

# Kan psykologisk behandling hjelpe kreftpasienter?

En rekke studier tilsier at ulike former for systematisk psykologisk behandling kan bedre livskvalitet og sykdomsmestring, samt redusere angst og depresjon hos pasienter med kreft. Systematiske litteraturstudier viser statistisk signifikante effektstørrelser, men også at tidligere studier er beheftet med metodologiske svakheter som begrenser påliteligheten av de positive funnene. Denne artikkelen gjennomgår nyere kontrollerte studier fra 1992–2000 og dokumenterer at selv om sju av ti undersøkelser viser positive funn, kan det likevel reises spørsmål ved påliteligheten. Både kognitiv, psykoedukativ og støttende psykoterapi kan nyttes som supplement til den medisinske behandlingen, men videre forskning bør være langt mer metodologisk pålitelig, og dessuten mer spesifikk i problemstillinger, utvalg av pasienter og behandlingstilnærming for å øke grad av kostnad-nytte-verdi i den kliniske hverdag.

Å motta en kreftdiagnose og å leve med sykdommen kan gi en rekke psykiske vansker. Psykisk sykkelighet blant kreftpasienter er godt dokumentert og ligger 2–3 ganger høyere enn i befolkningen for øvrig (1–4). Utbredte psykiske vansker er alvorlige stressreaksjoner, tretthet, depresjon, angst, familieproblemer og svekket selvtillit. Ytterligere psykiske belastninger kan inntreffe som følge av de somatiske bivirkningene av den medisinske behandlingen (3). Forekomsten av psykiske lidelser hos kreftpasienter kan variere fra 1–50 %, avhengig av blant annet type, stadium og forløp av kreftsykdommen. Behandlingsmålene ved kreft kan være kurative, livsforlengende og palliative. Økt livskvalitet og bedret sykdomsmestring er overordnede mål for palliativ behandling. Valg av mål for behandling reiser prinsipielle medisinske, psykologiske og etiske spørsmål som må vurderes for den enkelte pasient.

Vanlig omsorg fra sykepleiere og leger vil alltid være en integrert del av den medisinske behandlingen. Psykologisk behandling skiller seg fra dette ved at den er profesjonelt regissert, systematisk, teoribasert og målret-

**Kjersti Fredheim  
Jan H. Rosenvinge**  
janr@psyk.uit.no  
Institutt for psykologi  
Universitetet i Tromsø  
9037 Tromsø

**Arne Holte**  
Psykologisk institutt  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1094 Blindern  
0317 Oslo

Fredheim K, Rosenvinge JH, Holte A.

**Psychological treatment of cancer. A review of controlled studies from 1992–2000.**

*Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2164–8.*

*Background.* A number of studies have shown that psychological interventions may supplement the medical treatment of cancer patients by reducing psychological morbidity and increasing their quality of life. However, previous literature reviews point to methodological flaws limiting the specific and definite conclusions that can be drawn with respect to intervention effects.

*Material and methods.* Through searches in Medline, Embase and PsycINFO, the present study aims to review recent controlled studies from 1992–2000.

*Results.* Of the ten studies identified, seven reported effects of cognitive, psycho-educational and supportive treatment of various forms of cancer.

*Interpretation.* As found in the previous literature reviews, methodological shortcomings limit what firm conclusions may be drawn in order to guide clinicians as to what kind of interventions will be cost-effective for specific cancer patient groups. Nevertheless, the present as well as the previous reviews indicate that psychological treatment of cancer patients should be continued and that more well-controlled studies should be conducted.

☞ Se også side 2140

tet. Formålet er gjerne smertelindring, mestring av bivirkninger av medisinsk behandling, reduksjon av psykiske plager, stimulering av optimisme og mobilisering av mentale ressurser (5) for å bedre sykdomsmestring og livskvalitet. De vanligste metodene er hentet fra kognitiv terapi, psykoedukative teknikker og ulike former for avspenningsøvelser, og kan omfatte individual- eller gruppesamtaler. Til forskjell fra behandling

i psykisk helsevern, er intervensjonene ofte mer episodiske, og kan foregå både i medisinsk avdeling og i pasientens hjem. Uansett kreves et nært samarbeid med medisinsk personell og pasientens familie (3).

