

Złożony problem leczenia bólu u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową uzależnionych od alkoholu – perspektywa psychoterapeuty

The complex problem of pain management in patients with advanced cancer disease addicted to alcohol - the psychotherapist's perspective

Katarzyna A. Malinowska, Anna Zasowska-Nowak, Alicja Andrysiewicz

Oddział Medycyny Paliatywnej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów w Łodzi

Streszczenie

Ból jest jednym z najczęściej obserwowanych objawów u chorych w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej. Współistnienie uzależnienia od alkoholu z chorobą nowotworową może być przyczyną trudności w uzyskaniu zadowalającej analgezji oraz niepełnej satysfakcji chorego w ocenie swojego stanu psychofizycznego. W pracy przedstawiono przypadek chorej na raka płaskonabłonkowego jamy ustnej ze zmianami o charakterze przerzutowym w płucach i nadnerczu lewym ze współistniejącą chorobą alkoholową. Celem przeprowadzonego badania była ocena skuteczności leczenia bólu i jakości życia przy współistniejącym zespole uzależnienia od alkoholu. W trakcie leczenia objawowego zastosowano diagnostykę psychologiczną i techniki terapii poznawczo-behawioralnej celem poprawienia funkcjonowania badanej.

Słowa kluczowe: ból, uzależnienie od alkoholu, jakość życia.

Abstract

Pain is the most common symptom in patients with advanced cancer. Coexistence of alcohol abuse and a cancer disease can be a reason of difficulties in obtaining of acceptable analgesia and may result in patient's incomplete satisfaction in the self-assessment of the psychophysical state. The article presents the case of patient with disseminated neoplastic disease derived from squamous cell carcinoma of the oral cavity with metastases of lung and left adrenal gland. The purpose of this study was an assessment of effectiveness of pain treatment and quality of life in cancer patient with alcohol addiction. The psychological diagnostics and the cognitive-behavioral therapy were used during the treatment to improve of patient's everyday functioning.

Key words: pain, alcohol addiction, quality of life.

Adres do korespondencji

dr n. med. Katarzyna A. Malinowska, Oddział Medycyny Paliatywnej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów, Żeromskiego 113, 90-549, e-mail: malin76-76@o2.pl

WSTĘP

Ból jest objawem występującym u ok. połowy chorych na nowotwory oraz u ponad 65% chorych w ich zaawansowanym stadium, istotnie obniżającym jakość życia [1]. Alkoholizm stwierdzany jest u 4–28% chorych w zaawansowanym stadium cho-

roby nowotworowej objętych opieką paliatywną [2, 3]. Leczenie bólu przewlekłego u osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych jest złożonym i trudnym zagadnieniem. Nadmierne spożywanie alkoholu wpływa na funkcjonowanie endogennego układu opioidowego, odgrywającego istotną rolę zarówno w procesach nocycepcji, jak

i wzmocnienia efektów działania alkoholu [4]. Podczas gdy jednorazowe spożycie alkoholu aktywuje uwolnienie peptydów opioidowych w centralnym układzie nerwowym, jego przewlekłe przyjmowanie w dużych ilościach może skutkować ich niedoborem [5]. Wyniki badań przeprowadzonych na modelu zwierzęcym wykazały, że przewlekłe spożywanie alkoholu może być przyczyną wystąpienia krzyżowej tolerancji na przeciwbólowe działanie leków opioidowych [6], natomiast przerwanie długotrwałej konsumpcji alkoholu może skutkować hiperalgezą [7]. Badania przeprowadzone przez Leeuw i wsp. wskazują na to, że osoby uzależnione od alkoholu doświadczające przewlekłego bólu mogą być szczególnie wrażliwe na wystąpienie hiperalgezji w początkowym okresie abstynencji [4, 8].

