Dystres i depresja u chorych na nowotwory – diagnostyka i leczenie

Distress and depression in cancer patients – diagnosis and treatment

dr n. med. Anna Kieszkowska-Grudny

Europejskie Centrum Zdrowia Otwock

Kierownik Ośrodka: dr n. med. Anna Kieszkowska-Grudny

For non-commercial use only

STRESZCZENIE

Choroba nowotworowa burzy dotychczasowy porządek wewnętrzny i zewnętrzny pacjenta, który wcześniej nie przeżywał takiej sytuacji. Najczęściej odczuwanymi negatywnymi emocjami w sytuacji diagnozy onkologicznej są: lęk, przygnębienie, złość, dystres oraz obawa o dalszą egzystencję i funkcjonowanie, mogąca prowadzić także do depresji. Istotne staje się rozpoznanie stanu wzmożonego dystresu, a także depresji, które zwiększają cierpienie chorego, obniżają skuteczność leczenia, jak również znacząco zwiększają ryzyko wystąpienia prób samobójczych. Praca przedstawia ogólne założenia dotyczące epidemiologii dystresu i depresji w chorobie nowotworowej, postępowania diagnostycznego oraz spektrum terapii, które mogą być wykorzystane w leczeniu chorych onkologicznych.

SŁOWA KLUCZOWE: dystres, depresja, rozpoznawanie i leczenie w chorobie nowotworowej

ABSTRACT

Cancer diagnosis destroys previous internal and external order of patient, who has not experienced such a situation yet. The most negative emotions, which are felt in the situation of cancer diagnoses are anxiety, sadness, anger, distress and concern about the continued existence and functionality, which can also lead to depression. It becomes essential to identify the grade of bigger distress and depression, which increase suffering of the patient, reduce the effectiveness of therapy, as well as significantly raise the risk of suicide among cancer patients. Article presents general assumptions related to the epidemiology of distress and depression in cancer, diagnostic and range of possible therapies that can be used to treat cancer patients.

KEY WORDS: distress, depression, diagnosis and treatment management in cancer patients

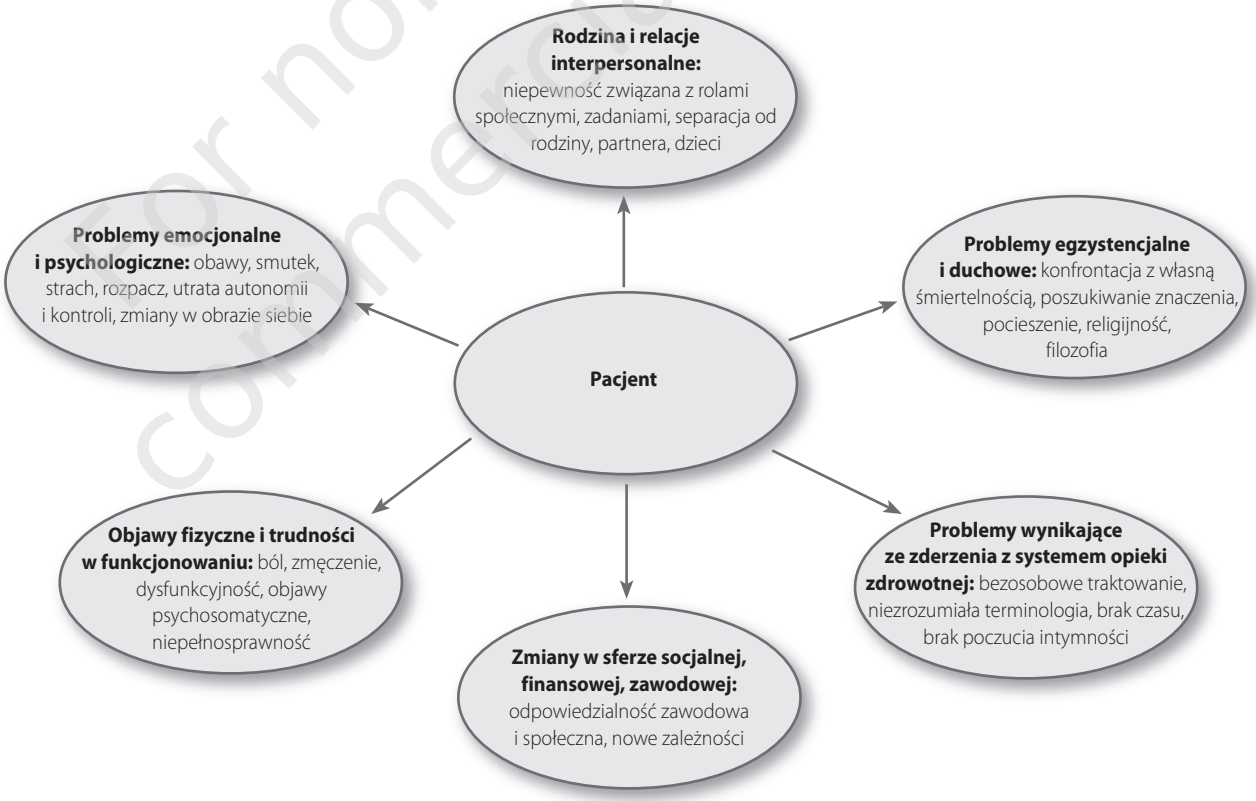
© Medical Education. For private and non-commmercial use only. Downloaded from https://www.journalsmededu.pl/index.php/OncoReview/index: 05.08.2025; 11:34,58

