

## Bölüm 37

# PALYATİF BAKIMDA ANKSİYETE ve YÖNETİMİ

Mesut IŞIK<sup>1</sup>

### GİRİŞ

İnsanlığın varoluşundan bu yana anksiyete ve korku her türlü tehlikeyi savuşturmak için sıklıkla kullanılan savunmalardır. Anksiyete, strese karşı oluşan yanıtın önemli bir parçasıdır ve kişiyi tehlike anında savaş ya da kaç tepkisine hazırlamaktadır. Yaşamı sürdürmedeki temel rolünün yanında klinik açıdan anksiyete kavramında şu özellikler ön plandadır; tehdide göre orantısızdır, gelecek yönelimlidir, öznel ve nesnel bedensel yönleri vardır, olumsuz emosyonel durumdur. Farklı ruhsal bozuklukların yanı sıra tıbbi durumların seyrinde de sık olarak görülen bir belirtidir. Tıbbi hastalıkların seyrinde görülen anksiyete, bir stres etmeni olarak işlev gören tıbbi hastalığa sekonder olarak, önceden var olan herhangi bir anksiyete bozukluğunun alevlenmesi şeklinde ya da tıbbi hastalığın oluşturduğu fizyopatolojiye bağlı olarak gelişebilir.

Hastalıkların palyatif veya terminal dönemlerinde ölüm korkusu, engellilik, beden görünümünün değişmesi, birilerine bağımlı olma gibi nedenlerden dolayı anksiyete sık olarak görülmektedir. Psikiyatrik konsültasyonların başlıca tanılarında olan anksiyete düşük yaşam kalitesi, artan insomnia, hekimlere olan güvenin azalması, kötü tedavi uyumu ve yaşam süresinde azalma ile ilişkilendirilmiştir<sup>1-3</sup>. Klinisyenlerin palyatif bakım hastalarında anksiyetenin ortaya çıkması ve sürmesi ile ilgili farkında olması, hastaların psikolojik sıkıntılarını yönetmelerinde daha etkili olmalarını sağlayacaktır.

### PREVALANS

Anksiyete bozuklukları genel toplumda olduğu gibi kanser hastalarında da bildirilen en yaygın psikiyatrik tanıdır<sup>4</sup>. Genel toplumda anksiyete bozuklukları kadın cinsiyet, genç yaş ve düşük sosyoekonomik düzey ile ilişkili iken, ileri evre kanser hastalarında bu demografik faktörler daha az önemli hale gelmektedir<sup>5</sup>. Tıbbi hastalıklarda özellikle son dönem hastalarda anksiyete belirtileri hastaların yaklaşık yüzde 70'inden fazlasında meydana geldiği bildirilmiştir<sup>3</sup>. Ancak bozukluk düzeyinde, yani anksiyete bozukluklarından tanı kriterlerini karşılayacak düzeyde anksiyete oranları daha azdır. İleri evre kanser hastalarında yapılan bir çalışmada bir bozukluk seviyesine varacak anksiyete oranları yüzde 10'un altında bildirilmiştir<sup>3</sup>. İleri dönem kanser hastalarında anksiyete bozukluğu prevalansı çalışmalara göre % 2 ila 14 arasında değişmektedir<sup>6,7</sup>. Sık görülen tanılardan panik bozukluk %5 ve yaygın anksiyete bozukluğu % 4.8-%5.8 oranlarında bildirilmiştir<sup>8</sup>. Bununla birlikte kanser hastalarında psikiyatrik semptomların varlığını değerlendiren çalışmaların çoğu, karışık anksiyete ve depresif belirtilerin prevalansını yalnızca anksiyeteden daha yüksek olarak bildirmiştir<sup>9</sup>.

