

Meme Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Sorunlar

Psychiatric Problems in Patients with Breast Cancer

Münevver Tünel¹, Ayşe Vural², Yunus Emre Evlice², Lut Tamam²

¹Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, ADANA

²Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ADANA

Arşiv Kaynak Tarama Dergisi (Archives Medical Review Journal) 2012; 21(3):189-219

ABSTRACT

Cancer is a physical disorder with concurrent mental and social components. During cancer, the feelings of fear, hopelessness, guilt, helplessness, abandonment perceived as a crisis leading to destruction in the suffering person. Breast cancer is the most common type of cancer among women. Prevalence of psychiatric disorders among cancer patients is approximately 50% and most of disorders are related with the occurrence of cancer and cancer treatment. Majority of patients present with major depression, adjustment disorder, anxiety disorders, sleep disorders, suicidal ideation, and delirium. Treatment of psychiatric disorders and cancer therapy should be conducted along with special consideration of drug interactions. This article reviews the adaptation process experienced by individuals during diagnosis and treatment of breast cancer, its psychological effects, resulting psychiatric comorbidities and their treatments.

Keywords: Cancer, psychiatry, effects

ÖZET

Kanser fiziksel bir hastalık olduğu gibi, ruhsal ve sosyal bileşenleri de olan bir sorundur. Kanser; korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme düşünceleriyle bir yıkım gibi algılanır ve kişinin psikolojik dengesinde krize neden olur. Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser tipidir. Kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı %50 dir ve bu bozuklukların çoğu kanser veya kanser tedavisi ile ilgilidir. Hastaların çoğunda başta uyum bozukluğu olmak üzere major depresyon, anksiyete bozuklukları, uyku bozuklukları, özkıyım, deliryum görülmektedir. Hem kanser tedavisi hem de psikiyatrik hastalıkların tedavisi ilaç etkileşimleri göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Bu makalede meme kanserinin tanısı ve tedavisi sırasında bireylerin yaşadığı adaptasyon süreci, psikolojik açıdan etkileri, psikiyatrik eş tanılar ve tedavileri gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, psikiyatri, etkileri

Giriş

Günümüz tıbbının ve insanın en önemli ve güncel sorunlarından olan kanser fiziksel bir hastalık olduğu gibi ruhsal ve psikososyal bileşenleri de olan bir sorundur¹. Günlük yaşantının içerisinde “kanser” kelimesi bile başlı başına olumsuzlukları çağırır. Kanser olma olasılığı olan ya da tanısı alan kişilerde ise olumsuz duygu ve düşüncelerin gelişmesi neredeyse kaçınılmazdır. Kanser; korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme düşünceleriyle bir yıkım gibi algılanır ve kişinin psikolojik dengesinde krize neden olur. Kanser oluşumunda davranışsal faktörlerin rolü olduğu gibi kanser hastalarındaki çeşitli nörofizyolojik ve algısal psikolojik etkenlerden dolayı psikiyatrik komplikasyonlar gelişir. Bu kişilerde ortaya çıkan psikiyatrik komplikasyon ve psikolojik krizler hastanın uyum ve yaşam kalitesini bozmanın ötesinde hastalığın seyrini ve tedaviye cevabını olumsuz etkilemektedir².

1800'lü yıllarda kanser de enfeksiyöz hastalıklar gibi bulaşma riski olan bir hastalık olarak algılanmaktaydı. O dönemlerde ölüme karşı en yaygın tutum kaderci kabullenme olup, hekimin işlevi hastanın rahatlatılması ile sınırlıydı.1930'lu yıllarda kanserde erken tanı ve radikal cerrahi girişimler dikkat çekmektedir. Aynı dönemde genel hastanelerde psikiyatri servisleri yaygınlaşmaya başlamıştır². 1940'lı yıllarda psikosomatik tıp anlayışı ile yeni ufuklar açılmış ve kansere yatkın kişilik, yaşam olaylarının kanser gelişimindeki etkilerine yönelik araştırmalar hızlanmıştır. Takiben, 1950'li yıllarda kemoterapide gelişmelerin sağlanması kansere ilişkin tutum ve beklentileri önemli boyutta etkilemiştir. Bu yıllarda kanserde psikolojik tepkilere ilişkin ilk çalışmalar dikkati çekmiş, kansere ilişkin “ sessiz tutum” sorgulanmaya başlamıştır.1970'li yıllardan itibaren de psiko-onkoloji yavaş yavaş ortaya çıkmıştır³. Kanser hastası, aile ve tedavi ekibi üzerindeki psikolojik etkilerini, psikolojik ve davranışsal faktörlerin kanser risk ve seyrindeki etkilerini araştıran ve kanser hastalarına psikolojik tıp hizmetlerini sunan, psikiyatrik tıp şemsiyesi içinde kanser psikiyatrisini temsil eden psiko-onkoloji disiplini insan sağlığına ve varoluşuna ilişkin tüm çabaları

gündeme getirir².

Son yıllarda kanserin tanı ve tedavisinde önemli gelişmeler olmasına karşın istatistikler, kanser sıklığının ve kansere bağlı ölümlerin zamanla yükseldiğini göstermektedir. Kanser özellikle gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %25'ini oluşturmakta ve tüm ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalığından sonra ikinci sırada yer almaktadır⁴.

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser olmasının yanı sıra, dişiliği ve cinselliği sembolize eden organa karşı tehdit oluşturmasından dolayı, bu güne kadar kanserler arasında ruhsal ve psikososyal yönleri açısından en çok araştırılan kanser türü olmuştur^{5,6}.

Bu yazıda, meme kanserinden kısaca söz edilerek bu hastalık bağlamında kanserin neden olduğu ruhsal bozukluklar ele alınmıştır.

Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser tipidir. Kadınlarda görülen tüm kanserlerin %33'ünden ve kanserle ilişkili ölümlerin %20'inden sorumludur. Kansere bağlı ölümlerde ise akciğer kanserinden sonra 2. sırada gelmektedir⁷. Yıllar içerisinde meme kanseri görülme sıklığında artış olmakla birlikte erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler sayesinde mortalite oranlarında düşüş görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın verileri incelendiğinde Türkiye'de meme kanseri insidansının kadınlar arasında %35 oranında olduğu görülmektedir⁸.

Meme kanserinin etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir ancak genetik, çevresel, hormonal, psikososyal etkenlerin rol aldığı kabul görmektedir. Meme kanseri gelişiminde önemli risk faktörleri vardır. Bu risk faktörlerine demografik özellikler açısından bakıldığında kadın cinsiyeti en büyük risk faktörüdür ve 100 kat artmış riski ifade eder. Kadın cinsiyeti kadar yaşın ilerlemesi de en önemli risk faktörlerinden biridir. Günümüzde bir kadının hayat boyu riski noninvazif meme kanseri açısından 6'da1 ve invazif meme kanseri bakımından 8'de 1'dir. Bu riskin büyük bölümü yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkar. Sağlık Bakanlığı'nın verileri ve Meme Hastalıkları Dernekleri

Federasyonu'nun veri tabanındaki olgular incelendiğinde ülkemizin batısında meme kanseri insidansının doğusuna oranla yaklaşık 2 kat fazla olduğu görülmektedir. Ülkenin batısı ile doğusu arasındaki sıklık farkının, Türkiye'nin batı bölgelerindeki yaşam tarzının batı toplumlarındakine benzerliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir⁹.

Östrojen hormonuna maruz kalınan sürenin uzun olması (12 yaşından önce menarş ve 55 yaşından sonra menapoz gibi) meme kanseri gelişme riskinde artışla ilişkilidir. Östrojene maruz kalınan sürenin kısalmasının ise koruyucu olduğu düşünülmektedir. Tam dönem gebelikle ilişkili olan meme epitelinin terminal diferansiasyonu da koruyucudur, dolayısıyla ilk canlı doğumun daha ileri yaşta yapılması ve hiç doğum yapmamış olmak meme kanseri riskinde artışla ilişkilidir. Hiç doğum yapmamış olmak meme kanseri rölatif riskinde 1,2-1,7 kat artışa neden olur¹⁰.

Aile öyküsünün varlığı da meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür. Birinci derece akraba bir kişide meme kanseri olması, meme kanseri riskini 1.80 kat artırır. İki tane birinci derece akraba varlığında ise bu risk 2,9 kat artar. Meme kanserine yakalanmış olan akraba 30 yaşından önce tanı almış ise risk 2,9 kat, 60 yaşından sonra tanı konmuş ise risk 1,5 kat artar¹¹. Meme kanseri olgularının %5-10'unun ailesel olduğu bilinmektedir^{12,13}. Kalıtsal meme kanseri ile ilişkili çeşitli genler tanımlanmıştır. Bu genler içinde en önemlileri, HBOC Sendromundan sorumlu *BRCA1/BRCA2*, LiFraumeni Sendromundan sorumlu *TP53* ve Cowden Sendromundan sorumlu *PTEN* genleridir^{11,12}.

Çevresel faktörlerin meme kanseri gelişimindeki risklerine bakıldığında; özellikle 10-14 yaş arasında, memenin aktif olarak geliştiği dönemde, radyasyona maruz kalma, meme kanseri riskini artırmaktadır. Hayatın ilk üç on yılında toraks bölgesine yapılan, terapötik radyoterapi işlemi de aynı şekilde meme kanseri riskini artırmaktadır¹⁴. Yüksek sosyoekonomik düzeyde meme kanseri gelişimi açısından 2 kat artmış riski ifade eder. Ancak bu durum bağımsız bir risk faktörü olarak değerlendirilmez; reproduktif alışkanlıklardaki değişiklik nedeniyle ortaya çıktığı düşünülür¹⁵.

Epidemiyolojik çalışmalarda oral kontraseptif kullanımı ile meme kanseri riski arasında bir ilişki gösterilememiştir. Geniş katılımlı bir çalışmada 1,24'lük bir rölatif risk artışı gösterilmiş olmakla birlikte yakın tarihli iki çalışmada da bu ilişki ortaya konamamıştır^{16,17,18}. Hormon Replasman Tedavisi (HRT) alan kadınlarda ise verilen tedavinin tipinden ve yönteminden bağımsız olarak meme kanserine yakalanma riskinin arttığı ortaya konmuştur^{19,20}.

