

Ciężka depresja z objawami psychotycznymi w końcowej fazie leczenia ostrej białaczki dwufenotypowej

Severe depression with psychotic symptoms, diagnosed in the final stage of treatment of acute bi-phenotype leukemia

Marcin Jabłoński, Halina Lebedowicz¹, Dominika Dudek,
Beata Piątkowska-Jakubas¹, Magdalena Sariusz-Skąpska, An-
drzej Zięba, Aleksander B. Skotnicki¹

Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

¹Z Katedry i Kliniki Hematologii CM UJ

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A.B. Skotnicki

Summary

The psychological characteristics of a patient treated of acute leukemia in the ward of bone-marrow transplantation at the Haematology Clinic of CM UJ in Cracow, have been presented.

During chemotherapy, proceeding the bone marrow transplant, the patient developed an acute depressive episode with psychotic symptoms. Following the transplantation and discharge from the Haematology Clinic, due to the insufficiency of out-patient treatment and a marked increase of psychotic depression symptoms, the patient was hospitalised at the Depression-Treatment Ward of the Psychiatric Clinic of CM UJ in Cracow. Changes of intensity and character of the psychiatric disorder in the following stages of haematologic and psychiatric intervention are presented. Adaptive strategies considering the important theoretical models according to the authors in connection to the general problem of depressive disorders accompanying neoplastic disorders have been described.

Słowa klucze: zaburzenia depresyjne, białaczka, stres, strategie adaptacyjne

Key words: depressive disorders, leukemia, stress, adaptative strategies

Wstęp

Występowanie zaburzeń psychicznych w chorobach somatycznych jest poważnym problemem zarówno diagnostycznym, jak i leczniczym. Wydaje się on szczególnie znaczący w przypadku chorób nowotworowych. Zidentyfikowano wiele czynników, które mają istotny wpływ na funkcje psychiczne i reakcje emocjonalne pacjentów onkologicznych, począwszy od okresu diagnostyki, poprzez specyficzne formy leczenia, na trudnościach okresu rekonwalescencji i rehabilitacji kończąc [1–9]. Wynikają one

zarówno bezpośrednio z ciężkiej choroby somatycznej, izolacji, poczucia zagrożenia dla życia, radykalnych, obciążonych licznymi działaniami ubocznymi metod leczenia, jak i z poczucia realnych i spodziewanych strat, ograniczenia podstawowych praw, oddalenia życiowych celów, niepewności przyszłych możliwości, załamania ról i dążeń jednostki [1]. Na towarzyszącą chorobie przewlekłą reakcją stresową nakładają się dodatkowe bodźce negatywne, związane z nieskutecznością zastosowanych procedur leczniczych, treścią i formą przekazywanej pacjentowi informacji oraz funkcjonowaniem w specyficznej społeczności chorych onkologicznych (ze wzajemną obserwacją stanu zdrowia, przeżywaniem śmierci i cierpienia innych pacjentów).

Choroby rozrostowe krwi, a zwłaszcza ostre białaczki, są szczególną grupą nowotworów złośliwych. Przemiana nowotworowa (klonalna transformacja), dotycząca pierwotnie pojedynczej komórki, może nastąpić na każdym etapie dojrzewania i różnicowania prekursorów hemopoety. Dotyczy więc komórek różnicujących się w kolejnych szczeblach rozwojowych układu hemopoetycznego i immunologicznego: granulocytów, monocytów, limfocytów T i limfocytów B odpowiedzialnych za produkując przeciwciała. Wśród ostrych białaczek, ze względu na typ podlegających transformacji nowotworowej komórek, wyróżnia się białaczki szpikowe oraz białaczki limfoblastyczne. Jeśli populacja komórek nowotworowych ma równocześnie cechy charakterystyczne (powierzchniowe i/lub cytoplazmatyczne markery fenotypowe) dwóch różnych linii krwinkotwórczych, to uzasadnione jest rozpoznanie białaczki dwufenotypowej. Białaczki te charakteryzują się mniejszym odsetkiem uzyskanych remisji, krótszym czasem jej trwania, krótszym czasem przeżycia i gorszą odpowiedzią na leczenie [10–13].

W odniesieniu do chorób nowotworowych wykazano, że pacjent przeżywa szok związany z rozpoznaniem choroby będącej śmiertelnym zagrożeniem. Wykazano również, że już samo słowo „rak” jest silnym bodźcem rodzącym lęk [14]. Można zapewne przypuszczać, że podobnie silnym bodźcem jest słowo „białaczka”.

