

2.3. Zaburzenia współwystępujące z chorobami przewlekłymi

2.3.1. Długotrwała choroba przewlekła a zaburzenia psychiczne – wskazania do diagnozy depresji u pacjentów onkologicznych

dr n. med. Anna Syska-Bielak

Depresja jest ważnym problemem klinicznym i społecznym. Pomimo wielu opracowań naukowych i społecznych kampanii medialnych wciąż pozostaje pojęciem wieloznacznym. W zależności od kontekstu służy do opisu zarówno doświadczenia pojedynczej emocji – smutku czy przygnębienia, reaktywnego stanu obniżonego nastroju, jak i zespołu chorobowego.

∞

Szczególnym problemem klinicznym ze względu na trudności diagnostyczne są depresje występujące w przebiegu przewlekłych schorzeń somatycznych.

Współwystępowanie depresji z przewlekłymi chorobami fizycznymi jest dobrze rozpoznane zwłaszcza w krajach rozwiniętych, gdzie wraz z rosnącą populacją osób starszych oraz dostępem do nowoczesnej służby zdrowia obserwuje się z roku na rok znaczny wzrost zarówno częstości występowania przewlekłych schorzeń, jak i zaburzeń depresyjnych.

Współwystępujące
zaburzenia
depresyjne

Częstość występowania dużej depresji u pacjentów z długotrwałymi fizycznymi chorobami przewlekłymi jest ok. 2–3-krotnie wyższa niż w populacji ogólnej i może sięgać nawet 20–40%. Szczególnie wysokie nasilenie objawów depresyjnych zaobserwowano w przebiegu chorób przewlekłych o podłożu neurologicznym, takich jak choroba Parkinsona, Huntingtona, Alzheimerera czy stwardnienie rozsiane i udar mózgu. Wyższą częstość występowania zaburzeń depresyjnych stwierdzono także u pacjentów z chorobami układu krążenia, zapaleniem stawów i nowotworem.

Związek objawów depresyjnych i choroby somatycznej

ZWIĄZEK OBJAWÓW DEPRESYJNYCH I CHOROBY SOMATYCZNEJ

W literaturze podkreśla się dwukierunkowy związek pomiędzy depresją a chorobami somatycznymi, w tym onkologicznymi. Doświadczane przez pacjenta chorego somatycznie objawy fizyczne mogą powodować lub nasilać objawy depresji, ale i odwrotnie: objawy depresji mogą pojawić się jako pierwsze i wyprzedzić wystąpienie problemów zdrowotnych (np. objawy prodromalne).

Związek objawów depresyjnych i choroby somatycznej

- Objawy depresyjne stanowią część obrazu klinicznego choroby somatycznej.
- Objawy depresyjne mogą być wyrazem psychologicznej reakcji na chorobę somatyczną.
- Objawy depresyjne mogą być spowodowane chorobą somatyczną.
- Objawy depresyjne mogą sprzyjać rozwojowi i nasilać objawy choroby somatycznej.
- Niezależna „podwójna” diagnoza zaburzeń afektywnych i choroby somatycznej.

U pacjentów onkologicznych depresja zazwyczaj związana jest z nasilającym i/lub przedłużającym się cierpieniem związanym z chorobą i leczeniem, które w znacznym stopniu zakłóca lub uniemożliwia codzienną aktywność. Niekorzystny wpływ związany jest także z ryzykownymi dla zdrowia zachowaniami, dysfunkcyjnymi przekonaniami na temat choroby i nieskutecznym radzeniem sobie oraz zmianami w zakresie funkcjonowania w rolach rodzinnych i społecznych. Ponadto skuteczne leczenie wymaga od pacjenta współpracy i zaangażowania, m.in. poprzez stosowanie się do zaleceń terapeutycznych (przestrzegania diety, przyjmowania leków itp.), co jest trudne dla pacjentów zmagających się z objawami depresji.

Ważne!

Istnieje coraz więcej dowodów na to, że zmiany neurobiologiczne w przebiegu choroby onkologicznej i związane z nimi niepokój psychologiczny mogą prowadzić do depresji (Read et al., 2017).

Naczyniowe uszkodzenia mózgu, redukcja neuroprzekaźników w okolicy limbicznej, nadczynność osi podwzgórze–prysadka–nadnercza, zaburzenia

hormonalne, metaboliczne i immunozapalne są częste w chorobie onkologicznej i również powiązane z depresją.

Rozwój zaburzeń depresyjnych nie jest jednak naturalną lub spodziewaną odpowiedzią na leczenie i jest uważany za istotne powikłanie, które wymaga zindywidualizowanej oceny zaplanowanego postępowania terapeutycznego, zwłaszcza biorąc pod uwagę wpływ cierpienia na obniżenie poziomu jakości życia i stanu funkcjonalnego.

Zaburzenia
depresyjne jako
powikłanie

Stwierdzono, że 0–38% pacjentów z rakiem ma współistniejące zaburzenie depresyjne, a 0–58% cierpi na objawy depresji (Smith, 2015). Ten rozrzut częstości występowania można przypisać brakowi standaryzacji zastosowanej metodologii i kryteriów diagnostycznych.

Depresja *per se* to uczucie lub objaw, a nie diagnoza. Fizjologicznie „normalne” stany depresyjne często towarzyszą sytuacji trudnej, związanej z doświadczaniem silnego i długotrwałego stresu. Depresja kliniczna „patologiczna” wskazuje na zaburzenie, które charakteryzuje się zespołem objawów występujących w określonym czasie. Utrudniają lub uniemożliwiają one normalne funkcjonowanie człowieka, powodują subiektywne poczucie cierpienia. Depresja kliniczna „patologiczna” w zależności od nasilenia i rodzaju ujawnionych objawów może mieć różny obraz kliniczny.

8

TRUDNOŚCI W DIAGNOZIE DEPRESJI

Do objawów depresyjnych zalicza się:

obniżenie podstawowego nastroju (odczuwanie smutku, przygnębienia i/lub brak odczuwania radości, szczęścia, satysfakcji (anhedonia), stan zubożenia), spowolnienie psychoruchowe (obniżenie napędu) i zaburzenia rytmów biologicznych (zaburzenia snu i czuwania, wahania samopoczucia w okresie dnia) oraz lęk. Inne objawy to: apatia, abulia, depresyjna ocena rzeczywistości, tzw. triada depresyjna Beacka, depresja powikłana (z objawami psychotycznymi urojenia zubożenia, nihilistyczne, katastroficzne).