Alkol kullanan kadınlarda meme kanserine yakalanma riskinin nispeten arttığı ifade edilmektedir²¹. Yakın geçmişte yapılan bir çalışmada artmış alkol alımının östrojen reseptör pozitif meme kanseri gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir²². Aşırı kilolu kadınlarda postmenopozal meme kanseri daha sık görülmektedir²³.

Proliferatif meme lezyonlarından özellikle sitolojik atipi içerenler hem noninvazif hem de invazif meme kanseri için risk faktörüdürler. Atipi içermeyen bir proliferatif lezyonda (kompleks fibroadenom, sklerozan adenozis, intraduktal papillom) hafif bir artış söz konusu iken; atipi içeren proliferatif lezyonlarda (atipik lobular hiperplazi, atipik duktal hiperplazi) risk daha yüksektir. Atipi multifokal olduğunda ise risk 10 kat artar²⁴.

Kişisel meme kanseri öyküsü (invazif veya in situ meme kanseri öyküsü) kontralateral memede invazif kanser gelişme riskini artırır. In situ lezyonlarda kontralateral invazif meme kanseri riski 10-yıllık %5'dir²⁵. İnvazif meme kanseri olanlarda ise kontralateral meme kanseri gelişme riski premenopozal kadınlarda yıllık %1 ve postmenopozal kadınlarda yıllık % 0,5 artar. Dens meme yapısı da bağımsız bir faktör olarak artmış meme kanseri riski ile ilişkilidir. Mamografik olarak dens meme yapısına sahip olan kadınlarda riskin 4-5 kat artmış olduğu düşünülür^{26,27}.

Meme kanseri en sık meme üst dış kadrandan gelişir. Tümörlerin % 90'ının geniş veya küçük çaplı duktal sistem epitelinden geliştiği bilinmektedir. Geri kalan %10' u ise lobüler karsinom ve sarkomlar oluşturur. En sık görülen patolojik tip, meme kanserlerinin yaklaşık % 75'ini oluşturan invaziv duktal karsinomdur²⁸.

Kansere Karşı Gelişen Psikolojik Tepkiler

Kanser hastalarının hepsinde psikiyatrik bozukluk ortaya çıktığı düşüncesi de, tüm tepkilerin “normal” olarak kabul edilmesi gerektiği düşüncesi de yanlıştır. Hastanın duygusal ve davranışsal tepkileri, beklenen ya da normal kabul edilebilecek sınırları aşınca psikiyatrik ve psikososyal sorunlar ortaya çıkar.

- Kansere gelişen tepkilerde;
- Kanserın özelliklerine
- Hastanın kişisel özelliklerine
- Psikososyal çevreye göre farklılıklar söz konusudur.

Kanser hastaları tanı, tedavi ve terminal dönemlerde çeşitli ve değişik duygusal, davranışsal tepkiler geliştirirler. Bu tepkilerin bir kısmı normal ve hatta uyuma yöneliktir. Bu tür tepkiler tedavi ekibince anlayışla karşılanmalı ve destek görmelidir. Bozuk ve uyumu bozan tepkiler ise psikiyatrik değerlendirme ve tedavi gerektirir. Hastalığın değişik evrelerine göre bu tepkileri tanı, tedavi, tedavi sonrası dönemlere göre ele almak doğru olacaktır².

Tanı Aşaması

Kanser tanısı sonrası ortaya çıkan tepkiler kişiden kişiye farklılık gösterir. İlk aşamada en yaygın tepki “şoke olma” ve “inanmamadır”. Şok tepkisi ile kişi kendi bedenine yabancılaşır, gelecek yatırımları tehdit altındadır, yaşam krizi içindedir. Bu aşamada en yaygın tepki yadsımadır. Gerçeğin hemen yadsınması, katlanılması çok güç, bazıları için imkansız olan gerçeğin yarattığı kaygı, panik ve çaresizlik duygularına karşı geliştirilen bir savunmadır. Bir anlamda, gerçeği reddederek, olmamış kabul ederek hasta, kendini baş edemediği bir kaygıdan korur. Bu nedenle çoğu hastada psikolojik açıdan önceden hazırlanması, sosyal ve duygusal desteğin sağlanarak yavaş yavaş söylenmesi daha doğru olabilir. Ardından kızgınlık ve depresyon gelişir. Hastanın kızgınlık ve isyanını ifade edememesi, depresyon gelişim riskini

arttırır².

Elisabeth Kübler Ross, kanserde psikolojik aşamaları hastanın kanser tanısını nasıl karşıladığından, izleyen tepkilerin sürecine dek 5 aşamada tanımlamıştır²⁹.

1.Yadsıma: Kanserin ölümle sonuçlanacağına inanan ve bu tanıyı öğrenen hastada şoktan sonra sıklıkla yadsıma gelişir. Hastaların çoğunda ilk uyumsuzluk hissi yok olmaya başladığında ve yeniden kendisini toparlamaya başladığında “ Hayır bu bana olamaz, bu doğru değil” şeklinde dile getirilir. Yadsıma benlik için tehdit ve tehlike oluşturabilecek, kabullenilemeyecek bir olayın bilinçdışına atılması, yok sayılmasıdır. Hasta kendisini iyi hissettiğini, böyle bir hastalığının olmadığını, başvurduğu doktor veya sağlık kurumunun yanlış yapmış olabileceğini, yetersiz olduklarını öne sürebilir. Başlangıçtaki bu yadsıma durumu, hastalığı daha en başından itibaren bilenler açısından olduğu kadar, açıkça bilgilendirilmeyen ve bu sonucu kendi başlarına çıkarımlar açısından da geçerlidir. Neredeyse hastaların tümü yalnızca hastalığın ilk evrelerinde veya gerçeği öğrendikten sonra değil, ara ara sonraki dönemlerde de yadsımaa, en azından kısmi yadsımaya başvurur²⁹. Kişiye göre birkaç saatten, birkaç gün hatta haftaya kadar uzayabilir. Bu aşamada hastaya zaman tanımalı, umut yaratabilecek olumlu mesajlar verilmeli, tedavi olasılık ve seçenekleri anlatılmalı, duygusal ve ailevi desteği sağlanmalıdır. Bazı yazarlar, kanser belirtileri ortaya çıkmasına rağmen doktora başvurmayı ihmal eden, geciktiren veya tanısını öğrenmesine rağmen oldukça sakin olan, anksiyete duymayan hastaların da yadsıma mekanizmasını kullandıklarını öne sürmektedir.

Yadsıma mekanizmasının hastayı yüksek derecede anksiyete ve panikten koruma, depresyona girmesini engelleme, bunlarla baş etmek için kullanılacak enerjiyi tedavi için saklama gibi avantajları vardır. Ancak kişinin gerçeği değerlendirmesini bozacak, gerekli girişimleri ve tedaviyi kabul ettirmeyecek, geciktirecek düzeyde ise zararlıdır.

2.Öfke: Hasta yadsıma dönemini atlatıp ciddi bir hastalığının olduğunu kabullendiği zaman bir başkaldırma, haset, içleme dönemine girer. Bu

hastalığın niye kendine geldiğini sorgular. “Niye ben, neden o değil” gibi isyan duyguları görülür. Hasta bu dönemde başını nereye çevirirse çevirsin, yalnızca kendini mutsuz eden şeyler görecektir. Öfke ve kızgınlık kendisine olabileceği gibi ailesine, arkadaşlarına ve tedavi ekibine veya Tanrıya karşı da olabilir. Yadsıma evresinin tersine öfke evresi aile ve tedavi ekibi açısından başa çıkması çok güç bir evredir. Bunun nedeni öfkenin her yöne yöneltilmesi ve çevreye zaman zaman neredeyse rastgele biçimde yansıtılmasıdır. Buradaki sorun pek az kişinin kendini hastanın yerine koyması ve bu öfkenin nereden geldiğini anlamaya çalışmasıdır. Aile veya sağlık personeli bu öfkeyi kişisel olarak algıladıklarında, onlarında tepkileri giderek öfkeli hale gelir; bu da yalnızca hastanın düşmanca davranışlarını pekiştirmeye yarar²⁹. Hastanın kızgınlık ve isyanını ifade edememesi depresyon gelişim riskini artırır. Bu dönemde kaygı, yemeden- içmeden kesilme, dikkat dağınıklığı ve huzursuzluk beklenen tepkilerdir.

3.Pazarlık dönemi: Hastalığını kabul eden ve ilk tepkileri yatışan hasta bu dönemde kendini iyileşme yönünde şartlandırır. Tedaviye uyum, çaba gösterme dönemidir. Eğer ilk dönemde üzücü gerçeklerle yüzleşilemedi ise ve ikinci evrede insanlara ve Tanrıya öfkelenildiyse, belki de kaçınılmaz olayı ertelemek için bir tür anlaşma yapılabilir. Bu anlaşmalar genelde Tanrıyla yapılır. “Eğer Tanrı bizi bu dünyadan almaya karar verdiyse ve öfkeli yakarışlara yanıt vermiyorsa, belki de iyilikle istersek daha olumlu davranabilir.”²⁹. Bu dönemde hasta, ev almak, ailesine belirli bir ekonomik birikim bırakmak, çocuklarının mezuniyet ve düğünlerini görebilmek gibi maddi ve manevi yatırımlarının sonuçlarını alabileceği zamanı elde etme arayışındadır. Hastalığı ile ilgili daha çok bilgi edinmek, umut veren gelişmeleri izlemek, durumu iyi olan hastaları örnek almak, tedaviye uyum ve işbirliği bu dönemin özelliklerindedir. Bu dönem Green’ in “savaşma ruhu” diye adlandırdığı dönemdir³⁰.

