

Kanser Hastalarında Bilişsel Davranışçı Terapi *Cognitive Behavioral Therapy in Cancer Patients*

Cem Soylu

Özet

Bilişsel davranışçı terapi kanser hastalarında uygulanan yapılandırılmış ama esnek psikososyal müdahalelerden biridir. Bilişsel davranışçı terapinin psikolojik morbiditeyi azaltmada olumlu etkilerinin olduğu ve kanserli hastaların yaşam kalitesini artırdığı yapılan birçok çalışmada belirtilmiştir. Bu makalede kanser hastaları için uyarlanmış bilişsel davranışçı terapinin içeriği, teknikleri ve kanser hastalarında görülen yaygın psikiyatrik bozukluklarda etkinliği gözden geçirilmiştir. Makalenin, ülkemizde özellikle hekim ve hemşireler tarafından psikolojik sıkıntıların erken tanınmasını ve hastaların ilgili terapistlere yönlendirilmesine bu sayede kanserli hastaların yaşam kalitesinin yükselmesine ve kendilerini daha iyi hissetmelerine olumlu katkıda bulunması amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Bilişsel davranışçı terapi, psiko-onkoloji, kanser.

Abstract

Cognitive behavioral therapy is one of the structured but flexible psychosocial interventions that could be applied to patients with cancer. In many studies the positive effects of cognitive behavioral therapy in reducing psychological morbidity and improving the quality of life of cancer patients have been shown. In this article, the contents and techniques of adapted cognitive behavioral therapy for patients with cancer and its effectiveness in commonly seen psychiatric disorders have been reviewed. The aim of this article is to contribute positively to physicians and nurses in Turkey for early detection of psychological distress and referral to the therapist that would clearly increase the quality of life of cancer patients.

Key words: Cognitive behavioral therapy, psycho-oncology, cancer.

KANSER, kronik bir rahatsızlık olarak önemli bir sağlık sorunudur ve yaygınlığı tüm dünyada her geçen gün artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre 2008 yılında dünyada 12.4-12.7 milyon arasında yeni kanser vakası bildirilmiş ve kansere bağlı 7,6 milyon (tüm ölümlerin %13'ü) ölüm gerçekleşmiştir.[1] Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) verilerine göre yaklaşık 400 bin kanser hastası olduğu ve tüm ölümlerin yaklaşık %20 sine kanser hastalığının neden olduğu tahmin edilmektedir.[2] Kanser hem dünyada hem de ülkemizde %22'lik oran ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedenidir.[3]

Duygusal sıkıntı, olumsuz psikososyal sonuçları olan ve yaşam kalitesini düşüren bir terimdir ve kanser hastaları arasında tıbbi tedavilerin ya da tümörün direkt etkisinin

sonucu olarak meydana gelen yaşam tarzı değişikliklerinden dolayı yaygındır.[4,5] Kanser tanısı alan ya da olasılığı olan hastalarda olumsuz duygu ve düşüncelerin gelişmesi neredeyse kaçınılmazdır. Çünkü kanser tanısı, psikolojik sıkıntı, fiziksel acı ve gelecekle ilgili olasılıkları beraberinde getiren hayatın en rahatsız edici ve moral bozucu olaylarından birisidir.[6] Tanıya verilen ilk tepkilerden sonra kanser hastasının ve hasta ailesinin tedavi süreci ile ilgili kararlar vermesi, uzun ve zorlayıcı tedaviler ile baş etmesi gerekir. Çünkü kanser, hastalar üzerinde uzun süre devam edebilecek ve hastanın hayatını ciddi bir şekilde etkileyip yaşam kalitesini bozabilecek bir hastalık olduğu için hasta ve yakınlarının hastalığı kabul edip hastalığa uyum sağlamayı öğrenmeleri gerekmektedir.[7] Blank ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada kanser hastalığında başarılı uyumun yaşanılan hayatı anlamlı ve huzurlu bulmaya katkı sağladığını göstermektedir.[8]

Kanser hastalığının ilerleyici doğası göz önüne alındığı zaman kanser tanısı sonrasında hastaların yaklaşık yarısının öleceği gerçeği, hastalara yönelik etkili psikososyal desteğin sağlanmasını daha da önemli bir hale getirmiştir.[9] Kanser hastalarına yönelik psikolojik müdahaleler başta bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve grup bilişsel davranışçı terapinin (Grup BDT) yanı sıra psikoeğitim, destekleyici tedavi, problem çözme ve sosyal beceri eğitimi, farkındalık temelli yaklaşımlar gibi farklı tedavi türlerini içerir.[10–12] Bu tedavi türlerinin birçok çalışmada etkinliği araştırılmış ve duygusal sıkıntıları azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir.[13–15] Bu farklı tedavi müdahaleleri içerisinde kanser hastaları için en uygun tedavi, aynı anda birden fazla tedavi yöntemlerini içeren (ilaç tedavisi ve psikoterapi gibi) depresyon, anksiyete ve yorgunluk gibi semptomları azaltmak için bir girişim şeklinde olmalıdır. Çok sayıda psikoterapi yönteminin içerisinde BDT'nin kanser hastalarında yaşam kalitesinin yükseltilmesi, sıkıntının azaltılmasında, psikolojik ve fiziksel belirtileri hafifletmekte en etkili tedavi yöntemlerinden birisi olduğu yapılan birçok çalışmada belirtilmiştir.[16,17] Kısa vadeli ve uygulanabilmesinin kolay oluşu, hastaların öz yeterliliğini artırması ve kanser hastalarında gözüken farklı psikolojik sıkıntıları üzerinde etkinliği nedeniyle BDT kanser hastalarında çok sık kullanılır.[18]

Son zamanlarda ülkemizde kanser hastalarında görülen psikiyatrik bozukluklar üzerinde birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen bu hastalıkların tedavi yöntemlerinden biri olan özellikle BDT'nin uygulanması, içeriği ve kanser hastalarında görülen psikiyatrik bozukluklar üzerindeki etkinliği konusunda yazılan derleme çalışmasına rastlanmamıştır.[19–21] Kanser hastalarında uygulanan psikoterapilerin değerlendirildiği sınırlı çalışmalardan bir tanesi Sertöz tarafından yapılmış, bu makalede kanser hastalarında uygulanan güncel psikoterapiler hakkında (Destekleyici psikoterapi, destekleyici dışavurumcu grup psikoterapisi, bilişsel varoluşçu grup terapisi, anlam bulmaya odaklı grup psikoterapisi ve psikoeğitim terapisi) genel bir bilgi verilmiş ve BDT tekniklerinden psikoeğitim terapisi adı altında kısaca bahsedilmiştir.[22]

Bu yazıda ise sadece, psikososyal müdahalelerden biri olan ve kanser hastaları için uyarlanmış BDT'nin uygulanma içeriği hakkında daha geniş bir bilgi verilip psikiyatrik bozukluklar üzerindeki etkililiğinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. BDT'nin kanser hastalarında uygulanma şekli ve etkililiği üzerine yapılan araştırmalar ulusal ve uluslar arası veri tabanlarından, ilgili kitap ve bilimsel kaynaklardan taranmış sadece BDT ve Grup BDT'nin etkililiğini içeren çalışmalar bu derlemede değerlendirilmiştir.

