

---

# Kanser ve Depresyon

**Prof. Dr. Hayriye ELBİ\***

## Özet

*Bu yazıda, kanserli hastalarda depresyonun doğası, özellikleri ve tanı sorunları anlatılmıştır. Ayrıca, aile ve ekip sorunları ile tedavide dikkat edilmesi gereken özelliklere değinilmiştir.*

PSİKİYATRİ DÜNYASI 2001;5:5-10

**K**anser, işaret ettiği anlamın ötesinde etkilere sahip, içerdiği riskten daha fazla korkutan, kişiyi bütün içindeki yerinden, bağlantılarından kopartan bir yük taşır.

Sağlığını yitiren kişi bu kayıp karşısında şaşırır, olanlara inanamaz, öfkeye kapılır, kederlenir. Karışık duyguların hakim olduğu yas dönemi bir kaç hafta sonra yerini uyum çabalarına, savaşıma isteğine ve umutlara bırakmaya başlar. Ancak bazen hastalık kişiye bir toparlanma şansı tanımayacak kadar ağır seyreder. Ya da kişi kendine özgü duyarlılıkları nedeniyle bir türlü toparlanamaz, yas dönemi uzar, sıkıntı ve endişe klinik bir tabloya, depresyona dönüşür.

Kanser tanısı ile karşılaşma, tekrarlama ya da metas-

taz haberini alma ile hayatın anlamı değişir, hastalık dışında birşey düşünmek imkansız hale gelebilir. Hasta herşeye karşı ilgisiz ve isteksiz olabilir. Tedaviler ve iyi sonuçlarla birlikte yeni umutlar, üstesinden gelinecek güçlükler bu endişeleri tamamen ortadan kaldırmaya da azaltır, zamanla endişeler, kuşklar daha az düşünülür ve günlük hayatın akışı daha fazla önem kazanmaya başlar.

Bu akışı bozan, kansere yakalanan kişilerin hemen hemen beşte birini depresyona duyarlı kılan bazı etmenler kederin, hastalığı yenme isteğine egemen olmasına neden olabilir.

Kanser tanısı ile başa çıkabilme gücü bir çok değişkenle ilgilidir. Hasta ile ilgili özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik özellikleri), hastalığa ve sağaltımlara ilişkin değişkenler (yeti yıkımı yapan belirtiler, kanser yerleşimi, prognoz, ağrı, yaşam kalitesini ne oranda düşürdüğü, yaşam amaçlarını kariyer, evlilik, aile gibi) nasıl etkilediği ve çevresel özellikler (sosyal

---

\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İZMİR

destek ağı, duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığı, ekonomik olarak tedavileri karşılayabilme gücü) kanser tanısı ile baş etmeyi etkiler. En sık görülen psikiyatrik bozukluklar uyum bozukluğu ve depresyondur.

### Tanı Güçlükleri

Kanserli hastaların psikiyatriste başvurmada çekinceleri olduğu ya da kanserli hastalarla çalışan ekibin ruhsal sorunları tanıma ve psikiyatri konsültasyonu istemede güçlükleri olduğu bilinen bir gerçektir. Hastaların bilgilendirilmesi, onkoloji birimleri ile liyezonun gelişmesi, böylece sorunların tanınması ve konsültasyon oranlarının artması sağlanabilir. Bir hastanın günlük yaşamını etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren herhangi bir sorun olduğunda ya da bir psikiyatrik bozukluk saptandığında, zaman yitirmeden sağaltıma başlamak hastanın bu dönemi daha rahat geçirmesini sağlar.

