

KANSER HASTALARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE:

Belirtiden Bozukluğa Tanısal Değerlendirme ve Tedavi



Burcu Gülün MANOĞLU

yaz
yayınları

KANSER HASTALARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE

Belirtiden Bozukluğa Tanısal Değerlendirme ve Tedavi

Burcu Gülün MANOĞLU

yaz
yayınları
2026

**KANSER HASTALARINDA DEPRESYON
VE ANKSİYETE**

**Belirtiden Bozukluğa Tanısal Değerlendirme
ve Tedavi**

Yazar: Burcu Gülün MANOĞLU

ORCID: 0009-0009-9314-3628

© YAZ Yayınları

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Yaz Yayınları'na aittir, tüm hakları saklıdır. Kitabın tamamı ya da bir kısmı 5846 sayılı Kanun'un hükümlerine göre, kitabı yayınlayan firmanın önceden izni alınmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayınlanamaz, depolanamaz.

E_ISBN 978-625-8926-49-1

Eylül 2026 – Afyonkarahisar

Dizgi/Mizanpaj: YAZ Yayınları

Kapak Tasarım: YAZ Yayınları

YAZ Yayınları. Yayıncı Sertifika No: 73086

M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar/ AFYONKARAHİSAR

www.yazyayinlari.com

yazyayinlari@gmail.com

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ.....	1
2. EPİDEMİYOLOJİ	4
3. RİSK ETKENLERİ.....	8
4. TANISAL GÜÇLÜKLER	11
5. AYIRICI TANI.....	16
6. ONKOLOJİDE ANKSİYETE: KLİNİK GÖRÜNÜMLER VE AYIRICI TANI	20
7. TARAMA VE DEĞERLENDİRME	25
8. PSİKOSOSYAL TEDAVİLER.....	33
9. FARMAKOLOJİK TEDAVİ	40
10. ÖZEL KLİNİK DURUMLAR	49
11. SONUÇ VE KLİNİK ÖNERİLER.....	54
KAYNAKÇA.....	58

"Bu kitapta yer alan bölümlerde kullanılan kaynakların, görüşlerin, bulguların, sonuçların, tablo, şekil, resim ve her türlü içeriğin sorumluluğu yazar veya yazarlarına ait olup ulusal ve uluslararası telif haklarına konu olabilecek mali ve hukuki sorumluluk da yazarlara aittir."

1. GİRİŞ

Kanser tanısı beden btnlgn, gelecek tasarımı ve toplumsal rolleri aynı anda tehdit eder. Hastaların çoğunda korku, öfke, üzüntü ve belirsizlik duygusu görülür; bu tepkiler genellikle zamanla yatışır. Hastaların bir bölümünde ise belirtiler sürer, şiddetlenir ve işlevi bozar. Klinik güçlüklerin çoğ, bu iki durumu pratikte ayırmanın kolay olmamasından doğar.

Onkolojide bu yelpazenin bütününü adlandırmak için distres kavramı kullanılır. Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (National Comprehensive Cancer Network, NCCN) kılavuzu distresi, kişinin kanserle, hastalığın bedensel belirtileriyle ve tedavisiyle baş etme becerisini etkileyebilen; bilişsel, davranışsal, duygusal, toplumsal, ruhsal ve fiziksel boyutları olan çok etkenli bir deneyim olarak tanımlar (Fann ve ark., 2026). Tanım distresi bir süreklilik üzerinde konumlandırır: bir uçta olağan kırılganlık, üzüntü ve korku, diğer uçta işlevselliğ bozan depresyon, anksiyete, panik, toplumsal yalıtılma ve varoluşsal sıkıntı. Terimin seçilmesinde damgalanma kaygısı etkili olmuştur. Psikiyatrik ve psikolojik sözcüklerinin hem hastalar hem onkologlar için damgalayıcı olabileceğ dşnlmş, ilk kılavuz 1999'da

bu daha yansız başlık altında yayımlanmıştır. Geniş tanım taramanın önündeki engelleri azaltmış, buna karşılık yüksek bir distres puanının tek başına ne anlama geldiğini belirsiz bırakmıştır.

Alan görece yenidir. Holland (1992) psikoonkolojiyi kanserin iki boyutunu inceleyen bir alt uzmanlık olarak tanımlamıştı: hastalığın her evresinde hastaların, ailelerin ve bakım verenlerin duygusal yanıtları ile morbidite ve mortaliteyi etkileyebilecek psikolojik, toplumsal ve davranışsal etkenler. O yıllarda alanın önündeki başlıca engeller klinisyen ve araştırmacı azlığı ile geçerli değerlendirme araçlarının bulunmamasıydı. Bugün psikososyal bakım nitelikli kanser bakımının bir bileşeni sayılmakta, kılavuzlar distres taramasını rutin onkolojik bakımın parçası olarak önermektedir (Fann ve ark., 2026).

Taramanın kılavuzlara girmesini klinik sonuç verileri desteklemiştir. Distres, kanser tedavisine uyumun bozulmasıyla ve daha düşük yaşam kalitesiyle ilişkili bulunmuştur (Fann ve ark., 2026). Yine de psikolojik belirtiler yeterince tanınmamakta ve tedavi edilmemektedir; kimi zaman tanıya verilen olağan bir tepki sayılarak önemsizleştirilmekte, kimi zaman bedensel yakınmaların uzantısı olarak yorumlanmaktadır

(Andersen ve ark., 2023). Karşıt risk, anlaşılabilir bir duygusal tepkiyi bozukluk olarak etiketlemektir. Bu iki riskten hangisinin ağır bastığı, kullanılan ölçüm yöntemine göre değişir. Anket temelli çalışmalarda kanser hastalarının %20 ila %62'sinde belirgin düzeyde distress bildirilirken (Fann ve ark., 2026), yalnızca psikiyatrik görüşmeye dayanan çalışmalarda tanı ölçütlerini karşılayan bozuklukların oranı bunun belirgin biçimde altında kalmaktadır (Mitchell ve ark., 2011). Kontrol grubuyla karşılaştırmalı epidemiyolojik verilerde majör depresyon kanser hastalarında yaklaşık iki kat daha sık bulunmuş, buna karşılık anksiyete bozukluklarının sıklığı bir bütün olarak genel popülasyondan farklı çıkmamıştır (Vehling ve ark., 2022). Bu durum, kanser sürecindeki yaygın kaygının, klasik sınırları çizilmiş anksiyete bozukluklarından farklı, varoluşsal bir düzlemde ele alınması gerektiğini gösterir. Dolayısıyla, çalışmalarda sunulan rakamsal uçurumların sadece yöntem farkından değil, kavramsal bir ayrışmadan kaynaklandığı anlaşılmaktadır: Ölçeklerin gösterdiği yüksek oranlar reaktif bir belirti yükünü işaret ederken; klinik görüşmelerin sunduğu daha düşük oranlar ancak tanı ölçütlerini karşılayan majör bozuklukları temsil etmektedir.

İzleyen kısımlarda epidemiyoloji, risk etkenleri ve klinik görünümünün ardından ağırlık tanısal değerlendirmeye verilecektir. Somatik belirti örtüşmesi, tanısal ölçüt ve eşik seçimleri, ayırıcı tanı, anksiyete tabloları ve tarama sonuçlarının yorumlanması ayrıntılı olarak ele alınacak; psikososyal ve farmakolojik tedaviler kanıt düzeyleri gözetilerek tartışılacaktır.

2. EPİDEMİYOLOJİ

Onkoloji hastalarında depresyon ve anksiyete sıklığı için tek bir rakam vermek mümkün değildir. Literatürdeki dağılımın önemli bölümü hasta gruplarının birbirinden farklı olmasından değil, ölçümün farklı yapılmasından kaynaklanır. Bu nedenle bir prevalans değeri, hangi bozukluk için, hangi yöntemle ve hangi hasta grubunda elde edildiği belirtilmeden anlam taşımaz.

Yapılandırılmış görüşmeye dayalı en kapsamlı veri Mitchell ve arkadaşlarının (2011) 94 görüşme temelli çalışmayı havuzlayan meta-analizinden gelmektedir. Onkoloji ve hematoloji ortamlarındaki 70 çalışmada ve 10.071 hastada DSM ya da ICD ölçütleriyle depresyon %16,3 (%95 GA 13,4-19,5), DSM tanımlı majör depresyon %14,9, uyum bozukluğu %19,4, anksiyete

bozuklukları %10,3 ve distimi %2,7 olarak bulunmuştur. Palyatif bakımdaki 24 çalışma ve 4007 hastada değerler benzerdir: depresyon %16,5, uyum bozukluğu %15,4, anksiyete %9,8. Yazarların iki vurgusu klinik açıdan önemlidir. Görüşmeyle tanımlanan depresyon ve anksiyete, daha önce varsayıldığından seyrekler. Ayrıca palyatif ve palyatif olmayan ortamlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır; hastalığın ilerlemesi psikiyatrik bozukluk oranını kendiliğinden yükseltmemektedir.

Öz bildirim ölçekleriyle elde edilen değerler bu rakamların belirgin biçimde üzerindedir. Jiménez-Labaig ve arkadaşlarının (2024a) baş boyun kanserinde 208 çalışmayı ve 654.413 hastayı kapsayan meta-analizinde öz bildirimle depresif belirti %19,5 (%95 GA 17-21) ve anksiyete belirtisi %17,8 (14-21) bulunurken, tanı ölçütleriyle değerlendirildiğinde depresyon %10,3 (7-13) ve anksiyete %5,6 (2-10) düzeyine inmektedir. Anksiyetede aradaki fark üç katın üzerindedir. Fark, hastaların farklı olmasından değil, sorunun farklı sorulmasından kaynaklanır: ölçek ne kadar kaygılı olduğunu sorar, tanı ölçütü ortada bir anksiyete bozukluğu bulunup bulunmadığını.

Ölçümü kimin yaptığı da rakamı değiştirir. Tan ve arkadaşları (2022) hepatosellüler karsinomda depresyon sıklığını klinisyenin yürüttüğü değerlendirmelerde (formel tanısal görüşmeler ve klinisyen ölçekleri dahil) %16,1 bulurken, hastanın kendi doldurduğu öz-bildirim ölçeklerinde bu oran %30,0'a çıkmaktadır. Bu farklılık, hastanın kendi doldurduğu araçların kansere bağlı bedensel belirtileri depresyon belirtisi olarak değerlendirmeye daha yatkın olmasıyla açıklanabilir. Ancak alt grupların güven aralıkları büyük ölçüde örtüşmekte, heterojenlik çok yüksek seyretmekte ve klinisyen değerlendirmesine dayanan alt grubun sonuçları birkaç büyük veritabanı çalışmasından önemli ölçüde etkilenmektedir. Bu nedenle söz konusu bulgu, ölçüm yönteminin etkisini kanıtlayan bir sonuçtan çok, bu etkinin nasıl ortaya çıkabileceğini gösteren örnekleyici bir veri olarak değerlendirilmelidir.

Kanser türüne ve coğrafyaya göre değişkenlik konusunda literatür daha zayıftır. Martinez-Calderon ve arkadaşları (2024) bu konuda yayımlanmış 25 sistematik derlemeyi ve bunların içerdiği 128 meta-analizi bir arada değerlendirmiştir. Bölgelere göre birleştirilmiş oranlar yalnızca meme ve sindirim sistemi tümörleri için hesaplanabilmiş, kimi bölgede oran tek bir çalışmadan

gelmiştir. Ayrıca derlemelerin hiçbiri kendi sonuçlarının ne kadar güvenilir olduğunu sistematik bir yöntemle değerlendirmemiştir. Bu nedenle bir bölgede oranın yüksek çıkması, o bölgede depresyonun gerçekten daha sık olduğu anlamına gelmeyebilir; farklılık, o bölgede yapılmış çalışmaların azlığından ya da kullanılan ölçeklerin farklılığından da kaynaklanabilir. Yaş grubuna göre fark daha tutarlı görünmektedir: Osmani ve arkadaşları (2023) genç erişkin kanser sağkalanlarında, geçerli ölçekler ve kesme puanları kullanılarak, distres oranını %32, anksiyeteyi %29 ve depresyonu %24 bildirmiştir.

