

Il supporto psicologico del paziente oncologico: i fattori predittivi che determinano la presa in carico

M.R. MILESI¹, A. PRUNAS², C. MOTTA¹, L. SARNO^{1,3}

RIASSUNTO

Questo studio si propone di analizzare le variabili che possono considerarsi predittori attendibili del coinvolgimento del paziente oncologico in un percorso psicologico di supporto dopo la fase di valutazione iniziale.

94 pazienti (35 uomini e 59 donne) hanno compilato i seguenti questionari: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Mental Adjustment to Cancer (MAC), Psychological Distress Inventory (PDI), Questionario sullo Stato di Salute SF-36 (V1) Standard (SF-36).

Dal disegno di regressione logistica binaria stepwise, due sole variabili sono state selezionate per descrivere la miglior equazione predittiva della presa in carico terapeutica: bassi punteggi nelle sottoscale Spirito Combattente ($B=-0.086$; $Wald=5.862$; $p<0.05$) ed Evitamento ($B=-0.514$; $Wald=5.006$; $p<0.05$) della MAC. Nel modello finale, tali variabili risultano statisticamente significative ($X^2=11.188$; $gl=2$; $p<0.05$).

I risultati suggeriscono che sono le modalità di coping adottate dal paziente per far fronte alla malattia a determinare la sua decisione di intraprendere un percorso psicologico.

PAROLE CHIAVE: fattori predittivi, supporto psicologico, cancro, coping.

SUMMARY

This study aimed to evaluate the variables predicting oncological patients' decision to start a psychological treatment after clinical assessment.

94 patients (35 males and 59 females) completed the following questionnaires: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Mental Adjustment to Cancer (MAC), Psychological Distress Inventory (PDI), Short Form 36 (SF36) Health Survey Standard (V1).

Using stepwise logistic binary regression, only two variable was selected to describe the predictive equation for therapeutic care of patients: low scores in MAC subscale Fighting Spirit ($B=-0.086$; $Wald=5.862$; $p<0.05$) and Avoidance ($B=-0.514$; $Wald=5.006$; $p<0.05$). In the final model this variable was statistically significant ($X^2=11.188$; $gl=2$; $p<0.05$).

The results suggest that cancer patients' coping styles influences the decision to undertake a psychological treatment.

KEY WORDS: predictive factors, psychological support, cancer, coping.

Introduzione

L'efficacia clinica degli interventi psicologici e psicoterapeutici (sia individuali che di gruppo) in pazienti con diverse localizzazioni, estensione, fase e tipo di malattia tumorale è stata ampiamente dimostrata nella letteratura specialistica. In particolare si è osservato: riduzione dei sintomi (tensione, rabbia, insonnia, ansia, depressione), migliore capacità di adattamento, migliore comunicazione con i familiari e lo staff medico, aumento dell'autostima e dell'im-

agine corporea, migliore gestione dello stress e della relazione con il partner (1-8).

Tuttavia, gli studi condotti in ambito oncologico sull'atteggiamento dei pazienti rispetto alla possibilità di avvalersi di un supporto psicologico hanno evidenziato come in molti casi l'offerta di aiuto venga rifiutata. Dalla letteratura emerge che la percentuale di pazienti affetti da cancro che intraprende un percorso psicologico individuale o di gruppo oscilla tra il 25 e il 67%, in base al campione di pazienti considerato e al tipo di intervento proposto (9-18).

I fattori associati alla domanda di aiuto psicologico includono le caratteristiche psicologiche del paziente (19), l'aumento di ansia e di problemi relazionali dovuti al cancro (20), alti livelli di distress (13, 14, 21-23), la mancanza di supporto familiare e di una rete sociale (18, 24) la giovane età (16, 18, 23), il genere femminile (16, 23) e uno stile di coping depressivo (24).

Coloro che rifiutano l'aiuto dello psicologo tendono ad essere più oppositivi o apprensivi e sembra-

¹ Servizio di Psicologia Clinica della Salute, Ospedale San Raffaele Turro, Milano

² Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano

³ Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Indirizzo per la corrispondenza: Dr.ssa Maria Rita Milesi, Servizio di Psicologia Clinica della Salute, Ospedale San Raffaele s.r.l., Casa di cura San Raffaele Turro, Via Stamira D'Ancona, 20, 20127 Milano - Tel. 02 2643.6173
E-mail: milesi.rita@hsr.it

no essere caratterizzati da una generale propensione a negare le difficoltà, a minimizzare i problemi e a reprimere le emozioni che sarebbero ovviamente elicitate dalla psicoterapia (9). Una delle motivazioni fornite dai pazienti è che gli incontri con lo psicologo ricorderebbero loro di “avere il cancro” (15).

