

manslı küçük bir gruptaysa perfüzyon bozukluğu olmadığını, ikisi dışında tüm depressif hastaların normal beyin kan akımı patterni gösterdiğini bulmuşlar, perfüzyon bozukluğunun demansın ayırıcı tanısında yararlı olabileceğini bildirmişlerdir (1).

Gyobu ve ark. (1989) DSM-III'e göre alkom bağımlılığı tanısı almış, nörolojik açıdan etkilenmiş 16 hastada yaptıkları SPECT incelemelerinde medio-frontal bölgede-anteriyör cyngulate gyrusu da kapsayacak biçimde belirgin ölçüde azalmış madde tutulumu saptamış, bu durumun alkol bağımlılığına özgü ve dönüşsüz olduğunu, dolayısıyla da alkol atrofisiyle açıklanamayacağını bildirmişlerdir (1).

Oepen ve ark. mescaline sulfat vererek deneysel olarak şizofreni benzeri psikoz oluşturdukları 12 sağlıklı erkek gönüllüde yaptıkları SPECT incelemelerinde sağda striato-limbik bölgede madde tutulumunda belirgin bir artış saptamışlar, bu durumun deneyin gösterdiği şizotipi oranında belirginleştiğini bildirmişlerdir (1).

SONUÇ

Son zamanlarda en yoğun ilgiyi bbKA ve beyin metabolizmasına ilişkin araştırmalar çekse de, gelecekte ilgi odağı özgül nörotransmitter reseptörlerinin görüntülenmesine olanak sağlayan radyofarmasötikler olacaktır.

Gözlenen SPECT görüntülerinin özgül tanılardan çok, var-sanılar, hezeyanlar gibi belli belirtiler ve belirti öbekleriyle daha yakından ilişkili olabileceğini düşünmek daha doğru olabilir. Yine de çoğu psikiyatrik bozukluğun tanısında, tedaviye yanıtın tahmin edilmesinde ve izlenmesinde SPECT'in büyük katkıları olabilir. Belki de antibiyotikler için antibi-

yogram neyse, psikofarmakolojik ajanlar için de fonksiyonel beyin görüntülenmesi olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1- Stefanis CN, Soldatos CR, Rabanos AD (eds) 1989, Psychiatry Today, Accomplishments and Promises, VIII Congress of Psychiatry Abstracts, Excerpta Medica International Congress Series 899
- 2- Proceedings of the European Association of Nuclear Medicine Congress in European Journal of Nuclear Medicine 1989, Vol. 15
- 3- Proceedings of the 35th Annual Meeting San Francisco California, in the Journal of Nuclear Medicine 1988, Vol. 29, Nr. 5.
- 4- Van Heertum RL, O'Connell RA 1988, Evaluation of Psychiatric Disease with IMP Cerebral SPECT Imaging, Advances in Functional Neuroimaging, Vol 1, Nr. 1
- 5- Freeman Im (ed) 1986, Clinical Radionuclide Imaging Grune and Stratton, Vol. 3, 1529-1655.
- 6- Benman KF, Weinberger DR. 1986, Cerebral Blood Flow Studies in Schizophrenia in Handbook of Schizophrenia, Vol. 1 (eds) Nasrallah, Weinberger DR. Elsevier, N.Y.

PSİKOONKOLOJİ

Doç. Dr. Ercan ABAY*, Dr. Erdal VARDAR

ÖZET: Bu yazıda, kansere normal cevaplar, kanserde psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı, anksiyete, depresyon ve deliryum gibi en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklar, bu bozuklukların psikoterapötik, farmakolojik ve davranış tedavileri ve kanser tedavisinin santral sinir sistemi yan etkileri, kansere bağlı intihar riski, bulantı ve kusma, iştahsızlık, ağrı, cinsel danışma ve rehabilitasyon ve terminal hastalığın algılanışı ve kuramsal bakımı gibi bazı özel konular gözden geçirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Kanser, anksiyete, depresyon, deliryum, intihar, bulantı ve kusma, iştahsızlık, ağrı, kemoterapi, radyoterapi, psikoterapi, cinsel danışma ve terminal hastalık.

PSYCHOONCOLOGY

SUMMARY: In this article, the normal responses to cancer, prevalence of psychiatric disorders in cancer, the most frequently encountered psychiatric disorders such as anxiety, depression, and delirium, psychotherapeutic, and behavioral management of these disorders, and several special issues, such as central nervous system side effects of cancer treatment, cancer-related suicide risk, nausea and vomiting, anorexia, pain, sexual counseling and rehabilitation, and perception and institutional care of terminal illness have been reviewed.

Key Words: Cancer, anxiety, depression, delirium, suicide, nausea and vomiting, anorexia, pain, chemotherapy, radiotherapy, psychotherapy, sexual counseling and terminal illness.

Sağlık istatistiklerine göre, Türkiye'de kanser K.V. hastalıklarından sonra 2. sıra ölüm nedenidir. Her yıl ortalama

150.000 kişi kanser tanısı almakta ve tedavisi gerekmektedir. Yaşayan her 5 kişiden biri kansere yakalanacağı bilinmektedir.

* Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

dir. Bu kötü tabloya rağmen 20 yıl öncesi prognozu kötü bilinen kanserler (Akut lenfositik lösemi, Hodgkin hastalığı, Ewing's sarkomu, Willm's tümörü, osteojenik sarkom ve testiküler Ca) bugün tedavi edilebilir.

Kişilerin sık sık kanser hastalarıyla karşılaşmaları ve kanserin ümitsizlik, ağrı, korku ve ölümlerle eş bir hastalık olarak görülmesi kanser obsesyonları ve fobilerini arttırmaktadır. Araştırmalar, sık sık erkeklerin barsak işlevleri, kadınlarda jinekolojik ve meme problemleri ve doktorların da şüpheli melanomlar ile obsese olduklarını göstermiştir. Kanser fobisi ve obsesyonu intihar riski bulunan major depresyona neden olabilir (12).

