

## Kanser Hastalarında Psikolojik Destek

**Kemal Arıkan**

**Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Bilim Dalı**

### **Abstract**

In this article, it is aimed at providing a guidance for the physicians on how to approach, understand, and support their patients with cancer. Indeed, in the paper, empathy is taken as the hearth of the matter of all the points. It is suggested that particular attention should be paid by the doctors to the feelings of the patients in each step of the progress of the illness. On the other hand, it is vital to keep in mind that sympathy should be avoided in the process. There are several topics outlined in the paper with the hope that it gives some idea about the patients' basic concerns in a step-dependent manner of their illnesses. So, it is expected that the paper makes it easier to empathize with the cancer patients.

### **Kanser Hastasının Ruhsal Durumu**

Kanser hastasının temel kaygıları ölüm korkusu, başkalarına bağımlı kalmak, yetersizlik ve sosyal ilişkilerin kesintiye uğraması olarak özetlenebilir. Hastaların kaygılarına karşı geliştirdiği tepkiler tıbbi, psikolojik ve ikili insan ilişkilerinin durumuna bağlı olarak belirlenir. Tıbbi faktörler içerisinde semptomlar, kanserin lokalizasyonu, beklenen prognoz sıralanabilir. Hastanın geçmiş kişilik özellikleri, sorunlarla başa çıkma yeteneği, ego gücü, içerisinde bulunduğu psikolojik gelişim aşaması, kanserin bulunulan noktadaki etkisi ve anlamı psikolojik faktörler olarak belirtilmektedir. İkili insan ilişkilerinin önemli olanları aile ilişkileri başta olmak üzere diğer sosyal destek kaynakları ve sağlık hizmeti veren insanlarla ilişkiler gösterilebilir.

Affektif tepkiler yoğun anksiyete, mutsuzluk, suçluluk, korku, öfke ile tümüyle duyarsızlık arasında değişim gösterir. Kognitif olarak hastalar aşırı bilgi ihtiyacı gösterirler. Konsantrasyon güçlüğü sergileyebilirler. Şaşkın ve paralize olmuş hastalara rastlanabilir. Somatik yakınmalar artar. Günlük aktiviteler kesintiye uğrar, uyku ve iştah çoğu kez bozulur.

Tüm bulgular genel olarak akut stres bozukluğu bulgularına tekabül eder. Ancak akut stres dönemi genellikle hızla düzelir. Sonuçta hastanın önemli yaşamsal işlevlerine dönüş gözlenir. Kanser hastasının önemli yaşamsal işlevleri;

tedaviye karar vermek,  
komplians,  
önemli ilişkilerin sürdürülmesi,  
ailevi, sosyal ve mesleki işlevlerin devamı olarak sıralanabilir.

Eğer akut stres bulguları ya da işlevsizlik hali iki haftayı aşacak şekilde devam ederse durum psikiyatrik bozukluk olarak kabul edilebilir.

### **Kanser Hastalarında Ortaya Çıkan Psikiyatrik Bozukluklar**

%20-45 oranında depresyona, %15-75 oranında deliryuma rastlanmaktadır. Bunların yanı sıra akut stres bozukluğu, tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu, postravmatik stres bozukluğu, panik bozukluk sıkça rapor edilmektedir. Alkol ve nikotin bağımlılığının yol açtığı yoksunluk sendromları her zaman ortaya çıka-

bilen durumlardandır. Tümör lokalizasyonuna ve tümörün hormonal işlevselliğine, immun supresyona, infeksiyonlara, paraneoplastik sendromlara, kemoterapötiklere ve radyoterapiye bağlı psikiyatrik bozukluklara da rastlanmaktadır.

Bazı meslektaşların, hastaların psikolojik yakınmalarını kanser gibi ağır bir hastalığın doğal sonucu olarak değerlendirmekte olduğu ve bir çok psikiyatrik bozukluğun bu nedenle gözden kaçabildiği rapor edilmektedir.

Semptomatik açıdan bakıldığında yorgunluk, halsizlik, kaygı, mutsuzluk, ağrı ve uyuklama, gece uykusuzluğu, iştah kaybı, konsantrasyon güçlüğü, cinsel işlev bozukluğu ve kabuslar en sık rastlanan bulgulardır.

### **Tedavi**

Psiko-onkolojide tedavinin esası en kısa sürede semptomatik iyileşme sağlamaktır. Aile bireyleri her zaman akılda tutulmalıdır. Hekimleri bekleyen en büyük sorun kontr-transferanstır. Hastaların yaşadığı acı verici durumdan uzak durma ihtiyacına karşı direnmeleri gerekir. Ayrıca, fazla işin içine girmek de yanlıştır.

### **Anamnez**

Anamnez alırken olağan psikiyatrik görüşme ilkeleri kullanılmalıdır. Bu hastalarda anamnezin en temel unsuru hastanın kanser olayından ne anladığı, yani kendi hastalığına ne anlam yüklediğinin açığa çıkarılmasıdır. Özellikle de prognoz hakkındaki düşünceleri alınmalıdır. Taşındığı hastalık nedir? Ailesi ya da yakınları kendisine ne söylemiştir? Aile bireyleri, hekimler ve hasta arasında büyük çelişkiler olabilir. Böyle bir durum ilave ciddi stres kaynağıdır. Diğer önemli hususlar; tıbbi faktörlerin yol açtığı mental sorunlar ve başta aile olmak üzere çevrenin hasta üzerindeki rol ve etkisinin araştırılmasıdır.