Det særlige alvor ved en kreftdiagnose krever rimelig sikkerhet for at psykologiske tiltak faktisk har ønsket effekt. Tidligere metaanalyser (6–8) viser varierende effektstørrelse for psykoedukative tilnærminger, og moderat effekt av intervensjoner rettet mot sykdomsmestring og bedring av depressivt stemningsleie. Disse metaanalysene dekker litteraturen frem til 1992. Formålet med denne artikkelen er å gi en oversikt og metodologisk vurdering av hvorvidt nyere kontrollerte studier fra 1992–2000 belyser om psykologisk behandling kan være et betydningsfullt supplement til den medisinske behandlingen.

## Metode

### Litteratursøk

Det er ofte en tidsforsinkelse fra en studie er publisert og til den registreres i databasene. Litteratursøket ble derfor gjort i mars 2001 for å fange opp alle relevante artikler fra 1992 til og med 2000. Databasene Medline, Embase og PsycINFO ble benyttet med søkeordene «cancer» som tittelord, kombinert med «psychological intervention» og «quality of life». Dette gav 31 treff. For å utvide søket brukte man hovedordene sammen med systematiske kombinasjoner av «cognitive», «cognitive therapy», «intervention», «psychological intervention», «psychotherapy», «individual therapy», «group therapy» og «psychosocial» enten som søkeord eller MESH-termer (Medical subject headings). Dette gav ytterligere 30 titler i den aktuelle tidsperioden, og således ble 61 studier identifisert i utgangspunktet.

Deretter filtrerte man bort studier som omhandlet barn, studier der behandling i hovedsak var rettet mot å forlenge levetid, samt studier som ikke benyttet kontroll- eller sammenlikningsgrupper.

Studiene ble vurdert ut fra slutningsstyrke i design, pasientutvalg og instrumentenes reliabilitet og validitet i forhold til den type intervensjon som ble anvendt. Lavt antall undersøkelser, stor spredning og store ulikheter mellom undersøkelser gjorde at en kvalitativ metodebedømmelse og forsiktighet med kvantitative estimater ble foretrukket fremfor metaanalyse.

**Tabell 1** Oversikt over krefttyper, antall pasienter og design i studiene

Publikasjon	Krefttyper	Terapigruppe Antall	Kontrollgruppe Antall	Pretest	Posttest
Marchioro og medarbeidere (9)	Bryst	18	18	Ja	1, 3, 6 og 9 md.
Pruitt og medarbeidere (10)	Ulike	15	16	Ja	1 + 3 md.
Berglund og medarbeidere (11)	Bryst + ovarier	98	101	Ja	3, 6 og 12 md.
Elsesser og medarbeidere (12)	Ulike	10	10	Ja	Terapislutt + 3 uker
Mantovani og medarbeidere (13, 14)	Ulike	72	0	Ja	2,5 + 5 md.
Evans & Connis (15)	Ulike	27 og 21	24	Ja	8 uker + 6 md.
Moynihan og medarbeidere (16)	Testikkel	73	81	Ja	2, 4 og 12 md.
Benor og medarbeidere (17)	Ulike	48	46	Ja	Terapislutt
Greer og medarbeidere (18)	Ulike	72	84	Ja	8 uker + 4 md.
Forester og medarbeidere (19)	Ulike	24	24	Ja	3, 6, 10 og 14 uker

**Resultater***Design*

Ti undersøkelser (9–19) fra internasjonale tidsskrifter var relevante for denne oversiktsstudien. En sammenfatning av undersøkelsene (tab 1) viser stor variasjon i krefttyper. Alle studiene brukte randomisert fordeling til intervensjons- og kontroll-/sammenlikningsgruppe samt før- og ettermålinger på medisinske og psykologiske variabler. De samme type instrumenter (tab 2) ble brukt ved før- og ettermålinger. To undersøkelser (9, 10) benyttet enkelte skjemaer kun i startfasen for å kartlegge psykiske

symptomer. Pasientenes alder var gjennomsnittlig ca. 50 år. Behandlingen ble i hovedsak utført av sykepleiere, i noen grad også av leger og psykologer (tab 3).

