

האתגר שבהפחתת הסבל דיכאון תגובתי למחלת הסרטן, הזיהוי והטיפול בו

אורנה בן-יעקב

תקציר

חולי סרטן רבים סובלים מדיכאון בשלבים השונים של מחלתם ותהליך הטיפול. סימפטום זה משפיע על התפקוד הפיסי, הרגשי והחברתי וגורם לסבל נפשי רב לחולה, לפגיעה באיכות חייו, ואף להפחתה בסיכויי הישרדותו. הסיכון להופעת הדיכאון עולה באבחון, בעת כישלון טיפול, התקדמות או הישנות המחלה, מגבלה גופנית וכאב. זיהוי מוקדם והתערבות קוגניטיבית מיידיית בסימפטומים של דיכאון הוכחו כיעילים. הצוות המטפל בחולי סרטן לא עובר הכשרה לזיהוי וטיפול במצבים אלה, ועל-כן הנושא כמעט שאינו זוכה להתייחסות בטיפול הכוללני במחלה. הסימפטומים המשמשים לאבחון דיכאון באוכלוסייה הכללית אינם מהווים מדדים מהימנים באוכלוסיית חולי הסרטן. השכיחות הגבוהה וחוסר ההתייחסות לסימפטום הדיכאון, תומכים בצורך לבסס בדיקות לאיתור הסימפטום באוכלוסיית חולים מיוחדת זו והקניית מיומנויות התערבות קוגניטיביות, פרטניות וקבוצתיות, לאחיות האונקולוגיות, כחלק מהטיפול התומך בחולה.

מילות מפתח - דיכאון, סרטן, איכות חיים, טכניקות קוגניטיביות התנהגותיות, סולם ZUNG.

מבוא

דיכאון הוא תגובה מורכבת, נורולוגית וקוגניטיבית לאובדן או לחסר. שיבוש המעגל הנורולוגי הוא בעל אופי פרוגרסיבי המתבטא בסימנים ובסימפטומים רגשיים והתנהגותיים. תגובה לטיפול בדיכאון מושגת בעיקר בשלבים מוקדמים של הופעת הסימפטומים.

הסיכון להתפתחות ולהתקדמות סימפטומים של דיכאון גדלים בסביבות עתירות דחק (Lovejoy, Tabor, Matties, & Lillis, 2000). קיים קשר בין קיום דיכאון להחמרה של סימפטומים ומגבלות, טיפול עצמי לקוי, הגברת התחלואה והתמותה ממחלות וניצול יתר של שירותי הבריאות (Katon & Sullivan, 1990).

ברוב המקרים דיכאון אינו נעלם עם השיפור במחלת הסרטן או עם שחרור החולה מבית החולים (Valente & Saunders, 1997). זיהוי וגילוי סימפטומים של דיכאון אצל חולי סרטן הם בעלי ערך למטופל מכיוון שהם מגיבים בדרך כלל לטיפול מתאים (Endicott, 1984).

אורנה בן-יעקב - R.N., M.A. - מנהלת הסיעוד בחטיבת פנימיות-על והשירות האמבולטורי, מרכז רפואי רמב"ם.

סקירת ספרות

סימפטומים של דיכאון

עצבות יגון הם תגובות נורמליות לאירועים קשים המתקשרים עם אובדן. תגובות רגשיות צפויות בזמן איבחון מחלת הסרטן, ובמיוחד במצביה המתקדמים.

Massie & Holland (1990) מדגישים את חשיבות ההבחנה בין עצבות לדיכאון אצל חולי הסרטן. איבחון דיכאון אצל אדם בריא תלוי במידה רבה בקיום סימפטומים של אנורקסיה, אינסומניה, אובדן אנרגיה, תשישות ועייפות, האטה פסיכו-מוטורית והפחתת עניין במין. אצל חולי הסרטן יש לקריטריונים אלה ערך אבחנתי נמוך יותר, מכיוון שהם משותפים הן לדיכאון והן למחלת הסרטן (Massie & Popkin, 1998).