Kryzys rozpoznania i przebiegu choroby nowotworowej inicjuje wiele reakcji emocjonalnych, których pozytywny finał ma stanowić adaptacja do zagrażającej sytuacji. Według Kubler-Ross [15] większość chorych na nowotwór przechodzi przez następujące fazy reakcji emocjonalnych: szok i niedowierzenie, złość i targowanie się z losem, depresja, rozpacz i lęk, po których może nastąpić okres przystosowania się i akceptacji. Weisman i Worden [za:1] okres pierwszych trzech miesięcy po rozpoznaniu raka nazwali ciężkim położeniem egzystencjalnym. Zachodzące w tym okresie reakcje psychiczne: niewiara i zaprzeczenie, dysforia, adaptacja, określili wręcz jako fizjologiczny sposób radzenia sobie z krytycznym rozpoznaniem. Pod względem zdolności do adaptacji w grupie pacjentów onkologicznych widoczne jest duże zróżnicowanie. Zdarzają się chorzy, którzy od razu akceptują swoją chorobę, ale i tacy, którzy długo pozostają na etapie zaprzeczania [1].

Różnorodne strategie adaptacji psychicznej do choroby nowotworowej w znacznej części odpowiadają ogólnym strategiom radzenia sobie ze stresem. Interesujący może wydawać się fakt, że mimo ogromu obciążeń większość pacjentów samodzielnie przystosowuje się do nowej sytuacji. Istotną rolę, zwłaszcza w pierwszym okresie choroby, przypisuje się zwykle mechanizmom zaprzeczenia, a następnie złożonym

i zmieniającym się procesom aktywnego zwalczania czynników stresowych, i równocześnie uwalnianiu się od sprawiających ból przeżyć emocjonalnych [1]. Interesujące, zintegrowane podejście Moosa i Schaefera [16] akcentuje korzyść łączenia strategii zorientowanych na rozwiązanie problemu i służących opanowaniu emocji. Koncepcja adaptacji poznawczej Taylor, opracowana na podstawie badań pacjentów onkologicznych, określa z kolei korzyści trzech typów strategii radzenia sobie z chorobą [za:17]:

- poszukiwania znaczenia i przeformułowania oceny sensu własnego życia, postaw i celów z perspektywy aktualnych doświadczeń,
- próby opanowania sytuacji poprzez uzyskanie kontroli nad zdarzeniem i poczucie osobistego na nie wpływu,
- wzmacnianie „ja” poprzez pozytywną ocenę siebie, a często porównywanie się z ludźmi w jeszcze gorszym położeniu.

Adaptacja jest zatem procesem, którego przebieg jest zróżnicowany i wiąże się z silnymi reakcjami emocjonalnymi. Proces ten może z powodu różnych uwarunkowań ulec zaburzeniu, czemu towarzyszy wystąpienie objawów psychopatologicznych odpowiadających kryteriom diagnostycznym schorzeń psychicznych. Przykładem może być pojawiająca się najczęściej reakcja depresyjna. Przyjmuje się, że utrzymywanie się zaburzeń emocjonalnych powyżej 7–14 dni oraz takie ich nasilenie, które uniemożliwia funkcjonowanie pacjenta, może stanowić podstawę do rozpoznania stanu patologicznego, a więc schorzenia na tle zachodzącej reakcji adaptacyjnej [1]. Zaburzenia depresyjne u chorych onkologicznych mogą mieć różne nasilenie: od stosunkowo lekkich zaburzeń lękowo-depresyjnych po skrajnie ciężkie depresje psychotyczne. Szczegółowa analiza czynników warunkujących wystąpienie i nasilenie objawów depresyjnych wymaga dalszych badań. Wydaje się, że istotną rolę może odgrywać zarówno sytuacja psychospołeczna chorego, jak i rodzaj oraz przebieg choroby nowotworowej. W tym kontekście raz jeszcze warto podkreślić specyfikę choroby białaczkowej.

W nawiązaniu do powyższych rozważań przedstawiamy charakterystykę psychologiczną oraz opis przebiegu leczenia pacjentki oddziału klinicznego hematologii, u której w trakcie przygotowań do – najbardziej intensywnego etapu leczenia – przeszczepu komórek krwiotwórczych rozwinął się pełnoobjawowy, ciężki zespół depresyjny z towarzyszącymi objawami psychotycznymi.

