

Żal, utrata wiary w siebie i depresja: wyzwania diagnostyczne i sposoby leczenia

E. Alessandra Strada, PhD

- Żal, utrata wiary w siebie i depresja są powszechnymi doświadczeniami ciężko chorych pacjentów w warunkach opieki paliatywnej.
- Różnicowanie reakcji żalu z depresją i utratą wiary w siebie jest utrudnione nakładaniem się objawów.
- Z natury prawidłowej reakcji żalu oraz utraty wiary w siebie wynika większa możliwość poprawy objawów po interwencjach psychoterapeutycznych niż po farmakoterapii.
- W przebiegu dużej depresji oraz powikłanej lub przedłużającej się reakcji żalu występują silniej wyrażone komponenty fizjologiczne oraz bardziej nasilony niepokój psychiczny, stąd często zaburzenia te wymagają stosowania leków psychotropowych.

Streszczenie

Pacjenci z zaawansowaną chorobą oraz ich opiekunowie dobrze znają doświadczenia żalu i straty. Rozpoznanie poważnej choroby często wyznacza początek emocjonalnych i fizycznych strat, których kresem może być śmierć pacjenta. W trudnej drodze przez chorobę u pacjenta i opiekuna może dojść do rozwoju różnego stopnia i typu problemów emocjonalnych. Depresja, ciężkie reakcje żalu (grief) i utrata wiary w siebie (demoralization) są podstawowymi typami zaburzeń doświadczanymi przez pacjentów i opiekunów w warunkach opieki paliatywnej. Choć zwykle są rozpoznawane jako odrębne jednostki, dzielą wiele objawów, co stwarza pewne wyzwania przy ich różnicowaniu. Dokładne rozpoznanie jest istotne z powodu implikacji terapeutycznych. Artykuł zawiera przegląd charakterystycznych cech tych zaburzeń w kontekście opieki paliatywnej i terminalnej. Przedstawiono także ocenę niefarmakologicznych sposobów leczenia.

Wprowadzenie

Depresja, utrata wiary w siebie i powikłana lub przedłużająca się reakcja żalu mogą powodować poważny stres u chorych i ich rodzin w warunkach opieki paliatywnej. Ponieważ zaburzenia te mają wiele wspólnych cech klinicznych, początkowa ich prezentacja może skutkować niewłaściwym rozpoznaniem lub, co niestety, niedostatecznym leczeniem.

Utrata wiary w siebie i normatywny żal mogą lepiej odpowiadać na wsparcie psychospołeczne i interwencje psychoterapeutyczne, bez potrzeby włączania leków psychotropowych. Duża depresja (major depressive disorder, MDD) oraz powikłana lub przedłużająca się reakcja żalu mogą mieć bardziej znaczące komponenty fizjologiczne i bardziej niszczącą psychopatologię, która często wymaga dołączenia farmakoterapii. Wykształcenie zdolności rozróżniania tych zaburzeń pozwoli lekarzom na stosowanie najodpowiedniejszych opcji terapeutycznych pacjentom lub ich rodzinom.

Żal i żałoba

Chociaż żal jest prawidłową reakcją na utratę, jest on procesem wielowymiaro-

wym o zróżnicowanym, złożonym przebiegu obejmującym liczne objawy stresu, które mogą znacząco wpływać na poziom funkcjonowania.¹⁻⁵

Badania ujawniły, że wśród osób, które przeżyły żałobę, wyższa jest śmiertelność z powodów sercowo-naczyniowych⁶ i chorób zakaźnych⁷ w porównaniu z grupą kontrolną. Utrata współmałżonka jest związana ze wzrostem śmiertelności⁸⁻¹¹ – wykazano, że śmiertelność w grupie osób owdowiałych jest o 40% wyższa niż w grupie kontrolnej.¹² Częstą konsekwencją żałoby są próby samobójcze.¹³ Większe ryzyko samobójstw występuje szczególnie wśród osób w podeszłym wieku, co można zrozumieć, biorąc pod uwagę częstszą izolację społeczną i depresję, szczególnie jeśli opiekowali się oni ukochaną osobą podczas długiej choroby.^{13,14} Do najpowszechniejszych skutków żałoby należą zaburzenia psychiczne, szczególnie duża depresja i zaburzenie stresowe pourazowe.¹⁵⁻¹⁸

Pierwsze empiryczne badanie wśród osób, które przeżyły żałobę, zostało przeprowadzone w 1944 roku przez Lindemana,¹⁹ po pożarze w Coconut Grove Nightclub w Bostonie. Do opisanych cech

Dr Strada, attending psychologist, Department of Pain Medicine and Palliative Care, Beth Israel Medical Center, assistant professor of Neurology and Psychiatry, Albert Einstein College of Medicine, New York City.

Dr Strada nie zgłasza żadnych mogących powodować konflikt interesów zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi.

Adres do korespondencji: E. Alessandra Strada, PhD, Attending Psychologist, Department of Pain Medicine and Palliative Care, Beth Israel Medical Center, 12 Baird Hall, 1st Avenue and 15th Street, New York, NY 10003, Stany Zjednoczone; e-mail: AStrada@chpnet.org.

