

Wybrane zaburzenia psychiczne w przebiegu chorób nowotworowych

Selected psychiatric disorders in patients with cancer

VI rok kierunku lekarskiego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska
Adres do korespondencji: Aleksandra Sesiuk, ul. Północna 28, 62-230 Witkowo, tel.: +48 605 047 908, e-mail: olasesiuk@gazeta.pl

Streszczenie

Choroby nowotworowe należą obecnie do najczęściej występujących schorzeń. Dotyczą nie tylko somatycznej, lecz także emocjonalnej, psychicznej i społecznej sfery funkcjonowania pacjenta. Pogorszenie funkcjonowania we wszystkich tych obszarach niekorzystnie wpływa na proces leczenia choroby podstawowej. W grupie pacjentów onkologicznych dość powszechne są zaburzenia psychiczne, które mogą się pojawić na każdym etapie choroby i mieć różne nasilenie. Bywają wynikiem zmiany sytuacji społecznej z powodu choroby nowotworowej, reakcją na stres z nią związany, jak również skutkiem oddziaływania czynników fizjologicznych lub patologicznych na ośrodkowy układ nerwowy. Do najczęstszych zaburzeń psychicznych w przebiegu choroby nowotworowej należą: zespoły dezadaptacyjne, zespoły depresyjne, zespoły lękowe, zaburzenia świadomości, zaburzenia psychoorganiczne, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia snu, przewlekły ból i stres, zespół przewlekłego zmęczenia, *chemobrain* (zaburzenia poznawcze po chemioterapii). *Chemobrain* jest bardzo ciekawym zjawiskiem, na które składają się zaburzenia pamięci operacyjnej, szybkości psychomotorycznej, czasu reakcji, umiejętności wzrokowo-przestrzennych i płynności mowy, problemy z wykonywaniem czynności złożonych, koncentracją oraz pamięcią wzrokową i werbalną. Zaburzenia te najczęściej występują u osób poddawanych leczeniu systemowemu oraz mają charakter łagodny i przemijający. Na przebieg choroby nowotworowej i jej pojawienie się wpływa działanie układu immunologicznego, układu endokrynologicznego, a także ośrodkowego układu nerwowego. Nauką, która zajmuje się wspólnym oddziaływaniem tych układów, jest psychoneuroimmunologia. Badania pokazują, że podczas stresu wymienione układy komunikują się poprzez działanie neurotransmiterów, hormonów, czynników wzrostu czy też cytokin. Choroba nowotworowa rzutuje na każdą sferę życia, stąd wielu pacjentów cierpi na zaburzenia psychiczne. Dlatego tak ważne są holistyczne podejście do chorego i współpraca różnych specjalistów, takich jak onkolog, psychiatra i psycholog.

Słowa kluczowe: zaburzenia psychiczne, choroby nowotworowe, zjawisko *chemobrain*, psychoneuroimmunologia

Abstract

Cancer is currently among the most prevalent diseases worldwide. Not only does it affect the somatic health of the patients, but also their emotional, mental, and social wellbeing. Impaired functioning on those levels, in turn, has adverse effect on the effects of treatment of the underlying disease as such. Psychiatric disorders of varying severity are quite common in cancer patients, potentially manifesting at any given stage of disease advancement. They may occur in response to the patient's changed social situation or to the stress it entails, but may also be triggered by physiological or pathological factors influencing the central nervous system in the course of the disease. The list of the most common mental conditions encountered in cancer patients includes adjustment disorders, depressive syndromes, anxiety, disorders of consciousness, psychoorganic syndrome, psychotic disorders, sleep disturbances, chronic pain and stress, chronic fatigue syndrome, and chemobrain. Chemobrain is a peculiar phenomenon, comprising potential disorders of various kinds impeding short-term memory, psychomotor speed, response time, visual-spatial skills and speech fluency, the ability to perform complex tasks, concentration as well as visual and verbal memory. The disorders most frequently afflict patients who undergo systemic therapy, they are subtle and temporary. Cancer is a disease whose occurrence and course are influenced by the functioning of the immune, endocrine, and central nervous system, with the science that explores the interaction between them known as psychoneuroimmunology. Research has demonstrated the systems to communicate through messengers such as neurotransmitters, hormones, growth factors and cytokines. As cancer has effect on every sphere of the patient's life, so many patients suffer from psychiatric comorbidities. A holistic approach and joint effort of specialists in various fields of medicine, such as oncology, psychiatry or psychology, are hence crucial for cancer patients.

