

MEME KANSERİ OLAN HASTALARDA MIZAÇ VE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI *

Dr. Hüseyin SOYSAL ** Doç. Dr. Oğuz ARKONAÇ ** Dr. Şahap ERKOÇ **

ÖZET

Bu araştırmada, meme kanseri olan hastalarda (n=30) mizaç ve anksiyete bozukluklarının görülme oranları, fiziksel ve psikiyatrik yakınmaları olmayan kontrol grubuyla (n=30) karşılaştırılarak tespit edilmiştir. Meme kanseri olan hastalarda saptanan 8 depresif bozukluk (%27) kontrol grubunda saptanan 1 depresif bozukluğa (%3) oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuşken, anksiyete bozuklukları bakımından meme kanserlilerde 5(%17), kontrol grubundaki 6(%20) lik oranlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Kanserli grupta, Hamilton Depresyon, Durumluk Kaygı ve Duygulanımsal sıkıntı ölçeklerinin sayılarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu saptanmış sürekli Kaygı Ölçeği sayıları arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca, depresif bozuklukların, tanısını bilin ve 22 kanserli olgudan oluşan grupta kümelendiği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler : Mizaç bozuklukları, anksiyete bozuklukları, mastektomi, beden imajı

SUMMARY

The prevalence of mood and anxiety disorders in patients with breast cancer (n=30) was compared to control subjects (n=30) who had no physical and psychiatric complaint. 8 cancer patients (%27) had depressive disorder, while only 1(%3) of the control subjects had depressive disorder and the result was found significant. Anxiety disorders were seen in 5 of the cancer patients (%17) compared to 6(%20) of the control subjects. This result was statistically insignificant.

Hamilton Depression Scale, Spielberger's State Anxiety Scale and Emotional Distress Scale were found higher in patients than control subjects. There was no significant difference between the groups in Spielberger's Trait Anxiety Scale scores. Moreover, depressive disorders clustered in the subgroup of cancer patients that is 22 of 30, who were aware of their illness.

Key Words :Mood disorders, anxiety disorders, mastectomy, body image.

GİRİŞ

Yaygın ve ölümcül bir hastalık olan kanserle ruh sağlığı arasındaki ilişki, XVIII. yüzyıldan itibaren ve büyük üzüntülerin kansere yol açtığına ilişkin yayınlarla incelenmeye başlanmıştır. Günümüzde de, aynı inancın halk arasında ve bazı klinisyenlerce paylaşıldığı bilinmektedir. (Greer, 1983) Ancak, kontrollü çalışmalar, yaşam olaylarının, depresyonun ve diğer psikiyatrik bozuklukların kansere yakalanma riskini genel nüfusa göre arttırmadığını göstermektedir. (Connolly 1985, Wells ve ark. 1989)

Fras ve ark. (1967) ise kanserin, fizik belirtilerinden önce depresyon semptomları çıkardığını savunmuşlarsa da, bu görüşü desteklemeyen araştırmacılar bir hayli fazladır. (Gomez, 1987)

Kanserin ortaya çıkmasından sonra gelişen psikiyatrik bozuklukların sıklığı, doğası ve şiddeti konusunda ise daha tutarlı ve kapsamlı araştırma sonuçları mevcuttur. Tüm çalışmacılar kanserin teşhis edilmesinden sonra, depresyonun, anksiyetenin ve uyum bozukluklarının attığını, bu bozuklukların sendrom düzeyinde olmasa bile, semptom düzeyinde genel nüfusa oranla anlamlı derecede yüksek bulunduğunu bildirmektedirler. (Odegard 1952, Craig 1974, Levine ve ark. 1987...)

