stejných tématech jako dříve, sdělujete mu případně i svá trápení (tady je potřeba být maximálně opatrný a používat hodně empatii), ale také ho třeba „nešetříte“. Někdy bývá přínosná konverzace zaměřená na řešení praktických věcí či prosba pacienta o radu či názor, tedy obecně momenty, kdy pacient zažívá pocit své hodnoty a kontroly nad věcmi, což obojí může posilovat jeho sebevědomí.
- **Věnujte se člověku, a nikoliv jeho rakovině!** Pacienti žijí se svým onemocněním 24 hodin denně, probírají ho s lékaři, sestrami, dalšími zdravotnickými pracovníky, nutričními terapeuti, fyzioterapeuti, psychoterapeuti, kněžími, pracovníky sociální správy atd. Pokud si o něčem opravdu nechtějí povídat, je to rakovina. Zejména lékaři a ostatní zdravotnický personál (vyjma psychoterapeutů a psychiatrů) s nimi však obvykle řeší rakovinu, a nikoliv jejich pocity. To je také to, co můžete onkologickým pacientům nabídnout: „*Jak ti je? Jsou tu na tebe hodní? Co ti teď chutná nejvíc?*“ apod. Tyto otázky však mohou být i potenciálně rizikové. Záleží totiž na tom, v které fázi přijetí projevů onkologické léčby (viz kapitola 4.21) se pacient nachází. Jistou alternativou jsou však dotazy na přání pacienta: „*Nechceš něco přivést?*“ „*Co kdyby vzala na víkend děti na výlet, aby sis odpočinula?*“ apod., případně sdílení věcí, které pacienta zajímají – dění v práci, mezi přáteli, dění v nějakém seriálu, který pacient má rád a vy též.

A co se pomoci onkologickým pacientům týče, tak pacienti nejvíce oceňují zcela konkrétní fyzickou pomoc ať už jim, nebo jejich dětem. Jde zejména o zajištění nákupů, navaření pro pacienta i jeho rodinu, zajištění praní a žehlení, posekání zahrady, či zajištění převozu pacienta do a ze zdravotnického

zařízení. Tato pomoc je přitom velmi žádaná i tehdy, kdy zdravý partner vše sám zvládá. Taková pomoc je totiž nejen projevem skutečné péče a podpory pro pacienta, ale pomáhá ulevit i jeho partnerovi.

Velmi žádanou pomocí je i svým způsobem zastoupení nemocného rodiče ve vztahu k nezletilým dětem – tedy zajištění logistiky dětí do školy/ze školy/na kroužky, účast na rodičovských schůzkách, je-li potřeba, učení se s dítětem a zejména pak braní si dětí mimo domov na různé výlety, víkendy, dovolené. Pacient rodič to obvykle vnímá tak, že „*děti aspoň přijdou na jiné myšlenky,*“ za což bývá dotyčnému pomáhajícímu nesmírně vděčný. Ještě větší vděčnost pak projevuje zdravý rodič, který si má bez dětí šanci trochu oddechnout, protože je to obvykle právě on, kdo paradoxně nese největší tíhu onemocnění, protože cítí potřebu být partnerovi i dětem oporou, a zároveň rodinu živit. To bývá náročné zejména pro ženy (a to i tehdy, kdy mají vyšší příjem než nemocný muž), protože tradičně je jako živitel rodiny vnímán muž.

Velkou podporou jsou také fyzické návštěvy v nemocnici, pakliže je pacient delší dobu hospitalizován, anebo třeba návštěvy v nemocnici při čekání pacienta na různé léčebné modalities a vyšetření. Pacienti totiž mívají obvykle poměrně dost času, kdy musí být v dosahu nemocnice, ale mohou si zajít třeba na hodinku na kávu. Mnohdy je prospěšné, pokud tento čas tráví s někým jiným než s ostatními onkologicky nemocnými, kteří čekají na totéž. Avšak přínosné je to opět pouze tehdy, zdržíte-li se nežádoucích výroků a projevů popsaných výše.