Plumb & Holland (1977) מצאו שהאומדן הטוב ביותר לדיכאון אצל חולי סרטן נעשה על-פי חומרת מצב הרוח הדיספורי, דרגת תחושות חוסר האונים, אשמה, חוסר ערך עצמי ומחשבות אובדניות. אנהדוניה מהווה גורם מפתח לדיכאון מכיוון שהיכולת לחוות הנאה מושפעת פחות מהמחלה, מגורמים הקשורים בטיפול ומשינויים רגשיים רגועים. טווח הפעילות יכול להצטמצם בגלל המחלה והטיפול, אך אין דבר הקשור במחלה היכול למנוע מהחולה את היכולת לחוות הנאה. סימנים נוספים לדיכאון הם חוסר תקווה וייאוש, חוסר אונים, האשמה עצמית ואף מחשבות אובדניות (McDonald, 1999). קיים חשד לדיכאון חמור כאשר הסימפטומים של העצבות, ירידה בריכוז וחוסר הנאה מתמשכים מעל שבועיים (Valente et al., 1997).

השלכות של סימפטומי הדיכאון

דיכאון חמור בלתי מטופל עלול להגביר את הקושי לעמוד בתופעות הלוואי של הטיפול הכימותרפי, להפחית את היענות לטיפול, ואף להשליך על דיכוי מערכת החיסון (Roose, 1990; Valente et al., 1997; McDonald, 1999).

הוכח שדיכאון הוא גורם נוסף החוזה את תוחלת החיים ואת הישרדות המטופל (Spiegel & Gies-Davis, 2003) נמצא כי חולים הסובלים מסימפטומים של דיכאון יתלוננו יותר על תופעות סומטיות ועל אי יכולת תפקודית (Katon et al., 1990). ביקוריהם במרפאה תכופים יותר וזמן האישפוז ארוך יותר (McDonald, 1999, Valente et al., 1997).

הכעס המלווה לעיתים את הדיכאון עלול לגרום לניכור מצד הצוות המטפל והמשפחה, להותיר את החולה מבודד ולגרום לתגובה

חסמי זיהוי וטיפול

חרף שכיחותם הגבוהה של סימפטומי דיכאון גם בקרב חולי סרטן, נדיר שחולים אלה יבקשו טיפול (Passik, 1998). הגישה הרפואית מתמקדת בטיפול הפיסיולוגי ומתייחסת פחות לצרכים רגשיים או פסיכולוגיים של המטופלים. יש המטילים ספק בהימצאות סימפטומים שאותם אינם יכולים לאמת אובייקטיבית (Valente et al., 1997). רופאים מניחים שחולים ידווחו על סימפטומים שמהם הם סובלים (Matties Lovejoy, 1997). הנחה זו, שהמטופל ידווח מיוזמתו על תחושות של מצב רוח מדוכא, איבוד עניין והנאה, מחשבות על מוות או התאבדות, היא מוטעית. Endicott (1984), טוען שמטופלים רבים ורופאים משוכנעים שדיכאון הוא תגובה צפויה לאחר איבחון של סרטן, ולכן אינה ראויה לציון או לדיווח. עדיין קיימת נטייה אצל חלק מהרופאים, מטופלים ומשפחותיהם, לחשוב שהמצב או התגובה הדיכאונית אינם דיכאון אמיתי אלא תגובה טבעית, ולפיכך אינו דורש טיפול. כך, מיתוסים הנקשרים לסימפטומים של דיכאון הנלווים למחלת הסרטן הם אחד המחסומים לאיבחון ולטיפול בתופעה (Valente et al., 1997). סיבות נוספות למחסומים הן תכונה של חלק מהמטופלים לא להתלונן על סבלם (Endicott, 1984); חשש מפני סטיגמצייה של הסביבה על היות החולה סובל מבעיות רגשיות או נפשיות (Dugan et al., 1998; Lovejoy et al., 2000); מבוכה והיסוס להטריד רופאים ואחיות; חשש להעלות תלונות רגשיות פן יסוּחו את דעת הצוות המטפל מהמאמץ הרפויי.

