

Zaburzenia psychiczne w przebiegu choroby nowotworowej

Mental disorders in the course of neoplasms

Agnieszka Rolińska¹, Ola Furmaga²,
Wojciech Kwaśniewski³, Marta Makara-Studzińska¹

¹ Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego w Lublinie

² Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Zakład Immunologii Medycznej i Immunoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

W przebiegu choroby nowotworowej u pacjentów pojawić się mogą zaburzenia psychiczne o charakterze adaptacyjnym jako reakcja na zaistniałą sytuację chorobową, a także w wyniku patologicznych zmian do jakich dochodzi w organizmie w wyniku postępującego procesu degeneracyjnego. Niektórzy pacjenci przejawiają choroby psychiczne współistniejące niezależnie od nowotworu. Jednak u większości zaburzenia te są związane z zaistnieniem czynników onkologicznych. Do zaburzeń psychicznych, które najczęściej pojawiają się w nowotworach należą: depresja i zaburzenia lękowe, następnie zaburzenia świadomości, a także zaburzenia psychoorganiczne i psychotyczne. Patologiczne objawy psychiczne ze strony chorego znacznie utrudniają komunikację pomiędzy pacjentem a lekarzem, ograniczają możliwości chorego w zakresie wyrażania własnych potrzeb czy określenia doznań bólowych. Co więcej w przypadku guzów mózgu często wyprzedzają one pojawienie się ogniskowych objawów neurologicznych. Dlatego tak ważna jest ich wczesna diagnoza u pacjentów onkologicznych i wprowadzenie odpowiedniej terapii farmakologicznej lub wsparcia psychologicznego.

Słowa kluczowe: nowotwór, guzy, zaburzenia psychiczne

Abstract

In the course of neoplastic disease in patients mental adaptation disorders can appear, being the response to the situation of severe disease and also as a result of pathological changes which are caused in organism by progressive degenerative process. Some patients suffer from mental disorders which exist irrespective of tumour. However in most of them these disturbances are related with oncological factors. Mental disorders which most often appear in the course of neoplasms are: depression and anxiety disorders, also disorders of consciousness, psychoorganic and psychotic disorders. Pathological psychic symptoms manifested by patients hamper communication between the patient and the doctor and also limit the ill person's possibilities to express own needs and describe pain. Moreover in case of brain tumours, psychic symptoms often appear before focal neurological symptoms. Therefore it's very important to diagnose them early in oncological patients and initiate suitable pharmacological therapy and psychological support.

Keywords: neoplasms, tumours, mental disorders

Wstęp

Rozpoznanie nowotworu wywołuje w życiu jednostki poważny kryzys emocjonalny i zmusza do, lepszego bądź gorszego, przystosowania się do zaistniałej sytuacji. Na wieść o zagrażającej diagnozie chorzy reagują często nieświadomie jedynym z mechanizmów obronnych osobowości tj. zaprzeczaniem [1]. Nie dowierzają informacji o chorobie, przekonują samych siebie i swoich bliskich że to niemożliwe, tłumaczą sytuację jako pomyłkę albo szukają „lepszyc” źródeł potwierdzenia- udając się do innego lekarza. Zazwyczaj pacjenci onkologiczni przechodzą fazy reakcji emocjonalnych, charakterystyczne dla procesu przystosowania się do choroby w ogóle: szok i niedowierzanie; złość i bunt; depresja, rozpacz

i lęk; przystosowanie się i akceptacja [2]. Oczywiście na przebieg poszczególnych faz wpływają różne czynniki, jak czas trwania procesu nowotworowego czy dostępność wsparcia bliskich osób.

Mechanizmy adaptacji psychicznej do choroby nowotworowej w znacznej mierze odzwierciedlają sposoby radzenia sobie z silnym stresem w ogóle. Zaś samą sytuację w jakiej znaleźli się pacjenci można odczytywać jako specyficzną i permanentną sytuację stresową, wywołującą określone emocje i zachowania. Wielu badaczy podkreśla istotne znaczenie radzenia sobie ze stresem w przystosowaniu do nowotworu. Niektórzy twierdzą, że stosowane formy radzenia sobie pełnią funkcję pośrednią między wiekiem i stadium zaawansowania choroby

a przystosowaniem do niej [3]. Warto w tym względzie odwołać się do koncepcji poznawczej Taylor, która opracowana została w oparciu o badania nad pacjentami z nowotworami. Istotną rolę przypisano w niej pozytywnym formom radzenia sobie z nowotworem, czyli:

- wzmacnianiu swojej samooceny np. poprzez porównywanie się z osobami które znajdują się w znacznie gorszej sytuacji,
- zmianie perspektywy patrzenia i oceniania swojego życia np. nadanie głębokiego znaczenia doznawanemu cierpieniu,
- umocnieniu swojego poczucia kontroli nad biegiem zdarzeń np. poprzez aktywne angażowanie się w proces leczenia, zdobywanie informacji o swojej chorobie i dostępnych metodach terapii [2].

