

# NAJPOGOSTEJŠE PSIHIATRIČNE MOTNJE PRI BOLNIKIHZ RAKOM

Zvezdana Snoj

*Onkološki inštitut Ljubljana, Oddelek za psihoonkologijo,  
Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

## Povzetek

Huda telesna bolezen, kot je rak globoko poseže v življenje obolelih in njihovih bližnjih.

Poleg številnih omejitev in soočanja z lastno minljivostjo sproža pri bolniku tudi hude duševne reakcije ter prinaša spremembe v medosebnih, družinskih in socialnih odnosih.

Čustvena prizadetost je normalen odgovor na usodne dogodke, kar je prav gotovo diagnoza hude telesne bolezni, kot je rak. Diagnoza raka sproži stresni odgovor, ki vključuje bolnikovo dožemanje bolezni, simptome in stigma, vezane na to bolezen.

Ocenjujejo, da 77% bolnikov z napredovalo boleznijo kaže znake depresije. Prevalenca delirija med bolniki z rakom, zaradi katere potrebujejo psihiatrično obravnavo, je od 25 do 40% oziroma celo do 85% v terminalnem stadiju bolezni.

## Uvod

Žalost in potrnost sta normalna odgovora na boleče življenjske dogodke, ki so povezani z aktualno ali pretečo izgubo; sta tudi pričakovani čustveni reakciji v času, ko pri posamezniku ugotovimo raka, kakor tudi ob prelomnih trenutkih razvoja bolezni, zlasti pa v času njenega napredovanja.

Pri večini bolnikov z rakom je strah primarno vezan na bolečo smrt. Strah jih je tudi zaradi možne invalidnosti in odvisnosti od drugih, zaradi zunanjih sprememb telesa, sprememb telesnih funkcij ter izgube pomembnih socialnih stikov.

Strah bolnikov z rakom je podoben pri vseh obolelih, njihova prizadetost pa se močno razlikuje pri različnih bolnikih in je posledica treh glavnih dejavnikov:

*medicinski dejavniki* (lokalizacija in stadij bolezni v času diagnoze, možnosti zdravljenja, prognoza bolezni in prisotnost bolečine ),

*psihološki dejavniki* (predhodna osebnostna naravnost, sposobnost prilagoditve in soočanja, emocionalna zrelost, podiranje začrtanih življenjskih ciljev in sposobnost spreminjanja načrtov)

*socialni dejavniki* (možnosti čustvene in finančne podpore družinskih članov, prijateljev ali sodelavcev, družbena in kulturološka stališča in prepričanja o raku).

Stopnja prizadetosti, katere ni več mogoče obvladovati in škodljivo vpliva na dnevno življenje bolnika, nujno potrebuje vrednotenje, diagnostiko in obravnavo.

Ocenjujejo, da 77% bolnikov z napredovalo boleznijo kaže znake depresije. Prevalenca delirija med bolniki z rakom, zaradi katere potrebujejo psihiatrično obravnavo, je od 25 do 40% oziroma celo do 85% v terminalnem stadiju bolezni.

## **Depresija in anksioznost**

Najbolj pogosti duševni motnji pri bolnikih z rakom sta depresija in anksioznost. Anksiozna in depresivna stanja lahko nastopajo samostojno, najpogosteje pa se pojavljajo skupaj s prepletajočo se simptomatiko. Čeprav sta obe motnji odraz pričakovanih čustev kot odgovor na stres, ki ga zagotovo sproži diagnoza rakave bolezni, se pogosto člani lečečega medicinskega tima, kakor tudi bolniki sami sprašujejo, do kdaj je takšna reakcija "še normalna", kdaj pa prehaja mejo "že bolezenskega".

Žal odkrijemo le 20 - 50% bolnikov z omenjenimi motnjami in jih tudi ustrezno zdravimo.

Zlasti zaradi prepričanja, da je za onkološkega bolnika depresija normalna, ostane pogosto neugotovljena in tudi ni ustrezno zdravljena.

Normalen odgovor posameznika, ko izve, da ima raka, je žalost zaradi izgube zdravja in priprava na izgube, ki vključujejo tudi smrt. Pomebno je razlikovati med "normalno" stopnjo žalosti, katero pričakujemo ob resni bolezni, kot je rak, in že patološko stopnjo oziroma depresijo.

*Anksioznost* je spoznavni, čustveni, fiziološki in vedenjski odgovor na dejansko ali na grozečo nevarnost.

Anksiozna oseba opisuje subjektivno občutje strahu, katerega obdajata bojazen in groza. Strah je lahko nejasen, meglen in opisan kot splošno čustvo zaradi bolezni, vendar se v primeru rakave bolezni osredotoči na strah pred smrtjo in telesno disfunkcijo.

*Simptomi depresije* so številni, nastopajo z različno intenzivnostjo in v različnih kombinacijah, zato je tudi velika raznolikost kliničnih slik pri posameznih bolnikih. Depresija lahko nastopi nepričakovano, na primer po težkem psihičnem stresu, navadno pa se razvije postopoma v daljšem časovnem obdobju. Na čustvenem področju se depresivno razpoloženje kaže z množico neprijetnih čustvenih stanj, kot so potrtoost, brezup, zaskrbljenost, občutek nemoči in tesnoba, anhedonija in neprijeten občutek nesposobnosti čustvovanja.

