

Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar *Cancer and Psychiatric Disorders*

Gülcan Güleç¹, Alev Büyükkınacı²

¹ Yrd. Doç. Dr., Osmangazi Üniversitesi Tıp Fak. Psikiyatri ABD, Eskişehir

² Dr., Serbest Hekim, Kütahya

ÖZET

Ölüm, ağrı ve acı çekme ile eş anlamlı olarak düşünülen kanser, hastanın zorlu bir başa çıkma dönemi geçirmesine neden olan ve acilen müdahale etmeyi gerektiren bir kriz durumu yaratır. Yapılan çalışmalar, kanser hastaları arasında psikiyatrik hastalık sıklığının oldukça yaygın olduğunu bildirmiştir. Kanser hastalarının büyük bir kısmında psikiyatrik bozukluklar, hastalığa ya da kanser tedavisine tepki olarak ortaya çıkarken, %10'unda kişilik bozukluğu ya da anksiyete bozukluğu gibi kanser tanısı öncesinde varolan psikiyatrik bozuklukların alevlenmesi söz konusudur. Kanser sürecinde görülen psikiyatrik bozukluklar tedavi edilebilir ve bu yolla morbidite ve mortaliteyi azaltabilir olsa da, ruhsal bozuklukların çoğu zaman tanınmadığı ve tedavi edilmediği bildirilmektedir. Bu makalede kanser hastalarında görülen psikiyatrik bozukluk ve belirtilerin tanı ve tedavisine yönelik bilgiler gözden geçirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: kanser, psikiyatrik bozukluk, tanı, tedavi

ABSTRACT

Cancer diagnosis which is used as synonym of "death", "pain" and "sorrow" leads to a hard-coping period in these patients which requires a rapid intervention. Studies conducted in cancer patients regarding prevalence of psychiatric illnesses reported rates ranging from 9 % to 60%. In many cancer patients, psychiatric disorders can be seen as a reaction to disease or cancer treatment, while in ten percent of cases it can be seen as an aggravation of premorbid personality disorders or anxiety disorders. Although psychiatric disorders in cancer patients can be treated and by this way, morbidity and mortality of these disorders can be prevented, these disorders are underdiagnosed and not properly treated in many patients. In this article, we briefly reviewed literature about psychiatric disorders and symptoms in cancer patients, their diagnosis and treatment suggestions.

Keywords: cancer, psychiatric disorders, diagnosis, treatment

Kanserinin hem hastayı hem de ailesini fiziksel ve duygusal olarak etkileyen zor bir hastalık olduğu iyi bilinmektedir. Biyomedikal gelişmelere rağmen kanser hala ölüm, ağrı ve acı çekme ile eş anlamlı olarak düşünülmektedir.[1] Kanser tanısı, hastanın hızla felaket haberlerine uyum sağlamasını gerektiren bir kriz yaratır. Bir yandan ciddi tedavi kararları verilirken diğer yandan duygusal stres düzeyi kontrol edilmeye çalışılır.[2] Hastanın bu stres ile başa çıkabilmesi, hastalığın türü, süresi, yeri, belirtileri, ön görülen gidiş gibi tıbbi faktörlere, hastanın daha önceki hastalıklara uyum sağlayabilme derecesi, hastanın fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon kapasitesi, hastanın kendi kişiliği ve sorunları ile başa çıkma yöntemleri, ego kuvveti, yaşamın gelişimsel evresi ve kanserin o evredeki anlamı gibi psikolojik faktörlere, kültürel ve dinsel tutumlara, çevrede duygusal destek veren kişilerin olup olmaması, sağlık ekibinin etkisi gibi kişiler arası faktörlere bağlıdır.[2-5]

Kanser hastaları arasında psikiyatrik morbidite de artış olduğu ve psikiyatrik hastalıkların yaygınlığının %9-60 gibi oldukça geniş bir aralıkta değişen oranlarda saptandığı bildirilmiştir.[1] Hastaların %90'ında psikiyatrik bozukluk hastalığa ya da tedaviye tepki olarak ortaya çıkmış iken, yalnızca %10'unda kişilik ya da anksiyete bozuklukları gibi kanser öncesinde de bozukluklar vardır.[3] Kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların çoğu tedavi edilebilir nitelikte olsa da sağlık çalışanlarının bu popülasyonda psikiyatrik bozukluklara yeterince özen göstermedikleri, dolayısı ile bu bozuklukların yeterince tanı ve tedavi almadıkları ileri sürülmektedir.[6] Bunun bir nedeni kanser hastalarının daha kötü hissetmeleri gerektiğine dair mitlerdir ki, bu mitler doktorların tedaviyi gerektirecek kadar anormal olduğunu düşündükleri psikolojik zorlanmanın eşik değerini yükseltmekte ve hastalar için psikiyatrik yardım arayışını geciktirmektedir.[2]

Hastalar ve aileleri ölüm korkusu, hastalığın doğası, gelişimi ve sonlanımı hakkında belirsizlikler gibi ıstırap verici bir duygu ve tecrübe ile karşı karşıya kalırlar. Kanserden etkilenen bireylerin yaşamlarını kontrol altında tutma yeteneklerindeki azalma, başkalarına bağımlılıktaki artış ve aile, iş ve sosyal hayatta bozulan dengelerle yüzleşirler.[7] Psikolojik düzeyde kanser tanısı iyi bir sonlanımın bulunduğu ve agresif terapinin kullanılmadığı durumlarda dahi ölüm, acı, ıstırap ile birlikte düşünülmekte ve önemli ölçüde psikolojik sıkıntı doğurmaktadır.[7] Fiziksel işlevsellik ve düşen performans günlük işlerin yürütülmesinde sorunlara yol açabilir, tedavi sonucu fiziksel uzuv kaybı ve tedaviye bağlı belirtiler görülebilir. Sosyal düzeyde eşle, aile üyeleriyle ya da sosyal ağla ilişkiler konusunda endişeler ortaya çıkabilir. Kanser hastaları yalnızlık, terk edilmişlik ya da desteksiz bırakılma hislerine kapılabilir, ayrıca

mali veya işle ilgili sorunlarda da ortaya çıkabilir. Hayatta kalma aşamasında ise hastalar işe dönme konusunda sorunlarla karşılaşabilirler. Kanserden etkilendikleri için marjinalleşme ya da damgalanma duygusu yaşayabilirler.[7] Kanser tanısı sonrası gelişen ruhsal belirtiler hastanın fiziksel hastalığının şiddetini, seyrini ve tedaviye cevabını, hastanın yaşam kalitesini, bakımını tedaviye uyumunu etkileyebilmesi açısından önemlidir.[8] Onkolojide psikososyal müdahaleler hastaların ve ailelerin psikolojik sıkıntılar ile başa çıkabilmesine yardımcı olur.

Bu yazı kanser hastalarında görülen psikososyal sorunlar hakkında ruh sağlığı çalışanlarını ve kanser hastaları ile karşılaşan hekimleri bilgilendirme ve sorunların yönetiminde yararlanabilecekleri bilgileri sunma amacı taşımaktadır. Bu amaçla öncelikle Elizabeth Kübler Ross'un tanımladığı ölümcül hastalığa verilen psikolojik tepkileri içeren beş evre aktarılacaktır. Ardından kanser hastalarında sıkça görülen, kişinin uyumunu bozan uyum bozukluğu, depresyon, anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklar üzerinde durulacak ve özkıyım, cinsel sorunlar gibi bazı önemli psikiyatrik belirtiler açıklanacaktır.

Kanser Hastalarının Hastalığa Verdiği Tepkiler

Elizabeth Kübler Ross "Ölüm ve Ölmek Üzerine" isimli kitabında ölümcül hastalık tanısı almış, terminal dönem hastalar ile yaptığı görüşmeler sonucunda böyle bir hastalık tanısı aldıktan sonra yaşanan psikolojik tepkileri beş evreye ayırarak tanımlamıştır.[4] İnkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme şeklinde tanımlanan bu evreler sırasıyla aşağıdaki bölümlerde açıklanmıştır.

İnkâr (Yadsıma) ve Yalıtma (İzolasyon)

Hastanın ilk tepkisi geçici bir şok durumudur ve sonra bu şoktan yavaş yavaş geçer.[4] İlk uyuşukluk hissi yok olmaya başladığında ve yeniden kendisini toparlamaya başladığında insanın yanıtı genellikle "hayır bu bana olamaz" olur. Başlangıçtaki bu inkâr durumu, hastalığı daha en başından itibaren bilenler açısından olduğu kadar, açıkça bilgilendirilmeyen ve bu sonucu kendi başlarına çıkaranlar açısından da geçerlidir. Neredeyse hastaların tümü yalnızca hastalığın ilk evrelerinde veya gerçeği öğrendikten sonra değil, ara ara sonraki dönemlerde de inkara, en azından kısmi inkara başvurur. İnkâr şok edici, beklenmedik haberden sonra hastanın kendisini toplamasına ve zaman içerisinde daha az köktenci savunma mekanizmalarını harekete geçirmesine izin veren bir tampon görevi yapar.[4]

Öfke

İlk inkar evresi artık varlığını koruyamaz hale geldiğinde, yerine öfke, haset ve içerleme duyguları geçer; “Neden ben, neden o değil”. [4] İnkâr evresinin tersine öfke evresi aile ve tedavi ekibi açısından başa çıkması çok güç bir evredir. Bunun nedeni öfkenin her yöne yöneltmesi ve çevreye zaman zaman neredeyse rastgele biçimde yansıtılmasıdır. Buradaki sorun pek az kişinin kendini hastanın yerine koyması ve bu öfkenin nereden geldiğini anlamaya çalışmasıdır. Hasta bu dönemde başını nereye çevirirse çevirsin, yalnızca kendini mutsuz eden şeyler görecektir. Aile veya personel bu öfkeyi kişisel olarak algıladıklarında, onların tepkileri giderek öfkeli hale gelir; bu da yalnızca hastanın düşmanca davranışlarını pekiştirmeye yarar. [4]

