

Szymon Gołota¹, Katarzyna Białczyk², Zofia Wyszowska³, Alicja Popiołek¹, Małgorzata Krajnik⁴, Alina Borkowska¹

¹Katedra i Zakład Neuropsychologii Klinicznej, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy

²Zakład Ekonomiki Zdrowia, Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy

³Katedra Organizacji i Zarządzania, Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy w Bydgoszczy

⁴Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy

Lęk i depresja u chorych na nowotwory — co tracimy?

Anxiety and depression in cancer patients — what do we lose?

Streszczenie

Depresja i lęk stanowią poważny problem medyczny u około 50% chorych na nowotwory. Depresja utrudnia leczenie i negatywnie wpływa na przebieg choroby, funkcjonowanie psychospołeczne i jakość życia pacjentów i zwiększa istotnie ryzyko zgonu. Koszty depresji są trudne do oszacowania, chociaż w globalnych kosztach leczenia nowotworów coraz częściej są uwzględniane medyczne i społeczne koszty powikłań depresji, natomiast koszty indywidualne ponoszone przez pacjentów i ich opiekunów najczęściej nie są uwzględniane w analizach.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2017; 11, 3: 111–117

Słowa kluczowe: depresja, lęk, choroba nowotworowa, straty ekonomiczne i społeczne

Abstract

Depression and anxiety is a serious medical problem in about 50% of cancer patients. Depression may worsen treatment, course of the illness, psychosocial functioning and quality of patients life and significantly increases mortality as well. The costs of depression is difficult to account, however in global cost of cancer treatment more and more often medical and social cost of depression is taken into account, however individual patients and caregivers costs are not included in these analyses.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2017; 11, 3: 111–117

Key words: depression, anxiety, cancer, economic and social lost

Wstęp

Występowanie depresji w całej populacji określa się na 16,6% [1]. Szacuje się również, że u około 60–70% dorosłych w pewnym okresie życia występują objawy depresji, które istotnie pogarszają funkcjonowanie psychospołeczne [2]. Według Światowej Organizacji

Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) depresja stanowi główny czynnik zaburzeń adaptacji i funkcjonowania społecznego w Stanach Zjednoczonych, zaś w krajach europejskich zajmuje trzecie miejsce po chorobach naczyniowych (głównie serca i mózgu) [3].

Objawem, który bardzo często towarzyszy depresji jest lęk. Depresja występuje u 56% chorych z lękiem,

Adres do korespondencji: Szymon Gołota
Katedra i Zakład Neuropsychologii Klinicznej,
Wydział Nauk o Zdrowiu, UMK w Toruniu, CM w Bydgoszczy
e-mail: szymon.golota@wp.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2017; 11, 3, 111–117
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

natomiast zaburzenia lękowe pojawiają się u 47–58% chorych po przebytych epizodzie depresji [4], przy czym mechanizmu współwystępowania do tej pory nie wyjaśniono. Trudną do rozstrzygnięcia kwestią pozostaje sprawa, czy lęk i depresja wskazują na dwa różne procesy chorobowe, czy są różnymi objawami jednego problemu [5]. Szczególnie narażeni na wystąpienie depresji i lęku są chorzy na nowotwory. Rozpoznanie choroby nowotworowej stanowi sytuację traumatyczną, w której pojawienie się tych zaburzeń jest bardzo prawdopodobne [6]. Należy jednak zaznaczyć, że nie u wszystkich chorych na nowotwory lęk i depresja cechuje destrukcyjny charakter. W zależności od indywidualnych zasobów psychicznych i wsparcia psychospołecznego, niektórzy pacjenci rozwijają adaptacyjne strategie radzenia sobie z lękiem. U niektórych chorych na nowotwory także depresja może stanowić mechanizm adaptacyjny. Takie ujęcie problemu znajduje uzasadnienie w teoriach psychiatrii ewolucyjnej, które zakładają, że depresja i lęk o niewielkim nasileniu, w określonych warunkach stanowią mechanizm adaptacyjny, który „zaoszczędza” rezerwy energetyczne człowieka w obliczu niekorzystnych uwarunkowań zewnętrznych. Do takiego stanu zaliczana jest sytuacja przewlekłego zagrożenia, czy straty, kiedy ograniczenie aktywności czy koncentracja na sytuacji trudnej umożliwia opracowanie indywidualnej strategii reakcji [7].

Mając na uwadze możliwość wypracowania przez niektórych chorych na nowotwory adaptacyjnych strategii radzenia sobie warto zauważyć, że u wielu chorych lęk i depresja mogą wykazywać charakter dezadaptacyjny. Według de Walden-Gałuszko dzieje się tak zwłaszcza, gdy omawiane zaburzenia u chorych na nowotwory występują w postaci fobii, zespołu lęku uogólnionego, lęku panicznego, epizodu depresyjnego, epizodu depresji maskowanej, zaburzeń adaptacyjnych lub zaburzeń lękowo-depresyjnych mieszanych [8, 9].