4.Depresyon: Uzun süren kontroller, incelemeler ve bunların sonuçlarının beklenmesi, organ kaybı, hastalığın tekrar etme korkusu, hayat kalitesinin düşmesi gibi nedenlerden ötürü depresyon gelişir. Hastaya uygulanan

kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavi yöntemleri de depresyon gelişiminde rol oynar. Enerji kaybı, halsizlik, yeteneklerin kısıtlanması, yararlılık duygusunun azalması da bu durumu destekler².

5.Kabullenme: Bu dönem hastalar tarafından “Evet, ben... ve hazırım ” şeklinde ifade edilir. Hastanın ne öfkeli nede üzüntülü olduğu gözlenir. Kübler-Ros bu dönemi duygusal boşluk dönemi olarak tanımlamıştır. Sanki ağrı yok olmuştur, savaş bitmiştir. “Uzun yolculuktan önceki son istirahat” zamanıdır. Bu ayrıca hastadan çok ailenin daha fazla yardım, anlayış ve desteğe gerek duyduğu zamandır. Bu dönemdeki hastalar genelde yalnız bırakılmak ister ya da en azından dış dünyanın haber ve sorunlarıyla rahatsız edilmek istemez. Genellikle ziyaretçiden hoşlanmaz ve gelirlerse de pek konuşmaz. Artık televizyon kapanmıştır. İletişim sözelden sözel olmayana kaymıştır²⁹. Çevresiyle ilişkisini kesme eğilimi olan hasta desteklenmeli ve kendini terk edilmiş olarak hissetmesi önlenmelidir.

Kanser tanısı alan hastalar bu dönemleri sırasıyla yaşayabileceği gibi, dönemler iç içe olabilir veya kimi dönemler yaşanmayabilir.

Tedavi Aşaması

Cerrahi girişimler hastalarda kaygı ve özrürlük duygusu yaratır, ancak birçok hastada, hastalığın yaşamı tehdit edici boyutuna ilişkin endişeleri ön planda olduğu için, beden imgesi ve dış görünümüne ilişkin endişeler ikinci planda kalır. Bu endişelerin çok yoğun olduğu hastalar ise, cerrahi girişimi ertelemeye ve cerrahi dışı yöntemler aramaya yönelirler. Bu hastalarda cerrahi yöntem uygulanınca ameliyat sonrası depresyon gelişme riski yüksektir. Bazen yas ve kayıp tepkileri gelişir. Bu tepkinin şiddeti, hastanın beden bölgelerine ilişkin yaşadığı duygusal ve sembolik anlamla ilişkilidir.

Radyoterapi uygulaması yeni kaygı ve korkuları yaratır. Kemoterapi ve enfeksiyon riskinden dolayı gereken zorunlu izolasyon psikolojik durumu daha da kötüleştirir².

Tedavi Sonrası

Tedavi sonrası aşamada, nüks endişesi ve uyum güçlükleri ön plandadır. Yeni bir nüksün ortaya çıkması; kanser tanısı aldığı dönemdeki, hatta daha şiddetli tepkiler ve en sıklıkla uykusuzluk, iştahsızlık, yerinde duramama, kaygı, umutsuzluk ile belirgin depresyon ortaya çıkar. Hastanın her aşamada bilgilendirilmesi, her türden soru ve kaygıları ifade etmesi için cesaretlendirilmesi gerekir².

Meme Kanseri Olan Kadınlarda Psikososyal Sorunlar ve Uyumu Etkileyen Faktörler

Tedavi yöntemlerindeki değişimlerin sonucu olarak meme kanseri ile uğraşan kadın için sosyokültürel iklim geniş ölçüde değişmiştir. Önceki yıllarda kadınların karşılaştıkları problemler ile bugün karşılaştıkları problemler farklıdır ancak eşit derecede zorlayıcıdır. Meme kanserinin ve tedavisinin psikososyal etkileriyle ilgili yayınlanmış çalışmalar incelendiğinde psikososyal etkilerin üç geniş alanda toplandığı görülmektedir².

Psikolojik bozukluklar

Yaşam biçiminde yaptığı değişimler

Korkular ve endişeler

Psikolojik Sorunlar

Meme kanseri tanı ve tedavisinin hastalarda anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, benlik saygısının azalması, beden imgesinin bozulması, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu ve olum korkusu gibi psikolojik sorunlara neden olabilmektedir^{31,32,33}.

Fiziksel Uyum Sorunları

Kanserde uygulanan çeşitli tedaviler, ağır fiziksel yan etkilere neden olmakta, bireyin fiziksel iyilik halini etkilemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır³⁴. Tedavilerin yol açtığı yan etkiler içinde enerji kaybı,

yorgunluk, ağrı, bulantı ve kusma, hormonal değişimler, uyku problemleri en sık karşılaşılan sorunlar olup, hastaların günlük yaşam fonksiyonlarını olumsuz olarak etkilemektedir^{35,36}. Fiziksel bulguların uzun süre devam etmesi hastalarda psikososyal sorunlara neden olmaktadır. Meme kanseri, ileri yaş grubundaki kadınları fiziksel fonksiyon görme, bağımsızlık ve diğer tıbbi hastalıklar yönünden daha fazla etkilemektedir.

Aile ve Sosyal Yaşamla İlgili Sorunlar

Meme kanseri aile üyeleri, ev ve sosyal yaşamla ilgili rol ve sorumluluklar üzerinde olumsuz psikososyal etkilere sahiptir. Kanser tanısının şoku, hasta, aile ve diğer bireyler arasındaki iletişim ve etkileşimde değişikliklere neden olabilmektedir. Bu süreçte bazı hastalar, aile üyeleri ve diğer bireylerle daha yakın ilişkiler geliştirirken, bazı hastalar da kişiler arası ilişkilerden kaçınabilmektedir. Belirsizlik ve korku, sıklıkla hastaların sosyal destek gereksinimlerinde artışa neden olmaktadır. Ancak uzun bir tedavi sürecinde hastalar, çoğu zaman sosyal ilişkilerini devam ettirmek için gerekli enerjiyi bulmakta zorlanmakta ve en çok gereksinim duyduklarında da gerekli desteklerden yoksun kalabilmektedirler. Öte yandan kadınlar evlilik ilişkilerinin tehlikeye gireceği ve eşleriyle duygusal ilişkilerinin kopacağı gibi korku ve kaygılar da yaşayabilmektedirler^{32,37, 38, 39}. Meme kanserli kadınların yakınları da sıklıkla anksiyete, belirsizlik, çaresizlik gibi psikolojik sorunlar yaşamaktadır. Bu süreçte eşlerin yaşadığı sorunların nedeni, genellikle evle ilgili rol ve sorumlulukların değişmesi ve hasta eşin duygusal sorunları karşısında hissedilen yetersizlik ve çaresizlik duygularıdır. Aynı zamanda çocuklar, gelişimsel düzeylerine bağlı olarak farklı korku ve kaygılara sahip olabilmekte ve bu zorlu süreçten hassasiyetleri nedeniyle kolayca etkilenebilmektedir.

Meme kanserinin aile üyelerinde yarattığı diğer bir kaygı ise, hastalığın kalıtsal özellik taşımasıdır. Genetik yatkınlıktan dolayı, meme kanserinin ailedeki diğer kadınlarda da ortaya çıkma olasılığının olması, aile üyelerinde korku ve endişelere yol açabilmektedir^{32,38,40}.

Bununla beraber potansiyel destek vericilerin yaşadığı korku ve damgalama (stigma), kanserli bireyi gerekli desteklerden yoksun bırakabilir. Kanser olmayan bireyler, kendi kanser veya ölüm korkuları nedeniyle kanserli hastalardan uzaklaşabilirler. Diğer yandan aile ve arkadaşlar kendi şaşkınlıkları, kararsızlıkları ve nasıl davranacakları hakkındaki rahatsızlıkları nedeniyle, hastayla temas kurmaktan ve açıkça tartışmaktan kaçınabilirler⁴¹. Kansere yönelik damgalayıcı tutumlar, hastalarda da tutarsız ve şaşkın davranışlara ve yıkıcı geri bildirimlere neden olabilir.

Mesleki ve Ekonomik Sorunlar

Meme kanseri, kadınların mesleki kariyerlerinde, çalışma yaşamlarında ve ekonomik durumlarında da önemli sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar genel olarak, sağlık güvencesi, tekrar iş yaşamına girememe, çalışma aktiviteleri ve önceliklerindeki değişimler, damgalanma ve iş ayrımcılığı gibi problemlerdir^{35,40,41}.

Hastalığa psikososyal uyumu, hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerin tümü etkilemektedir. Benzer şekilde hastalığa psikososyal uyum da, hastalığın seyrini olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir. Hastalığa psikososyal uyumda etkili olan faktörler; kişilik yapısı, sosyokültürel özellikler, psikososyal stres etmenleri, hastalığı kayıp, tehdit gibi olumsuz yönleriyle değerlendirmek şeklinde hastalıkla ilgili olumsuz duygular, baş etme yöntemleri, geçmiş deneyimler, yaşam tarzı ve kalıtımsal özelliklerdir^{42,43}.

Hastalığın kendisi, tuttuğu organ, tipi, belirti ve bulguları, hastanın yaşı, amaç ve projeleri için hastalığın oluşturduğu tehdit düzeyi, çevresel destek sistemleri de uyumda rol oynayan faktörlerdir⁴⁴.

Psikososyal uyumda kanserin ortaya çıktığı yaş dönemi, hastalık öncesi duygusal denge (kişilik ve baş etme biçimi), kişiler arası desteğin varlığı ve elde edilebilirliği önemli değişkenler olarak belirlenmiştir. Meme kanserinin ortaya çıktığı yaşam dönemi önemlidir, çünkü hastalık yaşam dönemiyle ilişkili olarak kadının sosyal görevlerini tehdit etmiştir veya en önemlilerini kesintiye uğratmıştır. Benlik saygısına ve kadınlık duygusuna tehdit tüm kadınlarda

olur. Fakat özellikle genç ve yalnız bir kadın için bu tehdit daha ciddi olabilir. Meme kanserine yüklenen anlam da yaşa göre değişir. Güvenli bir evi ve ailesi olan yaşlı bir kadın için yaşam riski daha ön planda olabilir².

