

Zaburzenia przystosowania do choroby nowotworowej – trudności diagnostyczne zespołów depresyjnych

Adjustment disorders to cancer disease – diagnostic difficulties of depression

Krystyna de Walden-Gałuszko¹, Mikołaj Majkowicz², Agata Zdun-Ryżewska²

¹Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku

²Katedra Psychologii i Zakład Badań nad Jakością Życia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny

Psychoonkologia 2013, 1: 10–15

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gałuszko
Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 2
80-219 Gdańsk
e-mail: galuszko@gumed.edu.pl

Streszczenie

Rozpoznanie zespołu depresyjnego u osób z chorobami onkologicznymi jest trudne ze względu na dynamiczne oddziaływanie wielu czynników na pacjenta w różnym czasie. Spośród 1100 pacjentów, którzy zgłaszali się do WCO w okresie od 2002 do 2012 r., u ok. 1/3 rozpoznano zespół depresyjny. W tej grupie zespół depresyjny oraz zespół depresyjno-lękowy występują z podobną częstością. Mniej było osób z rozpoznaniem „dużej depresji”. Wśród badanych przeważały kobiety. Zespół depresyjno-lękowy występował częściej wśród osób młodych, a depresja bez lęku w grupie w zaawansowanym stadium choroby. W grupie z rozpoznaniem dużej depresji mniej osób korzystało ze wsparcia, a ich głównym problemem poza chorobą nowotworową było przeżywanie depresji. W zespołach deadaptacyjnych oprócz choroby onkologicznej i jej leczenia jako główny problem wymieniano kłopoty rodzinne. Zastosowana procedura diagnostyczna według ICD-10 nie jest klarowna i wymaga zmian.

Abstract

Diagnosis of depression in cancer patients according to ICD-10 criteria is difficult due to the influence of many factors. Many factors which occur over arrange of time scales make it difficult to not only precisely define the onset of depression but also the overlap between symptoms of cancer and its treatment and typical signs of depressive illness. 1100 patients were examined in Regional Cancer Centre in Gdańsk between 2002 and 2012. One third of these patients appeared to have depressive symptoms of two syndromes: depressive and anxious-depressive. These patients were predominantly women (87%). Within younger patients depression with anxiety was more common while in patients with advanced stages of cancer depressive syndromes without anxiety was more prevalent. Final group of patients consisted of those who had major depression and they stated that they didn't have sufficient support and that their key problem was the depression itself. However patients with adjustment disorders commented that family problems were their principal cancer. The criteria of ICD-10 were not met by this group of patients therefore there is an urgent need to rewrite these criteria.

Słowa kluczowe: depresja, pacjenci onkologiczni, trudności diagnostyczne.

Key words: depression, cancer patients, diagnostic difficulties.

Wprowadzenie

Choroba nowotworowa bardzo istotnie zaburza życie chorego – od początku, tj. od momentu oczekiwania na rozpoznanie, poprzez bardzo uciążliwe etapy leczenia, pełne trwożliwej samoobserwacji okresy remisji aż do wyzdrowienia lub – niestety dość często – do kresu życia. Nie mniej obciążające niż stres psychiczny wywołany chorobą okazuje się u wielu osób leczenie onkologiczne. Wyżej wymienione obciążenia u wielu chorych zaburzają równowagę psychiczną, co przejawia się zwłaszcza nasileniem negatywnych reakcji emocjonalnych: lęku, depresji, gniewu itp.

Jest to stan bardzo przykry dla chorego – znacząco obniżający jego samopoczucie i jakość życia. W związku z tym chory w sposób mniej lub bardziej świadomy zaczyna się bronić, próbuje przywrócić sobie zachwianą równowagę: uruchamia różnego rodzaju strategie obronne, szuka wsparcia w otoczeniu itp. Wielu chorym udaje się samodzielnie opanować stres i nie potrzebują profesjonalnej pomocy. Są jednak i tacy, których tzw. zasoby wewnętrzne (decydujące o odporności psychicznej) są ewidentnie niewystarczające, a do tego brak wsparcia ze strony otoczenia powoduje zmiany w formie zaburzeń przystosowania do sytuacji.