Lęk i depresja związane z chorobą nowotworową mogą utrudniać korzystanie ze świadczeń służby zdrowia. Chorzy na nowotwory mogą przerwać leczenie z powodu lęku lub nie mogą regularnie korzystać z terapii, a niekiedy podejmują próby samobójcze z powodu depresji. Lęk i depresja powodują znaczne koszty psychologiczne i społeczne. Wyższe koszty finansowe są związane z problemami medycznymi (diagnostyką i leczeniem) chorych na nowotwory z współwystępującym lękiem i depresją.

Lęk i depresja u chorych na nowotwory

Wyniki badań wskazują na częste współwystępowanie chorób somatycznych i zaburzeń afektywnych, które wpływają na ich przebieg, obraz kliniczny i funkcjonowanie chorych. Ponadto, choroba somatyczna

predysponuje do wystąpienia depresji, z kolei depresja zwiększa ryzyko wystąpienia poważnej choroby somatycznej i zgonu [10–12]. Podobne zależności stwierdzono u chorych na nowotwory. Na przykład u kobiet z rozpoznaniem nowotworu piersi nasilone objawy depresji związane były z gorszą adaptacją do leczenia szpitalnego, poszukiwaniem leczenia dodatkowego i istotnie gorszą jakością życia, w porównaniu z chorymi bez zaburzeń lub o niewielkim nasileniu [13].

Depresja stanowi czynnik zwiększający umieralność chorych na nowotwory, na co wskazują wyniki przeprowadzonej w Stanach Zjednoczonych analizy danych 10 025 chorych dotyczących okresu 8 lat [14]. Porównano okresy przeżycia chorych na różne nowotwory, u których współwystępowała depresja i które nie zgłaszały objawów depresji. Ryzyko zgonu było 1,2-krotnie większe u chorych na nowotwory z depresją, w porównaniu z chorymi bez depresji. Powyższą obserwację potwierdzono u chorych na nowotwory z lękiem. W badaniu z udziałem 467 chorych na nowotwory z objawami lęku i depresji ich czas przeżycia był krótszy, stąd leczenie onkologiczne uwzględniające stan psychiczny chorych przyczynia się nie tylko do poprawy jakości życia, lecz także do jego wydłużenia [15].

Częstość występowania lęku i depresji u chorych na nowotwory

Lęk i depresja stanowią poważny problemem medyczny u ponad połowy chorych na nowotwory, jednak dane epidemiologiczne są rozbieżne. Szacowany odsetek chorych na nowotwory z depresją różni się głównie w zależności od przyjmowanych kryteriów diagnostycznych i metod badawczych, rodzaju nowotworu i etapu rozwoju choroby [16]. W badaniu Lueboonthavatchai [17] wykazano, że nasilona depresja występuje u 9% pacjentów, ale objawy depresji powodowały obniżenie jakości życia i problemy adaptacyjne u ponad połowy chorych. W metaanalizie Krebber i wsp. [18], w zależności od zastosowanej metody, kliniczną postać i objawy depresji obserwowano u 8–24% chorych na nowotwory. Ponadto warto pamiętać, że u 70–90% chorych na nowotwory występuje zespół zmęczenia, którego niektóre objawy mogą być błędnie rozpoznawane jako objawy depresji [19]. Niezależnie od cytowanych różnic, należy uznać, że depresja u chorych na nowotwory jest zjawiskiem częstym. W porównaniu z pacjentami z cukrzycą, nadciśnieniem, chorobami serca, reumatycznym zapaleniem stawów, przewlekłymi chorobami płuc i udarami mózgu, u chorych na nowotwory ryzyko wystąpienia depresji jest 3,5-krotnie wyższe [20].

W zakresie częstości występowania lęku u chorych na nowotwory również istnieje rozbieżności szacunko-

we wynikające z podobnych przyczyn, jak w przypadku określania rozpowszechnienia depresji. Dodatkowo należy uwzględnić fakt, że lęk ściśle wiąże się z problemami somatycznymi, które mogą pojawić się w wyniku zastosowanych metod leczenia nowotworów. Dotyczy to głównie niedotlenienia (w zaburzeniach metabolicznych), hiperkalcemii (w przypadku przerzutów do kości) czy ostrego bólu [19]. Lęk występuje u około 19–22% chorych po rozpoznaniu nowotworu, natomiast częściej (u 50% chorych) jest obserwowany u młodszych pacjentów (poniżej 50 rż.) i u kobiet [20].