Pazarlık

Daha az bilinen bu evre kısa süre de olsa hastaya diğer evreler kadar yardımcıdır. [4] Eğer ilk dönemde üzücü gerçeklerle yüzleşilemediyse ve ikinci evrede insanlara ve Tanrıya öfkelenildiyse, belki de kaçınılmaz olayı ertelemek için bir tür anlaşma yapılabilir: “Eğer Tanrı bizi bu dünyadan almaya karar verdiyse ve öfkeli yakarıtlara yanıt vermiyorsa, belki de iyilikle istersek daha olumlu davranabilir.” Bu dönemde hasta işbirliği yapar. Tedaviye uyum, çaba gösterme dönemidir. [4]

Depresyon

Hasta artık hastalığını yadsıyamaz hale geldiğinde, yeni ameliyatlara girmesi veya tekrar tekrar hastaneye yatması gerektiğinde, belirtiler daha da ağırlaştığında veya daha güçsüz ve zayıf düştüğünde, artık durumuna gülüp geçemez. [4] Uyuşukluk ve kayıtsızlığının, öfkesi ile hiddetinin yerini kısa zamanda büyük bir kayıp duygusu alır. Bedenlerindeki değişiklik, organ kayıplarına ek olarak hastane masrafları ya da iş ve verim kaybına bağlı ekonomik kayıplar hastalarla ilgilenenlerce bilinir ve bu kayıpların yol açtığı depresyona reaktif (tepkisel) depresyon denir. Yaşamsal konular halledildiğinde hastanın ne kadar hızlı iyileştiği görülebilir. [4]

Sevilen tüm kişilerin yakında kaybedileceği gerçeğine hazırlanmak için ve kabullenmeyi kolaylaştırmak için depresyon bir araç olarak kullanıldığında, verilen güvenceler ve teşvikler bir anlam taşımaz. Hasta her şeye iyi yanından bakmaya teşvik edilmemelidir, çünkü bu yaklaşan ölümü düşünmemesi gerektiği anlamına gelir. Üzülmemesi söylenmemelidir, çünkü hepimiz sevdiğimiz birini kaybettiğimizde korkunç üzülürüz. Hasta da sevdiği her şeyi ve herkesi

kaybetmek üzeredir. Eğer üzüntüsünü ifade etmesine izin verilirse, kendi sonunu kabullenmesi daha kolay olacaktır. Hazırlayıcı yasta sözlere gerek yoktur. Bu daha ziyade karşılıklı olarak ifade edilebilen bir duygudur ve diğerrinin elini tutmak, saçını okşamak ya da sessizce birlikte oturmak yeterli olur.[4]

Kabullenme

Bu zamana dek hissettiklerini, yaşayan ve sağlıklı olanlara duyduğu hasedi ve eceli bu kadar çabuk gelmemiş olanlara duyduğu öfkeyi ifade edebilmiş kişi kabullenme evresine girecektir.[4] Kendisi için anlam taşıyan insanları ve yerleri yakında kaybedeceği için yasını tutmuş olacak ve bir dereceye kadar sessiz bir beklentiyle yaklaşan sonunu düşünebilecektir. Kabullenme mutlu bir evre olarak düşünülmemelidir. Bu evre neredeyse duygudan yoksundur. Sanki ağrı yok olmuştur, savaş bitmiştir. “Uzun yolculuktan önceki son istirahat” zamanıdır. Bu ayrıca hastadan çok ailenin daha fazla yardım, anlayış ve desteğe gerek duyduğu zamandır. Yalnız bırakılmak ister ya da en azından dış dünyanın haber ve sorunlarıyla rahatsız edilmek istemez. Genellikle ziyaretçiden hoşlanmaz ve gelirlerse de pek konuşmaz. Artık televizyon kapanmıştır. İletişim sözelden sözel olmayana kayar. Hasta çağırarak için sadece bir el hareketi yapabilir. Yalnızca elimizi tutup sessizce oturmamızı isteyebilir. Böyle sessizlik anları ölmekte olan birinin varlığında kendini huzursuz hissetmeyen kişiler için en anlamlı iletişim şekli olabilir. Oradaki varlığımız sonsuza dek orada olacağımızın garantisidir.[4]

Ancak bu beş evre tamamen her şeyi kuşatan veya önceden öngörülmüş şekilde yaşanmaz. Herkes bu evreleri yaşamayacak, çok az insan kabullenme evresine ulaşacaktır. Bir hasta bir görüşme esnasında bu beş evrenin belirtilerini gösterebilir. Ayrıca dehşet, mizah ya da merhamet gibi diğer başa çıkma tutumlarını gösterebilirler. [5]

Ümit

Yukarıda sayılan evrelerin süreleri farklı olabilir, ya birbirlerini izlerler ya da bazen yan yana var olabilirler. Tüm bu evrelerde hastalar az da olsa ümitlerini korur. Eğer hasta artık ümitten söz etmiyorsa bu genellikle ölümün çok yakın olduğuna işaret eder. Bu doktorların yalan söylemesi gerektiği anlamına gelmez. Sadece beklenmedik şeyler olabileceği, iyileşebilecekleri ümidini onlarla paylaşmak anlamına gelir. Ümit ile ilişkili çatışmaların genelde iki kaynağı vardır. Birincisi ve en acı vereni, hasta hala ümide gereksinim duyduğu halde,

aile ya da tedavi ekibinin ümitsizliğe kapıldığı andır. İkinci ıstırap kaynağı ise ailenin hastanın son evresini kabul edememesidir.

“Bilgim dahilinde sizin için yapabileceğim her şeyi yaptım. Sizi olabildiğince rahat ettirmek için yine de elimden geleni yapmaya devam edeceğim” demek çok önemlidir. Böylece hasta ümit ışığını koruyacak ve hekimini sonuna dek yanında kalacak bir dost olarak görecektir. Tedavi olasılığı kalmadığı anda doktoru tarafından terk edilmeyeceğini hissedecektir.[4]

Uyum Bozukluğu

Uyum Bozukluğu dahili ve cerrahi nedenlerle hastanede yatan hastalar arasında en sık rastlanılan psikiyatrik tanılardan biridir.[9] Uyum bozukluğunun başlıca özelliği, gösterilebilir psikososyal stres etkeni ya da etkenlerine tepki olarak klinik açıdan belirgin emosyonel ya da davranışsal belirtilerin gelişimidir. Belirtiler stres etkeninin başlangıcından sonraki 3 ay içinde gelişmeli, stres etkeninin sonlanmasından sonraki 6 ay içinde çözümlenmelidir. Ancak belirtiler kronik yeti yitimi yaratan genel tıbbi bir hastalık gibi kronik stres etkenine ya da süre giden sonuçları olan bir stres etkenine (örn. Boşanmadan kaynaklanan maddi ya da emosyonel zorluklar) tepki olarak ortaya çıkmışsa belirtiler uzun bir süre (6 aydan uzun) sürebilir. Zorlayıcıya verilen tepki normal ya da beklenen düzeyde kabul edilse bile ortaya çıkan tepki belirgin bir işlev yetersizliğine neden olmuşsa uyum bozukluğu tanısının verilmesi için yeterli ölçütü sağlar. Ancak bozukluk herhangi bir özgül birinci eksen tanısının ölçütlerini karşılarsa bu tanı konulmamalıdır.[9]

Ateşçi ve arkadaşları çalışmalarında uyum bozukluklarının kanser hastalarında % 55.8 oranla ilk sırada yer aldığını bildirmişlerdir.[10] Depresif ya da anksiyete bulgularının eşlik ettiği uyum bozuklukları, bir uçta akut stres yanıtları ile, diğer uçta duygudurum ve anksiyete bozuklukları ile bir süreklilik içinde yer alır. Ayrıca uyum bozukluğunun, hastanın geleceğe ve tedavinin etkinliğine ilişkin belirsizlik duygusunu, yeni ve alternatif tedavinin etkili olmayabileceğine ilişkin endişesini ve kronik, kontrol edilemeyen ağrı, nefes darlığı ya da hareket kısıtlılığı yaşayabileceğine ilişkin korkularını yansıtıyor olabileceği de düşünülmektedir.[11] Bu bilgi Dünya Sağlık Örgütü'nün kanser tedavisi bağlamında hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcılar arasındaki ilişki ve iletişim standartlarının son derece önemli olduğu, yetersiz açıklamaların hastanın tanı, sonlanım ve potansiyel terapötik seçenekler konusunda kafasının karışmasına ve dolayısıyla da memnuniyetsizliğinin ve psikolojik sıkıntının artmasına neden olduğu görüşü ile uyumludur.[7]

Anksiyete Bozuklukları

Kanser tanı ve tedavileri, hastanın anksiyete düzeyi ve psikolojik durumu ile etkileşerek hastanın mevcut hastalığını kabullenme, hastalık ile mücadele etme, tedaviye uyum ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Genellikle genç ve orta yaştaki kanser hastaları, kadın cinsiyet ve kemoterapi tedavisi alanlarda anksiyete seviyeleri daha yüksektir.[12]

Yıldırım ve arkadaşları meme kanserli hastaların tedavi öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında, bu hastaların anksiyete, depresyon riskinin tanı aşamasından itibaren yüksek olduğunu ve riskin birinci yılda da devam ettiğini saptamışlardır.[13] Araştırmacılar hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler, genel yaşam kalitesi ve algılanan sağlık yaşam kalitesi düzeyinin en fazla operasyon sonrası erken dönemde düştüğünü, operasyon sonrası geç dönemde yaşam kalitesinde sosyal ilişkiler alanı dışındaki diğer alanların puanlarının yükseldiğini bulmuşlardır. Ancak birinci yıldaki puanların operasyon öncesi döneme göre düşük olduğunu ve hastaların tanı aşamasından itibaren psikolojik olarak risk altında olduğunu bildirmişlerdir.[13] Çelik ve arkadaşları da takipteki meme kanserli hastalarda duygusal durum, uyku güçlüğü, yorgunluk ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki saptamışlardır.[14] Prostat kanserli hastalarda da anksiyete en sık görülen psikolojik yakınmadır ve irritabilite, depresyon, eski depresyon öyküsü bu tablonun en önemli öngörücüleridir.[15]

