

Kanser tanısı intihara yol açar mı? Risk algılama ve azaltımı nasıl yapılabilir?

Does cancer diagnosis cause suicide? How can risk perception and reduction be done?

Dr. Orkun Aydın, Dr. Artuner Deveci, Dr. Ayşen Esen-Danacı

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Manisa

ÖZET

Kanser, tedavisi uzun süren bir hastalık olduğu için hastalar üzerindeki psikolojik etkisi klinik onkoloji için önemlidir. Yıllar içerisinde tıpta yaşanan olumlu gelişmelere rağmen kanser hala insanlarda panik ve kaygı uyandıran, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran bir hastalık olmayı sürdürmektedir. Çeşitli araştırmalar kanser tanısı konulan insanlarda intihar riskinde artışı göstermektedir. İntihar girişimleri ile başta depresyon ve alkol-madde bağımlılığı olmak üzere çeşitli ruhsal hastalıklar, tıbbi hastalıklar ve olumsuz aile içi etkileşimler, toplumsal dayanışma azlığı, ekonomik sorunlar, göç gibi sosyoekonomik etmenler ilişkili bulunmaktadır. Yatan ve ayaktan izlenen kanser hastalarında, psikiyatrik bozuklukların insidansı yaklaşık %50'dir. Birçok araştırma dindirilemeyen ağrı, majör depresyon, kontrol kaybı, duygusal sıkıntı, fiziksel işlev kaybının kanser hastalarında intihar düşüncelerine en sık yol açan etmenler olduğunu göstermiştir. Hekim hastaların bu özelliklerini dikkate almalı, risk değerlendirmesini iyi yapıp özellikle intihar açısından yüksek risk taşıyan hastalara müdahale edebilmelidir. İntihar girişiminde bulunan kişinin bir psikiyatrist tarafından tıbbi müdahalenin tamamlandıktan hemen sonra görülmesi gerekmektedir. Çünkü bu dönem genellikle kişinin hiçbir zaman olmadığı kadar yardıma açık olduğu bir zaman dilimidir. Seçilecek psikoterapötik yöntemler, fazla zaman alıcı olmayan, hastaların genel durumlarını dikkate alan, gerektiğinde aileyi ve tedavi ekibini de içeren özellikte olmalıdır. İntiharla ilişkili psikiyatrik durumların ve çözüm yollarının bilinmesi hem psikiyatristlerin hem de hastanın primer hekiminin sorumluluğudur. Bu yöndeki çözüm odaklı müdahaleler ise hastaların yaşam kalitesinin artmasına önemli katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: kanser, intihar, psikolojik tepki

İletişim (✉): aedanaci@yahoo.com

ABSTRACT

Cancer is a disease that requires a long-term treatment, therefore, its psychological impact on patients is important for clinical oncology. Despite improvements in medicine over the years, cancer continues to be an illness that inspires panic and anxiety among people, involves ambiguity, and evokes a death fraught with pain and suffering. Various studies show increased risk of suicide in people diagnosed with cancer. The prevalence of psychiatric disorders among inpatient and outpatient cancer patients is approximately 50%. Many studies have shown that unrelieved pain, major depression, loss of control, emotional distress, and loss of physical functioning are the leading factors that may cause suicidal thoughts in cancer patients. The physician should be alert to such patient characteristics, make a good risk assessment, and be able to take appropriate action especially on patients at a high risk for suicide. The patient who attempted suicide must be seen by a psychiatrist as soon as the medical intervention is completed. Because, this period is often referred to as the period when people are in need for help like they have never been before. Psychotherapeutic modalities should not be time consuming; they should take into account the general condition of the patients, and involve their family members and the treatment team as necessary. It is both the psychiatrists' and the patient's primary physician's responsibility to find out and resolve the psychiatric conditions associated with the suicide. Solution-focused interventions that comply with this approach will contribute greatly to improving the quality of life of patients.

