

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS



Medicinos studijų programa

Klinikinės medicinos institutas, Psichiatrijos klinika

Julija Grigaitytė, VI kursas, 5 grupė

VIENTISŲJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Nerimo sutrikimai tarp onkologine liga sergančių pacientų.

Literatūros apžvalga ir klinikinio atvejo pristatymas

***Anxiety Disorders Among Oncological Patients. Literature Review
and Presentation of a Clinical Case***

Darbo vadovas:

Doc. dr. Giedrė Bulotienė

Katedros ar klinikos vadovas:

Prof. med. dr. Sigita Lesinskienė

Vilnius, 2026

julija.grigaityte@mf.stud.vu.lt

TURINYS

1.	SANTRUMPOS.....	4
2.	SANTRAUKA	5
3.	ABSTRACT.....	6
4.	ĮVADAS.....	7
5.	METODIKA.....	9
6.	KLINIKINIO ATVEJO PRISTATYMAS.....	10
7.	LITERATŪROS APŽVALGA.....	13
7.1	Paplitimas.....	13
7.2	Klasifikacija	14
7.3	Klinikinė išraiška.....	15
7.3.1	Smegenų metastazės	16
7.4	Gydymas	17
7.4.1	Psichosocialinė pagalba	17
7.4.2	Farmakologinis gydymas.....	18
7.5	Poveikis paciento ir jo artimųjų gyvenimo kokybei.....	19
7.6	Įveikos strategijos	19
7.7	Vertinimo instrumentai.....	21
7.7.1	Distreso ir susijusių problemų vertinimas.....	21
7.7.2	PHQ-9.....	22
7.7.3	GAD-7	22
8.	REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	24
8.1	Paciento duomenų analizė	24

8.1.1 2024.11.20 vizitas	24
8.1.2 2025.01.31 vizitas	26
8.1.3 2025.03.31 vizitas	27
8.1.4 2025.06.02 vizitas	28
8.1.5 2025.11.18 vizitas	29
8.2 Vizitų apibendrinimas ir analizė	31
8.2.1 Distreso termometro (DT) duomenų analizė.....	31
8.2.2 Depresijos simptomatikos (PHQ-9) analizė	32
8.2.3 Nerimo simptomatikos (GAD-7) analizė	33
8.2.4 Tyrimo duomenų ribotumai	34
9. IŠVADOS.....	35
10. REKOMENDACIJOS	36
11. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	37
12. PRIEDAI.....	41

1. SANTRUMPOS

GAD-7 - *Generalized Anxiety Disorder scale-7* (Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė-7)

PHQ-9 - *Patient Health Questionnaire-9* (Paciento sveikatos klausimynas-9)

DT - *Distress Thermometer* (Distreso termometras)

PL - *Problems List* (Problemų sąrašas)

NCCN - *National Comprehensive Cancer Network* (Nacionalinis visapusiškos vėžio priežiūros tinklas)

KET - Kognityvinė elgesio terapija

MBSR - *Mindfulness-Based Stress Reduction* (Dėmesingu įsisąmoninimu pagrįstas streso mažinimas)

MBCT - *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (Dėmesingu įsisąmoninimu pagrįsta kognityvinė terapija)

MCP - *Meaning-Centered Psychotherapy* (Į prasmę orientuota psichoterapija)

CALM - *Managing Cancer and Living Meaningfully* (Vėžio valdymas ir prasmingas gyvenimas, specializuota psichologinės pagalbos programa)

SSRI - Selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai

SNRI - Serotonino-norepinefrino reabsorbcijos inhibitoriai

TLK-10 - Tarptautinė ligų klasifikacija, 10 redakcija

TLK-11 - Tarptautinė ligų klasifikacija, 11 redakcija

KT - Kompiuterinė tomografija

MRT - Magnetinio rezonanso tomografija

2. SANTRAUKA

Onkologinės ligos yra viena pagrindinių sergamumo ir mirtingumo priežasčių visame pasaulyje. Kartu su fiziniais simptomais pacientai dažnai patiria ir reikšmingu psichikos sveikatos sutrikimų. Nerimo sutrikimai yra vieni dažniausių psichologinių sunkumų onkologine liga sergančių pacientų populiacijoje, darantys įtaką gydymo laikymuisi, sprendimų priėmimui bei gyvenimo kokybei. Nepaisant to, jų atpažinimas klinikinėje praktikoje vis dar yra nepakankamas, ypač esant sudėtingam somatinių ir psichologinių simptomų persidengimui.

Darbo tikslas - įvertinti onkologine liga sergančio paciento nerimo simptomų dinamiką ligos ir gydymo eigoje, jų poveikį gyvenimo kokybei bei, remiantis moksline literatūra, apžvelgti šių reiškinių teorinius ir klinikinius aspektus. Uždaviniai apima mokslinės literatūros analizę apie nerimo sutrikimus onkologinių pacientų populiacijoje, konkretaus paciento nerimo simptomų įvertinimą, jų pokyčių dinamikos nustatymą bei sąsajų su gyvenimo kokybe ir emocine būkle analizę. Tyrime taikytas ilgalaikis paciento stebėjimas, derinant kiekybinius vertinimo metodus (Distreso termometras su Problemų sąrašu, Paciento sveikatos klausimynas-9, Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė-7) ir kokybinius duomenis, gautus pusiau struktūruotų interviu su pacientu ir jo žmona metu.

Ilgalaikis stebėjimas parodė, kad nerimo simptomai onkologinės ligos eigoje kito dinamiškai ir buvo glaudžiai susiję su ligos progresavimu, gydymo etapais bei psichosocialiniais veiksniais. Didžiausias distresas nustatytas aktyvaus gydymo laikotarpiu ir ligai progresuojant, kai dominavo tiek fiziniai, tiek emociniai simptomai. Vėlesniais etapais stebėtas laikinas emocinės būklės stabilizavimasis, siejamas su adaptacinių įveikos strategijų taikymu ir socialiniu palaikymu. Tačiau esant neurologiniams pažeidimams ir ligos progresavimui, išryškėjo emocinis labilumas, elgesio pokyčiai bei organinio pobūdžio nerimo simptomai. Nustatyta, kad savęs vertinimo skalės ne visada tiksliai atspindi realią paciento būklę, todėl svarbus kompleksinis vertinimas, įtraukiant klinikinį interviu ir artimųjų įžvalgas. Tyrimo rezultatai rodo, kad nerimo simptomai reikšmingai veikia paciento gyvenimo kokybę, kasdienį funkcionavimą ir tarpasmeninius santykius, todėl jų nuoseklus vertinimas ir kompleksinė priežiūra yra būtini siekiant užtikrinti visapusišką pagalbą onkologiniams pacientams.

Raktažodžiai: nerimo sutrikimai, onkologinė liga, galvos smegenų metastazės, organinis nerimo sutrikimas, įveikos strategijos, gyvenimo kokybė

3. ABSTRACT

Oncological diseases are one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide. Alongside physical symptoms, patients often experience significant mental health disorders. Anxiety disorders are among the most common psychological difficulties in the population of patients with cancer, affecting treatment adherence, decision-making, and quality of life. Despite this, their recognition in clinical practice remains insufficient, especially due to the complex overlap of somatic and psychological symptoms.

The aim of this study is to evaluate the dynamics of anxiety symptoms in a patient with an oncological disease throughout the course of the illness and treatment, to assess their impact on quality of life, and, based on scientific literature, to review the theoretical and clinical aspects of these phenomena. The objectives include an analysis of scientific literature on anxiety disorders in oncology patients, assessment of anxiety symptoms in a specific patient, evaluation of their changes over time, and analysis of their associations with quality of life and emotional state. The study employed long-term patient observation, combining quantitative assessment methods (Distress Thermometer with Problems List, Patient Health Questionnaire-9, Generalized Anxiety Disorder scale-7) and qualitative data obtained through semi-structured interviews with the patient and his wife.

Long-term observation showed that anxiety symptoms varied dynamically throughout the course of the oncological disease and were closely related to disease progression, treatment stages, and psychosocial factors. The highest level of distress was observed during active treatment and disease progression, when both physical and emotional symptoms were prominent. In later stages, temporary stabilization of emotional state was observed, associated with the use of adaptive coping strategies and social support. However, with the onset of neurological impairments and further disease progression, emotional lability, behavioral changes, and anxiety symptoms of organic origin became more evident. It was found that self-report scales do not always accurately reflect the patient's actual condition, highlighting the importance of comprehensive assessment, including clinical interviews and insights from close relatives. The results indicate that anxiety symptoms significantly affect the patient's quality of life, daily functioning, and interpersonal relationships. Therefore, consistent assessment and comprehensive care are essential to ensure holistic support for oncology patients.

Keywords: anxiety disorders, oncological disease, brain metastases, organic anxiety disorder, coping strategies, quality of life

4. IVADAS

Onkologinės ligos išlieka viena didžiausių šiuolaikinės medicinos ir visuomenės sveikatos problemų bei viena pagrindinių sergamumo ir mirtingumo priežasčių visame pasaulyje, pasižyminčių didėjančiu paplitimu, sudėtingais gydymo procesais ir reikšmingu poveikiu pacientų fizinei bei emocinei gerovei (1,2).

Tarp onkologinių pacientų psichikos sutrikimų paplitimas siekia maždaug 30% (3). Nerimo sutrikimai yra vieni dažniausių psichologinių sutrikimų šioje pacientų grupėje, turintys reikšmingą poveikį gyvenimo kokybei, gydymo laikymuisi, sprendimų priėmimui ir kasdieniam funkcionavimui (2). Nors medicininiai gydymo metodai nuolat tobulėja, ribotas kai kurių pacientų gyvenimo laikotarpis skatina didesnę dėmesį skirti ir gyvenimo kokybei. Vėžio diagnozė natūraliai sukelia situacinį nerimą, visgi daliai pacientų jis perauga į kliniškai svarbius sutrikimus, tokius kaip generalizuotas nerimo sutrikimas, panikos priepuoliai ar organinis nerimo sutrikimas, pasireiškiantis dėl tiesioginių somatinių ligos padarinių (4,5). Nerimo simptomai dažnai sustiprėja kritiniais ligos etapais - diagnozės nustatymo, gydymo pradžios ir pabaigos, ligos atkryčio laikotarpiu, o pažengusio ir paliatyvaus gydymo etapuose emocinė įtampa tampa ypač ryški, nes pacientai susiduria su didėjančiu fiziniu silpnumu ir nepalankia prognoze, todėl daliai jų išsivysto sunkus psichologinis distresas, įskaitant nerimą, depresiją ir savižudiškas mintis, reikšmingai bloginančias gyvenimo kokybę (6). Ryšys tarp vėžio ir psichikos sutrikimų yra dvikryptis: psichologinis distresas gali neigiamai paveikti somatinės ligos eigą, o pati liga - per neurobiologinius pokyčius, skausmą, nuovargį, metabolinius sutrikimus ir farmakoterapiją - gali sukelti arba pabloginti nerimo ir depresijos sutrikimus (7). Nerimas tarp onkologine sergančiųjų dažnai pasireiškia nuolatiniu grėsmės pojūčiu, nemiga, dirglumu, padidintu budrumu, motoriniu neramumu bei įkyriomis mintimis apie kontrolės praradimą, psichikos suirimą ar artėjančią mirtį (5).

Nepaisant didelio nerimo sutrikimų paplitimo, sveikatos priežiūros specialistai neretai vertina simptomus kaip „natūralią“ reakciją į vėžio diagnozę. Atsižvelgiant į tai, ankstyvas nerimo sutrikimų atpažinimas ir gydymas turėtų būti neatsiejama holistinės onkologinės priežiūros dalis, tačiau daugelyje sveikatos priežiūros sistemų, įskaitant Lietuvą, sisteminė nerimo sutrikimų patikra ir valdymas vis dar nėra nuosekliai integruoti į onkologinę priežiūrą, o psichosocialinė pagalba dažnai teikiama fragmentiškai arba priklauso nuo individualių gydymo įstaigos galimybių (3,5,8).

Nerimo sutrikimai reikšmingai veikia ne tik pacientą, bet ir jo artimuosius, apsunkindami prisitaikymą prie ligos, kasdienę veiklą bei tarpusavio santykius, o pacientams ir jų šeimos nariams dažnai trūksta aiškių rekomendacijų, kaip atpažinti nerimo simptomus ir efektyviai juos valdyti (9).

Šiame tyrime taikomas mišrus metodologinis požiūris, derinantis klinikinio atvejo bei

literatūros analizę. Klinikinio atvejo analizė leidžia detaliai įvertinti konkretaus paciento nerimo simptomus, jų kaitą ligos ir gydymo eigoje bei įtaką kasdienei veiklai ir gyvenimo kokybei. Literatūros apžvalga suteikia galimybę nuosekliai išnagrinėti nerimo sutrikimų paplitimą ir jų poveikį onkologine liga sergantiems pacientams. Tyrimas taip pat papildytas kokybiniu vertinimu, atliekant interviu su pagrindiniu paciento globėju, kasdien esančiu šalia. Globėjas gali pateikti vertingų įžvalgų apie paciento savarankiškumą kasdienybėje bei tarpasmeninius santykius. Toks požiūris leidžia vienu metu sistemingai fiksuoti klinikinius simptomus ir suprasti individualią paciento patirtį, įtraukiant tiek paciento, tiek jo artimųjų subjektyvius vertinimus.

Tikslas - įvertinti nerimo sutrikimų pasireiškimą, jų dinamiką ir poveikį gyvenimo kokybei onkologine liga sergančiam pacientui, remiantis mokslinės literatūros apžvalga ir klinikinio atvejo pristatymu.

Uždaviniai:

- 1) Išanalizuoti mokslinę literatūrą apie nerimo sutrikimus onkologine liga sergančių pacientų populiacijoje.
- 2) Įvertinti konkretaus onkologine liga sergančio paciento nerimo simptomų raišką.
- 3) Aprašyti paciento nerimo simptomų pokyčių dinamiką ligos ir gydymo eigoje.
- 4) Nustatyti nerimo sutrikimų sąsajas su paciento gyvenimo kokybe ir emocine būkle.

5. METODIKA

Tyrimė buvo taikomas ilgalaikis paciento stebėjimas, apėmęs vienerių metų laikotarpį (nuo 2024-11-20 iki 2025-11-18), per kurį buvo penkis kartus atliktas paciento nerimo, depresijos, distreso bei kasdinių problemų aspektus vertinantis klausimynas, ir vykdomas pusiau struktūrizuotas interviu, pacientui su žmona maždaug kas du-tris mėnesius atvykstant į gydymo įstaigą (paskutinis įvertinimas vyko po penkių mėnesių nuo prieš tai įvykusio vizito), apjungiant kiekybinį vertinimą ir kokybinius duomenis.

Stebėjimui buvo pasitelkti į lietuvių kalbą išversti klausimynai: Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė-7 (*The Generalized Anxiety Disorder scale-7*), skirta generalizuoto nerimo sutrikimo diagnostikai ir nerimo sunkumo vertinimui klinikinėje praktikoje bei klinikiniuose tyrimuose; Paciento sveikatos klausimynas-9 (*Patient Health Questionnaire-9*), tinkamas tiek depresijos diagnozės nustatymui, tiek simptomų išreikštumo bei gydymo efektyvumo vertinimui; Distreso termometras ir Problemų sąrašas (*Distress Thermometer; Problems List*), padedantys nustatyti savaitės eigoje pacientą ištikusius nemalonius išgyvenimus, kurie galėjo apsunkinti sveikimo procesą.

