
Angst og depresjon hos kreftpasienter

REDAKSJONELT

TJEMSLAND L

Psykiatriske symptomer ved somatisk sykdom er en gråsone i medisinen som er lite behandlet både i somatiske og psykiatriske lærebøker. I dette nummer av Tidsskriftet har Nina Aass og medarbeidere undersøkt forekomst av angst og depresjon hos kreftpasienter ved et norsk regionsykehus (1).

Generelt vet vi at psykisk stress er mest uttalt rundt tidspunktet for diagnose, ved residiv/metastase og iterminalstadiet av kreftsykdom (2). Hver av disse fasene representerer spesifikke stresspåkjenninger med spesielle utfordringer for både pasient, pårørende og behandlere. Derfor kan prevalensen av angst og depresjon være forskjellig i ulike pasientmaterialer, fordi antall pasienter i samme sykdomsfase kan variere.

Hva som er normale og hva som er sykelige psykiske reaksjoner ved kreftsykdom, kan det være ulike oppfatninger om. Et pragmatisk synspunkt er at symptomer som interfererer med den medisinske behandling og/eller som i vesentlig grad reduserer pasientens daglige funksjon, er "sykelige". Disse trenger spesiell klinisk oppmerksomhet. En slik situasjon kan foreligge når normale krisereaksjoner blir spesielt intense og/eller langvarige, eller når symptomene oppfyller kriteriene for en psykiatrisk diagnose.

Leinster (3) har satt søkelyset på den betydning kommunikasjonen mellom lege og pasient har for den psykisk mestring av sykdommen. Å få en kreftdiagnose oppleves av mange som en dødstrussel. De psykiske reaksjonene kansammenliknes med dem vi ser ved andre livstruende kriser, og de bearbeides på liknende måte. Denne prosessen blir lettere hvis informasjon gis på en støttende og bekreftende måte. I dette ligger at legen registrerer pasientens reaksjon på informasjonen som gis og sikrer seg at den blir oppfattet. Det hjelper hvis legen kan bekrefte pasientens følelsesreaksjoner ved f.eks. å si: "Jeg ser at dette er vanskelig for deg." Samtidig må pasienten få nok tid til å fordøye informasjonen og til å komme med oppklarende spørsmål.

Resultater fra en skotsk undersøkelse tyder på at kreftpasienter med mye angst og depresjon er mer kritiske enn andre til måten de er blitt informert på (4). De følte i større utstrekning at de hadde fått for lite informasjon og/eller at opplysninger var holdt tilbake. Ifølge forfatterne (4) kan disse data tolkes på

minst to måter: Enten at den aktuelle "negative" sinnstilstand farger beskrivelsen av forholdet til legen, eller at mangelfull informasjon er en medvirkende årsak til angst og depresjon. Hvilken tolking som er riktig, kan bare avklares ved hjelp av parallelle, prospektive registreringer.

På grunn av overlapping av medisinske og psykiatriske symptomer kan diagnosen depresjon være vanskelig å stille hos kreftpasienter. Spiegel (5) mener at underdiagnostisering av depresjon hos pasienter med kreft skyldes at depressive symptomer som energitap, appetittforstyrrelser og søvnvansker feilaktig blir tolket som symptomer på selve kreftsykdommen eller dens behandling. Man setter søkelyset på medisinske symptomer og tegn på bekostning av psykologiske, og det eksisterer ofte en terapeutisk nihilisme vis-à-vis psykiatriske tilstander (5).

Det faktum at svært få pasienter henvises til psykiatrisk vurdering i avdelinger med psykiatrisk rådgivnings- og tilsynsvirksomhet, gir indirekte støtte for en slik antakelse (6). Det ville ha vært interessant å få opplyst hvor ofte henvisning til psykiater forekom i materialet fra Det Norske Radiumhospital (1).

Diagnose og behandling av depresjon og stress hos kreftpasienter er grundig behandlet i flere oversikter (7). Kontrollerte intervensjonsforsøk har vist effekt av så vel farmakologiske som ulike psykoterapeutiske behandlingsmåter. I tillegg til at det reduserer livskvalitet og velvære, er det mye som tyder på at vedvarende dysfori, hjelpeløshet og oppgitthet er en negativ prognostisk faktor i seg selv. Antakelig gjelder dette som et generelt prinsipp for de fleste sykdommer.

Nancy Frasure-Smith og medarbeidere har rapportert negativ effekt av depresjon på overlevelse både seks og 18 måneder etter gjennomgått hjerteinfarkt, selv om det var kontrollert for somatiske risikofaktorer (8). To amerikanske studier av pasienter med brystkreft (9) og malignt melanom (10) har begge vist gunstig effekt av psykiatrisk behandling på så vel livskvalitet som overlevelse. Disse funn bør etterprøves også her til lands.

Lars Tjemsland

LITTERATUR

1. Aass N, Fosså SD, Dahl AA, Moe TJ. Forekomst av angst og depresjon hos kreftpasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 698-703.
2. Holland JC. Medical factors and adaptation. Clinical course of cancer. I: Holland JC, Rowland JH, red. Handbook of psychooncology. Oxford: Oxford University Press, 1990: 75-100.
3. Leinster SJ. How I do it - breast cancer. The psychological management of the patient with early breast cancer. Eur J Surg Oncol 1994; 20: 711-4.
4. Paraskevaidis E, Kitchener HC, Walker LG. Doctor-patient communication and subsequent mental health in women with gynaecological cancer. Psycho-Oncology 1993; 2: 195-200.
5. Spiegel D. Cancer and depression. Br J Psychiatry 1996; 30: 109-16.
6. Dean C, Hopwood P. Liaison psychiatry in a breast cancer unit. Br J Psychiatry 1989; 155: 98-100.
7. Mermelstein HT, Lesko L. Depression in patients with cancer. Psycho-Oncology 1992; 1: 199-215.
8. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. Circulation 1995; 91: 999-1005.

9. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2: 888-91.
 10. Fawzy IF, Fawzy NW, Huyn CS, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL et al. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and an affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 681-9.
-

Publisert: 20. februar 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. mars 2026.