Tidsskriftet Tidsskrift for Den norske legeforening

Forekomst og diagnostikk av psykiatriske tilstander i palliativ medisin

DIAGNOSTIKK OG BEHANDLING

JON HÅVARD LOGE

Email: j.h.loge@medisin.uio.no
Institutt for medisinske atferdsfag
Universitetet i Oslo
Postboks 1111 Blindern
0317 Oslo
og
Enhet for anvendt klinisk forskning
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

STEIN KAASA

Seksjon lindrende behandling
Kreftavdelingen
Regionsykehuset i Trondheim
7006 Trondheim
og
Enhet for anvendt klinisk forskning
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Målsettingen med artikkelen er å beskrive forekomsten av psykiatriske tilstander hos pasienter som får palliativ behandling og prinsippene for diagnostikk av disse tilstandene.

Det er gjort et utvalg av tilgjengelig litteratur, i hovedsak begrenset til kreftpasienter.

Nevropsykiatriske tilstander som delirium, demens og amnestisk syndrom forekommer hyppig (> 20 %), spesielt i den siste perioden før døden. Angstsymptomer og depressive symptomer er også vanlige og kan være direkte uttrykk for den medisinske tilstanden. Angsttilstander og depressive tilstander sees trolig hos færre enn 10 %. Metodiske svakheter og forskjellig metodikk vanskeliggjør imidlertid sammenlikninger av studier.

Samtalen er fundamentet for kartlegging av mental status og for diagnostikk. I kartleggingen av nevropsykiatriske tilstander bør intervjuet være legesentrert, og det vil i hovedsak bestå av lukkede spørsmål. Emosjonelle symptomer kartlegges i hovedsak best ved en mer pasientsentert tilnærming, ved bruk av åpne spørsmål og fasiliterende teknikker. De psykiatriske somatiske symptomene som anoreksi, vekttap og følelse av tretthet er ikke valide diagnostiske kriterier. Spørreskjemaer er best egnet til å monitorere forløpet, men de må være tilpasset den aktuelle populasjonen.

Nevropsykiatriske tilstander er de hyppigst forekommende psykiatriske tilstandene hos pasienter som får palliativ behandling. Gode intervjuferdigheter er det sentrale elementet i diagnostikken av psykiatriske tilstander i denne pasientgruppen.

Det er uavklart hvor mange kreftpasienter som også utvikler psykiatriske tilstander. For eksempel er prevalensen av depresjon rapportert til mellom 1 % og 53 % (1). I en prospektiv studie av 93 pasienter med avansert kreftsykdom anvendte man strukturerte psykiatriske intervjuer og stilte psykiatriske diagnoser etter det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV (2, 3). Delirium forekom hyppigst (28 %), 11 % hadde demens, 7,5 % hadde tilpasningsforstyrrelser, mens alvorlig depresjon (3 %) og generalisert angstlidelse (1 %) var sjeldent (3). Dette står i kontrast til studier der man har anvendt enklere spørreskjemaer. I disse er forekomsten av angst og depresjon blitt anslått til 20 – 30 % (4, 5). Manglende standardisering av målemetodikk og diagnostiske kriterier er hovedårsaken til at forekomsten er så forskjellig (6). I tillegg har man i få studier kontrollert for psykiatriske tilstander som forelå før kreftsykdommen debuterte.

Klinikeren vil møte disse utfordringene i sitt arbeid med pasienter med langtkommet kreftsykdom og psykiske symptomer. Som oftest må klinikeren vurdere pasienten uten å ha tilgang til psykiatrisk ekspertise. Få psykiatere har spesifikk erfaring med denne pasientgruppen og de diagnostiske og terapeutiske utfordringene den representerer. I det følgende presenteres en oversikt over forekomsten av de vanligste psykiatriske tilstander hos pasienter som får palliativ behandling og prinsippene for diagnostikk av disse tilstandene.

I Norge vil palliativ medisin hovedsakelig omfatte pasienter med langtkommet kreftsykdom. Dette arbeidet omhandler kun denne pasientgruppen. Forekomsten av psykiske lidelser hos pasienter med langtkommet og dødelig sykdom varierer trolig mellom diagnosegrupper, for eksempel mellom AIDS-syke og kreftpasienter. Prinsippene for og utfordringene i diagnostikken er de samme på tvers av diagnosegruppe.

Psykiske plager hos pasienter med langtkommet kreftsykdom

De mest aktuelle psykiatriske diagnosene innen palliativ medisin er beskrevet i tabell 1.