CHOROBA NOWOTWOROWA A DYSTRES I DEPRESJA

Choroba nowotworowa to nie tylko poważna i bolesna choroba somatyczna, ale przede wszystkim stan postrzegany przez chorych jako bezpośrednie zagrożenie życia. Sytuacja diagnozy nowotworowej i poszczególne etapy diagnostyki oraz leczenia przeciwnowotworowego to mierzenie się z sobą, ale przede wszystkim to duży stresor dla nas i naszej psychiki. Choroba nowotworowa często wywraca życie nam i naszym najbliższym. Stanowi jedno z trudniejszych wyzwań, jakiemu musi podołać chory i jego rodzina, jeśli podejmują walkę z chorobą. Charakterystykę tych trudności schematycznie przedstawiono na rycinie 1.

stwie PTSD (*posttraumatic stress disorder*, zaburzenie stresowe pourazowe). Jak możemy wywnioskować z coraz większej liczby dotyczących tego badań [1–3], diagnoza raka pozostawia poważne psychologiczne obrażenia w psychice pacjentów nawet wiele lat po zakończeniu leczenia. Na szczęście nie wszystkich chorych na raka problem PTSD dotyczy. Połowa pacjentów kilkanaście lat po diagnozie raka nie ma objawów PTSD. Z czasem problem ten znika u 12%, ale u 37% pogarsza się albo pozostaje na tym samym poziomie [1, 4]. Tym cenniejszy staje się każdy kontakt z chorym, kiedy podczas zwykłej rozmowy można stwierdzić, czy radzi on sobie psychicznie z chorobą lub czy spełnia (lub nie) kryteria kliniczne związane z dystresem, depresją lub lękiem.

RYCINA 1.
Wyzwania związane z chorobą nowotworową, z którymi mierzy się chory na raka (oprac. własne na podstawie Koch i Mehnert, 2005).



W niektórych koncepcjach informacja o chorobie nowotworowej i sama choroba nowotworowa są traktowane z innymi stresorami traumatycznymi jak wydarzenie, w którym pacjent doświadcza osobiście narażenia życia, śmierci lub poważnego okaleczenia/zranienia albo jest z nimi konfrontowany, a zatem mogą być czynnikami wystąpienia ostrego stresu i w następ-

Dystresem w chorobie nowotworowej nazywa się nieprzyjemne przeżycie o podłożu psychologicznym, społecznym i/lub duchowym. Emocje chorego mogą mieć różne nasilenie. Ogólnie, trzeba przyznać, że zarówno dystres, depresja, jak i inne dolegliwości natury psychologicznej i psychicznej u chorych na nowotwory są niedoszacowane i niewystar-