Key words: psychiatric disorders, cancer, chemobrain, psychoneuroimmunology

WSTĘP

Choroba nowotworowa jest schorzeniem somatycznym, ale dotyka też sfery psychicznej, emocjonalnej i społecznej. Często lekarze skupiają się jedynie na aspekcie somatycznym, zapominając o równie ważnej sferze – *psyche*. Tymczasem skuteczność leczenia onkologicznego stanowi rezultat holistycznego podejścia do ciała i duszy pacjenta. Według Porębiak (2012) dołączenie wykwalifikowanej opieki psychologicznej lub psychiatrycznej może korzystnie wpłynąć na wyniki terapii przeciwnowotworowej. Występowanie zaburzeń psychicznych u pacjentów onkologicznych nie tylko oddziałuje na ich samopoczucie oraz jakość kontaktów z rodziną i otoczeniem, lecz także miewa negatywny wpływ na rokowanie. Jeśli chory w wyniku tych zaburzeń nie potrafi zastosować się do zaleceń lekarza i nie wyraża chęci współpracy z personelem medycznym, może to opóźnić proces zdrowienia.

Jak wynika z danych epidemiologicznych, nowotwór to obecnie jedna z najczęstszych chorób. Istotna jest zatem współpraca lekarzy różnych specjalności, a zwłaszcza psychologów i psychiatrów, ponieważ w grupie pacjentów onkologicznych znacznie rozpowszechnione są zaburzenia psychiczne (de Walden-Gałuszko, 2000).

WYBRANE RODZAJE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH WYSTĘPUJĄCYCH U PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

Zaburzenia psychiczne pojawiające się w efekcie choroby nowotworowej bywają reakcją na stopień ciężkości i uciążliwości jej przebiegu. Mogą także wynikać z powstających ograniczeń, takich jak brak samodzielności oraz potrzeba długotrwałej opieki i pielęgnacji. Również zmiana sytuacji społecznej (konieczność rezygnacji z pracy, odrzucenie, izolacja społeczna) przyczynia się czasem do wystąpienia zaburzeń tego typu. Problemy natury psychicznej są też niekiedy wynikiem oddziaływania czynników fizjologicznych lub patologicznych na ośrodkowy układ nerwowy (Jarema i Rabe-Jabłońska, 2011). Ponadto pojawienie się zaburzeń psychicznych zależy od stanu zdrowia, czynników psychologicznych i społecznych, typu osobowości pacjenta, jego indywidualnych predyspozycji i podatności na stres, a także wzorców zachowań wyniesionych z dzieciństwa oraz nabytych w ciągu życia (Bętkowska-Korpała i Gierowski, 2007; Michałowska-Wieczorek, 2006).

Do najczęstszych zaburzeń psychicznych w przebiegu choroby nowotworowej należą:

- zespoły dezadaptacyjne;
- zespoły depresyjne;
- zespoły lękowe;
- zaburzenia świadomości;
- zaburzenia psychoorganiczne;
- zaburzenia psychotyczne;
- zaburzenia snu;

- przewlekły ból i stres;
- zespół przewlekłego zmęczenia;

chemobrain – zaburzenia poznawcze po chemioterapii (Dorf-müller i Dietzfelbinger, 2011; de Walden-Gałuszko, 2000).

Emocje towarzyszące chorobie nowotworowej mogą modulować czynność układu immunologicznego. Nauka zajmująca się badaniem korelacji między układem nerwowym a immunologicznym – psychoneuroimmunologia – przedstawia dowody, że emocje mają znaczący wpływ na reakcje odpornościowe. Jest to wynik obecności unerwienia autonomicznego oraz występowania receptorów dla neuroprzekazników i modulatorów ośrodkowego układu nerwowego, które znajdują się w strukturach i na powierzchni komórek układu odpornościowego (Bętkowska-Korpała i Gierowski, 2007; Carson *et al.*, 2011). Układ immunologiczny, hormonalny i nerwowy są wspólnie odpowiedzialne za prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Wiadomo, że układ immunologiczny odgrywa ogromną rolę w zapoczątkowaniu i przebiegu choroby nowotworowej. Taką zależność można zauważyć już na etapie diagnozy – reakcją na stres związany z rozpoznaniem choroby jest obniżenie zdolności działania układu odpornościowego (De la Roca-Chiapas *et al.*, 2016). Liczne badania eksperymentalne i praktyka kliniczna pokazują, że układ odpornościowy pomaga w niszczeniu komórek nowotworowych, ale niestety może się też przyczynić do rozwoju choroby (Nowicka *et al.*, 2011). Dowiedziono, iż przekształceniu *carcinoma in situ* w raka dającego przerzuty towarzyszy przewlekły stan zapalny w obrębie guza. Komórki podścieliska i nowotworowe wydzielają wiele związków chemotaktycznych dla leukocytów, czego efektem jest wystąpienie stanu zapalnego. Według najnowszych badań komórki odpornościowe wyizolowane z obszaru guza mają zredukowane zdolności obronne oraz z większą intensywnością wydzielają związki o działaniu immunosupresyjnym i promującym wzrost guza. Nieprawidłowe leukocyty powodują inicjowanie tolerancji immunologicznej na antygeny nowotworowe, a niektóre wydzielają także TNF- α (*tumour necrosis factor*, czynnik martwicy nowotworu), hamujący apoptotyczną śmierć komórek nowotworowych (Nowicka *et al.*, 2011).