Normale psykiske reaksjoner

Vanligvis ledsages kreftsykdommer av psykososiale kriser som følger sykdomsforløpet: diagnose, tilbakefall, manglende behandlingsrespons, manglende utsikt til helbredelse osv. (7). Typisk vil de fleste pasientene under disse krisene reagere med grader av uvirkelighetsfølelse, engstelse, bekymring, irritabilitet, tristhet eller forstyrrelse av naturlige funksjoner som søvn og appetitt (8). Hos de fleste pasientene vil imidlertid symptomene avblekes i løpet av dager, mest typisk når kreftbehandling igangsettes (9). Klinikeren må derfor forsøke å skille mellom normale og patologiske reaksjoner (8). Symptomenes intensitet, varighet og funksjonelle konsekvenser må da trekkes inn. Maguire og medarbeidere har foreslått at angst er patologisk hvis den har vart i to uker og har vært til stede i mer enn 50 % av våken tilstand (10). Slike kriterier bør håndteres med klinisk skjønn og fleksibilitet. For angstsymptomer og depressive symptomer er grensen mellom normale og patologiske reaksjoner flytende. Toleransen for slike symptomer varierer også mellom individer.

Pasientens erkjennelse av at sykdommen er dødelig, har oftest oppstått gjennom en prosess over tid hvor pasienten har vekslet mellom håp og skuffelse. Langt de fleste pasienter som får palliativ behandling har akseptert at døden er forestående, og man må respektere deres individuelle tilpasning. Eldre pasienter har trolig lettere for å tilpasse seg enn yngre, og det er rapportert at eldre kreftpasienter har et lavere nivå av angstsymptomer og depressive symptomer enn yngre (11). Mange pasienter frykter døden mindre enn lidelsen som går forut for den. Adekvat symptombehandling og informasjon om slik behandling kan ofte redusere engstelse og bekymring, på samme måte som spesifikk kreftbehandling trolig er den mest potente behandling av tilsvarende symptomer tidligere i forløpet (9).

Tabell 1

Aktuelle psykiatriske diagnoser (ICD-10)

ICD-10-dia-		
gnosenummer	Hovedgruppe	Undergruppe
F43.20	Tilpasningsforstyrrelser	Kortvarig depressiv (<1 måned)
F43.22	"	Blandet angst og depresjon
F43.23	"	Andre følelser (angst)
F43.24	"	Atferdsforstyrrelse
F41.0	Angstlidelser	Panikklidelse
F41.1	"	Generalisert angstlidelse
F41.2	"	Blandet angst- og depressiv lidelse
F32.0	Depressive episoder	Mild
F32.1	"	Moderat
F32.2	"	Alvorlig

F02	Organiske lidelser	Demens
F04	"	Organisk amnestisk syndrom
F05	"	Delirium
F06.3	"	Organisk stemningslidelse
F06.4	"	Organisk angstlidelse

Tilpasningsforstyrrelser

Tilpasningsforstyrrelser er karakterisert av emosjonelle symptomer og/eller atferdsforstyrrelse av klinisk betydning i forbindelse med en psykososialt belastende hendelse.

Tilpasningsforstyrrelser er den hyppigst forekommende psykiatriske tilstanden hos kreftpasienter generelt. En studie viste at 30 % av nylig innlagte kreftpasienter hadde tilpasningsforstyrrelser (12). Blant kreftpasienter med terminal sykdom hadde 7,5 % tilpasningsforstyrrelser (3).

Tilpasningsforstyrrelsene kan ikke defineres klart ut fra symptomer eller symptomintensitet, men pasientens reaksjon skal overstige det som er *forventet* ved den aktuelle belastning eller gi vesentlig funksjonsinnskrenkning. Diagnosen skal ikke brukes hvis det kan påvises en symptomlidelse. Hos de fleste vil tilstanden gå over i løpet av dager eller uker (4, 13). Tilpasningsforstyrrelser står derfor i en mellomposisjon mellom normalreaksjoner og symptomlidelser. Det er uavklart hvor mange pasienter med tilpasningsforstyrrelser som senere utvikler symptomlidelser. Det er også uavklart hvor mange pasienter med symptomlidelser som senere blir diagnostisert med tilpasningsforstyrrelser. I en studie av pasienter innlagt i en generell medisinsk avdeling var både symptomlidelser og tilpasningsforstyrrelser lite stabile diagnoser (13). Tilpasningsforstyrrelser er av disse grunner omdiskutert som diagnostisk enhet (14). Utover kortvarig symptomatisk lindring er derfor tilpasningsforstyrrelser ikke ansett som indikasjon for behandling som medfører risiko for forverring av andre plager (14).

