

**VILNIAUS UNIVERSITETAS**  
**MEDICINOS FAKULTETAS**

Baigiamasis darbas

**Paliatyvioji psichiatrinė pagalba vėžiu sergantiems pacientams. Literatūros apžvalga ir  
atvejo pristatymas**  
**The Palliative Psychiatric Care for Cancer Patients. Literature Review and Case  
Presentation**

Studentas/ė (vardas, pavardė), grupė: **Goda Jackutė VI kursas, 4 gr.**

Katedra/ Klinika kurioje ruošiamas ir ginamas darbas      VU MF KMI Psichiatrijos klinika

Darbo vadovas

doc. dr. Giedrė Bulotienė

(pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

Katedros arba Klinikos vadovas

prof. Sigita Lesinskienė

(pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

2023-05-16

## TURINYS

<b>Turinys</b> .....	1
<b>1 SANTRAUKA</b> .....	3
<b>2 SUMMARY</b> .....	3
<b>3 ĮVADAS</b> .....	5
<b>4 KLINIKINIO ATVEJO APRAŠYMAS</b> .....	8
<b>4.1 Onkologinės ligos eiga</b> .....	8
<b>4.2 Klinika</b> .....	9
<b>4.3 Diferencinė diagnostika</b> .....	9
<b>4.4 Diagnostika</b> .....	10
<b>4.5 Gydymas</b> .....	10
<b>4.6 Išėjimas</b> .....	11
<b>5 APTARIMAS</b> .....	12
<b>5.1 Gimdos kaklelio vėžys ir depresija</b> .....	12
<b>5.2 Onkologinių pacientų depresijos patofiziologija</b> .....	12
<b>5.3 Onkologinių pacientų depresijos diagnostikos sunkumai</b> .....	13
<b>5.4 Farmakologinė terapija gydant depresiją</b> .....	16
<b>5.4.1 Antidepresantai</b> .....	17
<b>5.4.2 Antipsichotikai</b> .....	18
<b>5.4.3 Benzodiazepinai</b> .....	19
<b>5.4.4 Stimuliantai</b> .....	19
<b>5.4.5 Anestetikai</b> .....	20
<b>5.4.6 Psichiatrinių vaistų įtaka su vėžiu susijusiems simptomams</b> .....	20
<b>5.5 Nefarmakologinė terapija gydant depresiją</b> .....	21
<b>5.5.1 Kognityvinė elgesio terapija ir ja pagrįstos intervencijos</b> .....	22

5.5.2	Dèmesingu įsisąmoninimu pagrįstos intervencijos.....	23
5.5.3	Egzistencinės intervencijos .....	24
5.5.4	Kitos intervencijos .....	25
6	DISKUSIJA IR PASIŪLYMAI.....	26
7	IŠVADOS .....	27
8	LITERATŪROS SARAŠAS.....	28
9	PRIEDAI .....	33

## 1 SANTRAUKA

**Tikslas:** pateikti 37 metų pacientės, sergančios gimdos kaklelio išplitusiu naviku ir depresija klinikinį atvejį, apžvelgti gimdos kaklelio vėžio bei depresijos sąsajas, paliatyvių pacientų depresijos patogenezę, diagnostiką, farmakologinį ir nefarmakologinį gydymą mokslinėje literatūroje.

**Metodai:** atlikta aprašomojo pobūdžio literatūros apžvalga naudojant raktažodžius „Pubmed“, „Medscape“ duomenų bazėse.

**Atvejo aprašymas:** 37 metų pacientė buvo nukreipta gydytojui psichiatrui dėl patiriamo nerimo bei liūdesio. Pacientei diagnozuota vidutinio sunkumo depresija, skirtas gydymas antidepresantais ir meno terapija, kuris buvo efektyvus.

**Rezultatai:** Nediagnozuoti ir negydomi depresijos simptomai sergant vėžiu siejami su labiau išreikštais fiziniais simptomais, sumažėjusia gyvenimo kokybe, ligos progresavimu bei padidėjusiu mirtingumu. Paliatyvių pacientų depresijos diagnostika yra apsunkinta dėl vėžio ir depresijos simptomų persidengimo bei sunkumų diferencijuojant depresijos simptomus nuo baimės ir nežinomybės jausmų sergant gyvybei grėsminga liga. Psichoedukacija bei psichologinės intervencijos, nukreiptos į depresijos valdymą ir elgesio pokyčius kartu su antidepresantais pagal poreikį yra pripažįstamos kaip efektyviausias gydymas pacientams, sergantiems onkologine liga ir depresija. Farmakologinis gydymas parenkamas pagal depresijos bei su vėžiu susijusius simptomus ir galimus vaisto šalutinius poveikius prioritetai teikiant selektyviems serotonino reabsorbcijos inhibitoriams. Psichologinę intervenciją siūloma skirti pagal paciento poreikius bei psichoterapinių paslaugų prieinamumą šalyje, daugiausiai įrodymų turi kognityvinė elgesio terapija bei dėmesingu įsisauganinimu paremtos intervencijos.

**Išvados:** Aukštos kokybės klinikinių duomenų apie psichiatrinių vaistų ir psichologinių intervencijų pasirinkimą paliatyviems pacientams trūksta dėl vėžio bei depresija sergančiųjų populiacijos ypatumų bei metodologinių tyrimų skirtumų. Dabartinis pacientų gydymas Lietuvoje atitinka užsienio literatūroje pateikiamas rekomendacijas, tačiau yra prieinamas ne visiems pacientams. Reikalinga toliau vystyti paliatyvios medicinos paslaugas Lietuvoje.

**Raktažodžiai:** paliatyvus pacientas, onkologinė liga, depresija, nerimas, paliatyvi psichiatrinė pagalba

## 2 SUMMARY

**Objective:** to present a clinical case of a 37-year-old patient with cervical cancer and depression, to review the association between cervical cancer and depression, the pathogenesis of depression in palliative patients, the diagnosis, pharmacological and non-pharmacological treatment in the scientific literature.

**Methods:** a descriptive literature review was performed using key words in Pubmed, Medscape databases.

**Case report:** A 37-year-old female patient was referred to a psychiatrist for anxiety and sadness. She was diagnosed with moderate depression and received treatment with antidepressants and art therapy, which was effective.

**Results:** Undiagnosed and untreated depressive symptoms in cancer are associated with more pronounced physical symptoms, reduced quality of life, disease progression and increased mortality. Diagnosis of depression in palliative patients is complicated by the overlap between cancer and depressive symptoms and the difficulty in differentiating depressive symptoms from feelings of fear and uncertainty in a life-threatening illness. Psychoeducation and psychological interventions aimed at depression management and behavioral change, combined with antidepressants as needed, are recognized as the most effective treatment for patients with cancer and depression. Pharmacological treatments are selected according to the symptoms of depression and cancer-related symptoms and the possible side effects of the drug, with selective serotonin reuptake inhibitors being a priority. Psychological interventions are suggested according to the needs of the patient and the availability of psychotherapeutic services in the country, with cognitive behavioral therapy and mindfulness-based interventions showing the most evidence.

**Conclusions:** High-quality clinical data on the choice of psychiatric medications and psychological interventions in palliative patients are lacking due to the characteristics of the cancer and depression populations and methodological differences between studies. Current treatments in Lithuania are in line with recommendations in the international literature but are not accessible to all patients. Further development of palliative medicine services in Lithuania is needed.

**Keywords:** palliative patient, oncological disease, depression, anxiety, palliative psychiatry care

### 3 ĮVADAS

Onkologinės ligos valdymas yra vienas sudėtingiausių iššūkių sveikatos priežiūroje, paliečiantis didelę dalį sergančiųjų - spėjama, kad 2040 metais vėžiu sirgs 27 milijonai pacientų visame pasaulyje (1). Dėl gerėjančios asmens sveikatos priežiūros ir konkrečiai onkologinės ligos priežiūros - ankstyvo

vėžio diagnozavimo ir gydymo - du trečdaliai pacientų, sergančių vėžiu, išgyvens daugiau nei 5 metus ir susidurs su gyvenimo pabaigos klausimais (angl. *End of life questions*) (1,2). Fiziniai ir psichosocialiniai sunkumai, tokie kaip funkcinio pajėgumo sumažėjimas, sutrumpėjusi gyvenimo trukmė, sumažėjusi gyvenimo kokybė, egzistencinis distresas gali pasireikšti ir psichiatriniais sutrikimais, labai dažnai prieš išplitusio vėžio (3). Dalis pacientų, prieš susirgdami onkologine liga, jau patiria psichikos sutrikimus, kurie onkologinio gydymo pasekmėje neretai sustiprėja, tačiau daugumai vėžiu sergančiųjų pacientų išsivysto nauji depresijos ir/ar nerimo simptomai onkologinės ligos eigoje, apsunkinantys gydymo procesą (3). Apie 50 % pacientų su išplitusiu vėžiu patiria simptomus, kurie atitinka psichiatrinio sutrikimo diagnozę, dažniausi iš jų yra adaptacijos sutrikimas, pastebimas nuo 11 % iki 35 %, depresija, būdinga nuo 5 % iki 26 %, ir nerimo simptomai, pastebimi nuo 24 % iki 48 % atvejų (3–5). Visgi, didžiajai daliai pacientų, nors ir patiria kliniškai reikšmingus simptomus, jų neužtenka konkrečiam psichikos sveikatos sutrikimui diagnozuoti ir pradėti gydymą, dėl to pacientų, susiduriančių su psichinės sveikatos sunkumais onkologinės ligos metu yra daugiau nei nurodo literatūra (6). Šie sunkumai lemia ne tik sumažėjusią sergančiųjų vėžiu gyvenimo kokybę, bet yra susiję su prastesnėmis onkologinės ligos gydymo išeitimis (7). Depresija yra nepriklausomas faktorius mirtingumui nuo vėžio – yra duomenų, kad patiriantys depresijos simptomus turi iki 26 % didesnę mirtingumą, o onkologiniai pacientai, kuriems diagnozuota depresija, miršta iki 39 % dažniau nei tik vėžiu serganti populiacija (8). Tokių pacientų priežiūra patenka į paliatyvios medicinos, žvelgiančios į žmogų visapusiškai, lauką (9). Paliatyvi medicina yra sukurta apimti sunkios, grėsmę gyvybei keliančios ligos gydymą ir psichinės sveikatos klausimus, taip pagerindama terminaline liga sergančiųjų gyvenimo kokybę (4,9). Paliatyvios priežiūros psichiatrija yra sparčiai besiformuojanti paliatyvios medicinos atšaka, apjungianti paliatyvią mediciną ir psichiatriją, kurios dėmesio centre – psichosocialinių veiksnių supratimas grėsmę gyvybei keliančios ligos kontekste, padedant paliatyviam pacientui ir jo artimiesiems (10). Jungtinės karalystės gydytoja Cicely Saunders, modernios paliatyvios medicinos principų kūrėja, kalbėdama apie terminalinių pacientų skausmą teigė, kad „psichologinis distresas galimai yra sunkiausiai įveikiamas skausmas“ (10). Savo darbuose C. Saunders įvardijo „bendro skausmo“ konceptą (angl. *total pain*) (10). Mokslininkė ir gydytoja tokių pacientų patiriamo emocinio skausmo, socialinių ir dvasinių problemų našta prilygino fizinių simptomų sukeliamai naštai ir laikėsi nuostatos, kad norint užtikrinti efektyvią pagalbą paliatyviems pacientams, dėmesio reikalauja visų šių sričių valdymas (10).

Darbe bus pristatomas pacientės, sergančios gimdos kaklelio išplitusiu piktybiniu naviku (C53.8 pagal Tarptautinę ligų klasifikaciją – 10, toliau TLK 10), nustatytu 2021 metų lapkričio 12 dieną, atvejis. Pacientė taip pat serga ir kaulo ir kaulų čiulpų metastaziniu piktybiniu naviku (C79.5 pagal

TLK 10), pilvo limfmazgių metastaziniu ir nepatikslintu piktybiniu naviku (C77.2 pagal TLK 10), lėtiniu nenumalšinamu skausmu (R52.1 pagal TLK 10). 2022-11-16 pacientė atvyko ambulatorinei gydytojo psichiatro konsultacijai, besiskųsdama vidine įtampa, padidintu jautrumu, dirglumu, liūdesiu, nerimu. Psichiatrinio diagnostinio interviu metu diagnozuotas F32.10, Vidutinio sunkumo depresijos epizodas, nepatikslintas kaip atsirandantis postnataliniu periodu ir skirtas gydymas antidepresantais bei benzodiazepiniais.

Depresijos dažnis tarp sergančių vėžiu varijuoja skirtingose studijose priklausomai nuo su vėžiu ir pacientu susijusių veiksnių, tačiau pastebima, kad depresija yra dvigubai – trigubai dažnesnė onkologiniams pacientams, lyginant su bendrąja populiacija (1). Tiek didžioji depresija, tiek depresijos diagnostinių kriterijų neatitinkantys simptomai yra siejami su reikšmingai sumažėjusia gyvenimo kokybe, labiau išreikštais fiziniais simptomais, ilgesne stacionarinio gydymo trukme, dažnesne pakartotine hospitalizacija, uždelsta diagnoze ir gydymu, režimo nesilaikymu, ligos progresavimu, padidėjusiu mirtingumu (1). Nepaisant to, kad depresija sunkina onkologinių pacientų gydymą, dažnai ji lieka nediagnozuojama ir negydoma dėl apsunkintos diagnostikos (1). Kai kurie simptomai, būdingi tiek depresijai, tiek onkologinei ligai ir jos gydymo pasekmėms, kaip pavyzdžiui, nuovargis, gali būti vertinami kaip paties vėžio ar jo gydymo sukelti reiškiniai ir depresija liks nepastebėta (1). Taip pat natūralu, kad sergant onkologine liga pacientas patiria baimę, stresą, kuriuos gali būti sunku atskirti nuo depresijos (1). Onkologai gali neatpažinti distreso ir depresijos - mažiau nei pusei tų, kurie patiria vidutiniškus ar stiprius depresijos simptomus yra skiriami antidepresantai, nors depresija turi didesnę įtaką norui numirti nei patiriamas fizinis skausmas ir gali būti sėkmingai gydoma net ir terminaliniams pacientams (3).

**Darbo tikslas:** aptarti kasdieninę depresijos gydymo praktiką Lietuvoje pateikiant konkretų pacientės atvejį, remiantis užsienio literatūra išsiaiškinti gimdos kaklelio vėžio ir depresijos sąsajas, išanalizuoti onkologinės depresijos patofiziologiją, diagnostikos sunkumus, jos galimą farmakologinį ir nefarmakologinį gydymą.

#### **Uždaviniai:**

1. Pristatyti klinikinį atvejį pacientės, sergančios paliatyvios stadijos ginekologiniu vėžiu, gydytos Nacionaliniame vėžio institute gydytojos psichiatrės dėl vidutinio sunkumo depresijos epizodo.
2. Apžvelgti 2003 – 2023 metų literatūrą medicinos informacinėse bazėse ir aptarti gimdos kaklelio vėžio ir depresijos sąsajas, paliatyvių pacientų depresijos patofiziologiją, diagnostikos sunkumus, farmakologinį ir nefarmakologinį gydymą.

**Literatūros paieškos būdas.** Literatūros apžvalga atlikta naudojant „palliative patient“, „oncological disease“, „depression“, „anxiety“, „palliative psychiatry care“, „psychopharmacology“, „psychotherapy“, „psychological interventions“ raktažodžius „Pubmed“, „Google Scholar“ duomenų bazėse. Įtraukti prieinami straipsniai anglų kalba nuo 2003 iki 2023 metų.