Bu hastalarda anksiyete bozukluklarının tedavisi geniş bir bakış açısı ile ele alınmalıdır. Bilişsel konfüzyon veya erken deliryum olasılığı olduğunda antipsikotik ilaçların kullanımı düşünülmelidir.[2] Anksiyete giderici ilaçların (anksiyolitiklerin) başlangıç dozu, anksiyetenin şiddeti, hastanın tıbbi durumu ve kullandığı diğer ilaçlara göre belirlenmelidir. Diazepam gibi uzun etkili benzodiazepinler günde 2 kez verilirken, alprazolam, oksazepam, lorazepam gibi daha kısa etkili ilaçlar günde 3-4 kez verilebilir. Eğer anksiyete ilaca cevap vermezse aynı gruptan başka ilaca geçmeden önce doz hastanın tolere edebildiği doza dek çıkarılmalıdır. Bu ilaçların en sık görülen yan etkileri, doza bağlı sersemlik, konfüzyon ve denge bozukluğudur. Opiyatlar ile birlikte kullanıldıklarında yan etkileri artabilir. Lorazepam'ın bulantı yapan kemoterapötik ilaçların kullanıldığı durumlarda bulantıyı azalttığı bildirilmiştir.[16]

Akut Stres Bozukluğu

Kanser sürecinde en hızlı gelişen ve en kısa süren ruhsal bozukluktur. Kişinin başa çıkma kaynaklarını aşan bir travmaya maruz kaldığını gösterir. Otuz

günden kısa sürer.[2] Bu dönemde benzodiazepinlerden yararlanılır. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur ya da bireyin travmatik yaşantısını aile bireylerine anlatarak kişisel destek kaynaklarını harekete geçirmek ya da gerekeni yapma yetisini bozar.[2]

Akut stres bozukluğunda aşağıdaki belirtiler yer alır.[9]

1. Kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi ile karşılaşmasından sonra korku, çaresizlik, ya da dehşete düşme şeklinde tepkiler vermesi;
2. Öznel uyuşukluk-dalgınlık-duygusal tepkisizlik, çevrede olup bitenin farkına varma düzeyinde azalma, derealizasyon, depersonalizasyon, dissosiyatif amneziden oluşan dissosiyatif belirtiler
3. Tekrarlayan düşünceler, rüyalar, yeniden yaşantılamalar
4. Travma ile ilgili uyarılardan kaçınmalar
5. Uyku bozuklukları, iritabilite, konsantrasyon güçlüğü, hipervijilans, motor huzursuzluk şeklinde aşırı uyarılmışlık belirtileri

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Akut stres bozukluğu 30 günden uzun sürdüğünde tanı TSSB olarak değişir. TSSB'nin akut (3 aydan kısa süren), kronik (3 aydan uzun süren), gecikmiş (olaydan 6 ay sonra başlayan) ve tekrarlayıcı (ilk olay kadar şiddetli olmasa da ilk olayı hatırlatan durumlarda belirtilerin alevlenmesi) şeklinde tipleri vardır.[9]

Travmatik olaylar kişinin yaşam bütünlüğünü tehdit eden olaylar olup bu tür olayların doğrudan yaşanması kadar başkasının başına gelmesine tanık olmak da travmatize edici olabilir.[9] Ruhsal travma yanıt ölçütleri yaşamı tehdit eden hastalıkları da kapsayacak şekilde genişletilmiş ve kanser tanısı almak TSSB'ye yol açabilme kapasitesi taşıyan bir travmatik olay olarak tanımlanmıştır.[8]

Öz-bildirim ölçümlerine dayalı çalışmalar da, kanser hastalarında TSSB %6-19, eşik altı TSSB ise %5-13 oranlarında saptanmıştır.[8] Kanser hastaları ile yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeler sonrası şimdiki TSSB oranları %1.9-50, yaşam boyu TSSB ise %3-35 oranlarında bildirilmektedir.[8,17]

Tokgöz ve arkadaşları,[8] kanser hastalarında TSSB yaygınlığını %19 olarak saptamışlardır. Araştırmaya katılan hasta grubunda TSSB görülme sıklığı ile yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, sosyal destek, yerleşim yeri, çocuk sahibi olma gibi değişkenler açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak kemoterapi alan hastalarda, almayanlara göre TSSB oranı daha yüksektir. Aynı çalışmada yeniden yaşantılama belirtilerinden; tanın ilk konduğu anı

yeniden yaşıyormuş gibi hissetme, tanı ve tanıyla ilişkili durumlarla karşılaşıl-
dığında fiziksel olarak rahatsızlık hissetme, kaçınma ve küntleşme belirtilerinin-
den; tanı ve hemen sonrasındaki dönemin önemli bir bölümünü hatırlayama-
yama, uyarılmışlık belirtilerinden; uyku bozuklukları kadınlarda erkeklere
göre anlamlı olarak daha yüksek oranda bulunmuştur. Kemoterapinin yaşanı-
lan travmayı tekrar hatırlatıcı bir durum olduğunu bunun da travmatik strese
ilişkin sorunların sürmesini sağlayabildiği bu nedenle kemoterapi gören hasta-
lara daha yoğun ve etkili psikolojik yaklaşımların gerekli olduğu ileri sürül-
mektedir.[8]

Kansere bağlı TSSB tedavisinde seçici serotonin geri alım inhibitörleri
(SSRI) kullanılabilir.[2] Tekrarlayan düşünce, yaşantı ve aşırı uyarılmışlık
durumlarında sedatif özellikli antidepresan ilaçlar ve anksiyolitikler kullanıla-
bilirken, ciddi aşırı uyarılmışlık belirtilerinin varlığında beta blokerlerden de
yararlanılır. Psikoterapide TSSB tedavisinde önemli bir yeri vardır.[2]

Diğer Anksiyete Bozuklukları

Bir çalışmada depresyon tanısı almış kanser hastalarının eş zamanlı olarak
%24 oranında yaygın anksiyete bozukluğu, %18 panik bozukluk, %30 TSSB
tanı ölçütlerini karşıladıkları bildirilmiştir.[6] Eş tanıli durumlarda tek bir
tanının var olduğu durumlara kıyasla daha ağır belirtiler, terapiye daha fazla
direnc ve daha fazla yeti yitimi görülmektedir.[6]

Kanser tanısından önce başlayan anksiyete bozuklukları genellikle fobiler
ve panik bozukluğudur. Ender olarak ilk panik nöbetini tıbbi ortamda tedavi
görürken de geçiren hastalar olabilir. Klastrofobik hasta tanısız görüntüleme
aletlerinde anksiyete yaşayabilir. İğne fobisi olan hasta korkuları sebebi ile
tedavisini aksatabilir. Fobi veya panik bozukluğu bilinen hasta için güçlükler
yaşamadan konsültasyon istenmesi önemlidir. Tanı işlemleri gibi acil durum-
larda benzodiazepinlerden (alprazolam 0.5) faydalanılır.[16]

Bu hastalıkların tedavi sürecinde hastalığın başlangıcı ve tetikleyici faktör-
leri araştırılmalı ve tedavi sürecinde sorunun üzerine gidilmelidir.

Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete belirtileri hastalığın doğrudan fizyolojik sonucu olduğunda konulan
bir tanıdır. Belirli karsinoid ve endokrin tümörler buna örnek verilebilir.[2]
Akut ağrıya eşlik eden anksiyete tablosu en iyi analjezik ilaçlar ile tedavi edile-
bilir. Anksiyete şiddetli solunum güçlüğüne eşlik ediyorsa oksijen, opiyat,
düşük düzeyde sedasyonun dikkatli kullanımı ile tedavi edilebilir.[16]

Kanser Hastalarında İlaça Bağlı Anksiyete Bozukluğu

Akciğer kanseri hastalarında sıklıkla kullanılan bronkodilatatörler, steroidler, metoklopramid gibi antiemetikler anksiyeteye sebep olabilirler. Ensefalopati ve deliryuma sebep olan ilaçlar eş zamanlı olarak anksiyeteye de neden olabilir. Bu durumda tedavi için benzodiazepinler ya da düşük doz antipsikotik ilaçlar kullanılabilir.[16]

İlaç Yoksunluk Sendromları

Kanser hastalarında tanılarını öğrendikten sonra ya da hastanede yatmak zorunda kaldıklarında alkol, madde veya nikotin kullanımının kesilmesine bağlı olarak yoksunluk belirtileri görülebilir.[2] Alkol bağımlısı hastanın aldığı alkolün son alımından 4-36 saat sonra alkol yoksunluk sendromu ortaya çıkabilir. İlke olarak toleransın çabuk geliştiği hastalarda, gençlerde, yoksunluk dönemi kısa sürer. Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAİ) gibi başka hastalığı bulunan ve benzodiazepin gibi diğer maddeleri kötüye kullanan hastalar daha şiddetli yoksunluk belirtileri yaşayabilir.[18] Alkol yoksunluk sendromu tanısı için otonom belirtiler (örn. terleme ya da 100'ün üzerinde nabız hızı), artmış el tremoru, bulantı ya da kusma, uykusuzluk, psikomotor ajitasyon, halusinasyon ya da ilüzyonlar, anksiyete, grand mal konvülsiyonlar gibi belirtilerden en az ikisinin bulunması gereklidir.[9]

