
Hodnocení úzkosti a deprese u pacientů se zhoubnými nádory trávicího traktu

Sekot M.¹, Gurlich R.², Maruna P.³, Páv M.¹, Uhlíková P.¹

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha¹

Chirurgická klinika 1. LF UK a VFN, Praha²

III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha³

Souhrn

V průběhu 18 měsíců bylo psychiatricky vyšetřeno 47 pacientů přijatých na I. chirurgickou kliniku s prvním záchytem zhoubného nádoru gastrointestinálního traktu. Soubor tvořilo 33 mužů a 14 žen. Pacienti se závažnější psychiatrickou komorbiditou (psychotické poruchy, demence) a závažnější somatickou komorbiditou (orgánová selhání, generalizace onemocnění) nebyli do studie zařazeni. Objektivní míra deprese a úzkosti byla hodnocena pomocí Hamiltonových škál (HAMA, HAMD), k hodnocení subjektivní míry úzkosti a deprese byly použity Zungovy sebeposuzovací stupnice. Kvalita života byla hodnocena pomocí sebeposuzovacího dotazníku MANSA. Pacienti byli vyšetřováni před operačním zákrokem a při propouštění z nemocničního ošetřování a půl roku po propuštění. V jednotlivých kontrolách nebyly zjištěny významnější rozdíly. U 29 % pacientů (n = 14) byla zjištěna závažnější anxiózní a depresivní symptomatika (HAMA, HAMD>12). Ženy vykazovaly vyšší skóre úzkosti a deprese statisticky významně ve srovnání s muži (p<0,05).

Klíčová slova: úzkost, deprese, zhoubné nádory gastrointestinálního traktu, kvalita života.

Summary

Sekot M., Gurlich R., Maruna P., Páv M., Uhlíková P.: Evaluation of Anxiety in Patients with Gastrointestinal Malignancy

Evaluation of depression and anxiety in patients with gastrointestinal malignancy During 18 months 47 patients admitted to the surgical clinic with gastrointestinal malignancy were psychiatrically examined. The list of patients consisted of 33 and 14 women. Patients with more serious psychiatric (psychotic disorders, dementias) and somatic illnesses (organ failure, metastatic processes) were excluded. Hamilton scales (HAMA, HAMD) were used to measure objective levels of anxiety and depression, Zung self-examination scales were used to assess subjective levels of these emotions. Quality of life was measured by MANSA scale. The patients were examined before surgical intervention, at the time of discharge and 6 months after discharge. We found no significant differences in the depression and anxiety levels during particular visits. In 29% of patients (n = 14) more severe anxiety and depressive symptoms were found (HAMA, HAMD>12). Woman scored significantly higher in anxiety and depression scales.

Key words: anxiety, depression, gastrointestinal malignancy, quality of life.

Čes. a slov. Psychiat., 101, 2005, No. 5, pp. 252–257.

ÚVOD

Zhoubné nádory jsou po kardiovaskulárních nemocech druhou nejčastější příčinou úmrtí v ČR. Přičemž zhoubné nádory trávicího traktu, konkrétně tlustého střeva, zaznamenaly v posledních třiceti letech značný nárůst. Jejich incidence se dle Národního onkologického registru České republiky z let 1970 a 2000 zvýšila u mužů z 14 na 44/100 000 obyvatel a u žen z 13 na 34 na 100 000 obyvatel [17]. Na druhé straně velká depresivní porucha je závažné a invalidizující onemocnění, které celoživotně postihuje 7–12 % mužů a až 20 % žen [1]. Komorbidita deprese a somatická onemocnění byly zkoumány v řadě studií, které prokázaly, že deprese zhoršuje mortalitu a morbiditu např.

u ischemické choroby srdce (ICHS) [4], infarktu myokardu [11], chronické bolesti [10], diabetu mellitu [8] a bronchiálního astmatu [20].

