

Zaburzenia psychiczne u osób starszych z chorobami nowotworowymi

Mental disturbances in elderly cancer patients

ALINA JAREMA

Z Kliniki Radioterapii PAM w Szczecinie

STRESZCZENIE. *Celem pracy było przedstawienie najważniejszych problemów dotyczących farmakoterapii zaburzeń psychicznych towarzyszących chorobom nowotworowym w wieku starszym. Omówiono w skrócie występowanie najczęstszych w tej grupie chorych zespołów psychopatologicznych, akcentując trudną psychologicznie sytuację pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Zwrócono uwagę na konieczność ostrożnego doboru leków psychotropowych oraz na możliwość interakcji z lekami o innym profilu działania. Szczególny nacisk położono na omówienie postępowania terapeutycznego w zespołach depresyjnych i lękowych jako najczęściej towarzyszących chorobie nowotworowej. Podkreślono rolę właściwej postawy wobec pacjentów i wagę odpowiedniej strategii informowania pacjentów o rozpoznaniu choroby nowotworowej w przewidywaniu efektu psychofarmakoterapii.*

SUMMARY. *The paper presents the most important problems in the pharmacotherapy of mental disorders accompanying malignant tumours in the elderly. The most frequent psychopathological syndromes in this group of patients are briefly reviewed, with special focus on the difficult psychological situation of patients with a diagnosis of cancer. Attention is drawn to the need for careful selection of psychotropic drugs and to possible interactions with drugs of a different profile. Particular stress is given to the discussion of therapeutic procedures in depressive and anxiety syndromes - the most frequent concomitants of cancer. In an attempt to predict the outcome of pharmacotherapy it is stressed that it is necessary to adopt a proper approach to the patient and to select an appropriate strategy of informing the patient about the cancer diagnosis.*

Słowa kluczowe: starość / zaburzenia psychiczne / choroby nowotworowe / leczenie

Key words: old-age/ mental disorders/ cancer/ treatment

Choroby nowotworowe występują u osób w różnym wieku. W opinii ogólnej, sytuacja jest bardziej dramatyczna wtedy, gdy na nowotwór zapada młody człowiek niż wtedy, gdy pacjent jest już w wieku podeszłym. Nie zwalnia to jednak od wnikliwej oceny trudnej sytuacji psychologicznej człowieka starszego, który staje wobec rozpoznania u niego choroby nowotworowej.

Wiek starszy wyróżniają pewne specyficzne warunki biologiczne oraz psychologiczne, sprzyjające występowaniu zaburzeń psychicz-

nych (2, 9, 16). Wśród tych pierwszych wymienić należy: obniżenie ogólnej sprawności psychofizycznej, zmiany wsteczne w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN) i w innych narządach, spadek sprawności układu odpornościowego. Ważnym czynnikiem jest też zmniejszenie się odporności na ból. Ma to swoje źródło zarówno w mniejszej wytrzymałości na wszelkie objawy zaburzeń funkcjonowania, jak i w długim doświadczeniu życiowym, często bogatym w dolegliwości bólowe. Pacjenci w starszym wieku mają z re-

guły bogate doświadczenie w leczeniu dolegliwości bólowych, wiedzą jak jest ono trudne i jak bardzo dolegliwości te są dokuczliwe. Dlatego strach przed bólem jest ważnym czynnikiem wpływającym na niektóre zaburzenia psychiczne w wieku starszym.

Do drugiej grupy czynników zaliczyć można: poczucie zmniejszonej wydolności ogólnej, świadomość uzależnienia od opieki osób drugich. Niebagatelną rolę odgrywają też doświadczenia osobiste, choroby i zgony osób bliskich oraz świadomość bliskości kresu życia. Sprzyja to rozpowszechnianiu się w tej grupie wiekowej postaw rezygnacyjnych.

