

Psykiatriska symtom i palliativ vård

2024-07-03

Referat av **Peter Strang**, professor emeritus, senior rådgivare vid Palliativt kunskapscentrum.

Referat av artikeln: Gregg Robbins-Welty et al.: **Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know About the Psychiatric Manifestations of Nonpsychiatric Serious Illness and Treatments.** *Journal of Palliative Medicine* 2024 (in press); DOI: 10.1089/jpm.2024.0135.

Kropp och psyke i palliativ vård

Symtom som oro, ångest och nedstämdhet är vanliga i palliativ vård, och det är inte så konstigt. Sjukdomen i sig skapar många källor till oro och man är ledsen över situationen och alla förluster som en svår sjukdom innebär, där förlusten av den framtid man tog för given kanske är den största förlusten av dem alla. Oftast rör det sig om normala reaktioner hos psykiskt friska personer som befinner sig i en svår situation. De behöver både praktisk hjälp och samtalsstöd, snarare än läkemedel. Samtidigt finns en punkt där en normal oro övergår i en förlamande ångest, eller där en normal nedstämdhet övergår i en situation av oavledbarhet och hämning, det vill säga en behandlingskrävande depression. Där kan läkemedel, som tillägg till det psykologiska stödet, göra stor skillnad.

När psyket påverkar kroppen

Ibland pratar vi om "kropp och själ", och det som avses då är att kroppen påverkar det psykiska välbefinnandet, samtidigt som det psykiska måendet också påverkar kroppen. Det rör sig så att säga i båda riktningarna! Vi vet från studier i palliativ vård att när "normal" nedstämdhet gått över i en behandlingskrävande depression, påverkar det psykiska tillståndet också kroppen och rent av överlevnaden. Det finns flera studier som rör svår KOL och hjärtsvikt som visar att sannolikheten att avlida i en nära framtid fördubblas om man har en samtidig depression. Därför behöver vi uppmärksamma psykiska symtom. Vi vet också från våra egna studier, att personer med cancer och en samtidig psykosdiagnos har kortare livslängd och får mer sällan tillgång till

ASIH, än övriga personer med cancer (1). Därför behöver de psykiatriska diagnoserna uppmärksammas.

I artikeln jag refererar, ger författarna Gregg Robbins-Welty och medarbetare tio tips att tänka på och jag kommer av utrymmesskäl att referera fem av dem (2):

1. Cancer och cancerbehandling kan utlösa psykiska symtom

Vid svår cancersjukdom är det vanligt med oro, ångest, nedstämdhet och depression och i livets absoluta slutskede är också förvirringstillstånd vanliga. Andra tillstånd som PTSD (*post-traumatic stress disorder*) förekommer men har relativt sällan studerats. PTSD innebär till exempel lättväckt ångest, att man alltid är på sin vakt, att man har både koncentrationsproblem och sömnproblem och att man kan vara både irriterad och utåtagerande.

Inflammation i kroppen spelar stor roll vid utvecklingen av cancer och därför är det av intresse att inflammation också anses ha en betydelse för utvecklingen av till exempel depression. Det psykiska välbefinnandet kan också påverkas av olika behandlingar, som strålbehandling mot hjärnan, cytostatikabehandlingar, behandling med interferon där nedstämdhet och suicidrisk är fruktade biverkningar, men psyket påverkas också av kortison som ofta har en uppiggande effekt.

2. Organsvikt och psykiskt mående

Organsvikt i livets slutskede i form av hjärtsvikt, njursvikt eller leversvikt (levercirros) har ett tydligt samband med symtom som ångest, depression och kognitiv svikt. Som redan nämnts, påverkar samtidig depression även den totala överlevnaden vid hjärtsvikt och KOL. Därför räcker det inte att sköta de kroppsliga symtomen, vi behöver också vara duktiga på de psykologiska och psykiatriska delarna. Den kognitiva svikten påverkar också hur personen klarar av sin kroppsliga sjukdom.