żałoby zaliczył on poczucie winy, złość, utratę regularnych wzorców postępowania, identyfikację z objawami fizykalnymi zmarłych oraz zaabsorbowanie smutnymi wspomnieniami o zmarłych. Bowlby²⁰ konceptualizował żal jako serię zachowań związanych z przywiązaniem, podobnych do tych, jakie obserwuje się u niemowląt odseparowanych od opiekunów. Parkes²¹ opisał doświadczenie utraty przez osobę pogrążoną w żałobie jako posiadanie mocy zmiany „zakładanego świata”, mając na myśli zestaw wierzeń, oczekiwań i sądów dotyczących tego, w jaki sposób funkcjonuje lub powinien funkcjonować świat. Utrata ukochanych osób rozbija zestaw znajomych oczekiwań i pozostawia jednostkę na nieznanym terytorium, na którym znajome założenia już się nie sprawdzają.

Nawet jeśli proces powrotu do zdrowia po utracie jest bardzo zindywidualizowany i nie przebiega według przewidywalnego wzorca, większość osób przeżywających żałobę jest w stanie zintegrować utratę ze swoim życiem. Integracja ta przebiega w wyniku złożonych procesów, które można dość dokładnie opisać na podstawie modelu dualistycznego procesu żalu, zaproponowanego przez Stroebe i wsp.²² Model ten obejmuje odpowiedź zorientowaną na utratę oraz odpowiedź zorientowaną na odbudowę. Pierwsza z nich dotyczy aktywnej formy żalu i może być bardzo stresująca, druga przebiega równoległe do niej i obejmuje wyrażanie aktywnych umiejętności radzenia sobie, pozwalających osobie na przetworzenie utraty i zintegrowanie jej z własnym doświadczeniem życiowym.

Prawidłowa reakcja żalu

Normatywny, niepatologiczny żal można scharakteryzować konstelacją objawów fizykalnych, poznawczych i duchowych, mogących powodować znaczące cierpienie, występujących ze zmienną częstością i nasileniem. Różne modele żalu mają wspólną zasadę, zgodnie z którą żałoba obejmuje początkowy okres wstrząsu, niedowierzania lub zaprzeczenia, po którym często występuje faza stresujących objawów somatycznych i emocjonalnych.^{23,24} W większości przypadków osoby pogrążone w żałobie są zdolne do integracji utraty i zachowania ciągłości funkcjonowania. Czas niezbędny do przetworzenia i integracji utraty, opisywany w piśmiennictwie jako okres „restrykcji”, jest zmienny, wyjątkowy dla jednostki i często nieprzewidywalny.²³ Na przebieg prawidłowej reakcji żalu wpływa szereg czynników, takich jak relacje ze zmarłą osobą, poziom funkcjonowania i zdrowia psychicznego przed utratą oraz natura i okoliczności śmierci (tab. 1).²³ Prawidłowa reakcja żalu obejmuje objawy somatyczne, psychologiczne i duchowe. Objawy somatyczne po utracie mogą obejmować uczucie duszności, ucisku w gardle, uczucie pustki i ciężaru, odrętwienia fizycznego, znajdowania się poza własnym ciałem, napięcia mięśniowego, bólów ciała, bólów głowy, zawrotów głowy i nudności, problemów żołądkowo-jelitowych i kołatań serca. Do powszechnych doświadczeń należą także somatyczne objawy depresji, takie jak okresy płaczu, zmęczenie, zaburzenia snu i wzorców odżywiania się, jadłowstręt, zmniejszenie masy ciała, brak siły, utrata popędu płciowego lub jego nadmiar.²³ Normatywny żal może także obejmować za-

burzenia percepcji, takie jak omamy wzrokowe i słuchowe, zaburzenia pamięci i nieustanne zmartwienie, spowolnienie i dezorganizację myślenia, ideację samobójczą i ciągle zaabsorbowanie zmarłą osobą. Treść zaburzeń percepcji często jest związana z urazowymi okolicznościami śmierci ukochanej osoby lub z nierozwiązanymi problemami mogącymi wywoływać poczucie winy. Objawy duchowe mogą obejmować konflikty związane z przekonaniami i wierzeniami oraz utratę poczucia znaczenia i celu.²³

Powikłana reakcja żalu

W ostatniej dekadzie przeprowadzono znaczną liczbę badań poświęconych zrozumieniu natury żalu i jego przejawów oraz rozróżnieniu między tym, co powszechnie określa się jako żal normatywny, a jego patologicznymi formami. Badania te motywowałyne były obserwacją kliniczną, że chociaż większość pogrążonych w żałobie osób jest w stanie zintegrować utratę ukochanej osoby po jakimś czasie, to w 15 do 25% przypadków dochodzi do przedłużającego się występowania reakcji nieprzystosowania oraz objawów psychicznych znacząco upośledzających poziom funkcjonowania.²⁵⁻²⁷

Horowitz i wsp.²⁸ zaproponowali algorytm diagnostyczny umożliwiający różnicowanie powikłanego żalu od depresji. Następnie Prigerson i wsp.²⁵ wykazali, że objawy patologicznego żalu tworzą klaster różniący się od depresji i lęku. Dlatego zaproponowano wyodrębnienie powikłanej reakcji żalu jako nowego zaburzenia i jednostki diagnostycznej odmiennej od dużej depresji i lęku.²⁹

W ostatniej próbie konceptualizacji Bolen i Prigerson³⁰ przejrzyli kryteria diagnostyczne powikłanego żalu, proponując określenie zaburzenie przedłużonej reakcji żalu (prolonged grief disorder, PGD). Aby rozpoznać PGD, osoba przeżywająca żałobę musi doświadczać jednego z trzech objawów z kategorii stres separacyjny i pięciu z dziewięciu objawów z kategorii objawy poznawcze, emocjonalne i związane z zachowaniem. Zaproponowano włączenie PGD do kolejnego, piątego wydania podręcznika DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).³¹