Vertinimas taip pat papildytas pusiau struktūrizuotu interviu su paciento globėja - žmona. Tuo buvo siekiama išsamiau įvertinti paciento nerimo sutrikimo apraiškas skirtingais ligos etapais. Klausimai buvo parengti taip, kad būtų surinkta informacija apie paciento nerimo sutrikimo pasireiškimą prieš gydymo pradžią bei stebėjimo laikotarpį. Pusiau struktūruotas interviu formatas leido gauti iš žmonos detalesnių įžvalgų apie paciento emocinę būseną, nerimo intensyvumo kaitą, jo įtaką kasdieniam funkcionavimui, savarankiškumui bei kitų svarbių aspektų, kurie nebuvo iki galo atskleisti objektyvių vertinimų metu.

Ilgalaikio atvejo stebėjimo metu, apjungiant objektyvius nerimo sutrikimo įvertinimus ir kokybinius duomenis iš interviu, buvo siekiama detaliai ištirti paciento nerimo simptomų dinamiką gydymo eigoje bei jų sąsajas su kasdieniais iššūkiais ir gyvenimo kokybe.

6. KLINIKINIO ATVEJO PRISTATYMAS

49 metų vyras kreipėsi į gydymo įstaigą dėl nerimo bei miego pokyčių. Iš anamnezės nustatyta, kad 2021 metų pradžioje pacientas tirtas dėl dešinio juosmens srities skausmų, o atlikus echoskopiją diagnozuota dešinio inksto šviesių ląstelių karcinoma (pT3aN0M0) (žr. 1 pav.). 2021 m. vasario mėnesį atlikta radikali dešinė nefrektomija, pooperacinis laikotarpis buvo sklandus. 2022 m. lapkričio mėnesį atlikus kontrolinę kompiuterinę tomografiją navikinio proceso progresavimo požymių nenustatyta.

2023 m. balandžio mėnesį paciento artimieji pastebėjo elgesio ir charakterio pokyčių, o pats pacientas pradėjo jausti dešinės rankos bei galvos nevalingus trūkčiojimus. Atlikus galvos KT ir MRT tyrimus, nustatyti daugybiniai metastaziniai židiniai galvos smegenyse, įskaitant kairės kaktinės skilties bei dešinio gumburo sritis, su perifokaline edema ir vidurinių struktūrų dislokacija. Diagnozuota smegenų ir jų dangalų metastazinė liga su smegenų suspaudimu ir edema. Tų pačių metų balandį pacientui atliktos dvi kraniotomijos - pašalinti kairės kaktinės skilties ir dešinio gumburo metastaziniai židiniai. Po operacijos pacientas buvo sąmoningas, kontaktiškas, tačiau stebėtas emocinis labilumas, nerimastingumas, pagreitėjusi, kartais nerišli kalba. Neurologinė simptomatika dinamikoje dalinai regresavo, pacientas išliko savarankiškas. Birželio mėnesį taikyta spindulinė terapija į galvos smegenų metastazių ložes. Po gydymo išliko lengvi kalbos sutrikimai - apsunkinta žodžių paieška, susilpnėjusi kalbinė atmintis. 2023 m. rugsėį atlikus kūno KT nustatyta ligos progresija - generalizuota limfadenopatija ir nauji metastaziniai židiniai kasoje bei galvos smegenyse. Skirta taikinių terapija kabozantinibu.

2024 m. vasario mėnesį pacientui įvyko epilepsijos priepuolis, po kurio diagnozuota simptominė epilepsija bei antrinė medikamentinė polineuropatija. Taip pat progresavo neurologiniai simptomai - atsirado kairės kūno pusės silpnumas, pablogėjo motorika. Skirtas gydymas deksametazonu ir valproine rūgštimi. Tų pačių metų MRT tyrimu įtartas galvos smegenų ligos recidyvas. Birželį pakartotiniai tyrimai parodė tolesnį ligos progresavimą - didėjančius metastazinius židinius kasoje bei naują metastazinį židinį dešinėje kaktinėje skiltyje, chirurginis gydymas neindikuotinas. 2024 m. liepą pradėtas gydymas everolimuzu. Nepaisant gydymo, 2024 m. rugsėjo mėnesį MRT tyrime nustatytas naujas židinyje kairėje kaktinėje skiltyje, o lapkričio mėn. KT tyrime - metastazių kasoje padidėjimas.

2021	2023	2023	2023	2024	2024	2024
VASARIS	BALANDIS	BIRŽELIS	RUGSĖJIS	VASARIS	BIRŽELIS-LAPKRITIS	LAPKRITIS
<i>Diagnozuota dešinio inksto šviesių ląstelių karcinoma (pT3aN0M0). Atlikta radikali dešinė nefrektomija</i>	<i>Dešinės rankos ir galvos nevalingi trūkčiojimai, pasikeitęs elgesys ir charakteris. Diagnozuoti smegenų, smegenų dangalų ir skilvelių metastaziniai piktybiniai navikai. Atliktos dvi kraniotomijos</i>	<i>Spindulinė terapija į galvos smegenų metastazių ložes</i>	<i>Rasti metastaziniai židiniai kasoje, limfmazgiuose, nauji židiniai galvos smegenyse. Pradėtas gydymas kabozantinibu</i>	<i>Ištikus epilepsijos priepuoliniui, nustatyta simptominė epilepsija, išryškėjo antrinė medikamentinė polineuropatija, kairės pusės galūnių silpnumas. Skirtas deksametazonas ir valproinė rūgštis</i>	<i>Liga progresavo. Liepą pradėtas gydymas everolimuzu</i>	<i>Psichiatro konsultacijos metu vyravo nerimas, dirglumas, stebėta pažeminta nuotaika, rankų tremoras, ataksiška eiseną. Diagnozuotas F06.4 Organinis nerimo sutrikimas, rekomenduotas gydymas kvetiapinu. Suprastėjo rega</i>

1 paveikslėlis. Paciento ligos eigos laiko juosta iki pirmos Nacionalinio vėžio centro psichiatro konsultacijos

Ligos eigoje išryškėjo ir psichikos bei elgesio pokyčių. Dar 2021 m. kitoje įstaigoje pacientui buvo diagnozuotas vidutinio sunkumo depresijos epizodas (F32.10), skirtas gydymas escitalopramu ir alprazolamu. 2024 m. lapkričio mėnesį po trijų metų pertraukos pacientas atvyko Nacionalinio vėžio centro psichiatro konsultacijai. Nustatytas organinis nerimo sutrikimas (F06.4), pasireiškiantis nerimu, dirglumu, drebuliu, emociniu labilumu. Paciento psichologinė būsena pasižymėjo vidiniu konfliktu tarp esamo funkcionavimo ribotumo ir buvusio aktyvaus gyvenimo. Išsakytas praradimo jausmas, ribotumo suvokimas bei lyginimasis su sveikais asmenimis. Taip pat išryškėjo padidėjęs jautrumas situacijoms, susijusioms su liga, laukimu bei kontrolės stoka. Skirtas gydymas kvetiapinu, kitų medikamentų pacientas tuo metu nevartojo. Taip pat buvo stebimas tremoras ir ataksiška eiseną. Atliktas kognityvinis įvertinimas: protinės būklės mini tyrimas (*Mini-Mental State Examination*) buvo įvertintas 28 balais (maksimalus įvertinimas - 30 balų). Tad kognityvinė funkcija išlikusi pakankama, pacientas gali apsistarnauti kasdienėje veikloje.

2025 m. pradžioje, tęsiant gydymą everolimuzu (7 ciklas), pacientas skundėsi bendru silpnumu, galvos svaigimu, dažnais kritimais, skausmais (raumenų, sąnarių, pėdų, dantų), pykinimu bei odos bėrimais. Neurologinė būklė blogėjo - progresavo kairės pusės silpnumas, sutriko koordinacija. Vėliau pasireiškė galvos skausmai, regėjimo pablogėjimas, nustatyta hidrocefalija, dėl kurios balandžio mėnesį atlikta pakartotinė neurochirurginė intervencija.

2025 m. sausio mėnesio vizito pas psichiatrą metu paciento emocinė būklė buvo santykinai stabili, jis nurodė gebantis prisitaikyti prie ligos ir taikyti nerimo valdymo strategijas

(užimtumas veiklomis, buvimas gamtoje). Tačiau ir toliau buvo stebimi sustiprėję nerimo bruožai, ypač susiję su medicininiais tyrimais, bei obsesinio kompulsinio pobūdžio simptomai (pasikartojantis tikrinimas, perfekcionizmas), kurie, paciento teigimu, sustiprėjo po smegenų operacijos. Artimųjų teigimu, pradėjo ryškėti ir asmenybės pokyčiai - padidėjęs dirglumas, emocinis jautrumas, didesnis susitelkimas į save bei elgesio pokyčiai, nebūdingi pacientui iki ligos. Neurologiškai stebėta ataksiška eiseną ir nežymus tremoras. Nuo 2025 m. kovo mėnesio stebėtas progresuojantis elgesio pokytis - pacientas tapo dar labiau dirgus, impulsyvus, pasireiškė pykčio protrūkių, sumažėjo kritiškumas, atsirado egocentiškumo ir manipuliacinio elgesio bruožų. Žmonos teigimu, pacientas dažnai konfliktavo, neigė savo elgesio pokyčius, epizodiškai pasireiškė neadekvatus vertinimas bei socialinio elgesio sutrikimai. Birželio mėnesį vizito metu, po pakartotinės operacijos, stebėtas dalinis emocinės ir elgesio būklės pagerėjimas - sumažėjo dirglumas, atsistatė adekvatesnis bendravimas su žmona, pacientas tapo atviresnis kontaktui. Vis dėlto išliko ryškių fizinių ir neurologinių nusiskundimų (sutrikęs vaikščiojimas, kairės pusės silpnumas, regėjimo ir trumpalaikės atminties pablogėjimas), o emocinėje būsenoje dominavo frustracija dėl sumažėjusio darbingumo ir fizinių galimybių. Lapkričio mėnesį vėl stebėta emocinės ir elgesio būklės regresija - ryškėjo dirglumas, prieštaraujantis elgesys, sumažėjęs kritiškumas ir empatija, ypač santykiuose su žmona. Visgi būtina kritiškai vertinti paciento žmonos pateiktą informaciją, atsižvelgiant į subjektyvumą. Pastebėtas neatitikimas tarp paciento savo būklės vertinimo ir realaus funkcionavimo, buvo stebimas jėgų pervertinimas. Taip pat išliko nerimas, susijęs su gydymo eiga ir neapibrėžtumu, epizodiškai pasireiškė miego sutrikimų bei nerealistiški planai, kas gali būti susiję su tolesniu neurologinės būklės pablogėjimu.

Apibendrinant, pacientas serga progresuojančia onkologine liga su dauginėmis metastazėmis ir neurologinėmis komplikacijomis, kuri lemia reikšmingus fizinės, kognityvinės bei emocinės būklės pokyčius. Stebimas organinis nerimo sutrikimas, emocinis labilumas ir adaptacijos sunkumai. Nepaisant ligos, pacientas išlieka gana aktyvus, tačiau jo funkcionavimas palaipsniui blogėja, o psichosocialinė našta tenka tiek pacientui, tiek jo artimiesiems.

7. LITERATŪROS APŽVALGA

7.1. Paplitimas

Nerimo sutrikimai yra vieni dažniausių psichikos sveikatos sutrikimų tarp asmenų, kuriems diagnozuotas vėžys, ir reikšmingai veikia gyvenimo kokybę, motyvaciją gydymuisi bei klinikinius rezultatus. Nors nerimas gali būti normali ir adaptyvi reakcija į piktybinės ligos keliamą grėsmę, daugeliu atvejų jis tampa nuolatinis, pernelyg intensyvus ir kliniškai reikšmingas (4).

Epidemiologiniai tyrimai rodo didelį nerimo paplitimo tarp onkologinių pacientų kintamumą, kuris daugiausia priklauso nuo taikomų diagnostinių kriterijų, vertinimo metodų, naviko lokalizacijos bei ligos stadijos. Dauguma tyrimų nurodo, kad apie 30 % pacientų atitinka diagnostiškai apibrėžto nerimo sutrikimo kriterijus, tačiau gerokai didesnė dalis patiria ryškų nerimą (4,10).

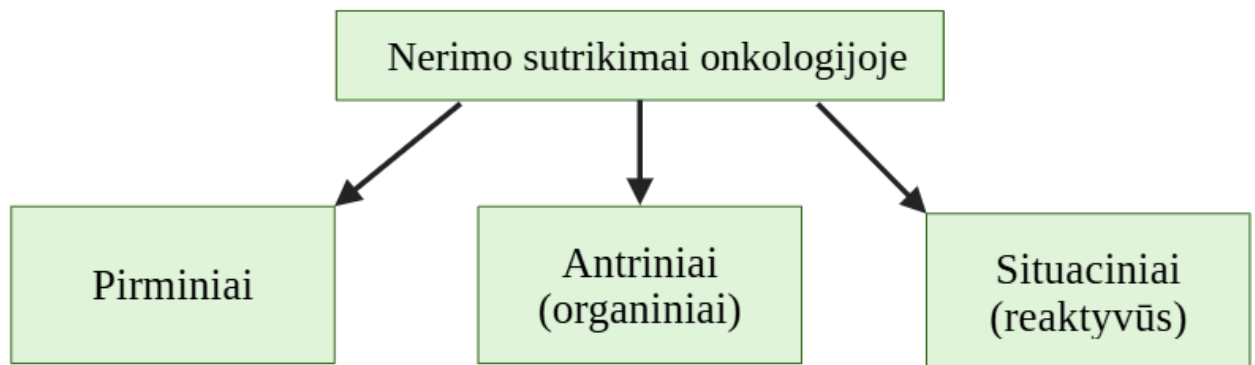
Nerimo pasireiškimas nėra tolygus visos ligos eigoje. Didžiausias jo intensyvumas dažniausiai stebimas diagnozės nustatymo laikotarpiu, pradedant ar baigiant gydymą, ligai atsinaujinus bei terminalinėje stadijoje (5,11). Daugeliui pacientų po pirminio šoko laikotarpio stiprus nerimas, įkyrios mintys apie mirtį ar negalią, miego sutrikimai, dirglumas bei koncentracijos sunkumai palaipsniui silpnėja. Vis dėlto, pasak *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)* gairių, emocinis distresas turėtų būti matuojamas reguliariai. Jei simptomų intensyvumas nemažėja po pirminės adaptacijos fazės (apie 2-4 savaites), būtina specializuota pagalba, siekiant išvengti lėtinių psichikos sutrikimų (12,13). Nerimo sutrikimai dažniau pasireiškia moterims, jaunesnio amžiaus pacientams, prastesnės funkcinės būklės asmenims, tiems, kurie turi mažai socialinio palaikymo, arba sergantiesiems metastazine liga (5).

Patologinio nerimo atpažinimas onkologijoje išlieka sudėtingas. Somatiniai simptomai, tokie kaip nuovargis, širdies plakimas, apetito pokyčiai ar dėmesio koncentracijos sutrikimai, dažnai persidengia su pačios ligos ar gydymo nepageidaujamais reiškiniais. Dėl šios priežasties nerimo sutrikimai gali likti nedidžiuoti ir negydomi, nepaisant jų reikšmingo poveikio (2). Įrodyta, kad negydomas nerimas siejamas su prastesniu gydymo režimo laikymusi, ilgesne hospitalizacija, didesniu sveikatos priežiūros paslaugų naudojimu, sudėtingesne gydytojo ir paciento komunikacija bei blogesne su sveikata susijusia gyvenimo kokybe (14). Be to, nerimas dažnai pasireiškia kartu su depresija, sudarydamas sudėtingas kliniškes situacijas, kurioms būtinas išsamus įvertinimas (15).