Araştırmacılar, meme kanseri olan kadının hastalığa ve uygulanan tedavilere uyumunu artırmada kocasından alacağı desteğin önemini vurgulamaktadır⁴⁵. Çalışmalarda, meme kanserli kadınların eşlerinden duygusal destek bekledikleri ve gördükleri destekle hastalık sürecine daha kolay uyum sağlayabildikleri bildirilmiştir^{46,47}.

Uyuma katkısının önemli olduğu diğer bir değişken de kişilik ve baş etme biçimleridir. Kanserli hastalar savunucu, kaygılı, aşırı kontrollü, duygusal, gerginliklerini motor veya duygusal yollarla boşaltamayan, belirgin olarak yadsıma savunma mekanizmalarını kullanan, aşırı sabırlı, kendi gereksinmelerini sürekli geri planda tutan ve kolayca memnun edilebilen kişiler olarak tanımlanmaktadır⁴⁸. Morris ve arkadaşları kanser için "duygusal olarak kapalı" şeklinde tanımladıkları "C tipi kişilik" üzerinde durmuşlardır. Bu kişilik özelliği işbirliğini seven, tartışma yerine kabul etmeyi seçen, girişken olmayan, sabırlı, olumsuz duygularını dışa vurmeyen ve dış otoritelere karşı uyumlu görünen bir özellik olarak tanımlanmıştır⁴⁹.

Memenin Kadındaki Önemi

Kadının memesi kimi zaman bilinçli kimi zamanda bilinçdışı düşünce ve duyguları çağırıştırır. Bir kadının meme ile ilk teması bebeklik döneminde emzirmesi ile başlar. Puberte ile birlikte kızlarda memelerin gelişmesi cinsel kimliği destekler ve genç kızlığa geçmeyi sağlar. Kadının kendi çocuğunu emzirmesi de annelik duygularının oluşmasına ve bebeğiyle karşılıklı iletişime girmesine yol açar⁵⁰.

Kadın için meme süt verme fonksiyonu dışında, kadınlık, çekicilik ve cinsellik sembolüdür. Bundan dolayı meme hastalıkları, etkilenen doku-organın boyutlarının ötesinde duygusal ve psikolojik etkilere sahiptir⁵¹.

Kadının memeleri hakkındaki tutum ve deneyimleri ne olursa olsun, onlar kaçınılmaz olarak kişiliklerinin önemli bir kısmını oluştururlar. Memelerin

beden imgesi üzerinde de önemli bir yeri vardır. Beden imgesi zihnimizde şekillendirdiğimiz kendi bedenimizin bize nasıl görüldüğüdür. Hem dışarıdan hem de bedenimizden gelen uyarılar bize beden bir bütünlüğü olduğunu öğretir. Beden organlarının zihinsel tasarımının tümü olan beden imgesi “ben” fikrini oluşturur ve egonun sonraki biçimlenmesinde temel bir önemi vardır⁵².

Cerrahi Tedavi Seçenekleri

Erken evre meme kanseri tedavisinde hastalara genellikle iki seçenek sunulmaktadır;

1. Meme koruyucu ameliyatlara

2. Total mastektomi ya da total mastektomi ile birlikte meme rekonstrüksiyonu.

Erken evre (Evre 0-I-II) meme kanserinde cerrahi yöntem ile tümör ya etrafındaki sağlam meme dokusu ile birlikte çıkarılmakta (meme koruyucu ameliyat) ya da meme dokusunun tamamı alınmaktadır (total mastektomi). Erken evre meme kanserlerinin yaklaşık üçte birinde meme koruyucu ameliyatlara uygun olmadığından, total mastektomi ile tümör çıkarılmaktadır. Bu gibi durumlarda mastektomi sonrası meme kaybına bağlı oluşan görünümünden hoşnut olmayan kadınlar için meme rekonstrüksiyonu uygun bir seçenek haline gelmektedir⁵³.

Mastektomi ciddi boyutta bir kayıp duygusu ile birlikte kişinin işlevlerini, özgüvenini, kendi vücudunu algılayışını, psikolojik durumunu ve çevre ile ilişkilerini etkiler. Ayrıca çeşitli kaygılara ve korkulara yol açabilir. Bunlar yakınlarından ve çevreden ayrılma kaygısı, estetik kaygıların yol açtığı sevgi, ilgi, destek ve onayı kaybetme korkusu, temel işlevlerini, vücudu üzerinde denetimi kaybetme kaygısı olarak sıralanabilir. Hastalık öncesi yaşam tarzı dolayısıyla (sigara ve alkol kullanımı vb.) suçluluk duyguları ve cezalandırılma korkusu da görülebilir².

Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Bozukluklar

Kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı yaklaşık

%50'dir^{54,55,56} ve bu bozuklukların çoğu kanser veya kanser tedavisi ile ilişkilidir. Yaygınlık, ilerlemiş hastalığı ve kötü prognozu olanlarda en yüksektir^{55, 56, 57, 58}. Kanser hastalarındaki psikiyatrik bozuklukların üçte ikiden fazlasını uyum bozuklukları oluşturur. Yatan hasta çalışmalarında depresyon (%20 ila %45) ve deliryum (ilerleyen hastalıkla birlikte %15' ten %75'e dek yükselen) daha yüksek oranda görülmektedir^{55,56}.

Uyum Bozukluğu

Anksiyete veya depresif duygudurumla birlikte görülen uyum bozuklukları, kanser hastalarında en sık görülen Eksen-I tanıları grubunu oluşturmaktadır^{59,60}. Uyum bozukluğu tanı kategorisinin başlıca özellikleri; belirlenebilir bir stres etmeninin ortaya çıkışından itibaren üç ay içinde görülmesi, klinik olarak anlamlı duygusal veya davranışsal belirtiler (beklenebilecek olandan aşırı) ya da sosyal bozulma olması ve bu belirtilerin stres tetikçisinin sona ermesinden itibaren altı ay içinde ortadan kalkmasıdır⁵⁹. Klinik olarak, anksiyete ile birlikte seyreden uyum bozukluğunun bulguları, yaygın anksiyete ile benzerdir.

Ateşçi ve arkadaşları çalışmalarında uyum bozukluklarının kanser hastalarında % 55,8 oranla ilk sırada yer aldığını bildirmişlerdir⁶¹. Depresif ya da anksiyete bulgularının eşlik ettiği uyum bozuklukları, bir uçta akut stres yanıtları ile diğer uçta duygu durum ve anksiyete bozuklukları ile bir süreklilik içinde yer alır. Ayrıca uyum bozukluğunun, hastanın geleceğe ve tedavinin etkinliğine ilişkin belirsizlik duygusunu, yeni ve alternatif tedavi yöntemlerinin etkili olmayabileceğine ilişkin endişesini ve kronik, kontrol edilemeyen ağrı, nefes darlığı ya da hareket kısıtlılığı yaşayabileceğine ilişkin korkularını yansıtır olabileceği de düşünülmektedir⁶².

Anksiyete Bozuklukları

DSM IV TR' ye göre YAB en az altı ay süreyle, hemen her gün bir dizi olay veya faaliyetle ilgili olarak aşırı endişe olarak tanımlanmaktadır⁵⁹. Kanser ortamında bulguların altı ay sürmesi makul bir ölçüt olmayabilir; bu hasta

populasyonunda bulgular görece kısa bir süre zarfında gelişebilir ve tanı koymak için altı ay beklemektense, semptomatik olarak tedavi edilmesi gerekebilir. Genellikle genç ve orta yaştaki kanser hastaları, kadın cinsiyet ve kemoterapi tedavisi alanlarda anksiyete seviyeleri daha yüksektir⁶³.

Bu hastalarda anksiyete bozukluklarının tedavisi geniş bir bakış açısı ile ele alınmalıdır. Bilişsel konfüzyon veya erken deliryum olasılığı olduğunda antipsikotik ilaçların kullanımı düşünülmelidir⁶⁴. Anksiyolitiklerin başlangıç dozu, anksiyetenin şiddeti, hastanın tıbbi durumu ve kullandığı diğer ilaçlara göre belirlenmelidir. Diazepam gibi uzun etkili benzodiazepinler günde 2 kez verilirken, alprazolam, oksazepam, lorazepam gibi daha kısa etkililer günde 3-4 kez verilebilir. Lorazepam'ın bulantı yapan kemoterapotik ilaçların kullanıldığı durumlarda bulantıyı azalttığı bildirilmiştir⁶⁵.

Akut Stres Bozukluğu ve Posttravmatik Stres Bozukluğu

Akut stres bozukluğu (ASB) kanser sürecinde en hızlı gelişen ve en kısa süren ruhsal bozukluktur. Kişinin başa çıkma kaynaklarını aşan bir travmaya maruz kaldığını gösterir. Bulgular; travmatik olayı hatırlatıcılardan kaçınmayla birlikte, bir veya daha fazla disosiyatif ve anksiyete belirtilerinin kombinasyonunu içerir. ASB travmatik bir olaydan sonra bir ay içinde gelişen bulgular için; posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) olaydan sonra bir aydan fazla süreyle devam eden bulgular için düşünülmelidir. ASB 'nun yaygınlığı kanser hastalarında ortaya konmamıştır. PTSB kanser hastalarında %32'ye varan oranlarda bildirilmiştir ve çalışmalar kanser hastalarının %80'e varan kısmının PTSB bulgularından bazılarını yaşamalarının olası olduğunu bildirmiştir^{57,66}. Kanserli olmak yaşamı tehdit edici bir olay olarak algılanabilir ve önemli psikolojik travma yaşamış hastalar için korku, disosiyatif yaşantılar, kanserle ilişkili her şeyden kaçınma, kâbuslar, irritabilite, hipervijilans ve konsantrasyon bozukluğuna yol açabilir. Uzun, zahmetli tedaviler uygulanan hastaların veya kanserin seyri veya tedavisi sırasında deliryum yaşayan hastaların PTSB bulguları geliştirmeleri daha olası olabilir.