*Psykologiske intervensjoner og effektfunn*

Behandlingene falt innen fire hovedgrupper: kognitiv terapi (korrigere maladaptive tanke-mønstre, stressmestring), psykoedukativ behandling (gi informasjon, fortolke og forklare), støttende psykoterapi og stressavslappingsøvelser, samt kombinasjoner av disse.

Fem undersøkelser (9, 11–14) spesifiserte hvilke psykiske vansker som var mål for behandlingen. De øvrige benyttet mer globale mål (bedre livskvalitet, redusere psykiske symptomer, bedre problemløsning, bedre evne til å mestre stress). De fleste undersøkelsene vurderte effekt av psykologisk behandling mot vanlig pleie som kontrollbetingelse, mens fire undersøkelser (9, 13–15) sammenliknet effekt av ulike intervensjoner. Alle omhandlet korttidsterapi med gjennomsnittlig varighet fire måneder (spredning 1–12 måneder), og hver terapitime var 30–90 minutter. Det var like mange

**Tabell 2** Oversikt over instrumenter og behandlingsmål i studiene

Publikasjon	Instrumenter	Målingsfokus
Marchioro og medarbeidere (9)	Beck Depression Inventory (BDI), Functional Living Index-Cancer (FLIC), Personlighet (16 PF), Interx Introject Questionnaire (IIQ)	Depresjon, livskvalitet, personlighetsvurdering
Pruitt og medarbeidere (10)	Brief Symptom Inventory (BSI), Inventory of Current Concerns (ICC), Knowledge Questionnaire (KQ), Omega Screening Instrument (OSI)	Symptomkartlegging, psykologisk stress
Berglund og medarbeidere (11)	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), The Cancer Inventory of Problem Situations (CIPS), Mental Adjustment to Cancer Scale (MACS)	Depresjon, angst
Elsesser og medarbeidere (12)	State Trait Anxiety Inventory (STAI), Depression Scale, Complaints Inventory (DSCI), Locus of Control (LC), Mutilation Fear Questionnaire (MQ), Quality of Life Index (QL)	Depresjon, angst, kroppslige plager, helsekontrollspørsmål
Mantovani og medarbeidere (13, 14)	Self Reporting Questionnaire (SRQ), Karnofsky's Performance Status Scale (KPSS), Scott-Huskinsons visual analogue for the subjective evaluation of pain, Beck Depression Inventory (BDI), State Trait Anxiety Inventory (STAI), Spitzer's Quality of Life Index (QLI), Functional Living Index-Cancer (FLIC), Subjective Chemotherapy Impact (SCI)	Livskvalitet, smerte, Depresjon, angst
Evans & Connis (15)	Center for Epidemiological Studies (CES-D), Social Provisions Scale (SPS), Symptom Check List, Revised (SCL-90-R) Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC)	Depresjon, sosial støtte, helse- og påvirkningstro
Moynihan og medarbeidere (16)	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC), Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS-SR), Rotterdam Symptom Checklist (RCL), Brannon Masculinity Scale, Emotional Concealment Subscale, Rieker Sexual Adjustment Scale (RSAS)	Depresjon, angst, psykososial tilpasning
Benor og medarbeidere (17)	Symptom Control Assessment (SCA)	Psykologiske vansker
Greer og medarbeidere (18)	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC), Rotterdam Symptom Checklist (RCL)	Depresjon, angst
Forester og medarbeidere (19)	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)	Affektive forstyrrelser

