

Roman Mikuła, Semko Lipiec

Wybrane zagadnienia opieki psychiatryczno-
-psychologicznej u chorych na choroby
nowotworowe

*Selected aspects of psychological
and psychiatric care of patients
with neoplastic diseases*

Streszczenie

Psychiatria i psychologia w hematologii obejmują szeroki zakres oddziaływań psychiatryczno-psychologicznych: elementy diagnostyki, a przede wszystkim terapii, w tym psycho- i farmakoterapii oraz pomocy psychospołecznej skierowanej do samego pacjenta, ale również jego rodziny i opiekunów. Bezdyskusyjny jest wpływ kondycji psychicznej na jakość współpracy z lekarzem i efekty leczenia, a także na jakość życia osoby dotkniętej chorobą. Współczesne światowe standardy leczenia onkologicznego zakładają równoczesne objęcie chorego szerokim spektrum pomocy, również psychiatryczno-psychologicznej. W rozdziale omówiono możliwe reakcje, postawy i przeżycia na poszczególnych etapach choroby, ale także okoliczności, w których mamy do czynienia z psychopatologią.

Słowa kluczowe: psychoonkologia, depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia stresowe, farmakoterapia, psychoterapia, samobójstwo, interwencja kryzysowa, psychiatria, psychologia, opieka paliatywna

Abstract

Psychiatry and psychology in hematology covers a wide range of psychiatric and psychological influences in oncology. Influences refer to diagnostics, but first of all to therapy, therein psychotherapy, pharmacotherapy and psychosocial help given to patient and its family and protectors as well. The fact that psychological condition affect the quality of cooperation with doctor and effects of treatment, and also the quality of patients life in disease, is undisputed. Contemporary world standards of oncological treatment assume simultaneous taking patient under wide spectrum of help, therein psychiatric and psychological help. In the chapter we undertook the discussion on possible reactions, attitudes and experiences on each stage of disease, as adequate to situation, but also those circumstances when we deal with psychopathology.

Key words: psychooncology, depression, anxiety disorder, stress disorder, pharmacotherapy, psychotherapy, suicide, crisis intervention, psychiatry, psychology, palliative care

Jest taka cierpienia granica, za którą się uśmiech pogodny zaczyna
Czesław Miłosz „Walc”

WSTĘP

Pacjent z chorobą nowotworową to pacjent, który wymaga podejścia wieloaspektowego, przeżywa bowiem chorobę w wielu wymiarach.

Po pierwsze, wymiar medyczny – jednoznaczność wyników badań laboratoryjnych wyjaśnia złe i coraz gorsze samopoczucie, konstytuuje intuicyjnie przeżywany lęk przed najgorszym, niezrozumienie terminów i procedur łączy się z nadzieją i koniecznością jak najszybszego działania – podjęcia leczenia.

Po drugie, wymiar społeczny – nowotwór to wyrok, często wykluczenie, ale też uzasadnienie jak najlepszej opieki.

Konteksty medyczny i społeczny przechodzą w wymiar indywidualny – osobistego przeżywania choroby. Kryzys wymagający weryfikacji dotychczasowego systemu wartości i światopoglądu [Płużek 1991]. To jednak nie tylko pytanie o to, jak żyć. Nowotwór to także pytanie o śmierć. To filozofia życia i odejścia.

Z kolei wymiar psychiatryczny to przeżycie depresji, szans, jakie daje farmakoterapia, i jej skutków, konieczności szybkiej i skutecznej pomocy uwzględniającej kondycję psychiczną i stan somatyczny, zwłaszcza że częstość zaburzeń psychicznych jest w tej grupie chorych znaczna. Marginalizowanie tego faktu jest powodem „niedodiagnozowania” tego typu zaburzeń, co z kolei utrudnia skuteczną opiekę medyczną i jest źródłem cierpienia dla chorego i jego rodziny [Trzebiatowska 2000].

Aspekt psychologiczny obejmuje szeroko rozumiane wsparcie na każdym etapie choroby, poprzedzone indywidualną diagnozą osobowości zarówno chorego, jak i jego rodziny.

Psycholog czy psychiatra pracujący z pacjentem chorym somatycznie musi zachować szczególny rodzaj uwagi i ostrożności. Istnieje bowiem ryzyko nadinterpretacji i uproszczenia, gdy albo przecenia się wpływ i rolę czynników psychologicznych, albo też sprowadza się cierpienie do wyłącznie biologicznych mechanizmów i uwarunkowań.

CHOROBA JAKO KRYZYS

Doświadczenie choroby nowotworowej to stan głębokiego kryzysu psychologicznego. Kryzys ten wyraża się na płaszczyźnie poznawczej, emocjonalnej i behawioralnej. Obejmuje reakcje biologiczne, nasz aparat psychiczny i sferę duchowości. Samo słowo „kryzys” jest terminem wieloznacznym, choć w języku polskim, a zwłaszcza potocznym, jego rozumienie zawiera wyłącznie konotacje negatywne. Amerykański psycholog

Gordon Willard Allport zaproponował definicję, która wydaje się szczególnie użyteczna dla niniejszych rozważań. Rozumie on stan kryzysu jako sytuację emocjonalnego i umysłowego stresu, która wymusza zmianę perspektyw, ale w ciągu krótkiego czasu. Istotne jest, że te zmiany perspektyw pociągają za sobą zmiany struktury osobowości, które z kolei mogą być progresywne albo regresywne [Płużek 1991]. Z definicji wynika, że człowiek w sytuacji kryzysowej pod wpływem traumatycznego zdarzenia nie może skorzystać z dotychczasowych sposobów radzenia sobie, bo są one nieskuteczne, niewystarczające, zmuszony jest więc do uruchomienia nowych sposobów adaptacji. Kryzys psychiczny chorych na nowotwory cechuje pewna dynamika. Jest to proces rozwijający się etapami, następującymi po sobie, z dość nieostrych granicami, ale umożliwiającymi właśnie adaptację do tej nowej, dramatycznej sytuacji. Etapom tym towarzyszą określone reakcje zależne w dużej mierze od wykorzystywanych mechanizmów obronnych. Pojęcie mechanizmu obronnego rozumiane będzie jako w większości nieświadoma aktywność psychiczna obejmująca przeżywanie i działanie. Mechanizmy obronne są uniwersalne, wspólne wszystkim ludziom, niezależnie od wieku, płci, stanu zdrowia. Działają automatycznie, bez udziału woli. Pozwalają zachować poczucie bezpieczeństwa osobistego, a jednocześnie w sposób charakterystyczny fałszują obraz samego siebie i otaczającej rzeczywistości. Same w sobie nie są ani dobre, ani złe, nie rozwiązują żadnego problemu, pomagają jedynie poradzić sobie z przykrymi emocjami, które towarzyszą określonym sytuacjom. Celem mechanizmów obronnych jest uniknięcie bólu psychicznego lub zredukowanie silnego nieprzyjemnego uczucia (np. lęku), podtrzymanie samooceny [Płużek 1991, McWilliams 2009]. W dalszej części omówione zostaną kolejne etapy reakcji na chorobę i mechanizmy obronne, które wydają się najbardziej charakterystyczne dla poszczególnych faz.

ETAPY CHOROWANIA

Etap szoku to czas ustalenia rozpoznania. Pacjenci, charakteryzując ten etap, mówią o odczuciu paraliżu, odrętwienia psychicznego, o stanie, który chwilami wydaje się nierzeczywisty, jak gdyby obok nich. Reakcje emocjonalne są na ogół gwałtowne lub skrajne: płacz, krzyk lub stupor i otamowanie reakcji emocjonalnych na skutek zbyt silnego stresu. W zachowaniu pojawia się często nieadekwatna i chaotyczna aktywność, często szukanie wsparcia i regres wyrażający się niemal całkowitą bezradnością i zależnością. Stan taki może trwać kilka godzin, dni lub tygodni. Jest to zależne od osobowości, ale także aktualnej sytuacji zewnętrznej. To w tej fazie pojawia się lęk. Emocja ta będzie utrzymywać się bardzo długo – miesiące, a nawet lata. Ma na ogół różny stopień nasilenia i zróżnicowany charakter. Od stanu przerażenia i paniki po wolno płynący, stale obecny niepokój. Jedna z pacjentek po upływie roku od ustalenia rozpoznania mówi na ten temat: „Lęk jest cały czas, mój tydzień to wiele różnych kolorów i barw, które oznaczają różne sytuacje, zdarzenia, ale przez wszystkie dni przebiega gruba czarna krecha i to jest ten lęk” [Lipiec 2010]. Niezależnie od tego, co będzie się działo dalej, w tej fazie szczególnie ważna wydaje się rola lekarza informującego o rozpoznaniu bądź podejrzeniu rozpoznania oraz innych osób mogących dać wsparcie. Pacjent jest bezradny i zagubiony. Silnie jatrogenne działanie ma – nadal zdarzający się – błąd w postaci odbierania nadziei, podawania przypuszczalnego okresu przeżycia lub wzmacniania informacji co

do śmiertelności. Chorzy doskonale pamiętają ten moment także na kolejnych etapach leczenia. Wydaje się też, że stale nawiązują do tego komunikatu w swoich rozmowach. Jest jak refren w przebiegu kolejnych faz: diagnostyki, terapii, remisji czy pogorszenia. Najczęściej jednak onkolodzy w kontakcie z chorymi zmirzają do podawania konkretnych, tzw. suchych faktów dotyczących choroby, często procentowo określając szanse na wyzdrowienie. Tymczasem pacjent w każdym momencie powinien uzyskać informacje co do aktualnego stanu, działania leków, wdrożonego leczenia, ewentualnych powikłań i kolejnych planowanych etapów. Znajomość faktów jest istotna również dlatego, że zainteresowany musi skonstruować własny wizerunek choroby. Od tej konstrukcji będą zależeć jego emocjonalne reakcje. Jeśli będzie dysponował wiedzą, na niej oprze rozumienie sytuacji, a nie na wyobrażeniach. Jak bowiem wiadomo, chory może opierać się właśnie na faktach dotyczących choroby lub na wyobrażeniach o tych faktach [De Walden Gałuszko 2000].

