

Psykiska reaktioner och symtom

180521

För varje enskild patient får cancerdiagnosen en specifik psykologisk betydelse. Detta innebär i sin tur att alla patienter/närstående får en ökad belastning psykosocialt. Reaktioner och behov av stöd är individuella och därför måste alla interventioner vara individuellt anpassade. Patienter med akuta psykiatriska problem, manifesta psykotiska symtom och/eller uttalad suicidrisk ska alltid bedömas, utredas och behandlas samt vid behov remitteras till psykiatrin. Exempel på reaktioner och symtom är akut krisreaktion, olika ångestsymtom, depression och olika psykotiska symtom.

Cancer innebär fysisk, psykisk och social belastning för patienten och de närstående. Det är mycket vanligt att patienter med cancer drabbas av emotionella reaktioner av varierande grad under olika faser av sjukdomsförloppet. Psykologiska symtom påverkar patientens upplevelse av hälsa och livskvalitet. För att stödjade patienter med cancer och deras närstående att hantera svåra situationer är det angeläget att tidigt uppmärksamma psykologiska symtom och dess olika orsaker. Genom psykosocial screening kan högriskpatienter identifieras och erbjudas tidig intervention. Eftersom patienter hanterar sin cancersjukdom och behandling olika och upplever olika nivåer av psykologisk stress är det viktigt att alla interventioner är individuellt anpassade.

Distress – känslomässiga reaktioner

Distress innebär känslomässiga reaktioner av varierande grad, allt ifrån vanliga normala känslor av sorg och rädsla till depression och ångest, samt existentiell och andlig krisreaktion. Distress kan definieras som en obehaglig emotionell upplevelse som kan försämra möjligheten att hantera sjukdomen, dess fysiska symtom och dess behandling. Viktiga frågor till patienten med cancer är:

* Hur stressad känner du dig just nu, på en skala mellan noll och tio och där 10 är den värsta stress man kan uppleva?

* Vilken är den mest besvärande händelse eller vilket är det största problem, som du upplever just nu?

* Hur kan jag hjälpa dig, i din nuvarande situation?

The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) benämner det stigma som cancersjukdomen och dess behandling orsakar som distress. NCCN (2003) menar att distress manifesteras i ett kontinuum med allt från vanliga normala känslor av sårbarhet, sorg och rädsla till problem som kan komma att bli invalidiserande såsom depression, ångest, panik, social isolering samt existentiell och andlig krisreaktion. Distress definieras som "en multi-faktoriell obehaglig, emotionell upplevelse av psykologisk (kognitiv, beteendemässig eller känslomässig), social och/eller andlig natur som kan försämra möjligheten att hantera cancersjukdomen, dess fysiska symtom och dess behandling". Då det inte finns någon svensk direktöversättning på begreppet distress, används i följande text distress som samlingsbegrepp för känslomässiga reaktioner av varierande grad.

Under olika faser av sjukdomsförloppet – från diagnos till behandling, under och efter behandling - upplever omkring 35-47% av patienterna distress. Även mycket lång tid efter diagnos och behandling kan distress kvarstå. Patienter som fått återfall och patienter som är i ett sent palliativt skede av sin sjukdom har ofta högre nivåer av distress. Faktorer som har betydelse för distress är bland annat kön, typ av cancersjukdom samt den individuella förmågan hantera stress.

En viktig dimension i symtomupplevelsen är hur besvärande ett symtom uppfattas vilket innebär att symtom i sig kan ge upphov till distress. Andra viktiga faktorer är tidigare upplevelser av ångest och depression.

Exempel på symtom eller tecken som kan vara ”varningssignaler” är att patienten: Känner sig överväldigad av panikartad rädsla eller övermannad av fruktan Känner sig så ledsen att det inte går att fortsätta behandlingen Känner en irritation och ilska som inte funnits tidigare

Upplever oförmåga att hantera smärta, trötthet och illamående Upplever problem med koncentrationen, har svårt att tänka och svårt att komma ihåg upplever svårigheter att ta några beslut Känner förtvivlan och hopplöshet och har funderingar på att ge upp Ständigt tänker på cancer och/eller död Har problem med sömnen (sover mindre än 4 timmar) Har problem med aptiten (anmärkningsvärt bristande aptit, eller ingen aptit alls en längre period) Upplever oförmåga att lösa problem och konflikter med närstående Ifrågasätter sin tidigare djupa tro och religiösa övertygelse Känner sig värdelös och oduglig