Charakterystyka pacjentki

Pacjentka w wieku 43 lat, z rozpoznaną w lipcu 2000 roku ostrą dwufenotypową białaczką (Biphenotype Acute Leukemia), po jednej dobie pobytu w szpitalu rejonowym, została przyjęta do Kliniki Hematologii CM UJ, celem dalszej diagnostyki i leczenia ostrej hemoproliferacji. Czas leczenia obejmował pięciokrotny pobyt na oddziale klinicznym, z przerwami na kilkudniowe przepustki, które spędzała w domu. Okresy pobytu w Klinice Hematologii związane były z kolejnymi cyklami chemioterapii i leczenia wspomagającego, z badaniami kontrolnymi, a także badaniami diagnostycznymi,

w związku z planowanym przeszczepieniem komórek krwiotwórczych.

Procedura wysokodozowanej (mieloablacyjnej) chemioterapii, wspartej przeszczepieniem autologicznych komórek hemopoetycznych, stosowana jest w celu zintensyfikowania leczenia skierowanego przeciw resztkowej chorobie białaczkowej. W przypadku źle rokujących białaczek ostrych – a do takich należy białaczka dwufenotypowa – procedura wysokodozowanej chemioterapii, wspartej przeszczepieniem komórek krwiotwórczych, stwarza możliwość znacznego przedłużenia czasu trwania remisji. Również z psychologicznego punktu widzenia przeszczep szpiku wydaje się kulminacyjnym punktem leczenia choroby białaczkowej. W świadomości wielu pacjentów przeszczep szpiku funkcjonuje jako pojęcie symboliczne, równoznaczne z wyleczeniem; rzeczywiste możliwości przedłużenia życia są niejednokrotnie przeceniane. Z drugiej strony, przeszczep szpiku jest sytuacją wywołującą olbrzymi stres fizyczny, psychiczny, społeczny i emocjonalny, zarówno u pacjenta, jak i u jego rodziny [2]. Wpływa również znacząco na jakość życia pacjenta.

Dane z przebiegu leczenia

Od połowy lipca 2000 roku do końca stycznia roku 2001 pacjentka przebyła 4 cykle chemioterapii, w wyniku których osiągnięto całkowitą remisję hematologiczną. W tym czasie wystąpiła u niej skórna postać reakcji alergicznej na jeden ze składników chemioterapii, zapalenie płuc, pogorszenie czynności nerek i infekcja dróg moczowych. Okres agranulocytozy po kolejnych cyklach chemioterapii przy zastosowanym leczeniu wspomagającym (podawano czynnik wzrostu – G-CSF) trwał 14–18 dni. Po uzyskaniu remisji hematologicznej pacjentkę zakwalifikowano do wykonania autologicznego przeszczepu komórek macierzystych krwi obwodowej. Zabieg pobrania komórek krwiotwórczych przebiegał bez powikłań w sferze somatycznej. Podobnie, bez powikłań, w drugiej połowie lutego 2001 roku wykonano procedurę autotransplantacji. Odbudowa hemopoetyzy po przeszczepie komórek krwiotwórczych nastąpiła po 16 dniach od jego wykonania. W okresie okołoprzeszczepowym wystąpiły jedynie słabo nasilone objawy niepożądane (zapalenie błony śluzowej jamy ustnej I stopnia). W czasie pobytu na oddziale przeszczepowym stan somatyczny pacjentki określony był jako dobry. Została wypisana w połowie marca 2001 roku, po udanym przeszczepie komórek hemopoetycznych, stwierdzono całkowitą remisję hematologiczną. Stan ogólny oceniono jako dobry.

Charakterystyka psychologiczna pacjentki w okresie pobytu w Klinice Hematologii

Dane z wywiadu

Pacjentka pochodzi z wielodzietnej, ubogiej, wiejskiej rodziny (siedmioro rodzeństwa). Jej rodzice żyją. Wywiad rodzinny w kierunku chorób psychicznych – ujemny. Pacjentka ukończyła szkołę podstawową. Po ślubie zamieszkała w domu męża. Urodziła czworo dzieci (obecnie w wieku 20, 17, 15 lat; jedno dziecko zmarło przy porodzie). Wraz z mężem i dziećmi utrzymuje się z własnego, niewielkiego gospodarstwa

