

Zaburzenia depresyjne w przebiegu białaczki

Depressive disorders in leukemic patients

Marcin Jabłoński, Halina Lebedowicz¹, Dominika Dudek,
Andrzej Zięba, Aleksander B. Skotnicki¹

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii CM UJ

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

¹ Z Katedry i Kliniki Hematologii CM UJ

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

Summary: In this paper we review previous research, suggesting a link between depressive symptoms and poor prognosis in cancer patients. The possibility, to identify an association between depressed mood and poorer outcomes and survival in haematological malignancies seems to be very interesting. We shortly describe acute leukemia, actual methods of treatment, and review important factors influencing on mood disturbances and psychosocial difficulties of haematological patients during diagnosis, chemotherapy and after bone marrow transplantation.

Słowa kluczowe: depresja, białaczka, przeszczep komórek krwiotwórczych
Key words: depression, leukemia, bone marrow transplantat

W 1964 roku amerykańscy badacze Solomon i Moos [1] po raz pierwszy użyli terminu „psychoimmunologia” na określenie nowej gałęzi wiedzy, badającej wzajemne powiązania pomiędzy układem odpornościowym a funkcjami psychicznymi. Od tego czasu postęp nauk podstawowych oraz medycyny i psychologii, poprzez zintegrowanie wiedzy i wysiłków badawczych, umożliwił sformułowanie nowego, holistycznego spojrzenia na mechanizmy zdrowia i choroby.

Drogą ewolucji doszło do powstania podspecjalizacji onkologii, jaką jest psychospołeczna onkologia, określaną też prościej i częściej mianem psychoonkologii.

Główne zainteresowania psychoonkologii koncentrują się na dwóch kierunkach badawczych:

1 – wpływie choroby nowotworowej na psychologiczne funkcjonowanie pacjenta i jego rodziny oraz personelu opiekującego się pacjentem

2 – roli i znaczeniu psychologicznych i behawioralnych zmiennych dla ryzyka zachorowalności na chorobę nowotworową, jej przebiegu i czasu przeżycia [2].

Psychoimmunologia i psychoonkologia należą do szybko rozwijających się dziedzin nauk medycznych.

Również na gruncie psychologii i socjologii medycyny formułowane są nowe teorie, zmieniające paradygmaty dotyczące zdrowia i choroby. Pojęcie patogenezy uzupełnia się pojęciem salutogenezy (czyli czynnego tworzenia i utrzymania zdrowia). Dychotomię i wzajemną sprzeczność współistnienia zdrowia i choroby zastępuje continuum zdrowie–choroba. Pojmowanie odporności organizmu, w ujęciu komórkowym i humoralnym, uznaje się za zbyt zawężone i postuluje się wprowadzenie pojęcia uogólnionych zasobów odpornościowych, szukając równocześnie mechanizmów, które je integrują i nimi zarządzają [3, 4].

W tym kontekście związek pomiędzy rozwojem nowotworów (jako układów złożonych z komórek wymykających się spod nadzoru układu odpornościowego) a stanem psychiki jest obecnie szeroko dyskutowany.

Również nasze rozważania skoncentrują się na poszukiwaniu korelacji pomiędzy zaburzeniami depresyjnymi a zmiennym przebiegiem szczególnego rodzaju nowotworu, jakim jest białaczka.

Depresja w chorobach nowotworowych

Poszukiwanie dowodów na związek przyczynowy pomiędzy wystąpieniem i niekorzystnym przebiegiem chorób nowotworowych a zaburzeniami depresyjnymi, jak dotąd, nie przyniosło jednoznacznych rezultatów [5, 6].

Interesujące wydają się rozpoczęte w latach 50. ubiegłego stulecia pionierskie badania nad czynnikami psychologicznymi w etiologii chorób nowotworowych.

Spośród licznych teorii wspomnieć należy stworzoną przez Eugene'a Pendergrassa w 1959 roku teorię mówiącą o związku choroby nowotworowej z traumatycznymi doświadczeniami życiowymi [7]. Interesujące wydają się również rozważania Schmale i Keer, podkreślające rolę stylu funkcjonowania emocjonalnego – szczególnie rolę stanów depresyjnych – w okresie poprzedzającym rozwój choroby nowotworowej, oraz psychodynamiczny model karcinogenezy H.J. Baltruscha [8, 9].

