
Kanserli Hastalarda Depresyon

Prof. Dr. Hayriye Elbi METE*, Dr. Özen ÖNEN*

Kanser tanısına normal yanıt, endişe, gerginlik, kaybedilen sağlık için keder ve üzüntüden hastalığın önemini yadsıma, bu süreci bir savaş gibi algılama ya da kaderci bir kabullenmeye kadar değişir. Hastanın kanserle ilgili algısı, kanserin yol açtığı sorunlar ve hastalığın kültürel anlamı kişinin tepkilerini etkiler.

Taniya ya da hastalığın tekrarladığını duymaya ilk tepki 'şok' olarak tanımlanır. Tanı ya da kötüleşme hastaya açık bir dille, özel bir mekanda ve anlaşılabilir biçimde söylendikten sonra bir süre hastanın durumu anlaması, sindirebilmesi için zaman bırakılmalıdır. Hastalar 'kanser' kelimesinden sonra söylenenleri duymadıklarını, rüyada gibi hissettiklerini söylerler. Bu dakikaları 'Doktor ağzını açıp kapıyordu ama ne dediğini hiç anlamadım, sersem gibiydim, şaşkındım' diye anlatırlar. İlk şok, duygusal uyuşma hali geçtikten sonra inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamaları görülür. Bazen bir dönemde takılma ya da daha önce geçilmiş bir döneme geri dönüş olabilir. Bazen de akrabalar ya da hekimler hastaları inkar gibi bir döneme takılı kalacak biçimde bilgi verirler.

Ölümcül bir hastalıkla karşılaşmanın evrelerini, Elizabeth Kübler Ross şöyle tanımlamıştır:

İnkâr: Hastalık ya da önemi reddedilir. Ölümle ilk yüzleşmeyi yumuşatır, kabullenme için zaman kazandırır.

Öfke: Hastalığa, taniyi koyan doktorlara, yakınlar bazen de sağlıklı kişilere kızgınlık olabilir. 'Başkaları sağlıklı iken, hayat devam ederken neden ben, neden şimdi' soruları hastayı meşgul eder.

Pazarlık: Bu dönemde hasta işbirliği yapar, biraz daha zaman için tedavilere uyum, gerekenleri yapma ve çaba gösterme dönemidir.

Depresyon: Bir süre sonra hasta kayıplarını fark eder, yapamadıkları ve yapamayacakları için yas tutar. Kabullenme dönemine geçebilmek için gerekli bir dönemdir.

Kabullenme: Bu dönemde hastalık kabullenilir. Yakın ilişkiler kurabilmek, vedalaşabilmek ve ölmeye önce yapılacakları düzenleyebilmek ancak bu dönemde mümkündür. Kabullenme umutsuzluk olarak düşünülmemeli, hastalığın ve durumun ciddiyetini anlamak olarak ele alınmalıdır. Bir yaşam süresi bildirmek ve ümidi tümüyle yok etmek ise kabul edilmesi çok zor bir durum yaratır.

Kötü haberi vermek, hastalığı ve ölümü konuşmak çoğu zaman hem doktorlara ham de hasta yakınlarına zor gelir. Ne yapacağını, nasıl konuşacağını bilemeyen yakınlar, hastalarının dayanamayacağını, hiçbir şeyi konuşmak istemediğini

* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İZMİR

düşünebilir. Doktorlar hastaların tedaviyi bırakacağından endişe edebilirler. Bazen bu endişeler haklıdır ama bazen de hastadan çok endişelenen kişilerin gerçeğini yansıtır. Hasta ile tanıyı, tedaviyi, hastalıkla ilgili sorunları konuşurken kendimize de dikkat edersek yaptıklarımızın hangilerinin hastanın ihtiyaçlarına hizmet ettiğini hangilerinin kendi ihtiyaçlarımızı karşıladığını ayırt edebiliriz. Aşağıda hastaların sık duydukları ama teselliden çok kızgınlığa yol açan bazı cümleler okuyacaksınız. Yakından bakıldığında iyi niyetle söylenen bazı sözcüklerin hastanın ihtiyaçlarını karşılamaktan ne kadar uzak olduğunu görebiliriz.

Kafana takma geçer,

Moralini iyi tutarsan daha iyi olursun,

Aslan gibisin, benden sağlamsın,

Kimin başına ne geleceği belli olmaz, ben de trafik kazasında ölebilirim,

Daha ne kötülere var, sen yine iyisin.

Günlük yaşam devam ederken yarınımızın nasıl olacağı konusunda bir fikrimiz vardır. Genellikle uzun ve sağlıklı yaşayacağımızı kabul ederiz. Kanser bu varsayımımızı bozar, gelecek belirsizleşir. Düzenli hastane kontrolleri, gazete ve dergilerdeki yazılar, televizyon programları hastanın endişelerini arttırabilir. 'Kanseri Nasıl Yendim' kitapları, ya da 'Hastalığı savaşı bir biçimde karşıla ve güçlü ol' telkinleri her zaman hastaya iyi gelmez. Cümleler söylenen anlamlarının yanı sıra 'iyileşemediyse senin suçun, moralini düzeltmedin' gibi ikincil anlamlar da taşır. Özellikle aile ya da yakın arkadaşlarda ölümle sonuçlanan benzer bir hastalık yaşanmışsa gelecek endişesi ve güvensizlik artar.