Objawy depresyjne

Obecnie obowiązują dwie medyczne klasyfikacje służące do usystematyzowania objawów zaburzeń psychicznych, w tym depresyjnych, są to: ICD-10 i DSM V.

Jednak ocena objawów depresji w przebiegu choroby nowotworowej stanowi przy ich użyciu poważne wyzwanie. Trudności diagnostyczne wynikają z tego,

Trudności
diagnostyczne
depresji
w przebiegu
choroby
onkologicznej

że w większości przypadków zaburzenia nastroju u pacjentów z nowotworami są raczej umiarkowane niż ciężkie i że nie ma prawidłowej linii podziału, aby odróżnić adekwatne reakcje na chorobę fizyczną od zaburzeń psychiatrycznych wymagających leczenia. Objawy depresyjne u pacjentów z rakiem występują w sposób ciągły – od niepatologicznego smutku, poprzez zaburzenia adaptacyjne, subklinicznej depresji, do zaburzeń depresyjnych.

Nakładanie się objawów

Należy także pamiętać, że w przebiegu choroby i leczenia onkologicznego objawy depresyjne przede wszystkim wiążą się z przewagą objawów somatycznych.

Neurovegetatywne objawy depresji

Klinicyści zwracają uwagę na nakładanie się objawów wymaganych do spełnienia kryteriów DSM-V dla dużej depresji i ICD-10 dla epizodu depresji oraz objawów powszechnie obserwowanych w kontekście choroby onkologicznej. Szczególnie istotne w tym względzie są neurovegetatywne objawy depresji, które często są bezpośrednio spowodowane procesami patofizjologicznymi związanymi z samą chorobą nowotworową lub jednoczesnymi metodami leczenia, takimi jak chemioterapia i radioterapia. Objawy te obejmują zaburzenia snu, anoreksję, utratę wagi, zmęczenie, upośledzenie funkcji poznawczych i spowolnienie psychomotoryczne. Przez lata toczyło się wiele dyskusji na temat tego, czy należy wykluczyć objawy wspólne z chorobą i depresją czy też uwzględnić je w rozpoznaniu depresji u pacjentów z rakiem.

@Nastrój pacjenta a objawy fizyczne@ U pacjenta z chorobą nowotworową z towarzyszącymi objawami depresyjnymi obserwuje się złożony związek między nastrojem a objawami fizycznymi, w tym z bólem i zmęczeniem. Pacjenci w ostrym kryzysie bólowym mogą rozwinąć depresję, rozpacz i myśli samobójcze. Nie można tych objawów jednak uznać za dowód depresji, dopóki ból nie zostanie odpowiednio opanowany. Zmęczenie jest częstym skutkiem ubocznym nowotworu oraz jego leczenia i może naśladować depresję przez wpływ na koncentrację, poziom aktywności i sen. Natomiast somatyczne objawy, np. depresji maskowanej, mogą imitować zespoły bólowe, zmęczenia czy objawy tzw. zespołu paraneoplastycznego.

DEPRESJA MASKOWANA

Rodzaje masek depresji

W obrazie depresji maskowej zamiast typowych dla epizodu depresji objawów zaburzenia nastroju (zwłaszcza smutku, zniechęcenia, anhedonii), tempa procesów psychicznych oraz ruchu, rytmów biologicznych i lęku dominują, a na pierwszy plan wysuwają się także objawy ze strony ciała, zwane maskami. Specjaliści wyróżniają pięć rodzajów masek:

- Bólowe – symptomem jest ból różnego pochodzenia, najczęściej głowy, ale też mięśni (pleców, karku, barków, ramion), narządów płciowych, konkretnych nerwów (np. kulszowego), a nawet serca – wówczas łatwo pomylić depresję z chorobą wieńcową lub zawałem.
- Wegetatywne i psychosomatyczne – dotyczą sygnałów ze strony ciała, np. zespół niespokojnych nóg, swędzenie skóry, problemy z trawieniem (nudności, zaparcia, kolki), kołatanie serca, skoki ciśnienia. Mogą objawiać się pod postacią zmian w naturalnych cyklach funkcjonowania organizmu, np. zaburzeniach cyklu miesięczkowego u kobiet, zaburzeniach popędu płciowego. Możliwe są również zawroty głowy, problemy z pamięcią, koncentracją, przyswajaniem informacji.
- Psychopatologiczne – są to objawy charakterystyczne dla chorób o podłożu psychicznym, np. zaburzenia lękowe (lęk przewlekły lub ataki paniki), fobie i natręctwa (zwłaszcza agorafobia, jadłowstręt).
- Behawioralne – mają związek ze zmianą zachowania lub przyzwyczajień, poprzez które osoba chora chce zagłuszyć depresyjne stany umysłu. Dotyczy to zarówno uzależnienia od alkoholu, leków czy narkotyków, jak i codziennych rytuałów odwracających uwagę od choroby, np. objadania się czy zakupoholizmu.
- Zaburzenia rytmów okołodobowych – dotyczą problemów z regularnym funkcjonowaniem organizmu w dzień i w nocy. Mogą objawiać się pod postacią trudności z zasypianiem, bezsenności w nocy lub nadmiernej senności w dzień (Shetty et al., 2018; Miodek et al., 2007).

Ponadto obecne systemy klasyfikacji psychiatrycznej mają tendencję do niedocenia roli, jaką odgrywają u pacjentów onkologicznych objawy, takie jak złość, drażliwość, irytacja i wrogość.