Existují rozsáhlá data, která prokazují vysokou prevalenci příznaků depresivních syndromů u nejrozličnějších neoplastických onemocnění [9, 13, 19]. Jiné práce vysokou incidenci deprese u onkologických pacientů neprokazují [15]. Výskyt depresivních příznaků u onkologického pacienta nemusí znamenat nutně diagnózu velké deprese [5]. Hovoříme o skupině behaviorálních příznaků, tzv. sickness syndrom, který je způsobený aktivací zánětlivých cytokinů [6]. Příznaky tohoto syndromu jsou velmi podobné depresivním příznakům, jejichž odlišení od velké deprese může být v klinické praxi velice obtížné. Mezi příznaky sickness syndromu (někdy nazývanému též sickness behavior) pat-

ří anhedonie, sociální izolace, únava, anorexie, váhový úbytek, hyposomie, kognitivní deficit, pokles libida, psychomotorická retardace a hyperalgie. Všechny tyto příznaky se však rovněž vyskytují i u velké deprese. Na rozdíl od velké deprese nebývá však tolik vyjádřena depresivní nálada, autoakuzace a suicidální ideace [14]. O tom, jak diagnostikovat depresi u onkologicky nemocných se vedly mnoholeté diskuse, protože nebylo jasné, které příznaky patří depresi a které jsou příznaky základního onemocnění. Někteří autoři zastávají názor, že by ze základní diagnostiky měly být vypuštěny příznaky jako jsou únava a anorexie.

U většiny pacientů strach ze zhoubného nádoru („rakoviny“) vyvolává řadu nepříjemných očekávání, a proto je deprese, a to i v řadách odborníků, považována za normální fyziologickou reakci na základní onemocnění. Nicméně většina pacientů s diagnózou rakoviny deprese neonemocní, i když jakákoli malignita je považována za rizikový faktor. Vliv psychosociálního stresu aktivací hypotalamohypofyzární osy byl prokázán v četné literatuře, poznatky jsou shrnuty v Holsboerově práci z roku 2000 [13]. Novější data prokazují rovněž i vliv fyziologických změn na rozvoji deprese. Přičemž tyto změny mohou být vyvolány jednak samotným onemocněním, jednak agresivní léčbou zhoubných nádorů jako je chemoterapie a radioterapie. Z českých autorů se danou problematikou dosud zabývali Baštecký, Tondlová a kol. Zkoumali soubor 107 pacientů trpících zhoubnými nádory GIT a prsu. Pacienti s gastrointestinálními tumory vykazovali výraznější psychopatologii ve srovnání s druhou skupinou pacientů. Nejčastějšími příznaky byly anxieta, deprese, somatizace a hostilita. Mezi počátečními a pozdějšími stadii onemocnění nebyl zjištěn podstatnější rozdíl [3].

METODIKA

V časovém úseku 1. 6. 2002 – 31. 12. 2003 bylo psychiatricky vyšetřeno celkem 47 pacientů přijatých na I. chirurgickou kliniku 1. LF UK a VFN s primární diagnózou resektabilního zhoubného nádoru gastrointestinálního traktu (pacienti podstupující paliativní operační zákroky byli ze sledování vyloučeni), zejména žaludku, střeva, rekta

a pankreatu. Jednalo se o pacienty s prvním záchytem této choroby. Vyloučení byli pacienti s generalizací onemocnění, pacienti po imunosupresivní léčbě či po radioterapii. Z psychiatrického hlediska byli vyloučeni pacienti se závažnějšími duševními poruchami jako jsou psychotická onemocnění, těžší organické psychosyndromy a pacienti s aktivní závislostí na psychoaktivních látkách. Dále do studie nebyli zařazeni pacienti s generalizací onemocnění, metastázami, pacienti v závažném somatickém stavu (orgánová selhání), pacienti po imunosupresivní léčbě (chemoterapie, radioterapie). Věkové rozmezí pro zařazení do studie bylo 18–75 let.