Kanser hastasını değerlendirme esasları şu şekilde özetlenebilir;

### **Psikiyatrik**

- Özgeçmiş
- Şimdiki mental işlevler
- Hastalık anlayışı
- Hastalığa yüklenen anlam

### **Tıbbi**

- Kanser lokalizasyonu ve aşaması
- Kanser tedavisi
- Hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan tıbbi durumlar ve tedavileri

### **Çevresel**

- Aileyle ilişki
- Tıbbi ekiple ilişki
- Diğer sosyal destekler
- Finans durumu

### **Tedavi Modaliteleri**

Uyku sorununun çözümünde kullanılan hipnotikler veya antihistaminikler özellikle akşam saatlerinde uygulandığında deliryumu provoke edebilir. Hesaba katılması gereken bir başka önemli konu da psikiyatrik amaçla ve uzun süre kullanılması düşünülen ilaçların sitokrom p450 üzerinden metabolize olup olmadığıdır. O yoldan metabolize olan ilaçlar kanser tedavisinde zorunlu olarak kullanılması gereken kemoterapötiklerle veya kanserin hazırladığı zeminde ortaya çıkan infeksiyonlara karşı kullanılması zorunlu antibiyotiklerle, ya da immusupresiflerle farmakokinetik uyumsuzluk gösterebilir. Sonuçta kullanılan ilaçların toksik doza çıkma riski belirir.

Deliryum ve farmakokinetik uyumsuzluk risklerinin yanı sıra hastanın genel metabolik durumu hesaba katılmalıdır. Örneğin hipoalbuminemi olan bir hastada ilaçların serbest formu kanda yükselecektir. Bu istenmeyen bir durumdur ve ilaç etkisiyle ortaya çıkan deliryumların bir nedenidir. O halde böyle hastalarda ilaç dozunu düşük tutmak gerekir.

Bir başka önemli konu ise verilecek ilaçların gastrointestinal sistem üzerindeki direkt ya da çoğunluğu 5HT-3 reseptörleri üzerinden ortaya çıkan merkezi nitelikte bulantı ve kusmalara yol açıp açmayacağına akılda tutulmasıdır.

Psikoterapilerde genel amaç hastanın kendine duyduğu saygıyı korumaya çalışmaktır. Ayrıca stresin başa çıkılır düzeye indirilmesi, kendilik imajını korumak bu yolla mümkün olabilmektedir. Sonuçta hastanın kontrol algısı yükselmekte ve anksiyetesi azalmaktadır.

Kırsal bölgelerde yaşayan hastalar için telefonla hastayı aramanın çok yararlı olduğu bildirilmektedir. Yine bilgilendirici ve yol gösterici video kayıtlarının hastalar tarafından memnuniyetle karşılandığı gözlenmektedir.

Psikoterapi, genellikle kriz müdahalesi olarak başlar. Ama eğer hasta fiziksel olarak iyiye giderse süreç olağan psikoterapötik girişim haline gelir. Hastaların büyük çoğunluğu kendilerini iyi hissettiklerinde psikoterapiye son vermek eğilimindedir. Ancak relaps ya da kriz durumlarında tekrar psikoterapiye girerler. Bu durum tedaviye direnç olarak tanımlanmaz. Çünkü tedavinin kontratı budur. Hastanın en temel meseleleri yaşam süresinin azalmış olduğu ve yaklaşan ölüm gerçekleridir. Bu iki mesele her ne kadar birbirleriyle çok ilişkili olsalar da farklı bağlamlarda ele alınırlar. Yaşam süresinin kısalığı bir şekilde üzerinde tartışılabilir bir konudur. Diğer yaşam sorunlarının bir uzantısı olarak ele alınabilir. Ama ölüm tümüyle karanlık bir konudur. Hekimler birinci konudan sapmamalı ve ikinci konudan hastayı bilgilendirme aşaması dışında uzak durmalıdır. Sürecin bir yerinde hastaların büyük çoğunluğu ikilemli de olsa ölümü kabul ederler, hatta bunu ister hale gelirler. Bu durumda ikilemin çözümsüz ve doğal olduğu ve de olduğu gibi kabullenilmesi gerektiği hem hekimin kendisi tarafından kabul edilmelidir hem de hasta ve yakınlarına bu anlayışla yaklaşılmalıdır.

Kanser hastalarında grup tedavisi oldukça yararlıdır. Böylece hastalara samimi bir destek sistemi teklif edilmekte, ayrıca hastaların bilgi sahibi olmaları ve duygularını rahatça ortaya koyup nefes alabileceği bir ortam sağlanmaktadır. Gruplar değişik formatlarda olabilmektedir. Eğitim gruplarında onkoloji servisinden bir görevli liderlik yapmakta, duygusal dışı vurumlara izin verilmemekte, salt bilgilendirme işlevi yerine getirilmektedir. Destek gruplarına psikiyatrist liderlik etmektedir. Duygular ele alınmaktadır.

### **Spesifik Sendromlar: Tanı ve Tedavi**

#### ***Tıbbi Durumu Etkileyen Psikolojik Faktörler***

Bunlar hastalığın gidişini etkileyen durumları kapsar. Örneğin akciğer kanserinde sigara kullanımının devamı, ya da immunsupresif tedavi gören hastaların sergileyebileceği kompulsif vasıftaki yüksek riskli davranışlar gibi.