Kanser Hastalarında Uygulanan BDT'nin Tarihi

Kanser hastalarının psikososyal ihtiyaçlarına olan bilimsel ilgi 1970 li yılların ortalarında başlamıştır. O dönemlerde hemşireler ve sosyal hizmet görevlileri kanser hastası ve yakınlarının psikososyal sorunlarını ele almışlarsa da bu alandaki ilk çalışmalar konsülte liyezon psikiyatristleri tarafından yapılmıştır.[23] Kanser hastaları arasında psikiyatrik morbiditeyi araştıran ve bu alanda temel teşkil eden Derogatis ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada DSM III tanı ölçütlerine göre hastaların % 47sinde tanı konulabilecek düzeyde ruhsal bozukluk olduğu bildirilmiştir.[24]

Kanser, hastalığın ve tedavinin yan etkilerinden dolayı şiddetli ağrıya, fonksiyon bozukluğuna ve ölüme neden olabilecek bir hastalıktır. Bu nedenle özellikle hastalığın ileri evresinde ya da yaşam beklentisi kısa olan ve tedavisinin seyri ile ilgili gerçekçi korkuları olan hastalar için BDT teknikleri yetersiz bulunmuş, alternatif ve yenilikçi bilişsel müdahale gerektirdiği düşüncesiyle yeni BDT programı geliştirilmiştir.[25] Bu çalışmada kanser hastaları için geliştirilmiş olan bu programa aynı zamanda adjuvan psikolojik terapi de denildiği belirtilmiş, çalışmada hem bireysel hastalar hem de çiftler için bilişsel tekniklerin nasıl uygulanması gerektiği, olumsuz otomatik duyguların altında yatan düşüncelerin tanımlanması ve bu düşüncelerin nasıl değiştirilebilir olduğu açıklanmaktadır. Daha sonra yine Moorey ve arkadaşları tarafından son zamanlarda yayınlanan bir çalışmada daha güncel bilgilerle kanser hastalarında BDT'nin tanımı yapılmış, teknikleri ve etkinliği yapılan diğer çalışmalar çerçevesinde tartışılmıştır.[26] Bu çalışmalar da genel olarak anksiyete, depresyon üzerinde durulmuş ve BDT'nin etkinliği için önemli kanıtlar bildirilmiştir. Ayrıca, BDT ile beden eğitimi birleştiren hem fiziksel hem de psikososyal işlevselliğinden yararlanılarak, yaşam kalitesinde daha büyük gelişmelere yol açabileceğini de belirtilmiştir. Moyer ve arkadaşları tarafından son 25 yıl içerisinde yapılan psikososyal müdahalelerin değerlendirildiği bir çalışmada müdahalelerin üçte birinde öncelikle bilişsel, davranışsal veya bilişsel-davranışçı yöntemin kullanıldığı belirtilmiştir.[27]

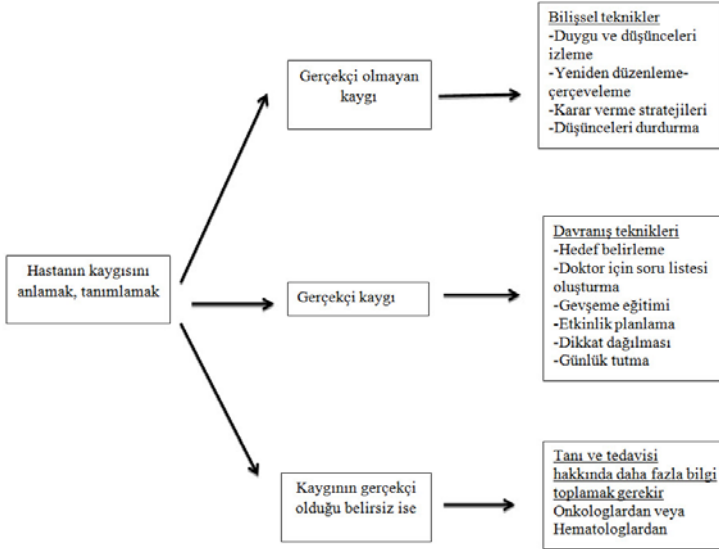
BDT'nin Hedefleri

Kanser hastalarında uygulanan BDT, bilişsel ve davranışsal teknikleri kullanarak duygu, düşünce, davranış ve fiziksel belirtileri tanımlamaya ve aralarındaki bağlantıyı açıklamaya çalışan psikolojik bir müdahaledir.[26] Hastaların kansere yükledikleri olumsuz değerlendirmeleri, yorumları ve anlamları tanımlayıp yeni yapılandırmalar ortaya koymayı, tedavi süreciyle etkili bir şekilde baş edebilmek için başa çıkma davranışları kazanmayı ve bu davranışları uygulamayı amaçlamaktadır. BDT farklı kanser hastalarında ve hastalık evrelerinde kullanılırken yalnızca psikiyatrik bozukluk için standart bir tedavi paketi olarak kullanılmaktan ziyade daha çok hastalığa uyum sağlayacak bir şekilde amacı ve yapısı kısmen değişebilir. Nitekim kanser hastalarında gözükten psikiyatrik bozukluklara ve hastalık gruplarına özgü farklı BDT programları geliştirilmiştir.[16,28]

BDT programlarının amacı kanserin tanısı, evresi ve hastada görülen psikolojik yatkınlığa göre değişiklik gösterir. Ayrıca BDT yeni tanı alan ve erken evre döneminde olan hastalarda kanserle ilgili belirtileri ve tedavinin neden olduğu yan etkileri azaltmak için geliştirilmişken terminal dönem kanser hastalarında anksiyeteyi azaltmak için başa çıkma stratejilerini öğretmek ve endişeleri azaltmaya yardımcı olmak için geliştirilmiştir.[29]

Kanser Hastalarında BDT Uygulamaları

İki müdahale programını birleştiren BDT'deki bilişsel boyut altta yatan olumsuz duyguları belirlemek, olumsuz otomatik düşünceler izlemek ve daha uyumlu alternatif düşünceler bulmayı içerir.[26] Bilişsel teknikler arasında zihinsel oyalama, yeniden çerçeveleme, problem çözme ve karar verme stratejileri gösterilebilir. Davranışsal teknikler ise, davranışsal oyalama, günlük tutma, faaliyetlerin planlanması ve rahatlatma gibi tekniklerden oluşmaktadır. BDT hem bireysel seanslar halinde hem de grup terapisi olarak uygulanabilir. Grup terapileri genellikle rahatlatma, stres yönetimi, problem çözme ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi bileşenler ve psikoeğitimsel faaliyetlerden oluşur. Bireysel BDT de ise daha çok kişiye özel, hastanın sorunlarına odaklanma eğilimi vardır.



