

# 14.

## OBRAVNAVA DUŠEVNE STISKE

**Andreja C. Škufca Smrdel, Tamara Josimovič, Tina Rus, Brigita Novak Šarotar,  
Jana Knific**

Bolniki z rakom, ki se soočajo z izčrpanim specifičnim zdravljenjem in koncem življenja, pogosto doživljajo duševno stisko – neprijetno čustveno, psihološko, socialno ali duhovno izkušnjo. Pri doživljanju duševne stiske gre lahko za normalen in pričakovan odziv na potek bolezni ter umiranje, lahko pa se to doživljanje stopnjuje, je globoko izraženo, traja dalj časa in močno vpliva na delovanje posameznika ter doseže kriterije duševne motnje. Najpogostejše so anksiozne motnje ter depresija. Pri oceni izraženosti duševne stiske so v pomoč različni presejalni vprašalniki, ključna pa sta pogovor z bolnikom ter prepoznava simptomatike. Duševna stiska je pogosto neprepoznana, kar deloma pripisujemo »pričakovanosti« takega doživljanja v težki življenjski situaciji, deloma pa prepletanju s telesnimi posledicami bolezni in zdravljenja. Prepoznavanje in ustrezna obravnava duševne stiske pri bolnikih v paliativni oskrbi je nujna, saj pomembno znižuje kakovost življenja bolnikov ter zmožnost delovanja ter sodelovanja pri zdravljenju. Med nefarmakološkimi metodami v klinični psihološki obravnavi so najpogostejše suportivne psihoterapije ter kognitivnovedenjska terapija. Poleg obvladovanja psihičnih simptomov in sindromov je temeljnega pomena spodbujanje bolnikovih virov moči in učinkovitih mehanizmov spoprijemanja s težko situacijo. Pomemben del je tudi obravnava bolnikovih najbližjih. Psihoterapevtsko obravnavo lahko kombiniramo z zdravljenjem z zdravili. Psihofarmakološko zdravljenje lahko uvede lečeči zdravnik onkolog, ki po potrebi sodeluje s specialistom psihiatrom. Depresijo zdravimo tudi pri bolnikih z napredovalo boleznijo, ki imajo krajše pričakovano preživetje. V obdobju umiranja zdravljenje z antidepresivi prekinemo.

Soočanje z izčrpanostjo specifičnega zdravljenja ter koncem življenja pomeni za posameznika in njegove bližnje situacijo, ki je povezana s številnimi obremenjujočimi mislimi in čustvi. V ospredju so doživljanje žalosti, strahu in brezupa, lahko se pojavijo jeza in krivda ter občutek pomanjkanja nadzora nad situacijo. Številne misli se nanašajo na preteklost (»kaj bi, če bi«) ali prihodnost (»kaj/kako bo«) ali na spraševanja glede vere in smisla življenja. Ob soočanju s končnostjo se stopnjujejo strahovi pred bolečinami, odvisnostjo od drugih, osamljenostjo, smrtjo, pa tudi skrb za bližnje. Bolniki se v paliativni oskrbi spopadajo z velikim bremenom telesnih simptomov. Bolezen ob zmanjšani zmožnosti delovanja pomeni izgubo običajnih in utečenih socialnih vlog. Nezanemarljiva je finančna stiska. Vsa ta obremenjujoča doživljanja zaobsežemo v izrazu duševna stiska.

## OPREDELITEV

Duševno stisko opredeljujemo kot »neprijetno čustveno, psihološko, socialno ali duhovno izkušnjo, ki bolnike ovira pri spoprijemanju z boleznijo in zdravljenjem. Zajema vse od običajnih občutij ranljivosti, žalosti, strahu pa do ovirajočih problemov, kot so globoka depresija, anksioznost, panika, občutek izoliranosti, eksistenčna in duhovna kriza« (1).

Duševna stiska je pri posamezniku, ki se sooča s koncem življenja, zelo pogosta in intenzivna. To je normalen in pričakovan odziv, lahko pa se stopnjuje do tega, da zadošča kriterijem duševne motnje. Pogosto je podcenjena, neprepoznana in posledično slabo obravnavana ali sploh ne. Razlikovanje normalnega in pričakovanega odziva na umiranje od duševne motnje je zato velik izziv.