Rozpoznanie choroby nowotworowej jest z reguły związane ze znacznym obciążeniem psychicznym. Częstym zjawiskiem towarzyszącym takiej diagnozie jest ostra reakcja lękowa, niekiedy swym nasileniem zbliżona do panicznego lęku. Wiąże się to nierzadko z ogromnym poczuciem niezasłużonej krzywdy, często wyrażanej w retorycznym pytaniu "dlaczego przydarzyło się to właśnie mnie?". Jakkolwiek reakcje pacjentów na rozpoznanie choroby nowotworowej nie zawsze udają się ułożyć w określony schemat, po początkowym okresie, w którym dominuje reakcja lękowa, pacjenta często ogarnia rezygnacja. Wiąże się to z kilkoma schematami myślowymi, dotyczącymi nowotworu. Po pierwsze - nowotwór z reguły utożsamiany jest ze śmiertelnym zagrożeniem życia. Po drugie - rozpoznanie nowotworu związane jest z przekonaniem o niskiej skuteczności leczenia, albo wręcz z niemożliwością stosowania jakiegokolwiek skutecznego leczenia. Po trzecie - wśród pacjentów, którzy zeknęli się z terapią nowotworów, postawom rezygnacyjnym sprzyja świadomość jej uciążliwości, a szczególnie - jej bardzo przykrych skutków i objawów ubocznych. Postawy rezygnacyjne mogą niekorzystnie wpływać na przebieg procesu chorobowego (6, 7, 8).

Innym, często stosowanym mechanizmem obronnym jest wyparcie. Pacjenci negują rozpoznanie nowotworu, czasami też umiejętności diagnostyczne lekarza, a szukają

potwierdzenia swoich przekonań u innych terapeutów, w tym także u uzdrowiaczy. Zalecenie przez taką osobę pacjentowi zaprzestania leczenia i zastosowania niekonwencjonalnych form leczniczych, często wzmacnia jego niechętnie postawy wobec właściwego postępowania terapeutycznego. Przedłuża to znacznie, albo wręcz uniemożliwia, właściwe leczenie i może być przyczyną tragicznego postępu choroby (8, 10).

Najbardziej korzystną formą reakcji na rozpoznanie nowotworu jest postawa aktywna, sprzyjająca zachowaniu zmierzającemu do maksymalnego wykorzystania możliwości terapeutycznych. Donoszono, iż takie postawy sprzyjają terapii. U pacjentów aktywnie współuczestniczących w procesie leczenia można oczekiwać lepszych wyników w zakresie poprawy klinicznej lub długości przeżycia. Jest to o tyle istotne, iż od lat w środowisku lekarskim oraz poza nim toczy się dyskusja na temat informowania pacjentów o rozpoznaniu choroby nowotworowej (3, 13). Można mówić o dwóch tendencjach. Jedna z nich podkreśla prawo pacjenta do pełnej, rzetelnej informacji o rozpoznanym u niego schorzeniu nowotworowym, co obejmuje także informację dotyczącą szans wyleczenia oraz przewidywanego okresu przeżycia. Druga, mniej radykalna - głosi potrzebę dostosowania zakresu informacji do sytuacji pacjenta zarówno do stopnia zagrożenia jego zdrowia i życia przez proces nowotworowy, jak i do jego osobowości oraz przewidywanych reakcji związanych z taką informacją.

Do czynników, które bezpośrednio kształtują obraz zaburzeń psychicznych u starszych pacjentów chorych na nowotwory, należy ich osobowość przedchorobowa (w wieku starszym często zaostreniu ulegają cechy osobowości, w tym np. postawy sensorywne, negowanie autorytetów, tzw. mądrość starcza) oraz obniżoną sprawność mechanizmów obronnych osobowości, co sprzyja niekorzystnym postawom. Nie można też pominąć przeżytych zaburzeń psychicznych, które w okresie rozwoju nowotworu mogą się nasilić

(np. zespoły depresyjne, reakcje sytuacyjne). Ważnym czynnikiem jest też stopień akceptacji nowotworu - czyli uznania, iż jest on po prostu chorobą, a nie formą kary, dopustem lub nieszczęściem specjalnie spowodowanym przez innych.