Emocje zaliczane do negatywnych (lęk, smutek, gniew) obniżają odpowiedź immunologiczną organizmu. Doskonałym potwierdzeniem tej tezy są badania Bartropa i wsp., które wykazały słabszą odpowiedź limfocytów na mitogen u osób pogrążonych w żałobie i ujawniły, że kobiety owdowiałe żyły krócej; między 4. a 14. miesiącem żałoby zaobserwowano obniżenie aktywności komórek NK (*natural killers*, naturalni zabójcy), co korelowało ze wzrostem zachorowalności i umieralności, w tym na choroby nowotworowe. Innym potwierdzeniem są badania Spiegela – pokazały one, że pacjentki z rakiem piersi, u których już występowały przerzuty, żyły dwukrotnie dłużej, jeżeli uczestniczyły w psychoterapii (Ryś *et al.*, 2007). Ciekawe okazały się też badania Lutgendorf i wsp., w których zaobserwowano wpływ psychicznego podejścia pacjentek onkologicznych na kształtowanie odpowiedzi immunologicznej,

a zwłaszcza cytotoksycznej, komórek NK. Kobiety w dobrym stanie psychicznym miały wyższy poziom aktywności cytotoksycznych komórek NK niż te cierpiące na depresję (Nowicka *et al.*, 2011). Stąd ważna jest umiejętność radzenia sobie z negatywnymi emocjami, by dodatkowo nie pogarszać funkcjonowania układu odpornościowego – i tak osłabionego wskutek choroby nowotworowej (Chochinow, 2001; Kiecolt-Glaser, 2002).

Przeprowadzono badania dotyczące związku typu osobowości z przebiegiem choroby nowotworowej. W ich wyniku wyodrębniono zespół cech (tzw. osobowość typu C), wśród których znalazły się: skłonność do poświęceń, altruizm, gotowość do współpracy i uległość, wyraźne skupianie się na potrzebach innych w większym stopniu niż na własnych oraz tłumienie gniewu. Pacjenci onkologiczni często reagują na wyzwania bezradnością, a otoczenie kształtuje ich decyzje (Sheridan i Radmacher, 1998).

Nie ma jednoznacznych dowodów na istnienie zależności między cechami osobowościowymi a chorobą nowotworową, jednak u osób, które miały lepsze samopoczucie, odnotowano wyższą jakość życia (Bętkowska-Korpała i Gierowski, 2007; Kiecolt-Glaser, 2002).

Ze względu na różnorodność zaburzeń psychicznych u osób chorych onkologicznie autorki artykułu skupiły się na krótkim omówieniu kilku najbardziej rozpowszechnionych (Nakash *et al.*, 2012).

ZABURZENIA LĘKOWE

Zaburzenia lękowe należą do najczęstszych zaburzeń psychicznych u pacjentów z chorobami nowotworowymi i powstają głównie jako skutek doświadczenia ogromnego lęku związanego z procesem chorobowym. Według niektórych autorów dotyczą nawet blisko 30% tej grupy (Porębiak, 2012; Rolińska *et al.*, 2011). Są bardzo rozpowszechnionym zaburzeniem, występującym na wszystkich etapach procesu nowotworowego; traktuje się je jako przejaw zaburzeń w sferze emocjonalnej w sytuacji zagrożenia (de Walden-Gałuszko, 2000).

Zaburzenia lękowe mogą powstać w wyniku różnorodnych mechanizmów biologicznych. Najczęściej są to defekty w zakresie neuroprzebieżności w ośrodkowym układzie nerwowym, zwykle dotyczące układu serotonergicznego i noradrenergicznego (Jarema i Rabe-Jabłońska, 2011).