Z punktu widzenia terapii bólu istotny jest fakt, że uzależnienie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych jest najsilniejszym czynnikiem ryzyka nadużywania leków opioidowych [9] oraz niestosowania się do zaleceń dotyczących postępowania terapeutycznego [10]. Z drugiej strony źle kontrolowany ból może być istotnym powodem spożywania alkoholu, zwiększającym ryzyko uzależnienia [4]. W leczeniu detoksykacyjnym i substytucyjnym chorych z zespołem uzależnienia od opioidów stosowane są metadon oraz buprenorfina – leki zapobiegające wystąpieniu objawów odstawiennych oraz zmniejszające wrażenie „głodu” [11]. Leki te zalecane są ponadto w terapii bólu przewlekłego u chorych na nowotwory [12]. Z uwagi na brak zaleceń dotyczących leczenia bólu u chorych uzależnionych od alkoholu w powyższych przypadkach stosuje się indywidualizację farmakoterapii, z uwzględnieniem m.in. wieku chorego, schorzeń współistniejących oraz możliwych działań niepożądanych [13]. Bardzo istotne jest wielowymiarowe podejście do leczenia.

W niektórych przypadkach leczenie bólu jest szczególnie utrudnione, zwłaszcza gdy uzależnienie od alkoholu jest procesem utrzymującym się od wielu lat. Ból i związane z nim objawy mogą skłaniać do nadużywania tej substancji, głównie poprzez dążenie do wywołania wrażenia przyjemności i nagrody dających przejściową ulgę w wymiarze fizycznym i psychologicznym, jednak prowadzących do utrwalania nieprawidłowych zachowań i ostatecznie obniżania jakości życia [14]. Ból i uzależnienie mają wiele podobnych cech klinicznych, takich jak zaburzenia nastroju, wysoki poziom stresu i straty funkcjonalne [15]. Pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową uzależnieni od alkoholu są narażeni na dodatkowe obciążenia w postaci powikłań w wyniku wieloletniego nadużywania substancji (internistyczne, neurologiczne), zaburzeń psychicznych w przebiegu choroby uzależnieniowej (depresja, lęk, bezsenność, zaburzenia osobowości, zaburzenia poznaw-

cze) oraz problemów społecznych i rodzinnych. Sytuacja obciążająca, jaką jest choroba, oraz towarzyszące jej uporczywe objawy somatyczne mogą skłaniać pacjenta uzależnionego do zwiększonego nadużywania substancji celem redukcji natężenia lęku, uzyskania odprężenia oraz subiektywnego poczucia radzenia sobie z problemami [16].

W aspekcie psychologicznym pełna ocena i uwzględnienie bio-psycho-społecznych czynników obu stanów może poprawić wyniki leczenia objawowego. O ile konkretne zabiegi, procedury lub inne interwencje są w stanie zmniejszyć ból pacjenta, o tyle współistniejące zaburzenia psychiczne mogą skutkować niepełną satysfakcją z leczenia objawowego. Interdyscyplinarne podejście często daje największą szansę na powodzenie leczenia bólu. Rozwiązaniem dla uzależnionych pacjentów może być psychoterapia prowadzona równocześnie z leczeniem farmakologicznym, której celem jest zmiana zachowań i wzorców myślenia, aby pomóc chorym uzyskać kontrolę nad ich stanem. Wykazano, że psychoterapia jest skuteczna w poprawianiu wyników leczenia bólu przewlekłego i nadużywania substancji psychoaktywnych. Zachęca się wobec tego takich pacjentów do aktywnego udziału w terapii i poszukiwania alternatyw wspierających abstynencję [17]. W pracy z pacjentem onkologicznym, jak również uzależnionym od alkoholu najczęściej stosuje się techniki terapii poznawczo-behawioralnej oraz terapii krótkoterminowej skoncentrowanej na rozwiązaniu. Dzięki temu pacjent uświadamia sobie istnienie związku między własnymi myślami i emocjami a zachowaniem, uczy się rozwiązywania problemów i radzenia sobie z sytuacjami obciążającymi bez środka uzależniającego [18].

