

Krystyna de Walden-Gafuszko
Zakład Medycyny Paliatywnej Akademii Medycznej w Gdańsku

Zespół lękowy u chorych w stanie terminalnym

Anxiety in the terminally ill patients

Streszczenie

Zespół lękowy powstaje w wyniku niedostatecznej efektywności mechanizmów obronnych pacjentów, a jego rozpoznanie opiera się na kryteriach ICD-10 (*International Classification of Diseases 10*). U chorych w stanie terminalnym przyczyny zespołu są bardzo różne: psychologiczne, biologiczne (metaboliczne, neurologiczne, endokrynologiczne), polekowe. Zespół lękowy występuje w różnych formach klinicznych. Najczęściej jest to lęk przewlekły, rzadziej lęk napadowy, lękowa koncentracja na chorobie lub fobie. Rozpoznanie określonego rodzaju zespołu lękowego warunkuje wybór właściwego leczenia farmakologicznego. W leczeniu zespołów lękowych ważną rolę odgrywają również metody oddziaływania psychologicznego (psychoedukacja, racjonalizacja, *katharsis*, relaksacja itp.).

Słowa kluczowe: lęk, chorzy w stanie terminalnym, rozpoznawanie, leczenie

Abstract

It is rather difficult to diagnose anxiety in terminally ill patients. Generally assessment is made by ICD-10 criteria but there are various causes of that disorder. Anxiety can be assessed as psychological stress (due to inefficiency of defense mechanisms) or related to medical influences (abnormal metabolic or neurological state, by drugs directly or as a side effect of medication, by hormone — producing tumors, poorly controlled pain and so on). There are many clinical types of anxiety: generalized anxiety syndrome, panic disorder, anxious preoccupation and — rarely — phobias. Evaluation of cause can usually lead to immediate control of symptoms with the long-term outcome dependent on etiology. The most effective are drugs with counseling (psychoeducation, rationalization, catharsis) and behavioral interventions (e.g. relaxation).

Key words: anxiety, terminally ill patients, assessment, management


Sytuacja chorych w stanie terminalnym sprzyja powstawaniu przykrych reakcji emocjonalnych będących odpowiedzią na brak zaspokojenia wielu podstawowych potrzeb.

Każdy chory przeżywa w którymś momencie lęk, przygnębienie, bunt, złość i próbuje złagodzić nasilenie tych reakcji uruchomieniem tak zwanych mechanizmów obronnych. Stara się zminimalizować przykre uczucia, pomniejszając na przykład grozę choroby

lub zaprzeczając jej istnieniu. Może też podjąć walkę z chorobą, głęboko wierząc w możliwość jej pokonania lub unika wszelkich myśli na ten temat, „jakby nic się nie stało”. Wielu chorych stopniowo oswaja się z ograniczeniami narzuconymi przez chorobę i godzi się z taką z sytuacją. U wielu pacjentów takie sposoby postępowania przynoszą oczekiwany efekt.

Chory przywraca sam sobie równowagę psychiczną: potrafi funkcjonować w miarę poprawnie,

Adres do korespondencji: prof. dr hab. med. Krystyna de Walden-Gafuszko
ul. Ludowa 2, 80-279 Gdańsk, tel./faks +48 (0 prefiks 58) 341 27 11

 Copyright © 2002 Via Medica, ISSN 1644-115X

w granicach możliwości, a także radzić sobie z własnymi emocjami [1].

Bywają jednak takie osoby, które z różnych przyczyn nie mogą osiągnąć spokoju ani przystosować się do sytuacji. Przykre reakcje emocjonalne są wówczas znacznie nasilone, trwają długo i rzutują na inne obszary psychiczne, prowadząc ostatecznie do rozwinięcia się zespołów chorobowych o charakterze nerwicowym — dezadaptacyjnym.

Rozpoznanie takiego zespołu jest z praktycznego punktu widzenia bardzo ważne, ponieważ decyduje o rodzaju interwencji terapeutycznej. Formy kliniczne tego zespołu są różne i zależą od rodzaju dominujących emocji.

