

KANSERLİ HASTALARDA MENTAL BOZUKLUKLAR

Mental disorders in patients with cancer

Mustafa Baştürk¹, Ali Ünal², Tayfun Turan³, Fatih Karaaslan¹

Özet: Kemoterapi alan 63 (34 erkek, 29 kadın) kanserli hastada mental bozukluk sıklığını araştırdık. Bu popülasyonda psikiyatrik teşhis dağılımı sırasıyla: major depresyon 9 (% 14.3), hafif depressif belirtiler 4 (% 6.3), anksiyete bozukluğu 12 (% 19.0), uyum bozukluğu 16 (% 25.4), bozukluk tespit edilmeyen 22 (% 34.9) idi. Hastalar kanser hastalığı sürelerine göre 2 gruba ayrıldı. Altı ay veya daha kısa süredir kanserli olanlar kısa süreli gruba, 6 aydan daha uzun süredir kanserli olanlar uzun süreli gruba dahil edildiler. Gruplar arasında mental hastalık sıklığı açısından anlamlı fark tesbit edildi. Çalışmanın amacı kanserli hastalarda mental bozukluk ve semptomatoloji sıklığını araştırmak idi.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Mental bozukluk

Summary: We investigated mental disorders in 63 (34 male, 29 female) patients with cancer. In this population the distribution of psychiatric diagnoses was as follows: major depression 9 (14.3 %), mild depressive findings 4 (6.3 %), anxiety disorders 12 (19.0 %), adjustment disorders 16 (25.4 %), no psychiatric disorders 22 (34.9 %). Patients were divided into two groups according to their duration of cancer. The short-term group of patients were with cancer for 6 months or less and long-term group of patients were with cancer for longer than 6 months. There were significant differences between the prevalence of mental disorders in these two groups. The purpose of the study was to investigate the frequency of mental disorders and symptomatology in patients with cancer.

Key Words: Cancer, Mental disorder

Kanserin yarattığı psikolojik problemler konusunda birçok inceleme yapılmış ve bu konuda "kanseri bütün hastalarda distres oluşturur ve psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyulur" görüşünden "hiçbir kanserli hastada psikolojik problem oluşmaz ve psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyulmaz" görüşüne kadar uzanan bir değerlendirme yelpazesi vardır (14). Kanserli hastaların % 47'sinin psikiyatrik hastalıklardan ızdırap çektikleri, ancak bunlardan sadece % 2'sinin psikiyatri konsültasyonuna tabî tutulduğu bildirilmektedir (15). Kanser teşhisi konması hastalarda stres oluşturur. Çoğu kanserli için primer endişe ağrılı ölümdür. İlâveten kanserli hastalar sakat kalmaktan, bağımlı hale gelmekten, vücut fonksiyonu ve görünüşünde bozulma oluşmasından bütün bunların sonucunda da sosyal ilişkilerden ve işin-

den mahrum kalmaktan korkarlar. Bu tür korkular bütün hastalarda benzerlik göstermekle beraber ortaya çıkan psikolojik distres hayli değişkendir. Bu değişkenlik 3 faktör tarafından belirlenir: a. Medikal faktörler (kanserin yeri, safhası, tedavisi, klinik seyri ve ağrının varlığı), b. Psikolojik faktörler (hastalık öncesi uyum düzeyi, başedebilme kabiliyeti, emosyonel maturitesi, hedefleri, planlarını değiştirebilme yeteneği), c. Sosyal faktörler (ailesi, dostları ve çalışma arkadaşları tarafından verilen emosyonel desteğin mevcudiyeti) (14). Kişilere kanser teşhisi konduğu veya öğrendiği zaman, nüks ya da tedavide başarısızlık sözkonusu olduğu zaman karakteristik emosyonel cevaplar gösterirler. İki-beş gün süren başlangıç cevabı döneminde inanmama, inkâr, tedaviyi reddetme görülür. İkinci dönem (disfori dönemi) 1-2 hafta sürer ve bu dönemde hastalarda anksiyete ve/veya depresyon (sıklıkla ikisi birarada) irritabilite, uyku, iştah, konsantrasyon bozukluğu, günlük aktiviteleri başaramama ve gelecek endişesi görülür. Bu dönem ank-

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ
Psikiyatri. Y.Doç.Dr.¹, Araş.Gör.Dr.³. İç Hastalıkları.
Y.Doç.Dr.².