Pacienti přijatí k plánovanému operačnímu výkonu byli psychiatricky vyšetřeni v den přijetí (T1) a většinou byli operováni následující den. Druhé psychiatrické vyšetření (T2) proběhlo v den propuštění či krátce před ním (± 2 dny) (T2). Půl roku od propuštění z nemocnice byla hodnocena subjektivní míra anxiety, deprese a kvalita života (T3).

DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE

U všech pacientů byla hodnocena škála celkové psychopatologie pomocí BPRS. Tento diagnostický nástroj byl použit zejména k vyloučení závažnější psychopatologie. Dále byl použit dotazník týkající se kvality života (MANSA). Depresivita a anxieta byly objektivně hodnoceny Hamiltonovou škálou úzkosti (HAMA) a deprese (HAMD) [12]. Subjektivní míra úzkosti a deprese byla zjišťována pomocí Zungovy sebesposuzovací stupnice úzkosti (SAS) a deprese (SDS). Jelikož všechny diagnostické nástroje jsou všeobecně dobře známy, budeme se na tomto místě věnovat pouze dotazníku MANSA.

(The Manchester Short Assessment of Quality of Life). Jedná se o sebesposuzovací dotazník, kdy dotazovaný hodnotí spokojenost v různých oblastech běžného života (např. spokojenost s prací, v rodině, v partnerském životě, či spokojenost s jejich fyzickým či duševním zdravím). Odpověď je škálována podle sedmibodové stupnice (1 velmi nespokojen, 2 nespokojen, 3 spíše nespokojen, 4 smíšené pocity, 5 spíše spokojen, 6 spokojen, 7 velmi spokojen). V našem souboru byla zjišťována průměrná hodnota získaných dat (tab. 1).

Tab. 1. Použité diagnostické nástroje.

BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale	Celková psychopatologie
MANSA	The Manchester Short Assessment of Quality of Life	Hodnocení kvality života
HAMA	Hamilton Scale of Anxiety	Objektivní hodnocení anxiety
HAMD	Hamilton Scale of Depression	Objektivní hodnocení deprese
SAS	Zungova škála anxiety	Subjektivní hodnocení anxiety
SDS	Zungova škála deprese	Subjektivní hodnocení deprese

CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Z celkového souboru 47 pacientů tvořily ženy 29,7 % (n = 14), muži 60,3 % (n = 33).

Průměrný věk pacientů byl 61 let (min = 30, max = 75, SD = 9,6).

Charakteristika souboru podle vzdělání:

Z našeho souboru měli 4 pacienti pouze základní vzdělání (10 %), 5 z nich mělo nižší (12 %). Nejvíce pacientů mělo střední vzdělání n = 25 (59 %), 2 pacienti měli vyšší odborné vzdělání (5 %) a 6 vysokoškolské (14 %).

Charakteristika souboru podle rodinného stavu:

Co se týká rodinného stavu, naprostá většina pacientů ze souboru byla ženatých (vdané) (n = 34–81 %). Po třech pacientech bylo svobodných a ovdovělých (7 %), a pouze 2 pacienti byli rozvedeni (5 %).

Psychiatrická zátěž v rodině:

Součástí anamnestického rozboru byl dotaz na výskyt duševních poruch v blízkém příbuzenstvu. Psychiatrickou zátěž uvedlo pouze 6 pacientů (12,7 %), šlo většinou o nejrůznější duševní poruchy. Ve dvou případech se jednalo o deprese a po jednom případě o schizofrenii, mentální retardaci a demenci při Parkinsonově chorobě, jednou o blíž neurčené duševní onemocnění. Zde je třeba uvést, že psychiatrická heredita byla zjišťována pouze od pacientů, a vzhledem k tomu, že většina duševních chorob v běžné populaci zůstává nediodagnostikována a neléčena, lze předpokládat dědičnou zátěž mnohem vyšší.