Również ciekawa jest koncepcja M. Seligmana – „optymistyczny vs pesymistyczny styl tłumaczenia wydarzeń życiowych” [10]. Punktem wyjścia teorii Seligmana jest założenie, że znaczącym czynnikiem pośredniczącym pomiędzy sytuacją stresową a jej konsekwencjami zdrowotnymi jest sposób percepcji rzeczywistości i interpretacji wydarzeń, rozumiany jako wyuczony styl reagowania. Osoby, które cechuje pesymistyczny styl wyjaśniania zaistniałych sytuacji, częściej niż „optymiści” reagują na wydarzenia życiowe depresją i bezradnością.

Badania eksperymentalne na szczurach, poddawanych treningowi wyuczonej bezradności, wykazały, że ich organizmy są bardziej podatne na rozwój komórek rakowych. Wyniki te zostały potwierdzone w bardziej szczegółowych badaniach nad systemem immunologicznym u bezradnych szczurów. Wykazano, że wyuczona bezradność nie tylko wpływa na zachowanie, ale sięga aż do poziomu komórkowego i może osłabić system immunologiczny. W wyniku osłabienia systemu immunologicznego rozwija się choroba.

Wielu innych badaczy oceniało związek pomiędzy depresją a rozwojem choroby nowotworowej. Blumberg, West i Ellis [11], wykorzystując Inwentarz Osobowości MMPI, badali wyselekcjonowaną grupę 50 pacjentów. Uzyskane wyniki wskazywały, że pacjenci z gwałtownie rozwijającym się nowotworem charakteryzowali się znacząco wyższym poziomem depresji, lęku oraz niezdolności do zewnętrznej ekspresji tych stanów. Klopfer [12], Stavraki i wsp. [13], Davies i wsp. [14], Derogatis i wsp. [15] stwierdzili, że poczucie beznadziejności, postawa poddania się i rezygnacji, apatia oraz wysoki poziom objawów depresyjnych wiążą się z gorszą prognozą przebiegu choroby nowotworowej. Wśród autorów nie ma jednak zdecydowanej zgodności co do kierunku powyższej zależności.

Persky i wsp. [16] oraz Zonderman i wsp. [17] w niezależnych badaniach prospektywnych stwierdzili, że długo trwająca depresja lub wysokie wyniki w skalach depresji zwiększają istotnie ryzyko choroby nowotworowej i potęgują prawdopodobieństwo niekorzystnego jej przebiegu.

Interesujące są rozważania niektórych badaczy, porównujące zespół depresyjny, w jego warstwie biologicznej i psychologicznej, do przewlekłego stresu. W świetle tej teorii depresja, podobnie jak stres, może wywołać istniejącą predyspozycję do choroby somatycznej – również nowotworu, a także modyfikować jej przebieg [18, 19].

Dzięki licznym badaniom można już dziś z dużym prawdopodobieństwem założyć, że zarówno czynnikiem pośredniczącym, jak i łączącym psychopatologię depresji z potencjalną onkogenezą są mechanizmy dysregulacji immunologicznej [20, 21]. Interesujące są również badania nad poziomem lęku w chorobach nowotworowych.

Dane z porównawczych badań poziomu lęku, za pomocą kwestionariusza Cattella, przeprowadzonych u pacjentów onkologicznych i cierpiących na inne ciężkie schorzenia nieonkologiczne, wskazują, że pacjenci onkologiczni mają istotnie wyższy poziom lęku i niepokoju ogólnego, napięcia i niepokoju reaktywnego, a także wysoki poziom nierównoważenia emocjonalnego, tendencji do samoobwiniania się i reagowania poczuciem winy [22].

Niezależnie od rozważań o wpływie przyczynowym zaburzeń depresyjnych na rozwój chorób nowotworowych, na podstawie zbiorczych danych wykazano, że ponad 40% chorych na nowotwory cierpi równocześnie na zaburzenia afektywne [2]. Rozbieżności w wynikach podawanych przez innych autorów, zajmujących się występowaniem depresji w chorobach nowotworowych, zamykają się w dość szerokim przedziale 2–45%, średnio jednak wynoszą około 20% i zależą od przyjętych kryteriów diagnostycznych oraz zastosowanych narzędzi badawczych [23, 24].

Z lękiem i depresją chorego na nowotwór wiąże się również problem samobójstw. Załamanie się mechanizmów obronnych i depresyjna dekompensacja w sposób nierozwalny łączą się z obecnością myśli samobójczych. Niejednokrotnie zdarza się, że akt samobójczy jest pierwszym dostrzegalnym społecznie objawem depresji. Dokładna liczba samobójstw wśród pacjentów onkologicznych jest nieznana, wykazano natomiast [2], że prawie 50% wszystkich samobójstw chorych na raka poprzedzały myśli samobójcze lub plany ich realizacji. Wiadomo również, że myśli samobójcze stwierdza się u około 10% badanych pacjentów onkologicznych znających rozpoznanie.