## **4 KLINIKINIO ATVEJO APRAŠYMAS**

37 metų pacientė, serganti vidutinio sunkumo depresijos epizodu, 2022-12-14 dieną atvyko pakartotinei gydytojo psichiatro konsultacijai. Pacientė taip pat serga ir gimdos kaklelio išplitusiu naviku, kaulo ir kaulų čiulpų metastaziniu piktybiniu naviku, pilvo limfmazgių metastaziniu ir nepatikslintu piktybiniu naviku ir lėtiniu nenumalšinamu skausmu.

### **4.1 Onkologinės ligos eiga**

2021 metais pacientė sužinojo, kad serga gimdos kaklelio vėžiu. 2021-09-22 vykusios onkoginekologo konsultacijos metu pastebėtas navikiškai pakitęs visas gimdos kaklelis, paimta gimdos kaklelio biopsija. Histologiškai buvo rasta invazinė žemo laipsnio plokščialąstelinė karcinoma G3. Karcinomos išplitimui patikslinti atlikta krūtinės ir pilvo sričių kompiuterinė tomograma (toliau - KT), metastazių joje nebuvo nematyti. Atliktas dubens magnetinis rezonansas (toliau - MRT) patvirtino trečios stadijos gimdos kaklelio karcinomą, įtraukiančią regioninius (dešiniuosius klubinius) limfmazgius. 2021-09-30 multidisplininės komandos aptarimo metu nuspręsta skirti chemospindulinį gydymą, kiaušidžių transpoziciją ir selektyvią dubens limfonodektomiją. Kiaušidžių transpozicijos pacientė atsisakė. Nuo 2021-10-11 iki 2021-11-12 taikyta išorinė spindulinė terapija su chemoterapija. 2021-12-08 atlikta aukštos dozės galios intraaudininė brachiterapija. 2022-03-21 pakartotas dubens MRT, jame progresavimo požymių nematyti. 2022-05 kartota krūtinės ir pilvo KT, joje progresavimo požymių nebuvo matyti.

Su liga pacientė palapsniui susitaikė, grįžo į darbą. 2022 rudenį paaiškėjo, kad onkologinė liga progresuoja, dėl to pacientė išgyveno didelį stresą. 2022-10-08 atlikta kūno kompiuterinė tomografija - gimdos kūno kairėje rasta infiltracija, plintanti palei kairias klubines kraujagysles, įtraukianti kairiojo šlapimtakio distalinę dalį. Paraaortaliai atsirado patologinių limfmazgių bei destruktinių pakitimų kauluose. Kartotas dubens MRT. 2022-10-13 įvyko pakartotinė multidisplininės komandos konsultacija, kurios metu rekomenduotas sisteminis priešvėžinis medikamentinis gydymas, pacientei skirta I-os eilės chemoterapija Cisplatina ir Paklitakseliu su biologine terapija Bevacizumabu. Po gydymo kartoti vaizdiniai tyrimai. 2023-01-13 atlikta kūno KT parodė padidėjusius infiltracinius



pokyčius kairėje klubinėje srityje, taip pat padidėjo destruktiniai pokyčiai kryžkaulyje, radiologiškai vertinti kaip ligos progresavimas. 2023-01-16 atliktas dubens MRT. Kairėje klubinėje srityje stebėta navikinė infiltracija, dinamikoje didesnė, įtraukianti kairį šlapimtakį, kairės pusės bendrąsias ir išorines klubines kraujagysles, kairią kiaušidę, infiltruojanti gimdą, bei šlapimo pūslės kairią sienelę. Infiltracija siekė dubens sieną. Taip pat pastebėtos padidėjusios metastazės kairėje kryžkaulio pusėje. Gydytojas onkologas, pastebėjęs pacientės išgyvenamą stresą, nukreipė pacientę Nacionalinio vėžio instituto (toliau – NVI) gydytojo psichiatro konsultacijai.

## 4.2 Klinika

Skundai: pirmą kartą į gydytoją psichiatrą pacientė kreipėsi 2022 – 11 - 16 besiskųsdama vidine įtampa, padidintu jautrumu, dirglumu, liūdesiu, nerimu. Akcentavo bendrą silpnumą, jėgų stoką, vidinį nerimą, teigė, jog prastai miega. Simptomai prasidėjo 2022 rudenį, kai paaiškėjo, kad onkologinė liga progresuoja.

Gyvenimo anamnezė: Šiuo metu pacientė gyvena su mama ir 10 metų amžiaus sūnumi. Santykiai su mama geri. Sūnus apie mamos diagnozę nežino. Pacientė išsiskyrusi su vyru, jis miręs prieš 2 metus. Šeimoje psichikos sveikatos ligų nėra. Žalingų įpročių pacientė neatžymi. Anksčiau psichotropinių vaistų nėra vartojusi, alergiją medikamentams neigia. Serga išplitusiu gimdos kaklelio vėžiu. Onkologinė liga valdoma cisplatina, paklitakseliu, osteoporozės rizikai skiriamas denozumabas, agranulocitozei gydyti - filgrastimas. Pacientė patiria skausmo protrūkius (pagal vizualinę analoginę skalę – 8), šiuo metu valdomus tramadolu ir gabapentinu. Esant pykinimui ir vėmimui pacientė vartoja ondansetroną bei metoklopramidą.

Objektyvi psichikos būklė: Pacientė tvarkingai apsirengusi. Judesiai sulėtinti. Pati noriai palaiko pokalbį, atvirai ir nuoširdžiai pasakoja savo išgyvenimus. Į gydytoją žiūri draugiškai. Orientacija situacijos, vietos, laiko, savęs pačios atžvilgiu nesutrikusi. Suvokimas nesutrikęs. Mąstymas nesutrikęs. Kliesių ar atminties sutrikimų nestebima. Dėmesys nesutrikęs. Pacientė liūdna, prislėgta. Atžymi nerimą, liūdesį. Emocijos išraiškingos. Pacientė nusiteikusi kovoti su liga, tačiau nežino, ar užteks jėgų, išsako neviltį. Suicidinių ketinimų pacientė neišsako. Pacientė kritiška savo būklei ir nori gydytis.

## 4.3 Diferencinė diagnostika

Simptomai diferencijuoti su adaptacijos sutrikimu (F43.2) ir su organine depresija (F 06.33). Pagal TLK -10, Vidutinio sunkumo depresijos epizodui (F32.10) yra būtini keturi ir daugiau iš šių veiksnių, reikšmingai sutrikdančių paciento kasdienybę: liūdna nuotaika, sumažėjusi energija ir

aktyvumas, sumažėjęs pasitenkinimas, interesų ratas, dėmesio koncentracija, didelis nuovargis, sutrikęs miegas, sumažėjusi savivertė, kaltės, beviltiškumo idėjos, somatiniai simptomai, ryškus psichomotorinis slopinimas, susijaudinimas, apetito praradimas, svorio netekimas, libido sumažėjimas (11). Pacientė pažymi bent 4 šiuos simptomus: liūdesį, prastą miegą, nuovargį, sumažėjusią energiją ir aktyvumą. Organinei depresijai (F 06.33) būdingas smegenų veiklos sutrikimas dėl pirminės smegenų ligos, sisteminės ilgos, dėl egzogeninių toksinių medžiagų ar endokrininių sutrikimų (11). Įvertinus pacientės sveikatos istorijos duomenis, smegenų pažeidimas dėl šių priežasčių neįtariamas. Nėra stebimos aiškios tiesioginės sąsajos tarp depresijos ir vėžio ligos pradžios. Adaptacijos sutrikimas (F43.2) apibūdinamas kaip subjektyvaus distreso būseną, atsirandanti dėl stresą sukeliančio veiksnio (11). Pacientė pateikia keletą stresogeninių veiksnių: skyrybos su vyru, vyro mirtis, vėžio ligos diagnozė ir neplanuotas išėjimas iš darbo. Adaptacijos sutrikimui būdinga depresyvi nuotaika, nerimas, jausmas, kad negebama susitvarkyti, atlikti kasdieninius darbus, ir šie simptomai turi būti kliniškai reikšmingi (11,12). Simptomai turėtų netrukti ilgiau nei 6 mėnesius, jeigu yra pašalinamas stresas sukeliantis veiksnys (11). Taip pat, šie simptomai neturėtų atitikti kito psichikos sutrikimo diagnostinių kriterijų – šiuo atveju, pacientės simptomai atitinka vidutinio sunkumo depresijos diagnozę, o kadangi stresoriai (diagnozuota onkologinė liga) tęsiasi, nėra aišku, ar simptomai praeitų savaime (12).

#### **4.4 Diagnostika**

2022 – 11 – 16 įvertinus skundus, depresinę simptomatiką, nustatoma klinikinė diagnozė F32.10 - Vidutinio sunkumo depresijos epizodas, nepatikslintas kaip atsirandantis postnataliniu periodu. Praveistas palaikomasis pokalbis ir paskirtas gydymas selektyviu serotonino reabsorbcijos inhibitoriumi (toliau - SSRI) antidepresantu escitalopramu, 5 mg, po pusę tabletės 1 kartą per dieną bei benzodiazepinu klorazepatu 10 mg, po 1 kapsulę vieną kartą per dieną esant nerimui. Rekomenduojami NVI vedami dailės terapijos užsiėmimai.

#### **4.5 Gydymas**

2022 – 12 – 14 dieną pacientė atvyko pakartotinei gydytojo psichiatro konsultacijai dėl gydymo efektyvumo vertinimo ir vaistų pratęsimo. Psichoemocinė būseną vartojamų vaistų fone stabilizavosi. Pacientė atžymėjo teigiamą escitalopramo efektą: sumažėjo nerimas, liūdesys. Šalutinių reiškinių nuo escitalopramo nebuvo stebėta. Klorazepatą pacientė vartojo epizodiškai, vėliau nebetęsė. Nesant šalutinių reiškinių, escitalopramo dozė didinta, skiriant 10 mg escitalopramo 1 kartą per dieną derinyje su anksiolitiku klorazepatu 10 mg po 1 kapsulę per dieną esant nerimui. Rekomenduota toliau

tęsti dailės terapiją. Naujos kartos SSRI antidepresantai rekomenduojami kaip pirmo pasirinkimo vaistai onkologinių pacientų depresijai gydyti (8,13,14). Dalies tyrimų duomenimis, escitalopramas yra efektyvesnis gydant depresijos simptomus lyginant su paroksetinu, citalopramu, duloksetinu, sertralinu (13,15). Tyrimai su bendrąja populiacija teigia, jog escitalopramas sukelia mažiau pašalinių poveikių, tokių kaip diarėjos, galvos svaigimo, sausos burnos, nuovargio, galvos skausmo, seksualinės disfunkcijos, traukulių, svorio priaugio (13). Gydomi escitalopramu pacientai atžymėjo mažiau nutraukimo veiksnių, tokių kaip pykinimo, įtampos, sumišimo (16). Tačiau, dėl skiriamo gydymo tramadoliu, ondansetronu, metoklopramidu pagal poreikį bei escitalopramu, padidėja serotonino sindromo rizika (17). Svarbu stebėti pacientę dėl sumišimo, haliucinacijų, traukulių, kraujo spaudimo pokyčių, padidėjusio širdies susitraukimų dažnio, karščiavimo, prakaitavimo, sutrikusio regėjimo, raumenų spazmų, tremoro, koordinacijos sutrikimo, pykinimo, vėmimo bei diarėjos (17). Pradinė escitalopramo dozė - 5mg, terapinė dozė – 10 mg, maksimaliai galima skirti 20mg escitalopramo (16). Jeigu pacientei pasireikštų kepenų funkcijos sutrikimas ar vidutinis inkstų funkcijos sutrikimas, vaisto dozę reikėtų sumažinti 50 %, prie sunkaus inkstų sutrikimo dozę reikėtų sumažinti 75 %. (18) Nerimo bei nemigos korekcijai benzodiazepinai yra dažnai naudojami paliatyviems pacientams, tačiau svarbu juos skirti ribotą laiką dėl galimos pripratimo rizikos (14). Nerimo simptomus koreguoja skiriamas gydymas SSRI - escitalopramas mažina ne tik depresijos, bet ir nerimo simptomus (16). Gydymo eigoje pacientė lankė dailės terapijos užsiėmimus, pacientė atžymėjo teigiamą jų poveikį (1, 2, 3 paveikslai yra pacientės kūrybos darbų pavyzdžiai iš dailės terapijos užsiėmimų). Ne visi pacientai geba išdrįsti kalbėti apie patiriamą emocinį distressą. Ši pacientė pacientė taip pat vengė kalbėti, kad jai diagnozuota depresija. Pacientei rekomenduota meno psichoterapijos kryptis, padedanti išsireikšti jausmus per kūrybą. Pacientė sunkiai vaikšto, dėl to laiką leidžia namie, mėgsta piešti ir spalvinti, teigia, kad taip nusiramina ir susikaupia. NVI vykdoma terapija yra pacientei lengviau prieinama dėl jos fizinių galimybių judėti, taip pat pacientei nereikia papildomai mokėti. Pacientei rekomenduota pastovi psichiatrinė priežiūra - sekti psichikos sveikatos būklę onkologinės ligos gydymo procese bei pratęsti skiriamus vaistus.

#### 4.6 Išėtis

Šiuo metu pacientės psichinė būklė yra geresnė, pacientė atžymi mažiau nerimo. Tačiau pacientės prognozė yra bloga (literatūroje atžymima, kad pacienčių su III C1 stadija penkerių metų išgyvenamumas yra 39.3 - 78.8 %), todėl tikėtina, kad blogėjant somatinei būklei, galimai progresuojant gimdos kaklelio vėžiui, blogės ir psichinė būklė, ir pacientei gali reikėti papildomo psichiatrinio ir psichoterapinio gydymo (19). Pasibaigus dailės terapijai, stiprėjant pacientės

simptomams ar esant pacientės norui, svarbu siūlyti ir papildomas psichoterapijos kryptis. Vienos tokių - į prasmę orientuota terapija (gydančios gydytojos psichiatrės taikyta ir Lietuvoje), palaikomoji psichoterapija.

## 5 APTARIMAS

### 5.1 Gimdos kaklelio vėžys ir depresija

Gimdos kaklelio vėžys yra trečias dažniausias vėžys moterims po krūties ir storosios žarnos vėžių (20). Psichologinis diskomfortas dėl diagnozuotos onkologinės ligos kartu su toksiškais gydymo metodais, nerimas, sumažėjusi savivertė padidina gimdos kakleliu sergančių pacienčių depresijos simptomus, sumažina gyvenimo kokybę ir lemia trumpesnę gyvenimo trukmę (20,21). Metaanalizės duomenimis, nerimas ir depresija sergančioms gimdos kaklelio vėžiu būdinga iki 44,9% atvejų, statistiškai dažniau šie simptomai pastebimi jaunoms moterims iki 50 metų (21,22). Standartinis gydymas išplitusiai ligai apima išorinę pilvo spindulinę terapiją su brachiterapija, papildomai gydant ir chemoterapija (22). Priešvėžinės terapijos, ypač radioterapija, reikšmingai paveikia moterų seksualumą bei psichinę sveikatą - gimdos kaklelio vėžiu sergančios moterys turi 50 % tikimybę seksualinei disfunkcijai dėl kūno pokyčių, vaisingumo problemų, lemiančių ir depresijos simptomų pasireiškimą (20). Moterys, gydomos radioterapija turėtų būti laikomomis rizikos grupė susirgti depresija gydymo eigoje (20). Be jau minėto jauno amžiaus, chirurginis gydymas, adjuvantinė terapija ir lėtinis nuovargis, yra siejami su labiau išreikštais depresijos simptomais ir įvardijami rizikos veiksniais susirgti depresija pacientėms, sergančioms gimdos kaklelio vėžiu (22). Gretutinės ligos kaip diabetas, pažengusi vėžio stadija (2 pagal FIGO angl. *The International Federation of Gynecology and Obstetrics* klasifikaciją) yra laikomi nepriklausomais rizikos veiksniais depresijai išsivystyti (21). Wencel et al., tyrę vaisingo amžiaus moteris, sirgusias gimdos kaklelio vėžiu, pastebėjo, kad 95 % jų norėtų dalyvauti tam tikroje intervencijoje, kurioje galėtų aptarti kylančius psichosocialinius iššūkius, o iš jų 69 % tvirtino, kad jeigu būtų pasiūlyta psichologinės pagalbos grupė, ją lankytų (22). Kitoje studijoje vertinant nuotolinį pagalbos modelį pastebėta, jog gimdos kakleliu sergančios pacientės, gavusios psichosocialines konsultacijas telefonu atžymėjo mažesnius depresijos simptomus ir ginekologines – seksualines problemas (20).