### Sıklık

Kanserli hastalarda en sık görülen ruhsal bozukluk depresyondur; sıklığı için %4.5 - %58 gibi çok geniş bir aralık içinde değişen oranlar bildirilmiştir. Sıklığın bu kadar değişken oluşu araştırmaların farklı tanı yöntemleri ve hasta grupları ile yapılmasıyla bağlantılıdır. Depresyon, son dönem hastaları da içeren ve tanı ölçütleri kullanmayan çalışmalarda yüksek oranda bildirilmiştir. Uyum bozukluğunu ayıran ve fiziksel olarak iyi durumda olan hastalarla yapılan çalışmalarda ise düşük oranlar bulunmuştur. Önceleri kanserde depresyon görülme riski bedensel olarak aynı derecede etki gösteren diğer tıbbi hastalıklarla benzer denilmişse de son çalışmalar bu görüşü desteklememektedir. Derogatis ve arkadaşlarının (1988) bir araştırmalarında 215 kanserli hastada %13 major depresyon bildirilmiştir. Massie ve Holland (1989) ise konsültasyon istenen 546 kanser hastasında %54 uyum bozukluğu, %9 major depresyon saptamıştır. Jenkins ve arkadaşları (1991) lokal rekürrensi olan mastektomili hastalarda %45.5

oranında depresyon bildirmiştir. Tanı ölçütleri kullanılan araştırmalarda ortalama %5-8 oranında major depresyon gözlenmektedir. Radyoterapi hastaları ile yapılan bir araştırmamızda, konsültasyon istenen 70 hastada DSM-III-R tanı kriterlerine göre %38 oranında major depresyon, %43 uyum bozukluğu, rastgele alınan 30 hastalık kontrol grubunda ise %13 uyum bozukluğu, %7 major depresyon saptanmıştır.

### Ayrırcı Tanı ve Klinik

Kanserli hastada depresyon tanısı için eşik değerin ne olacağı ve bedensel belirtilere tıbbi durumun yol açmış olabileceği, sağaltımın yan etkilerinin, laboratuvar bulgularının depresyon belirtileri ile örtüşebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Tanıyı güçlendirmek için biyolojik ayırt edicilerden yararlanılması önerilmiştir. Kanserde organik depresif sendrom nedenleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Bazı belirtiler depresyon habercisi olabilir. Aşırı bağımlılık, öfke, sosyal çekilme (göz temasından, aile ile birlikte olmaktan kaçınma), çaresizlik, umutsuzluk, aşırı ağrı yakınmaları ve sağaltıma uyumsuzluk gibi. Kanserli hastalarda depresyon için risk etkenlerini araştıran çalışmalarda nevroitik özelliklerin fazla oluşu, psikiyatrik hastalık öyküsü, aile desteğinin olmayışı, ağrı, disfori, hastalığın ilerlemiş aşamalarından söz edilmiştir. Bir araştırmamızda hasta grubumuzda depresyon için risk etkenleri, kadın cinsiyeti, meme kanseri, metastaz, uzun eğitim süresi ve önceki psikiyatrik öykü olarak bulunmuştur.

Hastanın ağrısı varsa depresyonun varlığını ayırt etmek için önce ağrıyı kontrol altına almak, sonra depresyonu yeniden değerlendirmek gerekir. Hastaların çoğu ağrının kötüleşme belirtisi olduğuna inanır. Umutsuzlukla birlikte görülen depresyon, ajitasyon, tedaviye uymama, iritabilite, işbirliği yapmama, öfke, akut anksiyete, insomni ağrıya tepki olabilir ve ağrının sağaltımı ile düzelebilir.

**Tablo 1. Kanserde organik depresif sendrom nedenleri**

Tümör etkisi	Hormon salgılayan tümör, SSS tümörü
Tıbbi durumlar	Üremi, elektrolit dengesizliği, anemi, B <sub>12</sub> yetmezliği, ateş, hipotiroidizm, hiperparatiroidizm, adrenal yetmezlik
İlaçlar	Kemoterapötikler: İnterferon, tamoksifen, vinkristin, vinblastin, prednizon, prokarbazin, L asparaginaz, deksametazon, amfoterisin B, östrojen, ağrı kesici ve diğer ilaçların (antihipertansif, benzodiazepin, β bloker gibi) etkileşimi ile depresyon

Kanserde intihar girişimi sık olmamakla birlikte kendisinde ya da ailede intihar öyküsü, kötü prognoz, kontrol edilemeyen ağrı, sosyal destek azlığı, bir yakının ölümü, psikopatoloji öyküsü, anksiyete, umutsuzluk risk faktörleri olarak sayılabilir. Ayrıca deliryumda da intihar davranışlarının olabileceğini, kontrolünü yitiren hastanın kendine zarar verebileceğini akıldan tutmak gerekir.