Key words: cancer, suicide, psychological response

Günümüz tıbbının ve insanın en önemli ve güncel sorunlarından olan kanser; korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme ve ölüm duygusu gibi tepki ve düşünceleri çağrıştıran. Yıllar içerisinde tıpta yaşanan olumlu gelişmelere rağmen kanser hala insanlarda panik ve kaygı uyandıran, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran bir hastalık olmayı sürdürmektedir. Bu nedenle kanser sadece bedensel bir hastalık değil yoğun ruhsal ve psikososyal bileşenleri de olan bir sağlık

sorunudur. Böyle bir durum ile karşılaşmak insan varlığına ve varoluşuna ilişkin soruları gündeme getirir (1). Kanser tanısı, hastanın hızla felaket haberlerine uyum sağlamasını gerektiren bir kriz yaratır. Bir yandan ciddi tedavi kararları verilirken diğer yandan duygusal stres düzeyi kontrol edilmeye çalışılır (2). Hastanın bu stres ile başa çıkabilmesi, hastalığın türü, süresi, yeri, belirtileri, ön görülen gidiş gibi tıbbi etmenlere, hastanın daha önceki hastalıklara uyum sağlayabilme derecesi, fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon kapasitesi, kendi kişiliği

“Kanser hastası olduğunu öğrenen birey eski kendiliğinin kaybiyla bir anlamda bir yas sürecine girmekte ve inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme şeklindeki evrelerden geçmektedir.”

ve sorunları ile başa çıkma yöntemleri, ego gücü, yaşamın gelişimsel evresi ve kanserin o evredeki anlamı gibi psikolojik etmenlere, kültürel ve dinsel tutumlara, çevrede duygusal destek veren kişilerin olup olmaması, sağlık ekibinin etkisi gibi kişiler arası etmenlere bağlıdır (2,3). Kanser tanısı sonrası gelişen ruhsal belirtiler hastanın fiziksel hastalığının şiddetini, seyrini ve tedaviye cevabını, hastanın yaşam kalitesini, bakımını tedaviye uyumunu etkileyebilmesi açısından önemlidir (4). Çeşitli araştırmalar yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş sağlıklı gruplarla karşılaştırıldığında kanser tanısı konulan insanlarda intihar riskinde artışı göstermektedir (5).

Ölüme götüreceğini bilerek, olayın kurbanı tarafından girilen olumsuz eylemin doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak meydana getirdiği her ölüme intihar denir (6). İntihar stres yaratan yaşam koşullarına tepki veren normal kişilerden ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara kadar geniş bir popülasyonda görülebilmektedir. İntihar girişiminde bulunan kişi gerçekten ölmek arzusunda olabileceği gibi, bu davranışında acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirmek amacını da gütmüş olabilir (7).

Kanser hastalarında görülen psikiyatrik sorunlar bazı dönemlerde hastaları intihar düşüncelerine hatta intihar girişimlerine sürükleyebilmektedir. Kanser hastaları bunu amansız ve acı içinde bir ölüme yeğlemek ve intiharı daha huzurlu bir ölüm biçimi olarak algılamaktadır (8). Elizabeth Kübler

“Depresyonun neden olduğu intihar düşünceleri terminal kanser hastalarındaki ölüm isteğinin olası nedenlerinden birisidir.”

Ross “Ölüm ve Ölmek Üzerine” isimli kitabında ölümcül hastalık tanısı almış, terminal dönem hastalar ile yaptığı görüşmeler sonucunda böyle bir hastalık tanısı aldıktan sonra yaşanan psikolojik tepkileri beş evreye ayırarak tanımlamıştır (9). Bu evreler bir yitim sonrasındaki yas dönemine benzemektedir. Kanser hastaları bu yitim duygusunu henüz ölmeden önce yaşamaktadır. Çünkü zannedilenin aksine yas sadece ölüm sonrasında gerçekleşen bir süreç değildir, yitirilen şey manevi değeri olan bir eşya olabileceği gibi, bir umut, bir ülkü, bir dostluk, hatta bir eski kendilik bile olabilir (8). Kanser hastası olduğunu öğrenen birey eski kendiliğinin kaybiyla bir anlamda bir yas sürecine girmekte ve inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme şeklindeki evrelerden geçmektedir.