Hastalık nedeni ile ilgili sorular hastayı meşgul edebilir. Neden hastalandığımızı bilmek isteriz. Bir hastalığın nedenini bilebilme ve gidişini kontrol edebilme baş etmede yardımcı olur. Oysa kanserde ne nedenler kesindir ne de hastalık sürecini kontrol etmek mümkündür. Bu boşluğu doldurmak üzere popüler bazı inançlar benimsenebilir. Nazar, kötü davranan eş, yanında sigara içmiş olan bir akraba, çekilmiş sıkıntılar, bazı kişilik özellikleri, derdini söyleyememiş olmak hastalık nedeni olarak görülüp bir açıklama yaratılır.

Kanser tanısı bir bakıma geleceğin belirsizliği ve

erken ölüm anlamına da gelmektedir. Düzenli olarak kontrollere gelmek ve farklı doktorlardan farklı bilgiler edinmek hastanın belirsizlik düşüncelerini arttırabilir. Bazen de hastalar, arkadaşlar ve yakın akrabalarının hastalığı konuşmamaları hatta daha az ziyarete gelmeleri ile yalnız kalabilirler.

Risk Etmenleri

Kanser kronik bir hastalıktır; hem hasta hem de ailedeki sağlıklı bireyler bu süreçten etkilenir. Beden imgesi bozulur, hasta artık hiçbir zaman fiziksel olarak bir bütün olamayacağını düşünebilir. Fiziksel bütünlüğü kaybetme psikolojik açıdan incinebilirlik riskini arttırır. Kişi kanserle ilgisi olmayan diğer yaşam olayları ile başa çıkmakta da zorlanır. Kanserli hastalarda depresyon açısından risk faktörleri şunlardır: Psikiyatrik hastalık öyküsü, benlik saygısının düşük olması, tanı sırasında fazla duygusal stres, duygusal desteğin azlığı.

Kanser hastalarında major depresyon intihar için risk faktörüdür. Depresyonu olan kanser hastalarının bir kısmında intihar düşünceleri varken bir kısmında olmamasının nedeni çok belirgin değildir. Akechi ve arkadaşları (2000) depresyonlu kanser hastalarında intihar riskini, zayıf baş etme becerisi, ilerlemiş hastalık ve ağır major depresyon ile ilgili bulmuşlardır.

Onkoloji doktor ve hemşireleri hastanın psikolojisini daha çok bozacağı kaygısı ile depresyon semptomlarını sorgulamaktan kaçınabilirler. Passik ve arkadaşları (2000) onkolog ve hemşirelerin kanser hastalarındaki depresif semptomların farkına varabilme yetilerini araştırmışlar ve depresyon hakkında kısa ve öz bilgilendirmenin yararlı olabileceğini belirtmişlerdir.

Kemoterapinin beyine hızlı ve direkt etkisi ile akut depresyon oluşabilir. Bazı hastalarda kemoterapinin birkaç saati içinde depresyon, depresif stupor oluşabilir. Ayrıca kemoterapi hormonları etkileyerek kadınlarda premenstrüel menapoza ve infertiliteye, erkeklerde sperm sayısında azalma ve infertiliteye neden olabilir. Alkile edici ajanlar sıklıkla cinsel problemlere neden olurlar. Cinsel sorunlar ise depresyon için önemli bir risk faktörüdür.

Kanser cerrahisi sonucu vücudun önemli bir kısmı alındıysa (mastektomi, baş boyun cerrahisi gibi) bu

durum kişinin beden algısını dolayısı ile de cinsel yaşamı etkiler, kanserli hastalarda özellikle cinsel istek azlığının önemli bir sorun haline gelebileceği akılda tutulmalıdır. Bu hastalar aynı zamanda duygudurum hastalıkları açısından da yüksek riske sahiptirler (Maguire ve ark. 1983).

Hasta yakınları, ailede meydana gelen rol değişiklikleri, hastanın işlevlerini üstlenme, çalışmayan kişi ile azalan gelir kaynakları ve hastalıkla artan giderleri karşılama çabaları içinde yorgun ve mutsuzdurlar. Sevdiklerinin acıları karşısında çaresizlik sık yaşanan bir duygudur. Hastaya bakan kişi kendine vakit ayıramaz, suçluluk duymadan dinlenebilmesi, kısa süreli de olsa evden uzaklaşabilmesi güçleşir. Yakınların mümkün olduğunca diğer aile bireylerinden yardım alması tükenmeye karşı iyi bir önlemdir.