rolnego. O swoim domu rodzinnym wyrażała się bardzo oszczędnie. Zwracała uwagę na trudną sytuację finansową rodziny oraz liczne obowiązki, za które była odpowiedzialna od wczesnej młodości. Z opisu relacji w domu rodzinnym wynikało, że nie było tam miejsca na realizację osobistych marzeń, planów czy rozmowy o uczuciach. Życie rodziny podporządkowane było trosce o zapewnienie podstawowych potrzeb socjalnych. Mówiąc o swoim mężu i dzieciach wyrażała serdeczność i przywiązanie. Siebie samą w obecnej rodzinie opisywała głównie poprzez czynności i obowiązki, jakie wypełniała. Wynikało z nich, że jest bardzo pracowita, silnie związana z pracą na roli, że znajduje przyjemność w obcowaniu z przyrodą, jest troskliwa i odpowiedzialna w roli żony i matki. Jej życie i zainteresowania skupiały się głównie na pracy w domu i na roli. W dniu przyjęcia do Kliniki Hematologii była niespokojna, napięta, płaczliwa. Te negatywne emocje wyciszyły się w trakcie pobytu w klinice. W tym okresie przebywała w 6-osobowej sali. Podporządkowana zaleceniom lekarzy, nigdy nie zgłaszała pretensji czy oczekiwań. W „życiu sali” uczestniczyła biernie. Nie podejmowała inicjatywy w nawiązywaniu rozmowy, jednak życzliwie i bez oporu odpowiadała na zainteresowanie kierowane w jej stronę. Pozytywnie reagowała również na indywidualny kontakt z psychologiem. W czasie rozmów dało się odczuć, że jest osobą nieśmiałą, submisyjną. Ogromną trudność sprawiało jej rozpoznawanie i nazywanie swoich emocji. W jej zachowaniu dominowało cierpliwe, bierne oczekiwanie, powierzenie się kompetencjom zespołu medycznego – bez potrzeby poznania i rozumienia przebiegu leczenia, a także czerpanie wzmocnień z indywidualnych spotkań i rozmów (najbliższa rodzina, lekarz prowadzący, psycholog). W czasie kolejnych etapów leczenia przebywała na oddziale przeszczepowym, w sali jednoosobowej. Jej stan psychiczny w tym okresie nie budził zastrzeżeń. Okresowe obniżenie nastroju i przygnębienie było adekwatne do pojawiających się w przebiegu leczenia powikłań.

Niepokojące objawy w przeżyciach pacjentki pojawiły się w lutym bieżącego roku, od momentu przyjęcia na oddział przeszczepowy. Chora prezentowała wysoki poziom lęku, znacznie obniżony nastrój, zgłaszała występujące już w czasie przepustki trudności z zasypianiem. W czasie rozmowy z psychologiem wyznała że podczas zabiegu pozyskiwania macierzystych komórek krwiotwórczych (materiału do auto-przeszczepu) widziała obrazy, przedstawiające krzyże i cmentarze. Nie umiała określić, czy obrazy te powstały w jej głowie, czy widziała je w programie telewizyjnym. Zinterpretowała je jako złą wróżbę dotyczącą jej leczenia, a szczególnie śmiertelnego zagrożenia, jakie jej zdaniem stwarzał planowany przeszczep. Konsultant–psychiatra określił stan pacjentki jako zespół depresyjno-lękowy, będący reakcją na silny stres. Zalecił podawanie na noc opipramolu (Pramolanu) oraz doraźnie estazolamu. Pacjentka pozostawała również pod wnikliwą opieką psychologa. W czasie chemioterapii mieloablacyjnej, przed przeszczepem, w rozmowach z psychologiem objawiała duże obniżenie nastroju i wyrażała przekonania wskazujące na głęboką, psychotyczną de-kompensację. Prezentowała wysoki poziom lęku. Czuła obecność szatana, widywała jego cień wieczorami w pobliżu separatki. Mówiła o założonym podsłuchu. Odczytywała negatywne treści adresowane do niej w programach telewizyjnych. Nie umiała określić, kto i dlaczego jest do niej negatywnie nastawiony, była jednak przekonana, że jest oceniana jako „zła”, „nawiedzona przez szatana”, i że prawdopodobnie umrze.