#### ***Uyum Bozukluğu***

Depresif, anksiyöz ya da mikst emosyonel özellikli uyum bozukluğu, kansere eşlik eden hastalıklar içinde en yüksek insidansı oluşturur. Bununla başa çıkabilmek için hastanın yüksek gerilim oluşturan duygularının açıkça ifade edilmesi ve netleştirilmesi yönünde destek verilir. Yine bu hastalara özellikle hastalıklarıyla ilintili konularda kısa dönem hedefler belirlemelerinde yardımcı olunur. Hasta ve yakınlarının destek sistemlerine en kısa sürede entegre olabilmeleri için yardım edilir. Yol gösterilir. Hastanın aşırı uyarılmış halden daha relaks bir hale geçişini sağlamak üzere davranış tedavisi tekniklerinden yararlanılır. Gerektiğinde düşük doz benzodiazepin verilebilir.

#### ***Anksiyete Bozuklukları***

Kanser hastasında rastlanan anksiyete olağan bir reaksiyon, akut stresin sıradan bir komponenti, ya da tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bunların yanı sıra kanser hastalarının

kullandığı bazı ilaçların anksiyeteye yol açtığı unutulmamalıdır. Mesela akciğer kanseri olgularında sık kullanılan bronkodilatatörler, steroidler, antiemetik olarak kullanılan antipsikotik etkili metoklopramid vb ilaçlar bunlardandır. Panik bozukluk niteliğindeki anksiyete bozuklukları olağan anti panik tedaviye alınabilir. Post travmatik stres bozukluğu tanısına gün geçtikçe daha fazla rastlanmaktadır. Bu bazen doğrudan hastalıkla ilintilidir, bazen de daha önceden yaşanmış ama sendrom gelişimine yol açmamış bir zeminin açığa çıkması şeklinde olmaktadır. Buna eski travmaların reaktivasyonu da denebilir. Böyle bir durumda yaşanan hastalıkla daha önce yaşanmış olan travmanın ilişkisizliği destekleyici psikoterapi ile açığa çıkarılmalıdır.

### **Major Depresyon**

Aşırı suçluluk duygusu ve işe yaramazlık düşünceleri normal mutsuzlukla depresyon arasındaki farkı belirler. Burada bir çok ilacın, tümör türünün ya da hastalığa eşlik eden patolojilerin depresyona yol açabileceği unutulmamalıdır. Kanserde depresyona yol açabilen belli başlı ilaçlar şunlardır: prednizon, deksametazon, prokarbazin, vinkristin, vinblastin, l-asparaginaz, tamoksifen, interferon, antihipertansifler, narkotikler, beta blokerler, benzodiazepinler, antiparkinson ajanlar. Hormon salgılayan tümörler, pankreas başı kanseri, MSS tümörleri, üremi, ensefalit, elektrolit dengesizliği diğer depresyona yol açan nedenler arasında yer almaktadır.

Tedavide SSRI grubu ilaçlar ilk tercih olarak kullanılmaktadır. Bazı antidepressanlar ile ilgili özel uyarılara rastlanmaktadır. Örneğin maprotilin (ludiomil) dopamin blokeri etkisi nedeniyle metoklopramid vb antiemetiklerle birlikte verildiğinde diskinezi olasılığını artırmaktadır. Trisiklik antidepressanlar ise genellikle opiatların etkisini daha da istenen şekle dönüştürmektedir.

Kanser hastalarının bir çoğu intihar fikirlerine sahiptir. Ancak gerçekte intihar riski beklenenin

sadece iki katı kadardır. İntihar riskini artırdığı düşünülen faktörler;

Depresyon, ümitsizlik,  
Kontrol edilemeyen ağrı,  
Hafif deliryum (disinhibisyon),  
Eski psikiyatrik hastalıklar (madde bağımlılığı, kişilik bozukluğu, major psikiyatrik hastalıklar),  
Akut aile sorunları,  
Geçmiş intihar girişimleri,  
Ailede intihar öyküsü.

Bu durumda hastaya eylemi desteklemeksizin, intihar fikirlerinin doğal olduğu yönünde bilgi verilmesi önerilmektedir. Genel olarak semptomlar kontrol altına alındığında intihar fikri kaybolmakta, tersinde ise fikirler canlanmaktadır.

### **Deliryum Demans ve Diğer Kognitif Bozukluklar**

İlaç toksisitesi en sık rastlanan sebeptir. Sorumlu ilaçların başında narkotikler gelmektedir. Diğerleri anti kolinerjikler, sedatif hipnotikler, beta blokerler, dijital glikozitler, bronkodilatatörler, antihipertansifler, amfoterisin vb antibiyotiklerdir. Madde bağımlılarında ani kesilmeler de deliryum nedeni sayılmaktadır. Risk faktörleri ise, erken ya da geç yaş, MSS problemleri, düşük albumin düzeyi, metabolik anormallikler, ısı regülasyon bozukluklarıdır.

Tedavide gece ışıklandırması, tekrarlayıcı oryantasyon desteği yanı sıra haloperidol, olanzapin vb antisikotikler etkilidir. Takipte Deliryum Rating Skalası (DRS) kullanılması önerilir.