סימפטומים פיסיים של דיכאון מפורשים בטעות כסימפטומים של סרטן (Valente et al., 1997; Passik, 1998; McDonald, 1999). עדיין קיימת פרשנות שגויה של הצוות המטפל והמשפחה כי חוסר שיתוף פעולה של מטופל הוא סימן לעצלנות, למניפולציה, לחוסר היענות, ולא לחוסר מוטיבציה כתגובה למצבו הנפשי (Valente et al., 1997).

קיים קושי בביצוע בדיקות סינון לזיהוי דיכאון בקרב חולי הסרטן מכיוון שרוב השאלונים הבודקים דיכאון מתמקדים במרכיבים סומטיים המחקים סימפטומים של המחלה והטיפול בה (Endicott, 1984; Valente et al., 1997; Dugan et al., 1998).

סימפטומים כמו תשישות ועייפות, הפרעות בשינה, אובדן תיאבון - שבדרך-כלל משמשים לאיבחון דיכאון באוכלוסייה הכללית - הם קריטריונים פחות מהימנים אצל חולי הסרטן. נוצר מצב של היעדר פרוטוקול לבדיקות סינון, עמימות באחריות המקצועית לביצוע בדיקות אלו וליקוי בניהול הטיפול בדיכאון בחולים אלה (Lovejoy et al., 2000). נמצאה נטייה ברורה של אחיות ורופאים המטפלים בחולי סרטן לא להעריך כראוי את רמת הסימפטומים של דיכאון במטופלים. הערכתם מושפעת מסימפטומים כמו בכי, מצב רוח דיכאוני וגורמים רפואיים (Passik et al., 1998; McDonald, 1999). חוסר המודעות של האחיות עשוי למעשה להוות גורם נוסף להסננות המטופל לדווח על מצוקות רגשיות. בנוסף, אחיות חוששות שיהיה עליהן להתייחס למצוקות הרגשיות שתחשופנה בביצוע אומדן למטופלים והן לא תוכלנה לספק להן פתרונות (McDonald, 1999). רק מחצית מחולי הסרטן שאובחנו על-ידי הרופא כזקוקים ליעוץ פסיכיאטרי, אכן פנו ליעוץ (Katon, Von Korff, Simon, Walker, Bosh, & Ludman, 1997).

פסיבית-אגרסיבית נגדו מצד הסובבים אותו (Endicott, 1984; Dugan, & Passik, 1998).

דיכאון בלתי מטופל גורם לחולה כאב רגשי וסבל רב למשך שבועות או חודשים (Valente et al., 1997).

היארעות

טווח השכיחות של דיכאון בקרב חולי הסרטן משתנה ממחקר למחקר ומשקף מצבים שונים, אזורי מחלה ושלב שונים, ומושפע משימוש בכלי מחקר שונים ומקריטריונים שונים לאיבחון הדיכאון (Dugan et al., 1998).

כשליש עד מחצית מחולי הסרטן יסבלו מסימפטומים של דיכאון בשלבים שונים של מחלתם.

לפי Wise & Taylor (1990), כ-75% מהם יפתחו דיכאון בסמוך לאבחנה ואילו כ-25% כבר בשלב האבחנה. השיעור הגבוה ביותר של דיכאון נמצא אצל חולים בשלב מתקדם שהסטטוס התפקודי שלהם על-פי Karnofsky Performance Status היה נמוך מ-40. בקרב חולי סרטן מאושפזים נמצא שיעור דיכאון הדומה לזה שנמצא בקרב אוכלוסייה החולה במחלות אחרות (Barsevick & Much, 2000).