Jednak gdy możliwości przystosowania jednostki są ograniczone albo okazują się niewystarczające, do zmagania się ze świadomością postępującego procesu nowotworowego, może dojść do załamania się mechanizmów obronnych osobowości i pojawienia się zaburzeń psychicznych jako reakcji na zaistniałą sytuację. Poza tym choroby psychiczne, mogą wystąpić także w wyniku patologicznych zmian do jakich dochodzi w przebiegu nowotworu w organizmie, a więc pod wpływem czynników endogennych. Do zaburzeń psychicznych, które najczęściej pojawiają się w chorobie nowotworowej należą zaburzenia adaptacyjne o charakterze depresyjnym, lękowym i mieszanym, następnie zaburzenia świadomości, a także zaburzenia psychoorganiczne i psychotyczne [4]. Ponadto niektórzy pacjenci mogą przejawiać choroby psychiczne współistniejące niezależnie od nowotworu.

Depresja i zaburzenia lękowe w chorobach nowotworowych

Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej rozwijają się przede wszystkim w wyniku doświadczania ogromnego lęku, związanego z zaistniałym stanem chorobowym. Nowotwór jest chorobą, która wyjątkowo silnie odciska swoje piętno nie tylko w sferze somatycznej, ale także w psychice pacjenta. Już samo jego rozpoznanie rodzi w ludziach ogromny lęk. W świadomości społecznej, bez względu na stopień zamożności i rozwoju gospodarczego państwa, powszechne jest bardzo silne skojarzenie diagnozy choroby nowotworowej z nieuniknioną śmiercią [5,6]. Lęk przed tym schorzeniem wzmacnia ilość osób umierających co roku na nowotwory, którym medycyna nie jest w stanie pomóc. Siłę negatywnych emocji, które wywołuje w ludziach już samo myślenie o tej chorobie doskonale odzwierciedlają badania dotyczące udziału poszczególnych grup społecznych w bezpłatnych profilaktycznych badaniach wczesnej wykrywalności nowotworu. Z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wynika, że jedynie 50 procent

kobiet posiadających ubezpieczenie zdrowotne brało udział w badaniu w latach 2006-2009 [7]. Z kolei w Polsce z danych podawanych przez NFZ wynika, że zdecydowana większość Polek nie bierze udziału w bezpłatnych badaniach profilaktycznych. W 2007 roku NFZ wysłał ponad 2,7 mln zaproszeń na badania wykrywające guza piersi [7]. Skorzystało z nich tylko 23,5 procent zaproszonych. Jest to niepokojące zjawisko biorąc pod uwagę podkreślaną przez lekarzy zależność między powodzeniem terapii onkologicznej a zdiagnozowaniem nowotworu we wczesnej fazie jego rozwoju. Ponadto w przeprowadzonych w Polsce badaniach zaobserwowano, że jedną z zasadniczych przyczyn niskiej frekwencji kobiet w tego rodzaju przedsięwzięciach jest lęk przed ewentualnym wykryciem tej choroby, przed konfrontacją z zagrażającą diagnozą [5,8]. Należy podkreślić, że każda zdrowa psychicznie osoba w sytuacji zagrożenia (zwłaszcza własnego życia i zdrowia) odczuwa lęk. Tego rodzaju doznania lękowe w chorobie nowotworowej są jak najbardziej adekwatne. Często jednak u chorych nie dostrzega się patologicznych reakcji lękowych, których objawy w sferze poznawczej, behawioralnej i wegetatywnej wykraczają poza objawy właściwe dla normalnych, typowych reakcji fizjologicznych w odpowiedzi na doznawane obawy. Gdy natężenie doświadczanego przez pacjenta lęku powoduje dramatyczną dezorganizację jego codziennej aktywności i doprowadza do zaniebdywania terapii onkologicznej niezbędne jest wprowadzenie leczenia farmakologicznego przez psychiatrę lub objęcia pacjenta wsparciem psychologicznym.