Delirium, demens og amnestisk syndrom

Delirium er karakterisert av endret kognisjon *og* nedsatt bevissthet med akutt eller subakutt debut (timer eller få dager). Tilstanden er også kalt akutt konfusjon, akutt demens, cerebral svikt, metabolsk encefalopati og reversibel toksisk psykose (15). Utenlandske studier tyder på at delirium er svært hyppig blant pasienter med avansert kreftsykdom (30 – 40 %) (3, 15, 16). Det er ikke avklart om tilstanden sees like hyppig i Norge. Muligens kan lavere dosering av opioider i vår del av verden medføre at færre utvikler delirium. I så fall er diagnostikk av overdosering viktig, og behandlingen enkel. I de aller siste dager før døden har inntil 60 % av kreftpasienter kognitive forstyrrelser (16). Utredning og behandling av slike pasienter må selvsagt tilpasses den korte forventede levetiden.

En rekke symptomer kan ledsage et delirium: angst, hallusinose (spesielt synshallusinose), vrangforestillinger, desorientering, språkforstyrrelser og lettere nevrologiske avvik. Søvnrytmen vil være endret, og enkelte kan bli utagerende. Psykomotorisk kan pasientene være hypoaktive, hyperaktive eller veksle mellom hypo- og hyperaktivitet. Forandringer i kognitive funksjoner som hukommelse, orienteringsevne og språk sees også ved demens, men demens er ikke ledsaget av bevissthetsforstyrrelse, og debuten er mer gradvis. Kombinasjonen raskt endret kognitiv fungering og endret bevissthetsnivå er derfor ansett som patognomonisk for delirium.

Kreft forekommer hyppigst hos mennesker i høy alder (17). Forekomsten av demens i den generelle befolkningen øker eksponentielt fra 60-årsalderen, og rundt 10 % av alle 80-åringer har demens (18). Man må derfor forvente at demens sees hyppig i palliativ medisin. I Minagawa og medarbeideres materiale var gjennomsnittsalderen 67 år, og 11 % hadde demens (3).

Amnestisk syndrom er karakterisert av markert svikt i korttids- og langtidshukommelse. Tilstanden skilles fra delirium ved at bevisstheten er intakt og fra demens ved at tapet av intellektuelle evner er mindre omfattende. Forekomsten av amnestisk syndrom er ikke studert hos pasienter med langtkommet kreftsykdom. Det er rimelig å anta at mange av pasientene som utvikler kognitiv svikt på slutten av livet tilfredsstiller kriteriene for amnestisk syndrom (16).

Angsttilstander

Søren Kierkegaard skilte mellom angst og frykt ved å knytte frykt til ytre reelle trusler (19). Den subjektive opplevelsen er trolig den samme ved angst og frykt. Kreftpasienter med avansert sykdom står overfor ytre trusler, og trolig kan angstsymptomer i visse situasjoner bedre forstås som frykt. For eksempel kan pasienten frykte utilfredsstillende behandling av smerter og andre symptomer, frykte for å bli oppgitt av behandlerne når helbredelse ikke lenger er behandlingsmålet eller bekymre seg for dem som blir tilbake. I slike situasjoner kan pasienten ofte ha bedre nytte av legen som samtalepartner enn som diagnostiker.

Angst opptrer som et symptom ved de fleste psykiatriske tilstander, ikke bare ved de såkalte angsttilstandene. De mest aktuelle angsttilstandene innen palliativ medisin er angitt i tabell 1. Trolig er panikkangst og generalisert angst de vanligste angsttypene. Panikkangst arter seg som et kortvarig og uventet intenst ubehag, ledsaget av aktivering av det sympatiske nervesystemet i form av svette og hjertebank. Generalisert angst oppleves som økt indre spenning, bekymring, nervøsitet, uro, manglende evne til å slappe av, innsovningsvansker, muskulær spenning eller gastrointestinalt ubehag. Mest typisk opptrer generaliserte angstsymptomer ved kriser eller markerte overganger i sykdomsforløpet, som ved beskjed om tilbakefall.

Begrepet dødsangst innebærer en antakelse om en spesifikk årsak og bryter dermed med prinsippene for psykiatrisk klassifikasjon. Begrepet kan tilsløre diagnostikken av angsttype og angsttilstand og dermed forsinke eller forhindre adekvate tiltak. Spesielt gjelder dette i livets siste fase, hvor angstsymptomer svært ofte er organisk betinget (20).

