

Omawianie rozpoznania i rokowania z osobami cierpiącymi na choroby nowotworowe

Sushma S. Nakka, MD, David Miller, PhD, Alan B. Astrow, MD

- W celu zapewnienia wysokiej jakości opieki nad osobami z chorobami nowotworowymi trzeba uwzględnić kontekst psychospołeczny ich zdrowia.
- Duchowość i wiara są ważnymi aspektami podejmowania decyzji medycznych – nieuwzględnienie ich w procesie podejmowania decyzji może spowodować, że jego wynik będzie niezadowolający.
- Trening umiejętności komunikacyjnych ma u onkologów podstawowe znaczenie.

Streszczenie

Wielu lekarzy uważa przekazywanie chorym obciążających emocjonalnie informacji dotyczących rozpoznania i rokowania za trudne. Skutkiem złej komunikacji jest błędne rozumienie przez pacjentów charakteru choroby i celów leczenia. Może to niekorzystnie wpływać na podejmowanie decyzji i pogarszać jakość życia. Mimo postępów w naukach i technologiach medycznych lekarze sami stają twarzą w twarz z lękiem, smutkiem i ludzką tragedią. Przekazywanie chorym informacji w sposób zrozumiały i uwzględniający szacunek dla pacjenta jako osoby jest trudnym, ale koniecznym zadaniem wymagającym badań i praktyki. Komunikacja nacechowana empatią i skutecznym przekazywaniem informacji dotyczących rokowania przyczynia się do większej satysfakcji pacjenta. Niepokój budzi duże rozpowszechnienie zespołu wypalenia zawodowego wśród lekarzy zajmujących się pacjentami z chorobami nowotworowymi, co może być związane z tym, że chorzy często oczekują od nich dużo empatii i wsparcia. Trening umiejętności komunikacyjnych umożliwia onkologom naukę przekazywania obciążających emocjonalnie informacji i analizę własnych reakcji na ludzkie cierpienie i tragedię. Może wpłynąć na poprawę satysfakcji zarówno pacjenta, jak i lekarza. Autorzy tego artykułu omawiają, jakie znaczenie w reakcji pacjenta na rozpoznanie choroby nowotworowej mogą mieć cechy osobowości i style radzenia sobie, a także wartości duchowe i kulturowe. Opisują narzędzia i strategie, które mogą pomóc lekarzom w traktowaniu pacjenta jako osoby w praktyce klinicznej.

Wprowadzenie

Omawianie rozpoznania choroby nowotworowej i komunikacja z pacjentami przeżywającymi stres stanowi wyjątkowo ważne, chociaż trudne zadanie związane z zawodem medycznym. Korzyści wynikające z dobrej komunikacji powinny być dobrze znane, jednak przekazywanie złych wiadomości i radzenie sobie z tragedią ludzką nigdy nie jest łatwe, niezależnie od przygotowania danej osoby. Chociaż naturalną reakcją na czyjąś tragedię jest smutek i współczucie, to inną, mniej pożądaną reakcją może być unikanie. Poprawa komunikacji i lepsza łączność między lekarzem a poważnie chorym pacjentem może zapewnić choremu uzyskanie praktycznej wiedzy i wsparcia emocjonalnego, nie-

zbędnych do podejmowania świadomych decyzji, zaś lekarzowi dostarczyć więcej satysfakcji z pracy, a także głębszego poczucia znaczenia i sensu. Autorzy dokonali przeglądu kilku artykułów z piśmiennictwa medycznego, dotyczących perspektywy chorych i lekarzy w omawianiu rozpoznania i leczenia, a także analizujących możliwy wpływ stylu osobowości pacjenta i podstawowych zaburzeń psychicznych na podejście lekarza do procesu przekazywania informacji, w którym uwzględnia on potrzeby chorego. Zaproponowane podejście omawiania rokowania opiera się na negocjacji i komunikacji ukierunkowanej na pacjenta, a także dostępnych badaniach dotyczących tego, co pacjenci chcą wiedzieć.^{1,2}

Dr Nakka, fellow, Hematology/Oncology Division, Maimonides Medical Center, Brooklyn, New York; dr Miller, associate director of Continuing Day Treatment Services, Department of Psychiatry, Maimonides Medical Center; dr Astrow, director, Division of Hematology/Oncology Division, Maimonides Medical Center, Brooklyn.

Autorzy nie zgłaszają żadnych mogących powodować konflikt interesów zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi.

Autorzy pragną wyrazić wdzięczność Vijay Nakka, MSEE za pomoc techniczną.

Adres do korespondencji: Alan B. Astrow, MD, Maimonides Cancer Center, 6300 8th Ave, Brooklyn, NY, 11220, Stany Zjednoczone; e-mail: aastrow@maimonidesmed.org

Perspektywa lekarza

Do trudności, z jakimi spotykają się lekarze podczas omawiania rokowania z pacjentami, należą: decyzja czy przedstawić szacunkowe i statystyczne dane dotyczące szansy na przeżycie; czy u pacjentów ze złym rokowaniem omawiać przewidywaną długość życia; informowanie o rokowaniu w sposób wrażliwy i uczciwy; decyzja czy i w jaki sposób wzbudzać nadzieję; odpowiadanie na potrzeby pacjentów wywodzących się z różnych grup kulturowych, których zapotrzebowanie na informacje diagnostyczne może być różne. Z klinicznego punktu widzenia trudne jest odnalezienie równowagi między tymi budzącymi niepokój aspektami a złożonym charakterem szacunkowej oceny rokowania, przy jednoczesnym przestrzeganiu norm prawnych gwarantujących pacjentom dostęp do wszelkich potrzebnych informacji. W przeprowadzonym ostatnio badaniu sondażowym³ 604 australijskich onkologów stwierdzono, że lekarze ci za główne bariery w angażowaniu pacjenta we wspólne podejmowanie decyzji uznali niewystarczającą ilość czasu, który mogli poświęcić pacjentowi i odmowę pacjentów zastosowania się do zalecanego leczenia, natomiast za najbardziej pomocną uznali wzajemną relację opartą na zaufaniu. Chociaż brakuje jednoznacznych wskazówek, co do tego, jaki jest najlepszy sposób prowadzenia dyskusji na temat rokowania, w piśmiennictwie zaczynają pojawiać się doniesienia oparte na dowodach. Kazuistyczne opisy dokumentują trudności, z jakimi spotykają się lekarze w tej sferze. Jedna ze szkolących się lekarek opisała niedawno młodego pacjenta umierającego z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej i złą sytuację jego ojca, przeżywającego stres związany z tym, że nie został uczciwie poinformowany o nadchodzącej śmierci syna.⁴ Autorka podkreśla, że własny lęk przed śmiercią i przed nieznanym lekarzy opiekujących się tym chorych miały najważniejsze znaczenie w determinowaniu ich niemożności konfrontacji z prawdą.

