

Kanser ve Ruhsal Etkileri

Kanser günümüzde çok sık görülen bir hastalıktır. Diğer bedensel hastalıklardan farklı olarak, kanser tanısı alma kişide yoğun sıkıntıya ve felaketleştirici düşüncelere neden olur. Yapılan çalışmalarda kanser tanısı alınan kişide birtakım kaygıların doğmasına neden olduğu bildirilmektedir. Bu kaygılar içerisinde en önde geleni ölüm kaygısıdır. Günümüzde kanser tedavileri çok fazla gelişmiş olsa da kanser tanısı alma kişide ölüm kaygısı yanı sıra bağımlı olma, beden görünümünde oluşabilecek değişikliklere ilişkin kaygıların, ağrı çekme, yeti yitimi, hastalık nedeniyle oluşabilecek kaygıların ve parasal ekonomik kaygıların oluşmasına neden olur.

Kansere uyum bireyden bireye farklılık göstermesine karşın genellikle üç evreden oluşur. Birinci evre hastalıkla ilgili tanılandırma sürecini kapsar. Bu evrede kanser hastaları yeni hastalıkları ile ilgili belki daha önce hiç duymadıkları bilgileri edinirler. Aynı zamanda yeni duydukları bu bilgileri sindirmeleri ve en nihayetinde bir tedavi kararı vermeleri gerekmektedir. Bu dönemde ruhsal olarak hastalarda sıklıkla şok ve inkar tepkileri gözlenir. Kısa sürede olup biten karşısında kanser hastası şok yaşayabilir ve içinde bulunduğu duruma inanamaz. Bu dönemde sıklıkla “neden ben?”, “niçin?”, “kanser bir ceza mı?” şeklinde sorular zihni sürekli meşgul eder. Birinci evrenin süresi kişiden kişiye değişmektedir. Konuya ilişkin yapılan çalışmalarda bu dönemde yapılan ilk görüşmedeki (tanının söylendiği ilk görüşme) hasta-hekim arasındaki iletişimin, hastanın daha ileriki aşamalarda tedaviye ve sağlık personeline inancını ve tutumunu etkilediğini göstermektedir.

Kansere uyum sürecinde ikinci evre psikolojik belirtilerin tabloya hakim olduğu dönemdir. Genellikle bir iki hafta sürebilen karamsarlık, sinirlilik, iştahsızlık, uykusuzluk, ilgi istek azlığı, konsantrasyon güçlüğü belirtileri ile kendini gösterir. Bir iki haftada bu belirtilerin kendiliğinden azalması beklenir. Bu dönemde kanser hastasının çevresinden aldığı sosyal destek uyum yapmasında büyük önem taşır.

Üçüncü evre uyum dönemidir. Artık kanser hastası kansere ve kanser tedavilerine uyum göstermiştir. Bu dönemde hasta geçmişte başarıyla kullandığı baş-etme yöntemlerini şimdiki sıkıntısını azaltmada kullanmaya başlar.

Kansere uyum sağlamada toplumsal, bireysel ve hastalığa özgü faktörler etkili olur. İçinde yaşanan toplumun kansere ve tedavilerine bakışı, kansere ilişkin atıflar ve o toplumda kanserin taşıdığı damgalama toplumsal etkenleri oluşturur. Birçok toplumda kanser tedavi edilemez, acı ve ağrı çekilen, hastaların yalnız kaldığı, terkedildiği, bulaşıcı bir hastalık olarak damgalanmaktadır. Bunun yanı sıra depresyon, üzüntü ve yoğun stres yaşamının ya da bazı kişilik özelliklerinin kansere daha yatkın olduğu yönünde inançlar olsa da yapılan çalışmalarda bu gözlemler henüz bilimsel kanıtlara dayandırılmamıştır.

Kişilik özellikleri, bireyin başa çıkma becerisi, benlik gücü, kişinin kanser tanısı aldığı dönemdeki gelişimsel düzeyi ve o gelişimsel düzeyde kanser tanısı alınan o birey için anlamı (örneğin 20'li yaşlarda meme kanseri tanısı alma, 60 yaşından sonra meme kanseri tanısı almadan farklı anlamlar taşıyabilir. İlkinde evlilik, üretkenlik, üreme ve beden algısıyla ilgili kaygıların daha yoğun yaşanacağı beklenebilir) algılanan sosyal destek ve sosyoekonomik düzey kansere uyum sağlamada rol oynayan bireysel faktörleri oluşturur.

Kanser hastasının tanısı, kanserin yerleşim yeri ve evresi, hastalık belirtilerinin özelliği ve şiddeti, hastalığın gidişi, uygulanan tedavi ve yan etkileri, hastalığın hastada yeti yitimine neden olup olmaması kansere uyum yapmada hastalıkla ilişkili faktörlerdir.

Kanserde psikiyatrik hastalıkların yaygınlığı %50'dir. Bunların çoğu kanserin kendisine ya da tedavilerine bağlı oluşur. Psikiyatrik hastalık yaygınlığı ileri evrelerde ve kötü gidişli hastalıkta daha fazladır. Kanserli hastalarda görülebilecek psikiyatrik hastalıkların 2/3'ünü uyum bozukluğu oluşturur. Major depresyon %10-15, tıbbi organik nedenlere bağlı oluşan deliryum ise %10 oranında gözlenir. Yatan hastalarda psikiyatrik hastalıkların sıklığı artmaktadır; majör depresyon sıklığı %20-45, deliryum sıklığı %15-75 oranlarına yükselmektedir.