Kanserinin karşılaştığı stres faktörleri: 1- Ölüm korkusu, 2- Aile üyelerine, eşe ve hekime bağımlılık, 3- Vücut görünümü ve imajında değişiklikler ve cinsel işlev bozuklukları, 4- Mesleki (iş, okul, vs) rollerin yerine getirilememesi ve boş zamanların değerlendirilememesi, 5- Kişilerarası ilişkilerin bozulması, 6- Çok yönlü tedavi (cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi) ve çeşitli yollarla (intratekal, intrahepatik vs.) ilaçların yüksek dozda uygulanması ve 7- Terminal dönem ağrıları (14).

Streslerin karşılanması medikal, psikolojik ve sosyal kapsamlıdır: 1- Kanserlinin yeri, semptomları, klinik seyri ve tedavi şekilleri, 2- Önceden geçirilmiş medikal hastalıklara uyum derecesi, 3- Kanserlinin yaşı uygun gelişimde ortaya çıkardığı engeller, 4- Kültürel ve dini etkenler, 5- Hastanın çevresinde emosyonel destek sağlayacak kişilerin varlığı, 6- Hastanın fizik ve psikolojik rehabilitasyona yeterliliği ve 7- Hastanın kişiliği ve uyum şekli (13).

Hekimlerin kanserlinin psikolojik durumları üzerinde yoğunlaşma nedenleri: Araştırmalar, 1970 öncesine göre mortalitenin azaldığını ve yaşam süresinin uzadığını göstermiştir. Şüphesiz, bunda tedavinin etkinliği yanında hastanın sorumluluğu da rol almıştır. Hastada sorumluluk artışı, hekimlerin hastalığı teşhisi, tedavisi ve prognozu hakkında daha ayrıntılı bilgi vermesini bağlıdır. Hasta ve aileleri, tedavide bugün daha ilgilidirler. Hastalar "Yaşamak için umutlu olmalısın" gibi yuvarek sözlerle bugün rahat etmezler, zaten yaşam süresi uzamıştır. Sonuç olarak, mesleki, ilgi, ölüm konularından psikik, fizik ve davranış tedavilerine dönmüştür.

KANSERDE PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARIN PREVALANSI

Morrow ve ark.ları (7) DSM-III tanı ölçütlerini kullanarak 3 ayrı kanser merkezinde yatan ve ayaktan takip edilen rastgele seçilmiş 215 hastayı incelediklerinde, %47'sinin psikiyatrik bozukluk gösterdiğini bildirdiler. Bunların %68'i depresif, anksiyöz ve karışık mizaçlı uyum bozuklukları, %13'ü major depresyon, %8'i deliryum, %7'si kişilik bozukluğu ve %4'ü anksiyete bozukluğuydu. Sonuç olarak, psikiyatrik bozuklukların %89'u hastalığa veya tedaviye bağlı belirtiler ya da hastalığa veya tedaviye tepkilerdi. %11'i kanserden önce var olan kişilik ve anksiyete bozukluklarıydı.

Holland ve ark.ları (6), somatik belirtileri dışlayıp DSM-III ölçütlerine göre, hospitalize kanserlilerde depresyon prevalansını incelediler. %24 ağır derecede, %18 orta derecede ve %14 hafif derecede depresyon tespit ettiler ve %44'ünde psikiyatrik bulgu saptamadılar.

Ağır derecede depresyonların %77'sinde somatik belirtiler bulunur. Ağır derecede depresyonun somatik belirtileri ile kanserin fizik belirtileri (ağrı, kilo kaybı, vs.) birbirine çok benzer.

Kanser hastalarıyla eşit düzeyde fizik yetersizlik gösteren diğer medikal hastalıklarda ağır derecede depresyon prevalansı, kanserlilerdeki orana eşittir (%25) (18, 21).

Yaşlı erkeklerde, kolon ve pankreas kanseri teşhisinden önce ilk belirtisi depresyon olabilir. Son zamanlarda, depresyo-

nun hücrel immüniteyi azaltarak kanser riskini arttırdığı biliniyor. Yaşla azalan immünolojik direnç, araya giren depresyon, özellikle sevilen obje kaybıyla daha da azalmaktadır. Yaşanan streslerle uterus kanserleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Kanser şüphesi kişide panik atak yaratabilir. Meme kanseri şüphesiyle biyopsi yapılmadan önce hastaların %40'ında anksiyete veya depresyon tespit edilmiştir. Uzun zamandır, emosyonel tepkileri azaltmış şizofrenlerin kansere daha az yakalandıkları biliniyor (12).

KANSERDE SUİSİD

Kanserde intihar riski, genel popülasyona göre daha yüksektir (4, 10, 15).

Kanserde intihar riskini arttıran faktörler: 1- Terminal dönem, 2- Prognozun kötüleşmesi, 3- Deliryum eşliğinde impuls kontrol bozukluğu, 4- Tedaviye cevap vermeyen şiddetli ağrı, 5- Depresyon, 6- Önceden kişilik bozukluğu, alkol kötüye kullanımını ve intihar girişiminin bulunması, 7- Fizik ve emosyonel tükenme ve 8- Sosyal izolasyon.

Bu risk faktörlerinin bulunduğu kanser hastaları yakın gözlem altında tutulmalıdır. Kanserler arasında en yüksek intihar riski, baş ve boyun bölgesi kanserlerinde görülür. Ağız ve farinks kanserlerinde intihar riski, kanser riskini de arttıran kişilik bozukluğuna bağlı alkol ve tütün kötüye kullanımını nedeniyle yüksektir. Breitbart (5), psikiyatrik konsültasyonuna gittiği hastalarda suisid riskini değerlendirmiş ve çoğunluğunu AIDS tanılı hastalar teşkil ettiğini görmüştür.