DIAGNOSTYKA OBJAWÓW DEPRESJI

Na gruncie europejskim, na podstawie klasyfikacji ICD-10, zaleca się więc, aby w zależności od kontekstu, w jakim u pacjenta ujawniają się objawy depresyjne, rozpatrywać je w trzech kategoriach diagnostycznych. **F.06.3: Organiczne zaburzenia nastroju (afektywne)**

Do tej kategorii należą zaburzenia nastroju lub afektu, których przyczyna związana jest z fizycznymi i biochemicznymi objawami choroby somatycznej (w tym mózgu). Często stanowią one część obrazu klinicznego choroby somatycznej

Organiczne
zaburzenia nastroju

lub są efektem procesu jej leczenia. W zależności od czasu trwania mogą mieć przebieg ostry lub przewlekły. Przez klinicystów nazywane są depresjami objawowymi, depresjami somatogennymi czy depresjami organicznymi.

Charakterystyczne objawy, na które warto zwrócić uwagę w kontakcie z pacjentem, dotyczą zwłaszcza:

- 1. Zakłócenia procesów poznawczych.** W kontakcie z chorym zaobserwować można deficyty w zakresie uwagi oraz męczliwość. Występują zaburzenia pamięci, w tym szczególnie krótkotrwałej. Wypowiedzi chorych są rozwlekłe i dygresyjne. Pacjent ujawnia zaburzenia myślenia, które charakteryzują się sztywnością i konkretnością, np. brak umiejętności rozumienia ukrytych znaczeń opisujących jakąś sytuację, wydarzenie lub brak rozumienia żartu, wypowiedzi sarkastycznych i kłamstw. Pojawia się brak zdolności do symbolizacji i abstrahowania. Pacjent może także przejawiać trudności w rozumieniu komunikatów o złożonej budowie logiczno-gramatycznej, np. brat ojca, córka siostry mamy. Pojawia się prozodia (trudności w komunikacji emocji, wypowiedzi są pozbawione prawidłowej melodii, akcentu, wydają się monotonne, spłaszczone) i adynamia mowy (trudności w zainicjowaniu wypowiedzi). Pacjent jest wycofany z kontaktu, mówi cicho, ma trudność w udzieleniu odpowiedzi na zadane pytanie. Zaobserwowane deficyty mogą zostać odebrane jako objawy depresyjne i zniekształcić właściwy obraz charakterystyczny dla deficytów poznawczych (organicznych) pacjenta.
- 2. Zalegania afektu i zaburzenia dynamiki emocji w postaci niestałości emocjonalnej.** Chorzy z organicznymi zaburzeniami nastroju mogą doświadczać chwiejności emocjonalnej – jest to organiczna chwiejność afektywna. Cechuje się ona szybkimi i nieoczekiwanymi, skrajnymi i niezwiązanymi z sytuacją zmianami reakcji emocjonalnej, patologicznym płaczem lub śmiechem. Wahania stanów emocjonalnych mogą mieć różną częstotliwość – do kilku lub kilkudziesięciu wybuchów płaczu lub śmiechu w ciągu dnia.

F.43: Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne

Reakcja na stres i zaburzenia adaptacyjne

Do tej kategorii należą zaburzenia, które uważane są za bezpośrednią konsekwencję ostrego, ciężkiego stresu lub przewlekłego urazu, jakim może stać się rozpoznanie i leczenie choroby nowotworowej. Wiążą się one z procesem dezadaptacji, utrudniają skuteczne radzenie sobie i w konsekwencji prowadzą do komplikacji w codziennym funkcjonowaniu. Mogą przyjmować postać:

- 1. Ostrej reakcji na stres F.43.0.** Objawy występują wtedy bezpośrednio po doświadczeniu stresu i zazwyczaj ustępują po 24 do 48 godzin. Obejmują m.in.

takie rozpoznania jak stan kryzysu lub szok psychiczny. W przebiegu choroby onkologicznej najczęściej obserwowane są w kontekście przekazywania niepomyślnych informacji dotyczących diagnozy, progresji choroby lub braku skuteczności dotychczasowego leczenia. Obserwowane wtedy objawy cechuje duża różnorodność, jednak najczęściej zaobserwować można stan wycofania związany z zawężeniem pola świadomości i uwagi aż do stuporu dysocjacyjnego włącznie (F.44.2) albo reakcję ucieczki związaną z nadmiernym pobudzeniem i aktywnością.

2. **Zaburzenia stresowego pourazowego** F.43.1. W stresie pourazowym objawy zaburzenia pojawiają się z opóźnieniem (po okresie utajenia) – do 6 miesięcy od wystąpienia sytuacji stresu o wyjątkowo zagrażającym charakterze. Ponadto konieczne i charakterystyczne w obrazie klinicznym jest powtarzające się przypominanie sobie na nowo urazowych wspomnień (reminescencje), wyobrażanie ich sobie i „przeżywanie” zarówno na jawie, jak i w snach. Towarzyszy temu zubożenie uczuciowe, anhedonia, odrętwienie i unikanie bodźców mogących wyzwolić wspomnienia.
3. **Zaburzeń adaptacyjnych** F.43.2. Rozpoznanie to najbardziej zależy od indywidualnych predyspozycji pacjenta. Stanowi konsekwencję subiektywnego poczucia distressu i zaburzeń emocjonalnych, które utrudniają jego codzienne funkcjonowanie. Zaburzenia adaptacyjne dotyczą okresu przystosowania się pacjenta do wydarzeń stresowych związanych z sytuacją trudną lub kryzysem życiowym. Utrzymują się one od miesiąca do pół roku. Ich obraz kliniczny związany jest zazwyczaj z łagodnym (rzadziej umiarkowanym) nasileniem objawów i w zależności od jego dominujących cech można wyróżnić tu pięć podkategorii. Zaburzenia adaptacyjne stanowią najczęstsze nozologiczne rozpoznanie zaburzeń psychicznych wśród pacjentów onkologicznych.

F.33: Zaburzenia depresyjne nawracające

Zaburzenia depresyjne nawracające często wyzwalane są przez trudne wydarzenia życiowe. Cechuje je ponowne wystąpienie już wcześniej doświadczanych przez pacjenta objawów depresji opisywanych jako epizod depresyjny F.32. W zaburzeniach nawracających (podobnie do epizodu) można wyróżnić **postać łagodną, umiarkowaną i ciężką**. Kategoria ta obejmuje m.in. takie rozpoznania jak **depresja psychogenna** czy **depresja reaktywna**. Średni czas trwania epizodu nawracającego to ok. 6 miesięcy. Zaburzenia depresyjne nawracające stanowią niezależną jednostkę zaburzeń równoległą do diagnozy choroby onkologicznej.