Problem nabiera też szerszego znaczenia, jeśli zauważymy, że dla wielu spośród

pacjentów, poddanych niekończącemu się cierpieniu, samobójstwo wydaje się jedynym sposobem zmiany krańcowo trudnej sytuacji [25].

Do czynników sprzyjających powstawaniu myśli samobójczych zalicza się [2, 26, 23, 27–31]:

- długotrwałą izolację,
- nie ustępujący ból,
- świadomość złej prognozy,
- brak wsparcia społecznego (zwłaszcza rodziny i przyjaciół),
- niewydolność dotychczasowych sposobów radzenia sobie w sytuacji kryzysowej,
- stosowanie niektórych leków i sposobów terapii (wysoko dozowana chemioterapia, winkrystyna, winblastyna, cis-platyna, arabinozyd cytozyny, L-asparaginaza, sterydy) [32, 33].
- brak możliwości rozładowania napięcia.

Możliwość przesiewowej oceny zaburzeń depresyjnych (w tym identyfikacja myśli samobójczych) oraz wczesna interwencja terapeutyczna wydają się najprostszym, a jednocześnie najskuteczniejszym środkiem zapobiegawczym.

Opis białaczki, sposobów leczenia oraz problemów psychologicznych pojawiających się w jej trakcie

Choroby rozrostowe krwi, a zwłaszcza ostre białaczki, są szczególną grupą nowotworów złośliwych. Przemiana nowotworowa, dotycząca pierwotnie pojedynczej komórki, może nastąpić na każdym etapie jej rozwoju. Dotyczy więc komórek różnicujących się do kolejnych szczebli rozwojowych, w tym do kompetentnych komórek układu immunologicznego: granulocytów, monocytów, limfocytów T i limfocytów B odpowiedzialnych za produkując przeciwciała. W obrębie ostrych białaczek, ze względu na typ transformujących nowotworowo komórek, wyróżnia się białaczki szpikowe (8 podtypów) oraz białaczki limfoblastyczne (3 podtypy). Częstość występowania ostrej białaczki wynosi 5–10 przypadków na 100 000 ludności / rok i ciągle rośnie.

Proces diagnostyczno-terapeutyczny w białaczkach ostrych ma charakter wysoce ustrukturyowany. Ze względu na szybko postępujący naturalny przebieg schorzenia, rozpoczęcie leczenia powinno nastąpić jak najszybciej po potwierdzeniu rozpoznania. W tym okresie u pacjenta przeprowadza się szereg badań diagnostycznych – rutynowych i wysoce specjalistycznych. Konieczne są zabiegi inwazyjne, takie jak: punkcja szpiku (najczęściej z przednich bądź tylnych kołców biodrowych), trepanobiopsja, czasem punkcja łądźwiowa i resekcja węzła chłonnego, zwykle kilkukrotne pobranie krwi.

Po potwierdzeniu rozpoznania ostrej białaczki należy niezwłocznie rozpocząć leczenie. Metodą z wyboru jest polichemioterapia. Polega ona na podawaniu pacjentowi zestawów leków cytostatycznych w określonych odstępach czasu, dawkach, kombinacjach i proporcjach. Standardowym postępowaniem jest przeprowadzenie leczenia w kolejno następujących po sobie cyklach: indukcji remisji, konsolidacji remisji i mobilizacji komórek krwiotwórczych do krwi obwodowej. W przypadku

niepełnej odpowiedzi na leczenie, lub nawrotu choroby w trakcie leczenia, konieczna jest jego modyfikacja poprzez stosowanie dodatkowych cykli chemioterapii. Również w przypadku braku możliwości przeprowadzenia przeszczepu komórek krwiotwórczych konieczne jest kontynuowanie leczenia w postaci cykli chemioterapii podtrzymujących remisję (czyli brak klinicznych i laboratoryjnych objawów choroby), nawet do trzech lat po jej uzyskaniu.

Po uzyskaniu i utrwaleniu remisji, zgodnie z przyjętymi standardami, kolejnym krokiem leczenia białaczki ostrej jest zastosowanie chemioterapii mieloablacyjnej wspomaganą przeszczepieniem komórek krwiotwórczych – czyli tak zwany „przeszczep szpiku”. Od rozpoczęcia leczenia do wykonania przeszczepu komórek krwiotwórczych upływa zazwyczaj 3–6 miesięcy.

