

Ångest

TEXT // CARINA MODEUS

Människor som lever med den egna döden nära förestående har ofta mer eller mindre påtaglig oro eller ångest. Men de flesta människor i en palliativ sjukdomsfas har inte ångest.

SYMPTOMEN ORO OCH ångest skiljer sig åt genom att oro beskriver en känsla som är kopplad till att man själv vet vad som utlöser oron, den har alltså ett fokus. Ångest är en liknande känsla, men den saknar tydligt fokus och upplevs som mer diffus och är ofta svårare att uthärda. Ångest är en mer intensiv känsla än oro och kan stegras till skräck eller panik. Inför den egna döden är hotet högst påtagligt. Vi borde utifrån definitionen alltså tala om oro men intensiteten i känslan gör det mer rimligt att tala om ångest.

Både oro och ångest påverkar hur vi tänker, känner och beter oss. Utöver den medvetna upplevelsen av ångest sker en aktivering av hjärnans omedvetna äldre och djupare delar och därigenom funktioner som andning, puls, blodtryck, svettning, magtarmfunktion och muskeltonus. Den grundläggande känslan, grundaffekten, är i båda fallen rädsla vars funktion är att undvika hot. Kroppen förbereder sig för att fly eller slåss och därmed öka chansen för att överleva. En kvarleva sedan vi levde som bytesdjur bland andra djur, om man så vill. En funktionell känsla för i mötet med den egna döden finns inte längre några utvägar. Alla flyktvägar är avskurna, det finns ingen kvar att slåss med.

Hur vanligt är det med ångest?

Ur ett befolkningsperspektiv är ångest ett folkhälsoproblem men närheten till rädsla varierar. De vanligaste formerna av ångest är generaliserad ångest, social fobi, specifik fobi, paniksyndrom och separationsångest. Livstidsrisken i befolkningen för att få ångest är 30 procent. Vid en given tidpunkt är förekomsten (prevalensen) cirka 16 procent.

Det innebär att ungefär var tredje patient vi möter i sjukvården har eller har haft ett betydande lidande eller funktionsförlust till följd av ångest tidigare under sitt liv, redan före sin livshotande sjukdom. Det är ganska vanligt att personen inte har sökt vård för sin ångest och därför inte fått någon diagnos.

Att samtidigt ha annan psykisk sjukdom förutom ångest, som sömnstörning, depression och beroendesjukdom är vanligt. Ångest och depression befinner sig i varsin ände av ett spektrum. Det finns människor som har ångest utan att samtidigt känna

sig deprimerade och andra som känner sig deprimerade utan att samtidigt ha ångest. Det vanligaste är att båda tillstånden förekommer samtidigt, men i olika grad.

För patienter i ett palliativt sjukdomsskede visar forskningen att förekomsten av ångest är ungefär som i den samlade populationen, det vill säga mellan 15 och 30 procent. Det är ännu vanligare med blandtillstånd av ångest och depression som dessutom ökar under livets allra sista dagar.

Det kan vara värt att påpeka att dessa siffror innebär att de flesta människor i en palliativ sjukdomsfas inte har ångest.

Ångest samverkar med övriga symtom, så att plågsamma fysiska symtom kan utlösa ångest och omvänt kan ångest utlösa och förstärka fysiska symtom, som till exempel smärta. Flera vanligt förekommande läkemedel som kortison och antiemetika, ökar risken för att patienten ska få ångest. Abstinens efter snabb utsättning av opioider och bensodiazepiner ger också ångest.

Hur kan vi ta reda på om patienten har ångest?

Samtal med patienten och närstående är förstås viktigast. Finns det något i sjukhistorien som väcker misstanke om tidigare ångestproblem? Vad har patienten för föreställningar och farhågor om framtiden? Många har svårt att sätta ord på sina känslor. Då kan det vara bättre att fråga efter tankar. Ur beskrivningen av tankarna går det ibland att hitta en tråd att nysta vidare ifrån. Kartlägg dygnsvariation och intensitet samt faktorer som förvärrar eller lindrar. Frågor om sömn ger viktig information. Den som sover gott om natten har sällan svår ångest.

Eftersom ångest är "smittsamt" kan det vara till hjälp att vara vaksam på sina egna känslor. Vilken känsla väcker patienten hos dig?

Det finns hjälpmedel i form av skattningsskalor för att bedöma ångest. IPOS och ESAS är skattningsinstrument som är speciellt anpassade för palliativ situation. HAD (Hospital Anxiety Depression Scale), fångar både ångest och depression, men är inte anpassad för palliativ situation. Läs mer om att mäta ångest på sid 8.