### 5.2 Onkologinių pacientų depresijos patofiziologija

Uždegiminiai mechanizmai galėtų paaiškinti padidėjusį depresijos dažnį paliatyviems pacientams (23). Metaanalizės rodo, kad nors ir nėra aiškiai nustatytos priežasties, pirminės depresijos metu stebimi padidėję uždegiminiai biomarkeriai (1). Bent šešiolika įvairios apimties tyrimų sieja depresiją su uždegiminiais citokiniais, tokiais kaip interleukinu-10, interleukinu-8, interleukinu-6, interleukinu-4, tumoro nekrozės faktoriumi – alfa, ir C-reaktyviu baltymu (1). Tikėtina, kad su citokiniais susijusią depresiją (angl. *inflammatory cytokine – associated depression – ICAD*) gali pastiprinti onkologiniai procesai ir gali vystytis gydymui atspari depresija (1). Onkologinės ligos metu yra aiškus uždegiminis stimulus, kylantis iš pačių navikinių ląstelių, infekcijos ar gydymo sukeltos audinių destruktijos (1). Lėtinis uždegimas yra svarbus veiksnys naviko atsiradimui, progresavimui ir metastazavimui, veikiantis per apsauginio imuniteto supresiją ir imunosupresinių mechanizmų pastiprinimą (2). Taip pat lėtinis uždegimas prisideda prie su vėžiu susijusio nuovargio, depresijos ir miego sutrikimų, kurie mažina pacientų gyvenimo kokybę ir skatina ligos progresavimą (2). Labiau išreikšti depresijos simptomai koreliuoja su didesnėmis tumoro nekrozės faktoriaus - alfa, interleukino – 1 - beta ir interleukino - 6 koncentracijomis (2). Psichologinis stresas, kylantis terminalinėje ligos stadijoje, dar labiau sustiprina uždegimo ir depresijos ryšį (1). Pavyzdžiui, pacientės su išplitusiu krūties vėžiu, kurių kortizolio koncentracija buvo aukštesnė ir depresijos simptomai labiau išreikšti, turėjo reikšmingai supresuotą ląstelių sąlygotą imunitetą (1). Depresija siejama su citokinų produkcija ir ląstelių žudikių (angl. *NK - natural killer*) citotoksiškumu (1). Prospektyvinis tyrimas teigia, kad sumažinus stresą bei gydant depresiją per 18 mėnesių reikšmingai sumažėjo NK ląstelių citotoksiškumas (1). Turint omenyje uždegimo sąsają su vėžiu bei depresija, logiška svarstyti apie priešuždegiminių vaistų skyrimą depresijos simptomams koreguoti (1). Šiuo metu yra atliktas vienas randomizuotas tyrimas, vertinęs celekoksibo monoterapijos efektyvumą depresijai sergant kolorektaliniu vėžiu (1). Celekoksibas pagerino depresijos simptomus sergant lengva ir vidutine depresija, tačiau lyginant su placebo, tai statistiškai reikšminga nebuvo (1). Toliau tyrinėjant galimą uždegiminę depresijos kilmę ir tobulinant aukštos kokybės randomizuotus klinikinius tyrimus, tikėtini nauji gydymo metodai (1).

### **5.3 Onkologinių pacientų depresijos diagnostikos sunkumai**

Paliatyvių pacientų diagnostinis procesas yra sudėtingas. Paskutinių metų metaanalizės ir išplėstiniai tyrimai palaiko teiginį, kad dabartinė psichiatrinė klasifikacija neapima pilno spektro su vėžiu susijusių sutrikimų (6). Tyrimų duomenimis depresijos paplitimas sergant vėžiu yra nuo 15 iki 30 % - tokie skirtumai atsiranda dėl naudojamų skirtingų diagnostinių kriterijų (24). Metaanalizė, įtraukusi 4007 pacientus, nustatė, kad depresijos, diagnozuotos pagal Psichikos sutrikimų diagnostikos

ir statistikos vadovą, 4 versiją (angl. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, toliau - DSM – IV) paplitimas yra 16.5 %, kai pacientų, patiriančių depresijos simptomus skaičiuojama iki 20.7 % (24). DSM - IV kriterijai depresijai diagnozuoti neapima somatinių simptomų, kurie susiję su medicininėmis priežastimis - tai trukdo diagnozuoti su vėžiu susijusią depresiją (9). Pažymėtina, kad TLK – 10 apima kai kuriuos somatinius simptomus, kaip sumažėjusią energiją, nuovargį, sutrikusį miegą, apetitą, svorio netekimą. (11) Klinikinis interviu yra laikomas aukso standartu vėžiu sergančiųjų depresijos diagnostikai, galintis įvertinti klinikinių kriterijų neatitinkantį depresinį sutrikimą (9). Priešingai nei užsienio praktikoje naudojami klausimynai simptomų įvertinimui, klinikiniai interviu gali nustatyti simptomų priežastį - galimą psichiatrinį sutrikimą (9). Klinikinio interviu metu yra suderinami diagnostinių skalių įverčiai su psichinių ligų diagnostiniais kriterijais bei naujausiose gairėse pateikiama informacija (9). Sudėtinga atskirti depresiją nuo liūdesio ir sielvarto, įprasto prie sunkios ligos - tačiau sielvartą patiriantys pacientai identifikuoja liūdesį su konkrečia netektimi, gali jausti džiaugsmą, planuoti ateitį (25). Depresija sergantys pacientai jaučiasi prislėgti visą laiką, simptomai linkę sustiprėti onkologinei ligai progresuojant, radus metastazes ar kai onkologinis gydymas nėra efektyvus (3,25). Onkologinei depresijai būdingi neurovegetaciniai simptomai - nuovargis, skausmas, jautrumas, ir mažiau psichologinių simptomų, tokių kaip kaltė ar bejėgiškumas (1). Taip pat būdingi ir atipiniai depresijos simptomai, tokie kaip nerimas, neviltis, nuovargis, potrauminio streso sutrikimo simptomai, kūno vaizdo sutrikimai, vidinis nerimas ir socialinis atsitraukimas (8). Depresiją atpažinti padeda ir ne verbaliniai bruožai, tokie kaip susigūžusi laikysena, sulėtėję judesiai, hipomimiškas veidas, sumažėjęs emocinis reaktyvumas (26). Diagnostinį procesą apsunkina somatinių simptomų vertinimas - tiek depresija, tiek onkologinė liga yra susiję su somatiniu distresu, miego ir apetito sutrikimais, prasta dėmesio koncentracija, socialiniu atsitraukimu, tad svarbu juos įvertinti kartu su psichologiniais simptomais (3,7). Pastebėta, kad nuotaikos simptomai yra pastebimi ir dokumentuojami 30 % atvejų dar prieš onkologinės ligos diagnozę, o somatiniai simptomai kaip nuovargis, svorio netekimas gali atsirasti 2 – 7 mėnesiai iki diagnozės (24). Simptomų vertinimui gali būti naudinga pasiklausti paciento artimųjų apie jo elgesį ir nuotaiką namų aplinkoje (3). Vertinant psichologinius bei somatinius simptomus yra svarbi jų pradžia, intensyvumas, trukmė ir kiek jie trukdo kasdieninei veiklai, paveikia bendrąją būklę. (27). Tam galėtų padėti naudojamos skalės, kaip pavyzdžiui, Ligoninės nerimo ir depresijos skalė (angl. *Hospital Anxiety and Depression Scale*), tačiau jos turėtų būti validuotos paliatyviems pacientams, kaip pavyzdžiui, Becko depresijos klausimynas (angl. *Beck Depression Inventory*), Paciento sveikatos klausimynas (angl. *Patient Health Questionnaire*), Bendrojo nerimo sutrikimo klausimynas (angl. *General Anxiety Disorder – 7*) (1,3,9). Visgi, net ir labai greitai diagnostiniai metodai, kaip klausimas „Ar tu jautiesi prislėgtas?“ (angl. „*Are you depressed?*“) gali

būti efektyvūs paliatyviems pacientams (25). Būtina įsivertinti rizikos veiksnius - pirminės depresijos rizikos veiksniai kaip moteriška lytis, socialinė izoliacija, nebrandūs gynybiniai mechanizmai, jaunas amžius tinka ir su vėžiu susijusiai depresijai (1). Specifiškai jai būdingas prastas asmeninis paciento ryšys su gydančiais gydytojais, tam tikras vėžio tipas (pavyzdžiui, kasos galvos ir kaklo navikai), patiriamo skausmo lygis, fiziniai simptomai, prognozuojamas išgyvenamumas (1). Svarbiausias rizikos faktorius depresijos išsivystymui – depresijos anamnezė (3). Taip pat yra vaistų ar būklių, prisidedančių prie depresijos paliatyviems pacientams predispozicijos – kortikosteroidų vartojimas, hipotirodizmas ar hipertirodizmas, tamoksifeno, interferono skyrimas, anemija, smegenų navikai ar metastazės, antiandrogenų skyrimas, chemoterapiniai vaistai – vinkristinas, vinblastinas, prokarbazinas, L – asparaginazė, taigi svarbu atmesti šių veiksnių įtaką depresijai (24). Depresijos ir nerimo matavimas turėtų būti rutininės ir integruotos paliatyvių pacientų priežiūros dalis, nes dažnai vėžiu sergantys pacientai neturi galimybių arba nenori kreiptis papildomos ar atskirai vykdomos psichinės sveikatos priežiūros (7,9,24). Didžiosios šalys, kaip Jungtinės Amerikos valstijos, Australija, Prancūzija, Vokietija gali pasiūlyti psichologinę pagalbą, kuri yra integruota į vėžio gydymą (13). Teisiškai paliatyvių pacientų priežiūrą Lietuvoje apibrėžia sveikatos apsaugos ministro 2007-01-11 įsakymas V-14, teigiantis, jog „Ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas pagal kompetenciją teikia specialistų komanda, kurią sudaro gydytojas, slaugytojas, slaugytojo padėjėjas, socialinis darbuotojas, medicinos psichologas, kineziterapeutas. Specialistų komandos darbą koordinuoja gydytojas, kurio sprendimu į specialistų komandą gali būti įtraukti ir kiti specialistai“ (28). Visgi, šiuo metu paliatyvi priežiūra dažniausiai gula ant gydytojo onkologo pečių. Ambulatorinių pacientų emocinę būklę įvertina gydytojas onkologas, atliekantis pirminį klinikinį paciento būklės vertinimą. Nacionaliniame vėžio institute, jau daugiau kaip 10 metų yra atliekamas onkologinių pacientų distreso matavimas, naudojant distreso termomentą (4 paveikslas). Jį sudaro dvi dalys: Vizualinės analogijos skalė ir Problemų sąrašas. Vizualinės analogijos skalė sugraduota nuo 1 iki 10 balų. Skalės įvertis  $\geq 6$  balai rodo kliniškai reikšmingą distreso lygį, tokiu atveju pacientas nukreipiamas tolesnei psicho-onkologinės komandos specialistų (psichiatro, psichologo) konsultacijai. Jeigu pacientas atžymi sunkumus Problemų sąrašė, jie išryškėja ir pokalbio metu, atsižvelgiant į problemų pobūdį, pacientas nukreipiamas NVI psichologui, psichiatrui, socialiniam darbuotojui ar kapelionui, tuomet vykdomas detalesnis paciento būklės įvertinimas bei paskiriama psichosocialinė intervencija. Tačiau tokie NVI resursai nėra pakankamai. Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto lektoriaus, Baltijos paliatyviosios slaugos asociacijos įkūrėjo, Mariaus Čiurlionio teigimu, bendrai Lietuvoje pagalbos sulaukia 3 iš 10 paliatyvių pacientų (29).

Gydymo komplikacijų rizika yra maža, todėl gydant paliatyvių pacientų depresiją ekspertai rekomenduoja laikytis strategijos „Jei abejoji, gydyk“ (3). Siūloma pacientus identifikuoti pagal jų simptomus, o ne pagal klinikinį sindromą, nes gebėjimas nustatyti depresijos epizodo ar sutrikimo atvejus yra mažiau svarbus nei gebėjimas nustatyti depresijos simptomus, kuriuos galima gydyti (25). Pacientai, neatitinkantys depresijos diagnostinių kriterijų, taip pat gali gauti naudos iš psichologinio gydymo ir nukreipimo pas paliatyvios priežiūros specialistą (27). Paliatyvių pacientų depresijai gydyti rekomenduojama taikyti pakopinį gydymą, priklausomą nuo depresijos simptomų sunkumo (1). Lengvai depresijai būdingi du arba trys depresijos simptomai, mažai paveikiantys paciento kasdienybę (11). Europos gairės paliatyvių pacientų depresijai gydyti teigia, jog lengvos depresijos svarbu įsivertinti paciento socialines funkcijas, pasiūlyti trumpas psichoterapijos intervencijas, pagalbos grupes, jeigu simptomai išlieka, svarstyti farmakologinį gydymą (11,26). Esant vidutiniškai depresijai (pastebimi 4 ir daugiau depresijos simptomų, sukeliančių didelių sunkumų kasdienybėje) reikėtų pradėti gydymą arba psichoterapinėmis intervencijomis arba gydymą antidepresantais (1,11). Jeigu simptomai išlieka, reikalinga derinti šiuos abu metodus, po 4 savaičių galima didinti antidepresanto dozę ar keisti į kitą vaistą (1). Sunkios depresijos metu pacientui dėl emocinės būsenos labai sunku vykdyti kasdienes funkcijas, gali atsirasti psichotinių simptomų, maisto, gėrimo atsisakymo, rimtų ir išliekančių suicidinių minčių (1). Tokiu atveju reikėtų taikyti kombinuotą gydymą: psichologinę pagalbą, gydymą antidepresantais, apsvarstyti raminamuosius vaistus labai stiprų stresą patiriantiems ir sunkiai miegantiems pacientams (1). Psichoedukacija, psichologinės intervencijos, nukreiptos į depresijos valdymą ir elgesio pokyčius kartu su antidepresantais pagal poreikį yra pripažįstamos kaip efektyviausias gydymas pacientams, sergantiems onkologine liga (9). Pacientui diagnozavus depresiją, nepriklausomai nuo jos sunkumo, rekomenduojama pacientą nukreipti pas paliatyvios medicinos gydytoją (26). Metaanalizės rodo, kad tarpdisciplininis požiūris yra efektyviausias pasiekiant ir išlaikant onkologinės ligos remisiją (1).