İnkâr (Yadsıma) ve Yalıtma (İzolasyon); hastanın ilk tepkisi geçici bir şok durumudur, hasta içinde bulunduğu durumun ciddiyetini kabullenmez ve sonra bu şok yavaş yavaş geçer (10). İlk uyuşukluk hissi yok olmaya başladığında ve yeniden kendisini toparlamaya başladığında insanın yanıtı genellikle “hayır bu bana olamaz” olur. İnkâr şok edici, beklenmedik haberdan sonra hastanın kendisini toplamasına ve zaman içerisinde daha az köktenci savunma mekanizmalarını harekete geçirmesine izin veren bir tampon görevi yapar (10).

Öfke; inkar evresi artık varlığını koruyamaz hale geldiğinde, yerine öfke, haset ve iççerleme duyguları geçer. Şu ifade kullanılır; “neden ben, neden o değil” (11). İnkâr 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.

Pazarlık; bu dönemde hasta işbirliği yapar. Tedaviye uyum, çaba gösterme dönemidir (10).

Depresyon; hasta artık hastalığını yadsıyamaz hale geldiğinde, yeni ameliyatlara girmesi veya tekrar tekrar hastaneye yatması gerektiğinde, belirtiler daha da ağırlaştığında veya daha güçsüz ve zayıf düştüğünde, artık durumunu yadsıyamaz hale gelir (10). Uyuşukluk ve kayıtsızlığının, öfkesi ile hiddetinin yerini kısa zamanda büyük bir kayıp duygusu alır. Bedenlerindeki değişiklik, organ kayıplarına ek olarak hastane masrafları ya da iş ve verim kaybına bağlı ekonomik kayıplar hastalarla ilgilenenlerce bilinir ve bu kayıpların yol açtığı depresyona reaktif (tepkisel) depresyon denir (10). Depresyonun neden olduğu intihar düşünceleri terminal kanser hastalarındaki ölüm isteğinin olası

nedenlerinden birisidir. Kanserli hastalar-daki depresyonun karar vermeyi etkilediği, ötenazi ve hekim destekli intihar riski ile ilişkili olduğu saptanmıştır (12,13).

Kabullenme; Bu zamana dek hissettiklerini, yaşayan ve sağlıklı olanlara duyduğu hasedi ve eceli bu kadar çabuk gelmemiş olanlara duyduğu öfkeyi ifade edebilmiş kişi kabullenme evresine girecektir (10). Kendisi için anlam taşıyan insanları ve yerleri yakında kaybedeceği için yasını tutmuş olacak ve bir dereceye kadar sessiz bir beklentiyle yaklaşan sonunu düşünebilecektir (10).

Hastaların pek azı son evreye ulaşabilir ve çoğu hasta bu evreleri sırayla yaşayamaz. Aksine bir evreden diğerine dalgalanma olabilir veya bir görüşmede hasta tüm evreleri gösterebilir (14). Hekimin hastayı doğru anlayabilmesi ve tedavi yaklaşımı açısından bu evrelerin bilinmesi gerekmektedir.

Kanser hastalarının psikiyatrik durumuna ilişkin bazı net olmayan inanışlar mevcuttur, bu inanışlar hastalığın psikiyatrik desteğe mutlaka gereksinimi olduğundan kimsenin yardımına gereksinimi olmadığına uzanan bir aralık içinde yer alırlar. Yatan ve ayakta hasta topluluklarında, üçte ikisi uyum bozukluğu ve kanser ile doğrudan ilişkili psikiyatrik bozukluklar olmak üzere psikiyatrik bozuklukların insidansı yaklaşık %50'dir. Yatan hasta çalışmaları hem daha yüksek bir depresyon (tanısal kriterlere bağlı olarak %20 ile 45) hem de deliryum (ilerleyen hastalık ile birlikte %15'ten 75'e kadar) insidansı göstermektedir. Kanser hastalarının çok daha kötü hissetmeleri gerektiğine dair ısrarlı mitlerin aksine, bu rakamlar diğer karşılaştırılabilir hastalıklarda bulunanlara benzerdir (8). Postmortem araştırmalar intihar edenlerin %25-75'inde bir fiziksel hastalık olduğunu göstermiştir. Bunlarda fiziksel hastalığın intiharların %11-51'inde katkıda bulunan önemli bir etmen olduğu, yaş ile bu oranın arttığı tahmin edilmektedir (12). İntihar eden kanserli kadınların %70'inde meme ya da genital kanser olduğu bulunmuştur.