© Medical Education. For private and non-commmercial use only. Downloaded from https://www.journalsmededu.pl/index.php/OncoReview/index: 05.08.2025; 11:34,58

czająco leczone, pomimo dużego stopnia cierpienia, jakie pacjenci ci odczuwają. Zjawisko to dotyczy nie tylko chorych onkologicznych, ale także innych chorób somatycznych [5], jednak w przypadku choroby nowotworowej ma o tyle duże znaczenie, że wiąże się nie tylko z przebiegiem choroby podstawowej, ale również z jej zejściem. Zestawienie nasilenia psychologicznego dystresu ze wskaźnikami śmiertelności pokazuje, że poziom dystresu od 1 do 3 (w porównaniu z wynikiem 0 wyrażającym brak oznak psychicznego cierpienia) wiązał się z 20-procentowym wzrostem ryzyka przedwczesnej śmierci. Stres psychologiczny od 4 do 6 wiązał się z 43-procentowym wzrostem ryzyka przedwczesnej śmierci, a wynik niepokoju od 7 do 12 wiązał się ze wzrostem ryzyka przedwczesnej śmierci aż o 94% w porównaniu z ryzykiem grupy wolontariuszy, którzy nie wykazywali żadnego stresu psychologicznego [6]. Podobnie dzieje się u chorych na raka cierpiących na depresję. Ryzyko zgonu wzrasta 1,20 razy u chorych na raka, u których współwystępuje depresja, ale jest zróżnicowane w zależności od lokalizacji nowotworu: w raku płuca wynosi 1,30 razy, w raku piersi – 1,27, w nowotworach ginekologicznych – 0,93, w nowotworach przewodu pokarmowego – 1,47, a w nowotworach skóry – 1,07 razy [7]. Po uwzględnieniu, że u ok. 50% chorych na raka występuje dystres [8], a u ok. 15–25% depresja [9, 10], należy regularnie zwracać uwagę na ich obecność. Czynnikami ryzyka zwiększającymi ryzyko pojawienia się depresji w chorobie onkologicznej są:

- młody wiek
- czynniki osobowościowe (tj. pesymizm, tendencja do pohamowywania złości)
- izolacja społeczna i brak wsparcia społecznego
- ubóstwo
- wcześniejsze negatywne doświadczenie z chorobą nowotworową w rodzinie lub osobiste doświadczenie z chorobą somatyczną
- zaawansowanie choroby (choroba uogólniona lub terminalna)
- wyczerpanie fizyczne
- lokalizacja guza (płuca, trzustka, głowa i szyja)
- występowanie objawów fizycznych związanych z chorobą nowotworową, szczególnie tych, których kontrola jest utrudniona
- wcześniejsze poważne straty lub wydarzenia traumatyczne
- wcześniejsze choroby psychiczne, szczególnie epizody depresji i/lub próby samobójcze
- nadużywanie w przeszłości środków uzależniających.

DYSTRES I DEPRESJA – OBRAZ W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Reakcje na informację o rozpoznaniu nowotworu, jak i różne wiadomości, z którymi boryka się chory już w tracie leczenia, mogą przybierać różny obraz, od normalnych reakcji emocjonalnych po poważne zaburzenia psychiczne.

Normalna, charakterystyczna, emocjonalna odpowiedź na wiadomość o raku to przede wszystkim szok i niedowierzanie, jak również dezorientacja z objawami lęku i depresji, które mogą wyrażać się w formie poirytowania, zmiany wzorców żywieniowych i snu, trudności w koncentracji i wykonywaniu zwykłych codziennych czynności, oraz obawa o przyszłość. Ten stan po kilku tygodniach zaczyna się normalizować dzięki wsparciu rodziny, najbliższych, wsparciu społecznym, a także przedstawieniu pacjentowi przez onkologa zarysu planu leczenia, który daje nadzieję i redukuje część niepewności. Jednak należy być czujnym, gdyż doświadczanie w chorobie nowotworowej (czasami jednocześnie, a czasami w sposób narastający) wielu strat (od utraty własnego zdrowia w momencie rozpoznania raka, przez zachwiany obraz ciała, utratę roli zawodowej, społecznej, rodzinnej, utratę wielu możliwości i umiejętności itp.) powoduje występowanie przygnębienia i smutku przez cały proces chorobowy. Badania pokazują, że u ok. 35–45% chorych na nowotwór pierwotny dystres po okresie adaptacji udaje się zredukować i opanować, u 15–20% chorych występuje on w postaci utajonej, a w pozostałych 25–45% przypadków rozwija się forma ciężka wraz z pełnymi objawami depresji, lęku, niedostosowania [11, 12], które wymagają podjęcia celowanego leczenia.