7.2. Klasifikacija

Nerimo sutrikimai yra heterogeniška psichikos sutrikimų grupė, kuriai būdingas pernelyg intensyvus, ilgalaikis ir kasdienį funkcionavimą trikdančias nerimas bei su juo susiję elgesio ir somatiniai simptomai (13,16). Pasaulio sveikatos organizacijos Tarptautinėje ligų klasifikacijoje (TLK-10) ne visi su nerimu susiję sutrikimai priskiriami nerimo sutrikimų grupei. Pavyzdžiui, obsesinis kompulsinis sutrikimas ir potrauminio streso sutrikimas klasifikuojami atskirose kategorijose, nors jų klinikinėje raiškoje nerimas yra vienas pagrindinių simptomų. Tai rodo, kad klasifikacija grindžiama ne tik simptomais, bet ir atsižvelgia į sutrikimų etiologiją bei tarpusavio ryšius. Naujesnėje TLK-11 versijoje kai kurie sutrikimai buvo pergrupuoti, siekiant geriau atspindėti naujausius mokslinius duomenis apie jų kilmę ir tarpusavio ryšius. Tai rodo, kad psichikos sutrikimų klasifikacija yra dinamiška ir nuolat atnaujinama atsižvelgiant į mokslo pažangą (17,18).

Klinikinėje praktikoje onkologine liga sergančių pacientų nerimas klasifikuojamas į tris pagrindines grupes: pirminius, antrinius (organinius) ir situacinius (reaktyvius) nerimo sutrikimus (19,20) (žr. 2 pav.).



2 paveikslėlis. Nerimo sutrikimų onkologijoje klasifikacija

Pirminius nerimo sutrikimus sudaro psichiatriniai sutrikimai, egzistuojantys nepriklausomai nuo onkologinės ligos - jų eiga gali paūmėti ligos kontekste, tačiau vėžys nėra jų tiesioginis sukėlėjas. Svarbu diferencijuoti pirminius nerimo sutrikimus nuo antrinių nerimo būklių, kurias gali sukelti medikamentai, abstinencija, deliras ar nepakankamai kontroliuojami fiziniai simptomai, ypač skausmas. Tam tikri vaistai, naudojami onkologijoje, pavyzdžiui, dopamino antagonistai ar greitas opioidų, benzodiazepinų ar kortikosteroidų nutraukimas, gali provokuoti nerimo ar akatizijos simptomus. Dėl šių priežasčių klasifikavimas dažnai reikalauja

daugiadalykio vertinimo (20,21). Ypatinę vietą antrinių nerimo būklių spektre užima organinis nerimo sutrikimas. Šis sutrikimas apibrėžiamas kaip nerimo simptomų kompleksas, kurio tiesiogine fiziologine priežastimi yra pagrindinis somatinis susirgimas, o ne psichologinė reakcija į ligą (17). Onkologijos kontekste organinis nerimas gali kilti dėl naviko tiesioginės įtakos centrinei nervų sistemai (pavyzdžiui, smegenų metastazių ar naviko masės efekto), paraneoplastinių sindromų sukeltamų medžiagų apykaitos sutrikimų ar naviko išskiriamų citokinų bei hormonų (22,23). Diagnostikos požiūriu ši būklė reikalauja, kad kliniškai būtų nustatyta tiesioginė patloginė sąsaja tarp somatinės ligos ir nerimo simptomų, o gydymas pirmiausia orientuotas į priežastinės medicininės būklės korekciją (17).

Trečiąją grupę sudaro situaciniai (reaktyvieji) nerimo sutrikimai - psichologinė reakcija į onkologinę situaciją. Šio tipo nerimas susijęs su konkrečiais ligos etapais, tokiais kaip diagnozė, gydymo pradžia ar ligos atsinaujinimo baimė, taip pat apima su liga ar gydymu susijusį potrauminį nerimą (19). Situacinis nerimas, nors ir laikomas normalia adaptacine reakcija, gali peraugti į klinikinį sutrikimą, reikalaujantį intervencijos. Pastebėta, kad nerimo rizika padidėja beveik visų lokalizacijų vėžio atvejais. Ypač didelis paplitimas nustatomas pacientams, kuriems liga ar gydymas sukelia matomus kūno pokyčius, funkcinis praradimus ar socialinę izoliaciją, pavyzdžiui, sergant galvos ir kaklo ar plaučių navikais (24,25).

Didėjantis supratimas apie psichologinio distreso reikšmę onkologijoje skatina integruoti standartizuotas patikros sistemas į rutininę pacientų priežiūrą. Ankstyvas rizikos grupių identifikavimas leidžia laiku taikyti psichologines ir farmakologines intervencijas bei gerinti bendrus gydymo rezultatus (12).

7.3. Klinikinė išraiška

Klinikinėje praktikoje svarbu atskirti situacinį nerimą, kuris dažniausiai yra laikinas ir susijęs su konkrečiais ligos ar gydymo etapais, nuo patloginio nerimo, kuriam būdingas didesnis simptomų intensyvumas, ilgesnė trukmė ir reikšmingas funkcinų gebėjimų sutrikimas. Patloginis nerimas paprastai laikomas neproporcingu realiai grėsmei, linkusiu išlikti ar progresuoti nesant intervencijos ir sukeliančiu reikšmingus emocinius, kognityvinius bei somatinius simptomus (12,13).

Onkologine liga sergantiems pacientams nerimas dažniausiai pasireiškia tiek psichologiniais, tiek somatiniais simptomais. Dažniausi psichologiniai simptomai yra nuolatinis nerimastingumas, vidinė įtampa, dirglumas, sunkumas atsipalaiduoti, padidėjęs jautrumas stresui bei įkyrios mintys apie ligą, jos progresavimą ar galimą mirtį. Pacientai taip pat gali patirti

bejėgiškumo jausmą, kontrolės praradimo pojūtį bei nuolatinį susirūpinimą dėl gydymo rezultatų ar galimų komplikacijų. Be to, nerimas gali pasireikšti pažintiniais simptomais, tokiais kaip dėmesio koncentracijos sumažėjimas, sprendimų priėmimo sunkumai ar nuolatinis galvojimas apie ligos pasikartojimą (12,26). Somatiniai nerimo simptomai dažniausiai susiję su autonominės nervų sistemos aktyvacija. Pacientai gali skųstis širdies plakimu, prakaitavimu, dusuliu, galvos svaigimu, spaudimo pojūčiu krūtinėje ar pilve. Taip pat gali pasireikšti vegetacinių simptomų, tokių kaip apetito sumažėjimas, pykinimas, virškinimo sutrikimai, nuovargis ar miego problemos. Kai kuriems pacientams gali pasireikšti panikos priepuoliai, kuriems būdingas staigus intensyvaus nerimo epizodas, lydimas tachikardijos, tremoro, dusulio, pykinimo ir stiprios baimės prarasti kontrolę ar mirti (13,27). Onkologijoje nerimo diagnostika yra sudėtinga dėl somatinių simptomų persidengimo su pačia liga ar jos gydymu. Daugelis nerimo simptomų, tokių kaip nuovargis, miego sutrikimai, koncentracijos sunkumai ar apetito pokyčiai, gali būti susiję tiek su psichologiniu stresu, tiek su vėžio progresavimu ar gydymo šalutiniais poveikiais. Pavyzdžiui, chemoterapija ar radioterapija gali sukelti fizinių simptomų, kurie imituoja nerimo pasireiškimą. Be to, kai kurie vaistai, tokie kaip kortikosteroidai, gali sukelti nerimui būdingus simptomus, įskaitant neramumą ar ažitaciją (27,28).

Papildomų diagnostinių sunkumų kelia tai, kad nerimas dažnai pasireiškia kartu su kitais psichikos sutrikimais. Todėl klinikinėje praktikoje svarbi diferencinė diagnostika, atskiriant nerimo sutrikimus nuo depresijos, delyro ar adaptacijos sutrikimų. Depresija ir nerimas dažnai pasireiškia kartu, o mišrus nerimo ir depresijos simptomų kompleksas onkologinių pacientų populiacijoje yra gana dažnas. Tuo tarpu delyras, ypač pažengusios ligos stadijose ar intensyvaus gydymo metu, gali pasireikšti neramumu, ažitacija ar dezorientacija, kurie kartais klaidingai interpretuojami kaip nerimo simptomai (29,30).

Svarbu pažymėti, kad nerimo lygis onkologinių pacientų populiacijoje dažnai kinta ligos eigoje. Didžiausias nerimo intensyvumas paprastai stebimas netrukus po diagnozės nustatymo arba laukimo laikotarpiu prieš diagnostinius tyrimus ar gydymo rezultatus. Nors dalis pacientų laikui bėgant prisitaiko prie ligos situacijos, kai kuriems nerimo simptomai gali išlikti ilgą laiką arba sustiprėti ligai progresuojant. Dėl šių priežasčių ankstyvas nerimo simptomų atpažinimas ir tinkamas jų vertinimas yra svarbi visapusiškos onkologinių pacientų priežiūros dalis (20,31).

7.3.1. Smegenų metastazės

Smegenų metastazės laikomos dažniausia vėžio sukelta neurologinė komplikacija ir kartu yra dažniausiai nustatomas intrakranijinis navikas suaugusiųjų populiacijoje. Jos diagnozuojamos

maždaug 10-40 % onkologinių pacientų, o jų paplitimas priklauso nuo pirminio naviko histologinių ypatybių. Dažniausi simptomai - galvos skausmas, epilepsijos priepuoliai, sąmonės ir pažintinių funkcijų pokyčiai, regos sutrikimai, padidėjusio intrakranijinio spaudimo simptomai. Taip pat gali išryškėti židinių neurologinių simptomų, tokių kaip judesių ar jutimų sutrikimai (32-34).

Smegenų naviko lokalizacija yra vienas svarbiausių veiksnių, lemiančių paciento emocinius, kognityvinius ir elgesio pokyčius. Skirtingos smegenų sritys atlieka specifines funkcijas, todėl navikai, esantys tam tikrose zonose, sukelia būdingus simptomus. Pavyzdžiui, kaktinės skilties navikai dažniausiai siejami su vykdomųjų funkcijų sutrikimais, impulsyvumu, sumažėjusia savikontrole ir asmenybės pokyčiais, tuo tarpu smilkininės skilties pažeidimai dažniau lemia emocijų atpažinimo sunkumus bei socialinės sąveikos problemas. Limbinės sistemos struktūrų pažeidimas gali turėti reikšmingą poveikį emocijų reguliacijai, didinant depresijos, nerimo ar agresijos riziką. Be to, naviko lokalizacija gali veikti ne tik izoliuotas funkcijas, bet ir platesnius neuroninius tinklus, taip sukeldama kompleksinius simptomų derinius. Dėl šios priežasties naviko vietos įvertinimas yra esminis ne tik diagnozuojant ir planuojant gydymą, bet ir prognozuojant paciento gyvenimo kokybę bei parenkant tinkamas psichologinės pagalbos strategijas (32,35).

7.4. Gydymas

Nerimo gydymas onkologinėje praktikoje reikalauja individualizuoto ir kompleksinio požiūrio, apimančio psichosocialines intervencijas, farmakoterapiją bei jų derinį. Gydomo pasirinkimas priklauso nuo simptomų sunkumo, paciento funkcinės būklės, gretutinių ligų ir psichologinės pagalbos prieinamumo. Lengvo ir vidutinio sunkumo nerimo atvejais pirmenybė teikiama psichoterapijai, o esant sunkiems simptomams ar nepakankamam atsakui - taikoma farmakoterapija. Dažniausiai optimalūs rezultatai pasiekiami derinant abu metodus (25).

7.4.1. Psichosocialinė pagalba

Psichosocialinė pagalba yra svarbi visiems onkologiniams pacientams. Ji apima informavimą apie ligą ir gydymą, kuris mažina nerimą bei didina kontrolės jausmą. Nuolatinis paciento psichologinės būklės vertinimas yra būtinas, nes nerimo lygis gali kisti skirtingais ligos etapais (20,25,36).

Psichosocialines intervencijas apima (20,25,36):

- 1) Kognityvinė elgesio terapija (KET) - viena efektyviausių psichoterapijos formų, kuri padeda pacientams atpažinti ir keisti neigiamus mąstymo modelius ir elgesį. Tyrimai rodo, kad KET sumažina tiek psichologinį, tiek fizinį stresą ir gerina gyvenimo kokybę pacientams, sergantiems vėžiu.
- 2) Ekspozicijos metodai mažina vengimą ir stiprina gebėjimą susidoroti su nerimą keliančiomis situacijomis.
- 3) Palaikomoji psichoterapija ypač svarbi pacientams su pažengusia liga ir egzistenciniu distresu.
- 4) Egzistencinį stresą mažinančios struktūruotos psichoterapijos, tokios kaip *MCP* ir *CALM* programos, kurios stiprina prasmės jausmą ir mažina beviltiškumą.
- 5) Psichoedukacija, *mindfulness* pagrindu paremtos terapijos (MBSR, MBCT), relaksacija, meditacija, hipnozė, *biofeedback* - šios intervencijos padeda mažinti stresą, skausmo sukeltą nerimą bei su gydymu susijusius simptomus.

7.4.2. Farmakologinis gydymas

Farmakologinis gydymas skiriamas esant vidutinio ar sunkaus laipsnio nerimui. Farmakoterapija turėtų būti individualizuota atsižvelgiant į paciento būklę, gretutinius simptomus, galimas vaistų sąveikas ir paciento požiūrį į gydymą. Reguliarus stebėjimas ir gydymo koregavimas yra būtini dėl dinamiško nerimo pobūdžio onkologinėje praktikoje (25).

Pirmos eilės vaistai (25,29):

- 1) Selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI) ir serotonino-norepinefrino reabsorbcijos inhibitoriai (SNRI) - veiksmingi gydant tiek nerimą, tiek dažnai kartu pasireiškiančią depresiją. Poveikis pasireiškia per 4-6 savaites, todėl pradžioje gali būti derinami su benzodiazepinais.
- 2) Benzodiazepinai - skiriami trumpalaikiam ūmaus nerimo ar panikos epizodų gydymui dėl greito poveikio, tačiau jų ilgalaikis vartojimas ribojamas dėl priklausomybės ir sedacijos rizikos. Trumpai veikiantys preparatai (pvz., lorazepamas) tinkami epizodiniam nerimui, o ilgesnio veikimo - nuolatiniam, tačiau pastarieji dažniau sukelia šalutinius poveikius.
- 3) Kiti vaistai, tokie kaip buspironas, tinka generalizuotam nerimui gydyti, ypač kai siekiama išvengti priklausomybės. Tricikliai antidepresantai naudojami rečiau dėl šalutinių poveikių, o mirtazapinas gali būti naudingas esant nemigai. Atspariais atvejais gali būti skiriami mažų dozių antipsichotikai ar kiti papildomi vaistai.

Efektyviausias nerimo valdymas pasiekiamas derinant psichoterapiją ir farmakoterapiją. Psichologinės intervencijos padeda ugdyti ilgalaikius prisitaikymo įgūdžius, o vaistai užtikrina greitesnę simptomų kontrolę. Gydomo metu būtina atsižvelgti į gretutinius simptomus (pvz., skausmą, nemigą), taip pat svarbus ir pacientų edukavimas, nes neretai baimė dėl priklausomybės ar stigmos trukdo tinkamam gydymui (25,37).