Kanser hastalarındaki oranların genel nüfustan ne kadar yüksek olduğu ayrı bir sorudur ve yanıt, hangi bozukluktan söz edildiğine göre değişir. Vehling ve arkadaşları (2022) Almanya'da ulusal düzeyde temsil gücü olan iki örnekleme karşılaştırmış, 2141 kanser hastasının tanılarını yapılandırılmış görüşmeyle koymuş ve bu hastaları yaşa ve cinsiyete göre eşleştirilmiş 4883 kişilik bir kontrol grubuyla karşılaştırmıştır. Depresyon kanser hastalarında belirgin biçimde daha siktir: majör depresyon kontrollere göre yaklaşık iki kat, distimi yaklaşık üç kat daha sık bulunmuştur. Anksiyete için aynı şey geçerli değildir; anksiyete bozukluklarının sıklığı kontrollerden farklı çıkmamış, özgül fobi ve agorafobi kanser

hastalarında daha seyrek görülmüştür. Bu klinik tabloyu açıklamak üzere yazarlar, kanser hastasının kaygılarının gerçek bir tehdide dayanması üzerinde durmaktadır; oysa anksiyete bozuklukları tanımı gereği gerçekçi olmayan ya da orantısız korkuları içerir. Kanser hastasında sık gördüğümüz kaygının büyük bölümü, bu tanısal tanımın dışında kalıyor olabilir.

3. RİSK ETKENLERİ

Klinisyenin bu başlıktan beklediği şey basittir: Hangi hastayı daha yakından izlemeliyim? Literatür bu soruya kısa bir listeyle yanıt vermez. Görüşmeyle konmuş tanılara dayanan çalışmalarda yaş, cinsiyet ve hastanın tedavi gördüğü ortam depresyon sıklığını belirlememektedir (Mitchell ve ark., 2011). Buna karşılık, tanı yerine ölçek puanlarını değerlendiren çalışmalarda aynı değişkenler düzenli olarak anlamlı çıkmaktadır. Bir risk etkeninin görünür olması, çoğu zaman o etkenin gücünden çok araştırmanın neyi ve nasıl ölçtüğüne bağlıdır.

Cinsiyet bunun en açık örneğidir. Kungwengwe ve arkadaşları (2024), melanomlu 7995 hastanın verilerini birleştirdiklerinde kadınların anksiyete için belirlenen eşiği aşma olasılığının erkeklerin yaklaşık iki katı olduğunu

bulmuştur. Altmış yaşın altında olmak ve eğitim düzeyinin düşük olması da benzer biçimde anksiyete olasılığını artırmıştır. Vitale ve arkadaşları (2024) ise 6317 hastanın Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) puanlarını karşılaştırdıklarında farklı bir sonuç bildirmiştir: anksiyete puanları erkeklerde, depresyon puanları ise kadınlarda daha yüksektir.

İki çalışmanın ölçtüğü şey birbirinden farklıdır. İlki belirli bir eşiği aşan hasta sayısını değerlendirmiş, ikincisi ise grupların ortalama puanlarını karşılaştırmıştır; üstelik biri tek bir kanser türüne, diğeri karma hasta gruplarına dayanmaktadır. Ortalama puanı yüksek olan bir grupta eşiği aşan hasta oranının da yüksek olması gerekmez. Bu nedenle cinsiyet, tek bir hastanın riskini kestirmekte sınırlı bilgi verebilir.

Hastalığın kendisine ve tedavisine ait etkenlerde bulgular birbiriyle daha uyumludur. Ancak bu bulgular gözlemsel çalışmalardan gelmektedir; bir birlikteliği gösterir, ilerlemiş hastalığın ya da belirli bir tedavinin depresyona yol açtığını göstermez. Melanomda ileri evre hastalarda depresif belirtiler erken evredekilere göre daha sıktır. Tedavi türüne göre de farklılık vardır: ileri evrede

interferon- α ya da kemoterapi alan hastalarda depresyon, immün kontrol noktası inhibitörü alanlara göre daha sık bildirilmiştir (Kungwengwe ve ark., 2024).

Klinisyen için en kullanışlı bilgi ise hangi hastanın değil, hangi dönemin riskli olduğudur. İki farklı kanser türünde yapılan bağımsız analizler benzer bir örüntü göstermektedir. Melanomda hem anksiyete hem de depresyon tedavi sırasında en yüksek düzeye çıkmakta, bir yıl sonra tedavi öncesindeki düzeylere dönmektedir (Kungwengwe ve ark., 2024). Radyoterapi gören baş-boyun kanseri hastalarında ise iki belirti farklı seyretmektedir: anksiyete daha tedaviye başlamadan en yüksek düzeydedir ve sonrasında giderek azalır. Depresif belirtiler ise radyoterapinin bitimini izleyen ilk üç ayda artar ve ancak altıncı aydan sonra tedavi öncesi düzeye iner (Jiménez-Labaig ve ark., 2024b).

Anksiyete, hastanın sağlık sistemiyle temasının yoğun olduğu tanı ve tedavi hazırlığı döneminde zirvededir. Depresif belirtiler ise tersine, tedavi bittikten sonra, hastanın hastaneyle temasının azaldığı ve kontrol aralıklarının açıldığı dönemde artmaktadır. Tedavinin bitişi çoğu zaman hasta açısından bir rahatlama dönemi

olarak görülse de, depresif belirtiler açısından izlemin seyredildiği bir döneme denk gelmektedir.

Yaşlı hastalarda risk öngörüsü yapmaya çalışan modeller de vardır. Belvederi Murri ve arkadaşları (2025), 4057 yaşlı kanser hastasını iki yıl izlemiş ve izlem sonunda hastaların üçte birinden fazlasında depresyon saptamıştır. Geliştirdikleri modeller hastaların yaklaşık dörtte üçünü doğru sınıflandırmıştır. Bununla birlikte, modellerin depresyon gelişmeyeceğini öngördüğü hastaların önemli bir bölümünde depresyon ortaya çıkmıştır. Bu tür modeller hangi hasta grubuna öncelik verileceğini belirlemeye yardımcı olabilir; ancak bir hastayı izlem dışında bırakmak için gerekçe oluşturamaz.

Son olarak, burada sayılanların dışında kalan etkenlere de değinmek gerekir. Kişilik özellikleri, geçmiş psikiyatrik öykü, sosyal destek ve baş etme biçimleri klinik değerlendirmede rutin olarak sorgulanır ve deneyimli klinisyenler tarafından risk göstergeleri olarak değerlendirilir.

4. TANISAL GÜÇLÜKLER

Kanser hastalarında depresyon tanısı koymanın temel güçlüklerinden biri, tanı ölçütlerinde yer alan somatik

belirtilerin hastalığın ve tedavinin belirtileriyle örtüşmesidir. Yorgunluk, iştah ve kilo değişiklikleri, uyku bozukluğu, psikomotor yavaşlama ve dikkat toplamada güçlük majör depresyon ölçütleri arasında yer alır. Ancak aynı belirtiler, kanser hastalarında herhangi bir psikiyatrik bozukluk bulunmaksızın da yaygın biçimde görülebilir.

Bu nedenle somatik belirtileri doğrudan depresyon lehine değerlendirmek, aslında hastalığa ait olabilecek bulguları tanıyı destekleyen belirtiler olarak kaydetmek anlamına gelir ve depresyon sıklığının olduğundan yüksek görünmesine yol açabilir. Akla gelen ilk çözüm, bu belirtileri tanısal değerlendirmeden tamamen çıkarmaktır. Ne var ki bu yaklaşımın ilk bakışta beklenmeyen bir sonucu vardır.

Endicott (1984) bu sorunu açık biçimde ortaya koymuştur. Somatik maddeler ölçüt listesinden çıkarıldığında tanı koymak kolaylaşmaz; tersine, tanı eşiği yükselir. DSM-III sisteminde bir kanser hastasının majör depresif bozukluk tanısı alabilmesi için sürekli düşük duygudurum ya da yaygın ilgi kaybına ek olarak geriye kalan somatik olmayan belirtilerin tamamını göstermesi gerekir. Dolayısıyla somatik belirtileri dışlamak, farkında olmadan tanı

ölçütlerini daha katı hâle getirir ve bu kez depresyonu olan bazı hastaların tanısız kalmasına yol açabilir.

Endicott bu ikileme üçüncü bir çözüm önermiştir: somatik maddeleri tamamen çıkarmak yerine, bunların yerine duygusal ve bilişsel karşılıklar koymak. Önerdiği eşdeğerler oldukça somuttur. İştah kaybı yerine kolay ağlama ya da depresif görünüm; uyku değişiklikleri yerine toplumsal geri çekilme ve konuşkanlıkta azalma; enerji kaybı yerine ise ruminasyon, kendine acıma ya da karamsarlık değerlendirilir. Dördüncü bir seçenek, her belirtiyi ayrı ayrı ele alarak kaynağına karar vermek, başka bir deyişle belirtinin kanserden mi yoksa depresyondan mı kaynaklandığına hükmetmektir. Ancak Endicott, bu ayrımın klinik uygulamada çoğu zaman kolay yapılamadığını belirtir.

Bu farklı yaklaşımların tanı oranlarını gerçekte ne ölçüde değiştirdiği uzun süre açık değildi. Chochinov ve arkadaşları (1994), bu soruyu aynı hasta grubunda sınamıştır. Palyatif bakım alan 130 ileri evre kanser hastasıyla yapılan görüşmelerde, somatik belirtileri koruyan ölçüt seti ile Endicott'un önerdiği ikame edilmiş ölçüt seti yan yana uygulanmıştır. Karşılaştırma iki farklı biçimde yapılmıştır: ilkinde belirtiler hafif düzeyde

bildirilse bile mevcut kabul edilmiş, ikincisinde ise yalnızca en az orta şiddette olan belirtiler değerlendirmeye alınmıştır.

Sonuçlar ilk bakışta beklenenin tersidir. Belirtilerin en az orta şiddette olması koşulu arandığında iki ölçüt seti aynı sonucu vermiş, majör ve minör depresyon toplamı her ikisinde de %13,0 bulunmuştur. Hafif belirtiler de değerlendirmeye katıldığında bu toplam, somatik belirtileri koruyan sette %26,1'e, ikame edilmiş sette %23,1'e yükselmiştir. Toplam oranlar birbirine yakın olmakla birlikte alt tanılarda fark belirginleşir: düşük eşikte somatik ölçütlerle majör depresyon %16,9, Endicott ikameleriyle %10,8 bulunmuş, minör depresyonda ise durum tersine dönmüştür.

Bu bulgular tanısal tartışmanın ağırlık merkezini değiştirir. Ölçüt setinin seçimi hangi hastanın majör, hangisinin minör depresyon tanısı alacağını etkilemektedir; ancak klinik olarak anlamlı bir duygudurum bozukluğunun bulunup bulunmadığını asıl belirleyen, klinisyenin bir belirtiyi kaydetmek için aradığı şiddet düzeyidir. Nitekim aynı ölçüt setinde yalnızca belirti eşiğini hafif düzeyden orta düzeye çıkarmak, oranı yaklaşık yarıya indirmektedir. Bunun klinik uygulamadaki karşılığı açıktır: bir belirtiyi

depresyon lehine değerlendirmeden önce hastaya bu belirtinin ne sıklıkta ve ne yoğunlukta yaşandığını sormak, kullanılan ölçüt listesinden daha fazla fark yaratabilir.

Benzer bir sorun ölçekler düzeyinde de karşımıza çıkar. Öz bildirim ölçekleri belirti yükünü ölçerken tanı ölçütleri bir bozukluğun varlığını tanımlar. Bu iki yaklaşım arasındaki fark, anksiyete değerlendirmelerinde üç kata kadar çıkabilmektedir (Jiménez-Labaig ve ark., 2024a). Dolayısıyla yüksek bir ölçek puanı tek başına bir tanı iddiası değil, daha ayrıntılı klinik değerlendirme için bir gerektir.

Ölçek tasarımı yoluyla bu sorunu aşma girişiminin klasik örneklerinden biri HADS'dir. Zigmond ve Snaith (1983), ölçeği geliştirirken bedensel hastalığın kendisinin oluşturabileceği somatik maddeleri bilinçli olarak dışarıda bırakmıştır. HADS'in onkoloji alanında yaygın biçimde kullanılmasının başlıca nedenlerinden biri de budur. Bununla birlikte bu tasarım, temel sorunu ortadan kaldırmaz; yalnızca tarama aşamasına taşır. Bu kez de hangi puanın klinik açıdan anlamlı kabul edileceği sorusu ortaya çıkar.