Jeśli chodzi o depresję, zauważa się różnice w wynikach częstości jej występowania wśród pacjentów onkologicznych, podawanych przez autorów. Mieszczą się one w szerokim przedziale od 20% do 50% [9,10]. Wpływ na tak duże różnice w szacowaniu rozpowszechnieniu depresji wśród osób chorych na nowotwory mają m.in. stosowanie odmiennych metod badawczych, nieuwzględnianie rodzaju nowotworu, fazy jego rozwoju i czasu diagnozy. Przede wszystkim należy podkreślić brak wystandardyzowanych kryteriów diagnostycznych dla depresji w chorobie nowotworowej [9]. Są one istotne tym bardziej, że niektóre z objawów depresyjnych mogą przypominać objawy charakterystyczne dla tej choroby. Niektórzy autorzy zauważają, że może być to przyczyną niedoszacowania częstości występowania depresji wśród pacjentów onkologicznych [9,11]. Jak wynika z badań na rozwój depresji w chorobie nowotworowej wpływają następujące czynniki: brak wsparcia społecznego, emocjonalnego, materialnego, negatywne skutki uboczne procesu leczenia, doznawany ból fizyczny, zmiany w wyglądzie, rodzaj i jakość otrzymywanego leczenia, brak poczucia kontroli nad dynamiką przebiegu choroby, poczucie zagrożenia życia, potrzeba hospitalizacji, utrata samodzielności i niemożność pełnienia dotychczasowych

zadań i ról społecznych [1,10,12]. Warto podkreślić, że odnotowuje się zależności między mniejszym nasileniem depresji i lęku u chorych na nowotwory a zmiennymi takimi, jak posiadanie dzieci, partnera oraz lepszym wykształceniem [10,12]. Najpoważniejszą konsekwencją depresji u pacjentów onkologicznych jest przede wszystkim brak motywacji do leczenia, a także próby samobójcze.

Zaburzenia świadomości a nowotwory

Obok zaburzeń depresyjnych i zaburzeń lękowych w przebiegu chorób nowotworowych, może dochodzić do zaburzeń świadomości. Najczęstszymi ich przyczynami w chorobach onkologicznych są: niedotlenienie ośrodkowego układu nerwowego, zaburzenia wodno- elektrolitowe, ciężkie infekcje, niewydolność narządowa (wątroby, płuc, nerek), a także reakcja na niektóre leki, powikłania sterydo-, radio-, chemo-, immunoterapii [13]. Zaburzenia świadomości pojawiają się często w okresie terminalnym choroby. Majaczenie występuje u 15-30% chorych hospitalizowanych w oddziałach onkologicznych, u około 75% pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej, przy czym przed śmiercią wzrasta do 80-90% [14]. W ostatnich 24-48 godzinach życia u większości pacjentów obserwuje się nieodwracalne zaburzenie funkcji poznawczych. Pacjent hospitalizowany z powodu majaczenia wymaga szczególnego dozoru pielęgniarstwa. Leczenie farmakologiczne w przypadku nadmiernego pobudzenia, halucynacji i zaburzenia cyklu snu i czuwania jest konieczne, jednak decyzję o podaniu leków sedatywnych lub neuroleptyków należy zawsze podejmować indywidualnie w stosunku do każdego pacjenta, z uwzględnieniem wszelkich przeciwwskazań wynikających z jego ogólnego stanu chorobowego.

Zaburzenia psychiczne o podłożu organicznym w nowotworach

Organiczne zaburzenia psychiczne (związane są z zaburzeniem funkcji mózgu w wyniku postępującej choroby lub niezbędnej interwencji np. chirurgicznej) mogą pojawiać się pod postacią lękową, depresyjną, psychotyczną, a także jako zaburzenia funkcji poznawczych.

Okolo 35% pacjentów z nowotworami narządowymi ma przerzuty do ośrodkowego układu nerwowego [15]. Objawy przerzutów są właściwie jednakowe jak w przypadku innych guzów w obrębie OUN, przy czym poza napadami padaczkowymi, zaburzeniami ruchowymi, bólami głowy, ataksją, obrzękiem tarczy nerwu wzrokowego, mogą pojawić się także zaburzenia psychiczne. Co ważne są one często pierwszymi objawami procesu rozrostowego w OUN i często wyprzedzają ogniskowe objawy neurologiczne [16]. W zaburzeniach psychicznych spowodowanych obecnością guza mózgu wyróżnia się następujące objawy: rzekomonerwicowe, jakościowe

i ilościowe zaburzenia świadomości, zaburzenia funkcji poznawczych oraz objawy zespołu otępiennego [17]. We wczesnej fazie rozwoju guza pojawiają się cechy charakterystyczne dla organicznych zaburzeń osobowości np. znaczna labilność nastroju, lepkość, zaleganie i nietrzymanie afektu, wybuchowość i drażliwość. Z upływem czasu dochodzą objawy otępienne: zaburzenia pamięci świeżej, zaburzeń orientacji i stopniowe pogorszenie funkcjonowania chorego [18]. Przy podejrzeniu zespołu otępiennego zawsze należy sprawdzić obecność guza mózgu [19]. Kolejnym powikłaniem guzów mózgu mogą być zaburzenia depresyjne, lęk, a także urojenia.