### **Tümör Lokalizasyona Bağlı Sendromlar**

Supratentorial tümörlerin hemen hepsinde psikiyatrik sorunlar ortaya çıkar. Bunlar daha çok kişilik değişimleri, anksiyete ve depresyon olarak belirir. Paraneoplastik sendromlarda (tümörün nonmetastatik MSS etkisi) ise özellikle amnezi ortaya çıkmaktadır. Küçük hücreli akci-

ğer kanseri, Hodgkin lenfoma ve over kanseri paraneoplastik sendroma yol açan başlıca kanser türleridir. Paraneoplastik sendrom mekanizmasında tümörün salgıladığı toksinler, esansiyel maddelerle yarış, oportunistik infeksiyonlar, özellikle de altta yatan tümöre karşı geliştirilen otoimmün yanıt üzerinde durulmaktadır.

### ***Tümörlerin Endokrin Etkileri***

Endokrin sistem tümörleri fizyolojik olarak aktif olabilir. Bunlar daha çok anksiyete, konfüzyon ve arada sırada psikoza yol açarlar. Pankreas kanserinin depresyona yol açtığı iyi bilinmektedir.

### ***Kanser Tedavisinin Yol Açtığı Psikiyatrik Sorunlar***

Kemoterapötiklerin saç dökülmesi başta olmak üzere yol açtığı yan etkiler ciddi psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Hastanın önceden bilgilendirilmesi, ortaya çıkacak sorunların mekanizmalarının açıklanması ve geri dönüşüm olasılığı ve süresi hakkında tartışılması ortaya çıkacak psikolojik sorunları en aza indirmektedir.

Radyoterapi sonuçta kısa dönem hafızayı bozmakta ve 10-25 puan düzeylerine dek zeka yıkımına (IQ) yol açabilmektedir. Böyle bir durumda metilfenidat (ritalin) oldukça etkili bir şekilde düzelmeye yaramaktadır. Radyasyon terapisinin yol açtığı bir diğer sorun ise kadınlarda vajina duvarında neden olduğu sikatrize, erkeklerde ise direkt etkiyle impotense yol açarak cinsel işlev bozukluklarıdır. Vajina dilatasyonu ile disparoni tedavi edilebilmektedir. Burada önemli olan hastanın kendiliğinden dile getirmeye çekindiği bu tür sorunların saptanmasıdır.

Kemoterapötiklerin yol açtığı bulantıya karşı 5HT-3 antagonistleri önerilmektedir. Metoklopramid konvansiyonel bir yöntem olarak halen kullanılmaktadır. Ancak ortaya çıkardığı akatizi önemli bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir. Böyle bir durumda düşük doz lorazepam (ativan) problemin şiddetini azaltacaktır. Bulantı

ve kusmanın şartlı refleks oluşumu üzerinde önemli bir etkisi olduğu için bazı hastalarda kemoterapötik verilmediği halde terapiyi çağrıştıran her hangi bir uyarın karşısında kusma ortaya çıkabilmektedir. Bu durum terapiden sonra uzun aylar devam edebilmektedir. Tedavisinde davranışçı yaklaşım önerilmektedir. Bu amaçla densesitizasyon ve relaksasyon teknikleri kullanılmaktadır.

Kemoterapötiklerin MSS toksisitesi metabolik ya da çeşitli organ bozukluklarına yol açıp indirekt bir şekilde ortaya çıkabilir, ya da direkt etki söz konusu olabilir. Örneğin metotreksat intratekal olarak verilirse başlangıçta hafif kognitif bozukluklara, hafif mood bozukluğuna, ya da kişilik değişikliğine yol açabilir. Ardından kalıcı demans tablosu gelişebilir. Mizaç bozukluğu ya da psikoza yol açan kemoterapötikler şunlardır:

- Vinblastin (reversibl depresyon, güstatuar ve olfaktor halüsinasyonlar)
- Vinkristin (%5 halüsinasyon)
- Prokarbazin (SSRI, trisiklik kontrendikedir. Mani ve depresyona yol açabilir.)
- l-asparaginaz (reversibl depresyon)
- İnterferon (yüksek dozda intihar fikirleri)
- Steroidler (emosyonel labilite, mani depresyon)
- Tamoksifen (depresyon, hezeyan)

Aslında kemoterapötiklerin yol açtığı psikiyatrik tablolar çoğu zaman reverzibl olup ilaç kesildiğinde ortadan kalkar. Eğer sorun çıkaran ilaç kesilemeyecekse semptomatik tedavi yapılır.

### ***Ağrı***

Ağrı ile mücadelede işi zorlaştıran önemli faktörlerden birisi hekimlerin gösterdiği dirençtir. Burada bilinçdışı iki faktör rol oynar. Birincisi hastaya aşırı sempati gösterip onunla adeta özdeşleşmektir. İkincisi ise sadistik duyguların provokasyonu ve buna bağlı suçluluk duygularıdır. Bazı hekimler ise hastalarının bu karşı konulmaz gerçeğe direnemediklerini düşünüp on-

