

BÖLÜM 2

KANSER HASTALARINDA PSİKİYATRİK MUAYENE VE TANI

Meryem Gül TEKSİN¹

GİRİŞ

Ayaktan ya da yatarak tedavi alan kanser hastalarında klinisyen tarafından istenen konsültasyon sonucunda ya da hasta yakınlarının önerisiyle veya hastanın kendi isteği gibi çeşitli nedenlerle psikiyatrik muayene gerekebilir. Diğer branşlar tarafından yapılan konsültasyon taleplerinde klinisyenin hangi konuda yardım istediği dikkatlice değerlendirilmelidir. Kanser hastalarında psikiyatrik değerlendirmeyi yaparken hastanın şimdiki ve geçmiş tıbbi kayıtları incelenmeli, hemşire gözlemleri değerlendirilmeli, kullandığı ilaçlar kaydedilmeli, yakın zamanda kesilen ya da başlanan (doz artışı/azalışı yapılan) ilaçlar dikkate alınmalı, ek bilgi kaynaklarından yararlanılmalı, hasta ile görüşme ve psikiyatrik muayene yapılmalıdır. Gerekli görülürse fizik ve nörolojik muayene konsültan tarafından yapılmalı, laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme araçları kullanılmalıdır. Kanser hastalarını değerlendirirken aşağıdaki durumlar göz önünde bulundurulmalıdır (1).

Hastalığın özellikleri:

- Tanısı, evresi, metastaz, nüks
- İşlev kaybı
- İlaç yan etkisi
- Ağrı veya yorgunluk gibi semptomların varlığı

Hastanın bir birey olarak özellikleri:

- Hastalığa ilişkin genel algı,
- Yaşı
- Cinsiyeti
- Kişilik özellikleri
- Baş etme yöntemleri

1 Uzm. Dr., SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, gulteksin@gmail.com

veya zayıflatıcı tıbbi durumu” olası bir travmatik olay olarak tanımlamaya devam etmektedir.

Prevalans çalışmalarına dair literatür büyük ölçüde kesitseldir ve bulgular değişkendir. Taramaya dayalı olarak bildirilen TSSB veya olası TSSB prevalansları, 511 Alman prostat hastasının dahil edildiği kesitsel bir çalışmada % 4,3; 195 denekten oluşan bir Yunan kesitsel çalışmasında ise (SCID kullanan birkaç çalışmadan biriydi) % 87,2 olarak tespit edilmiştir (23,24). Bildirilen oranları kullanan basit matematiksel hesaplamalar, kanser hastaları arasında yaklaşık % 16-18 oranında yaygınlık olduğunu göstermektedir. Bu rakam doğru olsaydı, Amerika Birleşik Devletleri’nde % 8,7 olduğu tahmin edilen TSSB için yaşam boyu riskin yaklaşık iki katını temsil ederdi (10). Böyle bir tahminin istatistiksel olarak doğru olması muhtemel olmasa da, kanserde TSSB prevalansının % 10-20’lik popülasyondaki önceki tahminleriyle tutarlıdır. Bununla birlikte, onkolojik ortamda bildirilen TSSB aralığı çok geniştir ve bu dağılım, kanser ortamında herhangi bir genel TSSB tahminini karmaşıklığa devam etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bağ B. Psiko-Onkoloji, Psikososyal Sorunlar ve Ölçüm Yöntemleri/Psycho-Oncology, Psychosocial Problems and Measurement Methods. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 2012;4(4):449.
2. Ülger E, Alacaoğlu A, Gülseren AŞ, et al. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2014;28(2):85-92.
3. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatr güncel yaklaşımlar. 2011;3(2):343-67.
4. Bahar A. Kanser Hastalarına Psikososyal Yaklaşım. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg. 2007;10(1):105-11.
5. Tıp ÖSP. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. Roche Müstahzarları Sanayi AŞ, İstanbul. 1993;
6. Tavoli A, Mohagheghi MA, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Omidvari S. Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? BMC Gastroenterol. 2007;7(1):1-6.
7. Çevik A, İzmir M, Kuzugüdenlioğlu D. Psikosomatik bozukluklar. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 1996;77-90.
8. Ateşçi FÇ, Oğuzhanlı NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatr Derg. 2003;14(2):145-52.
9. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
10. APA. Amerikan Psikiatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı’ndan Çev. Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2013. 91-112 p.
11. Ahles TA, Correa DD, Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, et al. Psycho-oncology. 2010;
12. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y. Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. J Clin Oncol. 2004;22(10):1957-65.
13. Nelson CJ, Cho C, Berk AR, Holland J, Roth AJ. Are gold standard depression measures appropriate for use in geriatric cancer patients? A systematic evaluation of self-report depression inst-

- ruments used with geriatric, cancer, and geriatric cancer samples. *J Clin Oncol.* 2010;28(2):348.
14. Grassi L, Rossi E, Cobianchi M, Aguiari L, Capozzo M, Martinis E, et al. Depression and serotonin transporter (5-HTTLPR) polymorphism in breast cancer patients. *J Affect Disord.* 2010;124(3):346–50.
 15. Lo C, Zimmermann C, Rydall A, Walsh A, Jones JM, Moore MJ, et al. Longitudinal study of depressive symptoms in patients with metastatic gastrointestinal and lung cancer. *J Clin Oncol.* 2010;
 16. Mete HE, Önen Ö. Kanserli hastalarda depresyon. *Duygu durum Dizisi.* 2001;4:184–91.
 17. Sertöz ÖÖ, HE M. Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klin Psikiyat Derg.* 2004;7(Suppl 2):S63–9.
 18. Caruso R, GiuliaNanni M, Riba MB, Sabato S, Grassi L. Depressive spectrum disorders in cancer: diagnostic issues and intervention. A critical review. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(6):1–10.
 19. Marrs JA. Stress, fears, and phobias: the impact of anxiety. *Clin J Oncol Nurs.* 2006;10(3):319.
 20. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011;12(2):160–74.
 21. Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Li Y, Kissane DW, Zabora JR. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psychosomatics.* 2009;50(4):383–91.
 22. Traeger L, Greer JA, Fernandez-Robles C, Temel JS, Pirl WF. Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2012;30(11):1197–205.
 23. Mehnert A, Lehmann C, Graefen M, Huland H, Koch U. Depression, anxiety, post traumatic stress disorder and health related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2010;19(6):736–45.
 24. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Panagiotou I, Galanos A, Sakkas P, et al. Posttraumatic stress disorder and preparatory grief in advanced cancer. *J BU ON Off J Balk Union Oncol.* 2012;17(1):155–9.