Ibland kan tidigare traumatiska händelser öka sårbarheten för distress hos patienten och dennes närstående. Tecken på ökad sårbarhet kan vara att patienten:

Har haft en närstående som avlidit av cancer Har nyligen förlorat en närstående Har tidigare haft depression eller självmordstankar Återupplever en smärtsam upplevelse som är helt irrelevant till aktuell situation Känner en önskan att skada sig själv eller andra

Viktiga frågor till patienter med cancer Hur stressad känner du dig just nu, på en skala mellan noll och tio och där 10 är den Värsta stress man kan uppleva? Vilken är den mest besvärande händelse eller vilket är det största problem, som du Upplever just nu? Hur kan jag hjälpa dig, i din nuvarande situation?

Akut krisreaktion

En akut krisreaktion kan definieras som en övergående störning som utvecklas som reaktion på exceptionell fysisk eller psykisk belastning hos en individ som inte uppvisar tecken på annan psykisk sjukdom. Den akuta krisreaktionen utvecklas inom några minuter efter den traumatiska händelsen och går vanligtvis över inom timmar eller några få dagar. Symtomen varierar och kan initialt bestå av förvirring och desorientering. Ofta sker en blockering av uppmärksamhet och medvetenhet och en nedsatt förmåga att uppfatta olika stimuli. Tillståndet följs ofta av olika reaktioner alltifrån ett minskat kroppsligt rörelsemönster till stupor eller en överaktivitet och agitation. Andra vanligt förekommande symtom är hjärklappning, ökad svettning och rodnad. Partiell eller total amnesi kan förekomma. Individuell sårbarhet och anpassningsförmåga påverkar den akuta krisreaktionens utveckling och svårighetsgrad. Krisreaktioner som kvarstår kan utvecklas till ångest och depression.

Ångest

Oro och ångest är vanliga symtom hos patienter under väntan på undersökningar, diagnos, behandling eller återfall. Ångest förekommer i varierande svårighetsgrad hos patienter med cancer och kan i sin tur leda till sömnproblem, trötthet och koncentrationssvårigheter. Ångest förekommer ofta i tillsammans med depression. Graden av ångest kan variera från att omfatta obehagliga och plågsamma känslor alltifrån ängslan och oro till fruktan och panik. Ångest kan också ge fysiska symtom som hjärklappning, svettningar, andnöd, yrsel, illamående, darrningar, skakningar, rastlöshet samt trötthet. Då oro och ångest ofta förekommer tillsammans med andra symtom som depression och smärta är tidig identifiering och lindring av alla symtom essentiell.

Olika former av ångest är panikångest, tvångstankar, fobier, posttraumatiskt stressyndrom eller generaliserat ångestsyndrom. Ångest, oavsett svårighetsgrad, kan allvarligt påverka upplevelse av livskvalitet hos patienten och de närstående och bör alltid utvärderas och behandlas. All personal bör ha beredskap för stödjande samtal.

Under hela sjukdomsförloppet finns det situationer och skeden som innebär stora påfrestningar för

patienter och närstående. Oro och ångest är vanliga symtom hos patienter under väntan på undersökningar, diagnos, behandling eller återfall. Ångest vid en cancerdiagnos behöver inte nödvändigtvis vara onormal eller problematisk, den kan också utgöra en konstruktiv del i bemästringen av situationen. Sociokulturella, psykosociala och biomedicinska faktorer bidrar till hur väl patienterna hanterar och bemästrar sin situation. Yngre patienter, kvinnor och personer med sämre socioekonomi än övriga befolkningen löper högre risk att drabbas av ångest.

Svår oro och ångest som panikattacker, tvångstankar och fobier förekommer hos en minoritet av patienter med svår cancersjukdom. Generaliserad ångest och posttraumatiskt stressyndrom kan också förekomma hos patienter som överlever sin cancersjukdom. Graden av ångest kan variera från att omfatta obehagliga och plågsamma känslor alltifrån ångslan och oro till fruktan och panik. Ångest kan också ge fysiska symtom som hjärtklappning, svettningar, andnöd, yrsel, illamående, darrningar, skakningar, rastlöshet samt trötthet.