W niniejszej pracy przedstawiono dylematy w terapii bólu u pacjentki z rozsianą chorobą nowotworową i zespołem zależności alkoholowej.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 65-letnią chorą z uogólnioną chorobą nowotworową (rak jamy ustnej), przyjętą na oddział medycyny paliatywnej w celu modyfikacji leczenia przeciwbólowego. Na podstawie wywiadu z rodziną wysunięto podejrzenie współistniejącego z chorobą nowotworową zespołu zależności alkoholowej. Z uwagi na obserwowany u chorej silny komponent psychiczny bólu zalecono konsultację psychologiczną, w której wskazano potrzebę diagnostyki w tym kierunku i dalszej terapii. Badanie psychologiczne zostało przeprowadzone na podstawie wywiadu z pacjentką i jej rodziną oraz metod, takich jak: *Test baltimorski*, *Ankieta oceny jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową w trakcie*

leczenia bólu, Indeks jakości życia Spitzera oraz Szpitalna skala samoopisu lęku i depresji.

Test baltimorski jest narzędziem ułatwiającym postawienie diagnozy uzależnienia od alkoholu, składającym się z 19 pytań pojedynczego wyboru; dwie twierdzące odpowiedzi świadczą z dużym prawdopodobieństwem o uzależnieniu, natomiast trzy, zdaniem autorów, przemawiają definitywnie za uzależnieniem od alkoholu [19]. Ankieta oceny jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową w trakcie leczenia bólu służy do subiektywnej oceny stanu zdrowia pacjenta leczonego objawowo z powodu bólu. Ankieta składa się z 13 pytań pojedynczego wyboru, obejmujących takie zagadnienia, jak funkcjonowanie fizyczne i psychiczne w sytuacji choroby, odczuwanie bólu, ocena jakości opieki medycznej i leczenia objawowego [20]. Indeks jakości życia Spitzera dobrze różnicuje pacjentów w różnym stadium choroby. Składa się z 5 pozycji dotyczących zagadnień, takich jak aktywność, codzienne życie, zdrowie, wsparcie oraz wygląd, które wyrażają jakość życia w wymiarze sprawności i stanu fizycznego chorego oraz jego stanu psychicznego [21]. Szpitalna skala samoopisu lęku i depresji jest krótkim, 14-punktowym narzędziem samooceny w zakresie lęku (7 punktów) i depresji (7 punktów). Skala pozwala na rzetelny pomiar skринingowy dwóch czynników – lęku i depresji w różnorodnych warunkach: populacji ogólnej, wśród pacjentów ambulatoryjnych i pacjentów szpitalnych – zarówno w psychiatrii, jak i w ogólnej medycynie. Narzędzie to jest czułe na zmiany w stanie klinicznym pacjenta i można za jego pomocą określić skuteczność interwencji farmakologicznej lub psychoterapeutycznej [22, 23].

W pracy terapeutycznej z pacjentką zastosowano techniki terapii poznawczo-behawioralnej (*cognitive-behavioral therapy* – CBT) oraz terapii krótkoterminowej skoncentrowanej na rozwiązaniu (*solution-focused brief therapy*). Terapia poznawczo-behawioralna jest jedną z najskuteczniejszych i najlepiej zbadanych metod postępowania terapeutycznego. Wykorzystuje się ją głównie w leczeniu zaburzeń psychicznych o podłożu depresyjnym lub lękowym, a także w leczeniu pacjentów uzależnionych od alkoholu. Modele CBT obejmują zachowania związane z uzależnieniem jako nawyki, które są kształtowane w wyniku uczenia się, oraz zakładają, że nawyki te można zmieniać dzięki nabywaniu umiejętności behawioralnych i strategii poznawczych. Teoria i praktyka CBT polega na modelu ABC ludzkich emocji i zachowań. Jednym z najbardziej znanych zastosowań CBT w dziedzinie uzależnień jest zapobieganie nawrotom [18, 21]. Z kolei terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu pozwala osiągnąć wyznaczone cele w jak najkrótszym czasie. W kontekście uzależnienia od alkoholu pomaga pacjentowi w szybkim zdefiniowaniu celów terapeutycz-

nych, pozwala mu na znalezienie rozwiązań oraz budowanie motywacji do ich osiągnięcia. Terapeuta poszukuje optymalnego rozwiązania na podstawie posiadanych zasobów psychologicznych oraz wyjątków w sytuacjach problemowych – pozytywnych doświadczeniach pacjenta w podobnych sytuacjach. Pacjent ma również możliwość stałej oceny własnych postępów i osiągnięć w terapii za pomocą technik, takich jak: skalowanie (ocena punktowa), dokonywanie wyborów, pytania o wyjątki, oraz EARS (wydobywaj, rozszerzaj, wzmacniaj, zacznij znów). Niekoncentrowanie się na niepowodzeniach i skupianie się na osiągnięciach i posiadanych zasobach wzmacnia poczucie skuteczności i podwyższa samoocenę pacjenta uzależnionego [24].