7.5. Poveikis paciento ir jo artimųjų gyvenimo kokybei

Onkologinė liga, ypač pažengusiose stadijose, daro stiprų poveikį paciento ir jo artimųjų gyvenimo kokybei. Pacientai patiria fizinius simptomus, tokius kaip skausmas, nuovargis, dusulys ar miego sutrikimai, kurie ne tik blogina savijautą, bet ir sustiprina nerimą, depresiją bei egzistencinį distresą. Nerimas pasireiškia emociniais ir somatiniais simptomais, mažina gebėjimą priimti sprendimus, sutrikdo dėmesio koncentraciją ir socialinę veiklą (38,39). O pacientai su smegenų navikais gali patirti papildomų kognityvinių ir elgesio pokyčių, kurie dar labiau apsunkina kasdienę veiklą ir socialinę sąveiką (40).

Artimieji, dažniausiai šeimos nariai, patiria didelę fizinę, emocinę ir socialinę naštą. Jie teikia kasdienę priežiūrą, sprendžia sudėtingas medicinines situacijas ir gali slėpti savo nerimą bei išsekimą, siekdami apsaugoti pacientą. Globėjai susiduria su nuolat besikeičiančiais paciento poreikiais, turi priimti sudėtingus sprendimus ir dažnai jaučiasi nepakankamai pasirengę šiai atsakomybei, o tai dar labiau didina psichologinį stresą (41,42).

Pacientų socialiniai ryšiai gali keistis - kai kurie nutraukia senus ryšius, o kiti artėja prie artimiausių žmonių arba kuria naujas pažintis. Toks socialinės paramos stiprinimas gali žymiai pagerinti gyvenimo kokybę ir net mažinti mirtingumą (43).

Gyvenimo kokybė sergant vėžiu yra dinamiška ir glaudžiai susijusi su abipuse emocine būseną. Paciento nerimas, fizinis silpnumas, baimė dėl ligos progresavimo ar mirties persipina su artimųjų emocine įtampa, išsekimu ir socialine izoliacija. Tik holistinis požiūris, apimantis fizinių simptomų kontrolę, emocinę paramą, atvirą bendravimą ir paciento bei šeimos narių poreikių supratimą, leidžia abiem pusėms išgyventi ligos eigą oriai, sumažinti distresą ir palaikyti gyvenimo kokybę net sudėtingiausiu laikotarpiu (44,45).

7.6. Įveikos strategijos

Įveikos strategijos - tai kognityvinės arba elgesio pastangos, kuriomis pacientai siekia suvaldyti stresą ar susidoroti su sudėtingomis gyvenimo situacijomis, tokiomis kaip onkologinė

liga. Prisitaikymo prie ligos samprata grindžiama Lazarus ir Folkman (1984) kognityvine teorija ir transakciniu streso modeliu, kuris teigia, kad stresas kyla ne tik iš fizinių ligos pasekmių, bet ir iš individo kognityvinio situacijos vertinimo, jos rimtumo ir savo gebėjimo ją kontroliuoti. Šiame modelyje įveika apibrėžiama kaip nuolat besikeičiančios kognityvinės, emocinės ir elgesio pastangos, kuriomis pacientas bando prisitaikyti prie situacijos ir sumažinti jos sukeltą stresą (46).

Greer ir Watson (1988) išskyrė penkis pagrindinius psichologinius atsako stilius, padedančius pacientams susidoroti su vėžio diagnoze ir gydymu: kovos dvasia (*fighting spirit*) - pacientas aktyviai ieško informacijos ir dalyvauja gydyme; vengimas/neigimas (*avoidance/denial*) - pacientas neigia ar ignoruoja ligos rimtumą; fatalizmas (*fatalism*) - diagnozę ligonis priima kaip neišvengiamą likimą; bejėgiškumas/beviltiškumas (*helplessness/hopelessness*) - pacientas praranda viltį; nerimastingas susitelkimas (*anxious preoccupation*) - ligonis nuolat nerimauja, įsivaizduoja blogiausius scenarijus (47) (žr. 3 pav.).

Būdai	Aprašymas
Kovos dvasia (<i>Fighting Spirit</i>)	Aktyviai kovojama su liga, ieškoma informacijos ir dalyvaujama gydymo procese
Vengimas / Neigimas (<i>Avoidance / Denial</i>)	Neigiamas, ignoruojamas ligos rimtumas, kas gali sumažinti trumpalaikį stresą, tačiau trukdyti ilgalaikėje perspektyvoje
Fatalizmas (<i>Fatalism</i>)	Diagnozę priimama kaip neišvengiamą likimą, kas gali būti susiję su depresija ir mažesniu gydymo laikymusi
Bejėgiškumas / Beviltiškumas (<i>Helplessness / Hopelessness</i>)	Jaučiamasi bejėgiu ir prarandama viltis, kas gali lemti blogesnius gydymo rezultatus
Nerimastingas susitelkimas (<i>Anxious Preoccupation</i>)	Nuolatos nerimaujama dėl ligos, lydi intensyvios neigiamos mintys, baimė ir blogiausių scenarijų įsivaizdavimas

3 paveikslėlis. Psichologiniai atsako stiliai

Nerimo sutrikimų diagnozavimas onkologiniams pacientams yra sudėtingas, nes daugelis pacientų nesuvokia savo būsenos kaip nerimo, o jo simptomai dažnai persidengia su vėžio ir gydymo pasekmėmis. Tyrimų duomenys rodo, kad aukštesnis nerimo ir depresijos lygis dažnai siejamas su destruktiviomis prisitaikymo strategijomis, tokiomis kaip bejėgiškumas arba

nerimastingas susitelkimas, o žemesnis lygis - su kovos dvasia. Šios strategijos veikia gyvenimo kokybę, emocinę būklę ir gebėjimą priimti gydymo sprendimus (20,48).

Lazarus ir Folkman teorija taip pat pabrėžia biopsichosocialinį požiūrį: biologiniai veiksniai apima ligos ir gydymo pasekmes organizmui, psichologiniai - ankstesnę asmenybės struktūrą, įveikos mechanizmus ir ankstesnes psichikos diagnozes, o socialiniai - palaikymo tinklą, finansinį stabilumą bei prieigą prie medicininės priežiūros. Šis modelis leidžia suprasti, kad pacientų emocinės reakcijos yra įvairios: vieni išgyvena stiprų egzistencinį stresą, kiti - didelį nerimą ar depresiją, o tretieji geba išlaikyti atsparumą ir mobilizuoti vidinius resursus, prisitaikant prie ligos (46).

7.7. Vertinimo instrumentai

Vertinimo skalės yra esminė priemonė, leidžianti greitai identifikuoti pacientus, kuriems reikalinga papildoma psichikos sveikatos pagalba. Dažniausiai naudojami instrumentai apima savianalizės klausimynus, tokius kaip Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė (*Generalized Anxiety Disorder scale-7 (GAD-7)*), Paciento sveikatos klausimynas-9 (*Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*) ir Distreso termometras su Problemų sąrašu (*Distress Thermometer; Problems List*). Šie instrumentai pasižymi patikimumu, validumu ir yra praktiški klinikinėje aplinkoje, nes leidžia nustatyti ne tik simptomų buvimą, bet ir jų sunkumą, poveikį funkcionavimui bei galimas lydinčias problemas. Svarbu pažymėti, kad vertinimo priemonės turi būti taikomos nuosekliai ir reguliariai, atsižvelgiant į gydymo etapus, recidyvą ar paciento gyvenimo pokyčius. Vertinimo procesas turėtų būti integruotas į onkologinio gydymo praktiką, kad būtų užtikrintas savalaikis nukreipimas į psichikos sveikatos specialistus ir taikoma tinkama intervencija (12,49).

7.7.1. Distreso ir susijusių problemų vertinimas (*Distress Thermometer; Problems List*)

Visi vėžiu sergantys pacientai turėtų būti laikomi potencialiai patiriančiais psichologinį stresą. *Distress Thermometer (DT)* yra viena iš dažniausiai naudojamų priemonių ištirti onkologine liga sergančiųjų psichologinį distresą. Pacientas atsakinėja į vieną klausimą apie per pastarąsias 7 dienas patirtą distresą vizualinėje skalėje, kur „0“ žymi streso nebuvimą, o „10“ - didelį stresą. Nustatytas slenkstinis balas tolesniam vertinimui yra 4, visgi tyrimai rodo, kad specifinėms pacientų grupėms slenkstinės reikšmės skiriasi. Taip pat pateiktas standartizuotas 39 punktų *Problems List (PL)*, leidžiantis identifikuoti pagrindinius streso šaltinius, labiausiai

veikiančius kasdienį paciento gyvenimą: fizinius (pvz., pykinimas, viduriavimas), emocinius (pvz., baimė, liūdesys), socialinius (pvz., šeimos problemos, susijusios su vaikais), praktinius (pvz., transportas, pinigai) ir dvasinius/religinio pobūdžio. Ankstyvas distreso nustatymas leidžia integruoti psichosocialinę paramą į onkologinį gydymą, nukreipti pacientus į psichologus, socialinius darbuotojus ar kitus specialistus bei pritaikyti gydymo strategijas pagal paciento individualius poreikius. Ši priemonė yra validuota įvairiuose kultūriniuose ir kalbiniuose kontekstuose, o metaanalizė rodo, kad naudojant 4 balų ribą, jautrumas siekia 81%, o specifiškumas - 72%. Visgi vertinimas susiduria su barjeru - pacientams gali būti sunku suprasti žodžio „stresas“ reikšmę. Nors ši skalė nėra specifinė diagnostinė priemonė nerimo ar depresijos sutrikimams, ji padeda identifikuoti pacientus, kuriems reikia papildomo vertinimo, ir yra plačiai naudojama kaip pirminio vertinimo instrumentas klinikinėje praktikoje (12,50,51).

7.7.2. PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*)

PHQ-9 yra vienas plačiausiai ištirtų savęs vertinimo klausimynų, skirtas depresijos simptomų vertinimui pagal DSM-IV kriterijus. Jį sudaro 9 savianalizės klausimai apie per pastarąsias 2 savaites patirtas problemas. Kiekvienas klausimas įvertinamas keturių balų Likerto skalėje nuo 0 („visai ne“) iki 3 („beveik kiekvieną dieną“), todėl bendras rezultatas gali siekti nuo 0 iki 27 balų. PHQ-9 leidžia nustatyti depresijos sunkumą: 0-4 - depresijos simptomai minimalūs, 5-9 - lengva, 10-14 - vidutinė, 15-19 - sunki, 20-27 - labai sunki depresija. Papildomas klausimas įvertina, kaip simptomai apsunkino kasdienę veiklą („visai neapsunkino“ - „ypač apsunkino“). Klinikinėje onkologinėje praktikoje PHQ-9 naudojamas kaip etapisinis įrankis: pirmiausia tikrinami du pagrindiniai simptomai - prislėgta nuotaika ir anhedonija. Jei pacientas nurodo, kad simptomai pasireiškė dažnai, rekomenduojama užpildyti likusius klausimus. Ši metodika padeda sumažinti apklausos laiką ir sutelkti dėmesį į pacientus, kuriems tikrai reikia tolimosnio vertinimo. Depresija diagnozuojama, jei ≥ 5 punktai pažymėti „daugiau nei pusė iš visų dienų“, įskaitant blogą nuotaiką ar anhedoniją, o ≥ 10 balų suma laikoma depresija. Skalė taip pat suteikia galimybę identifikuoti savižudybės minčių riziką ir kartu įvertinti funkcinį sutrikimą bei komorbidines sąlygas. PHQ-9 patikimumas, jautrumas (80%) ir specifiškumas (92%) yra gerai dokumentuoti, o instrumentas leidžia gydytojams laiku identifikuoti depresiją, planuoti intervencijas ir stebėti gydymo efektyvumą (52,53).

7.7.3. GAD-7 (*The Generalized Anxiety Disorder scale-7*)

GAD-7 yra 7 klausimų savianalizės instrumentas, skirtas nustatyti tikėtiną generalizuoto nerimo sutrikimą ir įvertinti simptomų sunkumą. Tačiau patikimai gali padėti nustatyti ir kitus nerimo sutrikimus (panikos, socialinį nerimą, PTSD). Klausimai remiasi DSM-IV GAD diagnostikos kriterijais ir vertina simptomų dažnį per pastarąsias dvi savaites, naudojant keturių balų Likerto skalę (0 = „visai nekamavo“, 3 = „beveik kiekvieną dieną“). Bendras rezultatas gali svyruoti nuo 0 iki 21 balų. Paprastai vertinamas sunkumas: 0-4 - nerimo nėra, 5-9 - lengvas, 10-14 - vidutinis, ≥ 15 - sunkus nerimas. Pildymo trukmė - mažiau nei 5 minutės, galima tiek savarankiškai, tiek interviu būdu. GAD-7 yra itin svarbus onkologiniams pacientams, nes nerimo sutrikimai dažnai būna kartu su kitais psichikos sutrikimais, įskaitant depresiją, ir gali pasireikšti pertekliniu nerimu dėl ligos recidyvo ar įvairių gyvenimo sričių. Skalė turi geras diagnostines charakteristikas, yra paprasta naudoti. Jautrumas - 89%, specifiškumas - 82%. Optimali slenkstinė vertė ≥ 10 , nors kai kurie autoriai rekomenduoja 8-9 balus dėl didesnio jautrumo. Ankstyva diagnozė leidžia planuoti intervencijas, tokias kaip medikamentinis gydymas ar psichosocialinė pagalba, bei sumažinti fizinių ir emocinių simptomų naštą pacientui (54,55).

8. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

8.1. Paciento duomenų analizė

Šiame darbe analizuojamas vieno onkologine liga sergančio paciento klinikinis atvejis, stebėtas per penkis vizitus nuo 2024 m. lapkričio iki 2025 m. lapkričio mėnesio. Per šį laikotarpį buvo sistemingai registruojami paciento fizinės, emocinės ir kognityvinės būklės pokyčiai, siekiant įvertinti nerimo bei depresijos dinamiką onkologinės ligos kontekste. Kiekvieno vizito metu buvo taikomi keli metodai: pusiau struktūruotas interviu su pacientu, leidžiantis detaliai išsiaiškinti jo subjektyvius išgyvenimus, simptomatiką, miego, energijos bei motyvacijos pokyčius, ir papildomas interviu su paciento žmona, kuris suteikė vertingą informaciją apie paciento elgesio modelių, nuotaikos svyravimų ir socialinės funkcijos pokyčius. Taip pat kiekvieno vizito metu buvo taikomas standartizuotas klausimynas (įtraukta: Distreso termometras su Problemų sąrašu (DT; PL), PHQ-9 ir GAD-7), skirtas įvertinti nerimo ir depresijos simptomatiką, kas leido objektyviau fiksuoti simptomų intensyvumą bei pokyčius laikui bėgant.

Toliau pateikiama detali paciento klinikinė raida, remiantis vizitų duomenimis, analizuojant ne tik subjektyviai deklaruojamus simptomus, bet ir objektyviai stebimas elgesio, kognityvinės bei socialinės funkcijas, siekiant atskleisti sąsajas tarp emocinės būklės, adaptacinių strategijų ir onkologinės ligos eigos. Ši analizė leidžia iliustruoti nerimo, depresijos ir prisitaikymo mechanizmų dinamiką realiame klinikiname kontekste bei suteikia pagrindą tolimesnei diskusijai apie psichosocialinį paciento palaikymą ir intervencijų galimybes.