Częstą formą kliniczną zespołu dezadaptacyjnego wśród chorych w stanie terminalnym są zespoły lękowe [2].

Lęk jest reakcją na poczucie zagrożenia utratą różnych ważnych dla człowieka wartości (zdrowia, życia). Należy go odróżnić od strachu, który jest reakcją na konkretne zagrożenie w bliskiej i ściśle określonej przyszłości, na przykład strach przed operacją, zastrzykiem.

Strach jest uczuciem bardzo silnym, podobnie jak ból, z którym ściśle się wiąże, odgrywa na ogół pozytywną rolę jako sygnał ostrzegający przed niebezpieczeństwem [3]. Skłania człowieka do właściwych zachowań prozdrowotnych, ułatwia znoszenie przykrego leczenia.

U chorych w stanie terminalnym fizjologiczna funkcja obronna lęku traci swój sens, a ponadto zbyt duże nasilenie lęku na przykład w zespołach lękowych działa niekorzystnie, pogarszając przy tym znacznie ogólną jakość życia [4].

Zespół lękowy według kryteriów określonych przez ICD-10 rozpoznaje się wówczas, gdy objawy utrzymują się powyżej 50% czasu nieprzeznaczonego na sen, zmienia się zachowanie chorego i jest to widoczne dla otoczenia, a jednocześnie sam chory mimo wysiłków nie potrafi nad tym zapanować.

Rozpoznanie zespołu lękowego opiera się ponadto na dostrzeżeniu minimum 4 spośród następujących objawów: zaburzenia snu (trudności w zasypianiu lub sen płytki, przerywany, wypełniony przykrymi koszmarami sennymi), irytacja, zmęczenie, trudność w skupieniu uwagi, liczne i wielorakie zaburzenia wegetatywne przejawiające się najczęściej w postaci sympatykotonii (wzrost ciśnienia tętniczego częstości tętna, oddechów, wzmożone napięcie mięśni itp.) [5].

Przyczyny zespołów lękowych są bardzo różne. Przyczyny natury psychologicznej wiążą się przeważnie z wyobrażeniem niekorzystnych zdarzeń w przyszłości, na przykład umierania, bólu lub innych ob-

jawów somatycznych. Przyczyny natury socjalnej często dotyczą przewidywanego uzależnienia od otoczenia.

U niektórych chorych pojawia się lęk przed niebytem, przed sądem ostatecznym lub inną formą życia pozagrobowego (przyczyny egzystencjalne).

Dużą grupę przyczyn zespołów lękowych stanowią czynniki biologiczne. Napad duszności lub ustanie funkcji fizjologicznych (nagłe zatrzymanie gazów, moczu itp.) z reguły wywołują reakcje lękowe.

Lęk powodują ponadto zaburzenia metaboliczne (hipoksja, hipoglikemia, zachwianie równowagi elektrolitowej), zaburzenia endokrynologiczne (zwłaszcza zaburzenia funkcji tarczycy, przytarczyc, nadnerczy), zaburzenia neurologiczne (w szczególności guzy płata skroniowego, uszkodzenie struktur limbicznych odpowiedzialnych za pierwotne reakcje lękowe).

Bardzo często przyczyną stanów lękowych są leki (takie jak środki rozszerzające oskrzela, leki psychostymulujące, czasem steroidy). Zdarza się także, że stany lękowe pojawiają się w następstwie odstawienia leków benzodiazepinowych (np. diazepam, lorazepam itp.), opioidów lub alkoholu.

Warto dodać, że powstawaniu zespołów lękowych sprzyja często lękowa osobowość przedchorobowa [6], a zwłaszcza niewłaściwe, utrwalone w przebiegu dotychczasowych doświadczeń życiowych człowieka, sposoby radzenia sobie z trudnymi sytuacjami (bierność, poddawanie się, reakcje typu „bezdarność, beznadziejność“). Bardzo często zespół lękowy rozwija się w przypadku, gdy chory czuje się samotny i pozbawiony wsparcia psychicznego ze strony najbliższych mu osób.