Geliş tarihi: 14 Haziran 1994

siyete ve depresyonun giderek artmasıyla haftalar hatta aylar boyunca sürebilir. Bu dönemi müteakiben aile, dost ve doktorların desteği, sunulan tedavi planının oluşturduğu güven sonucunda kabullenme ve iyimserliğin hakim olduğu çözülme veya adaptasyon dönemi başlar (13,14).

İster bir ölçüde sebep, ister sonuç olsun kanser ile psikolojik faktörler arasında bir ilişki vardır. Bu nedenle biz yeni bir alan olan psiko-onkoloji konusunda gerek kanser tedavisiyle uğraşan ekiplerin, gerekse psikiyatristlerin duyarlı olmaları gerektiğine inanıyoruz.

METODLAR

Araştırma materyalini Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi Onkoloji polikliniğince ayaktan takibedilerek kemoterapi uygulanan ve yaşları 16-70 arasında değişen (ort. \pm SD=48.27 \pm 13.38) 34'ü erkek, 29'u kadın olmak üzere toplam 63 kanserli hasta teşkil etti. Hastalar kanser teşhisinden sonra geçen süreler esas alınarak kısa süreli (6 ay veya daha az) ve uzun süreli (6 aydan daha fazla) olmak üzere iki gruba ayrılarak incelendi.

Hastaların psikiyatrik değerlendirmesinde DSM-III R (1) teşhis kriterleri esas alındı. Depresyon semptomlarının şiddetini tesbit için "Montgomery-Asberg Depresyon Ölçme Skalası (MADRS)", anksiyete semptomlarının şiddetini tesbit için "Klinik Anksiyete Skalası (CAS)" ve kognitif fonksiyonların muayenesi için "Kısa Akıl Muayenesi (KAM)" kullanıldı. İstatistikî değerlendirme, Khi kare ve Student t testi ile yapıldı.

Tablo 1. Gruplara göre mental hastalık görülme sıklığı

Hasta grupları	Mental bozukluklar				Toplam S %	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%		
Kısa süreli	21	72.41	8	27.59	29	100.0
Uzun süreli	20	58.83	14	41.17	34	100.0
Toplam	41	65.08	22	34.92	63	100.0

$$\chi^2 = 21.68 \quad SD = 1 \quad p < 0.001$$

BULGULAR

Kısa süreli grubu yaşları 30-70 arasında değişen (ort. \pm SD=50.59 \pm 11.92) 29 hasta, uzun süreli grubu yaşları 16-70 arasında değişen (ort \pm SD = 46.29 \pm 14.39) 34 hasta teşkil etti. Hastalar hastalıklarının teşhisinden haberdar idi. Yaş bakımından gruplar arasında istatistikî yönden anlamlı farklılık tesbit edilmedi (f=1.63, p>0.05). Kısa süreli grupta en sık (15 hastada, % 51.72) depressif mizaçla uyum bozukluğu, uzun süreli grupta ise en sık (10 hastada, % 29.41) anksiyete bozukluğu tesbit edildi. Tüm hastalardan 9'unda (% 14.28) major depresyon teşhisi kondu. Hasta gruplarında mental hastalık görülme sıklığı tablo 1'de, konulan teşhislerin gruplara göre dağılımı tablo 2'de gösterilmektedir.

Tüm hastalardan 33'ünde (% 52.4) bir mental hastalıkla birlikte ya da müstakil olarak uyku bozukluğu, 19'unda (% 30.2) iştah bozukluğu, 35'inde (% 55.6) cinsel istek inhibisyonu tesbit edilmiştir (Tablo 3).

Hastalardan 6'sının (% 9.5) aile fertleriyle ilişkisinde, 47'sinin (% 74.6) iş veriminde, 15'inin (% 23.8) arkadaş ilişkisinde bozulma, 18'inde (% 28.6) geleceği hakkında ümitsizlik, 1'inde (% 1.6) intihar fikri ve 11'inde (% 17.5) ölüm korkusu tesbit edilmiştir.

Kısa ve uzun süreli gruplar arasında MADRS, CAS ve KAM skorları açısından farklılık tesbit edilmemiştir (Tablo 4).

Hastalardan 8'inde (% 12.7) kanser belirtilerinin başladığı dönemde bir psikososyal stres faktörünün bulunduğu tesbit edilmiştir.