Ze względu na zaawansowanie procedur przeszczepowych (stosowanie chemioterapii mieloablacyjnej) w planowanym terminie wykonano przeszczep komórek krwiotwórczych. Po przeszczepie włączono haloperidol w dawce 8 mg/dobę, korzystano z codziennych konsultacji psychologa, zintensyfikowano wizyty rodziny. W ciągu kolejnych tygodni stan zdrowia pacjentki, zarówno pod względem hematologicznym, jak i psychicznym – stopniowo się stabilizował. Wypisano ją z Kliniki Hematologii w połowie marca 2001 roku, w dobrym stanie ogólnym, w miernie obniżonym, lecz stabilnym nastroju, bez objawów psychotycznych. W kontynuacji leczenia zlecono fluoksetynę w dawce 20 mg/dobę.

Okres po wypisaniu z Kliniki Hematologii i okoliczności przyjęcia na Oddział Leczenia Chorób Afektywnych

Przez 6 miesięcy po wypisaniu z oddziału hematologicznego pacjentka pozostawała w kontroli zarówno poradni Kliniki Hematologii, jak i pod opieką lekarza psychiatry z POZ w miejscu zamieszkania. Wywiad zebrany od rodziny pacjentki potwierdzał, że jej stan psychiczny w tym czasie był stabilny, jednak nastroj podstawowy był zwykle obniżony. Okresowo jej wypowiedzi miały charakter depresyjny, nihilistyczny. Była przekonana o własnej winie i odpowiedzialności za chorobę. Przejawiała duży niepokój o rodzinę, przypisując swojej osobie wpływ sprawczy na mające nastąpić nieszczęścia i niepowodzenia bliskich. Znaczne nasilenie dolegliwości nastąpiło w okresie dotyczących Polskę południową powodzi i bezpośredniego zagrożenia zniszczeniem gospodarstwa pacjentki. Aktualne wydarzenia wywołały urojenia, nastąpiło wtedy u niej krytyczne załamanie nastroju i aktywności psychomotorycznej. Zlecony w POZ haloperidol, w dawce 12 mg/dobę, nie przyniósł poprawy nastroju i ustąpienia objawów psychotycznych, wystąpił natomiast zespół pozapiramidowy z dużą, uogólnioną sztywnością mięśniową, znacznym spowolnieniem i zahamowaniem psychomotorycznym. Po konsultacji w Poradni Chorób Afektywnych Kliniki Psychiatrii Dorosłych chora została skierowana do leczenia stacjonarnego w tejże klinice.

Stan pacjentki w okresie bezpośrednio po przyjęciu na Oddział Leczenia Depresji wskazywał na znaczne nasilenie zespołu depresyjnego z towarzyszącymi objawami wytwórczymi w postaci urojeń winy i nihilistycznych. Kontakt z pacjentką był trudny, nie nawiązywała spontanicznie rozmowy. W wypowiedziach dominowało poczucie winy i lęku przed nieszczęściami, które z jej powodu mają dotknąć jej rodzinę. W miarę uzyskiwania poprawy i ustępowania objawów wytwórczych kontakt z chorą znacznie się poprawiał. Chętnie podejmowała rozmowę zarówno z personelem medycznym, jak i innymi pacjentami. W rozmowach tych dużo opowiadała o swojej rodzinie, za którą bardzo tęskniła. Zaczęła regularnie uczestniczyć w psychoterapii grupowej, terapii zajęciowej (rysunek) oraz w relaksacji. W trakcie psychoterapii grupowej przyjmowała jednak postawę wyraźnie wycofaną. Wolała słuchać wypowiedzi innych pacjentów niż mówić o swoich problemach.

Ze względu na pogorszenie ostrości wzroku, będące prawdopodobnie efektem ubocznym chemioterapii, nie udało się przeprowadzić u pacjentki pełnego badania psychologicznego. Twierdziła, że w trakcie czytania rozmywają się jej litery. Badanie