Coraz większe doświadczenia lekarza niekoniecznie oznacza poprawę jego umiejętności komunikacyjnych. Potrzebne jest formalne szkolenie w przekazywaniu złożonych i trudnych emocjonalnie informacji. Do niedawna tradycyjne programy szkolenia w onkologii koncentrowały się na zdobyciu umiejętności potrzebnych do leczenia różnego rodzaju nowotworów, natomiast nie przygotowywały lekarzy do przyjmowania odpowiedzialności za informowanie pacjentów o niekorzystnym rokowaniu. W 1998 roku na corocznym spotkaniu American Society of Clinical Oncology (ASCO) wśród 400 uczestniczących w sesji onkologów, podczas której mieli przekazywać złe wiadomości, 74% wskazało, że nie przyjęło żadnego swego

podejścia w planowaniu przekazywania złych wiadomości, a >90% za najtrudniejszy aspekt tej sytuacji uznało poradzenie sobie z informacjami pojawiającymi się w trakcie rozmowy.⁵

Środowisko onkologów zareagowało organizowaniem warsztatów, specjalnych sesji podczas corocznych spotkań i włączaniem modułów innowacyjnych treningów umiejętności komunikacyjnych do programów szkolenia w dziedzinie onkologii. Najmocniejsze dowody na korzyści wynikające z treningów umiejętności komunikacyjnych pochodzą z randomizowanych badań klinicznych, oferujących szkolenie podczas bezpośredniego kontaktu z pacjentem lub osobą wcielającą się w jego rolę, w połączeniu z możliwością ćwiczenia umiejętności i uzyskiwania komunikatów zwrotnych w środowisku skoncentrowanym na osobie uczącego się.^{6,7} Opracowano 6-stopniowy algorytm przekazywania złych wiadomości, znany pod akronimem SPIKES (setting – atmosfera, perception – percepcja, invitation – zaproszenie, knowledge – wiedza, emotion – emocje, strategy – strategia i summary – podsumowanie). Wykazano, że można łatwo go przyswoić i bez problemów nauczyć go inne osoby.⁸ Zawarte w nim treści odpowiadają na deklarowane oczekiwania pacjentów wobec lekarzy.^{9,10}

SPIKES stanowi spójną strategię, która pomaga onkologom w przekazywaniu złych wiadomości. Zachęca ich do oceniania na bieżąco reakcji chorego oraz elastycznego i konstruktywnego reagowania. Jego podstawę stanowi poświęcenie wystarczającej ilości czasu, stworzenie komfortowej atmosfery, ograniczenie do minimum zakłóceń i dystraktorów, unikanie posługiwania się żargonem, próba mówienia językiem pacjenta, powstrzymanie się od przedwczesnego uspokajania pacjenta, ocena i akceptacja emocjonalnej reakcji pacjenta na złe wiadomości, zakończenie podsumowaniem i przedstawieniem strategii. Podejście to doprowadzi prawdopodobnie do poczucia satysfakcji u pacjenta i przygotowuje do podjęcia niezbędnych kroków.

Po przedstawieniu strategii SPIKES w 1998 roku na warsztacie ASCO >99% onkologów uznało ją za łatwą do zrozumienia i zapamiętania.⁵ Na University of Texas MD Anderson Cancer Center protokół SPIKES był wykorzystywany podczas interaktywnych warsztatów dla onkologów i osób szkolących się w onkologii. Badacze oceniali poczucie pewności lekarzy w wykorzystywaniu różnych umiejętności związanych z protokołem SPIKES, posługując się kwestionariuszem przed i po warsztacie. Stwierdzono, że SPIKES w połączeniu z ćwiczeniami praktycznymi (np. odgrywaniem ról) może zwiększać poczucie pewności u onkologów i szkolących się w onkologii lekarzy.¹¹ Do-

świadczanie z wykorzystaniem tego protokołu pokazało, że SPIKES zwiększał pewność studentów medycyny w formułowaniu planu przekazywania złych wiadomości.¹² Protokół SPIKES wypróbowano i zaakceptowano następnie w ośrodkach akademickich i społecznych. Może być przydatnym narzędziem w szkoleniu lekarzy różnych specjalności.⁵

Bach i wsp. opisują program szkoleniowy w dziedzinie umiejętności komunikacyjnych Oncotalk, opracowany dla lekarzy szkolących się w onkologii przy wsparciu National Cancer Institute.¹³ W programie wykorzystywane są techniki edukacyjne oparte na dowodach, zaś treść jest przystosowana dla lekarzy specjalizujących się w onkologii. Ten ustrukturyzowany program obejmuje protokół SPIKES, wykorzystywany do przekazywania złych wiadomości, symulację sytuacji klinicznych, udział przeszkolonych aktorów odgrywających rolę pacjentów i inne skuteczne programy. Skuteczność Oncotalk oceniano poprzez mierzenie zmian dotyczących zauważalnych zachowań związanych z komunikacją u uczestników programu.⁸ Badanymi pierwszorzędowymi parametrami były możliwe do zauważenia umiejętności komunikacyjne uczestników. Umiejętności te były oceniane podczas standaryzowanych spotkań z pacjentami przed i po warsztatach dotyczących przekazywania złych wiadomości i omówieniu przejścia do opieki paliatywnej. Podczas standaryzowanych wizyt po warsztatach w porównaniu z tymi odbywającymi się przed warsztatami okazało się, że uczestnicy nabywali średnio 5,4 umiejętności związanych z przekazywaniem złych wiadomości i 4,4 umiejętności związane z przekazywaniem pacjentów do opieki paliatywnej. Związana z tym zmiana zachowania umożliwiała większe skoncentrowanie się lekarza na pacjencie i zwiększała satysfakcję pacjenta.

To, czy szkolenie w dziedzinie umiejętności komunikacyjnych zwiększa satysfakcję zawodową i zmniejsza wypalenie, jest częstym obszarem badań empirycznych. W Stanach Zjednoczonych rozpowszechnienie zjawiska wypalenia wśród onkologów przekracza 60%. Objawami wypalenia są: frustracja, wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, wrazenie niewielkich osiągnięć. Wszystkie te czynniki prowadzą do zmniejszonej skuteczności w pracy.¹⁴ Wypalenie i stres dezadaptacyjny mogą również prowadzić do przyjmowania cynicznej postawy, która ogranicza empatię lekarzy i ich relacje z pacjentami. Takie zmniejszenie współczucia stanowi szczególny problem w onkologii, ponieważ osoby z chorobami nowotworowymi często oczekują od lekarzy silnego wsparcia emocjonalnego.¹⁵ Ostatnio prowadzi się szczegółowe badania nad różnymi przyczynami wypalenia. Rozpowszechnienie wypalenia oceniane w badaniu sondażowym wśród onkologów

i hematologów wynosiło w przybliżeniu 60%. Największe dodatnie korelacje z wypaleniem obserwowano w odniesieniu do liczby godzin poświęcanej opiece nad pacjentami i dostrzegania wypalenia u kolegów, natomiast uczestniczenie w spotkaniach szkoleniowych i liczba dni spędzanych poza miejscem pracy silnie korelowały ze zmniejszeniem ryzyka wypalenia.¹⁶