גורמי סיכון

- קיום אפיזודה קודמת של דיכאון או היסטוריה של הפרעה אפקטיבית - חולים אלה נוטים לפתח אפיזודות חוזרות, כנראה בשל אובדנים קשים חדשים המתרחשים בסביבה רוויית דחק ושיפוע קשרים נירליים (Barsevick et al., 2000).
- איבחון, כישלון טיפולי, או הישנות המחלה (Valente et al., 1997).
- מחלה מתקדמת ופגיעה בתפקוד (Massie et al., 1998).
- חולים הסובלים מכאב בלתי נשלט ומסימפטומים סומטיים (McDaniel, Musselman, & Poter, 1995; Valente et al., 1997; Massie et al., 1998).
- חולים בלויקמיה, לימפומה, גידולים סולידיים של הלב, הלוע העליון, ריאה, שד, מעי גס, גינקולוגיה ודרכי העיכול (Massie et al., 1998).
- אנמיה, חסר בוויטמין B-12 וחומצה פולית, רמות נמוכות של אשלגן, נתרן, קלציום (Valente et al., 1997; Lovejoy et al., 2000).
- המטופלים בתרופות כימותרפיות כמו: Vincristin, L-Asparaginase, Cyclophosphamide, Doxorubicin, Procarbazine, Interferon, Steroids (Valente et al., 1997; Massie et al., 1998; McDonald, 1999).
- גורמים פסיכו-סוציאליים כמו ציפיות שלא מתממשות, תפיסות שליליות, בדידות, אובדן, פחד, חסר בתמיכה חברתית או דאגות כלכליות, עלולים לגרום להחמרה בסימפטומים של הדיכאון (Valente et al., 1997).
- קיום מחלות נוספות (Katon et al., 1990).
- אצל קשישים בשל אובדנים נוספים, כמו איבוד יכולות פיסיות, יציבות כלכלית, מות בן-זוג או חברים, שינוי במעמד החברתי (Massie et al., 1998).

לעתיד. גישה זו מספקת למטופל תחושה של שליטה במצב (Massie et al., 1998; Lovejoy et al., 2000).

- **הסחת דעת קוגניטיבית** – שימוש בדימויים, מוסיקה או דמיון מודרך, מדיטציה, היפנותרפיה וביופידבק (Valente et al., 1997; Lovejoy et al., 2000; Barsevick et al., 2002).
- **קבוצת תמיכה** – השתתפות בקבוצה עם אחרים במצב דומה נמצאה כמקדמת באופן משמעותי את ההחלמה מדיכאון.
- **שיחות עם מטופל מתנדב** – תמיכה משפחתית ממושכת היא משמעותית במצבי דיכאון. ואכן, גישות שונות מערבות את המשפחה במסגרת הטיפול (Massie et al., 1998).

ניהול הטיפול בדיכאון

הטיפול בדיכאון יכול לעזור לחולים לחוש טוב יותר, לשפר את איכות חייהם ולהקל על התמודדותם בתהליך הטיפול במחלה. ישנן הוכחות שהפחתת מצב רוח דיכאוני יכולה לסייע בהארכת ההישירות לזהות אצל החולה עצבות וחוסר תקווה (Valente et al., 1997). לכן, נדרשות הרחבת רפרטואר הדיאלוג של האחיות והמיומנות להעריך דיכאון אצל חולי סרטן (McDonald, 1999). אחיות יכולות לקדם את הטיפול בדיכאון. עבודה בצוות עם פסיכיאטר ואימון מתקדם יאפשרו לאחיות לקחת חלק פעיל בסיוע למטופל להפחית את הסבל הקשור בסימפטומים אלה (Lovejoy et al., 2000). McDonald (1999) טוען כי שיפור הטיפול הפסיכו-סוציאלי בחולי הסרטן באמצעות פיתוח מיומנויות הדיאלוג עם המטופל על אנהדוניה, אופן הזיהוי והערכת מצבים שבהם חולים מדוכאים חשים אשמה וכיצד להבין ייאוש כאשר החולה מגיע לסוף החיים, תורמים לשינוי המוקד בהערכת האחות בביצוע אומדן סימפטומים. חשוב להדגיש כי יש להזמין ייעוץ פסיכיאטרי כאשר הסימפטומים נמשכים יותר משבוע, כאשר הם מוחמרים, או כאשר הם מקשים על יכולת המטופל לתפקד או לשתף פעולה עם הטיפול (Massie et al., 1990).