Yakın ve sıcak ilişkileri olan ailelerde genellikle bilgiler açıktır. Tanı, endişeler konuşulur. Hastayı koruma isteği, ne söyleyeceğini bilememe ya da hastanın tepkisi ile yüzleşmekten korkma aileyi hastadan tanıyı gizlemeye neden olabilir. Ailelerden 'karşılıklı bir tiyatro oynuyoruz, herkes ayrı odalarda ağlıyor' açıklamasını sık duyarız. Oysa çoğunlukla hasta tanıyı bilmekte, bilmediği kısımlar içinse en kötü yorumları yapmaktadır. Konuşmama, karşılıklı yabancılaşma ve uzaklaşma duygusunu artırır. Hem hastalar, hem de eşleri iyimser ve güvenli gözükme için endişelerini, ümitsizlik duygularını gizleyebilirler. Duyguların açıkça konuşulması, sağaltım kararlarının paylaşılması uyumu artırır.

Sıklık

Kanserli hastalarda depresyonun kadınlar, ağır hastalar, pankreas ve meme kanseri olanlarda daha sık olduğunu biliyoruz. Kanserle birlikte görülen depresyonda hastalıkla ilgili özellikler önemli bir rol oynar. Kanser tipi, evresi, tedavi edilebilirliği, yerleşimi, kalp beyin gibi organlara yakınlığı belirleyicidir.

Bir çok kanser tip ve evrelerinde depresyon sıklığı araştırılmıştır. Araştırmalar genellikle farklı hastalık tanımlarını, farklı evreleri içerdiği, uygulama yöntemleri aynı olmadığı için karşılaştırılabilirlikleri düşüktür. Aynı aracı kullanan çalışmalarda kesme noktalarındaki farklılık sıklık oranlarını etkilemekte, aynı tanı grubu ve aynı evredeki hastalarla yapılan çalışmalar dahi değişik sonuçlara ulaş-

bilmektedir. Kanserli hastalarda en sık görülen ruhsal bozukluk depresyondur; sıklığı için %4.5 - %58 gibi çok geniş bir aralık içinde değişen oranlar bildirilmiştir. Yatan hastalar arasında ise %22 ile %24 oranında görülebilir. Sıklığın bu kadar değişken oluşu araştırmaların farklı tanı yöntemleri ve hasta grupları ile yapılmasıyla bağlantılıdır. Depresyon, son dönem hastaları da içeren ve tanı ölçütleri kullanmayan çalışmalarda yüksek oranda bildirilmiştir. Uyum bozukluğunu ayıran ve fiziksel olarak iyi durumda olan hastalarla yapılan çalışmalarda ise düşük oranlar bulunmuştur. Depresyon ile en fazla paralellik hastanın günlük işlerini yapabileme gücüdür. Önceleri kanserde depresyon görülme riski bedensel olarak aynı derecede etkileyen diğer tıbbi hastalıklarla benzer denilmişse de son çalışmalar bu görüşü desteklememektedir.

Derogatis ve arkadaşlarının (1988) bir araştırmalarında 215 kanserli hastada %13 major depresyon bildirilmiştir. Massie ve Holland (1989) ise konsültasyon istenen 546 kanser hastasında %54 uyum bozukluğu, %9 major depresyon saptamıştır. Jenkins ve arkadaşları (1991) hastalığın memede yeniden görüldüğü mastektomili hastalarda %45.5 oranında depresyon bildirmiştir. Tanı ölçütleri kullanılan araştırmalarda ortalama %5-8 oranında major depresyon gözlenmektedir. Radyoterapi hastaları ile yapılan bir araştırmamızda, konsültasyon istenen 70 hastada DSM-III-R tanı kriterlerine göre %38 oranında major depresyon, %43 uyum bozukluğu, 30 hastalık kontrol grubunda ise %13 uyum bozukluğu, %7 major depresyon saptamıştır.

Yorgunluk kanserde sık görüldüğü gibi depresyonun bir belirtisi olarak da ortaya çıkar. Bu noktadan hareketle Stone ve arkadaşları (2000) 227 kanser hastası ile 98 kanser olmayan kontrol grubunda halsizlik semptomunun şiddetini ve sıklığını karşılaştırmışlar; kanser hastalarında şiddetli halsizliğin çok yaygın bir semptom olduğunu, anksiyete ve depresyonla çok sık birlikte gözlemlendiğini bulmuşlardır.

Kaplan ve arkadaşları (2000) ilişkilerin kanser hastalarının psikolojik durumlarına etkisini evre III ve IV 33 beyin tümörlü hastada araştırmışlardır. Depresyon ve anksiyetenin cinsiyetten bağımsız olarak çok sık gözlemlendiğini, boşanmış ve bekar hastalarda %88 ile anksiyeteyi, evli çiftlerde depresyonu daha yaygın olarak bulmuşlardır.