ONKOLOJİDE PSİKİYATRİK KONSÜLTASYONU GEREKTİREN BOZUKLUKLAR ANKSİYETE

Onkolojide anksiyete, kanser belirtilerine ve tedavisine bağlı olarak ya da önceden varolan anksiyetenin kanserle alevlenmesi şeklinde görülür. Anksiyetenin oluş nedenleri: 1- Teşhisi beklerken, 2- Testlerin uygulanmasını beklerken, 3- Test sonuçlarını beklerken, 4- Cerrahi işlem, kemoterapi ve radyoterapiden önce, 5- Tedavinin değiştirilmesinde, 6- Nüksün öğrenilmesinde, 7- Hastalıkla ilgili geçmiş önemli olayların hatırlanması. Ağrı, hipoksi, endokrin bozukluklar, psikoaktif madde yoksunluğu ve ilaçlar da anksiyeteye sebep olabilir. Anksiyete, genelleşmiş anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve basit fobi (radyoterapi odasında klaustrofobi, enjeksiyon korkusu) şeklinde görülebilir. Tedavide, anksiyolitikler, davranış teknikleri (relaksasyon) ve self-hipnoz faydalı olabilir.

A.C. kanserinde solunum güçlüğü varsa, santral solunum depresyonu etkisinden dolayı BDZ'ler yerine antihistaminikler tercih edilmelidir. K.C. kanserinde ve kemoterapinin hepatotoksit etkilerinden dolayı kısa etkili BDZ'ler (oxazepam, lorazepam) seçilir.

Terminal dönemde anksiyete nedeni, tedaviye dirençli şiddetli ağrı ya da hipoksiye bağlıdır. Bu dönemde anksiyete kontrolünde morfin sülfat, BDZ'ler ve nöroleptikler kullanılabilir. Deliryum varsa, BDZ'ler konfüzyonu arttıracığından düşük doz nöroleptikler verilmelidir.

DEPRESYON

Onkolojide depresyon nedenleri: 1- Kanserlinin teşhis ve tedavisine bağlı stresler, 2- Kemoterapötik ajanlar (stroidler, interferon ve diğerleri) ve, 3- Unipolar veya bipolar depresyon nüksü.

En sık nedenler ilk ikisidir. Kanserde depresyonun önceki mizaç bozukluğunun nüksü olup olmadığını tayin oldukça güçtür.

Fiziksel olarak sağlam kişilerde, depresyon tanısı somatik belirtilerle (iştahsızlık, kilo kaybı, halsizlik, vs) kolaydır. Somatik belirtilerin kanserde depresyon tanısında değeri yoktur. Çünkü, bu belirtiler hem kansere hem de depresyona bağlı olabilir. Kanserde depresyon tanısı, psikolojik semptomlara dayanır. Anhedonia, disforik mizaç, çaresizlik, ümitsizlik, değersizlik ve suçluluk duyguları, öz saygı yitimi ve intihar fikirleri.

Onkolojide çok sık kullanılan stroidlere bağlı ağır depresyonlar görülür.

Onkolojide depresyon riskini arttıran faktörler: 1- Fizik durumun kötüleşmesi, 2- Tedaviye dirençli, şiddetli ağrı, 3- Terminal dönem, ve 4- Önceden mizaç bozukluğunun olması.

Tedavide psikoterapi ve trisiklik antidepressanlar kullanılır. Fizik sağlığı yerinde depresyon vakalarına göre, kanserli depresyon vakaları antidepressanlara daha düşük dozlarda cevap verirler. Orofarenjeal cerrahi işlem geçirenlerde oral yolla alım mümkün olmadığından antidepressanların (imipramine, amitriptilin) I.M. formu kullanılır. I.V. uygulamanın etkinliği ve emniyeti konusunda çelişkiler vardır. Önceden lityum kullananlara kansere rağmen, ilaca devam edebilirler. Ancak, pre ve postoperatif dönemlerde, dehidratasyonda, hidrasyon yapıldığında ve kemoterapinin nefrotoksik etkilerinden dolayı serum lityum seviyeleri dikkatle izlenmelidir. Nötropenik hastalarda granülosit yapımını uyarır. Kemoterapide lökopeniyi önlemek için lityum verilebilirse de, etkinliği çok az ve geçicidir.

Steroide bağlı mizaç bozukluklarında, lityumun etkinliğini gösteren araştırmalar vardır (11). Diğerleri, nöroleptikleri önerir.

Deprese kanserlilere MAOI'leri verilecekse, aldıkları narkotik analjezikleri potansiyelize ettiklerinden, analjeziklerin dozu düşürülür. Terminal dönemde amfetamin öfori ve iştah artışı sağlar. Psikotik özellikler ve yoğun suisid fikri gösteren deprese kanserlilere EKT uygulanabilir.

DELİRYUM

Deliryum, kanserin SSS'ni direkt ya da kanser veya tedavinin toksik ve metabolik yollarla SSS'ni indirekt etkilemesinden ortaya çıkabilir. Kanserde deliryum prevalansı, çeşitli kaynaklara göre, %5-25 arasında değişmektedir. Hospitalize 546 kanserlinin psikiyatrik konsültasyonunda %15 deliryum vakası gösterilmiştir (16). Diğer medikal branşlarda deliryumun erken belirtileri genellikle depresyonla karıştırılır. Deliryumda erken tanı önemlidir. Çünkü, deliryumun etyolojisi kanserin tedavi edilebilir bir komplikasyonu olabilir. Kanser hastasında ani davranış değişikliğiyle karşılaşıldığında, deliryum nedenleri araştırılmalıdır. Metabolik nedenler arasında en sık hiponatremi, hiperkalsemi, malnütrisyon ve K.C. yetmezliği yer alır. Hematolojik malign hastalıklar ve AIDS, fırsatçı enfeksiyonlar için yüksek risk taşırlar. A.C. ve meme kanserleri sıklıkla beyine metastaz yaparlar. Sonuç olarak, deliryum nedeni bulunan kansere göre düşünülmelidir.

