

PSIHIČNI SIMPTOMI PRI BOLNIKIH Z NAPREDOVALNIM RAKOM

Urška Salobir

Medicinska sestra in zdravnik se pri delu z bolnikom z napredovanim rakom ne srečujeta le s fizičnimi simptomi, temveč tudi s kar celo paleto psihičnih simptomov.

V literaturi je navedeno, da vsaj 25 do 50 odstotkov bolnikov z rakom psihično zboli. Veliko tega je pogosto spregledano ali pa vzeto za nekaj normalnega, v dani situaciji razumljivega. Zato tem bolnikovim težavam ne posvečamo dovolj pozornosti in jih ne poskušamo zdraviti.

Tudi raziskav na tem področju je zelo malo, meje med normalnim in bolezenskim so nejasne.

Kdaj žalost postane depresija in kdaj zaskrbljenost glede prihodnosti nevroza?

Najpogostejši simptomi:

- zaskrbljenost
- žalost
- težave s spanjem
- težave s koncentracijo
- spremembe v doživljanju lastnega telesa (body image)
- težave s spolnostjo
- razdražljivost
- jeza
- anksioznost
- depresija
- akutno stanje zmedenosti

Večina simptomov je povezana z izgubo, ki je lahko realna ali pa le pričakovana. Npr. izguba delovnega mesta, izguba las, izguba vloge v družini, pričakovana izguba življenja.

Poenostavljen model razlage čustvenega odziva:

Ko se oseba znajde v položaju, ko je ogroženo njeno življenje, strah v možganih sproži avtonomni odgovor, pripravljenost za beg ali boj, v katerem je glavni transmitter adrenalin. Ta odgovor se sproži, še preden se človek zave, da ga je strah, in se na zunaj kaže kot stanje izredne anksioznosti. Zdrava odrasla oseba varuje svojo psiho pred nenadzorovano anksioznostjo z različnimi, pogosto podzavestnimi obrambnimi mehanizmi in strategijami. Te obrambne mehanizme in strategije začne človek razvijati v najzgodnejšem otroštvu, in če so uspešni, preprečijo vključitev mehanizma „beg ali boj“ in osebi omogočijo, da se sooči s situacijo, jo čustveno predela, jo sprejme in se ji prilagodi.

Možni obrambni mehanizmi:

- regresija

*Urška Salobir dr. med., spec. paliativne medicine, Oddelek za onkologijo,
Essex County Hospital, Colchester; Velika Britanija*

- zanikanje
- racionalizacija
- projekcija
- introjekcija
- represija
- umik in izogibanje

Obrambne strategije so lahko eksternalizirane (pozunanjene), npr. varnost, zaščita prihajata iz zunanjega vira (npr. matere), ali pa internalizirane (notranje), oseba se naslanja na svoje notranje vire, izkušnje iz preteklosti.

Kako uspešno se oseba spopada z vsakodnevnimi stresi, je odvisno od izbora obrambnih mehanizmov in strategij, ki jih ta oseba uporablja.

Dejavniki, ki vplivajo na razvoj učinkovitih obrambnih mehanizmov, so:

- osebnost
- vzgoja
- podpora
- sposobnost komuniciranja
- življenjske izkušnje
- čas

Dejavniki tveganja za razvoj psihiatrične obolevnosti ob diagnozi neozdravljive bolezni:

- nezrela osebnost
- pomanjkanje zunanje opore (revščina, malo prijateljev, živi sam/a)
- omejena sposobnost sporazumevanja (motnje sluha...)
- podaljšana izpostavljenost stresu (zapleti pri kemoterapiji, operaciji)
- nenadna, nepričakovana diagnoza (rutinska operacija odkrije napredovalo rakavo obolenje)
- premorbidna psihična bolezen, močna družinska anamneza

Pri še tako psihično zdravi osebnosti lahko nenaden stres ob diagnozi, da je bolnik zbolel za boleznijo, ki ogrožanjegovo življenje, povzroči psihične težave. Navadno so kratkotranje (največ 3 mesece) so le del prilagoditvenega procesa in sčasoma minejo same po sebi ob ustrezni podpori. Pogosta so tudi nihanja. Težave lahko postanejo izrazitejše ob recidivu bolezni, ko se pojavi nov simptom, ki je znak, da bolezen napreduje. Če psihične težave trajajo dlje časa, pridejo v psihiatrična obolenja, kot so nevroze, depresija, psihoze.