ları suçlama yoluna gidebilmektedir. Bu tür durumlarda psikiyatristlerin kanser biriminde görevli bu kişilere karşı herhangi bir önyargıda bulunmaksızın durumlarını anlamalarına yardım etmeleri gerekmektedir. Ağrı denetiminde rastlanan diğer bir sorun ise narkotiklerin yol açtığı deliryumdur. Hekimlerin ve hastaların bu konuda bilgilendirilmesi de yine konsültasyon liyezon psikiyatristlerinin görevidir. Kanser ağrısında kullanılan psikiyatrik ilaçlardan bazıları şunlardır: antikonvülsanlar (fenitoin); antidepresanlar (amitriptilin, imipramin); antihistaminikler (hidroksizin); fenotiazinler. Bunlar özellikle nöropatik ve sempatetik orijinli ağrılarda etkilidir. Narkotikler ise daha çok viseral ve somatik ağrılarda etkindir. Opioid analjeziklerin kullanımına bağlı deliryum olasılığını daima akılda tutmak gerekmektedir. Böyle bir olgu örneğine Cerrahpaşa Genel Cerrahi Kliniğinde rastlanmıştır. Hastada kolon kanseri vardır. 67 yaşındadır. Viseral kökenli ağrıları nedeniyle görece yüksek doz morfin verildikten sonraki gece hastada dehşet verici halüsinasyonlar ortaya çıkmıştır. Kendisi ve refakatçisi olan eşi durumdan o kadar utanmıştır ki bize dahi olanları anlatmak istememiştir. Ancak hemşire gözlemine dayanarak konsültasyon talep edilmiştir. Hasta başına gelenlerin morfinden olduğunu farketmiştir. Bu durumda bir daha morfin almak istememektedir. Oysa morfin almazsa ağrılarına çaresiz katlanmak zorunda kalacaktır. Bunu da sezilmektedir. Bu düşünce ve duygular nedeniyle deliryum depresyona yol açmıştır. Tüm bu bilgiler aktif bir sorgulamayla elde edilebilmiştir. Hasta görüşme boyunca konudan uzak durmaya çalışmıştır. Yaşadığı deneyimin kendi eksikliğinden kaynaklanmadığı, o dozda morfini kim olsa benzeri bir hal yaşayacağı izah edilmiş morfin dozunun yeniden ayarlanması önerilmiş ve hasta çaresizlik, yetersizlik, eksiklik, stigmatize olmak (deli damgası yemek) suretiyle sosyal ilişkilerin kesintiye uğraması kaygısı ve yalnızlık duygularından arındırılmıştır.

### **Palyatif Bakım**

Kanser hastalarını fiziksel olarak ve etkin olarak katılabilecekleri konulara yönlendirmek gerekir. Bu hastaları çok mutlu edebilecek bir şey varsa o da onlara deneyimlerinin zenginliğinin gösterilmesidir.

### **Gerçeğin Dile Getirilmesi**

Empatik yoldan hastanın hazır olduğu zaman gözlenerek doğrunun açıklanması ideal yoldur. Ancak burada kültürel faktörleri hesaba katmak gerekmektedir.

### **Bilgilendirilmiş Rıza Belgesi**

Hastalara uygulanacak her türlü tedavinin etkileri, yan etkileri, başarı yüzdesi, alternatifleri bildirilmelidir. Sonuçta hastanın tedaviyi tümenden reddetmek ya da başlanmış bir tedaviyi sonlandırmak gibi haklarının olduğu unutulmamalıdır.

### **Kanser Hastasının Cinsel Yaşamı**

Bu hastaların büyük çoğunluğu utanç nedeniyle cinsel kaygı ve sorunlarını dile getirmezler. Oysa bu konularda aşırı bilgi ihtiyacı içindedirler. En iyisi ilk anamnez sırasında hastalara bu tür sorunları olup olmadığı açıkça sorulmalıdır. Hastalar sorunlarının doğası ve geri dönüşünün olup olmayacağını bilmek isteyeceklerdir. Bu esnada eş ya da partner de konuşmada yer alabilir.

### **Kanserden Kurtulanlar**

Eskiden kanserden kurtulmuş olanların inkar mekanizması ve hayatın değerini daha yakından anlamaya yol açan deneyimleri nedeniyle hastalıklarıyla ilişkili psikiyatrik sorunlarının olmadığına inanılırdı. Ancak, lösemi, lenfoma ve meme kanseri olgularında yapılan incelemeler, başta cinsel işlev bozukluğu olmak üzere post travmatik stres bozukluğu ve diğer psikiyatrik sorunlara normal popülasyona kıyasla daha fazla rastlandığını ortaya koymaktadır. Bu eski hastalarda regrese, bağımlı ve pasif tutumların “iyi hasta”

olmakla özdeş tutulduğu bir anlayışın reddedildiği, yeni ve matür bir başa çıkma yolu keşfedilmelidir. Aileler bazen sorun çıkarabilir. Örneğin hastayı sürekli bağımlı kılmak isteyebilirler ya da hasta olmadan önceki davranışların sergilenmesini bekleyebilirler. Hastanın gerçeği ile bağdaşmayabilen bu aile tutumlarına karşı hastanın pazarlık gücünü artırmak gerekmektedir. Burada aile ilişkilerinin destekleyici atmosferini bozmaya dikkat etmek önerilir.