Kansere bağlı travma sonrası stres bozukluğu tedavisinde seçici serotonin

gerialım inhibitörleri (SSRI) kullanılabilir⁶⁴. Tekrarlayan düşünce, yaşantı ve aşırı uyarılmışlık durumlarında sedatif özellikli antidepresan ilaçlar ve anksiyolitikler kullanılabilirken, ciddi aşırı uyarılmışlık belirtilerinin varlığında beta blokerlerden de yararlanır. Psikoterapinin de PTSS'u tedavisinde önemli bir yeri vardır⁶⁴.

Diğer Anksiyete Bozuklukları

Bir çalışmada depresyon tanısı almış kanser hastalarının eş zamanlı olarak %24 oranında yaygın anksiyete bozukluğu, %18 panik bozukluk, %30 PTSS tanı ölçütlerini karşıladıkları bildirilmiştir⁶⁷. Eş tanıli durumlarda tek bir tanının var olduğu durumlara kıyasla daha ağır belirtiler, sağaltıma daha fazla direnç ve daha fazla yeti yitimi görülmektedir⁶⁷. Kanser hastalarındaki panik ataklar önceden mevcut bir panik bozukluğun alevlenmesini yansıtıyor olabilir. Ender olarak ilk panik nöbetini tıbbi ortamda tedavi görürken geçiren hastalar da olabilir. Depresyon gibi, panik bozukluğu da kanser hastalarında artmış öz kıyım riski ile ilişkilidir⁶⁸. Klastrofobik hasta tanısız görüntüleme aletlerinde anksiyete yaşayabilir. İğne fobisi olan hasta korkuları sebebi ile tedavisini aksatabilir. Tanı işlemleri gibi acil durumlarda benzodiazepinlerden (alprazolam 0,5mg) faydalanılır⁶⁵.

Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete belirtileri tıbbi hastalığın doğrudan fizyolojik sonucu olduğunda konulan bir tanıdır. Kanserde anksiyeteye pulmoner emboli, pulmoner ödem, hipoksi, hipoglisemi, hiperkalsemi, hipertiroidizm, hiponatremi, kompleks parsiyel nöbetler, sepsis, anemi ve kardiyak bozuklukları içeren çeşitli tablolar neden olabilir. Hormon salgılayan neoplazmlar ve paraneoplastik sendromlar da anksiyeteye neden olabilir. Giderilemeyen ağrı da anksiyetenin sık görülen bir nedenidir^{57,69}. Akut ağrıya eşlik eden anksiyete tablosu en iyi analjezik ilaçlar ile tedavi edilebilir. Anksiyete şiddetli solunum güçlüğüne eşlik ediyorsa oksijen, opiyat, düşük düzeyde sedasyonun dikkatli kullanımı ile tedavi edilebilir⁶⁵.

Kanser Hastalarında İlaça Bağlı Anksiyete Bozukluğu

Bronkodilatatörler, steroidler, metoklopramid gibi antiemetikler anksiyeteye sebep olabilirler. Ensefalopati ve deliryuma sebep olan ilaçlar eş zamanlı olarak anksiyeteye de neden olabilir. Bu durumda tedavi için benzodiazepinler ya da düşük doz antipsikotik ilaçlar kullanılabilir⁶⁵.

Depresif Bozukluk

Depresyon kanserin sık görülen bir psikiyatrik komplikasyonu ve öz kıyım için bir risk faktörüdür. Kanser hastaları her evrede depresif bulgulara eğilimlidirler. Klinisyenler için, kanser ile ilintili normal üzüntü veya sıkıntının, klinik olarak anlamlı bir depresif bozukluğa dönüştüğü noktanın belirlenmesi önemlidir⁵⁷. Depresif bozuklukların farkına varılması ve tedavisi, kanser tedavisine uyumu artırır, yaşam kalitesini iyileştirir ve özkıyımı azaltır⁵⁷.

Kanser hastalarında klinik olarak anlamlı depresyon yaygınlığı, kısmen farklı tanı ve ölçeklerin kesme puanlarındaki farklılıklar nedeniyle, %1 gibi düşük bir orandan % 50 gibi yüksek oranlara kadar değişmektedir⁵⁶.

Kanserli hastalarda en sık majör depresyon, depresif belirtilerin eşlik ettiği uyum bozukluğu ve genel tıbbi duruma bağlı depresyon görülür. Bir gözden geçirmede kanserli hastalarda %10-25 oranında majör depresyon ve benzer oranlarda da klinik olarak anlamlı depresif belirti saptandığı bildirilmiştir⁷⁰. Bu oranlar göz önüne alındığında kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı genel popülasyona göre 2-3 kat daha fazladır. Kanser hastalarında depresyon izole depresif belirtilerden majör depresif bozukluğa kadar değişen geniş bir yelpazede görülür⁷⁰. Tokgöz ve arkadaşları, kanser hastalarında depresyon yaygınlığını %22 olarak saptamış ve kadınlarda erkeklere göre daha sık olduğunu bildirmişlerdir⁷¹. Aynı çalışmada depresyon tanısı konan hastalarda uyku bozukluğu daha sık görülmüştür. Her ne kadar genel popülasyonda majör depresyon yaygınlığı kadınlarda daha fazla olsa da kanser popülasyonunda kadın erkek arasında belirgin cinsiyet farklılığı saptanmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur⁷².

Depresif belirtiler kanser hastaları için çok normal bir belirtiymiş gibi kabul

edilir. Özellikle yaşlı hastalarda depresyon daha az tanınmaktadır^{70,73}. Yaşlı hastalarda belirtiler genç yetişkinlere göre farklıdır. Daha fazla somatik yakınmalara rastlanmaktadır⁷³.

Kanser hastalarında majör depresif bozukluk (MDB) tanısı koymak kanser ve tedavisinin neden olduğu iştah kaybı, yorgunluk, uyku bozuklukları, psikomotor retardasyon, apati ve konsantrasyon bozukluğu gibi nörovejetatif bulgular nedeniyle güçtür. Kanser hastalarında depresif bulguların değerlendirilmesi disfori, anhedoni, çaresizlik, değersizlik, aşırı veya uygunsuz suçluluk ve öz kıyım düşüncelerine odaklanmalıdır⁵⁷. Kanser hastalarında deprese duygu durum ve ilgi, istek kaybının depresyon tanısı için duyarlılığı %91, özgüllüğü %86, öngörme değeri %57, negatif öngörme değeri %18'dir⁷³. Kronik tıbbi hastalık, bilişsel yetersizlik ve yeti yitimi olan kişilerde depresyon artmaktadır⁷³.

Depresyondaki kanser hastalarında daha fazla ötenazi veya doktor yardımlı özkiyım isteği ve daha fazla oranlarda ölümle sonlanan öz kıyımlar görülür. Majör depresyon ve kanser birlikteliğinin ölüm riskini arttırdığı bildirilmiştir⁷⁴.

Kanser hastalarında depresyonun tedavisi diğer gruplarda olduğu gibi psikososyal girişim, psikoterapi ve farmakolojik tedavileri içerir. Kanser hastalarında psiko farmakolojik tedavide, özellikle psikotik olmayan majör depresyonda ilk sıra tedavi seçeneği SSRI ve serotonin noradrenalin geri alım inhibitörlerdir (SNRI). SSRI'lar iyi tolere edilirler ve aşırı dozlarda trisiklik antidepresanlar kadar toksik değildirler. Fluoksetin, paroksetin ve fluvoksamin gibi bazı SSRI'lar sitokrom P450 izoenzimlerinin inhibitörüdürler. Bu nedenle ilaç-ilaç etkileşimi olasılığının izlenmesi gerekir. Sertralin, sitalopram ve essitalopram daha düşük ilaç-ilaç etkileşimi riski taşırlar. Tamoksifen kullanmakta olan meme kanser hastalarında sitokrom P450 2D6 enzimi inhibitörü olan SSRI' lardan kaçınılması gerekir, çünkü bu enzim tamoksifenin aktif metaboliti olan endoksifene dönüştürülmesinde önemli rol oynar. Yardımcı ağrı ilaçları gibi etkileri nedeniyle venlafaksin ve duloksetin, hipertansiyon açısından dikkatli bir takiple tercihen eşlik eden depresyon ve

nöropatik ağrısı olan hastalarda kullanılabilir. Mirtazapin 5HT₂, 5HT₃ ve α ₂ adrenerjik reseptör bölgelerini bloke ederek etkisini gösterir ve anti emetik özelliklere sahiptir. Sedasyon ve kilo artışı gibi yan etkileri, uykusuzluk ve kilo kaybı olan birçok kanser hastası için yararlı olabilir⁷⁵.

Yapılan bir çalışmada sitalopramın hem depresyon hem de kimyasal menapoza girmiş göğüs kanserli hastalardaki sıcak basmalarında etkili olduğu öne sürülmüştür. Yine venlafaksin de sıcak basmalarında etkili olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada fluoksetinin depresif belirtileri azaltıp yaşam kalitesini arttırdığı, yüksek doz interferon alfaya bağlı gelişen depresyonun paroksetin ile önlendiği de bildirilmiştir⁷⁶.

Maprotilin, dopamin bloke edici aktiviteye sahip olduğundan dolayı metoklopramid gibi yaygın kullanılan antiemetiklerle birlikte verildiğinde diskinezi riskini arttırmaktadır. Yiyecek-ilaç etkileşimi nedeni ile mono amin oksidaz (MAO) inhibitörleri nadiren tercih edilmektedir. Sedasyon ihtiyacı olanlarda trazodon, mirtazapin tercih edilebilir. Antidepresanlara düşük doz lityum ilavesi tedaviye dirençli, tıbbi durumu bozuk hastalar için yararlı olabilir. Ancak hidrasyona ve sodyum dengesine dikkat etmek gereklidir. Steroid ile indüklenmiş depresyonda antipsikotikler ve klonazepam daha sıklıkla kullanılabilir. Psikostimülanlar (dekstroamfetamin, metilfenidat) uyarılmış uyanıklığa sebep olmak için retiküler aktive edici sistem üzerine etkilidir. En önemli yan etki yatkinliği olan hastalarda kardiyak yan etkilerdir. Modafinil özellikle yorgunluğun ön planda olduğu vakalarda kullanılabilir ancak anksiyeteye sebep olabilmesi bir dezavantajdır⁶⁴.