Meme kanseri, kanserin ölümcül bir hastalık olması yanında, kadının beden imajını bozması yönüyle ek bir stres kaynağıdır ve meme kanseri olan kadınlarda mastektomi sonrası ilk bir yıl içinde 1/5 oranında depresyon görüldüğü bildirilmektedir. (Maguire, 1988)

AMAÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmada, meme kanseri tanısı kesinleşmiş hastalarda, hangi psikiyatrik bozuklukların gözüktüğü, bu bozuklukların genel nüfusa oranı ve hastaların kanser olduklarını bilmeleriyle metastazlarının olmasının psikiyatrik durumlarını ne ölçüde etkilediğini saptamak amacıyla tasarlanmıştır.

Çalışmada, 18 yaşından büyük, görüşmeyi engelleyecek bilinç bozukluğu, deliryum, demans, ağır işitme kusuru, geri zekalılık gibi bir engeli bulunmayan ve psikiyatrik muayene ile ölçüklerin uygulanmasının kabul eden 30'u meme kanserli, 30'u kontrol grubuna dahil 60 kadın değerlendirilmiştir. Araştırmaya kabul ölçütleri; meme kanserli grup için; meme kanseri tanısı kesinleşmiş ve mastektomigeçirmiş, ameliyat sonrası akut dönemi atlattığı ve halen aktif bir tedavi (radyoterapi) görmekte olmak, kontrol grubu için; kanser ya da başka tür bir ölümcül hastalığı olmamak ve herhangi bir hastalık nedeniyle tedavi görüyor olmamak şeklinde belirlenmiştir.

(*)XXVI. Ulusal Psikiyatri Kongresinde (İzmir- 1990) bildiri olarak sunulmuştur.
(**) Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2. Psikiyatri Birimi

Hastalar I.Ü.Onkoloji Kliniği'nde, kontrol grubu üyeleri çalışmacıların iş ve ev muhitlerinde bulunup değerlendirilmiştir.

Psikiyatrik değerlendirme; SCID-NP(DSM-III-R tanı ölçütleri temel alınarak yapılandırılmış klinik görüşme formu) Hamilton Depresyon Ölçeği, Duygulanımsal Sıkıntı Ölçeği (Emotional Distress Scale) Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Sosyodemografik Bilgi Formu kullanılarak Aralık 1988-Ocak 1990 tarihleri arasında yapılmıştır. Verilen, t test ve k-kare testleriyle değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Meme kanserli hastaların yaşları 35-63 arasında olup grubun yaş ortalaması 48.97±6.39, kontrol grubu üyelerinin yaşları 35-66 ve yaş ortalamaları 50.7±9.87 dir. İki grubun yaş ortalamaları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark bulunmamıştır. (p>0.05) Kanserli grupta öğrenim süresi ortalaması 5.6±3.8 yıl, kontrol grubunun öğrenim süresi ortalaması ise 6.1±3.9 yıl olup bu değerler arasında istatistiksel fark yoktur. (p>0.05) Yine ik grup arasında medeni durumları (x²=0.085,p=0.77) ve soylarında psikiyatrik hastalık (p=0.499) bakımından istatistiksel düzeyde anlamlı fark bulunmamıştır.

Hastalar, hastalıklarının başlangıcından 2 ila 36 ay sonra değerlendirilmiş olup hastalık başlangıçla görüşme arasındaki süre tüm grup için ortalama 10.87±8.3 aydır.

30 hastadan 22'si tanısını bilmekteydi ve 7'sinde metastaz mevcuttu. (%23)

Bir psikiyatrik bozukluk başlamış ve halen iyileşmiş birey sayısı, meme kanserli grupta 2 (major depresyon) ve kontrol grubunda da 2(1 major depresyon, 1 kısıı tepkisel psikoz)dir. Geçirilmiş psikiyatrik bozukluk oranı iki grupta istatistiksel olarak anlamlı ork göstermemektedirler. (p=0.69)