Czynniki związane z nasileniem lęku i depresji

Chorzy na nowotwory, u których występuje lęk i depresja różnią się pod względem nasilenia objawów. Zmienne potencjalnie związane z poziomem lęku i depresji, ujawniają skomplikowany obraz wzajemnych relacji. Poniżej przytoczono często identyfikowane czynniki związane z lękiem i depresją, które uzupełniono przykładami ilustrującymi w jaki sposób mogą wpływać na nasilenie lęku i depresji w wybranych lokalizacjach nowotworów. Wśród zmiennych socjodemograficznych często wymieniane są:

- płeć — kobiety w czasie leczenia przeciwnowotworowego zgłaszają wyższe nasilenie lęku i depresji, w porównaniu z mężczyznami;
- wiek — na początku leczenia nowotworu osoby starsze są bardziej narażone na wystąpienie depresji niż lęku, chociaż podają niższe nasilenie lęku i depresji w różnych typach nowotworów z wyjątkiem raka płuc;
- wsparcie społeczne — udzielenie wsparcia chorym na nowotwory prostaty w pierwszym miesiącu po rozpoznaniu powoduje zmniejszenie nasilenia objawów depresji, które utrzymuje się przez okres około 6 miesięcy [21–23].

Do czynników klinicznych związanych z nasileniem lęku i depresji należą:

- rodzaj nowotworu i stopień zaawansowania choroby — znaczny stopień zaawansowania sprzyja nasileniu lęku i depresji u chorych na nowotwory piersi; starsi mężczyźni z nowotworem prostaty zazwyczaj mają niewielkie nasilenie lęku; podobnie mężczyźni z wczesnym stadium raka płuc zwykle mają słabe nasilenie lęku i depresji, w porównaniu z mężczyznami z zaawansowanym nowotworem płuca;
- przerzuty — u chorych na nowotwory przewodu pokarmowego, płuc i prostaty wystąpienie przerzutów wiąże się z podwyższeniem poziomu lęku; taka zależność nie dotyczy kobiet z rozpoznaniem raka piersi;
- rodzaj leczenia — u pacjentek z rakiem piersi po zabiegu operacyjnym poddawanych radioterapii

zaobserwowano większą tendencję do występowania lęku niż depresji, natomiast u chorych na nowotwory głowy i szyi zaobserwowano wzrost nasilenia depresji w czasie radioterapii, a dynamika lęku była zmienna — początkowo poziom lęku był wysoki, w czasie leczenia spadał, rok po zakończeniu leczenia osiągał ponownie wysoki poziom [21, 24–26].

Zmiany w nasileniu lęku i depresji u chorych na nowotwory

Znaczna zmienność nasilenia lęku i depresji znacząco utrudnia ustalenie jednego rodzaju przebiegu lęku i depresji, który trafnie opisywałby chorych z wszystkimi rodzajami nowotworów, jednak przegląd literatury pozwala na bardzo ogólny zarys w tym zakresie.

Według Parkera i Brotchie u wielu chorych na nowotwory trzustki depresja występuje przed rozpoznaniem nowotworu, przy czym patomechanizm depresji nie został do tej pory wyjaśniony [27]. Być może, osoby z zaburzeniami afektywnymi lub o szczególnej konstrukcji psychicznej są bardziej podatne na wystąpienie nowotworu trzustki. Bezpośrednio po rozpoznaniu nowotworu, na wczesnych etapach leczenia, przed chemioterapią, znacząco wzrasta ryzyko wystąpienia lęku i depresji w różnych grupach pacjentów [22]. Po okresie ponad roku leczenia przeciwnowotworowego zaobserwowano, że lęk z czasem ustępuje, podczas gdy nasilenie objawów depresji wzrasta [28]. Z kolei w okresie pięciu lat od rozpoznania ujawniono spadek nasilenia negatywnych emocji. W badaniu przeprowadzonym w Holandii wykazano, że pacjenci 8 lat po rozpoznaniu nowotworu nie różnili się w zakresie nasilenia lęku i depresji od populacji osób zdrowych [29]. Z badań przeprowadzonych w Kanadzie wynika, że zastosowanie farmakoterapii depresji konieczne było u 39,8% chorych objętych opieką paliatywną, a benzodiazepiny otrzymywało 66,7% pacjentów [30].

Co tracimy?

Depresja u chorych na nowotwory wiąże się ze stratami dla chorego, rodziny i społeczeństwa, jak również kosztów związanych z leczeniem. O ile bezpośrednie koszty leczenia można w przybliżeniu ocenić, o tyle koszty odroczone depresji i ponoszone przez pacjenta, rodzinę i koszty społeczne są bardzo trudne do wyliczenia.