Żal w warunkach opieki paliatywnej

Ocena reakcji żalu i opieka nad osobą przeżywającą żałobę powinny zaczynać się z chwilą pierwszego kontaktu pacjenta i rodziny z zespołem świadczącym opiekę paliatywną lub hospicyjną. Badania wykazały, że powikłana reakcja żalu (tj. PGD) jest związana ze wzrostem chorobowości somatycznej

TABELA 1
Czynniki wpływające na żal i żałobę²³

Czynnik związane z naturą i okolicznościami utraty

- Stopień nagłości
- Czas trwania choroby przed śmiercią
- Postrzeganie możliwości zapobiegnięcia
- Kontekst psychospołeczny śmierci

Czynniki dotyczące relacji ze zmarłą osobą

- Cechy psychologiczne relacji
- Siła
- Bezpieczeństwo przywiązania
- Niezakończone sprawy między zmarłym a żałobnikiem
- Poziom ambiwalencji w relacji
- Rola zmarłego w życiu i systemie społecznym żałobnika

Czynniki związane z osobą przeżywającą żałobę

- Uprzednie doświadczenia żalu i utraty
- Obecność innej utraty lub innych stresorów
- Zdrowie psychiczne przed utratą
- Okres rozwoju w życiu
- Czynniki społeczne, kulturowe, etniczne, religijne i duchowe

Strada EA. *Primary Psychiatriy*. Vol 16, No 5. 2009.

i psychicznej, obejmującym częstszą ideację samobójczą i obniżenie jakości życia.²⁹ Stąd przedmiotem szczególnej troski zespołu opieki paliatywnej powinna być identyfikacja osób z ryzykiem rozwoju powikłanej reakcji żalu. Do czynników wymienianych w piśmiennictwie jako zwiększające ryzyko w okresie żałoby należą: lęk separacyjny w okresie dzieciństwa w wywiadzie, nadmierne kontrolujący rodzic, wykorzystywanie przez rodzica, wczesna śmierć rodzica i niebezpieczne modele przywiązywania się. Ponadto ryzyko rozwoju przedłużonej reakcji żalu jest zwiększone w przypadku stwierdzenia w wywiadzie choroby psychicznej związanej z utratą oraz w przypadku ambiwalentnej relacji ze zmarłym. Czynniki te mogą poważnie osłabić zdolność pacjenta i rodziny do poradzenia sobie z postępem choroby i bliską śmiercią.²⁹

Doświadczenie żalu u pacjentów z zaawansowaną chorobą

Doświadczenie żalu przez pacjentów umierających również powinno być uważnie rozumiane, ocenione i leczone, ponieważ ma ono wyjątkowe cechy wymagające zindywidualizowanego potraktowania. Pojęcie żalu przygotowawczego jest używane w piśmiennictwie dla określenia normatywnego procesu żalu, który może być doświadczany przez pacjentów z zaawansowaną chorobą podczas ich zbliżania się do śmierci.³²⁻³⁵ Zostało ono opisane jako prawidłowy element cyklu życia³⁵ mający potencjał powodowanie znacznego cierpienia dla pacjenta i systemu rodzinnego. Opis żalu antycypacyjnego Kubler-Ross³⁶ jako żalu, przez który „terminalnie chory pacjent musi przejść w celu przygotowania się do ostatecznej separacji od świata”, jest często

używane do wskazania na ten proces, unikalny dla każdego pacjenta. Proces żalu u pacjenta ma naturę wielowymiarową, obejmującą domeny fizykalną, emocjonalną i duchową. Chociaż żal przygotowawczy może wyzwać silny negatywny afekt, jest on bezspornie różny od depresji (tab. 2).³⁷

Żal przygotowawczy pacjenta jest do pewnego stopnia paralelny z żalem antycypacyjnym doświadczanym przez członków rodziny. Stosunek do duchowości i afiliacji religijne modulują stopień, w jakim własna śmierć jest postrzegana przez pacjenta jako całkowita utrata lub przejście do innej egzystencji, które ma przede wszystkim wymiar duchowy. W tym znaczeniu osoby z zaawansowaną chorobą przeżywające żal związany z własną śmiercią mogą stać przed identycznymi wyzwaniami, jak w przypadku żalu związanego z utratą kochanej osoby.

Zastosowanie modelu zadaniowego żalu Wordena³⁸ do opisu żalu przygotowawczego umierających pacjentów może pozwolić na zrozumienie natury i przejawów żalu przygotowawczego oraz na identyfikację obszarów mogących wymagać swoistych interwencji dla minimalizacji stresu. Zgodnie z oryginalnym modelem Wordena cztery zadania żalu po utracie ukochanej osoby obejmują: zaakceptowanie realności utraty, przeżycie uczuć bólu i żalu, przystosowanie się do świata bez ukochanej osoby oraz emocjonalną relokację ukochanej osoby i kontynuowanie życia.