## DEPRESIJA

V paliativni oskrbi smo pri oceni depresivnosti pozorni na naslednje simptome (2):

- disforično, pobito razpoloženje,
- poudarjeni občutki krivde, nevrednosti, brezupa (če-

prav številni bolniki ne navajajo upanja glede izhoda bolezni, ohranjajo upanje glede nadziranja simptomov),

- socialni umik in izguba zadovoljstva v dnevnih dejavnostih,
- želja po hitri smrti ali suicidalne ideacije.

Pri postavitvi diagnoze depresije je treba upoštevati, da so številni telesni simptomi, ki so sicer pogosti pri depresiji, pogosti spremljevalci telesne bolezni ali zdravljenja. Ti simptomi so sprememba teka, nespečnost, pomanjkanje energije, utrudljivost, psihomotorna upočasnjenost, izguba libida.

Dejavniki tveganja za depresijo v paliativni oskrbi so osebna ali družinska anamneza depresije, več različnih življenjskih stresov, številne izgube, neizpolnjene življenjske aspiracije, odsotnost socialne podpore ter anamneza zlorabe oziroma odvisnost od psihoaktivnih snovi.

Pri postavljanju diagnoze so pogoste naslednje dodatne ovire (2):

- pričakovanja bolnikov in/ali družinskih članov, da je za čim boljši izhod zdravljenja in podporo zdravstvenega osebja potreben borbeni duh,
- težave pri presoji, ali je depresivnost primarna težava ali le odraz neoptimalnega zdravljenja simptomov raka,
- skrbi v zvezi s polifarmacijo in interakcijami med zdravili,
- druga psihološka/telesna stanja, kot so hipoaktivni delirij, hipotiroizem, demenca, neželeni učinki zdravil,
- ob kompleksni oskrbi je vključenih veliko zdravstvenih delavcev, kar lahko vodi v pomanjkljivo kontinuiteto obravnave.

Depresija je močno povezana z nizko kakovostjo življenja. Dodatno zmanjšuje zmožnost delovanja posameznika, tako fizičnega in socialnega, kot tudi zmožnost sodelovanja pri zdravljenju. Pogosto je povezana s simptomi, ki jih je težko nadzirati (bolečina). Pomembno pa vpliva ne le na delovanje posameznika, ampak celotne njegove družine.

Pri bolnikih z napredovalih rakom je večkrat težko razlikovati med depresijo in normalnim odzivom žalovanja, kot je prikazano v tabeli 14.1.

**Tabela 14.1: Občutki depresije in žalovanja.**

Depresija	Žalovanje
• občutek biti sam, biti zapuščen	• občutek povezanosti z drugimi
• občutek, da ne bo nikoli drugače	• občutek, da bo sčasoma minilo
• brezup, ruminacije	• zmožnost lepega spominjanja
• močan občutek nevrednosti	• ohranjen občutek lastne vrednosti
• konstantno	• prihaja v valovih
• brezup, brez interesov za prihodnost	• zmožnost pogleda naprej
• le malo užitka v aktivnostih	• ohranjena zmožnost uživanja v stvareh
• samomorilne namere	• želja živeti

Tudi bolniki, ki so žalostni in zaskrbljeni ter ne zadostijo diagnozi depresije, imajo lahko koristi od podpore ali nefarmakoloških pristopov (3).

pogosta doživljanja tako bolnikov kot njihovih bližnjih.

## ANKSIOZNOST

Bolniki z napredovalo boleznijo najpogosteje navajajo občutja tesnobe, nemira, avtonomno hiperaktivnost, nespečnost, razdražljivost, težave z dihanjem, skrbi, ruminacije. Pri bolnikih z napredovalo boleznijo se anksioznost pojavlja v 15–28 %, večkrat kot mešana anksiozno-depresivna slika.