Somatik belirtiler ayırt ediciliğini kaybettiğinde tanısal ağırlık, belirtilerin bilişsel ve duygusal içeriğine kayar.

Değersizlik ve suçluluk duyguları, hastalığın gidişiyle orantısız umutsuzluk, kişinin kendisine yönelik belirgin olumsuz değerlendirmeleri ve daha önce keyif aldığı etkinliklere karşı yanıt verememesi bu açıdan daha ayırt edici belirtilerdir. Bunlar kanserin bedensel etkileriyle doğrudan açıklanamayacağı için klinik görüşmede özellikle sorgulanabilir.

Tanı ölçütlerinin bir başka bileşeni olan işlev kaybı ise bu hasta grubunda ayırt edici değerini büyük ölçüde yitirir. Chochinov ve arkadaşları (1994), çalışmalarında bu koşulu değerlendirmeye almamış; bunun gerekçesi olarak hastaların tümünde hastalığa bağlı işlevsel kaybın zaten yüksek olmasını göstermiştir. İleri evre kanser hastasında işlev kaybını depresyon lehine bir kanıt olarak değerlendirmek, somatik belirtileri doğrudan depresyon belirtisi saymakla aynı tanısal hataya yol açabilir.

5. AYIRICI TANI

Kanser tanısı alan bir hastada üzüntü, korku ve geleceğe ilişkin kaygı beklenen tepkilerdir ve çoğu hastada zaman içinde hafifler. Bu nedenle normal ve anlaşılabilir duygusal tepkileri psikiyatrik bir bozukluk olarak etiketlemek, gerçek bir bozukluğu gözden kaçırmak kadar önemli bir

risktir. Ayrımı tek bir belirti üzerinden yapmak mümkün değildir; belirtilerin süresi, şiddeti, bilişsel içeriği ve hastanın hastalık sürecinin hangi döneminde bulunduğu birlikte değerlendirilmelidir. Yukarıda da belirtildiği gibi, özellikle ileri evre hastalarda işlev kaybı bu ayrımı yapmak açısından sınırlı yarar sağlar.

Ayırıcı tanıda en sık gözden kaçan tablolardan biri uyum bozukluğudur. Mitchell ve arkadaşlarının (2011) görüşmeye dayalı verilerinde, onkoloji ortamında uyum bozukluğunun majör depresyondan daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Bu bulgunun klinik karar açısından doğrudan bir karşılığı vardır. Belirgin distres yaşayan bir hastanın karşıladığı tanı her zaman majör depresyon değildir; dolayısıyla yalnızca distresin varlığı, antidepresan tedavi başlama eşiğinin kendiliğinden karşılandığı anlamına gelmez.

Ayırıcı tanının bir başka önemli noktası demoralizasyondur. Kissane ve arkadaşları (2001), umutsuzluk, çaresizlik, anlamsızlık ve varoluşsal sıkıntının bir arada bulunduğu bir tablonun ayrı bir sendrom olarak tanımlanmasını önermiştir. Tarif ettikleri klinik görünümde duygudurum düşük olabilir, ancak kişinin çevresiyle etkileşimi devam eder; temel olarak eksik olan

istek, amaç ve anlam duygusudur. Yazarlara göre bu tablo majör depresyon ölçütlerini karşılamayabilir ve teknik olarak uyum bozukluğu kapsamında değerlendirilebilir. Bununla birlikte ölümcül hastalık bağlamında klinisyenlerin bu etiketi kullanmaya isteksiz olabildikleri belirtilmektedir.

Demoralizasyon kavramının klinik değeri, önemli bir noktayı hatırlatmasında yatar: bir hastanın umutsuzluğunu içinde bulunduğu koşullar açısından anlaşılır ve yerinde bulmak, ona yardım edilmemesi için bir gerekçe değildir. Öte yandan demoralizasyon yerleşik bir tanı kategorisi değildir. Kavramın dayandığı temel kaynak bir öneri metnidir ve ayrı bir sendrom olarak geçerliliği hâlen tartışmalıdır.

Yas evreleri modeli de bu bağlamda sıkça başvuru alan, ancak yorumlanmasında dikkat gerektiren yaklaşımlardan biridir. Maciejewski ve arkadaşları (2007), kayıptan sonraki iki yıl boyunca beş farklı göstergiyi izlemiş ve modeli bir yönüyle destekleyen, bir yönüyle ise sorgulayan sonuçlar elde etmiştir. Kuramın öngördüğünün aksine, inanamama başlangıç dönemindeki baskın gösterge değildir. Kabullenme baştan sona en sık bildirilen gösterge olurken, en belirgin olumsuz gösterge özlem olarak bulunmuştur.

Buna karşılık göstergelerin en yüksek düzeye ulaşma sırası, kuramın öngördüğü dizilimi izlemiş ve bu zirvelerin tümü kayıptan sonraki ilk altı ay içinde ortaya çıkmıştır. Klinik açıdan daha kullanışlı olan bulgu da budur. Olumsuz göstergelerin tümü yaklaşık altı ay içinde en yüksek düzeye ulaştığı için, yazarlar altıncı ayın ötesinde bu göstergelerden yüksek puan alan kişilerin ek değerlendirmeden yarar görebileceğini belirtmektedir (Maciejewski ve ark., 2007). Buna karşılık yas modelinin, hastaların sırayla geçmek zorunda olduğu sabit aşamalar şeklinde sunulmasının ampirik desteği yoktur. Çalışmanın örnekleminin niteliği de göz önünde tutulmalıdır: örneklem yakınına doğal nedenlerle kaybetmiş 233 kişiden oluşmakta, komplike yas ölçütlerini karşılayanlar ve travmatik ölüm yaşayanlar dışlanmış bulunmaktadır. Bu nedenle bulguların kanser hastalarına doğrudan genellenmesi uygun değildir.

Ayırıcı tanının son ve en somut halkalarından biri, psikiyatrik belirtilerin tıbbi bir nedenden ya da uygulanan tedavinin kendisinden kaynaklanma olasılığıdır. İleri evre melanomda interferon- α ve kemoterapi alan hastalarda depresyonun daha sık bildirilmesi bu duruma bir örnektir (Kungwengwe ve ark., 2024). Benzer biçimde, antikolinerjik yükü yüksek ilaçlar da psikiyatrik belirtilerin

ortaya çıkmasına ya da ağırlaşmasına katkıda bulunabilir (Grassi ve ark., 2018).

Bu değerlendirme içinde özellikle dikkat edilmesi gereken tablo deliryumdur. Deliryum, ileri evre kanserde en sık görülen nöropsikiyatrik komplikasyonlardan biridir. Uykuya eğilim ve geri çekilmeyle giden hipoaktif biçim depresyon olarak yorumlanabilir; deliryum epizotlarının çoğunluğu da hipoaktif ya da karma alt tiptedir. En sık nedenlerinden biri ve aynı zamanda geri döndürülebilir nedenlerin başında opioidler ile diğer psikoaktif ilaçlar gelir (Bush ve Bruera, 2009). Psikoz, ağır ajitasyon ya da bilinç bulanıklığının eşlik ettiği durumlar ise acil değerlendirme gerektirir (Andersen ve ark., 2023).

Metabolik, endokrin ve nörolojik nedenler de klinik değerlendirme sırasında rutin olarak gözden geçirilmelidir. Bununla birlikte burada ele alınan literatür, bu nedenlerin onkoloji hastalarındaki göreceli sıklığına ilişkin yeterli veri sunmamaktadır.

6. ONKOLOJİDE ANKSİYETE: KLİNİK GÖRÜNÜMLER VE AYIRICI TANI

Onkoloji hastasında kaygının varlığı tek başına yeterli klinik bilgi sağlamaz. Asıl soru, kaygının bulunup

bulunmadığı değil, hangi biçimde ortaya çıktığı ve nasıl bir klinik yaklaşım gerektirdiğidir. Daha önce aktarılan görüşme temelli veriler, tanı ölçütlerini karşılayan anksiyete bozukluklarının bu hasta grubunda beklenenden daha seyrek, buna karşılık uyum güçlüklerinin daha sık görüldüğünü göstermektedir (Mitchell ve ark., 2011). Bu bulgu, kanser hastalarının kaygı yaşamadığı anlamına gelmez; kaygının önemli bir bölümünün klasik anksiyete bozukluğu kategorilerine tam olarak uymadığını gösterir.

Beklenen ve patolojik anksiyeteyi birbirinden ayırmada üç özellik özellikle yararlıdır. Andersen ve arkadaşları (2023), onkoloji hastalarında en sık karşılaşılan anksiyete tablosunun yaygın anksiyete bozukluğu olduğunu ve bu tanının çoğu zaman başka bir anksiyete bozukluğu ya da duygudurum bozukluğuyla birlikte bulunduğunu bildirmektedir. Klinik açıdan önemli noktalardan biri, bu hastaların çoğunun “kaygılıyım” diyerek başvurmamasıdır. Anksiyete çoğu zaman doğrudan bir kaygı yakınması şeklinde değil, çeşitli endişe ve korkular üzerinden dile getirilir.

Kanserle ilgili endişe hemen her hastada belli ölçüde bulunabileceğinden, ayırt edici olan endişenin konusu değil, taşıdığı özelliklerdir. Bunlardan ilki, kaygının

hastanın gerçek riskiyle orantısız olmasıdır; örneğin mevcut hastalık ya da tedaviyle ilişkili olmayan belirtilere yönelik yoğun ve süregelen endişe buna örnek verilebilir. İkincisi, kaygının kanser dışındaki yaşam alanlarına da yayılmasıdır. Üçüncüsü ise süresi ve ev, ilişki, toplumsal ya da mesleki işlevlerde yol açtığı bozulmadır. Kanserle sınırlı kalan, tehdit azaldığında gerileyen ve işlevselliği belirgin biçimde bozmayan kaygı bu ölçütleri karşılamaz.

Tedavi ve tıbbi girişimlerle ilişkili anksiyete ise ayrı bir klinik başlık oluşturur. Grassi ve arkadaşları (2018), kanser hastalarında görülen anksiyete tabloları arasında şiddetli ve sürekli beklenti korkularını ve kemoterapiye bağlı beklenti bulantısı ile kusmasını da saymaktadır. Bu durumlarda kaygı belirli bir uyararla, çoğunlukla tedavi ortamının kendisiyle bağlantılıdır ve yaygın bir endişe örüntüsünden farklı bir seyir gösterir. Bu nedenle mevcut bilgilerle vurgulanabilecek temel nokta, bu tabloların yaygın anksiyeteden ayrı klinik görünümüler olarak tanınması gerektiğidir.

Nüks ve progresyon korkusu, kanser bağlamına özgü olması nedeniyle bu ayrımın en güç yapıldığı alanlardan biridir. Luigjes-Huizer ve arkadaşları (2022), bireysel katılımcı verilerini birleştirdikleri meta-analizde bu

deneyimi, kanserin geri gelmesi ya da ilerlemesi olasılığına ilişkin korku, endiŖe veya kaygı olarak tanımlamaktadır. Yazarların özellikle vurguladığı nokta klinik açıdan önemlidir: dŖk düzeydeki nüks korkusu, tedaviye uyumu ve sağlıklı yaŖam biçimi deđiŖikliklerini destekleyebildiği için belirli ölçüde iŖlevsel olabilir. Klinik düzeye ulaŖan biçim ise dört özellikle tanımlanmıŖtır: zihnn konuyla yoğun biçimde meŖgul olması, endiŖenin yüksek yoğunlukta yaŖanması, süreklilik göstermesi ve bedensel belirtilere karŖı aŖır uyanıklığın eŖlik etmesi.

Aynı analizde öz değerlendirme ölçeğiyle elde edilen dağılımlar da bildirilmiŖtir. Katılımcıların yaklaşık %59'u en az orta düzeyde (13 ve üzeri), yaklaşık %19'u ise özgül müdahale gereksinimine iŖaret eden yüksek düzeyde (22 ve üzeri) nüks korkusu bildirmiŖtir. Sağkalanlarla tedavisi süren hastalar arasında belirgin bir fark bulunmamıŖtır. Nüks korkusunun kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu ve yaŖ ilerledikçe azaldığı bildirilmiŖtir. Nüks korkusu her kanser türünde bildirilmekle birlikte ortalama puanlar tre göre farklılaŖmaktadır; en yüksek puanlar akciğer kanseri ve melanomda, en dŖk puanlar prostat kanserinde bulunmuŖtur. Buna karŖılık tanının üzerinden geçen süreyle iliŖkisi zayıftır: on yıldan uzun süre gemiŖ kiŖilerde dağılım ilk yıldıkiye benzer kalmaktadır.