ograniczono więc do Wzrokowo-Motorycznego Testu Gestalt L. Bender i Testu Pamięci Wzrokowej Bentona, służących diagnozowaniu zmian organicznych w ośrodkowym układzie nerwowym. W trakcie badania pacjentka była spokojna, zainteresowana badaniem, skupiona, dokładnie wykonywała polecenia. Zarówno wyniki liczbowe, jak i charakter błędów popełnionych przez nią w tych testach stwarzały podejrzenie występowania u niej uogólnionych zmian organicznych w OUN. Uzyskane wyniki należy jednak oceniać w kontekście prezentowanych przez nią zaburzeń widzenia, które mogły rzutować na jakość wykonania badania. Pacjentka wykonała również test projekcyjny „drzewo” C. Kocha. W interpretacji rysunku na plan pierwszy wysuwała się jej duża wrażliwość emocjonalna oraz skłonność do blokowania i nieujawniania uczuć. Równocześnie forma rysunku sugerowała, że pacjentka wciąż doznawała silnego lęku. Po doraźnym opanowaniu zespołu pozapiramidowego zastosowano alternatywne leczenie psychotropowe (kwetiapina – atypowy neuroleptyk nowej generacji o profilu przeciwdepresyjnym w dawce 400 mg/dobę). Po ustąpieniu ostrych objawów psychozy (około 10 dni od początku leczenia) postępowanie uzupełniono indywidualną i grupową psychoterapią o charakterze wspierającym i poznawczym, treningiem relaksacyjnym, konsultacjami rodzinnymi i terapią zajęciową.

Po 2 tygodniach leczenia pacjentka wyszła na 3-dniową przepustkę do domu – prezentowała wyraźną poprawę nastroju i poziomu funkcjonowania społecznego. Po 3 tygodniach hospitalizacji, po ustąpieniu objawów psychotycznych oraz bez cech zespołu depresyjnego, skierowano ją do dalszego leczenia w trybie ambulatoryjnym.

Komentarz

W opisanym przypadku wystąpiła reakcja w postaci ciężkiej dekompensacji psychicznej, prawdopodobnie w związku z narażeniem pacjentki na nowe, obciążające doświadczenia, związane z zagrażającą życiu chorobą, wielotygodniową hospitalizacją oraz intensywną i cykliczną chemioterapią. W teorii kryzysu psychicznego reakcja taka opisywana jest jako dość typowa. Pojawia się zwykle w sytuacji głębokiego, przewlekłego stresu, jeśli stosowane indywidualne sposoby radzenia sobie okazują się niewystarczające. Pochodząca z prostego, wiejskiego środowiska pacjentka postrzega otaczającą rzeczywistość poprzez podstawowe prawa życia i funkcjonowania natury. Sytuacje niezrozumiałe, a szczególnie budzące lęk, interpretuje odwołując się do myślenia magicznego, funkcjonujących w jej środowisku wierzeń i przesądów. Można wnioskować, że w nowych, trudnych sytuacjach jej poczucie sprawczości i kontroli wydarzeń życiowych istnieje poza nią. Sama zdaje się na działanie „sił wyższych” oraz życzliwość i kompetencje osób ją wspierających. Trudno jej nazywać swoje uczucia i potrzeby i rozmawiać o nich, toteż ma małe możliwości rozładowania przeżywanego napięcia i niepokoju. Środowisko, w którym się rozwijała, nie sprzyjało ćwiczeniu tej umiejętności. Można wnioskować również, że w jej stylu życia dominuje potrzeba efektywnego wypełniania swoich obowiązków, oraz potrzeba bycia użyteczną. Wydaje się, że elementy te w sposób zasadniczy wyznaczają jej samoocenę i poczucie

wartości.

Opisany przypadek skłania do poszukiwania odpowiedzi na następujące pytania:

1. W jakim stopniu rzetelna informacja lekarska o stopniu zagrożenia chorobą, medycznych aspektach dysfunkcji organizmu oraz możliwych zagrożeniach powikłaniami w trakcie leczenia (przeszczepu) powinna być dostosowana do możliwości psychicznych pacjenta w radzeniu sobie w sytuacjach szczególnie trudnych?
2. Jakie metody psychologiczne mogłyby być użyteczne we wczesnej, przesiewowej diagnostyce umożliwiającej identyfikację pacjentów, wymagających szczególnej opieki psychologicznej?
3. Jak zorganizować pomoc psychologiczną dla pacjentów kończących leczenie, którzy powinni powrócić do swego środowiska, a trudno im zaakceptować konieczność zalecanych, niekiedy z ich punktu widzenia radykalnych, zmian w dotychczasowym stylu życia?

Osobną kwestią pozostaje dostępność pomocy psychologicznej dla pacjentów onkologicznych po wypisaniu z kliniki.