Po szoku następuje **etap zaprzeczania**. Większość chorych wkrótce po zapoznaniu się z diagnozą łapie się na myśleniu: to nie ja jestem chory, to nie mnie dotyczy ta sytuacja. Na samą wiadomość o chorobie wielu reaguje, krzycząc: „O, nie!”. Taka reakcja jest śladem archaicznego procesu typowego dla dziecięcego egocentryzmu, zgodnie z którym dopóki nie uznaję, że coś się dzieje, to nie będzie się to działo naprawdę [McWilliams 2009]. Większość z nas używa w pewnym stopniu mechanizmu zaprzeczania. Choć w oczywisty sposób zaprzeczanie fałszuje rzeczywistość, to wydaje się, że w przypadku reakcji na chorobę ma charakter przystosowawczy. Stan ten może trwać od kilku minut do kilku miesięcy. Odracząc uświadomienie sobie rozpoznania, chory chroni organizm przed dekompensacją, przed gwałtownym załamaniem. Odracza w jakimś sensie przyjęcie choroby i związaną z tym depresję. To odroczenie ma często postać nadaktywności, rzucenia się w wir pracy, rozpoczynania nowych projektów, przesadnego dbania o wygląd. Dla obserwatora jest zauważalne w postaci euforii, pośpiechu i zwiększonej aktywności psychoruchowej. Jest w tym jednak pewien przymus, napięcie, a czasem sztuczność, nieadekwatność w odniesieniu do sytuacji. To z tą sytuacją pacjent wcześniej lub później będzie musiał się skonfrontować. Zaprzeczanie jest typową reakcją mającą pomóc przystosować się do choroby. Problem pojawia się, gdy trwa zbyt długo i gdy w konsekwencji chory nie podejmuje leczenia lub nie stosuje się do jego zasad. Wówczas zaprzeczanie ma negatywny, czy wręcz destrukcyjny charakter.

Etap zaprzeczania wydaje się kończyć wtedy, gdy w przeżywaniu pojawiają się **gniew i wściekłość**. Te negatywne i niezwykle silnie motywowane emocje mają charakter odreagowania, często chaotycznego, kiedy to poczucie niesprawiedliwości i krzywdy miesza się z zazdrością i skłonnością do atakowania innych. Wydaje się, że w tym okresie silnie działającym mechanizmem obronnym jest mechanizm projekcji. Chory, który oskarża rodzinę (wbrew obiektywnym faktom) o złe traktowanie, niechęć czy wrogość, te same zarzuty kierując często pod adresem personelu medycznego, może w nieświadomy sposób przypisywać innym własne, aktualnie przeżywane, choć nieakceptowane emocje czy postawy. Jest bowiem zawsze związana z brakiem akceptacji siebie i swojej sytuacji. Projekcja jest zjawiskiem, w którym to, co pochodzi z wnętrza człowieka, jest błędnie rozumiane jako pochodzące z zewnątrz [Płużek 1991].

Na tym etapie chory może również ujawniać infantylne reakcje, kiedy to np. złość wyrażana jest w sposób gwałtowny, nieuwzględniający realiów; podobnie lęk czy rozpacz. Może się wydawać, że chorzy są niezaradni, wymagają nadmiernej pomocy nawet przy czynnościach, które są w stanie samodzielnie wykonywać. Boją się zasypiać, odmawiają przyjmowania posiłków, wymagają pomocy przy czynnościach higienicznych. Zachowanie

takie nie jest wyrazem braku umiejętności czy kompetencji społecznych. Jest wynikiem działania mechanizmu obronnego regresji, a więc wyrazem aktualnie przeżywanego olbrzymiego lęku i stresu, z którym osoba próbuje sobie poradzić, instynktownie cofając się do wcześniejszych okresów życia, postrzeganych przez nią jako spokojne i bezpieczne.

Elizabeth Kübler Ross, psychiatra podejmująca problematykę chorych terminalnie, o fazie gniewu pisze, że jeżeli otoczenie potrafi tolerować ten gniew (częściowo usprawiedliwiony i podsycany reakcjami rodziny), nie biorąc go do siebie, to chory szybciej osiąga etap przejściowy targowania się, po czym następuje depresja, prowadząca z kolei do ostatecznego pogodzenia się z losem [Kübler Ross 1979].

Etap targowania się to stosunkowo krótki, ale ważny okres adaptacji do choroby, wskazujący na ciągle dużą determinację, siłę woli i nadzieję. Upraszczaając, można powiedzieć, że wyraża się w – często rozpaczliwych – próbach zapanowania nad chorobą lub choćby spowolnienia jej postępu. Najczęściej jest odwołaniem się do absolutu, siły wyższej, Boga, który dotychczas mniej lub bardziej był obecny w świadomości chorego. Chory usiłuje zawrzeć pewien układ. Warunkowy. Jeżeli wyzdrowieję, to... Gdybym mogła spędzić święta z rodziną, to... Jeżeli będę przy mojej córce, gdy pójdzie do pierwszej klasy, to... Będę się modlić i korzystać z sakramentów, jeśli tylko pozwolisz mi zobaczyć wnuki, iść na wesele syna, choć raz jeszcze iść do pracy... Targowanie się jest próbą odraczenia najgorszego. Musi zawierać wartość, którą chory chce uzyskać, zachowanie (obietnicę), które doprowadzi do nagrody, ale także ustalony przez chorego ostateczny czas (tylko jedno święta, do narodzin wnuka), czemu towarzyszy najczęściej obietnica, że już więcej prosił nie będzie. Targowanie się jest wewnętrznym dialogiem utrzymywanym zazwyczaj w tajemnicy. Dowiadujemy się o nim zazwyczaj po fakcie, gdy pacjent w szczerzej rozmowie z ulgą mówi, że udało mu się uzyskać coś, w czym widzi przejaw działania Boga, lub gdy w rozpacz z żalem wyrzuca, że jego prośby nie zostały wysłuchane. Etap targowania się to weryfikacja wartości. Dlatego w przypadku osób wierzących bardzo duże znaczenie mają w tym czasie kontakty z osobami duchownymi.

Etap targowania się przechodzi w **etap depresji**. To długi etap – siły do walki się wyczerpały, pacjent utracił też nadzieję. Depresja to strata. Obok podstawowej utraty zdrowia – na tym etapie już w pełni uświadomionej – większość chorych doświadcza wielu innych strat. Utrata pracy, często płynności finansowej, utrata komfortu związana z przedłużającą się hospitalizacją, nierzadko strata współmałżonka czy przyjaciół. Partnerzy życiowi często nie są w stanie udźwignąć ciężaru choroby i jej konsekwencji. Odczuwana w końcu coraz silniejsza bezradność może uruchomić mechanizmy ucieczkowe, czasem symboliczne, np. w pracę, obowiązki domowe, a czasem dosłowne – wyrażające się odejściem od partnera. Depresja to smutek, zahamowanie, anhedonia i lęk. Próbując się wczuć w położenie chorego, poczujemy ciężar, niemoc, a koloryt emocji będzie zdeterminowany czernią [Kępiński 1985]. Doświadczone straty powodują, że chory czuje, jakby wraz z nimi umarła jakaś jego część. Wewnętrzne przeżywanie zdeterminowane jest przez uczucie pustki. Jeżeli pacjent będzie się koncentrował na utraconych wartościach, starając się je za wszelką cenę przywrócić, to może w końcu dojść do wniosku, że jakieś jego zachowania, błędy, grzechy doprowadziły go do tej sytuacji. W domyśle bowiem może pojawić się złudne poczucie, że jeżeli zrozumie, co zrobił źle, i dokona swego rodzaju restytucji, to wartości te odzyska. Jednocześnie ten mechanizm zwracania się przeciwko własnemu „ja” redukuje lęk i zapełnia pustkę. Gdy unika się żaloby, może pojawić się nieświadoma samokrytyka. Ale straty w przypadku chorych onkologicznych nie dotyczą tylko przeszłości. Depresja dotyczy również tego, co może zostać utracone w przyszłości. To strata wszystkiego i wszystkich. Bliscy, którzy to

zrozumieją, nie będą się starali pacjenta za wszelką cenę pocieszać, ale poprzez aktywne słuchanie i emocjonalne wsparcie dopuszczają do ekspresji adekwatnego żalu, co z kolei daje szansę na pogodzenie się z sytuacją.

Etap akceptacji najtrudniej sobie wyobrazić z perspektywy osoby zdrowej. O ile wcześniejsze zaprzeczanie, szok, depresja i gniew wydają się adekwatne i zgodne z ogólnoludzkim podejściem do chorowania, o tyle pogodzenie się z sytuacją wydawać by się mogło niezrozumiałe. Media często chorowanie porównują do walki, używając określeń: wygrał, przegrał, nie dał rady lub – co gorsza – poddał się. W konsumpcyjnym społeczeństwie nastawionym na sukces nie ma miejsca na dopuszczenie śmierci. Etap akceptacji nie jest stanem szczęśliwości czy euforii. Utrzymuje się adekwatny żal z powodu opuszczania i rozstawania się z najbliższymi, ale jednocześnie pojawia się spokój, pewna wewnętrznie odczuwana cisza. Towarzyszy temu wyraźnie mniejsze zainteresowanie światem zewnętrznym, słabszy kontakt z otoczeniem, zwiększona potrzeba snu. Jest to efekt fizycznego wyczerpania organizmu, ale na płaszczyźnie psychicznej odczuwany jest spokój. Osiągnięcie tego stanu wymaga olbrzymiej pracy i wysiłku ekspresji silnych emocji typowych dla wcześniejszych etapów. Akceptacja nie jest poddaniem się, ale zgodą na to, co przyniósł los. To niezwykle trudny moment dla rodziny, często nierozumiejącej postawy i wynikających z niej potrzeb chorego. Nierzadko rodzina organizuje dalsze leczenie, szuka klinik, niekonwencjonalnych metod, nieraz zmusza wręcz do poddania się kolejnym zabiegom operacyjnym (często wbrew sugestii lekarza). Najbliżsi – skupieni na własnym bólu – odbierają postawę chorego jako rezygnację i poddanie się. Nie rozumieją, że na tym etapie chory nie boi się śmierci i rozumie ją jako nieuniknioną konsekwencję, a dla wielu jest to tylko przejście do kolejnego etapu czy rzeczywistości. W idealnej sytuacji dochodzi do poczucia równowagi pomiędzy odpowiedzialnością za swoje wybory życiowe a akceptacją losu, który spotkał człowieka [Erikson 2002].

Zaproponowany podział oparty na koncepcji Kübler Ross ma tę wartość, że stanowi pewną syntezę możliwych stanów i reakcji, pozwalając tym samym wczuć się w sytuację człowieka zagrożonego śmiertelną chorobą. Jest ponadto jedną z pierwszych koncepcji tak otwarcie i odważnie podejmujących problematykę chorych terminalnie. Nie powinien być jednak traktowany jako model normatywny. W praktyce obserwuje się bowiem występowanie opisywanych etapów w różnych sekwencjach. Oznacza to, że fazy mogą być wymieszane z sobą, pojawiać się niemal jednocześnie lub wielokrotnie powracać – wydawałoby się – bez logicznego związku. Jest to związane przede wszystkim z indywidualnymi predyspozycjami, okresem życia, jak i zewnętrznymi okolicznościami, które towarzyszą leczeniu.