Kanserli bir hastada depresyon tanısı koyarken bazı belirtiler öncelik taşır, iştahsızlık, halsizlik gibi belirtilerden çok disforik mizaç, özgüven kaybı, çaresizlik, değersizlik, suçluluk, konsantrasyon güçlüğü, ölüm isteği, intihar düşünceleri ile tanı koyulması önerilmiştir.

### Farmakolojik Sağaltımlar

Nedeni ne olursa olsun depresyon sağaltılabilir. Tüm antidepresanları kullanmak mümkündür. Antidepresan seçimi hedef belirtiler, hastanın tıbbi durumu ve ilaç yan etkilerine göre yapılır. Ayrıca ilaç etkileşimleri de dikkate alınmalıdır. Genellikle antidepresanlar kemoterapötiklerle etkileşmezler, ancak Hodgkin'de kullanılan prokarbazin ilımlı bir MAO inhibitörü olup psikotropaların metabolizmalarını etkiler, hipertansif kriz riski nedeni ile özellikle SSRI'larla birlikte kullanılmamalıdır.

Trisiklik antidepresanlar kardiyak sorunu olmayan hastalarda, düşük bir dozda (10-25 mg) başlanıp, yararlanım elde edilene dek 1-2 günde bir 25 mg arttırılır. Bir çok nedenle deprese kanser hastaları trisikliklere bedensel açıdan sağlıklı kişilerle (150-300 mg/gün) karşılaştırıldığında çok daha düşük dozlarda (75-125 mg/gün) terapötik yanıt verirler. Belirtilerin gerilemesinden 4-6 ay sonra yavaş yavaş doz azaltılarak kesilebilir. Amitriptilin, kanser hastalarında ağrı sağaltımında sık kullanılmıştır. Depresyonda gerekenden daha düşük dozda ağrı giderici etki görülür.

İkinci nesil antidepresanların trisikliklere benzer yan etkileri vardır ve daha az kardiyotoksik kabul edilirler. Maprotilin nöbet sıklığını arttırabilir, riskli hastalarda kaçınılmalıdır. Trazodon ve mianserin düşük dozlarda güçlü sedasyonu yapar, insomnisi olan depresyonda hastalarda kullanılabilir.

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) (fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin, sitalopram) toksisite açısından daha güvenli kullanımları ve yan etkilerinin daha az oluşu ile son yıllarda kanserli

hastalarda yoğun olarak kullanıma girmiştir. Antikolinergik ve sedatif yan etkilerinin olmamasına karşın, başlangıçta anksiyete artması, gastro intestinal yan etkiler, bulantı, iştahsızlık sorun olabilir; yan etkiler genellikle bir iki haftada geçer. Bazı hastalar geçici kilo kaybına uğrayabilir, fakat iştah kesici etki genellikle kısıtlayıcı olmaz. Özellikle de kemoterapiye bağlı kilo alımı olan hastalarda yararlı olabilir.

Hasta kanser tedavisinden önce lityum kullanıyorsa bazı özel koşullara dikkat edilerek sürdürülebilir. Operasyon öncesi ve sonrası dönemlerde, tuz kısıtlaması gibi diyet uygulamalarında serum düzeyi yakından izlenmeli ve doz ayarlaması yapılmalıdır. Ağır hastalarda idame lityum dozunu azaltmak gerekebilir. Cis-Platin alan hastalarda iki ilacın da nefrotoksisite potansiyelleri olduğundan dikkatli olunmalıdır. Lityum lökositozunun nötropenik kanserli hastalarda yararlı olabileceği düşünülmüştür; fakat lökositlerin işlev gücü kuşkuyla olup kemik iliği uyarımı geçici gözükmektedir. Kranial radyoterapide lityum kesilmelidir. Kemoterapi alacak hastada lityum kemoterapiden 2-3 gün önce kesilip hasta ilacı alabilecek duruma geldiğinde başlanmalıdır. Organik affektif sendromlarda da kullanılabilir.