Spremljajo ga tudi občutki pesimizma, manjvrednosti, izguba samospoštovanja, nebogljenost, občutki krivde in potreba po samokaznovanju. Bolnik je lahko psihomotorično zavrt ali pa agitiran. Depresiven bolnik je neodločen, brezvoljen, običajne aktivnosti ga ne zanimajo več, pri hudih depresijah pa je povsem imobiliziran in opusti tudi najosnovnejše dejavnosti. Tak bolnik skoraj brez izjeme razmišlja o samomoru ali pa manifestira samomorilsko vedenje. Na spoznavnem področju in na področju mišljenja se depresivna simptomatika izraža z zavrtim mišljenjem, slabšo koncentracijo, spominskimi motnjami in slabimi asociacijami.

Poleg omenjenih psihičnih in socialnih pojavov pogosto srečujemo tudi vegetativne in somatske znake, kot so motnje apetita, spremembe telesne teže, motnje spanja, prisotnost različnih bolečin, parestezij, disestezij, funkcionalne motnje kardiovaskularnega, gastrointestinalnega in respiratornega sistema, motnje libida in potence, motnje menstrualnega ciklusa in tako dalje. Lahko pa depresija tudi poslabša klinično sliko obstoječe telesne bolezni ali jo posnema - larvirana depresija.

Čeprav je diagnoza depresije pri telesno zdravih bolnikih močno odvisna od prisotnosti telesnih simptomov, kot so pomanjkanje apetita, utrujenost, nespečnost in izguba teže, imajo ti kazalci žal nizko vrednost kot diagnostični kriteriji za ocenjevanje depresije pri bolnikih z rakom, saj so skupni obema boleznima, depresiji in rakavi bolezni.

Da bi izboljšali specifičnost diagnostike depresije pri bolnikih z rakom, je torej treba kot najbolj kontroverzna simptoma izločiti pomanjkanje apetita in utrujenost.

Na splošno velja stališče, da moramo diagnozo depresije pri bolnikih z rakom utemeljiti predvsem s psihičnimi, ne pa telesnimi znaki. To so predvsem disforično razpoloženje, občutki brezupa in nebogljenosti, manjvrednostni občutki, občutki krivde, anhedonija, suicidalne ideje in načrti.

**Zdravljenje** poteka najpogosteje v kombinaciji medikamentoznega zdravljenja in psihoterapije.

Selectivni inhibitorji ponovnega privzema serotonina SSRI (na primer *escitalopram* v začetni dozi 10mg/dan, *paroksetin* 20mg/dan, *sertralina* 50mg/dan in drugi) so zdravila prve izbire pri zdravljenju depresije in anksioznih stanj pri bolnikih z rakom. V primerjavi s tricikličnimi antidepresivi imajo manj stranskih pojavov in ugoden varnostni profil tudi pri predoziranju.

Razen antidepresivov (AD) iz skupine SSRI uporabljamo lahko še številne druge AD, kot so na primer *venlafaksin* v začetni dozi 75mg/dan, *tianeptin* 3x12,5 mg/dan, *mirtazepin* -15mg v večernem odmerku pomaga pri nespečnosti lahko tudi v kombinaciji s SSRI .

*Anksiolitikov* praviloma ne uporabljamo v monoterapiji, najpogosteje le kot začasen uvod v antidepresivno terapijo. Najprimernejši so lorazepam, oksazepam in alprazolam, saj imajo relativno kratek razpolovni čas, njihov metabolizem pa zaradi starosti ali sočasne uporabe drugih zdravil ni pomembno spremenjen.

*Psihostimulansi* dobro vplivajo na počutje in apetit pri terminalnih bolnikih z rakom ter zmanjšujejo občutek utrujenosti. Lahko podpirajo analgetični učinek opioidnih analgetikov in tudi preprečujejo sedacijo zaradi opioidov. Občasno lahko povzročajo nespečnost, nočne more ali celo sliko psihoze.

## Delirij

Delirij je etiološko nespecifičen organski cerebralni sindrom, ki se običajno hitro razvije in poteka nihajoče. Označujejo ga sočasne motnje zavesti in pozornosti, motnje zaznavanja (halucinacije), mišljenja (blodnje), spominjanja (amnezija), motnje psihomotorne aktivnosti, motnje čustvovanja ter motnje ritma spanja in budnosti.

Delirantna stanja so med hospitaliziranimi bolniki dokaj pogosta, različni avtorji navajajo da 10-15% vseh hospitaliziranih bolnikov, oziroma 10-30% starejših hospitaliziranih bolnikov, razvije bolj ali manj izrazite oblike delirija. Pri starejših bolnikih kot znak preteče smrti nastopi delirij v 25% primerov.