Pytania powyższe wydają się nam istotne nie tylko ze względu na powszechność występowania przedstawionych problemów, ale także dlatego, że w większości oddziałów czy klinik leczących choroby somatyczne zatrudniony jest jeden psycholog i niemożliwe jest objęcie wszystkich pacjentów indywidualną psychologiczną opieką diagnostyczną i terapeutyczną. Mamy nadzieję, że badania prowadzone obecnie przez zespoły Kliniki Psychiatrii Dorosłych i Kliniki Hematologii CM UJ, dotyczące możliwości wczesnego rozpoznawania objawów depresyjnych u chorych oraz określenia stopnia radzenia sobie i możliwości adaptacji pacjentów do nowych sytuacji życiowych, pozwolą chociaż w części znaleźć odpowiedzi na tak postawione pytania.

Ń•ćłēr• ăłd•đłńńć• ń• đ•ńćōińć•-łńęćć ńćęđ•ńńērćć, ăćřăńńńćđăřăř•
ă ęił•-ńiē ôřçł ęł•-łiē• ńńđiē ăćōłińńćđ•ć•-łńęiē ęłęęłēćć

Ńăłăđćřiēł

Đłăńńřăęłiř đ•ńćōiēiăć•-łńęř• ôřđřęńłđćńńćęř ăřēūiē ęłiūćiū, ęł•-łiēiē đř•đřăiăō ńńđiē ęłęę-
łēćć ă ńăłēłiēć ńđřińđ'ęřińřōćć ęińńiăi ęiçăř ăłēřniēiăć•-łńęiē ęēćiçęç ă ęđřęiăł. Ō đřōćłiņęć ă
đđiōłińł ęł•-łiē• ăćēćińłđđ'ęłē đ'łđł ńđřińđ'ęřińřōćć ęđăłńăđćńłēūiūō ęēłńię đř• ăćēń• ń• ęłēūē
ăłđđłńńćăiūē ńćēđ'ńiēřęiēđ'ęłēń ń đ'ńćōińć•-łńęććć đđi• ăēłiē• ęć. Đińēł ńđřińđ'ęřińřōćć ę ăūđ'ēņēł
ęç ăłēřniēiăć•-łńęiē ęēćiçęç, đđē iłyōōłęńćăińńńć řăăōēřmđiăi ęł•-łiē• ę çiř•čńłēiūē ōń• ęłēłiēć
ăłđđłńńćăiūō ńćēđ'ńiēiă, đřōćłiņēř ăūēř đđēi• ńř ă Đńćōēřńđć•-łńęōł ęēćiçęç ă ńăłēłiēł ęł•-łiē•
ăłđđłńńćē ęřēēłăć• ęłăćōćiū ăłēēińęiăř ăiēăłđńćēłńř ă ęđřęiăł.

Đłăńńřăęłiři ăřăęăłiēł ô•čńăřiń ęçęłiłiē• ăń• ęłēłiē• ę ôřđřęńłđř đ'ńćōć•-łńęćō iřđōřłiēć ô
đřōćłiņęć ăř ăđłē• i•-łđłăiūō yńřđ'ă ăłēřniēiăć•-łńęiē ę đ'ńćōēřńđć•-łńęiē ęińłđăłiōćē. Đi ńińřłiēł
ę iăulē đđăăēłēł iřēć•č• ăłđđłńńćăiūō iřđōřłiēć đđē iđ'ōōiēłăiē ăřēłçiē đđăńńřăęłiř ńřęćł đři• ńēł
iăřđ'ńřōćiūiē ńđřińłăćć ń ô•-łńiē nōūłńăłiūiūō, đř• ęłiçł řăńđiă, ńłiđłńć•-łńęćō ęiăłēłē.

Schwere Depression mit psychotischen Symptomen diagnostiziert in der Endphase der Behandlung der akuten diphenotyphen Leukämie

Zusammenfassung

Man stellte eine psychologische Charakteristik der Patientin dar, die wegen der akuten Leukämie in der Abteilung der Klinik CMUJ in Kraków behandelt wurde. Bei der Patientin

trat während der Chemotherapie vor der Transplantation der blutbildenden Zellen ein schweres Depressionssyndrom mit psychotischen Symptomen auf. Nach der Transplantation und Ausschreibung aus der Klinik kam die Patientin in die Abteilung für Behandlung der Depressionen in der Klinik für Erwachsenenpsychiatrie CMUJ in Kraków im Anbetracht der Unwirksamkeit der ambulanten Behandlung und wegen der Intensität der Symptome der psychotischen Depression. Die vorliegende Beschreibung berücksichtigt die Veränderungen der Intensität und des Charakters der psychischen Störungen der Patientin während der einzelnen Etappen des hämatologischen und psychiatrischen Eingriffs. Im Bezug auf das allgemeine Problem der depressiven Störungen in der Krebskrankheit besprach man auch die adaptativen Strategien mit der Berücksichtigung der wichtigen theoretischen Modelle, nach der Meinung der Autoren.