Både sykdom, behandling og komplikasjoner kan utløse angstsymptomer (21). Dårlig kontrollert smerte, hypoksi, sepsis og delirium er av de hyppigste årsakene til angstsymptomer hos pasienter med langtkommet kreftsykdom (20). Brå nedtrapping av opioid- eller benzodiazepinbehandling kan utløse agitasjon og angstsymptomer (21). Ofte vil dosen av disse medikamentene reduseres i den aller siste fasen før døden inntrer. Toleranseutvikling kan også utløse angstsymptomer. Tidligere kontrollerte symptomer blir da manifeste. Organisk betingede angstsymptomer skal ikke klassifiseres som ordinære psykiatriske symptomer (6). I ICD-10 har organisk betinget angstlidelse egen kode (F06.4). Det foreligger ikke systematiske studier av forekomsten av organisk betinget angst hos kreftpasienter.

Forekomsten av angstlidelser generelt er også lite studert. Minagawa og medarbeidere anvendte strukturerte intervjuer og påviste at 1 % hadde generalisert angstlidelse og 5 % hadde tilpasningsforstyrrelser med angst (3). I andre studier har man anvendt forskjellige spørreskjemaer eller definert kasus ulikt med identiske spørreskjemaer. Prevalensen av angsttilstander i slike studier er anslått til mellom 9 % og 33 % (4, 5, 22 – 24).

Depressive tilstander

Depresjon er den hyppigst undersøkte psykiatriske tilstanden hos pasienter med alvorlig somatisk sykdom, og depresjon manifesterer seg trolig noe ulikt ved ulike medisinske tilstander (25). De mest aktuelle depressive tilstandene innen palliativ medisin er presentert i tabell 1.

Stemningsleiet hos kreftpasienter kan fluktuere fra det upåfallende via tristhet til nedstemthet. I forløpet av kreftsykdommen vil pasientene gjennomgå tapsopplevelser som naturlig etterfølges av tristhet, men som også utløser depresjoner hos et mindretall. Fordi det er lett å ”forstå” at pasientene er triste, er deprimerte kreftpasienter blitt misoppfattet som naturlig triste (6). Lavt stemningsleie over tid (1 – 2 uker), lavest stemningsleie om morgenen, fravær av naturlige emosjonelle responser, følelse av hjelpeløshet og håpløshet, selvbebreidelser, skyldfølelse og dødsønske må ansees som symptomer på depresjon.

Det er påstått at depresjon forekommer hyppigere når sykdommen har nådd et avansert stadium enn tidligere i sykdomsforløpet (6). I to studier der man anvendte strukturerte intervjuer og stringente diagnosekriterier påviste man imidlertid ikke spesielt høy forekomst av depresjon hos pasienter med avansert kreftsykdom (prevalens 1 – 7 % og 9 %) (3, 26). Prevalensen av depresjon reduseres derfor av en mer stringent definisjon av depresjon, og den er uavhengig av hvor i sykdomsforløpet pasienten befinner seg (1).

Depresjon sees trolig hyppigere hos pasienter med smerter enn hos pasienter som ikke rapporterer smerte (6). Pasienter med smerter kan ha en rekke ”psykiatriske” symptomer: angst, fortvilelse, avvikende atferd, irritabilitet og søvnforstyrrelser (27). Slike symptomer skal *ikke* klassifiseres som psykiatriske før adekvat smertekontroll er oppnådd (6). På den annen side kan depresjon medføre at smertenivået rapporteres høyere (28). Metabolske og endokrine forstyrrelser kan også ledsages av depressive symptomer (6). I DSM-IV er det eksplisitt formulert at et symptom ikke skal klassifiseres som depressivt hvis det kan forstås som et fysiologisk uttrykk for en kjent medisinsk tilstand (2).

Denne definisjonen kan være problemfylt i palliativ medisin, fordi man lett kan oppfatte de depressive symptomene som en konsekvens av kreftsykdommen og dermed underdiagnostisere depresjon. Hvor hyppig metabolske og endokrine forstyrrelser ledsages av depressive symptomer i den aktuelle pasientgruppen, er så vidt vites ikke nærmere undersøkt. Slik "depresjon" har egen kode i ICD-10 (F06.3).