Bununla birlikte bu rakamların bir öz değerlendirme ölçeğinden elde edildiği, dolayısıyla doğrudan bir psikiyatrik bozukluk sıklığını göstermediği unutulmamalıdır. Klinik karşılığı açıktır: nüks korkusunu yalnızca varlığı üzerinden değerlendirmek yanıltıcıdır. Çünkü hastaların çoğunda belirli ölçüde bulunabilir ve zaman içinde kendiliğinden tamamen ortadan kalkmayabilir. Asıl değerlendirilmesi gereken, korkunun hastanın gününü ne ölçüde işgal ettiği, bedensel belirtileri sürekli tarama davranışına yol açıp açmadığı ve izlem randevularını erteleme ya da sık sık ek tetkik isteme gibi davranışlarla işlevselliği bozup bozmadığıdır.

Diğer anksiyete tablolarına bakıldığında, kanser hastalarında anksiyete bozukluklarının bütünü açısından belirgin bir artış görülmemekle birlikte grubun kendi içinde türdeş olmadığı anlaşılmaktadır. Vehling ve arkadaşlarının (2022) verilerinde travma sonrası stres bozukluğu ve sosyal fobi, kanser hastalarında bir miktar daha sık bulunmuştur. Travma sonrası stres bozukluğu bu açıdan ayrıca önem taşır. Grassi ve arkadaşlarının (2018) aktardığı derlemelerde, kanser hastalarında bildirilen sıklığın %12 ile %25 arasında değiştiği belirtilmektedir.

Panik belirtilerinin değerlendirilmesinde ise ayırıcı tanının mutlaka bedensel nedenleri de kapsamı gerekir. Çarpıntı, nefes darlığı ve göğüste sıkışma gibi belirtiler panik atağının parçası olabileceği gibi, onkoloji hastalarında sık karşılaşılan çeşitli tıbbi durumların da bulgusu olabilir. Bu ayrımı yapmada yalnızca kaygının şiddetini ölçmek yeterli değildir. Belirtinin ilk kez ne zaman ortaya çıktığının, hangi koşullarda başladığının, hangi durumlarla tetiklendiğinin ve seyri boyunca nasıl değiştiğinin ayrıntılı biçimde sorgulanması gerekir.

7. TARAMA VE DEĞERLENDİRME

Tarama ile tanı koymak birbirinden farklı iki süreçtir ve bu ayrım onkolojide birçok klinik alandan daha fazla önem taşır. Tarama araçları, ayrıntılı değerlendirmeden yarar görebilecek hastaları belirlemek amacıyla kullanılır. Yüksek bir puan, o hastayla daha ayrıntılı konuşulması gerektiğini gösterir; tek başına bir psikiyatrik bozukluğun varlığı anlamına gelmez. Bu ayrım gözden kaçtığında tarama, klinik yarar sağlamaktan çok gereksiz sevk ve gereksiz etiketleme üretebilir.

Tarama araçlarının istatistiksel özellikleri bu sınırı somut biçimde gösterir. Mitchell (2007), Distres Termometresi

(Distress Thermometer) ile diğer çok kısa tarama yöntemlerini değerlendiren 38 analizi bir araya getirdiğinde duyarlılığı %78,4, özgüllüğü ise %66,8 olarak bulmuştur. Ancak klinik açıdan daha açıklayıcı olan değerler kestirim değerleridir: pozitif kestirim değeri %34,2, negatif kestirim değeri %93,4'tür. Başka bir deyişle, eşik puanı aşan yaklaşık üç hastadan yalnızca biri gerçekten aranan tabloya sahipken, eşik altında kalan hastaların büyük çoğunluğunda sorun gerçekten bulunmamaktadır. Bu profil, aracın hangi amaçla daha uygun olduğunu açık biçimde gösterir: Distres Termometresi bir sorunu dışlamada güçlü, doğrulamada ise görece zayıftır.

Kesme noktalarına ilişkin tartışma da bu çerçevede değerlendirilmelidir. Distres Termometresi'nin ilk tanıtıldığı çalışmada Roth ve arkadaşları (1998), prostat kanseri olan hastalarda HADS toplam puanının 15 ve üzerini ölçüt kabul ederek termometre için 5 ve üzeri kesme noktasını önermiştir. Daha sonraki çalışmaların çoğu ise 4 puanı işaret etmiştir. Ma ve arkadaşlarının (2014), 42 çalışma ve 14.808 hastayı kapsayan meta-analizinde 4 kesme noktası için duyarlılık 0,81, özgüllük 0,72 ve eğri altı alan 0,83 olarak bulunmuştur. Grassi ve arkadaşlarının (2013) İtalya'daki 38 merkezde 1108 ayaktan hastayla yürüttüğü çalışmada ise iki farklı kesme noktası

önerilmiştir: genel olgu tanımı için 4, daha ağır ruhsal sıkıntıyı belirlemek için 5.

Bu veriler, tek ve evrensel bir doğru eşik aramanın çoğu zaman anlamlı olmadığını gösterir. Uygun kesme noktası yalnızca aracın özelliklerine değil, taramanın neyi yakalamayı amaçladığına ve klinik olarak hangi hatanın daha kabul edilebilir olduğuna da bağlıdır. Yanlış pozitifleri azaltmakla yanlış negatifleri kaçırmamak arasındaki denge, seçilecek eşiği doğrudan etkiler.

Bununla birlikte bu çalışmaların önemli bir ortak sınırlılığı vardır. Distres Termometresi'nin karşılaştırıldığı ölçüt çoğu zaman yapılandırılmış klinik görüşme değil, başka bir öz bildirim ölçeğinin kesme puanıdır; genellikle HADS ya da Kısa Semptom Envanteri-18 (Brief Symptom Inventory-18, BSI-18) kullanılmaktadır. Bir öz bildirim ölçeğini başka bir öz bildirim ölçeğine karşı doğrulamak, iki aracın benzer bir yapıyı ölçtüğünü gösterebilir; ancak ölçülen yapının psikiyatrik bir bozukluğa karşılık geldiğini tek başına kanıtlamaz. Elimizdeki çalışmalar arasında altın standart olarak klinik görüşmeyi kullanan az sayıdaki örnekten biri Grassi ve arkadaşlarının (2009) çalışmasıdır. Bu çalışmada ICD-10 görüşmesine karşı 4 ve üzeri kesme noktasında duyarlılık %79,5, özgüllük ise %75,4 olarak bildirilmiştir.

Sonuçların ölçek temelli çalışmalarla benzer olması güven vericidir; ancak yine de söz konusu bulgu tek bir çalışmaya dayanmaktadır.

Tarama aracının uzunluğunu artırmak da temel sorunu ortadan kaldırmaz. Mitchell (2010), kısa tarama araçlarını karşılaştırdığında tek maddelik Distres Termometresi'nin on dört maddelik HADS ile benzer doğruluk gösterdiğini bildirmiştir. Buradaki sınırlayıcı unsur madde sayısı değil, yöntemin kendisidir. Hastanın kendi bildirimine dayanan bir araç, belirti yükünü ne kadar doğru ölçerse ölçsün, bu belirtilerin kaynağını tek başına ayırt edemeyebilir.

Aynı mantık, taramanın en kısa biçimleri için de geçerlidir. Chochinov ve arkadaşları (1997), ileri evre kanseri olan 197 hastada yalnızca “Depresyonda mısınız?” sorusunu kullanarak yaptıkları taramada duyarlılık ve özgüllüğü 1,00 olarak bildirmiştir. Ancak bu sonuç olduğu gibi kabul edilmemelidir. Karşılaştırma ölçütü olarak kullanılan tanısal görüşmenin, sorulan sorunun kendisini de ölçüt maddelerinden biri olarak içermesi nedeniyle ölçüm kısmen kendi kendisini sınamaktadır. Bu bulgunun klinik açıdan önemli yanı, ileri evre kanser hastalarında duygudurumun doğrudan ve açık biçimde

sorgulanmasının, ölçek kullanımına göre daha yetersiz bir yaklaşım olmadığını göstermesidir.

Kesme noktalarının bir bağlamdan diğerine doğrudan taşınamayacağı, kültürlerarası verilerde daha da belirgin hâle gelir. Chavda ve arkadaşları (2026), metastatik meme kanseri olan 309 Nijeryalı kadında Distres Termometresi'ni değerlendirmiş ve eğri altı alanı 0,414 olarak bulmuştur; bu değer rastlantı düzeyinin altındadır. Youden indeksiyle hesaplanan en uygun kesme noktası 7,5 olmuş, ancak bu noktada duyarlılık yalnızca %2,0 olarak bulunmuştur. Çalışmanın altın standardının yine bir öz bildirim ölçeği olması nedeniyle bu sonucu tek başına belirleyici kabul etmek doğru değildir. Buna rağmen bulgu önemli bir uyarı taşır: başka bir ülkede geçerli bulunan bir eşik değer farklı bir kültürel ve klinik örneklemede aynı biçimde işleyeceği varsayılmaz.

Türkiye verileri de bu nedenle ayrıca değerlendirilmelidir. Özalp ve arkadaşları (2007), 182 Türk kanser hastasında Distres Termometresi'ni incelemiş ve en uygun kesme noktasını 4 olarak bildirmiştir. Bununla birlikte eğri altı alan 0,66 düzeyindedir ve özgüllük görece düşük kalmaktadır. Ayrıca bu çalışmada da karşılaştırma ölçütü HADS kesme puanıdır. Dolayısıyla Distres

Termometresi'nin Türk kanser hastalarında kullanılabilir olduğunu söylemek mümkündür; ancak yüksek puanın ayırt edici gücünün sınırlı olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır.

HADS için durum farklıdır ve bu nokta sıklıkla karıştırılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışmasında anksiyete alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için 7 kesme noktası bildirilmiştir (Aydemir ve ark., 1997). Ancak bu çalışmanın örneklemi bir eğitim hastanesinin dahiliye kliniklerinde yatan hastalardan oluşmaktadır. Çalışmanın bedensel hastalığı bulunan kişilerde yürütülmüş olması HADS'i onkoloji hastalarında kullanılamaz hâle getirmez; ancak bu kesme noktalarının Türk kanser hastalarında ayrıca doğrulanmış olmadığı unutulmamalıdır. Bu nedenle söz konusu değerlerin kanser hastaları için kesin tanısal sınırlar olarak değil, Türkçe form için önerilmiş tarama eşikleri olarak değerlendirilmesi daha uygundur.

Taramanın belki de en az ölçülen yönü, elde edilen sonucun klinik bir eyleme dönüşüp dönüşmediğidir. Tuinman ve arkadaşlarının (2008) dokuz hastanede 277 hastayla yürüttüğü çalışmada, 5 kesme noktası için pozitif kestirim değeri %39, negatif kestirim değeri ise %95 olarak bulunmuştur. Ancak daha dikkat çekici olan sevk

verileridir. Eşiği aşan hastaların yalnızca %14'ü sevk edilmek istediğini belirtmiş, %29'u ise bu seçeneğe "belki" yanıtını vermiştir. Dolayısıyla yüksek distres düzeyi, profesyonel yardım talebiyle aynı şey değildir. Hastaların bir bölümü yaşadığı sıkıntıyı kendi kaynaklarıyla ya da yakın çevresinden aldığı destekle yönetebildiği için ek bir sevki gerekli görmeyebilir. Bu durum taramanın klinik değerini ortadan kaldırmaz. Aksine, tarama sonuçlarının otomatik bir sevk ya da tanı kararı olarak değil, daha ayrıntılı bir klinik değerlendirme gereksinimini belirleyen bir başlangıç noktası olarak yorumlanması gerektiğini gösterir.