La grande dépression avec les symptômes psychotiques diagnostiquée dans la phase finale de la thérapie de leucémie

Résumé

On présente la caractéristique psychologique d'une patiente souffrant de leucémie et suivant sa thérapie à la Clinique Hématologique de Cracovie. Au cours de la thérapie chimique et avant la transplantation des cellules de moelle on note le grave syndrome dépressif avec les symptômes psychotiques chez la patiente. Après la transplantation et après la thérapie ambulatoire de cette dépression la patiente est hospitalisée à la Clinique de nouveau. Cet article décrit le changement d'intensité et du caractère des troubles psychiques de la patiente au cours des étapes suivantes de la thérapie psychiatrique et hématologique. On discute aussi les problèmes des troubles dépressifs suivant la thérapie des néoplasmes et les stratégies adaptatives embrassant les modèles théoriques importants selon les auteurs de ce travail.

Pięmiennictwo

1. De Walden-Gałuszko K, red. *Psychoonkologia*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
2. Fife L, Huster A, Cornetta G. i in. *Longitudinal study of adaptation to the stress of bone marrow transplantation*. J. Clin. Oncol. 2000; 18: 1539–1549.
3. Molassiotis A, Morris PJ. *Suicide and suicidal ideation after marrow transplantation*. Bone Marrow Transpl. 1997; 10: 87–90.
4. Colon AE, Callies LA, Popkin M. i in. *Depressed mood and other variables related to bone marrow transplantation survival in acute leukemia*. Psychosom. 1991; 32, 4: 420–425.
5. Davies RK, Mc Kegney F, Kimball CP. *Organic factors and psychological adjustment in advanced cancer patients*. Psychosom. Med. 1973; 17: 197–201
6. Derogatis CR, Abeloff MD, Mc Beth CD. *Cancer patients and their physicians in the perception of psychological symptoms*. Psychosom. Med. 1962; 17: 197–201.
7. Kaiser A, Makowska H, Haus O. i in. *Psychologiczne problemy chorych na białaczkę ostrą i przewlekłą*. Pol. Arch. Med. Wew. 1982; 68: 205–213.
8. Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W. *Zmaganie się z chorobą nowotworową*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 1999, s. 143–183.
9. Sasaki T, Akaho R, Sakamaki H. i in. *Mental disturbances during isolation in bone marrow transplant patients with leukemia*. Bone Marrow Transpl. 2000; 25: 315–318.
10. Krawczyńska A, Robak T, Krykowski E. i in. *Fenotyp antygenowy komórek białaczkowych w ostrej białaczce szpikowej. Znaczenie prognostyczne koekspresji antygenów limfoidalnych*. Acta Haematol. Polon. 1996; 27, 3: 271–280.
11. Piątkowska-Jakubas B, Pituch-Noworolska A, Skotnicki AB, Balana-Nowak A. *Znaczenie diagnostyczne określenia immunofenotypu blastów u chorych na ostre białaczki*. Acta Haematol.

- Polon. 1996; 1: 33–41.
12. Maj S, Pawelski S. *Współczesna diagnostyka i leczenie chorób krwi*. Warszawa: Med. Tour Press International, Wydawnictwo Medyczne; 1995.
 13. Skotnicki AB, Nowak WS. *Podstawy hematologii dla studentów i lekarzy*. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 1998.
 14. Stark DPH, House A. *Anxiety in cancer patients*. Brit. J. Cancer 2000; 83: 1261–1267.
 15. Kubler-Ross E. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Warszawa: Pax; 1979.
 16. Moos RH, Schaefer JA. *Coping resources and processes: current concepts and measures*. W: Goldberger L, Breznitz S. *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: The Free Press; 1993, s. 234–257.
 17. Łosiak W. *Dynamika emocji i radzenia sobie w stresie psychologicznym, badania pacjentów chirurgicznych*. Rozprawy habilitacyjne nr 273, nakładem Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Otrzymano: 27.12. 2001

Zrecenzowano: 18.01.2002

Przyjęto do druku: 22.01.2002

Adres: Klinika Psychiatrii CM UJ
31-501 Kraków
ul. Kopernika 21a