

Pacient s nevléčitelným onemocněním čelí a vyrovnává se s řadou zásadních změn a musí se adaptovat na nově vzniklé situace. Doposud soběstačný pacient se s progresí choroby stává závislým na pomoci druhých, přestává být schopen pečovat sám o sebe a již nemůže vykonávat všechny aktivity, které mu do života vnášely radost. Tyto všechny změny postupně vedou ke změně psychiky pacienta. Objevují se nové negativní emoce, jako je strach, hněv a smutek. Toto vše může vést ke vzniku úzkostně-depresivní poruchy. Zátěž spojená s péčí o nemocného člena rodiny může mít negativní dopad také na rodinu pacienta. Péče o nevléčitelně nemocného pacienta je náročná časově, finančně a zejména psychicky (5).

Úzkost

Úzkost je psychický stav charakterizovaný pocitem napětí, strachu a nervozity. Představuje běžnou a dočasnou emoční reakci na stresující podnět. Úzkostná porucha je klinicky významný psychopatologický stav charakterizovaný nadměrnou, neadekvátní a přetrvávající úzkostí, která narušuje každodenní fungování a obvykle vyžaduje odbornou intervenci. Prevalence úzkostných poruch se v paliativní péči pohybuje mezi 6,8–13,3 % (1).

Příčiny vzniku

Úzkost může být vyvolána mnoha faktory. Někdy je příčinou úzkosti nedostatek informací, jindy zase obavy z dalšího vývoje zdravotního stavu nebo strach ze smrti. U většiny pacientů s nevléčitelným onemocněním jde zejména o strach ze samotného umírání. Tento strach může být spojen s obavami z bolesti, ztráty kontroly, opuštění blízkých nebo z nejistoty, co bude po smrti. U některých lidí může tento strach vyvolat až silné úzkostně-depresivní stavy (1, 2, 4).

Klinický obraz

Mezi projevy úzkosti řadíme neklid, agitovanost, tachykardii, hyperventilaci i poruchy spánku. Úzkostný pacient může méně komunikovat a více se vyhýbat kontaktu se svým okolím. Na druhé straně mohou nastat situace, kdy je naopak příznakem úzkosti nadměrná komunikace a nutkání sdělit všechny prožitky a informace zrychleně. Pacientovo vnímání

a jeho komunikace s okolím může být úzkostí doslova paralyzována (4, 5).

Diagnostika

Základním nástrojem pro diagnostiku úzkosti u pacienta v paliativní péči je pečlivý rozhovor s pacientem a jeho rodinou. Je důležité zjistit, jak pacient vnímá svou nemoc, jaké jsou jeho obavy a jak prožívá změny ve svém životě. V neposlední řadě se zaměřujeme i na osobní anamnézu pacienta, tedy výskyt úzkosti nebo depresí v minulosti. U pacientů, kteří nejsou schopni komunikovat, hraje roli i pozorování pacienta. Všimáme si výše uvedených příznaků (3).

Terapie

Stavy úzkosti u pacienta můžeme ovlivnit dvěma způsoby, a to pomocí psychofarmak a psychoterapie. Obecnou podpůrnou psychoterapii by měl umět poskytnout každý zdravotnický pracovník. V případě speciální psychoterapie je velice důležitá mezioborová spolupráce. V tomto případě hraje klíčovou roli psycholog či psychiatr, který může vést psychoterapii u pacienta. Optimální je kombinace obou metod, tedy psychoterapie v kombinaci s psychofarmaky.

Obecně v paliativní péči farmakologickou terapii volíme i podle prognózy pacien-

ta. U pacientů s prognózou v řádech měsíců volíme léky ze skupiny antidepresiv. U pacientů s prognózou kratší jsou indikovány benzodiazepiny. Nevýhodou užívání léků ze skupiny benzodiazepinů je přetrvávající denní útlum, ospalost, poruchy pozornosti a ataxie. U starších pacientů je zvýšené riziko pádů. Při jejich dlouhodobém užívání hrozí riziko vzniku závislosti (5, 6).

Deprese

Deprese je psychické onemocnění, které se řadí mezi afektivní poruchy. Depresivní pacient je negativní vůči sobě i svému okolí, ztrácí o cokoliv zájem a není schopen provádět jakékoliv aktivity. Nevidí v ničem smysl a nic ho netěší. Odhadovaná prevalence se u pacientů v paliativní péči pohybuje od 24 % do 70 % (12).

V klinické praxi může být složité navzájem odlišit smutek a depresivní poruchu. Smutek je přirozeným projevem a přiměřenou reakcí na těžkou životní situaci. Obvykle odeznívá s časem a podporou okolí. I přes smutek může člověk prožívat radost a je schopen zapojit se do společných aktivit. Deprese na straně druhé je psychická porucha, kdy přetrvává pocit beznaděje a prázdnoty většinu dne a téměř každý den. Depresivní pacient se izoluje od svého okolí a není schopen cítit

Tab. 1. Přehled benzodiazepinových a nebenzodiazepinových anxiolytik (25–27)

Benzodiazepinová anxiolytika				
Látka	Mechanismus účinku	Poločas eliminace	Indikace	Poznámky
Diazepam	Agonista GABA receptoru	44–48 h	Úzkost, křeče, premedikace	Rychlý nástup účinku, dlouhý poločas, aktivní metabolity.
Alprazolam	Agonista GABA receptoru	11–15 h	Úzkost, panická porucha	Vysoké riziko závislosti, rychlý nástup účinku.
Midazolam	Agonista GABA receptoru	~3 h	Sedace, premedikace	Velmi krátký poločas, vhodný pro krátkodobé použití.
Lorazepam	Agonista GABA receptoru	10–14 h	Úzkost, status epilepticus	Nepodléhá metabolismu CYP450, vhodný při jaterní dysfunkci.
Nebenbenzodiazepinová anxiolytika				
Látka	Mechanismus účinku	Poločas eliminace	Indikace	Poznámky
Pregabalin	Vazba na $\alpha_2\delta$ podjednotku Ca^{2+} kanálů	~6 h	GAD, sociální fobie	Rychlý nástup účinku, nízké riziko závislosti.
Olanzapin	Antagonista 5-HT _{2A} /D ₂ receptorů	21–54 h	Schizofrenie, bipolární porucha	Off-label pro úzkost, metabolické NÚ.
Kvetiapin	Antagonista 5-HT _{2A} /D ₂ receptorů	6–7 h	Schizofrenie, bipolární porucha	Off-label pro GAD, sedativní účinek.

GABA – kyselina gama-aminomáselná, CYP450 – cytochrom P450, GAD – generalizovaná úzkostná porucha, 5-HT_{2A} – 5-hydroxytryptamin(serotonin)2A receptor, D₂ – dopaminový receptor 2, NÚ – nežádoucí účinky