8.1.1. 2024.11.20 vizitas

Interviu su pacientu

Paciento nusiskundimai vizito metu daugiausia susiję su epizodiniu nerimu, kuris dažniausiai pasireiškia vakare, prieš miegą: *"Prieš miegą jaučiuosi tarsi ne viską padaręs, neaišku dėl ko, krečia kaip šaltukas, bet po to užmiegu"*. Pacientas nurodė jaučiantis vidinę įtampą, virpėjimą, šalčio krėtimą, ypač po chemoterapijos procedūrų: *"Vartojant anksstesnę chemiją nieko tokio nebuvo"*. Elgesyje juntama įtampa - pacientas sėdėdamas gniaužė rankas, nors verbaliai stengėsi pateikti save kaip „gerai besijaučiantį ir skundų neturintį“. Pokalbio eigoje visgi atsiskleidė nerimo simptomatika: epizodinis nerimas be aiškos priežasties, drebulys. Emociškai pacientas jautrus, greitai susijaudinantis, nuotaika pažeminta, bet išlaikantis pozityvumą: *"Visgi neslėpsiu - ateina šventės, visi įsipila taurę, matai šone, kelionės, visas,*

vyksta pristabdymas savęs, gyvenimo, jautiesi paskriaustas. Aš visada buvau toks, kad ant kėdės nepasodinsi, aš vieną darau, tai kitą darau, iki šios ligos visur darbai, užsienis. Bet kad ir dabar bandau - po 10 tūkstančių žingsnių nueinu, dviračiu važiuoju, vairuoju mašiną. Bet jaučiu didelę atsakomybę, kad kai jaučiuosi blogai, nevairuoju, nes o jei nepaspausiu stabdžio". Kognityvinės funkcijos išlaikytos - pacientas visiškai orientuotas, mąstymas nuoseklus, vidutinio tempo, suvokimo sutrikimus neigia. Atminties sutrikimų nepastebėta: "Atsimenu visus telefonų kodus, sąskaitas, patinka skaičiai". Suicidines mintis ar ketinimus neigė. Svarbu pažymėti, kad stebimas tam tikras neatitikimas tarp paciento deklaruojamos geros savijautos ir objektyviai pasireiškiančių nerimo požymių. Pacientas linkęs neigti ar minimizuoti savo emocinius sunkumus, siekia išlaikyti „tvirto žmogaus“ įvaizdį: "Reikia viską pačiam tvarkytis, niekas už tave nesutvarkys". Nerimo įveikai reikšmingą vaidmenį atlieka socialinis palaikymas - ypač artimas ryšys su žmona: "Susitvarkyti padeda buvimas tarp žmonių, ypač su žmona, skambutis draugams, artimiesiems, bet visi būna pavargę, turi savo gyvenimus, tai nepradėsi visiems savų problemų sakyti. Bet kai reikia, galiu bet kurią minutę paskambinti artimiesiems, mes žinome, ką tai reiškia, šeimoje turėjome onkologinių ligonių. Šiaip nebūdavau labai bendraujantis, bet dabar šiek tiek atsivėriau, net žmona pastebėjo".

Interviu su žmona

Šio vizito metu artimųjų informacija nebuvo aktyviai fiksuota.

Klausimyno analizė

1. **DT; PL:** 10 balų - itin stiprus distresas, susijęs su chemoterapijos poveikiu ir ligos patiriamu stresu. Problemos: baimė, nerimas, pykinimas, skausmas, rankų/kojų dilgčiojimas, sudarantys daugiasluksnį fizinį ir emocinį stresą.
2. **PHQ 9:** 3 balai - depresijos simptomai minimalūs, neapsunkinantys kasdienės funkcijos.
3. **GAD 7:** 12 balų - vidutinio sunkumo nerimas, atspindintis epizodinę, bet intensyvią įtampą.

Apibendrinimas

Klinikiniame vaizde dominuoja generalizuotas nerimas ir dirglumas. Simptomatika gali būti siejama tiek su onkologinės ligos eiga, tiek su gydymo (ypač chemoterapijos) poveikiu, leidžiančiu svarstyti organinio nerimo komponentą.

8.1.2. 2025.01.31 vizitas

Interviu su pacientu

Pakartotinio vertinimo metu pacientas savo būklę apibūdino kaip stabilią, reikšmingų pokyčių neišsakė: *"Viskas kaip seniau, jokių blogų kėslų. Bet galvoju kasdien apie ligą, nors ir jaučiu stabilumą. Kai sergi, neši maišą ant kupros, o tas maišas būna pilnesnis, būna tuštesnis, įvairiai"*. Nurodė, kad epizodinis nerimas sustiprėja prieš medicininius tyrimus, tačiau tai linkęs racionalizuoti kaip „normalią reakciją“: *"Toks yra gyvenimas, tokią turime tiesiąją, kuria reikia judėti. Bandau domėtis ir gerinti savijautą"*. Miego sutrikimų neišsakė. Pacientas akcentavo išvystytas adaptacines strategijas: siekį nukreipti dėmesį į įvairias veiklas (dėlionių dėliojimas, buitiniai darbai, vaikščiojimas gamtoje), kurios padeda sumažinti su liga susijusias mintis: *"Atsinešu užsiėmimą, kad smegenys ilsėtųsi, o ne sirgtų. Ir lauke darbuojuosi nuo ryto iki vėlyvaus vakaro. Randu nusiramino būdų, atsidarau dureles savo viduje ir pats susitvarkau, nemėgstu konfliktų. Buvome sukonfliktavę su kaimynais, bet aš visada nusileidžiu"*. Tai rodo pakankamai efektyvius emocijų reguliavimo mechanizmus. Vis dėlto išryškėja tam tikri vidiniai išgyvenimai - pacientas reflektavo prarastas gyvenimo galimybes, lygino save su kitais: *"Truputį pasibėdavoju, pavyzdžiui, kolegę į Japoniją siunčia, tai pagalvoju, kad ir aš galėjau taip"*. Taip pat stebimos sustiprėjusios perfekcionizmo ir kontrolės tendencijos, kurios, paciento teigimu, buvo būdingos ir iki ligos, tačiau po operacijos dar labiau sustiprėjo. Pasireiškia kompulsinio pobūdžio elgesys (pakartotinis tikrinimas), keliantis papildomą nerimą: *"Ir seniau toks būdavau, eidavau 5 kartus pečių patikrinti. Dabar išeinu patikrinti dar ir automobilį 3 kartus, o ir naktį 3 valandą nakties atsikelsiu ir patikrinsiu. Klausiau kitų net, ar nėra čia per padidintas reikalas. Žmona sako, kad „šviesą palikai įjungtą“, tai tada galvoju, kaip aš čia taip galėjau. Pas mane viskas būdavo gyvenime išvalyta, nei plaukučio nerasi, darbus bandydavau idealiai padaryti"*. Emociškai pacientas save vertino kaip stabilų, tačiau buvo stebimas pagreitėjęs kalbėjimo tempas, tam tikras mąstymo nenuoseklumas.

Interviu su žmona

Žmonos pateikta informacija papildė klinikinį vaizdą: ji pastebėjo ryškesnius emocijų svyravimus, dirglumą, padidėjusį jautrumą stresui, ypač prieš tyrimus: *"Jis pasikeitė. Greitai susierzina, net nuo mano "kitokio" atsidusimo. Ir parodo, kad aš kažką negerai darau. Jis būna elgiasi visiškai priešingai nei tas žmogus, už kurio ištekėjau. Prieš gydytojų vizitus būna ypatingai jautrus, sunku net paguosti"*. Taip pat akcentavo asmenybės pokyčius - padidėjusį egocentiškumą ir kontrolės poreikį, kalbą, sumažėjusį emocinį atsakomumą į aplinkinius:

"Po operacijos atsirado pas vyrą "viskas tik man", nebepagalvoja apie kitus, vien tik savimi rūpinasi ir nebepastebi to pats. Nebesupranta ir to, kad fiziškai kažko negali padaryti, sako eisiu ir padarysiu, nebeapskaičiuoja pajėgumų. Taip pat pasidarė kalbesnis. Mąstymo sutrikimų nestebiu, viską jis moka padaryti, yra adekvatus, atmintis irgi labai gerai, atsimena tokias smulkmenas, kad net stebiuosi".

Klausimyno analizė

1. **DT; PL:** 4 balai - reikšmingas sumažėjimas nuo pirmojo vizito. Problemos: ruoša, liūdesys, nerimas, pykinimas, skausmas, rankų/kojų dilgčiojimas - daugiakomponentinės problemos, apimančios fizinį, emocinį ir socialinį aspektus.
2. **PHQ 9:** 3 balai - depresijos simptomai minimalūs.
3. **GAD 7:** 2 balai - nerimo sumažėjimas, laikinas ir susijęs su adaptacijos strategijomis.

Apibendrinimas

Stebima santykinė emocinė stabilizacija, tačiau sustiprėjo asmenybės bruožų išraiškos (perfekcionizmas, kontrolės poreikis), galimi organinio pobūdžio elgesio ir emocijų pokyčiai.

8.1.3. 2025.03.31 vizitas

Interviu su pacientu

Šio vizito metu paciento emocinė būklė pablogėjusi. Ryškėjo nerimas, susijęs tiek su artėjančia operacija, tiek su kasdieniais stresoriais. Pacientas išreiškė nepasitenkinimą tarpasmeniniais santykiais, ypač su žmona, jautė emocinio ryšio sumažėjimą: „*Ji nesupranta manęs. Matai, kada žmogus tau sieną stato, aš kitaip suprantu, kaip reikėtų vienas kitu rūpintis, darbas yra darbas, šeima yra šeima. Trūksta pokalbio, švelnumo, dėmesio. O kiti žmonės per daug kišasi į mano reikalus*“. Svarbus aspektas - atsiradusios mintys apie mirtį, kurios rodo padidėjusią psichologinę riziką ir reikalauja atidesnio stebėjimo: „*Kartais ateina minčių, kad greičiau viskas pasibaigtų*“. Simptomatika gali būti siejama su neurologiniais pokyčiais (hidrocefalija, ligos progresavimas), taip pat su emociniu atsaku į ligos eigą ir gyvenimo kokybės blogėjimą.

Interviu su žmona

Žmonos teigimu, išryškėjo vyro dirglumas, pyktis, padidėjęs jautrumas, kuris pasireiškia epizodiškai, su grįžimu į įprastą būseną: *"Aš esu artimiausias jam žmogus ir jisai tą pyktį išlieja ant manęs, su kitais taip nesieltgia. Jis būna mane ir įžeidinėja, atrodo, kad tarsi specialiai. Po to praeina, pasikalbam ir tarsi grįžta senasis žmogus"*. Stebimi ir elgesio pokyčiai: priešiškus, pasyvi agresija, emocinis nepastovumas: *"Būna, kad jis naktimis man neleidžia miegoti, nors žino, kad turiu eiti į darbą kitą dieną, būna net iki 5h ryto, sako man „aš nemiegu, tai ir tu nemiegosi“. Aš pasakau bet kokį žodį, o jis viską sako priešingai. Jis jaučiasi nesuprastas, visų artimųjų paguodos žodžius priima su pykčiu. Jis nepriima iš kitų pagalbos, nenori pripažinti, kai kažko nebegeba, kad turi su reka problemų. Lengvus darbus, pavyzdžiui, išimti indus iš indaplovės, jis vertina kaip didžiulį darbą, kurį nuveikė, pervertina, sako „tu nieko nedarai, o aš viską darau“, turi priekaištų. Aš negaliu būti pavargusi, tada jis sako, kad jisai yra sergantis, o ne aš. Jis nori pastovaus mano dėmesio, net kai kalbu su mama telefonu, jis rodo grimasas, kad yra nepatenkintas"*. Kai kuriais momentais pasireiškia neadekvatus elgesys bei realybės interpretacijos iškraipymai (pvz., nuosavybės klausimai, santykių vertinimas): *"Buvo net kalbėjo apie mano išėjimą iš namų, nes viskas namuose yra jo. Mes kartu pasistatėme šį namą, niekada to nesakydavo iki šiol. Jo sesuo skambina ir nuteikinėja jį prieš mane. Sako, kad kai jis mirs, viskas liks man. Tada jis klauso sesers ir įsiteikia sau tas mintis. Tarsi paerzindamas mane sako, kad važiuos vienas pats į užsienį dirbti"*.

Klausimyno analizė

1. **DT; PL:** 5 balai - streso pobūdis pasikeitė į labiau situacinį. Problemos: susijusios su partneriu, baimė, skausmas - atsiranda socialiniai ir emociniai komponentai.
2. **PHQ 9:** 7 balai - lengvo sunkumo depresija, šiek tiek apsunkinanti kasdienę funkciją.
3. **GAD 7:** 7 balai - padidėjęs nerimo lygis.

Apibendrinimas

Pasireiškė specifinių emocinių ir elgesio sunkumų: sustiprėjęs nerimas ir tarpasmeninių santykių iššūkiai. Šie pokyčiai atskleidžia operacijos artėjimo poveikį paciento emociniam funkcionavimui.

8.1.4. 2025.06.02 vizitas

Interviu su pacientu

Po atliktos galvos smegenų operacijos stebimi tiek fizinės, tiek psichinės būklės pokyčiai. Pacientas skundėsi motorikos sutrikimais, sumažėjusiu darbingumu, energijos stoka. Emociškai dominavo pyktis ir frustracija dėl sumažėjusių galimybių funkcionuoti kaip anksčiau: „*Esu stipriai piktas, nes būdavo nueidavau visur, o dabar vos paeinu, energijos buvo daugiau, anksčiau kėliausi, akys vėl prastėja, labai pikta. Senesnis žmogus geriau atsistatinėja nei aš. Čia didžiausia man trauma, kad visi juda, o aš negaliu*“. Stebimi ir kognityviniai pokyčiai - pacientas nurodė trumpalaikės atminties pablogėjimą: „*Daugiau pamirštu, pavyzdžiui, kur pasidėjau daiktus, nes labai gerai atsimindavau viską*“. Taip pat išlieka dirglumas, padidėjęs jautrumas aplinkos dirgikliams: „*Dėl visko nervinuosi*“. Pozityvus pokytis - pagerėję tarpasmeniniai santykiai su žmona, atsiradęs didesnis emocinis artumas ir palaikymas: „*Dabar viskas gerai, atsirado daugiau pokalbių, supratimo*“.

Interviu su žmona

Žmona nurodė pagerėjusius tarpasmeninius santykius ir didesnę emocinę artumą, kuris padėjo dalinai stabilizuoti paciento emocinę būklę: „*Buvo visiškai kitas žmogus, o dabar sugrįžo į save, jau pasišnekam, nebesipyksta. Nedaro keistų veiksmų, nesiginčija*“.

Klausimyno analizė

1. **DT; PL:** 5 balai - stabilus distresas, nepaisant fizinių apribojimų. Problemos: ruoša, pyktis, nerimas, nuovargis - atsispindi fiziniai ir emociniai iššūkiai po operacijos.
2. **PHQ 9:** 3 balai - depresijos simptomų sumažėjimas.
3. **GAD 7:** 5 balai – lengvo sunkumo nerimo lygis išlieka.

Apibendrinimas

Po operacijos stebimas mišrus vaizdas: fizinis ir kognityvinis pablogėjimas, tačiau dalinis emocinės ir socialinės funkcijos pagerėjimas. Pacientas išlaiko adaptacines įveikos strategijas, nors fiziniai apribojimai padidina emocinį stresą.