Şekil.1. Terapistin Kullanacağı BDT Tekniklerinin Süreç Akış Şeması [29,31]

Bireysel BDT

BDT'nin temelinde bireyselleştirilmiş duyguların bilişsel ve davranışçı teknikler ile değiştirilebilir olduğu inancı yatar.[30] Yapılandırılmış bir görüşmeye geçmeden önce yeterli güven ve uyumu sağlayabilmek için zamana ihtiyaç vardır. Nitekim terapist bu süreçte hastanın öyküsünü dinler. Ayrıca bu süreçte terapist hastanın duyguları ve düşünceleri arasındaki ilişkiyi analiz etmek için fırsat sunar. Bu aşamada hastanın değiştirmek istediği konuları ve bu konularla nasıl baş ettiğinin öğrenilmesi önemlidir.[31] BDT programının içeriği ilgili literatürlere dayanmaktadır.[17,32,33] İlk aşamada (1-2 hafta) terapistler, psikolojik eğitim yoluyla hasta ile iyi bir ilişki kurar ve hastalar hakkında bir fikir, bakış açısı geliştirir. Hastaların başa çıkma yeteneklerini, beklentilerini, hedeflerini ve başa çıkma tarzlarını, mantıksız bilişsel kavramlarını ve atıf tarzlarını keşfeder. İkinci aşamada (2-3 hafta), terapist hastaların mantıksız bilişsel kavramlarını

ve atf stillerini düzeltmek için olaylara bakar, makul düşünce ve olumlu bir atf stilini yeniden yapılandırmaya gider. Üçüncü aşamada (3-4 hafta), terapistler pekiştirici ve bir davranış güçlendirilmesi yaklaşımını kullanabilir. Böylece rol oynama, kendine yön verme yoluyla atf tarzı hastaların daha iyi bir anlayışa sahip olmasını sağlayacak, tedavi etkisini ve olumlu atf stilini güçlendirecektir. Sürecin genel olarak nasıl seyredeceği ve çoğunlukla hangi tekniklerden yararlanılacağı Şekil.1'de gösterilmiştir.

BDT'deki bilişsel teknikler, kanser hastalarının psikolojik tepkilerinin sadece fiziksel etkilerine değil aynı zamanda hastanın kanseri nasıl değerlendirdiği, hasta için kanserin kişisel anlamı ve başa çıkma tarzının mevcut kaynaklar üzerine bağlı olduğu inancına dayanır.[34] Hastalar duygusal durumunu etkileyecek olumsuz otomatik düşünceler belirlemek amacıyla tasarlanmış bilişsel teknikleri öğrenirler.[30] Düşünce hatalarını tespit etmek, örneğin hep/hiç tarzı düşünmek (tam iyileşmek-ölüm gibi), seçici soyutlama, kişiselleştirme yine bu süreç çerisinde çok önemli unsurlardır. Tablo 1. de kanser hastalarına uyarlanmış düşünce hatalarından bazı örnekler verilmektedir.

Tablo 1. Kanser Hastalarına Uyarlanmış Düşünce Hataları [31]

Düşünce Hataları	Tanım	Önek
İkili (hep ya da hiç biçiminde) düşünme	Her türlü deneyim ve yaşantının iki uç bağlamda değerlendirilmesi	Ailem ihtiyaçlarımı hiçbir zaman anlamadı ve asla anlamayacaklar.
Felaketleştirme	Olması muhtemel diğer sonuçları hesaba katmaksızın geleceği hep olumsuz olarak öngörme	Kemoterapinin muhtemel yan etkilerinden dolayı daima kötüye gidiyorum.
Seçici soyutlama	Olayları bağlamından kopartarak bir ayrıntıya odaklanma, durumun daha belirgin diğer özelliklerini ihmal etme.	Tamoksifen, eminim ki ciğerlerime yayılan pıhtıya sebep olacak.
Zihin okuma	Diğer insanların ne düşündüğünü bildiğimize ve onların da bizim ne düşündüğümüzü bildiklerine-bilmeleri gerektiğine inanmaktır.	Hemşirenin yüzündeki endişeli görünüm kanserin çok ilerlediği ve tedaviden hiçbir yanıt alınmadığı anlamına geliyor.
Etiketleme	Daha uygun ve gerçekçi kapsayabilecek değerlendirmelere yapmak yerine kişinin kendisine veya diğerlerine genel etiketler yapıştırması	Doktora sormak için cebime koyduğum soruları unutmuş, ben bu kadar aptal bir insanım.
Kişiselleştirme	Kişinin kendisiyle ilgili olmayan veya çok az ilgili olan bir olayı kendisiyle bağlantılı görmesi ve olumsuz sonuçlardan kendisini sorumlu tutmasıdır.	Stresin hayatımı çok fazla etkilemesine izin verdiğim için kansere yakalanmam tamamı ile benim hatam.

Terapistler hastaların mantık dışı düşüncelerini ve rasyonel olmayan inançlarını belirlemek için hastalara yardım eder ve daha sonra bu uyumsuz algıları nasıl değiştireceklerini öğretirler. Bilişsel teknikler içerisinde en sık kullanılan tekniklerden bir tanesi yeniden çerçeveleme- yapılandırmadır.[26] Hasta bir sıkıntı veya olumsuz duygu belirtileri gösterdiği zaman onların bu şekilde hissetmesine neden olan düşüncenin içeriği sorgulanır. Terapist bu düşüncelerin duygularla ne derece bağlantılı olduğunu gösterir. Yeniden çerçevelemenin yanı sıra bilişsel teknikler arasında zihinsel oyalama, problem çözme ve karar verme stratejileri gösterilebilir. Ayrıca bilişsel teknikler grup BDT programında da kullanılabilir.[35]