Zaburzenia
depresyjne
nawracające

Zespół demoralizacji

Termin „demoralizacja” odnosi się do sytuacji, w której pacjent doświadcza egzystencjalnej rozpacz i beznadziejności oraz bezradności z utratą znaczenia i celu oraz sensu życia. W literaturze psychiatrycznej termin ten po raz pierwszy został użyty w latach 70. XX w. Według autora J. Franka (1974) pojęcie to reprezentuje trwałe niepowodzenie w radzeniu sobie ze stresem i pozostawia po sobie poczucie bezsilności, izolacji i rozpacz. Frank definiował objawy lęku i depresji jako bezpośrednie przejawy zespołu demoralizacji. Dla innych klinicystów i badaczy (por. Schildkraut i Klein, 1975) demoralizacja stanowi jednak zespół objawów odrębny od depresji.

Obecnie zespół demoralizacji nie ma znormalizowanej ani łatwej do zastosowania definicji. Brakuje także kryteriów diagnostycznych. Badania pacjentów nowotworowych zidentyfikowały jego pięć stosunkowo odmiennych wymiarów, którymi są: utrata sensu, dysforia, zniechęcenie, bezradność i poczucie porażki. Ważny wydaje się też wniosek, że podgrupa pacjentów z wysokim poziomem demoralizacji nie spełniała kryteriów DSM-V dla dużego zaburzenia depresyjnego, co sugeruje, że zespół demoralizacji może być zespołem klinicznym różnym od dużej depresji. W praktyce pacjent doświadczający objawów zespołu demoralizacji ma wiele cech wspólnych z pacjentem ujawniającym objawy depresyjne lub cierpiącym na zaburzenia adaptacyjne. Taka osoba może doświadczać obniżonego nastroju, smutku, lęku lub poirytowania. Jednak zmiana nastroju i emocje pojawiają się w reakcji na konkretną sytuację i zazwyczaj są adekwatne. Pacjent z zespołem demoralizacji może cierpieć na zaburzenia snu, apetytu lub energii, a jego myślenie może być pesymistyczne, a nawet samobójcze. Wobec personelu może zachowywać się w sposób biernoagresywny, roszczeniowy. Jednak w przeciwieństwie do pacjentów z depresją często nie doświadcza on pełnego zestawu objawów neurowegetatywnych, w szczególności anhedonii. Może odczuwać nadzieję i radość po przezwyciężeniu przeciwności. Pacjent cierpiący na zespół demoralizacji może doświadczyć poprawy nastroju np. w odpowiedzi na wakacje, skuteczną kontrolę bólu lub wizytę kogoś ważnego, w przeciwieństwie do pacjenta z depresją, który nie może uwolnić się od stanu dysforii. Zaburzenia adaptacyjne to z definicji patologiczne reakcje na daną sytuację i chociaż to dość kontrowersyjne, zespół demoralizacji uważany jest za normalną i adekwatną reakcję na trudną sytuację. Wydaje się, że różnica między zespołem demoralizacji a zaburzeniami adaptacyjnymi polega bardziej na stopniu nasilenia poszczególnych objawów niż na różnicy w ich rodzaju (opracowanie własne na podst.: Jacobsen et al., 2007).

ROZPOZNANIE EPIZODU DEPRESYJNEGO WEDŁUG KLASYFIKACJI ICD-10

Aby stwierdzić występowanie epizodu depresyjnego, muszą występować przez co najmniej 2 tygodnie przynajmniej dwa z trzech poniższych objawów:

- obniżenie nastroju;
- utrata zainteresowań i zdolności do radowania się (anhedonia);
- zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności;

oraz dwa lub więcej spośród następujących objawów:

- osłabienie koncentracji i uwagi;
- niska samoocena i mała wiara w siebie;
- poczucie winy i małej wartości,
- pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości;
- myśli i czyny samobójcze;
- zaburzenia snu;
- zmniejszony apetyt.

Epizod depresyjny
według klasyfikacji
ICD-10

DYSTRES

Inny, alternatywny sposób opisu i diagnozy emocjonalnych aspektów pacjentów onkologicznych dotyczy wprowadzenia koncepcji dystresu według J. Hollanda. Zakłada ona, że wspólnym doświadczeniem pacjentów onkologicznych jest cierpienie („dystres” z ang. *distress* – ‘stres negatywny’). Stanowi ono tzw. termin parasolowy, reprezentujący zakres emocjonalnych i społecznych problemów pacjentów z doświadczeniem nowotworowym, które nie nosi pięt na innych terminów, czasami używanych do opisu objawów emocjonalnych (jak np. problemy psychiczne, psychiatryczne).

Koncepcja dystresu
J.Hollanda

Dystres w tym ujęciu zdefiniowano jako „wieloczynnikowe, nieprzyjemne doświadczenie o charakterze emocjonalnym, psychologicznym, społecznym lub duchowym, które koliduje ze zdolnością radzenia sobie z rakiem, jego objawami fizycznymi i leczeniem (...). Zlokalizowane jest w dowolnym miejscu na skali – od całkowicie prawidłowego uczucia bezbronności, smutku i strachu, do paraliżujących problemów typu depresji, paniki, izolacji towarzyskiej i kryzysu duchowego” (Holland, 2004, s. 454).

Rozpoznawanie dystresu

W praktyce dystres rozpoznawany jest u pacjentów, którzy doświadczają dyskomfortu psychicznego w reakcji na chorobę i/lub jej leczenie, u których obserwuje się objawy depresyjne, lękowe, dezadaptacyjne (intensywnych emocji: smutku, przygnębienia, złości, żalu) lub dysfunkcje poznawcze (łagodnych zmian funkcji poznawczych: uwaga, pamięć, myślenie), ale nie spełniają one nozologicznych kryteriów zaburzeń zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami zaburzeń psychicznych DSM V czy ICD-10.

