

Spostrzeżenia praktyczne

Uwagi o lęku w chorobach nowotworowych

Remarks on anxiety in neoplastic diseases

Rozpoznanie choroby nowotworowej jest dla pacjenta i jego otoczenia silnym przeżyciem. Zdarza się, że chorzy określają to uczucie jako "jakby świat się zawalił", porównując przeżywaną sytuację do katastrofy. Typowymi reakcjami emocjonalnymi człowieka chorego są emocje negatywne: lęk, przygnębienie, rozdrażnienie, wyczerpanie. Nie wszyscy jednak pacjenci jednakowo negatywnie przyjmują rozpoznanie u nich choroby nowotworowej. Wprawdzie każda choroba, bez względu na jej ciężkość, powoduje stres, jednak w przypadku nowotworu stres ten jest szczególnie silny (2, 3, 9). Szacuje się, że objawy depresyjne (w tym lęk) bywają rozpoznawane w 23 - 53% pacjentów z chorobą nowotworową (3). W ocenie roli lęku i depresji w chorobach somatycznych należy wziąć pod uwagę co najmniej dwa ich aspekty: mogą one być następstwem choroby, dolegliwości cielesnych, zaburzeń funkcji organizmu lub zmiany sytuacji pacjenta bądź też - czynnikiem patogenezy w rozwoju i przebiegu choroby.

Źródłem znacznego lęku może być informacja o rozpoznaniu choroby nowotworowej (5, 6, 7, 12). Sposób, w jaki pacjent reaguje na tę wiadomość, zależy od wielu czynników, a wśród nich od indywidualnych cech osobowości pacjenta, jego środowiska kulturowego, zasobu wiedzy na temat chorób w ogóle a nowotworów w szczególności, stopnia przygotowania do przyjęcia negatywnych informacji oraz sposobu, w jaki informacja ta zostanie przekazana (4). Nie ma jedynego i właściwego rozwiązania problemu informowania chorego o chorobie nowotworowej. Każdy

pacjent wymaga indywidualnego traktowania. Znaczną rolę odgrywa fakt, czy stresujący czynnik, jakim jest tu świadomość choroby nowotworowej, zostanie rozpoznany jako istotnie zagrażający choremu. Chodzi tu o subiektywną ocenę stopnia zagrożenia. Możliwość kontrolowania swojej sytuacji psychologicznej związana jest z lepszym przystosowaniem się do świadomości choroby nowotworowej i skutkuje mniejszym odsetkiem objawów depresyjnych u tych pacjentów. Bardzo korzystną rolę odgrywa też wsparcie społeczne ze strony rodziny i kręgu przyjaciół (3).

W podejściu do problemu informowania pacjenta o chorobie nowotworowej jednym z najważniejszych czynników jest świadomość stresującej roli takiej informacji oraz konieczność ochrony zdrowia psychicznego pacjenta (6, 7, 8). Tendencją, która przeważa wśród społeczności zachodniej, jest przejście od unikania udzielania wyczerpującej informacji w latach pięćdziesiątych do coraz pełniejszej informacji udzielanej pacjentowi obecnie (1). Duże znaczenie mają tu różnice kulturowe: lekarze gastroenterolodzy z północnej i zachodniej części Europy zwykle udzielają pełnej informacji o chorobie nowotworowej pacjentowi i jego rodzinie, podczas gdy lekarze z południowej i wschodniej części Europy zwykle unikają informowania chorego, nawet wtedy, gdy pacjent o to prosi (12).

Wbrew pozorom, różnice demograficzne niekoniecznie przesądzają o znacznych różnicach w lękowym sposobie reagowania na rozpoznanie choroby nowotworowej (4), po-

dobnie jak nie przesądzają o odmiennych postawach wobec problemu informowania o takim rozpoznaniu (1). Duże znaczenie wydaje się mieć stopień nagłości informacji o rozpoznaniu choroby nowotworowej. Jeżeli schorzenie trwa od pewnego czasu i przejawia się dokuczliwymi objawami, które opornie ustępują pod wpływem uciążliwego leczenia, można z dużym prawdopodobieństwem przypuszczać, iż pacjent jest bardziej przygotowany na niekorzystną wiadomość niż chory, u którego schorzenie przebiega skąpoobjawowo, a rozpoznanie nowotworu jest faktem nie poprzedzonym innymi czynnikami, pozwalającymi domyślać się ciężkiego charakteru schorzenia. Przykładem mogą być badania sytuacji pacjenta z rakiem płuca. Chory taki, wobec objawów ze strony układu oddechowego i wobec konieczności udania się na badanie specjalistyczne, rozważa możliwość wystąpienia choroby nowotworowej przede wszystkim ze względu na do obecność pewnych dodatkowych faktów, takich jak palenie tytoniu, czy też specjalność lekarza do którego został skierowany na konsultację. Właściwa postawa lekarza, cechowana empatią, sprzyja łagodzeniu objawów lękowych, podobnie jak ostrożne rozważenie problemu kiedy i w jaki sposób przekazać pacjentowi informację o nowotworowym charakterze jego schorzenia. Niejednoznaczny efekt informacji o rozpoznaniu nowotworu ilustruje fakt, że spośród pacjentów z rakiem płuca, których poinformowano o rozpoznaniu choroby nowotworowej 62% uznało, że po takiej informacji poczuli się pewniej, a 10% - mniej pewnie. W tej grupie chorych 40% zgłaszało poczucie winy z powodu palenia tytoniu (10).