Kanser hastalarında depresyon ve deliryum çok sık gözlenmesine ve başarıyla tedavi edilmelerine rağmen her iki hastalığın tanınma ve tedavi edilme oranları çok düşüktür.

Kanserde depresif bozuklukların yaygınlığı genel toplumdakinden oldukça fazladır. Genel toplumdakinden farklı olarak cinsiyet farklılığı gözlenmez. Yapılan çalışmalarda farklı klinik ölçeklerin kullanılması ve farklı kesim noktalarının temel alınması nedeniyle klinik olarak belirgin depresyon sıklığı %1 ila %50 arasında değişmektedir.

Majör Depresyon yaygınlığı kanser tipine göre de farklılık göstermektedir. Orofarengeal kanserlerde %22-57, pankreas kanserinde %33-50, meme kanserinde %1,5-46, akciğer kanserinde %11-44 oranında gözlenmektedir.

Yapılan çalışmalarda kanser hastasında depresyon gelişimi açısından risk oluşturabilecek faktörler içerisinde ilerlemiş hastalık, fiziksel yeti yitimi, ek tıbbi hastalıklar, önceden geçirilmiş depresyon, ailede depresyon öyküsünün olması, kontrol altına alınmamış ağrı, düşük sosyal destek ve yakın zamanda kayıp yaşamış olmak yer almaktadır.

Depresyonda gözlenen uykusuzluk, halsizlik, iştahsızlık, konsantrasyon güçlüğü, küntlük, psikomotor yavaşlama gibi belirtiler kansere ve kanser tedavilerine bağlı oluşabilecek pek çok belirtiyi taklit edebilir. Kanser hastasına depresyon tanısı koyarken odaklanılması gereken belirtiler disfori, zevk alamama, çökkün duygudurum, umutsuzluk ve değersizlik düşünceleri, uygunsuz ya da aşırı suçluluk düşünceleri ve intihar düşünceleridir.

Kanser hastasında intihar riski genel toplumdakinin iki katıdır. İntihar risk faktörleri içerisinde ilerlemiş hastalık, kontrol altına alınmamış ağrı, ağır şiddette depresyon ve umutsuzluk, geçmişte intihar girişiminde bulunma, yakın zamanda kayıp yaşamış olmak, erkek cinsiyet, işsizlik, sosyal destek azlığı, yaşlı hastalar, alkol madde kullanımı-bağımlılığı yer almaktadır.

Kanserde bunaltı (anksiyete) yaygınlığı %10-30'dur. Bunaltı, uyum bozukluğunun, yaygın bunaltı bozukluğunun, panik atak veya panik bozukluğun, akut stres bozukluğunun veya travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) bir belirtisi olabilir. Yapılan son dönem çalışmalarda TSSB yaygınlığının %32, TSSB belirti yaygınlığının %80 olduğu bildirilmektedir. Kanser hastasında anksiyete kendini basit fobi (iğne, kan, hastane, MRI) ve beklentisel bulantı ve kusma şeklinde de gösterebilir.

Kanser hastasında depresif bozuklukların ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde ilaçlar (antidepresanlar) ve ilaç dışı sağaltım seçenekleri (Psikoeğitim-Bilişsel Davranışçı Terapi, Destekleyici Psikoterapi, Kişilerarası Psikoterapi, davranışçı teknikler) kullanılmaktadır. Kanser hastasında depresif

bozuklukların sağaltımında Kanserde Depresyon Sağaltım Klavuzu'nda da belirtildiği gibi, ilaç ve ilaç dıŐ sağaltımların birlikte kullanılması en etkin tedavi Őekliini oluŐturmaktadır.

Günümüzde kanserde sağkalıma etkili faktörlerle ilişkili pek çok araŐtırma yapılmaktadır. Bu araŐtırmalardan bir bölümü hastaların ruhsal durumları ve bunun sağkalıma etkisidir.

Yakın zamanda yapılan bir çalıŐmada kronik depresyonun sağkalım ile ilişkili olduğu gösterilmiŐtir. Bu çalıŐmada kanser seyrinde depresyon gelişmesinin ve belli bir zaman diliminde düzelmesinin, adaptif bir mekanizma olduğu, kısa sağkalım için bir risk faktörü olmadığı belirtilmiŐtir.

Yapılan çalıŐmaların büyük çoğunluğunda kanser hastalarında oluşan psikiyatrik hastalıkların yaŐam kalitesini bozduğu, tedaviye uyumu azalttığı bulunmuŐtur.

1980'li yıllardan itibaren süregelen psiko-onkoloji çalıŐmaları ve edinilen deneyimler, günümüzde kanser hastalarına verilecek psikososyal desteğin rutinin içinde olması gerekliliğini ön plana çıkarmıŐtır.

Doç. Dr. Özen Önen Sertöz

Türkiye Psikiyatri Derneđi Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi alıŐma Birimi Üyesi

Türkiye Psikiyatri Derneđi Adına