Biorąc pod uwagę, że rozpoznanie i leczenie choroby onkologicznej dla wszystkich pacjentów stanowi źródło zarówno biologicznych zmian, jak i psychologicznego stresu, zaleca się stosowanie skutecznych narzędzi przesiewowych w celu poprawy wykrywania objawów depresyjnych u każdego chorego. Rutynowa i systematyczna ocena oraz monitorowanie stanu psychicznego wszystkich chorych rozpoczynających leczenie onkologiczne stanowi fundament do rekomendacji National Comprehensive Cancer Network (NCCN) w zakresie zdrowia psychicznego.

Narzędzie diagnostyczne

Optymalnym – krótkim i łatwym do wykonania – narzędziem nadającym się do tej oceny jest tzw. termometr dystresu (DT – *distress thermometer*). Składa się on ze skali 0–10 (0 – brak dystresu, 10 – ekstremalny dystres) oraz listy problemów. Na termometrze pacjent zaznacza nasilenie doświadczanego w sytuacji choroby i leczenia dyskomfortu emocjonalnego. Pacjenci, którzy doświadczają objawów zaburzeń psychicznych w przeciwieństwie do chorych w sposób naturalny przygnębionych, charakteryzują się większym nasileniem poczucia choroby, która dezorganizuje ich aktywności. Dlatego stosunkowo łatwo są w stanie określić zarówno rodzaj/sferę (lista problemów), jak i nasilenie poziomu swojego dystresu (termometr). W prosty sposób pozwala to przekazać lekarzowi, na ile radzą sobie z sytuacją choroby i jej leczenia.

Termometr dystresu

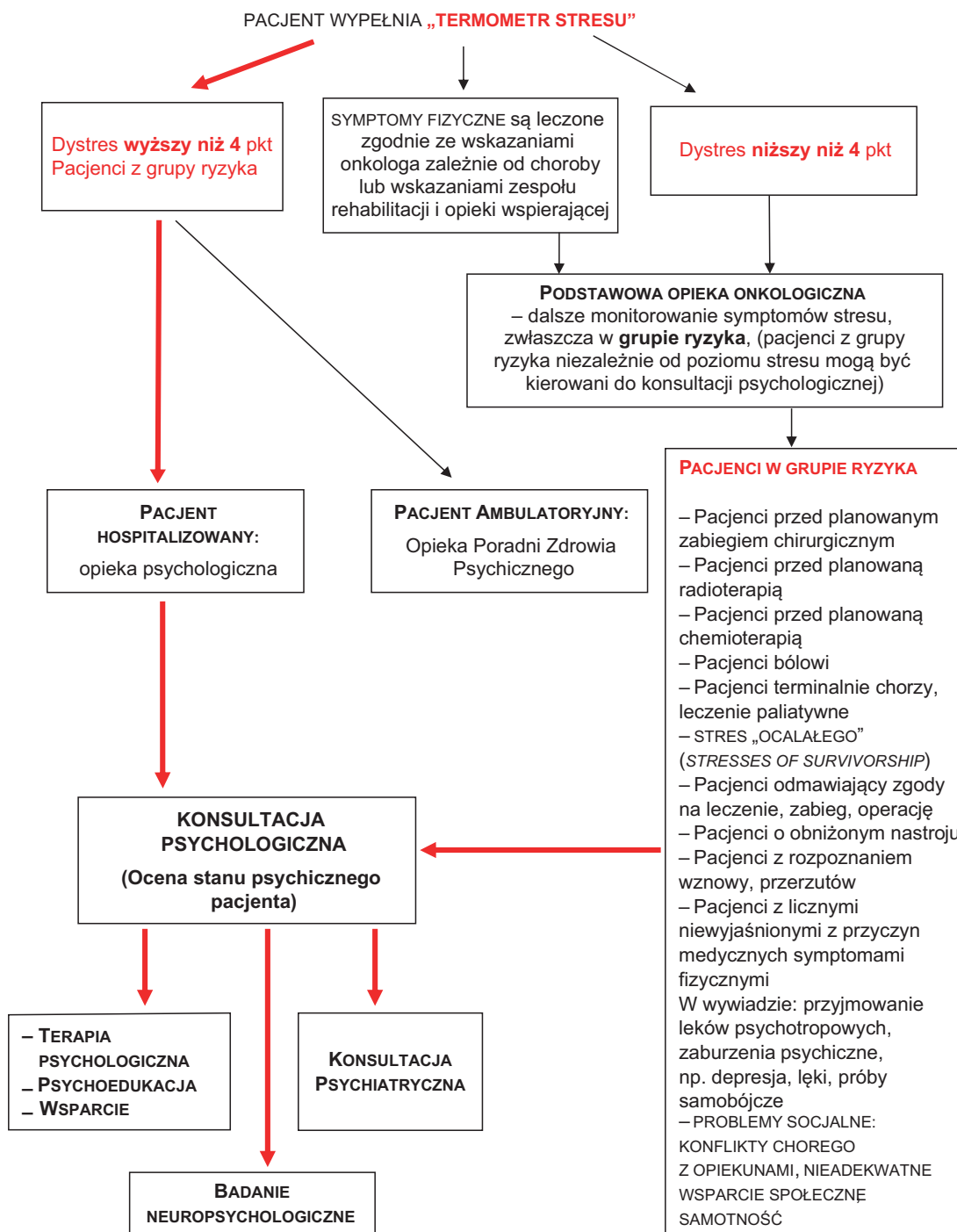
Jeżeli chory zaznaczy cyfrę 4 lub więcej, powinien otrzymać listę problemów i zaznaczyć te, które go aktualnie trapią i powodują tak wysoką ocenę poczucia dystresu. Jest to sygnał, że należy podjąć dalszą diagnostykę ze względu na możliwość występowania u takiej osoby zaburzeń lękowych lub depresyjnych. W praktyce większe nasilenie dystresu można zaobserwować u pacjentów narażonych na czynniki ryzyka i u tych, którzy charakteryzują się mniej efektywnymi sposobami radzenia sobie w zaistniałej sytuacji.