Ważne, aby zrozumieć, co jest źródłem poczucia skuteczności u onkologów, jakie strategie radzenia sobie są pomocne w przeciwdziałaniu rozwojowi wypalenia i jakie czynniki przyczyniają się do procesu odbudowywania sił. W przypadku wielu onkologów duże znaczenie ma relacja lekarz-pacjent. Coraz częściej docenia się znaczenie umiejętności komunikacyjnych w kształtowaniu tej relacji. Wykazano, że dla onkologów szczególnie stresujące są takie sytuacje kliniczne, jak przekazywanie złych wiadomości, omawianie zmiany charakteru leczenia, omawianie/oferowanie opieki związanej z końcem życia, proponowanie uczestnictwa w badaniach, ujawnianie błędów, sugerowanie uzupełniających lub alternatywnych metod leczenia, zajmowanie się sferą duchową, prowadzenie rozmów z rodziną i radzenie sobie z problemami międzykulturowymi.¹⁷ W ramach warsztatów umiejętności komunikacyjnych proponowane są symulowane spotkania z pacjentami, podczas których lekarz może przeanalizować własną reakcję na smutek i tragedię w ustrukturyzowanym i wspierającym środowisku. Może to prowadzić do zmniejszenia wypalenia wśród onkologów. W jednym niewielkim badaniu potwierdzono te hipotezy. W trakcie pilotażowego warsztatu lekarze szkolący się w onkologii zostali zaproszeni do prezentacji przypadków, które stwarzały wyzwania psychospołeczne. Miało to na celu zwrócenie uwagi na potrzeby psychospołeczne pacjentów, jak również na osobiste reakcje lekarzy na te potrzeby. Wykazano duże zadowolenie z programu u jego uczestników.¹⁸ Potrzebne są dodatkowe badania prospektywne w celu wykazania, czy ten rodzaj programów jest pomocny w zapobieganiu wypaleniu u onkologów w dłuższej perspektywie.

Odczucia i preferencje chorych

Złe wiadomości wywierają bezpośredni wpływ na życie chorego. Każdy pacjent ma swoją historię i konstrukcję psychiczną. Dlatego reaguje na złe wiadomości tylko we właściwy sobie sposób. Niektórzy pacjenci wydają się preferować mniej otwartości lub przynajmniej stopniowe ujawnianie kłopotliwych wiadomości dotyczących rokowania. Dwa omówione poniżej przykłady sugerują zakres możliwych odczuć, na które musi być przygotowany lekarz onkolog.

Ginekolog skierował na konsultację w celu oceny zaleceń terapeutycznych 86-letnią kobietę z rakiem sromu z przerzutami. Pacjentka 8 lat wcześniej przeżyła usunięcie nowotworu, 4 lata wcześniej wykonano ponowną operację w celu usunięcia wznowy, zaś rok wcześniej przeprowadzono kolejny zabieg chirurgiczny połączony z radioterapią z powodu kolejnego nawrotu. Podczas pierwszej wizyty u onkologa u kobiety obserwowano rozlaną bolesność powłok brzusznych i przerzuty w tkance podskórnej. Podczas konsultacji u onkologa towarzyszyli jej syn i córka, którzy byli wyraźnie przejęci cierpieniem matki. Pacjentka, inteligentna, mieszkająca samodzielnie kobieta, dysponowała ograniczoną wiedzą na temat charakteru swojej choroby, pomimo wyraźnie widocznych przerzutów, z których jeden był otwarty i sączył się. Jej dzieci, również inteligentne i niepokojące się o swoją matkę, w niewielkim stopniu rozumiały rozpoznanie i rokowanie, mimo długiej choroby, licznych procedur medycznych i chirurgicznych, a także wizyt u lekarzy. Najpilniejszymi problemami wymagającymi niezwłocznej interwencji onkologa podczas tej wstępnej konsultacji był nasilony ból, znaczny dyskomfort psychiczny, a także cuchnący i sączący wrzód na skórze. Jednocześnie lekarz musiał wyjaśnić kwestie rozpoznania, rokowania i sensownych możliwości leczenia pacjentce i członkom jej rodziny, z którymi wcześniej nie miał żadnych kontaktów i, którzy, jak się wydawało, w pewnym stopniu stosowali mechanizm zaprzeczenia. Od czego zaczyna lekarz?

Pięćdziesięciodwuletnia stewardesa cierpiała na raka jajnika w trzecim stadium i przeszła suboptymalną operację odbarczającą. Początkowo dobrze zareagowała na standardową chemioterapię, jednak w ciągu kolejnych 6 miesięcy doszło do dużej, nieoperacyjnej wznowy wewnątrzbrzuszej. Mimo wielu prób chemioterapii choroba rozwijała się. Przez cały ten czas najważniejszą troską pacjentki było to, czy będzie mogła nadal pracować. Wyrażała zdecydowane pragnienie niestosowania leczenia, które mogłoby spowodować utratę włosów. Jednocześnie dawała do zrozumienia, że nie chce słyszeć złych wiadomości i że chce skoncentrować się tylko na pozytywnych. Siostra, towarzysząca jej podczas kilku wizyt, nalegała, aby nie informować pacjentki o jej poważnym stanie. Chora kontynuowała pracę z wyjątkiem sporadycznych nieobecności z powodu leczenia i w celu wykonania paliatywnej paracentezy. W końcu jej stan się pogorszył, wystąpiła gorączka, wzdęcie brzucha, niemożność jedzenia. Kobieta była hospitalizowana w celu zastosowania opieki terminalnej. Pacjentka, chociaż niewątpliwie umierająca, nie wykazywała żadnego zainteresowania rozmawianiem o tym, co ma nastąpić. Jakie są obowiązki onkologa w takiej sytuacji?

Badania empiryczne zaczynają dostarczać pewnych opartych na dowodach odpowiedzi na powyższe pytania. Wydaje się, że zrozumienie hierarchii wartości pacjenta pomaga wybrać sposób rozmowy z nim i rodzaj przekazywanych informacji. Za ważny aspekt opieki zdrowotnej, który niekoniecznie wiąże się z korzyściami terapeutycznymi, ale wpływa z poszanowania chorego jako jednostki ludzkiej, można uznać potrzeby duchowe.¹⁹ Ważnym czynnikiem przy podejmowaniu decyzji medycznych jest wiara, która w dużym stopniu wpływa na wybory terapeutyczne części osób.²⁰ Jeżeli lekarz nie weźmie tego pod uwagę, proces podejmowania decyzji może być niesatysfakcjonujący dla wszystkich zaangażowanych stron. W badaniu,²¹ w którym oceniano poglądy na duchowość i opiekę zdrowotną mieszkających w miastach pacjentów, wykazano, że ci pacjenci, których potrzeby duchowe nie zostały zaspokojone, gorzej oceniali satysfakcję z leczenia i jego jakość.