W odniesieniu do pacjentów pierwsze z tych zadań obejmuje poradzenie sobie ze świadomością poważnego rokowania i nadchodzącej śmierci. Zadanie to obejmuje pragmatyczne i poznawcze procesy w obrębie rodziny, zostawiając miejsce na różnorodność postaw samego pacjenta. Innymi słowy zagrożeni w żałobie członkowie rodziny stają

przed zadaniem akceptacji prostego faktu śmierci ukochanej osoby. Pacjent może jednak doświadczać różnego stopnia świadomości i akceptacji bliskości swojej śmierci. Jego gotowość otwartego przyznania, że umiera, nie powinna być interpretowana jako oznaka łagodnej akceptacji i lepszego przystosowania się do procesu umierania, podobnie jak brak gotowości przyznania, że śmierć nadchodzi, niekoniecznie oznacza niezdrowe zaprzeczanie. Otwarta świadomość umierania nie przekłada się automatycznie na akceptację ani wewnętrzny spokój. Podobnie pacjenci, którzy mogą wybrać nieprzyznawanie w otwarty sposób, że umierają, mogą być wewnętrznie zaangażowani w przyswajanie rzeczywistości śmierci. Świadomość śmierci jest złożonym konstruktem, który początkowo badali Glaser i Straus³⁹ w swojej fundamentalnej pracy opisującej możliwe scenariusze odzwierciedlające konteksty świadomości między pacjentami a ich opiekunami. Wśród opisanych przez nich typów świadomości jest typ otwarty, podejrzliwy, wzajemnego udawania i zamknięty. W świadomości otwartej zarówno pacjent, jak i opiekun są świadomi, że pacjent umiera i mówią o tym otwarcie. W świadomości zamkniętej opiekun jest świadomy, że pacjent umiera, jednak świadomość ta jest skrywana przed pacjentem. W podejrzliwej świadomości pacjent podejrzewa, ale temat nie jest otwarcie omawiany. W świadomości wzajemnego udawania jedna lub obie strony diady pacjent - opiekun udają, że nie wiedzą, że pacjent umiera. Na konceptualizację świadomości umierania przez pacjentów i opiekunów wpływa wiele czynników. Przekonania związane z kulturą, duchowością i religią oraz historia rodziny obejmująca postrzeganą zdolność pacjenta lub opiekuna do radzenia sobie z nadchodzącą śmiercią należą do czynników wpływających na złożoność tego zagadnienia.

Drugie zadanie w modelu Wordena³⁸ obejmuje przeżywanie uczuć bólu i żalu. Dla umierających pacjentów może to być głównym źródłem stresu podczas zmiany modelu opieki z terapeutycznej na paliatywną. W przypadku wielu pacjentów z przewlekłą chorobą moment, gdy po raz pierwszy słyszą oni o opiece hospicyjnej, może oznaczać uświadomienie sobie nieodwracalności choroby i będącej w nieodległej przyszłości śmierci. Taki moment świadomości nie jest doświadczany przez wszystkich, nie wszyscy pacjenci świadomi nadciągającej śmierci doświadczają też podobnego poziomu emocjonalnego stresu. Wszelkie możliwe do użycia środki powinny być zmobilizowane przez zespół opieki paliatywnej do ulżenia w cierpieniu pacjenta i rodziny.

Trzecie zadanie obejmuje dostosowanie się do świata bez ukochanej osoby. W przypadku umierającego pacjenta zadanie to mo-

TABELA 2
Różnicowanie żalu przygotowawczego i depresji w warunkach opieki paliatywnej³⁷

Żal przygotowawczy	Depresja
• Nastroj zmienia się	• Pacjent czuje się smutny lub przygnębiony przez większość czasu, płaczliwość
• Samoocena generalnie nienaruszona	• Poczucie bezwartościowości i winy
• Pacjent jest w stanie cieszyć się spotkaniami i interakcjami z przyjaciółmi i rodziną	• Pacjent wycofuje się z kontaktów z przyjaciółmi i rodziną, jest mało mówny
• Pacjent jest w stanie doświadczać przyjemności związanej z różnymi aktywnościami	• Anhedonia. Pacjent doświadcza utraty zainteresowania aktywnościami
• Pacjent jest w stanie wyczekiwać specjalnych wydarzeń.	• Myśli o wczesnej śmierci lub samobójstwie. Możliwe częste prośby o przyspieszenie śmierci.
	• Zmniejszona zdolność skupienia się i koncentracji.
	• Niezdolność podejmowania decyzji

Strada EA. *Primary Psychiatry*. Vol 16, No 5. 2009.

że obejmować stopniowe wycofanie się ze świata, który wkrótce będzie istniał bez nich. Możliwe, że progresywne wycofanie emocjonalne, którego doświadcza wielu pacjentów wchodzących w terminalne stadium choroby, jest wywołane nie tylko pogarszającym się stanem fizycznym, lecz również procesem żalu, ułatwiającym symboliczne wycofanie zaangażowania emocjonalnej energii pacjenta z otaczającego go świata.

Czwarte zadanie nakładane na osoby zagrożone w żalu obejmuje „emocjonalną relokację” ukochanej osoby i kontynuację życia. W przypadku umierającego pacjenta zadanie to może obejmować emocjonalną relokację ukochanych bliskich, członków rodziny i innych źródeł przywiązania emocjonalnego w celu odnalezienia jakiejś formy pokoju pogodzenia z własną śmiercią i procesem umierania. Zadaniem zespołu opieki paliatywnej jest zrozumienie i ułatwienie umierającym procesowi żalu oraz pokierowanie i wsparcie rodziny.

Podejście terapeutyczne do prawidłowej i przedłużającej się reakcji żalu

Edukacja pacjentów i rodzin dotycząca natury żalu i jego przejawów w kontekście opieki paliatywnej i terminalnej powinna być podjęta wcześniej. Normalizacja stresujących objawów we wczesnych fazach żalu nie powinna zajmować miejsca ciągłej oceny mającej na celu identyfikację obecności czynników ryzyka rozwoju przedłużonej reakcji żalu lub ciężkich objawów depresyjnych, które powinny być leczone farmakologicznie.