Nikotin yoksunluk belirtileri, son sigaradan 12 saat sonra başlar, birkaç saat sonra zirve yapar ve birkaç hafta devam edebilir.[9] Disforik ya da depresif duygudurum, uykusuzluk, irritabilite, çabuk sinirlenme ve öfkelenme, anksiyete, düşüncelerini yoğunlaştıramama, huzursuzluk gibi belirtilerinden dördünün olması klinik tanı için gereklidir.[9] Psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastalar nikotin yoksunluk döneminde duygudurum düzensizliklerine daha yatkındır.[18] Alkol yoksunluğunun tedavisinde benzodiazepinler faydalı olabilir. Davranışsal sigara bırakma programları hasta ve yakınlarına önerilebilir, nikotin replasman tedavisi uygulanabilir. Diğer ilaç yoksunluk sendromları nadir olarak görülürler.[2,18]

Depresyon

Depresyon hem bir belirtiler kümesi hem de klinik bir sendromdur.[19] Depresif belirtiler pek çok psikiyatrik bozukluk sürecinde görülebilir. Kanserli hastalarda en sık major depresyon, depresif belirtilerin eşlik ettiği uyum bozukluğu ve genel tıbbi duruma bağlı depresyon görülür. Bir gözden geçirmede kanserli hastalarda %10-25 oranında major depresyon ve benzer oranlarda da

linik olarak anlamlı depresif belirti saptandığı bildirilmiştir.[19] Bu oranlar göz önüne alındığında kanser hastalarında major depresyon yaygınlığı genel populasyona göre 2-3 kat daha fazladır. Kanser hastalarında depresyon izole depresif belirtilerden major depresif bozukluğa kadar değişen geniş bir yelpazede görülür.[19]

Tokgöz ve arkadaşları, kanser hastalarında depresyon yaygınlığını %22 olarak saptamış ve kadınlarda erkeklere göre daha sık olduğunu bildirmişlerdir.[20] Aynı çalışmada depresyon tanısı konan hastalarda uyku bozukluğu daha sık görülmüştür. Kanser sonrası sağ kalanların ise genel populasyona göre anlamlı derecede daha fazla ruh sağlığı sistemine başvurdukları saptanmıştır.[21] Her ne kadar genel populasyonda major depresyon yaygınlığı kadınlarda daha fazla olsa da kanser popülasyonunda kadın erkek arasında belirgin cinsiyet farklılığı saptanmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur.[21]

Depresif belirtiler kanser hastaları için çok doğal bir belirtiymiş gibi kabul edilir. Ancak kanser hastalarının klinik olarak fark edilir bir depresyon yaşamaları hiçbir zaman doğal kabul edilmemelidir. Bu durum, yoğun kanamayı dalak rüptürü için doğal kabul eden doktorun hastasının kanamadan ölmesine izin vererek seyirci kalmasına benzetilebilir.[22] Kanser hastalarında depresyon mutlaka tedavi edilmelidir. Tedavi edilmediği takdirde kanser tedavisine uyumunda bozulma, hastanede kalış sürelerinde uzama, fiziksel aktivitelerde kötüye gitme, ilişki sorunları, uyku bozukluğu, kanser belirtilerinde hızlı ilerleme, daha fazla ağrı, morbiditede artış ve belki de mortalitede artışa neden olur.[16,21] Depresyondaki kanser hastalarında daha fazla ötenazi veya doktor yardımı intihar isteği ve daha fazla oranlarda tamamlanmış intiharlar görülür. Major depresyon ve kanser birlikteliğinin ölüm riskini arttırdığı bildirilmiştir.[23]

Geçmiş çalışmalar onkologların ve birincil bakım verenlerin kanser hastalarında depresif belirtileri tanımakta güçlük yaşadıklarını göstermiştir. Kanser hastalarında depresyon tanısını koymak zordur. Pek çok kanser belirtisi ve tedavi yan etkileri tanı ölçütleri ile örtüşür. Bu nedenle depresyon ile kanserle ilişkili diğer sorunları ayırt etmek güçleşir. Özellikle yaşlı hastalarda depresyon daha az tanınmaktadır.[19,24] Yaşlı hastalarda belirti profili daha genç yetişkinlere göre farklıdır. Daha fazla somatik şikayetlere rastlanmaktadır.[24]

Major depresyon özgül belirti, bulgu ve tedavileri ile klinik bir durumdur ve keder, hüzünden çok daha fazlasını ifade eder.[21] Enerji kaybı, iştah kaybı, ve uyku bozukluğu gibi bir çok nörovejetatif belirti, kanser hastalarında ya da diğer genel tıbbi hastalıklarda sık görülür. Bunlar bazen uygulanan tıbbi

tedavinin yan etkisi olarak ortaya çıkar. Kanserli hastalarda pek çok tıbbi durum depresif belirtilere katkıda bulunur, arttırır ya da taklit eder. Bu tıbbi durumlar arasında kontrol edilmeyen ağrı, hiperkalsemi, anemi, endokrinolojik anormallikler, santral sinir sistemi metastazı, glukokortikoid, interferon, bazı kemoterapotik ajanların yan etkileri bulunmaktadır.[21]

Kanser hastalarında da tanı koyarken normal major depresyon tanı ölçütleri uygulanır. DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre major depresif dönem tanısı için en az 2 hafta boyunca, hemen hemen her gün, gün boyu sürecek şekilde aşağıdaki belirtilerden beş tanesinin hastada bulunması gerekmektedir.[9] Ayrıca kanser hastalarında da tanı konulabilmesi için bulunan beş belirtiden bir tanesi depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ya da zevk alamama olmalıdır. Bu belirtiler şunlardır:

1. Depresif duygudurum
2. Tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi kadar zevk alamıyor olma
3. İştah ve/veya kilo değişiklikleri
4. Uykusuzluk veya çok uyuma
5. Psikomotor retardasyon veya ajitasyon
6. Yorgunluk-bitkinlik, enerji kaybı
7. Aşırı yada uygun olmayan suçluluk duyguları (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama yada suçluluk duyma değil)
8. Konsantrasyon güçlüğü yada kararsızlık,
9. Ölüm üzerine düşünceler, özkıyım düşünceleri, özkıyım girişimi.[9]

Kanser hastalarında deprese duygudurum ve ilgi, istek kaybının depresyon tanısı için duyarlılığı %91, özgüllüğü %86, öngörme değeri %57, negatif öngörme değeri %18'dir.[24] Kronik tıbbi hastalık, bilişsel yetersizlik ve yeti yitimi olan kişilerde depresyon artmaktadır.[24]

Değersizlik ve aşırı suçluluk hisleri üzüntü ile major depresyonun ayırıcı tanısındaki en önemli belirleyicilerdir. Depresif hasta kendinden nefret ederken kanser hastası kendine olan saygısını korur. Özkıyım düşüncesi veya ölüm düşünceleri kanserde de yaygındır ancak depresyondaki kadar yoğun değildir.[2] Major depresyon tanı ölçütleri göz önüne alındığında bir kanser hastasının yukarıdaki bulgulara sahip olmasının normal kabul edilmemesi gerekmektedir. Ancak diğer branş hekimleri bu bulguları çoğu zaman hastalığın doğasıyla bağdaştırmakta ve psikiyatrik destek hastalar için çoğu zaman geç kalmakta ya da hiç alınmamaktadır.[21]

Klinik ortamda depresyon ve anksiyete bozukluğu tanılarını koyabilmek amacıyla geleneksel olarak standardize edilmiş psikiyatrik görüşmeler uygu-

lanmaktadır. Öte yandan tarama sırasında psikiyatrik görüşmeleri yürütmek çok sayıda hasta sayısı ve sınırlı kaynaklar göz önünde bulundurulduğunda kolay değildir. Bu nedenle öz bildirim ölçekleri elverişli bir alternatif değerlendirme aracı olarak kullanılmaktadır.[25] Psikiyatrik belirtilerin klinik olarak değerlendirilmesi en iyi yol olsa da, depresyon tanısı için bazı değerlendirme araçlarından da yararlanılmaktadır. Beck Depresyon Envanteri, Hamilton Depresyon Ölçeği gibi standardize psikiyatrik değerlendirme araçları, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri gibi tıbbi hasta popülasyonunda belirtileri değerlendirmek için tasarlanmış olan değerlendirme araçları ve Distres termometresi gibi hızlı değerlendirme araçları bu amaçla kullanılabilir.[21]

Kanserli hastalarda depresyon için risk etkenleri, psikiyatrik bozukluk öyküsü, sosyal destek azlığı, benlik saygısında azalma, tanı sırasında fazla duygusal stres, alkol bağımlılığı, ilerlemiş kanser, yetersiz ağrı kontrolü, depresyona yol açan kemoterapötik ajan kullanımı, eşlik eden bedensel hastalıktır.[26,27]

Kanser hastalarında depresyonun tedavisi diğer gruplarda olduğu gibi psikososyal müdahale, psikoterapi, farmakolojik tedavi ve alternatif tedavileri içerir. Destek grupları, grup terapi, psikoeğitim, bilişsel davranışçı tedavi ve bireysel danışmanlık yapılabilir.