Depresif hastalar tedaviyi reddetme eğiliminde olabilirler. Colleoni ve arkadaşları (2000) meme kanserinden opere olmuş ve psikolojik yardım alan 39 hasta ile aynı evre opere olmuş meme kanserli fakat psikiyatrik sorunu olmayan 78 hastadan oluşan kontrol grubunda depresyon ve kemoterapiyi kabul etme arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Depresif hastaların yarısı tedaviyi kabul ederken kontrol grubunun %92'si tedaviyi kabul etmiştir. Bu ve benzeri çalışmaların ortak sonuçları mevcut depresyonun tanınıp tedavi edilmesinin uygulanacak tedavinin kabul edilmesinde önemli bir etken olduğudur.

Depresyon Tanısı

Kanserli hastada depresyon tanısı için, bedensel belirtilere tıbbi durumun yol açmış olabileceği ve tedavilerin yan etkilerinin depresyon belirtilerine benzeyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Kanserli bir hastada depresyon tanısı koyarken iştahsızlık, halsizlik gibi belirtilerden çok disforik mizaç, özgüven kaybı, çaresizlik, değersizlik, suçluluk, konsantrasyon güçlüğü, ölüm isteği, intihar düşünceleri gibi bilişsel belirtilere ağırlık verilmelidir.

Bazı belirtiler depresyon habercisi olabilir. Aşırı bağımlılık, öfke, sosyal çekilme (göz temasından, aile ile birlikte olmaktan kaçınma), çaresizlik, umutsuzluk, aşırı ağrı yakınmaları ve sağaltıma uyumsuzluk gibi. Kanserli hastalarda depresyon için risk etkenlerini araştıran çalışmalarda nevroitik özelliklerin fazla oluşu, psikiyatrik hastalık öyküsü, aile desteğinin olmayışı, ağrı, disfori, hastalığın ileri evre oluşundan söz edilmiştir. Bir araştırmamızda, depresyon için risk etkenleri, kadın cinsiyeti, meme kanseri, metastaz, uzun eğitim süresi ve psikiyatrik hastalık geçirme olarak bulunmuştur.

Kanserde intihar girişimi sık olmamakla birlikte kendisinde ya da ailede intihar öyküsü, kötü prognoz, kontrol edilemeyen ağrı, sosyal destek azlığı, bir yakının ölümü, psikopatoloji öyküsü, anksiyete, umutsuzluk risk faktörleri olarak sayılabilir. Ayrıca deliryumda da intihar davranışlarının olabileceğini, kontrolünü yitiren hastanın kendine zarar verebileceğini akılda tutmak gerekir.

Ağrı ve depresyon

Kontrol edilemeyen ağrı kanserde canının yanmasından öte bir anlam taşır. Bir alan çalışmasında,

kanserle ilgili en korkutucu özelliğin 'dayanılmaz ağrılar içinde ölmek' olduğu sağlıklı kişilerce söylenmiştir. Ağrı, hasta için her şeyin kötüye gittiği, tedaviye yanıt alınmadığı, ölümün yakın olduğu gibi durumların habercisidir. Tıbbi gerçekten bağımsız olarak hasta olabilecek en kötü yorumu yapar. Akut ağrı ile, sessiz, içe dönük, huzursuz olur. Ağrı kesici istendiğinde ekip duyarsız, ilaç yetersizse yardım alamayan hastanın sıkıntısı artar, tedaviyi ya da hastaneyi terk etme, intihar girişimi gelişebilir.

Hastanın ağrısı varsa depresyonun varlığını ayırt etmek için önce ağrıyı kontrol altına almak, sonra depresyonu yeniden değerlendirmek gerekir. Hastaların çoğu ağrının kötüleşme belirtisi olduğuna inanır. Umutsuzlukla birlikte görülen depresyon, ajitasyon, tedaviye uymama, irritabilite, işbirliği yapmama, öfke, akut anksiyete, insomni ağrıya tepki olabilir ve ağrının tedavisi ile düzelebilir. Bazen bağımlılık korkusu ile etkin ağrı tedavisi yapılamaz ya da hastalar opioid kullanmaktan ürkebilir. Ağrı tedavisinin depresyon açısından önemi ekibe ve hastaya anlatılmalı, tıbbi nedenle opioid kullanımlarında bağımlılık riskinin düşüklüğü hatırlatılmalıdır.

Bir çok çalışmada negatif duygudurumu olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemlerde daha çok ağrılarının olduğu bu nedenle de hastaların aktivitelerinin daha fazla kısıtlandığı bulunmuştur. Chen ve arkadaşları (2000) Tayvan'da 203 ağrısı olan ve olmayan kanser hastasını anksiyete ve depresyon açısından karşılaştırmışlar ve ağrılı grupta anksiyete ve depresyon sıklığını ağrısız gruba göre belirgin olarak yüksek bulmuşlardır.