Çeşitli araştırmalarda kanser tanısının intihar için bir risk etkeni olduğu bildirilmiştir (14). Bu risk özellikle tanı konulduktan sonraki erken dönemlerde en yüksek olmakla birlikte, bir araştırmada meme kanseri tanısı konulduktan sonraki 30 yıl boyunca risk artışının devam ettiği gösterilmiştir. Ayrıca çocukluk çağı kanserlerinde de tedaviden sonraki 20 yıl boyunca intihar düşünceleri ve girişimlerinin sık olduğu bildirilmiştir (14).

“... dindirilemeyen ağrı, majör depresyon, kontrol kaybı, duygusal sıkıntı, fiziksel işlev kaybı kanser hastalarında intihar düşüncelerine en sık yol açan etmenlerdir.”

2.924 kanser hastası ile yapılan geniş çaplı kesitsel bir araştırmada, hastaların %7.8'inde ölüm ya da kendine zarar verme düşüncesi saptanmıştır (15). Terminal kanser hastalarıyla yapılan bir araştırmada ise hastaların yaklaşık yarısının (%45) geçici intihar düşünceleri olduğu, sadece %9'unun uzun süren ölüm ve intihar düşünceleri olduğu saptanmıştır (16). Güney Kore'de 1993-2005 yılları arasında 816.295 kanser hastasının verileri analiz edilerek ulaşılan sonuçlara göre intihar oranları erkeklerde (116/100.000) kadınlara (32/100.000) oranla daha yüksek bulunmuştur (17). Her iki cinsiyet için yaş arttıkça intihar riskinin arttığı saptanmıştır (17,18,19). Kanser tanısının konduğu ilk bir yıl içinde yine intihar oranları sonraki yıllara göre daha yüksek bulunmuştur (18,20,21). Erkeklerde pankreas, safra kesesi ve orofaringeal kanserlerde intihar oranı daha yüksek bulunmuş; mide, kolon ve prostat kanserinde daha düşük bulunmuştur. Kadınlarda ise akciğer, over ve pankreas kanserinde intihar oranı daha yüksek iken; meme, serviks ve tiroid kanserinde daha düşük bir oran saptanmıştır (22). Hem kadın hem de erkeklerde tanı konduktan sonraki bir yıl içerisinde olan intihar oranlarına bakıldığında pankreas, akciğer ve safra kesesi kanserlerinde en yüksek oran saptanmıştır (22). Boşanmış, dul ya da terkedilmiş, düşük eğitim seviyesine sahip, işsiz ve büyük şehirde yaşayan kanser hastalarının daha yüksek intihar riskine sahip olduğu saptanmıştır (22). Aynı zamanda kanser tanısı konulduğunda hastalığın evresi, tutulum olan yerin günlük işlevleri yerine getirmedeki payı özellikle konuşma, nefes

“İntihar girişiminde bulunan kişinin bir psikiyatrist tarafından tıbbi müdahalenin tamamlandıktan hemen sonra görülmesi gerekmektedir.”

alma, yutma, dış görünüşe etkisi hastaların intihar düşüncesine daha hızlı sürüklenmesine yol açabilmektedir (18,23). Norveç'te yapılan bir araştırmada ise lokalize edilemeyen kanser hastalığı olan erkeklerde, intihar riski lokalize edilebilen kanser hastalığı olanlara göre daha yüksek bulunmuş (24), daha sonra bu bulgu bir başka araştırma ile desteklenmiştir (25). Birçok araştırmaya göre dindirilemeyen ağrı, majör depresyon, kontrol kaybı, duygusal sıkıntı, fiziksel işlev kaybı kanser hastalarında intihar düşüncelerine en sık yol açan etmenlerdir olduğunu göstermiştir (14,26,27,28,29).

Risk algılama ve azaltımı nasıl yapılabilir?