Kanser hastalarında psikofarmakolojik tedavinin etkisine yönelik az sayıda çalışma bulunmaktadır. Tedavide en başta SSRI'lar tercih edilir.[17] Özellikle psikotik olmayan major depresyonda ilk sıra tedavi seçeneği SSRI ve serotonin noprarenalin geri alım inhibitörlerinden (SNRI) uzatılmış salınımlı venlafaksin'dir.[2] Yapılan bir çalışmada sitalopramın hem depresyon hem de kimyasal menapoza girmiş göğüs kanserli hastalardaki sıcak basmalarında etkili olduğu öne sürülmüştür. Yine venlafaksinin sıcak basmalarında etkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca mirtazapin bu grup hastada ağrı, mide bulantısı ve azalmış iştah gibi bir çok belirtinin tedavisinde etkili bulunmuştur.[28] Aynı çalışmada kanser popülasyonunda fluoksetinin depresif belirtileri azaltıp yaşam kalitesini artırdığı, yüksek doz interferon alfaya bağlı gelişen depresyonun paroksetin ile önlendiği de bildirilmektedir.[28]

Yaşlı hastalarda SSRI, SNRI, bupropion ve mirtazapin gibi antidepressanların düşük dozlardaki kullanımındaki etkisi optimal doz kullanan erişkin hastalarinkine benzemektedir.[24] Maprotilin, dopamin bloke edici aktiviteye sahip olduğundan dolayı metoklopramid gibi yaygın kullanılan antiemetiklerle birlikte verildiğinde diskinezi riskini arttırmaktadır. Yiyecek - ilaç etkileşimi nedeni ile monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri nadiren tercih edilmektedir. Sedasyon ihtiyacı olanlarda trazodon, mirtazapin

tercih edilebilir. Antidepresanlara düşük doz lityum ilavesi tedaviye dirençli, tıbbi durumu bozuk hastalar için yararlı olabilir. Ancak hidrasyona ve sodyum dengesine dikkat etmek gereklidir. Böbrek yetmezliği olanlarda lityum eklenmesi kontrendikedir. ancak her diyaliz sonrası 300 mg ile idame edilebilir. Kusma, dehidratasyon, hiperkalsemi, böbrek işlev bozuklukları (sisplatin tedavisi sonrası), hipotroidi (boyun bölgesi radyoterapi), artmış kardiyak aritmi gibi durumlarda lityum zehirlenmesi için hastalar izlenmelidir.

Steroid ile indüklenmiş depresyonda antipsikotikler ve klonazepam daha sıklıkla kullanılabilir. Psikostimülanlar (dekstroamfetamin, metilfenidat) uyarılmış uyanıklığa sebep olmak için retiküler aktive edici sistem üzerine etkilidir. En önemli yan etki yatkinlığı olan hastalarda kardiyak yan etkilerdir. Modafinil özellikle yorgunluğun ön planda olduğu vakalarda kullanılabilir ancak anksiyeteye sebep olabilmesi bu ilacın dezavantajıdır.[2] Dekstroamfetamin, metilfenidat ile ilk sağıltım sabah 8.00 ve öğle saatinde 2.5 mg dozla başlanır. Tolerans gelişebilir ve doz düzenlemesi gerekebilir.[16]

Yorgunluk

Yorgunluk kanser hastalarında sık görülen bir belirti olup duygudurum bozukluğunun da önemli bir yordayıcısıdır.[29] Kanser ya da tedavisi ile ilişkili yorgunluk normal günlük yaşamın bir sonucu olarak yaşanan yorgunluktan şiddet ve kalitesi açısından farklıdır.[30,31] Çabayı sürdürmeye yönelik öznel bir yetersizlik olarak tarif edilmekte olup uyku ve işlevlerini olumsuz etkilediği bildirilmektedir.[30] Hasta bireyler arasında farklılıklar gösterse de temelde dinlenme ve uyku ile geçmeyen, fiziksel ve zihinsel işlevleri etkileyen bir yorgunluk söz konusudur.

Yorgunluğun sıklığı, prostat kanserinde radyoterapi öncesi %8, meme kanserinde kemoterapi öncesi %4, cerrahi ve kemoterapi sonrası meme kanserinde %91 olarak saptanmıştır. Kanserden sonra sağ kalanlarda, yorgunluk sıklık oranları; Hodgkin lenfoma için %26, meme kanseri için %35-56, kanser tedavisi almış kişiler için %48 olarak bildirilmektedir.[21]

Psikiyatristlerin çoğu kanser tedavisi ile ilişkili depresyon ve anksiyete tanısını rahatça koyabilirken çok azı yorgunluğun farkındadır. Oysa hastalık ve takip eden tedavi boyunca hastanın yeti yitimine önemli bir katkıda bulunur.[30] Kanser hastalarında yorgunluk tanı anında var olabilir, tedavi sırasında artar, tedavi bittikten sonraki aylar ya da yıllar boyunca devam edebilir. Yaşam kalitesini ve günlük aktiviteyi kötü yönde etkiler. Kansere bağlı yor-

gunluğun etyolojisi çok faktörlü olup psikolojik, biyokimyasal, fizyolojik sistemlerin birbiri ile ilişkilerinde bir düzensizlik söz konusudur.

Etyolojide sitokin disregülasyonu, vagal afferent sinir uyarımı, kas metabolizması/ATP disregülasyonu, sirkadiyen ritm bozukluğu, hipotalamus-pituiter-adrenal (HPA) ekseninde işlev bozukluğu, serotonin disregülasyonunun rol oynadığı bildirilmektedir.[31] Kanserın direkt etkisine ek olarak kanser hastalarında yorgunluğa katkıda bulunan diğer nedenler; kemoterapiye bağlı anemi, dispne, ateş, bulantı ve ağrıdır.[21,30] Yorgunluk ayrıca opiyat analjezikler, anti-emetikler gibi ilaçların sık görülen yan etkileri arasında da yer almaktadır.[21]

Yorgunluğun değerlendirilmesinde kullanılan Piper ve arkadaşlarının kansere bağlı yorgunluk ölçeğinin 0-10 arası değişen sayısal ölçek ya da sözel ölçeğın (hafif-orta-şiddetli) puanlamasının SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel işlev alt ölçeğı ile korele olduğu bildirilmiştir.[32] Yorgunluk skoru bu ölçekte 7 ve üzerinde olduğu zaman, SF-36 fiziksel işlev altölçeğinde de anlamlı kötüleşme görülmektedir. Orta ve şiddetli düzeyde yorgunluk bildirildiğinde, öykü ve fiziksel muayenede, yorgunluğun örüntüsü, eşlik eden belirtiler ve normal işlevlerdeki bozulmalar gözden geçirilmelidir Yorgunluğun etyolojisi saptanamazsa daha ayrıntılı bir değerlendirme, eğitim, danışmanlık ve çeşitli yorgunluğu azaltma stratejilerinin birlikte kullanımını denenebilir. Destek grupları, psikoterapi, gevşeme terapisi, başa çıkma strateji programı ve masaj terapisi çalışmalarında kullanılan diğer yöntemlerdir. Meme kanserinin erken evresinde radyoterapi alan hastalarda yorgunluğun önlenmesi ve azaltılmasında egzersizin faydalı olabileceğı, kemoterapi alan anemik hastalarda epoetin alfanın hematolojik parametrelere, yorgunluğa, yaşam kalitesine faydası olduğu bildirilmiştir.[33,34]

Uyku Bozuklukları

Uyku bozuklukları kanserli hastalarda sık rastlanan ancak ihmal edilen bir problemdir. Bunun bir nedeni bu durumun kanser tanısı ve tedavisine verilen normal ya da geçici bir reaksiyon olarak görülmesiyken diğer bir nedeni de hastalar tarafından uyku bozukluklarının bildirilmemesidir. Uyku bozukluklarını neden olan faktörler; kanser tanısı, kanserin tipi ve evresi, tedavinin yan etkileri (bulantı, kusma vs) ve/veya doğrudan iyatrojenik etkilerdir.[35]

Kanser hastalarında uykusuzluk sıklıkla tıbbi yardım gerektirecek denli şiddetlidir. Kanserli hastalar için yazılan ilaçların %25-50'sini hipnotikler oluşturur. Uyku bozuklukları kanser hastasının hayatta kaldığı yıllar boyunca

da devam eden ve bir tedavi komplikasyonu olarak bu hastaların yüz yüze kaldığı pek çok sorundan birisidir.[35] Uyku bozukluğu yaygınlığının kanser hastalarında %50 olduğu, kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek oranlarda rastlanıldığı ve meme kanserli hastalarda daha sık olduğu bildirilmektedir.[8]

Uyku bozuklukları ve yorgunluk arasında pozitif bir korelasyon olduğu da bildirilmiştir.[35] Yorgunluk yakınması olmayan hastalara göre olanlarda uyku bozuklukları daha şiddetlidir ve uyku bozuklukları yorgunluğun bir belirleyicisidir. Kanserli ve kanser sonrası sağ kalan hastalar üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda yorgunluk ile kötü uyku kalitesi, uykuya dalış ve sürdürmede güçlük, uykunun yeterliliğinin az olarak algılanması, dinlendirici olmayan uyku ve huzursuz uyku gibi uyku parametreleri arasında ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu nedenle de bir yakınmanın tedavi edilmesinin diğerini de etkileyeceği söylenebilir. Kansere bağlı yorgunluk ve uyku bozukluklarının altında yatan ortak bir etioloji olduğu ve bu iki durumun ağrı, depresyon, konsantrasyon ve bilişsel işlevlerdeki kayıp ile ilişkili olduğunu da bildirilmektedir.[35]

Organik Ruhsal Bozukluklar (Deliryum)

Hastanede yatmakta olan kanser hastalarında %14-55 oranlarında görülen ve ikinci en sık rastlanan psikiyatrik tanı olan deliryum, kanser hastalarının hayatlarının son haftasında %90 oranında görülmektedir.[36] Deliryum akut başlangıçlı ve tedavi ile ya da tedavisiz olarak geri dönüşümlü bir tablodur. Hiperaktif, hipoaktif ve miks olmak üzere 3 klinik alt tipi vardır.