**Tabell 3** Psykologiske intervensjoner og effektfunn

Publikasjon	Intervensjon	Type samtaler	Minutter/ sesjon	Varighet (uker)	Behandler	Resultat
Marchioro og medarbeidere (9)	Kognitiv terapi + familieveiledning	Individual-	50	36	Psykolog	Redusert depresjon, bedret livskvalitet og emosjonell mestring
Pruitt og medarbeidere (10)	Edukativ terapi + kommunikasjonsøvelser	Individual-	60	4	Prest, sykepleier, sosialarbeider	Noe redusert depresjon, ellers ingen klare effekter
Berglund og medarbeidere (11)	Kognitiv og edukativ terapi, rehabilitering + fysisk trening, mestringstrening	Gruppe-	Ikke oppgitt	7	Onkologisk sykepleier	Redusert angst og depresjon, smerte og tretthet, bedre fysisk styrke, optimisme og kroppsbildeopplevelse
Elsesser og medarbeidere (12)	Kognitiv og edukativ terapi + avspenningsøvelser	Gruppe-	Ikke oppgitt	6	–	Ingen bedring i livskvalitet, kroppslige plager, indre kontroll eller angst
Mantovani og medarbeidere (13, 14)	a) psykofarmakologisk, b) a + sosial støttegruppe, c) psykoterapi, autogen trening og støtte)	Gruppe-	Ikke oppgitt	b) 20 c) 24	b) Psykolog, psykiater, c) psykolog	Best resultater når medikamentell behandling kombineres med andre metoder
Evans & Connis (15)	Sammenliknet kognitiv terapi, sosial støtte mot ikke-behandling	Gruppe-	60	8	Sosialarbeider	Sosial støtte gav mindre depresjon, angst og fiendtlighet
Moynihan og medarbeidere (16)	Kognitiv terapi	Individual-	60	50	Spesialsykepleier	Noe initial angstreduksjon, ellers ingen klare effekter
Benor og medarbeidere (17)	Kognitiv og edukativ terapi, rehabilitering + fysisk trening, mestringstrening	Individual-	60	12	Onkologisk sykepleier	Redusert stressintensitet og avhengighet, bedre familiestøtte og kunnskap om symptomkontroll
Greer og medarbeidere (18)	Kognitiv terapi	Individual-	60	8	Psykolog og lege	Redusert hjelpeløshet, angst, depresjon og psykisk stress, bedret optimisme
Forester og medarbeidere (19)	Støttende/edukativ (katarsis, tolking, forklaring)	Gruppe-	90	10	Leger	Færre somatiske symptomer, bedre mestring, emosjonell uttrykk og livskvalitet

studier som benyttet individualterapi og gruppeterapi og alle omfattet kroppslige plager, smerte og tretthet i tillegg til psykologiske mål (tab 3).

Sju studier viste reduksjon i angst- og depresjonsnivå, økt livskvalitet, økt emosjonell mestring, økt vilje til å bekjempe sykdommen, redusert følelse av hjelpeløshet, redusert fiendtlighet og færre somatiske plager (tab 3). Tre studier viste ubetydelig (10, 12) eller ingen (16) effekt av den psykologiske behandlingen.

## Diskusjon

### Utvalgsprosedyre og seleksjonskriterier

Med ett unntak (17) der pasientene ble behandlet hjemme, var behandlingssted ikke oppgitt, men indirekte kan man slutte seg til at terapien foregikk i sykehus. Pasienter under medisinsk behandling er ofte mer emosjonelt stresset før og under behandling (18), og flere undersøkelser fant at både intervensjons- og kontrollgruppen hadde høyt psy-

kologisk stressnivå før behandlingsstart sammenliknet med normalpopulasjonen. Seleksjonskriterier i flere av undersøkelsene var imidlertid lav suicidalfare, samt lav grad av angst og depresjon. To undersøkelser (9, 10) benyttet diagnostisert psykisk lidelse som utelukkelseskriterium. Resultatene er dermed først og fremst gyldige for pasienter innlagt i sykehus og som opplever psykologisk stress knyttet til sykdommen og den medisinske behandlingen.