Simptomi anksioznosti lahko izvirajo iz telesne bolezni in zdravljenja, kot so hipoksija, sepsa, slabo nadzirana bolečina, neželeni učinki zdravil, kot je akatizija, odtegnitveni simptomi. Pri umirajočem bolniku je anksioznost lahko znak srčnega ali dihalnega zastoja, pljučne embolije, sepse, dehidracije, elektrolitskega neravnovesja in podobno (4).

Pomembno pa je, da ob možnih telesnih vzrokih upoštevamo tudi psihološke komponente. Strah pred nadaljnjim potekom bolezni, finančnimi posledicami, strah pred umiranjem in bolečinami, strah pred smrtjo, strah pred ostati sam, zapuščen, strah za družinske člane so

## DRUGI IZVORI DUŠEVNE STISKE

Povečano doživljanje duševne stiske je pri bolnikih z rakom v paliativni oskrbi lahko posledica različnih dejavnikov. Poleg diagnoze, načina zdravljenja in poteka paliativne oskrbe na doživljanje v veliki meri vplivajo spremembe v načinu življenja ter dožemanju samega sebe. Bolniki se počutijo fizično spremenjene, svoje telo zaznavajo kot ranljivo in zunaj nadzora, kar povzroča slabšo telesno samopodobo. Pomembna vira stiske sta slabša kakovost življenja ter manjša zmožnost delovanja. Bolniki ne morejo več sodelovati v vsakodnevnih dejavnostih, postanejo manj samostojni kot nekoč. Če so odvisni od pomoči drugih, imajo večkrat občutek, da so drugim v breme. Spremenijo se socialne vloge, tako družbene kot družinske. Težje se povezujejo s svojimi bližnjimi, otežena je komunikacija. Stiska, ki jo doživlja bolnik, je povezana s stisko, ki jo doživljajo bližnji. Bolnikova bolezen v veliki meri vpliva na doživljanje bližnjih, ki se z bolnikovo prognozo soočajo na različne načine. Za bolnika je lahko še posebno obremenjujoče, kadar zaznava, da bližnji bolezen dojemajo drugače in

se z njo spoprijemajo na drugačen način kot on sam. Duševno stisko lahko povzročajo tudi eksistenčne skrbi. Bolnike pogosto navdajajo občutki strahu in brezupa, ne vidijo več smisla v življenju, izgubljajo upanje. Lahko se čutijo nepomembne, menijo, da so izgubili dostojanstvo. Številni se sprašujejo tudi o duhovnih vsebinah in posmrtnem življenju (5).

## OCENA

Za oceno duševne stiske je na voljo več presejalnih lestvic. Ena najpogostejših v psihoonkologiji je termometer duševne stiske, 10-stopenjska lestvica, na kateri posameznik ocenjuje duševno stisko v preteklem tednu.

V paliativni oskrbi je eden najpogostejših presejalnih vprašalnikov Edmontonski vprašalnik simptomov (ESAS), (priloga 1). Pri oceni anksioznosti in depresivnosti sta v ospredju PHQ-9 ter GAD 7.

Pri oceni izraženosti duševne stiske pa je predvsem pomembna nadaljnja eksploracija (5).

## ZDRAVLJENJE

Pomemben del psihoonkološke obravnave zajema obvladovanje psihičnih simptomov in sindromov, kot so depresija, suicidalnost, anksioznost, delirij, utrudljivost in bolečine (2).

Enako pomembno kot obvladovanje simptomatike pa je najti in podpreti močne strani bolnika in njegove zmogljivosti za spoprijemanje s težko življenjsko situacijo. Pomembni cilji obravnave so zmanjšanje bremena občutka izolacije, pomoč pri ohranjanju samopodobe in doživljanje lastne vrednosti. Pogosto je pomembna pomoč pri integraciji izkušnje bolezni v življenje.