Pozitif bir tarama sonucundan sonra izlenecek yol açısından Andersen ve arkadaşlarının (2023) önerdiği kademeli yaklaşım klinik olarak kullanışlıdır. Bu yaklaşımda değerlendirme yalnızca belirti şiddetinin ya da toplam puanın yorumlanmasıyla sınırlı değildir. İlk aşamada, kendine veya başkasına zarar verme riski başta olmak üzere acil psikiyatrik değerlendirme gerektirebilecek durumlar ele alınır. Psikoz, ağır ajitasyon ve konfüzyon ya da deliryum gibi belirtilerin varlığı da acil değerlendirme gereksinimini gündeme getirir.

Depresif belirtilerin değerlendirilmesinde başlangıç noktası olarak Dokuz Maddelik Hasta Sağlığı Anketi (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)'nin ilk iki maddesinin, yani çökkün duygudurum ve anhedoninin sorgulanması önerilmektedir. Bu iki maddeden en az birine, son iki hafta içinde “günlerin yarısından fazlasında” ya da “hemen her gün” yanıtı verilmesi durumunda kalan yedi maddenin uygulanması önerilir. Kılavuz, kanser hastalarında yapılmış bir tanısal doğruluk çalışmasına dayanarak geleneksel 10 puan yerine 8 ve üzeri kesme noktasını benimsemektedir. Anksiyete değerlendirmesinde ise Yedi Maddelik Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7) önerilmekte; 10-14 puan aralığı orta, 15-21 puan aralığı ise orta-ağır ve ağır belirti düzeyi olarak değerlendirilmektedir.

Ancak kılavuzun kendi uyarısı burada belirleyicidir: bu algoritmalarda kullanılan “depresyon” ve “anksiyete” ifadeleri klinik tanıyı değil, ölçekle ölçülen belirti düzeyini ifade eder. Orta-ağır ya da ağır puan aralığında bulunan bir hastada psikiyatrik tanının varlığı ancak ayrı ve kapsamlı bir tanısal değerlendirmeyeyle belirlenebilir.

Kurumsal düzeyde de herkese uygulanabilecek tek bir eşik önerilmemektedir. NCCN, her merkezin kendi hasta grubuna uygun tarama aracını seçmesini; hangi puanın klinik olarak anlamlı distres kabul edileceğini, taramanın ne sıklıkta yapılacağını, sonucun hangi sağlık çalışanına iletileceğini ve hangi eşiklerin hangi sevkleri tetikleyeceğini önceden tanımlayan bir yanıt algoritması oluşturmasını önermektedir. Sevk eşiklerinin, merkezde bulunan hizmetlerin türüne ve kapasitesine göre değişebileceği de açıkça belirtilmektedir (Fann ve ark., 2026).

En azından hastanın ilk başvuruda ve hastalık durumunda önemli değişiklikler olduğunda taranması beklenir. Remisyon, nüks, progresyon ve tedaviye bağlı komplikasyon dönemleri bu açıdan özellikle önemlidir. Ancak arkasında değerlendirme ve müdahale olanağı bulunmayan bir tarama programının klinik değeri sınırlıdır. Taramanın gerçek yararı, pozitif bir sonucu izleyen görüşme, değerlendirme, yönlendirme ve gerektiğinde tedavi zincirinin işleyebilmesine bağlıdır.

8. PSİKOSOSYAL TEDAVİLER

Onkolojide psikososyal tedavinin örgütlenmesinde sık başvuru alan çerçevelerden biri basamaklı bakım modelidir.

Andersen ve arkadaşlarının (2023) kılavuzu, belirti şiddetine göre etkili ve mümkün olduğunca az kaynak gerektiren müdahalenin sunulmasını önermektedir. Buradaki yaklaşım bir etkinlik sıralamasından çok, kaynakların uygun biçimde dağıtılmasına dayanır. Hafif belirtileri olan bir hastaya yoğun bireysel psikoterapi ayırmak, daha fazla gereksinimi olan bir hastanın bu kaynağa erişimini sınırlandırabilir.

Modelin temelinde, belirti düzeyinden bağımsız olarak tüm hastalara sunulması önerilen bilgilendirme yer alır. Kılavuz bu bilgilendirmenin içeriğini de açık biçimde tanımlar: psikolojik belirtilerin ne kadar sık görüldüğü, hangi duygusal, bilişsel ve davranışsal biçimlerde ortaya çıkabileceği, kötüleşme işaretlerinin neler olduğu ve sağlık ekibiyle nasıl iletişim kurulacağı ele alınmalıdır. Bu düzeyde dahi yaklaşım yalnızca hastayla sınırlı değildir; hastanın uygun gördüğü yakınlarının sürece katılması da önerilmektedir.

Orta düzeyde belirti bildiren hastalar için bireysel ya da grup formatında bilişsel terapi veya bilişsel davranışçı terapi, davranışsal etkinleştirme, yapılandırılmış fiziksel etkinlik, farkındalık temelli stres azaltma ve ampirik desteğe sahip bileşenlerden oluşan psikososyal

müdahaleler önerilmektedir. Ağır belirtilerde ise bireysel format daha belirgin biçimde öne çıkar; önerilen seçenekler bilişsel terapi veya bilişsel davranışçı terapi, davranışsal etkinleştirme, farkındalık temelli stres azaltma ve kişilerarası terapiyle sınırlanır. Bu öneriler orta düzeyde kanıt kalitesi ve güçlü öneri düzeyiyle değerlendirilmiştir.

Farmakolojik tedavi ise ayrı ve zorunlu bir basamak olarak değil, koşullu bir seçenek olarak ele alınmaktadır. Birinci basamak psikolojik tedaviye erişemeyen, ilaç tedavisini tercih eden, geçmişte ilaca yanıt vermiş ya da psikolojik müdahaleye rağmen yeterli düzelme göstermeyen hastalarda önerilmektedir. Bu öneri ise düşük kanıt kalitesi ve zayıf öneri gücüyle derecelendirilmiştir. Burada listelerin kendisinden çok, aralarındaki fark önemlidir. Belirti şiddeti arttıkça değişen unsur çoğu zaman terapi modelinin kendisinden çok, müdahalenin formatı ve yoğunluğudur; ayrıca mevcut veriler tek bir psikoterapi modelinin diğerlerine açık biçimde üstün olduğunu göstermemektedir.

Bu önerilerin dayandığı kanıt tabanı son yıllarda belirgin biçimde genişlemiştir, ancak bu genişleme kanıt kesinliğinde aynı ölçüde artış sağlamamıştır. Walker ve arkadaşları (2014), kanser hastalarında depresyon

tedavisine ilişkin randomize çalışmaları taradıklarında yalnızca yedi çalışma bulabilmişti. Yaklaşık on yıl sonra Fu ve arkadaşlarının (2025) ağ meta-analizi 95 randomize çalışmayı ve 17.260 katılımcıyı kapsamaktadır.

Olağan bakımla karşılaştırıldığında standartlaştırılmış ortalama fark, masaj ve dokunma terapisi için $-0,76$ (%95 GA $-1,37$ ila $-0,16$), gevşeme terapisi için $-0,59$ ($-1,06$ ila $-0,11$), psikoterapi için $-0,43$ ($-0,56$ ila $-0,30$) ve hasta eğitimi ile desteği için $-0,30$ ($-0,45$ ila $-0,14$) olarak bulunmuştur. Bununla birlikte yazarlar bu sonuçların tümünü düşük kanıt kesinliğiyle değerlendirmiştir. Bu nedenle yalnızca etki büyüklüklerinin sıralamasına bakmak yanıltıcı olabilir. En büyük etki büyüklüğüne sahip müdahalenin aynı zamanda en geniş güven aralığına sahip olması, sonucun daha belirsiz olduğunu gösterir. Psikoterapinin etki büyüklüğü daha küçük olmakla birlikte güven aralığının belirgin biçimde daha dar olması, etkinin daha tutarlı biçimde kestirilebildiğine işaret eder.

Aynı analizin belirti şiddetine göre ayrılmış sonuçları klinik açıdan daha açıklayıcıdır. Hafif ya da düşük belirti düzeyindeki hastalarda gevşeme, masaj ve psikoterapi olağan bakımdan üstün bulunurken farmakolojik tedavi belirgin bir üstünlük göstermemiştir. Orta ve ağır

depresyonda ise anlamlı etkisini sürdüren tek müdahale psikoterapi olmuştur. Bu sonuç basamaklı bakım yaklaşımıyla uyumludur; ancak bulgunun alt grup analizinden elde edildiği ve tüm sonuçların düşük kesinlikte olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Müdahale türlerinin kendi aralarındaki karşılaştırmalarda ise kanıt daha sınırlıdır. Hart ve arkadaşları (2012), belirgin depresif belirtileri olan kanser hastalarında müdahalelerin etkisini Hedges g 0,43 (%95 GA 0,30-0,56) olarak bildirmiştir. Bu değer, bir aykırı çalışma çıkarıldıktan sonra kalan dokuz çalışmanın ortak sonucudur; bunların beşi psikoterapötik, dördü ise farmakolojik müdahaleleri değerlendirmiştir. Bilişsel davranışçı terapi, problem çözme terapisine göre daha etkili görünmüş; farmakolojik tedaviyle arasında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Bu karşılaştırmalar aynı randomize çalışma içinde yapılmış doğrudan karşılaştırmalar değil, farklı çalışmalar arasındaki alt grup analizleridir. Dolayısıyla bu verilerden “bilişsel davranışçı terapi problem çözme terapisinden daha etkilidir” biçiminde kesin bir sonuç çıkarmak mümkün değildir.

Anksiyete alanındaki kanıt ise belirgin biçimde daha zayıftır. Andersen ve arkadaşları (2023), güncelleme

kapsamında yaptıkları taramada anksiyete müdahalelerini değerlendiren yalnızca üç randomize çalışma bulduklarını ve bu çalışmaların hiçbirinin ampirik desteği bulunan standart anksiyete tedavilerini doğrudan sınamadığını belirtmektedir. Çalışmalarda daha çok gevşeme ve hipnoz gibi stres azaltma yöntemleri, bazı davranışsal stratejiler ve eğitim müdahaleleri değerlendirilmiştir.

Bu nedenle anksiyeteye yönelik önerilerin önemli bir bölümü depresyon literatüründen ve kanser dışı popülasyonlardan aktarılmıştır. Kılavuz ayrıca alandaki daha yapısal bir soruna da dikkat çekmektedir. Çalışmaların önemli bir kısmı, araştırmacıların kendilerinin geliştirdiği ve bazı bileşenleri ampirik destek taşıırken bazıları taşımayan tek seferlik müdahale paketlerini değerlendirmektedir. Bu durum hem hangi bileşenin gerçekten etkili olduğunu anlamayı hem de bulguların başka ekipler tarafından yinelenmesini güçleştirmektedir.

Uygulamada asıl güçlük ise çoğu zaman hangi tedavinin seçileceğinden çok, tedavinin sürekliliğinin sağlanmasıdır. Kılavuz, depresif belirtileri olan hastaların sevke uymakta ve tedaviyi sürdürmekte zorlanabileceğini, bunun da bizzat depresif belirtilerin bir parçası olabileceğini

belirtmektedir. Bu nedenle belirtiler düzelene kadar hastanın iki haftada bir ya da ayda bir yeniden değerlendirilmesi önerilmektedir.

Sekiz haftalık tedaviye rağmen tedavi uyumu iyi olduğu hlde düzelme yetersiz kalıyorsa, mevcut rejimin değiştirilmesi önerilir. Bunun için tek bir tedaviye psikolojik ya da farmakolojik bir bileşen eklenebilir, kullanılan ilaç değiştirilebilir ya da grup tedavisinden bireysel tedaviye geçilebilir. Amaç, başlangıçta seçilen yönteme bağlı kalmak değil, hastanın yanıtına göre müdahaleyi yeniden düzenlemektir.

Önerilen müdahalelerin etkili seçenekler olduğu kabul edilmekle birlikte, ruh sağlığı hizmetlerine erişim, bekleme süreleri ve maliyet gibi koşullar merkezden merkeze değişmektedir. Bu nedenle tedavi seçimi yalnızca kanıta değil, mevcut kaynaklara ve hastanın tercihine de dayanmalı; karar ortak biçimde verilmelidir. Onkoloji pratiğinde bunun karşılığı, psikososyal bakımın onkoloji ekibinden ayrı ve bağımsız bir hizmet olarak değil, ekibin içinde işleyen bütünleşik bir bileşen olarak kurulmasıdır.

