

Przeciwdziałanie depresji w ostatnim miesiącu życia

Steffen Eychmueller

Current Opinion in Supportive and Palliative Care 2009;3:186-189.

CEL PRACY

W praktyce klinicznej ocena i odpowiednie leczenie chorych pogrążonych w depresji w ostatnim miesiącu życia nadal jest trudnym zadaniem. Są wprawdzie dostępne narzędzia i kryteria oceny depresji w populacji chorych leczonych paliatywnie, niemniej jednak w ostatnich tygodniach życia wykorzystuje się niewiele z nich. Podobnie jest z realizowaniem zasad postępowania, w tym stosowaniem leków przeciwdepresyjnych.

OSTATNIE ODKRYCIA

Szpitalna Skala Lęku i Depresji lub Skala Depresji Hamiltona to przykłady dostępnych narzędzi diagnostycznych przydatnych w ostatnich dniach lub tygodniach życia chorego, których znaczenie kliniczne nie w pełni jednak wyjaśniono. Pragnienie śmierci może bardziej symbolizować akceptację nadejścia kresu życia niż odzwierciedlać zaburzenie depresyjne lub stany lękowe. Obiecującymi nefarmakologicznymi strategiami, poprawiającymi niekiedy funkcjonowanie w społeczeństwie i pozwalającymi się uporać z objawami fizycznymi, wydają się porozumienie w sprawie konkretnego przygotowania na śmierć, rozmowy poświęcone zakończeniu życia, wyrażenie wewnętrznych konfliktów religijnych i przywracanie poczucia spójności. Dobrych wiadomości dostarczyło opublikowane niedawno doniesienie, w którym podkreślono, że badania psychospołeczne mogą przynieść choremu więcej korzyści niż obciążeń.

PODSUMOWANIE

Wśród opublikowanych niedawno doniesień nie odnaleziono żadnego poświęconego farmakologicznemu leczeniu chorych z depresją występującą w ostatnich tygodniach życia. W kilku badaniach wykazano przydatność rozmów przygotowujących chorego na zakończenie życia w konkretnej sytuacji, wzmacniających znaczenie i wpływ dobrych stosunków między opiekunem a chorym w tym okresie. Aby zwrócić uwagę na to ważne zagadnienie kliniczne, przeanalizowano ostatnio dane bazy Cochrane dotyczące protokołu stosowania leków przeciwdepresyjnych u osób dotkniętych ciężkimi chorobami somatycznymi, ale uzyskane wyniki odzwierciedlają brak badań swoiście skupiających się na ostatnich tygodniach lub dniach życia.

SŁOWA KLUCZOWE

leki przeciwdepresyjne, depresja, faza umierania, kres życia

Dr Eychmueller,
Centre for Palliative Care,
Cantonal Hospital St. Gallen,
St. Gallen, Szwajcaria.

Adres do korespondencji:
Steffen Eychmueller, MD, MME,
Cantonal Hospital, CH-9007
St. Gallen, Switzerland;
e-mail: steffen.eychmueller@kssg.ch

WPROWADZENIE

W praktyce klinicznej ocena i odpowiednie leczenie chorych z depresją w ramach opieki paliatywnej jest nadal trudnym zadaniem. Dotyczy to zwłaszcza ostatniego miesiąca życia. W tym czasie chorzy skarżą się zwykle na znaczny spadek energii, zaczynają przygotowywać się na śmierć i snują ostatnie plany dotyczące miejsca śmierci, udzielania wsparcia rodzinie i domownikom, aby nie stać się dla nich ciężarem. Często występują zaburzenia snu, brak apetytu, poczucie bezradności, a niekiedy beznadziejności. Występowanie i nasilenie tych objawów w kolejnych dniach cechuje duża zmienność.

We wcześniejszych doniesieniach omówiono część głównych problemów. Ogólnie przyjmuje się, że podejmowanie badań psychospołecznych w ostatnich dniach życia chorych może obciążać wszystkie zaangażowane osoby, to znaczy samych chorych, opiekujących się nimi członków rodziny oraz obciążonych stresem pracowników opieki zdrowotnej. Ponadto wiele zagadnień pozostaje nierozstrzygniętych, zwłaszcza jeśli w dniach lub tygodniach poprzedzających śmierć obniżony nastrój normalizuje się lub ulega dalszemu dynamicznemu pogorszeniu.