Yorgunluk

Yorgunluk kanser hastalarında sık görülen bir belirtidir ve duygu durum bozukluğunun da önemli bir yordayıcısıdır⁷⁷. Kanser ya da tedavisi ile ilişkili yorgunluk normal günlük yaşamın bir sonucu olarak yaşanan yorgunluktan şiddet ve kalitesi açısından farklıdır^{78,79}. Yorgunluk çabayı sürdürmeye yönelik öznel bir yetersizlik olarak tarif edilmektedir. Hasta bireyler arasında farklılıklar gösterse de temelde dinlenme ve uyku ile geçmeyen, fiziksel ve zihinsel

işlevleri etkileyen bir durum söz konusudur.

Yorgunluğun sıklığı, meme kanserinde kemoterapi öncesi %4, cerrahi ve kemoterapi sonrası %91 olarak saptanmıştır. Kanserden sonra sağ kalanlarda, yorgunluk sıklık oranları; meme kanseri için %35-56 olarak bildirilmektedir⁷².

Kanser hastalarında önemli bir oranda yeti yitimine neden olmasına rağmen psikiyatristlerin çok azı yorgunluğun farkındadır⁷⁸. Yorgunluk tanısında var olabilir, tedavi sırasında artar, tedavi bittikten sonraki aylar ya da yıllar boyunca devam edebilir. Yaşam kalitesini ve günlük aktiviteyi kötü yönde etkiler. Kansere bağlı yorgunluğun etiyolojisi çok faktörlü olup psikolojik, biyokimyasal, fizyolojik sistemlerin birbiri ile ilişkilerinde bir düzensizlik söz konusudur.

Meme kanserinde radyoterapi alan hastalarda yorgunluğun önlenmesi ve azaltılmasında egzersizin faydalı olabileceği bildirilmiştir^{80,81}.

Uyku Bozuklukları

Uyku bozukluğu yaygınlığının kanser hastalarında %50 olduğu, kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek oranlarda rastlanıldığı ve meme kanserli hastalarda daha sık olduğu bildirilmektedir⁸². Kanser hastalarında uykusuzluk sıklıkla tıbbi yardım gerektirecek denli şiddetlidir ancak, kansere verilen normal bir reaksiyon olarak görülmesi veya hastalar tarafından bildirilmemesi nedeniyle sık görülmesine karşın ihmal edilen bir sorundur. Kanseri hastalar için yazılan ilaçların %25-50'sini hipnotikler oluşturur. Uyku bozuklukları ve yorgunluk arasında pozitif bir ilişki olduğu da bildirilmiştir⁸³. Yorgunluk yakınması olmayan hastalara göre olanlarda uyku bozuklukları daha şiddetlidir ve uyku bozuklukları yorgunluğun bir belirleyicisidir. Çalışmalar sonucunda yorgunluk ile kötü uyku kalitesi, uykuya dalış ve sürdürmede güçlük, uykunun yeterliliğinin az olarak algılanması, dinlendirici olmayan uyku ve huzursuz uyku arasında ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu nedenle de bir yakınmanın tedavi edilmesinin diğerini de etkileyeceği düşünülebilir. Kansere bağlı yorgunluk ve uyku bozukluklarının altında yatan ortak bir etiyoloji olduğu

ve bu iki durumun ağrı, depresyon, konsantrasyon ve bilişsel işlevlerdeki kayıp ile ilişkili olduğu da bildirilmektedir⁸³.

Organik Ruhsal Bozukluklar (Deliryum)

Deliryum hastanede yatmakta olan kanser hastalarında %14-55 oranlarında ikinci sıklıkta rastlanan psikiyatrik bozukluktur. Terminal dönemdeki kanser hastalarında %90'lara varan oranlarda görülmektedir⁸⁴. Kanserli hastalarda deliryum santral sinir sisteminde kanserin doğrudan ya da dolaylı etkisine bağlı olarak ortaya çıkabilir⁸⁵. Eski inme, demans ve yaşlılarda, birlikte bulunan diğer durumlar deliryumu kolaylaştırabilir. Hipoksi, iskemi, infeksiyon, elektrolit anomalileri, paraneoplastik sendrom kanserli hastalarda deliryumu tetikleyebilir. Difenhidramin gibi antikolinergik ilaçlar, kemoterapotik ajanlar, biyolojik ajanlar, opiyatlar, kortikosteroidler, opiyat dışı psikoaktif ilaçlar (benzodiyazepin, hipnotik, antiemetik) deliryuma neden olabilirler⁸⁵.

Görme işitme güçlüğü, depresyon, alkol kötüye kullanımı, dehidratasyon, fiziksel kısıtlılık, malnütrisyon deliryumu ortaya çıkarabilir. Odada saat, takvim yokluğu tabloyu ağırlaştırır. Düşük albümin düzeyi, kemik metastazı deliryum için bağımsız risk faktörleridir⁸⁵.

Deliryum akut başlangıçlı ve tedavi ile ya da tedavisiz olarak geri dönüşümlü bir tablodur. Hiperaktif, hipoaktif ve miks olmak üzere 3 klinik alt tipi vardır⁸⁵. İlk deliryum atağı %40 oranında hipoaktif tiptedir. Hipoaktif deliryum uyku sersemliği hali, fiziksel işlevlerde azalma, uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma ve bilişsel işlevlerde azalma ile karakterizedir⁸⁶. Deliryum bazı hastalarda duygu durum değişiklikleri ile başlar, işitsel ve görsel varsanılar, uyku ve uyanıklık döngüsünde bozulma, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, oryantasyon bozukluğu, enkoheran düşünce yapısı, irritabilite, , konsantrasyon güçlüğü, sözlü anlatımda zorluklar ya da hatırlayamama klinik tabloda görülen belirtiler olabilir⁸⁵. Deliryum belirtileri dalgalı seyir gösterir. Diğer psikiyatrik bozukluklar ile (demans ya da depresyon, anksiyete durumları) örtüşebilir⁸⁵.

Deliryumun tedavisinde üç önemli hedef vardır. Bunlar; deliryuma neden olan faktörleri bulup geri çevirmek, hastaları, aileyi ve çalışanları eğitirken hastanın güvenliğini sağlamak ve deliryum ile ilişkili davranış bozukluklarının tedavisini yapmaktır⁸⁷. Farmakolojik tedavide ilk sırada kullanılacak ilaç haloperidoldür. Günde 2-3 kez olmak üzere 0,5-2 mg haloperidol önerilir. Tedavide ikinci sıra ajanlar olarak olanzapin (2,5-5 mg) ve risperidon (0,5mg, günde 2 kez) kullanılabilir.

Özkıyım

Özkıyım görülme sıklığı kanser hastalarında genel nüfusa göre daha yüksektir; göreceli risk genel nüfustakinin iki katıdır^{88,89}. Özkıyımın ortaya çıkması, ağır depresyon ve çaresizlik bulunan ilerlemiş kanser hastalarında ve yeterince kontrol edilemeyen bulguların, özellikle de ağrının varlığında olasıdır. Geçmiş psikiyatrik rahatsızlık öyküsü, geçmiş depresyon veya özkıyım girişimi öyküsü, yakın zamandaki bir kayıp, alkol veya diğer madde kullanımı veya bağımlılığı öyküsü, erkek cinsiyeti, ailede depresyon veya özkıyım öyküsü, sosyal destek eksikliği ve işsiz olmak kanser hastalarında özkıyım için sık görülen risk faktörleridir^{88,90}.

Tedavi edilemeyen deliryum, bozulmuş yargılama ve dürtü kontrolü nedeniyle kestirilemez özkıyım girişimlerine yol açabilir⁸⁸. Meme kanserli kadınların çoğu duruma iyi uyum sağlamakla birlikte bekar ve sosyoekonomik durumu kötü olan ileri evre meme kanserli kadınlarda özkıyım riski daha fazladır⁹¹.

Depresyon ve antidepresan ilaç kullanımı meme kanseri gelişimi için bir risk faktörü olarak görünmemekle birlikte, bir çalışmada depresyonun geç dönem meme kanseri için bir belirleyici olduğu bildirilmiştir⁹².

Yüksek öz kıyım riski olan hastaların belirlenmesi ve gerektiğinde psikiyatri servisine yatırılarak izlenmesi önem taşımaktadır. Destekleyici bir ilişkinin sürdürülmesi, belirtilerin kontrol altına alınması (ağrı, bulantı, depresyon gibi) ve ailenin dahil edilmesi öz kıyım riski olan hastaların yönetimindeki ilk adımdır. Klinisyen eleştirel veya yargılayıcı olmaksızın empati ile hastayı

dinlemelidir. Yaygın inanışın aksine öz kıyım düşüncelerini konuşma fırsatı verilmesi genelde öz kıyım riskini azaltır. Hekim öz kıyım seçeneğinin ve hastanın ölüm süreci üzerinde kontrol sahibi olma gereksiniminin haklılığını kabullendiğinde, hastalar sıklıkla öz kıyım fikrini yeniden gözden geçirip reddederler⁸⁸.

Kanser Tedavisine Bağlı Psikiyatrik Belirtiler

Radyoterapi uygulanan hastalarda ensefalopati en sık görülen nöropsikiyatrik bozukluktur⁶⁴. Radyoterapiye bağlı oluşabilecek radyasyon nekrozu bazı vakalarda kişilik değişiklikleri ve depresyon olarak da kendini gösterebilir⁹³. Kısa süreli bellek kayıpları ya da uzun sürede akademik başarıda azalma radyoterapiye bağlı olarak görülebilmektedir⁹⁴. Zekâ katsayısında 10-25 puana varan azalmanın yanında normal zekâ düzeyinde bile nöropsikolojik sorunlar ve öğrenme güçlükleri bildirilmiştir⁶⁴.