TARTIŞMA

Kanserin psikosomatik karakteri üzerinde; psikodinamik, istatistikî ve biyokimyasal metodlar kullanılarak oldukça fazla çalışma yapılmıştır (17). Bir dereceye kadar spekülatif olmakla beraber neoplastik hastalıkların etyolojisinde "kansere eğilimli kişilik" veya "psikosomatik hastalık" fikirleri yer almaktadır (3,21). Belli kişilik tiplerinde ortaya çıkan kanser türlerini araştıran çalışmalar yapılmıştır (20). Psikolojik faktörlerin kanserin seyrini etkile-

Tablo 2. Gruplarda mental hastalıkların teşhislere göre dağılımı

Mental bozukluk	Kısa süreli grup		Uzun süreli grup		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Normal	8	27.60	14	41.18	22	35.0
Major depresyon	4	13.79	5	14.71	9	14.3
Hafif depressif belirtiler	0	0.00	4	11.76	4	6.3
Anksiyete bozukluğu	2	6.89	10	29.41	12	19.0
Uyum bozukluğu	15	51.72	1	2.94	16	25.4
Toplam	29	100.00	34	100.00	63	100.00

$$\chi^2 = 23.08 \quad SD = 4 \quad p < 0.001$$

Tablo 3. Hasta gruplarında uyku, iştah bozukluğu ve cinsel istek inhibisyonu görülme sıklığı

Mental semptom	Kısa süreli grup (N=29)		Uzun süreli grup (N=34)		Toplam (N=63)		t	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Uyku bozukluğu	16	55.17	17	50.00	33	52.38	0.41	>0.05
İştah bozukluğu	9	31.03	10	29.41	19	30.15	0.17	>0.05
Cinsel istek inhibisyonu	13	44.82	22	64.70	35	55.55	1.59	>0.05

Tablo 4. Hasta gruplarında MADRS, CAS ve KAM skorları

Testler	Kısa süreli Grup (N=29)	Uzun süreli Grup (N=34)	Toplam (N=63)	t	p
	X ± SD	X ± SD	X ± SD		
MADRS	18.38 ± 13.71	15.29 ± 13.12	16.71 ± 13.37	1.41	>0.05
CAS	11.07 ± 4.58	10.71 ± 5.16	10.87 ± 4.87	0.27	>0.05
KAM	24.38 ± 2.21	24.50 ± 2.53	24.44 ± 2.37	0.13	>0.05

diğini, hastalığın reaktivasyonunda psikososyal stres faktörlerinin rol oynadığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (2,7). Psikolojik faktörlerin, endokrin ve immün sistemleri etkileyerek kanserin seyrini değiştirdikleri ileri sürülmektedir (7). Ayrıca bir çok çalışma, mental bozuklukların tabloya katıldığı kanserli hastalarda yaşam kalitesinin daha

düşük ve hayatta kalma süresinin daha kısa olduğunu ortaya koymuştur (3,4,8,10,15,19). Bizim çalışmamızda kanserin ortaya çıkışıyla aynı döneme uyan psikososyal stres faktörü mevcudiyetinin sıklığı % 12.7 olarak tesbit edilmiştir. Biz bu vakalarda kanseri bu stres faktörlerinin oluşturduğunu kabul etmenin spekülatif olacağına inanıyoruz. Zira

kanserin oluşmasında rol oynadığı bilinen pek çok faktör kesin olarak ortaya konmuştur. Kaldı ki bu zaman ilişkisi tamamen tesadüfi de olabilir.

Kanserli hasta popülasyonunda mental bozukluk ve semptomların görülme sıklığını araştıran pek çok çalışma yapılmıştır. Mental hastalık görülme sıklığının %17-%25 oranları arasında değiştiği bildirilmekle beraber bu sınırları aşan çalışmalar vardır (6). Craig ve ark. (3) 30 kanserli hasta üzerinde SCL-90 uygulayarak yaptıkları incelemede hastaların yarısından fazlasında orta dereceden ağır dereceye kadar depresyon, %30'unda şiddetli anksiyete, Derogatis ve ark. (5) 215 kanserli hastada; %8'i organik beyin sendromu, %13'ü major depresyon, %68'i uyum bozukluğu, %4'ü anksiyete bozukluğu ve %7'si kişilik bozukluğu olmak üzere toplam %47 oranında mental bozukluk tespit etmişlerdir. Bir başka çalışmada 50 kanserli hastadan 37'sinde belirgin depresyon bulunduğu bildirilmiştir (3). Levine ve ark. (12) 100 kanserli hasta üzerinde yaptıkları çalışmada %56 oranında depresyon, %40 oranında organik beyin sendromu; Evans ve ark. (6) ise hastaneye yatırılarak takip edilen 83 jinekolojik hastada DSM-III teşhis kriterlerine göre %23 oranında depresyon tespit etmişlerdir.

