

# KANSERLİ HASTALARDA TANIYI BİLMENİN DEPRESİF BELİRTİLERE ETKİSİ\*

THE EFFECT OF KNOWING THE DIAGNOSIS ON THE DEPRESSION SYMPTOMS IN CANCER PATIENTS

Hüsameddin ÖZER, Ali ÇAYKÖYLÜ, İsmet KIRPINAR

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Erzurum

\*25-28 Eylül 1996 tarihlerinde Ankara'da yapılan 32. Ulusal Psikiyatri Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

## Özet

Kanserin seyri üzerindeki psikososyal etkenlerin rolü kadar, kanserin yol açtığı biyolojik ve psikososyal örselenmelere bağlı psikiyatrik morbidite de önemlidir. Bu morbiditeyi belirleyen etmenlerden biri olarak, kanser tanısının hastaya bildirilmesinin etik, yasal ve tıbbi yönleri tartışılmaktadır. Bu çalışmada klinik ve sosyodemografik özellikleri eşleştirilmiş iki kanserli hasta grubunda tanıyı bilen 21 ve bilmeyen 21 hasta arasında depresif belirtilerin şiddetinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Depresif belirtilerin şiddetini ölçmek üzere her iki gruptaki hastalara Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) uygulandı. Sonuçlar ki-kare ve students-t testi ile karşılaştırıldı. Tanıyı bilen hastaların HDÖ skor ortalaması 16.33±9.68, bilmeyenlerin ise 16.71±9.54 bulundu. İki grup arasında depresif belirtilerin şiddeti açısından istatistiksel fark yoktu. Kanserli hastalarda tanının söylenmesi diğer değişkenlerden bağımsız olarak tek başına depresif belirtilerin ortaya çıkmasında etkili bulunmamıştır.

**Anahtar kelimeler:** *Kanser, Depresyon, Tanıyı bilme*

## Summary

Psychiatric morbidity due to biological and psychosocial vulnerability traumas is important as the role of psychosocial factors on the progress of the illness on patients with cancer. The effects of informing patients about the diagnosis of cancer which is one of the factors that determine this morbidity are argued in terms of its ethic, legal and medical concern. In this study, our aim was to compare the symptoms of depression between the two cancered patient groups of which clinical and sociodemographic features are similar. 21 patients who know the diagnosis of cancer and other 21 patients who do not, have been evaluated. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) was used to evaluate the depressive symptoms in two group. The results was evaluated with chi-square and T test. HDRS score average of those who know the diagnosis was 16.33±9.68 and of those who did not know was 16.71±9.54. As a result, there was no significant difference between the two groups in terms of their depressive symptoms. And only informing the patient about the diagnosis (of cancer) regardless of the other variables has been found ineffective to cause the depressive symptoms to occur.

**Key words:** *Cancer, Depression, Knowing of diagnosis*

AÜTD 1997, 29:491-494

MJAU 1997, 29:491-494

## Giriş

Ciddi ve kronik seyirli bir hastalık olan kanser, ölümü çağrıştırdığı gibi terkedilme ve suçluluk duyguları ile kaygı ve paniğe de yol açar. Onkolojideki gelişmelere paralel olarak kanserin psikiyatrik ve psikososyal yönleri de yoğun olarak araştırılmaktadır ve psiko-onkoloji diye bir bilim dalı hızla gelişmektedir (1-3). Derogatis ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 215 kanserli hastanın %47'si DSM III (DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı) kriterlerine göre psikiyatrik tanı almışlardır (2).