Algorytm postępowania z zastosowaniem Termometru Dystresu

Analiza wyników badań polskiej adaptacji termometru dystresu (Życińska, 2009) wykazała, że pacjenci doświadczający dystresu na poziomie 4 lub wyżej równolegle doświadczali znacznego nasilenia objawów zaburzeń psychicznych. Walidacja DT przeprowadzona została przy udziale inwentarza depresji

Becka (BDI), inwentarza stanu i cechy lęku (STAI) oraz kwestionariusza oceny zdrowia psychicznego według Goldberga (GHQ-12). Zaproponowany przez NCCN algorytm postępowania z chorym z zastosowaniem DT ilustruje ryc. 1. Skrócony proces ewaluacji i leczenia w oparciu o NCCN.

SKRÓCONY PROCES EWALUACJI I LECZENIA W OPARCIU NA NCCN PRACTICE GUIDELINES – DISTRESS MANAGEMENT, v.1, 2007 W ADAPTACJI DO POLSKICH WARUNKÓW ZAŁ.1.



Ryc. 1. Algorytm postępowania z chorym z zastosowaniem DT

Źródło: opracowanie własne na podst. NCCN, 1999, s. 113–147

Ocena
psychologicznego
funkcjonowania
pacjenta

Na etapie przekazania pacjenta do konsultacji psychologicznej ważne jest, aby szczegółowo ocenić psychologiczne funkcjonowanie pacjenta, a uzyskane informacje przeanalizować pod względem czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń. Analizowane sfery to:

- Doświadczanie objawów zaburzeń emocjonalnych, poznawczych i zachowania. Czy w ostatnim czasie pacjent doświadczał uczucia przygnębienia lub beznadziei, braku sensu, utracił zainteresowanie lub przyjemność w robieniu rzeczy, które wcześniej go cieszyły i sprawiały mu satysfakcję (radość)? Czy pacjent spełnia kryteria dla epizodu depresyjnego według klasyfikacji ICD-10 lub przejawia objawy zespołu demoralizacji?
- Historia ewentualnej diagnozy psychiatrycznej i psychologicznej oraz przyjmowanych leków uspakajających, nasennych, przeciwłękowych, przeciwdepresyjnych, przeciwpsychotycznych. Czy w przeszłości pacjent był diagnozowany psychiatrycznie/psychologicznie? Jeżeli tak – czy była postawiona diagnoza? Czy przyjmował leki? Czy uczestniczył w psychoterapii lub terapii psychologicznej?
- Stopień nasilenia i kontroli objawów bólu i innych związanych ze stanem somatycznym, np. duszność. Jakie dolegliwości somatyczne zgłasza pacjent? W przypadku ich wystąpienia – jakie jest ich nasilenie? Czy zgłaszane dolegliwości są pod kontrolą?

Ocena
psychologicznego
funkcjonowania
pacjenta

Poznawcza reprezentacja choroby (subiektywny obraz choroby i leczenia). Co pacjent wie na temat swojej choroby? Jakie ma o niej wyobrażenia (np. wpływ choroby na dotychczasowe życie)? Jakie ma dotychczasowe doświadczenia w kontakcie ze służbą zdrowia? Skąd czerpie informacje o leczeniu? Uzyskane informacje wyrażają przekonania pacjenta, czy jego choroba może być leczona i wyleczona, oraz zakres, w jakim choroba może być kontrolowana przez niego samego lub inne osoby (np. personel medyczny):

- Zasoby osobiste, w tym sposoby radzenia sobie z sytuacją trudną. Czy pacjent ma poczucie wsparcia? Czy obecnie jego sytuacja życiowa (zawodowa, rodzinna) jest stabilna? W jaki sposób przed diagnozą onkologiczną chory radził sobie w pokonywaniu swoich życiowych trudności?
- Ważną kwestię stanowi także ocena ryzyka samobójstwa i pragnienie przyspieszonej śmierci (DHD – *the desire for hastened death*). Czy pacjent wyraża myśli rezygnacyjne? Czy jest zmotywowany i zaangażowany w proces leczenia? Czy przestrzega zaleceń terapeutycznych i współpracuje z personelem medycznym?

- Przeprowadzając badanie psychologiczne, warto jest też mieć na uwadze obecny onkologiczny stan kliniczny chorego oraz dotychczasowe i aktualne leczenie. Na jakim etapie diagnozy i/lub leczenia znajduje się pacjent? Moment diagnozy i rodzaj leczenia onkologicznego uaktywniają etapy adaptacji psychologicznej. Umownie wymienia się ich pięć: zaprzeczenie, bunt, targowanie się, depresja i akceptacja. Każdy z nich wiąże się z innymi emocjami, innym sposobem myślenia i zachowaniem. Jakie leki onkologiczne przyjmuje chory? Z jakimi konsekwencjami zabiegów się zмага?

Ważne!

Czynniki ryzyka wystąpienia objawów depresyjnych u pacjentów onkologicznych:

- indywidualne
 - występowanie zaburzeń nastroju w najbliższej rodzinie;
 - osobiste doświadczenie leczenia psychiatrycznego (zaburzenia nastroju, uzależnienie od alkoholu i substancji psychoaktywnych);
 - cechy osobowości związane z: osobowością typu D, zewnętrzną umiejscowienie kontroli, tłumienie emocji, objawy bezradności, brak nadziei;
- interpersonalne i społeczne czynniki ryzyka
 - historia stresujących wydarzeń życiowych (zwłaszcza strat);
 - samotność (pacjent samotny, rozwiedziony, w separacji, owdowiały);
 - izolacja społeczna, np. związana z leczeniem;
 - niski status społeczno-ekonomiczny;
 - brak wsparcia społecznego;
- biologiczne
 - rodzaj raka (np. płuc, trzustki, głowy i szyi, mózgu);
 - zaawansowany etap lub choroba z przerzutami;
 - niekontrolowane objawy fizyczne (np. ból, nudności, wymioty, zmęczenie);
 - czynniki zapalne (IL-interleukina 2; IL-6, TNF-a i cytokiny prozapalne);
- związane z leczeniem
 - leczenie immunologiczne (interferon-a);
 - leki (kortykosteroidy, metyldopa, beta-blokery, antybiotyki, klonidyna, inhibitory konwertazy angiotensyn – ACE);

- leki przeciwdrgawkowe (fenytoina, lewetyracetam);
- środki chemioterapeutyczne (winblastyna, winkrystyna, prokarbazyna).