Indywidualne i społeczne koszty depresji u chorych na nowotwory

Rozważając problem kosztów indywidualnych depresji u chorych na nowotwory należy zwrócić uwagę na straty, jakie ponosi chory, rodzina i społeczeństwo.

Z perspektywy pacjenta depresja oznacza gorsze radzenie sobie, przeżywanie smutku i utratę woli podjęcia walki z chorobą, większe cierpienie z powodu niekorzystnego rokowania i wzrost ryzyka zgonu.

Pacjenci z depresją wykazują mniejszą motywację i gorzej tolerują leczenie przeciwnowotworowe (chemioterapia, radioterapia), częściej prezentują postawę rezygnacyjną. W badaniu kobiet z rakiem piersi objawy depresji przed rozpoznaniem choroby zwiększały ryzyko zgonu [31]. Ta sama grupa autorów badała wpływ depresji na jakość życia, która niezależnie od innych czynników, stanowiła czynnik predykcyjny zgonu [32]. W innej analizie przeprowadzonej u ponad 163 tysięcy chorych na nowotwory wykazano, że dystres psychologiczny, zwłaszcza nasilenie depresji i lęku, są związane z gorszym rokowaniem i większym ryzykiem zgonu pacjenta, ale u chorych z różnymi lokalizacjami nowotworu ryzyko to jest różne [33].

U chorych z objawami depresji znacznemu pogorszeniu ulega zdolność pełnienia dotychczasowych ról społecznych, zwłaszcza w rodzinie, rzadziej chorzy ci posiadają odpowiednie wsparcie psychospołeczne, którego często sami nie poszukują. Chorzy na nowotwory często postrzegają rozpoznanie jako „wyrok śmierci z odroczonym terminem wykonania egzekucji”. W podobny sposób rozpoznanie choroby nowotworowej może być odbierane przez część społeczeństwa, mimo że nowotwory stanowią choroby przewlekłe, które często mogą podlegać leczeniu na każdym etapie [34].

W obraz depresji wpisuje się najcięższy objaw, jaki stanowi próba samobójcza. Niewiele badań dotyczy w tym zakresie chorych na nowotwory, chociaż problem ten jest często zauważany. W badaniu oceny ryzyka próby samobójstwa u pacjentów na nowotwory kości stwierdzono, że w Stanach Zjednoczonych 32 osoby na 100 000 chorych rocznie popełniają samobójstwo, co stanowi znacznie wyższy wskaźnik w porównaniu z populacją ogólną, który wynosi 13 na 100 000 osób rocznie. Wśród chorych na nowotwory kości, którzy popełniali samobójstwo przeważali mężczyźni rasy białej, najczęściej w przedziale wiekowym 21–30 i 61–70 lat, z lokalizacją w kręgosłupie i kościach miednicy oraz pacjenci w okresie 5 lat od rozpoznania nowotworu. Wymienione grupy chorych powinny być szczególnie dokładnie badane w kierunku rozpoznania depresji, jak również zapewnienia skutecznego leczenia bólu [35].

Badania przeprowadzone w Hiszpanii wśród chorych na białaczkę dostarczyły informacji, że postawa otoczenia, a zwłaszcza rodziny, wobec chorego i optymistyczne podejście do leczenia stanowią czynniki zmniejszające ryzyko wystąpienia depresji na każdym etapie choroby, także w okresie leczenia objawowego

[36]. Powyższa obserwacja wskazuje, że w celu zmniejszenia ryzyka depresji i kosztów ponoszonych przez chorych wsparciem terapeutycznym powinna zostać objęta cała rodzina pacjenta. Podobne wnioski wynikają z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych przez Kim i wsp. [37], w których wykazano silną zależność pomiędzy poziomem optymizmu chorych a mniejszym ryzykiem zgonu chorych na nowotwory.

Nadal istnieją wątpliwości odnośnie stosowania niektórych leków przeciwdepresyjnych u chorych na nowotwory. Autorzy z Wielkiej Brytanii oceniali wpływ długotrwałego leczenia inhibitorami zwrotnego wychwytu serotoniny na przeżycie chorych na nowotwory. Autorzy przeanalizowali ponad 5 000 chorych na różne rodzaje nowotworów (jelita grubego, płuc, piersi, czerniaka, prostaty) leczonych tymi lekami i potwierdzili wcześniejsze doniesienia, że leczenie może skracać czas przeżycia chorych. Nie wiadomo jednak, czy zaniechanie leczenia farmakologicznego depresji u chorych na nowotwory nie stanowi gorszej alternatywy [38].