8 Závěr

Onkologická onemocnění **každoročně nově zasáhnou téměř jedno procento populace naší země** a jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí našich občanů [1][2]. Tato publikace shrnula hlavní biologické, genetické, imunologické a medicínské aspekty těchto onemocnění a jejich provázání s psychikou pacientů. Popsala také nejčastěji používané léčebné modalitty a postupy, u kterých se detailně věnuje hlavním intrapsychickým jevům u pacientů, kteří je podstupují, a některým psychologickým fenoménům, které je obecně doprovázejí.

Čtenář mohl postupně nahlédnout na situaci v oblasti onkologické péče v České republice i její dopady na vztahy pacientů, jejich nejbližších a lékařů. Dále bylo pojednáno o klíčových aspektech vlivu psychiky na vznik a průběh léčby onkologických onemocnění z pohledu současné psychoonkologie a psychoneuroimunologie, stejně jako o dopadech této léčby a nežádoucích účinků jednotlivých jejích léčebných modalit na psychiku pacienta.

Detailní pozornost byla věnována klíčovým životním událostem a úkolům, se kterými se velká část onkologických pacientů setkává během své onkologické léčby. Stejně tak se publikace zabývala i nejběžnějšími často se opakujícími obvykle velmi silnými a také dlouho trvajících emocemi onkologických pacientů, které z podstaty svého neurofyzilogického působení vedou k dlouhodobé změně sebepojetí pacienta i způsobu jeho bytí ve světě i ve vztazích [24][42].

Publikace se také zabývala prokazatelně přínosným psychickým nastavením při boji s onkologickým onemocněním [9] i krokům a událostem, které vedou k jeho podpoření. Dále také svým obsahem pokryla psychické zpracování průchodu pacienta hlavními fázemi onkologické léčby a detailně pojednala i o procesu truchlení, kterým si onkologický pacient často opakovaně a z odlišných důvodů prochází.

Kromě praktického shrnutí poznatků současné vědy, přinesla vlastní vhled do skutečného života onkologických pacientů získaný desítkami osobních rozhovorů s lékaři i pacienty a pročitáním stovek online konverzací ve skupinách pro onkologické pacienty. Díky tomu obsahuje i prakticky zaměřenou kapitolu o tom, jak lze citlivě komunikovat s onkologicky nemocnými a může se stát i cenným průvodcem psychoterapeutů, lékařů, kteří běžně nepracují s onkologicky nemocnými, ale také lidí, kteří o onkologicky nemocné sami pečují.

Tato publikace si také detailně všímá mnohých iracionálních přesvědčení onkologických pacientů o „rakovině“ a její léčbě, která pečlivě a systematicky srovnává se skutečným stavem věcí podle poznatků soudobé buněčné biologie, genetiky, imunologie, onkologie a radiologie. Zároveň také ukazuje, jak tato iracionální přesvědčení vedou ke zbytečnému utrpení pacientů, respektive v terminologii racionálně emoční behaviorální terapie Alberta Ellise, k iracionálním důsledkům pro pacienty. Stejně tak ale ukazuje i to, že skutečně mnohdy stačí nahradit původní iracionální přesvědčení jiným, racionálním, aby pacient své onkologické onemocnění a léčbu začal prožívat zcela jiným způsobem. Publikace se proto pečlivě věnuje i tomu, co pomáhá onkologickým pacientům projít si celou léčbou s minimem úzkostí, a bez následného strachu, respektive úzkosti z návratu rakoviny (Fear of Cancer Recurrence) [22].

I přes poměrně značný rozsah této publikace ji lze však díky komplexitě onkologických onemocnění považovat jen za stručné shrnutí, které se zabývá zejména společnými prvky pro všechny druhy onkologických diagnóz. U jednotlivých dílčích onkologických diagnóz je totiž možné najít celou řadu dalších specifik, která už tato publikace při daném rozsahu nedokázala pokrýt, a nebylo to ani jejím záměrem.

Je také důležité zdůraznit, že tato publikace je primárně určena pro lékaře mimo onkologickou specializaci, psychoterapeuty a osoby pečující o onkologicky nemocné. Publikaci přímo pro onkologické pacienty, stejně jako podrobnější publikace věnující se dalším aspektům onkologických onemocnění, budou postupně představeny v rámci projektu Jak přežít rakovinu (www.jakprezitrakovinu.cz).