DEPRESJA

Smutek, przygnębienie, które w języku potocznym często określa się mianem depresji, są zrozumiałą dla wszystkich reakcją emocjonalną na sytuację związaną z ciężką chorobą. Nie istnieje też ścisła granica między taką reakcją a zespołem objawów chorobowych klinicznie sklasyfikowanych jako depresja. Stąd też często depresja nie jest właściwie rozpoznawana i leczona („współczuję, ale to zrozumiałe, że ten człowiek tak się czuje”). Z pewnością konsultacja większości chorych hematologicznych przez psychiatrę czy psychologa klinicznego byłaby sensownym rozwiązaniem, ale w praktyce mało realnym.

Lekarz prowadzący (hematolog) czy lekarz rodzinny powinien dysponować podstawową wiedzą na temat rozpoznawania, przebiegu i leczenia depresji. Należy pamiętać, że depresja powoduje znaczące obniżenie jakości życia pacjenta, pogarsza rokowanie, często prowadzi do działań samobójczych bądź też rezygnacji z terapii, a równocześnie jest chorobą, którą można skutecznie leczyć.

Podstawowe objawy depresji (wg ICD-10):

- pogorszenie nastroju,
- utrata zainteresowań i zdolności do radowania się,
- zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i osłabienia aktywności.

Do rozpoznania konieczne jest stwierdzenie dwóch z wymienionych objawów trwających co najmniej dwa tygodnie.

Inne często występujące objawy depresyjne to:

- osłabienie koncentracji i uwagi,
- niska samoocena i słaba wiara w siebie,
- poczucie winy i małej wartości,
- pesymistyczne widzenie przyszłości,
- myśli, tendencje i próby samobójcze,
- zaburzenia snu,
- zmniejszony apetyt.

Subiektywny odbiór objawów depresji może być opisywany przez pacjentów w różny sposób, może też mieć różne nasilenie. Wspólną cechą w większości przypadków jest rytm dobowy – najgłębsze obniżenie nastroju rano, ze względną poprawą w godzinach wieczornych.

Może występować depresja atypowa – nierzadko mamy do czynienia z sytuacją, kiedy proste, schematyczne spojrzenie na objawy nie pozwala nam odpowiednio ustalić rozpoznania na podstawie wcześniej przytoczonych kryteriów ICD. Pacjent może zgłaszać skargi na pojedyncze epizody, jak bóle głowy, grzbietu czy bezsenność, bez wyraźnych zmian dotyczących nastroju, napędu aktywności czy emocji. Oczywiście sytuacja taka odwraca myślenie od diagnoz psychiatrycznych. Leki stosowane wtedy objawowo są nieskuteczne lub skuteczne tylko w niewielkim stopniu, a dopiero podanie antydepresantów przynosi pożądane efekty. Takie atypowe formy zespołów depresyjnych nazywamy depresją maskowaną, a ich objawy – maskami depresji. W rozpoznaniu depresji maskowanej mogą pomóc:

- często przebieg remitujący (okresowe nawroty),
- rodzinne występowanie chorób afektywnych (także depresji maskowanych),
- w maskach bólowych brak przyczyn somatycznych bólu,
- skuteczność terapii lekami przeciwdepresyjnymi.

W tabeli 14.1. przedstawiono podział depresji maskowanych [Pużyński 2000].

Dystymia jest kolejną kategorią diagnostyczną niespełniającą kryteriów depresji, a objawia się przewlekłym (ponad 2 lata) umiarkowanym pogorszeniem nastroju, uczuciem znużenia i ogólnej niesprawności i osłabieniem aktywności. Wprawdzie zdolność do wykonywania podstawowych obowiązków (np. domowych) jest często zachowana, towarzyszy im jednak brak satysfakcji. U niektórych chorych obserwuje się napięcie, drażliwość, stany dysforii, mogą się pojawiać postawy roszczeniowe wobec leczących z powodu niesatysfakcjonujących efektów terapii. W przebiegu dystymii możliwe są

Maski psycho- patologiczne	Zaburzenia rytmów bio- logicznych	Maski wegetatywne i psychosomatyczne	Maski bólów	Maski beha- wioralne
<ul style="list-style-type: none"> ■ zaburzenia lękowe ■ natręctwa ■ jądłowstręt 	<ul style="list-style-type: none"> ■ bezsenność ■ nadmierna senność 	<ul style="list-style-type: none"> ■ zespół dławicy piersiowej ■ zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego ■ stany spastyczne dróg żółciowych ■ zespół niespokojnych nóg ■ świąd skóry 	<ul style="list-style-type: none"> ■ bóle głowy ■ neuralgie (np. nerwu trójdzielnego) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ okresowe nadużywanie alkoholu ■ okresowe nadużywanie leków

Tab. 14.1. Podział depresji maskowanych

okresy krótkich remisji objawów. W takich przypadkach także uzyskuje się poprawę, stosując leczenie przeciwdepresyjne i psychoterapię. Chorzy z dystymią wykazują pewne swoiste cechy osobowości, takie jak: niska samoocena, poczucie winy, brak asertywności, pesymizm, brak satysfakcji z wykonywanych czynności, zależność od innych, samoudręczeniaowe poświęcanie się pracy. Warto o tym pamiętać, gdyż tę kategorię szczególnie łatwo przeoczyć – mało który chory na szpiczaka mnogiego nie jest przewlekłe smutny, mniej aktywny, czy też wręcz spowolniały w porównaniu z wcześniejszą aktywnością.

Zespół zmęczenia [Rymaszewska, Dudek 2009] charakteryzuje się nasilonym zmęczeniem, poczuciem mniejszej energii, wyraźnie większą potrzebą odpoczynku w porównaniu z aktywnością we wcześniejszym okresie (objawy te utrzymują się co najmniej dwa tygodnie w ostatnim miesiącu), ponadto występują ogólne osłabienie, zaburzenia uwagi, osłabiona motywacja i zmniejszone zainteresowanie codziennymi czynnościami. Rozpoznanie zespołu zmęczenia wymaga wykluczenia depresji oraz przyczyn somatycznych (choroby serca, nerek, niedoczynność tarczycy, niedokrwistość). W postępowaniu zaleca się aktywność fizyczną, interwencje psychospołeczne, udział w grupach edukacyjnych i grupach wsparcia.

REAKCJA NA CIĘŻKI STRES I ZABURZENIA ADAPTACYJNE

Reakcja na sytuacje trudne, na niekorzystne rozpoznanie zależy od siły bodźca (a zatem formy przekazania informacji, wiedzy pacjenta na temat choroby, sposobów leczenia, a zwłaszcza rokowania), ale też konstrukcji psychicznej chorego, aktualnej kondycji psychofizycznej, jakości wsparcia rodziny, bliskich czy też pracowników służby zdrowia. Brak możliwości poradzenia sobie z sytuacją kryzysową – „załamanie psychiczne” – prowadzi do wystąpienia zachowań regresywnych i objawów psychopatologicznych. Klasyfikacja ICD wyróżnia:

- ostrą reakcję na stres,
- zaburzenie stresowe pourazowe (PTSD),

- zaburzenia adaptacyjne, jak:
 - krótka reakcja adaptacyjna,
 - reakcja depresyjna przedłużona,
 - reakcja lękowo-depresyjna,
 - reakcja głównie z zaburzeniami innych emocji,
 - reakcja głównie z zaburzeniami zachowania,
 - reakcja z mieszanymi zaburzeniami zachowania i emocji,
- inne reakcje na ciężki stres.

ZABURZENIA LĘKOWE

Lęk jako objaw jest bardzo często związany z hematologią i innymi dziedzinami medycyny, towarzyszy przeżywaniu sytuacji obcych, z dużą liczbą niewiadomych, a przede wszystkim potencjalnie zagrażających, kiedy więc wyobrażamy sobie przebieg choroby, to staje się jasne, że może on towarzyszyć każdemu jej etapowi: od początku diagnostyki aż po lęk dotyczący umierania. Reagowanie lękiem, podobnie jak reagowanie depresją, możemy uznać za naturalne w sytuacji poważnej choroby, ale często reakcja taka przybiera charakter patologiczny, wymyka się całkiem spod kontroli, co może w istotny sposób zmieniać nie tylko subiektywne przeżywanie („jakość chorowania pacjenta”), ale też obiektywnie poziom współpracy z zespołem leczącym, motywację do aktywnego uczestnictwa w walce z chorobą, gdyż częstszą reakcją na lęk patologiczny jest ucieczka, a nie mobilizacja do walki. Lękowi towarzyszą zaburzenia funkcjonowania w sferze intelektualnej, znacznie zmniejszone są możliwości koncentrowania uwagi, zapamiętywania, odtwarzania, co często chorzy opisują jako „otępienie”. Zaburzenia lękowe mogą przybierać różne formy, mogą pojawiać się okresowo w znacznym nasileniu – w formie napadów – bądź też „trwać w tle”.

Lęk napadowy polega na atakach ciężkiego, panicznego lęku, które nie są ograniczone do jakiegokolwiek szczególnej sytuacji czy okoliczności, a których tym samym nie można przewidzieć. Wśród objawów najczęściej wymienia się: kołatanie serca, ból w klatce piersiowej, poszerzenie źrenic, uczucie duszności oraz suchości w jamie ustnej, trudności w nabraniu powietrza, wahania ciśnienia tętniczego, zawroty głowy, zlewne poty i inne objawy dysregulacji wegetatywnej wraz z narastającym uczuciem strachu, lęku przed utratą kontroli czy śmiercią. Lęk napadowy rozpoznajemy, kiedy występuje w formie izolowanej, a w razie występowania w przebiegu depresji traktujemy go jako część jej obrazu klinicznego.

Zaburzenie lękowe uogólnione to przewlekłe, wolno płynące stany niepokoju i poczucia zagrożenia, utrzymujące się uporczywie przez cały czas i niemodyfikowane zewnętrzną sytuacją. Do objawów somatycznych najczęściej zalicza się napięcie mięśniowe, przyspieszenie rytmu serca i oddychania, zaburzenia pracy układu pokarmowego (ból brzucha, biegunki) i moczowego (częste oddawanie moczu). Lęk taki ma zawsze charakter przewlekły, rozciągnięty w czasie, o różnym nasileniu w swoim przebiegu. Istnieje też sprzężenie zwrotne w przypadku życiowych sytuacji traumatycznych u chorych odczuwających lęk uogólniony. Z jednej strony nasilenie lęku uogólnionego wynika z trudnych sytuacji życiowych (choroby), z drugiej – powoduje pogorszenie się sytuacji życiowej i wpływa na rokowanie.