8.1.5. 2025.11.18 vizitas

Interviu su pacientu

Šio susitikimo metu paaiškėjo, kad ir toliau dominuoja nerimas. Labiausiai jis susijęs su neapibrėžtumu dėl tyrimų rezultatų, taip pat frustracija dėl ribotų galimybių planuoti ateitį: „*Esu piktas, kad vis dar negavome tyrimų rezultatų, norėjau išvykti į užsienį, planuotis gyvenimą*“. Praėjusį vizitą išsakyta atminties sutrikimas bei mintys apie mirtį praėjo: „*Aš tvirtai einu link to, kad reikia kovoti ir nepasiduoti. Dabar nebe tie laikai, medicina pažengusi, įmanoma*“. Nors pacientas neigė ryškų liūdesį, buvo stebimas padidėjęs dirglumas ir nuovargis. Pacientas taiko aktyvias įveikos strategijas (veiklos, socialinis bendravimas), kurios padeda reguliuoti emocinę būklę. Socialinis palaikymas išlieka svarbus apsauginis veiksnys, tačiau santykiai su žmona šiuo metu vėl pašliję: „*Iš darbo parsineša tą pyktį, nors aš nesu jos darbas. Mes šeimoje kitaip bendraudavome, gražiai vienas su kitu. Aš mėgstu ramybę. Man liūdna, kad negalime švęsti švenčių su sese, jos su mano žmona pykstasi. Nors dabar aš jau gerai sutariu su sese, paskambina, ir tai man labai padėjo geriau jaustis*“.

Interviu su žmona

Žmonos pateikta informacija iliustruoja progresuojančius elgesio ir asmenybės pokyčius: padidėjusį irzlumą, empatijos stoką, prieštarausiantį elgesį, realybės vertinimo netikslumus bei funkcinių gebėjimų pervertinimą: „*Po operacijos viskas buvo grįžę į savas vėžias, o dabar jis vėl pasidarė piktas, irzlus, labai ginčijasi, bet tik su manimi. Dabar gyvenu tarsi su vaiku. Seniau grįždavau iš darbo, tai būdavo padaręs kažką pietums, dabar nebedaro, bet artimiesiems giriasi, kaip jis viską padaro, ir duoda suprasti, kad aš viską netinkamai darau. O iš tikrųjų jis nei vairuoja, nei tvarkosi, nieko, net pasivaikščioti nebenori išeiti kaip seniau. Dabar jis kalba apie kelionę į Vokietiją. Jis vos iki mašinos paeina, viskas sulėtėję, kokia dar kelionė. Ir kai susipykstame, jis tarsi paerzindamas sako, kad važiuos vienas pats į užsienį, nors akivaizdu, kad niekur nenuvažiuos. Taip pat neleidžia man bendrauti su mama. Nors mano santykiai su jo sese nėra geri, bet aš jam nedraudžiu bendrauti su ja, o dabar aš su savo mama galiu kalbėtis telefonu tik kai jo nėra, nes tai jį erzina. O seniau jie gerai sutardavo, bet dabar jo sesuo nuteikina jį prieš mus ir jis pasiduoda tam. Vėl grįžo "viskas man" kalbos*“. Taip pat žmona pastebi epizodinį elgesio dezorganizavimą (pvz., naktinis aktyvumas, impulsyvūs veiksmai), kuris gali būti susijęs su organiniais smegenų pokyčiais: „*Jis kiekvieną naktį nemiega, kažką kuičiasi, bet nieko nepadaro. Jis nesupranta, kad aš irgi galiu būti pavargusi. Sako, kad vėliau išsimiegosiu, o jis čia ligonis*“.

Klausimyno analizė

1. **DT; PL:** 9 balai - padidėjęs distresas, atspindintis didėjančią psichologinę riziką. Problemos: susijusios su partneriu, baimė, liūdesys, nerimas, pykinimas, skausmas, miegas, rankų/kojų dilgčiojimas - daugiakomponentinės fizinės, emocinės ir socialinės problemos.
2. **PHQ 9:** 8 balai - šiek tiek apsunkinanti depresijos simptomatika.
3. **GAD 7:** 6 balai - truputį sustiprėjęs nerimas.

Apibendrinimas

Paciento būklė pasižymi lėtine nerimo simptomatika, progresuojančiais asmenybės ir elgesio pokyčiais bei galimu organiniu psichikos funkcijų pažeidimu. Distreso ir nerimo pikai rodo poreikį nuolat stebėti paciento emocinę būklę ir palaikyti adaptacines strategijas, daugiausia remiantis socialiniu palaikymu.

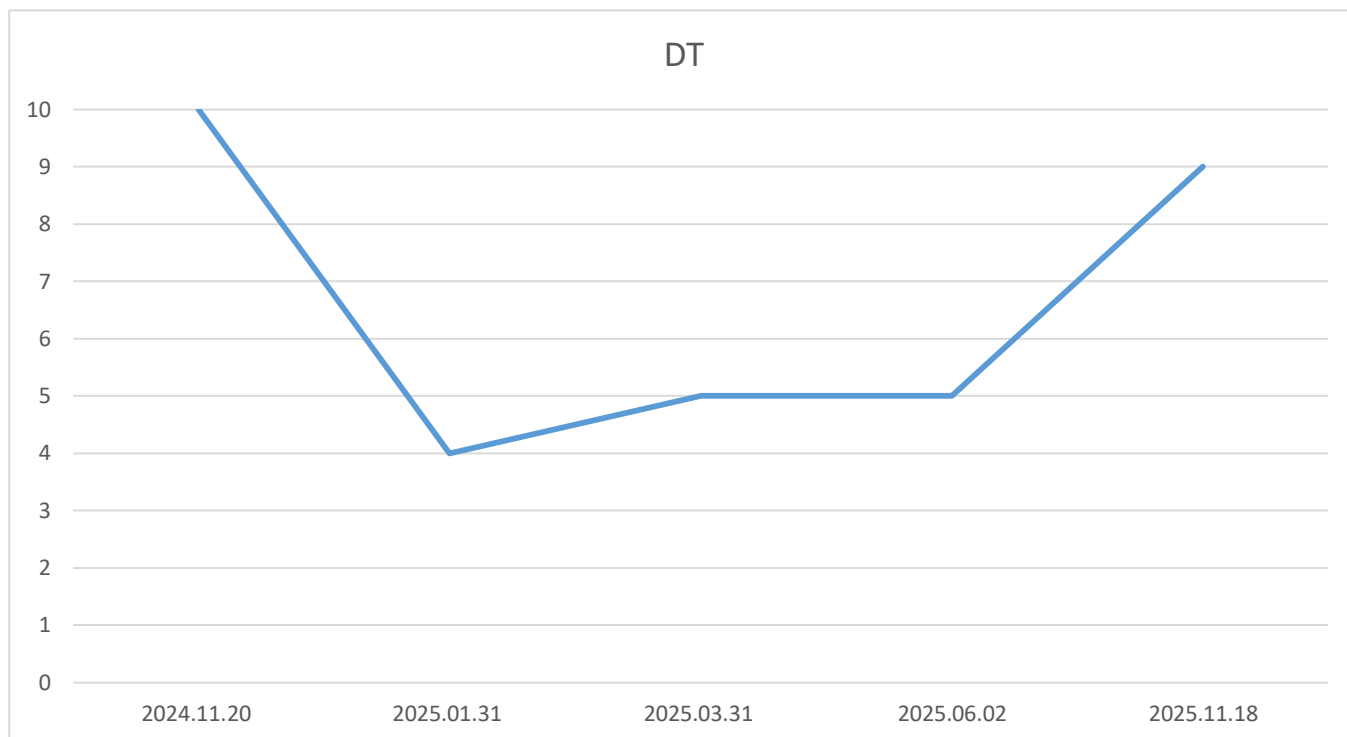
8.2. Vizitų apibendrinimas ir analizė

Toliau pateikiama diagramose vizualiai atvaizduojama klausimynų rezultatų kaita skirtingais vertinimo laikotarpiais (žr. 4, 5, 6 pav.). Tai suteikia galimybę ne tik palyginti skirtingų laikotarpių rodiklius, bet ir giliau suprasti psichologinių reakcijų dinamiką, išryškinti rizikos periodus bei apsauginius veiksnius. Tai sudaro pagrindą tolimesnei diskusijai apie intervencijų poreikį, jų laiką ir pobūdį, siekiant užtikrinti kompleksinę psichosocialinę paciento priežiūrą.

8.2.1. Distreso termometro (DT) duomenų analizė

Analizuojant distreso termometro rodiklius per visą stebėjimo laikotarpį matyti aiški jų dinamika, glaudžiai susijusi su onkologinės ligos eiga ir gydymo etapais. Didžiausias distreso lygis nustatytas 2024 m. lapkričio mėn. (10 balų), kai pacientas aktyviai gydytas ir patyrė ryškią somatinę simptomatiką, įskaitant skausmą, pykinimą bei neuropatinius pojūčius. Tai rodo, kad pradiniam etape dominuoja kompleksinis fizinio ir emocinio distreso derinys, būdingas pažengusios onkologinės ligos fazei. Vėlesniu laikotarpiu (2025 m. sausio-birželio mėn.) distreso lygis sumažėjo iki 4-5 balų, kas sutampa su santykinio klinikinės būklės stabilizavimu, efektyvesnių adaptacinių strategijų taikymu bei stipriu socialiniu palaikymu. Tačiau svarbu pažymėti, kad šis sumažėjimas nereiškia visiško emocinės būklės pagerėjimo, o labiau atspindi

paciento prisitaikymo procesus. 2025 m. lapkričio mėn. distresas vėl reikšmingai padidėjo (9 balai), kas koreliuoja su ligos progresavimu, bet negalima atmesti ir situacinio streso aspekto (žr. 4 pav.). Taigi distreso termometras šiuo atveju yra jautrus rodiklis, atspindintis bendrą ligos naštą ir jos pokyčius laike, integruojantis tiek fizinius, tiek emocinius aspektus.

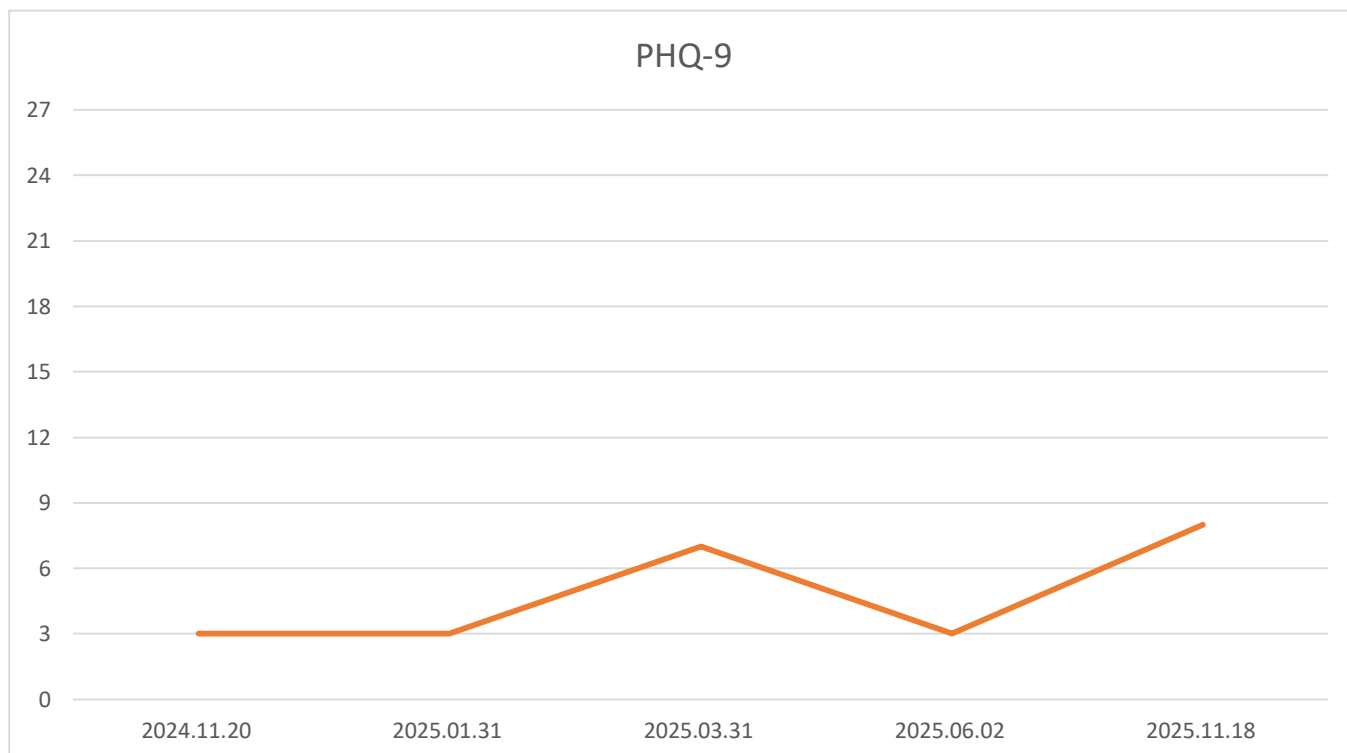


4 paveikslėlis. Distreso termometro rezultatai

8.2.2. Depresijos simptomatikos (PHQ-9) analizė

Depresijos simptomatika, vertinta PHQ-9 skale, viso stebėjimo laikotarpiu išlieka santykinai stabili ir pasiekia tik lengvo sunkumo lygį (3-8 balai). Pradiniam etape nustatytas minimalios depresijos lygis (3 balai), kuris vėliau padidėja iki lengvo sunkumo (7 balai 2025 m. kovą), o vėliau vėl sumažėja. Nedidelis simptomų padidėjimas siejamas su psichosocialiniais veiksniais, tokiais kaip santykių sunkumai, savęs lyginimas su ankstesne būkle ir prarastų galimybių išgyvenimas. 2025 m. lapkričio mėnesį stebimas nedidelis depresijos simptomų padidėjimas (8 balai), kuris koreliuoja su ligos progresavimu bei tarpasmeninių santykių keblumais (žr. 5 pav.). Vis dėlto svarbu pabrėžti, kad depresija šiame klinikiniam atvejuje nėra dominuojantis sindromas - ją labiau nustelbia nerimo simptomatika, emocinis labilumas ir organiniai elgesio pokyčiai. Be to, PHQ-9 gali nepakankamai atspindėti tikrąją paciento emocinę būklę dėl neurologinių pažeidimų, kurie veikia emocijų raišką, kritiškumą bei savęs vertinimą.

Todėl depresijos simptomų interpretacija turi būti integruota į platesnį klinikinį kontekstą, atsižvelgiant į organinius ir psichosocialinius veiksnius.