Tedavi

Kanserle karşılaşan bir kişinin üzüntüsü, hastalıkla ilgili endişesi ile tedavi gerektiren depresyonu ayırt etmek gerekir. Genellikle tümörü fark etme ile endişe artar, tanı araştırmaları ve kontroller bitip sonuç söylendikten sonra ameliyat ya da tedavi öncesi en yüksek noktalara çıkar ve ameliyat sonrası yaklaşık bir yıl içinde azalarak hasta sakinleşir. Hastaneye yatış, yeni bir tedavinin başlaması, nüks gibi kriz dönemlerinde anksiyete yeniden artar, çaresizlik, ümitsizlik duygusu ile hastaneden ayrılma ya da tedaviyi bırakma görülebilir. Hastaya durumu uygun bir biçimde söylemek, ümidi tamamen yok etmeden ama

gerçeklerden de uzaklaşmadan bilgi vermek endişeleri azaltmada yardımcı olur. Haklı nedenleri de olsa depresyon tedavi edilebilir, bu zor dönemi hastanın daha rahat geçirmesi sağlanabilir. Kanserli hastaların çoğu hastaneye sık gelmekten, uzun süreli tedavilere katılmaktan hoşlanmazlar ya da fizik durumları buna izin vermez. Randevu saatlerinde esnek olmak, telefonla bağlantı sağlamak, psikiyatrik tedavilerin diğer tedavilerle etkileşimini dikkate almak gerekir.

Farmakolojik Sağaltımlar: Nedeni ne olursa olsun depresyon sağaltılabilir. Tüm antidepresanları kullanmak mümkündür. Antidepresan seçimi, hedef belirtiler, hastanın tıbbi durumu ve ilaç yan etkilerine göre yapılır. Ayrıca ilaç etkileşimleri de dikkate alınmalıdır. Genellikle antidepresanlar kemoterapötiklerle etkileşmezler, ancak Hodgkin'de kullanılan prokarbazin ılımlı bir MAO inhibitörü olup psikotropaların metabolizmalarını etkiler, hipertansif kriz riski nedeni ile özellikle SSRI'larla birlikte kullanılmamalıdır.

Trisiklik antidepresanlar kardiyak sorunu olmayan hastalarda, düşük bir dozda (10-25 mg) başlanıp, yarar elde edilene dek 1-2 günde bir 25 mg artırılır. Bir çok nedenle deprese kanser hastaları trisikliklere bedensel açıdan sağlıklı kişilerle (150-300 mg/gün) karşılaştırıldığında çok daha düşük dozlarda (75-125 mg/gün) yanıt verirler. Belirtilerin gerilemesinden 4-6 ay sonra doz azaltılarak kesilebilir. Amitriptilin, kanser hastalarında ağrı sağaltımında sık kullanılmıştır. Depresyonda gereken den daha düşük dozda ağrı giderici etki görülür.

İkinci nesil antidepresanların trisikliklere benzer yan etkileri vardır ve daha az kardiyotoksik kabul edilirler. Maprotilin nöbet sıklığını artırabilir, riskli hastalarda kaçınılmalıdır. Mirtazapin ve trazodon düşük dozlarda güçlü sedasyon yapar, insomnisi olan deprese hastalarda kullanılabilir.

SSRI'lar (fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin, sitalopram) toksisite açısından daha güvenli kullanımları ve yan etkilerinin daha az oluşu ile son yıllarda kanserli hastalarda yoğun olarak kullanıma girmiştir. Antikolinergik ve sedatif yan etkilerinin olmamasına karşın, başlangıçta anksiyete artması, mide ve barsak yan etkileri, bulantı, iştahsızlık sorun olabilir. Yan etkiler genellikle bir iki haftada geçer. Bazı hastalar geçici kilo kaybına uğrayabilir, fakat iştah kesici etki genellikle belirgin olmaz.

Hasta kanser tedavisinden önce lityum kullanıyorsa bazı özel koşullara dikkat ederek sürdürülebilir. Operasyon öncesi ve sonrası dönemlerde tuz kısıtlaması gibi diyet uygulamalarında serum düzeyi yakından izlenmeli ve doz ayarlaması yapılmalıdır. Ağır hastalarda idame lityum dozunu azaltmak gerekebilir. Cis-Platin alan hastalarda iki ilacın da nefrotoksisite potansiyelleri olduğundan dikkatli olunmalıdır. Lityum lökositozunun nötropenik kanserli hastalarda yararlı olabileceği düşünülmüştür; fakat lökositlerin işlev gücü kuşkuyla olup kemik iliği uyarımı geçici gözükmemektedir. Kranial radyoterapide lityum kesilmelidir. Kemoterapi alacak hastada lityum kemoterapiden 2-3 gün önce kesilip hasta ilacı alabilecek duruma geldiğinde başlanmalıdır. Lityum ya da karbamazepin, sodyum valproat gibi duygudurum düzenleyicileri organik duygudurum bozukluklarında da kullanılabilir.