Stres związany z chorobą o nowotworowym charakterze znajduje swoje źródło w dolegliwościach cielesnych, zagrożeniu życia, niepewności rokowania, uciążliwym procesie terapeutycznym oraz w zmianie sytuacji osobistej i zawodowej. Występuje poczucie mniejszej wartości, niekiedy winy, a jednocześnie reakcja gniewu i żalu z powodu choroby, która właśnie tę konkretną osobę

spotkała. Różne mechanizmy obronne bywają uruchamiane, aby pacjent mógł zaadaptować się do swej nowej, niełatwej sytuacji.

Rozpoznanie objawów lękowych z reguły pociąga za sobą dążenie do złagodzenia objawów lęku drogą farmakoterapii. Należy podkreślić, iż leczenie farmakologiczne lęku w schorzeniach somatycznych, a szczególnie w chorobach nowotworowych, wymaga ostrożności co najmniej z trzech powodów: ze względu na możliwą odmiennność metabolizmu leków psychotropowych, ze względu na możliwe interakcje z lekami stosowanymi w leczeniu objawów choroby podstawowej oraz ze względu na związane z chorobą zmiany stanu i funkcji narządów. W przypadku najczęściej stosowanych w takich stanach leków anksjolitycznych z grupy pochodnych benzodiazepiny pod uwagę należy wziąć także następujące aspekty (6, 11): (a) *wiek pacjenta*: dawki leków u ludzi starszych powinny być zdecydowanie niższe; (b) *uprzednie doświadczenia chorego z tymi lekami*: uczulenie na leki (co jest jednym z częściej przytaczanych przeciwwskazań do stosowania pochodnych benzodiazepiny), występowanie objawów niepożądanych (np. senność, uczucie zmęczenia, zaburzenia pamięci), długość okresu przyjmowania leków (efekt kumulacji, możliwość uzależnienia), sposób odstawiania leków (obecność objawów braku leków po ich nagłym odstawieniu); (c) *stan OUN oraz narządów uczestniczących w metabolizmie leku*: obecność zmian organicznych mózgu, schorzeń wątroby i nerek, przyjmowanie leków przeciwpadaczkowych, disulfiramu, leków metabolizowanych w obecności tych samych enzymów (np. estrogenów, erytromycyny, isoniazydu), alkoholizowanie się.

Trudna sytuacja psychologiczna, w jakiej znajduje się pacjent cierpiący na chorobę nowotworową, wymaga szczególnego zrozumienia ze strony nie tylko zespołu leczącego, ale też najbliższego otoczenia pacjenta. Uświadomienie sobie, jak często chorzy tacy odczuwają lęk i jak złożone mechanizmy odpowiedzialne są za przeżywanie przez nich

dyskomfort, może w znacznym stopniu ułatwić postępowanie lekarskie, pomóc pacjentowi w jego chorobie i ochronić jego wrażliwą psychikę przed potęgowaniem sytuacji wywołującej lęk.

PIŚMIENNICTWO

1. Della-Vorgia P, Katsouyanni K, Garanis TN, Touloumi G, Drogari P, Koustselinis A: Attitudes of a Mediterranean population to the truth-telling issue. *J. Med. Ethics*, 1992, 18, 67-74
2. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 1983, 751-757
3. Grassi L, Albieri G, Righi R, Leoni M, Marangolo M: Recent life events and psychiatric symptoms in cancer patients. *New Trends Exp. Clin. Psychiat.* 1988, 3, 167-175
4. Jarema A: Analiza wypowiedzi pacjentów na temat informowania ich o rozpoznaniu choroby nowotworowej. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej, Szczecin*, 1982.
5. Jarema M, Jarema A: Psychiczne aspekty choroby nowotworowej. *Pol. Tyg. Lek.* 1975, 30, 2049-2052
6. Jarema A, Jarema M: Przyczynę do zagadnienia informowania pacjentów o rozpoznaniu choroby nowotworowej. *Pol. Tyg. Lek.* 1976, 31, 1775-1777
7. Jarema A, Jarema M: Postawy wobec pacjentów cierpiących na chorobę nowotworową w aspekcie ochrony ich zdrowia psychicznego. *Zdr. Psych.* 1977, 1/2, 153-156
8. Jarema A, Jarema M: What to tell the cancer patient: socio-psychiatric aspects. W: Hudolin V (red.): *Social Psychiatry*. Plenum Press, New York, 1984, 805-813
9. Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E: Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *Br. J. Psychiat.* 1990, 156, 79-83
10. Sell L, Devlin B, Bourke SJ, Munro NC, Corris PA, Gibson GF: Communicating the diagnosis of lung cancer. *Respir. Med.* 1993, 87, 61-63.
11. Stoudemire A, Moran MG: Psychopharmacologic treatment of anxiety in the medically ill elderly patient: special considerations. *J. Clin. Psychiat.* 1993, 54, Suppl, 27-33
12. Thomsen OD, Wulff HR, Martin A, Singer PA: What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients? *Lancet*, 1993, 341, 473-476

ALINA JAREMA

Klinika Radioterapii Pomorskiej AM

w Szczecinie.

ul. Strzałowska 27 71-658 Szczecin