Częste współwystępowanie depresji i zaburzeń lękowych przysparza problemów diagnostycznych w zakresie stanów emocjonalnych. W obrazie obu zaburzeń pojawiają się charakterystyczne wspólne objawy, jak również takie, które je różnicują. Lęk charakteryzuje się psychicznym i somatycznym nadmiernym pobudzeniem. W depresji pojawiają się: niemożność przeżywania przyjemności, zmniejszona energia, spowolnienie psychiczne i fizyczne i wahania samopoczucia w ciągu doby. Wspólnymi objawami są: poczucie zmęczenia, problemy z koncentracją uwagi, zaburzenia łaknienia i snu. Za element różnicujący te zaburzenia przyjmuje się obserwację, zgodnie z którą w przypadku lęku uogólnionego objawy te są wyraźniej uchwytne w okresie nasilania się lęku, podczas gdy w przebiegu depresji występują stale. Chorzy na depresję po obudzeniu się wcześniej rano mają kłopoty z ponownym zaśnięciem. Inaczej wygląda to w wypadku zaburzenia lękowego – pacjenci nękani koszmarными snami budzą się w nocy i nie mogą ponownie zasnąć. W sferze życia seksualnego też pojawiają się istotne różnice. W zaburzeniach lękowych kontakty seksualne mają często charakter instrumentalny, służąc rozładowaniu napięcia. W depresji zainteresowanie życiem seksualnym znacznie się zmniejsza.

Chorzy z łagodnymi objawami lęku wolno płynącego najczęściej uzyskują poprawę w psychoterapii bez farmakologicznej interwencji. Pacjenci z nasilonymi lub przedłużającymi się objawami wymagają już farmakoterapii. Najczęściej stosowaną grupą leków przeciwlękowych są benzodiazepiny, leki o dużej skuteczności w początkowych okresach stosowania, o szybkim wstępnym efekcie (często po kilkunastu minutach), w większości przypadków o dobrej tolerancji. Mają one też działanie nasenne, miorelaksacyjne i przeciwpadaczkowe. Istotnym problemem dotyczącym stosowania benzodiazepin są ich właściwości uzależniające. Z tego powodu w razie konieczności dłuższego stosowania warto wybrać inne substancje – wspomniane w podrozdziale dotyczącym farmakoterapii.

ZABURZENIA ŚWIADOMOŚCI

Jakościowe zaburzenia świadomości są wynikiem nieprawidłowej czynności ośrodkowego układu nerwowego. Przyczynami mogą być między innymi: niedotlenienie w przebiegu ciężkiego stanu ogólnego, niedokrwistości, niewydolności krążenia; gorączka; hipoglikemia; zaburzenia wodno-elektrolitowe; reakcje na leki (sterydy, opioidy, glikozydy nasercowe, interferon, leki psychotropowe o działaniu cholinolitycznym, przeciwparkinsonowskie). Obraz kliniczny może być zróżnicowany w zależności od obecności i proporcji zmian, którym podlega strumień świadomości (przymglenie, zmącenie, zwężenie). Dość charakterystyczne jest nasilanie się zaburzeń w godzinach wieczornych i nocnych oraz niepamięć większości wydarzeń po uzyskaniu poprawy, w różnym stopniu w poszczególnych zespołach. Wśród tej grupy zaburzeń wyróżniamy: zespół prostego przymglenia, zespół splątania, zespół majaczeniowy i zespół zamroczeniowy.

Zespół prostego przymglenia przebiega z zaburzoną orientacją w czasie i miejscu, utrudnioną komunikacją, spowolnieniem psychomotorycznym (według prof. Jacka Wciórki przeżywanie i zachowanie pacjenta można sobie wyobrazić jako podobne do zachowania człowieka próbującego poruszać się w gęstej mgle [Bilikiewicz i wsp. 2002]).

Zespół splątania charakteryzują: głębokie przymglenie, zagubienie, splątanie wypowiedzi związane z rozerwaniem wątków myślenia, chaotyczna aktywność ruchowa z pobudzeniem lub zahamowaniem.

W **zespole majaczeniowym** dominuje zmańczenie (zdaniem prof. Wciórki możemy to sobie wyobrazić jako zachowanie w środowisku o niejednakowej przejrzystości, jasności oraz szybko zmieniającej się postaci), pojawiają się zaburzenia spostrzegania: iluzje, omamy, najczęściej wzrokowe, często podlegające interpretacjom urojeniowym, kontakt z pacjentem jest tylko fragmentaryczny lub go brak, zaburzona jest orientacja allopsychiczna (co do miejsca, czasu), często także autopsychiczna (co do własnej osoby). Towarzyszą temu pobudzenie, niepokój, często lęk i dysforia z dużym wzbudzeniem układu autonomicznego.

Zespół zamroczeniowy wiąże się głównie ze zwężeniem strumienia świadomości (według prof. Wciórki można to sobie wyobrazić jako zachowanie człowieka, którego pole widzenia świata zewnętrznego ulega skrajnemu ograniczeniu, „jak przez dziurkę od klucza”), zachowanie pacjenta jest niezrozumiałe, nieprzewidywalne, a często gwałtowne. Utrzymuje on słaby kontakt z otoczeniem lub nie komunikuje się z nim wcale, orientacja jest zaburzona we wszystkich aspektach, pojawia się i kończy nagle (często snem).

Oprócz jakościowych możemy się też spotkać z ilościowymi zaburzeniami świadomości – z sennością patologiczną, głębokim snem patologicznym i śpiączką, w których strumień świadomości ulega stopniowemu lub gwałtownemu wyłączeniu; stany te często poprzedzają zgon.

W postępowaniu terapeutycznym pierwszoplanową rolę odgrywa poszukiwanie i usuwanie przyczyn somatycznych. Hospitalizacja chorego na oddziale psychiatrycznym może wymagać przyjęcia pacjenta bez jego zgody, z powodu zagrożenia życia – z powiadomieniem sądu rodzinnego (i wszczęciem procedury zgodnie z Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 roku). Leczenie psychiatryczne jest w zasadzie tylko leczeniem objawowym, o tyle ważnym, że towarzyszące jakościowym zaburzeniom świadomości duże pobudzenie w zakresie układu wegetatywnego może szybko prowadzić do wyczerpania organizmu wyniszczonego już konsekwencjami choroby. Szczególnie pomocne w takich sytuacjach są benzodiazepiny i neuroleptyki.

KWESTIONARIUSZE

Bardzo pomocnym narzędziem zarówno dla samego pacjenta, jak i lekarza są kwestionariusze objawowe. Nie mogą zastąpić badania, wywiadu, nie mogą też służyć jako podstawa do ustalania rozpoznania, ale pomagają zwrócić uwagę na pewne aspekty sfery psychicznej. Kiedy stwierdzamy, że wiele tematów zawartych w kwestionariuszu dotyczy chorego, należy pogłębić diagnostykę, rozważyć włączenie stosownego leczenia. W trakcie leczenia farmakologicznego czy psychoterapii cyklicznie wypełniane kwestionariusze pomagają obiektywizować ocenę wyników postępowania. Oczywiście należy też wziąć pod uwagę, że nie wszystkie pytania będą adekwatne dla chorych na chorobę nowotworową, w związku z obecnością objawów choroby podstawowej. W tym szczególnym wypadku także uzyskane wyniki w punktach nie będą odpowiadały proponowanym ocenom w standaryzowanych skalach dla osób zdrowych somatycznie. W załączniku 14.1 zamieszczono przykłady takich skal, zachęcając do ich stosowania zarówno w przypadku samodzielnych interwencji terapeutycznych, jak i w celu usprawnienia komunikacji merytorycznej z konsultującymi psychologami klinicznymi i psychiatrami.

PSYCHOTERAPIA

Psychoterapię chorych na nowotwory stosuje się jako leczenie wspierające i uzupełniające konwencjonalne leczenie onkologiczne. Celem jest udzielenie wsparcia, pomoc w przeżyciu kryzysu psychicznego oraz leczenie zaburzeń emocjonalnych będących reakcją na nowotwór. Istnieją optymistyczne doniesienia dotyczące istotnego wpływu czynników psychologicznych na układ immunologiczny, co pozwala traktować psychoterapię jako istotny element procesu zdrowienia pacjenta [Wirga 1998].

Czym jest psychoterapia? Z definicji jest zespołem procedur leczniczych stosowanych w przypadku pacjentów chorujących na zaburzenia psychiczne. Jest szczególną formą komunikacji interpersonalnej, w której jedna osoba (psychoterapeuta) oddziałuje na drugą (pacjenta), posługując się psychologicznymi sposobami wpływu na stan psychiczny chorego [Aleksandrowicz 1998]. Objęcie psychoterapią chorych na nowotwory jest uzasadnione na każdym etapie choroby. Psychoterapia daje możliwość uzyskania wsparcia w bezpiecznych warunkach, odreagowania negatywnych emocji, pomaga zaadaptować się do nowej sytuacji przez uporządkowanie uczuć, myśli i działania. Psychoterapia może mieć formę spotkań indywidualnych lub w małych grupach, na ogół do pięciu razy w tygodniu przez 25–60 minut w wypadku spotkań indywidualnych oraz od jednej do kilku godzin w wypadku spotkań grupowych. Czynniki leczące to m.in. wzbudzanie nadziei, poczucie podobieństwa, dostarczanie wiedzy i informacji, altruizm, uczenie nowych umiejętności, naśladowanie, odreagowanie oraz czynniki egzystencjalne [Grzesiuk 1994]. W ramach psychoterapii istnieje wiele nurtów teoretycznych i opartych na nich procedur i technik terapeutycznych. Wydaje się, że dla chorujących na nowotwory najkorzystniejszy (bo uwzględniający większość aspektów) jest program psychoterapeutyczny Carla O. Simontona [Simonton i wsp. 2006]. Ideą proponowanej psychoterapii jest objęcie pomocą zarówno chorujących na nowotwory złośliwe, jak i ich opiekunów. Skonstruowano behawioralno-poznawczy program terapeutyczny uwzględniający większość podstawowych aspektów życia człowieka. Należy do nich sfera zachowania, obejmująca między innymi kształtowanie zdrowych nawyków, stosownie się do leczenia, zachowania prozdrowotne i relaks. Sfera poznawcza jest uznawana za niezwykle istotną, bo pozwala zmienić nastawienie do choroby przez kształtowanie zdrowych myśli, stawianie sobie celów, budowanie adekwatnego obrazu siebie. Kolejny obszar to sfera emocjonalna, koncentrująca się z jednej strony na skutecznym radzeniu sobie z negatywnymi emocjami, w tym lękiem, poczuciem winy i bezradnością, a z drugiej – na rozwijaniu i utrzymywaniu nadziei oraz przystosowywaniu się do sytuacji.