Bizim çalışmamızda tüm hastalarda mental bozukluk görülme sıklığı %65'dir. Depresyon %20.6 (%14.3'ü major depresyon) anksiyete bozukluğu %19.0, uyum bozukluğu %25.4'dür. Organik beyin sendromu tespit edilmemiştir. Kısa ve uzun süreli gruplar arasında mental hastalık görülme sıklığı açısından farklılık tespit edilmemiştir. Psikometrik test skorları açısından da kısa ve uzun süreli gruplar arasında fark bulunmamıştır. Uyum bozukluğu kısa süreli grupta çok daha sık (%51.72), depresyon ve anksiyete bozukluğu ise uzun süreli grupta daha sık tespit edilmiştir. Uyum bozukluğunun kısa süreli grupta çok daha sık görülmesi kansere karşı ilk dönemde ortaya çıkan reaktif psikolojik cevabın bir göstergesi olması açısından anlamlıdır. Kanserli hastalarda uyum bozukluklarının sık görüldüğünü ortaya koyan birçok çalışma vardır (5,18). Ancak kanser hastalığının günümüzün gelişmiş teşhis ve tedavi imkânlarına rağmen halâ gerek seyir gerekse prognoz açısından iç açıcı olmaması nedeniyle bu reaktif psikolojik cevabı takiben depresyon ve anksiyete bozulduğu gibi mental hastalıklar gelişmekte

ve kronisite kazanmaktadır. Nitekim kanserin şiddeti arttıkça emosyonel belirtilerin şiddeti de artmaktadır (20). Diğer taraftan Razavi ve ark. çalışmalarında depresyonun preterminal ve terminal safhadaki hastalarda çok daha sık olduğunu tespit etmişlerdir (18). Ancak özellikle depresyonun kanserin başlangıç belirtisi veya serebral metastazın bir işareti olabileceği de bildirilmektedir (21).

Kanserli hastalarda mental hastalıkların oluşması konusunda üzerinde en çok durulan yaklaşım dinamik yaklaşımdır. Hastalarda suçluluk, ümitsizlik, kendine güvenin kaybı, değersizlik, ölüm arzusu veya intihar fikirleri, isteksizlik, iritabilite, gelecek endişesi, korku, bağımlılık, kısıtlanma gibi birçok psikolojik cevap oluşmakta ve sonuçta anksiyete bozukluğu, depresyon gibi birtakım mental bozukluklar gelişmektedir (4, 5, 13, 14,17). Kanserli hastalarda intihar fikirlerinin çok yaygın olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (12). Bizim çalışmamızda da intihar fikirleri çok düşük oranda tesbit edilmiştir.

Neoplastik hastalıklarla mental bozuklukların birlikte görülmesini izaha çalışan biyolojik yaklaşımlar da mevcuttur. Bizim hastalarımızın hiçbirisinde organik beyin sendromu (OBS) tespit etmedik. Aslında özellikle yaşlı terminal safhadaki hastalarda OBS'lerinin çok sık görüldüğü bildirilmektedir (12). Bizim vakalarımızda OBS görülme sıklığını, hastaların çok yaşlı olmayışı (ort:48.27) ve OBS geliştiren hastaların yatarak tedavi edilmesi nedeniyle bizim hasta popülasyonumuz içinde yer almamış olmalarıyla izah edilebileceğini düşünüyoruz. Kanserli hastalarda hastalığın santral sinir sistemi üzerine direkt etkisi sonucunda organik beyin sendromu oluştuğu bildirilmektedir (14). Kemoterapi alan hastalarda organik nedenlerle psödohallüsinasyonlar da görülebilmektedir (16). Oldukça spekülatif olarak psikolojik strese cevap olarak oluşan genel adaptasyon sendromunun aşırı kortizon üretimi ve immün mekanizma supresyonu oluşturduğu sonuçta kansere hassasiyetin arttığı ileri sürülmektedir (2,21). Pankreas kanserinde tümörün aracılık ettiği "paraneoplastik sendrom" ilerlemiş pankreas kanserli hastalarda mizaç değişiklikleri oluşturabilmektedir (9). Kanserlilerde görülen paraneoplastik sendromun endokrin bozulma sonucunda düşünce ve mizaç bozukluğu ortaya çı-

kadığı ve kanser ile depresyon arasında genetik bir beraberliğin sözkonusu olabileceği de bildirilmektedir (21). Depresyonlu pankreas kanserli hastalarından bazılarında serotonin aktivitesi ile immüno-lojik bir etkileşimin sözkonusu olduğu bildirilmektedir (9). Kanserli hastalarda depresyonun teşhisinde Dekametazon Supresyon Testi'nin (DST) de faydalı olabileceği bildirilmektedir (6).