Antidepresanların kontrendike olduğu, hastaların yanıt vermediği ya da hastanın üç hafta vaktinin olmadığı durumlarda psikostimülanlar kullanılabilir. Düşük doz psikostimülan, dekstroamfetamin, metilfenidat ve pemolin iyi hissetme halini başlatabilir, yorgunluğu azaltıp iştahı arttırabilir. Psikostimülanlar narkotik analjeziklerin ağrı giderici etkisini arttırabilir ve opioidle oluşmuş sedasyonu düzeltebilir. Kabuslar, uyku bozukluğu, bunaltıda artma, psikotik belirtiler gibi yan etkiler nadiren görülür. Ülkemizde bulunan metilfenidat ile sağaltım genellikle sabah 8.00 ve öğlen saatinde 2.5 mg'lık dozla başlatılır. Tipik olarak hastalar 1-2 ay ilaç alır, daha sonra yaklaşık üçte ikisi depresif belirtiler tekrarlamadan ilacı bırakabilir. Depresif belirtilerin tekrarladığı hastalarda uzun süre (bir yıla dek) ilaç kullanılabilir. Tolerans gelişebilir ve doz düzenlemesi gerekebilir.

Benzodiazepinler anksiyolitik ve antidepresan olarak kullanılabilir. Karaciğer toksisitesi düşük olan oksazepam, lorazepam, alprazolam tercih edilmelidir. Alprazolamın anksiyete giderici olduğu kadar, etkin bir antidepresan olduğu da belirtilmektedir ve özellikle depresyon ve anksiyete belirtilerinin birlikte olduğu hastalarda yararlı olabilir.

## Psikoterapiler

Bir yaşam krizi olan kanser yalnızca tıbbi tedavilerle içinden çıkılmayacak kadar karmaşık sonuçlara yol açar. Hastalıkla yaşamın güçlükleri, iş ve aile sorunlarının yanı sıra anksiyete ve depresyon sık görülür. Seçilecek terapötik yöntemler, fazla zaman alıcı olmayan, hastaların genel durumlarını dikkate alan, gerektiğinde aileyi ve tedavi ekibini de içeren özellikte 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. İlk dönemde yönlendirilmiş imgelem ve gevşemenin birlikte kullanımıyla hastaların anksiyetelerini yatıştırabildikleri, rehabilitasyon programlarına uyumlarının arttığı bildirilmiştir.

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 çalışmalarıyla, metastatik meme kanserli hastalarda Spiegel ve arkadaşlarının (1989) yaptıkları çalışmadır. Malign melanom çalış-

masında altı hafta yapılandırılmış grup sonrası, altıncı ayda NK (natural killer) aktivitesinde artmanın %50 sürdüğü, altı yıl sonra rekürrens ve mortalitede azalma görüldüğü bildirilmiştir. Metastatik meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada 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.

**Davranışsal yaklaşımlar:** Kanser, hastalarda kontrol duygusunu bozar. Buna karşın davranışsal yaklaşımlar sağaltıma aktif katılım ve kontrol duygusunu artırır. Bu yaklaşımlar ağrı ve anksiyetenin azaltılmasında yararlı bulunmuşlardır. Bunaltısı çok fazla olan hastalar, davranışçı yaklaşımlardan daha fazla yararlanırlar. Gevşeme eğitimi, bilişsel baş etme, yönlendirilmiş imgelem gibi yöntemlerle olumlu sonuçlar bildirilmiştir.

## Yaşam Kalitesi ve Kanser

Gelişmelerle birlikte beklentiler artmış, hastalar yalnızca hayatta kalabilmeyi değil mümkün olduğunca az kayıpla iyileşmeyi umabilme şansına sahip olmuştur. Yaşam kalitesi kavramı ile, beden bütünlüğünü koruyan sağaltım modellerinin yanısıra ruhsal sağlığı da dikkate almak, kanser ve tedavileri ile ortaya çıkan ruhsal sorunları, bozuklukları tanıyıp tedavi etmek önem kazanmıştır.