Praca nad sferą duchową często dotyczy rewizji światopoglądu, dotychczasowych wartości i ich uniwersalnego zastosowania. Chorzy onkologiczni często mają poczucie ukarania bądź opuszczenia przez Boga, co jest źródłem konfliktów wewnętrznych i dodatkowego cierpienia. Praca terapeutyczna w zakresie duchowości obejmuje pytania o sens dotychczasowego życia i choroby, ale również w odważny sposób podejmuje tematykę związaną ze śmiercią i umieraniem.

Udział w terapii osoby wspierającej w naturalny sposób pozwala choremu zrozumieć swoją aktualną sytuację społeczną. Potrzebne jest więc budowanie systemu wsparcia, pogłębiania umiejętności komunikowania się z bliskimi, a także możliwość, czy wręcz konieczność pomocy dla samych osób wspierających. Psychoterapia chorych somatycznie musi poruszać również kwestie związane z fizycznością, w tym z dietą, aktywnością fizyczną, rekreacją [Simonton i wsp. 2006].

W ramach programu terapeutycznego Simontona stosuje się terapię indywidualną, grupową, rodzinną, a także zajęcia edukacyjne dotyczące nowotworów złośliwych, układu immunologicznego i emocji.

FARMAKOTERAPIA DEPRESJI I LĘKU

W niniejszym paragrafie pokrótce omówione zostaną zasady stosowania leków w opisywanych wcześniej sytuacjach klinicznych. Nie jest to opracowanie całościowo obejmujące temat. Hematolog samodzielnie stosujący psychofarmakoterapię powinien sięgnąć po pozycje szczegółowo omawiające jej zasady. Sensownym rozwiązaniem – gdy chory wymaga terapii farmakologicznej – wydaje się też skierowanie go na konsultację psychiatryczną. Wybór metody leczenia jest o tyle ważny, że odpowiednio dobranym lekiem – oprócz np. podstawowego działania przeciwdepresyjnego – możemy też wpływać na towarzyszące, drugoplanowe objawy. Istnieje duża grupa leków, które należy stosować przez kilka tygodni przed uzyskaniem wstępnych efektów, a więc przypadkowe czy chaotyczne dobieranie leków może się wiązać ze znacznym przedłużeniem cierpienia chorego. Oprócz potencjalnej nieskuteczności czy słabej efektywności terapii warto też zwrócić uwagę na występowanie działań niepożądanych (bardzo zróżnicowanych, co wynika z różnych mechanizmów działania leków). Szczególnym tego typu przypadkiem jest zwiększenie ryzyka samobójstwa – częste zjawisko w przypadku przyjmowania leków przeciwdepresyjnych o potencjale aktywizującym u osób z myślami „s” i zahamowaniem. Efekt aktywizujący pojawia się dużo szybciej, podczas gdy gorszy nastrój, a więc i tendencje samobójcze jeszcze się utrzymują – skutki bywają tragiczne.

Najczęściej stosowaną grupą leków są antydepresanty. Obejmuje ona kilkaset preparatów różniących się właściwościami, budową i mechanizmami działania. Większość obecnie wykorzystywanych leków przeciwdepresyjnych bez względu na mechanizm działania pozwala uzyskać porównywalne odsetki odpowiedzi na leczenie (50–70%), znacząco większe od placebo (30%). Zalecana jest monoterapia. Łączenia kilku leków z tej grupy lub skojarzenia – w celu potencjalizacji działania – z lekami z innych grup powinno się dokonywać w warunkach oporności przy wcześniejszych próbach. W doborze leku należy uwzględnić podstawowy obraz kliniczny depresji oraz objawów towarzyszących czy innych zaburzeń psychicznych, wiek, stan somatyczny i konieczność stosowania innych farmaceutyków oraz dotychczasowe doświadczenia chorego związane z lekami przeciwdepresyjnymi. Jednym z nieodzownych warunków uzyskania poprawy jest stosowanie leków w dawkach terapeutycznych. W przypadku większości preparatów do właściwych dawek należy dochodzić stopniowo. Na właściwy efekt terapeutyczny trzeba czekać 2–8 tygodni, po około 3 tygodniach można zwiększyć dawkę, a w razie braku efektu po 2 miesiącach trzeba zmienić lek. Leczenia nigdy nie powinno się zaprzestać z chwilą uzyskania satysfakcjonującej poprawy klinicznej, gdyż objawy w takich sytuacjach często powracają. Po fazie aktywnego leczenia przez co najmniej kilka miesięcy (do kilku lat) prowadzi się leczenie mające na celu utrwalenie poprawy i zapobieganie nawrotom. Mimo że leki te nie mają właściwości uzależniających, w czasie odstawiania powinno się zmniejszać dawki stopniowo.

Najczęstsze przyczyny nieskuteczności leczenia przeciwdepresyjnego to: stosowanie niewłaściwie dobranych leków lub niewłaściwych dawek, podawanie leku zbyt krótko,

Rodzaj zespołu depresyjnego	Postępowanie lecznicze
Depresja prosta Depresja z zahamowaniem (bez lęku, urojeń depresyjnych)	dezypramina, dibenzepina, fluoksetyna, fluwoksamina, imipramina, moklobemid, paroksetyna, sertralina, tianeptyna
Depresja z natręctwami Depresja z lękiem napadowym	klomipramina, fluoksetyna, fluwoksami- na, paroksetyna, sertralina
Depresja z dużym niepokojem i lękiem (agitowana) Oslupienie depresyjne z uroje- niami depresyjnymi Depresja z urojeniami depresyj- nymi (zespół Cotarda i inne)	w zależności od stanu klinicznego: amitryptylina, trimipramina lub leczenie skojarzone: lek przeciwdepresyjny + neu- roleptyk lub na początku leczenia sam neuroleptyk (lewopromazyna, pernazyna, chlorprotiksen, sulpiryd), potem sko- jarzenie z lekiem przeciwdepresyjnym
Depresja poronna Subdepresja	doksepina, fluoksetyna, fluwoksamina, imipramina, moklobemid, paroksetyna, sertralina, tianeptyna

Tab. 14.2. Przykładowe leki przeciwdepresyjne zalecane do stosowania w różnych postaciach klinicznych depresji [Pużyński 1997]

pomijanie oceny stanu somatycznego, interakcji leków oraz ograniczanie się do farmakoterapii i pomijanie pomocy psychoterapeutycznej [Pużyński 2000].

W zależności od postaci klinicznej depresji stosuje się różne leki przeciwdepresyjne (por. tab. 14.2).

Oczywiście powyższego wykazu nie należy traktować jako swoistej odpowiedzi na pytanie, jak leczyć, nie uwzględnia on bowiem co najmniej kilkudziesięciu substancji, którymi obecnie dysponujemy (publikacja źródłowa jest datowana na 1997 rok, nie uwzględnia więc ostatnich kilkunastu lat badań klinicznych). Odpowiedź brzmi: musimy leczyć najlepiej, zgodnie z aktualną wiedzą. Z tego właśnie powodu nie proponujemy (jak zakładał wstępny plan) formy skróconego przewodnika po lekach.

Wśród leków przeciwlękowych najbardziej rozpowszechnione są z pewnością benzodiazepiny, grupa zróżnicowana w zakresie specyfiki działań, proporcji między efektami uspokajającym, przeciwlękowym a nasennym, czasu działania czy czasu połowicznego rozpadu. Te różnice, jeżeli są odpowiednio wykorzystane, stają się poważnym sojusznikiem chorego i lekarza. Grupa ta – mimo rozpowszechnienia – nie jest wolna od poważnych negatywnych następstw. Istnieje duże ryzyko poważnych interakcji z alkoholem, z innymi substancjami o działaniu sedatywnym, ale w większości przypadków są to leki dobrze tolerowane, a podawane przez krótki czas przynoszą też imponujące efekty w zakresie redukcji lęku, napięcia i towarzyszących objawów dysregulacji wegetatywnej. Problemem jest nieco dłuższy czas stosowania, bowiem wszystkie benzodiazepiny mają silne właściwości uzależniające (okres bezpieczny to około miesiąca ciągłego przyjmowania, a względnie bezpieczny – 2–3 miesiące).

Dysponujemy kilkoma rozwiązaniami alternatywnymi w zakresie redukcji lęku i objawów pokrewnych. Inne leki – mimo że nie przynoszą tak szybkich rezultatów jak benzodiazepiny – są pod względem stosowania długoterminowego opcją bardzo

wartościową, o dużej skuteczności i trwałości działania. Można zastosować np. hydroksyzynę (efekt pojawia się nieco później i wiąże z silniejszą sedacją), buspiron (Spamilan), którego efekt terapeutyczny pojawia się po około 2 tygodniach stosowania, propranolol i inne β -bloker, które mają niewielką siłę działania przeciwłękowego, ale skutecznie regulują objawy somatyczne, dysregulację wegetatywną towarzyszącą lękowi, oraz leki przeciwdepresyjne, zwłaszcza z grupy SSRI (fluoksetyna, fluwoksamina, paroksetyna), i niektóre neuroleptyki.

Niemal wszystkie leki przeciwdepresyjne są metabolizowane przy udziale izoenzymów cytochromu P450, są też inhibitorami niektórych izoenzymów. Prawie wszystkie wchodzi w interakcje farmakokinetyczne lub rzadziej farmakodynamiczne. Interakcje te mogą odpowiadać za działania niepożądane i powikłania lub osłabienie efektu terapeutycznego, ale niektóre z nich wykorzystujemy w celu optymalizacji leczenia – potencjalizacji działania leków. Zagadnienia dotyczące interakcji leków zostały omówione w I tomie podręcznika *Szpiczak mnogi. Kompleksowa diagnostyka i terapia* (rozdz. 12), w niniejszym zaś artykule w załączniku 14.2 przytoczono kilka bliższych informacji o interakcjach farmakokinetycznych z lekami psychiatrycznymi w zakresie metabolizmu [Grzesiak, Beszlej 2002].

ŚMIERĆ, UMIERANIE

Chory na chorobę nowotworową to człowiek, który konfrontuje się z realnym ryzykiem utraty życia. Myślenie o śmierci pojawia się zawsze, choć na różnych etapach leczenia z różną intensywnością. Realne zagrożenie jest potęgowane przez postawę otoczenia. W świadomości społecznej nowotwór jest nadal postrzegany w kategoriach niemal wyroku. Jednocześnie – mimo ogromnego postępu medycyny – nie ulega wątpliwości, że nowotwory są współcześnie jedną z głównych przyczyn zgonów. Z tego powodu programy psychoterapeutyczne skierowane do chorych onkologicznych przyczyniają się wprost do poprawy jakości życia, ale też i jakości umierania [De Walden Gałuszko 2000].