Shear i wsp.⁴⁰ przeprowadzili randomizowane badanie z grupą kontrolną dotyczące interwencji terapeutycznych powikłanej reakcji żalu, porównując 16 sesji terapii interpersonalnej z 16 sesjami leczenia powikłanej reakcji żalu. Wyniki wskazywały na szybszą i większą poprawę w grupie otrzymującej terapię powikłanego żalu, chociaż poprawa miała miejsce w obu grupach. Leczenie powikłanego żalu obejmowało kombinację modyfikowanych *in vivo* i wyobrażeń ekspozycji skupiającą się na przetwarzaniu traumatycznych objawów związanych ze śmiercią, promowaniu poczucia więzi z ukochanym zmarłym i na odbudowie z żalu. Ostatnio badano leczenie powikłanego żalu w randomizowanych badaniach kontrolowanych placebo⁴¹ łączących terapię powikłanego żalu zaproponowaną przez Sheara z farmakoterapią. Wyniki wskazały na zwiększenie stopnia stosowania się do zaleceń po dodaniu leku przeciwdepresyjnego w grupie badanej, ale nie w grupie kontrolnej (terapia interpersonalna). Interpretacyjna, wspierająca terapia grupowa oraz grupowa terapia poznawczo-behawioralna były badane z obie-

cującymi rezultatami.^{42,43} W kontekście powikłanego żalu badano także escitalopram, bupropion i paroksetynę, wykazując zmniejszenie objawów depresji bez pogarszania objawów żalu.⁴⁴⁻⁴⁷

Interwencje rodzinne powinny być postępowaniem z wyboru w przypadkach, w których zagrożona jest rodzina jako system, jeśli występuje ryzyko dla dzieci lub nastolatków lub jeśli u jednego lub więcej członków rodziny dochodzi do rozwoju używania substancji jako sposobu radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi. Terapia żalu zorientowana na rodzinę, którą rozwinęli Kissane i Bloche,⁴⁸ obejmuje od sześciu do ośmiu sesji terapeutycznych nastawionych na zmniejszenie napięcia emocjonalnego i dysfunkcyjnych wzorców komunikacji między członkami rodziny oraz ułatwienie właściwego wyrażania emocji.

Depresja u osób z zaawansowaną chorobą

Pacjenci mogą doświadczać emocjonalnego stresu w wyniku przesunięcia modelu opieki z terapeutycznego do paliatywnego. Po intensywnym skupianiu energii fizycznej i emocjonalnej na postępowaniu terapeutycznym, jak ma to miejsce w przypadku wielu pacjentów z rakiem, zmiana modelu opieki może często oznaczać nie tylko niemożność wyleczenia, ale także złe rokowanie oraz nieuchronność i bliskość śmierci. Pacjenci i opiekunowie mogą doświadczać głębokich uczuć rozczarowania, smutku i żalu.

Częstość występowania dużej depresji wśród umierających pacjentów szacuje się na 22 do 75%.⁴⁹⁻⁵¹ Priorytetem zespołu opieki paliatywnej i głównym celem początkowej oceny powinna być identyfikacja czynników ryzyka rozwoju depresji. Niedostatecznie leczona depresja stwarza znaczące cierpienie dla pacjentów i opiekunów oraz jest związana z ideacją samobójczą i nasilonymi żądaniami przyspieszenia śmierci wśród pacjentów terminalnych.^{52,55} Rozpoznanie depresji u pacjentów z zaawansowaną chorobą stanowi wyzwanie. Chociaż określenie depresji oznacza czasami różnorodność sytuacji, w których pacjent czuje się przygnębiony, smutny lub bez wiary w siebie, rozpoznanie dużej depresji zakłada spełnienie kryteriów diagnostycznych DSM-IV-TR.⁵⁶ Jednak wiele somatycznych objawów depresji, takich jak zmęczenie, zaburzenia rytmu snu, utrata energii i utrata wagi, jest powszechna wśród pacjentów z zaawansowaną chorobą. Klinicyści powinni skupiać się na objawach psychicznych i używać ustrukturyzowanych narzędzi oceny niezawierających somatycznych objawów depresji. Podnoszono fakt, że liczne narzędzia służące do oceny depresji nie są odpowiednie dla pacjentów opieki paliatywnej. Skale oceny: Geriatryczna skala oceny depresji

(Geriatric Depression Scale) oraz Hospital Anxiety and Depression Scale wyłączają wiele somatycznych skarg związanych z depresją, skupiając się na skargach emocjonalnych i są szeroko używane wśród pacjentów z zaawansowaną chorobą.^{57,58}

Leczenie depresji

Podczas opieki nad pacjentem z zaawansowaną chorobą, cierpiącym z powodu depresji, zespół opieki paliatywnej powinien rozważyć starannie dostępne wybory terapeutyczne. U większości pacjentów opieki paliatywnej nie dochodzi do rozwoju depresji. Powinna być ona aktywnie leczona. Ważną rolę mogą tu odgrywać leki przeciwdepresyjne i psychostymulujące. Ważnymi uwarunkowaniami kierującymi wyborem leczenia farmakologicznego są cele leczenia, profil działań niepożądanych, interakcje lekowe i rokowanie. W piśmiennictwie można odnaleźć przeglądy tych zagadnień.^{59,60}

Leczenie psychologiczne depresji można skutecznie zapewnić samodzielnie lub w połączeniu z leczeniem psychotropowym. Wykazano skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej i interpersonalnej w poprawianiu objawów depresji u pacjentów z zaawansowanym rakiem.⁶¹ Psychoterapie ukierunkowane na zachowanie godności i zorientowane na znaczenie mogą pozwolić pacjentom na bezpieczną eksplorację zagadnień egzystencjalnych i psychoduchowych i należy je uwzględnić w planach leczenia.⁶¹