Zadaniem chemioterapii mieloablacyjnej jest eradykacja pozostałości komórek białaczkowych, czyli tzw. choroby resztkowej. Ceną za to jest całkowite zniszczenie szpiku pacjenta. Aby powrót prawidłowego krwiotworzenia i dalsze życie było możliwe, konieczne jest podanie komórek krwiotwórczych w postaci przeszczepu (infuzji). Komórki te mogą pochodzić od samego pacjenta (przeszczep autologiczny). Pozyskuje się je po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej. Komórki krwiotwórcze mogą pochodzić też od dawcy rodzinnego lub nie spokrewnionego – przeszczep allogeniczny [34–36]. Poszukiwanie dawcy, jego motywacja i relacja z biorcą przeszczepu wydają się ciekawym i słabo zbadanym obszarem wiedzy medycznej i psychologicznej.

Odbudowa hemopoezy następuje w ciągu 2–3 tygodni, podczas których chory pozostaje w sterylnych warunkach dla zabezpieczenia przed egzogennymi infekcjami. Jest to bardzo trudny dla chorego okres oczekiwania, pełen niepewności i cierpienia fizycznego (częstym powikłaniem jest bolesne zapalenie jamy ustnej uniemożliwiające przyjmowanie posiłków, z koniecznością stosowania żywienia parenteralnego).

Również z punktu widzenia pacjenta przeszczep szpiku wydaje się kulminacyjnym punktem leczenia białaczki. W świadomości wielu pacjentów przeszczep szpiku funkcjonuje jako pojęcie symboliczne, równoznaczne z wyleczeniem. Rzeczywiste możliwości tego zabiegu w przedłużeniu życia są niejednokrotnie przeceniane. Z psychologicznego punktu widzenia procedura przeszczepiania szpiku jest sytuacją wywołującą olbrzymi stres zarówno u pacjenta, jak i jego rodziny [26]. Wpływa również znacząco na jakość życia chorego. Pozostałe czynniki mające istotne znaczenie w oddziaływaniu na funkcje psychiczne pacjenta w okresie diagnostyki i leczenia hematologicznego zostaną opisane szczegółowo w dalszej części artykułu.

Zaburzenia depresyjne w białaczce

Istotny wpływ na kształtowanie reakcji emocjonalnych pacjenta w okresie diagnostyki i leczenia hematologicznego mają:

- 1 – podstawowy, uwarunkowany biochemicznie, dyskomfort i cierpienie fizyczne wynikające z rozwoju ciężkiej choroby somatycznej,
- 2 – intensywne, toksyczne, długotrwałe, powtarzalne leczenie chemiczne, zwykle z przykrymi objawami ubocznymi (łysienie, nudności, wymioty, osłabienie, gorączka, brak apetytu, zakażenia),

- 3 – zmiany w wyglądzie (wyłysienie, ubytek masy ciała),
- 4 – przygotowanie do przeszczepu komórek krwiotwórczych – inwazyjne procedury pobrania materiału przeszczepowego, poszukiwanie dawcy, niekiedy konieczność poniesienia kosztów finansowych lub pozyskania dodatkowych funduszy na zastosowanie specjalistycznych procedur medycznych, nie finansowanych rutynowo z funduszy publicznych,
- 5 – wielotygodniowa izolacja od bliskiego środowiska, a po przeszczepie, ze względów epidemiologicznych, konieczność przebywania w jednoosobowym, izolowanym boksie,
- 6 – wielotygodniowe, zwykle parenteralne leczenie wspomagające (antybiotyki, transfuzje krwi, czynniki wzrostu komórek hemopoetycznych),
- 7 – granicząca z rytualizacją, konieczność bezwzględnego zachowania czystości (częste mycie rąk, sprzęt jednorazowy, reżim sanitarny wobec osób odwiedzających),
- 8 – funkcjonowanie w specyficznej, homogennej grupie pacjentów hematologicznych (obserwacja cierpienia, śmierci, tworzenie porównań, podobne zagrożenia, różne doświadczenia, różne etapy leczenia, wymiana informacji, wyników leczenia, wytwarzanie relacji grupowych, przyjaźnie, rozstania itp.),
- 9 – relacje i sposób komunikacji z personelem medycznym, model przekazywania informacji,
- 10 – utrata niezależności, konieczność całkowitego podporządkowania się zaleceniom personelu szpitalnego,
- 11 – niepewność i napięcie oraz cierpienie fizyczne okresu diagnostyki, stres związany z podejrzeniem białaczki,
- 12 – szok związany z rozpoznaniem choroby przeżywanej jako śmiertelne zagrożenie; wykazano, że samo określenie „rak” jest silnym bodźcem rodzącym lęk [37], można postulować, że podobnie silnym bodźcem jest samo słowo „białaczka”,
- 13 – przeżywana silna ambiwalencja wynikająca z konieczności podjęcia leczenia dla ratowania życia, a jednocześnie lęk przed inwazyjną procedurą leczniczą,
- 14 – niepewność wyników leczenia, antycypacja cierpienia, niepowodzenia, śmierci,
- 15 – konieczność podejmowania życiowych decyzji (zgoda na leczenie, na przeszczep),
- 16 – świadomość realnego zagrożenia, wzmocniana docierającymi informacjami o niepowodzeniu leczenia i śmierci innych pacjentów,
- 17 – poczucie zagrożenia dla podstawowych dążeń i celów życiowych,
- 18 – okresowe, a często permanentne, załamanie istotnych ról społecznych,
- 19 – niejasność przyszłych możliwości,
- 20 – świadomość konieczności pozostawania pod stałą kontrolą lekarską, nawet w przypadku powodzenia przeszczepu,
- 21 – w okresie po leczeniu lęk przed nawrotem choroby, problemami zawodowymi, ekonomicznymi, brakiem dostatecznego wsparcia i zrozumienia [2, 26, 25, 38].