Kemoterapi ya da kemoterapi ile beraber radyoterapi uygulamasına bağlı santral sinir sistemi toksisitesinin nedeni tam olarak anlaşılamamıştır. Metotreksat uygulamasına bağlı olarak olguların ortalama %3-11'inde görülebilmektedir. Toksik etkiler hemen tedaviden sonra ya da uzun dönemde bilişsel ve nörolojik bozukluklar (bilinç değişiklikleri, lökoensefalopati, nöbet, serebral enfarkt, paralizi, nöropati, ototoksosite) şeklinde görülebilir⁹⁵. Kortikosteroidler çok çeşitli bilişsel bozukluklara ve duygudurum değişikliklerine yol açmaktadır⁹⁴. Steroidlere ilk yanıt öfori ve iritabilitedir. Bazı etkileri, kendini iyi hissetme, iştah artışı, kilo alımı gibi uykusuzluk, huzursuzluk, hiperaktivite, kas güçsüzlüğü, halsizlik, depresyon gibi etkileri de vardır. Bazen steroid dozunun ani artırılması, azaltılması ya da kesilmesine bağlı olarak varsanılar ya da sanrılar görülebilir. İnterferon doza bağlı olarak soğuk algınlığı benzeri uyuşukluk, iştahsızlık, bulantı, depresyon, uykululuk, konfüzyon, pareztesilere neden olabilir. Amfoterisin B'nin deliryum, demans, akinezi, mutizm, hiperrefleksi, tremor, beyaz cevher dejenerasyonu gibi yan etkilere sebep olduğu bildirilmektedir⁹³. Tamoksifenin nadiren depresyona ya da sanrısız bozukluğa, löprolidin depresyona, Hidroksiürenin varsanıllara, L-

asparajinaz ve vinblastinin depresyona, vinkristinin %5 oranında varsanı ya da depresyona, dakarbazinin depresyon ve öz kıyıma neden olduğu bildirilmiştir⁶⁴. 5-fluorourasil, vinka alkaloidleri, bleomisin, karmustin, sisplatin, L-asparajinaz, prokarbazin deliryuma yol açabilir⁹³.

Kemoterapi alan hastalar sıklıkla bilişsel işlevlerindeki değişikliklerden yakınırılar. Kemo-beyin olarak da adlandırılabilen bu durum unutkanlık, dalgınlık, günlük işler yapılırken yaşanan odaklanma güçlüğü gibi yakınmalardır⁹⁶.

Sonuç

Kanser özellikle gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %25'ini oluşturmakta ve tüm ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalığından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Meme kanseri kadınlarda görülen tüm kanserlerin %33'ünden ve kanserle ilişkili ölümlerin %20'inden sorumludur. Kansere bağlı ölümlerde ise akciğer kanserinden sonra 2. sırada gelmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın verileri incelendiğinde Türkiye'de meme kanseri insidansının kadınlar arasında %35 oranında olduğu görülmektedir. Kanser hastaları tanı, tedavi ve terminal dönemlerde çeşitli ve değişik duygusal, davranışsal tepkiler geliştirirler. Bu tepkilerin bir kısmı normal ve hatta uyuma yöneliktir. Bu tür tepkiler tedavi ekibince anlayışla karşılanmalı ve destek görmelidir. Bozuk ve uyumu bozan tepkiler ise psikiyatrik değerlendirme ve tedavi gerektirir. Hem kanser tanısı hem de tedavide kullanılan tıbbi ajanlara bağlı bir çok psikiyatrik eş tanı gelişmektedir. Anksiyete için benzodiazepinler kısa süreli etkinlik gösterirken, uzun dönemli etkinlik için SSRI'lar ön plana çıkmaktadır. Major depresyon varlığı hastalığın seyirinde bağımsız ortaya çıkabileceği gibi kullanılan kemoterapotik ajanların etkisiyle gelişebilmektedir. SSRI'lar, SNRI'lar ilaç etkileşimi, tolerabilite ve sitokromal enzim yıkımı göz önünde bulundurularak kullanılabilir. Farmakoterapi ile beraber psikososyal müdahaleler hem yaşam kalitesini arttırmakta hem de sürece uyumu arttırmaktadır.

Kaynaklar

1. Özkan S. Psikiyatrik ve psikososyal acıdan kanser. 5. Ulusal Konsultasyon Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999 Kongre Kitabı, İstanbul. 140-153.
2. Özkan S. Psiko-onkoloji. 1. Baskı, İstanbul: Form Reklam Hizmetleri. 2007.
3. Holland JC. History of psycho- oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med.* 2002; 64:206-21.
4. Lepore SJ, Coyne JC. Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews. *Ann Behav Med.* 2006; 32: 85-92.
5. Gagnon P, Massie MJ, Holland JC. The woman with breast cancer: Psychosocial considerations. *Cancer Bulletin.* 1993; 45:538-542.
6. Baider L, Andritsch E, Uziely B et al. Do different cultural settings affect the psychological distress of women with breast cancer? A randomized study. *Eur J Cancer Care.* 2003;12: 263-273.
7. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2009; 59: 225-249.
8. Tuncer M. Significance of cancer in Turkey, the burden of disease and cancer control policies (Volume 74). In: Tuncer M. eds. *Cancer Control in Turkey*, Ankara, Onur Press, Health Ministry Publication. 2008; 5-9.
9. Özmen V, Fidaner C, Aksaz E ve ark. *Meme Sağlığı Dergisi.* 2009; 5:125-134.
10. Rosner B, Colditz GA, Willett WC. Reproductive risk factors in a prospective study of breast cancer: The Nurses' Health Study. *Am J Epidemiol.* 1994; 139: 819-835.
11. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. *Lancet.* 2001; 358: 1389.
12. Lynch HT, Watson P, Conway TA, Lynch JF. Clinical/genetic features in hereditary breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 1990; 15: 63-71.
13. Ellisen L, Haber D. Hereditary breast cancer. *Ann Rev Med.* 1998: 49:425-436.
14. John EM, Kelsey JL. Radiation and other environmental exposures and breast cancer. *Epidemiol Rev.* 1993; 15: 157-162.
15. Kelsey JL, Fischer DB, Holford TR, LiVoisi VA, Mostow ED, Goldenberg IS. White C. Exogenous estrogens and other factors in the epidemiology of breast cancer. *J Natl Cancer Inst.* 1981; 67: 327-333.
16. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Lancet.* 1996; 347: 1713.

17. Hankinson SE, Colditz GA, Manson JE, Willett WC, Hunter DJ, Stampfer MJ, Speizer FE. A prospective study of oral contraceptive use and risk of breast cancer. *Cancer Causes Control*. 1997; 8: 65-72.
18. Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR, Bernstein L, Malone KE, Ursin G, Strom BL, Norman SA, Wingo PA, Burkman RT, Berlin JA, Simon MS, Spirtas R, Weiss LK. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2002; 346: 2025-2032.
19. Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, Stefanick ML, Gass M, Lane D, Rodabough RJ, Gilligan MA, Cyr MG, Thomson CA, Khandekar J, Petrovitch H, McTiernan A WHI Investigators. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the women's health initiative randomized trial. *JAMA*. 2003; 289: 3243-3253.
20. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormonereplacement therapy in the million women study. *Lancet*. 2003; 362: 419-427
21. Cuzick J. *Epidemiology of Breast Cancer*. *The Breast*. 2003;12:405-411
22. Suzuki R, Ye W, Rylander-Rudqvist T, Saji S, Colditz GA, Wolk A. Alcohol and postmenopausal breast cancer risk defined by estrogen and progesterone receptor status: a prospective cohort study. *J Natl Cancer Inst*. 2005; 97: 1601-1608.
23. Mahoney MC, Bevers T, Linos E, Willett WC. Opportunities and strategies for breast cancer prevention through risk reduction. *CA Cancer J Clin*. 2008; 58: 347-371.
24. Degnim AC, Visscher DW, Berman HK, Frost MH, Sellers TA, Vierkant RA, Maloney SD, Pankratz VS, de Groen PC, Lingle WL, Ghosh K, Penheiter L, Tlsty T, Melton LJ 3rd, Reynolds CA, Hartmann LC. Stratification of breast cancer risk in women with atypia: a Mayo cohort study. *J Clin Oncol*. 2007; 25: 2671-2677.
25. Fisher B. Tamoxifen in treatment of intraductal breast cancer: National surgical adjuvant breast and bowel project B-24 randomized controlled trial. *Lancet*. 1999; 353: 1993.
26. Boyd NF, Guo H, Martin LJ, Sun L, Stone J, Fishell E, Jong RA, Hislop G, Chiarelli A, Minkin S, Yaffe MJ. Mammographic density and the risk and detection of breast cancer. *N Engl J Med*. 2007; 356: 227-336.
27. McCormack VA, Dos Santos Silva I. Breast density and parenchymal patterns as markers of breast cancer risk: a meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006; 15: 1159.
28. Berg JW, Hutter RV. Breast cancer. *Cancer*. 1995;75 (1 Suppl):257-69.
29. Kübler-Ross E. *Ölüm ve Ölme Üzerine*. İstanbul, Boyner Holding Yayınları. 1997.
30. Green, B. L., Rowland, J. H., Krupnick, J. L., Epstein, S. A., Stockton, P., Stern, N. M., Spertus, I. L., & Steakley, C. Prevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) in Women With breast cancer. *Psychometrics*. 1998:39;102-111.
31. Landmark BT, Wahl A. Living with newly diagnosed breast cancer: A qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 2002:40(1):112-121.