Tabell 2

Diagnostiske kriterier for alvorlig depressiv episode (DSM-IV) (2)

Kriterium [1]	Type depressivt symptom
Nedsatt stemningsleie [2]	Psykologisk
Anhedoni [2, 3]	Psykologisk (?)
Anoreksi/vekttap	Somatisk
Insomni/hypersomni	Somatisk
Psykomotorisk agitasjon/retardasjon	Somatisk
Følelse av tretthet/utmattelse	Somatisk
Skyldfølelse	Psykologisk
Nedsatt evne til konsentrasjon	Psykologisk
Tilbakevendende tanker om død/selvmord	Psykologisk

- [1] Fem eller flere av kriteriene har vært til stede de siste 14 dager og er en forandring fra tidligere fungering
- [2] Ett av disse kriteriene må være til stede
- [3] Anhedoni = manglende evne til å glede seg over stimuli som vanligvis utløser glede

Diagnostikk i praksis

Intervjuet

Samtalen med pasienten er det sentrale elementet i diagnostikken. Skal samtalen være av diagnostisk nytte, må imidlertid psykiske forhold kartlegges nøye. Den diagnostiske samtalen vil typisk ha forskjellig utforming avhengig av om man vil kartlegge kognitiv svikt eller emosjonelle forstyrrelser.

Kognitiv svikt hos medisinske pasienter blir ofte oversett av undersøkende lege (29). Kognitiv svikt kan inngå i en demenstilstand, et amnestisk syndrom eller et delirium. Lettere former kan medføre vage eller unøyaktige svar, bagatellisering eller inadekvate emosjoner, for eksempel likegyldighet i forhold til viktige opplysninger. Ofte vil klinikeren merke ubehag i intervjusituasjonen, som lett irritasjon eller en følelse av ikke å nå frem med sitt budskap. Den

videre samtalen bør være dominert av lukkede spørsmål (legesentrert intervju). Lukkede spørsmål innledes ofte med hvor eller når og kan besvares med en enkeltsetning eller ett enkelt ord.

I den videre kartleggingen av kognitiv svikt skal pasientens bevissthetsnivå, oppmerksomhet, språk, orienteringsevne, hukommelse, tankeprosesser, dømmekraft og høyere funksjoner (for eksempel kunnskapsnivå og regneferdigheter) kartlegges og vurderes. Intervjuer for å kartlegge kognitiv svikt må gjennomføres med respekt, fordi pasienter med lettere svikt kan forsøke å skjule sine vansker og føle skam fordi intellektet svikter. Å forklare hensikten med intervjuet, helst med utgangspunkt i en konkret observasjon, kan bidra til å redusere opplevelsen av å drive kryssforhør. Innhenting av komparentopplysninger vil ofte være nødvendig, for eksempel for å fastslå når tilstanden debuterte.

Emosjonelle forhold vurderes best ved å intervjue pasientsentrert, lytte til pasientens beretning og i langt større grad anvende åpne spørsmål. Åpne spørsmål innledes ofte med hva eller hvordan og vil oftest bli besvart med lengre utsagn. Stemningsleie, anspenthet/uro, sinne og variasjon i affekter kan i hovedsak observeres. Teknikker som fremmer pasientens egenrapportering, som stillhet, fasilitering, reflektering og klargjøring, vil oftest være nyttige. Unntaket er alvorlige depresjoner eller pågående panikkanfall, hvor legen skal ta mer aktiv styring. Tidligere psykiske lidelser og reaksjoner ved belastende hendelser bør kartlegges, og dødsønske eller suicidale tanker skal utredes hvis det foreligger en depressiv tilstand. Litteraturen antyder at kreftpasienter kan ha noe økt suicidalrisiko (30).

Utfordringer i diagnostikken

Angsttilstander og depressive tilstander i ICD-10 og DSM-IV inkluderer somatiske symptomer som søvnforstyrrelse, kvalme, diaré, nedsatt appetitt og følelse av tretthet. Somatiske og psykologiske depressive symptomer er presentert i tabell 2. De somatiske symptomene er uspesifikke symptomer i den aktuelle pasientgruppen fordi de også kan være utløst av grunnlidelsen og/eller behandlingen (6, 24, 31). Det er foreslått å erstatte de somatiske symptomene ved depresjon hos somatisk syke med psykologiske symptomer (32). Dette synes ikke å ha påvirket klinisk eller vitenskapelig praksis i vesentlig grad.

De sprikende og til dels svært høye estimatene for prevalensen av depresjon hos kreftpasienter kan reflektere at man i de fleste studiene har anvendt mål på aktuell tilstand, inkludert somatiske symptomer, og ikke anvendt diagnostiske kriterier som skiller mellom depresjon og naturlig tristhet (1, 6). Kunnskapen om forløpet av psykiske plager under kreftsykdom er mangelfull. Trolig fluktuerer emosjonelle symptomer betydelig fra dag til dag og gjennom forløpet, og måletidspunktet har derfor betydning for nivået av emosjonelle symptomer (9).