### ***Kanser Tedavisinin Geç Komplikasyonları***

- İnfertilite
- Radyoterapiye bağlı endokrin yetmezlikler
- Sekonder maligniteler (PTSB ye yol açmaktadır)
- Sosyal dışlanma (stigmatizasyon)

### **Kanser Hastasının Ailesi**

Burada hekimlerin özellikle dikkat etmesi gereken bir nokta vardır. Bazı ailelerde tuhaf, yanlış inançlara rastlanır. Bu durumda hekimlerin bu inançlar hakkında bilgili olmaları gerekir. Böylece aile bireyleri ile hekimler arasında kutuplaşmalar ve günah keçisi olma halleri ortadan kalkacaktır. Aile içi bağların sıklığı arttıkça hastalıkla başa çıkma gücü de artacaktır. Yine hastalığın aile gelişim sürecinin hangi aşamasında ortaya çıktığı, ailenin yapısal niteliği de önemli unsurlar olup bunların da anlaşılması yerinde olacaktır.

### **Tıbbi Görevlilerde Rastlanan Sorunlar**

İlk aylarda mutsuzluk, anksiyete, genel bir duygusuzluk hali, disfori gözlenir. Ardından başa çıkabilme gücünün ve hayatta kalma yeteneğinin sergilenmesine yönelik çabalar belirir. Burada organizasyonel düzeyde deneyimli bir çalışanın diğerlerine hastalarla birlikte hasta olmayı ya da kişisel kaygılar nedeniyle hastalardan tümüyle uzaklaşmamayı öğretmesi, yol göstermesi gerekir. Duygu ve düşüncelerin açıkça dile getirildiği görüşmeler vital değer taşır. Bu

amaçla kliniğimizde Balint grupları düzenlenmektedir. Hekimler hastalarında yaşadıkları duyguları grupla paylaşmaktadır. Özel durumlarda ise konsültasyon liyezon psikiyatrisi uzmanı ile teke-tek görüşme önerilir.

### **Çocukta Kanser**

Anksiyete bozukluğu önde gelen sendromdur. Davranış tedavisi ilk tercihtir. Benzodiazepinler kullanılabilir. Ancak bu ilaçların çocuklarda paradoks anksiyeteye yol açabileceği unutulmamalıdır. Bu çocukların kendilerinden çok annelerinde psikiyatrik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu da daha ziyade post travmatik stres bozukluğu olmaktadır.

### **Alternatif Tedaviler**

Alternatif tedavilerin bir çoğunda temel sorun sudur; bu tür tedavilerde hastalara kanserin kendi kontrolleri altında olduğu inancı verilmeye çalışılır. Bunun dile gelmeyen karşılığı hastalığın kötü gidişinin sorumlusu da yine hastalardır. Bu durumda hastalar kendilerini suçlamaya yönelirler. Hatta kansere yol açan şeyin kendi kusurları olduğuna inanmaya başlarlar. Sonuç kendine saygıda azalma, hastalardan beklenen temel işlevlerde aksama ve hatta depresyon şeklinde olabilmektedir.

### **Dini İnançlar**

Yapılan birçok çalışma dini inançlara dayalı yaklaşımların birçoğunun matür ve aktif başa çıkma yöntemleri içerdiğini göstermektedir. Ruh sağlığı çalışanları hastaların, eğer varsa bu yönlerini mevcut krizle başa çıkarken kullanmalarına izin vermelidir.

### **Ölüm Gerçeği Karşısında Tutum**

Terminal hastalar üzerinde yaptığı araştırmalara dayanan Kübler-Ross ölümüne doğru giden süreçte hastaların şu aşamalardan geçtiğini göstermiştir:

1. İnkâr: İlk tepki budur. Tedavi sürecini engellemedikçe başlangıçta ortaya çıkan yüksek düzeydeki anksiyete ile başa çıkmakta yararlı sayılabilir.
2. Öfke: “Neden ben?” İnkâr dönemi sona erdiğinde isyan süreci başlar. Bu dönemde hastalar kolay irrite olmakta, sürekli bir şeyler talep etmekte, eleştirmekte, kendilerine, bakıcılarına, ailelerine, arkadaşlarına veya tanrıya karşı öfke göstermektedir.
3. Pazarlık: “Tamam ben, ama...” Öfke dönemi aşıldıktan sonra hastalar ölümü kabul ederler ama bu kez süreyi uzatmak için pazarlık davranışlarına geçerler. Daha uzun süre yaşayabilmek için etrafa sözler verirler, iyilikler yapmaya başlarlar, organ bağışında bulunurlar. Böylece Tanrının kendilerine daha uzun bir ömür vereceğine inanırlar.
4. Depresyon: “Tamam ben.” Hastalar pazarlık aşamasından sonra sonunda neler olacağını ve olacakların kimin başına geleceğini tamamiyle kabul etmiş durumdadırlar. Yaşamın sonuna gelindiğine dair kesin inanç sonucunda hastalar depresyon hali yaşarlar.
5. Kabul: “Tamam ben ve artık hazırım.” Bu dönemde herhangi bir depresyon ya da pazarlık söz konusu değildir. Ölüm gerçeği olduğu gibi kabul edilmektedir.