Opis przypadku 1

Do przedstawienia specyfiki diagnozy depresji u pacjenta onkologicznego posłuży opis 52-letniej pacjentki O.D.

Chora z rozpoznaniem raka płuca. Stan po operacji. Od 3 dni hospitalizowana w celu radiochemioterapii.

Chora zgłoszona do konsultacji psychologicznej przez lekarza prowadzącego celem oceny stanu psychicznego – podejrzenie zaburzeń nastroju.

Przed diagnozą onkologiczną pacjentka była aktywna zawodowo (praca biurowa), zaangażowana w życie rodzinne i społeczne (rada dzielnicy). Nigdy nie konsultowana psychiatrycznie ani psychologicznie. Użytki neguje.

Protodiagnoza

Mąż chorej zaniepokojony zmianą w zachowaniu żony poprosił o konsultację psychologa. Martwił się, że żona nie radzi sobie w sytuacji leczenia. Relacjonował, że jest przygnębiona, smutna i wydaje się nieobecna. Trudno było jej przypomnieć sobie, co działo się w okresie pomiędzy odwiedzinami męża. Nie odbierała telefonu ani nie odpisywała na SMS. Większość dnia przebywała w łóżku. Pomimo wcześniejszej dbałości o wygląd, obecnie zaniedbywała higienę.

W przeżyciu pielęgniarek drażliwa. W nocy pobudzona, weszła w konflikt z pielęgniarką, której zarzuciła brak podania wieczornej dawki leku.

W badaniu: pacjentka leżała w łóżku. Kontakt werbalny był zachowany. W sposobie i treści wypowiedzi widoczny był niepokój. Chora nie zawsze odpowiadała zgodnie z zadaniem pytaniem; spontanicznie dzieliła się dygresjami dotyczącymi życia synów. Prezentowała nieznacznie obniżony nastrój, w emocjach pojawiał się smutek i rozdrażnienie. Zaprzeczyła, że ma trudności ze snem i że była sytuacja konfliktowa z pielęgniarką. Chora miała trudność w przedstawieniu chronologii dotychczasowego leczenia oraz wydarzeń z historii swojego życia. Myliła imiona i wiek synów. Nie pamiętała, kiedy postawiona została diagnoza onkologiczna, jaki rodzaj leczenia był przeprowadzony, z jakiego powodu znajduje się obecnie w klinice. Szczegółowe pytania zadane celem doprecyzowania informacji

spowodowały u chorej irytację. Uwagę przekierowała wówczas na ból w klatce piersiowej.

Psycholog za pomocą pytań z przesiewowych narzędzi neuropsychologicznych ocenił u chorej funkcje poznawcze. Badanie ujawniło zaburzenie funkcji poznawczych na poziomie otępienia w stadium umiarkowanym.

Ze względu na aktualny wynik badania tomografii komputerowej głowy, onkolog wykluczył przerzuty do mózgowia. Zlecono konsultację kardiologiczną.

Diagnoza: zator płucny. Pacjentka w trybie pilnym została przewieziona karetką do szpitala na oddział kardiologii.

Psychologiczną ocenę funkcjonowania pacjenta onkologicznego przeprowadza się za pomocą wywiadu. Jeśli jednak podczas rozmowy obserwujemy – lub pacjent sam zgłasza – objawy depresyjne, warto (zwłaszcza w pierwszych latach pracy zawodowej) potwierdzić ich obecność i nasilenie obiektywnymi narzędziami klinicznymi. Wypróbowanymi i rekomendowanymi klinicznymi narzędziami diagnostycznymi do oceny objawów depresyjnych u pacjentów onkologicznych są:

Narzędzia diagnostyczne

1. Inwentarz depresji Becka (BDI – *Beck depression inventory*) (w polskiej adaptacji: zob. Paranowski i Jernajczyk, 1977) to trafne i rzetelne narzędzie służące do oceny głębokości depresji oraz pozwalające na odróżnianie osób zdrowych od chorych. Pozwala on określić ogólne nasilenie depresyjności oraz nasilenie następujących jej składowych: obniżenia nastroju, obniżenia aktywności złożonej, lęku, somatyzacji i zaburzeń rytmów biologicznych. Ostatnie dwa czynniki można rozpatrywać łącznie jako objawy somatyczne. Podskale umożliwiają kontrolowanie somatycznych objawów związanych z chorobą i leczeniem onkologicznym wchodzących w obraz kliniczny depresji.
2. Szpitalna skala lęku i depresji (HADS – *hospital anxiety and depression scale*) (w polskiej adaptacji zob. de Walden-Gałuszko, 2011; Majkovicz 2000) – HADS-M zawiera trzy podskale **lęku, depresji i rozdrażnienia/agresji**.
3. Skala depresji, lęku i stresu DASS (*depression, anxiety, stress scales*) (kwestionariusze do pobrania w polskiej adaptacji prof. Marty Makary-Studzińskiej: <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/Polish/Polish.htm>) – zakłada, że lęk, depresja i stres emocjonalny stanowią oddzielne doświadczenia. Skala stresu dotyczy napięcia, drażliwości oraz podenerwowania. Skala depresji

Inwentarz depresji Becka

Szpitalna skala HADS

Skala DASS

charakteryzuje się odczuwaniem utraty własnej wartości, motywacji i zainteresowania. Skala lęku dotyczy ogólnego autonomicznego pobudzenia oraz odczuwania niepokoju.

Narzędzie
diagnostyczne

Do diagnozy pacjentów, u których ze względu na rodzaj i lokalizację choroby (np. obszar mózgu) lub intensywne leczenie onkologiczne podejrzewamy organiczne podłoże objawów depresyjnych, warto użyć testów i klinicznych prób neuropsychologicznych. W praktyce klinicznej jako trafne i rzetelne narzędzie do przesiewowej oceny dysfunkcji poznawczych sprawdza się MoCA (*Montreal cognitive assessment*).