9. FARMAKOLOJİK TEDAVİ

Önceki bölümde farmakoterapinin basamaklı bakım içindeki koşullu konumu ele alınmıştı. Buradaki temel soru, bu koşullar oluştuğunda nasıl bir yol izleneceğidir. Grassi ve arkadaşlarının (2018) yaklaşımı klinik açıdan kullanışlıdır: antidepresanlar genellikle depresyonun daha ağır görünimleri için ayrılmalı ve mümkün olduğunda psikolojik tedavilerle birlikte yürütülmelidir. Hafif ve orta şiddetteki tablolarda ise ilk sıradaki yaklaşım psikolojik tedavidir. Bu, ilaç tedavisinin gereksiz yere geciktirilmesi anlamına gelmez. Belirti şiddeti ağır olan, daha önce ilaca yanıt vermiş, psikotik özellikler gösteren ya da psikolojik tedaviye erişimi bulunmayan hastalarda ilaç tedavisi ilk seçenek olabilir (Andersen ve ark., 2023).

Farmakolojik tedavinin etkinliğine ilişkin kanıtlar, alanın en sınırlı yönlerinden birini oluşturmakta ve bu belirsizliğin açıkça ortaya konması önem taşımaktadır. Vita ve arkadaşlarının (2023) Cochrane derlemesinde, kanser hastalarında depresyon tedavisine ilişkin yalnızca 14 randomize çalışma ve 1364 katılımcı bulunabilmektedir. Birincil sonlanım olan altı ila 12 haftalık sürekli ölçümlerde antidepresan ile plasebo arasındaki standartlaştırılmış ortalama fark $-0,52$ (%95 GA $-0,92$ ila $-0,12$) olarak

bulunmuştur; bu sonuç yedi çalışma ve 511 katılımcıya dayanmaktadır. İkili sonlanımda, yani çalışma sonunda hâlâ depresyonu bulunan hastaların oranında ise risk oranı 0,74 (%95 GA 0,57-0,96) olarak bildirilmiştir. Ancak her iki sonuç da çok düşük kanıt kesinliğindedir. Derlemeye alınan çalışmaların yaklaşık yarısında yüksek yanlılık riski bulunmakta, örneklemeler çoğunlukla küçük ve tedaviyi bırakma oranları yüksektir.

Antidepresan sınıfları arasındaki doğrudan karşılaştırmalarda da belirgin bir üstünlük gösterilememiştir. SSRI'larla trisiklik antidepresanların karşılaştırıldığı üç çalışmada standartlaştırılmış ortalama fark -0,08'dir (%95 GA -0,34 ila 0,18; 237 katılımcı). Herhangi bir nedenle tedaviyi bırakma açısından da antidepresanlarla plasebo arasında anlamlı fark saptanmamıştır (RR 0,85; %95 GA 0,52-1,38).

Mevcut kanıtlar, doğrudan bir tedavi algoritmasına dönüştürülebilecek güçte değildir. Bulguların uygulamaya ilişkin kesin bir çıkarım yapmaya elverişli olmaması nedeniyle tedavi kararlarının bireysel düzeyde verilmesi gerekmektedir. Ayrıca doğrudan ilaç karşılaştırmalarının yetersizliği, ilaç seçiminde büyük ölçüde genel popülasyondaki majör depresyon verilerinden

yararlanılmasını gerekli kılmaktadır. Ağır tıbbi hastalığı olan kişilerde SSRI'ların güvenlik profilinin görece olumlu olduğu da vurgulanmaktadır. Dolayısıyla kanser hastasında ilaç seçimi, kansere özgü karşılaştırmalı kanıttan çok genel psikofarmakoloji bilgisiyle hastanın tıbbi durumunun birlikte değerlendirilmesine dayanır.

Kısa süreli çalışmaların çoğunda anlamlı fark saptanmamasını yorumlarken tedavi süresi de göz önünde bulundurulmalıdır. Ostuzzi ve arkadaşları (2015), kanser hastalarında antidepresan etkinliğinin tedavi süresiyle olumlu ilişki gösterdiğini bildirmiştir. Bu nedenle dört haftalık bir izlemde fark bulunmaması, ilacın etkisiz olduğu anlamına gelmeyebilir; değerlendirme için sürenin yetersiz kalmış olması da mümkündür. Bu nokta klinik izleme doğrudan yansır: yanıtızlık kararı verilmeden önce hem tedavi uyumu hem de yeterli süre ve doza ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilmelidir.

Kansere özgü bir ilaç hiyerarşisi bulunmadığında seçimi belirleyen üç temel unsur öne çıkar: yan etki profili, eşlik eden belirtiler ve ilaç etkileşimi riski. Grassi ve arkadaşları (2018), tolerabilite nedeniyle SSRI'ları ilk seçenekler arasında değerlendirmekte; sınıf içinde ise ilaç etkileşimi görece daha az olan sertralin, sitaloqram ve essitaloqramı

uygun başlangıç seçenekleri olarak önermektedir. Fluoksetin, uzun yarı ömrü ve güçlü sitokrom P450 inhibisyonu nedeniyle özellikle kemoterapi alan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Paroksetin ise belirgin P450 inhibisyonuna ek olarak antikolinergik etkiler ve kısa yarı ömrüne bağlı daha yüksek kesilme sendromu riski taşır. SSRI'ların ortak yan etkileri arasında baş ağrısı, gastrointestinal yakınmalar, cinsel işlev bozukluğu, uykusuzluk ve tedavinin başlangıç döneminde geçici anksiyete artışı yer alır.

Eşlik eden belirtiler, ilaç seçimini yönlendirmede onkoloji ortamında özellikle yararlı olabilir. Nöropatik ağrıda venlafaksin ve duloksetin ile düşük doz trisiklik antidepresanlar destek tedavisi olarak kullanılabilir. Grassi ve arkadaşlarının aktardığına göre antidepresanların kanser ağrısında yardımcı tedavi olarak kullanımı Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği (European Society for Medical Oncology, ESMO) kanser ağrısı kılavuzunda da önerilmektedir. Ayrıca bu meta-analiz, bu alandaki hasta örneklemelerinin türdeş olmadığını ve opioid ya da antiepileptiklerle birlikte kullanımda olası yararın advers etki riskiyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Sıcak basmalarında venlafaksin ve bazı SSRI'lar kullanılabilir. Paroksetin bu amaçla önerilmemektedir. Uyku-uyanıklık düzeninin bozulduğu hastalarda mirtazapin ve trazodon gibi sedatif özellik taşıyan antidepresanlardan yararlanılabilir. Trazodon, antidepresan dozlarında çoğu hastada belirgin sedasyon oluşturabildiği için klinik uygulamada daha çok bu özelliğinden yararlanılarak kullanılmaktadır.

Trisiklik antidepresanların antikolinerjik yükü ise onkoloji hastalarında özel önem taşır. Kabızlık, özellikle opioid kullanan hastalarda ağırlaşabilir; ağız kuruluğu mukozal sorunları artırabilir ve antikolinerjik toksisite deliryuma kadar ilerleyebilir. Ortostatik hipotansiyon ve kardiyak aritmi riski de bu sınıfın kullanımını sınırlandıran diğer etkenlerdir. Bu nedenle trisiklik antidepresanlar çoğu durumda ilk seçenek olmaktan uzaklaşır.

İlaç etkileşimleri arasında en çok tartışılan konulardan biri tamoksifendir. Paroksetin ve fluoksetin gibi güçlü CYP2D6 inhibitörleri, tamoksifenin CYP2D6 aracılığıyla oluşan etkin metaboliti endoksifenin plazma düzeyini azaltabilir. Bunun klinik sonuçlara, özellikle sağkalım ve nüks riskine ne ölçüde yansıdığı ise kesin değildir. Bazı çalışmalar CYP2D6 inhibitörü kullanan hastalarda meme kanseri

nüks riskinin daha yüksek olabileceğini bildirirken, daha yeni veriler böyle bir ilişki göstermemiştir. Aynı derlemede aktarıldığı üzere Uluslararası Tamoksifen Farmakogenomiği Konsorsiyumu, CYP2D6 metabolik aktivitesini etkileyen değişkenlerin denetlendiği ileriye dönük verilere gereksinim olduğunu vurgulamıştır (Grassi ve ark., 2018).

Bu belirsizlik karşısında önerilen yaklaşım temkinlidir. Tamoksifen kullanan hastalarda, özellikle CYP2D6 aktivitesi düşük olanlarda, güçlü CYP2D6 inhibisyonu yapan antidepresanlardan mümkün olduğunca kaçınılması önerilmektedir. Paroksetin kullanan hastalarda essitalopram ya da venlafaksin gibi daha zayıf inhibitörlere geçiş düşünülebilir (Grassi ve ark., 2018). Bupropion da tamoksifenin etkin metabolite dönüşümünü azaltabildiği için aynı çekinceyle değerlendirilmelidir.

Diğer güvenlik başlıkları da onkoloji ortamında olağandan daha fazla ağırlık taşır. Serotonerjik ilaçların trombosit agregasyonunu azaltıcı etkisi, aspirin, nonsteroid antienflamatuvar ilaçlar, varfarin ya da heparin kullanan hastalarda kanama riskini artırabilir. Aynı mekanizma cerrahi sırasında ve ameliyat sonrasındaki erken dönemde de önem kazanır. Hiponatremi, serotonin sendromu ve

kesilme sendromu dikkat edilmesi gereken diğer güvenlik başlıklarıdır. Sitalopramın yüksek dozlarda QTc uzaması riski taşıdığı, essitalopramın ise bu açıdan görece daha az sorunlu olduğu belirtilmektedir.

Farmakogenetik veriler bu tabloya sınırlı ancak somut katkılar sağlar. Bousman ve arkadaşlarının (2023) Klinik Farmakogenetik Uygulama Konsorsiyumu (Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium, CPIC) kılavuzu, CYP2C19 yavaş metabolize edicilerde sitalopram ve essitalopram için ya CYP2C19 üzerinden metabolize olmayan alternatif bir ilaç seçilmesini ya da düşük başlangıç dozu, yavaş titrasyon ve standart idame dozunun yaklaşık yarıya indirilmesini önermektedir. FDA uyarısına göre bu hastalarda sitalopramın önerilen en yüksek dozu günde 20 mg'dır; aynı sınır karaciğer yetmezliği olanlarda, CYP2C19 inhibitörü kullananlarda ve 60 yaş üzerindeki hastalarda da geçerlidir. CYP2D6 yavaş metabolize edicilerde ise paroksetin için başlangıç ve idame dozlarının azaltılması önerilmektedir.

Kılavuzun olumsuz bir bulgusu da klinik açıdan önemlidir. SLC6A4 ve HTR2A genotiplerine dayalı antidepresan seçim önerileri verilmemektedir; çünkü mevcut kanıtlar bu genlerin rutin klinik karar vermede kullanılmasını

desteklememektedir. Başka bir deyişle, farmakogenetik bazı ilaçlar için doz ve metabolizma açısından yol gösterici olabilir, ancak antidepresanın kendisini seçme konusunda henüz geniş bir belirleyicilik sağlamamaktadır.

İleri evre hastalarda psikostimülanlar ayrı bir klinik seçenek oluşturur, ancak bu alandaki kanıt hâlen keşifsel niteliktedir. Costa ve arkadaşları (2025), ileri evre kanserde metilfenidatı değerlendiren üç randomize çalışmayı birleştirmiş ve depresif belirti şiddetinde standartlaştırılmış ortalama farkı $-0,81$ (%95 GA $-1,22$ ila $-0,39$) olarak bulmuştur. Remisyon açısından risk oranı $1,69$ 'dur (%95 GA $0,97-2,96$) ve istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır. Advers olay sıklığı ise gruplar arasında benzer bulunmuştur. Yazarlar, örneklemelerin küçüklüğü ve izlem sürelerinin kısalığı nedeniyle bulguları keşifsel olarak değerlendirmektedir.

Terminal dönemdeki hastalarda mirtazapine metilfenidat eklenmesinin antidepresan yanıtı üçüncü günden itibaren hızlandırdığı ve ikinci haftadan itibaren yanıt oranını artırdığı bildirilmiştir. Ancak bu erken yanıt, sinir sistemine ilişkin advers olaylarda artışla birlikte görülmüştür (Andersen ve ark., 2023). Aynı kombinasyon Fu ve arkadaşlarının (2025) ağ meta-analizinde de

plaseboya üstün bulunmuştur (SMD -2,46; %95 GA -4,24 ila -0,70). Bununla birlikte kanıt kesinliği düşüktür ve geniş güven aralığı etkinin büyüklüğü konusundaki belirsizliği göstermektedir.