Śmierć jest etapem życia, ale w okresie tak gwałtownego rozwoju medycyny stała się jakby jednostką chorobową, którą można wyleczyć, angażując w to również najnowsze technologie. To niewątpliwy postęp, ale w tym wysiłku podtrzymywania życia za wszelką cenę odbiera się jej osobowy, podmiotowy – bo związany z konkretnym człowiekiem – charakter. Istnieją jeszcze społeczności, w których śmierć celebrowana jest jako autentyczna forma pożegnania. Człowiek umiera w domu, otoczony rodziną, domykając sprawy związane z dotychczasowym życiem, godzi się, sam wybacza, żegna, rozstaje, pozostawiając wrażenie śmierci jako naturalnego zjawiska, konieczności. Tymczasem w naszej kulturze zgon często następuje w szpitalu, w atmosferze walki (nierazko z poczuciem przegranej), a rodzina dowiaduje się o śmierci od personelu szpitalnego (pada informacja: umarł dwie godziny temu, w nocy, nad ranem...).

Tanatopsychologia to obszar psychologii podejmujący temat śmierci i umierania. Jak zachowują się ludzie w obliczu śmierci? Co myślą? Co czują? – to pytania również z zakresu psychoonkologii. Jedna z teorii – oparta na Ericksonowskiej koncepcji kryzysów – mówi, że świadomość zbliżającej się śmierci przeżywa się w taki sam sposób jak inne dotychczasowe kryzysowe sytuacje w życiu. Oznacza to, że uruchamiamy te same mechanizmy czy sposoby radzenia sobie, które stosowaliśmy w przeszłości w skrajnie

trudnych sytuacjach [Dolińska-Zygmunt 1996]. Będzie więc pojawiać się bardzo wiele różnych przeżyć i odczuć, od zrozumiałej złości, lęku, przerażenia do poddania się czy rezygnacji, ale również poprzez znudzenie, bagatelizowanie, myślenie magiczne czy zaprzeczanie. Nierzadkie są również wypadki niezwykle twórczego myślenia, dojrzałego dbania o siebie, współpracy, tworzenia prawdziwie głębokich i bliskich więzi czy intensywnych i dojrzałych przeżyć religijnych. Tak więc właściwie każdy człowiek może w inny, charakterystyczny dla siebie sposób przeżywać śmierć. Jest to proces złożony i dynamiczny.

SAMOBÓJSTWO

Samobójstwo jest procesem. Można wyróżnić pewne następujące po sobie etapy, w efekcie prowadzące do podjęcia próby samouśmiercenia. W zaproponowanym przez Zenonę Płużek modelu sam akt samobójczy poprzedzony jest **sytuacją kryzysową**, pojawiającymi się **myślami samobójczymi**, które przechodzą **w tendencje suicydalne**, a następnie **decyzję** prowadzącą wprost do **próby odebrania sobie życia** [Płużek 1991]. Jest to o tyle istotne, że proces ten może być na każdym etapie zablokowany, zarówno przez czynniki wewnętrzne (nadzieję, refleksję, lęk), jak i okoliczności zewnętrzne. Na poziomie myśli samobójczych własna śmierć pojawia się jako rozwiązanie problemów, ucieczka od bólu i cierpienia, czemu towarzyszy odczucie ulgi. Początkowo nie ma jeszcze planowania czy nawet rozważania sposobu dokonania próby, ale brak wsparcia na tym etapie powoduje, że fantazje samobójcze nasilają się i przybierają formę planu. Rozważa się sposób, okoliczności, kogo się powiadomi i jak będzie wyglądał pogrzeb. Tym samym zagrożenie życia realnie wzrasta. Tendencje samobójcze obejmują już konkretne zachowania służące odebraniu sobie życia, choć nie ma jeszcze ostatecznej decyzji. Sam akt samobójczy poprzedzony jest właśnie decyzją odebrania sobie życia. Samobójstwo może być dokonane lub usiłowane. W tym drugim przypadku zamach nie kończy się śmiercią, a uratowany człowiek jest wdzięczny za uratowanie życia. Zdarza się jednak, że ma żal i pretensje do osób, które udzieliły mu pomocy, gdy instynkt śmierci jest silniejszy niż instynkt życia. Wszystkie osoby po próbie samobójczej jak najszybciej powinny otrzymać pomoc psychologiczną w ramach interwencji kryzysowej. Podobnie w sytuacji, kiedy u chorego widoczne są takie tendencje lub on sam ten temat sygnalizuje.

PODSUMOWANIE

Zagadnienia przedstawione w niniejszym rozdziale nie wyczerpują tematyki psychologiczno-psychiatrycznej w hematologii. Jednym z ważnych zagadnień wymagających szczegółowego omówienia, a znacznie wykraczających poza zakres tego tekstu, jest **psychoonkologia dzieci i młodzieży**. To temat bardzo trudny, ale też bardzo istotny, gdyż funkcjonowanie psychiki w poszczególnych fazach rozwojowych jest zasadniczo odmienne, u młodych osób wymagane są więc inne decyzje terapeutyczne niż u osób

dorosłych. Znajomość specyfiki myślenia, sposobu widzenia, rozumienia świata przez dzieci i młodzież w różnym wieku jest niezbędna do zrozumienia dziecka chorego, jego odmiennych reakcji, innego obrazu klinicznego. Tylko dzięki temu można zaproponować optymalne sposoby postępowania terapeutycznego.

Kolejnym zagadnieniem, które wymagałoby osobnego, bardziej obszernego omówienia, jest współwystępowanie choroby psychicznej i somatycznej oraz szczegółowe problemy, na przykład brak zgody na leczenie. Zasady postępowania wbrew woli chorych psychicznie i z zaburzeniami psychicznymi są określone w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 roku. Organem właściwym do prowadzenia tego typu spraw jest sąd opiekuńczy, wydział rodzinny i nieletnich sądu rejonowego (właściwego dla szpitala), który w takich przypadkach powołuje biegłego psychiatrę. Wspomniana ustawa reguluje też zasady stosowania przymusu bezpośredniego (podawania leków bez zgody czy zabezpieczenia mechanicznego w razie pobudzenia, zachowań agresywnych stanowiących zagrożenie życia lub zdrowia).

Postęp w nauce sprawia, że najbliższe perspektywy łączy się z rozwojem kolejnych dziedzin mających służyć podwyższaniu jakości i skuteczności wszelkich działań medycznych. W psychiatrii – podobnie jak w innych dziedzinach medycyny – zwiększa się liczba doniesień na temat **badan farmakogenetycznych**, możliwości klinicznego zastosowania znajomości genomu, celowanego, indywidualnego doboru leków o największej skuteczności i równocześnie najlepszej tolerancji. **Psychoneuroimmunologia** to dziedzina zajmująca się wzajemnymi relacjami dotyczącymi tematyki psychologicznej, sfery neurologicznej i immunologii. W ostatnim czasie w piśmiennictwie znajdujemy też doniesienia na temat **psychoneuroimmunoendokrynologii**. Rozwój daje nowe narzędzia specjalistom, a chorym – nadzieję na skuteczniejsze leczenie czy, wręcz zapobieganie chorobie.

Piśmiennictwo

- Aleksandrowicz J.W. *Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (według ICD-10) – psychopatologia, diagnostyka, leczenie*. Kraków 1998.
- Angst J., Vollrath M. *The natural history of anxiety disorders*. Acta Psychiatr Scand 1991; 84: 446–452.
- Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561–571.
- Bilikiewicz A., Puzyński S., Rybakowski J., Wciórka J. *Psychiatria*. Wrocław 2002.
- de Walden-Gałuszko K. *U kresu*. Gdańsk 2000.
- de Walden-Gałuszko K. *Psychoonkologia*. Kraków 2000.
- Dolińska-Zygmunt C. *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław 1996.
- Erikson E.H. *Dopelniony cykl życia*. Poznań 2002.
- Gray J.A., McNaughton N. *The long-term effects of stress: the relation between anxiety depression*. W: Gray J.A., McNaughton N. *The neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. New York 1982: 347–408.
- Grzesiak M., Beszlej J.A. *Interakcje farmakokinetyczne leków przeciwdepresyjnych, wybrane aspekty*. Dyskusje o depresji 2002; 20: 7–11.
- Grzesiuk L. (red.) *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa 1994.
- Heitzman J. *Psychoedukacja w praktyce lekarza psychiatry*. Poznań 2010.
- Kępiński A. *Melancholia*. Warszawa 1985.
- Kübler-Ross E. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Warszawa 1979.
- Lipiec S. *Niepublikowane notatki z sesji terapeutycznych*. 2010.
- McWilliams N. *Diagnoza psychoanalizy*. Gdańsk 2009.
- Montgomery S.A., Asberg M. *A new depression scale designed to be sensitive to change*. Br J Psychiatry 1979; 134: 382–389.
- Pasnau R.O., Bystritsky A. *On the comorbidity of anxiety depression*. W: Den Boer J.A. (red.) *Handbook of depression*. New York 1994: 45–56.

- Płużek Z. *Psychologia pastoralna*. Kraków 1991.
- Pużyński S. *Zaburzenia w praktyce lekarza rodzinnego*. Warszawa 2000.
- Rymaszewska J., Dudek D. *Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych*. Gdańsk 2009.
- Simonton O.C., Reid H., Hampton B. *Jak żyć z rakiem i go pokonać*. Łódź 2006.
- Trzebiatowska I. *Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej*. W: De Walden Gałuszko K. (red.) *Psychoonkologia*. Kraków 2000: 71–82
- Wirga M. *Zwyciężyć chorobę*. Katowice 1998.

W piśmiennictwie oprócz pozycji, do których autorzy odnosili się bezpośrednio, uwzględniono też kilka, które stanowiły źródło wiedzy i inspirację i które warto polecić zainteresowanym tematyką.

Załącznik 14.1

Skala Depresji Becka (wypełnia pacjent)

Kwestionariusz składa się z 21 zestawów stwierdzeń. Po dokładnym przeczytaniu proszę w każdym zestawie zaznaczyć cyfrę (0, 1, 2, 3) znajdującą się obok zdania, które najlepiej opisuje to, jak Pan/Pani czuł/a się w ciągu ostatniego tygodnia, łącznie z dzisiejszym dniem.

A.

- 0. Nie jestem smutny ani przygnębiony.
- 1. Odczuwam często smutek, przygnębienie.
- 2. Przeżywam stale smutek, przygnębienie i nie mogę uwolnić się od tych przeżyć.
- 3. Jestem stale tak smutny i nieszcześliwy, że jest to nie do wytrzymania.

B.

- 0. Nie przejmuję się zbyt przyszłością.
- 1. Często martwię się o przyszłość.
- 2. Obawiam się, że w przyszłości nic dobrego mnie nie czeka.
- 3. Czuję, że przyszłość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni.

