Psychologiczne konsekwencje nieadekwatnie leczonego bólu nowotworowego

dr n. med. Mariola Kosowicz
Poradnia Psychoonkologii Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej – Curie w Warszawie

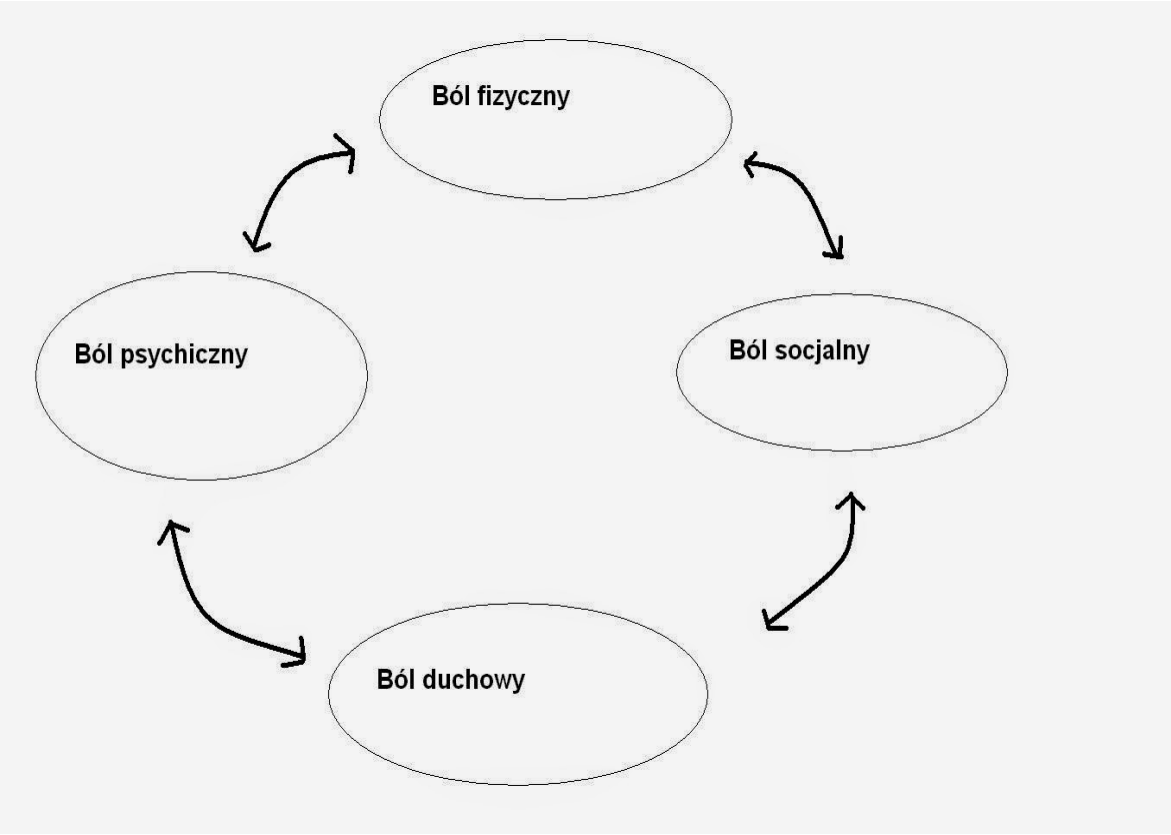
W terminalnej fazie choroby nowotworowej u **80-90%** chorych występuje ból przewlekły.
U większości chorych pojawia się ponadto tzw. ból przebijajacy.
Ból nowotworowy jest skutkiem specyfiki choroby oraz towarzyszących jej emocji: lęku, depresji i gniewu.

Kostrzewa-Itrych A., Itrych B. Znaczenie postaci leku w leczeniu bólu przewlekłego i przebijającego na przykładzie preparatów morfiny, fentanylu i buprenorfiny. Farmacja Współczesna 2011; 4: 14-25

QoL

poczucie bezpieczeństwa → utrzymanie równowagi psychofizycznej → kontrola, sprawczość

Błędne koło w dążeniu do odzyskania równowagi



Czym jest kryzys psychologiczny ?

A. Sytuacją silnie stresową

B. Zdarzeniem losowym

C. Sytuacją związaną z niedojrzałym reagowaniem jednostki na sytuacje trudne

D. Trudnym wydarzeniem życiowym, które powoduje przeciążenie zdolności jednostki do skutecznego radzenia sobie. Stan ten charakteryzuje się ograniczonym dostępem do osobistych zasobów zaradczych jednostki.