Zespół lękowy może występować w różnych formach klinicznych. Przeważnie są to:

- zespół leku przewlekłego,
- ostry zespół lękowy (*panic disorder*),
- lękowa koncentracja na chorobie (*anxious pre-occupation*),
- fobie.

Lęk przewlekły jest zespołem najczęściej spotykanym, spełnia on najwierniej kryteria ICD-10. Stany lękowe o miernym nasileniu towarzyszą choremu niemal przez cały dzień, utrudniając skupienie uwagi i zainteresowanie otoczeniem, wywołują zaburzenia snu oraz liczne objawy somatyzacji wegetatywnej.

Niemniej częstą formą — zwłaszcza u chorych w starszym wieku — jest zespół lękowej koncentracji. W tej formie klinicznej lęk dotyczy obszaru dolegliwości somatycznych. Chory jest niemal wyłącznie zainteresowany stanem swego zdrowia, bez przerwy rozważa wszystkie możliwe przyczyny poszczególnych objawów, dokładnie studiuje informacje zawarte w ulotkach leków (często na własną rękę,

zmniejszając np. ich dawkę, ponieważ wydaje mu się „za silna”). Tacy chorzy bywają szczególnie trudnymi pacjentami, tym bardziej że ich niezaspokojona potrzeba bezpieczeństwa wyraża się licznymi pretensjami pod adresem otoczenia, które ich zdaniem okazuje im za mało zrozumienia i troski.

Nieco rzadziej u chorych w stanie terminalnym występują zespoły lęku napadowego. Chory nagle zaczyna odczuwać bardzo gwałtowny niepokój, połączony zazwyczaj z dużym pobudzeniem psychoruchowym, któremu towarzyszy nagły wzrost ciśnienia i tętna, zlewne poty, wrażenie duszności i ogólnego napięcia. Taki stan trwa kilka minut, następnie (samoistnie lub po podaniu leku) mija. Chory czuje się bardzo słaby, czasem senny, oddaje dużo moczu [7].

Najradszą formą u chorych w stanie terminalnym są różne postacie fobii, to znaczy lęku zlokalizowanego w konkretnej sytuacji lub przedmiocie [8]. Przykładem mogą być różne postacie klaustrofobii uniemożliwiającej chorym na przykład poddanie się badaniom (TK, MRI) lub naświetlaniom okolicy głowy.

Rozpoznanie określonego rodzaju zespołu lękowego ma duże znaczenie praktyczne, ponieważ umożliwia właściwy sposób leczenia. W sytuacji, gdy strach towarzyszy na przykład napadowi duszności i poprzedza bolesny zabieg lub badanie w zamkniętym pomieszczeniu (u chorych z klaustrofobią), wskazane jest podanie leku przeciwłękowego działającego szybko i krótko (lekiem z wyboru są niektóre pochodne benzodiazepiny) [9]!

Do takich leków należy przede wszystkim midazolam (2,5–5 mg) lub lorazepam (0,5–1 mg jednorazowo, doustnie).

W przypadku lęku przewlekłego lub zespołu lękowej koncentracji zaleca się pochodne benzodiazepinowe o dłuższym okresie półtrwania — należy do nich alprazolam (1 mg — najlepiej w formie SR), bromazepam (2 × 3 mg/dz.), chlordiazepoksyd (2 × 25 mg/dz.) lub klonazepam (2 × 0,5 mg/dz.).

Jeśli w obrazie klinicznym objawy wegetatywne są wyraźnie zaznaczone, wskazane jest uzupełnienie leczenia małymi dawkami propranolu (2 × 10 mg). Jeżeli natomiast pochodne benzodiazepiny są niedostępne lub niewskazane, można spróbować zastąpić je, podając sulpiryd (2 × 50 mg), doksepin (3 × 10 mg) lub thioridazin (3 × 10 mg).

Jeśli stanowi lękowemu towarzyszą objawy depresyjne, można także rozważyć zastosowanie leków przeciwdepresyjnych o działaniu przeciwłękowym, na przykład tianeptyny (3 × 12,5 mg) lub moklobemidu (2 × 150 mg).