Deliryum bazı hastalarda duygudurum değişiklikleri ile başlar, işitsel ve görsel varsanılar, uyku ve uyanıklık örüntüsünde değişiklikler, dezoryantasyon, enkoheran düşünce yapısı, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, iritabilite, agresiflik, konsantrasyon güçlüğü, sözlü anlatımda zorluklar ya da hatırlayamama ilk işaretlerdir.[37] İlk deliryum atağı %40 oranında hipoaktif tiptedir. Hipoaktif deliryum uyku sersemliği hali, fiziksel işlevlerde azalma, uyku-uyanıklık örüntüsünde bozulma ve bilişsel işlevlerde azalma ile karakterizedir.[38] Deliryum belirtileri dalgalı seyir gösterir. Diğer psikiyatrik bozukluklar ile (demans ya da depresyon, anksiyete durumları) örtüşebilir.[37]

Yatmakta olan dahili ve cerrahi hastalarda bilişle işlevlerin rutin olarak izlenmesi, risk faktörlerinin tanımlanması ve tedavisi deliryumu önler ya da erken dönemde tedavisini sağlar.[38] Organik ruhsal bozukluk gelişen hastaların %25'inde 30 gün içinde %25 oranında ölüm, %44'ünde 6 ay içinde

ölüm, %29 hastada ise hastaneye yatıştan sonraki 6 ay içinde ölüm bildirilmiştir.[39] Yaşlı kanser hastalarında gençlere göre organik ruhsal bozukluk gelişme riski daha fazladır. Altmış ve üzerindeki yaşlarda organik beyin sendromu tanılarında %55.5, depresyona %39.7 oranlarında rastlanırken, deliryum 60 yaş üzerinde %25, daha gençlerde %12 olarak bildirilmektedir.[40]

Birincil ve metastatik beyin tümörleri beyin kan damarlarına bası yapabilir, kan ve beyin omurilik sıvısı (BOS) akımını tıkayarak deliryum ya da diğer nörolojik belirtilere neden olabilir. Kranial radyoterapiyi takiben ensefalopati görülebilir ve tedavinin ilk saatlerinde başlayıp, haftalar, aylar, yıllarca sürebilir. İnterlökin-2 ve interferon alfa akut konfüzyon veya diğer bozukluklara (depresyon, mani) neden olabilir.[36]

Kanserli hastalarda deliryum santral sinir sisteminde kanserin direkt yada dolaylı etkisine bağlı olarak ortaya çıkabilir.[37] Eski inme, demans ve yaşlılarda birlikte bulunan diğer durumlar deliryumu kolaylaştırabilir. Wernicke ensefalopatisi, kanserli malnutrisyonu olan hastalarda geri dönüşümlü deliryum nedenidir. Hipoksi, iskemi, enfeksiyon, elektrolit anomalileri, paraneoplastik sendrom kanserli hastalarda deliryumu tetikleyebilir. Difenhidramin gibi antikolinerjik ilaçlar, kemoterapotik ajanlar, biyolojik ajanlar, opiyatlar, kortikosteroidler, opiyat dışı psikoaktif ilaçlar (benzodiyazepin, hipnotik, antiemetik) deliryuma neden olabilirler.[37] Görme işitme güçlüğü, depresyon, alkol kötüye kullanımı, dehidratasyon, yatış sırasında kullanılan ilaç sayısı, fiziksel kısıtlılık, malnütrisyon deliryumu ortaya çıkarabilir. Odada saat, takvim ve cam yokluğu tabloyu ağırlaştırır. Düşük albumin düzeyi, kemik metastazi, hematolojik malignite varlığı deliryum için bağımsız risk faktörleridir.[37]

Deliryum patogeneğinde asetilkolin dopamin dengesizliği gibi nörotransmitter sistem değişiklikleri, cerebral hipoksi, stresin nende olduğu hormonal değişikliklerin rolü olduğuna yönelik hipotezler bildirilmektedir.[37] Deliryumun tedavisinde üç önemli hedef vardır. Bunlar; deliryuma neden olan faktörleri bulup çevirmek, hastaları aileyi çalışanları eğitirken hastanın güvenliğini sağlamak ve deliryum ile ilişkili davranış bozukluklarının semptomatik tedavisini yapmaktır.[41]

Farmakolojik tedavide kullanılacak ilk sıra ilaç haloperidoldür. Günde 2-3 kez olmak üzere 0.5-2 mg haloperidol önerilir. Tedavide ikinci sıra ajanlar olarak olanzapin (2.5-5 mg) ve risperidon (0.5 günde 2 kez) kullanılabilir. Agresiflik ya da ajitasyon varsa haloperidol ve lorazepam (0.5-2 mg günde 3 kez) önerilmektedir. Haloperidol yüksek potanslı dopamin blokajı yaparak düşük antikolinerjik ve sedatif etki yaratması, kısa yarı ömrü, aktif olmayan

metabolitleri ve kardiyovasküler yan etkilerinin minimal olması nedeni ile tercih edilir ve ajite hastalarda günde 3 kez 5 mg verilebilir.

Antipsikotik ilaçlar olmaksızın yalnızca benzodiyazepin kullanımı sadece yoksunluk ve hepatik ensefalopatilerde endikedir. Çünkü konfüzyonu kötüleştirebilir ve yaşlı hastalarda paradoksal olarak ajitasyon yapabilir. Ciddi ajitasyon ya da ciddi psikolojik distresi olan olgularda sürekli subkutan infüzyon şeklinde midazolam (1 mg/saat) diğer tedavilerin yetersiz olduğu durumlarda verilebilir. Eğer deliryum nedeni opiatlar ise farklı tip bir opiata geçilip aktif metabolitlerin birikiminden kaçınılır.[38]

Olanzapin ve risperidonun sedasyon yapıcı ve anksiyete giderici etkileri vardır ve duygudurumu düzenlerler. Uzun vadeli kullanımda ziprasidonun kilo yapmaması, metabolik sendroma neden olmaması avantaj gibi görünmekle birlikte, bu konuda kanser hastalarında yapılmış uzunlamasına ileriye dönük çalışmalar bulunmamaktadır.[37,41]

Özkıyım

Çeşitli çalışmalarda kanser tanısının özkıyım için bir risk etkeni olduğu bildirilmiştir.[42] Bu risk özellikle tanı konulduktan sonraki erken dönemlerde en yüksek olmakla birlikte, bir çalışmada meme kanseri tanısı konduktan sonraki 30 yıl boyunca risk artışının devam ettiği gösterilmiştir. Ayrıca çocukluk çağı kanserlerinde de tedaviden sonraki 20 yıl boyunca intihar düşünceleri ve girişimlerinin sık olduğu bildirilmiştir.[42]

Kanser hastalarında özkıyım ile ilişkili faktörler, kanser tanısı konduğunda yaşın genç olması, başa radyoterapi uygulanması, lösemi için eski bir tedavi yöntemi olan büyümenin durdurulması ve fiziksel çirkinleşme, hafıza ve bilişsel işlevlerde kötüleşmedir. Kanser sonrası sağ kalanlar içinse kronik ağrı, olası infertilite, kalp sorunları, bilişsel yeti yitimi gibi geç tıbbi etkilerle yüz yüze kalmaları ve uzun süre ebeveynleri ile yaşama gibi sorunlar vardır.[42] İleri evre meme kanseri ve siyahlarda intihar riski %50 oranında artmıştır. Meme kanserli kadınların çoğu duruma iyi uyum sağlamakla birlikte bekar ve sosyoekonomik durumu kötü olan ileri evre meme kanserli kadınlarda özkıyım riski daha fazladır.[43] Depresyon ve antidepresan ilaç kullanımı meme kanseri gelişimi için bir risk faktörü olarak görünmemekle birlikte, bir çalışmada depresyonun geç dönem meme kanseri için bir belirleyici olduğu bildirilmiştir.[44] Bir başka çalışma ise meme kanseri evresi ile özkıyım arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir.[45] Tokgöz ve arkadaşlarının [8] çalışmasında özkıyım düşüncelerine hastaların %11'inde rastlanmakla birlikte özkıyım

girişimi öyküsüne rastlanmamıştır. Ayrıca hastalığın ileri evresinde olma, kötü prognoz, dürtü kontrolsüzlüğüne neden olan hafif deliryum tablosu, yeterince kontrol altına alınamamış ağrı, depresyon, önceden var olan psikiyatrik ya da kişilik bozukluğu, fiziksel ve duygusal tükenmişlik, toplumdan uzaklaşma da özkıyım riskini arttırmaktadır.[3]

Cinsellik

Cinsel sorunlar, kanserle ilişkili anksiyete ve depresyonun bir sonucu olabileceği gibi cinsel organın fizyolojik yapısını bozan cerrahi, ostomi, cerrahinin neden olduğu sinir hasarı, radikal pelvis ışınlaması, kemoterapinin yan etkileri ya da hormon tedavisi gibi belirli tedavilerle oluşan psikolojik ya da fiziksel hasardan da kaynaklanabilir.[7] Genellikle hastalar cinsel yaşamları ile ilgili kaygılarını söylemeye utanırlar ve gizlerler. Yaşam süresi uzadıkça cinsel işlev bozuklukları sıklığı artar. Bu tablo gençlerde daha sıktır. Eşlerin kanserin cinsel ilişkiyle geçmeyeceği konusunda bilgilendirilmeleri ve cinsel ilişki ile ilgili sorularını yöneltebilecekleri bir danışmanlık verilmesi gerekir.[16]

Kanserin cinselliğe etkileri cerrahi yada radyoterapi nedeniyle fiziksel görünümün değişmesi, çeşitli kanser tedavilerinin yan etkileri yanında tanıya verilen psikososyal tepkilerden de (depresyon, hüznün, anksiyete) kaynaklanabilir. Over kanserinden sağ kalanlar depresyon, anksiyete, cinsel işlev bozukluğu ve kimlik karmaşası için yüksek risk altındadır. Meme kanserli kadınlarda tamoksifen'in neden olduğu, kemoterapiye bağlı over yetmezliği nedeni ile postmenapozal belirtiler görülür.[46] Tedavi sonrası ortaya çıkan menopoz cerrahide, radyoterapide ve kemoterapide yaygındır. Bu durum doğurganlık çağındaki bir kadın için özellikle eşsiz ve çocuksuz ise kanserin kendisinden bile daha kötü olarak algılanabilir.[2]

Kayganlaştırıcı kullanımı disparenü'yu (ağrılı cinsle ilişki) azaltıp duyarlılığı arttırarak cinsel uyarılmayı sağlayabilir.[7] Meme kanser tanısını takip eden ilk aylarda kadınların önemli bir kısmında bedenleri hakkındaki olumsuz düşüncelere ve cinsel konularda sorunlara rastlanmaktadır. Bunlar memenin ameliyatla alınması ve kısmen yeniden oluşturulması, kemoterapi kaynaklı saç kaybı, kilo alma ve kaybetme durumlarının yarattığı endişe, vajinal kuruluk ve eşin kanser hastasının duygularını anlamakta güçlük çekmesi ile ilişkilendirilmektedir.[7] Evlilik sorunları yanında meme kanseri ana-kız ilişkisini de etkileyebilir. Kız çocuklarının sıkıntı düzeyleri annelerinin sıkıntı düzeyleri ile önemli ölçüde ilişkilidir.[7] Meme kanserli hastalarda mastektomi sonrası plastik cerrahi vücut algısına kanserin olumsuz etkisini azaltabilir.