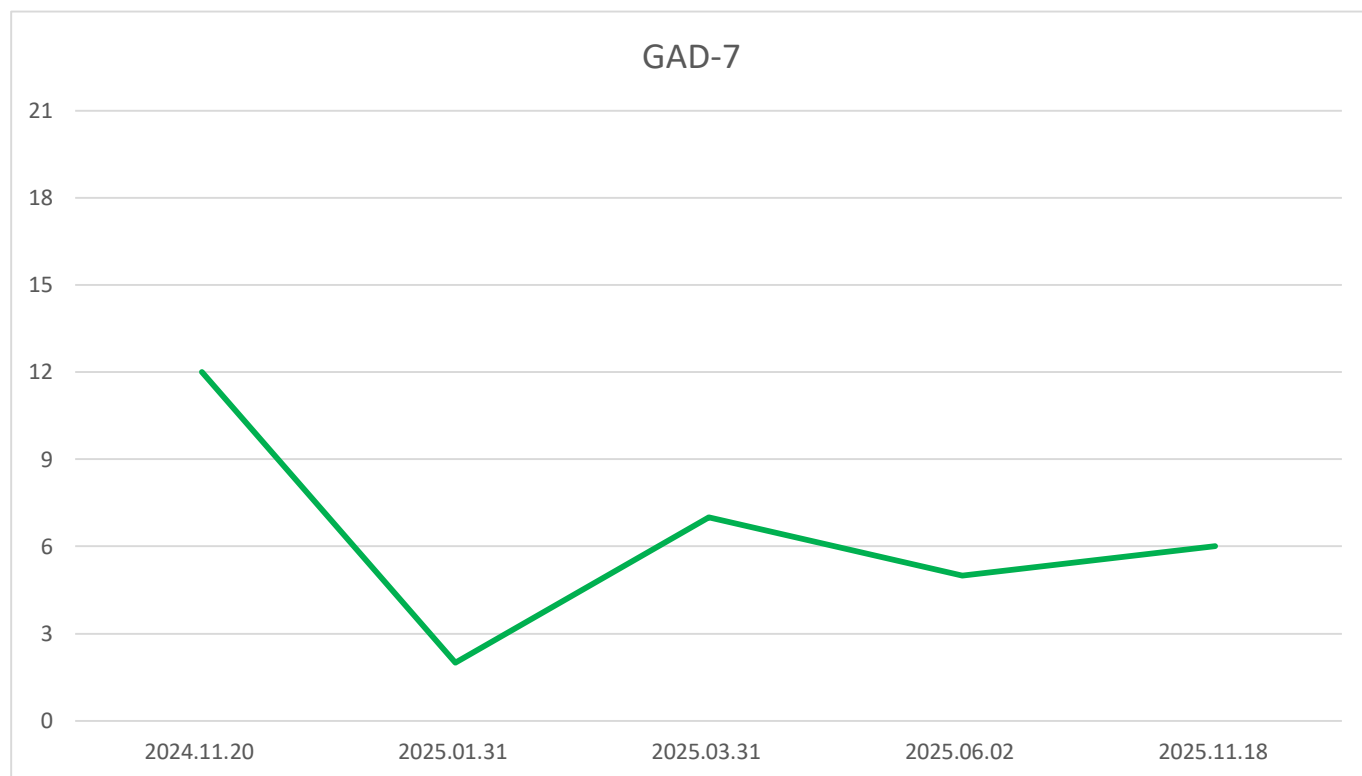


5 paveikslėlis. PHQ-9 rezultatai

8.2.3. Nerimo simptomatikos (GAD-7) analizė

Nerimo simptomų dinamika, vertinta GAD-7 skale, pasižymi kintamumu ir ne visuomet tiesiogiai atspindi klinikinę būklę. Pradinio vertinimo metu nustatytas vidutinio sunkumo nerimas (12 balų), kuris siejamas su aktyvia ligos faze, gydymo poveikiu bei neapibrėžtumu dėl ligos eigos. Vėliau stebimas reikšmingas nerimo sumažėjimas (2025 m. sausį - iki 2 balų, kovą - 7, birželį - 5), kuris iš pirmo žvilgsnio galėtų būti interpretuojamas kaip emocinės būklės gerėjimas. Vis dėlto kovo ir birželio mėnesio klinikiniai duomenys rodo, kad tuo laikotarpiu pacientui pasireiškė emocinis nestabilumas, dirglumas, tarpasmeninių santykių sunkumai. Šis neatitikimas leidžia daryti prielaidą, kad sumažėję GAD-7 rodikliai gali būti susiję su psichologiniais gynybiniais mechanizmais (pvz., neigimu, racionalizacija) arba organiniais smegenų pažeidimais, mažinančiais emocijų suvokimą ir refleksiją. 2025 m. lapkričio mėnesį nerimo lygis vėl padidėja (6 balai), kas labiau atitinka objektyvią klinikinę situaciją - ligos progresavimą, didėjantį neapibrėžtumą ir išliekantį funkcinį ribotumą (žr. 6 pav.). Taigi GAD-7 rezultatai turi būti interpretuojami atsargiai, ypač esant neurologinėms komplikacijoms, ir vertinami kartu su

klinikiniu interviu bei artimųjų pateikta informacija.



6 paveikslėlis. GAD-7 rezultatai

8.2.4. Tyrimo duomenų ribotumai

Svarbu pažymėti, kad gauti klausimynų duomenys turi tam tikrų ribotumų ir turėtų būti interpretuojami atsargiai. Pirmojo vertinimo metu klausimynas buvo pildytas kartu su paciento žmona, o vėlesnių vizitų metu - paties paciento savarankiškai. Toks duomenų rinkimo būdo pasikeitimas gali turėti įtakos rezultatų patikimumui ir palyginamumui laike, kadangi artimųjų vertinimas dažnai būna objektyvesnis ir gali atskleisti daugiau simptomų, ypač susijusių su elgesio ar emocijų pokyčiais. Tuo tarpu pacientas, ypač esant galimiems neurologiniams ir kognityviniams pokyčiams, gali būti linkęs minimizuoti ar nepakankamai įvertinti savo būklę. Todėl tikėtina, kad jei klausimynus nuosekliai būtų pildžiusi žmona, rezultatai galėtų rodyti didesnę simptomų intensyvumą, ypač elgesio ir emocinio labilumo srityse. Kita vertus, svarbu atkreipti dėmesį, kad ir artimojo pateikiami duomenys nėra visiškai objektyvūs. Paciento žmona taip pat interpretuoja situaciją per savo asmeninę patirtį, emocinę būklę ir santykių su pacientu dinamiką. Jos vertinimus gali veikti nuovargis, stresas, nerimas dėl ligos eigos ar tarpasmeninių santykių pokyčiai, todėl tam tikri simptomai gali būti sustiprinti arba, priešingai, nepakankamai įvertinti.

9. IŠVADOS

1. Nerimo sutrikimai onkologine liga sergantiems pacientams yra dažna problema ir pasižymi kintama dinamika, priklausančia nuo ligos stadijos, gydymo etapų bei psichosocialinių veiksnių.
2. Analizuojant klinikinį atvejį, nustatytas aukštas psichologinio distreso lygis ir vidutinio sunkumo nerimas, tuo tarpu depresijos simptomai buvo minimalūs. Klinikinis vaizdas rodė ryškų emocinį stresą, susijusį su aktyviu gydymu ir somatine simptomatika. Akivaizdus buvo ir kintamumas stabilizavusis klinikinei būklei, taikant adaptacines įveikos strategijas bei gerėjant santykiams su artimaisiais.
3. Ligos eigoje išryškėjo reikšmingi elgesio ir asmenybės pokyčiai: padidėjęs dirglumas, emocinis labilumas, kontrolės poreikis, tarpasmeninių santykių sunkumai, kurie susiję su neurologiniais pakitimais ir psichologine reakcija į ligą.
4. Socialinis palaikymas, ypač santykiai su artimaisiais, turėjo reikšmingą apsauginį poveikį paciento emocinei būklei ir prisitaikymui prie ligos.
5. Standartizuoti vertinimo instrumentai yra naudingi pirminiam psichologinės būklės įvertinimui, tačiau jų rezultatai turi būti interpretuojami kompleksiskai, derinant su paciento interviu ir artimųjų pateikta informacija.

10. REKOMENDACIJOS

1. Onkologine liga sergantiems pacientams ir jų artimiesiems būtinas aiškus, nuoseklus informavimas apie galimus psichologinius ir elgesio pokyčius ligos bei gydymo eigoje. Tai padėtų geriau suprasti patiriamus simptomus, sumažinti nerimą ir formuoti realistiškus lūkesčius.
2. Klinikinėje praktikoje svarbu reguliariai vertinti pacientų psichologinę būklę, naudojant standartizuotus instrumentus (DT, PHQ-9, GAD-7), tačiau juos papildyti klinikiniu interviu bei artimųjų informacija, siekiant išsamesnio vertinimo.
3. Atsižvelgiant į galimus neurologinius pokyčius, svarbu anksti identifikuoti elgesio ir kognityvinius sutrikimus bei, esant poreikiui, įtraukti multidisciplininę komandą (psichologą, psichiatrą, neurologą).
4. Socialinio palaikymo stiprinimas, ypač artimųjų įtraukimas į paciento priežiūrą, yra esminis veiksnys gerinant paciento emocinę būklę ir gyvenimo kokybę.
5. Rekomenduojama taikyti individualizuotą, biopsichosocialiniu modeliu pagrįstą požiūrį, kuris leistų atsižvelgti į biologinius, psichologinius ir socialinius veiksnius bei užtikrinti kompleksinę paciento priežiūrą.

11. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209–49. doi:10.3322/caac.21660
2. Alwhaibi M, AlRuthia Y, Sales I. The Impact of Depression and Anxiety on Adult Cancer Patients' Health-Related Quality of Life. *J Clin Med*. 2023 Mar 12;12(6):2196. doi:10.3390/jcm12062196
3. Singer S, Das-Munshi J, Brähler E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care—a meta-analysis. *Ann Oncol*. 2010 May;21(5):925–30. doi:10.1093/annonc/mdp515
4. Amiri S. The prevalence of anxiety symptoms/disorders in cancer patients: a meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2024 Nov 15;15:1422540. doi:10.3389/fpsyt.2024.1422540
5. Grassi L, Caruso R, Riba MB, Lloyd-Williams M, Kissane D, Rodin G, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open*. 2023 Apr;8(2):101155. doi:10.1016/j.esmoop.2023.101155
6. Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*. 2007 Oct 15;110(8):1665–76. doi:10.1002/cncr.22980
7. Yen SH, Hsu YH, Phiri D, Kuo CC, Fang HF, Chung MH. Bidirectional relationship between anxiety disorder and cancer: a longitudinal population-based cohort study. *BMC Cancer*. 2025 Apr 23;25(1):761. doi:10.1186/s12885-025-13930-6
8. Turlinskienė M, Urbutienė E. Psicho-onkologija pasaulyje ir Lietuvoje: įrodymais grįsta pagalba pacientams, artimiesiems ir sveikatos priežiūros specialistams. *Psichologija*. 2026 Jan 26;75:43–62. doi:10.15388/Psichol.2026.75.3
9. Duijn JM, Zweers D, Kars MC, De Graeff A, Teunissen SCCM. Anxiety in Hospice Inpatients With Advanced Cancer, From the Perspective of Their Informal Caregivers: A Qualitative Study. *J Hosp Palliat Nurs*. 2021 Apr;23(2):155–61. doi:10.1097/NJH.0000000000000729
10. Mehnert A, Koch U, Schulz H, Wegscheider K, Weis J, Faller H, et al. Prevalence of mental disorders, psychosocial distress and need for psychosocial support in cancer patients – study protocol of an epidemiological multi-center study. *BMC Psychiatry*. 2012 Dec;12(1):70. doi:10.1186/1471-244X-12-70
11. Hassan MA, Mahmoud AE, Kalash S, Kadi T, Bakhos N, Zeidane RA, et al. Prevalence of depression and anxiety among newly diagnosed cancer patients: a single centre experience in the Middle East. *ecancermedicalsecience*. 2024 Apr 3;18. doi:10.3332/ecancer.2024.1690
12. Riba MB, Donovan KA, Ahmed K, Andersen B, Braun Ii, Breitbart WS, et al. NCCN Guidelines® Insights: Distress Management, Version 2.2023: Featured Updates to the NCCN Guidelines. *J Natl Compr Canc Netw*. 2023 May;21(5):450–7. doi:10.6004/jnccn.2023.0026
13. DSM Library [Internet]. [cited 2026 Apr 1]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders | Psychiatry Online. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/epub/10.1176/appi.books.9780890425596>
14. Ha S, Shim I, Bae D. Differences in depressive and anxiety symptoms between cancer and noncancer patients with psychological distress. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(4):395. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_342_18
15. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, et al. Screening, Assessment, and Care of Anxiety and Depressive Symptoms in Adults With Cancer: An American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation. *J Clin Oncol*. 2014 May 20;32(15):1605–19.

doi:10.1200/JCO.2013.52.4611

16. Naser AY, Hameed AN, Mustafa N, Alwafi H, Dahmash EZ, Alyami HS, et al. Depression and Anxiety in Patients With Cancer: A Cross-Sectional Study. *Front Psychol*. 2021 Apr 15;12:585534. doi:10.3389/fpsyg.2021.585534
17. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines [Internet]. [cited 2026 Apr 3]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241544228>
18. TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas [Internet]. [cited 2026 Apr 13]. Available from: <https://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>
19. Breitbart W. *Psychiatric Aspects of Symptom Management in Cancer Patients*. American Psychiatric Press; 1993. 306 p.
20. PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board. Adjustment to Cancer: Anxiety and Distress (PDQ®): Health Professional Version. In: *PDQ Cancer Information Summaries* [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002 [cited 2026 Apr 2]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65960/> PubMed PMID: 26389397.
21. Holland JC, Gooen-Piels J. Psychiatric Disorders. In: *Holland-Frei Cancer Medicine*. 6th edition [Internet]. BC Decker; 2003 [cited 2026 Apr 2]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13240/>
22. Santos JC, Pyter LM. Neuroimmunology of Behavioral Comorbidities Associated With Cancer and Cancer Treatments. *Front Immunol*. 2018;9:1195. doi:10.3389/fimmu.2018.01195 PubMed PMID: 29930550; PubMed Central PMCID: PMC6001368.
23. Lemos M, Lourenço A, Ribeiro M. Psychiatric manifestations of paraneoplastic syndromes. *Eur Psychiatry*. 2022 Sep 1;65(Suppl 1):S661. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.1698 PubMed PMID: null; PubMed Central PMCID: PMC9567621.
24. Ovid [Internet]. [cited 2026 Apr 3]. Depression and Anxiety in Cancer Patients at a... : *Journal of Radiation and Cancer Research*. Available from: https://www.ovid.com/jnls/jrcr/fulltext/10.4103/jrcr.jrcr_56_23~depression-and-anxiety-in-cancer-patients-at-a-tertiary-care doi:10.4103/jrcr.jrcr_56_23
25. Andersen BL, Lacchetti C, Ashing K, Berek JS, Berman BS, Bolte S, et al. Management of Anxiety and Depression in Adult Survivors of Cancer: ASCO Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2023 Jun 20;41(18):3426–53. doi:10.1200/JCO.23.00293
26. Holland JC, Golant M, Greenberg DB, Hughes MK, Levenson JA, Loscalzo MJ, et al., editors. *Psycho-Oncology: A Quick Reference on the Psychosocial Dimensions of Cancer Symptom Management*. Second Edition, Second Edition. Oxford, New York: Oxford University Press; 2015. 248 p. (APOS Clinical Reference Handbooks).
27. Die Trill M. Anxiety and sleep disorders in cancer patients. *Eur J Cancer Suppl*. 2013 Sep;11(2):216–24. doi:10.1016/j.ejcsup.2013.07.009
28. Warrington TP, Bostwick JM. Psychiatric adverse effects of corticosteroids. *Mayo Clin Proc*. 2006 Oct;81(10):1361–7. doi:10.4065/81.10.1361 PubMed PMID: 17036562.
29. MD IB, MD AV. Depression, anxiety, and delirium | CancerNetwork [Internet]. 2026 [cited 2026 Apr 3]. Available from: <https://www.cancernetwork.com/view/depression-anxiety-and-delirium>
30. Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Li Y, Kissane DW, Zabora JR. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psychosomatics*. 2009;50(4):383–91.