W innych badaniach wykazano, że do czynników determinujących satysfakcję pacjentów, należały: zapewnienie komfortu w otoczeniu, zostawienie pacjentowi wystarczającej ilości czasu na przyswojenie złych wiadomości i próby empatycznego zrozumienia jego przeżyć.⁹ Preferencje pacjentów dotyczące sposobów przekazywania im wiadomości na temat choroby nowotworowej można podzielić na trzy kategorie, tzn. treść (co i w jakim zakresie jest mówione), sprzyjające okoliczności (miejsce i kontekst sytuacyjny) i wsparcie (wsparcie emocjonalne podczas interakcji). W badaniu 351 pacjentów z różnymi rodzajami nowotworów kobiety i osoby z wyższym wykształceniem osiągały znacznie wyższą punktację w skali treści; zaś kobiety uzyskiwały wyższe wyniki w skali wsparcia. Innymi słowy, kobiety i pacjenci z wyższym wykształceniem pragnęły bardziej szczegółowych informacji; zaś kobiety potrzebowały więcej wsparcia emocjonalnego. Pacjenci młodszy i bardziej wykształceni osiągały wyższe wyniki w skali sprzyjających okoliczności. Zmienne medyczne nie były związane ze znaczeniem, jakie pacjenci przypisywali każdej z tych trzech kategorii.¹⁰

Jest coraz więcej dowodów na to, że interwencje psychologiczne mogą poprawiać jakość życia pacjentów z chorobami nowotworowymi,²² wydłużać ich życie,^{23,24} a być może nawet wpływać na układ immunologiczny.²⁵ Jednym ze sposobów, w jaki lekarze mogą przyczynić się do psychicznego przystosowania się we wczesnych fazach terapii, jest maksymalizacja nadziei. Chorzy oczekują od swoich lekarzy wiedzy, kompetencji, umiejętności i ludzkiej troski. Przez przyjmowanie postawy kompetentnej i empatycznej, a jednocześnie realistycznej, lekarz pomaga we wzbudzaniu w pacjencie nadziei. W prze-

ciwieństwie do tego negatywne nastawienie i utrzymywanie dystansu odbiera nadzieję.²⁶ W brytyjskim badaniu sondażowym obejmującym 2331 osób z chorobami nowotworowymi 98% z nich zaznaczyło, że chcieliby uzyskać wszystkie informacje na temat swojej choroby.²⁷ Późniejsze badanie, które obejmowało 126 chorych z nowotworem, wykazało, że prawie wszyscy badani chcieli, aby ich lekarz był realistą, stwarzał możliwość zadawania pytań i traktował ich indywidualnie przy omawianiu rokowania. Niezależnie, czy dysponowali aktualną wiedzą na temat metod leczenia nowotworów, stwierdzali, że „powiedzenie, że będzie można zwalczać ból” jest jednym z najbardziej wzbudzających nadzieję zachowań.²⁸

Depresja jako bariera w skutecznej komunikacji między lekarzem onkologiem a pacjentem

Depresja jest częsta w populacji ogólnej, a także u dorosłych i dzieci z chorobami nowotworowymi, u których często współwystępuje z lękiem i bólem. Nieoczekiwana depresja lub lęk mogą udaremniać podejmowane przez onkologów wysiłki, aby skutecznie komunikować się z pacjentami.²⁹ Psychosocial Collaborative Oncology Group określiła, że mniej więcej 47% hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie dorosłych z chorobami nowotworowymi ujawnia jakieś zaburzenia psychiczne, zaś 68% cierpi z powodu obniżonego nastroju lub lęku. Wśród osób z zaburzeniami psychicznymi wyższy jest odsetek odczuwających nasilony ból w porównaniu z osobami bez zaburzeń psychicznych.³⁰ Depresja częściej towarzyszy następującym rodzajom nowotworów: rakowi jamy ustnej i gardła (22-57%), rakowi trzustki (33-50%), rakowi piersi (1,5-46%) i płuca (11-44%).²⁹ Depresja występuje natomiast rzadziej u chorych na raka jelita grubego (13-25%), nowotwory narządów rodnych (12-23%) i chłoniaka (8-19%).²⁹ Ważne, aby zauważyć, że rozpoznawanie depresji zmienia się z wiekiem; zależy także od płci, miejsca leczenia, lokalizacji geograficznej³¹ i występowania bólu. Lekarzowi trudno jest wiarygodnie przewidzieć, jakie jest ryzyko rozwoju depresji u konkretnego pacjenta. Być może silniejszym predyktorem klinicznej depresji jest funkcjonowanie fizyczne mierzone skalą Karnofsky'ego.³² W jednym z badań 77% pacjentów, którzy uzyskali wynik ≤ 40 punktów w skali Karnofsky'ego, spełniało kryteria dużej depresji (major depressive disorder, MDD). Spośród osób, które w skali tej uzyskały >60 punktów zaledwie 23% spełniało kryteria MDD.²⁹

Stwierdzono ponadto różnice w badaniach przesiewowych i kierowaniu do specjalisty z powodu depresji w zależności

od miejsca. W badaniu przeprowadzonym w Nowym Jorku³³ stwierdzono, że 44% pacjentów, którzy uzyskali ≥ 13 punktów w Hospital Anxiety and Depression Scale było kierowanych na konsultację. W innym badaniu,³⁴ przeprowadzonym w Afryce Południowej stwierdzono, że zaledwie 14% pacjentów, u których stwierdzono objawy depresji, otrzymało odpowiednie rozpoznanie i leczenie. Pascoe i wsp.³⁴ stwierdzili, że większość osób z chorobami nowotworowymi odczuwających dyskomfort psychiczny nie otrzymuje żadnej porady, ani wsparcia psychologicznego.

Hoffman i Weiner³⁵ opisali strategię wzmacniania możliwości wykrywania i diagnozowania depresji przez onkologów. Po pierwsze, lekarze ci powinni poszerzyć różnicowanie o objawy somatyczne charakterystyczne dla depresji. Po drugie, powinni zwrócić uwagę na obserwację osób bliskich pacjentowi. Po trzecie, należy systematycznie oceniać nastrój pacjenta. Po czwarte, trzeba porównywać reakcje pacjenta z normalnymi reakcjami. W końcu, lekarz powinien mieć świadomość poziomu dyskomfortu odczuwanego przez pacjenta w zależności od fazy choroby. Onkolog podczas przeciętnej wizy-

ty znajduje się pod dużą presją czasu. Jeżeli u pacjenta występują objawy depresji o nasileniu od łagodnego do umiarkowanego, lekarz może rozciągnąć ocenę jego stanu psychicznego na dwa spotkania (ryc. 1).³⁶