BULANTI VE KUSMA

Kanserin sıkıntı veren bir komplikasyonudur. Genellikle kemoterapi ve radioterapinin yan etkisidir. Kemoterapiye bağlı kusmalar, tedavinin sürdürülmesine engel teşkil ettiğinden, antiemetiklerin verilmesini gerektirir.

Onkolojide bulantı ve kusmanın etyolojisi: 1- Fizyolojik ve metabolik, 2- Tedaviye bağlı (kemoterapi ve radioterapi) ve, 3- Psikolojik: a- Bulantı ve kusma beklentisi, b- Anksiyete ve c- Anoreksiya nervoza bulimi.

Abdominal kanserlerde erken tokluk önemli bir bulgudur ve büyük öğünlere bulantı ve kusma eklenebilir. Sık sık verilen ho- görünümülü küçük öğünler bulantı ve kusmayı azaltır

ve kalori alımını da artırır. İlaçların alınma şekli, hastanın duyarlılığı ve tedavi sıklığı kusma şiddetini ve sıklığını etkiler.

Kemoterapi ve radioterapi uygulanmasından önce görülen bulantı ve kusma, klasik koşullanmaya örnek bir davranıştır. Tedavisi davranış teknikleri (relaksasyon), anksiyolitikler ve antiemetiklerdir.

Radioterapi uygulanırken ortaya çıkan anksiyeteye bağlı bulantının tedavisinde BDZ'ler faydalıdır. Kemoterapiye bağlı kusmalarda genellikle kullanılan DA antagonistlerin (metoklopramid) ekstrapiramidal yan etkiler oluşturabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Kemoterapötik ajan, Methotrexate'a bağlı emezisde kanabinoidlerin antiemetik etkisi gösterilmiştir.

İŞTAHSIZLIK

Onkolojide iştahsızlık ve ağırlık kaybı nedenleri: 1- Hastalıkla ilgili, 2- Tedaviyle ilgili ve 3- Psikolojik.

Cerrahi işlem, kemoterapi ve radioterapi, gıda tadını, yeme zevkini ve normal anatomik ve metabolik işlevleri değiştirerek iştahsızlık yapar.

Kanserde iştahsızlık nedenleri arasında, psikiyatrik bozukluklar ve davranış dinamikleri önemli yer tutar. Kanserde iştahsızlık anksiyete ve depresyon eşliğinde de görülür. Bu vakalarda sebep sonuç ilişkisini bulmak zordur. Çok seyrek olarak, iştahsızlık nedeni önceki yeme bozukluğuna (A. nervoza, bulimi) bağlı olabilir.

Kanserdeki iştahsızlıkta "öğrenilmiş gıda tiksinnmeleri" nin önemli rolü vardır. Öğrenilmiş gıda tiksinnmeleri, özel gıda veya tadlara karşı hoş olmayan internal cevapların (bulantı ve kusma) eşliğinde gelişen kazanılmış tiksinnmelerdir (3). Bu davranış fenomeni, şartsız bir uyarı (bulantı ve kusma) ile şartlı bir uyarının (tad) eşliğinde öğrenilmiş bir koşullanma örneğidir.

İştahsızlığın tedavisinde davranış tedavileri ve farmakolojik ajanlar uygulanır. Diyetisyen, önemli katkılar sağlayabilir. Yüksek kalorili, sık sık küçük öğünler, iştah açıcı rejimler, görünümü hoş gıdalar verilmesi ve çok tatlı gıdaların liste dışı bırakılması gibi. Hasta ve aile üyeleri genellikle basit davranış tekniklerine önem vermez. Öğün sırasında ortam yemeyi cesaretlendirici önemli bir faktördür. İştahsızlık kişinin ho- bir öğüne katılmasında, öğünü aile üyelerinin paylaşması, özel bir şarap ya da bira servisi ve özel servis seatterinin kullanılması önemli sosyal etkenlerdir. Eş-dost ziyaretleri veya TV ve sinema seyretme gibi ödülleri, kilo artışı ve kalori alımını şartlandıran operant koşullanma A nervozada başarı sağlar, ancak kanserli hastalarda başarılı olmamaktadır.

Kötü gıda alma endişesi, önceden varolan anksiyete veya bir öğün öncesi bulantı, iştahsızlık nedeni olabilir. Bu durumlarda relaksasyon ve self-hipnoz anksiyeteyi azaltır. İştahsızlık erken dönemde davranış tedavisini, terminal dönemde farmakoterapiyi gerektirir. Farmakoterapide, antihistaminler, steroidler, kannabinoidler, trisiklik antidepressanlar ve düşük doz amfetaminler kullanılır. Tedavi edilmeyen beslenme bozukluğu mizaç bozukluğu ve deliryumu şiddetlendirir ya da başlatır.