Podsumowanie

Należy podkreślić, że choroby psychiczne występujące w przebiegu nowotworu w znaczący sposób utrudniają komunikację z chorym i jego możliwości w zakresie wyrażania własnych odczuć i potrzeb, a także współpracę pomiędzy lekarzem a pacjentem niezbędną dla właściwego prowadzenia procesu leczenia. Dotyczy to zwłaszcza terminalnej fazy choroby nowotworowej, gdy jakość porozumiewania się chorego z lekarzem ma zasadnicze znaczenie dla prowadzenia odpowiedniej terapii łagodzącej ból. Co więcej obniżają motywację pacjenta do leczenia, a w niektórych przypadkach znacząco zwiększają ryzyko podejmowania przez niego prób samobójczych. Dlatego tak ważne jest, przy wystąpieniu wszelkich patologicznych objawów psychicznych u chorego, nawiązanie współpracy z psychiatrą i psychologiem w celu jak najszybszego wprowadzenia leczenia farmakologicznego lub pomocy psychologicznej.

References

1. Kozaka J. Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych. W: Borys B., Majkiewicz M. red., Psychologia w medycynie. Gdańsk; Wydawnictwo Akademii Medycznej: 2006, s. 399-407.
2. Dolińska-Zygmunt G. Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych. W: Dolińska-Zygmunt G. red., Podstawy psychologii zdrowia. Wrocław; Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego: 2001, s. 45-61.
3. Juczyński Z. Psychoonkologia jako dziedzina badań i praktyki klinicznej. Psychoonkologia, 2002; 6 (3): 71-75.
4. Derogatis L., Morrow G., Fetting J. (et.al.) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA, 1983; 249 (6): 751-757.
5. Chojnacka-Szawłowska G. Sytuacyjny i osobowościowy komponent lęku wobec diagnozy onkologicznej. Przegląd Psychologiczny, 1996; 39 (2): 53-65.
6. Jokić M. Uświadomienie społeczeństwa polskiego o nowotworach w latach 1976, 1986 i 1990 oraz wpływające na nie czynniki. Medycyna, 2000; 45/46: 37-39.
7. Niska frekwencja kobiet w badaniach mammograficznych [online]. [dostęp: 2011.12.27] Dostępny w World Wide Web: www.naukawpolsce.pap.pl
8. Marcinkowska M., Mazurkiewicz P., Kozaka J., Stencel A. Przyczyny niskiej frekwencji kobiet w profilaktycznych badaniach mammograficznych. Psychoonkologia, 2006; 2: 57-63.

9. Pasquini M., Biondi M. Depression in cancer patients: critical review. *Clin pract and epidemiol in mental health*, 2007; 3 (2): 1-9.
10. Nowicki A., Rządkowska B. Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współ Onkol*, 2005; 9 (9): 396-403.
11. Spoletini I., Gianni W., Repetto L. (et. al.) Depression and cancer: an unexplored and unresolved emergent issue in elderly patients. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2008; 65 (2): 143-55.
12. Ohnishi H. Mental distress in cancer patients. *Masui*, 2011; 60(9): 1024-31.
13. De Walden-Gałuszko, K. *Psychoonkologia*. Kraków; Biblioteka Psychiatrii Polskiej: 2000.
14. Bączyk Ewa, Łuczak Jacek: Ostry stan splątania (delirium) w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Nowa Medycyna*, 2000; 1: 68- 72.
15. Grzegorz Giemza, Krzysztof Kucia, Beata Trędzbor (i in.): Trudności diagnostyczne u pacjenta z przerzutami czerniaka do ośrodkowego układu nerwowego- opis przypadku. *Onkologia Info* 2009; 6 (5): 168-171.
16. Bilikiewicz A., Smoczyński S. Zaburzenia psychiczne wczesne. W: Bilikiewicz A., Smoczyński S. red., *Psychopatologia guzów śródczaszkowych*. Warszawa; PZWL: 1989, s. 1425-8.
17. Balmaceda M.C. Guzy Przerzutowe. W: Rowland L.P. red., *Neurologia*. Wrocław; Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner: 2004, s. 378-390.
18. Bilikiewicz A., Smoczyński S. Wiadomości ogólne o psychopatologii guzów śródczaszkowych. W: Bilikiewicz A., Smoczyński S. red., *Psychopatologia guzów śródczaszkowych*. Warszawa; PZWL: 1989, s. 713-720.
19. Jaskólski D., Papierz W., Biernat W., Liberski P. Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego. W: Wojciech Kozubski, Paweł P. Liberski red., *Choroby układu nerwowego*. Warszawa; PZWL: 2004, s. 152-153.

Correspondence address

Agnieszka Rolińska
Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego w Lublinie
e-mail: aga.rolinska@gmail.com