Ångest kan bestå i en avgränsade och övergående upplevelse till ett mer stabilt och långvarigt förlopp. Faktorer som kan öka risken för att en patient med cancer kan drabbas av ångest innefattar en tidigare historia av ångest eller trauma, svår smärta, bristande socialt stöd och avancerad cancersjukdom. Flera medicinska tillstånd och interventioner kan orsaka ångest, exempelvis metastaser i CNS eller lungor, hyperkalcemi samt behandling med kortikosteroider eller annan farmakologisk behandling. Då oro och ångest ofta förekommer tillsammans med andra symtom som depression och smärta är tidig identifiering och lindring av alla symtom essentiell.

Panikångest

Panikattacker definieras som avgränsade, hastigt påkommande attacker av intensiv rädsla, fruktan eller skräck. Paniken upplevs som en plötslig kraftig ångest ofta i kombination med andnöd, spänning, värk eller smärta i bröstet, hjärtklappning svettningar yrsel magbesvär, stickningar i fingrar eller tår. Paniken förenas ofta med känslor av en förestående hotande undergång, överklighetskänslor, rädsla för att bli tokig samt rädsla för att dö.

Tvångstankar

Tvångstankar är återkommande, påträngande tankar. Tvångshandlingar är det upprepade beteende som svar på tvångstankar eller utifrån en regel som personen känner sig tvingad att följa.

Fobier

Fobier kan definieras som bestående irrationell rädsla för ett specifikt stimuli. Det stimuli som utlöser fobin kan vara en företeelse, aktivitet eller situation.

Posttraumatiskt stressyndrom PTSD Posttraumatiskt stressyndrom kan definieras som en fördröjd eller långvarig reaktion på ett allvarligt trauma. För diagnos krävs att personen uppfattat traumat som livshotande. Symtom vid posttraumatiskt stressyndrom är vanligen plötsliga, intensiva minnesbilder, sömnproblem, koncentrationssvårigheter, irritabilitet och muskelspänningar.

Generellt ångestsyndrom GAD Generaliserad ångest är en överdriven ångslan och en oro inför ett antal händelser eller aktiviteter. Oron förknippas med exempelvis irritabilitet, muskelspänning, uttrötthet och rastlöshet påverkar det dagliga livet. Personer som lider av generaliserad ångest har oftast inte några särskilda fobier och drabbas i allmänhet inte av ångestattacker. Ångestsyndromet innebär istället att kroppen är i ständig beredskap vilket kan yttra sig i fysiska symtom som huvudvärk, sömnsvårigheter, irritabilitet och koncentrationssvårigheter. Personer som lider av generaliserad ångest löper en ökad risk att drabbas av depression och missbruk.

Behandling

Ångest, oavsett svårighetsgrad, kan allvarligt påverka upplevelse av livskvalitet hos patienten och de närstående och bör alltid utvärderas och behandlas. All personal bör ha beredskap för stödjande samtal. Farmakologisk behandling av ångestsyndrom (bensodiazepiner och antidepressiv behandling). Psykoterapi (framför allt används s.k. Kognitiva psykoterapimetoder).

Depression

Att vara ledsen och att känna sorg är normala och vanliga symtom vid cancersjukdom. Det mycket viktigt att särskilja mellan normal ledsnad/sorg och depression. Depression är ett allvarligt tillstånd som påverkar tankar och känslor och som medför en nedsatt förmåga att klara dagligt liv. Även om cancerrelaterad depression inte skiljer sig från annan depression måste behandlingen anpassas till de specifika förhållanden som cancersjukdomen i sig medför. Symtom som är vanliga vid depression är nedstämdhet, känsla av hopplöshet, värdelöshet, skuld, koncentrationssvårigheter, sömnstörning eller trötthet och bristande energi. Tillståndet kan även omfatta kroppsliga symtom som vikt- och/eller aptitförändring samt psykomotoriska förändringar. Även återkommande tankar på död eller självmord och självskadande beteende kan förekomma. Depression förekommer ofta tillsammans med andra symtom som oro, ångest och smärta vilket innebär att tidig identifiering och lindring av alla symtom är mycket viktig. Vid tidig upptäckt och vid lindrig depression kan samtalsterapi i kombination med sömnförbättrande medel räcka, vid medelsvår och svår depression kombineras samtalsterapi med antidepressiva läkemedel.