AĞRI

Derogatis ve ark.ları (7), 215 kanser hastasını ağrı şiddeti yönünden değerlendirdiler. Psikiyatrik bozukluğu olanların %39'u şiddetli, ağrıya sahipti. Psikiyatrik bozuklukların %69'u depresif ve karışık mizaçlı uyum bozukluğu ve %15'i major depresyondur. Psikiyatrik bozukluk göstermeyen grupta şiddetli ağrı oranı %19'dur. Ahles ve ark.ları (1), ağrılı ve ağrısız kanser gruplarını karşılaştırdılar ve ağrılı hastalarda depresyon, anksiyete, hostilitte ve somatizasyon skorlarını yüksek buldular. Sternbach (22), akut ağrıya anksiyetenin,

kronik ağrıya depresyonun eşlik ettiğini bildirdi. Netice olarak, ağrının eşliğinde anksiyete ve depresyon gelişir ve ağrının tedavisiyle anksiyete ve depresyonda iyileşme gözlenir.

Ağrının sık görülen emosyonel semptomları: Anksiyete, depresyon, ümitsizlik (ağrının şiddetlenmesiyle hastalığının ilerlediğinin düşünülmesi eşliğinde) irritabilite, ajitasyon, kooperasyon güçlüğü, öfke ve uyku ritminde bozukluk. Psikiyatrist önce ağrının giderilmesine yardımcı olacak, sonra semptomların psikiyatrik doğada olup olmadığını mental durumu yeniden değerlendirerek ortaya koyacaktır. Sonuç olarak, kanserde ağrı psikiyatrik bozukluğun gelişmesinde önemli risk faktörüdür.

Ağrının farmakoterapisinde, analjezikler, narkotik analjezikler, antidepresifler ve antipsikotikler kullanılır. Ağrının tedavisinden önce nedenleri araştırılmalıdır. Kanser ağrısı 5 kategoriye ayrılır: 1- Kansere veya tedavisine bağlı akut ağrı, 2- Kanser gelişimi veya tedavisine bağlı kronik ağrı, 3- Kansere bağlı ağrı ve önceden varolan kronik ağrı, 4- Psikoaktif madde bağımlılığı eşliğinde kansere bağlı ağrı ve 5- Terminal dönem ağrısı (9).

Farmakoterapide, ağrının tedavisinde kullanılan analjeziklere bağımlılık gelişimine karşı uyanık olunmalıdır.

KEMOTERAPÖTİK AJANLARIN NÖROPSİKİYATRİK VE PSİKOLOJİK YAN ETKİLERİ

Kemoterapide kullanılan droglar, deliryum, serebellar ataksi ve şiddetli ağrılı periferik nöropatiye sebep olabilir.

Onkolojide çok sık kullanılan kortikosteroidlerin başlangıç etkisi, dozdan bağımsız olarak, öfori ve irritabilitedir. İyi hissi, iştah ve kilo artışı istenilen etkilerdir. İstenilmeyen yan etkileri: Uykusuzluk, huzursuzluk, hiperaktivite, adale kuvvetsizliği, yorgunluk ve depresyondur. Yan etkiler genellikle yüksek dozlarda, bazen düşük dozlarda da görülebilir. Steroidlerin ani kesilmesi depresyon yapabilir. Steroidlerle mani, ağır depresyon, deliryum, varsanı, sanrı ve paranoia nadiren ortaya çıkar. Steroide bağlı mizaç bozuklukları, primer bozukluklardan ayırılması güçtür. Bu psikiyatrik bozuklukların tümü, steroidlerin ani azaltılması, kesilmesi veya arttırılmasında görülebilir. Steroid tedavisinde hastanın mizacı dikkatle izlenmeli, gerektiğinde psikiyatrik tedaviye başlanmalıdır. Steroidlerin dozu azaltılırken psikiyatrik tablolar gelişirse, stroid dozu arttırılır ve daha sonra doz daha yavaş bir şekilde düşürülür.

Onkolojide deneysel amaçla kullanılan interferonun yan etkileri: Letarji, iştahsızlık, bulantı, depresyon, somnolans, konfüzyon ve parestezi. Bu belirtiler doza bağlıdır, ilaç kesildiğinde ortadan kalkar.

Kanser hastalarında immünolojik yetersizlik nedeniyle ortaya çıkan fungal enfeksiyonlarda, Amfoterisin-B kullanılır. İntratekal kullanımı deliryuma neden olabilir. Hiperrefleksi tremor, akinezi, mutizm, demans ve kortikal atrofi yaptığı da bildirilmiştir (8).

RADIOTERAPİNİN NÖROPSİKİYATRİK YAN ETKİLERİ

Rowland ve ark.ları (20), SSS nüksüne karşı profilaktik olarak intratekal methotrexate ve kranyal radioterapi uygulanan akut lenfositik lösemili çocukları retrospektif olarak incelediler. Methotrexate ve radioterapi kombinasyonu uygulanan çocuklarda, sadece intratekal methotrexate verilen çocuklara göre, ortalama 10 puan IQ düşüklüğü, yumuşak nörolojik belirtiler ve büyüme hormonunda anormallikler tespit ettiler.

Radyasyon çocuklarda geçici "Radyasyon Somnolans Sendromu"na neden olabilir. Radyasyondan birkaç hafta sonra ortaya çıkar ve demiyeliasyona sebep olur. Beyin tümörlerinin radioterapisinde bilişsel bozukluklar, hatta iler-

leyici demans görülebilir.

Beyinde radyasyonun etkileri klinik semptomların çıkış zamanına göre 3 gruba ayrılır:

1- Akut Reaksiyonlar: Radioterapi sırasında görülür. Beyin ödemeine bağlıdır. Geçicidir ve steroidlere cevap verir.

2- Erken Gecikmiş Reaksiyonlar: Demiyeliasyona bağlıdır. Birkaç hafta ile birkaç ay içinde gelişir. Kısmen düzelen bir tablodur.

3- Geç Gecikmiş Reaksiyonlar: Beyin nekrozuna bağlıdır. Aylar, yıllar sonra ortaya çıkar. BBT bulguları: Diffüz düşük dansite, izodens veya yüksek dansite alanları, ventrikülomegali, kortikal atrofi ve intrakranyal hemoraji.