Tokgöz ve arkadaşlarının (2008) araştırmasında intihar düşüncelerine hastaların %11'inde rastlanmakla birlikte intihar girişimi öyküsüne rastlanmamıştır (4). Ayrıca hastalığın ileri evresinde olma, kötü prognoz, dürtü kontrolsüzlüğüne neden olan hafif deliryum tablosu, yeterince kontrol altına alınamamış ağrı, depresyon, önceden var olan psikiyatrik ya da kişilik bozukluğu, fiziksel ve duygusal tükenmişlik, ailede ve kişide intihar girişimi öyküsü, toplumdaki uzaklaşma da intihar riskini arttırmaktadır (30). Hekim hastaların bu özelliklerini dikkate almalı, risk değerlendirmesini iyi yapıp özellikle intihar açısından yüksek risk taşıyan hastalarda risk azaltımında sorumluluk alabilmelidir. İyi ve hasta oryantasyonlu bir iletişim kanser hastasının tedaviye uyumunu arttırmakta, ağrı kontrolünü sağlamakta, fizik ve işlevsel iyilik halini desteklemekte, kan şekeri ve tansiyon gibi fizyolojik değerlerin daha iyi kontrolünü sağlamakta, psikolojik iyilik halini desteklemektedir (31). Kanser hastasıyla iletişim konusunda doktorun üç alanda beceri göstermesi beklenmektedir. Birincisi hastanın verilen bilgiyi anlayabilme kapasitesini belirlemek, ikincisi gerekli bilgiyi duyarlı ve anlaşılır şekilde verebilmek ve üçüncüsü hastanın kanserinin özelliklerine, öyküsüne ve genel psikolojik durumuna göre iletişim yöntemini seçebilmektir (32). Kanser hastasının tamamen bilgilendirilme arzusu tedavi kararlarında aktif rol alma isteğiyle ilişkilidir. Haber kötü bile olsa iyi bilgilendirilen hastalar umudunu yitirmemeyi ve kendine yeni hedefler koymayı başarır. Kural olarak belirsizlik gerçeği bilmekten daha fazla endişe yaratır çünkü bilgi baş etmeyi kolaylaştırır. Tanı ve tedavi seçenekleri hakkında verilen dürüst bilgi hastalara tedavilerine aktif katılma şansı tanıyarak hastanın kanserle baş etmesine yardımcı olmaktadır (33). Bilgilendirilmiş hastaların sağaltıma daha

“İntihar kişinin yoğun ikilemli duygular taşıdığı, kendisini yalnız hissettiği bir süreçtir. Bu durumda görüşmecinin empatik, koruyucu ve destekleyici bir tutum sergilemesi gerekmektedir.”

yüksek oranda uyum gösterdiği, bununla birlikte tanıyı söyleme zamanının, hasta ve ailesinin kanserle baş etmesi bakımından önemli olduğu yolundadır (34). Tanısını öğrenmek isteyen hasta sorarak, ipuçlarını, verilen bilgileri değerlendirerek bir sonuca ulaşabilmekte; tanıyı bilmek istemeyen, inkar mekanizmasının egemen olduğu hastalar ise ameliyat, ışın sağaltımı gibi kanseri düşündürülen sağaltım yöntemlerine karşı hastalıklarının tanıları hekimlerine sormamaktadır (35). Yetersiz ya da eksik bilgi hastanın anksiyetesini, emin olamama halini, stresini ve memnuniyetsizliğini arttıracak ve tedavi kararlarını olumsuz etkileyecektir. Çalışmalar karar verme sürecine katılımı psikolojik uyum ve memnuniyet arasında olumlu ilişki olduğunu göstermektedir. Hastanın daha fazla katılımı psikolojik iyilik halini desteklemekle birlikte kan basıncı ve kan şekeri gibi fizyolojik değerlerini, işlevsel düzeyini ve genel sağlık durumunu da olumlu etkilemektedir. Hastalar ne kadar sık soru sorarsa o kadar çok bilgi edinirler, hastanın katılımını arttırmak için soru sorma konusunda onu cesaretlendirmek de hekime düşmektedir (36). Bir yaşam krizi olan kanser yalnızca tıbbi tedavilerle içinden çıkılamayacak kadar karmaşık sonuçlara yol açar. Hastalıkla yaşamın güçlükleri, iş ve aile sorunlarının yanı sıra anksiyete ve depresyon gibi ruhsal bozukluklar, ölümle sonuçlanabilecek intihar girişimleri sık görülür. İntihar girişiminde bulunan kişinin bir psikiyatrist tarafından tıbbi müdahalenin tamamlandıktan hemen sonra görülmesi gerekmektedir. Çünkü bu dönem genellikle kişinin hiçbir zaman olmadığı kadar yardıma açık olduğu bir zaman dilimidir. İntihar kişinin yoğun ikilemli duygular taşıdığı, kendisini yalnız hissettiği bir süreçtir. Bu durumda görüşmecinin empatik, koruyucu ve destekleyici bir tutum sergilemesi gerekmektedir. Hastanın kendisini ifade etmesini kolaylaştıracak açık ve net sorular sorarak duruma dair gerekli bilgileri almak, hasta için uygun bir yaklaşım