3. Förvirringstillstånd – som ofta missas!

I engelsk litteratur kallas förvirring för *confusion* eller *delirium*. Ett klassiskt förvirringstillstånd (den hyperaktiva formen) är svårt att missa: det inträder plötsligt, patienten är uppenbart förvirrad och ibland aggressiv, vänder på dygnet osv. Dessa fall är emellertid ganska få, de flesta är så kallade hypoaktiva förvirringstillstånd, där man bara ser en äldre person som verkar tappa tråden vid varje försök till samtal.

Det som ytterligare försvårar bilden är att det finns förvirringstillstånd som inte har typiska symtom på förvirring, utan det man istället ser är "vanlig" ångest, nedstämdhet eller rent av psykos. Då är tillståndet lätt att missa och risken finns att man väljer att ge bensodiazepiner,

som till och med kan förvärra förvirringstillståndet (om inte bensodiazepinerna kombineras med en låg dos av t.ex. Haldol).

Författarnas slutsats är att det är lätt att missa förvirringstillstånd om man inte använder sig av enkla screeningformulär. I våra egna studier (3) har vi till exempel använt oss av en enkel skala som heter *Confusion Assessment Method* (CAM), men det finns många olika skattningsinstrument att välja på (4). Ofta finns en bakomliggande, behandlingsbar fysisk orsak som triggar igång förvirringen. Det kan röra sig om allt från smärta, dyspne, feber och infektioner till svår förstoppning.

4. Sömnproblem

Sömnproblem är vanliga i palliativ vård men också när det gäller sömn finns det som regel en bakomliggande orsak som bör behandlas först, snarare än att tänka på sömntabletter. En vanlig orsak till sömnproblem är otillräckligt behandlad smärta: har du ont, är det svårt att somna om. Andra orsaker kan till exempel handla om restless legs (rastlösa ben) eller sömnapné som gör det omöjligt att sova. Ännu vanligare är det att personen ligger och grubblar över frågor, istället för att prata med personalen.

5. Epilepsi och läkemedel

Det är inte ovanligt att personer med hjärnmetastaser får epilepsianfall som behöver behandlas med läkemedel. Som regel är nyttan större än nackdelarna, men det kan vara bra att tänka på att läkemedel som levetiracetam (Keppra m fl) kan ge upphov till oro, nedstämdhet, självmordstankar, aggression och till och med psykotiska symtom. Som vid all läkemedelsbehandling räcker det inte att sätta in ett läkemedel, utan man måste också följa upp både effekter och biverkningar.

Diskussion

Det är inte av en slump som vi inom palliativ vård pratar om helhetssyn eftersom de fysiska, psykiska, sociala och existentiella dimensionerna påverkar varandra och måendet i stort, vilket detta referat visar.

Av utrymmesskäl tog jag bara med fem aspekter, det finns en hel del annat matnyttigt att läsa om i samma artikel (2)!

Referenser

1. Bergqvist J, Hedskog S, Hedman C, Schultz T, Strang P. **Patients with both cancer and psychosis-to what extent do they receive specialized palliative care.** *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2024 Apr;149(4):313-322. doi: 10.1111/acps.13666.
2. Gregg Robbins-Welty et al. **Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know About the Psychiatric Manifestations of Nonpsychiatric Serious Illness and Treatments.** *Journal of Palliative Medicine* 2024 (in press); DOI: 10.1089/jpm.2024.0135.
3. Fürst P, Lundström S, Klepstad P, Strang P. **Continuous subcutaneous infusion for pain control in dying patients: experiences from a tertiary palliative care center.** *BMC Palliative Care.* 2020 Nov 10;19(1):172. doi: 10.1186/s12904-020-00681-3.
4. Grover S, Kate N. **Assessment scales for delirium: a review.** *World Journal of Psychiatry.* 2012;2(4):58–70.