Zaburzenia lękowe mogą przebiegać jako:

- lęk napadowy – występuje m.in. w stanach zagrożenia życia, ostrych zespołach bólowych, zaburzeniach endokrynologicznych i metabolicznych;
- lęk uogólniony – może towarzyszyć każdej chorobie, ale w szczególności dotyczy chorób serca i układu oddechowego, chorób nowotworowych i przewlekłych (Hales *et al.*, 2013).

Lęk może mieć postać ataków paniki – zwłaszcza gdy konieczny jest powrót do szpitala – ale też wystąpić już przy postawieniu diagnozy. Występują wtedy następujące objawy: tachykardia, nudności, bóle i zawroty głowy, uczucie

dusznoci, dławienia się, dyskomfort w klatce piersiowej, brak równowagi, derealizacja i depersonalizacja oraz parestezje, czyli uczucie drętwienia lub mrowienia (Jarema i Rabe-Jabłońska, 2011; Porębiak, 2012). Lęk napadowy może pojawić się także w związku z koniecznością wykonania badań, przede wszystkim rezonansu magnetycznego. Wynika to z faktu, że podczas badania generowany jest wysoki poziom hałasu, a pacjent znajduje się w wąskiej rurze, co może wywołać napady klaustrofobii i paniki (Dorfmueller i Dietzfelbinger, 2011).

Lęk, który cechuje się stałym nasileniem i towarzyszy choremu w codziennym funkcjonowaniu, nazywany jest lękiem uogólnionym – wolno płynącym (Porębiak, 2012). Cechuje go brak związku ze szczególnymi okolicznościami. Do charakterystycznych objawów należą: zamartwianie się na zapas, ciągle napięcie, niemożność zrelaksowania się i odprężenia, zaburzenia koncentracji uwagi i pamięci oraz trudności z zasypianiem. Chorzy skarżą się na stałe rozdrażnienie, napięcie mięśniowe, uczucie niepokoju (Jarema i Rabe-Jabłońska, 2011; de Walden-Gałuszko, 2000).

Stany lękowe obserwuje się często u pacjentów, którzy z powodzeniem zakończyli leczenie w ośrodku onkologicznym. Takie zaburzenia, nazywane syndromem miecza Damoklesa, cechują się uczuciem ciągłego zagrożenia nawrotem choroby nowotworowej. Pacjent jest przekonany, że nowotwór powróci i że jest to wyłącznie kwestia czasu (Porębiak, 2012); odczuwa lęk na samą myśl o takiej ewentualności, chociaż w danym okresie nie ma medycznie uzasadnionych powodów do strachu.

ZABURZENIA O CHARAKTERZE OBSESYJNO-KOMPULSYJNYM (OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER, OCD)

Zaburzenia te wiążą się z natrętnymi, nawracającymi myślami, ideami, wyobrażeniami lub impulsami (obsesje) oraz czynnościami natrętnymi (kompulsje). W przypadku zaburzeń natury psychiatrycznej zazwyczaj dotyczą one treści agresywnych czy obscenicznych. Traktowane są jako doświadczenia przykre (Jarema i Rabe-Jabłońska, 2011).

Mimo podejmowania prób przeciwstawienia się takim zachowaniom nawracają one mimowolnie i chorzy traktują je jako własne; zdają sobie jednak sprawę, że są to czynności bezsensowne i nieefektywne (Araszkiewicz *et al.*, 2004). Pacjent nie potrafi zapanować nad przymusem powtarzania pewnych rytuałów, które na jakiś czas redukują przeżywane napięcie i lęk. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne mogą pojawić się u osób zdrowych psychicznie w przebiegu długotrwałego przemęczenia czy stresu.

Rekonwalescenci, którzy w czasie nasilenia choroby nowotworowej i związanego z nią leczenia przywykli do pewnych zachowań, nie są w stanie wyeliminować ich z codziennego życia. Niekiedy wiąże się to z obawą, że zaprzestanie tych rytuałów doprowadzi do nawrotu choroby. Po pewnym czasie obawa ta potrafi przerodzić się w rodzaj fobii (Hales *et al.*, 2013). Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne

zwykle są niezależne od choroby nowotworowej i zazwyczaj występowały już przed jej pojawieniem się. Jednak w przebiegu procesu nowotworowego zaburzenia o charakterze OCD mogą nawrócić (u osób wyleczonych) lub przebiegać w ostrzejszej postaci (u pacjentów z obecnością natręctw) (Araszkiewicz *et al.*, 2004).