Rekomendacje NCCN (National Comprehensive Cancer Network), które uaktualniono w 2011 r. [13], zalecają przesiewowe, rutynowe badanie poziomu dystresu u chorych na nowotwory nawet na każdej wizycie u specjalisty. Służy do tego termometr dystresu oraz lista dodatkowych pytań dotyczących takich obszarów, jak problemy praktyczne, rodzinne, emocjonalne, fizyczne. Schemat postępowania zespołu onkologicznego z pacjentem, u którego zastosowano termometr, zależy od wyniku tej oceny i natężenia dystresu [14] i może się zaczynać od udzielenia zwykłego wsparcia ze strony rodziny i bliskich, przez pracę z personelem medycznym, a na psychoterapii i farmakoterapii kończąc.

Diagnoza depresji w chorobie nowotworowej jest mimo wszystko wyzwaniem dla onkologa, gdyż część objawów psychosomatycznych wynikających z samej choroby może maskować jej obraz. Przy użyciu kryteriów rozpoznawania

© Medical Education. For private and non-commmercial use only. Downloaded from https://www.journalsmededu.pl/index.php/OncoReview/index: 05.08.2025; 11:34,58

depresji, czy to za pomocą ICD-10, czy też DSM-IV-TR, poszukujemy objawów psychopatologicznych. Możemy również podejść do diagnozy depresji w sposób poznawczy, poprzez rozpoznanie tzw. triady depresyjnej, składającej się z negatywnych myśli o sobie, otaczającej rzeczywistości i przyszłości. Cohen-Cole i wsp. [15, 16] opisali cztery sposoby oceny depresji współtowarzyszącej innym chorobom:

1. Podejście całościowe/globalne: polega na liczeniu wszystkich objawów depresji oraz sprawdza, czy mogą one być wynikiem choroby fizycznej. Podejście charakteryzuje się wysoką czułością, niską swoistością i nie skupia się na etiologii.
2. Podejście etiologiczne: polega na liczeniu objawów depresji, ale tylko tych i tylko wtedy, gdy nie mają związku z inną chorobą fizyczną.
3. Podejście przez wykluczenie: eliminuje takie objawy jak anoreksja i zmęczenie, które mogą być objawami wtórnymi, wynikającymi z choroby nowotworowej, i włącza inne kryteria depresji. Swoistość tego podejścia wzrasta, obniża się natomiast wrażliwość, co może skutkować niższą częstością rozpoznawania depresji i niedodiagnozowaniem.
4. Podejście substytucyjne: polega na zastąpieniu niespecyficznych objawów, takich jak zmęczenie (występujące często w chorobie somatycznej), objawami poznawczymi, takimi jak niezdecydowanie, rozmyślanie i poczucie beznadziejności.

Diagnoza depresji w ujęciu onkologicznym powinna w mniejszym stopniu opierać się na objawach somatycznych, a w większym na objawach psychologicznych u chorych na raka, tj. obniżeniu nastroju, poczuciu bezradności i beznadziejności, utracie poczucia własnej wartości, poczuciu bezwartościowości lub winy, anhedonii (czyli utracie zdolności przeżywania przyjemności i satysfakcji), myślach o pragnieniu śmierci lub myślach samobójczych [9]. Jednakże nie można zapomnieć, że dobra diagnoza depresji w sytuacji choroby nowotworowej powinna uwzględniać i różnicować również tak ważne aspekty jak normalna reakcja na chorobę nowotworową i straty, zaburzenia regulacji nastroju z nastrojem depresyjnym i niepokojem. W trakcie diagnozowania należałoby także określić, czy u podstaw syndromu depresyjnego nie leżą żadne czynniki organiczne. Dlatego też wskazane jest sprawdzenie czynników medycznych, hormonalnych, metabolicznych oraz neurologicznych [17]. Przykłady schorzeń ze współwystępującą depresją, jakie należy wziąć pod uwagę w jej diagnostyce u chorych na raka, przedstawiono w tabeli 1.