#### **5.4 Farmakologinė terapija gydant depresiją**

Nepaisant reikšmingos psichikos sutrikimų įtakos vėžiu sergančiųjų sveikatai, klinikinių duomenų apie psichiatrinių vaistų pasirinkimą paliatyviems pacientams trūksta (8). Viena to priežasčių yra ta, jog sunkiai sergančius pacientus sunku įtraukti į tyrimus, didelė dalis pacientų atkrenta dėl prastos fizinės būklės ar mirties, o gydytojai nenori rizikuoti dėl gydymo placebo, kai praktikoje plačiai naudojami antidepresantai yra efektyvūs (1,4,15). Ne visi duomenys yra aukštos kokybės dėl skirtingų tyrimų metodologijų, dėl to dauguma naudojamų strategijų yra paremtos tyrimais su vėžiu nesergančiais pacientais (14). Yra skubus poreikis didelės apimties tyrimui,



kontroliuojamu placebo, skirtu išnagrinėti antidepresantų įtaką depresijos simptomams, atitinkantiems ir neatitinkantiems depresijos diagnostinių kriterijų (30). Norint pasirinkti farmakologinį gydymą, reikalinga žinoti vėžio tipą, lydinčius patofiziologinius mechanizmus, įvertinti kylančius simptomus, kurie gali būti gydomi ne tik vaistais, bet ir psichoterapija (23). Vėžiu sergančiųjų pacientų simptomai dažnai yra kompleksiški, neretai pacientai vartoja ir alternatyvius gydymo metodus, palengvinančius fizinius ir psichinius simptomus, tačiau galinčius sukelti ir farmakokinetines bei farmakodinamines sąveikas su tradiciniais vaistais ir padidinti šalutinių reiškinių riziką (23). Skiriant farmakologinį gydymą turėtų būti maksimaliai sumažintas šalutinių reiškinių pasireiškimas ir išnaudojami teigiami vaisto poveikiai (23). Tolesniuose skyreliuose yra aprašytos psichiatrinių vaistų grupės, naudojamos onkologinių pacientų depresijos gydymui. Pirmoje lentelėje pateikiami literatūroje dažniausiai aprašomi psichiatriniai vaistai, naudojami paliatyvių pacientų depresijai ir vėžiu susijusiems simptomams gydyti.

#### **5.4.1 Antidepresantai**

Atlikti tyrimai su paliatyvių pacientų populiacijomis teigia, kad antidepresantai yra gerai toleruojami ir efektyvūs net ir sergant sudėtingomis ir pažengusiomis ligomis, dėl to yra dažniausiai skiriama psichiatrinių vaistų grupė depresijai gydyti (8,23). Gydymas antidepresantais turėtų būti paskirtas sergantiems vidutine ar sunkia depresija, tačiau gali būti reikalingas ir sergantiems lengva depresija, kuri nėra kontroliuojama kitomis priemonėmis ar trukdo pacientui gauti onkologinę pagalbą (15). Nors nepastebėtas kažkurios antidepresantų grupės išskirtinis efektyvumas lyginant jas su placebo, SSRI ir triciklių antidepresantų (toliau - TCA) grupe tarpusavyje, pirmo pasirinkimo vaistai laikomi SSRI grupės antidepresantai (8,14,23). SSRI grupės vaistai, ypač antros kartos, yra lengviau dozuojami, saugesni pacientams dėl galimos perdozavimo rizikos, geriau toleruojami ir turi mažiau šalutinių reiškinių lyginant su kitomis grupėmis (8,14). SSRI yra skiriami depresijos simptomų gydymui, kai planuojamas paciento išgyvenamumas siekia 2 – 3 savaites ir daugiau, esant trumpesniam paciento išgyvenamumui, gydymas gali būti neveiksmingas (10). Svarbu įspėti pacientą, kad pradinis SSRI antidepresantų poveikis stebimas po 2 savaičių, maksimalus – per 4 – 6 savaites (31). Jeigu po šio laikotarpio stebimas tik dalinis simptomų koregavimas, reikėtų didinti dozę, jeigu ir toliau simptomai nesumažėja, siūloma keisti vaistą (23,31). Yra duomenų, kad SSRI grupės antidepresantai galėtų veikti ir depresijos prevencijai – pavyzdžiui, escitalopramas, tirtas sergantiems galvos ir kaklo onkologine patologija (23). Tikėtina, jog SSRI padeda efektyviau gydyti depresiją dėl priešūždegiminio poveikio - pastebėta, kad SSRI turi priešūždegiminių savybių mikroglijos ląstelėms, atsakingoms už prouždegiminiuosius faktorius (8). SSRI galimai pagerintų pacientų imunitetą ir turėtų

teigiamą poveikį naviko vystymuisi, to pavyzdys galėtų būti apoptotinės savybės, įrodytos in vitro gydant hepatoceliulinę karcinomą (23). Renkantis antidepresantą svarbu įsivertinti ne tik vaisto efektyvumą, bet ir galimas vaisto sąveikas su chemoterapija ir kitais vaistais, bei šalutinius poveikius (13). SSRI grupės vaistai, tokie kaip sertralinas, citalopramas, escitalopramas turi mažiausią sąveikų riziką (13,15). SSRI neturėtų būti skiriami, jeigu yra padidėjusi kraujavimo rizika ir sumažėjęs trombocitų skaičius - esant būtinybei skirti, papildomai reikėtų skirti protonų pompos inhibitorius (13). Pacientams, patiriantiems chemoterapijos sukeltą pykinimą, SSRI gali jį sustiprinti (13). Gerai ištirta SSRI ir tamoksifeno sąveika – tokie antidepresantai kaip paroksetinas ir duloksetinas gali slopinti CYP2D6 citochromą ir slopinti aktyvaus metabolito endoksifeno susidarymą (25). Negalint skirti SSRI, svarstyti ir kitų grupių antidepresantai (13). Tricikliai antidepresantai kelia didesnę perdozavimo riziką nei SSRI, paliatyviems pacientams dažnai būna kontraindikuojami dėl gretutinių patologijų – širdies ligų, kepenų nepakankamumo, prostatos hiperplazijos, tačiau amitriptilinas ir kiti šios grupės vaistai gali būti skiriami kaip antros eilės gydymas (27). Monoaminoksidazės inhibitorių (toliau - MAOI) grupės vaistų siūloma vengti dėl galimos sąveikos su onkologijoje dažnai naudojamais opioidais ir anestetikais, jeigu jie yra vartojami, pacientai turi būti nuolat stebimi (13,23). Kai kurių autorių duomenimis, tikėtina, jog farmakologinis antidepresantų efektyvumas priklauso nuo to, ar patiriami simptomai yra kliniškai reikšmingi - pastebėta, kad sertralinas nepagerino nei simptomų, nei išgyvenamumo tiems, kuriems nėra diagnozuota didžioji depresija (23). Tačiau to nepatvirtino Laoutidis et al. tyrimas, įrodęs, jog pacientams, turintiems depresijos simptomus, gydymas antidepresantais buvo toks pat efektyvus, kaip sergantiems didžiąja depresija (25). Šis radinys galėtų būti siejamas su genetiniais ypatumais – pavyzdžiui, serotonino transporterio genetiniu polimorfizmu, kuris galėtų paaiškinti, kodėl ne visiems pacientams šie vaistai yra vienodai efektyvūs (23). Vertinant gydymo antidepresantais efektyvumą, svarbu kas dvi savaites kartoti psichikos būklės vertinimą, o pacientai su savižalos rizika turėtų būti stebimi kartą per savaitę (1). Esant trūkumui kokybiškų duomenų apie efektyvų paliatyvių pacientų depresijos gydymą, reikėtų remtis bendraisiais duomenimis apie antidepresantus su vėžiu nesergančiais pacientais, bet sergančiais didžiąja depresija ir vaistą rinkti individualiai pagal paciento poreikius (8). Šiuo metu prieinami antidepresantai pirminės depresijos remisiją pasiekia mažiau nei 40 % pacientų (1).

#### **5.4.2 Antipsichotikai**

Nėra specifinių duomenų apie antipsichotikų naudojimą depresijos ir nerimo gydymui vėžiu sergantiems pacientams (23). Duomenys su bendrąja populiacija sudaro prielaidas, kad antipsichotikai gali būti naudingi ir onkologiniams pacientams, patiriantiems sunkius nerimo ir depresijos simptomus,

kurie nėra kontroliuojami serotonerginiais antidepresantais (23). Monoterapija ar kombinuota terapija gali būti naudinga vėžiu sergantiems pacientams gydant su psichoze nesusijusias ligas, pavyzdžiui, miego sutrikimus (23). Rezistentiškai depresijai taikoma kombinuota terapija su atipiniais antipsichotikais, kaip olanzapinu, risperidonu, kvetiapinu, aripiprazoliu, gali būti efektyvi ir vėžiu sergantiems pacientams, tačiau reikėtų pacientus atidžiai stebėti dėl vaisto pašalinių poveikių, kaip pavyzdžiui, ekstrapiramidinių reakcijų, ortostatinės hipotenzijos, kardiologinių reiškinių, endokrininių ir metabolinių sindromų, sedacijos, traukulių, hematologinių sutrikimų, antimuskarininių reiškinių (8,23). Atipiniai antipsichotikai dažniausiai skiriami kartu su depresija pasireiškiant psichoziniams simptomams, delyrui, demencijai, kvėpavimo depresijai (14).

### **5.4.3 Benzodiazepinai**

Dėl patiriamo streso onkologinės ligos fone, vėžiu sergantiems pacientams išsivysto arba sustiprėja nerimas (14). Paliatyvių pacientų patiriamas nerimas bei panikos atakos yra gydomi serotonerginiais antidepresantais, tačiau dažnai skiriami ir trumpo bei ilgo veikimo benzodiazepinai (14). Benzodiazepinai yra gerai toleruojami ir tinka su vėžio gydymu susijusių nerimo simptomų, pavyzdžiui, adatų, MRI baimės gydymui, tačiau saugūs tik trumpam naudojimui dėl galimos priklausomybės (23).

### **5.4.4 Stimuliantai**

Pacientui, kurių išgyvenamumas labai trumpas, gydytojai psichiatrai renkasi psychostimuliantus, kurie depresijos simptomus koreguoja greičiau nei antidepresantai (10). Nors nėra randomizuotų tyrimų, stimuliantai turi greitą efektą nuotaikos pagerinimui, dėl to yra naudojami valdant paliatyvių pacientų depresiją (8). Visgi, depresijos simptomų sumažėjimas galimas dėl energijos padidėjimo (18). Jeigu yra reikalinga ilgalaikė depresijos kontrolė, stimuliantai gali būti skiriami simptomų kontrolei tol, kol pradeda veikti antidepresantai (23). Psychostimuliantai taip pat efektyvūs gyvenimo kokybės pagerinimui, ypač stacionariniams pacientams, kurie atsisako valgyti, nebendruoja, nedalyvauja gydyme ir savimi nepasirūpina (23). Jeigu vartojami narkotiniai analgetikai sukelia labai didelę paciento sedaciją, stimuliantai gali būti naudingi palaikant paciento budrumą ir gebėjimą išbūti dienos metu (23). Geriausiai išstudijuotas psychostimuliantas paliatyvių pacientų priežiūroje yra metilfenidatas, efektyvus prie pažengusios ligos ir didelio nuovargio (23). Visgi, Europos paliatyvios depresijos gydymo gairės nerekomenduoja skirti stimuliantų dėl daugelio šalutinių reiškinių ir tyrimų, skirtų efektyvumui įrodyti, trūkumo (27). Pacientams, turintiems širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių, prieš gydymą stimuliantais reikalinga padaryti elektrokardiogramos tyrimą, o sergantiems

nekontroliuojama hipertenzija, nestabilia širdies koronarine liga, aritmijomis, stimulantai yra kontraindikuojami (14).

#### **5.4.5 Anestetikai**

Jeigu yra poreikis depresijos simptomus koreguoti greitai, galima svarstyti ketamino skyrimą (10). Aukštos kokybės randomizuotuose tyrimuose intraveniškai skirtas ketaminas sveikiems pacientams su depresija sukėlė greitą antidepresinį efektą (10). Mažos studijos metu su 14 paliatyvių pacientų metu, visiems tyrimą pabaigusiems pacientams ketaminas reikšmingai sumažino nerimą jau trečią vartojimo dieną, antidepresinis efektas stebėtas po dviejų savaitių, visgi, kai kurie pacientai atžymėjo šalutinius reiškinius, kaip dizorientaciją, haliucinacijas, sedaciją, nemigą, nerimą, dauguma jų buvo stiprūs (26).

#### **5.4.6 Psichiatrinių vaistų įtaka su vėžiu susijusiems simptomams**

Tokie su vėžiu susiję simptomai kaip miego sutrikimai, apetito praradimas, neuropatinis skausmas, pykinimas, karščio bangos gali atsirasti dėl vėžio ir jo gydymo ir gali pabloginti paciento bendrąją būklę ir sustiprinti depresiją (14). Šiuos simptomus svarbu koreguoti prieš gydant depresijos simptomus arba kartu su jais ir tam gali būti naudojami psichiatriniai vaistai (15,23,27). Antidepresantai gali būti naudojami pagerinti su vėžiu susijusius simptomus, tokius kaip apetito praradimą, miego sutrikimus, skausmą, nerimą, nuovargį, taip pagerindami gyvenimo kokybę (23). SSRI ir SNRI (serotonino ir norepinefrino reabsorbcijos inhibitoriai) yra efektyvūs mažinant karščio bangas (23). Neuropatinį skausmą veikia mažų dozių TCA ir SSRI grupių vaistai (14). Antipsichotikų pagalba gali būti sukontroliuojami tokie simptomai kaip nerimas (ypač kai kiti vaistai, pavyzdžiui, benzodiazepinai, kontraindikuotini dėl galimo kvėpavimo slopinimo, delyro ar demencijos), pykinimas ir vėmimas (23). Taip pat antipsichotikai efektyvūs žagsulio, apetito praradimo, nemigos simptomų korekcijai, ypač svarbūs psichotinių simptomų, tokių kaip haliucinacijų, minčių dezorganizacijos, kliesių gydymui (23). Pastebėtas teigiamas psichostimulantų poveikis nuovargiui, mąstymo sulėtėjimui, demotyvacijai, energijos trūkumui, koncentracijai, apetitui, bendrai būklei (23). Benzodiazepinai derinyje su antimimetikais palengvina chemoterapijos sukeltą pykinimą ir vėmimą, taip pat naudingi paliatyviems pacientams gydant skausmą, dispnėją, ažitaciją ir delyrą, nemigą (23). Nuotaikos stabilizatoriai gali būti naudingi irzlumo, impulsyvumo, nuotaikos sutrikimams, neuropatiniam skausmui, karščio bangoms, prevenciškai veikia traukulių profilaktikai (14). Ketaminas padeda kontroliuoti skausmą (18). Tačiau svarstant šių simptomų korekciją, svarbu

žinoti, jog vėžiu sergantys pacientai yra jautresni vaistų nepageidaujamiems poveikiams dėl blogesnės fizinės būklės ir reikėtų sverti žalos ir naudos santykį (23).