C.

- 0. Sądzę, że nie popełniam większych zaniedbań.
- 1. Sądzę, że czynię więcej zaniedbań niż inni.
- 2. Kiedy spoglądam na to, co robiłem, widzę mnóstwo błędów i zaniedbań.
- 3. Jestem zupełnie niewydolny i wszystko robię źle.

D.

- 0. To, co robię, sprawia mi przyjemność.
- 1. Nie cieszy mnie to, co robię.
- 2. Nic mi teraz nie daje prawdziwego zadowolenia.
- 3. Nie potrafię przeżywać zadowolenia i przyjemności i wszystko mnie nuży.

E.

- 0. Nie czuję się winny ani wobec siebie, ani wobec innych.
- 1. Dość często miewam wyrzuty sumienia.
- 2. Często czuję, że zawiniłem.
- 3. Stale czuję się winny.

F.

- 0. Sądzę, że nie zasługuję na karę.
- 1. Sądzę, że zasługuję na karę.
- 2. Spodziewam się ukarania.
- 3. Wiem, że jestem karany (lub ukarany).

G.

- 0. Jestem z siebie zadowolony.
- 1. Nie jestem z siebie zadowolony.
- 2. Czuję do siebie niechęć.
- 3. Nienawidzę siebie.

H.

- 0. Nie czuję się gorszy od innych ludzi.
- 1. Zarzucam sobie, że jestem nieudolny i popełniam błędy.
- 2. Stale potępiam siebie za popełnione błędy.
- 3. Winię siebie za całe zło, które istnieje.

I.

- 0. Nie myślę o odebraniu sobie życia.
- 1. Myślę o samobójstwie, ale nie mógłbym tego zrobić.
- 2. Pragnę odebrać sobie życie.
- 3. Popełnię samobójstwo, gdy będzie odpowiednia sposobność.

J.

- 0. Nie płaczę częściej niż zwykle.
- 1. Płaczę częściej niż dawniej.
- 2. Ciągłe chce mi się płakać.
- 3. Chciałbym płakać, lecz nie jestem w stanie.

K.

- 0. Nie jestem bardziej podenerwowany niż dawniej.
- 1. Jestem bardziej nerwowy i przykry niż dawniej.
- 2. Jestem stale zdenerwowany lub rozdrażniony.
- 3. Wszystko, co dawniej mnie drażniło, stało się obojętne.

L.

- 0. Ludzie interesują mnie jak dawniej.
- 1. Interesuję się ludźmi mniej niż dawniej.
- 2. Utraciłem większość zainteresowań innymi ludźmi.
- 3. Utraciłem wszelkie zainteresowania innymi ludźmi.

M.

- 0. Decyzje podejmuję łatwo, tak jak dawniej.
- 1. Częściej niż kiedyś odwlekam podjęcie decyzji.
- 2. Mam dużo trudności z podjęciem decyzji.
- 3. Nie jestem w stanie podjąć żadnej decyzji.

N.

- 0. Sądzę, że wyglądam nie gorzej niż dawniej.
- 1. Martwię się tym, że wyglądam staro i nieatrakcyjnie.
- 2. Czuję, że wyglądam coraz gorzej.
- 3. Jestem przekonany, że wyglądam okropnie i odpychająco.

O.

- 0. Mogę pracować jak dawniej.
- 1. Z trudem rozpoczynam każdą czynność.
- 2. Z wielkim wysiłkiem zmuszam się do zrobienia czegokolwiek.
- 3. Nie jestem w stanie nic robić.

P.

- 0. Sypiam dobrze, jak zwykle.
- 1. Sypiam gorzej niż dawniej.
- 2. Rano budzę się 1–2 godziny za wcześnie i trudno jest mi ponownie usnąć.
- 3. Budzę się kilka godzin za wcześnie i nie mogę usnąć.

Q.

- 0. Nie męczę się bardziej niż dawniej.
- 1. Męczę się znacznie łatwiej niż poprzednio.
- 2. Męczę się wszystkim, co robię.
- 3. Jestem zbyt zmęczony, aby cokolwiek robić.

R.

- 0. Mam apetyt nie gorszy niż dawniej.
- 1. Mam trochę gorszy apetyt.
- 2. Apetyt mam wyraźnie gorszy.
- 3. Nie mam w ogóle apetytu.

S.

- 0. Nie tracę na wadze (w okresie ostatniego miesiąca).
- 1. Straciłem na wadze więcej niż 2 kg.
- 2. Straciłem na wadze więcej niż 4 kg.
- 3. Straciłem na wadze więcej niż 6 kg.

Jadam specjalnie mniej, aby stracić na wadze: 1. tak; 2. nie.

T.

- 0. Nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zawsze.
- 1. Martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcia, bóle.
- 2. Stan mojego zdrowia bardzo mnie martwi, często o tym myślę.
- 3. Tak bardzo martwię się o swoje zdrowie, że nie mogę o niczym innym myśleć.

U.

- 0. Moje zainteresowania seksualne nie uległy zmianom.
- 1. Jestem mniej zainteresowany sprawami płci (seksu).
- 2. Kwestie płciowe wyraźnie mniej mnie interesują.
- 3. Utraciłem wszelkie zainteresowania sprawami seksu.

WYNIK ŁĄCZNY:

Skala Lęku i Depresji (wypełnia pacjent)

Emocje odgrywają ważną rolę w przebiegu większości chorób. Poznanie tych emocji może ułatwić proces leczenia. Celem tego kwestionariusza jest uświadomienie lekarzowi, jakiego rodzaju emocje Pan/Pani odczuwa. Proszę nie zwracać uwagi na cyfry i litery wydrukowane po lewej stronie kwestionariusza. Po przeczytaniu pytania i wszystkich możliwych odpowiedzi należy zaznaczyć tę, która najbardziej odpowiada temu, co odczuwał/a Pan/Pani w ciągu ostatniego tygodnia. Nie należy długo zastanawiać się nad odpowiedzią, bezpośrednia reakcja będzie w lepszym stopniu odzwierciedlała emocje odczuwane przez Pana/Panią.

A. Czuję się napięty/a lub zdenerwowany/a:

- 3. przez większość czasu
- 2. często
- 1. od czasu do czasu
- 0. nigdy

D. Różne sprawy interesują mnie w takim samym stopniu jak dotychczas:

- 0. tak, w takim samym
- 1. w nieco mniejszym
- 2. w znacznie mniejszym
- 3. prawie wcale

A. Mam takie poczucie, jakby miało mi się przydarzyć coś strasznego:

- 3. tak, jest ono bardzo wyraźne
- 2. tak, ale nie jest ono bardzo silne
- 1. trochę, ale nie niepokoi mnie to
- 0. nie mam takiego poczucia

D. Śmieję się łatwo i potrafię zobaczyć dobrą stronę różnych rzeczy:

- 0. tak jak przedtem
- 1. bardziej niż przedtem
- 2. wyraźnie mniej niż przedtem
- 3. w ogóle się nie śmieję

A. Martwię się:

- 3. bardzo często
- 2. dosyć często
- 1. czasami
- 0. bardzo rzadko

D. Jestem w dobrym humorze:

- 3. nigdy
- 2. rzadko
- 1. dość często
- 0. przez większą część czasu

A. Mogę siedzieć spokojnie, nic nie robiąc, i czuć się odprężony/a:

- 0. tak, zawsze
- 1. tak, na ogół
- 2. rzadko
- 3. nigdy

D. Mam wrażenie, że działam wolniej:

- 3. prawie zawsze
- 2. bardzo często
- 1. czasami
- 0. nigdy

A. Odczuwam strach i ucisk w żołądku:

- 0. nigdy
- 1. czasem
- 2. dość często
- 3. bardzo często

D. Mój wygląd już mnie nie obchodzi:

- 3. wcale
- 2. nie zwracam tyle uwagi na wygląd, ile powinienem/powinnam
- 1. zdarza się, że nie zwracam uwagi na wygląd
- 0. zwracam tyle samo uwagi na wygląd ile przedtem

A. Odczuwam potrzebę ciągłego poruszania się, nie mogę ustać w miejscu:

3. dokładnie tak się czuję
 2. do pewnego stopnia tak się czuję
 1. raczej nie mam takiego poczucia
 0. nie odczuwam takiej potrzeby

D. Z góry cieszę się na myśl o możliwości zrobienia czegoś:

0. tak jak przedtem
 1. trochę mniej niż przedtem
 2. znacznie mniej niż przedtem
 3. prawie wcale

A. Miewam napady paniki:

3. bardzo często
 2. dość często
 1. niezbyt często
 0. nigdy

D. Sprawia mi przyjemność dobra książka, ciekawa audycja radiowa lub telewizyjna:

0. często
 1. czasem
 2. rzadko
 3. bardzo rzadko

WYNIK ŁĄCZNY: A:... ; D:...

Skala Raskina (wypełnia lekarz/psycholog)

W każdej z trzech części prosimy zaznaczyć jedną cyfrę określającą nasilenie objawów depresyjnych występujących u pacjenta.

Wskazówki diagnostyczne	Nasilenie objawów				
	brak	nie- wiel- kie	umiar- kowa- ne	znac- ne	skraj- ne
Pacjent mówi o poczuciu smutku	1	2	3	4	5
Podaje poczucie braku wartości lub poczucie beznadziejności własnej sytuacji	1	2	3	4	5
Skarży się na brak zainteresowań	1	2	3	4	5
Zgłasza myśli samobójcze	1	2	3	4	5
Mówi, że często wybuch płaczem	1	2	3	4	5

Objawy obserwowane w zachowaniu	brak	nie-wiel-kie	umiar-kowa-ne	znac-zne	skraj-ne
Wygląda na przygnębionego	1	2	3	4	5
Wybucho płaczem podczas wizyty	1	2	3	4	5
Mówi smutnym głosem	1	2	3	4	5
Jest spowolniały	1	2	3	4	5
Brakuje mu energii do działania	1	2	3	4	5
Wtórne (dodatkowe) objawy depresji	brak	nie-wiel-kie	umiar-kowa-ne	znac-zne	skraj-ne
Bezsenna	1	2	3	4	5
Dolegliwości ze strony układu pokarmowego	1	2	3	4	5
Suchość w jamie ustnej	1	2	3	4	5
Próby samobójcze w niedawnym wywiadzie	1	2	3	4	5
Brak łaknienia	1	2	3	4	5
Zaburzenia koncentracji i pamięci	1	2	3	4	5

Skala Depresji Hamiltona (wypełnia lekarz/psycholog)