Psychiatrická komorbidita:

Osm pacientů (17 %) uvedlo psychiatrické potíže v minulosti. Tři z nich vyhledali odbornou (psychiatrickou či psychoterapeutickou pomoc). Ve čtyřech případech hodnotili své potíže jako deprese (sklíčenou, smutnou náladu) dvakrát spíše jako úzkosti (strach a napětí). Téměř všichni tito pacienti užívali v minulosti benzodiazepiny (nejčastěji diazepam, guajacuran a alprazolam), pouze v jednom případě však antidepressiva (fluoxetin).

Objektivním psychiatrickým vyšetřením byla závažnější psychiatrická komorbidita zjištěna u 13 pacientů (27 %). U pěti pacientů se jednalo o diagnózy z okruhu F 4x (Neurotické poruchy a reakce na stres (konkrétně, 1x panická porucha, 2x generalizovaná úzkostná porucha, 1x posttraumatická stresová porucha), porucha z afektivního okruhu byly diagnostikovány u 3 pacientů, 4 pacienti měli vážnější problémy s abuzem alkoholu (3 pacienti byli hodnoceni pro škodlivé užívání alkoholu a jednou pro závislost).

Somatická komorbidita:

Somatická komorbidita v souboru byla zjišťována jednak dotazem v rámci anamnézy, jednak zpětně ze zdravotnické dokumentace. Pro větší přehlednost jsou četnosti jednotlivých somatických diagnóz uvedeny v tabulce 2.

Mezi nejčastěji se vyskytující somatická onemocnění patřila hypertenze (9x), ICHS (5x) a Diabetes mellitus II. typu (6x). M. U 10 pacientů se jednalo o první závažnější onemocnění v životě a nebyla zjištěna v osobní anamnéze žádná závažnější somatická onemocnění.

Tab. 2. Somatická komorbidita.

Somatické onemocnění	Četnost výskytu
Hypertenze	9
Diabetes mellitus	6
Ischemická choroba srdeční (ICHS)	5
Dna	3
Mozková příhoda	3
Hypothyreóza	2
Urolithiáza	2
Divertikulitis	1
Cerebrální dystonie	1
Ca prostaty	1
Glaukom	1
Revmatoidní artritida	1
Katarakta	1
Cholecystopatie	1
Melanom	1
Gynekologický novotvar	1
Urologický novotvar	1

VÝSLEDKY

Hodnocení celkové psychopatologie

K hodnocení celkové psychopatologie byla použita psychiatrická škála BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale). Jedná se o široce používanou škálu v psychiatrickém výzkumu. Důvodem použití této škály bylo zejména vyloučení závažnějších duševních onemocnění jako jsou psychotické poruchy či organické duševní poruchy. Všichni tazatelé byli předtím v této diagnostické metodě školení. Formou strukturovaného rozhovoru byla hodnocena sedmibodovou stupnicí závažnost psychopatologie v jednotlivých oblastech duševního zdraví. Příznaky byly hodnoceny sedmibodovou škálou od nepřítomny (1 bod) až velmi závažné (7 bodů). V T1 byl zjištěn průměr součtu hodnot 33,9, (N = 47, SD = 7,1), v T2 bylo BPRS 31,2 (N = 28, SD = 5,9). Tento rozdíl nebyl statisticky významný.

Objektivní hodnocení úzkosti a deprese

Objektivní míra úzkosti a deprese byla zjišťována Hamiltonovými stupnicemi. Jedná se o běžně používané psychiatrické diagnostické nástroje. Školenými tazateli bylo formou strukturovaného rozhovoru kladeno 14 otázek týkajících se úzkost-

ných symptomů (HAMA – Hamiltonova škála úzkosti) a 21 otázek týkajících se depresivních symptomů (HAMD – Hamiltonova škála deprese). Jak před operačním zákrokem (T1) tak po něm (T2) byla zjištěna vyšší míra deprese nežli úzkosti. Po operačním zákroku byla zjištěna vyšší míra jak úzkosti, tak deprese. Toto „zhoršení“ psychického stavu si vysvětlujeme jednak samotným chirurgickým zákrokem, který sám o sobě působí jako výrazný stresor, rovněž zde mohou hrát svou roli otázky týkající se somatického stavu. Klinicky významnější hodnoty HAMD a HAMA (>12) byly zjištěny u 29 % pacientů (n = 14) (tab. 3).