BDT'nin davranışsal yönü hayattan alınan tadı ve memnuniyeti artırmak amacıyla gerçekçi hedefler belirleme ve günlük aktiviteleri planlamaya odaklanmıştır.[36] Davranış teknikleri çoğu hasta tarafından kullanılabilir ve genellikle kısa sürede rahatlama sağlar. Teknikler arasında, doktor için soru listesi oluşturma, hedefleri belirleme, etkin-

lik planlama, rahatlama teknikleri ve günlük kullanarak faaliyet planlama vardır.[37,38] Bu teknikler içerisinde en sık kullanılanlardan bir tanesi günlük kullanarak hastanın kendi düşüncelerini kendi kendine izlemesinden oluşur.[31] Hasta düşünce ve duygularını tuttuğu bu günlüğe kaydeder. Günlük aynı zamanda düşünce ve ruh hali değişikliklerini kaydetmek için de kullanılabilir ve terapi sırasında gözden geçirilebilir. Bu gün-lüklerde hastanın kendi düşünce kalıplarından açıklayıcı örnekler kullanması aynı zamanda tedavinin bilişsel unsurları açıklamaya yardımcı olur. Bu durum terapist tarafından hem aktiviteleri analiz etmek için temel olarak hem de hastanın şimdiki ruh halini belirlemek için kullanılabilir. Bu şekilde terapist hastanın hangi davranışların olumsuz düşüncelere neden olduğunu ve bu davranışların altındaki düşünceleri hızlı ve kolay bir şekilde öğrenebilir. Bu süreç içerisinde hasta aynı zamanda başa çıkma modellerini terapistte tanıtır.

Grup Bilişsel Davranışçı Terapi

Grup terapisi bireysel terapiden farklı olarak üç avantaj sunmaktadır.[39] Bunlardan ilki grup terapisi sırasındaki üyelere alınan sosyal desteklerdir. Bir grubun üyesi olmak kanser hastalığı ile başa çıkma sürecinde gerekli olan topluluk duygusu için fırsat sağlar. Bu sayede hastalar başka bir yerde bulamayacağı benzer süreçleri yaşayan adeta yol arkadaşı bulmuş olurlar. İkinci avantajı ise yardımcı terapi prensibi (The helper-therapy principle) dir. Bir grup ortamında hastalar birbirlerine destek verir ve aynı zamanda hastalar ailesi dışında birileriyle objektif olarak kaygılarını tartışmasına uygun zemin hazırlar. Grup terapisinin üçüncü ve son avantajı ise düşük maliyetli olmasıdır, grup terapisi bireysel terapiye göre daha düşük maliyet içerir. Grup terapileri ayrıca terapistin zamanını daha etkili kullanabilmesini sağlar.[40] Grup terapisi, genellikle rahatlama ve stres yönetimi, problem çözme, bilişsel yeniden yapılandırma ve psikoeğitimsel faaliyetleri içerir. Bunlarla birlikte Grup BDT de, sunumlar, grup tartışması, bildiriler ve haftalık ödevler uygulanabilir.[41]

Sydney Teknoloji Üniversitesinde kanser hastalarında uygulamak amacıyla Grup BDT programının yapısı ve içeriği ana hatlarıyla belirlenmiştir.[42] Bu programın amacı: 1) Bilişsel yeniden yapılandırma. (Uyumsuz düşünceleri ve mantıksız inançları belirlemek, bu uyumsuz algıları değiştirmeyi öğrenmek); 2) Davranışsal Stratejiler. (Etkili iletişim, başa çıkma stratejileri, hedef belirleme, sosyal temasların kullanımı ve meditasyon); 3) Kendini ifade etmedir (Katılımcılar grup içinde endişelerini ve kendi sorunlarını ifade edecek böylece aile üyeleri ve yakın arkadaşları ile etkili iletişim kurmak için daha istekli olacaktır). Her oturum yaklaşık 2 saat ve 12 oturum şeklinde düzenlenmiştir ve grubu iki terapist yönetmektedir. Programın ilk üç seansında Grup BDT ilkelerini katılımcılara tanıtmak, samimi ve destekleyici bir grup ortamı oluşturmak amaçlanmıştır. Sonraki üç seansta (4-6) programının önceki bölümünde tanıtılan beceri ve uygulamalarını pekiştirmek ve özellikle katılımcıların uyumsuz düşüncelerini, inançlarını tanımlamak ve tartışmaya yetkin olmalarını sağlamak hedeflenmiştir. Yedinci oturumda öfke yönetimi ile başa çıkma tartışılır ve daha sonra katılımcılar öfke konusunda kendi kişisel deneyimlerini anlatmak için davet edilir. Sekizinci oturumda kendi imajımızı etkileyen faktörler üzerinde kısa bir görüşmenin ardından, katılımcılar öz-değer duygusu ile ilgili kendi inançlarını ve algılarını belirlemek üzere tartışmaya davet edilir. Dokuzuncu oturumda ilişkiler üzerinde durulur ve katılımcılar yaşadıkları çeşitli ilişkileri ve sağladıkları memnuniyet derecelerini belirtir. Onuncu oturumda yaşam

tarzları ile ilgilenilir. Grup üyelerinin kanser tanısından sonra iş, cinsellik, iletişim gibi konularda yaşadıkları değişiklikler üzerinde durulur. Onbirinci oturumda ise hedef belirleme sorunu ile ilgilenilir. Katılımcılar değiştirmek istedikleri özel alanları belirlemek için teşvik edilir ve üstesinden gelmek için gereken engelleri yansıtmaları istenir. Onikinci yani son oturum ise programın özetini sunar.

Edelman ve arkadaşları [43] metastazik meme kanserli hastalarda Grup BDT'nin etkinliğini değerlendirmek amacıyla bir çalışma yapmıştır. Bu çalışma da BDT grubuna katılan hasta sayısı 62, kontrol gurubu 62 ve ortalama yaş 50'dir. Program 8 hafta, haftada iki saat oturum şeklinde planlanmıştır. Gruplar en az bir psikolog olan iki terapist tarafından yönetilmiştir. Program sonunda BDT alan grupta benlik saygısı ve yaşam kalitesi üzerinde önemli gelişmeler bulunmuştur. Ayrıca Compas ve arkadaşları da [44] Grup BDT'nin sıkıntı için etkili olduğunu belirtmiştir.

Ülkemizde ise bilgilerimize göre bu alandaki tek çalışma Yavuzşen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.[45] Meme kanseri hastalar arasında grup psikoterapisinin yaşam kalitesi ve psikolojik belirtiler üzerindeki etkinliğinin incelendiği bu çalışmada, tedavi protokolü 16 meme kanseri hasta üzerinde seanslar 2-3 saat olmak üzere 16 hafta boyunca uygulanmıştır. Terapi, bir klinik psikolog ve tedavi ekibinden profesyoneller ile birlikte yürütülmüştür. Çalışmadaki gerekli değerlendirmeler terapi öncesi ve sonrasında yapılmış, uyku sorunları ve yaşam kalitesinde herhangi bir farklılık olmasa da tedavi sonrası anksiyete, depresyon ve psikolojik sıkıntıda anlamlı derecede gelişmeler olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmanın yöntemi incelendiğinde uygulanan terapinin 2 önemli kısımdan oluştuğu ilk 16 saat, ilgili uzmanlarca psikoeğitim faaliyetleri verilip sonraki 8 seansta ise klinik psikoloğun hastaları stres yönetimi, problem çözme, cinsel sorunlar, olumsuz düşünceleri tanımlamak ve başa çıkmak için bilişsel davranışçı açıdan yeniden yapılandırmaya davet ettiği belirtilmiştir.