### **Sürecin Ölümle Sonuçlanacağını Bildirilmesi**

Günümüzde ölüm haberinin verilip verilmeyeceği tartışma konusu değildir. Artık bu bilginin verilmesi gerektiği konusunda yeterli görüş birliği vardır. Burada soru bu bilginin ne zaman ve nasıl verileceğidir. Etik açıdan bu bilginin hasta hakları kapsamında yer aldığı düşünülmektedir. Ölüm haberi verilirken şu hususlar önemlidir: (1) O sırada sağlık ekibi hazır bulunmalıdır. (2) Eş ya da partner hastaya eşlik etmelidir. (3) Hasta ve eşlik eden rahat bir ortama alınmalıdır. (4) Eğitimli hastalara bile çok basit kelimeler kullanılmalıdır. (5) Acele etmeden ve

duygusuzluk izlenimine yol açmadan sürece emosyonel olarak katılmak çok önemlidir. (6) Hastanın ne kadar ömrünün kaldığına dair tahminde bulunmak yanlış olacaktır (7). Hastayı soru sorması için teşvik etmek ve sorduğu sorulara cevap vermek gerekir (8). Gerçeklerin umudun düşmanı olmadığı hiç akıldan çıkarılmamalıdır (9). Hasta öldüğü ana dek bakım altında olacağına tamamiyle inandırılmalıdır. (10) Hastalıkla ilgili mevcut durum açıklanmalı ve gelecek adımda neler planlandığı anlatılmalıdır. Nazik ve duyarlı bir yaklaşım hastanın inkarı ile başa çıkıp kabullenışı kolaylaştırmış olacaktır. Hastaya ne kadar ve ne zaman bilgi verileceği hastanın ihtiyaçlarına ve kapasitesine göre tayin edilmelidir.

Buraya kadar anlatılanları kısaca özetleyeceğimizi düşünerek aşağıdaki olgu sunulmaktadır.

### **Olgu**

35 yaşındaki kadın hasta radyasyon onkolojisi servisinde yatmaktadır. Doktoru konsültasyon liyezon psikiyatrisi olarak bizden yardım istemiştir. Hastasında depresyon olduğunu düşünmektedir. Hasta iki asistan, iki intern ve bir de benim tarafımdan yatağında ziyaret edilmiştir. Yüksek bir yastığa yaslanmış vaziyette sürekli oksijen almaktadır. Vücudu muhtemelen yapılan tedavilerin bir sonucu olarak ileri derecede ödemlidir. Yinede hafif şişman, kendine bakımda ölçülü, metanetli bir Anadolu kadını izlenimini vermektedir. Sorulara yerinde cevaplar vermektedir. Düşüncelerini açıklarken sergilediği duygusal durum gayet uyumludur. Bizleri memnuniyetle kabul etmiştir. Terminal dönem bir kanser hastasıdır. Uzak metastazları olan bir akciğer kanseri vardır. Hasta üç çocuklu bir ailenin ortanca kızıdır. Lise mezunudur. Bir telefon şirketinde hesap tutmaktadır. İki oğlu vardır. Bunlarda büyük olan 12 yaşında, küçüğü ise 7 yaşındadır. Eşi devlet memurudur. Ekonomik açıdan sosyal güvence altındadır. Annesi hayattadır. Babası ise



kalp hastalığı nedeniyle ölmüştür. Hastaya hastalığının ne olduğu sorulmuştur. Akciğer kanseri olduğunu bilmektedir. Metastazlardan da haberi vardır. Sanki süreci kabullenmiş gibi görünmekte, herhangi bir depresyon, öfke, pazarlık hali göstermemektedir. Kullandığı kemoterapötikler, metastazlar, tümörün doğrudan ya da dolaylı etkisi ya da radyoterapinin yol açabileceği türden herhangi bir kognitif, afektif ya da psikotik bozukluk saptanmamıştır. Olağan psikiyatrik muayene herhangi bir formal format izlenimine yol açmayacak şekilde tamamlanmış, ardından hastanın premorbid kişilik özellikleri, ailede herhangi bir psikiyatrik bozukluk ya da intihar öyküsünün olmadığı sorgulanmıştır. Hasta işinde gayet başarılı bir kadındır. Aile ilişkilerinde dikkat çeken tek durum büyük oğlunun halasının bakımına verilmiş olmasıdır. Çünkü halanın çocuğu olmamıştır. Ülkemizde bu türden uygulamalara sık rastlandığı göz önüne alınarak bu durumun hasta üzerindeki etkisinin fazla büyük olmayabileceği düşünülmüştür. Ancak hasta kendisi hastanede yattığı sürece küçük oğlunun da halası tarafından bakılmasını beklemiş ama hala buna yanaşmamıştır. Bu nedenle ortaya çıkması mümkün güçlükler olabileceği akılda tutulmuştur. Ardından hastanın hastalığına verdiği anlam ve onunla başa çıkma şekli gözden geçirilmiştir. Sürekli olarak “bununla başa çıkacağım, kanseri yeneceğim” demesi dikkat çekici bulunmuştur. Bunun için moralini yüksek tutmaya çalıştığını ifade etmektedir. Ancak, kanser gibi büyük bir sorunun üstesinden gelmek üzere yola çıkmış bir insanın gözlerinde beklenen heyecan ve bilgi açlığını sergileyen yoğun sorgulama hali hastada yoktur. Hasta ile görüşme sonlanırken uyku ve iştah sorunu olup olmadığı sorulmuş, alınan yanıtlar üzerine uyku sorununu çözmek üzere antidepresan önerilmiş ve bir sonraki görüşme için hastaya konsültasyon talep ettiğinde kendisinin tekrar ziyaret edileceği söylenmiş ve görüşme sona erdirilmiştir. Görüşmenin ardından seansa katılan tüm hekimlerle birlikte konu