1. Nastroj depresyjny

- 0. Nie stwierdza się
- 1. Ujawniany przez pacjenta dopiero po zapytaniu
- 2. Ujawnia depresję spontanicznie
- 3. Stwierdza się niewerbalne przejawy depresji (wyraz twarzy, głos, płacz)
- 4. Depresja stanowi jedyny typ nastroju ujawniany drogą werbalną i niewerbalną

2. Poczucie winy

- 0. Nie stwierdza się
- 1. Poczucie sprawienia zawodu innym, wymówki wobec siebie
- 2. Rozważania o winie, błędach popełnionych w przeszłości
- 3. Przekonanie, że obecna choroba jest karą, urojenie winy
- 4. Omamy słuchowe o treści oskarżającej pacjenta, denuncjującej

3. Zniechęcenie do życia, myśli, tendencje samobójcze
 - 0. Nie stwierdza się
 - 1. Poczucie, że nie warto żyć
 - 2. Pragnienie (życzenie) śmierci, np. drogą NATURALNĄ
 - 3. Myśli o samobójstwie, zamiary
 - 4. Próby samobójcze (brać pod uwagę jedynie poważne)
4. Zaburzenia zasypiania
 - 0. Nie stwierdza się
 - 1. Sporadyczne trudności z zasypianiem (oczekiwanie na sen ponad 0,5 godz.)
 - 2. Częste, znaczne trudności z zasypianiem
5. Sen płytki, przerywany
 - 0. Nie stwierdza się
 - 1. Płytki, niespokojny sen
 - 2. Budzenie się w nocy, opuszczanie łóżka (nie oceniać budzenia się w związku z potrzebami fizjologicznymi)
6. Wczesne budzenie się
 - 0. Nie stwierdza się
 - 1. Budzenie się nad ranem i ponowne zasypianie
 - 2. Budzenie się zbyt wczesne z niemożnością ponownego usnięcia
7. Aktywność złożona, praca
 - 0. Nie stwierdza się zaburzeń aktywności
 - 1. Poczucie obniżonej wydolności, niechęć do podejmowania aktywności złożonej
 - 2. Utrata zainteresowań i chęci do działania, wykonywania pracy, hobby
 - 3. Zmniejszenie liczby godzin przeznaczonych na aktywność złożoną (praca, rozrywki, hobby); w szpitalu: gdy pacjent zajmuje się aktywnością złożoną do 3 godzin dziennie
 - 4. Niezdolność do pracy, przerwa w pracy; na oddziale brak przejawów spontanicznej aktywności
8. Spowolnienie, zahamowanie (myślenia, mowy, upośledzenie koncentracji uwagi, osłabienie aktywności ruchowej w czasie badania)
 - 0. Nie stwierdza się
 - 1. Nieznaczne
 - 2. Wyraźne spowolnienie
 - 3. Na skutek zahamowania – trudności w przeprowadzeniu badania
 - 4. Osłupienie
9. Niepokój, podniecenie ruchowe
 - 0. Nie stwierdza się
 - 1. Zaznaczony niepokój manipulacyjny
 - 2. Wyraźny niepokój manipulacyjny, przebieranie palcami, bawienie się włosami
 - 3. Niepokój ruchowy, niemożność przebywania w jednym miejscu
 - 4. Podniecenie ruchowe, wykręcanie rąk, obgryzanie paznokci, wyrwanie włosów, przygryzanie warg
10. Lęk – objawy depresyjne
 - 0. Nie stwierdza się
 - 1. Subiektywne: napięcie, rozdrażnienie
 - 2. Martwienie się drobiazgami
 - 3. Cechy lęku w wyrazie twarzy i wypowiedziach
 - 4. Lęk i objawy ujawniane spontanicznie przez pacjenta

11. Lęk – objawy somatyczne (oceniać: suchość w jamie ustnej, biegunki, wzdęcia, palpacje, objawy hiperwentylacji, pocenie się, częste oddawanie moczu, zawroty głowy, nieostre widzenie)
- 0. Nie stwierdza się
 - 1. Łagodnie (nieznacznie) nasilone
 - 2. Umiarkowanie nasilone
 - 3. Znaczne (ciężkie) nasilenie
 - 4. Nasilenie bardzo duże, dominuje
12. Przewód pokarmowy – brak apetytu, zaparcia
- 0. Nie stwierdza się
 - 1. Brak apetytu, ale pokarmy spożywa bez pomocy personelu
 - 2. Jada mało, pod namową lub przy pomocy personelu, stałe zaparcia (potrzeba stosowania laxantia)
13. Objawy somatyczne ogólne
- 0. Nie stwierdza się
 - 1. Uczucie ciężaru w głowie, karku, barkach, wzmożona męczliwość, utrata energii
 - 2. Znaczne nasilenie dolegliwości wymienionych w punkcie 1
14. Utrata libido, popędu seksualnego, zaburzenia miesiączkowania
- 0. Nie stwierdza się
 - 1. Nasilenie łagodne
 - 2. Nasilenie znaczne
 - x. Nie dotyczy
15. Hipochondria
- 0. Nie stwierdza się
 - 1. Zaabsorbowanie problemem własnego ciała
 - 2. Nadmierna dbałość o zdrowie, obawy przed chorobą
 - 3. Narzekanie i skargi na złe zdrowie, żądanie pomocy, leczenia
 - 4. Urojenia hipochondryczne
16. Ubytek masy ciała
- A. Ocena danych z wywiadu (przeszłość)
- 0. Nie stwierdza się
 - 1. Prawdopodobnie wystąpiła utrata masy w związku z obecną chorobą
 - 2. Potwierdzona utrata masy ciała
- B. Ocena stanu aktualnego (oceniać okres 1 tyg.)
- 0. do 0,5 kg
 - 1. 0,5–1 kg
 - 2. ponad 1 kg
17. Krytycyzm – wgląd
- 0. Poczucie obecności depresji jako choroby (krytycyzm zachowany)
 - 1. Krytycyzm częściowo zachowany – poczucie obecności choroby, ale jest ona następstwem np. wadliwej diety, infekcji, przemęczenia itp.
 - 2. Brak krytycyzmu
18. Wahania dobowe samopoczucia
- A. Obecność wahań dobowych
- 0. Nie stwierdza się
 - 1. Gorzej rano
 - 2. Gorzej wieczorem

B. Nasilenie wahań dobowych

- 0. Nie stwierdza się
- 1. Łagodne
- 2. Wyraźne

19. Depersonalizacja, derealizacja

- 0. Nie stwierdza się
- 1. Łagodnie wyrażone
- 2. Umiarkowane nasilenie
- 3. Nasilone znacznie
- 4. Skrajnie ciężkie

20. Urojenia

- 0. Nie stwierdza się
- 1 i 2. Podejrzliwość, ksobność
- 3. Urojenia ksobne, prześladowcze
- 4. Omamy słuchowe o treści prześladowczej

21. Natręctwa, fobie

- 0. Nie stwierdza się
- 1. Umiarkowanie wyrażone
- 2. Znacznie nasilone

22. Bezradność

- 0. Nie stwierdza się
- 1. Poczucie bezradności ujawnione w czasie badania w sposób pośredni
- 2. Relacje pacjenta o poczuciu bezradności
- 3. Pacjent niesamodzielny, wymaga pomocy
- 4. Niezdolny do wykonywania podstawowych czynności (toaleta, spożywanie posiłków) bez pomocy

23. Poczucie beznadziejności

- 0. Nie stwierdzono
- 1. Ujawnia sporadycznie, ale sądzi, że w przyszłości będzie dobrze
- 2. Ujawnia uczucie beznadziejności, ale pod wpływem perswazji daje się przekonać na pewien czas, że wszystko zmieni się na lepsze
- 3. W rozmowie ujawnia brak wiary w przyszłość, poczucie beznadziejności, pesymizm, nie reaguje na perswazję
- 4. Spontanicznie i bez związku z sytuacją perseweruje o beznadziejności i sytuacji bez wyjścia

24. Poczucie niskiej wartości

- 0. Nie stwierdzono
- 1. Ujawnia, ale jedynie pytany
- 2. Ujawnia spontanicznie w czasie rozmowy
- 3. Wyraża sądy, że jest gorszy od innych
- 4. Urojenia niskiej wartości, samoponiżenia

Załącznik 14.2

Enzymy cytochromu P-450 katalizujące procesy metaboliczne leków przeciwdepresyjnych

Enzym	Leki
CYP1A2	fluoksamina, mirtazapina, TLPD (amitryptylina, dezypramina, imipramina, klomipramina)
CYP2C19	citalopram, moklobemid, TLPD (amitryptylina, imipramina, klomipramina)
CYP2D6	SSRI (fluoksetyna, fluoksamina, paroksetyna), TLPD (amitryptylina, imipramina, klomipramina, dezypramina, nortryptylina, trimipramina), maprotylina, mianseryna, mirtazapina, wenlafaksyna
CYP3A4	SSRI (fluoksetyna, sertralina), TLPD (amitryptylina, imipramina, klomipramina), reboksetyna, wenlafaksyna, mianseryna, mirtazapina

Leki hamujące aktywność enzymów cytochromu P-450

Enzym	Leki
CYP1A2	cymetydyna, erytromycyna, norfloksacyna, ciprofloksacyna, klarytromycyna, izoniazyd, ketokonazol, fluoksamina, moklobemid
CYP2C19	amiodaron, tiklopidyna, cymetydyna, chloramfenikol, flukonazol, ketokonazol, omeprazol, fenyllobutazon, karbamazepina, fluoksetyna, fluoksamina, moklobemid, sertralina
CYP2D6	amiodaron, propafenon, flekainid, meksyletyna, chinidyna, metoprolol, propranolol, pindolol, timolol, nikardypina, diltiazem, difenhydramina, chinina, metadon, cymetydyna, metoklopramid, chlorpromazyna, haloperydol, tiorydazyna, flufenazyna, perfenazyna, moklobemid, fluoksetyna, paroksetyna, sertralina, TLPD (amitryptylina, dezypramina, imipramina, klomipramina)
CYP3A4	amiodaron, acetazolamid, claritromycyna, ketokonazol, itrakonazol, flukonazol, klotrimazol, mikonazol, danazol, indinawir, rytonawir, makrolidy, troleandomycyna, metronidazol, cymetydyna, kannabinole, fluoksamina, norfluoksetyna, TLPD (amitryptylina, dezypramina, imipramina, klomipramina)

Leki indukujące aktywność enzymów cytochromu P-450

Enzym	Leki
CYP1A2	omeprazol, ryfampicyna, rytonawir, kofeina
CYP2C19	ryfampicyna
CYP2D6	słabo indukują: fenytoina, fenobarbital, karbamazepina, ryfampicyna, rytonawir
CYP3A4	kortyzol, deksametazon, prednizon, ryfampicyna, barbiturany, primidon, karbamazepina, etosuksymid, fenytoina