Przyjęcie najlepszej i najmniej obciążającej metody oceny depresji wymaga omówienia. Czy wystarczy po prostu zapytać chorego, czy ma depresję, czy też standardowym narzędziem służącym jej rozpoznawaniu powinna być Szpitalna Skala Lęku i Depresji (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS)? Po ustaleniu takiego rozpoznania skąd zyskać pewność, że nie jest to zaburzenie adaptacyjne przybierające postać żalu będącego normalną reakcją osoby przygotowującej się na śmierć i opuszczenie bliskich osób? Ponieważ w ostatnich tygodniach życia wiodącym objawem jest zmęczenie, jak najlepiej odróżnić poczucie utraty sił i utratę zdolności odczuwania przyjemności od rzeczywistej depresji?

Kolejnym pytaniem pozostającym bez odpowiedzi jest to, czy depresja pojawiająca się w ostatnich tygodniach życia jest niebezpieczna w związku z tym, że nasila dolegliwości, zwiększa napięcie sprawujących opiekę nad chorym członków rodziny lub przedłuża cierpienia. Czy depresja wpływa na jakość życia bardziej niż inne objawy, takie jak silny ból lub duszność? Czy częściej jest przyczyną częstszego popełniania samobójstwa lub kierowania do lekarza próśb o ułatwienie wcześniejszego zakończenia życia?

PRZECIWDZIAŁANIE DEPRESJI W PRAKTYCE KLINICZNEJ

Nie wiadomo, która ze strategii postępowania najskuteczniej łagodzi objawy depresji u chorych, u których ją rozpoznano. Czy farmakoterapia pomaga w jakikolwiek sposób? Jeśli tak, który z leków należy zastosować? Czy lepiej tolerowane i cenniejsze są me-

tody niefarmakologiczne, biorąc pod uwagę działania niepożądane leków, drogę ich podania i zaburzenia czynności narządów?

I wreszcie, które ze skutków postępowania medycznego mają znaczenie dla jakiegokolwiek strategii przeciwdziałania depresji w okresie, gdy życie zbliża się ku końcowi i wycofanie się ze zwykłego funkcjonowania oraz życia społecznego można powszechnie uznać za zachowanie właściwe u poszczególnych chorych.

OSTATNIE DNI LUB TYGODNIE ŻYCIA

Zdaniem niektórych autorów wśród chorych objętych opieką paliatywną depresję rozpoznaje się zbyt rzadko. W kilku opracowaniach skupiono się jednak tylko na ostatnich tygodniach życia. Mówiąc o chorych wymagających opieki paliatywnej, rzadko określa się przedział czasowy, tymczasem niektórzy z nich mogą jeszcze żyć kilka lat, podczas gdy innych właściwiej nazwać nieuleczalnie chorymi lub, częściej, będącymi u schyłku życia. Utrudnia to interpretację wyników leczenia, których nie można uogólniać i odnosić tylko do chorych w ostatnim miesiącu ich życia.

METODY

Opublikowanych w latach 2008-2009 badań poświęconych depresji w ostatnich dniach lub tygodniach życia poszukiwano w bazie Medline. Główną uwagę skierowano na związane z czasem aspekty nieuleczalnej choroby, schyłku życia i zbliżającej się śmierci. Wyszukiwanie oparto na takich pojęciach kluczowych jak: opieka paliatywna (główny poszukiwany termin), łagodzenie objawów (wszystkie pola), opieka hospicyjna (główny poszukiwany termin), opieka hospicyjna (wszystkie pola), opieka u schyłku życia (główny poszukiwany termin), opieka u schyłku życia (wszystkie pola), opieka nad umierającymi (wszystkie pola), umierający (wszystkie pola), chory w stanie terminalnym (wszystkie pola), chory bliski śmierci (wszystkie pola), schyłkowy okres życia (wszystkie pola), bliskość śmierci (wszystkie pola), nadchodząca śmierć (wszystkie pola), ostatnie lub końcowe dni życia ([ostatnie lub końcowe] i [dzień, dni, godzina, godziny, tydzień, tygodnie]) (wszystkie pola), ostatnie 72/48/24 godziny życia (wszystkie pola), faza umierania (wszystkie pola), depresja (wszystkie pola), leki przeciwdepresyjne (wszystkie pola), ułatwienie zakończenia życia (wszystkie pola).