Antidepresanların kullanılmadığı, hastaların yanıt vermediği ya da hastanın üç hafta vaktinin olmadığı durumlarda psikostimülanlar kullanılabilir. Düşük doz metilfenidat iyi hissetme halini başlatabilir, yorgunluğu azaltıp iştahı artırabilir. Psikostimülanlar narkotik analjeziklerin ağrı giderici etkisini artırabilir ve opioidle oluşmuş sedasyonu düzeltebilir. Kabuslar, uyku bozukluğu, bunaltıda artma, psikotik belirtiler gibi yan etkiler nadiren görülür. Ülkemizde bulunan metilfenidat ile sağaltım genellikle sabah 8.00 ve öğlen saatinde 2.5 mg'lık dozla başlatılır. Bir iki ay sonra hastaların yaklaşık üçte ikisi depresif belirtiler tekrarlamadan ilacı bırakabilir. Depresif belirtilerin tekrarladığı hastalarda bir yıla dek ilaç kullanılabilir. Uzun kullanımda tolerans gelişebilir ve doz düzenlemesi gerekebilir.

Benzodiazepinler anksiyolitik ve antidepresan olarak kullanılabilir. Karaciğer toksisitesi düşük olan oksazepam, lorazepam, alprazolam tercih edilmelidir. Alprazolamın anksiyete giderici olduğu kadar etkin bir antidepresan olduğu da gösterilmiştir ve özellikle depresyon ve anksiyete belirtilerinin birlikte olduğu hastalarda yararlı olabilir.

Psikoterapiler: Bir yaşam krizi olan kanser yalnızca tıbbi tedavilerle içinden çıkılmayacak kadar karmaşık sonuçlara yol açar. Hastalıkla karşılaşmanın güçlükleri, iş ve aile sorunlarının yanı sıra anksiyete ve depresyon sık görülür. Seçilecek tedavi yöntemleri, fazla zaman alıcı olmayan, hastaların genel durumlarını dikkate alan, gerektiğinde

aile ve tedavi ekibini de içeren özellikte olmalıdır. En sık kullanılan yöntemler, bilgilendirme, davranışçı eğitimler ve grup psikoterapileridir. Krize müdahale modeline dayanan kısa süreli, destekleyici psikoterapiler özellikle tanının koyulduğu, hastalığın tekrarladığı ya da metastazın saptandığı kriz dönemlerinde yararlı bulunmuştur. Yönlendirilmiş imgelem ve gevşemenin birlikte kullanımıyla hastaların endişelerini yatıştırabildikleri, rehabilitasyon programlarına uyumlarının arttığı bildirilmiştir.

Terapilerde amaç, hastanın zedelenmiş olan benlik değerini yeniden kazanmasına yardım etmek, yanlış anlamaları düzeltip, yeni bir yaşam dengesi kurmasını desteklemektir. Kayıpları kabullenmeye ve yeni bir yaşam planı oluşturmaya yardım edilir. Hastanın, güçlü yönlerini fark etmesi ve krizle mücadelede kendine özgü başa çıkma yollarını geliştirmesi desteklenir.

Benzer sorunları olanlarla yapılan gruplar hem kısa sürede çok kişiye ulaşma, hem de farklı olma ve yabancılaşma duygusunu azaltmada yararlı olur. Bu gruplar için en önemli seçme ölçütü aynı evredeki hastaları birlikte almaktır.

Kanser özellikle iletişimi iyi olmayan ailelerde uzaklaşma ve sorunları paylaşmamayı arttırır. Ailenin birlikte zaman geçirmesi ve konuşmalarının yüreklendirilmesinin yanı sıra bazı seanslara aile bireylerini dahil etme aile içi ilgi ve yakınlaşmayı, destek alma ve vermeyi arttırır. Bazen hastanın iyileşmiş bir hasta ile görüşmesini sağlamak yardımcı olabilir.

Psikoterapi modelleri kanserde birbirine yakın etkinlikte bulunmuşlardır. Sonuçlar, psikoterapi ile hastalarda anksiyete düzeyinin azaldığı, yaşam kalitesinin yükseldiği, iyi hissetme halinin arttığı yolundadır.

Psikoterapilerin hastalık ilerlemesi ve yaşam süresine etkisini gösteren bir kaç araştırma vardır. Bunlardan en bilinenleri Fawzy ve arkadaşlarının (1993) malign melanom çalışmalarıyla, metastatik meme kanserli hastalarda Spiegel ve arkadaşlarının (1989) yaptıkları çalışmadır. Malign melanom çalışmasında altı hafta yapılandırılmış grup sonrası, altıncı ayda "natural killer" aktivitesinde artmanın %50 sürdüğü, altı yıl sonra yineleme ve ölüm oranlarında azalma görüldüğü bildirilmiştir. Metastazi

olan meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada ise, bir yıl hipnozla ağrı kontrolünün öğretildiği destek grubunda, yaşam süresi beş yıl sonra kontrol grubundan on sekiz ay daha uzun, on yıl sonra yirmi ay daha uzun bulunmuştur.

