ÚZKOST A DEPRESE V POKROČILÉ A TERMINÁLNÍ PALIATIVNÍ PÉČI

SLOVÁČKOVÁ B.[1], SLOVÁČEK L.[2]
[1]Psychiatrická klinika LF UK a FN, Hradec Králové
[2]Domácí hospicová péče, Oblastní charita Pardubice

Až 2/3 pacientů s nevyléčitelným onemocněním trpí v závěru života komorbidními neuropsychiatrickými syndromy. Mezi nejčastější patří **úzkostné poruchy a deprese**.

Úzkost u pokročile a terminálně nemocných

Prevalence úzkosti jako symptomu u těchto nemocných je až **66 %**.

Příčiny:
- **Adaptační porucha** – uvědomění si terminální situace, strach ze smrti, konflikty s rodinou a personálem
- **Úzkost vyvolaná nemocí** – nedostatečně kontrolovaná bolest, metabolické příčiny, delirium, sepse, krvácení, anémie, plicní embolie
- **Úzkost způsobená substancemi** – kortikoidy, antiemetika, bronchodilatancia X syndromy z vysazení (opioidy, BZD, alkohol, AD)
- **Preexistující úzkostné poruchy** – recidiva či relaps premorbidní úzkostné poruchy (PP, GAD, PSTD, fobie ze smrti)

Základem léčby úzkosti u těchto nemocných jsou psychofarmaka a psychoterapie.
BZD:
- midazolam IV k dosažení rychlé sedace u agitovaných či úzkostných pacientů (10–60mg/d)
- klonazepam, diazepam

AD (méně často):
- SSRI, SNRI, TCA, mirtazapin

Antipsychotika:
- haloperidol – úzkost a agitace u deliria
- levomepromazin – navození sedace
- olanzapin

Opioidy – úzkost spojená s nekontrolovanou bolestí či dušností

Deprese u pokročile a terminálně nemocných

Prevalence deprese jako symptomu u těchto nemocných je až **77 %**, zjm. pak v posledních 3 měsících života.
CAVE! Velká část somatizovaných depresí uniká diagnostice (lékaři příznaky připisují somatickému onemocnění).

Příčiny:
- základní onkologické onem., léčba, depresogenní vliv chronické bolesti – organická porucha nálady – F0
- deprese premorbidně – F3
- psychologická reakce na stres související s nemocí – F4

Klinická deprese (pacienta netěší nic, deprese je stálá, pocity beznaděje, bezmoci, viny, anhedonie, zabývání se vlastní neschopností, smrtí, touha zemřít).

Syndrom skleslosti (demoralization syndrom, Kissane) – relevantní psychiatrická dg. v PP, spojen s chronickým somatickým onemocněním, nemohoucností, tělesné znetvoření, obava ze ztráty důstojnosti, sociální izolace, pocit nesmyslnosti a ztráty cíle v životě, beznaděj, bezmoc, existence nemá smysl (prodrom dg., komorbidita)

Existenciální truchlení (normální smutek spojený s procesem umírání) – pacient je schopen se těšit z něčeho, smutek přichází ve vlnách, pasivní přání, aby smrt přišla rychle

Rizikové faktory deprese
- Pokročilost nemoci
- Nedostatečné psychosociální zázemí
- Nedostatečně mírněná bolest či další symptomy
- Výskyt deprese či suic. pokusů v OA či RA
- Abusus alkoholu
- Typ nemoci (stp CMP, SLE, HIV, ca pankreatu, hlavy, krku, plic, karcinoid)
- Depresogenně působící léky užívané v PP (kortikoidy, antiulcera, cytostatika, antiemetika)

Příznaky deprese
1. **Somatické** – kryjí se s příznaky o somatického onemocnění (únava, snížené PMT, nespavost, snížení libida, anorexie, hubnutí).
2. **Psychické** – smutná či dysforická nálada, pocity zbytečnosti, viny, anhedonie, beznaděj, zabývání se smrtí atd.
3. **Ostatní** – nezvladatelná bolest, nespolupráce v léčbě atd.

Základem léčby jsou psychofarmaka a psychoterapie.
- **Volba antidepresiva (AD)** závisí na druhu, lokalizaci, stádiu somatického onemocnění (zjm. pak u nemocných s onkologickým onemocněním). Je nutné se vyhnout AD, která mají NÚ obdobné jako příznaky základního onemocnění (GIT obtíže, hypotenze, retence moči, obstipace, somnolence).
- Nutné zohlednit možné **lékové interakce** (cytochrom P450) a v neposlední řadě **časové hledisko**, tj. AD nasazovat, je-li předpokládaná life expectancy (LE) více než tři měsíce. Je-li LE méně než tři měsíce, indikujeme anxiolytika, antipsychotika, opiáty (euforizující účinek). V terminálním stádiu je vhodné kombinovat AD se sedativním antipsychotikem, lze tak snížit dávku opioidů, které narušují kvalitu vědomí nemocného.
- V terminálním stádiu je vhodné kombinovat AD se sedativním antipsychotikem (levomepromazin, quetiapin, olanzapin), lze tak snížit dávku opioidů, které narušují kvalitu vědomí
- mirtazapin, trazodon, venlafaxin, SSRI, u letargických bupropion
- psychostimulancia: metylfenidat, užití of label, 10 mg 1–2× denně, rychlý nástup účinku, NÚ: sucho v ústech, palpitace, arytmie, dráždivost

Psychoterapie
- Každý zdravotník – podpůrná psychoterapie, otevřená empatická psychoterapie
- Psychoterapeut – podpůrná na krizi orientovaná psychoterapie, KBT
- Specifické psychoterapeutické postupy v PP: terapie důstojnosti (Dignity Therapy, Chochinov), terapie životního smyslu (Breitbart) – principy logoterapie a existenciální analýzy, KBT u umírajících

Literatura u autora.