W przypadku pojawienia się zespołu lęku napadowego postępowanie jest dwufazowe. W momencie napadu należy spróbować przerwać ten stan,

podając na przykład midazolam lub lorazepam z propranololem. Następnie wskazane jest postępowanie zapobiegające kolejnym nawrotom lęku. W tym celu należy podawać przez długi czas (kilka tygodni) leki przeciwdepresyjne (inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny, np. 10 mg fluoksetyny lub paroksetyny) względnie trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne w małych dawkach (np. 10 mg imipraminy).

W każdym wypadku ujawnienia się zespołów lękowych oprócz leczenia farmakologicznego należy koniecznie korzystać z pomocy psychologicznej [10–12]. Obejmuje ona metody działające na sferę poznawczą (np. psychoedukacja, właściwe i wyczerpujące informowanie o lekach, diecie, trybie życia, o przebiegu choroby, o możliwościach zapobiegania objawom itd.). Taki sposób postępowania znacznie zmniejsza poczucie niepewności [10–12].

Podobny cel ma racjonalizacja z „rozbijaniem” ogólnego, enigmatycznego poczucia lęku na konkretne „strachy”, które chory sam werbalizuje i z którymi łatwiej może sobie poradzić.

W sferze emocjonalnej najbardziej skuteczną okazuje się metoda *katharsis* — skłaniająca pacjenta do „wygadania się”, wyrzucenia z siebie trapiących go problemów wraz z zapewnieniem życiowego, spokojnego i empatycznego wsparcia [13].

U niektórych chorych (ten rodzaj pomocy musi być ściśle zindywidualizowany) można zaproponować metody działające na sferę behawioralną — do takich należą na przykład ćwiczenia relaksacyjne, wizualizacja, trening głębokiego oddychania [14].

Każdy przypadek zespołu lękowego musi być bardzo gruntownie przeanalizowany, a sposób pomocy powinien uwzględniać przyczyny, objawy i dynamikę często zmieniającego się w tym stanie obrazu klinicznego.

Piśmiennictwo

1. de Walden-Gałuszko K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992, 9–17.
2. Barraclough J. Rak i emocje. Sanmedica, Warszawa 1997, 70–73.
3. Stedeford A. Facing death, Sobell Publications, Oxford 1994, 119–127.
4. de Walden-Gałuszko K. U kresu. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 2000, 68–73.
5. Międzynarodowa klasyfikacja chorób ICD-10.
6. Noyes R., Holt C.S., Massie M. Anxiety disorders. W: Psycho-Oncology. Holland J.C. red. Oxford University Press, Oxford 1998, 548–563.
7. Slaughter J.R. Jain A., Holmes S., Reid J., Bobro W., Sherrod N. Panic disorder in hospitalized cancer patients. *Psycho-Oncology* 2000; 9: 253–258.
8. Vachon M. The emotional problems of the patients. W: D. Doyle, G.W.C. Hanks, N. MacDonald red. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press, Oxford 1998, 883–907.

9. Breitbart W, Chochinow H.M, Passik S. Psychiatric Aspects of Palliative Care. W: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Doyle D., Hanks G.W.C., MacDonald N. red. Oxford University Press, Oxford 1998, 933–954.
10. Maguire P. Psychosocial interventions to reduce affective disorders in cancer patients: research priorities. *Psycho-Oncology* 1995; 4: 113–119.
11. Burton M., Watson M. Counseling people with cancer. J. Wiley & Sons, Chichester 1998, 94–123.
12. Lair G.S. Counseling the Terminally Ill, Taylor & Francis Washington 1996, 117–135.
13. Cunningham A.J., Edmonds C.V., Williams D. Delivering a very brief psychoeducational program to cancer patients and family members in a large group format. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 177–182.
14. Edmonds C., Phillips C., Cunningham A.J. The focused mind hypnosis, relaxation, guided imagery and meditation. W: Integrated Cancer Care Barraclough J. red. Oxford University Press, Oxford 2001, 155–172.