Psikiyatrik muayene ve değerlendirmelerin yapıldığı zamanda, meme kanserli olan olgularda 5 major depresyon, 4 basit fobi, 1 distimik bozukluk ve 1 anksiyete mizaçlı uyum bozukluğu olmak üzere 11 hastada psikiyatrik bir bozukluk başlamış ve sürmekteydi. Bir psikiyatrik bozukluğun başlayıp sürmekte olduğu birey sayısı kontrol grubunda ise, 3 basit fobi, 1 obsesif kompulsif bozukluk, 1 sosyal fobi ve 1 agorafobi olmak üzere 6 idi. bu bozukluklar mizaç bozuklukları ve anksiyete bozuklukları olmak üzere ayrılabilir. Meme kanserli grupta 2'si geçirilmiş, 6'sı halen sürmekte olan depresif bozukluklar toplakmı 8'dir. (%27) Kontrol grubunda, sadece 1 bireyde ve geçirilmiş bir mizaç bozukluğu saptanmıştır. (%3) Bu iki oran arasında anlamlı bir istatistiksel fark vardır. (p=0.013) Anksiyete bozukluklarından biri tespit edilen olgu sayısı ise, meme kanserli grupta 5(%17) kontrol grubunda 6'dır. (%20) Bu iki oran arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark yoktur. (x²=0,p=1)

30 kanserli olgudan kanserden önce sadece 4'ünde ve hepsi bir anksiyete bozukluğu olan basit fobi bulunduğu saptanmışken (%13) kanserin olmak üzere 8 mizaç bozukluğu, 1 anksiyete bozukluğu eklenmiş, böylece mizaç bozuklukları 0'dan 8'e anksiyete bozuklukları 4'den 5'e yükselmiştir. Mizaç bozukluklarının kanser öncesiyle sonrası arasındaki oranlar istatistiksel düzeyde fark göstermiştir. (p=0.0102) Kanser sonrası psikiyatrik bir bozukluk gelişen 9 olgu da tanısını bilen hastalar olup, psikiyatrik morbidite tanısını bilenlerde 9/22 (%41) bilmeyeler-

de 0/8 %0) bulunmuştur, bu fark istatistiksel önem taşır. (p=0.0347)

Meme kanserli grubun, Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) sayısı ortalaması 11.13±6.46, Duygulanımsal Sıkıntı Ölçeği (DSÖ) sayısı ortalaması 10.07±6.54, Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) sayısı ortalamaları; 47.6±4.14, 1.16±2.12 ve 34.87±6.07 olarak saptanmıştır. bu ölçeğin de aritmetik ortalamaları, meme kanserli grupta istatistiksel düzeyde anlamlı biçimde daha yüksektir. (p<0.05) Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) sayısı ortalamaları ise meme kanserli grupta; 37.6±6.54, kontrol grubunda; 36.3±7.29 bulunmuştur, bu iki değer istatistiksel fark göstermemişlerdir. (p>0.05)

Tanısını bilen hastalarla bilmeyenler arasında karşılaştırılma yapıldığında; HÖD ortalamaları 13'e 6, DSÖ ortalamaları 12.5'e 3.25, DKÖ ortalamaları 51.36'ya 37.25 bulunmuştur. Her üç ölçeğin ortalamaları, tanısını bilen grupta bilmeyen gruba göre anlamlı derecede yüksektir. (p<0.05)

Aynı şekilde metastazı olan ve olmayan hasta grupları karşılaştırıldığında; HDÖ ortalamaları 17'ye 9.35, DSÖ ortalamaları 16.86'ya 8 ve DKÖ ortalamaları 49.574'ye 47 bulunmuştur. Metastazı olanlarda HDÖ ve DSÖ sayısı ortalamaları, metastazı olmayanlara oranla istatistiksel düzeyde anlamlı derecede yüksek (p<0.05) DKÖ ortalamaları ise iki grupta benzer (p>0.05) olduğu saptanmıştır.