Należy też pamiętać, że pomimo pobytu w szpitalu i czasowego wyłączenia z aktywnego życia, chorzy pozostają nadal członkami rodzin, grup zawodowych i społecznych. Trudno więc zakładać, że trudności rodzinne, zawodowe i społeczne, jakie towarzyszyły ich życiu przed rozpoznaniem choroby, staną się nagle zupełnie nieistotne i w czasie choroby znikną ze świadomości.

W wielu przypadkach można dostrzec charakterystyczną dla sytuacji krytycznych polaryzację i wyostrenie pewnych postaw, oraz zamartwianie się odległymi problemami.

Z psychologicznego punktu widzenia, sytuację chorych na białaczkę można określić jako złożoną, o długim czasie trwania, sytuację stresową, która wyzwała niepokój i lęk, a także zmusza do bilansowania swego dotychczasowego życia i refleksji nad sobą [39].

Pierwsze badania w Polsce, dotyczące czynników psychicznych w białaczce, zostały zapoczątkowane w Klinice Hematologii AM w Krakowie przez prof. J. Aleksandrowicza i jego zespół. Badania te koncentrowały się wówczas na poszukiwaniu urazowych czynników psychicznych i typu osobowości przedchorobowej w etiologii białaczki [40, 41, 42].

Interesujące są, przeprowadzone w latach 80. przez Helenę Wronę-Polańską [39], badania dotyczące zmian obrazu samego siebie i adaptacji do choroby u pacjentów z białaczką oraz obronnej i integracyjnej roli struktury „ja” w zmaganiu się z tą chorobą. Z przeprowadzonych przez cytowaną autorkę badań wynika między innymi, że u większości pacjentów obserwowano trudności w zmaganiu się z chorobą. Obserwowano wysoki wskaźnik depresyjności, utratę planów i celów życiowych oraz trudności w zaakceptowaniu siebie w roli chorego. Pacjenci doświadczali poczucia swojej mniejszej wartości i lęku przed pozbawieniem akceptacji ze strony otoczenia.

Wspominano już o dużej częstości współwystępowania depresji i białaczek. Na podstawie licznych doniesień można sądzić, że w grupie pacjentów z ostrymi białaczkami obecność zespołu depresyjnego stwierdza się u 25–33% badanych [23]. W porównaniu z pacjentami leczonymi samą tylko chemioterapią objawy zespołu depresyjnego częściej zgłaszają pacjenci poddawani procedurze przeszczepu komórek krwiotwórczych [23, 27].

Obecność zaburzeń depresyjnych, ujemnie korelująca z chęcią do współpracy, może rzutować negatywnie na przebieg leczenia, w przypadku restrykcyjnych wymogów oddziaływania chemioterapii hematologicznej, ośrodka przeszczepowego, jak również na zakres wymaganej od pacjenta samokontroli po wypisaniu ze szpitala [43].