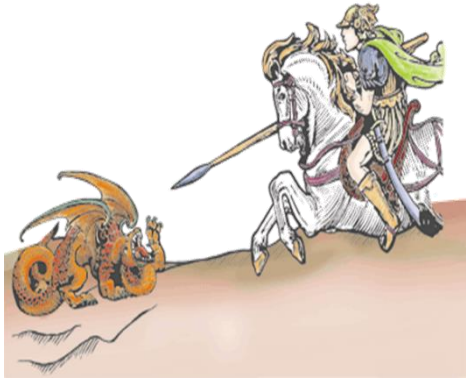
Kryzys psychologiczny

<u>Ograniczony dostęp do osobistych zasobów zaradczych.</u>

Na jakie obszary funkcjonowania osoby chorej wpływa kryzys psychologiczny?

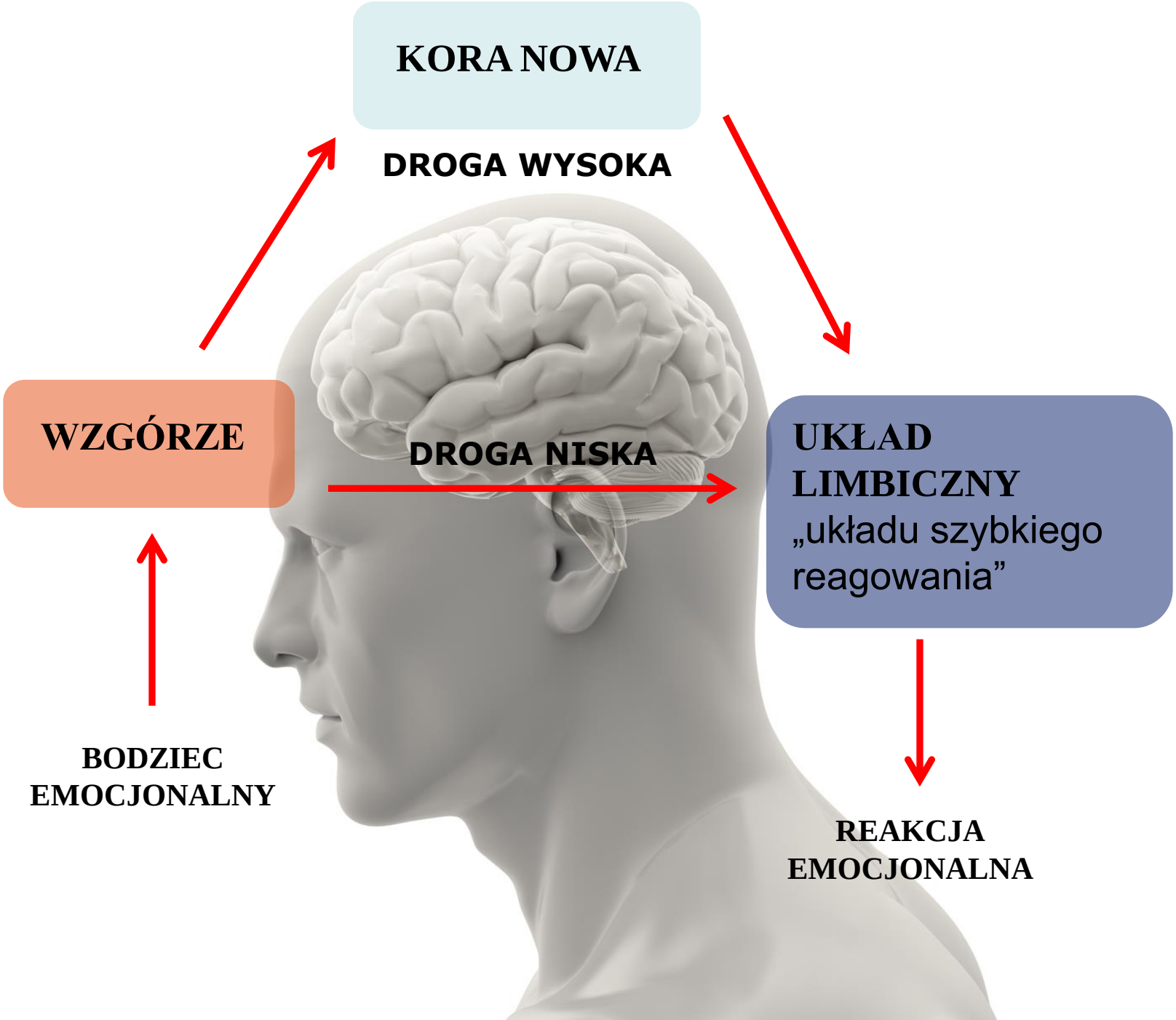
A. Stan zdrowia - psychofizyczny
B. Jakość relacji społecznych
C. Kierunek i sens życia
D. Hierarchie wartości
E. Wszystkie wyżej wymienione ✓