Bunlardan %44'ü I. Eksen (klinik sendromlar) tanısıdır. Kanserli hastalarda psikiyatrik bozukluk prevalansını inceleyen araştırmaların çoğunda psikiyatrik tanı yerine, belirti ölçen test sonuçları bildirilmektedir. Mc Cartney ve arkadaşlarına göre psikiyatri konsültasyonlarında kanserli hastaların %2-47'si tanı almaktadır (3). Hardman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Genel Sağlık Anketi ve standart psikiyatrik görüşme ile 126 kanserli hastanın %29'unda ICD (Dünya Sağlık Örgütü'nün Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması) ölçütlerine göre tanı konmuştur (4). Kanserli hastalarda depresyon sıklığını

**Tablo 1. Tanıyı Bilen ve Bilmeyen Kanserli Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tanıları**

	Tanıyı Bilenler	Tanıyı Bilmeyenler	x <sup>2</sup>	p
	n=21	n=21		
Yaş				
20 yaş altı	3	4		
21-30	5	6		
31-40	3	2	0.596	0.963
41-50	3	4		
50 ve üstü	7	5		
Cinsiyet				
Kadın	6	7	0	1
Erkek	15	14		
Medeni Durum				
Evli	14	16	0.116	0.732
Evli Değil	7	5		
Öğrenim Durumu				
İlkokuldan az	5	7		
Orta-Lise	11	11	0.833	0.659
Yüksek	5	3		
Meslek				
Çalışıyor	8	8	0	1
Çalışmıyor	13	13		
Kanser Tanıları				
Lenfoma	10	12		
Mesane ca	3	3		
Meme ca	4	2	0.381	0.847
Kolon ca	3	2		
Mide ca	1	2		

\* Ki-kare testi p: önemlilik kontrolü

araştıran çalışmalar, % 4.5 ile & 74 arasında değişen sonuçlar vermektedir (5-7). Sosyal ve arkadaşları SCID (Yapılandırılmış klinik görüşme formu) ile yaptıkları çalışmada 30 meme kanserli hastanın 6'sında depresif bozukluk (%20) saptamışlardır (8). Kanser tanısının hastalara söylenip söylenmemesiyle ilgili tartışmalar sürmektedir. Tanı söylenirse hastanın psişik uyumunun bozulacağı, tedaviyi kabul etmeyeceği ve ortaya çıkacak kriz durumuyla başedemeyeceği varsayılmaktadır. Ancak hem etik olarak ve hem de kişinin bireysel ve sosyal uyumuna yönelik çabalarını düzenlemesine fırsat vermek için tanının söylenmesi gerektiğine inananlar da vardır (8, 9). Şenol ve arkadaşları, bir cerrahi kliniğinde yatan hastalarda yaptıkları çalışmada 35 hasta üzerinde çalışmış ve hastaların %34,3'ünün affektif bozukluk tanısı aldığını göstermişlerdir. Kadın hastaların %70'i, erkeklerin %60'ının tanıyı bildiği veya tahmin ettiği, I. eksen tanısı alan kadın ve erkek hastaların çoğunun tanıyı bilen yada tahmin edenlerden oluştuğu bulunmuştur (10). Araştırmamızda kanser tanısı alanların tanıyı bilme yada bilmeme durumlarının depresyon skorlarına etkisini inceledik. Diğer değişkenlerin eşleştirildiği bir karşılaştırmalı araştırma ile kanser tanısını

bilmenin depresyon puanlarının artmasına yol açıp açmadığını test etmeyi amaçladık.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma, Ekim 1995 - Aralık 1995 tarihleri arasında kanser tanı ve tedavisi amacıyla Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kliniğinde yatan hastalar üzerinde yapıldı. Kanser dışında başka bir fiziksel hastalığı olmayan hastalarla psikiyatrik tanı için standart bir psikiyatrik görüşme yapıldı. Ayrıca Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) ve kendi hazırladığımız bir bilgi alma formu ile sosyodemografik ve kanserle ilgili bilgiler kaydedildi (11). Tanıyı bilip bilmediği, bildiyse nasıl ve kimden öğrendiği, bilmiyorsa hastalığı hakkında ne düşündüğü açık uçlu sorularla sorgulandı. Tanıyı bilen 21 kişi çalışma grubunu oluştururken tanıyı bilmeyen ancak tanıyı bilen grupla sosyodemografik ve kanser tanısı yönünden uyumlu 21 vaka da kontrol grubunu oluşturdu. Her iki grubun sosyodemografik özellikleri benzer ve kanser türlerinin dağılımı da her iki grupta birbirine yakındı. Çalışmada elde edilen bulgular Statgraphics 3.0 paket istatistik programı yardımıyla kişisel bilgisayarda değerlendirilmiştir.