Obraz kliniczny zaburzeń psychicznych u osób starszych z rozpoznaniem choroby nowotworowej nie nosi żadnych cech charakterystycznych. Najczęstsze są różnego typu zespoły lękowe. Często spotykane są też objawy zaburzeń depresyjnych, począwszy od pełnych zespołów depresyjnych, z nasilonym lękiem, obniżeniem nastroju oraz myślami i tendencjami samobójczymi, a skończywszy na izolowanych objawach depresyjnych. Należy podkreślić, że zaburzenia lękowe i depresyjne są u pacjentów z chorobą nowotworową w wieku starszym częste. Z moich obserwacji klinicznych wynika, iż występują w różnym nasileniu u około 1/3 - 1/2 takich pacjentów. Inna rzecz, iż czasami objawy takie nie są należycie doceniane przez klinicystów, lub są przez nich wręcz bagatelizowane według schematu myślowego, że "jak ktoś choruje na nowotwór, to nie ma się z czego cieszyć". Nierozpoznawanie lęku lub depresji oraz niepodjęcie odpowiedniego postępowania terapeutycznego należy do tych zagrożeń, z którymi powinno się walczyć, choćby przez upowszechnianie wiedzy na temat zagadnienia depresji w zaburzeniach somatycznych, co podejmuje już coraz więcej autorów (3, 4, 5).

Reakcje psychotyczne, głównie pod postacią zespołów urojeniowych, są zjawiskiem marginalnym. Częściej natomiast spotykamy się z zaburzeniami psychicznymi związanymi z lokalizacją procesu nowotworowego w OUN. Obok objawów wzrostu ciśnienia śródczaszkowego, spotyka się zespoły psychoorganiczne o różnym nasileniu, zespoły zależne od lokalizacji, jak np. zespół czołowy, oraz zaburzenia świadomości (1, 4).

Mówiąc o zaburzeniach psychicznych u chorych na choroby nowotworowe w wieku podeszłym, trzeba wspomnieć o niekorzystnych objawach związanych z terapią nowo-

tworów, które w znacznym stopniu obciążają psychikę pacjenta, jak np. okaleczające leczenie chirurgiczne. Chemioterapia i radioterapia związane są z szeregiem bardzo uciążliwych objawów ubocznych, wśród których należy wymienić nudności wymioty, biegunkę, utratę owłosienia itp. Objawy te bywają tak znacznie nasilone, że utrudniają niekiedy kontynuowanie terapii, a czasami bywają przyczyną jej zaniechania przez pacjenta. Dlatego leczenie korygujące te objawy jest bardzo ważnym elementem procesu terapeutycznego. Leki przeciwbólowe, przeciwwymiotne, uspokajające należą do najczęściej stosowanych preparatów w zwalczaniu objawów ubocznych chemioterapii i radioterapii.

Z punktu widzenia psychofarmakoterapii, na uwagę zasługują leki anksjolityczne, wśród których pochodne benzodiazepiny (BDZ) są najczęściej stosowane (2, 7, 11, 16). Specyfika leczenia anksjolitycznego pacjentów z chorobą nowotworową wymaga uwzględnienia kilku czynników, wśród których podkreślenia wymaga przewidywany długi czas podawania leków. W klinikach onkologicznych dość często stosuje się preparaty BDZ o dłuższym lub średnim okresie półtrwania, np. diazepam, medazepam, oxazepam, lorazepam. Stosowane bywają też inne anksjolityki, np. hydroksyzyna, która ma również działanie przeciwwymiotne. Alternatywą dla pochodnych BDZ mogłoby być leczenie buspironem. W sytuacji znacznego niepokoju podawane są neuroleptyki, w dawkach o około połowę mniejszych niż u pacjentów w sile wieku.