Poza tym w przebiegu choroby i leczenia dochodzi niekiedy do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, czyli występują tzw. organiczne zaburzenia psychiczne (wg ICD-10), przemijające lub trwałe [1]. Zaburzenia przemijające to głównie majaczenie wywołane różnymi przyczynami, którego czas trwania jest zmienny, a stopień nasilenia waha się od lekkiego do bardzo głębokiego.

Zaburzenia trwałe mogą być bezpośrednio spowodowane przez chorobę nowotworową i/lub jej leczenie albo też występują jako zaburzenia współistniejące (z miażdżycą, niedostatecznością krążenia mózgowego itp.). Są to głównie zaburzenia funkcji poznawczych (otępienie różnego stopnia) lub zaburzenia zachowania (tzw. organiczne zaburzenia osobowości).

Wszystkie ww. zaburzenia psychiczne, niezależnie od stopnia zaawansowania (tj. nawet wtedy, gdy nasilenie objawów jest niewielkie), powinny być w miarę szybko zdiagnozowane i uwzględnione w ogólnym planie leczenia.

Epidemiologia zaburzeń psychicznych u pacjentów onkologicznych

Częstość występowania zaburzeń adaptacyjnych określana jest w granicach 16–42% [2,3], przy czym częstość występowania „zespołów depresyjnych” – 25% [4]. W okresie diagnostycznym 33% chorych

zdradza objawy depresyjno-lękowe, w okresie remisji trwającej do 1 roku – 15%, w okresie wznowy – najbardziej traumatycznym – odsetek osób z objawami zespołu depresyjnego wzrasta do 45%, by w okresie zaawansowanym zmaleć do 26% [5, 6]. Dane dotyczące lęku są dość niepewne i wahają się w granicach 10–30% [7].

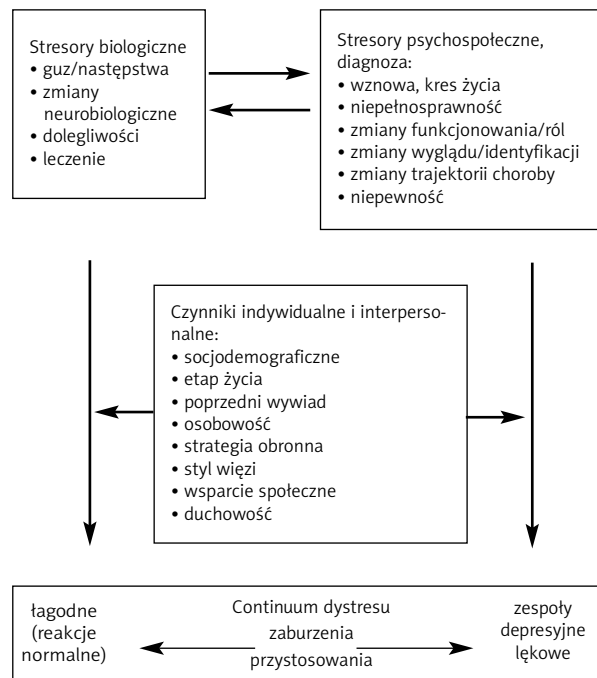
Zaburzenia adaptacyjne

Mechanizm powstawania

Zaburzenia adaptacyjne to stany napięcia, niepokoju, przygnębienia i ogólnego rozstroju emocjonalnego (*emotional disturbance*), które powstają w okresie przystosowania się do trudnej sytuacji oraz utrudniają adaptację społeczną i efektywne działania.

Trzeba przy tym wyraźnie odróżnić „normalną” reakcję emocjonalną na trudności w formie lęku lub smutku od zespołów patologicznych, wymagających interwencji terapeutycznej. Uważa się, że zaburzenia adaptacyjne mieszczą się na continuum pomiędzy biegunem normy i patologii, przy czym to rozgraniczenie bywa nieostre i trudne do zdiagnozowania.

Rycina 1. ilustruje mechanizm powstawania zaburzeń adaptacyjnych.