Przedział czasowy: 2008 i 2009 r.

Kryteria włączenia do analizy postępowania z chorymi w ostatnich dniach lub tygodniach życia spełniło 10 spośród 29 wybranych artykułów, opublikowanych w latach 2008-2009.

WYNIKI

Na podstawie badań środowiskowych Rodin i wsp.¹ zaproponowali model oparty na założeniu, że depresja i poczucie beznadziejności tworzą wspólne wzorce zachowań. W przekrojowym badaniu przeprowadzonym z udziałem 406 chorych na nowotwór złośliwy (raka przewodu pokarmowego lub raka płuca z przerzutami) czynnikami ryzyka rozwoju depresji okazały się: znaczne zaawansowanie choroby, niepewność związków, niskie poczucie własnej wartości oraz młodszy wiek. Zarówno depresja, jak i poczucie beznadziejności niezależnie pozwalały przewidzieć pragnienie przyspieszonej śmierci.

Natomiast powszechnie przyjęte założenie, że częstość występowania depresji i zaburzeń lękowych zwiększa się wraz ze zbliżaniem się śmierci, nie znajduje potwierdzenia w wynikach przekrojowego badania prowadzonego przed śmiercią w populacji 289 chorych na zaawansowany nowotwór. Było ono częścią wielośrodkowego dynamicznego prospektywnego badania kohortowego, które opublikowali Lichtenthal i wsp.^{2••} Możliwe, że pragnienie śmierci jest wyrazem raczej jej akceptacji niż patologicznej reakcji depresyjnej na zaistniałą sytuację.

Ganzini i wsp.³ zwracają uwagę na występowanie depresji i niepokoju u chorych ($n=58$) w amerykańskim stanie Oregon proszących lekarzy o ułatwienie im śmierci. Wylonionych na podstawie różnych źródeł chorych poddawano testom psychologicznym w kierunku depresji, posługując się HADS, skalą depresji Becka oraz opracowanym wywiadem klinicznym. Co czwarty z badanych proszących lekarzy o ułatwienie śmierci wykazywał kliniczne cechy depresji. Depresję mieli dwaj chorzy, którzy zmarli po zażyciu śmiertelnej dawki leków. Nie udowodniono, że leczenie z powodu depresji może zmienić decyzję o przyspieszeniu śmierci.

Edmondson i wsp.⁴ analizowali bardziej szczegółowo myśli i opinie pojawiające się w okresie oczekiwania na bliską śmierć. W artykule zatytułowanym „Śmierć bez Boga” badali teorię walki ze strachem, oceniając poczucie komfortu religijnego, zmagania się z prawdami religii, wiarę w życie pozagrobowe, obawę przed śmiercią oraz depresję w grupie chorych na zastoinową niewydolność serca będących w schyłkowym okresie życia. Wydaje się, że w załamaniu systemu pokonywania strachu ważną rolę odgrywa walka z religią, która pogłębia strach przed śmiercią.

Badając obszary porozumienia, Wright i wsp.⁵ oceniali związki między rozmowami o końcowym okresie życia, zdrowiem psychicznym umierającego, opieką medyczną u schyłku życia oraz przyjmowaniem żałoby przez opiekunów. W tym dużym dynamicznym badaniu wielośrodkowym uwzględniono nieformalnych opiekunów i stwierdzono, że opiekunowie są obciążeni większym ryzykiem wystąpienia poważniejszych zaburzeń depresyjnych, jeśli zdecydowano się na zapewnienie

agresywniejszej opieki medycznej. O końcowym okresie życia z chorymi rozmawiano na wstępie, a następnie podczas cotygodniowych spotkań w szpitalu lub ambulatorium. Nie stwierdzono, aby te rozmowy wzbudzały w chorych takie uczucia, jak depresja, smutek, przerażenie lub zmartwienie. Jest to jedno z nielicznych badań poświęconych tej grupie chorych i śledzących losy każdego z nich aż do końca.

Podatność opiekunów rodzinnych na depresję uwzględniono też w przeprowadzonym na Tajwanie badaniu jakościowym.⁶ Zdaniem autorów jednym z najważniejszych czynników zapobiegających wystąpieniu depresji w tej grupie jest koncepcja poczucia koherencji sformułowana przez Antonovsky'ego.

