

Doświadczenie choroby nowotworowej przez pacjentów z chorobami psychicznymi: schizofrenią oraz dużą depresją – doniesienie wstępne

The experience of neoplastic disease by schizophrenic and depressive patients – a pilot study

¹Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Kierownik: dr hab. n. med. Piotr W. Gorczyca

²NZOZ Sigma BI

Adres do korespondencji: Dr hab. n. med. Piotr W. Gorczyca, Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Pyskowska 49, 42-600 Tarnowskie Góry, e-mail: gormasp@o2.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Wstęp: W codziennej praktyce psychiatrycznej mamy do czynienia z chorymi psychicznie, którzy także cierpią na schorzenia onkologiczne. Uwagę autorów pracy zwraca odmienne przeżywanie choroby nowotworowej przez chorych psychicznie, które ma polegać na hierarchizacji problemów onkologicznych poniżej innych, związanych z chorobą psychiczną czy z innymi obszarami funkcjonowania czy zainteresowań. **Cel:** Celem pracy była ocena przeżyć związanych z chorobą nowotworową występującą u dwóch osób ze schizofrenią i jednej z dużą depresją. Autorzy pracy odwołują się do koncepcji Antoniego Kępińskiego dotyczącej postrzegania ciała przez chorych psychicznie, także w odniesieniu do układu czasoprzestrzeni. **Metoda:** Metodą pracy była ocena przeżyć związanych z chorobą nowotworową dokonana na podstawie swobodnej rozmowy z chorymi. **Wyniki:** Badane osoby w swobodnej rozmowie spontanicznie nie poruszyły kwestii choroby nowotworowej, a nakierowanie ich na ten temat nie spowodowało zmiany dotychczasowego przebiegu rozmowy ani stanu emocjonalnego pacjentów – nastąpił powrót do tematów wyjściowych w rozmowie. **Wnioski:** W ciężkich chorobach psychicznych, jakimi są schizofrenia i duża depresja (endogenna), występuje odmienne postrzeganie problemów ciała, niż ma to miejsce u osób nieobciążonych chorobą psychiczną.

Słowa kluczowe: choroba psychiczna, choroba nowotworowa, postrzeganie własnego ciała, doświadczenie choroby nowotworowej, współpraca w leczeniu choroby nowotworowej

Summary

Introduction: In everyday psychiatric practice we deal with mentally ill patients who also suffer from oncological diseases. As the authors of this study, we focus our attention on different experiencing of neoplastic diseases by mentally ill patients. Such behaviour should be based on hierarchization of oncological problems which they perceive as minor problems compared to the other – associated with the psychiatric disease, or different areas of functioning or interests. **Aim:** The aim of the study was to evaluate the experiences related to the neoplastic disease occurring in two schizophrenic persons and one with major depression. We refer to Antoni Kępiński's concept regarding the body perception by the mentally ill patients, also in relation to the time and space system. **Method:** The study method was based on free and easy conversations with the patients. **Results:** The studied persons did not bring up the problem of neoplastic disease in the casual, free conversation. After their attention had been directed into this issue, neither the course of the talk nor their previous emotional state were changed, they just returned to the initial subject of the conversation. **Conclusions:** In severe psychiatric diseases, such as schizophrenia or major (endogenous) depression, a different perception of bodily problems occurs, as compared to persons not affected by any mental disease.

Key words: mental disease, neoplastic disease, body perception, being afflicted by a neoplastic disease, cooperation in treatment of neoplastic diseases.

WPROWADZENIE

Ciało nie jest »mną«, ale najbardziej własną częścią otaczającego świata” – pisał Kępiński w swojej monografii *Schizofrenia*⁽¹⁾. Można powiedzieć, że rozważając problemy człowieka w kontekście czasoprzestrzeni, przybliżył się tym stwierdzeniem do sposobu myślenia o człowieku, które jest charakterystyczne dla współczesnej socjologii wchodzącej w tzw. okres postponowoczesny. Można przyjąć, że w przedziałach czasowych mieszczą się przeżywanie, cierpienie, zmiany treści odbioru, natomiast przestrzenią tą może być choroba somatyczna. Zgodnie z tymi założeniami całość rozpatrywanego zagadnienia mogłaby mieścić się w jaźni, w jej odczuwaniu w najmniejszych jednostkach czasu. Odwoływanie się do współczesnych teorii socjologicznych sformułowanych przez czołowych przedstawicieli tego okresu: Giddensa, Becka, Lasha, Urry’ego może pomóc zrozumieć sytuację człowieka chorego nie tylko psychicznie czy somatycznie^(2,3). Choć autorzy pracy nie znaleźli w dostępnym piśmiennictwie doniesień na temat postrzegania siebie i własnej cielesności w obliczu ciężkiej choroby nowotworowej przez osoby z chorobą psychiczną, wydaje się, że analiza tego indywidualnego aspektu przeżywania siebie w okresie obciążenia dodatkową chorobą, który jednak ma pewne cechy wspólne, może dać bardzo ciekawe rezultaty. Autorzy niniejszego opracowania, nie chcąc zakłócać bezpośredniego odbioru stanu chorego, odwołali się do nieskomplikowanej metody badania, jaką jest bezpośrednia, wręcz spontaniczna czy przypadkowa rozmowa.