Moorey ve arkadaşlarına (1998) göre adjuvan ruhsal tedaviler anlamlı düzeyde gerginlik ve anksiyeteyi azaltır. McQuellen ve arkadaşlarının (1998) 150 hasta ile yaptıkları bir çalışmada ise kısa bir uyumlandırma programı ile endişelerin azaltılabileceği görülmüştür.

Kanserli hastalarda alternatif tedavilere baş vurma oldukça sıktır. Sollner ve arkadaşları (2000) alternatif tedavilere ilgi ile hastanın psikolojik durumu, hastalıkla baş etme becerileri ve standart tedaviye uyum arasındaki ilişkiyi araştırmışlar, alternatif tedavileri kullanmanın stresle veya tedaviye uyumsuzlukla değil, hastalıkla baş etme davranışı ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Hastalar alternatif tedavileri tıbbi tedaviye ek olarak aldıklarını ve bunun kişiyi pasif konumdan çıkarıp ümitsizlik ile baş etmede yardımcı olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.

Davranışsal yaklaşımlar: Kanser, hastalarda kontrol duygusunu bozar. Buna karşın davranışsal yaklaşımlar, sağaltıma aktif katılım ve kontrol duygusunu arttırır. Davranışsal yaklaşımlar ağrı ve endişelerin azaltılmasında yararlı bulunmuşlardır. Gevşeme eğitimi, bilişsel baş etme, yönlendirilmiş imgelem gibi yöntemlerle olumlu sonuçlar bildirilmiştir.

Tüm hastaların psikiyatrik bir yardım alabilmesinin olanaksızlığı da dikkate alındığında psikiyatristlerin kanser servislerinde çalışan personele eğitim götürmesi, destek grupları yapması, hastaya tanı söyleme gibi kurslar düzenlemesinin yararı katlanarak artan bir hizmet sunumu olacaktır. Bu hizmetler desteklendikçe ve beslendikçe canlılığını koruyan, ilgi azaldığında da kısa sürede yok olan değişiklikler sağlar. Ayrıca servislerde anahtar bir kişinin bulunması, danışmanlık, eğitim, bilgilendirme hizmetlerini yaparken psikiyatri kliniğinden danışmanlık almayı sürdürmesi klinikler arası ilişkiyi canlı tutacak ve psikiyatristin yükünü azaltacaktır.

Kanser ve depresyonun ilişkisini uzun süredir biliyoruz. Kanser tedavileri sırasında neler olabileceği, sağlığı yitirmenin kederi ve endişeler hakkında bir çok şey söylendi ama depresyonu tanıma ve tedavi etmede daha alınacak çok yolumuz var.