Depression är ett allvarligt medicinskt tillstånd som påverkar tankar, känslor med en nedsatt förmåga att klara av det dagliga livet. Depression kan ses som ett syndrom utlöst av olika biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Depression drabbar mellan 15 % - 25 % av patienter med cancer. Ledsenhet och sorg är normala reaktioner på den kris en cancersjukdom åstadkommer. Då ledsenhet är ett vanligt symtom vid cancer, är det mycket viktigt att kunna särskilja mellan normala nivåer av ledsenhet och depressiv störning. Den normala reaktionen är en del av ett spektrum av symtom på nedstämdhet, alltifrån normal ledsenhet, depressiva symtom, egentlig depression till dystymi. Viktigt att identifiera de patienter som har en ärftlig disposition för depressioner, historia av tidigare depression, bristande socialt stöd, förekomst av irrationellt beteende eller en sämre prognos och cancerrelaterad dysfunktion.

Även om cancerrelaterad depression inte skiljer sig från depressioner vid andra medicinska förutsättningar, måste behandlingen anpassas till de specifika förhållanden som cancersjukdomen i sig åstadkommer. Även mild eller subklinisk depression kan orsaka ett avsevärt lidande för patienter med cancer som kan behöva stöd individuellt eller i grupp. Då depression ofta förekommer tillsammans med andra symtom som oro, ångest och smärta är tidig identifiering och lindring av alla symtom essentiell. Vissa patienter kan utveckla depression efter behandling med opiater eller andra centralt verkande analgetika. Depression kan utvecklas i samband med steroidbehandling eller vid behandling av hypertoni. Höga doser av neuroleptika kan också ge depressiva besvär. Depressiva symptom och tecken är sänkt stämningsläge och känsla av hopplöshet och förlust av engagemang och glädje. Sömnstörning, rastlöshet eller trötthet och brist på energi är vanligt förekommande. Ofta upplevs nedsatt förmåga till tankeverksamhet och koncentration, med vankelmod och beslutsångest.

Känslor av värdelöshet, hjälplöshet eller skuld är ofta närvarande. Tillståndet kan även omfatta somatiska symtom som vikt- och/eller aptitförändring, förändrad psykomotorisk aktivitet med antingen minskad rörlighet eller agitation. Även återkommande tankar på död eller självmord och självskadande beteende kan förekomma. Beroende på symptomens antal och svårighetsgrad kan en depressiv period klassificeras som lindrig, medelsvår eller svår depression.

Cancervårdprocessen

Lindrig depression

Vid lindrig depression är patienten i obalans, men kan i allmänhet genomföra dagliga aktiviteter.

Medelsvår depression

Vid måttlig egentlig depression är patienten påverkad att även vardagliga sysslor är svåra att genomföra.

Svår depression

Vid svår egentlig depression är patienten funktionshindrad, har ofta starka självföreläuser och självmordstankar samt ofta framträdande kroppsliga symtom.

Psykotiska symtom

Psykos är ett tillstånd som innebär att individen drabbas av en förändrad verklighetsuppfattning. Vanliga psykotiska symtom är hallucinationer och vanföreställningar, förlust av sociala och intellektuella förmågor samt förvirring/desorientering. Även brist på engagemang och motivation, apati, nedstämdhet samt koncentrationssvårigheter kan förekomma. Hallucinationer, vanföreställningar, förlust av sociala och intellektuella förmågor samt konfusion är symtom och inte en sjukdom och det är viktigt att utlösande orsaker identifieras och behandlas. Det är viktigt att kontrollera nyinsatta läkemedel, infektioner eller rubbad elektrolytbalans. Andra utlösande faktorer kan vara svår stress, oro och ångest, sömnstörningar, hjärnmetastaser eller sent palliativt sjukdomsskede. Det är också viktigt att utesluta andra diagnoser med psykotiska symtom, abstinens, missbruk av alkohol, narkotika eller lugnande medel. Vid akut psykos är det viktigt att patienten får psykiatrisk behandling för att inte skada sig själv eller andra.