Leczenie przeciwd depresyjne wymaga ostrożnego doboru leków z racji objawów ubocznych klasycznych leków trójpierścieniowych. Dawki od 75 do 100 mg amitryptyliny lub imipraminy często są uważane za dawki maksymalne u starszych pacjentów chorych na chorobę nowotworową, u których rozpoznano zespoły depresyjne (2, 12, 14). Alternatywne wobec tych leków, leki hamujące zwrotny wychwyt serotoniny, np. fluoksetyna, ze względu na mniej nasilone objawy uboczne oraz na skuteczność wobec za-

burzeń depresyjnych typu psychogenego (15), mogłyby mieć zastosowanie. Leki wpływające na układ serotoninowy mogą mieć szersze zastosowanie u pacjentów z chorobami nowotworowymi, także ze względu na obecność receptorów 5HT w jelicie. Właśnie wpływ niektórych leków, np. ondansetronu, na receptory 5-HT₃ wiązany jest z działaniem przeciwwymiotnym wykorzystywanym w usuwaniu objawów ubocznych przy chemioterapii i radioterapii.

Mówiąc o pacjentach z chorobą nowotworową w wieku podeszłym, należy wspomnieć także o ich oczekiwaniach wobec personelu medycznego. Oprócz diagnozowania i leczenia, chorzy ci oczekują umiejętnego podejścia nacechowanego zrozumieniem ich trudnej sytuacji (6). Pacjenci tacy są bardzo wrażliwi na rodzaj podawanej im informacji dotyczącej zarówno ich stanu zdrowia jak i procesu terapeutycznego. Wydaje się, że pełna wyrozumiałości postawa zmierzająca do łagodzenia sytuacji związanej z rozpoznaniem i leczeniem choroby nowotworowej jest godna propagowania. Z kolei świadomość możliwości wystąpienia różnego rodzaju zaburzeń psychicznych i umiejętność wyboru odpowiedniego postępowania leczniczego przyczynia się znacznie do ochrony zdrowia psychicznego tych pacjentów.

PIŚMIENNICTWO

1. Awad G. (red.): *Disturbed behaviour in the elderly*. Pergamon Press, New York 1987.
2. Busse E.W., Blazer D.G.: *Geriatric psychiatry*. American Psychiatric Press, Washington DC 1989.
3. Grossarth-Maticke R., Kanazir H., Schmidt P.: Psychosomatic factors involved in the process of cancerogenesis. *Psychother. Psychosom.* 1983, 40, 197-210.
4. Grossberg G.T., Manepalli J.: The older patient with psychotic syndrome. *Psychiat. Serv.* 1995, 46, 55-61.
5. Hiller I.E.: Breast cancer: a psychogenic disease? *Woman Health* 1989, 15, 5-18.
6. Jarema A.: Badanie jakości życia w klinice onkologicznej. *Nowotwory* 1994, 44, suppl. 2, 79-85.
7. Jarema A.: Uwagi o lęku w chorobach nowotworowych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1994, 3, 131-134.
8. Jarema M., Jarema A.: Psychiczne aspekty choroby nowotworowej. *Pol. Tyg. Lek.* 1975, 30, 2049-2052.
9. Jarosz M.: *Psychologia lekarska*. PZWL, Warszawa 1988.
10. Kacperczyk J.: Lęk w chorobach somatycznych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1994, 3, 77-87.
11. Korzeniowski L., Pużyński S. (red.): *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*. PZWL, Warszawa 1986.
12. Lebowitz B.D.: Diagnosis and treatment of depression in late life. *Neuropsychopharmacology* 1994, suppl. 1, 62S.
13. Martín P.: Psychology and the immune system. *New Scientists* 1987, 9, 46-47.
14. Pużyński S.: *Depresje*. PZWL, Warszawa 1988.
15. Pużyński S., Rybakowski J., Kocur J., Rydzyński Z., Beręsewicz M., Bogdanowicz E., Duszyk S., Gruszczyński W., Kalinowski A., Koszewska I., Pilaczyńska E., Święcicki Ł.: Ocena kliniczna fluoksetyny. *Psychiatr. Pol.* 1994, 28, 593-600.
16. Smith S.L., Sherill K.A., Colenda C.C.: Assessing and treating anxiety in elderly persons. *Psychiat. Serv.* 1995, 46, 36-48.

*Adres: Dr Alina Jarema, Klinika Radioterapii PAM,
ul. Strzałowska 27, 71-658 Szczecin.*