Tab. 3. Objektivní hodnocení úzkosti a deprese.

	T1	T2	Statistický rozdíl
HAMA	8,7 (SD = 6,5)	9,4 (SD = 6,6)	ns
HAMD	9,3 (SD = 7,1)	11,7 (SD = 7,7)	ns

Subjektivní hodnocení úzkosti a deprese

Úzkost a deprese jsou subjektivní psychické symptomy, jejichž objektivizace je obtížná. Z tohoto důvodu byly použity Zungovy škály úzkosti a deprese (SAS – Zungova škála úzkosti, SDS – Zungova škála deprese). Jedná se o analogicky strukturované sebesposuzovací dotazníky, z nichž každý se skládá z 20 otázek, na které respondent odpovídá 4bodovou stupnicí (1 – nikdy, 2 – někdy, 3 – často, 4 – velmi často či stále). Ve všech třech sledováních byla zjištěna vyšší hodnota deprese nežli úzkosti na hranici statistické významnosti.

Hodnoty subjektivní škály úzkosti a deprese se v jednotlivých kontrolách (T1, T2, T3) statisticky významně nelišily (tab. 4).

Hodnocení kvality života

K hodnocení kvality života byl použit sebesposuzovací dotazník MANSA. Pacienti hodnotili svoji

Tab. 4. Subjektivní hodnocení úzkosti a deprese.

	T1	T2	T3	Statistický rozdíl
SAS	31,8 (SD = 6,2)	30 (SD = 6,1)	31,6 (SD = 5,4)	ns
SDS	35,5 (SD = 8,5)	36,1 (SD = 9,8)	35,8 (SD = 8,2)	ns

Tab. 5. Hodnocení psychopatologie podle věku.

Věk	<50 let		50–59 let		60–69 let		>70 let	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
BPRS	33,4	36	33,5	27	35,4	31	30,7	31,5
MANSA	5,2	-	5,2	-	5,2	-	5,4	-
HAMA	13,4	11,5	11,3	10	9,1	7,6	11	10
HAMD	12,2	15	11,1	9,5	10,9	9,6	11	12,2
SAS	34,1	32	32,1	26	31,5	31,5	33	33,6
SDS	35,8	33	35,1	41,2	35,3	34,7	36,2	35,6

subjektivní spokojenost v jednotlivých oblastech života (např. tělesné zdraví, duševní zdraví, rodinné vztahy, finanční situace atd...) v sedmibodové stupnici (1 – nejhorší, 7 – nejlepší). V T1 byla zjištěna průměrná hodnota 5,6 (n = 40, SD = 0,6), v T3 hodnota 4,8 (n = 15, SD = 1,2). Tento výsledek však podle našeho názoru nelze interpretovat jako statisticky významné snížení kvality života, jelikož zde v T3 byl nízký počet respondentů a rovněž vyšší směrodatná odchylka, pouze u dvou pacientů byly zjištěny velmi nízké hodnoty.

Hodnocení psychopatologie podle věku

Co se týká zjišťovacích hodnot v závislosti na věku, nebyly zjištěny významnější rozdíly. Podrobné výsledky jsou uvedeny v tabulce 5.

Hodnocení psychopatologie podle vzdělání

Nižší hodnoty úzkosti a deprese byly zjištěny u vysokoškoláků, vyšší hodnoty u pacientů se středním či nižším vzděláním (tab. 6).

Hodnocení psychopatologie podle sociálního zázemí

Vzhledem k tomu, že většinu pacientů tvořili pacienti ženatí, rozdělili jsme pacienty na dvě skupiny, první skupina žijící se stálým partnerem a druhá skupina bez partnera. Porovnávali jsme pak výsledky jednotlivých testů. U pacientů bez partnera byly zjištěny vyšší hodnoty úzkosti a deprese než u pacientů žijících v partnerském vztahu (tab. 7).