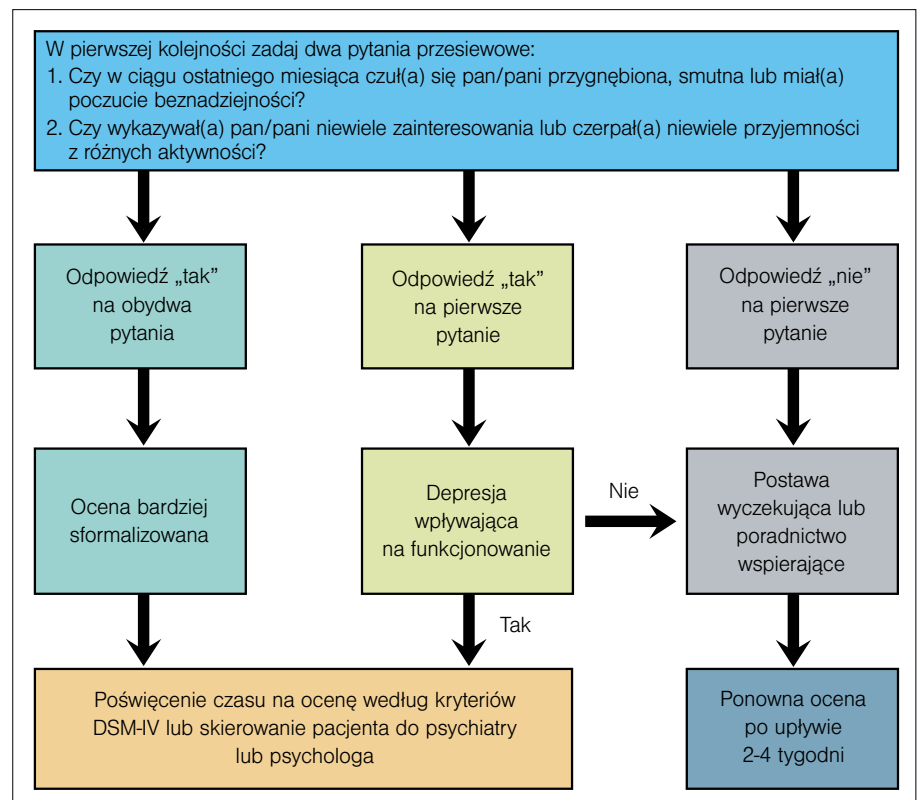
Style radzenia a ujawnianie informacji dotyczących rokowania

Czynniki takie, jak osobowość, duchowość/kultura i styl adaptacji wpływają na reakcję pacjenta na rozpoznanie choroby nowotworowej. Lekarz znający swojego pacjenta i biorący pod uwagę powyższe czynniki może najskuteczniej zaangażować się w pomaganie pacjentowi w przechodzeniu przez cykl choroby (ryc. 2).^{37,38}

Osobowość

W celu uzyskania jak najdokładniejszych informacji lekarz musi zacząć od badania składowych³⁸ mówiących o poglądach pacjenta na siebie samego, innych i otaczający świat. Przekonania te kształtują się w wczesnym dzieciństwie i początkowo są przejmowane od rodziców. Następnie ulegają modyfikacji w procesie uczenia się

RYCINA 1
Protokół praktyczny: badanie przesiewowe w kierunku depresji – schemat dla zajętego onkologa³⁶



DSM-IV – Diagnostyczna i Statystyczna Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych; Wydanie IV.

Nakka SS, Miller D, Astrow AB. *Primary Psychiatry*. Vol. 15, No 10. 2008.

i wskutek kontaktów z innymi osobami, szczególnie nauczycielami, duchownymi, przyjaciółmi i członkami rodziny. W połączeniu z poczuciem przynależności do społeczeństwa i systemem przekonań związanych z przynależnością narodową tworzą one filtr wykorzystywany przez daną osobę do interpretowania wydarzeń zachodzących w jej życiu.

Duchowość/kultura

Bardzo ważne jest wyjaśnienie, jakie są duchowe/kulturowe przekonania pacjenta dotyczące „wyższej siły” i śmierci/umierania. Chociaż lekarz może najprościej uzyskać te informacje przez zadawanie formalnych, bez-

pośrednich pytań, to równie ważna jest nieformalna rozmowa i obserwacja pacjenta oraz członków jego rodziny.

Styl adaptacji

Watson i Greer³⁷ oferują praktyczny i klarowny schemat odzwierciedlający sposób, w jaki pacjenci mogą radzić sobie z poważnymi chorobami. Podsumowanie niektórych z tych podglądów przedstawiono w tabeli 1.³⁷ Podjęto w niej próbę kategoryzacji możliwych sposobów, ponieważ mogą one dostarczać lekarzowi informacji o prawdopodobnym stylu adaptacji. Dzięki poznaniu stylu adaptacji pacjenta możliwe jest przewidywanie, jakie konkretne strategie radzenia sobie

będą najprawdopodobniej wykorzystywane przez niego w cyklu choroby. W wielu badaniach oceniano te strategie radzenia. Płynię z nich wniosek, że aktywny styl radzenia sobie jest o wiele skuteczniejszy w ograniczaniu emocjonalnego dyskomfortu towarzyszącego poważnej chorobie somatycznej.³⁹ Podejście do poważnej choroby z poczuciem bezradności/beznadziejności skutkuje zaburzeniami depresyjnymi, natomiast zamartwianie się często wiąże się z rozwojem różnych zaburzeń związanych z lękiem.