Pomemben del psihoonkološke obravnave je tudi obravnava bolnikovih najbližjih. Specialist s področja duševnega zdravlja lahko pomembno podpre komunikacijo in odnos s preostalim zdravstvenim timom s podporo družine in skrbnikov, podporo pri komunikaciji o zaključevanju življenja in smrti, pri sprejemanju odločitev in procesu vnaprejšnjega žalovanja. Posebna pozornost je potrebna, kadar so v družini mlajši oziroma nepreskrbljeni otroci ali drugi ranljivi družinski člani (4).

**Tabela 14.2: Prikaz priporočenih nemedikamentoznih in medikamentoznih intervencij v paliativni oskrbi glede na izraženost duševne stiske.**

<b>vsil bolniki</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spremljanje in presejanje za prisotnost simptomatike depresije/anksioznosti.</li> <li>• Psihoedukacija in ustrezno informiranje s strani zdravstvenega osebja kot pomembna podpora pri razumevanju ter spoprijemanju z življenjsko situacijo.</li> <li>• Dobra kontrola simptomov, predvsem bolečine, pomembno vpliva na psihološko simptomatiko.</li> <li>• Po potrebi napotitev na nadaljnjo diagnostiko in obravnavo.</li> </ul>
<b>subklinična in lažja depresivna/anksiozna simptomatika</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psihološka podpora je enako učinkovita kot medikacija.</li> <li>• Napotitev v klinično psihološko obravnavo.</li> <li>• Uvedba medikamentozne terapije, kadar simptomatika vztraja ali pomembno vpliva na možnost sodelovanja pri zdravljenju.</li> </ul>
<b>zmerna do težja depresivna/anksiozna simptomatika</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uvedba psihofarmakoterapije.</li> <li>• Napotitev v klinično psihološko obravnavo.</li> <li>• Konzultacija s psihiatrom ali napotitev v psihiatrično obravnavo.</li> </ul>
<b>težja depresija, suicidalnost, psihoza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nujna napotitev k psihiatru.</li> <li>• Kombinirana obravnavo.</li> </ul>

## Nemedikamentozno zdravljenje

Med psihoterapevtskimi modalitetami je v paliativni oskrbi terapija izbire suportivna psihoterapija ter kognitivnovedenjska terapija.

Ob soočanju s krizami ter eksistenčnimi vsebinami so najpogostejše krizne intervencije ter kratka suportivna terapija. Če bolniki zmorejo, je smiselna suportivna ekspresivna skupinska terapevtska obravnava.

V kognitivnovedenjski terapiji imajo pomembno mesto vedenjske tehnike, ki spodbujajo doživljanje kontrole.

Pomembno je vključevanje družinskih članov v psihoterapevtske intervencije, skupaj z bolnikom ali zgolj člani družine, ki so ob spoprijemanju z boleznijo v družini najranljivejši. Pomembno mesto ima obravnava otrok bolnikov z rakom.

Nemedikamentozno obravnavo pri obravnavi anksiozne in depresivne simptomatike kombiniramo s psihofarmakoterapijo.

## Medikamentozno zdravljenje depresije

Medikamentozno terapijo lahko uvede lečeči zdravnik onkolog, po potrebi po konzultaciji s specialistom psihiatrom. Pomembno je, da se specialist psihiater vključi v obravnavo paliativnega bolnika pri (3):

- negotovosti glede diagnoze in načrta zdravljenja depresije,
- kompleksni psihiatrični anamnezi oziroma simptomatiki,
- depresivni simptomatiki s psihotičnimi simptomi ali depresivnim stuporjem,
- akutni samomorilnosti,
- ogrožanju drugih,
- brez odziva na antidepresivno terapijo.

Depresijo zdravimo tudi pri bolnikih z napredovalo boleznijo, ki imajo krajše pričakovano preživetje. V obdobju umiranja zdravljenje z antidepresivi prekinemo (3).