I halvparten av undersøkelsene hadde pasienter i intervensjonsgruppen høyere grad av angst og depresjon ved oppstart av psykologisk intervensjon enn pasienter i sammenlikningsgruppen. Potensielle påvirkningsfaktorer som pasientenes forventninger og placeboeffekter omtales ikke i noen av undersøkelsene, men i flere av dem oppgis det at pasienter som ble fordelt til intervensjonsgrupper fikk fortalt at det å delta kunne gi psykologiske gevinster. Dermed kan randomiseringsprosedyrene ha vært så utilstrekkelige at systematiske gruppeforskjeller mer

enn effekt av de psykologiske intervensjonene kan forklare positive funn.

I flere undersøkelser var sykdomsstadium ikke oppgitt. Noen inkluderte pasienter kun i stadium 1 (ingen metastaser), andre hadde med pasienter fra alle de fire sykdomsstadier.

De fleste pasientene hadde enten gjennomgått eller var i gang med strålebehandling og/eller cellegiftkur, eller ble operert like før eller i tilslutning til den psykologiske intervensjonen. Kun én studie (15) vurderte pasientene før og etter strålebehandling. I ni av studiene var med andre ord utvalgene høyst ulike, også innbyrdes i de ulike studiene, med hensyn til sykdomsgrad, grad av medisinsk behandling samt somatiske og psykiske bivirkninger. Ulike krefttyper og sykdomsstadier kan representere prognostiske undergrupper. Dermed kan det foreligge en variasjon innen gruppen med hensyn til hvorvidt man responderer positivt eller negativt på psykologisk behandling.

### *Utvalgsstørrelse og frafall*

Antallet i gruppene varierte fra ti (12) til 100 (17). Tre undersøkelser hadde mindre enn 20 personer i gruppene (9, 10, 12). Store utvalg øker muligheten til å representere den sanne populasjonen, som gir økt statistisk kraft slik at man kan trekke pålitelige konklusjoner om behandlingseffekt. I små grupper vil derimot individuelle forskjeller påvirke resultatene mer.

Sju av undersøkelsene opplyste om antall pasienter som ikke besvarte spørreskjemaene og om frafall underveis i studiene. Eksempler på systematisk frafall er underrepresentasjon av de somatisk dårlige pasientene (15), eller at de som falt fra, var eldre og fra lavere sosiale lag (18). Kun én studie (18) påviste ingen forskjell i sykkelighetsnivået hos de pasientene som falt fra sammenliknet med pasienter som fullførte undersøkelsen.

### *Psykometriske aspekter*

Ni av undersøkelsene oppgav validitet og reliabilitet for instrumentene (tab 2) som ble brukt, og de fleste er allment akseptert som psykometrisk pålitelige (20). Samtlige undersøkelser inneholdt dessuten kildehenvisninger slik at instrumentenes psykometriske kvalitet kunne kontrolleres. Man brukte flere instrumenter som presumptivt måler de samme psykologiske fenomener, og dette bidrar til ytterligere å sikre validitet og redusere risiko for systematiske feil. Imidlertid opplyses det sjelden om faktiske interkorrelasjoner. I to undersøkelser (17, 19) foretok man kliniske intervjuer i tillegg til selvrporteringskjemaene, og alle studier hadde tilleggsspørsmål om medisinske og psykologiske forhold hos pasientene. Fremfor originale måleinstrumenter, var det utstrakt bruk av modifiserte skalaer forsøkt tilpasset den spesifikke pasientgruppen. Dette er et problematisk metodologisk valg fordi det krever nye valideringsundersøkelser (21). Ingen studier opplyser om dette er gjort. Eksempelvis kan depresjonssymptomer som tretthet og vektreduksjon også være konsekvenser av kreft, samt den medisinske behandlingen eller bivirkningene av denne (22).