Bu yaklaşımın klinik olarak gündeme gelmesinin temel nedeni zamandır. Beklenen yaşam süresi haftalarla ölçülen bir hastada, standart bir antidepresanın etki göstermesi için gereken süre bulunmayabilir. Psikostimülanların olası hızlı etkisi bu nedenle anlamlı bir avantaj oluşturabilir. Ancak mevcut kanıt düzeyi, bu yaklaşımın rutin bir tedavi olarak önerilmesi için yeterli değildir.

Anksiyete alanında farmakolojik kanıt daha da sınırlıdır. Grassi ve arkadaşları (2018), kanser hastalarında anksiyete bozuklukları için SSRI'ları, SNRI'ları ve mirtazapini tercih edilen ilaçlar arasında değerlendirmekte; bazı durumlarda benzodiazepinlerin de eklenebileceğini belirtmektedir. Travma sonrası stres bozukluğunda başlangıç tedavisi olarak SSRI'lar tercih edilmekle birlikte, kanser hastalarına özgü sonuç verileri bulunmamaktadır. Uyum bozukluğunda antidepresanların yararına ilişkin kanıt ise çok daha sınırlıdır.

Bu nokta, ayırıcı tanının farmakolojik karara doğrudan bağlandığı yerdur. Uyum bozukluğu tanısı alan bir hastada

antidepresan başlamak için mevcut kanıt, majör depresyon tanısı alan bir hastaya göre belirgin biçimde daha zayıftır. Dolayısıyla farmakolojik karar yalnızca belirti şiddetine değil, hangi klinik tablonun tedavi edildiğine de dayanmalıdır.

Kılavuzların ortak yaklaşımı bu çerçeveyi tamamlar. Andersen ve arkadaşları (2023), herhangi bir farmakolojik rejimin diğerlerine üstün olduğuna ilişkin bir öneride bulunmamaktadır. Antidepresan seçimi mevcut ampirik kanıta, yan etki profiline, hastanın kullandığı diğer ilaçlarla etkileşim potansiyeli de dâhil olmak üzere tolerabiliteye, önceki tedavi yanıtına ve hasta tercihine göre yapılmalıdır. Onkoloji hastasında bu ölçütler arasında ilaç etkileşimleri ve yan etki profilinin ağırlığı özellikle fazladır. Bunun nedeni, etkinlik açısından ilaçları birbirinden güvenilir biçimde ayıran verilerin sınırlı olması; buna karşılık güvenlilik açısından hasta grupları arasında klinik olarak anlamlı farkların bulunmasıdır.

10. ÖZEL KLİNİK DURUMLAR

Aşağıda ele alınan hasta gruplarını birbirinden ayıran temel özellik, depresyon ve anksiyetenin bu gruplarda mutlaka daha sık görülmesi değildir. Asıl fark,

değerlendirme ve tedavi kararını güçleştiren etkenlerin bu gruplarda daha belirgin biçimde bir araya gelmesidir.

İleri evre ve palyatif dönemde en sık karşılaşılan hatalardan biri, duygudurum belirtilerini hastalığın doğal gidişine bağlayarak ayrıca değerlendirmemektir. Mitchell ve arkadaşlarının (2011) meta-analizinde palyatif bakım ortamlarında saptanan oranların palyatif olmayan ortamlardan anlamlı biçimde farklı olmaması, bu varsayımı doğrudan zayıflatmaktadır. Hastalığın ilerlemiş olması psikiyatrik bozukluk olasılığını kendiliğinden artırmaz. Bu nedenle yaşamının son dönemindeki bir hastada çökkünlüğü yalnızca beklenen bir tepki olarak kabul etmek, klinik bir değerlendirmeden çok varsayıma dayanır.

Bu dönemde tedavi kararını belirleyen temel kısıtlardan biri zamandır. Standart bir antidepresanın etki göstermesi için gereken süre ile hastanın beklenen yaşam süresi her zaman örtüşmeyebilir. Önceki bölümde ele alınan psikostimülan seçeneğinin klinik olarak gündeme gelmesinin temel nedeni de budur. Benzer bir sınırlılık psikososyal müdahaleler için de geçerlidir. Haftalar süren yapılandırılmış bir psikoterapi programı bazı hastalar için

uygulanabilir olmayabilir; buna karşılık tek oturumluk ya da kısa süreli, hedefe yönelik görüşmeler önemini korur.

Kanser sağkalanlarında ise psikososyal izlem açısından farklı bir güçlük ortaya çıkar. Bu grupta temel güçlük, klinik izlemin seyrekleştiği bir dönemde psikolojik belirtilerin devam edebilmesidir. Tedavinin tamamlanması çoğu zaman sağlık sistemiyle temasın azaldığı bir döneme karşılık gelir. Oysa daha önce de belirtildiği gibi, depresif belirtiler tedavi sonrasındaki ilk aylarda artabilir ve nüks korkusu tanının üzerinden geçen süreyle kendiliğinden gerilemeyebilir. Dolayısıyla aktif kanser tedavisinin sona ermesi, psikososyal izlemin de sona ermesi gerektiği anlamına gelmez.

Sağkalanlar içinde genç erişkinler ayrıca dikkat gerektiren bir gruptur ve birbirinden bağımsız iki kaynak bu yönde bulgular sunmaktadır. Osmani ve arkadaşlarının (2023) ergen ve genç erişkin sağkalanlarda yaptığı meta-analizde distres, anksiyete ve depresyon oranlarının dikkate değer düzeylerde olduğu bildirilmiştir. Luigjes-Huizer ve arkadaşlarının (2022) verilerinde ise nüks korkusunun yaş ilerledikçe azaldığı ve en yüksek düzeylere daha genç yaş gruplarında ulaştığı görülmüştür. Farklı örneklem ve ölçüm yöntemleri kullanan bu iki çalışmanın benzer yönde

sonuç vermesi, genç sağkalanların izlem planında ayrı bir yer tutmasını desteklemektedir.

Yaşlı kanser hastalarında ise temel sorunlardan biri, kanıt tabanının kendisindeki eksikliktir. Vita ve arkadaşları (2023), derlemelerinde yalnızca yaşlı hastalarda yürütülmüş herhangi bir randomize çalışma bulamadıklarını belirtmektedir. Bu eksiklik özellikle dikkat çekicidir; çünkü yaşlı hastalar onkoloji popülasyonunun önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Sonuç olarak bu grupta antidepresan kullanımına ilişkin kararlar büyük ölçüde daha genç kanser hastalarından elde edilen verilerle genel geriatrik psikofarmakoloji bilgisinin birlikte değerlendirilmesine dayanır.

Tanısal açıdan da yaşlı hastalar ayrı güçlükler taşır. Andersen ve arkadaşları (2023), yaşlı erişkinlerde depresyonun saptanmasının daha zor olabileceğine özellikle dikkat çekmektedir. Güvenlilik açısından ise yaşın kendisi ilaç ve doz seçiminde belirleyici olabilir. Örneğin CPIC kılavuzunda sitalopram için önerilen günlük 20 mg üst sınırı, CYP2C19 yavaş metabolize edicilerin yanı sıra 60 yaş üzerindeki hastaları da kapsamaktadır (Bousman ve ark., 2023).

Bu grupta risk öngörü modellerinden yararlanmak mümkün olsa da bu araçların sınırları göz önünde bulundurulmalıdır. Belvederi Murri ve arkadaşlarının (2025) verilerinde görüldüğü gibi, modellerin depresyon gelişmeyeceğini öngördüğü hastaların azımsanmayacak bir bölümünde daha sonra depresyon ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle bu tür araçlar, hangi hastaların daha yakından izlenmesi gerektiğini belirlemeye yardımcı olabilir; ancak düşük riskli görünen hastaları izlem dışında bırakmak için kullanılmamalıdır.

Bu üç grubun ortak özelliği, standart kanıtın klinik kararı tek başına belirlemekte yetersiz kaldığı ölçüde bireysel değerlendirmenin önem kazanmasıdır. İleri evre hastada zaman kısıtı, sağkalanlık döneminde izlemin sürekliliği, yaşlı hastada ise hem veri eksikliği hem de güvenilirlik sorunları öne çıkar. Bu nedenle özel klinik durumlarda temel yaklaşım, genel önerileri doğrudan uygulamak değil, hastanın hastalık evresi, yaşam beklentisi, yaş, eşlik eden hastalıklar, tedavi yükü ve bireysel tercihleri doğrultusunda yeniden yorumlamaktır.

11. SONUÇ VE KLİNİK ÖNERİLER

Burada önem taşıyan temel ayrım, bir belirtinin varlığı ile psikiyatrik bir bozukluğun varlığının aynı şey olmadığıdır. Bu ayrımın gözden kaçırılması iki yönlü bir değerlendirme hatasına yol açabilir. Bir tarafta, hastanın içinde bulunduğu koşullar açısından anlaşılabilir bir duygusal tepki gereksiz biçimde patolojikleştirilebilir; diğer tarafta ise tedavi edilebilir bir psikiyatrik bozukluk, kanserin doğal bir parçası olarak kabul edilip gözden kaçırılabilir.

Klinisyenin bu ayrımı yaparken başvurabileceği ölçütler sınırlı olmakla birlikte klinik açıdan yol göstericidir. Belirtilerin süresi ve şiddeti, bilişsel içeriği ve hastanın hastalık sürecinin hangi evresinde bulunduğu birlikte değerlendirilmelidir. Somatik belirtiler ve işlev kaybı onkoloji hastalarında kanserin kendisi ve tedavi etkileriyle örtüşebildiği için tanısal özgüllüklerini kısmen yitirir. Bu nedenle değerlendirmede değersizlik ve aşırı suçluluk duyguları, kendine yönelik olumsuz değerlendirmeler ve hastalığın nesnel seyriyle orantısız umutsuzluk gibi bilişsel belirtiler daha fazla ağırlık kazanır.

Klinik uygulamada üç nokta özellikle öne çıkar. İlk olarak, tarama tanı koymaz. Yüksek bir tarama puanı, bir bozukluğun varlığını göstermekten çok, hasta ile daha

ayrıntılı bir görüşme yapılması gerektiğine işaret eder. Tarama araçlarının pozitif kestirim değerlerinin görece düşük olması da bu ayrımı zorunlu kılar.

İkinci olarak, kesme noktaları kullanıldıkları bağlamdan bağımsız değildir. Türkçe araçlara ilişkin veriler sınırlıdır ve HADS'in Türkçe geçerlilik çalışması doğrudan kanser hastalarından oluşan bir örnekleme yapılmamıştır. Bu nedenle farklı popülasyonlarda belirlenmiş eşiklerin onkoloji hastalarına doğrudan aktarılması temkinle ele alınmalıdır.

Üçüncü olarak, tedavi seçiminde basamaklı bakım yaklaşımı yol göstericidir. Psikolojik ve psikososyal müdahaleler özellikle hafif ve orta şiddette belirtilerde ön planda yer alırken, farmakoterapi hastanın belirti şiddeti, önceki tedavi yanıtı, tercihleri, psikososyal tedavilere erişimi ve ilk basamak müdahalelere verdiği yanıt dikkate alınarak değerlendirilmelidir. Kanser hastalarında antidepresanların etkinliğine ilişkin çalışmalar olası bir yarara işaret etmekle birlikte, kanıtın kesinliği düşüktür ve farklı antidepresanları doğrudan karşılaştıran veriler yetersizdir. Bu nedenle ilaç seçiminde yalnızca olası etkinlik farklılıkları değil; yan etki profili, ilaç etkileşimleri,

eşlik eden tıbbi durumlar, önceki tedavi deneyimi ve hastanın tercihleri birlikte dikkate alınmalıdır.

Alanın önemli bilgi boşlukları vardır ve bunları belirtmek, mevcut kanıtın sınırlarını doğru tanımlamanın bir parçasıdır. Kanser hastalarında anksiyete müdahalelerini değerlendiren randomize çalışmalar son derece sınırlıdır. Prosedür anksiyetesi, beklenti bulantısı ve organik nedenlere bağlı anksiyete tabloları konusunda da sistematik veri yetersizdir.