OPIS PRZYPADKU

Sześćdziesięcioletnia chora z rakiem płaskonabłonkowym trójkąta zatrzonowcowego prawego, przerzutami do płuc i nadnercza lewego została przyjęta na oddział medycyny paliatywnej w celu modyfikacji leczenia przeciwbólowego. Zgłaszane przez nią dolegliwości bólowe o mieszanym charakterze – nocycyptywnym i neuropatycznym – zlokalizowane były w prawej połowie twarzy. Ból o średnim natężeniu 5 punktów w 11-stopniowej skali numerycznej (*numerical rating scale* – NRS) utrzymywał się stale w ciągu doby, towarzyszyły mu epizody zaostrzeń bólu o natężeniu 7 punktów w skali NRS występujące spontanicznie ok. 4 razy dziennie. Dolegliwości bólowe wpływały negatywnie na dzienną aktywność chorej, a w godzinach nocnych wybudzały ją ze snu, istotnie obniżając jakość życia oraz nastroj. Przy przyjęciu na oddział chora skarżyła się ponadto na duszność wysiłkową umiarkowanego stopnia, zwiększenie ilości wydzieliny gromadzącej się w rurce tracheostomijnej oraz trudności w połknięciu pokarmów stałych.

Z wywiadu zebranego od chorej oraz dostępnej dokumentacji medycznej wynikało, że choroba nowotworowa została rozpoznana dwa lata wcześniej. Zastosowano leczenie operacyjne – wykonano resekcję guza pierwotnego oraz zmodyfikowaną operację Crile’a, a następnie subtotalną resekcję żuchwy po stronie prawej wraz z masą guza, tkankami prawego policzka i szczęki z powodu wznowy. Chorą poddano uzupełniającej radio- i chemioterapii. Kilka miesięcy później stwierdzono obecność zmian o charakterze przerzutowym w obu płucach oraz nadnerczu lewym. Włączono chemioterapię według schematu PF (cisplatyna i fluorouracyl), a następnie metotreksat w monoterapii. W terapii bólu przewlekłego chora stosowała buprenorfinę w postaci transdermalnej w dawce 70 µg/godzinę, a w chwilach jego zaostrzenia przyjmowała doraźnie preparat

złożony zawierający tramadol z paracetamolem, odpowiednio w dawkach 37,5 mg i 325 mg. W ocenie chorej zastosowanie powyższego leczenia pozwoliło na redukcję natężenia bólu o ok. 40%.

Z uwagi na neuropatyczny komponent bólu w pierwszej dobie hospitalizacji chorej włączono pregabalinę w dawce 75 mg co 12 godzin doustnie oraz utrzymano leczenie buprenorfiną. W zaostrzeniach bólu stosowano siarczan morfiny w dawce 5 mg drogą podskórną (s.c.). W kolejnych dobach hospitalizacji stopniowo zwiększano dawki leków opioidowych oraz koanalgetyku, podając buprenorfinę w dawce 105 µg/h, siarczan morfiny doraźnie w dawce 10 mg s.c. oraz pregabalinę w dawce 150 mg co 12 godzin. Pomimo modyfikacji leczenia przeciwbólowego chora skarżyła się na stały ból o natężeniu 6 punktów w skali NRS oraz na zaostrzenia bólu wymagające stosowania doraźnych dawek siarczanu morfiny ok. 2–3 razy dziennie. Z uwagi na słaby efekt analgetyczny stosowanego leczenia oraz zgłaszane przez chorą uporczywe zaparcia stolca zdecydowano o włączeniu preparatu złożonego zawierającego 10 mg oksykodonu i 5 mg naloksonu drogą doustną co 12 godzin. W kolejnych dniach zwiększono dawki leków do 20 mg oksykodonu i 10 mg naloksonu co 12 godzin, nadal nie uzyskując zadowolającej analgezji.