Hodnocení podle pohlaví

U žen byly zjištěny vyšší hodnoty deprese i úzkosti v subjektivní i objektivní složce. Rovněž se lišila i průměrná hodnota kvality života. Na druhé straně je nutno zmínit, že soubor žen byl menší než soubor mužů. Zvýšené hodnoty úzkosti a deprese se dají vysvětlit jednak vyšší populační prevalencí úzkostných a depresivních poruch u žen než u mužů, dále mohl být důležitým faktorem skutečnost, že muži se neradi svěřují se svými psychickými potížemi a neradi si připouštějí strach z operačního zákroku, což může být zejména při jednorázovém kontaktu s psychiatrem patrné (tab. 8).

Tab. 6. Hodnocení psychopatologie podle vzdělání.

	ZŠ a vyučení (n = 9)		SŠ (n = 25)		VŠ+VOŠ (n = 8)	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2
BPRS	32,7	31,4	32,5	31,1	31	30,5
MANSA	5,3	-	5,3	-	5,7	-
HAMA	11,6	10	11,3	11,1	7,2	7,3
HAMD	11,2	11	12,4	13,7	8,2	7,3
SAS	33	31	32,7	33,9	30,8	34,8
SDS	37,5	35	36,2	4,3	27,5	31,6

Tab. 7. Hodnocení psychopatologie podle sociálního zázemí.

	Pacienti s partnerem (n = 34)		Bez partnera (n = 8)	
	T1	T2	T1	T2
BPRS	32,9	3,9	36,1	31,8
MANSA	5,6	-	5,2	-
HAMA	9,9	9,2	12,5	9,4
HAMD	10,4	10,7	13,2	11
SAS	31,6	30,9	35,1	39
SDS	34,1	34,7	40,5	34

Tab. 8. Hodnocení psychopatologie podle pohlaví.

	T1		T2	
	Ženy	Muži (n = 33)	Ženy (n = 14)	Muži (n = 33)
BPRS	36,4	31,5 p<0,05	34	28,7 p<0,05
MANSA	5,1	5,6 p ns	nehodnoceno	nehodnoceno
HAMA	14,9	8,4 p<0,05	14,2	8,2 p<0,05
HAMD	14,8	9,3 p<0,05	17,7	10,2 p<0,05
SAS	35,6	30,9 p<0,05	37,1	31,2 p<0,05
SDS	40,7	33,8 p<0,05	41,7	33,2 p<0,05

DISKUSE

Výskyt zhoubného nádoru provázený depresí či jiným psychickým onemocněním bývá v lékařském povědomí často vnímán jako běžná psychologická reakce na zjištění závažného somatického onemocnění, neboť sama diagnóza „rakoviny“ bývá i přes nejnovější poznatky lékařské vědy spojována se strachem z ohrožení života. V české literatuře bylo na toto téma v posledních deseti letech publikováno okolo deseti prací (většinou ve sbornících z konferencí). Jedná se většinou o práce zabývající se psychologickými aspekty dané problematiky, nebo jde o kazuistická sdělení či překlady zahraniční literatury [2, 7, 16, 18].

Cílem naší studie bylo charakterizovat soubor pacientů přicházejících s prvozáchytem zhoubného nádoru trávicího traktu. Pacienty s touto diagnózou jsme zvolili proto, neboť se jedná o jeden z nejčastějších typů nádorů, jejichž prognóza, s výjimkou karcinomu pankreatu, může být při včasné diagnóze příznivá. Pacienti s generalizací onemocnění byli ze studie vyloučeni.

Již samotná hospitalizace s očekáváním náročného operačního zákroku je závažným stresovým faktorem, při kterém lze očekávat zhoršení psychického stavu. Očekávali jsme, že míra úzkosti a deprese bude dosahovat nejvyšších hodnot před operací a v dalších kontrolách se bude snižovat.