L'intervallo di tempo dal momento della diagnosi, il tipo di trattamento e la prognosi sono altri importanti fattori coinvolti nel processo decisionale del malato oncologico di aderire ad un trattamento psicologico (25). Coloro che sono in condizioni mediche molto gravi o in condizioni lievi tendono a non aderire all'intervento di supporto, mentre le condizioni fisiche ed emotive intermedie favoriscono la partecipazione (26). Per quanto riguarda le situazioni di malattia più gravi si può ipotizzare che l'attenzione per gli aspetti psicologici possa apparire secondaria rispetto a quella posta solitamente alle cure mediche.

Come suggerito da Moynihan et al. (27), molti pazienti oncologici sono in grado di affrontare il disagio conseguente alla malattia con l'aiuto delle cure dei medici, con il supporto della famiglia e degli amici. Incontrare uno specialista della salute mentale sarebbe indicato per alcuni ma non per tutti i malati di cancro.

Materiali e metodi

Obiettivi della ricerca

Se diverse ricerche hanno indagato le caratteristiche dei pazienti oncologici interessati ad un trattamento psicologico di supporto rispetto a quelli che non lo sono, lo stesso non si può dire per gli studi che si sono proposti di analizzare gli aspetti peculiari di chi decide di interrompere un percorso già avviato. Pochi studi, infatti, si sono dedicati all'esame del fenomeno del *drop-out* in relazione ai pazienti con cancro (22).

Il presente lavoro si differenzia dai due filoni di ricerca sopra menzionati, collocandosi in un'area di indagine “intermedia”. Lo scopo dello studio, infatti, è quello di analizzare le variabili che possono considerarsi predittori attendibili del coinvolgimento del paziente oncologico in un percorso psicologico di supporto dopo aver già incontrato lo psicologo clinico per i colloqui di valutazione iniziali.

L'ipotesi che si intende verificare è che siano gli stili di *coping* messi in atto dal paziente per far fronte alla malattia, piuttosto che il distress, i livelli di ansia e di depressione, la qualità di vita o le variabili socio-demografiche, a determinare la scelta di con-

tinuare o interrompere il programma terapeutico proposto dopo l'*assessment* iniziale.

Il campione

Lo studio ha coinvolto 94 pazienti oncologici, 35 uomini (età media = 59.03; d.s. = 12.15) e 59 donne (età media = 52.14; D.S. = 12.48) ammessi consecutivamente al Servizio di Psicologia Clinica della Salute dell'Ospedale San Raffaele di Milano.

La distribuzione per stato civile è la seguente: coniugati (65.9%), conviventi (5.3%), nubili/celibati (15%), divorziati (8.5%), vedovi (5.3%).

Rispetto alle risorse a disposizione, il 94 % dei pazienti può avvalersi dell'aiuto dei familiari, il 35% ha una buona rete sociale, il 16% può far affidamento su risorse religioso/spirituali e il 30% su risorse culturali.

Per quando riguarda la sede della patologia tumorale la distribuzione del campione è la seguente: seno (32%), tumori oncoematologici (15%), intestino (15%), polmone (11%), apparato digerente (10%), distretto testa-collo (5%), prostata (4%), tumori solidi in altre regioni (8%).

Tutti i pazienti hanno svolto almeno i primi due dei tre colloqui costituenti l'iter diagnostico-valutativo previsto dal Servizio di Psicologia Clinica della Salute. Il primo colloquio è orientato ad instaurare una buona relazione supportiva con il paziente che richiede l'intervento dello psicologo e a definire un quadro generale della patologia e del vissuto della malattia da parte del paziente. Nel secondo incontro lo psicologo sottopone all'attenzione del paziente i questionari autosomministrati – di seguito descritti – volti a valutare più specificamente alcune aree critiche, accompagnando il paziente alla compilazione. L'ultima fase del percorso valutativo prevede un colloquio di restituzione in cui si comunicano al paziente i dati emersi dagli incontri precedenti e dalla testistica, e si effettua un'eventuale proposta di presa in carico, esplicitando modi e tempi dell'intervento.

Dei 94 pazienti, 60 (64%) sono giunti all'attenzione dello psicologo su invio del medico, 29 (31%) si sono rivolti autonomamente al Servizio di Psicologia Clinica della Salute e i restanti 5 (5%) sono stati indirizzati da un familiare.

Strumenti

Tutti i partecipanti allo studio hanno compilato i questionari autosomministrati di seguito descritti.