Sposoby radzenia sobie z kryzysem



1. Faza konfrontacji z wydarzeniem wywołującym kryzys. Mobilizacja wszystkich sił i możliwości jednostki.
2. Faza pojawienia się przekonania, że nie jest się w stanie poradzić sobie z zaistniałą trudnością. Pojawia się doświadczenie bycia pokonanym, utraty kontroli nad własnym życiem. To powoduje dalszy wzrost napięcia i jednocześnie oddziałuje destruktywnie na poczucie własnej wartości jednostki.
3. Faza mobilizacji, uruchomienia wszelkich dostępnych zasobów sił psychicznych osoby. Tutaj możliwe są dwie dalsze ścieżki: albo pokonanie kryzysu i odzyskanie przedkryzysowej równowagi lub pozorne uporanie się z problemem przy wykorzystaniu mechanizmu zaprzeczania ,co stwarza zagrożenie przejścia kryzysu w stan chroniczny.
4. Faza, którą można byłoby określić mianem dekompensacji jest rezultatem niemożliwego do wytrzymania napięcia. Zachowania destrukcyjne.

Pilecka. K. „Kryzys Psychologiczny. Wybrane zagadnienia” Kraków (2004)


KORA NOWA
DROGA WYSOKA
WZGÓRZE
DROGA NISKA
UKŁAD LIMBICZNY
„układu szybkiego reagowania”
BODZIEC EMOCJONALNY
REAKCJA EMOCJONALNA

- Nasz mózg nieustannie porównuje nowe doświadczenia z przechowywanymi szablonami minionych podobnych sytuacji i doznań.
- Odtwarzając poprzednie doświadczenia i nie musi zmieniać wzorca aktywności neuronalnej
- Szablony pamięciowe tworzą się na różnych poziomach mózgu. Ponieważ informacje dochodzą najpierw do najniższych, bardziej prymitywnych obszarów mózgu, wiele z nich nie dociera do świadomości.
- Mózgowe systemy reagowania na stres dostarczają informacji o potencjalnym zagrożeniu i są przygotowane do natychmiastowej reakcji, co często zdarza się zanim która podejmie decyzje, jakie działanie jest konieczne.

Levine S. Deelopmental determinants of sensitivity and resistance to stress. Psychoneuroendocrinology (2005), 30 (10), 939-946

Cierpienie fizyczne wywołuje agresję, a silniejsza stymulacja sieci neuronów odpowiedzialnych za przetwarzanie bólu- w parze ze zmniejszona zdolnością kontrolowania emocji negatywnych- może przynieść skutek w postaci wrogiego nastawienia do otoczenia.

Wraz z podwyższoną reakcją emocjonalną idzie w parze osłabienie umiejętności regulowania jej intensywności.

Boleyn-Fitzgerald M. Obrazy naszego umysłu. Co mówią o nas najnowsze odkrycia neurobiologii. Katowice 2010

Lęk jako czynnik modyfikujący doznania bólowe

„Częstą reakcją na ból jest antycypowany lęk, ogniskujący myślenie chorego wokół tego, jak bardzo będzie bolało i jak związku z tym będzie wyglądało jego życie. W miarę narastania bólu następuje **„inkubacja lęku,** rozwijająca reakcje lękowe”

Epstein S. (1972). The nature of anxiety with emphasis upon its realtionship to expectancy. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (1999). Zmagając się w chorobie nowotworowej. Kraków: Wydawnictwo UJ, 151

Na jaką płaszczyznę funkcjonowanie osoby chorej wpływa lęk przed nagłym bólem?

A. Emocjonalnej- lęk, obawy, uczucie przerażenia, obawa przed utratą kontroli, niezdolność do skupienia się na jednej rzeczy

B. Somatycznej- objawy mięśniowe, naczyniowe, wegetatywne, hormonalne

C. Behawioralnej- działania impulsywne o nieprzemyślanym charakterze, upośledzenie lub załamanie wielu zdolności rozwiązywania problemów

D. Poznawczej- rzeczywistość jest spostrzegana jako zagrażająca bez możliwości skutecznego działania, uwaga koncentruje się na objawach płynących z ciała

E. Emocjonalnej, somatycznej, behawioralnej, poznawczej ✓

W jaki sposób nieadekwatne leczenie bólu pogarsza komfort życia pacjenta

A. Wpływa na sferę fizyczną i psychiczną pacjenta- obniża nastrój, nasila lęk, zaburza percepcję i nierzadko prowadzi do depresji i innych zaburzeń psychicznych

B. Powoduje niechęć pacjenta do kontaktów interpersonalnych, ogranicza aktywność

C. Wpływa na obraz siebie i prowadzi do deformacji zachowań

D. Sprzyja poczuciu naznaczenia- stygmatyzacji chorobą i cierpieniem oraz podważa zaufanie do lekarza

E. Wszystkie wyżej wymienione ✓

Depresja!