Beyinde radyasyon nekrozu, klinikte sadece organik akıl bozuklukları şeklinde görülmez. Kişilik değişikliklerine ve depresyona neden olabilir. Depresyon beyin zedelenmesine rağmen antidepresanlara cevap verir (17).

ONKOLOJİDE PSİKOTERAPİ VE FARMAKOTERAPİNİN ÖNEMLİ NOKTALARI

Onkolojide tedavi yaklaşımları, psikoterapi, farmakoterapi ve davranış tedavilerinin kombinasyonlarıdır.

Psikofarmakoterapi anksiyete bozuklukları, depresyon, deliryum, şizofreni, bipolar bozukluk, ağrı sendromları, bulantı, kusma ve uykusuzlukta etkilidir.

Relaksasyon, biofeedback, sistematik desensitizasyon, hipnoz ve rehber eşliğinde imajinasyon gibi davranış tedavileri; işlemlerin uygulanması süresince görülen ağrı ve anksiyetede, bulantı ve kusmada ve kansere bağlı yeme bozukluklarında etkilidir.

Psikoterapiler; mesleki rehberlik grupları, bireysel tedavi, self-help bireysel tedavi (gönüllü hastalardan hastaya yardım) ve self-help gruplarıdır.

ONKOLOJİDE PSİKOTERAPİLER

1- Medikal Psikoterapi: Eğitim araçlarını kullanır, sorular cevaplar, yanlışların düzeltilmesini ve güvenin kazanılmasını sağlar. Psikolojik dinamiklerin açıklanması ve yorumlanmasına, genellikle daha etkin uyum mekanizmalarının bulunmasına yardımcı olur. Medikal psikiyatrist, laboratuvar sonuçlarını, tedavi seçeneklerini açıklar ve tedavinin olabilecek yan etkilerini önceden bildirir, hastane yöntemleri ve toplumsal destekleyici kurumlar hakkında bilgi verir, hasta ve ailesinin medikal sistemdeki engelleri aşmasını öğrenmesinde yardımcı olur ve psikolojik streslerin semptomlarını belirler.

Terapist hastalığın medikal yönlerini, prognozunu, tedavisini ve yan etkilerini iyi bilmelidir. Terapistin yaklaşımı esnek olmalıdır, çünkü hastalığın değişimiyle tedavi de değişecektir. Hasta seansları aksattığında, yoruma bırakmadan ve fizik durum da bozulmadan telefona aranabilir. Bazen, hasta terapistle gelemeyecek durumda ise psikoterapi telefona sürdürülebilir.

2- Grup Psikoterapisi: Benzer medikal hastalığı atlatıp yaşıyan kişilerle aynı grupta bulunma, kanserli hasta için destek sağlayıcı olabilir. Grup içinde kanser hastası, diğerlerinin hastalığa kolayca uyumunu görerek, sağlıklı uyum şartlarını ve hastalığa karşı normal reaksiyonlar geliştirmeyi öğrenebilir. Uyum güçlüğü gösteren hasta ve aile gruba katılmasıyla izolasyon sorununu da çözmüş olur. Kanser hastaları ve aileleri için gruplar, aynı tip kanser hastalarını ya da farklı kanser tiplerinin aynı düzeyde fizik yetersizlik gösteren hasta ve aile üyelerini kapsar. Terapistin en büyük endişesi, uzun süre prognozu iyi ve yakın teşhislerin olduğu grupta bir hastanın ölmesidir. Ruhsal hastalarda geçerli grup terapisi prensipleri, kanser hastalarında da aynıdır.

3- Self-help ve Ortak Destek Programları: Hasta ve ailesi için alternatif destekleyici yöntemlerdir. Yoksunluk, ayrılık, boşanma, psikoaktif madde bağımlılığı ve yaşamı tehdit eden

hastalıklar gibi yaşam krizlerini yaşayan kişilerden emosyonel destek arayan kişilere motivasyon sağlar. Bu programlar II. Dünya Savaşı'ndan sonra gelişmiştir.

Amerikan Kanser Cemiyeti'nin, evdeki meme kanserli hastalara pratik yardımlar öneren ziyaretçiler kulübünü kurmasıyla başlamıştır. Bu kulüpler, medikal servislerle yakın ilişki içindedirler. Bu kulüplerde çalışan gönüllüler, eskiden kanser hastası olup iyileşmiş kişilerdir. Önceden gönüllülerin sahip oldukları aynı tip kansere yeni yakalanan kişileri ziyaret ederek hastaların izolasyonunun azalmasında ve uyumunda yardımcı olurlar. Bu programlar: 1- Yeni hastaya, aynı hastalığı yaşayan gönüllü bilgi kaynağıdır. 2- Hastalığa rağmen, yaşam ve tedavinin olumlu yönlerini gösterir. 3- Öz güveni artırır ve rehabilitasyona motivasyon sağlar. 4- Tedaviye katılmasında hastaya cesaret vericidir ve, 5- Eş ve aile üyelerinin sorular sorabileceği ve duygularını açıklayabileceği kişiler olmasıdır. Gönüllü hastalar, aynı zamanda halkı ve işverenleri kanser hastalarının gereksinimleri konusunda eğitir.

CİNSEL DANIŞMA VE REHABİLİTASYON

Prognozu iyi olan jinekolojik kanserlerin tedavisinden sonra, psikoseksüel rehabilitasyonun gereği büyük önem kazanmaktadır. Seks terapist olarak psikiyatrist, radikal jinekolojik operasyon geçiren kadınların ve prostat operasyonu geçiren erkeklerin cerrahi ekiplerine özel bilirkişilik yapabilir. Ancak, diğer uzmanların da hastalarına yardımcı olabilmeleri için cinsel işlev konusunda bilgilerini geliştirmelidirler. Onkologların da hastalarına cinsel konularda yardımcı olması gerekir. Hastalar bu konuları açmaya sıkılabılır veya kanserden sonra cinsel yaşamın bittiğine inanabilirler. Evli hastaların kanser öncesi veya tedavisi sırasında cinsel sorunları olabilir. Bekar hastalar, evlilik konusunda kararsız olabilirler (2).