Kanser Hastalarında Görülen Psikiyatrik Bozukluklarda BDT'nin Etkinliği

Depresyon

Depresyon, kanser hastalarının yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur ve kanser hastaları genel nüfusa oranla kalıcı depresif belirtiler ve bozukluklar için yüksek risk altındadır.[46-48] Kanser ile ilişkili normal bir üzüntü mü yoksa klinik olarak anlamlı depresif bozukluğun belirtisi mi olduğu noktasının bilinmesi, doktorlar için önemlidir. Çünkü kanser hastaları arasında major depresyonu olan hastaların yaşam kalitesinde azalma, yorgunluk, tedavi planına uyumsuzluk oranlarının daha yüksek olduğu ve kötü uyku hali yaşadıkları yapılan çalışmalarda belirtilmiştir.[49,50] Hatta bunların ötesinde kanser hastalarındaki depresyonun ölüm için bir risk faktörü olduğu depresyon öyküsü olan hastaların depresyon öyküsü olmayan hastalara kıyasla kanserden ölme riskinin yaklaşık 2.6 kat daha fazla olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir.[51,52] Depresif belirtilerin teşhis edilip tedavi edilmesi bu kadar önemli iken depresif bozukluğun bir belirtisi mi yoksa normal bir üzüntü mü olduğu noktasının ayırt edilmesi pekte kolay değildir ve kanserli hastalarda depresyonun varlığı genellikle göz ardı edilebilir. Çünkü yorgunluk, kilo kaybı, iştah veya uyku bozukluğu gibi birçok depresyon belirtileri aynı zamanda kanserin ve tedavisinin fizyolojik belirtilerine ayna tutar ve depresyon tanısının konmasına engel olabilir.[53]

Psikolojik müdahalelerin depresif kanser hastalarındaki etkinliği Stiefel ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada belirtilmiştir.[54] Psikoterapilerin (özellikle BDT) birkaç küçük ölçekli çalışmalarda kanser hastalarında depresif belirtileri iyileştirmek için etkili olduğu belirtilmiştir.[55] Bilişsel davranışçı yaklaşım kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyinde azalma ile ilişkili olduğu belirtilmiş ve son zamanlarda en fazla BDT'nin etkinliğinin değerlendirildiği yapılan çalışmalarda belirtilmiştir.[13,56] Bilişsel-davranışçı tekniklerin kanser hastalarındaki depresyon tedavisi için çok yararlı etkili vardır. Schineider ve arkadaşları yaptığı bir meta analiz çalışmasında kanserli hastalarda görülen depresyon için BDT'nin en etkili tedavi yöntemlerinden olduğunu belirtmiştir.[57]

Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozuklukları, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, özgül fobiler (örneğin, iğne ya da kan gibi) ve travma sonrası stres bozukluğunu içerir.[58] Bazı araştırmacılar anksiyetenin kanser teşhisine ve vücut fonksiyonlarının kaybı, görünüş, aile parçalanması, ölüm, vb değişiklikler gibi tehditlere karşı normal bir tepki olduğunu belirtmiştir.[59] Kanserli olan hastalarda, anksiyete ilk olarak hayatı tehdit eden bir tanı anında görünebilir ve fiziksel reaksiyonlar terleme, nefes darlığı, baş dönmesi, ve taşikardi içerebilir.[60]

BDT, anksiyete bozukluğu tedavisinde en etkili psikoterapi yaklaşımlarından birisidir.[61] Kanser hastalarında uygulanan BDT, endişe duygularını ya da somatik anksiyete belirtileri ile birlikte ortaya çıkan otomatik düşünceleri inceler. Örneğin, bir terapist artan ağrıların doku hasarını temsil gibi bir düşünce veya bir kötüleşmenin prognoz otomatik ve endişeli duygular öncesinde olabileceğini belirterek bir hastaya yardımcı olabilir. Hastaya uyumsuz, otomatik düşüncelerin nasıl tanımlanabileceği ve daha sonra bu yanlış anlamalar, kaygı duyguları veya bedensel belirtiler arasındaki bağlantıyı kırma yolları öğretilir.

Mundy ve arkadaşları BDT tekniklerinin çeşitli kanser toplumlarda sıkıntıyı ve ağrıyı gidermek için değerli araçlar olduğunu göstermiştir.[62] Bu rahatlatıcı tedaviler genellikle hastaların her türlü kanser ağrı tedavisinin yardımcıdır. Son zamanlarda yapılan meta analiz çalışmasında meme kanserli hastalarda BDT'nin stresi azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir. [38]

Uyum Bozukluğu

DSM-IV-TR (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Dördüncü Baskı, Metin Revizyonu) uyum bozukluğunu, tanımlanabilir bir strese (örneğin, kanser tanısı) karşı bir tepki olarak tanımlar.[63] Ancak bu tepki major depresyon veya yaygın anksiyete bozukluğu gibi 'tanı konulabilir duygusal bozukluktan' daha az şiddetli fakat beklenenden fazladır. Ayrıca uyum bozukluğu sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmaya yol açar ve psikiyatrik sınıflandırma da önemli bir yere sahiptir. Ülkemizde kanser hastaları arasında yapılan bir çalışmada en fazla uyum bozukluğu tanısının bulunduğu belirtilmiştir.[64] Uyum bozukluğu tanısı alan birçok hastada intihar düşüncesi veya intihar davranışı, hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu gözükmiştir.[65,66] Bu nedenlerden dolayı kanser hastalarında uyum bozukluğunun erken fark edilip tedavinin en kısa süre içerisinde başlanması önemlidir.