### **5.5 Nefarmakologinė terapija gydant depresiją**

Kiekvienas paliatyvios komandos narys turėtų pastebėti pacientui kylančius psichologinius sunkumus, juos gydyti arba nukreipti klinikiniam psychologui ir psichiatrui, ypačingai tada, kai yra savižalos rizika, paciento simptomai išlieka taikant pirminį gydymą, yra neaiški pagrindinė diagnozė ar reikalinga specifinė psichoterapija (4,15). Psichoterapija apibūdinama kaip psichologinė intervencija, vykdoma specialiai paruoštų specialistų, skirta sumažinti distresą ir sustiprinti psichologinį atsparumą per paciento ir gydytojo kontaktą (32,33). Šios terapijos gali būti pritaikomos individualiai, siekiant atliepti specifinius paciento poreikius, kaip pavyzdžiui, vėžiu sergančių pacientų patiriamą mirties baimę ir prisitaikant prie paciento fizinių ir psichinių pajėgumų įsitraukti į psichoterapiją (18,33). Tokių intervencijų taikymas klinikinėje praktikoje yra apsunkintas pirmiausia dėl duomenų trūkumo bei jų nevienareikšmiškumo (1). Rezultatų validumą apsunkina mažas studijų skaičius, jų metodologiniai skirtumai, psichologinių intervencijų ypatumai, neteisingas gydytojų laikymasis pateikiamų tyrimo reikalavimų, paciento vėžio stadija, paciento lytis (1,32). Būtina toliau gerinti tyrimų metodologiją ir tirti psichologinių intervencijų poveikį paliatyviems pacientams norint skirti efektyvų gydymą (34). Visgi, nors aukštos kokybės duomenų trūksta, Europos gairės paliatyvių pacientų depresijos gydymui rekomenduoja gydytojams apsvarstyti psichologinių intervencijų skyrimą (4). Šiuo metu prieinami tyrimai patvirtina psichoterapijos efektyvumą - Fulton et al. metaanalizės duomenimis, apėmusios 32 tyrimus ir 1536 paliatyviai gydomus pacientus, taikant psichoterapiją depresijos ir nerimo simptomai mažėjo statistiškai reikšmingai, taip pat pagerėjo ir gyvenimo kokybė (4,32). Šiuo metu depresijai gydyti efektyviausia laikoma kognityvinė elgesio terapija, mažiau įrodymų pateikiama apie dėmesingu įsisažoninimu paremtas praktikas bei egzistencines psichoterapijas (32). Neišskiriant konkrečios psichoterapijos krypties, bendrai psichoterapija yra laikoma vidutiniškai sumažinanti depresijos simptomus (32,35). Europos gairės paliatyviai depresijai kaip efektyvias įvardija visas anksčiau paminėtas intervencijas, taip pat mini klinikinės hipnozės, muzikos terapijos, progresyvios raumenų relaksacijos, akupunktūros teigiamą poveikį (26). Norima, kad moksliniais įrodymais pagrįstos intervencijos būtų įtrauktos į standartinį onkologinio paciento gydymo planą (4). Psichologinę intervenciją siūloma pasirinkti pagal paciento poreikius, socialinį ir kultūrinį jo kontekstą, bei psichoterapinių paslaugų prieinamumą šalyje (15,23). Dauguma paliatyvių specialistų pažymi, kad yra sunkumų pacientams gauti psichologinę pagalbą dėl

vyraujančių įvairių tarnybų nuostatų, personalo trūkumo, ilgų eilių (6,13). Gydomo pasirinkimui didelę įtaką turi ir depresijos simptomų sunkumas – pacientams, sergantiems lengva ir vidutine depresija, galimos žemo intensyvumo psichologinės intervencijos, kurias pacientas gali vykdyti pats (pavyzdžiui, knygos, internetiniai kursai) (15). Pacientai, patiriantys sunkios depresijos simptomus, turi būti gydomi aukšto intensyvumo psichologinėmis intervencijomis, tokiomis kaip kognityvinė elgesio terapija, taikoma specialiai paruoštų psichoterapeutų (15). Toliau yra aprašomos dažniausiai literatūroje minimos psichoterapijos ar psichologinės intervencijos, antroje lentelėje yra pateikiama šių intervencijų įtaka depresijai bei su ja susijusiems simptomams.

### **5.5.1 Kognityvinė elgesio terapija ir ja pagrįstos intervencijos**

Kognityvinė elgesio terapija – toliau - KET (angl. *Cognitive Behaviour Therapy*) yra struktūruotas požiūris, padedantis pacientams atpažinti, sekti ir koreguoti iškreiptas bei realybės neatitinkančias mintis ar elgesį (36,37). Kognityvinė elgesio terapija galėtų būti tinkama tiems pacientams, kurie yra orientuoti į problemos – simptomų – išnykimą (15). Paliatyvūs pacientai yra mokomi atpažinti neigiamas mintis, sukeliančias depresyvius simptomus, pabrėžiant, kad vėžio diagnozė nebūtinai reiškia depresijos išsivystymą ir labai svarbus yra paciento gebėjimas atitinkamai prisitaikyti prie ligos ir jos sukiamų reiškinių (38). Metaanalizių duomenimis, kognityvinė elgesio terapija turi statistiškai reikšmingą įtaką depresijos gydymui, nerimo gydymui (1,4,32). Randomizuoti klinikiniai tyrimai su metastatiniu krūties vėžiu sergančiosiomis patvirtino teigiamą intervencijų poveikį jau po aštuonių savaičių individualių sesijų (37). Kiti randomizuoti tyrimai atskleidė, kad statistiškai reikšmingai mažėjo ne depresijos simptomai, o nerimas (37). Atkreiptinas dėmesys, kad tyrimai, tiriantys KET ir ja paremtas terapijas, apima labai konkrečias paliatyvias populiacijas, pavyzdžiui, tiria KET įtaką prostatos ar krūties vėžiu sergantiems pacientus, ir nors šie duomenys įrodo KET efektyvumą vėžiu sergantiesiems, jie gali neatspindėti visų vėžiu sergančios populiacijos poreikių (39). Dėl duomenų trūkumo, gali atsirasti grėsmė generalizuoti KET ir skirti visiems paliatyviems pacientams be individualaus pritaikymo, to daryti nereikėtų (39). Nors vienareikšmių aukštos kokybės duomenų paliatyvioje priežiūroje trūksta, bendros populiacijos duomenimis, KET yra efektyvi tokių psichologinių sutrikimų kaip depresijos, nerimo, skausmo, nemigos, dažnai pasitaikančių terminalinėje ligos stadijoje, gydymui (38). Nėra patikimai įvertintas galimai skirtingas KET poveikis skirtingose vėžio stadijose, tačiau tikima, kad terapija gali būti pritaikoma ir sergantiems vėžiu, bei gali būti efektyvi ypač tada, kai pacientas yra susitaikęs su diagnoze (37). Pacientas turėtų būti pakankamai geros fizinės būklės šiai terapijai taikyti - Anderson et al. atkreipė dėmesį, kad KET turėtų būti nesiūloma negebantiems susikaupti ir daug nuovargio patiriantiems

pacientams, o sergantiems sunkia depresija ši psichoterapija turėtų būti kombinuojama kartu su vaistais (26). Taip pat, pažymėtina, kad KET didesnę poveikį atžymi jaunesni pacientai – norint pritaikyti šį gydymą vyresniems pacientams, reikėtų papildomai modifikuoti gydymą – pritaikyti gydymo tempą, duoti užduotis vykdyti raštu (32). Yra prieštaringų duomenų dėl to, ar KET gali būti taikoma virtualiai - vienu autorių duomenimis, tik gyvai vykstanti KET yra efektyvi paliatyviems pacientams, kiti autoriai teigia, kad daugiau nei 12 savaičių trunkanti internetu paremta kognityvinė terapija (angl. *Internet Based Cognitive Therapy*) statistiškai reikšmingai sumažino depresijos ir nerimo simptomus (39,40). Taip pat yra kitų intervencijų, paremtų KET, pavyzdžiui, klinikinė hipnozė (angl. *Clinical Hypnosis*), papildomai apimanti hipnozės elementus, ir padedanti pacientui atrasti vidinius resursus ir tapti labiau atspariam kritinėse situacijose (38,41). Šiuo metu yra empirinių duomenų, patvirtinančių šios intervencijos efektyvumą, taip pat pastebima, kad hipnozė sumažina ir su vėžiu susijusius simptomus, tokius kaip pykinimą, vėmimą, skausmą (38,42). Nors reikalingos papildomos sisteminės apžvalgos kognityvinės elgesio terapijos efektyvumo paliatyvioje priežiūroje intervencijos efektyvumui patvirtinti, šiuo metu kognityvinė elgesio terapija yra labiausiai ištyrinėta psichoterapija paliatyvių pacientų depresijai gydyti ir laikoma vienintele, kurios efektas yra ilgalaikis – išlieka iki 6 mėnesių po gydymo (26,37).

### **5.5.2 Dėmesingu įsisamoningumu pagrįstos intervencijos**

Pagrindinis šių terapijų principas - išmokyti pacientus nusiraminti, atkreipti dėmesį į kūno pojūčius, ir priimti kylančias mintis ir jausmus vietoj kovojimo su jais (4,33,43). Panjwani et al. metaanalizės duomenimis, dėmesingu įsisamoningumu paremtos intervencijos (angl. *Mindfulness Based Interventions*) statistiškai reikšmingai depresijos nesumažino, tačiau mažino labiau nei egzistencinės intervencijos (1). Sisteminė apžvalga įrodė vidutinišką efektą depresijos ir nerimo mažinimui, pažymėjo teigiamą poveikį paciento atjautai, savęs supratimui (4). Kita metaanalizė, atlikta su krūties vėžiu sergančiosiomis pacientėmis taip pat atskleidė teigiamą šių intervencijų poveikį ne tik miegui, stresui, nerimui, bet ir depresijai (4). Chambers et al. tokio poveikio tiriant vyrus, sergančius pažengusiu prostatos vėžiu, nerado (7). Kyla klausimas, kad galbūt terapijos efektyvumui svarbūs tokie faktoriai kaip lytis, vėžio tipas ir lokalizacija, ir terapija turėtų būti pritaikoma individualiai. Vienas iš metodų, padedančių personalizuoti gydymą ir galimai padidinti intervencijos efektyvumą, yra intervencijų trukmės pritaikymas. Įrodyta, kad trumpesnės, bet dažnesnės sesijos buvo efektyvesnės paliatyviems pacientams negu ilgesnės sesijos, tikėtina, kad dėl prastesnės šios populiacijos fizinės būklės (4). Dėmesingu įsisamoningumu pagrįstos intervencijos (iš jų dėmesingu įsisamoningumu paremtas streso mažinimas (angl. *Mindfulness – Based Stress Reduction*) ir sąmoningumu paremta

kognityvinė terapija (angl. *Mindfulness – Based Cognitive Therapy*) yra efektyvios onkologiniams pacientams ir jų psichosocialiniams gyvenimo veiksniams, tokiems kaip stresui, nerimui, nuovargiui, nerimui, taip pat ir imuninei funkcijai (7). Dėmesingas kvėpavimas (angl. *Mindfull Breathing*) turėjo reikšmingai statistiškai teigiamą poveikį tiek nerimui ir depresijai, tiek ir apetitui, bendrai savijautai ir mieguistumui, šis efektas buvo stebimas iš karto po 20 minučių intervencijos, nereikalavusios iš pacientų daug energijos (26). Viena tokių dėmesingu įsisamoningumu paremtų terapijų, nagrinėjama plačiau paliatyvių pacientų kontekste, yra priėmimo ir įsipareigojimo terapija (angl. *Acceptance and Commitment Therapy*) (7). Priėmimo ir įsipareigojimo terapija, apimanti sąmoningumą ir prasmės paieškas, padeda pacientams įvardinti stresą keliančius veiksniai bei egzistencinius sunkumus (4,44). Paskatinant pacientus įsitraukti į dabartį ir prasmingas veiklas, statistiškai reikšmingai sumažėja depresijos, nerimo simptomai ir gerėja psichologinė būklė (7). Priėmimo ir įsipareigojimo terapija reikšmingai veikia ir su vėžiu susijusius simptomus - nerimą, miegą, lėtinį skausmą ir su sveikata susijusią gyvenimo kokybę (7,44). Šios terapijos efektyvumas yra testuojamas ir su vėžiu sergančiųjų šeimos nariais ir pirminiai duomenys rodo teigiamus rezultatus (7). Kaip bebūtų, teigiamas dėmesingu įsisamoningumu paremtų intervencijų poveikis depresijai po šešių ir dvylikos mėnesių neišlieka, dėl to jų klinikinė reikšmė išlieka neaiški (7).

### 5.5.3 Egzistencinės intervencijos

Egzistencinė psichoterapija apibūdinama kaip dinaminis požiūris, apimantis mirties, laisvės, izoliacijos ir beprasmiškumo temas, siekiantis per egzistencinių klausimų refleksiją palengvinti paciento simptomus (34). Tokia terapija yra tinkama pacientams, turintiems savirefleksijos įgūdžių, norintiems į save gilintis ir gebantiems atpažinti savo elgesio priežastis (15). Egzistencinės terapijos gali būti taikomos įvairioms pacientų grupėms, tačiau efektyviausios sergantiems grėsmę gyvybei keliančiomis ligomis ir susiduriantiems su beprasmybės ir mirties klausimais (34). Nors egzistencinės paciento problemos yra reikšminga vėžiu sergančių pacientų gydymo dalis, dažnai jos sulaukia mažiau dėmesio nei depresijos ir nerimo simptomų korekcija (6). Takeshi Terao et al. duomenimis, iš devynių tirtų egzistencinių psichoterapijų, keturios buvo patvirtintos kaip efektyvios bendrai paliatyvių pacientų būklei - individuali ir grupinė į prasmę nukreipta terapija (angl. *Individual/Group Meaning-Centered Psychotherapy*), gyvenimo prasmės intervencija (angl. *Meaning of Life Intervention*), gyvenimo peržvalgos interviu (angl. *Life-Review Interview*) (34). Fulton et al. metaanalizė atskleidė, kad depresijos ir nerimo simptomų sumažėjimui egzistencinės terapijos įtakos neturėjo (32). Į prasmę nukreipta psichoterapija yra trumpa, tiek individuali, tiek grupinė intervencija, pastiprinanti prasmės ir dvasinio pasitenkinimo jausmą, kurią gali taikyti tiek psichiatrai, tiek psichologai (10,37). Palyginus



ją su palaikomąja psichoterapija bei masažais, pacientai, gaunantys į prasmę nukreiptą terapiją, atžymėjo mažesnius depresijos ir nerimo simptomus nei gydomi kitais metodais (10). Gyvenimo prasmės intervencija bei gyvenimo peržvalgos interviu, padedantys pacientui reflektuoti savo gyvenimą, reikšmingai sumažino egzistencinį distresą (34). Vėžio valdymo ir prasmingo gyvenimo intervencija (angl. *Managing Cancer and Living Meaningfully*) suteikia galimybę pacientams reflektuoti apie savo patirtis bei identifikuoti iššūkius, kilusius dėl ligos (37). Ši terapija taip pat sumažino depresijos simptomus ir distresą, kylantį dėl mirties baimės (37). Orumo terapija (angl. *Dignity Therapy*) apibūdinama kaip psichoterapinė intervencija, skirta sumažinti egzistencinį distresą sustiprinant paciento prasmės ir tikslo suvokimą (7). Sesijos metu pacientui yra užduodami refleksiniai klausimai iš jo gyvenimo, paciento atsakymai yra įrašomi ir vėliau atiduodami pacientui (45). Ši terapija reikšmingai sumažino patiriamus depresijos simptomus (7,45). Houmann et al. duomenimis, orumo terapija taip pat prisidėjo prie nerimo, beviltiškumo, kančios ir neaiškumo sumažėjimo (26). Pastebėta, kad orumo terapija turi teigiamos įtakos pagerėjusiai gyvenimo kokybei, didesniai orumui jausmui, pacientai teigia besijaučiantys labiau pilnateisiai savo šeimos nariai (10).