Dotychczas nie opublikowano danych na temat kosztów, jakie ponoszą chorzy i opiekunowie z powodu następstw depresji w chorobie nowotworowej, co spowodowane jest brakiem danych dotyczących skali zjawiska, brakiem i trudnościami metodologicznymi badań nad kosztami ponoszonymi przez najbliższych.

Koszty medyczne depresji u chorych na nowotwory

Koszty medyczne depresji u chorych na nowotwory wiążą się głównie z wydłużeniem czasu i zwiększeniem liczby hospitalizacji oraz zwiększoną współchorobowością. Nieco trudniejsza jest analiza kosztów późnych powikłań depresji, które są odroczone w czasie.

Od lat 90. na całym świecie obliczane są koszty ekonomiczne związane z rozpoznaniem i leczeniem poszczególnych chorób, według *diagnosis-related group* (DRG). Okazuje się jednak, że dążenie do zmniejszenia kosztów medycznych w grupach diagnostycznych chorych nie zawsze przekłada się na najlepszą ofertę leczenia u indywidualnych pacjentów. Zauważono, że w różnych krajach nastąpiła wyraźna zmiana kosztów leczenia, w krajach wysokorozwiniętych zmniejszono koszty hospitalizacji tak zwanych „ostrych”, natomiast ich wzrost zanotowano w krajach o niskim lub średnim statusie ekonomicznym, między innymi w Polsce. Kraje o wysokim statusie ekonomicznym, jak kraje skandynawskie zwiększyły środki na rozpoznawanie, zwłaszcza wczesnych etapów rozwoju chorób, w tym kosztów depresji [39].

Nowotwory na całym świecie są wysoce kosztochłonne z uwagi na znaczne nakłady finansowe na procedury diagnostyczno-terapeutyczne. Wyce-

na usług psychologicznych, neuropsychologicznych i wsparcia psychospołecznego oraz duchowego jest zróżnicowana w poszczególnych krajach. W Polsce wydatki w tym zakresie są bardzo ograniczone, co prawdopodobnie wynika z faktu, że są niedoceniane i często postrzegane jako mało istotne w procesie rozpoznania i leczenia, przy czym najczęściej takie nastawienie zmienia się istotnie dopiero u chorych w opiece paliatywnej.

Koszty leczenia nowotworów są najwyższe w początkowym okresie rozpoznania i leczenia [40]. W wielu krajach dokonywana jest ocena kosztów choroby nowotworowej i zgonu pacjenta, uwzględniająca nie tylko koszty leczenia, ale również koszty społeczne związane z wycofaniem osoby z aktywności zawodowej i utraty potencjalnych możliwości kontynuacji pracy. W analizach uwzględniane są również koszty depresji, która może być przyczyną powikłań i zgonów [41].

Systemy oceny kosztów leczenia chorych na nowotwory stosowane przez *The ASCO Value Framework*, *National Comprehensive Cancer Network Evidence Blocks*, *Memorial Sloan Kettering's Drug Abacus* i *Institute for Clinical and Economic Review* w większym stopniu uwzględniają depresję, jako istotny czynnik w ogólnych kosztach choroby nowotworowej, ponieważ wprowadzono wzrostowy wskaźnik kosztów uwzględniający skuteczność leczenia. Metoda obliczeń „*cost-effectiveness*” stanowi podstawę oceny ponoszonych kosztów w proporcji do opłacalności wydatków, gdyż umożliwia uwzględnienie kosztów związanych z działaniami niepożądanymi terapii i powikłaniami leczenia, w tym zaburzeń depresyjnych i lękowych. Opłacalność leczenia zwykle jest analizowana z punktu widzenia podmiotu finansującego, rzadziej z perspektywy społecznej czy indywidualnej pacjenta i rodziny [42].

Każdy system kalkulacji kosztów posiada ograniczenia, ale bazuje na informacjach włączonych do analizy. W przypadku opracowania zasad szybkiego rozpoznawania i leczenia depresji u chorych na nowotwory, możliwa byłaby lepsza kontrola kosztów z nią związanych. Biorąc pod uwagę odsetek pacjentów z depresją (40–50%), pozwoliłoby to na zmniejszenie przynajmniej części kosztów związanych z depresją i jej następstwami.