Rycina 1. Mechanizm powstawania zaburzeń adaptacyjnych. Reakcje normalne i patologiczne [według: Li LM, Hales S, Rodin G. Adjustment disorders. W: Psycho-Oncology. Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Laderberg MS i wsp. (red.). Oxford University Press, Oxford 2010, 307]

Klasyfikacja

Podział zespołów depresyjnych i lękowych według obowiązującej w Polsce klasyfikacji ICD-10 nie jest w pełni klarowny. Obraz kliniczny występujący u wielu pacjentów onkologicznych upoważnia do umieszczenia ich w kategorii „zaburzenia nerwicowe związane ze stresem”. W tej grupie mieszczą się zarówno zaburzenia lękowe, jak i depresyjne. Dotyczy to lęku fobijnego (F40.2), lęku panicznego (F41.0), zaburzeń lękowych uogólnionych (F41.1) oraz zaburzeń lękowo-depresyjnych mieszanych (F41.2). Zaburzenia depresyjne są umieszczane ponadto w grupie o ogólnej nazwie „zaburzenia adaptacyjne” (F43.2), a także w grupie „zaburzenia nastroju” jako epizod depresyjny (F32) i epizod depresji maskowanej (F32.8).

O ile klasyfikacja zespołów lękowych jest w miarę precyzyjna, o tyle diagnostyka zespołów depresyjnych jest zupełnie niejasna, tym bardziej że opisy kliniczne poszczególnych zespołów pokrywają się ze sobą.

Wielu psychoonkologów skłania się do propozycji, aby zaburzenia emocjonalne występujące u pacjentów z chorobą nowotworową wyodrębnić jako osobną kategorię „reakcji psychicznych na traumatyczny dystres zależny od nowotworu” [8].

Propozycja ta jest ważna z praktycznego punktu widzenia, ponieważ uprościłaby znacznie procedurę orzecznico-rentową. Obecnie rozpoznanie mieszczące się w kategorii „zaburzenia nerwicowe związane ze stresem”, niezależnie od nasilenia objawów, jest często traktowane przez lekarzy orzeczników jako mało poważne, czyli niekwalifikujące do orzeczenia niezdolności do pracy, co jest niesłuszne i krzywdzące.

Ocena kliniczna zaburzeń psychicznych u pacjentów onkologicznych

Chorzy, którzy zostali skierowani do psychoonkologa w wyniku badania przesiewowego lub sami zgłosili się na wizytę, są badani w sposób typowy – według zaleceń ICD-10. W sytuacji szczególnej, gdy potrzebna jest dokładniejsza ocena ich stanu, wykorzystywana jest *Hospital Anxiety & Depression Scale* (HAD), która ocenia stopień zaburzeń emocjonalnych z wyłączeniem maskujących objawów somatycznych. U ludzi starszych (a takich w onkologii jest wielu) dobrym narzędziem jest *Geriatric Depression Scale* (GDS). U osób, które zdradzają zaburzenia otę-

pienne, stosuje się *Mini-mental State Examination*, *Test Rysowania Zegara* lub *Global Deterioration Scale*. U osób z zaburzeniami poznawczymi stan emocjonalny można oceniać za pomocą Skali Obserwacyjnej Lęku i Przygnębienia (SOLP) opracowanej na podstawie kilku skal i wykonywanej przez przeszkolonych obserwatorów „zewnętrznych” [9].

Wymienione narzędzia diagnostyczne są na ogół wykorzystywane do celów naukowo-badawczych, wyjątkowo znajdują zastosowanie w praktyce klinicznej.

Cele badania

Ze względu na wspomniane wyżej trudności diagnostyczne zaburzeń depresyjnych w pracy postanowiono bliżej zająć się tym zagadnieniem.

Cele badania:

1. Określenie częstości występowania zaburzeń depresyjnych wśród ogółu pacjentów zgłaszających się po poradę psychoonkologiczną.
2. Określenie rodzaju zaburzeń depresyjnych występujących u ww. pacjentów zgodnie z kryteriami ICD-10.
3. Określenie niektórych czynników mających wpływ na szukanie pomocy psychoonkologicznej przez osoby z zaburzeniami depresyjnymi.