olacaktır. Kişi yaptığı eylemden dolayı yoğun suçluluk duyguları yaşayabilir, bu durumda yaptığı eylemden çok, kişinin hissettiği duyguları ifade etmesini sağlamak, kişi için kolaylaştırıcı olacaktır. Görüşmeci detaylı bir şekilde bilgi toplamalı ve tedaviyi planlamalıdır. Tedaviyi planlarken öncelikle hastanın yatırılarak mı, ayaktan mı takip edileceğinin kararını vermek gereklidir. İsrarlı biçimde süren intihar düşüncesi ve intihar planının varlığı, intihar dürtüsünü kontrol etmekte zorluğun oluşu, geçmişte ciddi intihar girişiminin olması, ciddi psikiyatrik hastalık varlığında, destek sistemlerinin yetersizliğinde, detaylı tanınal ya da tedavi kaynakları gerektiğinde hastanın yatırılarak takip edilmesi gereklidir (37). Seçilecek psikoterapötik yöntemler, fazla zaman alıcı olmayan, hastaların genel durumlarını dikkate alan, gerektiğinde aileyi ve tedavi ekibini de içeren özellikle olmalıdır. En sık kullanılan yöntemler bilgilendirme, davranışçı eğitimler ve grup psikoterapileridir. Krize müdahale modeline dayanan kısa süreli, destekleyici psikoterapiler özellikle tanının koyulduğu, rekürrens ya da metastazın saptandığı kriz dönemlerinde yararlı bulunmuştur (38). Terapilerde amaç hastanın zedelenmiş olan benlik değerini yeniden kazanmasına yardım etmek, yanlış anlamaları düzeltip, yeni bir yaşam dengesi kurmasını desteklemektir. Sınırlılıkları kabullenme, yeni bir yaşam planı ve gelecek planları oluşturmada destek olmaya çalışılır. Hastanın, güçlü yönlerini

fark etmesi ve krizle mücadelede kendine özgü başa çıkma yollarını geliştirmesi desteklenir. Benzer sorunları olanlarla yapılan gruplar hem kısa sürede çok kişiye ulaşma hem de farklı olma ve yabancılaşma duygusunu azaltmada yararlı olur. Bu gruplar için en önemli gruba hasta seçme ölçütü aynı evredeki hastaları birlikte almaktır. Kanser özellikle iletişimi iyi olmayan ailelerde uzaklaşma ve sorunları paylaşamamaya neden olur. Birlikte zaman geçirme ve konuşmayı yüreklendirmenin yanı sıra bazı seanslara aile bireylerini dahil etme aile içi ilgi ve yakınlaşmayı, destek alma ve vermeyi artırır. Bazen iyileşmiş bir hasta ile görüşme yardımcı olabilir. Bireysel terapiler, destekleyici, dinamik, eğitici olabilir. Psikoterapi modelleri karşılaştırıldığında birbirine yakın etkinlikte oldukları izlenimini vermektedirler. Genel sonuçlar, psikoterapi ile hastalarda anksiyete düzeyinin azaldığı, yaşam kalitesinin iyileştiği, kendini iyi hissetme halinin arttığı yolundadır. Psikoterapilerin hastalık ilerlemesi ve yaşam süresine etkisi ancak bir kaç araştırma ile gösterilebilmiştir. Bunlardan en bilinenleri Fawzy ve arkadaşlarının (1993) malign melanom hastaları ile Spiegel ve arkadaşlarının (1989) metastatik meme kanserli hastalar üzerinde yaptıkları araştırmalarıdır. Malign melanom araştırmasında altı hafta yapılandırılmış grup sonrası, altıncı ayda NK (natural killer) aktivitesinde artmanın %50 sürdüğü, altı yıl sonra rekürrens ve mortalitede azalma görüldüğü

bildirilmiştir (39,40,41). Metastatik meme kanserli hastalarla yapılan araştırmada ise, bir yıl hipnozla ağrı kontrolün öğretildiği destek grubunda, beş yıl sonra yaşam süresi kontrol grubundan onsekiz ay daha uzun, on yıl sonra yaşam süresi kontrol grubundan yirmi ay daha uzun bulunmuştur (42,43).