Istnieją też sprzeczne doniesienia o bezpośredniej korelacji pomiędzy występowaniem zaburzeń depresyjnych (zwłaszcza z poczuciem bezradności i apatią) a gorszym przebiegiem i rokowaniem po przeszczepie komórek hemopoetycznych. W niektórych badaniach wykazano wyraźną korelację zaburzeń depresyjnych, stwierdzonych w okresie przed przeszczepem, zarówno z gorszym przebiegiem choroby, jak i krótszym czasem przeżycia pacjentów w ciągu 1 roku po przeszczepie komórek krwiotwórczych [23, 38]. Dane innych autorów sugerują brak bezpośredniego związku pomiędzy tymi zmiennymi [28, 44]. Żadnej z powyższych tez jednoznacznie nie udowodniono.

Większość dostępnej literatury badającej zależność pomiędzy obecnością zabu-

rzeń depresyjnych a wynikami leczenia pacjentów hematologicznych koncentruje się na okresie okołoprzeszczepowym. Wielu autorów podkreśla konieczność objęcia badaniami wcześniejszych etapów hospitalizacji – od momentu rozpoczęcia leczenia chemicznego do okresu okołoprzeszczepowego. Opisanie zachodzących wówczas procesów psychicznych wydaje się niezbędne do pełnego zrozumienia mechanizmów radzenia sobie z obciążeniami psychicznymi i fizycznymi związanymi z chemioterapią i transplantacją.

Jak już wspomniano, białaczki należą do nowotworów o wysokim i ciągle rosnącym wskaźniku zapaadalności. Leczenie ich, prowadzone w specjalistycznych ośrodkach, wymaga zastosowania bardzo agresywnych, a równocześnie wyjątkowo kosztownych metod. Jednocześnie, możliwym obecnie do osiągnięcia celem leczenia jest odzyskanie przez pacjenta pełnego zdrowia, rozumianego jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. W świetle tych faktów, wczesne rozpoznanie indywidualnych sposobów radzenia sobie, możliwości pacjenta w zakresie integracji i mobilizacji osobistych zasobów odpornościowych oraz, w razie potrzeby, wsparcie specjalistyczną pomocą psychoterapeutyczną i farmakologiczną wydaje się mieć istotne znaczenie.

Mamy nadzieję, że prowadzone aktualnie przez zespoły Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ i Kliniki Hematologii CM UJ w Krakowie badania, mające określić perspektywnie dynamikę zaburzeń depresyjnych oraz korelację ich nasilenia ze zmiennymi klinicznymi i biochemicznymi, odnotowywanymi w trakcie leczenia pacjentów z rozpoznaną de novo ostrą białaczką, przyczynią się do wyjaśnienia tych ciekawych i ciągle słabo zbadanych obszarów nauki.

Äld'dlínncáiuí írdórlíe' d'dč' éleéleč=lnęé' áteúicé

Niáidcúí

Ä nñmül d'dlänräeli d'ä' éilicé, nñn' 'üçön' e' ná' çé, emídr' éieln' d'r' acñün' élcáo äld'dlín-ncáiuéç írdórlíe' éç' é' d'çacéncé, í nřécl' é' nł=licéle id'óóieláúó çráieláricé. Ddlád'dč' nř' nřécl' d'íd'ünę' ndráilic' d'łçóëünrñä' čnnéläiáricé, emídül' iólicártn' äč' icl' äld'dlínncáiuó írdórlíe' íf' nł=licé' é' d'łçóëünrñ' nłdr'dč' id'óóieláúó çráieláricé. Äiáieüü' činldlíné' 'äe' lñn' ' aiçéicúinnü' ónñrñäelic' ' eiddlé' öcč' élcáo d'dč'ónnñacéle äld'dlínncáiuó írdórlíe' , óóäreč' nł=licéle é' d'diáitčé' ó' áteüiuó' éleélečé.

Ä nñmül d'dč'alälñ' nřécl' id'čnríel' éleélečč, édrñeíl' ianócálicl' nd'íníáí' í, 'éł=licé', í nřécl' nđ'innräelicl' óřęñidñä, nóülnñáliüó' ä' óidečdiáricč' ýéöčiréüüó' d'řęöčé' ó' äleñiñeiac=lnęčó' áteüiuó. Ýñ' d'ieielicel' čéllñ' áreítl' čír=licel' äi' adlé' ' äčřáinnñčéč' öčéčimldrd'čé, í nřécl' ä' d'ldč'íäl' d'ínél' ndrín'd'ėrñřöčé' čdiáñádr-čárñléüüó' ełñie.