Livskvalitet er et sentralt begrep i studiene, og begrepet kan operasjonaliseres på ulike måter. Dette blir ikke problematisert. I stedet støtter man seg på instrumenter som presumptivt måler ulike aspekter av livskvalitet hos kreftpasienter. Tidligere psykometrisk vurdering (23, 24) av de om lag 20 tilgjengelige mål på livskvalitet, fremhever for øvrig ingen med hensyn til klinisk anvendelse, effektiv administrering, skåring, reliabilitet og validitet, og derfor som tilstrekkelig spesifikke mål på livskvalitet hos kreftpasienter.

### *De psykologiske tiltakene*

Gjennomgående var den psykologiske behandlingen lite presist beskrevet. Det kan gjøre det vanskelig å vurdere om effekt er

påvirket av andre forhold (tab 3). God beskrivelse er også en forutsetning for replikasjon og validering av resultatene. Endringsmålene var dessuten ofte vage, og inneholdt mange ulike aktiviteter, og forventet endring var unøyaktig beskrevet. Kun én studie (11) undersøkte fysisk styrke og trening, tretthet og smerte målt i subskalaer i instrumentene, mens en annen (19) målte psykologiske og fysiologiske symptomer separat. Strukturert eller manualisert behandling kan redusere terapeutsesifikk påvirkning, spesielt når flere behandlere er involvert. Dette finnes i én studie (19), mens det i en annen (16) ble gjort videoopptak av terapitimene. Ingen av de andre undersøkelsene opplyste om slike tiltak. Andre måter å kontrollere for effekt av terapeutstil er at samme behandler utfører alle tiltakene. Særlig to undersøkelser (10, 15) følger ikke et slikt prinsipp, der behandlere fra ulike yrkesgrupper ledet hver sine terapigrupper.

Kun tre undersøkelser (16, 18, 19) angir spesifikt at behandler ikke deltok i intervjuer eller administrering og skåring av instrumenter. I de øvrige kan dermed uttalte forventninger til resultatene representere en betydelig feilkilde. Seks av de ti undersøkelsene (tab 3) kombinerte ulike typer psykologiske intervensjoner. De hyppigste var kognitiv atferdsterapi, psykoedukativ terapi og støttende terapi. Resultatene bekrefter tidligere litteraturstudier (20); det er motstridende funn når det gjelder å velge gruppe- eller individualterapi, samtidig synes det klart at kreftpasienter profitterer på kombinasjon av ulike intervensjoner (23, 24). I en forstand er dette viktig informasjon. Imidlertid gjør det det vanskelig å identifisere presist hva som er de virksomme elementer i tiltakene.

### *Intervensjonseffekt*

Sju av ti undersøkelser fant signifikant bedring i ulike psykiske og somatiske variabler ved bruk av både kognitiv terapi, psykoedukativ terapi, støtteterapi og avspenningsøvelser. Endringene var rimelig konsistente ved oppfølging 6–12 måneder etter terapislutt. Som nevnt, kan likevel flere forhold utenom terapien ha påvirket resultatene. Det gjelder forventningseffekter, seleksjons-skjevhet, og uspesifikke terapieffekter som sosial støtte og mulighet for å dele erfaringer. Sistnevnte kan særlig være fremtredende ved bruk av gruppeterapi. Metodiske svakheter virker særlig fremtredende i studiene med negative resultater. I en av disse (10) der man kun fant signifikant lavere depresjonsskårer, men verken bedre sykdomskunnskap eller sykdomsmeistring, diskuteres om randomiseringsprosedyren var mangelfull. I intervensjonsgruppen var det flere kvinner, flere var skilt, pasientene var yngre enn i kontrollgruppen og brystkreft var hyppigst representert. I en annen studie (16) der man ikke fant at kognitiv atferdsterapi reduserte angst hos menn med cancer testis, dis-