9 Použité zdroje

- [1] *Novotvary 2016: Zdravotnická statistika ČR*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/publikace/novotvary-2016>
- [2] BILÍK, Jan. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech - 2008 až 2017. Praha, 2018. 130065-18. Dostupné také z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zemreli-podle-seznamu-pricin-smrti-pohlavi-a-veku-v-cr-krajich-a-okresech>
- [3] Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2016 [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017 [cit. 2019-03-09]. ISSN 1210-8731, (0862-5654). Dostupné z: <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>
- [4] Členství v ČOS. Česká onkologická společnost ČLS JEP [online]. [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/ceska-onkologicka-spolecnost-cls-jep/organizace-cos/clenstvi-v-cos/>
- [5] International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for ;2016. *World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems* [online]. Ženeva, 2016, 2016 [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/I>
- [6] KUBECOVÁ, Martina. *Onkologie: Učební texty pro studenty 3. lékařské fakulty UK*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Radioterapeutická a onkologická klinika 3. LF a FNKV, 2011, 178 s. ISBN 978-80-254-9742-5.
- [7] Biologické vlastnosti nádorů. Wikiskripta [online]. 13. 11. 2015 [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Biologické_vlastnosti_nadorů
- [8] Borderline ovarian tumours. Cancer Research UK [online]. 17. 1. 2019 [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/ovarian-cancer/types/borderline>
- [9] TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8826-0.
- [10] HOŘEJŠÍ, Václav, Jiřina BARTUŇKOVÁ, Tomáš BRDIČKA a Radek ŠPÍŠEK. *Základy imunologie*. 6., aktualizované vydání. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2017. ISBN 978-80-7553-250-3.
- [11] MAVOUNGOU, E., M. K. BOUYOU-AKOTET a P. G. KREMSNER. Effects of prolactin and cortisol on natural killer (NK) cell surface expression and function of human natural cytotoxicity receptors (NKp46, NKp44 and NKp30). *Clinical and Experimental Immunology*. 2005, **139**(2), 287-296. DOI: 10.1111/j.1365-2249.2004.02686.x. ISSN 0009-9104. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2249.2004.02686.x>
- [12] SWANN, Jeremy B. a Mark J. SMYTH. Immune surveillance of tumors. *Journal of Clinical Investigation*. 2007, **117**(5), 1137-1146. DOI: 10.1172/JCI31405. ISSN 0021-9738. Dostupné také z: <http://www.jci.org/cgi/doi/10.1172/JCI31405>
- [13] DUŠEK Ladislav, MUŽÍK Jan, KUBÁSEK Miroslav, KOPTÍKOVÁ Jana, ŽALOUDÍK Jan, VYZULA Rostislav. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online]. Masarykova univerzita, [2005], [cit. 2019-3-10]. Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802 – 8861.
- [14] Rakovina. In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Rakovina>
- [15] BERNSTEIN, Carol, Anil R., Valentine NFONSAM a Harris BERNSTEIN. DNA Damage, DNA Repair and Cancer. *New Research Directions in DNA Repair*. InTech, 2013, 2013-05-22. DOI: 10.5772/53919. ISBN 978-953-51-1114-6. Dostupné také z: <http://www.intechopen.com/books/new-research-directions-in-dna-repair/dna-damage-dna-repair-and-cancer>