KANCEROFOBIA (ONKOFOBIA)

Innym rodzajem zaburzenia o charakterze lękowym występującym u pacjentów, którzy chorowali na nowotwór, jest kancerofobia (onkofobia) – nieuzasadniony lęk przed powtórny zachorowaniem. Bywa on tak silny, że paraliżuje chorego (de Walden-Gałuszko, 2000).

U pacjenta kancerofobia może się wiązać z obawą przed rozpoznaniem innej choroby onkologicznej, a u jego bliskich – przed zachorowaniem na raka (Porębiak, 2012). Typowym zachowaniem osób cierpiących na onkofobię jest poddawanie się różnym badaniom diagnostycznym, także inwazyjnym, które mają wykluczyć obecność choroby. Jednak nawet gdy wyniki badań okazują się pomyślne, poziom dystresu nie ulega obniżeniu (Araszkiewicz *et al.*, 2004). Takie osoby wykazują tendencję do interpretowania wszystkich objawów i reakcji organizmu jako symptomów rozwijającego się procesu nowotworowego. Podobne przekonania mogą prowadzić do pojawienia się cech urojeń (fałszywe sądy, odporne na perswazję) – wtedy mówi się o zaburzeniach psychotycznych, czyli utrwalonych zaburzeniach urojeniowych o treściach hipochondrycznych (de Walden-Gałuszko, 2000).

CHEMOBRAIN (ZABURZENIA POZNAWCZE PO CHEMIOTERAPII)

Pojęcie *chemobrain* jest definiowane jako grupa zaburzeń poznawczych występujących u osób poddawanych systemowemu leczeniu przeciwnowotworowemu. Zaburzenia zwykle mają charakter łagodny i przemijający (American Cancer Society, 2009). Na *chemobrain* (inaczej *chemofog*) składają się zaburzenia pamięci operacyjnej, szybkości psychomotorycznej, czasu reakcji, umiejętności wzrokowo-przestrzennych i płynności mowy. Mogą wystąpić problemy z wykonywaniem czynności złożonych, koncentracją oraz pamięcią wzrokową i werbalną, a także brak zdolności do podtrzymywania uwagi (Dorfmueller i Dietzfelbinger, 2011; The University of British Columbia, 2015). W kontekście spowolnienia zapamiętywania i przypominania zwraca się szczególną uwagę na zmienioną pojemność pamięci krótkotrwałej (Carson *et al.*, 2011).

Etiologia tych zaburzeń jest złożona i wieloczynnikowa. Za czynniki powodujące *chemobrain* można uważać m.in.:

- zmiany metabolizmu w ośrodkowym układzie nerwowym spowodowane chemioterapią;
- bezpośrednie uszkodzenie neuronów przez cytostatyki (co wiąże się z uszkodzeniem bariery krew-mózg);
- zmiany naczyniowe;
- uszkodzenia w strukturze DNA i skrócenie telomerów;

- przyczyny autoimmunologiczne – uwolnienie cytokin prozapalnych (sugeruje się wzrost stężenia IL-1, IL-2, TNF- α oraz obniżenie stężenia IGF-1);
- leki wspomagające stosowane w leczeniu choroby nowotworowej (przeciwbólowe, przeciwwymiotne);
- choroby współistniejące i środki przyjmowane w trakcie ich leczenia.

Występowanie zaburzeń poznawczych u osób chorych na nowotwory i poddawanych chemioterapii stanowi coraz poważniejszy problem. Częstość pojawiania się *chemobrain* waha się od 17 do 75% (Dorfmueller i Dietzfelbinger, 2011; Szafryna-Kliwicka, 2013). Co istotne, zaburzenia obserwowane są nie tylko u chorych leczonych cytostatykami, lecz także przy stosowaniu innych form terapii systemowej (głównie hormonoterapii) oraz u osób nieleczonych lub leczonych miejscowo. Warto jednak zaznaczyć, że efekt uszkadzający chemioterapii nie występuje u wszystkich chorych (Pietrzyk, 2010).

W badaniach obrazowych (MR i PET-CT) ośrodkowego układu nerwowego zaobserwowano związek zmian strukturalnych i czynnościowych mózgu z przebytym leczeniem cytostatykami. U pacjentek poddawanych chemioterapii – w porównaniu z osobami leczonymi chirurgicznie i zdrowymi – wykazano zmniejszoną objętość istoty szarej i białej, zmiany w przepływie naczyniowym oraz zmniejszony metabolizm glukozy. Odnotowano niższy metabolizm spoczynkowy w niektórych strukturach mózgu przy jednoczesnej zwiększonej aktywacji w trakcie wysiłku intelektualnego.