#### 5.5.4 Kitos intervencijos

Ne visi pacientai, ypatingai sergantys vėžiu, depresija, nerimu, moka atpažinti kylančias mintis, išsakyti patiriamus jausmus, reflektuoti savo patirtis, dėl to gali būti naudingi ir kiti, alternatyvūs terapijos metodai, sukuriantys saugų ir netiesioginį būdą susitikti su savo emocijomis (46). Amerikos meno terapijos asociacija pastebi, kad piešimo, muzikos, šokio, dramos pagalba, leidžiant išreikšti vidinius konfliktus per kūrybinį procesą ir neverbalinę komunikaciją, pagerėja pacientų kognityvinė funkcija, savivertė, savęs supratimas, emocinis atsparumas, socialiniai įgūdžiai, sumažėja distresas (46). Nors sunku užtikrinti aukštos kokybės mokslinius tyrimus dėl tokių intervencijų heterogeniškumo, bendrai tikima, jog meno terapija turi statistiškai reikšmingą poveikį depresijai, nerimui, fiziniams simptomams, gyvenimo kokybei ir gali būti efektyviai naudojama ir psichikos sutrikimų gydymui (46,47). Muzikos terapija (angl. *Music Therapy*) turėjo statistiškai teigiamą poveikį bendrai psichologinei būklei, distresui, gyvenimo kokybei, paliatyviems pacientams taip pat nežymiai palengvino skausmą, nuovargį, bei pagerino dvasinį pasitenkinimą (48). Muzikos terapija pagerino pacientų atsipalaidavimą, komforto jausmą, džiaugsmą, sumažino stresą (49). Grupinė piešimo terapija (angl. *Group Painting Therapy*) reikšmingai sumažino paliatyvių pacientų depresijos simptomus, pagerino kognityvinę funkciją, darbinius įgūdžius, sustiprino savivertę (50). Piešimo terapija taip pat sumažino nerimą, nuovargį, bei pagerino gyvenimo kokybę (47). Dėmesingu įsisamoninimu paremta meno terapija (angl. *Mindfulness – Based Art Therapy*) lėmė reikšmingą nerimo ir depresijos simptomų

sumažėjimą (43). Šokio terapija neturėjo poveikio depresijai, stresui, nerimui ir nuovargiui, tačiau gali būti siejama su geresne gyvenimo kokybe bei padidėjusia energija (51). Bendrai meno terapija yra laikoma efektyvia intervencija, reikšmingai sumažinančia depresijos ir nerimo simptomus, pagerinanti gyvenimo kokybę (52).

## 6 DISKUSIJA IR PASIŪLYMAI

Viena iš paliatyvių pacientų gydymo problemų yra ta, jog gydytojams nėra aiškus paliatyvios medicinos pradžios taškas - kada baigiasi aktyvus gydymas, siekiant išsaugoti paciento gyvybę, ir prasideda pastangos užtikrinti gyvenimo kokybę (53). Tai trukdo pastebėti gydymo eigoje kylančius simptomus ir užkirsti kelią jų progresavimui. Vienas iš požiūrių, galinčių pagerinti tokių pacientų priežiūrą, galėtų būti paliatyvių paslaugų suteikimas nuo pat to momento, kai pacientui yra diagnozuojama gyvybei grėsminga liga. Pagal pacientės sveikatos istorijos duomenis, nėra aišku, ar pacientės psichiatrinė būklė buvo vertinta ligos pradžioje bei jos metu – tokių duomenų nėra pateikiama. Dėl to peršasi išvada, kad pirmą kartą psichikos sveikatos būklė buvo vertinta tik antrojo atkryčio metu, kai radus metastazes pacientė buvo nukreipta gydytojui psichiatrui. Šiuo metu pacientės simptomai atitinka jau vidutinės depresijos kriterijus, tikėtina, kad ir anksčiau pasireiškė lengvesni depresijos simptomai, kuriuos paliatyviems pacientams galima efektyviai koreguoti tiek gydymu vaistais, tiek psichoterapija. Antroji problema, dėl ko sudėtinga gydyti tokius pacientus, jog dabartinė mokslinė literatūra nepateikia aiškaus atsakymo, kaip tą daryti - nemažos dalies tyrimų rezultatai yra nevienareikšmiai arba žemos kokybės dėl taikomų skirtingų kriterijų depresijos simptomų sunkumui įvertinti, naviko tipų skirtingumo, taikomų gydymo efektyvumo kriterijų nevienodumo arba tokių tyrimų visai nėra, kaip pavyzdžiui, Lietuvoje. Šiai problemai spręsti būtų reikalinga apsibrėžti paliatyvios depresijos diagnostinius kriterijus bei toliau vykdyti mokslinius tyrimus. Daugelis Europos valstybių turi nacionalinius paliatyviosios pagalbos kokybės standartus, kurie yra peržiūrėti kas kelerius metus (54). 2021 metais išleisti Lietuvos paliatyviosios pagalbos kokybės nacionaliniai standartai yra „pirmasis toks dokumentas, reglamentuojantis kokybiškos paliatyviosios pagalbos standartus mūsų šalyje“ – teigė Arvydas Šeškevičius, Lietuvos paliatyviosios medicinos draugijos prezidentas, paliatyvios medicinos pradininkas Lietuvoje (54). Tai galėtų siūlyti, kad apie paliatyvią mediciną Lietuvoje yra kalbama nepakankamai. Gydymo galimybės taip pat yra ribotos ir priklauso nuo paciento gyvenamosios vietos, finansinių galimybių. Iš visų darbe minėtų psichoterapijų, dauguma Lietuvoje yra sunkiai prieinamos paliatyviems pacientams. Kiek labiau prieinama kognityvinė elgesio terapija, priėmimo ir išipareigojimo terapija, dėmesingo įsisamoninimo praktikos,

tačiau psichoterapijos paslaugų valstybė nekompensuoja. Šiuo atveju pacientė buvo nukreipta dailės terapijai, kuri buvo efektyvi. Deja, NVI ši terapija nėra nuolatos vykdoma, nebent įstaigoje praktiką atlieka būsimas meno terapeutas. Trečioji problema apima tai, kad kol nėra sukurta paliatyvios medicinos sistema, nėra aišku, kuris gydytojas specialistas yra atsakingas bent paklausti apie paciento psichinę būklę. Šis atvejis yra išskirtinis tuo, kad gydančios pacientę gydytojos psichiatrės teigimu, pacientė pati norėjo keiptis. Ne visi pacientai gali paprašyti pagalbos patys ir ypač sunku tą daryti, kai patiriami simptomai nėra vien tik fiziniai. Be to, pacientė yra stiprios dvasios, atžymi viltį, žada nepasiduoti, turi stiprų palaikymą iš savo aplinkos, savo istorija dalinasi su kitomis, gimdos kakleliu sergančiomis moterimis, tačiau net ir jai pasireiškė depresijos simptomai, su kuriais ji pati nebesusitvarkė. Norint teikti efektyvią pagalbą paliatyviems pacientams, šių pacientų visapusiškas gydymas turėtų būti vykdomas paliatyvios medicinos skyriuose ar padaliniuose – kuriuose užmezgamas terapinis aljansas su pacientu, nuolatos yra vertinama paciento psichosocialinė būklė, vykdoma paciento psichoedukacija, sprendžiami jam aktualūs klausimai (kaip pavyzdžiui, seksualinė sveikata ir vaisingumas susirgusioms ginekologiniais navikais moterims). Įrodyta, jog išvystyta paliatyvi priežiūra turi privalumų – užtikrina sveikatos priežiūros kokybę, gerina pacientų išgyvenamumą, gyvenimo kokybę, sumažina sveikatos priežiūros kaštus ir bendrai pasiekia geresnių rezultatų nei standartinė priežiūra (10). Gerėjant sveikatos priežiūrai ir pacientų išgyvenamumui sergant vėžiu, yra būtina integruoti psichiatrinę pagalbą į paliatyvią mediciną, sukurti galimybes gydytojams psichiatrams domėtis paliatyvios medicinos mokslu ir psichoonkologija, įtraukti mokymąsi paliatyviame skyriuje į gydytojų rezidentų mokymosi programas.

## 7 IŠVADOS

1. Psichiatriniai sutrikimai yra dažni pacientams, sergantiems vėžiu, ir reikšmingai paveikia ne tik psichinę sveikatą, gyvenimo kokybę, bet ir pagrindinės ligos prognozę.
2. Nepaisant didelio depresijos poveikio sergantiesiems vėžiu, aukštos kokybės duomenų apie paliatyvių pacientų depresiją nėra daug, pateikiamus tyrimus sunku vertinti dėl metodologinių jų skirtumų.
3. Paliatyvių pacientų depresija yra išskirtinė dėl somatinių simptomų ir patofiziologijos persidengimo su onkologine liga, dėl to dažnai lieka nepastebėta ir negydoma.
4. Aukso standartu laikomas kombinuotas gydymas vaistais bei psichologinėmis intervencijomis.

5. Farmakologiškai depresija gydoma SSRI grupės antidepresantais bei kitais psichiatriniais vaistais pagal paciento simptomus, vaisto šalutinius poveikius ir tikėtiną išgyvenamumo trukmę.
6. Nefarmakologinis gydymas apima įvairias psichologines intervencijas, daugiausiai duomenų pateikiama apie kognityvinės elgesio terapijos bei dėmesingu įsisąmoninimu pagrįstų intervencijų efektyvumą.
7. Lietuvoje taikoma klinikinė praktika atitinka tarptautines rekomendacijas, tačiau gydymo galimybės yra ribotos ir prieinamos ne kiekvienam pacientui.
8. Norint efektyviai padėti paliatyvia depresija sergantiesiems, reikalinga kurti ir vystyti paliatyvios medicinos sistemą Lietuvoje.

## 8 LITERATŪROS SARAŠAS

1. Panjwani AA, Li M. Recent trends in the management of depression in persons with cancer. *Current Opinion in Psychiatry* [Prieiga per internetą]. 2021 m. rugsėjo [žiūrėta 2023 m. kovo 23 d.];34(5):448. Adresas: [https://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2021/09000/Recent\\_trends\\_in\\_the\\_management\\_of\\_depression\\_in.3.aspx](https://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2021/09000/Recent_trends_in_the_management_of_depression_in.3.aspx)
2. Antoni MH, Dhabhar FS. Impact of Psychosocial Stress and Stress Management on Immune Responses in Cancer Patients. *Cancer* [Prieiga per internetą]. 2019 m. gegužės 1 d. [žiūrėta 2023 m. kovo 23 d.];125(9):1417–31. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6467795/>
3. Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer* [Prieiga per internetą]. 2007 m. [žiūrėta 2023 m. balandžio 3 d.];110(8):1665–76. Adresas: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cncr.22980>
4. von Blanckenburg P, Leppin N. Psychological interventions in palliative care. *Curr Opin Psychiatry*. 2018 m. rugsėjo;31(5):389–95.
5. Atkin N, Vickerstaff V, Candy B. ‘Worried to death’: the assessment and management of anxiety in patients with advanced life-limiting disease, a national survey of palliative medicine physicians. *BMC Palliat Care* [Prieiga per internetą]. 2017 m. gruodžio 11 d. [žiūrėta 2023 m. balandžio 22 d.];16:69. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5724241/>
6. Vehling S, Philipp R. Existential distress and meaning-focused interventions in cancer survivorship. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* [Prieiga per internetą]. 2018 m. kovo [žiūrėta 2023 m. kovo 23 d.];12(1):46. Adresas: [https://journals.lww.com/co-supportiveandpalliativecare/Abstract/2018/03000/Existential\\_distress\\_and\\_meaning\\_focused.10.aspx](https://journals.lww.com/co-supportiveandpalliativecare/Abstract/2018/03000/Existential_distress_and_meaning_focused.10.aspx)
7. Lang-Rollin I, Berberich G. Psycho-oncology. *Dialogues Clin Neurosci* [Prieiga per internetą]. 2018 m. kovo [žiūrėta 2023 m. kovo 23 d.];20(1):13–22. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6016045/>

8. Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, Barbui C, Hotopf M. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* [Prieiga per internetą]. 2018 m. balandžio 23 d. [žiūrėta 2023 m. balandžio 12 d.];2018(4):CD011006. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494588/>
9. Gibson AW, Graber JJ. Distinguishing and treating depression, anxiety, adjustment, and post-traumatic stress disorders in brain tumor patients. *Annals of Palliative Medicine* [Prieiga per internetą]. 2021 m. sausio [žiūrėta 2023 m. balandžio 3 d.];10(1):87592–892. Adresas: <https://apm.amegroups.com/article/view/47452>
10. Fairman N, Irwin SA. Palliative Care Psychiatry: Update on an Emerging Dimension of Psychiatric Practice. *Curr Psychiatry Rep* [Prieiga per internetą]. 2013 m. liepos [žiūrėta 2023 m. balandžio 3 d.];15(7):374. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3762470/>
11. TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2023 m. vasario 14 d.]. Adresas: <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>
12. O'Donnell ML, Agathos JA, Metcalf O, Gibson K, Lau W. Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions. *Int J Environ Res Public Health* [Prieiga per internetą]. 2019 m. liepos [žiūrėta 2023 m. balandžio 25 d.];16(14):2537. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6678970/>
13. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ* [Prieiga per internetą]. 2018 m. balandžio 25 d. [žiūrėta 2023 m. balandžio 24 d.];361:k1415. Adresas: <https://www.bmj.com/content/361/bmj.k1415>
14. Thekdi SM, Trinidad A, Roth A. Psychopharmacology in cancer. *Curr Psychiatry Rep*. 2015 m. sausio;17(1):529.
15. Li M, Kennedy EB, Byrne N, Gérin-Lajoie C, Katz MR, Keshavarz H, ir kt. Management of Depression in Patients With Cancer: A Clinical Practice Guideline. *JOP* [Prieiga per internetą]. 2016 m. rugpjūčio [žiūrėta 2023 m. gegužės 5 d.];12(8):747–56. Adresas: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JOP.2016.011072>
16. Sanchez C, Reines EH, Montgomery SA. A comparative review of escitalopram, paroxetine, and sertraline: are they all alike? *Int Clin Psychopharmacol* [Prieiga per internetą]. 2014 m. liepos [žiūrėta 2023 m. gegužės 10 d.];29(4):185–96. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4047306/>
17. <https://www.facebook.com/Drugscom>. Drug Interaction Report: escitalopram, gabapentin, tramadol [Prieiga per internetą]. *Drugs.com*. [žiūrėta 2023 m. gegužės 10 d.]. Adresas: [https://www.drugs.com/interactions-check.php?drug\\_list=1013-0,1147-0,2221-0](https://www.drugs.com/interactions-check.php?drug_list=1013-0,1147-0,2221-0)
18. Rosenblat JD, Kurdyak P, Cosci F, Berk M, Maes M, Brunoni AR, ir kt. Depression in the medically ill. *Aust N Z J Psychiatry*. 2020 m. balandžio;54(4):346–66.
19. Liu X, Wang W, Hu K, Zhang F, Hou X, Yan J, ir kt. A Risk Stratification for Patients with Cervical Cancer in Stage IIIC1 of the 2018 FIGO Staging System. *Sci Rep* [Prieiga per internetą]. 2020 m. sausio 15 d. [žiūrėta 2023 m. balandžio 22 d.];10:362. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6962323/>