Klinična učinkovitost posameznih antidepresivov je v paliativni oskrbi primerljiva. Pri izbiri antidepresiva smo pozorni na naslednje (10):

- neželeni učinki in prenašanje terapije,
- komorbidne bolezni,
- nevarnost predoziranja,
- interakcije med zdravili,
- bolnikova lastna izbira,
- uporabimo antidepresiv, ki je bil v preteklosti že učinkovit, razen ob kontraindikacijah,
- antidepresive predpišemo še 4 do 9 mesecev po doseženi remisiji, opuščanje je postopno,
- psihostimulantov načeloma ne uporabljamo,
- pri ženskah z rakom dojke je priporočljivo izogibanje sočasnemu predpisovanju tamoksifena in močnih zaviralcev encima CYP2D6, saj to lahko zmanjša učinkovitost tamoksifena; ob prvi epizodi anksiozne oziroma depresivne motnje ženskam, zdravljenim s tamoksifenom, ne uvajamo močnih zaviralcev CYP2D6: paroksetina, fluoksetina, bupropiona in duloksetina; priporočena je izbira venlafaksina, escitaloprama ali mirtazapina, varna pa sta verjetno tudi citalopram in sertralin.

Značilnosti posameznih antidepresivov so prikazane v tabeli 14.3 (11).

V klinični praksi za blaženje anksioznosti in nespečnosti pogosto predpisujemo tudi anksiolitike in hipnotike. Predpisovanje omenjenih skupin zdravil je primerno za krajše obdobje, predvsem med uvajanjem antidepresiva do pričakovane učinkovitosti oziroma v obdobju umiranja, ko antidepresiv že ukinemo.

Tabela 14.3: Značilnosti antidepresivov

Antidepresivi	Začetni odmerek	Vzdrževalni odmerek	Največji odmerek	Značilnosti	POZOR!
<b>citalopram escitalopram</b>	citalopram, 10–20 mg escitalopram, 5–10 mg	20–40 mg 10–20 mg	citalopram, 40 mg escitalopram, 20 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• učinkujeta pri agitirani depresiji ali anksioznosti</li> <li>• dobra prenosljivost</li> <li>• možnost pojava konvulzij je majhna</li> </ul>	možnost podaljšanja QT-dobe
<b>sertralin</b>	25–50 mg	50–100 mg	200 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pozitivni profil za srčne bolnike</li> </ul>	zmerni zaviralec na CYP 2D6
<b>fluoksetin</b>	10–20 mg	20–60 mg	60 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zaradi dolge razpolovne dobe je majhna nevarnost odtegnitvenega sindroma</li> </ul>	veliko interakcij z drugimi zdravili, predvsem na CYP 2D6, kar zmanjšuje učinek opioidnih analgetikov in tamoksifena
<b>mirtazapin</b>	15 mg	15–45 mg	45 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• povečuje tek in ima sedativni učinek tudi v nizkih odmerkih</li> <li>• priporoča se pri bolnikih z anoreksijo/kaheksijo,</li> <li>• dobro ga tolerirajo starejši in bolniki s srčnimi boleznimi</li> </ul>	nespečnost, glavobol, pozornost pri uvedbi pri bolnikih z tumorji CŽS, ker znižuje prag za epileptične napade
<b>venlafaksin</b>	37,5–75 mg	75–225 mg	375 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• koristen pri bolnikih s kroničnimi bolečinami, utrujenostjo, anergijo</li> <li>• ima zelo malo interakcij na CYP P450</li> </ul>	pozornost pri bolnikih s srčno-žilnimi in možgansko-žilnimi boleznimi, saj lahko poviša vrednosti krvnega tlaka, potrebne so pogoste meritve RR
<b>paroksetin</b>	10–20 mg	20–40 mg	40 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ima sedirajoč učinek, pozitiven vpliv na nespečnost</li> <li>• lahko poveča tek</li> </ul>	velika nevarnost interakcij (CYP 2D6) in velika nevarnost ukinitvenega sindroma zaradi kratke razpolovne dobe
<b>trazodon</b>	50 mg	50–300 mg	300 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uporablja se zaradi anksiolitičnega in hipnotičnega učinka</li> <li>• nima antiholinergičnega učinka</li> </ul>	glavna neželena učinka sta sedacija in ortostatska hipotenzija