Ze względu na dane z wywiadu zebranego od rodziny chorej świadczące o zespole zależności alkoholowej, a także obserwowaną u pacjentki apatię i obniżony nastrój sugerujące psychiczny komponent bólu, przeprowadzono konsultację psychologiczną. Podczas badania psychologicznego chora wykazywała prawidłową orientację auto- i allopsychiczną. Kontakt werbalny był znacznie utrudniony z powodu rurki tracheostomijnej, dlatego chora porozumiewała się z badającym pisemnie oraz za pomocą gestów. Z uwagi na trudności w uzyskaniu zadowolającej analgezji przeprowadzono wywiad w kierunku oceny możliwych przyczyn tego stanu. Pacjentka, zapytana o źródło bólu, wskazywała jednoznacznie na jego umiejscowienie w obrębie twarzy, jednak zapytana o oczekiwania względem leczenia objawowego tej dolegliwości, udzieliła niejednoznacznej odpowiedzi wskazującej na inne czynniki mogące mieć wpływ na jego odczuwanie („żeby wszystko przestało boleć”). Uznano wobec tego totalny charakter bólu.

Sytuacja osobista i rodzinna badanej była skomplikowana. Chora mieszkała sama, obserwowano również ograniczony zakres kontaktów społecznych i wsparcia ze strony rodziny wynikający z wieloletnich dysfunkcji w relacjach rodzinnych oraz stygmatyzacji ze strony otoczenia. Jej relacja z synami ograniczała się jedynie do zapewnienia żywności i środków higienicznych. Z wywiadu zebranego od rodziny pacjentki wiadomo było o trwających od lat

trudnościach adaptacyjnych badanej w postaci pogorszonego radzenia sobie z sytuacjami obciążającymi w sferze osobistej (rozpad rodziny) i zawodowej (utrata pracy), a także wieloletnich zmaganiach z problemem alkoholowym. Pacjentka również potwierdziła wielokrotne incydenty nadużywania alkoholu, ale dotychczas nie znajdowała się pod opieką poradni zdrowia psychicznego ani poradni uzależnień, ponieważ uznała, że samodzielnie poradzi sobie z trudnościami. Problem alkoholowy trwał od ok. 20 lat; chora nadużywała regularnie alkoholu w ciągach od 10 lat, piła z przerwami trwającymi kilka miesięcy, a najdłuższy okres abstynencji wynosił 4 miesiące. Od czasu rozpoznania choroby sytuacja uległa pogorszeniu – zwiększyła się częstotliwość incydentów nadużywania alkoholu oraz pojawiły się trudności w codziennym funkcjonowaniu. Podczas badania psychologicznego w obrazie zachowania dominowały cechy depresyjne, takie jak obniżenie nastroju, napędu, apatia, izolowanie się, ograniczona aktywność codzienna oraz całkowity brak zaangażowania w proces leczenia. W trakcie hospitalizacji udzielono badanej wsparcia psychologicznego i włączono do pracy terapeutycznej techniki terapii psychologicznej: CBT oraz terapii krótkoterminowej skoncentrowanej na rozwiązaniu.