Korzyści interwencji wspierających

Korzyści interwencji wspierających potwierdzają wyniki programu FOCUS z Kalifornii. W projekcie uczestniczyli chorzy na nowotwory wraz z opiekunami (para pacjent–opiekun) wraz z licencjonowanymi profesjonalistami w zakresie komunikacji klinicznej i opieki psychologicznej. Po 5 kilkugodzinnych sesjach edukacyjno-terapeutycznych prowadzonych raz w tygodniu

w małych grupach pacjenci i opiekunowie lepiej radzili sobie z dystresem emocjonalnym, wzrosło poczucie własnej skuteczności i samooceny, lepiej oceniali jakość życia i skuteczniej radzili sobie z bieżącymi problemami, nastąpiła również poprawa w zakresie komunikacji pacjent–opiekun, ponadto chorzy bardzo pozytywnie ocenili znaczenie programu. Koszt pięciu spotkań terapii dla jednej pary (pacjent–opiekun) był niewielki i wyniósł 168 USD, natomiast pozwolił ograniczyć globalne koszty leczenia, w porównaniu z przeciętnym kosztem leczenia chorego nie poddanego terapii [43]. Program FOCUS okazał się również bardzo skuteczną interwencją w odniesieniu do chorych wyleczonych z nowotworu, u których występuje lęk przed nawrotem choroby, depresja i zmęczenie, które stanowią problemy zarówno pacjentów, jak i rodzin [44].

W Polsce koszty takiego programu edukacyjno-terapeutycznego mogłyby być istotnie niższe niż w Stanach Zjednoczonych, ponieważ wynagrodzenia psychologów, terapeutów i specjalistów wsparcia duchowego są znacznie niższe. Niestety, zespoły wsparcia funkcjonujące w szpitalach onkologicznych napotykać na liczne problemy, a ich aktywność niejednokrotnie jest ograniczana, co może być konsekwencją braku zrozumienia znaczenia problemu depresji u chorych na nowotwory i niedoceniań możliwości obniżenia kosztów leczenia poprzez poprawę stanu psychicznego i jakości życia chorych.

Podsumowanie

Podsumowując, można stwierdzić, że nie rozpoznając i nie lecąc depresji u chorych na nowotwory tracimy bardzo wiele. Depresja i lęk są przyczyną gorszego przebiegu choroby i mniej skutecznego leczenia, zwiększenia kosztów indywidualnych, społecznych i medycznych. Utrata dotyczy przede wszystkim aspektów psycho-socjalnego i duchowego funkcjonowania chorych i rodzin, a także zasobów finansowych. Z tych przyczyn warto zainwestować w zapobieganie i skuteczne leczenie depresji i lęku u chorych na nowotwory.

Piśmiennictwo

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(6): 593–602, doi: [10.1001/archpsyc.62.6.593](https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593), indexed in Pubmed: [15939837](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15939837/).
2. Kennedy N, Paykel ES. Residual symptoms at remission from depression: impact on long-term outcome. *J Affect Disord*. 2004; 80(2-3): 135–144, doi: [10.1016/S0165-0327\(03\)00054-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00054-5), indexed in Pubmed: [15207926](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15207926/).
3. Kessler R, Üstün T. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview

- (CIDI). *Int J Method Psych Res.* 2006; 13(2): 93–121, doi: [10.1002/mpr.168](https://doi.org/10.1002/mpr.168).
4. Stein DJ, Hollander E. *Współchorobowość depresji i zaburzeń lękowych.* Via Medica, Gdańsk 2004.
 5. Jaeschke R, Siwek M, Grabski B. *Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych.* *Psychiatria.* 2010; 7: 189–197.
 6. Murawiec S. *Depresja u osób z chorobą nowotworową. Rozpoznawanie i leczenie – aspekty praktyczne.* *OncoReview.* 2012; 2: 201–208.
 7. Nesse R. Emotional disorders in evolutionary perspective. *Br J Med Psychol.* 2011; 71(4): 397–415, doi: [10.1111/j.2044-8341.1998.tb01000.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1998.tb01000.x).
 8. De Walden-Gałuszko K. Zaburzenia psychiczne w przebiegu choroby nowotworowej. *Curr Gynecol Oncol.* 2013; 11: 302–321.
 9. *International Classification of Diseases.* Wyd. 10. WHO, Geneva, 1995.
 10. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry.* 1988; 145(8): 976–981, doi: [10.1176/ajp.145.8.976](https://doi.org/10.1176/ajp.145.8.976), indexed in Pubmed: [2969199](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2969199/).
 11. Patten SB. Long-term medical conditions and major depression in the Canadian population. *Can J Psychiatry.* 1999; 44(2): 151–157, doi: [10.1177/070674379904400205](https://doi.org/10.1177/070674379904400205), indexed in Pubmed: [10097835](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10097835/).
 12. Dudek D, Siwek M. *Współistnienie depresji i chorób somatycznych.* *Psychiatria.* 2007; 4: 17–24.
 13. Karakoyun-Celik O, Gorken I, Sahin S, et al. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Med Oncol.* 2010; 27(1): 108–113, doi: [10.1007/s12032-009-9181-4](https://doi.org/10.1007/s12032-009-9181-4), indexed in Pubmed: [19225913](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19225913/).
 14. Onitilo AA, Nietert PJ, Egede LE. Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006; 28(5): 396–402, doi: [10.1016/j.genhosppsych.2006.05.006](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2006.05.006), indexed in Pubmed: [16950374](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16950374/).
 15. Chan CM, Wan Ahmad WA, Yusof MMD, et al. Effects of depression and anxiety on mortality in a mixed cancer group: a longitudinal approach using standardised diagnostic interviews. *Psychooncology.* 2015; 24(6): 718–725, doi: [10.1002/pon.3714](https://doi.org/10.1002/pon.3714), indexed in Pubmed: [25345781](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25345781/).
 16. Pasquini M, Biondi M. Depression in cancer patients: a critical review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2007; 3: 1–9.
 17. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai.* 2007; 90(10): 2164–2174, indexed in Pubmed: [18041438](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18041438/).
 18. Krebber AMH, Buffart LM, Kleijn G, et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology.* 2014; 23(2): 121–130, doi: [10.1002/pon.3409](https://doi.org/10.1002/pon.3409), indexed in Pubmed: [24105788](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24105788/).
 19. Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, et al. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *Oncologist.* 2007; 12 Suppl 1: 4–10, doi: [10.1634/theoncologist.12-S1-4](https://doi.org/10.1634/theoncologist.12-S1-4), indexed in Pubmed: [17573451](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17573451/).
 20. Polsky D, Doshi JA, Marcus S, et al. Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis. *Arch Intern Med.* 2005; 165(11): 1260–1266, doi: [10.1001/archinte.165.11.1260](https://doi.org/10.1001/archinte.165.11.1260), indexed in Pubmed: [15956005](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15956005/).
 21. Vodermaier A, Linden W, MacKenzie R, et al. Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some types of cancer. *Br J Cancer.* 2011; 105(12): 1814–1817, doi: [10.1038/bjc.2011.503](https://doi.org/10.1038/bjc.2011.503), indexed in Pubmed: [22095232](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22095232/).
 22. Cardoso G, Graca J, Klut C, et al. Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: a cross-sectional study. *Psychol Health Med.* 2016; 21(5): 562–570, doi: [10.1080/13548506.2015.1125006](https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1125006), indexed in Pubmed: [26683266](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26683266/).
 23. Paterson C, Robertson A, Nabi G. Exploring prostate cancer survivors' self-management behaviours and examining the mechanism effect that links coping and social support to health-related quality of life, anxiety and depression: a prospective longitudinal study. *Eur J Oncol Nurs.* 2015; 19(2): 120–128, doi: [10.1016/j.ejon.2014.10.008](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.10.008), indexed in Pubmed: [25497067](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25497067/).
 24. Maraste R, Brandt L, Olsson H, et al. Anxiety and depression in breast cancer patients at start of adjuvant radiotherapy. Relations to age and type of surgery. *Acta Oncol.* 1992; 31(6): 641–643, doi: [10.3109/02841869209083846](https://doi.org/10.3109/02841869209083846), indexed in Pubmed: [1466892](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1466892/).
 25. Astrup GL, Rustøen T, Miaskowski C, et al. A Longitudinal Study of Depressive Symptoms in Patients With Head and Neck Cancer Undergoing Radiotherapy. *Cancer Nurs.* 2015; 38(6): 436–446, doi: [10.1097/NCC.0000000000000225](https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000225), indexed in Pubmed: [25643005](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25643005/).
 26. Neilson K, Pollard A, Boonzaier A, et al. A longitudinal study of distress (depression and anxiety) up to 18 months after radiotherapy for head and neck cancer. *Psychooncology.* 2013; 22(8): 1843–1848, doi: [10.1002/pon.3228](https://doi.org/10.1002/pon.3228), indexed in Pubmed: [23239423](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23239423/).
 27. Parker G, Brotchie H. Pancreatic Cancer and Depression: A Narrative Review. *J Nerv Ment Dis.* 2017; 205(6): 487–490, doi: [10.1097/NMD.0000000000000593](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000593), indexed in Pubmed: [28557883](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28557883/).
 28. Linden W, MacKenzie R, Rnic K, et al. Emotional adjustment over 1 year post-diagnosis in patients with cancer: understanding and predicting adjustment trajectories. *Support Care Cancer.* 2015; 23(5): 1391–1399, doi: [10.1007/s00520-014-2492-9](https://doi.org/10.1007/s00520-014-2492-9), indexed in Pubmed: [25367847](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25367847/).
 29. Schroevers M, Ranchor AV, Sanderman R. Adjustment to cancer in the 8 years following diagnosis: a longitudinal study comparing cancer survivors with healthy individuals. *Soc Sci Med.* 2006; 63(3): 598–610, doi: [10.1016/j.socscimed.2006.02.008](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.02.008), indexed in Pubmed: [16597479](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16597479/).
 30. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, et al. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage.* 2007; 33(2): 118–129, doi: [10.1016/j.jpain-symman.2006.07.016](https://doi.org/10.1016/j.jpain-symman.2006.07.016), indexed in Pubmed: [17280918](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17280918/).
 31. Liang X, Margolis KL, Hendryx M, et al. Effect of depression before breast cancer diagnosis on mortality among postmenopausal women. *Cancer.* 2017; 123(16): 3107–3115, doi: [10.1002/cncr.30688](https://doi.org/10.1002/cncr.30688), indexed in Pubmed: [28387934](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28387934/).
 32. Liang JW, Cheung YK, Willey JZ, et al. Quality of life independently predicts long-term mortality but not vascular events: the Northern Manhattan Study. *Qual Life Res.* 2017; 26(8): 2219–2228, doi: [10.1007/s11136-017-1567-8](https://doi.org/10.1007/s11136-017-1567-8), indexed in Pubmed: [28357682](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28357682/).
 33. Batty GD, Russ TC, Stamatakis E, et al. Psychological distress in relation to site specific cancer mortality: pooling of unpublished data from 16 prospective cohort studies. *BMJ.* 2017; 356: j108, doi: [10.1136/bmj.j108](https://doi.org/10.1136/bmj.j108), indexed in Pubmed: [28122812](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28122812/).
 34. Majkiewicz M. Wybrane problemy psychoonkologii z uwzględnieniem zagadnień psychiatrycznych. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej.* 2008; 1: 57–66.
 35. Siracuse BL, Gorgy G, Ruskin J, et al. What is the Incidence of Suicide in Patients with Bone and Soft Tissue Cancer? : Suicide and Sarcoma. *Clin Orthop Relat Res.* 2017; 475(5): 1439–1445, doi: [10.1007/s11999-016-5171-y](https://doi.org/10.1007/s11999-016-5171-y), indexed in Pubmed: [27896676](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27896676/).
 36. Lavielle-Sotomayor P, Rozen-Fuller E, Bustamante-Rojano J, et al. [Optimism, family cohesion and treatment as pre-