Obecnie w leczeniu *chemobrain* nie jest zarejestrowany żaden lek, jednak trwają badania nad różnymi kierunkami terapii, dotyczące m.in. deksmetylofenidatu, indometacyny i modafinilu (Szafryna-Kliwicka, 2013). Skuteczne okazały się: tworzenie szczegółowego planu dnia, ćwiczenie umysłu (nauka języka obcego, rozwiązywanie krzyżówek), odpowiednia ilość odpoczynku i snu, aktywność fizyczna oraz skupianie się na jednej, określonej czynności (American Cancer Society, 2009).

DEPRESJA

Jednym z najczęściej występujących zespołów chorobowych jest depresja, szczególnie jako odpowiedź układu nerwowego na różne czynniki. W większości przypadków objawia się zaburzeniami snu, przemęczeniem i obniżonym nastrojem. W badaniach na grupie 763 pacjentek z rakiem piersi 34% cierpiało na przemęczenie nawet po 5–10 latach od postawienia diagnozy, z kolei zaburzenia snu dotyczyły nawet 30–50% (Fagundes *et al.*, 2015).

Pojawienie się depresji ma związek ze współdziałaniem czynników genetycznych i stresowych oraz fizycznego stanu organizmu. Etiopatogenezy tej choroby poszukuje się w niedoborze katecholamin: noradrenaliny, dopaminy i serotoniny, jak również w zaburzeniach osi układu limbicznego podwzgórze–przysadka–nadnercza: jego nadmierna aktywacja podwyższa stężenie kortyzolu i kortykoliberyny, a także powoduje nieprawidłową czynność receptorów

glikokortykoidowych. Inne neurohormonalne osie, których nieprawidłowa funkcja może skutkować depresją, to oś podwzgórze–przysadka–tarczyca (w przypadku niedoczynności tarczycy) oraz oś związana z hormonami płciowymi u kobiet (Jarema i Rabe-Jabłońska, 2011).

Za przyczynę depresji uważa się również nadmierną aktywność cytokin prozapalnych; ich wpływ na ośrodkowy układ nerwowy wywołuje objawy neuropsychologiczne i somatyczne depresji. U osób chorych na depresję odnotowano znaczny wzrost laboratoryjnych wskaźników stanu zapalnego, takich jak białka ostrej fazy czy interleukiny prozapalne. Zauważono, że IL-1, IL-6 i TNF- α pobudzają oś podwzgórze–przysadka–nadnercza, stymulują uwalnianie kortykoliberyny oraz przyczyniają się do wystąpienia symptomów depresji: zmęczenia, anoreksji, anhedonii czy zaburzeń snu. Potwierdzeniem tej teorii jest zaobserwowanie objawów depresyjnych u pacjentów onkologicznych leczonych IFN- α i IL-2. Z kolei Musselman i wsp. zauważyli występowanie depresji u 50% pacjentów chorych na czerniaka i leczonych IFN- α (Jarema i Rabe-Jabłońska, 2011; Ryś *et al.*, 2007). Bardzo ciekawe badania dotyczące związku między zaburzeniami odpornościowymi u chorych na depresję a mechanizmami nowotworzenia pokazały, że obniżony poziom limfocytów cytotoksycznych, które są odpowiedzialne za niszczenie obcych komórek, i obniżony poziom cytokin chemotaktycznych mogą powodować zmniejszoną zdolność do niszczenia komórek nowotworowych (Trzebiatowska, 1998).

Depresja występuje u 20–40% pacjentów onkologicznych. Zależność między depresją a chorobą nowotworową jest dwukierunkowa: choroba somatyczna predysponuje do wystąpienia depresji, ta zaś zwiększa ryzyko wystąpienia choroby somatycznej, a także niekorzystnie wpływa na proces jej leczenia (Jarema i Rabe-Jabłońska, 2011). Pojawienie się depresji może być wynikiem ekspozycji na stres zewnętrzny (psychospołeczny) lub wewnątrzustrojowy, który prowokuje nadmierną aktywność czynników prozapalnych. Diagnoza choroby nowotworowej niewątpliwie wiąże się z oboma wymienionymi rodzajami stresu, stąd oddziaływanie na siebie dwóch chorób wpływa na przebieg jednej i drugiej (Cubała *et al.*, 2006).