CEL I METODA

W pracy przedstawiono, w odniesieniu do koncepcji ciała i czasoprzestrzeni Kępińskiego, postrzeganie siebie w kontekście choroby nowotworowej przez dwoje pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii oraz przez kobietę z przebyłym ciężkim epizodem depresyjnym powikłanym próbą samobójczą.

Jako metodę przyjęto swobodną rozmowę przeprowadzoną z trojgiem chorych: dwiema osobami z rozpoznaniem schizofrenii i jedną z rozpoznaniem dużej depresji (DSM-IV), po opuszczeniu oddziału psychiatrycznego.

WYNIKI

PRZYPADEK 1.

Jednego z chorych, mężczyznę w średnim wieku od ponad pięciu lat chorującego na schizofrenię, w czasie badania kontrolnego zapytano, czy „zrobił” coś z tą „atramentową plamą” na ciele, którą lekarz zauważył w czasie dyżuru, gdy pacjent był zabezpieczony pasami insulinowymi w związku z ostrym pobudzeniem psychoruchowym. Pacjent spokojnie odpowiedział, że był to czerniak, który został usunięty w Instytucie Onkologii, po czym spontanicznie wrócił do rozmowy o swoich fascynacjach, artystycznym zawodzie i zainteresowaniach.

PRZYPADEK 2.

Pacjentka w czwartej dekadzie życia jest obecnie w trakcie chemioterapii z powodu raka sutka. Współpracuje w leczeniu zarówno psychiatrycznym, jak i onkologicznym. Halucynuje słuchowo, wypowiada treści prześladowcze i wielkościowe dotyczące walki dobra ze złem – ostatnio czuje się wygrana w tej walce. Do choroby nowotworowej podchodzi zadaniowo – jej przeżycia dotyczą głównie doświadczeń związanych z chorobą psychiczną. W trakcie kolejnego spotkania, kiedy intensywność objawów wytwórczych jest znacznie mniejsza, pacjentka wydaje się jeszcze bardziej optymistycznie nastawiona do wyników leczenia onkologicznego i nie może doczekać się ostatniego cyklu chemioterapii, by zakończyć uciążliwe leczenie. Spontanicznie nie podejmuje rozmowy na ten temat, pytana, udziela krótkich, rzeczowych odpowiedzi – jest przekonana o powodzeniu leczenia onkologicznego. Warto podkreślić, że bardzo dzielnie znosi powikłania po terapii cytotatykami, w pełni stosując się do zaleceń lekarskich. Nie odczuwa także dyskomfortu w związku ze swoim obecnym wyglądem, jej samopoczucie jest „bez zastrzeżeń”.

PRZYPADEK 3.

Pacjentka w szóstej dekadzie życia, z ciężką depresją o obrazie hipochondrycznym stale twierdziła, że odczuwa uporczywy ból kręgosłupa, domagając się różnych badań dodatkowych, które jednak nie wykazywały istotnych zmian. W stanie pobudzenia psychoruchowego chora wbiła sobie nóż w powłoki brzuszne, z powodu otyłości nie odnosząc większych ran. Później, w czasie wizyty kontrolnej, po wypisie ze szpitala oznajmiła, że choruje na nowotwór złośliwy powłok (tkanek podskórnych), przeszła operację usunięcia guza i jest w trakcie chemioterapii. Pacjentka była w kontakcie rzeczowym, emocjonalnie dostosowana; restrykcyjnie poddawała się cykлом leczniczym, przy czym nie przejawiała zewnętrznie większego lęku w związku z chorobą nowotworową. Wiele natomiast mówiła o swoim leczeniu psychiatrycznym. Zapytana wprost, czy martwi się leczeniem onkologicznym, odpowiedziała, że „też się interesuje i przejmuje tą chorobą”.