Depressionsstörungen im Verlauf der Leukämie

Zusammenfassung

Im Artikel wurden viele Ansichten zum Zusammenhang zwischen den depressiven Störungen und der Entwicklung und dem Verlauf der Krebskrankheiten vorgestellt. Es wurde auch versucht, die Ergebnisse der Forschungen zu vergleichen, die den Einfluss der depressiven Störungen auf den Verlauf und das Therapieergebnis in der Krebskrankheit beurteilen. Interessant scheint die Möglichkeit zu sein, die Korrelation zwischen dem Auftreten der Depressionsstörungen und dem schlechteren Verlauf und der Prognose bei den Patienten mit Leukämie zu finden. Im Artikel befindet sich auch eine Krankheitsbeschreibung der Leukämie, eine kurze Besprechung ihrer

Behandlungsweise und die Zusammensetzung aller wichtigen Faktoren für die Gestaltung der emotionalen Reaktion der hämatologischen Patienten während der Diagnostik und Chemotherapie und auch in der Zeit nach der Transplantation der blutbildenden Zellen.

Les troubles dépressifs au cours de leucémie

Résumé

Les auteurs donnent une revue des conceptions concernant des connexions des troubles dépressifs et du développement et du cours des maladies néoplasiques. Ils comparent aussi les résultats des recherches estimant l'influence des troubles dépressifs sur le cours des maladies et sur les effets thérapeutiques. Il semble qu'il existe une connexion de ces troubles et du pronostic pessimiste des patients souffrant de leucémie. L'article présente aussi la leucémie, les méthodes thérapeutiques et les facteurs influant sur les réactions émotives des patients au cours du diagnostic, la chimiothérapie et après la transplantation des cellules de la moelle.

Piśmiennictwo

1. Solomon GF, Moos RH. *Emotions, immunity and disease. A speculative theoretical integration*. Arch. Gen. Psychiatry 1964; 11: 657–674.
2. De Walden-Galuszko K, *Psychoonkologia*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej Kraków 2000.
3. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia – jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Fundacja IPN Sobieskiego. Warszawa 1995.
4. Antonovsky A. *Health, stress and coping: new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
5. Angell M. *Disease as a reflection of the psyche*. New Engl. J. Med. 1985; 1570–1572.
6. Mirski A. *Udział czynników psychologicznych w etiologii chorób nowotworowych*. Szt. Lecz. 1995; I, 1: 55–64.
7. Simonton OC. *Tryumf życia*. Warszawa: Wydawnictwo Medyczne; 1993.
8. Wirsching M. *Wokół raka – pacjent, rodzina, opieka medyczna*. Gdańsk: Wyd. Psychologiczne Gdańskie; 1994.
9. Heszen-Niejodek J. *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*. Warszawa: PZWL; 1990.
10. Seligman M. *Optymizmu można się nauczyć*. Poznań: Media Rodzina of Poznań; 1993.
11. Blumberg EM, West PM, Ellis FW. *A possible relationship between psychological factors and human cancer*. Psychosom. Med. 1954; 16: 227–286.
12. Klopfer B. *Psychological variables in human cancer*. J. Proj. Tech. 1957; 21: 331–340.
13. Stavratsy KM, Buck CN, Lott JS, Worklin JM. *Psychological factors in the outcome of human cancer*. Psychosom. Res. 1968; 12: 251–259.
14. Davies RK, Mc Kegney F, Kimball CP. *Organic factors and psychological adjustment in advanced cancer patients*. Psychosom. Med. 1973; 17: 197–201.
15. Derogatis CR, Abeloff MD, Mc Beth CD. *Cancer patients and their physicians in the perception of psychological symptoms*. Psychosom. Med. 1962; 17: 197–201.
16. Persky VW, Kempthorne-Rawson J, Shekelle RB. *Personality and risk of cancer*. Psychosom. Med. 1987; 49: 435–449.
17. Zonderman AB, Costa PT, McCrae RR. *Depression as risk for cancer morbidity and mortality in nationally representative sample*. JAMA 1989; 262: 1191–1195.
18. Landowski J. *Zespoły depresyjne – przewlekła aktywacja układu stresu*. W: Dudek D, Zięba A, red. *Depresja w chorobie niedokrwiennej serca*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2001, s.25–35.