Üyü alırken, hasta ve eşi birlikte değerlendirilmelidir. Hastanın önceden varolan cinsel sorunları ve son tedaviyle ilgili özel sorunları ve korkuları kaydedilmelidir. Terapist, kanser tedavisinin yan etkilerini iyi bilmelidir. Vücut imajı, cinsel istek ve işlevi konusunda devamlı endişeleri bulunan hastalar, seksüel rehabilitasyon eğitimi görmüş kişilere danışmalıdır. Tedavide, destekleyici psikoterapi, davranış teknikleri (relaksasyon) ve tedricen artırılan cinsel eğitime başvurulur.

KANSER TANISINI SÖYLEMEK YA DA SÖYLEMEMEK

Hastalar kritik durumu bilmeli mi? Onlara ne söylemeli ve nasıl ve zaman? Hasta ve ailesinde tıbbi gerçeklerin samimi bir havada tartışılmasına doğru eğilim vardır. 1961'de hekimlerin %90'ı hastaya tanıyı söylemezken, 1979'da hekimlerin %97'si hastalarına tanıyı söylemeye eğilimlidirler (19). Bu bilinçli gizlilik Avrupa ve Doğu ülkelerinin çoğunda devam etmektedir. Son yayınlar, hastaya gerçeği söylemenin hakkı olduğunu vurgulamaktadır. Çocuklar bile, hastalığının ciddiyetini, ailesi ve hekimin desteğinde duymak isterler.

Hekimler, ölmekte olan hastalarının devamlı bakımını ihmal etmeden, destekleyici ağrı kontrolü ve alternatif beslenme yöntemleri sağlanarak, hasta ve aileye danışıp evinde bakımın devamı esnekliğini göstermelidir. Son yıllarda terminal dönemdeki çocukların da evinde ölmesine izin verme eğilimi vardır. Ancak, çocukların evinde, aile ve arkadaşlarının psikolojik ihtiyaçlarına cevap verecek yaklaşımın olması şartı aranır.

TERMINAL HASTALIK VE KURUM BAKIMI

Terminal hastaların bakımında tıp ve psikiyatri bilimleri birlikte rol alır. Bakım sanatı, bakımının kişiliğine ve hasta

ve ailenin psikososyal değerlerine sıkı sıkıya bağlıdır. Bakım-daki kararlarla ilgili çatışmalar, psikiyatrik konsültasyona başvurularak çözümlenir. Terminal hastalar, bilinen tedavi ölçütlerine cevap vermeyen bakım hastalarıdır. Tedavinin amacı, sınırlı yaşam süresince en yüksek düzeyde rahatlığı sağlamaktır. Hasta, aile ve hekimin davranışlarında, terminal hastanın azalan yaşamı karşısında kararsızlıklar ön plandadır. Terminal hastaların bulunduğu servislerde, ölmek ve iyileşmek unsurları yan yanadır. Bir hastanın öleceği bilindiğinde, personel, aile üyeleri ve arkadaşlarının davranışları değişebilir. Bu davranışlar, dönüm noktasındaki hastaya gereksinimlerinden vazgeçme eğilimi verebilir. Bizler, genellikle ölüm döşeğindeki kişinin değişmediğini gözardı edebiliriz, ancak hasta yaşam umudunu değiştirmez ve emosyonel gereksinimleri artabilir.

Terminal hastalığın algılanışında, hastalığın seyrinde araya giren ağrı ve nüks gibi fizik faktörler, gelişim dönemi, yaş, kültürel ve dini faktörler rol alır. Adolesan ve genç erişkin, ölümün son olduğunu bilir, ancak ölümün mücadele edilmesi gereken bir düşman gibi algılanışı vardır. Olgun erişkin, ölümün duygusal etkilerini pek belli etmez. Yaşlıda, ölüm genellikle yaşlılığın ödüllendirilmesi olarak düşünülür ve hazır olunmasa da karşılanması gereken bir durum olarak algılanır. Ancak, tüm endişesi ölümün ne şekilde olacağı konusunda odaklanır (23).

KAYNAKLAR

- 1- Ahles TA, et al.: Multidimensional nature of cancer-related pain. *Pain*, 17, 227-288, 1983.
- 2- Auchincloss S: Gynecological cancer: Psychological and sexual sequelae and management. *Massie MJ (Ed). Current Concepts in psycho-oncology (pp 25-26). New York: Gold Publishers, 1984.*
- 3- Bernstein I: Etiology of anorexia in cancer. *Cancer*, 58, 1881-1886, 1986.
- 4- Bolund C: Suicide and cancer: I. Demographic and social characteristics of cancer patients who committed suicide in Sweden 1973-1976. *J of Psychosocial Oncology* 3, 17-30, 1985.
- 5- Breitbart W: Suicide in patients with cancer. In *JC Holland (Ed), Handbook of psychiatric oncology, New York: Oxford University Press, 1989.*
- 6- Bukberg JB, et al.: Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 46, 199-212, 1984.
- 7- Derogatis LR, Morrow GR, et al.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *J of Am Medical Ass*, 249, 751-755, 1983.
- 8- Ellis WG, et al.: Leukoencephalopathy in patients treated with amphotericin B methyl ester. *J of Inf Dis* 136, 125-137, 1982.
- 9- Foley K: Non-narcotic and narcotic analgesics: Applications in K Foley (Ed), *Management of cancer pain (pp 135-152) New York: Gold Publishers, 1986.*
- 10- Fox BH, et al.: Suicide rates among cancer patients in Connecticut. *Chronic Disease*, 35, 85-100, 1982.
- 11- Goggans FC, et al.: Lithium prophylaxis of prednisone psychosis: A case report. *J of Clinical Psychiatry*, 44, 111-112, 1983.