Metodyka

Badania były prowadzone w Wojewódzkim Centrum Onkologii w Gdańsku od 2002 do 2012 r. Obejmowały wszystkich pacjentów, którzy zgłaszali się do psychoonkologa spontanicznie lub zostali skierowani przez onkologa. Stan psychiczny chorych oceniano podczas badania psychiatrycznego, stosując kryteria diagnostyczne według ICD-10. W trakcie badania zadawano także chorym pytania o stopień uzyskiwanego wsparcia ze strony osób bliskich (duże, średnie, brak) oraz o to, co stanowi dla nich w obecnej sytuacji główny problem.

Analizowano także dokumentację medyczną dotyczącą choroby nowotworowej badanych osób.

Wyniki

Wyniki pracy przedstawiono w tab. 1.–8.

Omówienie

Przeprowadzenie prawidłowej diagnostyki klinicznej jest bardzo trudne z wielu przyczyn. Stosunkowo łatwo udaje się to tylko w przypadku nasilonych objawów (zwłaszcza zaburzeń świadomości lub zachowania). W innych sytuacjach trudność stanowi niechęć chorych do poddania się badaniom – bądź to z powodu „podwójnej stygmatyzacji” („nie

Tabela 1. Częstość występowania zespołów depresyjnych wśród ogółu badanych

Liczba badanych	Liczba osób z rozpoznaniem zespołem depresyjnym	Odsetek
1100	316	28,8

Tabela 2. Rodzaj zespołu depresyjnego

Rozpoznanie	Liczba	Odsetek
zespół depresyjny dezadaptacyjny	118	37,3
zespół depresyjno-lękowy dezadaptacyjny	142	44,9
zespół depresyjny endogeny	56	17,7
razem	316	100

Tabela 3. Wiek chorych z zespołem depresyjnym

Rozpoznanie	Średni wiek [lata]	Odchylenie standardowe
zespół depresyjny dezadaptacyjny	52,4	16,07
zespół depresyjny lękowo-dezadaptacyjny	48,5	16,01
zespół depresyjny endogeny	53,5	11,74

Tabela 4. Płeć chorych z zespołem depresyjnym

Płeć	Rozpoznanie					
	zespół depresyjny dezadaptacyjny		zespół depresyjno-lękowy		zespół depresyjny endogeny	
	liczba	odsetek	liczba	odsetek	liczba	odsetek
kobieta	103	87,2	125	88,0	52	92,8
mężczyzna	15	12,7	17	11,9	4	7,1

Tabela 5. Czas trwania choroby nowotworowej

Czas trwania	Rozpoznanie					
	zespół depresyjny dezadaptacyjny		zespół depresyjno-lękowy		zespół depresyjny endogeny	
	liczba	odsetek	liczba	odsetek	liczba	odsetek
od 24	4	3,4	7	5,07	2	3,5
do 1/2 roku	22	18,8	26	18,8	17	30,3
do roku	31	26,5	38	27,5	16	28,5
1–5 lat	42	35,9	43	31,1	11	19,6
> 5 lat	18	15,3	24	17,3	10	17,8
razem	117		138		56	

Tabela 6. Stopień zaawansowania choroby nowotworowej

Stopień zaawansowania	Rozpoznanie					
	zespół depresyjny dezadaptacyjny		zespół depresyjno-lękowy		zespół depresyjny endogeny	
	liczba	odsetek	liczba	odsetek	liczba	odsetek
bez meta	52	46,4	68	50,0	31	55,3
meta/nacieczenie	44	39,2	58	42,6	23	41,0
niezakwalifikowani do leczenia onkologicznego	16	14,3	10	7,3	2	3,5
razem	112		136		56	

dość, że mam raka, to jeszcze zrobią ze mnie wariata”), bądź też z racji dość częstej wśród tych chorych tendencji do samowystarczalności, niezależności (tzw. *fighting spirit*).