W związku z tym pojawia się nie tylko kwestia rozpoznania depresji, ale również syndromu depresyjnego powodowanego bezpośrednimi efektami patofizjologii nowotworu, co w DSM-IV-TR definiuje się jako zaburzenia nastroju spowodowane ogólnym stanem zdrowia. W takim stanie pacjent ma wyraźnie obniżony nastrój wraz z objawami towarzyszącymi wielkiej depresji, za których pierwotną przyczynę uważa się jednak fizjologiczne następstwa niektórych chorób, np. nowotworów.

TABELA 1.
Stany chorobowe oraz przykłady tych, przy których współwystępuje depresja (opr. własne na podstawie Wise i Rundell, 2002).

Zaburzenia hormonalne	choroba Cushinga, choroba Addisona, cukrzyca, niedoczynność przysadki, zaburzenia czynności tarczycy (niedoczynność lub nadczynność)
Infekcje	wirus Epsteina–Barr, zapalenie mózgu, HIV, grypa, zapalenie płuc, kiła, zapalenie wątroby
Choroby nowotworowe	nowotwory centralnego układu nerwowego, rak płuca, rak trzustki, białaczki, chłoniaki
Zaburzenia neurologiczne	choroby naczyniowo-mózgowe, choroba Huntingtona, choroba Alzheimera i inne postacie demencji, choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane, krwotok podpajęczynówkowy
Zaburzenia metaboliczne	hiponatremia, hipokalcemia, hiperkalcemia, niedobór kwasu foliowego, pelagra, przewlekła niewydolność nerek
Inne stany chorobowe	toczeń rumieniowaty układowy, reumatoidalne zapalenie stawów, choroba alkoholowa, niekontrolowany ból, anemia, nadciśnienie
Przyjmowane leki	glikokortykosteroidy, interferon, interleukina 2, barbiturany, propranolol, metyldopa, niektóre antybiotyki, chemioterapia (np. winblastyna, winkrystyna, prokarbazyna)

© Medical Education. For private and non-commmercial use only. Downloaded from https://www.journalsmededu.pl/index.php/OncoReview/index: 05.08.2025; 11:34,58

Do najważniejszych narzędzi psychometrycznych używanych przy diagnozie i ewaluacji nasilenia depresji zaliczyć możemy: skalę depresji Becka (*Beck Depression Inventory*), skalę lęku i depresji Duke'a (*Duke Anxiety-Depression Scale*), szpitalną skalę lęku i depresji – HADS (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*), BSI-18 z podskalą depresji (*The Brief Symptom Inventory – Depression Subscale*), skalę oceny zdrowia psychicznego według D. Goldberga (GHQ, *General Health Questionnaire*), geriatryczną skalę depresji GDS (*Geriatric Depression Scale*), skalę depresji Hamiltona – HAM-D (*Hamilton Depression Rating Scale*), skalę depresji Montgomery'ego – MADRS (*Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*), skalę profilów stanów nastroju – POMS (*Profile of Moods State*) lub jej wersję dla choroby dwubiegunowej – POMS-Bi (*Profile of Mood States Bipolar Scale*), a w przypadku chorych zagrożonych popełnieniem samobójstwa – C-SSRS (*Columbia-Suicide Severity Rating Scale*) i inne.