kuteres det om menn med slik kreftsykdom ikke nødvendigvis profitterer på behandling fordi denne kan svekke følelse av egen maskulinitet og dermed gir økt angstnivå. Den tredje studien med negative resultater (12) viste ingen effekt på angst og kroppslige plager etter seks ukers kognitiv edukativ behandling. Forfatterne trekker her frem kort behandlingstid, lite utvalg og store individuelle forskjeller i pasientgruppen som mulige forklaringer. Tabell 3 viser imidlertid at kort behandlingstid alene er en mindre sannsynlig forklaring på manglende effekt.

Sju av ti kontrollerte undersøkelser viste positive effekter av psykologisk behandling ved kreft, også ved oppfølgingstidspunktet; kun tre benyttet psykologer som behandlere. I likhet med eldre litteratur, er også de nyere studier beheftet med mange metodiske svakheter. Det er grunn til å spørre seg hvorfor man fortsetter å publisere studier der velkjente metodeproblemer ikke blir tatt hensyn til. I noen grad skyldes det at i en klinisk hverdag kan krav til en velkontrollert studie måtte vike for de medisinske og etiske hensyn i behandling av alvorlig syke mennesker. Et annet forhold er at man her, som i andre relativt nye fagfelter, ofte ser en utvikling fra kasuistiske meddelelser og enklere design til mer målrettede og velkontrollerte studier. Hensikten med oversiktsartikler er nettopp å anspore til en slik utvikling innenfor hva som er praktisk mulig. Når dette er sagt, er trolig kostnaden ved feilaktig å akseptere de positive resultatene større enn feilaktig å forkaste dem. Som de tidligere litteraturoversikter (6–8, 20, 25), peker også de siste ti års resultater, om enn usikkert, i retning av at psykologisk behandling kan hjelpe kreftpasienter til å mestre sykdommen. Eksempelvis er det utviklet lovende familiterapimodeller ved terminal kreft samt kognitiv gruppeterapi for yngre kvinner med tidlig diagnostisert brystkreft (26). Dette reiser spørsmål som: Hva slags formalisert psykologisk behandling er kostnadseffektiv i den kliniske hverdagen? Hvilke kreftpasienter bør få slik psykologisk behandling? Hvem bør utføre mer rutinepreget psykologisk behandling? Skal helsepsykologer trekkes inn? Slike spørsmål krever forskning med både bedre randomiseringsprosedyrer, større og mer homogene utvalg av krefttyper, sykdomsstadium, psykisk sykkelighet, kjønn og alder, samt spesifisering og kontroll både av intervensjoner og kompetanse. Nok et spørsmål er hvorvidt redusert psykisk sykkelighet og bedre livskvalitet påvirker prognose og overlevelse ved ulike typer kreftsykdommer. Her er forskningen sparsom og ennå motstridende (27, 28).