Utrata wiary w siebie

Pojęcie utraty wiary w siebie nie jest pojęciem nowym w piśmiennictwie psychiatrycznym. Zostało ono oryginalnie zaproponowane przez Franka⁶² dla wskazania stanu postrzeganej niekompetencji, niemożności radzenia sobie, beznadziei, desperacji egzystencjalnej i poczucia bezsensu, często motywujących osobę do poszukiwania pomocy psychiatrycznej.⁶³ Uczucie demoralizacji zawiera wrażenie „poddania się”, obszernie opisywane w piśmiennictwie psychosomatycznym.⁶⁴ Dominującym stylem poznawczym tego zespołu jest poddanie się, gdyż osoba odczuwa beznadzieję i ma poczucie, że ilość energii konieczna do wykonania zadania nie przekłada się na namacalny wynik.

W niedawnej pracy Kissane i wsp.⁶⁵⁻⁶⁷ zaproponowali istnienie zespołu demoralizacji jako kategorii diagnostycznej odrębnej od depresji i możliwej do rozpoznania w warunkach opieki paliatywnej i hospicyjnej. Choć badacze podkreślili potrzebę włączenia pojęcia utraty wiary w siebie do nomenklatury psychiatrycznej,⁶⁸ obecnie stan ten często określa się jako zaburzenie adaptacyjne. Podnoszono jednak, że w kryteriach zaburzenia

adaptacyjnego nie akcentuje się dostatecznie osobistej relacji niekompetencji, która charakteryzuje życie osób, które utraciły wiarę w siebie.⁶⁹ Zniekształcenia ciała, inwalidztwo, przewlekła choroba psychiczna i izolacja społeczna to kilka spośród głównych cech klinicznych związanych z tym zespołem.⁶⁵⁻⁶⁷ Zidentyfikowano także czynniki predysponujące, przyspieszające i utrwalające ten zespół. Do demoralizacji mogą predysponować osobiste przeżycia charakteryzujące się wczesnym wystąpieniem choroby i licznymi utratami oraz wystąpienie licznych czynników stresu, które gwałtownie odmiennie poczucie nadziei i znaczenia w życiu. Do czynników ważnych w podtrzymaniu poczucia utraty wiary w siebie należy dysfunkcyjna dynamika rodzinna, nierozwiązane przeciwprzeniesienie ze strony klinicystów i brak wsparcia społecznego. Choć utrata wiary w siebie jest spotykana w różnych populacjach pacjentów, jej rozpoznanie jest szczególnie istotne wśród pacjentów opieki paliatywnej. Wysunięto przypuszczenia, że nieleczona utrata wiary w siebie może eksponować pacjentów na przewlekły stres, dużą depresję, wycofanie społeczne, impulsywne zachowania samobójcze oraz żądania eutanazji.⁶⁵⁻⁶⁷

Strategie terapeutyczne związane z utratą wiary w siebie

Wielu autorów zgadza się, że poczucia niekompetencji lub braku znaczenia nie wyleczą leki przeciwdepresyjne. Jednak powinny one być używane łącznie z psychoterapią, jeśli u pacjenta współwystępuje depresja. W celu rozwiązania problemu utraty wiary w siebie należy wykorzystywać interwencje mogące przywracać nadzieję i łączność z poczuciem znaczenia w życiu.⁶⁸ Terapia narracyjna może pomóc pacjentom w przekształceniu swoich osobistych historii niepowodzenia i smutku w historie odporności i nadziei. Negatywne style kognitywne, takie jak pesymizm, wyolbrzymianie, wybiórcze skupianie się na negatywach i przyklepanie sobie etykietek, mogą szczególnie zaburzać przystosowanie i powiększać cierpienie pacjentów. Terapia poznawcza może być zastosowana do rozwiązywania zniekształceń kognitywnych i stylów kognitywnych związanych nieprawidłową adaptacją, typowych dla pacjentów z demoralizacją. Terapia interpersonalna może przywrócić poczucie więzi z innymi. Ponadto skierowania do organizacji społecznościo- wych i organizacji działających na podstawie wolontariatu może być szczególnie pomocne dla pacjentów w opiece paliatywnej pozbawionej opiekuna lub takiej, której opiekun nie może sprostać oczekiwaniom chorego w wyniku stresu psychospołecznego, choroby somatycznej lub psychicznej.

Różnicowanie utraty wiary w siebie i depresji

Utrata wiary w siebie i depresja mają wspólne cechy kliniczne i ich różnicowanie może być trudne. Podczas gdy kluczową cechą depresji jest anhedonia i utrata przyjemności lub zainteresowania związanego z aktualnymi lub przyszłymi aktywnościami, które zwykle wywoływały przyjemność, kluczową cechą demoralizacji jest poczucie braku znaczenia i bezsilności. U pacjentów przeżywających demoralizację mogą nie występować zmiany psychomotoryczne typowe dla depresji, takie jak opóźnienie lub pobudzenie. Odmiennie niż u pacjentów z dużą depresją, w przypadku utraty wiary w siebie mogą występować prawidłowe zachowania lub pełny zakres afektu, osoby takie mogą też być w stanie doświadczać przyjemności związanej z zaangażowaniem w aktywności sprawiające im zwykle przyjemność. Stąd zdolność do odnajdywania przyjemności w aktywnościach mających znaczenie dla pacjenta i zdolność do przejawiania pełnego zakresu afektu mogą pomóc opiekunom w rozróżnieniu między demoralizacją a depresją.⁶⁹⁻⁷²

Podsumowanie

Depresja, utrata wiary w siebie i reakcje żalu są oddzielnymi pojęciami diagnostycznymi powszechnie doświadczanymi przez pacjentów z zaawansowaną chorobą w warunkach opieki paliatywnej. Klinicyści powinni być świadomi kluczowych cech tych pojęć, aby móc podejmować odpowiednie decyzje terapeutyczne i móc kierować pacjentów w odpowiedni sposób do członków interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej.