Antidepresivi	Začetni odmerek	Vzdrževalni odmerek	Največji odmerek	Značilnosti	POZOR!
<b>agomelatin</b>	25 mg	25 mg	50 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ima primerljiv učinek s sertralinom in venlafaksinom</li> <li>• raziskave v zvezi z njegovo uporabo v paliativni oskrbi ne obstajajo</li> </ul>	dokazano je hepatotoksičen, kontraindiciran pri bolnikih z jetrno okvaro potrebno je redno spremljanje vrednosti jetrnih encimov
<b>bupropion</b>	150 mg	150–300 mg	300 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uporabljamo ga pri bolnikih z utrujenostjo, anergijo</li> <li>• raziskave v zvezi z njegovo uporabo v paliativni oskrbi ne obstajajo</li> </ul>	
<b>tianeptin</b>	12,5 mg	2–3-krat 12,5 mg	3-krat 12,5 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lahko ga uporabimo pri bolnikih s težko jetrno okvaro, saj se ne metabolizira z encimi CYP</li> <li>• pogosto se uporablja pri starostnikih</li> </ul>	uporaba v paliativni oskrbi je vprašljiva, saj deluje kot opioidni agonist in skupaj z opioidnimi analgetiki lahko povzroča depresijo dihanja
<b>amitriptilin</b>	25–50 mg	75–150 mg	300 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lahko je učinkovit pri bolnikih s kroničnimi nevrološkimi bolečinami</li> <li>• v tuji literaturi ga uporabljajo le redko</li> </ul>	ima veliko neželenih učinkov, obstaja večja nevarnost predoziranja, večja nevarnost konvulzij, slabo prenašanje

## Literatura

---

1. Riba MB, Donovan KA, Andersen B, Braun I, Breitbart WS, Brewer BW et al. Distress Management, Version 3, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2019; 17(10): 1229-49. doi:10.6004/jnccn.2019.0048NCCN.
2. NHS Scotland. ScottishPalliativeCareGuidelines [spletna stran na internetu]. Pridobljeno 11. 3. 2020 s spletne strani: <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/>.
3. GGPO Evidence-based Guideline: Palliative care of patients with incurable cancer. Short Version 1.1 [spletna stran na internetu]. Pridobljeno 11. 3. 2020 s spletne strani: [https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/\\_migrated/content\\_uploads/Guideline\\_Palliative\\_Care\\_Short\\_Version\\_01.pdf](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/Guideline_Palliative_Care_Short_Version_01.pdf).
4. Breitbart W, Chochinov HM, Alici Y. End-of-life Care. V: Grassi L, Riba M. *Clinical Psycho-Oncology: an International Perspective*. Wiley-Blackwell, 2012: 247-71.
5. Kelly B, McClemt S, Chochinov HM. Measurement of psychological distress in palliative care. *Palliative Medicine* 2006; 20: 779-89. doi:10.1177/0269216306072347.
6. Rhondali W, Reich M, Filbet M. A brief review on the use of antidepressants in palliative care. *Eur J Hosp Pharm* 2012; 19(1): 41-4. doi:10.1136/ejhpharm-2011-000024.
7. Rayner L, Price A, Evans A, Valsraj K, Hotopf M, Higginson IJ. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: Systematic review and meta-analysis. *Palliat Med* 2011; 25(1): 36-51. doi:10.1177/0269216310380764.
8. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2009; 373(9665): 746-58. doi:10.1016/S0140-6736(09)60046-5.
9. Rayner L, Price A, Hotopf M, Higginson IJ. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *Eur J Cancer* 2011; 47(5):702-12. doi:10.1016/j.ejca.2010.11.027.
10. Šeruga B, Novak Šarotar B, Knez L, Borštnar S, Janša R, Kocmur M, et al. Sočasno zdravljenje s tamoksifenom in z zaviralci CYP2D6: klinični pomen interakcij zdravil. *Zdrav vestn* 2012; 81:526-32.
11. Grassi L, Nanni MG, Rodin G, Li M, Caruso R. The use of antidepressants in oncology: a review and practical tips for oncologists. *Ann in Oncol* 2018; 29(1):101-111. doi:10.1093/annonc/mdx526.