Hastalıkla ilgili inançları değiştirmek ve hastalığa olan uyumu artırmak için BDT'nin etkinliği birçok çalışmada değerlendirilmiştir ve BDT kansere uyum probleminde en sık kullanılan psikolojik müdahale yaklaşımlarından birisidir.[27,67] BDT uyum bozukluğunda, hastaların hastalık ve yaşam durumları hakkında sahip oldukları aşırı olumsuz ya da irrasyonel yorumları (bilişler) tanımlamak için hastaları teşvik eder, bu düşüncelerin işlevsiz davranışlara nasıl dönüştüğünü analiz eder ve terapist daha sonra onları daha makul bilişler ve daha işlevsel davranışlar kazanmasına yardımcı olur. BDT ayrıca stresi yönetmek için gevşeme teknikleri konusunda eğitim içerebilir. BDT ayrıca kanser hastalığına duygusal ve fonksiyonel uyum üzerinde olumlu etkisinin olduğu bir derleme çalışmasında belirtilmiştir.[68]

Uykusuzluk

Uykusuzluk, kanser hastalarında görülen en sık uyku bozukluğudur.[69] Kanserle ilgili uykusuzluk, tıbbi bir durum ile ilgili olduğu için sekonder yada tıbbi duruma eşlik eden uykusuzluk olarak sınıflandırılabilir.[70] Kanser hastalarında uykusuzlukla ilgili yapılan kesitsel bir çalışmada, uykusuzluk belirtilerine en fazla neden olan faktörler aşırı yorgunluk, kanser tanısı, ağrı, hastalıkla ilgili düşüncelere ve kaygılara atfedilmiştir.[71] Fleming ve arkadaşları sadece hastalar üzerinde değil kanser hastalığını yenen bireylerin de kanser tanısının duygusal sonuçları nedeniyle uykusuzluk için yüksek risk altında olduğunu belirtmiştir.[72] Babson ve arkadaşları da kanser tedavisi sonrası 5 yıla kadar uykusuzluğun varlığını bildirmiştir.[73]

Kanser hastalarında Uykusuzluk için Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT-U) programı geliştirilmiştir. Bu program Morin'in çalışmalarına dayanmaktadır ve program 90 dakika boyunca 6-10 kişi arasında değişen kanser hastalarına ve hastalıktan kurtulmuş bireylere 8 hafta süresince uygulanabilmektedir.[74] BDT-U, BDT'nin özel bir şeklidir ve özünde uykusuzluğa neden olan düşünceleri tanımlamak ve davranışları değiştirmek vardır. BDT-U son zamanlarda geliştirilen ve kansere bağlı yorgunluk ve uykusuzluk tedavisinde çok umut verici olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir. BDT-U programı içerisinde en sık kullanılan stratejiler uyarın kontrolü, uyku kısıtlama ve gevşeme terapileri, paradoksal niyet, uyku hijyeni ve bilişsel yeniden yapılandırma vardır.[75]

BDT kanser hastalarında uykusuzluğun tedavisinde çok büyük derece de etkinliğini göstermiştir ve özellikle ilaç dışı tedavi olduğu için altın standart olarak nitelendirilmiştir.[76,77] BDT-U uykusuzluk belirtilerini azaltmak için bir yöntem olarak önerilmiştir, ikincil bir yararı da kanser hastalarında yaşam kalitesini geliştirmek olmuştur.[78] Nitekim meme kanseri olan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada BDT-U tedavisinin ardından uyku kalitesinde olumlu gelişmeler ile birlikte yaşam kalitesinde artış olduğu bulunmuştur.[79]

Savard ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada uykusuzluk sorunu olan 57 kadın meme kanseri hasta içerisinde rastgele seçilen 27 hastaya BDT-U programı uygulanmıştır.[80] Tedavi grubundaki hastalar bir psikolog tarafından yönetilen her seansı 90 dakika süren sekiz haftalık BDT-U grup oturumlarına katılmıştır. Uykusuzluk tedavisi alan hastalarda önemli ölçüde daha iyi uyku endeksleri olmuştur.

Ülkemizde Aslan tarafından yayınlanan bir derlemede terapi sürecinde bilişsel müdahalelerin yanı sıra uyumak için çaba göstermenin uyuyamama kaygısını artıracak için tersine niyetlenme ile 'uykuya dalma kaygısı' azaltılarak hastanın uyuma üzerine odaklanmasının engellenebileceği, huzur verici imgeleri hayal ederek rahatlatma ve böylece

uykuya dalma, kas gevşetme egzersizlerinin uygulanabileceğini belirtilmiştir.[81] Anderson ve arkadaşları, kanser hastalarındaki uyku bozukluklarının yorgunluğun önemli bir belirleyicisi olduğunu belirtmişlerdir.[82] Bununla birlikte uyku bozukluğu olan kanser hastalarının uyku bozukluğu olmayan hastalara göre anlamlı derecede yorgunluk düzeylerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir. İlginç olarak bu çalışmada, uyku bozukluğu, depresyon hastalarında yorgunluğun önemli bir belirleyicisinin olmadığı belirtilmiştir. Bu durum, kanser ile ilişkili yorgunluğun doğasının depresyonla olan ilişkisinden farklı olduğunu göstermektedir.

BDT kanseri için tıbbi tedaviler uygulanan hastalarda yorgunluk belirtilerini yönetmek için etkili bir tedavidir.[11] Gielissen ve arkadaşları kanser hastalığını atlatan hastaların tedavi sonrası yorgunluk düzeylerinde BDT'nin etkinliğini değerlendirmiş ve çalışmanın sonucunda BDT alan grubun yorgunluk düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğunu göstermiştir.[16]

Sonuç

Kanser hastalıkları ülkemizde bütün ölümlerin ikinci nedenidir.[3] Bu nedenle kanser tanısı konulan kişilerin kaygı hissetmesi ve alacağı tedaviden dolayı depresif olması çok sık karşılaşılan durumlardandır.[12] Hastalığının her aşamasında hastaların önemli bir kısmında psikososyal sıkıntılar olduğu, bu sıkıntıların gerek kanser hastalığından gerekse de tedavinin yan etkilerinden dolayı uyum bozukluğu, anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklara yol açtığı alanyazında birçok çalışmada belirtilmiştir.[9,19,24,83]

Kanser hastaları için geliştirilen ve psikososyal müdahalelerden birisi olan BDT, genellikle otomatik düşünceleri saptama, günlük tutma, gevşeme ve başa çıkma, beceri eğitimini ve bilişsel yeniden yapılanmayı içerir.[37,38] Bu tedavi teknikleri sıkıntıları tanıma ve iyileştirmeye, uyumsuz düşünce ve davranışlarını değiştirmeye ve yaşam kalitesini yükseltmeye odaklanmakta, kanser tedavisi boyunca hastanın günlük hayatında kendini daha iyi hissetmesini sağlamak amacıyla kullanılmaktadır.[26,29] Bunlarla birlikte, BDT'nin hedefleri arasında morali yükseltmek için kontrol duygusunu artırmak ve sorunların çözümüne uygun başa çıkma stratejileri geliştirmek vardır. BDT hem bireysel hem de grup terapisi olarak uygulanabilir ve kanser hastaları için özellikle tanı aşamasından sonra ortaya çıkan uyum sorunları, anksiyete ve depresyon gibi duygusal rahatsızlıklara ve kanser hastalığının türüne göre uyarlanmış farklı protokolleri vardır.