Meme kanserli grupta en sık görülen depresif semptomları; uyku bozukluğu (12/30) depresif mizaç (11/30) çalışma ve ilgi azlığı (11/30) cinsel ilgede azalma (8/30) yavaşlama (7/30) ve ruhsal anksiyete (7/30) olduğu tespit edilirken, kontrol grubunda en sık; ruhsal anksiyete (5/30) ve uyku bozukluğu'nun (4/30) görüldüğü anlaşılmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmaya alınan iki grup sosyodemografik özellikleri bakımından türleştiriler.

Meme kanserli grupta, kanser öncesi başlamış ve halen sürmekte olan 4 basit fobi, kanser sonrası başlamış ve geçirilmiş 2 major depresyon, kanser sonrası başlamış ve halen sürmekte olan 5 major depresyon, distimik bozukluk, 1 anksiyete mizaçlı uyum bozukluğu saptanmıştır. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında: iki grup arasında mizaç bozuklukları bakımından hem yaşam boyuprevalans, hem halen sürmekte olanlar arasında anlamlı fark mevcuttur. İki grup arasında anksiyete bozuklukları bakımından fark bulunmamıştır. Mizaç bozukluklarında bu farkı doğuran, depresif bozuklukların kanser sonrası ve özellikle tanısını bilenlerde geliştiği ayrıca tespit edilmiştir. Saptanan psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve doğası itibarıyla, benzer bir yöntemle yapılmış olan Derogatis ve ark.'ın (1983) bulduklarına benzediği görülmektedir.

Meme kanserlilerde bulunan, %73'lük tanıyı bilen hasta oranı, batıya göre düşük ("Gomez, 1987) Yunanistan'a yakın (Manos ve Christakis, 1985) Ülkemizin 16 yıl öncesine göre (Koptagel ve Enbiyaoğlu, 1973) ile Hindistan'a göre (Gauton ve Nijerhawan, 1987) yüksektir.

Meme kanserlilerde, kanser olmayanlara göre ve tanısını bilenlerde bilmeyenlere göre, defresif semptomlar, durumluk kaygı ve duygulanımsal sıkıntı fazladır. Metastazı olanlarda da, olmayanlara göre depresif semptomlar ve duygulanımsal sıkıntı fazladır. Bu bulgular, kanserlilerde mizaç ve anksiyete-

teyi özgün biçimde irdeleyen yazarların bulgularıyla benzeşmektedir. (Costa 1985, Magiure 1985, Davies 1987)

Olgularımızda, kanserden önceki dönem için psikiyatrik bozuklukların ve sürekli kaygılarının genel nüfusa göre daha fazla olmadığı anlaşılmaktadır. Literatür ve araştırmamızın sonuçları psikiyatrik bozuklukların kansere yol açtığı gibi bir neden-sonuç ilişkisini desteklememektedir. Ancak, kanserli hastalarda, özellikle tanısını bilenlerde genel popülasyona oranla daha çok depresyon görüldüğü dikkate alınarak, kanserin depresyona yol açtığı söylenebilir.

Ülkemizde, tanısını bilen hastaların, bu bilgiyi kendi çabalarına edindikleri izlenimi alınmaktadır. Öte yandan, tanının bilinmesi, psikiyatrik morbidite riskini yükseltmektedir. Bu nedenlerle; kanserli hasta eğer hasta tanısını başka yollarla öğrenecek kadar meraklı görünüyorsa ve daha önce ağır ruhsal bozukluklar göstermemişse hekim hastasına tanısını ve olası gelişimi iyimserliği elden bırakmadan anlatmalıdır.

Bir diğer önemli nokta, kanserli hastalardaki psikiyatrik bozulmanın kanserin doğal bir sonucu olarak görülmemesi ve gidişine bırakılmaması gereğidir. Davranış ve uyum bozukluğu gösteren, disforisi olan, ilgisi azalan hatta bunlar olmadan şiddetli ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık vb. bedensel semptomlarla başatmekte güçlük çeken hastalar psikiyatrik yardımdan yoksun bırakılmamalıdır. Psikiyatrik bozuklukların, habis hastalığın gidişini de ağırlaştırdığı, kalan ömrü nitelik ve nicelik olarak kötü etkilediği, sağlıklı ruhsal durum ve canlı bir mizacın ise tam tersini sağladığı unutulmamalıdır. Bu, sadece gözleme dayanmayan, klinik ve laboratuvar araştırmalarını ortaya çıkardığı biretkileşim biçimidir.