19. Kort JW. *The effect of chronic stress on the immune response*. Adv. Neuroimmunol. 1994; 4: 1–11.
20. Miller AH, Andrew H. *Rola układu immunologicznego w depresji*. Bull. Depr 2000; 4, 20.
21. Murr C, Widner B, Sperner-Unterweger B i in. *Immune reactions links disease progression in cancer patients with depression*. Med. Hypoth. 2000; 55: 137–140.
22. Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W. *Zmaganie się z chorobą nowotworową*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 1999, s. 143–183.
23. Neitzert CS, Ritvo P, Dancey J i in. *The psychosocial impact of bone marrow transplantation: a review of the literature*. Bone Marrow Transplant. 1998; 22: 409–422.
24. Kathol RG, Mutgi A, Williams J i in. *Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets of criteria*. Am. J. Psychiatr. 1990; 147, 8: 1021–1024.
25. Molassiotis A, Morris PJ. *Suicide and suicidal ideation after marrow transplantation*. Bone Marrow Transplant. 1997; 10: 87–90.
26. Fife LB, Huster AG, Cornetta GK i in. *Longitudinal study of adaptation to the stress of bone marrow transplantation*. J. Clin. Oncol. 2000; 18: 1539–1549.
27. Sasaki T, Akaho R, Sakamaki H i in. *Mental disturbances during isolation in bone marrow transplant patients with leukemia*. Bone Marrow Transplant. 2000; 25: 315–318.
28. Andrykowski MA, Brandy JM, Henslee-Downey JP. *Psychosocial factors predictive of survival after allogeneic bone marrow transplantation for leukemia*. Psychosom. Med. 1994; 56: 432–439.
29. Andersen LB. *Surviving cancer*. Cancer Suppl. 1994; 74: 1484–1495.
30. Kaiser A, Makowska H, Haus O i in. *Psychologiczne problemy chorych na białaczkę ostrą i przewlekłą*. Pol. Arch. Med. Wewn. 1982; 68: 205–213.
31. McQuellon RP, Russel GB, Rambo TD i in. *Quality of life and psychological distress of bone marrow transplant recipients: the "time trajectory" to recovery over the first year*. Bone Marrow Transplant. 1998; 21: 477–486.
32. Mehta P, Rodrigue J, Nejame C i in. *Acquiescence to adjunctive experimental therapies may relate to psychological distress: pilot data from a bone marrow transplant center*. Bone Marrow Transplant. 2000; 25: 673–676.
33. Skotnicki AB. *Diagnostyka i terapia ostrych białaczek i zespołów mielodysplastycznych*. Nakładem Fundacji im. J. Aleksandrowicza, Kliniki Hematologii AM w Krakowie 1993.
34. Skotnicki AB, Nowak WS. *Podstawy hematologii dla studentów i lekarzy*. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 1998.
35. Kuratowska Z, Dwilewicz-Trojaczek J. *Choroby rozrostowe układu krwiotwórczego i limfatycznego*. Warszawa: Sanmedia; 1994.
36. Maj S, Pawelski S. *Współczesna diagnostyka i leczenie chorób krwi*. Warszawa: Wydawnictwo Medyczne; 1995.
37. Stark DPH, House A. *Anxiety in cancer patients*. Brit. J. Cancer 2000; 83: 1261–1267.
38. 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.
39. Wrona-Polańska H. *Zmiana obrazu samego siebie i adaptacja do choroby u pacjentów z leukemią*. Nie publikowana praca doktorska, 1983, Biblioteka Jagiellońska.
40. Aleksandrowicz J, Brożek A, Gizowa H, Kaczanowski K, Kępiński A, Orłowska A, Skotnicka A, Żurowska A. *Psychozoziologische und anthropologische Untersuchungen am Leukamiekranken*. Zeitschr. Psycho-Somat. Med. 1963; 9: 256–261.
41. Aleksandrowicz J, Ćwiklicka A, Płużek Z. *Niektóre cechy osobowości chorych na różne typy białaczek*. Pol. Tyg. Lek. 1971; 26: 426–428.
42. Aleksandrowicz J, Skotnicka A, Kępiński A, Żurowska A. *Próba analizy psychosocjologicznej*

chorych na białaczki. Pol. Arch. Med Wewn. 1963; 23: 1117–1121.

43. Ayres A, Hoon WP, Franzoni BJ i in. *Influence of mood and adjustment to cancer on compliance with chemotherapy among breast cancer patients*. J. Psychosom. Res. 1994; 38, 5: 394–402.
44. Jenkins LP, Lester H, Aleksander J i in. *A prospective study of psychosocial morbidity in adult bone marrow transplant recipients*. Psychosom. 1994; 35, 4: 361–367.

Otrzymano: 25.10.2001

Zrecenzowano: 6.12.2002

Przyjęto do druku: 9.07.2003

Adres: Marcin Jabłoński
Klinika Psychiatrii Dorosłych CM
UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21 a