Ponadto, zwłaszcza w przypadkach zaburzeń depresyjnych i lękowych, trudność stanowi fakt, że np. niektóre objawy somatyczne (znużenie, apatia, utrata apetytu itp.) występują zarówno w depresji,

Tabela 7. Główne problemy wymieniane przez chorych

Główne problemy	Rozpoznanie					
	zespół depresyjny dezadaptacyjny		zespół depresyjno-lękowy		zespół depresyjny endogeny	
	liczba	odsetek	liczba	odsetek	liczba	odsetek
choroba onkologiczna i leczenie	80	72,0	113	81,8	40	70,91
rodzina	19	17,1	21	15,2	3	5,45
samotność	7	6,3	1	0,72	4	7,27
przeżywanie depresji	5	4,5	3	2,1	9	16,36
razem	111		113		56	

Tabela 8. Wsparcie otoczenia według opinii chorych

Wielkość wsparcia	Rozpoznanie					
	zespół depresyjny dezadaptacyjny		zespół depresyjno-lękowy		zespół depresyjny endogeny	
	liczba	odsetek	liczba	odsetek	liczba	odsetek
duże	39	35,4	44	32,5	14	29,1
średnie	35	31,8	36	26,6	11	22,9
brak	36	32,7	55	40,7	23	47,9
razem	110		135		48	

jak i chorobie nowotworowej, co wyklucza wiele testów i skal diagnostycznych. Bardzo często trudno także ustalić ostateczną przyczynę zaburzeń, bowiem wiele z nich występuje łącznie (przyczyny psychologiczne, ogólnomedyczne, polekowe). Dodatkową trudność stanowi kryterium czasu pojawienia się zespołu depresyjnego, w tym czasu i rodzaju działania stresorów. U osób z chorobami onkologicznymi są one wielorakie (choroba, leczenie, układy rodzinne, społeczne itp.), a poza tym działają one w różnym czasie i z różną dynamiką. Często dopiero kumulacja tych wielu zmiennych powoduje uzewnętrznienie zaburzeń, które powstawały stopniowo dużo wcześniej [10].

Na uwagę zasługuje wspomniana wcześniej propozycja, aby zaburzenia przystosowania osób z chorobami onkologicznymi umieścić w odrębnej grupie reakcji stresowych, takich jak zespół stresu pourazowego. Idąc tym torem rozumowania, Ronson [8] proponuje np. wprowadzenie pojęcia dystresu traumatycznego jako zespołu „reakcji psychicznych na nowotwór”. Propozycja ta wskazuje na potrzebę zmian w zakresie diagnozowania osób z zaburzeniami przystosowania do choroby nowotworowej.

Potrzebę tego typu stwierdzono także w trakcie prowadzenia badań osób zgłaszających się do WCO. Stwierdzenie występowania objawów depresyjnych u tych pacjentów nie stanowiło większej

trudności, natomiast pojawiły się one w momencie konieczności zaklasyfikowania ich do konkretnego zespołu w obrębie „zaburzeń nerwicowych” związanych ze stresem (wg ICD-10). W sposób nieco arbitralny przyjęto rozpoznanie „zaburzeń depresyjnych i lękowych mieszanych” (F41.2) wówczas, gdy objawy depresyjne współwystępowały z objawami niepokoju, napięcia i ogólnego pobudzenia, natomiast gdy przeważały objawy depresyjne z apatią i zmęczeniem, zaliczano je do „zaburzeń adaptacyjnych” (F43.2). W równym stopniu jednak można by ww. objawy zaliczyć do „reakcji na ciężki stres” (F43) lub „epizodu depresyjnego” (F32).

Najmniej trudności sprawiało oczywiście rozpoznanie dużej depresji (F32 lub F33).

Uzyskane wyniki badań wskazują, że częstość występowania zespołu depresyjnego i depresyjno-lękowego jest podobna, ten ostatni występuje nieco częściej wśród osób młodych (tab. 3.). Obserwowano też pewną tendencję do częstszego występowania tego zespołu wkrótce po rozpoznaniu choroby (tab. 5.), natomiast tendencja do częstszego pojawiania się zespołu depresyjnego bez objawów lęku pojawiła się w grupie w zaawansowanym stadium choroby (tab. 5.). Spostrzeżenia te są zgodne z dynamiką reakcji na chorobę na różnych jej etapach [9].

Na podkreślenie zasługuje także różnica w opiniach chorych z rozpoznaniem depresji endogen-

nej w porównaniu z zespołem dezadaptacyjnym dotycząca otrzymywania wsparcia oraz spraw, które dla tych chorych stanowiły główny problem. Osoby z rozpoznaniem depresji endogennej w mniejszym stopniu korzystały ze wsparcia (tab. 7.) (być może nie były w stanie go doświadczyć) i wyraźnie częściej akcentowały przeżywanie depresji jako główny problem (tab. 8.). Dla osób z zespołem dezadaptacyjnym głównym problemem była choroba onkologiczna, jej leczenie oraz sprawy rodzinne.