BDT'nin kanser hastalarında görülen psikiyatrik bozukluklardaki etkinliği birçok çalışmada değerlendirilmiş ve yararları belirtilmiştir.[17,18] Ayrıca kemoterapi ve radyoterapi alan kanser hastalarında tedavi sonrası yorgunluk ve uykusuzluk gibi tedavi yan etkilerini azaltmada da etkili olduğu belirtilmiştir.[11,16] Nitekim son yıllarda yapılan araştırmalarda kanser hastalarında uygulanan psikososyal müdahalelerin üçte birinde öncelikle bilişsel, davranışsal ya da bilişsel-davranışçı terapilerin kullandığı belirtilmiştir.[27] Bu tür çalışmaların yaygınlaşması ve uygulanması kanser hastalarının yaşam kalitelerinin gelişimine önemli katkısı olacaktır.

Kaynaklar

1. Boyle P, Levin B. Dünya Kanser Raporu. Lyon, Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu, 2008.
2. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye İstatistik Yıllığı 2009. <http://www.kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-kayitligi/108-t%C3%BCrkiye-de-kanser-kayitligi.html> (2 Aralık 2013'te ulaşıldı).

3. T.C Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de kanser kontrolü. http://onkofar.com/vlmages/pdfler/2009_Turkiyedekanserkontrolu.pdf (2 Aralık 2013'te ulaşıldı).
4. Ridner SH. Psychological distress: concept analysis. *J Adv Nurs* 2004; 45:536–545.
5. Bidstrup PE, Johansen C, Mitchell AJ. Screening for cancer-related distress: summary of evidence from tools to programmes. *Acta Oncol* 2011; 50:194–204.
6. Raison CL, Miller AH. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biol Psychiatry* 2003; 54:283–294.
7. Uyer M, Uslu R, Yıldırım-Kuzeyli Y. Kanser ve Palyatif Bakım. İzmir, Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, 2006.
8. Blank TO, Kwan L, Ganz PA, Stanton AL, Park CL, Yanez B et al. Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77:730–741.
9. Ciaramella A, Spiegel D. Psychiatric disorders among cancer patients. *Handb Clin Neurol* 2012; 106:557–572.
10. Uitterhoeve RJ, Verwooy M, Litjens M, Potting K, Bensing J, De Mulder P et al. Psychosocial interventions for patients with advanced cancer - a systematic review of the literature. *Br J Cancer* 2004; 91:1050–1062.
11. Goedendorp MM, Gielissen MF, Verhagen CA, Blijenberg G. Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (1):CD006953.
12. Jacobsen PB, Jim HS. Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *Ca Cancer J Clin* 2008; 58:214–230.
13. Carlson LE, Bultz BD. Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: making the case for economic analyses. *Psychooncology* 2004; 13:837–849.
14. Fors EA, Bertheussen GF, Thune I, Juvet LK, Elvsaas I-KØ, Oldervoll L et al. Psychosocial interventions as part of breast cancer rehabilitation programs? results from a systematic review. *Psychooncology* 2011; 20:909–918.
15. Zimmermann T, Heinrichs N, Baucom DH. "Does one size fit all?" moderators in psychosocial interventions for breast cancer patients: a meta-analysis. *Ann Behav Med* 2007; 34:225–239.
16. Gielissen MFM, Verhagen CAHVM, Blijenberg G. Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer survivors: long-term follow-up. *Br J Cancer* 2007; 97:612–618.
17. Mannix KA, Blackburn IM, Garland A, Gracie J, Moore S, Reid B et al. Effectiveness of brief training in cognitive behaviour therapy techniques for palliative care practitioners. *Palliat Med* 2006; 20:579–584.
18. Semple CJ, Dunwoody L, Sullivan K, Kernohan WG. Patients with head and neck cancer prefer individualized cognitive behavioural therapy. *Eur J Cancer Care* 2006; 15:220–227.
19. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3:343–367.
20. Karakoyun-Celik O, Gorken I, Sahin S, Orcin E, Alanyali H, Kinay M. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Med Oncol* 2010; 27:108–113.
21. Tokgöz G, Yalıt İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:59–66.
22. Sertöz ÖÖ. Kanserde psikoterapi uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Onkoloji Özel Dergisi* 2012; 5:27–32.
23. Meyer F, Ehrlich M, Peteet J. Psycho-Oncology: a review for the general psychiatrist. *Focus* 2009; 7:317–331.
24. Derogatis LR, Morrow GR, Petting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249:751–757.
25. Moorey S, Greer S. *Psychological Therapy for Patients with Cancer*. Oxford, Heinemann Medical Books, 1989.
26. Moorey S, Greer S. *Cognitive Behavior Therapy for People with Cancer*. New York, Oxford University Press, 2002.
27. Moyer A, Sohl SJ, Knapp-Oliver SK, Schneider S. Characteristics and methodological quality of 25 years of research investigating psychosocial interventions for cancer patients. *Cancer Treat Rev* 2009; 35:475–484.
28. Hopko DR, Bell JL, Armento M, Robertson S, Mullane C, Wolf N et al. Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behav Ther* 2008; 39:126–136.
29. Greer JA, Park ER, Prigerson HG, Safren SA. Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. *J Cogn Psychother* 2010; 24:294–313.
30. Boutin DL. Effectiveness of cognitive behavioral and supportive-expressive group therapy for women diagnosed with breast cancer: a review of the literature. *J Spec Gr Work* 2007; 32:267–284.
31. Watson M, Kissane D. *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. Oxford, Wiley, 2011.
32. Lee H, Lim Y, Yoo MS, Kim Y. Effects of a nurse-led cognitive-behavior therapy on fatigue and quality of life of patients with breast cancer undergoing radiotherapy: an exploratory study. *Cancer Nurs* 2011; 34:22–30.