OCENA DEPRESJI W OSTATNICH DNIACH ŻYCIA

W Stanach Zjednoczonych Olden i wsp.⁷ oceniali wiarygodność skali depresji Hamiltona (Hamilton Depression Rating Scale) w rozpoznawaniu depresji u chorych w końcowym okresie życia. Badana przez nich grupa wydaje się spełniać kryteria włączenia do niniejszej analizy, tworzą ją bowiem będący w stanie terminalnym chorzy na nowotwór przyjęci do szpitala w celu zapewnienia im opieki paliatywnej. Wykazano dużą czułość i swoistość skali depresji Hamiltona, jej rzetelność, a jednocześnie wiarygodność w rozpoznawaniu depresji u chorych bardzo zaawansowany nowotwór.

Okuyama i wsp.⁸ uważają, że oceniając zmęczenie u będących w stanie terminalnym chorych na nowotwór, należy brać pod uwagę jego wyraźną korelację z napięciem psychicznym. Ich zdaniem wszelkie działania mające na celu zmniejszenie zmęczenia powinny uwzględniać interwencje psychologiczne, które mogą się stać obecnie najnowocześniejszą metodą postępowania paliatywnego.

Odczuwanie smutku i strachu w końcowym okresie życia uznaje się za typowe. Braun i wsp.⁹ uznają za konieczne wykrywanie podczas badania chorego nieprawidłowych reakcji na zaistniałą sytuację prowadzących do pojawienia się depresji. Rozpoznanie depresji u chorych będących w stanie terminalnym może ułatwić choremu przygotowanie się na śmierć i unikanie niekorzystnych oddziaływań z objawami fizycznymi. Nie określono jednak konkretnych danych dotyczących tej metody postępowania ani jej wyników.

PRZECIWDZIAŁANIE DEPRESJI CHORYCH W OSTATNICH DNIACH ŻYCIA

Podczas randomizowanego badania z grupą kontrolną Steinhauser i wsp.^{10••} usiłowali wyjaśnić, czy przygotowanie się do zakończenia życia i rozmowy na ten temat mogą poprawić funkcjonowanie i jakość życia ciężko chorych. Dzięki perspektywicznemu podejściu wśród

chorych spełniających warunki pobytu w hospicjum (przewidywane przeżycie krótsze niż pół roku) stwierdzono poprawę stanu czynnościowego, zmniejszenie niepokoju, złagodzenie depresji oraz lepsze przygotowanie na śmierć, a takie postępowanie zyskało akceptację chorych. Działanie perspektywiczne polega na trzech spotkaniach z mediatorem, w trakcie których są omawiane takie zagadnienia, jak podsumowanie życia, umiejętność wybaczenia, dziedziczenie i sprawy spadkowe.

BADANIA PSYCHOSPOŁECZNE U SCHYŁKU ŻYCIA

Pessin i wsp.¹¹ z grupy skupionej wokół W. Breitbart wyjaśnili w pewnym stopniu, czy udział chorych będących u schyłku życia w badaniach naukowych przynosi im jakieś korzyści, czy raczej dodatkowo ich obciąża. Autorzy przedstawili 68 chorym będącym w stanie terminalnym, których spodziewane średnie przeżycie było krótsze niż 2 miesiące, krótką ankietę dotyczącą ich samych. Wypełnienie ankiety nie spowodowało dodatkowych obciążeń u 75% uczestników badania. Czynniki obciążającymi okazały się długość wywiadu, niejasności w strukturze ankiety oraz trudności w omawianiu zagadnień związanych z końcowym okresem życia. Natomiast 75% ankietowanych poczuło więź społeczną dzięki uczestnictwu w badaniu.

PODSUMOWANIE

Poza badaniem Steinhausera i wsp.^{10••} we współczesnym piśmiennictwie rzadko pojawiają się informacje o przeciwdziałaniu depresji chorych będących u schyłku

życia. Niektóre badania poświęcono narzędziom oceny depresji i czynnikom ryzyka jej wystąpienia, ale tylko nieliczne dotyczyły podejmowanych działań. W praktyce klinicznej istotne znaczenie ma zachęcanie do otwartego omawiania zagadnień związanych z końcowym okresem życia zapewniającego poczucie koherencji chorym i ich opiekunom. Chorzy bowiem chcą rozmawiać o tym, co jest dla nich ważne, a zwłaszcza o swych nadziejach i pragnieniach. Takie podejście poprawia ich funkcjonowanie i jakość życia, nawet w obliczu depresji i poczucia beznadziejności.