KONSEKWENCJE DYSTRESU I DEPRESJI W CHOROBIE NOWOTWOROWEJ

Dystres i depresja występujące w nowotworach dotykają nawet co czwartego pacjenta, a poza bezpośrednim wpływem na poziom odczuwanego bólu i cierpienia mogą także powodować wiele innych następstw. Z powodu depresji chory może potrzebować pozostania dłużej pod opieką specjalistów, co wiąże się z wydłużeniem pobytu w szpitalu. Poza tym chorzy słabiej przestrzegają zaleceń dotyczących leczenia, co może skutkować w sposób bezpośredni i pośredni mniejszą skutecznością terapii, mają obniżoną jakość życia, częściej sięgają po nieadaptacyjne strategie radzenia sobie z chorobą, występują u nich różnego typu zaburzenia zachowania, które są nietypowe, a w związku tym niezrozumiałe dla najbliższych. Depresja chorego na raka może powodować większe ryzyko występowania chorób psychosomatycznych i samej depresji u najbliższych i członków rodziny, jak również utrudniać relacje rodzinne i wcześniejsze zasady komunikacji, co pociąga za sobą kolejne stany napięcia. Te zmiany nie tylko mają wpływ zdrowotny na chorego na nowotwór i jego rodzinę, ale także powodują konsekwencje finansowe dla pacjenta, dla rodziny, dla placówki medycznej i dla całego systemu ochrony zdrowia. Nie można w tym wszystkim także pominąć zdecydowanie wyższego ryzyka samobójstwa [18], które u pacjentów onkologicznych zwiększa się około 1,5–2 razy. U chorych terminalnie z depresją prośba o eutanazję pojawia się nawet 4 razy częściej niż u tych bez depresji [19, 20]. Ryzyko samobójstwa u chorych onkologicznie wzrasta zarówno wtedy, kiedy w rodzinie były już odnotowywane próby samobójcze, jak i wtedy, gdy sam pacjent podejmował takie próby. Poza tym ryzyko rośnie, gdy historia pacjenta obejmuje wcześniejsze różnego typu trudności psychiczne, np. delirium, epizody psychotyczne, utratę kontroli czy napady impulsywności. Do samobójstwa predysponują także płeć (mężczyźni), gorszy status społeczny, starszy wiek i lokalizacja nowotworu (np. głowa i szyja, płuco, przewód pokarmowy) oraz niedający się opanować uogólniony ból.

Jeszcze innym przykładem konsekwencji wynikających również z depresji u chorych na nowotwór jest tzw. syndrom demoralizacji lub zdeprawowania. Pojęcie to do psychiatrii zostało wprowadzone w latach 70. poprzedniego stulecia. Syndrom występuje u ok. 20% chorych, którzy nie spełniają kryteriów diagnozy zaburzeń psychicznych wg DSM-IV. Wczesne wzmianki o syndromie demoralizacji u chorych na depresję opisują uczucie utraty sensu i celu życia, poczucie beznadziejności i bezradności, poczucie rezygnacji lub porzucenia, trwałą niezdolność do radzenia sobie z trudną sytuacją, subiektywną niekompetencję oraz obniżenie poczucia własnej wartości [21]. W ostatnim czasie syndrom demoralizacji jest definiowany jako „zmiany w moralności obejmujące spektrum cech w osobowości od zniechęcenia (łagodna utrata zaufania) poprzez przygnębienie (początek rezygnacji) i rozpacz (utraty nadziei) do demoralizacji (poddanie się i całkowita strata nadziei)" [22, 23]. Depresja i lęk to objawy często towarzyszące syndromowi demoralizacji i rozpaczy. Jednak syndrom ten jest czymś więcej niż kombinacją tychże objawów, a obejmuje także poczucie niezdolności do radzenia sobie (zazwyczaj wyrażone jako rezygnacja lub depresja), któremu zwykle towarzyszy przekonanie o beznadziejności i bezradności, co powoduje, że chory zamyka się i nie ma motywacji do radzenia sobie z występującymi trudnościami i problemami w sposób odmienny, dający szansę na wyjście z impasu.

LECZENIE DYSTRESU I DEPRESJI U CHORYCH NA NOWOTWORY

W przypadku rozpoznanego nasilonego lub ostrego dystresu postępowanie, co już zostało powiedziane, zależy od stopnia nasilenia cierpienia pacjenta: od prostej rozmowy i nauki relaksacji po farmakoterapię. Niestety, depresję u chorych na raka leczy się bardzo trudno, co wynika z różnych aspektów i samej choroby podstawowej oraz rozpoznania depresji, a później współpracy lekarz – pacjent. Szacuje się, że poziom skuteczności terapii depresji w tej grupie chorych sięga zaledwie 15%. Dlatego rekomendowane są kombinacje psychoterapii i farmakoterapii, przy jednoczesnym zwróceniu uwagi na eliminowanie potencjalnych przyczyn organicz-