WYNIKI

Na podstawie analizy przeprowadzonej za pomocą *Ankiety oceny jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową w trakcie leczenia bólu* stwierdzono, że pacjentka uzyskała niskie wyniki w większości badanych aspektów funkcjonowania. W indywidualnej i ogólnej ocenie percepcji jakości życia i własnego zdrowia, a także w ocenie sfery fizycznej, psychicznej i społecznej jej wyniki świadczyły o tym, że jej jakość życia jest niska. Na podstawie analizy udzielonych odpowiedzi na pytania zwarte w ankiecie można było stwierdzić, że badana nie jest zadowolona ze swojego stanu, a prowadzenie normalnego życia jest niemożliwe z powodu często odczuwanego bólu, który oceniła na pięciostopniowej skali na 5 punktów. Swoją stan zdrowia określiła jako zły, utrudniający wykonywanie codziennych czynności, co prowadziło do kumulowania negatywnych emocji, takich jak smutek, apatia czy rezygnacja. Swoje samopoczucie psychiczne w porównaniu z innymi pacjentami przebywającymi na oddziale, również leczonymi objawowo, oceniła jako gorsze. Zarówno stan emocjonalny (niechęć do nawiązywania relacji, smutek, niezadowolenie i brak energii), jak i fizyczny (ból, zmęczenie) w dużym stopniu utrudniały chorej kontakty społeczne. Deklarowała, że w chorobie najważniejsze jest wsparcie ze strony otoczenia, jednak tego wsparcia nie otrzymywała. Działa-

nie stosowanych leków przeciwbólowych określiła jako nie w pełni skuteczne („rzadko działa”). Swój stan psychofizyczny oceniła jako jednakowo niezadowolający przed i po zastosowaniu leczenia, gdyż włączenie leczenia przeciwbólowego jedynie w niewielkim stopniu poprawiło jej codzienne funkcjonowanie.

Analiza wyników uzyskanych w badaniu *Indeksem jakości życia Spitzera* dotyczącym samopoczucia w ciągu ostatniego tygodnia wykazała, że pacjentka nie radzi sobie w życiu codziennym (aktywność – 1 punkt, zajęcia codzienne – 0 punktów, zdrowie – 1 punkt, wsparcie – 0 punktów, wygląd – 1 punkt). Stwierdzono, że dotychczas pracowała nieregularnie i nie dawała sobie rady zarówno z obowiązkami zawodowymi, jak i prowadzeniem domu. Uzyskany przez nią wynik wskazywał, że choć jest mobilna i samodzielna w samoobsłudze, potrzebuje pomocy w zakresie czynności codziennych. Czuje się wyczerpana, osłabiona, cierpi na brak energii. Jest również niezadowolona ze swojego wyglądu zewnętrznego i nie akceptuje go. Wyniki badania potwierdziły informacje z wywiadu z pacjentką, która zdecydowanie podkreślała, że od dłuższego czasu miała trudności z realizowaniem celów w życiu, brakowało jej energii i wytrwałości w działaniu. Nie poszukiwała kontaktów społecznych i skarżyła się na poczucie samotności. Zwykle doświadczała głównie negatywnych emocji, takich jak niepokój, smutek i frustracja. Zdarzenia stresujące oceniała w kategoriach zagrożenia, a otaczające środowisko – jako niesprzyjające.

Wyniki uzyskane przez badaną w *Teście baltimorskim* wskazywały na uzależnienie od alkoholu (odpowiedzi „tak” udzieliła 7 razy). Pacjentka znajdowała się w fazie chronicznej picia, której towarzyszyło poczucie pustki, bezradności i pogorszonego funkcjonowania społecznego; celem picia było też zapobieganie wystąpieniu zespołu abstynencyjnego. W badaniu potwierdzono zarówno psychiczne, jak i fizyczne objawy choroby uzależnieniowej, takie jak picie w celu poprawienia samopoczucia, zredukowania napięcia emocjonalnego i uwolnienia się od dolegliwości fizycznych, radość związana z możliwością picia i ułatwionym dostępem do alkoholu, picie w samotności, zaburzenia snu, potrzeba porannego spożywania alkoholu oraz pogorszenie sprawności fizycznej i umysłowej.

W badaniu *Szpitalną skalą samooceny lęku i depresji* pacjentka uzyskała w skali lęku 14 punktów, natomiast w skali depresji – 19 punktów na 21 możliwych. W badaniu ujawniły się głównie cechy depresyjne, takie jak: anhedonia, brak satysfakcji, niechęć do podejmowania aktywności, spowolnienie, utrata zainteresowania otoczeniem i własnym wyglądem oraz umiarkowane zaburzenia o charakterze lękowym – okresowo niepokój, natrętne myśli oraz trudności