**Tablo 2. Tanıyı Bilen ve Bilmeyen Kanserli Hastaların Depresyon Puanları Açısından Karşılaştırılması**

	Tanıyı Bilenler n=21	Tanıyı Bilmeyenler n=21	t	p
HDÖ* Puanları	16.83 ± 9.50	15.3 ± 8.59	0.522	0.604

\* HDÖ = *Hamilton Depresyon Ölçeği*      t: *Önemlilik Testi*      p: *Önemlilik Kontrolü*

Sonuçların karşılaştırılmasında ki-kare ve Student-t testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Çalışmaya alınan hastaların yaşları 17-65 yaşları arasında idi. Çalışma ve kontrol gruplarının sosyodemografik, tanısal ve HDÖ'den aldıkları puanlar Tablo 1'de gösterilmiştir. Her iki grubun sosyodemografik özellikleri bakımından anlamlı bir fark tesbit edilememiştir. Kanserli hastaların tanıları; Lenfoma, mesane ca, meme ca, kolon ca, mide ca idi. Tanısal dağılım açısından da her iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu ( $\chi^2 = 0.38$  p=0.84). Tablo 2 de tanıyı bilen ve bilmeyen kanserli hastaların HDÖ skor ortalamaları karşılaştırılmaktadır. HDÖ ortalama puanı tanıyı bilen grupta  $16.83 \pm 9.50$  iken, tanıyı bilmeyen grupta  $15.3 \pm 8.59$  idi. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (p=0.604).

### Tartışma

Son yıllarda kanser ve psikiyatri ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda fiziksel hastalığa eşlik eden psikiyatrik tanı ve belirtilerin araştırıldığı görülmektedir (12). Psikiyatrik tanıları arasında en çok depresif bozuklukların görüldüğü bilinmektedir (2,5,6,12). Biz bu çalışmada kanser tanısı alanlarda, tanıyı bilip bilmemenin depresyon skorlarına etkisini araştırdık. Bizim bulgularımıza göre tanıyı bilip bilmeme özelliği depresyon skorlarını etkilemedi. Tanıdan haberdar olan grupta HDÖ ile ölçülen ortalama depresyon puanı  $16.83 \pm 9.50$  bulunurken, tanıyı bilmeyen grupta ortalama depresyon puanı  $15.3 \pm 8.59$  idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (t = 0.52 p = 0.604). Bu konuda yapılmış çalışma sayısı oldukça azdır. Bu sayısal yetersizlik, diğer ülkelerde kanser tanısı alanlara tanının söylenmesi, yani kanserli her hastanın tanıdan haberdar olması dolayısıyla böyle bir ilişkinin araştırılmasına gerek olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Tanının hastaya söylenmemesinin sonuçları ayrıntılı bir şekilde incelenmelidir. Şenol ve arkadaşları ana konuları tanıyı bilip bilmeme olmasa da, çalışmalarında kadın ya da erkek olsun I. eksen tanısı alanların çoğunun tanıyı bilenler olduğunu bulmuşlardır. Tanıyı bilenlerin ne kadarının I. eksen tanısı aldığı ise belirtilmemiştir (10). Bizim depresyon skorları açısından fark bulmamamız bu sonuçla uyumsuzdur. Ancak bahsedilen çalışmanın