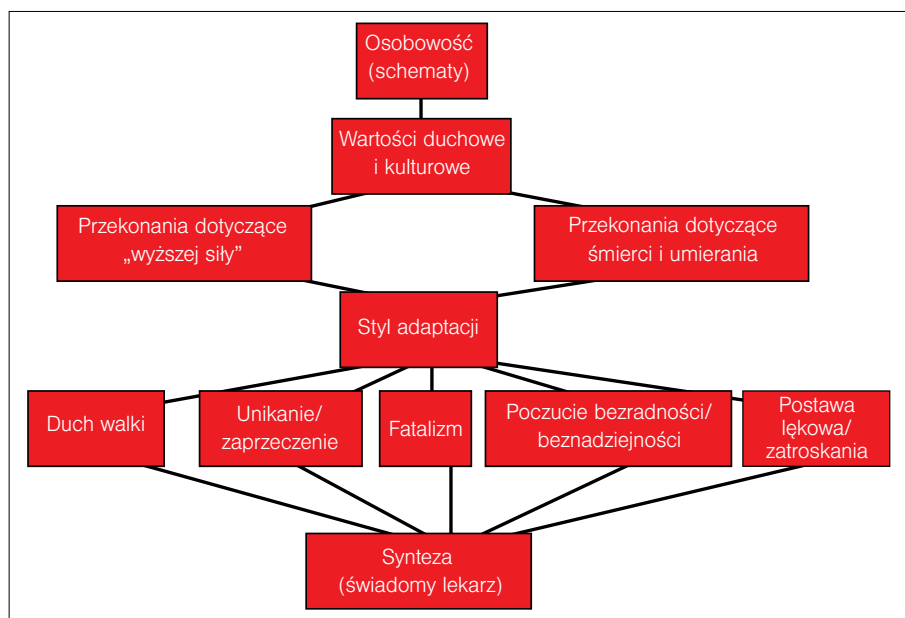
Synteza: świadomy lekarz

Lekarz, który bierze pod uwagę powyższe elementy, uzyskuje wgląd w prawdopodobny styl adaptacji chorego. Dzięki temu ma najlepsze podstawy do zastosowania podejścia terapeutycznego najlepiej dopasowanego do potrzeb pacjenta. Na przykład osoby przekonane, że ich los znajduje się w rękach Boga, prezentujące podejście fatalistyczne, rzadziej zadają pytania i rzadziej poszukują większej uwagi/pomocy od swoich bliskich czy przyjaciół. Natomiast osoby z większym nasileniem poczucia beznadziejności lub zatroskania mogą wymagać konsultacji psychiatrycznej, aby uzyskać pomoc w poradzeniu sobie z emocjonalnym cierpieniem. Podsumowując, lekarz uzyskuje dokładne i wystarczające informacje, dzięki którym może wybrać najlepszy sposób komunikowania się i postępowania ze swoim pacjentem.

Zastosowania praktyczne

Odnosząc się do dwóch opisanych wcześniej przypadków, wyłaniająca się baza dowodów dostarcza pewnych praktycznych sugestii. W przypadku 86-letniej kobiety z zaawansowanym rakiem sromu do najważniejszych wstępnych problemów należy ocena wiedzy pacjentki i jej rodziny na temat charakteru choroby. Pamiętając o tym, że pacjentka doświadcza silnego bólu i dyskomfortu wynikającego z brzydko pachnących przerzutów, zaoferowanie praktycznych metod postępowania w tych dolegliwościach będzie mieć podstawowe znaczenie podczas pierwszej wizyty. Konfrontacja z mechanizmami zaprzeczania stosowanymi przez chorą i jej rodzinę okazałaby się prawdopodobnie bezcelowa. Podczas kolejnych wizyt lekarz będzie chciał poznać potrzeby pacjentki i członków jej rodziny dotyczące sposobu przekazywania informacji, a także próbować wyrobić sobie pogląd na temat stosowanego przez pacjentkę „stylu radzenia”, jak również tego, w jaki sposób jej przekonania związane z życiem duchowym i wartościami mogą wpływać na stosunek do kontynuowania leczenia. Powinien także poznać emocjonalną reakcję pacjentki na obecność widocznych i oszpe-

RYCINA 2
Proces syntezy^{37,38}



Nakka SS, Miller D, Astrow AB. *Primary Psychiatry*. Vol. 15, No 10. 2008.

TABELA 1
Stwierdzenia charakterystyczne dla określonego stylu adaptacji³⁷

Duch walki	Fatalizm	Unikanie/ zaprzeczenie	Poczucie/ beznadziejności	Lękowe zatroskanie
Jeżeli istnieje wola walki, znajdzie się jakieś wyjście	Wszystko w rękach lekarzy	Wszystko okaże się na końcu	Dlaczego Bóg pozwolił, aby to się stało?	Czy jesteś pewien, że to właściwa droga?
Bóg pomaga tym, którzy pomagają sobie	Wszystko w rękach Boga	Z prochu powstajemy i w proch się obrócimy	Nie ma sensu wierzyć	Musi być jeszcze coś, co możemy zrobić
Nie porzucaj nadziei	Jest jak jest	Kto może przewidzieć, jak będzie?	Jakie jest wyjście?	Czy możemy zapytać jeszcze kogoś innego?
Nie przestawaj wierzyć	Takie jest moje przeznaczenie	Czym mam się martwić?	Tylko cud może mi pomóc	Musieliśmy coś przeoczyć

Nakka SS, Miller D, Astrow AB. *Primary Psychiatry*. Vol. 15, No 10. 2008.

cających przerzutów i zaferować jej empatyczne wsparcie. Po zbudowaniu opartej na zaufaniu relacji terapeutycznej lekarz może przeprowadzić rozmowę na temat realistycznych alternatyw terapeutycznych, z uwzględnieniem skierowania do hospicjum. W przypadku stwierdzenia oznak depresji lub lęku może zaproponować skierowanie do psychiatry w celu ustalenia leczenia farmakologicznego.

W przypadku drugiej pacjentki z zaawansowanym rakiem jajnika, która chciała słyszeć tylko dobre wiadomości i której siostra nalegała, aby nie informować chorej o poważnym rokowaniu, chora może dokonać wyboru, czyniąc innych głównymi odbiorcami informacji diagnostycznych i prognostycznych. Wydaje się, że styl radzenia pacjentki najlepiej pasuje do kategorii „unikanie/zaprzeczenie” i próby przeprowadzenia realistycznej rozmowy będą prawdopodobnie przez nią odrzucane. Ważne jest jednak poznanie przyczyn, z jakich pacjentka nie życzy sobie uczestnictwa w kluczowych decyzjach dotyczących leczenia, a także zaferowanie jej możliwości zmiany tego podejścia w przebie-

gu relacji. Trzeba również dowiedzieć się dlaczego siostra pacjentki nie chce, aby ta uzyskiwała informacje. Prośby o nieudzielenie informacji są częste. W tabeli 2 podsumowano proponowane zasady postępowania w takich przypadkach.

Podsumowanie

Umiejętności komunikacyjne niekoniecznie ulegają poprawie wraz z kolejnymi latami praktykowania medycyny.⁴¹ W ostatnich latach pojawiły się różne dowody, zwracające uwagę na znaczenie treningu umiejętności komunikacyjnych wśród osób zajmujących się onkologią. Zaczynają napływać dowody na skuteczność formalnego szkolenia dotyczącego omawiania rozpoznania i rokowania. Rozpoznanie współistniejących zaburzeń psychicznych i poznanie unikalnego dla każdego pacjenta stylu radzenia sobie może ułatwiać komunikację między onkologiem a jego pacjentem. Potrzebne są dalsze badania dotyczące wpływu poprawy komunikacji z pacjentem na satysfakcję zawodową.