CELOWOŚĆ WSPÓŁPRACY PSYCHOLOGA, PSYCHIATRY I ONKOLOGA W PRAKTYCE KLINICZNEJ

Konsultacje psychologiczne lub psychiatryczne na oddziale onkologicznym mają czasem nieocenioną wartość. Specjaliści z tych dziedzin mogą bowiem zasugerować onkologowi właściwy sposób rozmowy z chorym i przekazania mu informacji o niepomyślnym rokowaniu, w zależności od typu pacjenta i jego reakcji na diagnozę.

Prof. Cezary Szczylik (onkolog) zaznacza: „Najtrudniejsze są rozmowy na początku. Chory może wtedy zapaść się w sobie, milczeć” (Kubisiowska, 2014). Wsparcie psychologa jest bardzo cenne podczas budowania relacji z rodziną chorego, szczególnie gdy lekarz nie wypracował jeszcze umiejętności odpowiedniej komunikacji z pacjentem.

Jak mówi Justyna Pronobis-Szczylik (psycholog kliniczny, psychoterapeuta, psychoonkolog): „Lekarze w biurokracycznym systemie nie mają czasu porządnie zająć się chorym, a co dopiero ludźmi z jego otoczenia. Nie wszyscy lekarze są gotowi na ten rodzaj kontaktu. Nie ze złej woli – po prostu brak im umiejętności wchodzenia w relację z osobą w silnym stresie” (Kubisiowska, 2014). Niewłaściwe przygotowanie lekarzy do przekazywania niepomysłnej diagnozy sygnalizuje też ks. Kaczkowski (doktor teologii moralnej, bioetyk, prezes Puckiego Hospicjum pw. św. Ojca Pio, organizator letnich Areopagów Etycznych – warsztatów dla studentów medycyny): „U nas na studiach medycznych nie uczy się przyszłych lekarzy, jak rozmawiać z pacjentem i jego rodziną na takie tematy. Trudno się więc dziwić, że duża część z nich po prostu unika rozmów z pacjentami, gdy mają im do zakomunikowania złe wiadomości. Bywa też, że lekarz chowa się za terminologią, używa języka, który jemu samemu wydaje się oczywisty, a dla pacjenta jest kompletnie niezrozumiały” (Jabłońska, 2013).

Wsparcie psychologiczne może się również okazać bardzo przydatne dla zespołu opiekującego się chorym na oddziale – lekarzy, pielęgniarek. Jak podaje Pronobis-Szczylik, na zespół wypalenia zawodowego składają się trzy czynniki: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja oraz brak satysfakcji z wyników pracy. Psychoonkolog mówi: „Wyczerpanie emocjonalne to utrata energii, ciągłe zmęczenie, brak poczucia regeneracji sił, drażliwość i impulsywność, bóle głowy, bezsensowność, brak naturalnej energii i radości życia, dobrego nastroju, entuzjazmu, zapału” (Kubisiowska, 2014). W celu zredukowania stresu związanego z pracą z pacjentem, a także zapobiegania zespołowi wypalenia zawodowego organizowane są dla lekarzy tzw. grupy Balinta, które mają umożliwić medykom analizę psychologiczną relacji lekarz–pacjent (Bar-Sela *et al.*, 2012). Także ks. Kaczkowski podkreśla, że niezależnie od tego, jak bardzo lubi się swoją pracę, każdego może dotknąć syndrom wypalenia zawodowego; ważne jest zatem wdrażanie profilaktyki w tym zakresie (Jabłońska, 2013).

PODSUMOWANIE

Choroba nowotworowa jest procesem przewlekłym, dotyczącym nie tylko narządów wewnętrznych, lecz także psychiki. Pacjenci onkologiczni najczęściej skarżą się na zaburzenia psychiczne w postaci depresji, zaburzeń lękowych, fobii czy zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Bardzo istotnym zjawiskiem jest *chemobrain*, czyli zaburzenia poznawcze wynikające z zastosowania chemioterapii. Leczenie pacjentów z chorobą nowotworową wymaga ogromnej wiedzy, doświadczenia, nowoczesnej aparatury i leków, ale również całościowego spojrzenia na człowieka – na jego stan psychiczny i emocjonalny oraz skutki uboczne chemioterapeutyków. Dlatego ważna jest współpraca między onkologiem, psychiatrą i psychologiem. Dzięki niej lekarz onkolog może umocnić swoją relację z pacjentem, w bardziej zrozumiały sposób przedstawić diagnozę oraz plan leczenia, a także korzystnie wpłynąć na rokowanie.