### KLİNİK BELİRTİLER

Palyatif bakım hastalarında anksiyete semptomları değişkenlik gösterebilir veya hastalar belli be-

<sup>1</sup> Doktor Öğretim Üyesi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, mesudd@windowslive.com

Tablo 3. Palyatif bakımda anksiyete farmakoterapisi

İlaç grubu	Doz	Klinik Uygulama
Benzodiazepin	Midazolam Alprazolam (0.25-1 mg/g) Lorazepam (0.5-2.5 mg/g) Klonazepam (0.25-1 mg/g) Diazepam (5-10 mg/g)	Akut anksiyete, insomnia, bulantı için sık kullanılır En düşük doz başlanmalı Sedasyon, deliryum, düşme, solunum depresyonu riski unutulmamalı
SSRI SNRI	Fluoksetin (20-40 mg/g) Paroksetin (10-40 mg/g) Sitalopram (20-40 mg/g) Essitalopram (5-20 mg/g) Sertralin (25-100 mg/g) Fluvoksamine (50-100mg/g) Venlafaksin (37.5-150 mg/g) Duloksetin (30-60 mg/g)	Anksiyete için birinci basamak tedavilerdir. Ancak etkisi geç başlar. İlk hafta anksiyetede artış yapabilirler Fluoksetin ve paroksetin tamoksifen ile etkileşir Sitalopram QT uzaması yapabilir Sitalopram ile omeprazol etkileşir Venlafaksin hipertansiyona neden olabilir
Diğer ilaçlar	Mirtazapin (15-30 mg/g) Buspiron (5-30 mg/g) Atipik antipsikotik (olanzapin, ketiapin)	Mirtazapin insomnia ve iştahsızlık için de faydalıdır Buspiron iyi tolere edilir, ancak 3x2 tb doz ve etkisinin geç başlaması dezavantajdır Antipsikotikler deliryum riski olan hastalarda, düşük dozlarda faydalıdır.
Antihistamin	Hidroksizin (25-100 mg/g) Difenhidramin (25-50 mg/g)	Solunum sıkıntısı gibi benzodiazepin kullanılmayan akut anksiyetede faydalıdır Deliryuma neden olabilirler

Grup terapileri kanser hastalarında destekleyici bir ortaklık duygusu geliştirmeyi, stres yönetimi ve başa çıkma stratejileri konusunda eğitim vermeyi, psikolojik sıkıntıyı azaltmayı hedeflemektedir. Metastatik meme kanserli hastalarda yapılan grup terapilerinin ağrı şiddetini ve emosyonel belirtileri azalttığı bildirilmiştir<sup>35</sup>. En az bir yıl destek gruplarına katılan hastalarla yapılan bir çalışmada kontrollere göre daha az gerginlik saptanmıştır<sup>36</sup>. Destekleyici-ifade edici psikoterapi, hastaların sosyal destek almasına ve hastalığın duygusal etkileri ve varoluşsal endişeler de dahil olmak üzere kanserle ilgili deneyimlerini işlemelerine yardımcı olur. Bunların dışında relaksasyon, masaj terapisi, müzik terapisi, hipnoz, meditasyon veya aromaterapi, kaygıyı azaltmak için yararlı yöntemler olabilir.

## SONUÇ

Palyatif bakımda anksiyete belirtileri yaygın görülmektedir ve tıbbi semptomlarla örtüşmesi nedeniyle göz ardı edilebilir. Kapsamlı fizik muayene ve klinik görüşme yapmak, gerektiğinde yardımcı ölçekler kullanmak tanı için önceliklidir. Hafif

düzeyde anksiyete için destekleyici, psikososyal müdahaleler yeterli olabilmektedir. Daha şiddetli formlarında farmakoterapi ve/veya kombine tedaviler gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Palyatif bakım, anksiyete, tedavi

## KAYNAKÇA

1. Groenvold M, Petersen MA, Idler E et al. Psychological distress and fatigue predicted recurrence and survival in primary breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat* Oct 2007;105(2):209-219.
2. Smith EM, Gomm SA, Dickens CM. Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliat Med* Sep 2003;17(6):509-513.
3. Spencer R, Nilsson M, Wright A. et al. Anxiety disorders in advanced cancer patients: correlates and predictors of end-of-life outcomes. *Cancer Apr* 1 2010;116(7):1810-1819.
4. Doğan O. Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics* 2010;3(4):9-18.
5. Chochinov HM, Breitbart W. *Handbook of psychiatry in palliative medicine*: Oxford University Press, USA; 2009.
6. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, et al. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping

- with cancer study. *Cancer* Dec 15 2005;104(12):2872-2881.
7. Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer* Oct 15 2007;110(8):1665-1676.
  8. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, et al. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage* Feb 2007;33(2):118-129.
  9. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama* Feb 11 1983;249(6):751-757.
  10. Anderson WG, Alexander SC, Rodriguez KL, et al. "What concerns me is..." Expression of emotion by advanced cancer patients during outpatient visits. *Support Care Cancer* Jul 2008;16(7):803-811.
  11. Lo C, Hales S, Zimmermann C, et al. Measuring death-related anxiety in advanced cancer: preliminary psychometrics of the Death and Dying Distress Scale. *J Pediatr Hematol Oncol* Oct 2011;33 Suppl 2:S140-145.
  12. Emanuel LL, Librach SL. *Palliative Care E-Book: Core Skills and Clinical Competencies*: Elsevier Health Sciences; 2011.
  13. Cherny NI, Coyle N, Foley KM. Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy. *J Palliat Care Summer* 1994;10(2):57-70.
  14. Lo C, Zimmermann C, Rydall A, et al. Longitudinal study of depressive symptoms in patients with metastatic gastrointestinal and lung cancer. *J Clin Oncol* Jun 20 2010;28(18):3084-3089.
  15. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. *BMC Med* 2013;17:133-137.
  16. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, 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* Feb 2011;12(2):160-174.
  17. Öznur T. Uyum Bozukluğunun Kliniği ve Ayırıcı Tanısı. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics* 2015;8(1):53-60.
  18. Stiefel F, Razavi D. Common psychiatric disorders in cancer patients. II. Anxiety and acute confusional states. *Support Care Cancer* Jul 1994;2(4):233-237.
  19. Atkin N, Vickerstaff V, Candy B. 'Worried to death': the assessment and management of anxiety in patients with advanced life-limiting disease, a national survey of palliative medicine physicians. *BMC Palliat Care* Dec 11 2017;16(1):69.
  20. Butow P, Price MA, Shaw JM, et al. Clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult cancer patients: Australian guidelines. *Psychooncology* Sep 2015;24(9):987-1001.
  21. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol* May 20 2014;32(15):1605-1619.
  22. Wilson KG, Chochinov HM, Graham Skirko M, et al. Depression and Anxiety Disorders in Palliative Cancer Care. *Journal of Pain and Symptom Management* 2007;33(2):118-129.
  23. Miller K, Massie MJ. Depression and anxiety. *Cancer J Sep-Oct* 2006;12(5):388-397.
  24. Lundberg JC PS. Alcoholism and cancer In: Jimmie C. Holland WSB, Paul B. Jacobsen, Matthew J. Loscalzo, Ruth McCorkle, Phyllis N. Butow, ed. *Textbook of Psycho-oncology* 1998:45-48.
  25. Demet MM, Ozmen B, Deveci A, et al. Depression and anxiety in hyperthyroidism. *Arch Med Res Nov-Dec* 2002;33(6):552-556.
  26. Rosa RG, Barros AJ, de Lima AR, et al. Mood disorder as a manifestation of primary hypoparathyroidism: a case report. *J Med Case Rep* Oct 3 2014;8:326.
  27. Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z, et al. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Support Care Cancer* May 2009;17(5):573-579.
  28. Brown LF, Kroenke K. Cancer-related fatigue and its associations with depression and anxiety: a systematic review. *Psychosomatics Sep-Oct* 2009;50(5):440-447.
  29. Traeger L, Greer JA, Fernandez-Robles C, et al. Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *J Clin Oncol Apr* 10 2012;30(11):1197-1205.
  30. Caruso R, Grassi L, Nanni MG, et al. Psychopharmacology in psycho-oncology. *Curr Psychiatry Rep Sep* 2013;15(9):393.
  31. Nissim R, Freeman E, Lo C, et al. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): a qualitative study of a brief individual psychotherapy for individuals with advanced cancer. *Palliat Med* Jul 2012;26(5):713-721.
  32. Greer JA, Traeger L, Bemis H, et al. A pilot randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer. *Oncologist* 2012;17(10):1337-1345.
  33. Faller H, Schuler M, Richard M, et al. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol Feb* 20 2013;31(6):782-793.
  34. Greer JA, Park ER, Prigerson HG, et al. Tailoring Cognitive-Behavioral Therapy to Treat Anxiety Comorbid with Advanced Cancer. *J Cogn Psychother Jan* 1 2010;24(4):294-313.
  35. Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, et al. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med Dec* 13 2001;345(24):1719-1726.
  36. Spiegel D, Bloom JR, Yalom I. Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Arch Gen Psychiatry May* 1981;38(5):527-533.