33. Cohen M, Kuten A. Cognitive-behavior group intervention for relatives of cancer patients: a controlled study. *J Psychosom Res* 2006; 61:187–196.
34. Folkman S, Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psychooncology* 2000; 9:11–19.
35. Edelman S, Lemon J, Kidman A. Group cognitive behavior therapy for breast cancer patients: a qualitative evaluation. *Psychol Health Med* 2005; 10:139–144.
36. Lovejoy NC, Matteis M. Cognitive-behavioral interventions to manage depression in patients with cancer: research and theoretical initiatives. *Cancer Nurs* 1997; 20:155–167.
37. Anderson T, Watson M, Davidson R. The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: a feasibility study. *Palliat Med* 2008; 22:814–821.
38. Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *J Behav Med* 2006; 29:17–27.
39. Spiegel D, Marrow G, Classen C, Raubertas R, Stott PB, Mudaliar N et al. Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study *Psychooncology* 1999; 8:482–493.
40. Spiegel D. Psychosocial support for patients with cancer. *Cancer* 1994; 74:1453-1457
41. Mann E, Smith MJ, Hellier J, Balabanovic JA, Hamed H, Grunfeld EA et al. Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2012; 13:309–318.
42. Edelman S, Kidman AD. Description of a group cognitive behaviour therapy programme with cancer patients. *Psychooncology* 1999; 8:306–314.
43. Edelman S, Bell DR, Kidman AD. A group-cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology* 1999; 8:295–305.
44. Compas BE, Haaga DAF, Keefe FJ, Leitenberg H, Williams DA. Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66:89–112.
45. Yavuzsen T, Karadibak D, Cehreli R, Dirioz M. Effect of group on psychological symptoms and quality of life in Turkish patients with breast cancer. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2012; 13:5593-5597.
46. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000; 160:2101–2107.
47. Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjöden PO. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer* 2001; 37:376–384.
48. Van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med* 1997; 59:280–293.
49. Ashbury FD, Madlensky L, Raich P, Thompson M, Whitney G, Hotz K et al. Antidepressant prescribing in community cancer care. *Support Care Cancer* 2003; 11:278–285.
50. Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z, Palmer JL, Bruera E. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Support Care Cancer* 2009; 17:573–579.
51. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer* 2009; 115:5349–5361.
52. Stommel M, Given BA, Given CW. Depression and functional status as predictors of death among cancer patients. *Cancer* 2002; 94:2719–2727.
53. Ng GC, Boks MPM, Zainal NZ, Wit NJ. The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patients. *J Affect Disord* 2011; 131:1-7.
54. Stiefel F, Trill M, Berney A, Olarte J, Razavi D. Depression in palliative care: a pragmatic report from the expert working group of the european association for palliative care. *Support Care Cancer* 2001; 9:477–488.
55. Williams S, Dale J. The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *Br J Cancer* 2006; 94:372–390.
56. Price A, Hotopf M. The treatment of depression in patients with advanced cancer undergoing palliative care. *Curr Opin Support Palliat Care* 2009; 3:61–66.
57. Schneider S, Moyer A, Knapp-Oliver S, Sohl S, Cannella D, Targhetta V. Pre-intervention distress moderates the efficacy of psychosocial treatment for cancer patients: a meta-analysis. *J Behav Med* 2010; 33:1–14.
58. Miovic M, Block S. Psychiatric disorder in advanced cancer. *Cancer* 2007; 110:1665-1676.
59. Trill MD. Anxiety and sleep disorders in cancer patients. *Eur J Cancer* 2013; 11(suppl 2):216–224.

60. Paice JA: Managing psychological conditions in palliative care: dying need not mean enduring uncontrollable anxiety, depression, or delirium. *Am J Nurs* 2002; 102:36-42.
61. Wasan AD, Artamonov M, Nedeljkovic SS. Delirium, depression, and anxiety in the treatment of cancer pain. *Tech Reg Anesth Pain Manag* 2005; 9:139-144.
62. Mundy EA, DuHamel KN, Montgomery GH. The efficacy of behavioural interventions for cancer treatment-related side effects. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2003; 8:253-275.
63. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision (DSM IV-TR)*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
64. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Derg* 2003; 14:145-152.
65. Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer* 2002; 95:1085-1093.
66. Prieto JM, Blanch J, Atala J, Carreras E, Rovira M, Cirera E et al. Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 2002; 20:1907-1917.
67. Redd WH, Montgomery GH, DuHamel KN. Behavioral intervention for cancer treatment side effects. *J Natl Cancer Inst* 2001; 93:810-823.
68. Trijsburg R, Knippenberg FCE, Rijpma SE. Effect of psychological treatment on cancer patients: a critical review. *Psychosom Med* 1992; 54:489-517.
69. Sateia MJ, Lang BJ. Sleep and cancer: recent developments. *Curr Oncol Rep* 2008; 10:309-318.
70. Graci G. Pathogenesis and management of cancer-related insomnia. *J Support Oncol* 2005; 3:349-359.
71. Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, Schulze K. Sleep disturbance in cancer patients. *Soc Sci Med* 2002; 54:1309-1321.
72. Fleming L, Gillespie S, Espie CA. The development and impact of insomnia on cancer survivors: a qualitative analysis. *Psychooncology* 2010; 19:991-996.
73. Babson KA, Feldner MT, Badour CL. Cognitive behavioral therapy for sleep disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2010; 33:629-640.
74. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep* 2006; 29:1398-1414.
75. Woodward CS. Cognitive-behavioral therapy for insomnia in patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2011; 15:42-52.
76. Harvey AG, Tang NK, Browning L. Cognitive approaches to insomnia. *Clin Psychol Rev* 2005; 25:593-611.
77. Espie CA, Fleming L, Cassidy J, Samuel L, Taylor LM, White CA et al. Randomized controlled clinical effectiveness trial of cognitive behavior therapy compared with treatment as usual for persistent insomnia in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26:4651-4658.
78. O'Donnell J. Insomnia in cancer patients. *Clin Cornerstone* 2004; 6(suppl 1D):6-14.
79. Quesnel C, Savard J, Simard S, Ivers H, Morin CM. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in women treated for nonmetastatic breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71:189-200.
80. Savard J, Simard S, Ivers H, Morin CM. Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: sleep and psychological effects. *J Clin Oncol* 2005; 23:6083-6096.
81. Aslan S. Uykusuzluk psikoterapisi: bilişsel davranışçı psikoterapi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi* 2013; 6:60-68.
82. Anderson KO, Getto CJ, Mendoza TR, Palmer SN, Wang XS, Reyes-Gibby CC et al. Fatigue and sleep disturbance in patients with cancer, patients with clinical depression, and community-dwelling adults. *J Pain Symptom Manage* 2003; 25:307-318.
83. Parker PA, Baile WF, Moor CD, Cohen L. Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psychooncology* 2003; 12:183-193.

Cem Soylu, Arař. Gör., Hacettepe Üniv. Psikoloji Bölümü, Ankara.

Yazıřma Adresi/Correspondence: Cem Soylu, Hacettepe Üniv. Psikoloji Bölümü, Ankara, Turkey.

E-mail: csoylu@hacettepe.edu.tr

Yazar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

The author reported no conflict of interest related to this article.

Yazar Prof. Dr Metin Özkan ve Yrd. Doç. Dr Halit Karaca'ya makaleye olan katkılarından dolayı teşekkür eder.

Author acknowledges the contribution and help of Metin Özkan M.D., and Halit Karaca M.D. for this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol6/no3/

Çevrimiçi yayım / Published online 2 Ocak/January 2, 2014; doi: 10.5455/cap.20131231033203