- [16] Cancer. Mayo Clinic [online]. 12. 12. 2018 [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cancer/symptoms-causes/syc-20370588>
- [17] VYZULA, Rostislav a Ondřej SLÁMA. Klinická onkologie pro mediky: Solidní nádory a nádory dětského věku. Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity Brno, 2016. Dostupné také z: <https://portal.med.muni.cz/download.php?fid=1065>
- [18] NAVRÁTILOVÁ, Marie. Familiární a hereditární riziko malignit.: Dědičné formy zhoubných nádorových onemocnění, možnosti genetického testování a prevence [online]. In: . 19. 4. 2013. [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/celozivotni-vzdelavani/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/familiarni-a-hereditarni-riziko-malignit-dedicne-formy-zhoubnych-nadorovych-onem/>
- [19] SELYE, Hans. Stress and the General Adaptation Syndrome. British Medical Journal. London, 1950, (June 17), 1383-1392. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2038162/pdf/brmedj03603-0003.pdf>
- [20] Oncolytic virus. In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: https://en.wikipedia.org/wiki/Oncolytic_virus
- [21] LAL, Geetanjali a Maitreyi S. RAJALA. Combination of Oncolytic Measles Virus Armed With BNIP3, a Pro-apoptotic Gene and Paclitaxel Induces Breast Cancer Cell Death. Frontiers in Oncology. 2019, 8. DOI: 10.3389/fonc.2018.00676. ISSN 2234-943X. Dostupné také z: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fonc.2018.00676/full>
- [22] Butow M Clin Psych, Phyllis & Sharpe, Louise & Thewes, Belinda & Turner, Jane & Gilchrist M Clin Psych, Jemma & Beith, Jane. (2018). Fear of Cancer Recurrence: A Practical Guide for Clinicians. Oncology (Williston Park, N.Y.). 32. Dostupné z: <https://www.cancernetwork.com/oncology-journal/fear-cancer-recurrence-practical-guide-clinicians>.
- [23] Biopsy. National Breast Cancer Foundation [online]. [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: <https://www.nationalbreastcancer.org/breast-cancer-biopsy>
- [24] SOLMS, Mark a Oliver TURNBULL. Mozek a vnitřní svět: úvod do neurovědy subjektivní zkušenosti. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0592-0.
- [25] NICHOLAS J., Hulbert-Williams, Beatty LISA a Dhillon HARYANA M. Psychological support for patients with cancer: evidence review and suggestions for future directions. 2018.
- [26] Pituitary tumors. Mayo Clinic [online]. 16. 3. 2019 [cit. 2019-05-02]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/pituitary-tumors/symptoms-causes/syc-20350548>
- [27] ŠIŠLÁKOVÁ, Lenka. Intravenózní port a jeho využití v onkologické léčbě. In: 2011 XXXV. Brněnské onkologické dny a XXV. Konference pro sestry a laboranty [online]. Brno [cit. 2019-05-04]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/intravenozni-port-a-jeho-vyuziti-v-onkologicke-lecbe/>
- [28] MOHAN, Radhe a David GROSSHANS. Proton therapy – Present and future. Advanced Drug Delivery Reviews. 2017, 109, 26-44. DOI: 10.1016/j.addr.2016.11.006. ISSN 0169409X. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0169409X16303192>
- [29] MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV. Informace pro pacienty léčené ozařováním na Klinice radiční onkologie. Brno, 2018. Dostupné také z: <https://www.mou.cz/o-13-pokyny-pro-ozarovane-nemocne-zevni-radioterapie/f1138>
- [30] Prostate brachytherapie [online]. 24. 3. 2018 [cit. 2019-05-05]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/prostate-brachytherapy/about/pac-20384949>