Länkar:

1177 – om kris: <http://www.1177.se/Tema/Psykisk-halsa/Diagnoser-och-besvar/Kriser-och-svarigheter/Att-hamna-i-kris1/>

1177 – om ångest: <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Angest/>

1177 – om depression: <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Depression/>

1177 - om psykoser: <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Psykoser/>

National Cancer Institute: <http://www.cancer.gov>
<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/depression/healthprofessional>

Länk för patient, närstående eller sjukvårdspersonal <http://deprimerad.net>

Psykosocialt stöd

Behandlande läkare och sjuksköterska ska ge grundläggande psykosocialt stöd. Utifrån patientens/närståendes behov ska kuratorskontakt etableras. Alla patienter med cancer ska erbjudas kuratorskontakt. Alla patienter med cancer ska ha skriftlig information om kontaktuppgifter till kurator.

Primärvårdens kuratorer, psykologer, psykiatrisjuksköterskor och kommunernas familjerådgivning erbjuder stödjande samtal. Frivilligorganisationer och religiösa samfund kan ofta erbjuda stöd.

Behandlande team måste alltid värdera vilka stödjande åtgärder som ska erbjudas. Målet är dels att skapa förbättrade förutsättningar för att behandlingen ska kunna genomföras, dels att förbättra patientens och de närståendes livskvalitet. Behandlande läkare och sjuksköterska ger basalt psykosocialt stöd i form av samtal, information, intyg mm. Vilka patienter som ska ha kontakt med kurator ska avgöras av varje team. Omständigheterna kring sådan kontakt bör regleras i lokalt vårdprogram. Förutom kontakt med de patienter och närstående som själva efterfrågar kontakt bör kuratorn även möta de som teamet har identifierat. Exempel: patienter med minderåriga barn, patienter med relationsproblem i familjen, patienter som själva har vårdansvar för närstående.

Varje avdelning eller mottagning som vårdar patienter med cancer ska ha kurator i teamet. Alla patienter med cancer ska ha skriftlig information om hur teamets kurator nås.

Kuratorer, psykologer och psykiatrisjuksköterskor finns på flera av primärvårdens vårdcentraler. Kommunernas familjerådgivning erbjuder stödjande samtal till familjer i kris och är även experter på relationsproblematik. Inom sjukhuskyrkan finns pastorer, präster och diakoner för patienter och närstående med behov av stödjande samtal, råd och hjälp vid existentiella kriser.

Patienter och närstående kan även få stöd, råd och hänvisning till ytterligare professionell hjälp via Nationella hjälplinjen, tfn 020-22 00 60. <http://www.hjalplinjen.se/default.htm>

Länkar:

1177 – om psykosocialt stöd: <http://www.1177.se/Tema/Cancer/Hjalp-och-stod/Psykologiskt-stod/Psykosocialt-stod-och-rehabilitering/>

Referenser:

Bolund, C., Brandberg, Y., Wersäll, L. (1996). Könsskillnader i psykosocial cancervård. Sou (Ed.) Jämställd vård. Olika vård på lika villkor. (Vol.nr 133). L E Carlson, M Angen, J Cullum, E Goodey, J Koopmans, L Lamont, J H macrae, M Martin, G Pelletier, J Robinson, J S A Simpson, M Specca, L Tillotson and B D Bultz. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. British Journal of Cancer (2004) 90, 2297-2304

Greer, S., S. Moorey, et al. (1992). "Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial." Bmj 304(6828): 675-80. Hegel M, Moore C, Collins D, Kearing S, Gillock K, Riggs R, Clay K, Ahles T. Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. Cancer. 2006 Jacobsen, P. B., K. A. Donovan, et al. (2005). "Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients." Cancer 103(7): 1494-502.

National Comprehensive Cancer Network. Distress management clinical practice guidelines. J Natl Comp Cancer Network. 2003; 1:344-374. Potash M, Breitbart W: Affective disorders in advanced cancer. Hematol Oncol Clin North Am. 16: 671-700, 2002

Ross-Petersen, L., C. Johansen, et al. (1998). "[Does psychosocial intervention in cancer patients affect survival and psychological well-being?]." Ugeskr Laeger 160(39): 5625-34. Zabora, J., K. Brintzenhofesoc, et al. (2001). "The prevalence of psychological distress by cancer site." Psychooncology 10(1): 19-28.

SBU rapport nr 3. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. 2004. SBU rapport nr 171. Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturöversikt. 2005. Socialstyrelsen. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem. Systematisk förteckning. 1997. Kaasa S (red). Palliativ behandling och vård. Studentlitteratur. 2001.

AHRQ Evidence Reports Numbers 61-119 Management of Cancer Symptoms: Pain, Depression, and Fatigue 2006