Utöver samtalet ger den kliniska blicken och observation av

” Samtalsbehandling av patienter i palliativ vård behöver ha inriktning mot att vara stödjande.

patienten viktig information. Motorisk oro, blickkontakt och kontroll av vitalparametrar.

Vad kan lindra ångest?

Samtalsbehandling eller psykoterapi av ångest i andra sammanhang, åtminstone inom kognitiv beteendeterapi, har som grundprincip att gradvis exponera det som utlöser ångesten och därefter lära sig att hantera situationen på ett nytt sätt. När det är döden som utlöser ångest är detta ingen framkomlig väg. Samtalsbehandling av patienter i palliativ vård behöver därför ha inriktning mot att vara stödjande.

I det goda samtalet finns olika beståndsdelar:

- Att göra tillvaron mer hanterbar och begriplig.
- Bra och tydlig information om bakgrunden till symtom.
- Hjälp att förstå hur kroppen fungerar och vad som lindrar symtom.
- Information om vart man kan vända sig, när man har behov av sjukvården.
- Upplevelse av att den man möter har kompetens och erfarenhet.
- Att möta en medmänniska som lyssnar och ger utrymme för att formulera tankar och känslor.
- Kraften i att bli sedd och hörd.
- Någon att berätta om sitt liv för.
- Hjälp att summera och reflektera.
- Få dela tankar kring meningen med det som livet inneburit.
- Gott omhändertagande av oroliga närstående.
- Om möjligt stötta familjen i att förbättra relationer.

Fokus i det goda samtalet kan ligga på att utforska vad som ökar lugnet. Fysisk kontakt och beröring? Kanske att återknyta till viktiga människor och platser? Lyssna på musik eller poesi? Vistas i naturen? Kanske i stillheten vid vatten? Naturen kan ha en kraftfull inverkan och ge en känsla av att vara sammanbunden med allt levande, att ingå i något större, att vara en del i ett evigt kretslopp. Svårt sjuka har ofta vistats mest inomhus under lång tid.

Den som befinner sig i livets slutskede upplever ofta en existentiell ensamhet, som kan lindras av en stunds delande. Mänsklig närvaro är mycket central. Löfte om att inte överge. För den som känner skuld över gjorda val och smärta i ouppklarade relationer kan ibland kontakt med företrädare för den andliga vården, såsom präst eller imam, göra skillnad. Kanske finns det en väg till försoning? Att få ge och ta emot förlåtelse, att få säga och ta emot ”tack” och att få berätta för älskade människor hur viktiga de har varit, kan göra stor skillnad.

Läkemedel

Val av preparat styrs av intensitet och dygnsvariation. Generellt gäller att börja med låg dos och justera dosen uppåt med försiktighet. Bensodiazepiner är en viktig grupp. Lorazepam är bra om patienten samtidigt mår illa. Alprazolam fungerar vid panikattacker. SSRI kan vara ett bra val, också om patienten saknar depressiva symtom, vid rimligt lång förväntad överlevnad. Samtidig ångest och sömnstörning kan behandlas med mirtazapin, som ofta dessutom ger lite ökad aptit. Patienter med nattlig ångest och sömnstörning kan svara bra på quetiapin eller olanzapin.

UTRYMMET HÄR MEDGER inte någon fördjupad genomgång men det finns flera välgjorda sammanställningar, se referenser.

Referenslista

1. Bra basinformation i läkemedelsboken:
https://lakemedelsboken.se/kapitel/smarta/palliativ_vard.html#q2_68
2. Information till cancerpatienter:
http://cancerresan.se/e-bok/denofrivilligeresenaren_sll/files/assets/basic-html/page-25.html
3. National Cancer institute:
<https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/anxiety-distress-hp-pdq/>
4. Up to date - preparatval (detta är en betalsida, som kanske inte alla har tillgång till):
https://www.uptodate.com/contents/management-of-psychiatric-disorders-in-patients-with-cancer?search=cancer%-2520depression&usage_type=default&source=search_result&selectedTitle=1~150&display_rank=1
5. En bra uppslagsbok:
Handbook of psychiatry in palliative medicine, second edition, Edited by Harvey Max Chochinov and William Breitbart, 2009, Oxford university press, avsnitt om ångest s 69-80.



Carina Modeus

Överläkare vid onkologiska kliniken i Region Kronoberg, specialistläkare i onkologi och psykiatri, verksam i Region Kronobergs cancerrehabiliteringsteam, sektionsansvarig läkare vid palliativa rådgivningsteamet