Szacuje się, że częstość depresji u osób z chorobą nowotworową wynosi od 23 do 60% i zwiększa się w zaawansowanym stadium choroby.

Pasquini M, Biondi M..Depression in cancer patients: critical review. Clin pract and epidemiol in menthal health. 2007;3(2):1-9.

Rymaszewska J,Podolak-Dawidziak M, Kiejna A.Zaburzenia psychiczne w przebiegu nowotworów. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Onkol.Prakt.Klin. 2007;3(supl.C cz.1):439-444.

Ryzyko samobójstwa

Cierpienie z powodu przewlekłego bólu jest czynnikiem zwiększającym wystąpienie samobójstwa.

Osoby cierpiące z powodu przewlekłego bólu 2-3 krotnie częściej mają myśli samobójcze- bierne i aktywne, jak również częściej podejmują skuteczne próby samobójcze.

Tang NK, & Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological Medicine, 2006; 36* (5), 575-86 PMID: 16420727

OPEN ACCESS Freely available online

PLOS | ONE

Chronic Pain and Mortality: A Systematic Review

Diane Smith[1]*, Ross Wilkie[1], Olalekan Uthman[2], Joanne L. Jordan[1], John McBeth[1]

1 Arthritis Research UK Primary Care Centre, Research Institute for Primary Care and Health Sciences, Keele University, Staffordshire, United Kingdom, 2 Warwick Centre for Applied Health Research and Delivery (WCAHRD), Division of Health Sciences, Warwick Medical School, University of Warwick, Coventry, United Kingdom

Conclusion: This review showed a mildly increased risk of death in people with chronic pain, particularly from cancer. However, the small number of studies and methodological differences prevented clear conclusions from being drawn. Consistently applied definitions of chronic pain and further investigation of the role of health, lifestyle, social and psychological factors in future studies will improve understanding of the relationship between chronic pain and mortality.

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)
Last modified on June 6, 2013 at 9:11 PM

PTSD- wśród pacjentów chorych na nowotwór posiada szczególne cechy: kryterium ponownego przeżywania wydarzenia traumatycznego związanego z chorobą przewlekłą jest zupełnie inne od jednorazowej sytuacji traumatycznej, ponieważ sytuacja stresowa ma charakter przewlekły i trwa od momentu diagnozy do końca życia.

10410 • The Journal of Neuroscience, November 17, 2004 • 24(46):10410–10415

Behavioral/Systems/Cognitive

Chronic Back Pain Is Associated with Decreased Prefrontal and Thalamic Gray Matter Density

A. Vania Apkarian,[1] Yamaya Sosa,[1] Sreepadma Sonty,[2] Robert M. Levy,[3] R. Norman Harden,[5] Todd B. Parrish,[4] and Darren R. Gitelman[2,4]

[1]Department of Physiology and Institute of Neuroscience, and Departments of [2]Neurology, [3]Neurosurgery, and [4]Radiology, and [5]Rehabilitation Institute of Chicago, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, Illinois 60611

Opierając się na skanach MRI stwierdzono, że u ludzi cierpiących od co najmniej roku z powodu bólu powierzchnia istoty szarej zmniejsza się o 5 do 11% .

Ponadto skany dowiodły, że istnieje wyraźna i **bezpośrednia zależność pomiędzy ilością utraconej tkanki mózgowej a długością okresu utrzymywania się bólu.**

Psychologiczne korzyści z dobrze kontrolowanego bólu

A. Pacjent odzyskuje kontrolę nad swoim życiem, może realizować osobiste cele

B. Powstaje zaufanie pacjenta i rodziny do lekarza

C. Łagodzą się objawy psychiczne lęku

D. Wszystkie wyżej wymienione

„Dorośli dotknięci lękiem przed śmiercią to nie jakieś dziwne zwierzęta, które zapadły na zamorską chorobę, ale mężczyźni i kobiety, dla których rodzinom ani kulturze nie udało się uszyć odpowiedniego ubrania ochronnego, żeby byli w stanie znieść lodowaty chłód śmiertelności.”

Dziękuję za uwagę.

Irvin D. Yalom, *Patrząc w słońce. Jak przezwyciężyć grozę śmierci* (tłum. Anna Dodziuk). Warszawa 2008, s. 104.