z osiągnięciem odpężenia. Zauważono u pacjentki silną potrzebę otrzymania wsparcia i zainteresowania ze strony otoczenia, a także trudności w odraczeniu gratyfikacji i niską tolerancję frustracji. Zastosowano techniki CBT w celu uświadomienia istnienia problemu alkoholowego, który doprowadził do rozdrażnienia, stanów depresyjnych i w konsekwencji rozpadu więzi społecznych, oraz ujawnienia przykrych emocji i niwelowania myśli automatycznych, które u pacjentki negatywnie oddziaływały na emocje i zachowania. Koncentrowano się na poprawieniu samooceny, wygaszaniu zachowań niepożądanych, podejmowaniu decyzji na podstawie faktów. Dzięki zastosowaniu technik terapii krótkoterminowej skierowano uwagę badanej na: własne zasoby, a nie deficyty, cele, a nie problemy, dotychczasowe osiągnięcia zamiast porażek, wyjątki od sytuacji problemowych, a nie częstotliwość występowania trudności. Umożliwiono też pacjentce dokonanie samooceny własnych osiągnięć za pomocą techniki skalowania na skali dziesięciostopniowej, gdzie 1 oznaczało brak efektów, a 10 najlepsze możliwe osiągnięcia. Zaproponowano współpracę w usamodzielnieniu badanej w podejmowaniu decyzji. Ocenę poszerzono o technikę EARS, która ułatwiła odkrycie zasobów psychologicznych pomocnych w terapii i poprawiła relacje z rodziną.

WNIOSKI

W przypadku pacjentki zastosowano właściwe leczenie objawowe, jednak w jej ocenie okazało się ono niewystarczające i nie przyniosło poprawy ogólnego samopoczucia fizycznego i psychicznego. Przyczyną okazały się inne aspekty funkcjonowania chorej, takie jak ograniczony dostęp do alkoholu, niska samoocena jakości życia, zaburzenia depresyjno-lękowe i ograniczony zakres wsparcia społecznego. Prezentowana przez badaną utrwalona postawa negatywna względem siebie i choroby uniemożliwiała skuteczne zmaganie się z chorobą nowotworową i jej leczeniem. Zastosowane leczenie farmakologiczne jedynie w niewielkim stopniu wpłynęło na poprawienie stanu chorej, nie zredukowało jej niepokoju i przygnębienia. Ograniczony dostęp do środka uzależniającego (alkoholu), brak celu i sensu życia, a także pogorszone relacje rodzinne i ograniczone wsparcie ze strony otoczenia przyczyniły się do nasilenia nieprzyjemnych doznań zarówno w sferze emocjonalnej, jak i fizycznej, co w ocenie badanej wiązało się z niezadowolającym efektem leczenia objawowego.

W trakcie terapii podjęto próbę wygaszania u pacjentki niepożądanych zachowań i zastępowania ich innymi, uczenia jej połączenia zachowania z jego konsekwencjami, ujawniania skumulowanych przy-

krych stanów emocjonalnych i radzenia sobie z nimi oraz samooceny swoich osiągnięć. Diagnostyka psychologiczna ujawniła silną potrzebę uzyskania pomocy, zainteresowania i wsparcia, utrwalenie objawów o charakterze depresyjnym, niską samoocenę, a także pogorszoną zdolność do radzenia sobie z frustracją i trudnościami. W efekcie wprowadzonych technik psychoterapii w krótkim czasie uzyskano poprawę samopoczucia psychicznego, większe zaangażowanie i motywację do podejmowania aktywności codziennej oraz wyższą ocenę skuteczności leczenia bólu. W związku ze złożonością problemów psychologicznych wskazano na konieczność kontynuowania psychoterapii oraz opieki psychiatrycznej (leczenie farmakologiczne zaburzeń depresyjno-lękowych, uzależnienia od alkoholu).

PODSUMOWANIE

Współistnienie obok choroby podstawowej uzależnienia od alkoholu powinno skłaniać do poszerzenia leczenia objawowego o wsparcie psychologiczne, zastosowanie psychoterapii i udzielenie pomocy pacjentowi przede wszystkim w nabyciu umiejętności potrzebnych do rozwiązywania problemów emocjonalnych i społecznych związanych z chorobą bez środka uzależniającego.