TABELA 2

Podsumowanie etapów w reagowaniu na prośbę o nieujawnianie informacji⁴⁰

Etap	Wyjaśnienie
Weź głęboki oddech	Zapewnij dostępność odpowiedniego miejsca i wystarczającej ilości czasu, aby ustosunkować się do tej prośby. Nie reaguj nadmiernie
Odgadnij ich historię	Przeanalizuj model wyjaśniający (Dlaczego o to proszą?)
Reaguj empatycznie na cierpienie	„Szanuję to, że troszczy się pan/pani o kochaną osobę. To musi być trudny czas.” „Doceniam i podzielam to zaniepokojenie. Żadne z nas nie chce, aby utraciła nadzieję. Wszyscy chcemy dla niej jak najlepiej.”
Porozmawiaj z rodziną na temat potrzeb pacjenta	„Jestem ciekaw, w jaki sposób poznamy, że mama nie chce wiedzieć więcej o swojej chorobie?”
Zorientuj się, jak pacjent zwykle funkcjonuje w swojej rodzinie. Czy jest osobą zajmującą się wszystkim, zawsze na pozycji lidera, czy raczej polega na innych?	„Proszę mi powiedzieć, w jaki sposób zwykle mama radzi sobie z różnymi sytuacjami? Czy rządzi, czy raczej ktoś inny podejmuje decyzje w domu?”
Wyjaśnij swoje stanowisko i model przemawiający za ujawnianiem informacji	„Chciałbym mieć pewność, że mama jest zaangażowana w takim stopniu, jak sobie życzy. Jeżeli chce polegać na panu/pani, zgadzam się na to. Doceniam pragnienie ochrony matki przed nadmiernym stresem i cierpieniem. Jest to zgodne również z moim życzeniem. Jednocześnie ważne jest dla mnie, aby być szczerym. Jeżeli ona poprosi mnie o prawdę, będę musiał jej powiedzieć.”
Negocjuj swoje podejście do rozmowy z pacjentem	Wyjaśnij, jakie znaczenie ma dla ciebie szczerłość. Negocjuj, czy rozmawiać w towarzystwie rodziny, czy z samym pacjentem. Negocjuj, jak zareagujesz, jeżeli pacjent poprosi cię o wyjawienie prawdy

Nakka SS, Miller D, Astrow AB. *Primary Psychiatry*. Vol. 15, No 10. 2008.

Piśmiennictwo:

- Leucht S, et al. Amisulpride, an Unusual „Atypical” Antipsychotic: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 180-190.
- Linden M., et al. Improvement of patient compliance after switching from conventional neuroleptics to the atypical neuroleptic amisulpride. *Journal of Psychopharmacology* 2006; 20(6): 815-823.

Informacja o leku Solian® (Amisulpridum) – 200 mg, tabletki; 400 mg, tabletki powlekane.

Opis działania: Preparat Solian® zawiera substancję czynną amisulpryd. Jest lekiem neuroleptycznym, który wiąże się selektywnie z receptorami dopaminergicznymi podtypu D₂ i D₄. W przeciwieństwie zarówno do klasycznych, jak i atypowych neuroleptyków amisulpryd nie wykazuje powinowactwa do receptorów serotoniny, alfa-adrenergicznych, histaminergicznych H₁ ani cholinergicznych. Amisulpryd w dużych dawkach silnie blokuje postsynaptyczne receptory D₂ w strukturach układu limbicznego niż w prządkowiu. Lek stosowany w małych dawkach preferencyjnie blokuje presynaptyczne receptory D₂/D₄, czego skutkiem jest uwalnianie dopaminy i zjawisko „odhamowania”. **Wskazania do stosowania:** Amisulpryd stosowany jest w leczeniu ostrej i przewlekłej schizofrenii z objawami pozytywnymi (takimi jak: urojenia, omamy, zaburzenia myślenia) i (lub) objawami negatywnymi (takimi jak: stopniowe uczucie, wycofanie emocjonalne i społeczne), w tym także chorych z przewagą objawów negatywnych. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną lub którykolwiek ze składników preparatu, stosowanie u pacjentów z nowotworami, których wzrost jest zależny od poziomu prolaktyny, np. gruczolakami przysadki typu prolactinoma, rakiem piersi; guz chromochłonny; stosowanie u dzieci poniżej 15 lat, okres karmienia piersią, ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny <10 ml/min), stosowanie jednocześnie z sultoprydem, agonistami dopaminergicznymi oprócz lewodopy w wyjątkiem pacjentów z chorobą Parkinsona. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności:** Podobnie jak w przypadku stosowania innych neuroleptyków możliwe jest wystąpienie złośliwego zespołu neuroleptycznego. W przypadku wystąpienia objawów zespołu należy przerwać podawanie amisulprydu. Amisulpryd powoduje bardzo rzadko zależne od dawki wydłużenie odstępu QT w zapisie EKG. Działanie to może zwiększać ryzyko wystąpienia ciężkich komorowych zaburzeń rytmu serca, takich jak torsades de pointes. Amisulpryd jest wydalany z organizmu przez nerki. W przypadkach niewydolności nerek dawke należy zmniejszyć. Amisulpryd może obniżać próg drgawkowy, zatem pacjenci z padaczką w wywiadzie powinni być uważnie obserwowani w czasie leczenia tym lekiem. **Ciąża i laktacja:** Nie określono bezpieczeństwa stosowania amisulprydu u kobiet w ciąży. Ze względu na środki ostrożności nie zaleca się podawania leku podczas ciąży. **Dawkowanie:** W ostrych zaburzeniach psychiatrycznych zaleca się dawki doustne wynoszące od 400 do 800 mg na dobę. W indywidualnych przypadkach dawke można zwiększyć do 1200 mg na dobę. Nie zbadano w wystarczającym stopniu bezpieczeństwa stosowania dawek ponad 1200 mg na dobę, zaleca się zatem, aby nie podawać dawki leku większej niż 1200 mg na dobę. U chorych, u których występują jednocześnie objawy pozytywne i negatywne, dawki leku należy ustalić tak, żeby uzyskać optymalną kontrolę objawów pozytywnych (400 do 800 mg na dobę). Leczenie podtrzymujące należy prowadzić najmniejszą skuteczną dawką preparatu. W zaburzeniach z przewagą objawów negatywnych zaleca się podawanie leku drogą doustną w dawkach wynoszących od 50 do 300 mg na dobę. W każdym przypadku dawke leku ustala lekarz indywidualnie. W przypadku dawek powyżej 400 mg na dobę zaleca się podawanie leku w dwóch dawkach podzielonych. U osób w podeszłym wieku amisulpryd należy stosować z zachowaniem szczególnej ostrożności z uwagi na możliwość wystąpienia spadków ciśnienia tętniczego krwi lub nadmiernej sedacji. W przypadku niewydolności nerek dawke leku należy zmniejszyć do połowy u pacjentów, u których klirens kreatyniny (CR_{cl}) mieści się w zakresie 30-60 ml/min, oraz do jednej trzeciej dawki u pacjentów, u których klirens kreatyniny (CR_{cl}) mieści się w zakresie 10-30 ml/min. Stosowanie w niewydolności wątroby: nie ma konieczności modyfikowania dawki w przypadku zaburzeń czynności wątroby. **Działania niepożądane:** Często występują: bezsenność, niepokój, pobudzenie; mogą wystąpić objawy pozapiramidowe (drżenie i wzmożone napięcie mięśniowe, zwiększenie wydzielania śliny, akatyzja, hipokineza); zwiększenie stężenia prolaktyny w surowicy krwi (jest to zjawisko przemijające, ustępujące po zaprzestaniu stosowania preparatu. Hiperprolaktynemia może powodować mlekotok, zatrzymanie miesiączki, ginekomastię, obrzmienie piersi, zmniejszenie libido, impotencję, oziębłość płciową); zwiększenie masy ciała. Szczegółowe informacje o leku zawarte są w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Pozwolenie MZ Nr: 8409, 8410. **Podmiot odpowiedzialny:** Sanofi-Aventis France, 1-13 boulevard Romain Rolland, 75 014 Paryż, Francja. Informacja o produkcie udziela Sanofi-Aventis Sp. z o.o., ul. Bonifraterska 17, 00-203 Warszawa, tel. 022 280 00 00, fax 022 280 00 01. Charakterystyka Produktu Leczniczego dostępna na stronie: www.sanofi-aventis.com.pl. Lek wydawany z przepisu lekarza na receptę. Solian® 200 mg: cena urzędowa 125 zł, maksymalna dopłata dla pacjenta 3,20 zł; Solian® 400 mg: cena urzędowa 250 zł, maksymalna dopłata dla pacjenta 3,20 zł.