Testiküler, penis, rektum ve prostat cerrahisi cinsel sağlık üzerine benzer olumsuz etkiler gösterir. Cinsel işlevlerde bozulma ve infertilite konusunda kaygılanma testiküler kanser tedavilerinin bir sonucudur. Luteinizan hormon salgılayıcı hormonu (LHRH) agonistleri gibi antiandrojenik ilaçlar cinsel isteğe zarar verebilirler.[46] Tiryaki ve arkadaşları diğer kanserlere göre testis kanserlerinin psikoseksüel etkileriyle ilgili daha az çalışma yapıldığını, çalışmaların kanserin erkekliği ve cinselliği hem baskıladığı hem de güçlendirdiği biçimde iki yönlü olarak değerlendirmeler sunduğunun görüldüğünü bildirmektedir.[47] Yazarlar kendi çalışmalarında bu grupta cinsel doyum düzeyleri ve yaşam kalitelerinin kontrollerden farklılaşmadığını saptamışlar, konu ile ilgili çalışmaların sonucuna göre bu grupta tedaviden hemen sonra ortaya çıkan cinsel işlev bozukluklarının özellikle ejakulasyon ve ereksiyon gibi hastalık ve tedavi ile ilişkili olanların 3-6 ay içinde gerilediğini, retroperitoneal lenf nodu çıkarılması ve kemoterapinin boşalmayı ve ereksiyonu etkileyebileceğini saptamışlardır.[47] Prostat, mesane, rektal kanser ameliyatlarından sonraki cinsel belirtiler daha çok ameliyat sonrası sempatik sinir hasarının miktarı ile ilişkilidir. Prostat kanser cerrahisine ilave edilen hormonal veya cerrahi kastrasyon işlevin tama yakın sona ermesi ile sonuçlanmaktadır.[2] Prostat kanserli hastalarda erektil disfonksiyonun yaş, kanserin evresi, cerrahi, radyasyon, hormon terapi ile ortaya çıktığı bildirilmektedir. Prostat kanserinde erektil disfonksiyon yaygınlığı %29-85 arasındadır.[15]

Kanser hastalarında sadece kanser ve etkilerinden dolayı değil, cinsel aktiviteden fiziksel zarar görme endişesi de cinsel ilgiyi azaltabilir.[46] Cinsel aktivitenin yavaş başlaması, masaj ya da masturbasyon performans anksiyetesini azaltabilir. Radikal retropubik prostatektomiden sonra sildenafil kullanımı zamana bağımlı olarak etkili olabilir. Bu ilaç kullanımı sonrasında erektil fonksiyon ile hastanın doyum oranı cerrahiden sonraki 6 aydaki %26 dan 18. aydaki %60 çıkabilir. Sildenafil prostat cerrahisinden sonraki iki yıllık dönemde erektil fonksiyonda düzelme sağlamazsa başka tedavi seçenekleri araştırılmalıdır.[46] Bu süreçte etki süreleri farklı diğer fosfodiesteraz-5 inhibitörleri de seçenek olarak akılda bulundurulmalıdır.

Kanser Tedavisine Bağlı Psikiyatrik Belirtiler

Radyoterapi uygulanan hastalarda ensefalopati en sık görülen nöropsikiyatrik bozukluktur. İntrakranial basınç artışı belirtileri ile birlikte dakikalar ya da saatler içinde ani olarak gelişebilir ya da baş ağrıları, uyku hali ve fokal bulguların olmaması ile daha sonraki dönemde erken, gecikmiş (6-16 hafta) olarak

iki şekilde görülebilir.[2] Her iki şekilde steroidlere yanıt verir ve kendini sınırlayıcıdır. Üçüncü bir şekil ise atrofi veya nekroz ile birlikte bulunan geriye dönüşümsüz, geç, gecikmiş (aylar, yıllar) bir form olup baş ağrıları, kişilik değişiklikleri ile kendini gösterir ve sadece daha sonra fokal bulgu ve nöbetlere ilerler.[2] Radyoterapiye bağlı oluşabilecek radyasyon nekrozu yalnızca organik ruhsal bozukluk şeklinde değil kişilik değişiklikleri ve depresyon olarak da kendini gösterebilir.[3] Kısa süreli bellek kayıpları ya da uzun sürede akademik başarıda azalma radyoterapiye bağlı olarak görülebilmektedir.[48] Zeka katsayısında 10- 25 puana varan azalmanın yanında normal zeka düzeyinde bile nöropsikolojik sorunlar ve öğrenme güçlükleri bildirilmiştir.[2] Total radyasyon dozu, günlük radyasyon dozu, radyasyonun verildiği zaman dilimi, birlikte başka bir intrakranial hastalığın varlığı, birlikte uygulanan kemoterapi, beyin tümörünün etkileri ve bağlı olarak oluşan duyarlılık radyoterapinin nöropsikolojik etkilerini belirler.[3]

Kemoterapi ya da kemoterapi ile beraber radyoterapi uygulamasına bağlı santral sinir sistemi toksisitesinin nedeni tam olarak anlaşılamamıştır. Metotreksat uygulamasına bağlı olarak olguların ortalama %3-11'inde görülebilmektedir. Toksik etkiler hemen tedaviden sonra ya da uzun dönemde bilişsel ve nörolojik bozukluklar (bilinç değişiklikleri, lökoensefalopati, nöbet, serebral enfarkt, paralizi, nöropati, ototoksiste) şeklinde görülebilir.[42]

Kortikosteroidler çok çeşitli bilişsel bozukluklara ve duygudurum değişikliklerine yol açmaktadır.[48] Steroidlere ilk yanıt öfori ve irritabiledir. Bazı etkileri, kendini iyi hissetme, iştah artışı, kilo alımı gibi uykusuzluk, huzursuzluk, hiperaktivite, kas güçsüzlüğü, halsizlik, depresyon gibi etkileri de vardır. Bazen steroid dozunun ani arttırılması, azaltılması ya da kesilmesine bağlı olarak varsanılar ya da sanrılar görülebilir.

İnterferon doza bağlı olarak soğuk algınlığı benzeri uyuşukluk, iştahsızlık, bulantı, depresyon, uykululuk, konfüzyon, pareztesilere neden olabilir. Amfoterisin B'nin deliryum, demans, akinezi, mutizm, hiperrefleksi, tremor, beyaz cevher dejenerasyonu gibi yan etkilere sebep olduğu bildirilmektedir.[3] Tamoksifenin nadiren depresyona ya da sanrsal bozukluğa, Löprolid'in depresyona, Hidroksiüre'nin varsanılara, L-asparajinaz ve Vinblastin'in depresyona, Vinkristin'in %5 oranında varsanı ya da depresyona, Dakarbazin'in depresyon ve özkıyımına neden olduğu bildirilmiştir.[2] 5-fluorourasil, vinka alkaloidleri, bleomisin, karmustin, sisplatin, L-asparajinaz, prokarbazin, ARC-C kemoterapisi de deliryuma yol açabilir.[3]

Kemoterapi alan hastalar sıklıkla bilişsel işlevlerindeki değişikliklerden yakınırlar. Kemo-beyin olarakta adlandırılabilen bu durum unutkanlık, dalgın-

lık, günlük işler yapılırken yaşanan odaklanma güçlüğü gibi yakınmalardır.[49] Kanseri tanıyan kişilerin pek çok psikolojik ve fizyolojik değişikliklerin olması nedeni ile bu hastalarda görülen bilişsel işlevlerdeki değişiklikleri açıklamak için bir model ileri sürülmüştür. Bu modele göre kanser tanısı anksiyete, stres, sıkıntı ve depresyona neden olması ve kanser tedavisinin doğrudan fizyolojik etkileri birbirinden ayrı fakat birbirini etkileyen bir ilişki ile bilişsel değişikliklere yol açmaktadır. Kemoterapinin doz ve süresi de bu fizyolojik faktörleri arttırmaktadır. Ayrıca yaş, zeka, eğitim, genetik faktörler ve eşlik eden nörobilişsel bozukluklar da sonuç üzerinde etkili olmaktadır.[49]

Sonuç

Kanserin kişinin hayatını pek çok yönden olumsuz etkileyen, kronik ve kişinin ölümü ve yaşamla ilgili beklentilerini değiştiren bir durum olması ve kullanılan tedavilerin ciddi sonuçlarının olma olasılığı yukarıda da belirttiğimiz gibi pek çok psikiyatrik sorunun tetiklenmesine neden olmaktadır. İlişkili psikiyatrik durumların ve çözüm yollarının bilinmesi hem psikiyatristlerin hem de hastanın primer hekiminin sorumluluğudur. Bu yöndeki çözüm odaklı müdahalelerin ise hastaların yaşam kalitesinin artmasına önemli katkı sağlayacaktır. Ülkemizde son yıllarda kanser hastalarının psikososyal sorunlarına yönelik çok sayıda ve giderek artan sayıda çalışma ve değerlendirme yapılması ayrıca umut vericidir.[8,10,13,20,25,50-52]