Bu araştırmaya alınmış hastalarla görüşmemize izin veren İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Müdürlüğü'ne teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

- 1- Abay E, Vardar E: Psiko-onkoloji, Düşünen Adam, 1990; 3,2,82-86.
- 2- Arkanoc O: Hamilton Depresyon Ölçeği. Psikiyatrik Semptomlar Ve Semndromlar. Nobel. İstanbul, 1987 s 533-545.
- 3- Connoly J: Life's happening and organic disease. Br. J. Hosp. Med. February 1985;46:142-145.
- 4- Costa D et al : Efficacy and safety of mianseri in the treatment of depression of women with cancer. Acta P Scand. 1985; 72 (Suppl: 320) 85-92.
- 5- Davies A D M, Davies A D, Delpo M C : Depression and Anxiety in Patients Undergoing Diagnostic Investigations for Head and Neck Cancers. Br. J. Psy. 1986; 149:491-493.
- 6- Derogatis L R: A Survey of Psychotropic Drug Prescriptions in an Oncology Population. Cancer. 1979;44: 1919-1923.
- 7- Derogatis L R et al : The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. JAMA 1983; 249: 6: 751-757.
- 8- Douglas S R et al : Characteristics of Psychiatric Consultations in a Pe-

diatric Cancer Center. Am J Psy. 1988; 145: 3: 363-364.

- 9- Forester B, Kornfeld D S, Fleiss J L: Psychoterapy During Radioterapy: Effects on Emotional and Phsycal Distress. Am J Psy 1985; 142: 1: 22-27.
- 10- Gautom S, Nijehawan M: Communicating with Cancer Patients. Br J Psy 1987; 150: 760-764.
- 11- Gomez J: Liason in Oncology. Liason Psychiatry. New York 1987 pp 158-206
- 12- Greer S: Cancer and The Mind. Br J Psy 1983; 143: 535-543.
- 13- Hopwood P, Magiure G P: Body Image Problems in Cancer Patients. Br J Psy. 1988; 153 (Suppl: 2) 47-50.
- 14- Koptagel G, Enbiyaoğlu G: Ölüm Tehlikesi Gösteren Hastalıklar Karşısındaki Hastalar Üzerine Sosyopsikiyatrik Bir İnceleme. IX. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi. Serbes Bildiri, 1973-İstanbul.
- 15- Ledeberg M S, Holland J C: Pscho-Oncology ve Textbook of Psychiatry V. Ed: Kaplan H I, Sadock B J. Baltimore-1989 pp 1478-1492.
- 16- Lesko L M et al: Oncology. Principles of Medical Psychiatry. Ed: Stou-demire A, Fogel S. San Francisco-1987 pp 1385-1391.
- 17- Magiure P et al: Treatment of Depression in Cancer Patients. Acta Psy Scand. 1985; 72 (Suppl: 320) 81-84.
- 18- Manos N, Christakis J: Coping with cancer : Psychological dimensions. Acta Psy Scand. 1985; 72: 1-5.
- 19- Öner N, Compte A: Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. BÜ Yayınları İstanbul-1985.
- 20- Priestman T J, Baum M: Evolution of quality of life patients receiving treatment for advenced breast cancer. Lancet 1976; 1: 899-901.
- 21- Smith I E: Adjuvant Chemoterapy for early breast cancer. Br Med J 1983; 287: 379-380.
- 22- Wells B K et al : Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. Am J Psy 1988; 145: 976-981.
- 23- Wilholm B E et al: A rating scale for emotionel distress in patients with malignant diseases. Acta Psy Scand 1984; 70: 378-388.