Piśmiennictwo

1. Clieren M. Bereavement and Adaptation: A Comparative Study of the Aftermath of Death. *Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation; 1993.*
2. Raphael B, Dobson M. Bereavement. In: Harvey JH, Miller ED, eds. *Loss and Trauma. Philadelphia, PA: Brunner Routledge Publishers; 2000: 45-61.*
3. Sprang G, McNeil J. The Many Faces of Bereavement: The Nature and Treatment of Natural, Traumatic, and Stigmatized Grief. New York, NY: *Brunner/Mazel Publishers; 1995.*
4. Abi-Hashem N. Grief, Loss, and Bereavement: An Overview. *New York, NY: Little, Brown; 1999.*
5. Attig T. How We Grieve: Relearning the World. *New York, NY: Oxford University Press; 1996.*
6. Cottington EM, Matthews KA, Talbott E, Kuller LH. Environmental events preceding sudden death in women. *Psychosom Med.* 1980; 42 (6): 567-574.
7. Lindstrom TC. Immunity and health after bereavement in relation to coping. *Scand J Psychol.* 1997; 38 (3): 253-259.
8. Manor O, Eisenbach Z. Mortality after spousal loss: are there socio-demographic differences? *Soc Sci Med.* 2003; 56 (2): 405-413.
9. Hart CL, Hole DJ, Lawlor DA, Smith GD, Lever TF. Effect of conjugal bereavement on mortality of the bereaved spouse in participants of the Renfrew/Paisley Study. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61 (5): 455-460.

10. Espinosa J, Evans WN. Heightened mortality after the death of a spouse: marriage protection or marriage selection? *J Health Econ.* 2008; 27 (5): 1326-1342.
11. Helsing KJ, Szklo M. Mortality after bereavement. *Am J Epidemiol.* 1981; 114: 1: 41-52.
12. Jones DR, Goldblatt PO. Causes of death in widowers and spouses. *J Biosoc Sci.* 1987; 19: 107-121.
13. Ajdacic-Gross V, Ring M, Gadola E, et al. Suicide after bereavement: an overlooked problem. *Psychol Med.* 2008; 38 (5): 673-676.
14. Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U, Vaupel JW. Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age Ageing.* 2004; 33 (4): 378-383.
15. Zhang B, Mitchell SL, Bambauer KZ, Jones R, Prigerson HG. Depressive symptoms trajectories and associated risks among bereaved Alzheimer disease caregivers. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2008; 16 (2): 145-155.
16. Macias C, Jones D, Harvey J, Barreira P, Harding C, Rodican C. Bereavement in the context of serious mental illness. *Psychiatr Serv.* 2004; 55 (4): 421-426.
17. Nolen-Hoeksema S, Larson J. *Coping with Loss.* London, UK: Lawrence Erlbaum Associates; 1999.
18. Murphy SA, Johnson LC, Chung IJ, Beaton RD. The prevalence of PTSD following the violent death of a child and predictors of change 5 years later. *J Trauma Stress.* 2003; 16 (1): 17-25.
19. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry.* 1944; 101: 141-148.
20. Bowlby J. *Attachment and Loss III: Loss, Sadness, and Depression.* London, UK: *The Hogarth Press; 1980.*
21. Parkes CM. *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life.* Madison, CT: *International University Press; 1987.*
22. Stroebe MS, Stroebe WW, Hanson RO. *Handbook of Bereavement.* New York, NY: *Cambridge University Press; 1993.*
23. Rando T. *Treatment of Complicated Mourning.* Champaign, IL: *Research Press Company; 1993.*
24. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet.* 2007; 370: 9603: 1960-1973.
25. Prigerson HG, Frank E, Kasl SV, et al. Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry.* 1995; 152 (1): 22-30.
26. Dillen L, Fontaine JR, Verhofstadt-Deneve L. Are normal and complicated grief different constructs? A confirmatory factor analytic test. *Clin Psychol Psychother.* 2008; 15 (6): 386-395.
27. Simon NM, Shear KM, Thomson EH, et al. The prevalence and correlates of psychiatric morbidity in individuals with complicated grief. *Compr Psychiatry.* 2007; 48 (5): 395-399.
28. Horowitz MJ, Siegel B, Hoken A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry.* 1997; 154 (7): 904-910.
29. Zhang B, El-Jawahri A, Prigerson HG. Update on bereavement research: evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *J Palliat Med.* 2006; 9 (5): 1188-1203.
30. Boelen PA, Prigerson HG. The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2007; 257 (8): 444-452.
31. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. *Washington, DC: American Psychiatric Association; In Press.*
32. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Screening for preparatory grief in advanced cancer patients. *Cancer Nurs.* 2008; 31 (4): 326-332.
33. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, et al. Preparatory grief, psychological distress and hopelessness in advanced cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2008; 17 (2): 145-151.
34. Ventafridda V, Ripamonti C, De Conno F, Tamburini M, Cassileth BR. Symptom prevalence and control during cancer patients last days of life. *J Palliat Care.* 1990; 6 (3): 7-11.
35. Periyakoil VS, Hallenbeck J. Identifying and managing preparatory grief and depression at the end of life. *Am Fam Physician.* 2002; 65 (5): 883-890.