Kanserli hastalarda mental durum muayenelerini özel eğitilmiş uzmanların yapması gereklidir (18). Bu noktada liyezon psikiyatrisinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Kanserli hastalarda görülen depresyonun tedavisinde trisiklik antidepresanların düşük dozlarda teda-

viyi sağladığı bildirilmektedir (11,13,14). Yaşlı hastaların tedavisinde ilaç yan etkilerinden kaçınmak için elektrokonvülf tedavi (ECT) kullanılabilir (13,14). Karaciğer fonksiyon bozukluğu olabileceğinden alprazolam, okzazepam, lorazepam gibi kısa etkili benzodiazepinlerin daha uygun olacağı bildirilmektedir (13,14). Nöroleptik kullanılması gereken durumlarda yan etki azlığı avantajı nedeniyle haloperidol önerilmektedir (12,13,14).

Sonuç olarak, biz bulgularımız ışığında; kanserin seyir ve prognozu, dolayısıyla yaşam kalitesini ve hayatta kalma süresini etkilemesi nedeniyle kanserli hastalarda mental bozuklukların teşhis ve tedavisinin multidisipliner bir anlayışla ele alınmasının çok önemli olduğuna inanıyoruz.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Revised*. Washington DC 1987.
2. Brown JH, Varsamis J, Toews J, et al: *Psychiatry and oncology. a review*. *Can Psychiatr Assoc J* 19:219-222,1974.
3. Craig TJ, Abeloff MD: *Psychiatric symptomatology among hospitalized cancer patients*. *Am J Psychiatry* 131:1323-1327,1974.
4. Davies RK, Quinlan DM, McKegney FP, et al: *Organic factors and psychological adjustment in advanced cancer patients*. *Psychosom Med* 35:464-471,1973.
5. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al: *The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients*. *JAMA* 249:751-757,1983.
6. Evans DL, McCartney CF, Nemeroff CB, et al: *Depression in women treated for gynecological cancer: clinical and neuroendocrine assessment*. *Am J Psychiatry* 143:447-452,1986.
7. Greer S: *Cancer and the mind. lecture*. *Br J Psychiat* 143:535-543,1983.
8. Greer S, Moorey S, Baruch J: *Evaluation of adjuvant psychological therapy for clinically referred cancer patients*. *Br J Cancer* 63:257-260,1991.
9. Holland JC, Korzun AH, Tross S, et al: *Comperative psychological disturbance in patients with pancreatic and gastric cancer*. *Am J Psychiatry* 143:982-986,1986.
10. Hopwood P, Howell A, Maguire P: *Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: Validation of two self-report questionnaires*. *Br J Cancer* 64:353-356 1991.
11. Levine BP, Kumor K, Cangir A, et al: *Tricyclic antidepressants for children with cancer*. *Am J Psychiatry* 140:1074-1076, 1983.
12. Levine PM, Silberfarb PM, Lipowski ZJ: *Mental disorders in cancer patients*. *Cancer* 42:1385-1391, 1978.
13. Massie JM, Heiligenstein E, Lederberg MS, et al: *Psychiatric complications in cancer patients*. Holleb AI, Fink DJ, Murphy GP: *Clinical Oncology (eds)*. 1.ed. Am Cancer Society Inc, Atlanta 1991, 576-586.
14. Massie MJ, Holland JC: *The cancer patients with pain: psychiatric complications and their management*. *Med Clin North Am* 71:243-257,1987.
15. McCartney CF, Cahill P, Larson DB, et al: *Effect of a psychiatric liaison programme on consultation rates and on detection of minor psychiatric disorders in cancer patients*. *Am J*

- Psychiatry* 146:898-901,1989.
16. Nesse RM, Carli T, Curtis GC, et al: Pseudohallucinations in cancer chemotherapy patients. *Am J Psychiatry* 140:483-485,1983.
 17. Niemi T, Jaaskelainen J: Cancer morbidity in depressive persons. *J Psychosom Res* 22:117-120, 1978.
 18. Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, et al: Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *Br J Psychiat* 156:79-83,1990.
 19. Shekelle RB, Raynor WJ, Ostfeld AM, et al: Psychological depression and 17-year risk of death from cancer. *Psychosom Med* 43:117-125,1981.
 20. Surawicz FG, Brightwell DR, Weitzel WD, et al: Cancer, emotions, and mental illness: the present state of understanding. *Am J Psychiatry* 133:1306-1309,1976.
 21. Whitlock FA, Siskind M: Depression and cancer: a follow-up study. *Psychol Med* 9:747-752,1979.