32. Kilpatrick MG, Kristjanson LJ, Tatrjn DJ, Franser VH. Information needs of husbands of women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1998;.25:1595-1601
33. Ferrell BR, Grant M, Funk B et al. Quality of life in breast cancer: Part II. Psychological and spirituel well-being. *Cancer Nursing*. 1998; 21(1):1-9.
34. Kara B, Fesci H. Kanserde öz-bakım ve yaşam kalitesi. *Hematoloji-Onkoloji*. 2004; 6(3):124-129.
35. Ferrell BR, Grant M, Funk B et al. Quality of life in breast cancer: Part I. Physical and social well-being. *Cancer Nursing*. 1997; 20(6):398-408.
36. Can G, Durna Z, Aydiner A. Assessment of fatigue in and care needs of Turkish women with breast cancer. *Cancer Nursing*. 2004; 27(2):153-161.
37. Holmberg SK, Scott LL, Alexy W, Fife BL. Relations issues of women with breast cancer. *Cancer Nursing*. 2001; 24(1):53-60.
38. Weiss T. Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2004; 13:260-268.
39. Wang X, Cosby LG, Harris MG, Liu T. Major concerns and needs of breast cancer patients. *Cancer Nursing*. 1999; 22(2):157-163.
40. Rustoen T, Begnum S. Quality of life in women with breast cancer. *Cancer Nursing*. 2000; 23(6):416-421.
41. Fredette SL. Breast cancer survivors: Concerns and coping. *Cancer Nursing*. 1995; 18(1):35-46.
42. Spiegel D. Psychosocial aspects of breast cancer treatment. *Seminars in Oncology*. 1997; 24(1 (Suppl 1):36-47.
43. Adaylar M. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıktaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. İstanbul Üniversitesi SağlıkBilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora tezi, İstanbul.1995.
44. Ozkan S. Meme kanserli hastaya psikolojik yaklaşım. VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı. 21-24 Eylül 2005, İstanbul, 165
45. Wolowski-Wruble A, Kadmon I. Breast cancer: reactions of Israeli men to their wive's diagnosis. *Eur J Oncol Nurs*. 2002; 6:93-99.
46. Foy S, Rose K. Men's experiences of their partner's primary and recurrent breast cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2001; 5:42-48.
47. Inoue S, Saeki T, Mantani T, Okamura H, Yama-waki S. Factors related to patient's mental adjust-ment to breast cancer: patient characteristics and family functioning. *Support Care Cancer*. 2003; 11:178-184.
48. Saydam MB. Kanser etiopatogenezinde psiko- sosyal faktörler. Psikosomatik hastalıklar (Düzenleyen: Prof. Dr. E. Adam) İstanbul Ü.T.F. Psikiyatri Anabilim Dalı Mezuniyet Sonrası Eğitim Seminerleri. 1990, İstanbul.

49. Morirs T, Greer S, Pettingale KW et al. Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *J pycosom Res.* 1989; 25:111-117.
50. Bolund C, Holland JC, Zittoun R. Et al. Crisis And Coping. *Ppsychosocial Aspecte of Oncology.* 1990: 13-25.
51. Özkan S. *Pskiyatrik Tıp. İstanbul Çapa Tıp Fakültesi Yayınları.* 1990.
52. Ziyalar A. Beden imajı kavramı. *Yeni Symposium.* 1985; 1-2:31-37
53. Schain W. Psychosocial factors in mastectomy and reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery of the Breast,* Noone RB (Ed), BC Decker. 1991, Pennsylvania.
54. National Comprehensive Cancer Network. *Clinical practice guidelines in oncology:disstres management.* Ver. 1. 2010.
55. Derogatis LR, Marrow GR, Fetting D, et al. The prevalance of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA.* 1983; 249:751-7.
56. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2004;32: 57-71.
57. Breitbart W, Lederberg MS, Ruedra-Lara M, Alici Y. Psychooncology. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan Lippincott Williams & Wilkins,* 2009
58. Casarett DJ, Inouye SK. Diagnosis and management of delirium near the and of life. *Ann Intern Med.* 2001; 135: 32-40.
59. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4th ed. text rev. Washington, DC: American Psychiatric Press. 2000.
60. Strain J. Adjusment disorders. İn: Holland JC, ed. *Psychooncology.* New York: Oxford Universty Press. 1998.
61. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Turk Psikiyatri Derg.* 2003;14:145-152.
62. Özgüven HD, Tuncer ET. Uyum bozukluğu. *Kriz Dergisi.* 1997; 5:87-94
63. Alacacıoğlu A, Yavuzşen T, Diriöz M, Yeşil L, Bayrı D, Yılmaz Y. Kemoterapi alankanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi.* 2007; 17:87-93.
64. Lederberg MS. Psychooncology. In Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry,* 8th Ed. (Eds. BJ Sadock, VA Sadock):2196-2225. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. 2005.
65. Elbi H. Kanser ve psikiyatrik sorunlar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları.* 1997; 2:173-187.
66. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Correlates of acute stres disorder in cancer patients. *J Trauma Stress.* 2007; 20: 325-34.
67. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Bkock SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. *Cancer.* 2005; 104:2872 -2881.

68. Rasic DT, Bellik S-L, Bolton JM, Chochinov HM, Sareen J. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psychosomatics*. 2008; 17:660-7.
69. Noyes R, Holt CS, Massie MJ. Anxiety disorders. In: Holland JC, Breitbart W, eds *Psychosomatics*. New York: Oxford University Press. 1998.
70. Nelson CJ, 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 instruments used with geriatric, cancer, and geriatric cancer samples. *J Clin Oncol*. 2009; 28:348-356.
71. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında major depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008; 9:59-66.
72. Carr D, Goudas L, Lawrence D, Pirl W, Lau J, DeVine D et al. Management of Cancer Symptoms: Pain, Depression, and Fatigue (Evidence Report/Technology Assessment No. 61). Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality. 2002.
73. Weinberger MI, Roth AJ, Nelson CJ. Untangling the complexities of depression diagnosis in older cancer patients. *Oncologist*. 2009; 14:60-66.
74. Onitilo AA, Nietert PJ, Egede LE. Effect of depression on all cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006; 28:396-402.
75. Henry NL, Stearns V, Flockhart DA, Hayes DF, Riba M. Drug interactions and pharmacogenomics in the treatment of breast cancer and depression. *Am J Psychiatry*. 2008; 165:1251-5.
76. Sherman LK, Fisch MJ. Cancer and mood disorders. In *Psychiatry Highlights 2003-4* (Ed M Lader):80-87. Albuquerque, Health Press. 2004.
77. Goldstein D, Bennett B, Friedlander M, Davenport T, Hickie I, Lloyd A. Fatigue states after cancer treatment occur both in association with, and independent of, mood disorder: a longitudinal study. *BMC Cancer*. 2006; 6:240.
78. Lewy MR. Cancer fatigue: A neurobiological review for psychiatrists. *Psychosomatics*. 2008; 49:283-291.
79. Ryan JL, Carroll JK, Ryan EP, Mustion KM, Fiscella K, Morrow GR. Mechanisms of cancer-related fatigue. *Oncologist*. 2007; 12:22-34.
80. Mock V, Dow KH, Meares CJ, Grimm PM, Dienemann JA, Haisfield-Wolfe ME et al. Effects of exercise on fatigue, physical functioning, and emotional distress during radiation therapy for breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1997; 24:991-1000.
81. Littlewood TJ, Bajetta E, Nortier JW, Vercaemmen E, Rapoport B. Effects of epoetin alfa on hematologic parameters and quality of life in cancer patients receiving nonplatinum chemotherapy: results of a randomized, double-blind, placebocontrolled trial. *J Clin Oncol*. 2001; 19:2865-2874.
82. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. *Yeni Symposium*. 2008; 46:51-61.
83. Roscoe JA, Kaufman EM, Matteson SE, Palesh OG, Ryan JL, Kohli S et al. Cancer related fatigue and sleep disorders. *Oncologist*. 2007; 12(suppl):35-42.

84. Bond SM, Neelon VJ, Belyea MJ. Delirium in hospitalized older patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2006; 33:1775-1783.
85. Michaud L, Burnand B, Stiefel F. Taking care of the terminally ill cancer patient: Delirium as a symptom of terminal disease. *Ann Oncol*. 2004; 15(Suppl 4):199-203.
86. Gagnon B, Low G, Schreier G. Methylphenidate hydrochloride improves cognitive function in patients with advanced cancer and hypoactive delirium: a prospective clinical study. *J Psychiatr Neurosci*. 2005; 30:100-107.
87. Kenneth D. Cognitive disorders: Introduction and overview. In Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th Ed. (Eds. BJ Sadock, VA Sadock):1054-1068. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. 2005.
88. Breitbart W. Suicide risk and pain in cancer and AIDS patient. In Chapman CR, Foley KM, eds. *Current and emerging issues in cancer pain: research and practice*. New York: Raven. 1993.
89. Kendal WS. Suicide and cancer: a gender- comparative study. *Ann Oncol*. 2007; 18:381-7
90. Labisi O. Assessing for suicide risk in depressed geriatric cancer patients. *J psychosoc Oncol*. 2006; 24:43-50
91. Schairer C, Brown LM, Chen BE, Howard R, Lynch CF, Hall P et al. Suicide after breast cancer: An international population- based study of 723.810 women. *J Natl Cancer Inst*. 2006; 98:1416-1419.
92. Burgess CC, Ramirez AJ, Smith P, Richards MA. Do adverse life events and mood disorders influence delayed presentation of breast cancer? *J Psychosom Res*. 2000; 48:171-175
93. Çevik A. Psikosomatik bozukluklar. In *Onkolojik Hastalıkların Psikosomatik Yönü* (Ed A Çevik):77-90. Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 1996.
94. Yalın Ş, Varol Taş F, Akay A, Yılmaz Ş. Akut lenfoblastik lösemili bir olguda tedavi sürecinde gelişen psikiyatrik belirtiler ve akut organik beyin sendromu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2005; 12:30-36.
95. Twombly R. Decades after cancer, suicide risk remains high. *J Natl Cancer Inst*. 2006; 98:1356-1358.
96. Hess LM, Insel KC. Chemotherapy-related change in cognitive function: A conceptual model. *Oncol Nurs Forum*. 2007; 34:981-994.

Yazışma Adresi:

Dr. Ayşe Vural
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı,
ADANA
E-mail: draysevural@hotmail.com