Fakt istnienia trudności diagnostycznych wynikających z nakładania się na siebie kryteriów diagnostycznych różnych zespołów chorobowych wskazuje na pilną potrzebę uporządkowania tego problemu.

Ponadto objawy depresyjne bywają często bardzo nasilone i długotrwałe, co uniemożliwia np. aktywność zawodową. Rozpoznanie „zaburzeń nerwicyowych związanych ze stresem” nie jest w powszechnej opinii podstawą do uznania niezdolności do pracy, co jest niesłuszne, krzywdzące i wymaga zmiany.

Problem właściwego zakwalifikowania objawów depresyjnych u pacjentów onkologicznych wymaga poważnej dyskusji również z innego powodu. Przeprowadzono np. badania mózgu za pomocą PET w grupie osób ze schorzeniami onkologicznymi z depresyjnym zaburzeniem przystosowania i stwierdzono ten sam charakter zmian, porównując je z grupą chorych z rozpoznaniem dużej depresji [11]. Inne badania ujawniły także, że podczas 5-letniej obserwacji chorych z pierwotnym rozpoznaniem zaburzeń przystosowania rozpoznanie to zmieniono następnie na dużą depresję [12]. Podobny fakt zanotowano także w grupie osób w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, wśród których na początku badania u 83% stwierdzono zaburzenia adaptacji, a po badaniu, po 58 dniach, u połowy tych osób rozpoznanie zmieniono na dużą depresję [13].

Wymienione wyżej dane potwierdzają dodatkowo konieczność uporządkowania procedury diagnozowania depresji u pacjentów onkologicznych.

Wnioski

1. Zespół depresyjny jest częstym zaburzeniem w grupie pacjentów onkologicznych, szczególnie wśród kobiet.
2. Częstość występowania zespołów dezadaptacyjnych: depresyjnego i depresyjno-lękowego, u pacjentów onkologicznych jest podobna.
3. Wydaje się, że rodzaj zaburzeń dezadaptacyjnych, depresyjnych zależy od niektórych zmiennych demograficzno-klinicznych.
4. Istnieje pilna potrzeba zmian procedury diagnostycznej depresji w tej grupie osób.

Piśmiennictwo

1. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10.
2. Kirsh KL, McGrew JH, Dugan M, Passik SD. Difficulties in screening for adjustment disorder, Part I: Use of existing screening instruments in cancer patients undergoing bone marrow transplantation. *Palliat Support Care* 2004; 2: 23-31.
3. Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, Yoshikawa E, Okamura M, Nakano T i wsp. Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* 2003; 97: 2605-2613.
4. Pirl WF. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 32: 32-39.
5. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer. *BMJ* 2005; 330: 702-707.
6. Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Ly KL. Depression in advanced disease: a systematic review - Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med* 2002; 16: 81-97.
7. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJ, Goodwin RD, Kubzansky L i wsp. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 208-225.
8. Ronson A. Adjustment disorders in oncology: a conceptual framework to be refined. *Encephale* 2005; 2: 118-126.
9. de Walden-Gatuszko K, Majkovicz M. Model jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych. *Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk* 2001; 88-104.
10. Li M, Hales S, Rodin G. *Adjustment Disorders. W: Psycho-Oncology.* Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Ladeberg MS, Loscalzo MJ, Corkle R.Mc (red.). Oxford University Press, Oxford 2010; 303-310.
11. Kumano H, Ida I, Oshima A, Takahashi K, Yuuki N, Amanuma M i wsp. Brain metabolic changes associated with predisposition to onset of major depressive disorder and adjustment disorder in cancer patients – a preliminary PET study. *J Psychiatr Res* 2007; 41: 591-599.
12. Andreasen NC, Hoenk PR. The predictive value of adjustment disorders – a follow-up-study. *Am J Psychiatr* 1982; 139: 584-590.
13. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y. Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: association and predictive factors. *J Clin Oncol* 2004; 22: 1957-1965.