Co ciekawe, przedstawieni pacjenci nie powrócili do szpitalnego leczenia psychiatrycznego. Czyżby poważna choroba somatyczna (nowotworowa) paradoksalnie przywiązała ich bardziej do ciała?

OMÓWIENIE

Kępiński odnosił zagadnienia ciała do zjawisk pozytywnych, negatywnych i duchowych. Ciało jest dla człowieka tajemnicą, nie dysponuje on odpowiednimi symbolami, by zrozumieć odczucia i przeżycia z nim związane: „Ciało jest nierzadko przyczyną różnego rodzaju niepokojów i lęków. Ciało pozostaje dla człowieka zawsze tajemnicą. Ono jest źródłem przyjemności i bólu, świadomość czekającej śmierci wiąże się z jego roz-

WNIOSKI

padem [...]. Nieraz człowiek, gdy mu jego własne ciało zbyt-
nio dokucza, chciałby się go pozbyć, stać się istotą bezcielesną,
niematerialną⁽⁴⁾. Ciało według Kępińskiego ma także odnie-
sienie do struktury czasoprzestrzennej, a więc w sytuacji, kie-
dy następuje zaburzenie poczucia czasu („stanął w miejscu”
albo jest „nieodczuwalny”), może też dochodzić do oderwa-
nia się od własnego ciała. Wydaje się, że doświadczenie cięż-
kiej choroby psychicznej może zaburzać doświadczanie ciała
w poważnej chorobie somatycznej w aspekcie czasu i w danej
przestrzeni. Jest to dynamiczny konstrukt i może się zmieniać.
Podobnych spostrzeżeń dokonali Ronald Laing i Bruno Bet-
telheim, którzy ucieczkę od ciała widzieli w stanie psychozy
schizofrenicznej czy w innej sytuacji skrajnej, jaką było znale-
zienie się w obozach koncentracyjnych^(5,6). Wydaje się, że zasy-
gnalizowany tutaj problem wymaga dalszych badań, co mo-
głoby przyczynić się do głębszego poznania struktury przeżyć
chorych w sytuacjach współistnienia choroby psychicznej i cho-
roby nowotworowej⁽⁷⁾.

1. U osób z ciężkimi chorobami psychicznymi, takimi jak schi-
zofrenia i duża depresja, występuje odmienne postrzeganie
własnej cielesności w aspekcie przeżywania choroby nowo-
tworowej w porównaniu z osobami nieobciążonymi choro-
bą psychiczną.
2. Zasygnalizowany temat wymaga dalszych badań.

PIŚMIENNICTWO:
BIBLIOGRAPHY:

1. Kępiński A.: Schizofrenia. PZWL, Kraków 1992.
2. Kępiński A.: Lęk. PZWL, Warszawa 1987.
3. Beck U., Giddens A., Lash S.: Modernizacja refleksyjna.
PWN, Warszawa 2009.
4. Urry J.: Socjologia mobilności. PWN, Warszawa 2009.
5. Laing R.D.: Podzielone „ja”. Rebis, Warszawa 1999.
6. Bettelheim B.: The Informed Heart. London 1970.
7. Moini B., Levenson J.L.: A forgotten diagnosis: simple
schizophrenia in a patient with breast cancer. Psychosomat-
ics 2009; 50: 87-89.

Informacja dla Autorów!

Chcąc zapewnić naszemu czasopismu „**Psychiatria i Psychologia Kliniczna**”
wyższą indeksację MNiSW i Index Copernicus, zwracamy się do Autorów
o dopełnienie poniższych warunków podczas przygotowywania pracy do publikacji:

- Praca powinna być poprzedzona streszczeniem zawierającym **od 200 do 250 słów**.
Streszczeniu pracy oryginalnej należy nadać budowę strukturalną:
wstęp, materiał i metoda, wyniki, wnioski.
- Liczba **słów kluczowych** nie może być mniejsza niż 5.
Słowa kluczowe nie powinny być powtórzeniem tytułu.
Najlepiej stosować słowa kluczowe z katalogu MeSH.
- **Praca oryginalna** winna zawierać elementy:
wstęp, materiał i metoda, wyniki, omówienie, wnioski, piśmiennictwo.
- **Piśmiennictwo** należy ułożyć w kolejności cytowania.

Pełny Regulamin ogłaszania prac znajduje się na stronie 204.