For non-commercial use only

© Medical Education. For private and non-commmercial use only. Downloaded from https://www.journalsmededu.pl/index.php/OncoReview/index: 05.08.2025; 11:34,58

nych depresji. Nieodzowna jest także dobra komunikacja lekarza i całego zespołu medycznego z samym pacjentem i jego rodziną (tj. dobrana do stanu emocjonalnego i zapotrzebowania na informację). W podejściu psychoterapeutycznym ważne jest dostosowanie formy psychoterapii do potrzeb pacjentów i etapu choroby. Szczególnie użyteczne są modele oparte na psychoterapii poznawczo-behawioralnej, interwencji kryzysowej, psychoedukacji polegającej na klaryfikacji informacji, tłumaczeniu pacjentowi i jego rodzinie reakcji emocjonalnych oraz nauka technik poznawczych pomagających korygować nieporozumienia i pogłębiające się obawy. Wszystkie te interwencje powinny być skierowane na wzmocnienie aspektów duchowych przy zachowaniu godności chorego. W interwencji psychologicznej wykorzystuje się zarówno pracę indywidualną, jak i terapię grupową.

W części przypadków edukacja psychologiczna i wsparcie społeczne okazują się niewystarczające, dlatego przy wprowadzaniu farmakoterapii warto wybrać lek, stosując zasady istotne szczególnie u chorych na raka. Wybieramy lek, który jest najbezpieczniejszy lub powoduje najmniej działań niepożądanych w tej grupie chorych i łatwy do przyjmowania pod względem formy i dawkowania, zaczynamy zawsze od mniejszej dawki i później co najwyżej ją zwiększamy. W przypadku farmakoterapii depresji pierwszych efektów należy oczekiwać mniej więcej po 4 tygodniach; jeśli nastąpi poprawa, leczenie powinno być kontynuowane przez ok. 6–9 miesięcy, przy czym cały czas należy monitorować wszelkie objawy i ryzyko wystąpienia interakcji między terapią depresji a chemioterapią [24].

Terapia to nie tylko oddziaływanie psychoterapeuty czy psychiatry poprzez włączenie farmakoterapii. To również interwencje zespołu medycznego i rodziny. Dlatego nieodłącznym jej elementem u chorych na nowotwory, którzy cierpią dodatkowo z powodu depresji, są także trening umiejętności komunikacyjnych w zespole, stosowanie narzędzi pomiarowych do oceny depresji, praca z rodziną, czuwanie nad jakością życia w chorobie, a także duża samoświadomość lekarzy i pielęgniarek nt. własnych postaw wobec choroby, depresji czy śmierci. To wszystko buduje zaufanie pacjenta do zespołu, co stwarza szanse na wyższą skuteczność terapii i utrzymanie realistycznej nadziei.