PL.AMI.08.08.06

Piśmiennictwo

- Back AL, Arnold RM. Discussing prognosis: „how much do you want to know?": talking to patients who do not want information or who are ambivalent. *J Clin Oncol.* 2006; 24 (25): 4214-4217.
- Back AL, Arnold RM. Discussing prognosis: „how much do you want to know?": talking to patients who are prepared for explicit information. *J Clin Oncol.* 2006; 24 (25): 4209-4213.
- Shepherd HL, Tattersall MH, Butow PN. Physician-identified factors affecting patient participation in reaching treatment decisions. *J Clin Oncol.* 2008; 26 (10): 1724-1731.
- Rockwell LE. Truth-telling. *J Clin Oncol.* 2007; 25 (4): 454-455.
- Buckman RA. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology.* 2005; 2 (2): 138-142.
- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, et al. Efficacy of Cancer Res UK communication skills training model for oncologists: a randomized controlled study. *Lancet.* 2002; 359 (9307): 650-656.
- Razavi D, Delvaux N, Marchal S, et al. Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomized study. *Br J Cancer.* 2002; 87 (1):1-7.
- Back AL, Arnold RM, Baile WF, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Int Med.* 2007; 167 (5): 453-460.
- Ptacek JT, Ptacek JJ. Patients' perceptions of receiving bad news about cancer. *J Clin Oncol.* 2001; 19 (21): 4160-4164.
- Parker PA, Baile WF, de Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *J Clin Oncol.* 2001; 19 (7): 2049-2056.
- Baile WF, Lenzi R, Kudelka AP, et al. Improving physician-patient communication in cancer care: outcome of a workshop for oncologists. *J Cancer Educ.* 1997; 12 (3): 166-173.
- Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ.* 1997; 156 (8): 1159-1164.
- Back AL, Arnold RM, Tulsy JA, Baile WF, Fryer-Edwards KA. Teaching communication skills to medical oncology fellows. *J Clin Oncol.* 2003; 21 (12): 2422-2426.
- Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol.* 1991; 9 (10): 1916-1920.
- Shanafelt T, Chung H, White H, Lyckholm LJ. Shaping your career to maximize personal satisfaction in the practice of oncology. *J Clin Oncol.* 2006; 24 (24): 4020-4026.
- Allegra CJ, Hall R, Yothers G. Prevalence of burnout in the U. S. oncology community: results of a 2003 survey. *J Oncol Pract.* 2005; 1 (4): 140-147.
- Armstrong J, Holland J. Surviving the stresses of clinical oncology by improving communication. *Oncology (Williston Park).* 2004; 18 (3): 363-368.
- Armstrong J, Lederberg M, Holland J. Fellows' forum: a workshop on the stresses of being an oncologist. *J Cancer Educ.* 2004; 19 (2): 88-90.
- The Joint Commission. Spiritual assessment. Available at: www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/HomeCare/Standards/FAQs/Provision+of+Care/Assessment/Spiritual_Assessment.htm. Accessed September 5, 2008.
- Silvestri G, Knittig S, Zoller J, Nietert PJ. Importance of faith on medical decisions regarding cancer care. *J Clin Oncol.* 2003; 21 (7): 1379-1382.
- Astrow AB, Wexler A, Teixeira K, He MK, Sulmasy DP. Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *J Clin Oncol.* 2007; 25 (36): 5753-5757.
- Anderson BL. Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *J Consult Clin Psychol.* 1992; 60 (4): 552-558.
- Spiegel D, Bloom Jr, Draemer HC, et al. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet.* 1989; 2 (8868): 888-891.
- Spiegel D. Can psychotherapy prolong cancer survival? *Psychosomatics.* 1990; 31 (4): 361-366.
- Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Psychoneuroimmunology: can psychologic interventions modulate immunity? *J Consult Clin Psychol.* 1992; 60 (4): 569-575.
- Sardel AN, Trierweiler SJ. Disclosing the cancer diagnosis. *Cancer.* 1993; 72 (11): 3355-3365.
- Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centers. *Br J Cancer.* 2001; 84 (1): 48-51.
- Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, et al. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol.* 2005; 23 (6): 1278-1288.
- Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2004;(32): 57-71.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA.* 1983; 249 (6): 751-757.
- Berard RMF, Boermeester F, Viljoen G. Depressive disorders in an out-patient oncology setting: prevalence, assessment and management. *Psychooncology.* 1998; (2): 112-120.
- Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med.* 1984; 46 (3): 199-212.
- Payne DK, Hoffman RG, Theodoulou M, Dosik M, Massie MJ. Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychosomatics.* 1999; 40 (1): 64-69.
- Pascoe S, Edelman S, Kidman A. Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals. *Aust N Z J Psychiatry.* 2000; 34 (5): 785-791.
- Hoffman MA, Weiner JS. Is Mrs S depressed? Diagnosing depression in the cancer patient. *J Clin Oncol.* 2007; 25 (19): 2853-2856.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Watson M, Greer S. Personality and coping. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, Lederberg MS, Localzo M, Massie MJ, McCorkle R, eds., ed. *Psycho-oncology.* 1st ed. New York, NY: Oxford University Press; 1998.
- Young JE. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach.* 3rd ed. Sarasota, FL: Professional Resources Exchange, Inc.; 1990.
- Spencer SM, Carver CS, Price AA. Psychological and Social Factors in Adaptation. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, et al, eds. *Psycho-oncology.* 1st ed. New York, NY: Oxford University Press; 1998.
- Hallenbeck J, Arnold R. A request for nondisclosure: don't tell mother. *J Clin Oncol.* 2007; 25 (31): 5030-5034.
- Cantwell BM, Ramirez AJ. Doctor-patient communication: a study of junior house officers. *Med Educ.* 1997; 31 (1): 17-21.