35, bizim çalışmamızın 42 kişi gibi küçük gruplar üzerinde yapılmış olması sonuçları genellemeyi güçleştirmektedir. Depresyon kanserli hastalarda oldukça sık görülür. Bukberg ve arkadaşları, kanser hastalarının % 42'sinin DSM III ölçütlerine göre major depresyon tanısı aldığını bildirmişlerdir (13). Derogatis ve arkadaşları, kanserli hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada değişik depresif durumların oranını % 23 buldular (2). Withlock ve Siskind, depresyonla kanser arasındaki olası nedensellik bağlarını şöyle özetlemektedirler (14): 1. depresyon henüz tanı konmamış bir serebral metastazın ilk işareti veya gizli bir birincil kanserin belirtisi olarak beyindeki yapısal bozulmaların bir sonucu olabilir, 2. endokrin bozukluklar oluşturabilen paraneoplastik bir sendromun sonucu olarak depresyon etyolojisinde rol oynayan endokrin süreçleri bozarak depresyona neden olabilir, 3. tanı ve tedavi girişimlerine, tıbbi sürece, ilaçlara, ağrıya ve tanının söylenmesi ile kişi tarafından algılanma biçimine karşı gelişen psikolojik tepkiler sonucu depresyon ortaya çıkabilir (14). Bizim çalışmamız, bu konuda başlattığımız çalışmanın ilk verilerini özetlemektedir. Bu konuda kanser tanı grupları, psikiyatrik tanıları, hastalık süreleri, yapılan tedaviler, psikiyatrik öykü, metastaz, destek sistemleri gibi birçok etmen de gözönüne alınarak daha geniş popülasyonlarda planlanacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Sonuç olarak, kanserli hastalarda tanının söylenmesi diğer değişkenlerden bağımsız olarak tek başına depresif belirtilerin ortaya çıkmasında etkili bulunmamıştır. Tanının söylenme biçimiyle birlikte, tedavi seçenekleri, klinik ve sosyal destekler, psikoterapötik yaklaşım önemli görülmektedir.

### Kaynaklar

1. Özkan S. Psikiyatrik Tıp Konsültasyon-Liyasyon Psikiyatrisi, 1. Basım, 1994: 153-174.
2. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 1983; 249: 751-757.
3. Mc Cartney CF, Cahill P, Lyons JS, et al. Effect of a psychiatric liaison program on consultation rates and on detection of minor psychiatric disorders in cancer patients. Am J Psychiatry 1989; 146 (7): 898-901.
4. Hardman A, Maguire P, Crowther D. The recognition of psychiatric morbidity on a

- medical oncology ward. *J Psychosom Res* 1989; 33 (2): 235-239.
5. Massie HJ, Holland JC. Assesment and management of the cancer patient with depression. *Adv Psychosom Med* 1988;18:1-2.
  6. Peck A. Emotional reaction to having cancer. *Am J Roentgenol* 1972; 114: 591-599.
  7. Plumb M, Holland J. Comparative studies psychological function in patients with advanced cancer II. Interviewer rate current and past psychological symptoms. *Psychosom Med* 1981; 43: 243-254.
  8. Soysal H, Arkonaç O, Erkoç Ş. Meme kanserli olan hastalarda mizaç ve anksiete bozuklukları. *Düşünen Adam* 1991; 4(2): 47-49.
  9. Özkan S. Psikoonkoloji: Tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser-I. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1992; 29: 38-50.
  10. Şenol S, Bitlis V, Ünal E, Göçmen H, Tan D, Çetin A. Kanser teşhis ve tedavisi amacıyla bir cerrahi kliniğinde yatan hastalarda psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1994; 5 (2): 103-108.
  11. Hamilton MA. Rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1960 ; 23: 56-62.
  12. Özmen E, Aydemir Ö, Gülseren AŞ ve ark. Ulusal Psikiyatri Kongrelerinde Sunulan Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ile ilgili bildirimlerin değerlendirilmesi. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Program ve Bildiri Özetleri Kitabı. Bursa. s. 65 , 1993.
  13. Bukberg J, Penman D, Holland JC, et al. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 1984; 46: 192-212.
  14. Withlock JC, Siskind M. Depression and cancer: A follow-up study. *Psychol Med* 1979; 9: 747-752.

**Yazışma Adresi:**

Dr.Hüsameddin ÖZER

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri Anabilim Dalı 25240

Tel: 0.442.2331122 (1621-1622) Erzurum