For non-commercial use only

Piśmiennictwo

1. Smith S.K., Zimmerman S., Williams C.S., Benecha H., Abernethy A.P., Mayer D.K., Edwards L.J., Ganz P.A.: Post-traumatic stress symptoms in long-term non-Hodgkin's lymphoma survivors: does time heal? J. Clin. Oncol. 2011 Dec 1; 29(34): 4526-33.
2. Ducrocq F., Vaiva G., Cottencin O., Molenda S., Bailly D.: Post-traumatic stress, post-traumatic depression and major depressive episode: literature. Encephale. 2001 Mar-Apr; 27(2): 159-68.
3. Koutrouli N., Anagnostopoulos F., Potamianos G.: Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in breast cancer patients: a systematic review. Women Health 2012 Jul; 52(5): 503-16.
4. Posluszny D.M., Baum A., Edwards R.P., Dew M.A.: Posttraumatic growth in women one year after diagnosis for gynecologic cancer or benign conditions. J. Psychosoc. Oncol. 2011 Sep-Oct; 29(5): 561-72.
5. Gregory R.J., Jimerson D.C., Walton B.E., Daley J., Paulsen R.H.: Pharmacotherapy of depression in the medically ill: directions for future research. Gen. Hosp. Psychiatry 1992 Jan; 14(1): 36-42.
6. Wascher R.A.: A Cancer Prevention Guide for the Human Race. Dog Ear Publishing, Indianapolis 2012.
7. Onitilo A.A., Nietert P.J., Egede L.E.: Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. Gen. Hosp. Psychiatry 2006 Sep-Oct; 28(5): 396-402.
8. Gil F., Grassi L., Travado L., Tomamichel M., Gonzalez J.R.; Southern European Psycho-Oncology Study Group. Use of distress and depression thermometers to measure psychosocial morbidity among southern European cancer patients. Support Care Cancer 2005 Aug; 13(8): 600-6.
9. Massie M.J.: Prevalence of depression in patients with cancer. J. Natl. Cancer Inst. Monogr. 2004; 32: 57-71.
10. Hopwood P., Stephens R.J.: Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. J. Clin. Oncol. 2000 Feb; 18(4): 893-903.
11. Holland J.C.: Psychological care of patients: psycho-oncology's contribution. American Cancer Society Award Lecture. J. Clin. Oncol. (Suplement) 2003; 21: 253-265.
12. Koch U., Mehnert A.: Psychosocial assessment in cancer patients. IPOS [online: www.ipos-society.org].
13. National Comprehensive Cancer Network. Distress Treatment Guidelines for Patients. Version 1.2011. NCCN 2011, Rockledge, Pennsylvania. [online: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf].
14. Kieszkowska-Grudny A.: Ocena jakości życia chorych z rozpoznaniem raka płuca i choroby serca. W: Postępowanie w powikłaniach sercowo-naczyniowych w raku płuca. Krzakowski M., Opolski G. i Szmit S. (red.). Medical Education, Warszawa 2012: 111-134.
15. Cohen-Cole S.A., Brown F.W., McDaniel S.: Diagnostic assessment of depression in the medically ill. W: Principles of medical psychiatry. Stoudemire A., Fogel B. (red.). Oxford University Press, New York 1993: 53-68.
16. Newport D.J., Nemeroff C.B.: Assessment and treatment of depression in the cancer patient. J. Psychosom. Res. 1998 Sep; 45(3): 215-37.
17. Wise M.G., Rundell J.: The American Psychiatric Publishing Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry: Psychiatry in the Medically Ill. American Psychiatric Pub., 2002: 1160.

© Medical Education. For private and non-commmercial use only. Downloaded from https://www.journalsmededu.pl/index.php/OncoReview/index: 05.08.2025; 11:34,58

18. Hem E., Loge J.H., Haldorsen T., Ekeberg Ø.: Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. J. Clin. Oncol. 2004 Oct 15; 22(20): 4209-16.
19. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M., Mowchun N., Lander S., Levitt M., Clinch J.J.: Desire for death in the terminally ill. Am. J. Psychiatry 1995 Aug; 152(8): 1185-91.
20. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M., Lander S.: "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. Am. J. Psychiatry 1997 May; 154(5): 674-6.
21. Erikson E.H.: Identity and the Life Cycle. (re-issue 1959). WW Norton & Company, New York 1994.
22. Kissane D.W., Clarke D.M., Street A.F.: Demoralization syndrome – a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. Journal of Palliative Care 2001; 17: 12-21.
23. Kissane D.W., Wein S., Love A., Lee X.Q., Kee P.L., Clarke D.M.: The Demoralization Scale: a report of its development and preliminary validation. Journal of Palliative Care 2004; 20: 269-276.
24. Grassi L., Riba M.: W: Depressive Disorders in Physical Illness. Riba M., Grassi L. (red.). World Psychiatric Association, Geneve 2008: 67-81, 200.

For non-commercial use only

Adres do korespondencji:
dr n. med. Anna Kieszkowska-Grudny
Europejskie Centrum Zdrowia Otwock, Szpital im. Fryderyka Chopina
ul. Borowa 14/18, 05-400 Otwock
tel.: (22) 710-30-10
e-mail: anna.kieszkowska@gmail.com

© Medical Education. For private and non-commmercial use only. Downloaded from https://www.journalsmededu.pl/index.php/OncoReview/index: 05.08.2025; 11:34,58