Obravnava psihičnih težav:

- dobra komunikacija med bolnikom in medicinskim osebjem, podajanje informacij glede na bolnikove potrebe in želje
- kontinuiteta pri obravnavi bolnika, odprt odnos
- sodelovanje bolnika pri odločitvah glede nadaljnjega zdravljenja, kolikor je to mogoče
- zavedanje, da ni enega samega pravega načina, kako se prilagoditi stresu
- farmakološka terapija (anksiolitiki, antidepresivi)

Anksioznost

Zaskrbljenost je normalna sestavina naših vsakdanjih izkušenj. Kadar pa je stalna in neobvladljiva, postane patološka, zato jo je treba zdraviti. Včasih jo je težko ločiti od depresije, saj se nekateri znaki lahko prekrivajo.

Za anksioznost je značilno:

Simptomi	Pogostejši znaki
občutej napetosti, nezmožnost sprostitve zaskrbljenost nihanje v razpoloženju nezmožnost preusmeritve pozornosti potenje, tremor, nausea palpitacije, dispnea, suha usta napadi panike	slaba koncentracija neodločnost nespečnost razdražljivost

Vzroki za anksioznost:

1. Situacija: • prilagoditvena motnja • strah pred bolnišnicami, • kemoterapijo, radioterapijo • skrbi glede družine, denarja 2. Organski vzroki • huda bolečina • nespečnost • dispnea • nauzea • hipoglikemija • motnje ščitnice • možganski tumor • drugi vzroki delirija	3. Psihiatrični vzroki • napadi panike • fobije • depresija 4. Zdravila, toksini • kortikosteroidi • nevroleptiki • odtegnitev alkohola, benzodiazepinov 5. Vzroki povezani z bolnikovim notranjim doživljanjem • misli v zvezi s preteklostjo (zamujene priložnosti, občutki krivde...) • misli v zvezi s prihodnostjo (strah pred bolečino, zmedenostjo, izgubo neodvisnosti, načinom smrti...) • misli o smrti in o tem, kaj ji sledi
--	---

Obravnava anksioznosti:

- odvisno od vzroka (npr. zdravljenje bolečine, nespečnosti)
- omogočanje pomoči pri izražanju skrbi, strahov
- pomoč pri oblikovanju strategij za prenašanje negotovosti

- medikamentozna terapija v kombinaciji s psihično oporo (benzodiazepini, antidepresivi, nevroleptiki)
- psihološka terapija (terapija z glasbo, umetnostjo, kreativnostjo, sproščanje, biofeedback, kognitivna terapija, psihodinamična terapija...)

Depresija

Kje se konča žalost in začne depresija? Diagnoza depresije pri bolniku z napredovanim rakom je še posebno težavna, saj ima veliko bolnikov zaradi svoje primarne bolezni simptome, ki so značilni za depresijo (anoreksija, motnje spanja, zaprtje, hujšanje, izguba libida...).

Depresija je pri bolnikih z napredovanim rakom pogosto spregledana.

Kriteriji za diagnozo depresije:

- potrnost, ki je kvalitativno in kvantitativno drugačna od bolnikove prejšnje izkušnje žalosti
- depresivnost, ki traja neprekinjeno vsaj dva tedna vsaj polovico vsakega dneva
- nesposobnost bolnika, da se otrese potrtosti
- navzočnost vsaj štirih od spodaj navedenih simptomov, ki jih ne povzroča nobena druga bolezen:
 - › motnje spanje (zgodnje zbujanje)
 - › izguba apetita in hujšanje
 - › motnje koncentracije
 - › nezmožnost odločanja
 - › občutki brezupa
 - › občutki krivde in brezvrednosti
 - › ahedonija
 - › izguba zanimanja
 - › težave z opravljanjem vsakdanjih opravil
 - › misli na samomor

Dejavniki , ki povečujejo tveganje za razvoj depresije pri bolnikih z rakom:

- › starost manj kot 40 let
- › rak na pankreasu
- › nepokretnost, odvisnost od drugih
- › neurejeni odnosi z bližnjimi
- › nedavna izguba/žalovanje
- › prikrivanje diagnoze
- › neobvladana bolečina

Obravnava depresije:

- razlaga (bolniki pogosto mislijo, da je depresija nekaj sramotnega)
- pomoč pri vključevanju v družbo (dnevni centri)
- medikamentozna terapija (triciklični antidepressivi, novejši antidepressivi SSRI,
- psihostimulansi, zeliščna zdravila – šentjanževka)

Stanje zmedenosti

je zelo pogost simptom bolnikov z napredovanim rakom.