20. Tsatsou I, Parpa E, Tsilika E, Katsaragakis S, Batistaki C, Dimitriadou E, ir kt. A Systematic Review of Sexuality and Depression of Cervical Cancer Patients. *J Sex Marital Ther.* 2019 m.;45(8):739–54.
21. Zhao H, Zhao Z, Chen C. Prevalence, risk factors and prognostic value of anxiety and depression in cervical cancer patients underwent surgery. *Translational Cancer Research* [Prieiga per internetą]. 2020 m. sausio [žiūrėta 2023 m. balandžio 21 d.];9(1). Adresas: <https://tcr.amegroups.com/article/view/33495>
22. Ye S, Yang J, Cao D, Lang J, Shen K. A systematic review of quality of life and sexual function of patients with cervical cancer after treatment. *Int J Gynecol Cancer.* 2014 m. rugsėjo;24(7):1146–57.
23. Caruso R, Grassi L, Nanni MG, Riba M. Psychopharmacology in psycho-oncology. *Curr Psychiatry Rep.* 2013 m. rugsėjo;15(9):393.
24. Bortolato B, Hyphantis TN, Valpione S, Perini G, Maes M, Morris G, ir kt. Depression in cancer: The many biobehavioral pathways driving tumor progression. *Cancer Treatment Reviews* [Prieiga per internetą]. 2017 m. sausio 1 d. [žiūrėta 2023 m. balandžio 4 d.];52:58–70. Adresas: [https://www.cancertreatmentreviews.com/article/S0305-7372\(16\)30120-7/fulltext](https://www.cancertreatmentreviews.com/article/S0305-7372(16)30120-7/fulltext)
25. Laoutidis ZG, Mathiak K. Antidepressants in the treatment of depression/depressive symptoms in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* [Prieiga per internetą]. 2013 m. gegužės 16 d. [žiūrėta 2023 m. gegužės 5 d.];13(1):140. Adresas: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-140>
26. Perusinghe M, Chen K, McDermott B. Evidence-Based Management of Depression in Palliative Care: A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine.* 2021 m. kovo 15 d.;24.
27. Rayner L, Price A, Hotopf M, Higginson IJ. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *Eur J Cancer.* 2011 m. kovo;47(5):702–12.
28. V-14 Dėl Stacionarinių paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų ... [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2023 m. gegužės 3 d.]. Adresas: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.291106/asr>
29. Lietuvoje reikiamos pagalbos sulaukia tik 3 iš 10 nepagydomų ligonių | VU naujienos [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2023 m. gegužės 3 d.]. Adresas: <https://naujienos.vu.lt/lietuvoje-reikiamos-pagalbos-sulaukia-tik-3-is-10-nepagydomu-ligoniu/>
30. Vita G, Compri B, Matcham F, Barbui C, Ostuzzi G. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Prieiga per internetą]. 2023 m. [žiūrėta 2023 m. balandžio 24 d.];(3). Adresas: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011006.pub4/full>
31. Santarsieri D, Schwartz TL. Antidepressant efficacy and side-effect burden: a quick guide for clinicians. *Drugs Context* [Prieiga per internetą]. 2015 m. spalio 8 d. [žiūrėta 2023 m. balandžio 22 d.];4:212290. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4630974/>
32. Fulton JJ, Newins AR, Porter LS, Ramos K. Psychotherapy Targeting Depression and Anxiety for Use in Palliative Care: A Meta-Analysis. *Journal of Palliative Medicine* [Prieiga per internetą].

2018 m. liepos [žiūrėta 2023 m. balandžio 21 d.];21(7):1024–37. Adresas: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2017.0576>

33. Barrera I, Spiegel D. Review of psychotherapeutic interventions on depression in cancer patients and their impact on disease progression. *International Review of Psychiatry* [Prieiga per internetą]. 2014 m. vasario [žiūrėta 2023 m. gegužės 8 d.];26(1):31–43. Adresas: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09540261.2013.864259>
34. Terao T, Satoh M. The Present State of Existential Interventions Within Palliative Care. *Front Psychiatry* [Prieiga per internetą]. 2022 m. sausio 13 d. [žiūrėta 2023 m. balandžio 21 d.];12:811612. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8792983/>
35. Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews* [Prieiga per internetą]. 2017 m. gegužės 1 d. [žiūrėta 2023 m. balandžio 21 d.];56:16–27. Adresas: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030573721730049X>
36. Gulati G, Uppal G, Gong J. Unreliable Automated Complete Blood Count Results: Causes, Recognition, and Resolution. *Ann Lab Med* [Prieiga per internetą]. 2022 m. rugsėjo 1 d. [žiūrėta 2023 m. vasario 5 d.];42(5):515–30. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9057813/>
37. Psychological Interventions for Patients With Advanced Disease: Implications for Oncology and Palliative Care | *Journal of Clinical Oncology* [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2023 m. balandžio 21 d.]. Adresas: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.19.00058?role=tab>
38. Alladin A. Cognitive hypnotherapy for psychological management of depression in palliative care. *Annals of Palliative Medicine* [Prieiga per internetą]. 2018 m. sausio [žiūrėta 2023 m. balandžio 21 d.];7(1):11224–11124. Adresas: <https://apm.amegroups.com/article/view/17453>
39. Zhang A, Wang K, Blumenstein K, Brose A, Kemp C, Meister D, ir kt. For whom and what outcomes does cognitive-behavioral-therapy work among cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer* [Prieiga per internetą]. 2022 m. lapkričio 1 d. [žiūrėta 2023 m. balandžio 24 d.];30(11):8625–36. Adresas: <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07337-3>
40. Liu T, Xu J, Cheng H, Zhang Y, Wang S, Lin L, ir kt. Effects of internet-based cognitive behavioral therapy on anxiety and depression symptoms in cancer patients: A meta-analysis. *General Hospital Psychiatry* [Prieiga per internetą]. 2022 m. lapkričio 1 d. [žiūrėta 2023 m. balandžio 24 d.];79:135–45. Adresas: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834322001116>
41. Clinical hypnosis, mindfulness and spirituality in palliative care - Casula - *Annals of Palliative Medicine* [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2023 m. balandžio 24 d.]. Adresas: <https://apm.amegroups.com/article/view/16778/18504>
42. Carlson LE, Toivonen K, Flynn M, Deleemans J, Piedalue KA, Tolsdorf E, ir kt. The Role of Hypnosis in Cancer Care. *Curr Oncol Rep*. 2018 m. lapkričio 13 d.;20(12):93.
43. Zhang MF, Wen YS, Liu WY, Peng LF, Wu XD, Liu QW. Effectiveness of Mindfulness-based Therapy for Reducing Anxiety and Depression in Patients With Cancer. *Medicine (Baltimore)* [Prieiga per internetą]. 2015 m. lapkričio 13 d. [žiūrėta 2023 m. balandžio 24 d.];94(45):e0897. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4912240/>

44. Fang P, Tan L, Cui J, Yu L. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for people with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Advanced Nursing* [Prieiga per internetą]. 2023 m. [žiūrėta 2023 m. balandžio 24 d.];79(2):519–38. Adresas: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.15543>
45. Martínez M, Arantzamendi M, Belar A, Carrasco JM, Carvajal A, Rullán M, ir kt. ‘Dignity therapy’, a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliat Med* [Prieiga per internetą]. 2017 m. birželio [žiūrėta 2023 m. balandžio 24 d.];31(6):492–509. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5405836/>
46. Hu J, Zhang J, Hu L, Yu H, Xu J. Art Therapy: A Complementary Treatment for Mental Disorders. *Front Psychol*. 2021 m.;12:686005.
47. Bosman JT, Bood ZM, Scherer-Rath M, Dörr H, Christophe N, Sprangers MAG, ir kt. The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: a systematic literature review. *Support Care Cancer* [Prieiga per internetą]. 2021 m. [žiūrėta 2023 m. balandžio 24 d.];29(5):2289–98. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7981299/>
48. Music Therapy in the Psychosocial Treatment of Adult Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis - PMC [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2023 m. balandžio 21 d.]. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7179738/>
49. Köhler F, Martin ZS, Hertrampf RS, Gäbel C, Kessler J, Ditzen B, ir kt. Music Therapy in the Psychosocial Treatment of Adult Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol* [Prieiga per internetą]. 2020 m. balandžio 16 d. [žiūrėta 2023 m. gegužės 10 d.];11:651. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7179738/>
50. Yuan Z, Li B, Ye X, Zhu X. Systematic review and meta-analysis of the effects of group painting therapy on the negative emotions of depressed adolescent patients. *Annals of Palliative Medicine* [Prieiga per internetą]. 2021 m. spalio [žiūrėta 2023 m. balandžio 21 d.];10(10):107440755–107410755. Adresas: <https://apm.amegroups.com/article/view/81400>
51. Bradt J, Shim M, Goodill SW. Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* [Prieiga per internetą]. 2015 m. sausio 7 d. [žiūrėta 2023 m. gegužės 8 d.];2015(1):CD007103. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7204197/>
52. Jiang XH, Chen XJ, Xie QQ, Feng YS, Chen S, Peng JS. Effects of art therapy in cancer care: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2020 m. rugsėjo;29(5):e13277.
53. Saga Y, Enokido M, Iwata Y, Ogawa A. Transitions in palliative care: conceptual diversification and the integration of palliative care into standard oncology care. *Chin Clin Oncol*. 2018 m. birželio;7(3):32.
54. Šeškevičius A. Lietuvos paliatyviosios pagalbos kokybės nacionaliniai standartai. *Slauga Mokslas ir praktika* [Prieiga per internetą]. 2021 m. rugsėjo 28 d.;2(9 (297)):31–2. Adresas: <https://www.zurnalai.vu.lt/slauga/article/view/24801>



## 9 PRIEDAI

**1 lentelė.** Medikamentai paliatyvių pacientų depresijai gydyti

Vaisto grupė ir vaistas	Studijos autorius, metai	Pageidaujami reiškiniai depresijai ir su vėžiu susijusiems simptomams	Nepageidaujami reiškiniai ir saugumas
<u>SSRI</u> Paroksetinas	Alexandra Pitman 2018	Efektyvus depresijai, miego sutrikimams	Pavojingas pacientams, gaunantiems tamoksifeną, vietoj to skirtinas velafaksinas ar citalopramas
	Rosangela Caruso 2013	Efektyvus depresijai, karščio bangomis	
	Minurika Perusinghe 2021	Efektyvus sunkiai depresijos formai, taip pat palengvino bendrąją būklę	
Fluoksetinas	Alexandra Pitman 2018	Tinkamas pacientams, gydomiems metotreksatu ar pemetreksedu	Pavojingas pacientams, gaunantiems tamoksifeną, vietoj to skirtinas velafaksinas ar citalopramas
	Rosangela Caruso 2013	Efektyvus depresijai, karščio bangoms	
Sertralinas	Alexandra Pitman 2018	Efektyvus depresijai, karščio bangoms.	Saugesnis, mažesnė rizika traukulių slenksčio mažinimui nei TCA.
<u>NASSA</u> Mirtazapinas	Minurika Perusinghe 2021	Efektyvus depresijai, svorio kritimui, apetitui, miegui	Granulocitozės rizika  Granulocitozės rizika, reikalingas leukocitų sekimas
	Seema M. Thekdi 2014	Efektyvus skausmui, pykinimui, nerimui, nemigai, depresijai.	
	Rosangela Caruso 2013	Efektyvus pykinimui, anoreksijai/kacheksijai, miego sutrikimams, skausmui, apetitui, nerimui, skausmui, depresijai.	
<u>TCA</u> Amitriptilinas	Alexandra Pitman 2018  Rosangela Caruso 2013	Raminamasis poveikis, efektyvus išsekusiems pacientams, patiriantiems nemigą. Mažina depresijos, nerimo ir skausmo simptomus	Vengtinas, jei yra rizika granulocitozei

<u>SNRI</u> Venlafaxinas	Seema M. Thekdi 2014	Efektyvus neuropatiniam skausmui, palengvina skausmą, karščio bangas	
	Rosangela Caruso 2013	Mažina karščio bangas, nuovargį, miego sutrikimus, gerina gyvenimo kokybę	
Duloksetinas	Seema M. Thekdi 2014	Efektyvus neuropatiniam skausmui	
	Rosangela Caruso 2013	Efektyvu neuropatiniam skausmui, mieguistumui, galvos svaigimui	Sąveikauja su tamoksifenu
	Seema M. Thekdi 2014	Efektyvus neuropatiniam skausmui	
<u>Kiti antidepressantai</u> Mianserinas	Giovanni 2018	Efektyvus depresijai, nemigai, apetito sumažėjimui	
	Alexandra Pitman 2018	Efektyvus depresijai	Vengtinas, jei yra rizika granulocitozei
Bupropionas	Seema M. Thekdi 2014	Efektyvus nuovargiui, dėmesio koncentracijai, priklausomybei nuo nikotino	Sunkiai toleruoja pacientai, patiriantys nerimą, sąveika su tamoksifenu
	Rosangela Caruso 2013	Efektyvus nuovargiui	Galima ortostatinė hipotenzija
Trazodonas	Rosangela Caruso 2013	Efektyvus veikia miego sutrikimams, nerimą	
<u>Stimuliantai</u> Metilfenidatas	Minurika Perusinghe 2021	Efektyvesnis depresijai nei mirtazepinas (TCA) ir placebo, toks pat efektyvus kaip SSRI, turi mažesnę atkryčio riziką nei SSRI, į gydymą pacientai reagavo greičiau nei į TCA	Psichozė, agitacija, nemiga, tremorai, traukuliai
	Seema M. Thekdi 2014	Efektyvus nuovargiui, nuotaikos pagerėjimui, energijai, koncentracijai, bendrai būklei, apetito sumažėjimui	Ažitacija, nerimas, nemiga, apetito slopinimas, tremoras, nuovargis, nuotaikos sutrikimai, tachikardija
	Rosangela Caruso 2013	Efektyvus depresijai, nuovargiui, astenijai	Naktiniai košmarai, psichozė, hipertenzija, aritmija, traukuliai
<u>Anestetikai</u> Ketaminas	Minurika Perusinghe 2021	Efektyvus depresijai	Dizorientacija, haliucinacijos, sedacija, nemiga, nerimas
	Scott A. Irwin, 2013	Efektyvus depresijai ir nerimui, somatiniams simptomams	
<u>Antipsichotikai</u> Haloperidolis	Seema M. Thekdi 2014	Efektyvus pykinimui, sukeltam tramadolio, delyrui	Ilgina QT intervalą, hiperprolaktinemija
Olanzapinas	Seema M. Thekdi 2014	Efektyvus pykinimui, sukeltam tramadolio, nemigai, apetito sutrikimams	

Kvetiapinas	Rosangela Caruso 2013  Seema M. Thekdi 2014  Alexandra Pitman 2018  Rosangela Caruso 2013	Efektyvus apetito sutrikimams, su vėžiu susijusiai anoreksijai gydyti, nemigai	Sumažina traukulių slenkstį, siejamas su endokrininiais ir metaboliniais sutrikimais  Sukelia QT pailgėjimą derinyje su ondansetronu ar molekulinėmis terapijomis, pavyzdžiui vemurafenibu.  Sumažina traukulių slenkstį, siejamas su endokrininiais ir metaboliniais sutrikimais
<u>Nuotaikos stabilizatoriai</u> Litis	Seema M. Thekdi 2014	Efektyvus neutropenijai, irzlumui, impulsyvumui, neuropatiniam skausmui, traukulių profilaktikai	Dehidratacija, elektrolitų disbalansas, inkstų sutrikimai
Valproatas	Seema M. Thekdi 2014	Efektyvus nuotaikų labilumui, impulsyvumui	
Gabapentinas	Seema M. Thekdi 2014	Efektyvus neuropatiniam skausmui, karščio bangoms, nerimui	Ataksija, galvos svaigimas, periferinė edema

Lentelėje naudojami trumpiniai: SSRI (selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai), SNRI (selektyvūs noradrenerginiai ir serotonino reabsorbcijos inhibitoriai), TCA (tricikliai antidepresantai), NASSA (specifiniai serotonerginiai antidepresantai)