Sonuç

Kanserin kişinin hayatını olumsuz etkileyen, kronik ve kişinin yaşamla ilgili beklentilerini değiştiren bir durum olması ve kullanılan tedavilerin ciddi sonuçlarının olma olasılığı yukarıda da belirttiğimiz gibi pek çok psikiyatrik sorunun tetiklenmesine neden olmaktadır. Bu sorunların en önemlilerinden birisi de kanser hastalarında görülen intihar riskidir. Onkoloji servisinde yatmakta olan kanser hastaları içinde psikiyatrik morbiditesi olanlarda yaşam kalitesi düşmekte ve intihar ihtimali artmaktadır. İntiharla ilişkili psikiyatrik durumların ve çözüm yollarının bilinmesi hem psikiyatristlerin hem de hastanın primer hekiminin sorumluluğudur. Bu yönlerdeki çözüm odaklı müdahaleler ise hastaların yaşam kalitesinin artmasına önemli katkı sağlayacaktır. Ülkemizde son yıllarda kanser hastalarının psikososyal sorunlarına yönelik çok sayıda ve giderek artan sayıda çalışma ve değerlendirme yapılması ayrıca umut vericidir (4,44,45,46,47).

Kaynaklar

1. Özkan S. Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser. In: Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. 1. Baskı. Ed. S. Özkan. İstanbul: Roche Yayınları; 1993. Sayfa. 153-174
2. Kaplan HI, Sadock BJ. Psychological Factors Affecting Medical Condition. In: Synopsis of Psychiatry. 8th Edition. Eds. HI Kaplan, BJ Sadock. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998. Sayfa. 797-825
3. Zisook S, Zisook SA. Death, dying, and bereavement. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th Edition. Eds. BJ Sadock, VA Sadock. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. Sayfa. 2367-2393
4. 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
5. Llorente M, Burke M, Gregory G et al. Prostate cancer: a significant risk factor for late-life suicide. Am J Geriatr Psychiatry 2005; 13:195-201
6. Odağ C. İntihar (Özkiyim) Tanım-Kuram-Sağaltım. In: İntihar (Özkiyim). Ed. C. Odağ. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 1995. Sayfa. 1-120
7. Sayıl I. İntihar Davranışı ve Epidemiyolojisi. In: Psikiyatrik Epidemiyoloji. Ed. O. Doğan. İzmir: Ege Psikiyatri Yayınları; 2002. Sayfa. 118-123
8. Brown J, Henteleff P, Barakat S, Rowe CJ. Is it normal for terminally ill patients to desire death?. Am J Psychiatry 1986; 143:208-211
9. Baxter D, Appleby L. Case register study of suicide risk in mental disorders. Br J Psychiatry 1999; 175:322-326
10. Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerine. Ed. E. Kübler-Ross. İstanbul: Boyner Holding Yayınları; 1997
11. Marguerite S, Lederberg MD. Psycho-Oncology. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry 8th Edition. Eds. BJ Sadock, VA Sadock. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. Sayfa. 2196-2225
12. Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide and voluntary active euthanasia. JAMA 1997; 278:2099-2104
13. Orentlicher D. The Supreme Court and physician-assisted suicide--rejecting assisted suicide but embracing euthanasia. N Engl J Med 1997; 337:1236-1239
14. Zisook S, Zisook SA. Death, Dying, and Bereavement. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry 8th Edition. Eds. BJ Sadock, VA Sadock. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. Sayfa. 2367-2392
15. Twombly R. Decades after cancer, suicide risk remains high. J Natl Cancer Inst 2006; 98:1356-1358
16. Walker J, Waters RA., Murray G et al. Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients. J Clin Oncol 2008; 26:4725-4730
17. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M et al. Desire for death in terminally ill. Am J Psychiatry 1995; 152:1185-1191
18. Ahn E, Shin DW, Cho SI et al. Suicide rates and risk factors among Korean cancer patients, 1993-2005. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2010; 19:2097-2105
19. Miccinesi G, Crocetti E, Benvenuti A, Paci E. Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy. Eur J Cancer 2004; 40:1053-1057
20. Yousaf U, Christensen ML, Engholm G, Storm HH. Suicides among Danish cancer patients 1971-1999. Br J Cancer 2005; 92:995-1000
21. Dormer NR, McCaul KA, Kristjanson LJ. Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981-2002. Med J Aust 2008; 188:140-143
22. Innos K, Rahu K, Rahu M, Baburin A. Suicides among cancer patients in Estonia: a population-based study. Eur J Cancer 2003; 39:2223-2228
23. Robinson D, Renshaw C, Okello C et al. Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005: a population-based study. Br J Cancer 2009; 101:198-201
24. Kendal WS. Suicide and cancer: a gender-comparative study. Ann Oncol 2007; 18:381-387

25. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg O. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol* 2004; 22:4209-4216
26. Henriksson MH, Isometsä ET, Hietanen PS et al. Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 1995; 36:11-20
27. Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer* 2002; 95:1085-1093
28. Filiberti A, Ripamonti C, Totis A et al. Characteristics of terminal cancer patients who commit suicide during a home palliative care program. *J Pain Symptom Manage* 2001; 22:544-553
29. Smith MT, Edwards RR, Robinson RC, Dworkin RH. Suicidal ideation, plans, and attempts in chronic pain patients: factors associated with increased risk. *Pain* 2004; 111:201-208
30. Çevik A. Psikosomatik bozukluklar. In: *Onkolojik Hastalıkların Psikosomatik Yönü*. Ed. A Çevik. Ankara; Hekimler Yayın Birliği; 1996. Sayfa. 77-90
31. Fallowfield L, Jenkins V. Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur J Cancer* 1999; 35:1592-1597
32. Greenwald HP, Nevitt MC. Physician attitudes toward communication with cancer patients. *Soc Sci Med* 1982; 16:591-594
33. Carlsson ME, Strang PM. Facts, misconceptions, and myths about cancer. What do patients with gynecological cancer and the female public at large know? *Gynecol Oncol* 1997; 65:46-53
34. Hersh SP. Psychologic Aspects of Patients with Cancer. In: *Principles and Practice of Oncology*. Eds. VT DeVita, S Hellman, SA Rosenberg. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1985. Sayfa. 2051-2066
35. Peck A. Emotional reactions to having cancer. *CA Cancer J Clin* 1972; 22:284-291
36. Jefford M, Tattersall MH. Informing and involving cancer patients in their own care. *Lancet Oncol* 2002; 3:629-637
37. Özkan S, Armay Z. Onkolojide Acil Psikiyatrik Durumlar. In: *Psiko-Onkoloji*. İstanbul; 1993. Sayfa. 187-192
38. Massie MJ, Holland JC, Straker N. Psychotherapeutic interventions. In: *Handbook of Psychooncology*. Eds. JC Holland, JR Rowland. New York: Oxford University Press; 1989. Sayfa. 470-491
39. Fawzy FI, Fawzy NW, Arndt LA et al. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 151:537-540
40. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS et al. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:681-689
41. Fawzy IF, Greenberg DB. *Oncology*. In: *Textbook of Consultation Liaison Psychiatry*. Eds. JR Rudell, MG Wise. Washington DC: American Psychiatric Press; 1996. Sayfa. 673-694
42. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC et al. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 1:888-961
43. Spiegel D. Health caring: psychosocial support for patients with cancer. *Cancer* 1994; 74(Suppl. 4):1453-1457
44. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B et al. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Derg* 2003; 14:145-152
45. Yıldırım NK, Özkan M, Özkan S et al. Meme kanserli hastaların tedavi öncesi ve sonrası anksiyete depresyon ve yaşam kalitesi: Bir yıllık prospektif değerlendirme sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46:175-181
46. Tokgöz G, Yalıt İ, Özdemir S et al. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:59-66
47. Boothby MRK, Hill J, Holcombe C et al. HAD ve GSA-12'nin meme kanseri hastalarında psikiyatrik hastalanmayı belirlemedeki gücü. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21:49-59