Yeni araştırma alanları bu boşlukları henüz doldurmuş değildir. Yaşamı tehdit eden hastalığı bulunan kişilerde psilosibin ve LSD ile yürütülen çalışmalarda anksiyete ve depresif belirtiler açısından plaseboya üstünlük bildirilmiş ve tedavilerin genel olarak iyi tolere edildiği gösterilmiştir. Bununla birlikte kanıt düşük ve çok düşük kesinlikte değerlendirilmiştir (Schipper ve ark., 2024). Dijital müdahaleler açısından Türkiye’den de erken dönem bir veri bulunmaktadır. Akdoğan ve arkadaşlarının (2025) iki merkezli randomize çalışmasında, kemoterapi almamış 160 hastada büyük dil modeli temelli danışmanlık uygulanan grupta izlem sırasında HADS anksiyete ve depresyon medyanları daha düşük bulunmuştur. Ancak bu sonuç tek

bir çalışmaya dayanmaktadır ve eldeki bilgi yalnızca özet düzeyindedir.

Sonuç olarak bu bölümün klinisyene bıraktığı şey sabit bir tanı ya da tedavi listesi değil, tutarlı bir sorgulama düzenidir: Belirti ne kadar süredir var? Ne kadar şiddetli? Bilişsel içeriği ne? Tıbbi ya da ilaca bağlı nedenler yeterince değerlendirildi mi? Ve en önemlisi, hasta içinde bulunduğu aşamada neye gereksinim duyuyor ve neyi tercih ediyor?

Onkolojide ruhsal belirtilerin değerlendirilmesindeki temel hedef, her sıkıntıya tanı koymak ya da her belirtiyi hastalığın doğal sonucu saymak değildir. Amaç, müdahale gerektiren tabloyu zamanında tanımak, gereksiz etiketlemeden kaçınmak ve hastanın tıbbi durumu, yaşam bağlamı ve tercihleriyle uyumlu bir bakım sunmaktır.

KAYNAKÇA

Akdogan, O., Uyar, G. C., Yesilbas, E., Baskurt, K., Malkoc, N. A., Ozdemir, N., ... Sutcuoglu, O. (2025). Effect of a ChatGPT-based digital counseling intervention on anxiety and depression in patients with cancer: A prospective, randomized trial. *European Journal of Cancer*, 221, 115408. doi:10.1016/j.ejca.2025.115408

Andersen, B. L., Lacchetti, C., Ashing, K., Berek, J. S., Berman, B. S., Bolte, S., ... Rowland, J. H. (2023). Management of anxiety and depression in adult survivors of cancer: ASCO guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, 41(18), 3426-3453. doi:10.1200/JCO.23.00293

Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L. & Kültür, S. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 280-287.

Belvederi Murri, M., Sciavicco, G., Specchia, M., Marozzi, M., Muscettola, A., Zaccagnino, B., ... Grassi, L. (2025). Risk prediction models for depression in older adults with cancer. *BMC Psychiatry*, 25(1), 1106. doi:10.1186/s12888-025-07578-6

Bousman, C. A., Stevenson, J. M., Ramsey, L. B., Sangkuhl, K., Hicks, J. K., Strawn, J. R., ... Bishop, J. R. (2023). Clinical

Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) guideline for CYP2D6, CYP2C19, CYP2B6, SLC6A4, and HTR2A genotypes and serotonin reuptake inhibitor antidepressants. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 114(1), 51-68. doi:10.1002/cpt.2903

Bush, S. H. & Bruera, E. (2009). The assessment and management of delirium in cancer patients. *The Oncologist*, 14(10), 1039-1049. doi:10.1634/theoncologist.2009-0122

Chavda, T., Lawal, A., Sowunmi, A., Adegboyega, B., Alabi, A., Chung, C. C., ... Bamodu, O. A. (2026). Validation and limitations of the distress thermometer in identifying depression among metastatic breast cancer patients in Nigeria. *PLOS ONE*, 21(1), e0341221. doi:10.1371/journal.pone.0341221

Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M. & Lander, S. (1994). Prevalence of depression in the terminally ill: Effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. *American Journal of Psychiatry*, 151(4), 537-540. doi:10.1176/ajp.151.4.537

Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M. & Lander, S. (1997). "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, 154(5), 674-676. doi:10.1176/ajp.154.5.674

Costa, B. A., Costa, V. A., Oliveira, D., Fontenele, R., Coelho, H. G. B., Brown, K., ... Quest, T. E. (2025). Methylphenidate for depression in advanced cancer: Exploratory meta-analysis of randomized trials. *Journal of Pain and Symptom Management*, 71(3), e377-e386. doi:10.1016/j.jpainsymman.2025.11.014

Endicott, J. (1984). Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer*, 53(10 Suppl), 2243-2249. doi:10.1002/cncr.1984.53.s10.2243

Fann, J. R., Vanderlan, J., Brewer, B. W., Corbett, C., Keller, J., Lahijani, S., ... Darlow, S. (2026). NCCN Guidelines Insights: Distress management, version 1.2026. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 24(4), e260018. doi:10.6004/jnccn.2026.0018

Fu, W., Liu, Y., Jiang, Y., Chu, H., Shao, R., Chen, P., ... Liang, W. (2025). Treatments of depressive symptoms in cancer patients: A systematic review and network meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 15(1), 327. doi:10.1038/s41398-025-03507-z

Grassi, L., Sabato, S., Rossi, E., Marmai, L. & Biancosino, B. (2009). Affective syndromes and their screening in cancer patients with early and stable disease: Italian ICD-10 data and performance of the Distress Thermometer from the

Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS). *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 193-199. doi:10.1016/j.jad.2008.07.016

Grassi, L., Johansen, C., Annunziata, M. A., Capovilla, E., Costantini, A., Gritti, P., ... Bellani, M. (2013). Screening for distress in cancer patients: A multicenter, nationwide study in Italy. *Cancer*, 119(9), 1714-1721. doi:10.1002/cncr.27902

Grassi, L., Nanni, M. G., Rodin, G., Li, M. & Caruso, R. (2018). The use of antidepressants in oncology: A review and practical tips for oncologists. *Annals of Oncology*, 29(1), 101-111. doi:10.1093/annonc/mdx526

Hart, S. L., Hoyt, M. A., Diefenbach, M., Anderson, D. R., Kilbourn, K. M., Craft, L. L., ... Stanton, A. L. (2012). Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 104(13), 990-1004. doi:10.1093/jnci/djs256

Holland, J. C. (1992). Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology*, 1(1), 1-13.

Jiménez-Labaig, P., Aymerich, C., Braña, I., Rullan, A., Cacicedo, J., González-Torres, M. Á., ... Catalan, A. (2024a). A comprehensive examination of mental health in patients with head and neck cancer: Systematic review and meta-

analysis. *JNCI Cancer Spectrum*, 8(3), pkae031.
doi:10.1093/jncics/pkae031

Jiménez-Labaig, P., Aymerich, C., Rullan, A., Cacicedo, J., Braña, I., Nutting, C., ... Catalan, A. (2024b). Prevalence of depressive and anxiety symptoms in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Radiotherapy and Oncology*, 202, 110649.
doi:10.1016/j.radonc.2024.110649

Kissane, D. W., Clarke, D. M. & Street, A. F. (2001). Demoralization syndrome: A relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*, 17(1), 12-21.

Kungwengwe, G., Gowthorpe, C., Ali, S. R., Warren, H., Drury, D. J., Ang, K. L., ... Whitaker, I. S. (2024). Prevalence and odds of anxiety and depression in cutaneous malignant melanoma: A proportional meta-analysis and regression. *British Journal of Dermatology*, 191(1), 24-35.
doi:10.1093/bjd/ljae011

Luigjes-Huizer, Y. L., Tauber, N. M., Humphris, G., Kasparian, N. A., Lam, W. W. T., Lebel, S., ... van der Lee, M. L. (2022). What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic

review and individual participant data meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 31(6), 879-892. doi:10.1002/pon.5921

Ma, X., Zhang, J., Zhong, W., Shu, C., Wang, F., Wen, J., ... Liu, L. (2014). The diagnostic role of a short screening tool—the Distress Thermometer: A meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 22(7), 1741-1755. doi:10.1007/s00520-014-2143-1

Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D. & Prigerson, H. G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA*, 297(7), 716-723. doi:10.1001/jama.297.7.716

Martinez-Calderon, J., García-Muñoz, C., Heredia-Rizo, A. M. & Cano-García, F. J. (2024). The prevalence of anxiety and depression in cancer around the world: An overview of systematic reviews evaluating 128 meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*, 351, 701-719. doi:10.1016/j.jad.2024.01.259

Mitchell, A. J. (2007). Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. *Journal of Clinical Oncology*, 25(29), 4670-4681. doi:10.1200/JCO.2006.10.0438

Mitchell, A. J. (2010). Short screening tools for cancer-related distress: A review and diagnostic validity meta-

analysis. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8(4), 487-494. doi:10.6004/jnccn.2010.0035

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C. & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160-174. doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X

Osmani, V., Hörner, L., Klug, S. J. & Tanaka, L. F. (2023). Prevalence and risk of psychological distress, anxiety and depression in adolescent and young adult (AYA) cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Medicine*, 12(17), 18354-18367. doi:10.1002/cam4.6435

Ostuzzi, G., Benda, L., Costa, E. & Barbui, C. (2015). Efficacy and acceptability of antidepressants on the continuum of depressive experiences in patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews*, 41(8), 714-724. doi:10.1016/j.ctrv.2015.06.003

Ozalp, E., Cankurtaran, E. S., Soygür, H., Geyik, P. O. & Jacobsen, P. B. (2007). Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16(4), 304-311. doi:10.1002/pon.1059

Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I. & Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. *Cancer*, 82(10), 1904-1908. doi:10.1002/(SICI)1097-0142(19980515)82:10<1904::AID-CNCR13>3.0.CO;2-X

Schipper, S., Nigam, K., Schmid, Y., Piechotta, V., Ljuslin, M., Beaussant, Y., ... Boehlke, C. (2024). Psychedelic-assisted therapy for treating anxiety, depression, and existential distress in people with life-threatening diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD015383. doi:10.1002/14651858.CD015383.pub2

Tan, D. J. H., Quek, S. X. Z., Yong, J. N., Suresh, A., Koh, K. X. M., Lim, W. H., ... Huang, D. Q. (2022). Global prevalence of depression and anxiety in patients with hepatocellular carcinoma: Systematic review and meta-analysis. *Clinical and Molecular Hepatology*, 28(4), 864-875. doi:10.3350/cmh.2022.0136

Tuinman, M. A., Gazendam-Donofrio, S. M. & Hoekstra-Weebers, J. E. (2008). Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: Use of the Distress Thermometer. *Cancer*, 113(4), 870-878. doi:10.1002/cncr.23622

Vehling, S., Mehnert-Theuerkauf, A., Philipp, R., Härter, M., Kraywinkel, K., Kuhnert, R. & Koch, U. (2022). Prevalence of mental disorders in patients with cancer compared to matched controls: Secondary analysis of two nationally representative surveys. *Acta Oncologica*, 61(1), 7-13. doi:10.1080/0284186X.2021.1992008

Vita, G., Compri, B., Matcham, F., Barbui, C. & Ostuzzi, G. (2023). Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD011006. doi:10.1002/14651858.CD011006.pub4

Vitale, E., Halemani, K., Shetty, A., Chang, Y. C., Hu, W. Y., Massafra, R. & Moretti, A. (2024). Sex differences in anxiety and depression conditions among cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancers*, 16(11), 1969. doi:10.3390/cancers16111969

Walker, J., Sawhney, A., Hansen, C. H., Ahmed, S., Martin, P., Symeonides, S., ... Sharpe, M. (2014). Treatment of depression in adults with cancer: A systematic review of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 44(5), 897-907. doi:10.1017/S0033291713001372

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

KANSER HASTALARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE

Belirtiden Bozukluğa Tanısal Değerlendirme ve Tedavi

yaz

yayınları

YAZ Yayınları

M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3

İscehisar / AFYONKARAHİSAR

Tel : (0 531) 880 92 99

yazyayinlari@gmail.com • www.yazyayinlari.com

ISBN: 978-625-8926-49-1



9 786258 926491