- AKUTNO (konfuznost, delirij)
- KRONIČNO (demenca)

demenca	delirij
zavest ni motena motnje v orientaciji motnje spomina motnje razmišljanja in presoje halucinacije + konstantnost nereverzibilna	motena zavest motnje v orientaciji motnje spomina motnje razmišljanja in presoje povečana ali zmanjšana psihomotorična aktivnost halucinacije ++ variabilnost potencialno reverzibilna

Vzroki akutnega stanja zmedenosti:

- **organski** (možganski tumor, metastaze, infekt npr. pljučnica, cistitis ..., cerebrovaskularna insuficienca)
- **iatrogeni** (opiat, NSAR, psihotropična zdravila, kortikosteroidi, antihistaminiki, digoksin ...)
- **metabolični** (povišana urea, hiperkalcemija, hiponatremija, hipoglikemija, jeterna in ledvična odpoved, hipoksija, hiperkapnija)
- **psihološki** (panika, strah, zaničanje bolezni)
- **splošni** (bolečina, retenca urina in obstipacija, sprememba okolja, npr. prihod v bolnišnico)
- **abstinenca, odtegnitev** alkohola, benzodiazepinov, barbituratov, nikotina
- **pred smrtjo** (terminalna agitacija)

Obravnava akutnega stanja zmedenosti

- diagnoza vzroka
- razlaga (bolniku in bližnjim)
- zdravljenje reverzibilnih vzrokov
- splošni ukrepi (mirno, dobro osvetljeno okolje, navzočnost bližnjih, najmanjše možno število različnih negovalcev, razlaga, reorientacija, vidna ura, koledar)

- medikamentozno zdravljenje (butirofenon, i npr haloperidol, fenotiazini, npr tioridazin, levomepromazin, benzodiazepini, npr midazolam).
- etične dileme

Zaključek:

Obravnava psihičnih simptomov je za medicinsko sestro in zdravnika težavna iz več razlogov:

- malo formalnega izpopolnjevanja na področju komunikacije in strokovnega svetovanja (counseling)
- izpostavljenost močnim čustvom bolnika in njegovih bližnjih,
- lastni čustveni odziv, sposobnost razumevanja lastnega čustvenega dogajanja,
- ozka brv med čezmernim čustvenim odzivom, ki prepreči strokovnost in zaduši bolnika, ter vtisom hladne odtujenosti, razdalje v smislu »To me ne zadeva«,
- strah, da bomo s čustvenim odzivom izgubili strokovnost, objektivno presojo,
- etične dileme (npr. sedacija terminalnega bolnika),
- časovna omejenost

V pomoč pri obravnavi psihičnih simptomov je:

- delo v strokovni skupini
- posvetovanje z drugimi strokovnjaki
- partnerski odnos do bolnika

Glavni izziv dela z bolniki z napredovalim rakom, kjer je čas omejen je, kako v tem obdobju izboljšati kakovost njihovega življenja in odnosov. Čas pred bolnikovo smrtjo je lahko zanj in za njegove bližnje čas osebnostne rasti in poravnave, čas slovesa. Če pa je bolnik v tem obdobju depresiven, akutno zmeden ali anksiozen in izgubi svoj smisel, postane to obdobje čas stiske in zmede. To zadnje obdobje tudi močno vpliva na poznejše žalovanje in odnos bolnikovih bližnjih do umiranja in življenja nasploh. Zato obravnava psihičnih simptomov lahko bistveno prispeva h kakovosti bolnikovega življenja in njegovih bližnjih.

Viri:

1. Twycross R. Symptom management in advanced cancer. 2nd ed. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1997.
2. Saunders C, Sykes N. Management of terminal malignant disease. 3rd ed. London: Edward Arnold, 1993.
3. Stedford A. Facing death. 2nd ed. Oxford: Sobel Publ., 1994.
4. Kaye P. Tutorials in palliative medicine. Northampton: EPL Publ., 1997.