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpływać na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- American Cancer Society: Getting Help for Chemo Brain, 2009. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@editorial/documents/document/acspc-031604.pdf> [cited 15 May 2014].
- Araszkiewicz A, Bartkowiak W, Starzec W: Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej. *Psychiatr Prakt Ogólnolek* 2004; 4: 157–166.
- Bar-Sela G, Lulav-Grinwald D, Mitnik I: “Balint group” meetings for oncology residents as a tool to improve therapeutic communication skills and reduce burnout level. *J Cancer Educ* 2012; 27: 786–789.
- Bętkowska-Korpała B, Gierowski JK: Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- Carson RC, Butcher JN, Mineka S: Psychologia zaburzeń. Vol. 1, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2011.
- Chochinov HM: Depression in cancer patients. *Lancet Oncol* 2001; 2: 499–505.
- Cubała WJ, Godlewska B, Trzonkowski P *et al.*: Wykładniki przewlekłej aktywacji prozapalnej układu odpornościowego w depresji. *Psychiatr Pol* 2006; 40: 431–444.
- De la Roca-Chiapas JM, Barbosa-Sabanero G, Martínez-García JA *et al.*: Impact of stress and levels of corticosterone on the development of breast cancer in rats. *Psychol Res Behav Manag* 2016; 9: 1–6.
- Dorfmueller M, Dietzfelbinger H: Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
- Fagundes C, LeRoy A, Karuga M: Behavioral symptoms after breast cancer treatment: a biobehavioral approach. *J Pers Med* 2015; 5: 280–295.
- Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO: Psychiatria. Vol. IV, Medipage, Warszawa 2013.
- Jabłońska K: Szału nie ma, jest rak. Z ks. Janem Kaczkowskim rozmawia Katarzyna Jabłońska. Biblioteka Więzi, Warszawa 2013.
- Jarema M, Rabe-Jabłońska J: Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
- Kiecolt-Glaser JK, Robles TF, Heffner KL *et al.*: Psycho-oncology and cancer: psychoneuroimmunology and cancer. *Ann Oncol* 2002; 13 Suppl 4: 165–169.
- Kubisiowska K: Rak po polsku. Rozmowa z Justyną Pronobis-Szczylik i Cezarym Szczylikiem. Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2014.
- Michałowska-Wieczorek I: Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2006; 10: 51–56.
- Nakash O, Shemesh A, Nagar M *et al.*: Cancer and common mental disorders in the community: results of the Israel-World Mental Health Survey. *Eur J Psychiatr* 2012; 26: 174–184.
- Nowicka A, Rogala E, Wertel I *et al.*: Układ immunologiczny w chorobie nowotworowej jajnika – sojusznik czy wróg? *Ginekol Dypł* 2011; 13: 28–32.
- Pietrzyk A: Poznawcze funkcjonowanie pacjenta onkologicznego przed chemioterapią i po chemioterapii. Kierunki pomocy medycznej i pozamedycznej w odzyskiwaniu sprawności umysłowej. Analiza przypadków dwojga studentów – kobiety i mężczyzny. *Psychoonkologia* 2010; 1: 29–35.
- Porębiak MI: Zaburzenia i problemy psychiczne pacjentów onkologicznych. *Medycyna Praktyczna – Psychiatria* 2012. Available from: <http://psychiatria.mp.pl/choroby/show.html?id=70085> [cited 1 December 2013].
- Rolińska A, Furmaga O, Kwaśniewski W *et al.*: Zaburzenia psychiczne w przebiegu choroby nowotworowej. *Curr Probl Psychiatri* 2011; 12: 546–549.
- Ryś A, Miodek A, Szemraj P *et al.*: Immunologiczne i endokrynologiczne aspekty patogenezy depresji. *Post Psychiatr Neurol* 2007; 16: 335–337.
- Sheridan CL, Radmacher SA: Psychologia zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998.
- Szafryna-Kliwicka A: Zaburzenia funkcji poznawczych indukowane systemową terapią przeciwnowotworową. In: Talarowska M, Gałęcki P (eds.): Zaburzenia funkcji poznawczych w wybranych chorobach somatycznych. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2013: 79–87.
- The University of British Columbia: ‘Chemo brain’ is real, say UBC researchers. Available from: <http://news.ubc.ca/2015/04/27/chemo-brain-is-real-say-ubc-researchers> [cited 13 February 2016].
- Trzebiatowska IA: Zaburzenia odpornościowe u pacjentów chorych na depresję a immunologiczne mechanizmy kontrolne rozwoju raka. *Psychoonkologia* 1998, 3: 11–19.
- de Walden-Gałuszko K: Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.