Litteratur →

→

#### Litteratur

1. Hughson AV, Cooper AF, McArdles CS, Smith DC. Psychosocial consequences of mastectomy: levels of morbidity and associated factors. *J Psychosom Res* 1988; 32: 383–91.
2. Kissane DW, Bloch S, Onghena P, McKenzie DP, Snyder RD, Dowe DL. The Melbourne Family Grief Study II. Psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 659–66.
3. Taylor SE. *Health psychology*. 3. utg. New York: McGraw Hill, 1995.
4. Thomas SF, Glynne-Jones R, Chait I, Marks DF. Anxiety in long-term cancer survivors influences the acceptability of planned discharge from follow-up. *Psychooncology* 1997; 6: 190–6.
5. Andersen BL. Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 552–68.
6. Devine C, Westlake G. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncol Nurs Forum* 1995; 22: 1369–81.
7. Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with adults cancer patients: a meta-analysis of randomised experiments. *Health Psychol* 1995; 14: 101–8.
8. Sheard T, Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer* 1999; 80: 1770–80.
9. Marchioro G, Azzarello G, Checchin F, Perale M, Segati R, Sampognaro E et al. The impact of a psychological intervention on quality of life in non-metastatic breast cancer. *Eur J Cancer* 1996; 32A: 1612–5.
10. Pruitt B, Waligora-Serafin B, McMahon T, Byrd G, Besselman L, Kelly GM et al. An educational intervention for newly-diagnosed cancer patients undergoing radiotherapy. *Psychooncology* 1993; 2: 55–62.
11. Berglund G, Bolund C, Gustafsson UL, Sjöden PO. One-year follow-up of the «Starting again» group rehabilitation programme for cancer patients. *Eur J Cancer* 1994; 30A: 1744–51.
12. Elsesser K, Van-Berkel M, Sartory G, Biermann-Goecke W, Øhl S. The effects of anxiety management training on psychological variables and immune parameters in cancer patients: a pilot study. *Behav Cogn Psychother* 1994; 22: 13–23.
13. Mantovani G, Astara G, Lampis B, Bianchi A, Curreli L, Orrù W et al. Impact of psychosocial intervention on the quality of life of elderly cancer patients. *Psychooncology* 1996; 5: 127–35.
14. Mantovani G, Astara G, Lampis B, Bianchi A, Curreli L, Orrù W et al. Evaluation by multidimensional instruments of health-related quality of life of elderly cancer patients undergoing three different «psychosocial» treatment approaches: a randomized clinical trial. *Support Care Cancer* 1996; 4: 129–40.
15. Evans RL, Connis RT. Comparison of brief group therapies for depressed cancer patients receiving radiation treatment. *Public Health Rep* 1995; 110: 306–11.
16. Moynihan C, Bliss JM, Davidson J, Burchell L, Horwich A. Evaluation of adjuvant psychological therapy in patients with testicular cancer: randomised controlled trial. *BMJ* 1998; 316: 429–35.
17. Benor DE, Delbar V, Krulik T. Measuring impact of nursing intervention on cancer patients' ability to control symptoms. *Cancer Nurs* 1998; 21: 320–34.
18. Greer S, Moorey S, Baruch JD, Watson M, Robertson BM, Mason A et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *BMJ* 1992; 304: 675–80.
19. Forester B, Kornfeld DS, Fleiss JL, Thompson S. Group psychotherapy during radiotherapy: effects on emotional and physical distress. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1700–6.
20. Trijsburg RW, van-Knippenberg FCE, Rijma SE. Effects of psychological treatment on cancer patients: a critical view. *Psychosom Med* 1992; 54: 489–517.
21. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. 2. utg. Oxford: Oxford Medical Publications, 1995.
22. Sheridan C, Radmacher SA. *Health psychology*. New York: Wiley, 1992: 274–83.
23. Montazeri A, McEwen J, Gillis CR. Quality of life in patients with ovarian cancer: current state of research. *Support Care Cancer* 1996; 4: 169–79.
24. Twillman RK, Manetto C. Concurrent psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression and anxiety in cancer patients. *Psychooncology* 1998; 7: 285–90.
25. Ross-Petersen L, Johansen C, Olsen JH. Har psykosocial intervention blandt cancerpatienter effekt på overlevelse og psykologisk velbefindende? *Ugeskr Læger* 1998; 160: 5625–34.
26. Bloch S, Kissane D. Psychotherapies in psycho-oncology. An exiting new challenge. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 112–6.
27. Gellert GA, Maxwell RM, Siegel BS. Survival of breast cancer patients receiving adjunctive psychosocial support therapy: a 10-year follow-up study. *J Clin Oncol* 1993; 11: 66–9.
28. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2: 888–91. ○

## Annonse