- [31] HYNKOVÁ, Ludmila, Pavel ŠLAMPA a Radim JANČÁLEK. Radioterapie v léčbě mozkových metastáz. *Neurologie pro praxi*. 2016(17), 293-297. Dostupné také z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2016/05/05.pdf>
- [32] Transplantace kostní dřeně [online]. Ústav hematologie a krevní transfuze, 2019 [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <https://www.uhkt.cz/pacient/transplantace-kostni-drene>
- [33] Transplantace krvetvorných buněk [online]. Česká onkologická společnost, 2019 [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/lecba/jak-se-licit/transplantace-krvetvornych-bunek/>
- [34] TRUNEČKA, Pavel. Co je třeba vědět o transplantaci jater: Příručka pro pacienty před a po transplantaci a jejich blízké. Plzeň: Euroverlag, 2004.
- [35] Prevence návratu nemoci. Česká onkologická společnost [online]. [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/po-lecbe/prevence-navratu-nemoci/>
- [36] SCHLITTER, Anna Melissa a Irene ESPOSITO. Definition of Microscopic Tumor Clearance (R0) in Pancreatic Cancer Resections. *Cancers* [online]. 2010, 2(4), 2001-2010 [cit. 2019-05-11]. DOI: 10.3390/cancers2042001. ISSN 2072-6694. Dostupné z: <http://www.mdpi.com/2072-6694/2/4/2001>
- [37] URBÁNEK, Libor et al. Můj život s PEG: Praktická příručka. Praha: Fresenius Kabi, 2016. Dostupné také z: <https://gastroped.cz/files/200000197-3d53c3f8c3/peg-brozura-2016.pdf>
- [38] Model Kübler-Rossové. Wikipedia [online]. 9. 5. 2019 [cit. 2019-05-12]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Model_Kübler-Rossové
- [39] Invalidní důchody. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [online]. 4. 10. 2018 [cit. 2019-05-13]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/619>
- [40] How cancer can affect your sexuality and sex life. Canadian Research UK [online]. 26. 7. 2018 [cit. 2019-05-13]. Dostupné z: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/coping/physically/sex/effects>
- [41] Sexuality and cancer. Canadian Cancer Society [online]. [cit. 2019-05-13]. Dostupné z: <https://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-journey/living-with-cancer/sexuality-and-cancer/>
- [42] EKMAN, Paul. Odhalené emoce: naučte se rozpoznávat výrazy tváře a pocity druhých. V Brně: Jan Melvil Publishing, 2015. Pod povrchem. ISBN 978-80-87270-81-3.
- [43] LUO, Guangxiang George a Jing-hsiung James OU. Oncogenic viruses and cancer. *Virologica Sinica*. 2015, 30(2), 83-84. DOI: 10.1007/s12250-015-3599-y. ISSN 1674-0769. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4731227/>
- [44] Informace o CRS a HIPEC. Centrum pro peritoneální karcinomatózu [online]. Olomouc: Fakultní nemocnice Olomouc [cit. 2019-06-30]. Dostupné z: <https://www.karcinomatoza.cz/informace-o-crs-hipec>
- [45] NAIR, Meera, Sardul Singh SANDHU a Anil Kumar SHARMA. Cancer molecular markers: A guide to cancer detection and management. *Seminars in Cancer Biology*. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29428478>
- [46] Problems with the PSA. The Prostate Centre [online]. 2019 [cit. 2019-07-14]. Dostupné z: <https://www.theprostatecentre.com/prostate-information/the-psa-test/problems-with-the-psa/>

9.1 Další online zdroje

- Uzavřená facebooková skupina onkologických pacientů Rakovina – nový začátek :-)
- Uzavřená facebooková skupina onkologických pacientů Rakovina – nejsi v tom sám
- Uzavřená facebooková skupina onkologických pacientů Rakovina – život nekončí

9.2 Osobní konzultace

- *MUDr. Mgr. RNDr. Monika Červinková, Ph. D., chirurg, chirurgická klinika Nemocnice Na Bulovce, buněčná bioložka a imunoložka, psycholožka*
- *Mgr. Markéta Vegrachtová, doktorandka, buněčná bioložka a imunoložka, Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy*
- *Onkologičtí pacienti, jejichž identita je důvěrná*
- *Někteří další lékaři, jejichž identita je důvěrná*
- *Pečující o onkologické pacienty, jejichž identita je důvěrná*

9.3 Odborné přednášky a konference

- *Psychika a rakovina, Ústav hematologie a krevní transfuze, Praha, 16. 10. 2018*
- *Dny Onko unie 2018, Onko unie, Praha, 1. 12. 2018*
- *Sebevědomí pro každý den, Nadační fond onkologie pro 21. století, Praha, 17. 1. 2019*
- *Imunoterapie: přítomnost a budoucnost, Učená společnost České republiky, Praha, 19. 2. 2019*
- *Cyklus seminářů Onkologická onemocnění a psychika člověka, PVŠPS, MUDr. Olga Dostálová zimní semestr 2018-2019*