- dictors of quality of life in blood cancer diseases]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017; 55(4): 456–463, indexed in Pubmed: [28591500](#).
37. Kim ES, Hagan KA, Grodstein F, et al. Optimism and Cause-Specific Mortality: A Prospective Cohort Study. *Am J Epidemiol.* 2017; 185(1): 21–29, doi: [10.1093/aje/kww182](#), indexed in Pubmed: [27927621](#).
 38. Boursi B, Lurie I, Haynes K, et al. Chronic therapy with selective serotonin reuptake inhibitors and survival in newly diagnosed cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2017 [Epub ahead of print], doi: [10.1111/ecc.12666](#), indexed in Pubmed: [28252230](#).
 39. Mihailovic N, Kocic S, Jakovljevic M. Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care. *Health Serv Res Manag Epidemiol.* 2016; 3: 2333392816647892, doi: [10.1177/2333392816647892](#), indexed in Pubmed: [28462278](#).
 40. Dagovic A, Matter Walstra K, Gutzwiller SF, et al. Resource use and costs of newly diagnosed cancer initial medical care. *Eur J Oncol.* 2014; 19: 166–184.
 41. Kovacević A, Dragojević-Simić V, Rancić N, et al. End-of-life costs of medical care for advanced stage cancer patients. *Vojnosanit Pregl.* 2015; 72(4): 334–341, doi: [10.2298/vsp1504334k](#), indexed in Pubmed: [26040179](#).
 42. Nabhan C, Feinberg BA. Value-Based Calculators in Cancer: Current State and Challenges. *J Oncol Pract.* 2017; 13(8): 499–506, doi: [10.1200/JOP.2017.022947](#), indexed in Pubmed: [28617618](#).
 43. Titler MG, Visovatti MA, Shuman C, et al. Effectiveness of implementing a dyadic psychoeducational intervention for cancer patients and family caregivers. *Support Care Cancer.* 2017 [Epub ahead of print], doi: [10.1007/s00520-017-3758-9](#), indexed in Pubmed: [28612157](#).
 44. Dockham B, Schafenacker A, Yoon H, et al. Implementation of a Psychoeducational Program for Cancer Survivors and Family Caregivers at a Cancer Support Community Affiliate: A Pilot Effectiveness Study. *Cancer Nurs.* 2016; 39(3): 169–180, doi: [10.1097/NCC.0000000000000311](#), indexed in Pubmed: [26496519](#).