- 12- Gomez J: Liaison in oncology. In J Gomez (Ed), Liaison Psychiatry, New York: The Free Press, 1987.
- 13- Holland JC: Psychological aspects of cancer. In JC Holland (Ed), Cancer Medicine. Philadelphia: Lea-Febiger, 1982.
- 14- Holland JC, et al.: Reactions to cancer treatment: Assessment of emotional response to adjunct radiotherapy. Psychiatric Clinics of North America, 2, 347-358, 1979.
- 15- Louhivouri KA: Risk of suicide among cancer patients. Am J of Epidemiology, 109, 59-65, 1979.
- 16- Massie MJ, Holland JC: Current concepts in psychiatric oncology. In L Greenspan (Ed), Psychiatric update III. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1984.
- 17- McMahon T, Vahora S: Radiation damage to the brain: Neuropsychiatric aspects. General Hospital Psychiatry, 8, 437-441, 1986.
- 18- Moffic H, Paykel ES: Depression in medical inpatients. Br. J Psychiatr, 126, 346-353, 1975.
- 19- Novack DH, et al.: Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. J Am Med Ass, 24 (9), 897-900, 1979.
- 20- Rowland JH, et al.: Effects of different forms of central nervous system prophylaxis and neuropsychologic function in childhood leukemia. Journal of Clinical Oncology, 2, 1327-1335, 1984.
- 21- Schwab JJ, et al.: Diagnosing depression in medical inpatients. Annals of Internal Medicine, 67, 695-707, 1967.
- 22- Sternbach RA: Pain patients: Traits and treatment. New York: Academic Press, 1974.
- 23- Lesko LM, Massie MJ, Holland JC: Oncology. In A Stoudemire and BS Fogel (Eds), Principles of Medical Psychiatry, New York: Grune-Stratton, Inc. 1987.

GILLES DE LA TOUTETTE SENDROMU VE 12 OLGUNUN ANALİZİ

Dr. Çiğdem ÖZKARA*, Dr. Baki ARPACI*, Dr. Hulki FORTA*, Dr. P. Nevin SÜTLAŞ*

ÖZET: Bu çalışmada davranış bozuklukları ile birlikte giden multipl motor ve vokal tiklerle karakterize bir çocukluk çağı hastalığı olan Gilles de la Tourette (GT) sendromu tartışılmış ve 12 vakanın analizi yapılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Multiple tikler, davranış bozukluğu

GILLES DE LA TOURETTE SYNDROME AND ANALYSIS OF 12 CASES

SUMMARY: In this article a childhood disorder Gilles de la Tourette Syndrome which is characterised by multipl motor and vocal tics and behavioral disturbances is discussed and 12 cases are analysed.

GİRİŞ

Gilles de la Tourette sendromu ilk kez 1825'te Itard tarafından tanımlanmış, 1885'de aynı araştırmacı tarafından genişletilmiş multipl motor ve vokal tiplerle karakterize bir hastalıktır. Basit myoklenik sıçramalardan kompleks paterndeki hızlı, koordine, istemsiz hareketlere kadar değişen motor ve vokal tikler özelliğidir.

Her ırktan, her sosyal sınıfta hastalığa yakalanabilir. Ancak bazı çalışmalar Yahudi ve Avrupa (Doğu) kökenlilerde daha sık olduğunu göstermiştir (1). Buna karşın Ortadoğu'da çok nadir olduğu bildirilmiştir (2).

Ortalama başlangıç yaşı 7-11'dir. DSM III-R'de 21 yaşından önce başlamalı şeklinde belirtilmiştir (3). Ancak 1 yaşından önce başlayan nadir vakalara rastlanmaktadır (4). Kız, erkek oranı 1:3'tür. Görülme sıklığı ise %0.3-0.5'dir (5, 9). Etiyolojik çalışmalarda hastalığın büyük oranda familial ve otozomal dominant geçişli olduğu gösterilmiştir (6, 7). Kimi

araştırmalar bu oranı %64 olarak belirlerken aksine bir başka seride %2.8 olarak saptanmıştır (8). Shapire ve arkadaşları ikiz çalışmalarından yetersiz sonuç alınsa da, aile yükünlüğünün önemli olduğunu bildirmişlerdir. Gebelik komplikasyon anamnezi belirgin değildir.

Klinik Bulgular: Çocuklukta ortaya çıkan hastalık başlangıçta basit tikler şeklindedir. Genellikle yüzde göz kırpması, ağız buruşturması, baş sallama şeklinde başlar, giderek ekstremitelere atlar. Motor tikler klonik veya tonik (distonik) karakterde olabilir (9). Örn: Bleferespazm, omuz, boyun distonik hareketleri, okulurjik kriz, zorlu bakış gibi. Aynı zamanda multifokal olup zaman içinde değişiklikler gösterirler. Ekstremitelerde daha çok proksimalde yerleşir ve bu özellikleriyle Kore'den ayrılırlar. Tiklerin uyarana hassas olmadığı (5) ve hasta tarafından bir süre için bastırılabilirliği ancak kendi kendine kaldığı ve gevşediği anda daha şiddetli olarak ortaya çıktığı gözlenmiştir. Febril epizodlar sırasında tikler geçici olarak ortadan kalkar, buna karşın uykuda kaybolmaz-

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Nöroloji Kliniği