סיכום

דיכאון הינו סימפטום שכיח אצל חולי סרטן הגורם לסבל רב. איתור יעיל של מטופלים הסובלים מתת-איבחון ותת-טיפול בדיכאון חיוני לשיפור איכות החיים, הרווחה ותוצאות הטיפול במחלה. טיפול מיטבי במחלת הסרטן דורש טיפול בדיכאון, איבחון מהימן באמצעות כלי מתאים ושילובו בעשייה הסיעודית. כלי האומדן יכול לסייע אף בהקלת התקשורת עם המטופלים ביחס לקשיים הרגשיים שלהם ולזיהוי הצורך בהערכה פסיכיאטרית נוספת. אחיות אונקולוגיות יכולות ליצור את התנאים שיקדמו את בריאות הנפשית של המטופל, באמצעות הכשרה ופיתוח המיומנות ההתערבותית הנדרשת. כיום, כאשר משאבי מערכת הבריאות הם מוגבלים, האחיות האונקולוגיות נקראות לטפל בצרכים הרגשיים של המטופלים, לתרום להפחתת הסבל ולהפוך את סימפטום הדיכאון לסימן חיוני נוסף אצל חולי הסרטן. סולם ZUNG, שהינו כלי דיווח עצמי קצר ופשוט, מאפשר איתור קל ומהיר יחסית של קבוצת המטופלים הנמצאת בסיכון לפתח סימפטומים של דיכאון.

סולם ZUNG לזיהוי סימפטומים דיכאוניים בדיווח עצמי

איתור יעיל של סימפטומי דיכאון אצל מטופלים חולי סרטן חיוני לשיפור איכות החיים ותוצאות הטיפול בסרטן. שיטות הדיווח העצמי מספקות אומדנים כאשר לא ניתן לבצע ראיונות. הם יכולים לכמת את חומרת הסימפטומים, לסייע בניטור השינוי לאורך זמן ויכולים להיות בשימוש בקרב מספר גדול של חולים (Dugan et al., 1998). Endicott (1984) טוען ששאלון לדיווח עצמי הוא השיטה הטובה ביותר. הוא מדגיש שהשאלון יכול להינתן לחולים ולהיבדק על-ידי אחיות מיומנות. Zung (1964, 1990) טוען ששאלון למילוי עצמי מסייע בתנאים של זמן ומשאבים מוגבלים מכיוון שהשאלון יכול להיבדק מיד ולשמש גם כלי לניטור כתגובה לטיפול. כאמור, קיים צורך בקריטריונים שונים משל האוכלוסייה הכללית לאיבחון דיכאון אצל חולי סרטן (Endicott, 1984). סולם ZUNG מודד סימפטומים שאינם סומטיים ולכן נמצא יעיל בסקירה לזיהוי סימפטומים דיכאוניים בקרב חולי סרטן (Dugan et al., 1998). זהו שאלון כמותי ולא איכותי לדירוג עצמי, קצר ופשוט, הכולל ארבע רמות של דיכאון מ-0-4 ונמצא ככלי מהימן ותקף. המטופל יכול להשיב בעצמו על השאלון במהירות ובתכיפות שבועית. לחולה נדרשות דקות אחדות להשלים שאלון זה, הכולל 20 היגדים ובודק באיזו תכיפות הם חלו עליו. תוצאות הדיווח העצמי הן מיידיות ויכולות לשמש מבחינת הרופאים והאחיות כנקודת התחלה לשיחה על דיכאון ומצוקה נפשית (Dugan et al., 1998).