Dostępne są nieliczne dane dotyczące swoistych sytuacji klinicznych, w których depresję można zwalczać za pomocą leków. Ostatnio nie opublikowano żadnego badania poświęconego temu zagadnieniu i lekarze cały czas muszą polegać na własnym doświadczeniu. Osiągnięcie optymalnego działania leków przeciwdepresyjnych wymaga niekiedy kilku tygodni, podczas gdy spodziewany czas życia może być krótszy. Skuteczne bywają leki psychostymulujące, ale ważnymi przeszkodami w ich stosowaniu są trudności, jakie sprawia ich przyjmowanie drogą doustną, a także powodowane przez nie szybkie zmiany w sferze poznawczej. Nie wiadomo też, jakie ważne korzystne zjawiska można uznać za rzeczywistą odpowiedź na postępowanie przeciwdziałające depresji.

Tłumaczenie oryginalnej angielskiej wersji artykułu z *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, September 2009; 3 (3): 186-189, wydawanego przez Lippincott Williams & Wilkins. Lippincott Williams & Wilkins nie ponosi odpowiedzialności za błędy powstałe w wyniku tłumaczenia ani nie popiera i nie poleca jakichkolwiek produktów, usług lub urządzeń.

PIŚMIENNICTWO

- szczególnie interesujące
- wyjątkowo interesujące

1 Rodin G, Lo C, Mikulincer M, et al. Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Soc Sci Med* 2009;68:562-569.

2 Lichtenthal WG, Nilsson M, Zhang B, et al. Do rates of mental disorders and existential distress among advanced stage cancer patients increase as death approaches? *Psychooncology* 2009;18:50-61.

•• Powszechne założenie kliniczne, zgodnie z którym zaburzenia depresyjne i niepokój nasilają się w miarę zbliżania się śmierci, nie znalazło potwierdzenia w wynikach badania przeglądowego, podczas którego oceniano ostatni okres przed śmiercią 289 chorych na zaawansowany nowotwór. Było ono częścią wielośrodowego dynamicznego prospektywnego badania kohortowego.

3 Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK. Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians' aid in dying: cross sectional survey. *BMJ* 2008;337:a1682.

4 Edmondson D, Park CL, Chaudoir SR, Wortmann JH. Death without God: religious struggle, death concerns, and depression in the terminally ill. *Psychol Sci* 2008;19:754-758.

5 Wright AA, Zhang B, Ray A, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA* 2008;300:1665-1673.

6 Tzuh Tang S, Li CY. The important role of sense of coherence in relation to depressive symptoms for Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *J Psychosom Res* 2008;64:195-203.

7 Olden M, Rosenfeld B, Pessin H, Breitbart W. Measuring depression at the end of life: is the Hamilton Depression Rating Scale a valid instrument? *Assessment* 2009;16:43-54.

• Oceniono wiarygodność skali depresji Hamiltona w rozpoznawaniu depresji u chorych w końcowym okresie życia.

8 Okuyama T, Akechi T, Shima Y, et al. Factors correlated with fatigue in terminally ill cancer patients:

a longitudinal study. *J Pain Symptom Manage* 2008;35:515-523.

9 Braun UK, Kunik ME, Pham C. Treating depression in terminally ill patients can optimize their physical comfort at the end of life and provide them the opportunity to confront and prepare for death. *Geriatrics* 2008;63:25-27;review.

10 Steinhauser KE, Alexander SC, Byock IR, et al. Do preparation and life completion discussions improve functioning and quality of life in seriously ill patients? Pilot randomized control trial. *J Palliat Med* 2008;11:1234-1240.

•• Zastosowane w tym badaniu perspektywiczne podejście poprawiło stan czynnościowy chorych spełniających warunki pobytu w hospicjum (spodziewane przeżycie krótsze niż pół roku), zmniejszyło ich niepokój i depresję w końcowym okresie życia, a podejmowane działania były dla chorych akceptowalne.

11 Pessin H, Galiotta M, Nelson CJ, et al. Burden and benefit of psychosocial research at the end of life. *J Palliat Med* 2008;11:627-632.