## 2 lentelė. Psichologinės intervencijos paliatyvių pacientų depresijai gydyti

Psichologinė intervencija	Studijos autorius, metai, studijos tipas	Tiriamųjų skaičius	Įtaka depresijai	Įtaka kitiems simptomams
<u>Kognityvinė elgesio terapijos intervencijos</u>	Anao Zhang, 2022	18340	Neaprašoma	Efektyvi funkinei sveikatai, psichologinei sveikatai, bendrajai būklei.
	Jessica J Fulton, 2018	1536	Efektyvi depresijos simptomams	Efektyvi nerimo simptomams
	Ghufran A Jassim, 2015	3940	Efektyvi depresijai	Efektyvu nerimui
Internet Based cognitive therapy	Tingting Liu, 2022	2179	Efektyvi depresijos simptomams	Efektyvi nerimo simptomams
<u>Dėmesingo įsisamoninimo intervencijos</u>	Mei-Fen Zhang, 2015	469	Efektyvi depresijos simptomams	Efektyvi nerimo simptomams
	Dexing Chang et al, 2021	-	Efektyvu depresijai	Efektyvu nerimui, stresui, nemigai, skausmui

Priėmimo ir įsipareigojimo terapija	Chunxiao Chao, 2020	2256	Efektyvu depresijai	Efektyvi psichologinio distreso sumažėjimui, gyvenimo kokybės pagerėjimi, nerimui, nuovargiui.
	Pei Fang, 2022	488	Efektyvu depresijai	Efektyvu nerimui, nuovargiui, psichologiniam distresui
	Asha Mathew, 2021	537	Efektyvi depresijos simptomams	Sumažėjo nerimas, vėžio sugrįžimo baimė, pagerėjo gyvenimo kokybė ir psichologinis atsparumas
<u>Egzistencinės intervencijos</u>	Jessica J Fulton, 2018	1536	Neefektyvu depresijai	Neefektyvu nerimui
Orumo terapija	Harvey Max Chochinov 2021	108	Neaprašoma	Pagerėjo gyvenimo kokybė, orumo jausmas
	Miguel Julião, 2013	60	Efektyvi nerimui ir depresijai	
<u>Kitos terapijos</u> Meno terapija	Lefevre et al., 2016	28	Efektyvu depresijai	Sumažėjo skausmas, nerimas, pyktis, nuovargis, liūdesys
Muzikos terapija	Geue et al., 2013	54	Efektyvu depresijai	Efektyvu nerimui
	Xiao – Hian Jiang et al., 2020	587	Efektyvu depresijai	Efektyvu nerimui, nuovargiui, pagerėjo gyvenimo kokybė
	Joke Bradt et al, 2016	3731	Neaprašoma	Pagerėjo nuovargis nerimas, gyvenimo kokybė.
	Friederike Kohler, 2020	-	Efektyvu bendrai psichologinei būklei	Pagerėjo fiziniai simptomai, gyvenimo kokybė
Šokio terapija	Joke Bradt et al., 2015	207	Neefektyvu depresijai	Pagerėjo gyvenimo kokybė, stresui, nerimui, nuovargiui
Dailės terapija	Xiao – Han Jiang et al, 2020	587	Efektyvu depresijai	Efektyvu nerimui, nuovargiui, pagerėjo gyvenimo kokybė.
	J T Bostman et al.,, 2020	-	Efektyvu depresijai	Efektyvu nerimui, pagerėja gyvenimo kokybė



1 dokumentas. Prašymas leisti atlikti mokslinį darbą Nacionaliniam vėžio institutui

NACIONALINIS VĖŽIO INSTITUTAS  
Gauta

**GODA JACKUTĖ**  
**VILNIAUS UNIVERSITETO**  
**MEDICINOS FAKULTETAS**  
**MEDICINOS SPECIALYBĖS**  
**VI KURSO STUDENTĖ**  
Tel. 8 65252883

El. paštas: jackute.goda@gmail.com

2023-01-31 Nr. A8-20



**TENKINTI**

Nacionalinio vėžio  
Instituto direktoriui

Patarėjas valdymo ir  
mokymo klausimais

**Audrius Dulskas**

**PRAŠYMAS**  
**DĖL LEIDIMO ATLIKTI MOKSLINĮ DARBĄ**

2023-01-25  
Vilnius

Prašau leisti man, Godai Jackutei, atlikti mokslinį „Paliatyvioji psichiatrinė pagalba vėžiu sergantiems pacientams. Literatūros apžvalga ir atvejo pristatymas“ darbą Nacionaliniame vėžio institute, Fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje nuo 2023 m. vasario mėn. 1 d. iki 2023 m. gegužės mėn. 31 d.

Prašau tyrimo vadove skirti Fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriaus gydytoją psichiatrę Giedrę Bulotienę.

Goda Jackutė

Giedrė Bulotienė



## 2 dokumentas. Konfidencialumo pasižadėjimas

Goda Jackutė  
(vardas, pavardė)

### KONFIDENCIALUMO PASIŽADĖJIMAS 2023-01-25 (data) Vilnius

Būdamas (-a) Nacionalinio vėžio instituto (toliau - Institutas) darbuotoju (-a), studentu (-e) ar kita Goda Jackutė:  
(reikiamas terminas pabraukiamas, o jei nenurodyta įrašoma ranka)

1. Esu informuotas (-a), kad konfidencialią informaciją sudaro:

- 1.1. Informacija, kuri gauta/sužinota bet kokia forma: rašytine, žodine ar vaizdine ir kuri priklauso Institutui, kurią Institutas yra įpareigotas saugoti, kuri turi vertę dėl to, kad jos nežino tretieji asmenys ir (ar) kuri dėl savo pobūdžio negali būti laisvai prieinama tretiesiems asmenims.
- 1.2. Visa informacija apie paciento buvimą sveikatos priežiūros įstaigoje, gydymą, sveikatos būklę, diagnozę, prognozes, taip pat visa kita asmeninio pobūdžio informacija apie pacientą laikoma konfidencialia. Ši informacija išlieka konfidenciali ir po paciento mirties.
- 1.3. Bet kokia Instituto valdoma ir (ar) tvarkoma informacija apie fizinį asmenį, kurio tapatybė nustatyta arba kurio tapatybę galima tiesiogiai arba netiesiogiai nustatyti (asmens duomenys);
- 1.4. Instituto administruojamų informacinių sistemų ir (ar) registrų naudotojų prisijungimo duomenys (prisijungimo vardas ir slaptažodis).
- 1.5. Informacija apie Instituto turto apsaugos organizavimą, signalizacijos sistemą, kompiuterių bei kitos kompiuterinės informacijos apsaugos sistemą.
- 1.6. Bet kokia kita viešai neskelbtina informacija kurią Instituto vidaus dokumentai, Instituto vadovas įvardija kaip konfidencialią. Jei kyla bet kokių abejonių dėl to, ar informacija yra konfidenciali, su tokia informacija elgiamasi kaip su konfidencialia tol, kol įsitikinama, kad tokia informacija nėra konfidenciali.

#### 2. Pasižadau:

- 2.1. Saugoti konfidencialią informaciją ir ją tvarkyti tik vadovaudamasis Lietuvos Respublikos įstatymų, kitų galiojančių teisės aktų, vidinių Instituto teisės aktų, sutarčių su Institutu nustatytais tikslais ir tvarka.
  - 2.2. Neatskleisti, neperduoti ir nesudaryti sąlygų įvairiomis priemonėmis susipažinti su konfidencialia nė vienam asmeniui, kuris nėra įgaliotas naudotis šia informacija tiek įstaigos viduje, tiek už jos ribų.
  - 2.3. Neperduoti neįgalotiems asmenims slaptažodžių ir kitos informacijos, leidžiančios programinėmis ir techninėmis priemonėmis sužinoti duomenis ar kitaip sudaryti sąlygas susipažinti su jais.
  - 2.4. Nenaudoti konfidencialios informacijos asmeniniams ar trečiųjų asmenų interesams tenkinti.
  - 2.5. Pranešti savo tiesioginiam vadovui apie bet kokią situaciją, kuri gali kelti grėsmę konfidencialios informacijos saugumui.
  - 2.6. Pateiktus dokumentus, kuriuose yra nurodyta konfidenciali informacija, saugoti tokiu būdu, kad tretieji asmenys neturėtų galimybės su jais susipažinti ar pasinaudoti, nepasilikti jokių patikėtų dokumentų kopijų.
3. Esu perspėtas (-a), kad, pažeidęs (-usi) šį pasižadėjimą, turėsiu atsakyti už savo veiką ir atlyginti padarytą žalą pagal Lietuvos Respublikos įstatymus ir kitus teisės aktus.
4. Konfidencialios informacijos neperdavimo ir saugojimo pareiga yra neterminuota.

  
(parašas)

Goda Jackutė  
(vardas ir pavardė)



### 3 dokumentas. Prašymas dėl klinikinių duomenų naudojimo baigiamajame darbe

Procedūros  
Mokymo organizavimas P9  
7 priedas

NACIONALINIS VĖŽIO INSTITUTAS  
Gauta

**Goda Jackutė**

(Studento vardas, pavardė)

**Vilniaus universitetas, medicinos fakultetas**

(Mokymo įstaiga / aukštoji mokykla, fakultetas)

**Medicina, VI kursas**

(specialybė, kursas)

Tel. 865252883, el. p. jackute.goda@gmail.com

2023-01-31 Nr. AP-21

**TENKINTI**

Patarėjas valdymo ir  
mokymo klausimais

Audrius Dulskas

Nacionalinio vėžio instituto  
Moksliniam sekretoriui

#### PRAŠYMAS DĖL KLINIKINIŲ DUOMENŲ NAUDOJIMO BAIGIAMAJAME DARBE

2023-01-25

Vilnius

Prašau leisti baigiamajame darbe naudoti klinikinius duomenis iš medicinos dokumentų, esančių Nacionaliniame vėžio institute.

Baigiamojo darbo pavadinimas: Paliatyvioji psichiatrinė pagalba vėžiu sergantiems pacientams.

#### Literatūros apžvalga ir atvejo pristatymas

Tyrimo tikslas ir uždaviniai: Tyrimo tikslas: apžvelgti literatūrą, aprašančią paliatyvių pacientų priežiūrą, gydymo galimybes iš gydytojo psichiatro perspektyvos, bei pristatyti klinikinį atvejį gydant pacientę, sergančią gimdos kaklelio vėžiu.

Uždaviniai:

1. Apžvelgti 2017 – 2022 metų literatūrą medicinos informacinėse bazėse
2. Įvardinti gydytojo psichiatro vaidmenį paliatyvaus paciento gydyme, lydinčius psichiatrinius simptomus,
3. Aptarti paliatyvių pacientų depresiją, jos pasireiškimą ir galimą gydymą.
4. Pristatyti klinikinį atvejį ir jį aptarti
5. Suformuluoti ir pateikti išvadas

Bus atlikta išsami literatūros apžvalga ir aprašytas paciento Gustė's Rekiene's (vardas pavardė) gydyto Nacionaliniame vėžio institute klinikinio atvejo aprašymas.

Pridedamas rašytinis paciento sutikimas.

Paciento konfidencialumas bus užtikrintas - jo vardas, pavardė, adresas ir kiti asmeniniai duomenys nebus renkami. Tyrimo rezultatai bus skelbiami tik apibendrinti.

Goda Jackutė  
(studento vardas, pavardė, parašas)

Suderinta su darbo vadovu:

Giedrė Bulotienė  
(vadovo vardas, pavardė, parašas)

Suderinta su skyriaus vadovu:

Jolanta Paskeviciene  
(skyriaus vadovo vardas, pavardė, parašas)

2023  
Gyd. Jolanta  
PASKEVICIENE



**4 dokumentas.** Pacientės sutikimas naudoti klinikinius duomenimis atvejo aprašymui

Procedūros  
Mokymo organizavimas P9  
6 priedas

Gusta Rekeina  
Vardas pavardė

20230125ol  
Data

Sutinku, kad Vilniaus universiteto, medicinos fakulteto (mokymo įstaiga, fakultetas) studentas (-ė) Goda Jackutė (studento (-ės) vardas, pavardė) rengdamas (-a) baigiamąjį darbą Paliatyvioji psichiatrinė pagalba vėžiu sergantiems pacientams. Literatūros apžvalga ir atvejo pristatymas (pavadinimas) klinikinio atvejo aprašymui naudotų mano klinikinius duomenis ar vaizdus iš medicinos dokumentų, esančių Nacionaliniame vėžio institute, užtikrinant mano asmens duomenų konfidencialumą.

Esu informuotas (-a), kad turiu: (a) teisę susipažinti su tvarkomais mano asmens duomenimis; (b) teisę prašyti ištaisyti netikslūs duomenis, (c) teisę ištrinti neteisėtai tvarkomus duomenis arba apriboti jų tvarkymą; (d) teisę nesutikti, kad duomenys būtų tvarkomi; (e) teisę į duomenų perkeliamumą; (f) teisę pateikti skundą Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai.

Esu informuotas (-a) apie teisę bet kuriuo metu atšaukti duotą sutikimą, nedarant poveikio iki jo atšaukimo atliktam duomenų tvarkymo teisėtumui. Sutikimą galite atšaukti siųsdami elektroninį laišką adresu jolanta.paskeviciene@nvi.lt (skyriaus vadovo el. p.) arba atvykus į Nacionalinio vėžio institutą adresu Santariškių g. 1, Vilnius A3 (skyriaus vadovo kabinetas).

[Signature]  
Parašas



1 paveikslas. Pacientės piešinys „Pabudimas“



2 paveikslas. Pacientės piešinys „Aš“



3 paveikslas. Pacientės piešinys „Meilės sodas“

### DISTRESO TERMOMETRAS

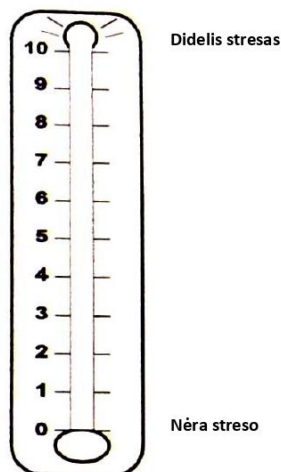
Jūsų vardas, pavardė \_\_\_\_\_

Gimimo data \_\_\_\_\_

1. Prašome pažymėti skaičių (nuo 0 iki 10), kuris geriausiai apibūdintų Jūsų patirtą stresą praėjusią savaitę, įskaitant ir šiandieną.

Lytis:  Vyras

Moteris



1. Nurodykite, kuri iš žemiau išvardintų problemų vargino jus praėjusią savaitę, įskaitant ir šiandieną (tinkamus atsakymus pažymėkite X)

#### Fizinės problemos

- Išvaizda
- Maudymasis/Apsirengimas
- Kvėpavimas
- Šlapinimosi pokyčiai
- Vidurių užkietėjimas
- Viduriavimas
- Valgymas
- Nuovargis
- Patinimai
- Karščiavimas/karščio pylimas
- Bendravimas
- Nevirškinimas
- Atmintis/Koncentracija
- Burnos opos
- Pykinimas
- Sausa/užsikimšusi nosis
- Skausmas
- Seksualumas
- Sausa oda/niežulys
- Miegas
- Rankų/kojų dilgčiojimas

#### Praktinės problemos

- Vaikų priežiūros
- Ruošos
- Pinigų/Draudimo
- Transporto
- Darbe/mokykloje

#### Šeimos problemos

- Susijusios su vaikais
- Susijusios su partneriu

#### Emocinės problemos

- Depresija
- Baimė
- Nervingumas
- Liūdesys
- Nerimas
- Nedomina įprastinė veikla

- Dvasinės/Religinės (tikėjimo) problemos

Kitos problemos  
(įrašykite) \_\_\_\_\_

## 4 paveikslas. Nacionalinio vėžio instituto distreso termometras