31. Hernández Blázquez M, Cruzado JA. A longitudinal study on anxiety, depressive and adjustment disorder, suicide ideation and symptoms of emotional distress in patients with cancer undergoing radiotherapy. *J Psychosom Res.* 2016 Aug 1;87:14–21. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.05.010
32. ScienceDirect [Internet]. [cited 2026 Apr 7]. Neurological Complications of Systemic Cancer and Antineoplastic Therapy. Available from: <https://www.sciencedirect.com/book/edited-volume/9780128219768/neurological-complications-of-systemic-cancer-and-antineoplastic-therapy>
33. Rhun EL, Guckenberger M, Smits M, Dummer R, Bachelot T, Sahm F, et al. EANO–ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up of patients with brain metastasis from solid tumours☆. *Ann Oncol.* 2021 Nov 1;32(11):1332–47. doi:10.1016/j.annonc.2021.07.016 PubMed PMID: 34364998.
34. Aizer AA, Lamba N, Ahluwalia MS, Aldape K, Boire A, Brastianos PK, et al. Brain metastases: A Society for Neuro-Oncology (SNO) consensus review on current management and future directions. *Neuro-Oncol.* 2022 Oct 1;24(10):1613–46. doi:10.1093/neuonc/noac118
35. Samman RR, Timraz JH, Mosalem Al-Nakhli A, Haidar S, Muhammad Q, Irfan Thalib H, et al. The Impact of Brain Tumors on Emotional and Behavioral Functioning. *Cureus.* 2024 Dec 8. doi:10.7759/cureus.75315
36. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of Psycho-Oncologic Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Oncol.* 2013 Feb 20;31(6):782–93. doi:10.1200/JCO.2011.40.8922
37. Twillman RK, Manetto C. Concurrent psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression and anxiety in cancer patients. *Psychooncology.* 1998;7(4):285–90. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199807/08)7:4<285::AID-PON362>3.0.CO;2-G
38. Vehling S, Kissane DW. Existential distress in cancer: Alleviating suffering from fundamental loss and change. *Psychooncology.* 2018 Nov;27(11):2525–30. doi:10.1002/pon.4872 PubMed PMID: 30307088.
39. Getie A, Ayalneh M, Bimerew M. Global prevalence and determinant factors of pain, depression, and anxiety among cancer patients: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMC Psychiatry.* 2025 Feb 19;25:156. doi:10.1186/s12888-025-06599-5 PubMed PMID: 39972435; PubMed Central PMCID: PMC11841195.
40. Baker PD, Bambrough J, Fox JRE, Kyle SD. Health-related quality of life and psychological functioning in patients with primary malignant brain tumors: a systematic review of clinical, demographic and mental health factors. *Neuro-Oncol Pract.* 2016 Dec;3(4):211–21. doi:10.1093/nop/npv042 PubMed PMID: 31386034; PubMed Central PMCID: PMC6657394.
41. Dhumal T, Siddiqui ZA, Kelley GA, Harper F, Kelly KM. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of interventions addressing caregiver distress and burden among cancer caregivers. *PEC Innov.* 2023 Mar 1;2:100145. doi:10.1016/j.pecinn.2023.100145 PubMed PMID: 37214528; PubMed Central PMCID: PMC10194362.
42. Given BA, Given CW, Kozachik S. Family Support in Advanced Cancer. *CA Cancer J Clin.* 2001;51(4):213–31. doi:10.3322/canjclin.51.4.213
43. Social Networks, Social Support, and Survival After Breast Cancer Diagnosis. *J Clin Oncol* [Internet]. [cited 2026 Apr 9]. Available from: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2005.04.2846>
44. Mirhosseini S, Imani Parsa F, Moghadam-Roshtkhar H, Basirinezhad MH, Ameri M, Ebrahimi H. Support based on psychoeducation intervention to address quality of life and care burden among caregivers of patients with cancer: a randomized controlled trial. *Front Psychol.* 2025 Feb 27;16.

45. Hodges LJ, Humphris GM, Macfarlane G. A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Soc Sci Med*. 2005 Jan;60(1):1–12. doi:10.1016/j.socscimed.2004.04.018 PubMed PMID: 15482862.
46. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company; 1984. 460 p.
47. Watson M, Greer S, Young J, Inayat Q, Burgess C, Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med*. 1988 Feb;18(1):203–9. doi:10.1017/s0033291700002026 PubMed PMID: 3363039.
48. Lampic C, Wennberg A, Schill JE, Glimelius B, Brodin O, Sjöden PO. Coping, psychosocial well-being and anxiety in cancer patients at follow-up visits. *Acta Oncol*. 1994;33(8):887–94. doi:10.3109/02841869409098451 PubMed PMID: 7818920.
49. Pranckeviciene A, Saudargiene A, Gecaite-Stonciene J, Liaugaudaite V, Griskova-Bulanova I, Simkute D, et al. Validation of the patient health questionnaire-9 and the generalized anxiety disorder-7 in Lithuanian student sample. *PLoS ONE*. 2022 Jan 27;17(1):e0263027. doi:10.1371/journal.pone.0263027 PubMed PMID: 35085349; PubMed Central PMCID: PMC8794093.
50. Ownby KK. Use of the Distress Thermometer in Clinical Practice. *J Adv Pract Oncol*. 2019 Mar;10(2):175–9. PubMed PMID: 31538028; PubMed Central PMCID: PMC6750919.
51. Ma X, Zhang J, Zhong W, Shu C, Wang F, Wen J, et al. The diagnostic role of a short screening tool – the distress thermometer: a meta-analysis. In: *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews* [Internet] [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2014 [cited 2026 Apr 7]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK189735/> PubMed PMID: 24510195.
52. Montvidas J. Paciento sveikatos klausimynas-9. *Biol Psichiatri Ir Psichofarmakol Biol Psychiatry Psychopharmacol Palanga Liet Sveik Mokslų Univ* 2018 T 20 Nr 2 [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2026 Apr 7]. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12512/98322>
53. <https://www.apa.org> [Internet]. [cited 2026 Apr 7]. Patient Health Questionnaire (PHQ-9 & PHQ-2). Available from: <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/patient-health>
54. Butkutė-Šliuožienė K. Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė-7. *Biol Psichiatri Ir Psichofarmakol Biol Psychiatry Psychopharmacol Palanga Liet Sveik Mokslų Univ* 2019 T 21 Nr 1 [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2026 Apr 7]. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12512/99097>
55. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006 May 22;166(10):1092–7. doi:10.1001/archinte.166.10.1092 PubMed PMID: 16717171.

12. PRIEDAI

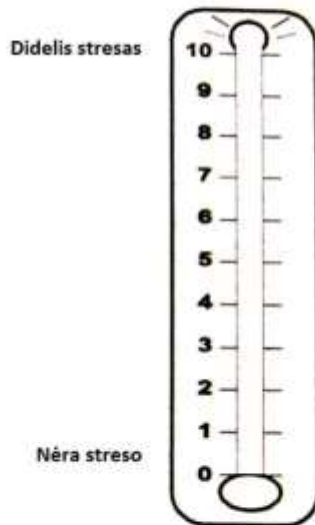
Publikacijos žurnaluose:

1. Grigaitytė J, Strumila R. A narrative review of augmentation strategies in obsessive-compulsive disorder: antipsychotics as mainstay and emerging role of extended-release methylphenidate. *Pharmaceuticals*. 2026;19(4):551. doi:10.3390/ph19040551
2. Grigaitytė J, Strumila R. Obsesinis kompulsinis sutrikimas ir n-acetilcisteinas. *Laboratorinė medicina*. 2026; 3(107). (Recenzuotas, priimtas spaudai 2026 m. balandžio mėn.)
3. Grigaitytė J, Dulskas A. Metachronous primary gastric adenocarcinoma with perigastric lymph node metastases from ductal breast carcinoma: a case report. *Laboratorinė medicina*. 2026; 4(108). (Recenzuotas, priimtas spaudai 2026 m. balandžio mėn.)
4. Griciūtė M, Grigaitytė J, Radžvila E, Naugžemytė R, Bulotienė G. Audiovizualinė terapija - naujas atsipalaidavimo metodas onkologinėmis ligomis sergančių pacientų psichoemocinei būklei pagerinti. *Onkologija: Žurnalo „Internistas“ priedas*. 2024; 1(34): 70–72

Gerbiamas (-a) respondente,

Esu Vilniaus Universiteto Medicinos Fakulteto studentė Julija Grigaitytė. Rengiu baigiamąjį Sveikatos mokslų magistro (medicinos gydytojo) darbą tema „Nerimo sutrikimai tarp onkologine liga sergančių pacientų. Literatūros apžvalga ir klinikinio atvejo pristatymas“. Tyrimui vadovauja gydytoja psichiatrė-jungiškosios krypties analitikė Giedrė Bulotienė. Jums bus pateikti klausimynai. Dalyvavimas šiame tyrime yra savanoriškas, Jūs visada turite teisę atsisakyti dalyvauti, tačiau Jūsų dalyvavimas tyrime yra labai svarbus. Paprašysiu užpildyti klausimyną sutikimo dieną bei lygiai tokį patį (pakartotinį) po tam tikro laikotarpio. Klausimynų užpildymas užtruks apie 10-15 min. Iš anksto dėkoju Jums už nuoširdžius atsakymus.

1. Distreso termometras



Prašome pažymėti skaičių (nuo 0 iki 10), kuris geriausiai apibūdintų Jūsų patirtą stresą per pastarąsias 7 dienas

2. Nurodykite, kuri iš žemiau išvardintų problemų vargino Jus per pastarąsias 7 dienas (tinkamus atsakymus pažymėkite „X“)

Praktinės problemos

- ☐ Vaikų priežiūros
- ☐ Ruošos
- ☐ Pinigų/Draudimo
- ☐ Transporto
- ☐ Darbe/mokykloje

Šeimos problemos

- ☐ Susijusios su vaikais
- ☐ Susijusios su partneriu

Emocinės problemos

- ☐ Depresija
- ☐ Baimė
- ☐ Nervingumas
- ☐ Liūdesys
- ☐ Nerimas
- ☐ Nedomina įprastinė veikla

☐ **Dvasinės/Religinės (tikėjimo) problemos**

Fizinės problemos

- ☐ Išvaizda
- ☐ Maudymasis/Apsirūgimas
- ☐ Kvėpavimas
- ☐ Šlapinimosi pokyčiai
- ☐ Vidurių užkietėjimas
- ☐ Viduriavimas
- ☐ Valgymas
- ☐ Nuovargis
- ☐ Patinimai
- ☐ Karščiavimas/karščio pylimas
- ☐ Bendravimas
- ☐ Nevirškinimas
- ☐ Atmintis/Koncentracija
- ☐ Burnos opos
- ☐ Pykinimas
- ☐ Sausa/užsikimšusi nosis
- ☐ Skausmas
- ☐ Seksualumas
- ☐ Sausa oda/niežulys
- ☐ Miegas
- ☐ Rankų/kojų dilgčiojimas

Kitos problemos
(rašykite) _____

Kaip dažnai per pastarąsias 2 savaites Jus kamavo kurios nors iš šių problemų? (Pasirinktą atsakymą apibraukite)	Visai nekamavo	Keletą dienų	Daugiau nei pusė iš visų dienų	Beveik kiekvieną dieną
1. Mažas susidomėjimas ar malonumas atliekant dalykus	0	1	2	3
2. Jautimasis nusiminusiam (-ai), prislėgtam (-ai) ar beviltiškam (-ai)	0	1	2	3
3. Sunkumas užmigti ar išsimiegoti, arba per ilgas miegojimas	0	1	2	3
4. Jautimasis pavargusiam (-ai) ar energijos trūkumas	0	1	2	3
5. Prastas apetitas arba persivalgymas	0	1	2	3
6. Prasta savijauta – pojūtis, kad esate nevykęs (-ė) arba kad nuvylėte save ar savo šeimą	0	1	2	3
7. Sunkumas susikonsultuoti ties tokiais dalykais, kaip laikraščio skaitymas arba televizoriaus žiūrėjimas	0	1	2	3
8. Judėjimas ar kalbėjimas taip lėtai, kad kiti žmonės galėjo pastebėti. Arba atvirkščiai – buvimas tokiam (-ai) neramiam (-ai) ar nenustygstančiam (-ai), kad judėjote daug daugiau nei įprasta	0	1	2	3
9. Mintys, kad Jums būtų geriau būti mirusiam (-ai) arba apie savęs žalojimą koku nors būdu	0	1	2	3
Jei pažymėjote kokias nors problemas, kaip šios problemos apsunkino jums galimybes dirbti savo darbą, rūpintis namais ir vaikais arba sutarti su kitais žmonėmis? (Atsakymą žymėkite „X“) Visai neapsunkino ☐ Šiek tiek apsunkino ☐ Labai apsunkino ☐ Ypač apsunkino ☐				
1. Nervingumas, nerimastingumas ar didelė įtampa	0	1	2	3
2. Negalėjimas sustabdyti nerimo ar jo kontroliuoti	0	1	2	3
3. Per didelis nerimavimas dėl įvairių dalykų	0	1	2	3
4. Sunkumas atsipalaiduoti	0	1	2	3

5. Būvims tokiam (-ai) neramiam (-iai), kad net sunku ramiai pasēdēti	0	1	2	3
6. Greitas susierzinimas ar dirghūmas	0	1	2	3
7. Baimē, tarsi galētū notikti ka2kas baisaus	0	1	2	3

Procedūros
Mokymo organizavimas P9
7 priedas

Julija Grigaitytė
(Studento vardas, pavardė)
Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas
(Mokymo įstaiga / aukštoji mokykla, fakultetas)
Medicina, V kursas
(specialybė, kursas)

Tel. +37067841066, el. p. Julija.grigaityte@mf.stud.vu.lt

Nacionalinio vėžio instituto
Moksliniam sekretoriui

PRAŠYMAS
DĖL KLINIKINIŲ DUOMENŲ NAUDOJIMO BAIGIAMAJAME DARBE
2024-11-20
Vilnius

Prašau leisti baigiamajame darbe naudoti klinikinius duomenis iš medicinos dokumentų, esančių Nacionaliniame vėžio institute.

Baigiamojo darbo pavadinimas: Nerimo sutrikimai tarp onkologine liga sergančių pacientų literatūros apžvalga ir klinikinio atvejo pristatymas.

Tyrimo santrauka, tikslas ir uždaviniai:

Išanalizuoti mokslinę literatūrą apie nerimo sutrikimų paplitimą tarp onkologinių pacientų ir sugrupuoti su darysija bei pateikti klinikinio atvejo analizę.

Bus atlikta išsami literatūros apžvalga ir aprašytas paciento
[] (vardas pavardė) gydyto Nacionaliniame vėžio institute klinikinio atvejo
aprašymas.

Pridedamas rašytinis paciento sutikimas.

Paciento konfidencialumas bus užtikrintas - jo vardas, pavardė, adresas ir kiti asmeniniai duomenys nebus renkami. Tyrimo rezultatai bus skelbiami tik apibendrinti.

Julija Grigaitytė
(Studento vardas, pavardė, parašas)

Suderinta su darbo vadovu:

Giedrė Bulotienė
(vadovo vardas, pavardė, parašas)

Suderinta su skyriaus vadovu:

L. e. p.

Giedrė Bulotienė
(skyriaus vadovo vardas, pavardė, parašas)

107 Gyd. Giedrė Bulotienė

Gyd. Giedrė Bulotienė