gözden geçirilmiş ve hastanın hastalığı ile başa çıkma inancının bir tür inkâr olabileceği ve bu denli uzun süren bir inkârın hastayı hastalığına karşı savunma geliştirmekte başarısızlığa yol açmış olabileceği düşünülmüştür. Konsültasyon talep eden meslektaşımızın hastayı o savunmasız, depresif anlarında gözlemiş olabileceğine karar verilmiştir. İki hafta sonra aynı hasta için yeniden konsültasyon istenmiştir. Aynı ekiple rekon-sülte edilmeye gidildiğinde hastanın affektif olarak daha da çökkün olduğu ama hâlâ hastalıkla başa çıkma iddiasını sürdürdüğü görülmüştür. Bu durum bende, o anda, sanki hastanın bu işi kendine görev edindiği ve böyle bir görevi hakkıyla yerine getiremediği için derin bir yetersizlik içinde olduğu duygusuna yol açmıştır. Bu empatik bir andır. Bu fırsattan istifade hastanın inkârını ortadan kaldırmak üzere hastaya duyarlı bir ses tonuyla rol yapmakta olduğu söylenmiştir. Bu kısa cümle ile birlikte hastada belirgin bir rahatlama gözlenmiştir. Hasta adeta refleksif bir tepkiyle bunun rol olduğunu kabul ettiğini ama rolün kendisine ailesi tarafından yüklendiğini dile getirmiştir. Annesi, çocukları, eşi, kardeşleri, enişterisi ona sürekli böyle söylemektedir. Hasta yaşamı boyunca hep onların sorunlarını çöze gelmiştir. Bu sorunun da çözümü yine ondan istenmektedir. Böylece hasta yapayalnızdır. Ailenin kanserden dolayı kendisinden daha fazla yardıma ihtiyacı vardır! Oysa hasta artık elini kaldıracak halde değildir. Hayatın rol yaparak geçirilemeyecek kadar kıymetli olduğu söylenmiş ve dilerse ailesiyle bir görüşme yapılacağı bildirilmiştir. Hasta aile görüşmesini memnuniyetle kabul etmiştir. Aslında oldukça zeki, duyarlı ve akıllı bir kadındır. Öylece eli kolu bağlı oturmak her halukârda onu depresyona itecek gibidir. O anda hastaya aktif olarak katılabileceği düşünülerek rüyalarından söz etmesi istenmiştir. Bu talep karşısında hastanın o çökkün hali yerini belirgin bir sevince terk etmiştir. Rüyalarında geleceği görebildiğini iddia etmiştir. Kendisine bir sonraki ziyarette bir rüyasını din-

leyeceğimiz ve birlikte yorum yapacağımız söylenmiştir. Bu türden ani affektif değişimler major depresyon için kuraldışıdır. Buradan hastanın ciddi bir moral bozukluğu içinde olduğu, bunun ise ancak psikoterapötik girişimlerle çözümlenebileceği anlaşılmıştır. Sonuçta hastaya belirli aralıklarla psikoterapötik amaçlı ziyaretler planlanmıştır. Bir sonraki görüşmede hasta bir rüyasını anlatmıştır. Rüyasında büyük oğlu ile birlikte evine girmek istemektedir. Ama evin girişindeki merdivenleri çıkacak gücü yoktur. Hasta bunu anlatırken ilk akla gelen artık hastaneden çıkmayacağı, çocuklarıyla birlikte, yaşamlarını geçirdikleri yuvaya bir daha dönemeyeceği akla gelmiştir. Bu düşünce bende derin bir hüznü yaratmıştır. O duygu ile başa çıkmadan, hastaya yönelik yoğun sempatiyi çözümleneksizin herhangi bir yorum yapmamam gerektiğini bildiğimden bir süre sessiz kalmayı tercih ettim. Ardından hastanın kendi yorumunu sordum. “Evi artık bir daha gidemeyeceğimi düşünüyorum” dedi. Evi ile ilgili anılarını aktarmasını istedim. Daha çok büyük oğluya ilgili anılarını aktardı. Belli ki o çocuğa sahip olamamanın, onu halasına teslim etmenin verdiği acıyı yaşıyor ve

rüyasında ona yeniden sahip olmayı arzu ediyordu. “Peki” dedim “eve giremiyorsun da, o sırada neredesin?” “Apartmanın bahçesindeyim” dedi. Bahçeyle ilgili anılarını sordum. Bahçeyi çok sevdiğini, hatta en büyük hayalinin bahçeli bir ev sahibi olmak olduğunu söyledi. “Belki de” dedim “eve girmek istemiyorsun. Ama diğerleri, mesela çocukların bunu istiyor diye düşünüyorsun”. Bu yoruma katıldığını söyledi. Eve bir daha gidemeyeceğini düşündüğünü söylediği andaki hüznü yerini umuda terk etti. Sanki artık bahçede kalıp doğa ile tümüyle bütünleşmeyi ister gibiydi... İki hafta sonra hasta spontan olarak ziyaret edildiğinde evine çıkarıldığı öğrenildi. Bizden herhangi bir talebi olmamıştı. Semptomatik olarak gayet iyi durumdaydı.

### Kaynaklar

1. Lederberg MS., Holland JC: “Psycho-Oncology”, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Ed: Sadock BJ., Sadock VA. Lippincott Williams & Wilkins, syf: 1850-76, 2000.
2. Zisook S., Downs NS: “Death, Dying, and Bereavement”, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Ed: Sadock BJ., Sadock VA. Lippincott Williams & Wilkins, syf: 1963-81,2000.