KAYNAKLAR

- Aass N, Fossa SD, Dahl AA ve ark. (1997) Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *Eur J Cancer*, 33(10): 1597-1604.
- Akechi T, Okamura H, Kugaya A ve ark. (2000) Suicidal ideation in cancer patients with major depression. *Jpn J Clin Oncol*, 30: 221-224.
- Axelsson B, Sjoden PO (1998) Quality of life of cancer patients and their spouses in palliative home care. *Palliat Med*, 12(1): 29-39.
- Brewin CR, Watson M, McCarthy S ve ark. (1998) Memory processes and the course of anxiety and depression in cancer patients. *Psychol Med*, 28(1): 219-224.
- Chen MI ve ark. (2000) Anxiety and depression in Taiwanese cancer patients with and without pain. *J Adv Nurs*, 32(4): 944-951.
- Chochinov HM, Tataryn DJ, Wilson KG ve ark. (2000) Prognostic awareness and the terminally ill. *Psychosomatics*, 4(6): 500-504.
- Chochinov HM, Wilson KG, Enns M ve ark. (1994) Prevalence of depression in terminally ill: effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. *Am J Psychiatry*, 151: 537-540.
- Çevik A (1996) Onkolojik hastalıkların psikosomatik yönü. *Psikosomatik Bozukluklar*, A Çevik, M İzmir, D Kuzugüdenlioğlu (Ed), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s. 77-90.
- Elbi H (1997) Kanseri ve psikiyatrik sorunlar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, İlkbahar. 173-188.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J ve ark. (1988) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249: 751-757.
- Elizabeth Kübler Ross. *Death Final Stage of Growth*.
- Fawzy IF, Greenberg DB (1996) *Oncology. Textbook of Consultation Liaison Psychiatry*. JR Rudell, MG Wise (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press, s. 673-694.
- Fawzy FI, Fawzy NW, Arndt LA ve ark. (1995) Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry*, 151: 537-540.
- Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS ve ark. (1993) Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 681-689.
- Fulton CL (1997) The physical and psychological symptoms experienced by patients with metastatic breast cancer before death. *Eur J Cancer Care*, 6(4): 262-266.
- Harrison J, Maguire P (1994) Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *Br J Psychiatry*, 165: 593-598.
- Henderson CW (2000) Depressed patients less likely to accept chemotherapy. *Cancer Weekly*, 6-2.
- Hodgson C, Higginson I, McDonnell M ve ark. (1997) Family anxiety in advanced cancer: a multicentre prospective study in Ireland. *Br J Cancer*, 76(9): 1211-1214.
- Hope Stone LD, Napier MP, Begent RH ve ark. (1997) The importance of measuring quality of life in phase I/II trials of cancer therapy--the effects of antibody targeted therapy: Part I. *Eur J Cancer Care Engl*, 6(4): 267-272.
- Jenkins PL, May VE, Hughes LE (1991) Psychological morbidity associated with local recurrence of breast cancer. *Int J Psychiatry Med*, 21: 149-155.
- Kaplan CP, Miner ME (2000) Relationships: Importance for patients with cerebral tumors. *Brain Inj*, 14(3): 251-259.
- Kathol RG, Mutgi A, Williams J ve ark. (1990) Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets of criteria. *Am J Psychiatry*, 147: 1021-1024.
- Kissane DW, Clarke DM, Ikin J ve ark. (1998) Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *Med J Aust*, 169(4): 192-196.
- Larsson G, Widmark Peterson V, Lampic C ve ark. (1998) Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviors and their relations to patient anxiety and depression. *Adv-Nurs*, 27(4): 855-864.
- Lederberg MS (1998) *The family of the cancer patient. Psychooncology*. JC Holland (Ed), New York, Oxford University Press, s. 981-993.
- Maguire P, Brooke M, Tait A ve ark. (1983) The effect of counselling on physical disability and social recovery after mastectomy. *Clin Oncol*, 9:319-324.
- Massie MJ, Holland JC, Straker N (1989) *Psychotherapeutic interventions. Handbook of Psychooncology*, JC Holland, JR Rowland (Ed), New York, Oxford University Press, s. 470-491.
- Massie MJ, Popkin MK (1998) *Depressive Disorders. Psychooncology*. JC Holland (Ed), New York, Oxford University Press, s. 518-540.
- McDaniel JS, Musselman DL, Porter ML ve ark. (1994) Depression in patients with cancer: diagnosis, biology and treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 52: 89-99.
- McGarvey EL, Canterbury RJ, Cohen RB (1998) Evidence of acute stress disorder after diagnosis of cancer. *South Med J*, 91(9): 864-866.
- McQuellon RP, Wells M, Hoffman S ve ark. (1998) Reducing distress in cancer patients with an orientation program. *Psychooncology*, 7(3): 207-217.
- Miller M, Boyer MJ, Butow PN ve ark. (1998) The use of unproven methods of treatment by cancer patients. Frequency, expectations and cost. *Support-Care-Cancer*, 6(4): 337-347.
- Montazeri A, Milroy R, Hole D ve ark. (1998) Anxiety and depression in patients with lung cancer before and after diagnosis: findings from a population in Glasgow, Scotland. *J Epidemiol Community Health*, 52(3): 203-204.
- Moorey S, Greer S, Bliss J ve ark. (1998) A comparison of adjunctive psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psychooncology*, 7(3): 218-228.
- Moynihan C, Bliss JM, Davidson J ve ark. (1998) Evaluation of

- adjuvant psychological therapy in patients with testicular cancer: randomised controlled trial. *BMJ*, 7; 316(7129): 429-435.
- Nordin K, Glimelius B (1997) Psychological reactions in newly diagnosed gastrointestinal cancer patients. *Acta Oncol*, 36(8): 803-810.
- Özkan S (1993) Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*, S Özkan (Ed), İstanbul, Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. s. 153-173.
- Passik SD, Dugan W, McDonald MV ve ark. (1998) Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol*, 16(4): 1594-1600.
- Rahn AN, Mose S, Zander Heinz-A ve ark. (1998) Influence of radiotherapy on psychological health in breast cancer patients after breast conserving surgery. *Anticancer Res*, 18(3): 2271-2273.
- Sollner W, Maislinger S, DeVires A ve ark. (2000) Use of complementary and alternative medicine by cancer patients is not associated with perceived distress or poor compliance with standart treatment but with active coping behavior: a survey. *Cancer*, 15;89(4):873-880.
- Specia M, Carlson LE, Goosey E ve ark. (2000) A randomized, wait-list controlled clinical trial:the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med*, 5;613-622.
- Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC ve ark. (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 1: 888-961.
- Staats, Peter S (1999) Pain,Depression and Survival. *American Family Physician*, Vol.60 Issue 1, p42, 2p.
- Stone P, Richards M, A'Hern R ve ark. (2000) A study to investigate the prevalence, severity and correlates of fatigue among patients with cancer in comparison with control group of volunteers without cancer. *Ann Oncol*, 11(5):561-567.
- Strang P (1997) Existential consequences of unrelieved cancer pain. *Palliat Med*, 11(4): 299-305.
- Valente SM, Saunders JM, Cohen MZ (1994) Evaluating depression among patients with cancer. *Cancer Prac*, 2: 65-71.
- Weisman A (1979) *Coping with cancer*. New York, McGraw-Hill.