W sytuacji rozpoznania u pacjenta czynników ryzyka rozwoju objawów depresyjnych zaleca się, aby psycholog pozostał z chorym w kontakcie i poprzez regularną ocenę stanu psychicznego monitorował proces adaptacji do choroby i leczenia. Użytecznymi psychologicznymi oddziaływaniami na tym etapie kontaktu z pacjentem mogą być psychoedukacja oraz rozmowy o charakterze wsparcia emocjonalnego. Rozmowy takie mogą czerpać zarówno z dorobku psychologii poznawczo-behawioralnej, systemowej, psychodynamicznej czy egzystencjalnej. Ważne, aby stanowiły wsparcie dla indywidualnych sposobów radzenia sobie i były spójne z funkcjonowaniem chorego.

W przypadku obecności objawów depresyjnych ważne jest ustalenie konsultacji psychiatrycznej celem ustalenia psychiatrycznego leczenia farmakologicznego.

Konsekwencje
współwystępowania
depresji

Współwystępowanie objawów zaburzeń depresyjnych i innych chorób somatycznych najczęściej jest związane z:

- wyższymi kosztami leczenia;
- niską jakością życia (QoL);
- nasileniem i/lub ryzykiem powikłań objawów somatycznej choroby podstawowej (zwłaszcza bólu);
- zmniejszeniem zdolności do samodzielnego funkcjonowania;
- zmniejszeniem przestrzegania zaleceń terapeutycznych;
- niekorzystnymi zachowaniami zdrowotnymi (sposób odżywiania, siedzący tryb życia, korzystanie z używek, np. palenie papierosów);
- zwiększoną śmiertelnością (w tym ryzyko samobójstw).

Anna Syska-Bielak – dr nauk medycznych. Studia psychologiczne ukończyła na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach w 2006 roku. Obecnie specjalista psychologii klinicznej w Narodowym Instytucie Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut badawczy w Gliwicach. Certyfikowany psychoonkolog Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego. Jest Psychoterapeutą psychodynamicznym związanym z Krakowskim Centrum Psychoterapii Psychodynamicznej.

BIBLIOGRAFIA

1. Acee A.M. (2010), *Detecting and managing depression in type II diabetes: PHQ-9 is the answer! Medsurg nursing*, Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses, 19, s. 32–38.
2. Almeida S.S., Zizzi F.B., Cattaneo A., Comandini A., Di Dato G., Lubrano E., Pellicano C., Spallone V., Tongiani S., Torta R. (2020), *Management and Treatment of Patients With Major Depressive Disorder and Chronic Diseases: A Multidisciplinary Approach*. "Front Psychol." Sep 24; 11:542444. doi: 10.3389/fpsyg.2020.542444. PMID: 33101117; PMCID: PMC7546762.
3. Caruso R., Nanni M.G., Riba M., Sabato S., Mitchell A.J., Croce E., Grassi L. (2017), *Depressive spectrum disorders in cancer: Prevalence, risk factors and screening for depression: A critical review*, "Acta Oncol.", 56:2, s. 146–155.
4. de Walden-Gałuszko K. (2011), *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*, Warszawa: PZWL.
5. Dietzfelbinger H., Raßmann I., Abbrederis K. (2017), *Zespół przewlekłego zmęczenia jako podstawowy stresor*, w: Dorfmueller M., Dietzfelbinger H. (red.), *Psychoonkologia*, Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
6. Dudek D., Siwek M. (2007), *Współistnienie chorób somatycznych i depresji*, „Psychiatria” 4:1, s. 17–24.
7. Frank, J.D. (1974), *Psychotherapy: The restoration of morale*. Am. J. "Psychiatry" 131, s. 271–274.
8. Holland J., (2004), *IPOS Sutherland Memorial Lecture: An international perspective on the development of psychosocial oncology: overcoming cultural and attitudinal barriers to improve psychosocial care*, "Psycho-Oncology" 13:7, 445–459.

9. Holland J., Andersen B., Booth-Jones M. (2003), *Distress management clinical practice Guidelines*, "J Natl Compr Canc Netw" 1, s. 344–374.
10. ICD-10 (1997), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków–Warszawa: Vesalius.
11. Jacobsen J.C., Maytal G., Stern T.A. (2007), *Demoralization in medical practice*, "Prim Care Companion J Clin Psychiatry" 9:2, s. 139–143.
12. Majkovicz M. (2000), *Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej – wybrane techniki badawcze*, w: de Walden-Gałuszko K., Majkovicz M. (red.) *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*, wyd. 1. Gdańsk: Akademia Medyczna, Zakład Medycyny Paliatywnej, s. 34–36.
13. Miller K., Massie M.J. (2010), *Depressive disorders*, w: Holland J. (red.), „Psycho-Oncology”, New York: Oxford University Press.
14. Miodek A., Szemraj P., Kocur J., Ryś A. (2007), *Masked depression: History and present days*, „Polski Merkurusz Lekarski” 23:133, s. 78–80.
15. NCCN, (1999), *National Comprehensive Cancer Network practice guidelines for the management of psychosocial distress*, J Holland Oncology (Huntington), 13, s. 113–147.
16. Nease D.E. Jr., Maloin J.M. (2003), *Depression screening: A practical strategy*, "J Fam Pract" 52:2, s. 118–124.
17. Parnowski T., Jernajczyk W. (1977), *Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*, „Psychiatria Polska” 4, s. 415–421.
18. Raison C.L., Miller A.H. (2003), *Depression in cancer: New developments regarding diagnosis and treatment*, "Biol Psychiatry" 1:54(3), s. 283–294.
19. Read J.R., Sharpe L., Modini M., Dear B.F. (2017), *Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis*, "J Affect Disord" 221, s. 36–46.
20. Rodin G., Katz M., Lloyd N., Green E., Mackay J.A., Wong R.K. (2007), *Treatment of depression in cancer patients*, *Curr Oncol.*, 14:5, s. 180–188.
21. Schildkraut J.J., Klein D.F. (1975), *The classification and treatment of depressive disorders*, w: Shader R.I. (red.), *Manual of psychiatric therapeutics: Practical psychopharmacology & psychiatry*, Boston, MA: Little, Brown & Company.