V jednotlivých sledováních (T1, T2 a T3) u celého souboru však nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly. Dále bylo zajímavé sledování vztahu mezi hodnotami Hamiltonových a Zungových testů úzkosti a deprese, kde docházelo k lineární korelaci mezi úzkostí a depresí v obou škálách. Nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly v jednotlivých škálách v závislosti na věku či vzdělání. Jedinou oblastí, kde byly zjištěny statisticky významné rozdíly ve všech škálách, bylo hodnocení podle pohlaví pacienta. Ženy vykazovaly statisticky významně ($p < 0,05$) vyšší míru úzkosti a deprese v objektivních i subjektivních škálách. Zde je nutno zdůraznit, že se u všech pacientů jednalo o první kontakt s tazatelem a u většiny pacientů o první kontakt s psychiatry vůbec. Prakticky u všech pacientů jsme se setkali s ochotou ke spolupráci, někteří pacienti odmítli vyplňovat sebesposuzovací škály, nesetkali jsme se však s úplným odmítnutím účasti ve studii. Mezi muži a ženami byl však rozdíl v tom, že zatímco ženy spolupracovaly ochotněji a otevřeněji přiznávaly, že mají strach a jsou úzkostné, muži se častěji stavěli do role, že vše zvládají a operace pro ně nepředstavuje žádný problém. Další způsob vysvětlení tohoto rozdílu může spočívat v tom, že v celé populaci je vyšší prevalence úzkostných a depresivních poruch u žen ve srovnání s muži. Dále pacienti rozvedení, osamělí, byli více úzkostní a depresivní ve srovnání s pacienty s dobrým

rodinným zázemím. Tyto rozdíly však nedosahovaly hladiny statistické významnosti.

ZÁVĚR

V T1 se podařilo získat kompletní data u 43 pacientů. Někteří z pacientů spolupracovali částečně, např. odmítli vyplňování sebesposuzovacích škál a spolupracovali pouze v rozhovoru.

V T2 byla data získána celkem u 28 pacientů.

V T3 se podařilo získat kompletní data u 15 pacientů. Nebyly zjištěny významnější rozdíly mezi jednotlivými kontrolami. Jedinou výjimkou je pokles průměrné hodnoty kvality života v T3, což může být způsobeno menším počtem pacientů v T3 a vyšší směrodatnou odchylkou. Více depresivních a úzkostných příznaků bylo zjištěno u žen, které však tvořily jen menšinu souboru. Lépe ope-

rační zákrok snášeli vysokoškolační lidé s vyšším vzděláním oproti středoškolačům či pacientům s nižším či základním vzděláním. Nebyly zjištěny výraznější rozdíly v míře úzkosti a deprese v závislosti na věku. Dále se ukázala být významným faktorem přítomnost rodinného zázemí, neboť pacienti ženatí či se stálým partnerem vykazovali menší hodnoty úzkosti a deprese nežli pacienti osamělí. Soubor pacientů ve srovnání se zahraničními pracemi je poměrně malý. Cílem této práce bylo zhodnotit výskyt úzkostných a depresivních příznaků v tomto souboru. Korelace prozánětlivých cytokinů (IL1, 6, TNF alfa) a protizánětlivých cytokinů (IL-2, IL-10) s hodnotami výše použitých psychiatrických škál bude předmětem dalších sdělení.

Poděkování Mgr. Radkovi Ptáčkovi za statistické zpracování dat.

Projekt byl podpořen grantem GAUK 23/2002.