36. Kubler-Ross E. On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy, and Their Families. *New York, NY: Simon and Schuster; 1997.*
37. Axtell A. Depression in palliative care. *J Palliat Med.* 2008; 11:(3): 529-530.
38. Worden JW. Grief Counseling and Grief Therapy. New York, NY: Springer Publishing Company; 2002.
39. Glaser BG, Straus AL. Awareness of Dying. *Chicago, IL: Aldine; 1965.*
40. Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF 3rd. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2005; 293 (21): 2601-2608.
41. Simon NM, Shear MK, Fagiolini A, et al. Impact of concurrent naturalistic pharmacotherapy on psychotherapy of complicated grief. *Psychiatry Res.* 2008; 159 (1-2): 31-36.
42. Piper WE, Ogrodniczuk JS, Joyce AS, Weideman R, Rosie JS. Group composition and group therapy for complicated grief. *J Consult Clin Psychol.* 2007; 75 (1): 116-125.
43. Sikkema KJ, Hansen NB, Ghebremichael M, et al. A randomized controlled trial of a coping group intervention for adults with HIV who are AIDS bereaved: longitudinal effects on grief. *Health Psychol.* 2006; 25 (5): 563-570.
44. Simon NM, Thomson EH, Pollack MH, Shear MK. Complicated grief: a case series using escitalopram. *Am J Psychiatry.* 2007; 164 (11): 1760-1761.
45. Zisook S, Shuchter SR, Pedrelli P, Sable J, Deaciuc SC. Bupropion sustained release for bereavement: results of an open trial. *J Clin Psychiatry.* 2001; 62 (4): 227-230.
46. Zygmunt M, Prigerson HG, Houck PR, et al. A post hoc comparison of paroxetine and nortriptyline for symptoms of traumatic grief. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59 (5): 241-245.
47. Simon NM, Thompson EH, Pollack MH, Shear MK. Complicated grief: a case series using escitalopram. *Am J Psychiatry.* 2007; 164 (11): 1760-1761.
48. Kissane DW, Bloch S. *Family grief.* *Br J Psychiatry.* 1994; 164 (6): 720-740.
49. EPEC/Institute for Ethics at the American Medical Association. Education for Physicians on End-of-life Care. *Chicago, IL: American Medical Association; 2000.*
50. Taylor V, Ashelford S. Understanding depression in palliative and end-of-life care. *Nurs Stand.* 2008; 23 (12): 48-57.
51. Irwin SA, Ferris FD. The opportunity for psychiatry in palliative care. *Can J Psychiatry.* 2008; 53 (11): 713-724.
52. Rodin G, Lo C, Mikulincer M, Donner A, Gagliese L, Zimmermann C. Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, helplessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Soc Sci Med.* 2009; 68 (3): 562-569.
53. Nazneen HN, Montagnini M. Recognizing depression in palliative care patients. *J Pall Med.* 2007; 10 (2): 458-464.
54. Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med.* 2000; 132 (3): 209-218.
55. Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F. A prospective study to compare three depression screening tools in patients who are terminally ill. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004; 26 (5): 384-389.
56. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed, text rev. *Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.*
57. Lloyd-Williams M, Friedman T, Rudd N. An analysis of the validity of the hospital anxiety and depression scale as a screening tool in patients with advanced metastatic cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2001; 22 (6): 990-996.
58. Goy E, Ganzini L. End-of-life care in geriatric psychiatry. *Clin Geriatr Med.* 2003; 19(4): 841-856.
59. Robinson MJ, Owen JA. Psychopharmacology. In: Levenson J, ed. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine.* *Washington, DC: American Psychiatric Press; 2004: 871.*
60. Akechi T, Okuyama T, Onishi J, Morita T, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(2): CD005537.
61. Massie M, Holland JC, Straker N. Psychotherapeutic interventions. In: Holland JC, Rowland JR, eds. *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer.* *New York, NY: Oxford University Press; 1990: 455-469.*
62. Frank J. The role of hope in psychotherapy. *Int J Psychiatry.* 1968; 5 (5): 383-395.
63. De Figueiredo JM. Demoralization and psychotherapy: a tribute to Jerome D. Frank, MD, PhD (1909-2005). *Psychother Psychosom.* 2007; 76 (3): 129-133.
64. Engel GL. A psychological setting of somatic disease: the „giving up-given up complex“. *Proc R Soc Med.* 1967; 60: 553-555.
65. Kissane DW, Clarke DM, Street AF. Demoralization syndrome: a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliat Care.* 2001; 17:(1): 12-21.
66. Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust N Z J Psychiatry.* 2002; 36 (6): 733-42.
67. Kissane DW. The contribution of demoralization to end-of-life decision making. *Hastings Cent Rep.* 2004; 34 (4): 21-31.
68. Lloyd-Williams M, Reeve J, Kissane D. Distress in palliative care patients: developing patient-centred approaches to clinical management. *Eur J Cancer.* 2008; 44 (8): 1133-1138.
69. Angelino AF, Treishman GJ. Major depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. *Support Care Cancer.* 2001; 9 (5): 344-349.
70. Reeve JL, Lloyd-Williams M, Dowrick C. Revisiting depression in palliative care settings: the need to focus on clinical utility over validity. *Palliat Med.* 2008; 22 (4): 383-391.
71. Mangelli L, Fava GA, Grandi S, et al. Assessing demoralization and depression in the setting of medical disease. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66 (3): 391-394.
72. Marchesi C, Maggini C. Socio-demographic and clinical features associated with demoralization in medically ill in-patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007; 42 (10): 824-829.