Ocenjujejo, da delirij pri terminalnih bolnikih z rakom nastopi v več kot 75% primerov. Lahko je posledica direktnega vpliva raka na centralni živčni sistem (CŽS), (primarni možganski tumor, možganske metastaze, epilepsija) ali indirektna reakcija CŽS na bolezen in zdravljenje (zdravila, elektrolitsko neravnovesje, odpoved vitalnih organov in sistemov, infekcije, vaskularne komplikacije, že prej obstoječe kognitivne motnje, demenca in tako dalje). Etiologija delirija pogosto vsebuje več činiteljev, težko jo določimo, saj v praksi delirij pogosto nastopa kot skupek različnih vzročnih dejavnikov, od katerih vsak posebej ne bi povzročili delirija.

Delirij se lahko pojavlja v dveh oblikah. Prevladuje lahko:

- **hiperaktivna** (aktivirana) oblika s stanjem povečane budnosti, pogosto jo spremljajo halucinacije, blodnje, agitiranost in neustrezno vedenje **in/ali**
- **hipoaktivna** (somnia) oblika s stanjem zmanjšane budnosti in pogostejšo zmedenostjo, redko se pojavijo halucinacije.

Prva oblika predstavlja delirij v ožjem pomenu besede. Ti dve obliki nista samostojna podtipa, saj se pri istem bolniku lahko pojavljata izmenično obe obliki delirija.

Na razvoj delirija lahko vplivajo različni nevrottransmitterski sistemi, posebno vlogo pa ima holinerški sistem zato so zdravila z antiholinergičnim delovanjem pogosti povzročitelji delirija.

Poleg tega lahko delirij povzročajo številni narkotiki, kemoterapevtiki (npr. metotreksat, fluoruracil, cisplastin, vinblastin, bleomicin) glukokortikoidi in še nekatera druga zdravila.

## Zdravljenje

Terapija je predvsem etiološko orientirana. Pri starejših bolnikih moramo vsa zdravila, še zlasti tista z antiholinergičnimi stranskimi učinki, obravnavati kot možne povzročitelje delirija.

*Haloperidol* je pri večini bolnikov (razen pri odtegnitvenem sindromu, zasrnutivzi z antiholinergiki in jetrni odpovedi) učinkovito zdravilo, odmerjanje prilagajamo individualno. Odmerek 1-10 mg peroralno ali intramuskularno lahko ponavljamo v roku ½ do 1 ure do želene umiritve.

*Klometiazol* je učinkovito zdravilo s sedativnim, hipnotičnim in antikonvulzivnim delovanjem. Začetni odmerek 200-400 mg lahko ponovimo po presledku 1/2 do 1 ure, nato v 2-3 urnih presledkih, dokler bolnik ne zaspi, do največ 2g dnevno.

*Benzodiazepine* s kratko razpolovno dobo (npr. lorazepam, oksazepam) lahko uporabljamo tudi pri odpovedi jeter, njihovo delovanje nastopi hitro, vendar je učinek navadno kratkotrajen.

Bolniku je poleg tega potrebno zagotoviti primerno udobje, počitek, primerno prehrano in bilanco tekočin in elektrolitov.

## **Zaključek**

Obravnavo bolnikov z napredovalim rakom načrtujemo s simptomatsko terapijo in ohranjamo zadovoljivo kvaliteto njihovega življenja. Terminalni bolniki imajo številne telesne in prav tako psihiatrične simptome, kar moramo skrbno obravnavati. Obe skupini simptomov namreč delujeta v tesni medsebojni povezanosti in vplivata ena na drugo.

Zelo pogosta in izrazita telesna simptomatika, kot je na primer bolečina, dodatno otežuje oceno psihiatričnega stanja.

Psihiatrična in psihološka obravnava sta del celostne obravnave terminalnega bolnika, saj poleg obstoječe simptomatike vključuje tudi telesne, psihične in duhovne dimenzije.

## **Literatura**

1. Breittbart W, Jaramillo JR, Chochinov HM. Palliative and terminal care. In: Holland JC, ed. Psycho-oncology. New York: Oxford University Press 1998; 437-49.
2. Craig TJ, Abeloff MD. Psychiatric symptomatology among hospitalised cancer patients. Am J Psychiatry 1974; 141: 1323-7.
3. Hinton J. Psychiatric consultation in fatal illness. Proc R Soc Med 1972; 65: 29-32.
4. Sellick SM, Crooks DL. Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection and practice guideline development for psychological interventions. Psycho-Oncology 1999; 8: 315-33.
5. Massie MJ, Popkin MK. Depressive disorders. In: Holland JC, ed. Psycho-oncology. New York: Oxford University Press 1998; 518-40.
6. Ibbotson T, Maguire P, Selby P, Priestman T, Wallace L. Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. Eur J Cancer 1994 ; 30: 37-40.

7. Nordin K, Berglund L, Glimelius B, Sjoden PO. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer* 2001; 37: 376-84.
8. Kogoj A. Delirij. *Med Razgl* 1994; 33: 325-8.
9. Sadock BJ, Kaplan HI. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. CD-rom, 7 th ed. Philadelphia: Lippincott 2000.