Ved å sette en høy terskel for å klassifisere et symptom som depressivt fant Chochinov og medarbeidere at 9 % av kreftpasienter med avansert sykdom tilfredsstilte kriteriene for en depressiv tilstand i to ulike sett av diagnosekriterier (26). Ved en lav terskel økte forekomsten av depresjon vesentlig, og de samme pasientene ble ikke klassifisert som deprimerte i de to settene av diagnosekriterier (26). Somatiske depressive symptomer økte

forekomsten av depresjon bare når de ble kombinert med en lav symptomterskel for psykologiske depressive symptomer (26). Legen skal derfor primært anvende antall, nivå og varighet av psykologiske symptomer i diagnostikken av depresjon. Somatiske depressive symptomer har kun diagnostisk verdi hvis det også foreligger et høyt nivå av psykologiske depressive symptomer eller hvis de somatiske symptomene er betydelig mer intense enn forventet ut fra pasientenes somatiske tilstand. Det siste kan være svært vanskelig å vurdere hos pasienter i livets sluttfase.

Instrumenter

Det finnes en rekke spørreskjemaer for selvutfylling til bruk for diagnostikk eller måling av symptomintensitet. De fleste av disse instrumentene er imidlertid ikke utviklet for å diagnostisere psykiatrisk lidelse. Chochinov og medarbeidere viste at et enkelt spørsmål: "Are you depressed?" gav mer pålitelig informasjon om depresjon hos pasienter med langtkommet kreftsykdom enn korte skjemaer for selvutfylling (33). Det er en vanlig kunstfeil å bruke spørreskjemaer/intervjuer utviklet for psykiatriske populasjoner uten å korrigere for at somatiske psykiatriske symptomer er uspesifikke hos somatisk syke. Dette er gjort i nyere arbeider (34).

Til støtte i diagnostikk, for monitorering av forløp og for å evaluere behandlingseffekt kan enklere instrumenter brukes som et supplement til samtalen med pasienten. Vi vil i det følgende omtale enkelte instrumenter som enten er mye brukt i Norge (HADS, MADRS og MMS) eller som kan supplere diagnostikken av delirium (MDAS).

Hvis man velger å bruke et instrument, må man kjenne instrumentets oppbygging og egenskaper. Tallene som fremkommer må fortolkes, og uten sikker kunnskap om hva instrumentet faktisk måler, kan tallene bli mer forvirrende enn forklarende. Man skal også huske på at instrumenter med akseptable psykometriske egenskaper på gruppenivå ikke nødvendigvis er egnet for diagnostikk av enkeltindivider.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) angir å måle angst og depresjon i to separate subskalaer. Skjemaet fylles ut av pasienten selv (35). Korrelasjonen mellom subskalene er svært høy (r> 0,60) (36). Konstruktørene av HADS har angitt at HADS er upåvirket av somatisk tilstand (35). Empiriske funn tyder på at dette ikke er riktig (37). Fem av de sju spørsmålene om depresjon omhandler anhedoni (manglende livslyst) (35). Anhedoni har vært ansett som et psykologisk depressivt symptom (6). Dette er trolig ikke korrekt, fordi en studie nylig viste at depresjon målt med HADS korrelerte svært høyt (r = 0,66) med serumnivået av cytokinet sIL2r α hos pasienter med kolorektalcancer og levermetastaser (38). Depresjon hos innlagte kreftpasienter og hos pasienter med avansert sykdom predikeres best av en sumskåre som inkluderer begge subskalaene (39, 40). Hos pasienter med avansert sykdom predikerte angstskalaen depresjon bedre enn depresjonsskalaen (40). De angitte verdiene for å klassifisere kasus (8 – 10 = sannsynlig, 11 = sikkert) bør derfor ikke benyttes (35). HADS er på tross av navnet ikke et diagnostisk instrument og er best egnet til å gradere nivået av generaliserte angstsymptomer.

Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) fylles ut av legen basert på en samtale (41). Instrumentet er ikke et diagnostisk instrument, men er konstruert for å gradere nivået av depressive symptomer. Tre av ti spørsmål er om somatiske symptomer, og den vanlige grupperingen av depresjon i ingen, lett, moderat og svær etter MADRS-skåre kan derfor ikke anvendes (42). MADRS inneholder, i motsetning til HADS, sentrale depressive symptomer, som depressivt tankeinnhold, svekkede emosjonelle reaksjoner og selvmordstanker.

Mini Mental Status (MMS) er et diagnostisk instrument basert på intervju og fylles raskt ut av legen (43). Skåre på MMS er relativt høyt korrelert med IQ, og MMS måler kognitiv svikt med tilfredsstillende validitet. Instrumentet kan derfor anvendes i diagnostikk av delirium, amnestisk syndrom og demens, men det gir ikke mulighet til å differensiere mellom disse.

Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) er utviklet for å gradere nivået av delirium og fylles raskt ut av legen (44). Instrumentet er rapportert å ha høy reliabilitet (interrater og intern konsistens) og tilfredsstillende validitet (44). Instrumentet er velegnet til å monitorere et delirium, for eksempel hvis man vil vurdere eller dokumentere effekten av en intervensjon. I motsetning til de tre andre nevnte instrumentene er MDAS foreløpig ikke oversatt til norsk.

Andre undersøkelser

Systematisk screening på angst og depresjon i denne populasjonen er ikke kostnadseffektivt fordi de eksisterende instrumenter har for lav sensitivitet og spesifisitet (39, 45). Biologiske markører har foreløpig ingen plass i klinisk praksis (6, 46). Strukturerte psykiatriske intervjuer har en klar plass i forskning, og bør der foretrekkes fremfor korte spørreskjemaer. Databaserte strukturerte intervjuer, som Composite International Diagnostic Interview (CIDI), er så vidt vites ikke anvendt eller validert i den aktuelle populasjonen, men kan være et aktuelt supplement til intervjuet (47). Ved demens og amnestisk syndrom kan nevropsykologisk testing være aktuelt, men det krever tilgang til kompetent nevropsykolog (48). I utredningen av *årsakene* til et delirium kan en rekke somatiske undersøkelser være aktuelle, men omfanget av utredningen bør være tilpasset forventet levetid og klinisk situasjon (15).

Konklusjoner

Nevropsykiatriske tilstander er de vanligste psykiatriske tilstandene hos pasienter som får palliativ behandling. De gjeldende diagnosekriteriene for angsttilstander og depressive tilstander må modifiseres i denne populasjonen. Samtalen med pasienten er det viktigste diagnostiske instrumentet for undersøkelse av mental status i palliativ medisin.

Arbeidet er støttet av Den Norske Kreftforening. Vi takker Erlend Hem for konstruktiv bistand under utarbeidingen av manuskriptet.

LITTERATUR

1. DeFlorio ML, Massie MJ. Review of depression in cancer: gender differences. Depression 1995; 3: 66 – 80.

2. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. utg. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.

3. Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, Ishitani K. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. Cancer 1996; 78: 1131 – 7.

4. Hopwood P, Howell A, Maguire P. Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast: prevalence measured by two self-report questionnaires. Br J Cancer 1991; 64: 349 – 52.

5. Pinder KL, Ramirez AJ, Black ME, Richards MA, Gregory WM, Rubens RD. Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: prevalence and associated factors. Eur J Cancer 1993; 29A: 524 – 7.

6. Massie MJ, Popkin MK. Depressive disorders. I: Holland JC, red. Psycho-oncology. New York: Oxford University Press, 1998: 518 – 40.

7. Holland JC. Clinical course of cancer. I: Holland JC, Rowland JH, red. Handbook of psychooncology. Oxford: Oxford University Press, 1990: 75 – 100.

8. Massie MJ, Holland JC. Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. I: Holland JC, Rowland JH, red. Handbook of psychooncology. Oxford: Oxford University Press, 1990: 273 – 82.

9. Tjemsland L, Søreide JA, Malt UF. Posttraumatic stress in operable breast cancer III: status one year after surgery. Breast Cancer Res Treat 1998; 47: 141 – 51.

10. Maguire P, Faulkner A, Regnard C. Managing the anxious patient with advancing disease – a flow diagram. Pall Med 1993; 7: 239 – 44.

11. Massie MJ, Holland JC. The older patient with cancer. I: Holland JC, Rowland JH, red. Handbook of psychooncology. Oxford: Oxford University Press, 1990: 444 – 52.

12. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 1983; 249: 751 – 7.

13. Snyder S, Strain JJ. Change in diagnosis at termination of psychiatric consultation. Hosp Comm Psychiatry 1990; 41: 286 – 9.

14. Strain JJ. Adjustment disorders. I: Holland JC, red. Psycho-oncology. Oxford: Oxford University Press, 1998: 509 – 17.

15. Breitbart W, Cohen KR. Delirium. I: Holland JC, red. Psycho-oncology. Oxford: Oxford University Press, 1998: 564 – 75.

16. Pereira J, Hanson J, Bruera E. The frequency and clinical course of cognitive impairment in patients with terminal cancer. Cancer 1997; 79: 835 – 41.

17. Cancer in Norway 1992. Oslo: Kreftregisteret, 1992.

18. Cooper B. Epidemiology of dementia and cognitive decline in the elderly. Baillière's clinical psychiatry 1995; 1: 175 – 199.