Genelde bir çok hastanın yaşamsal önem taşıması nedeni ile ağır görünüm değişikliklerini tolere edebilmesine karşın bir çalışmada %18 kadar hastanın şekil değişikliği ya da işlev kaybına yol açan bir ameliyatın sonuçlarını tahammül edilemez bulduğu ve yararlarının zararlarını aştığını düşündüğü gözlenmiştir. Bu durumda en iyi önlemin hastaların operasyon öncesi yeterince hazırlanması, bilgilendirilmesi, yani ameliyat sonrasında günlük yaşamın, yutma, tat alma, işitme, görmenin nasıl olacağıın anlatılması hatta depresyon ve bunaltı görülebileceğinin hastaya aktarılması olduğu belirtilmiştir. Özellikle de benzer operasyonu geçirmiş ve iyi uyum sağlamış biri ile görüşmek yararlı bulunmuştur.

## Hasta Aileleri

Hasta yakınları, ailede meydana gelen rol değişiklikleri, hastanın işlevlerini üstlenme, çalışmayan kişi ile azalan gelir kaynakları ve hastalıkla artan giderleri karşılama çabaları içinde yorgun ve depresif olabilir-

ler. Sevdiklerinin acıları karşısında çaresizlik sık yaşanan bir duygudur. Hastaya bakım veren kişi kendine vakit ayıramaz, suçluluk duymadan dınlenebilmesi, kısa süreli de olsa evden uzaklaşabilmesi güçleşir. Böyle bir durumda mümkün olduğunca diğer aile bireylerinden yardım alınması tükenmeye karşı iyi bir önlemdir.

Yakın ve sıcak ilişkileri olan ailelerde genellikle bilgiler açıktır. Tanı, endişeler konuşulur. Hastayı koruma isteği, ne söyleyeceğini bilememe ya da hastanın tepkisi ile yüzleşmekten korkma ailenin tanıyı hastadan gizlemesine neden olabilir. Ailelerden 'karşılıklı bir tiyatro oynuyoruz, herkes ayrı odalarda ağlıyor' açıklamasını sık sık duyarız. Oysa çoğunlukla hasta tanıyı bilmekte, bilmediği kısımlar içinse en kötü yorumları yapmaktadır. Konuşmama, karşılıklı yabancılaşma ve uzaklaşma duygusunu arttırır. Hem hastalar, hem de eşleri iyimser ve güvenli gözükmek için endişelerini, ümitsizlik duygularını gizleyebilirler. Duyguların açıkca konuşulması, sağaltım karar-

larının paylaşılması uyumu arttırır. Bu boyutları ile kanser, bir aile hastalığı olarak tanımlanabilir.

### Çalışanlarla İlgili Sorunlar

Kanserli hastalarla çalışan ekip üyeleri yüksek teknoloji ve yoğun iş temposu ile çalışanların ortak sorunlarının yanısıra, kansere özgü bazı güçlüklerle de karşılaşır. Ölümcül bir hastalığın yarattığı üzücü ortam, sağaltımın ağır yan etkileri, hasta ve ailelerin tedavi ekibine yansıttığı duygusal tepkiler (yüceleştirme ya da aşırı bir beklenti ve gerçekleştirilmediğinde öfke) gibi. Kanserli hastalarla yoğun çalışılmaya başlandığında görülen normal uyum aşamaları, ilk aylarda belirgin disfori, anksiyete, elem ve duyarsızlaşmadır. Bilgi ve beceriler gelişip meslekte yeterlilik hissedildikçe bu duygular çözümlenerek varoluşsal sorgulamalar ve daha derin bir uyum çabası gelişir. Uyum, bazen zamanla gelişmez. Yakınında kanser görülmesi gibi bir tetikleyici etkenle kriz dönemlerine girebilir. Destek grupları, iş ortamını iyileştirme uyum çabalarını kolaylaştırır.

### Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M et al. (1994) Prevalence of depression in terminally ill: effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. *Am J Psychiatry*, 151: 537-540.
2. Çevik A (1996) Onkolojik hastalıkların psikosomatik yönü. *Psikosomatik Bozukluklar*, Çevik A, İzmir M, Kuzugüdenioğlu D (Ed), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s. 77-90.
3. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J et al. (1988) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249: 751-757.
4. Elbi H, Haydaroğlu A (1992) The recognition of psychiatric morbidity and risk group on radiation oncology department. *Ann Oncol*, 3(Suppl):178.
5. Fawzy FI, Fawzy NW, Arndt LA et al. (1995) Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry*, 151: 537-540.
6. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS et al. (1993) Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 681-689.
7. Fawzy IF, Greenberg DB (1996) *Oncology. Textbook of Consultation Liaison Psychiatry*, Rudell JR, Wise MG (Ed), American Psychiatric Press, Washington DC, s. 673-694.
8. Grunebaum M, Luber P, Callaha M et al. (1996) Predictors of missed appointments for psychiatric consultations in a primary care clinic. *Psychiatr Serv*, 47: 848-852.
9. Harrison J, Maguire P (1994) Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *Br J Psychiatry*, 165: 593-598.
10. Holland JC (1991) Progress and challenges in psychosocial and behavioral research in cancer in the twentieth century. *Cancer*, 67(3 Suppl): 767-773.
11. Jenkins PL, May VE, Hughes LE (1991) Psychological morbidity associated with local recurrence of breast cancer. *Int J Psychiatry Med*, 21: 149-155.
12. Kathol RG, Mutgi A, Williams J et al. (1990) Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets of criteria. *Am J Psychiatry*, 147: 1021-1024.
13. Lederberg MS, Holland JH (1995) *Psycho-Oncology. Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Kaplan HI, Sadock BJ (Ed), 6. Baskı, Williams & Wilkins, Baltimore, s. 1570-1592.
14. Lederberg MS, Massie MJ, Holland J (1990) Psychiatric consultation to oncology. *Review of Psychiatry, A Tasman, SM Goldfinger, CA Kaufmann (Ed), Vol 9, Washington DC, American Psychiatric Press, s. 491-514.*
15. Massie MJ, Holland JC, Straker N (1989) Psychotherapeutic interventions. *Handbook of Psychooncology*, JC Holland, JR Rowland (Ed), New York, Oxford University Press, s. 470-491.
16. Massie MJ, Gagnon P, Holland JC (1994) Depression and suicide in patients with cancer. *J Pain Symptom Manage*, 9: 325-340.
17. McDaniel JS, Musselman DL, Porter ML et al. (1994) Depression in patients with cancer: diagnosis, biology and treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 52: 89-99.
18. Özkan S (1993) *Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. Özkan S (Ed), İstanbul, Roche Müstahzarları Sanayi AŞ, s. 153-173.*
19. Pasnau RO, Fawzy FI, Skotzko CE et al. (1996) *Surgery and surgical subspecialties. Textbook of Consultation*

- Liaison Psychiatry, Rudell JR, Wise MG (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press, s. 609-639.
20. Rait D, Lederberg M (1989) The family of the cancer patient. Handbook of Psychooncology. JC Holland, JH Rowland (Ed), Oxford University Press, New York, s. 585-597.
  21. Redd WH (1994) Behavioral intervention for cancer treatment side effects. Acta Oncol, 33: 113-117.
  22. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC et al. (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet, 1: 888-961.
  23. Spiegel D (1994) Health caring. Psychosocial support for patients with cancer. Cancer, 74(4 Suppl): 1453-1457.
  24. Staudemire A, Moran MG, Fogel BS (1995) Psychopharmacology in the medically ill patients. Textbook of Psychopharmacology, AF Schatzberg, CB Nemeroff (Ed), Washington, American Psychiatric Association, s.783-802.
  25. Valente SM, Saunders JM, Cohen MZ (1994) Evaluating depression among patients with cancer. Cancer Prac, 2: 65-71.