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Van den Beuken-van Everdingen M, de Rijke J, Kessels A i wsp. Prevalence of pain in patients with cancer: A systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007; 18: 1437-1449.
2. Mercadante S, Porzio G, Caruselli A i wsp. The frequency of alcoholism in patients with advanced cancer admitted to an acute palliative care unit and a homecare program. *J Pain Symptom Manage* 2015; 49: 254-257.
3. Bruera E, Moyano J, Seifert L i wsp. The frequency of alcoholism among patients with pain due to terminal cancer. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10: 599-603.
4. Zale E, Maisto S, Ditte J. Interrelations between pain and alcohol: an integrative review. *Clin Psychol Rev* 2015; 37: 57-71.
5. Gianoulakis C. Influence of the endogenous opioid system on high alcohol consumption and genetic predisposition to alcoholism. *J Psychiatry Neurosci* 2001; 26: 304-318.
6. He L, Whistler JL. Chronic ethanol consumption in rats produces opioid antinociceptive tolerance through inhibition of mu opioid receptor endocytosis. *PloS One* 2011; 6: e19372.
7. Becker HC. Animal models of alcohol with drawal. *Alcohol Res Health* 2000; 24: 105-113.
8. Leeuw M, Goossens M, Linton S i wsp. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med* 2007; 30: 77-94.
9. Turk D., Swason K., Gatchel R. Predicting opioid misuse by chronic pain patients: a systematic review and literature synthesis. *Clin J Pain* 2008; 24: 497-508.
10. Parson H, Delgado-Guay M, El Osta B i wsp. Alcoholism screening in patients with advanced cancer: impact on symptom burden and opioid use. *J Palliat Med* 2008; 11: 964-968.
11. Modesto-Lowe V, Swiezbin K, Chaplin M i wsp. Use and misuse of opioid agonists in opioid addiction. *Cleve Clin J Med* 2017; 84: 377-384.
12. Ripamonti C, Santini D, Maranzano E i wsp. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines 2012; 23: 39-54.
13. Stachowiak A, Mazurkiewicz B, Ziółkowski M. Zastosowanie buprenorfiny u pacjentki z rakiem endometrium uzależnionej od morfiny. *Med Paliat* 2010; 4: 214-217.
14. Zygadło E. Interakcje leków – elementy istotne w praktyce klinicznej. *Czasopismo Aptekarskie* 2008; 4: 37-41.
15. Savage SR, Kirsch KL, Passik SD. Challenges in using opioids to treat pain in persons with substance use disorders. *Addict Sci Clin Pract* 2008; 4: 4-25.
16. Ryszkowski A, Wojciechowska A, Kopański Z i wsp. Alcohol abuse: symptoms and outcomes. *Journal of Clinic Healthcare* 2015; 1: 2-4.
17. Pohl M, Smith L. Chronic pain and addiction: challenging co-occurring disorders. *J Psychoactive Drugs* 2012; 44: 119-124.
18. McCracken LM, Turk DC. Behavioral and cognitive-behavioral treatment of chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. *Spine (Phila Pa 1976)* 2002; 27: 2564-2573.
19. Woronowicz BT. Alkoholizm jest chorobą. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1994: 30, 144.
20. Malinowska K, Lachowicz K, Ciałkowska-Rysz A. Zasadność stosowania opioidów krótko działających w leczeniu chorych na nowotwory z dłuższym okresem przeżycia w kontekście rozwoju uzależnienia i jakości życia. *Studium przypadku. Med Paliat* 2016; 8: 193-199.
21. Cella DF, Tulsky DS. Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology (Williston Park)* 1990; 4: 29-38.
22. Materiały dostępne na stronie: <https://www.duac.pl/common/docs/Szpitalna-skala-samoopisu-leku-i-depresji.pdf>
23. Peter PM. Addiction therapy. Methods based on scientific evidence. Elsevier Inc. 2009:168-170.
24. Sharry J, Madden B, Darmody M. Becoming a solution detective. Taylor & Francis Group. New York 2012: 70-79.