19. Kierkegaard S. Begrepet angest. Oslo: Gyldendal, 1969.

20. Breitbart W, Chochinov HM, Passik S. Psychiatric aspects of palliative care. I: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, red. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 1998: 933 – 54.

21. Breitbart W, Jaramilli JR, Chochinov HM. Palliative and terminal care. I: Holland JC, red. Psycho-oncology. Oxford: Oxford University Press, 1998: 437 – 49.

22. Brandberg Y, Bolund C, Sigurdardottir V, Sjödén P-O, Sullivan M. Anxiety and depressive symptoms at different stages of malignant melanoma. Psycho-Oncology 1992; 1: 71 – 8.

23. Kaasa S, Malt U, Hagen S, Wist E, Moum T, Kvikstad A. Psychological distress in cancer patients with advanced disease. Radiother Oncol 1993; 27: 193 – 7.

24. Noyes R jr., Holt CS, Massie MJ. Anxiety disorders. I: Holland JC, red. Psycho-oncology. Oxford: Oxford University Press, 1998: 548 – 63.

25. Yates WR. Epidemiology of psychiatric disorders in the medically ill. I: Robinson RG, Yates WR red. Psychiatric treatment of the medically ill. New York: Marcel Dekker, 1999: 41 – 64.

26. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Prevalence of depression in the terminally ill: effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. Am J Psychiatry 1994; 151: 537 – 40.

27. Spiegel D, Saud S, Koopman C. Pain and depression in patients with cancer. Cancer 1994; 74: 2570 – 8.

28. Koller M, Kussman J, Lorenz W, Jenkins M, Voss M, Arens E et al. Symptom reporting in cancer patients. Cancer 1996; 77: 983 – 95.

29. McCartney JR, Palmateer LM. Assessment of cognitive deficit in geriatric patients. J Am Geriatr Soc 1985; 33: 467 – 71.

30. Breitbart W, Krivo S. Suicide. I: Holland JC, red. Psycho-oncology. Oxford: Oxford University Press, 1998: 541 – 7.

31. Robinson RG. Specificity of psychiatric symptoms in the medically ill. I: Robinson RG, Yates WR, red. Psychiatric treatment of the medically ill. New York: Marcel Dekker, 1999: 25 – 40.

32. Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. Cancer 1984; 53 (S10): 2243 – 9.

33. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. Am J Psychiatry 1997; 154: 674 – 6.

34. Passik SD, Dugan W, McDonald MV, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. J Clin Oncol 1998; 16: 1594 – 600.

35. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361 – 70.

36. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – a review of validation data and clinical results. J Psychosom Res 1997; 42: 17 – 41.

37. Hjermstad MJ, Loge JH, Evensen SA, Kvaløy SO, Fayers PM, Kaasa S. The course of anxiety and depression during the first year after allogeneic or autologous stem cell transplantation. Bone Marrow Transplant 1999; 24: 1219 – 28.

38. Allen-Mersh TG, Glover C, Fordy C, Henderson DC, Davies M. Relation between depression and circulating immune products in patients with advanced colorectal cancer. J R Soc Med 1998; 91: 408 – 13.

39. Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. Screening for adjustment disorders and major depression disorders in cancer in-patients. Br J Psychiatry 1990; 156: 79 – 83.

40. Le Fevre P, Devereux J, Smith S, Lawrie SM, Cornbleet M. Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12. Palliat Med 1999; 13: 399 – 407.

41. Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979; 134: 322 – 9.

42. Snaith RP, Harrop FM, Newby DA, Teale C. Grade scores of the Montgomery-Åsberg depression and the clinical anxiety scales. Br J Psychiatry 1986; 148: 599 – 601.

43. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189 – 98.

44. Breitbart W, Rosenfeld B, Roth A, Smith MJ, Cohen K, Passik S. The Memorial Delirium Assessment Scale. J Pain Symptom Manage 1997; 13: 128 – 37.

45. Zimmerman M, Mattia JI. Screening for psychiatric disorders in medical patients. I: Robinson RG, Yates WR red. Psychiatric treatment of the

medically ill. New York: Marcel Dekker; 1999: 1 – 24.

46. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 89 – 99.

47. Robins L, Wing JK, Wittchen H-U, Helzer JE, Babor TF, Burke J et al. The Composite International Diagnostic Interview. Arch Gen Psychiatry 1988; 45: 1069 – 77.

48. Robinson J. Cognitive assessment of palliative care patients. Pro Pall Care 1999; 7: 291 – 8.

Publisert: 10. november 2000. Tidsskr Nor Legeforen.
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. mars 2026.