Dünya Sağlık Örgütü 2008 yılında yayınladığı raporunda; onkolojik bakımın psikososyal bileşenlerinin her ulusal kanser bakımı planının bir parçası olması psiko-onkoloji hizmetlerinin her kanser tedavisi servisinde sunulması gerektiğini bildirmektedir. Kanseri hastaları ve yakın akrabalarına tedavi sırasında ve sonrasında psiko-onkoloji danışmanlığı hizmeti ile bir dizi psikososyal desteğin sağlanması; bu kişilerin durumları hakkında açık ve ücretsiz bilgilendirilmeleri, ihtiyaç ve tercihlerine saygı gösterilmesi, sağlık personeline geçerli psikososyal değerlendirme araçları, eğitimi, gözetim sağlanması ve bunlarla hastalar ve yakınlarının psikososyal ihtiyaçlarına yeterli yanıt verebilmelerine, iyi iletişim kurabilmelerine ve tıbbi karar alma sürecinde paylaşıma yardımcı olunması gerekliliğine vurgu yapmaktadır. [7]

Kaynaklar

1. Tavoli A, Mohagheghi MA, Moztazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Omidvari S. Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? BMC Gastroenterology 2007; 7:28.

2. Lederberg MS. Psychooncology. In Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Ed. (Eds. BJ Sadock, VA Sadock):2196-2225. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
3. Çevik A. Psikosomatik bozukluklar. In Onkolojik Hastalıkların Psikosomatik Yönü (Ed A Çevik):77-90. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1996.
4. Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerine. İstanbul, Boyner Holding Yayınları, 1997.
5. Zisook S, Zisook SA. Death, dying, and bereavement. In Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Ed. (Eds. BJ Sadock, VA Sadock):2367-2393. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
6. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Bkock SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. Cancer 2005; 104:2872 -2881.
7. Boyle P, Levin B. Dünya Kanser Raporu 2008. Lyon, Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu, 2008.
8. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. Yeni Symposium 2008; 46:51-61.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
10. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Turk Psikiyatri Derg 2003; 14:145-152.
11. Özgüven HD, Tuncer ET. Uyum bozukluğu. Kriz Dergisi 1997; 5:87-94.
12. Alacacıoğlu A, Yavuzşen T, Dirioz M, Yeşil L, Bayrı D, Yılmaz Y. Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2007; 17:87-93.
13. Yıldırım NK, Özkan M, Özkan S, Özçınar B, Güler SA, Özmen V. Meme kanserli hastaların tedavi öncesi ve sonrası anksiyete depresyon ve yaşam kalitesi: Bir yıllık prospektif değerlendirme sonuçları. Nöropsikiyatri Arşivi 2009; 46:175-181.
14. Karakoyun-Çelik O, Görken I, Sahin S, Orcin E, Alanyalı H, Kinay M. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. Med Oncol 2010; 27:108-113.
15. Roth AJ, Weinberger MI, Nelson CJ. Prostate Cancer: Quality of life, psychosocial implications and treatment choices. Future Oncol 2008; 4:561-568.
16. Elbi H. Kanser ve psikiyatrik sorunlar. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1997; 2:173-187.
17. Hamann HA, Somers TJ, Smith AW, Inslicht SS, Baum A. Posttraumatic Stress associated with cancer history and BRCA1/2 genetic testing. Psychosomatic Med 2005; 67: 766-772.
18. Çakmak D, Evren C. Alkol ve madde kullanım bozuklukları. İstanbul, Özgül Matbaacılık, 2006.
19. Nelson CJ, Berk AR, Holland J, Roth AJ. Are gold standard depression measures appropriate for use in geriatric cancer patients? A systematic evaluation of self-report

- depression instruments used with geriatric, cancer, and geriatric cancer samples. *J Clin Oncol* 2009; 28:348-356.
20. Tokgöz G, Yalug İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında major depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:59-66.
 21. Carr D, Goudas L, Lawrence D, Pirl W, Lau J, DeVine D et al. Management of Cancer Symptoms: Pain, Depression, and Fatigue (Evidence Report/Technology Assessment No. 61). Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2002.
 22. Cassem NH, Bernstein JG. Depressed patients. In *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry* (Eds NH Cassem, TA Stern, JF Rosenbaum, M Jellinek):35-68. St. Louis, Mosby, 1997.
 23. Onitilo AA, Nietert PJ, Egede LE. Effect of depression on all cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28:396-402.
 24. Weinberger MI, Roth AJ, Nelson CJ. Untangling the complexities of depression diagnosis in older cancer patients. *Oncologist* 2009; 14:60-66.
 25. Boothby MRK, Hill J, Holcombe C, Clark L, Fisher J, Salmon P. HAD ve GSA-12'nin meme kanseri hastalarında psikiyatrik hastalanmayı belirlemedeki gücü. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21:49-59.
 26. Mete HE, Önen Ö. Kanserli hastalarda depresyon. *Duygudurum Dizisi* 2001; 4:184-191.
 27. Sertöz Ö, Mete HE. Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004; 2:63-69.
 28. Sherman LK, Fisch MJ. Cance and mood disorders. In *Psychiatry Highlights 2003-4* (Ed M Lader):80-87. Albuquerque, Health Press, 2004.
 29. Goldstein D, Bennett B, Friedlander M, Davenport T, Hickie I, Lloyd A. Fatigue states after cancer treatment occur both in association with, and independent of, mood disorder: a longitudinal study. *BMC Cancer* 2006; 6:240.
 30. Lewy MR. Cancer fatigue: A neurobiological review for psychiatrists. *Psychosomatics* 2008; 49:283-291.
 31. Ryan JL, Carroll JK, Ryan EP, Mustion KM, Fiscella K, Morrow GR. Mechanisms of cancer - related fatigue. *Oncologist* 2007; 12:22-34.
 32. Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE, Paul SM. The revised Piper Fatigue Scale: psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1998; 25:677-684.
 33. Mock V, Dow KH, Meares CJ, Grimm PM, Dienemann JA, Haisfield-Wolfe ME et al. Effects of exercise on fatigue, physical functioning, and emotional distress during radiation therapy for breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1997; 24:991-1000.
 34. Littlewood TJ, Bajetta E, Nortier JW, Vercaemmen E, Rapoport B. Effects of epoetin alfa on hematologic parameters and quality of life in cancer patients receiving nonplatinum chemotherapy: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Oncol* 2001; 19:2865-2874.
 35. Roscoe JA, Kaufman EM, Matteson SE, Palesh OG, Ryan JL, Kohli S et al. Cancer related fatigue and sleep disorders. *Oncologist* 2007; 12(suppl):35-42.

36. Bond SM, Neelon VJ, Belyea MJ. Delirium in hospitalized older patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33:1775-1783.
37. Michaud L, Burnand B, Stiefel F. Taking care of the terminally ill cancer patient: Delirium as a symptom of terminal disease. *Ann Oncol* 2004; 15(Suppl 4):199-203.
38. Gagnon B, Low G, Schreier G. Methylphenidate hydrochloride improves cognitive function in patients with advanced cancer and hypoactive delirium: a prospective clinical study. *J Psychiatr Neurosci* 2005; 30:100-107.
39. Tuna R, Deangelis LM. Altered mental status in patients with cancer. *Arch Neurol* 2005; 57:1727-1731.
40. Kuo j. The prevalence of psychological psychiatric sequelae of cancer in the elderly-how much do we know. *Ann Acad Med Singapore* 2005; 34:250-256.
41. Kenneth D. Cognitive disorders: Introduction and overview. In Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th Ed. (Eds. BJ Sadock, VA Sadock):1054-1068. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
42. Twombly R. Decades after cancer, suicide risk remains high. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98:1356-1358.
43. Schairer C, Brown LM, Chen BE, Howard R, Lynch CF, Hall P et al. Suicide after breast cancer: An international population- based study of 723.810 women. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98:1416-1419.
44. Burgess CC, Ramirez AJ, Smith P, Richards MA. Do adverse life events and mood disorders influence delayed presentation of breast cancer? *J Psychosom Res* 2000; 48:171-175.
45. Yousaf U, Christensen ML, Engholm G, Storm HH. Suicides among Danish cancer patients 1971 - 1999. *Br J Cancer* 2005; 92 :995- 1000,.
46. Nusbaum MRH, Hamilton C, Leanahan P. Chronic illness and sexual functioning. *Am Fam Physician* 2003; 67:347-354.
47. Tiryaki A, Özkorumak E, Civil Aslan F, Yavuz AA. Remisyonda testis kanseri hastalarında cinsel doyum ve yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:233-238.
48. Yalın Ş, Varol Taş F, Akay A, Yılmaz Ş. Akut lenfoblastik lösemili bir olguda tedavi sürecinde gelişen psikiyatrik belirtiler ve akut organik beyin sendromu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2005; 12:30-36.
49. Hess LM, Insel KC. Chemotherapy-related change in cognitive function: A conceptual model. *Oncol Nurs Forum* 2007; 34:981-994.
50. Özaslan A, Akyıldız EÜ, Çelik S, Koç S, Tuğlu H. Kanser hastalarında intihar riski. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi* 2010; 7:42-47.
51. Yıldırım S, Gürkan A. Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2010; 26:87-97.
52. Özkan S, Alçalar N. Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009; 5:60-64.

Yazışma Adresi/Correspondence: Alev Büyükkınacı, Kütahya, Turkey.
E-mail: alevkiloglu@gmail.com