LITERATURA

1. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington DC. American Psychiatric Association, 1994.
2. **Beran, J.:** Psychologické aspekty péče o pacienty s nádorovým onemocněním. Prakt. lék., 76, 1996, pp. 304–305.
3. **Baštecký, J., Tondlová, H., Veselá, J., Brizeková, S., Boleloucký, Z.:** Prevalence of psychopathology in patients suffering from breast and gastrointestinal cancer. Patient Educ Couns., 28, 1996, pp. 175–178.
4. **Carney, R. M., Saunders, R. D., Freedland, K. E., Stein, P., Rich, M. W., Jaffe, A. S.:** Association of depression with reduced heart rate variability in coronary artery disease. Am. J. Cardiol., 76, 1995, pp. 562–564.
5. **Cohen-Cole, S. A., Brown, F. W., Mc Daniel, J. S.:** Diagnostic assessment of depression in the medically ill. In Stoudemire A. et al.: Psychiatric Care of the Medical Patient. New York. Oxford University Press, pp. 53–70.
6. **Dantzer, R.:** Cytokine – induced sickness behavior: Where do we stand? Brain. Behav. Immun., 15, 2001, pp. 7–24.
7. **Hynčík, David-Průša, I.:** Depresivní a bolestivé stavy u onkologicky nemocných a jejich léčba. Čas. Lék. čes., 141, 2002, s. 85–88.
8. **Egede, L. E., Zheng, D., Simpson, K.:** Comorbid depression is associated with increased health use and expenditures in individuals with diabetes. Diabetes care, 25, 2002, pp. 464–470.
9. **Evans, D. L., Staab, J. P., Petitto, J. M. et al.:** Depression in the medical settings. Biopsychological interactions and treatment considerations. J. Clin. Psychiatry, 60, 1999, pp. 40–56.
10. **Fishbain, D. A., Cultler, R., Rosomoff, H. L.:** Chronic pain-associated depression: antecedent and consequence of pain? A review. Clin. J. Pain, 13, 1997, pp. 116–137.
11. **Frasure-Smith, N., Léserance, F., Talajic, M.:** Depression following myocardial infarction, impact on 6 month survival. JAMA, 270, 1993, pp. 1819–1825.
12. **Hamilton, M. A.:** A rating scale for depression. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 23, 1960, pp. 56–62.
13. **Holsboer, F.:** The corticosteroid hypothesis of depression. Neuropsychopharmacology, 23, 2000, pp. 477–501.
14. **Kent, S., Bluthe, R. M., Kelley, K. W., Dantzer, R.:** Sickness behavior as a new target of development. Trends Pharmacol. Sci., 13, 1992.
15. **Lansky, S. B., List, M. A., Hermann, C. A., Ets-Hokin, E. G., DasGupta, T. K., Wilbanks, G. P.:** Absence of major depressive disorder in female cancer patients. J. Clin. Oncol., 1953–1960 (1985).
16. **Mc. Daniel, J., Stephen, M. et al.:** Deprese u onkologických pacientů, diagnostika, biologie a léčba. J. Amer. Med. Ass., 3, 1995, s. 441–449.
17. **Národní onkologický registr České republiky** www.uzis.cz.
18. **Sekot, M., Gurlich, R., Maruna, P.:** Vliv psychoemotivního stresu na pooperační průběh, klinické aspekty. Praktický lékař, 82, 2002, s. 430–431.
19. **Van't Spijker, A., Trijsburg, R. W., Duivenvoorden, H. J.:** Psychological sequelae of cancer diagnosis, A meta-analytical review of 58 studies after 1980, Psychosom. Med., 59, 1997, pp. 280–293.
20. **Weitzner, M. A., Meyers, C. A., Stuebing, K. K.:** Relationship between quality of life and mood in long term survivors of breast cancer treated with mastectomy. Support Care Cancer, 5, 1997, pp. 241–248.
21. **Zielinski, T. A., Brown, E. S., Nejtěk, V. A., Khan, D. A., More, J. J., Rush, A. J.:** Depression in asthma: prevalence and clinical implications. Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry, 39, 2000, 1326–1338.

Dodáno redakci: 16. 12. 2004

Po skončení recenzního řízení: 1. 4. 2005

*MUDr. Miroslav Sekot
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 11
128 00 Praha 2
e-mail: sekot@post.cz*