גישות טיפוליות

- **טיפול תרופתי** – ברוב המקרים תהיה תגובה לתרופות נוגדות דיכאון למרות שלמטופל יש סיבה לחוש דיכאון ואפילו חוסר תקווה לגבי עתידו. ניסיון קליני מראה שחולי סרטן מגיבים מהר יותר מאחרים לשימוש בתרופות אלו. התגובה מתבטאת בשיפור בשינה, בתיאבון ובמצב הרוח (Endicott, 1984; Dugan et al., 1998).
- **פסיכותרפיה** – לשיפור ההערכה העצמית וההתמודדות. מומלצת התערבות באמצעות פסיכותרפיה תמיכתית קצרת טווח המבוססת על מודל התערבות במשבר (Valente et al., 1997).
- **הדרכה** – מידע והסבר על תגובות רגשיות עוזרים לחולים בדרך-כלל להבין, לנהל ולמנוע את החמרת הדיכאון (Valente et al., 1997; Massie et al., 1998).
- **התערבויות פסיכו-חינוכיות** – גישות המערבות מתן מידע וקבלה, דיון בדאגות, פתרון בעיות, אימון במיומנויות התמודדות, ביטוי רגשי ותמיכה חברתית הוכחו כמפחיתות באופן משמעותי סימפטומים של דיכאון אצל חולי סרטן (Barsevick, Sweeney, Haney, & Chung, 2002).
- הוכח שאף הקשבה ומתן אפשרות לבטא רגשות, פחדים וכעס במסגרת שאינה שיפוטית היא בעלת ערך לכשעצמה, ונותנת לגיטימציה לקשיי המצב שבו נמצא החולה (Massie et al., 1998).
- **התערבות קוגניטיבית-התנהגותית** – שיטות המתמקדות בשינוי מחשבות ספציפיות או התנהגויות ותיקון תפיסות שליליות. חשיבה חיובית מציאותית מחזירה מוטיבציה, ערך עצמי ויכולת לשוב לפעילות מהנה. עיצוב מחדש של המצבים מאפשר גישה בריאה וחיובית יותר לקבלת הגבלות חדשות ולשינוי תוכניות

מקורות

- Barsevick, A.M., Sweeney, C., Hane, E., & Chung, E. (2002). A Systematic qualitative analysis of psychoeducational Interventions for depression in patient with cancer. *Oncologic Nursing Forum*, 29, (1), 73-84.
- Barsevick, A.M., Much, B. The problem of depression in cancer. *Cancer Symptom Management*, Third ed. , 2000.
- Dugan, W., McDonald, M.V., & Passik, S.D. (1998). Use of the Zung self rating depression scale in cancer patients: Feasibility as a screening tool. *Psycho-Oncology*, 7, 483-493.
- Endicott, J. (1984). Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer*, 53, 10, 2243-2249.
- Katon, W., Sullivan, M.D. (1990). Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry*, 51, (6), 3-9.
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Simon, G., Walker, E., Bush, T., & Ludman, E. (1997). Collaborative Management to Achieve Depression Treatment Guidelines. *J Clin Psychiatry*, 58, Suppl 1.
- Lovejoy, N.C., Matties, M. (1997). Cognitive-behavioral intervention to manage depression patients with cancer: Research and theoretical Initiatives. *Cancer Nursing*, 20, (3), 155-167.
- Lovejoy, N.C., Tabor, D., Matties, M., & Lillis, P. (2000). Cancer-related depression: Part 1 - Neurologic alterations and cognitive-behavioral therapy. *Oncologic Nursing Forum*, 27, (4), 667-678.
- Massie, M.J., Holland, J.C. (1990). Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry*, 51, (7), 12-17.
- Massie, M.J., Popkin, M.K. (1998). Chapter 45 on: Depressive disorders, in: Holland JC, *Psycho-oncology*, Pp 518-540, Oxford University Press.
- McDaniel, J.S., Musselman, D.L. & Porter, M.R. (1995). Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 52, (2), 89-99.
- McDonald, M.V. (1999). Nurses, recognition of depression in their patients with cancer. *Journal of Psycho-Oncology*, 26, (3), 593-599.
- Passik, S.D. (1998). Oncologists, recognition of depression in their patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16, (4), 1594-1600.
- Plumb, S.M., Holland, J.C. (1977). Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer self-reported depressive symptoms. *Psycho Som. Med.* 39, 264 - 276.
- Roose, S.P. (1990). Diagnosis and treatment of depression in the medical setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 7, (Suppl July).
- Spiegel, D., Gies-Davis, J. (2003). Depression and cancer, mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry*, 54, (3), 269-82.
- Valente, S.h., Saunders, F. (1997). Diagnosis and treatment of major depression among patients with cancer. *Cancer Nursing*, 20, (3), 168-177.
- Wise, M.G., Taylor, S.E. (1990). Anxiety and mood disorders in medically ill patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, (Suppl.) 27-32.
- Zung, W.K. (1964). A Self rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.
- Zung, W.K. (1990). Role of rating scales in the Identification and management of the depressed patient in the primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, (6), 72-76.