- **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)** (28, 29). È uno strumento tarato sulle situazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero e per lo

screening della sintomatologia ansioso-depressiva. A differenza di molte altre scale usate per la valutazione di questi aspetti, l'HADS ha il vantaggio di non avere *items* che possano essere influenzati dalla sintomatologia somatica del soggetto (ad esempio cefalea, nausea, ecc.): ciò permette di valutare esclusivamente la sintomatologia psichica ansiosa-depressiva. Questo strumento è composto da 14 *items*, di cui sette valutano la depressione (focalizzandosi soprattutto sul costrutto centrale dell'anedonia) e sette valutano la sintomatologia ansiosa. I punteggi identificano tre livelli che indicano la gravità della sintomatologia: assente-lieve (punteggio da 9 a 10), moderata (punteggio da 11 a 14) e grave (punteggio da 15 a 21).

- **Psychological Distress Inventory (PDI)** (30). È un questionario composto da 13 *items* finalizzato alla rilevazione dei livelli di *distress* in pazienti oncologici. Questo strumento, rispetto al precedente, non considera l'aspetto strettamente sintomatologico, ma si concentra sul concetto più generale di *stress*, condizione trasversale nei pazienti che ricevono diagnosi oncologiche e si sottopongono ai trattamenti prescritti.
- **Mental Adjustment to Cancer (MAC)** (31, 32). È un questionario che rileva le risposte cognitive e comportamentali del paziente di fronte alla diagnosi di tumore. Lo strumento è costituito da 40 *items* la cui struttura fattoriale identifica i seguenti stili di adattamento alla malattia: "Spirito combattivo", "Impotenza/Sfiducia", "Preoccupazione ansiosa", "Fatalismo", "Evitamento".
- **Questionario sullo Stato di Salute SF-36 (V1) Standard (SF-36)** (33, 34). È uno strumento di analisi della qualità di vita, per valutare quanto la situazione di malattia incida sulla quotidianità del paziente. In particolare, vengono prese in esame la dimensione mentale e fisica del benessere e delle capacità funzionali. Il questionario utilizza 36 *items* che acquisiscono informazioni su circa otto aree della salute individuale: "Attività fisica", "Limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica", "Limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo", "Dolore fisico", "Salute in generale", "Vitalità", "Attività sociali", "Salute mentale".

Risultati

Analisi dei fattori predittivi della presa in carico

Allo scopo di valutare quali variabili possano considerarsi predittori attendibili del coinvolgimento

in un percorso psicologico di supporto, è stato eseguito un disegno di regressione logistica binaria *stepwise* (metodo avanti condizionale) in cui, come variabile dipendente, è stata selezionata l'effettiva presa in carico del paziente.

Come possibili predittori sono state considerate le variabili socio-demografiche (età, sesso, stato civile, risorse familiari, sociali, religiose e culturali), il canale di invio allo psicologo, i punteggi ottenuti in ciascuna delle sottoscale degli strumenti proposti (MAC, SF-36, PDI, HADS).

Dei 94 pazienti del campione, 53 (56%) hanno deciso di avvalersi di un percorso psicologico di supporto, mentre i restanti 41 (44%) hanno rifiutato questa opportunità.

Due sole variabili sono state selezionate per descrivere la miglior equazione predittiva della presa in carico terapeutica: bassi punteggi nelle sottoscale "Spirito combattente" ($B=-0.086$; $Wald=5.862$; $p<0.05$) e "Evitamento" ($B=-0.514$; $Wald=5.006$; $p<0.05$) della MAC. Nel modello finale, tali variabili risultano statisticamente significative ($X^2=11.188$; $gl=2$; $p<0.05$).

Discussione

L'ipotesi di partenza dello studio sembra essere confermata dai risultati osservati; infatti, tra le variabili considerate, ansia, depressione, *distress* e qualità di vita non sembrano influenzare in maniera significativa la decisione del paziente neoplastico di intraprendere un percorso psicologico dopo la fase valutativa iniziale. Analogamente, età e sesso del paziente, lo stato civile, e quindi la possibilità di supporto da parte di un compagno/a durante il percorso di malattia, le risorse familiari, sociali, culturali e anche quelle religiose non sono predittori della presa in carico del malato oncologico. Anche la modalità di invio del paziente allo psicologo non sembra influire sulla presa in carico, nonostante per il 64% dei soggetti del nostro campione la richiesta di aiuto non origini dal desiderio del paziente, bensì da un'iniziativa presa da terzi; solo il 31% dei pazienti si è rivolto autonomamente al Servizio di Psicologia Clinica della Salute.

I predittori della presa in carico si ravvisano invece nelle modalità di adattamento del paziente alla malattia, in accordo con quanto osservato in altri studi (9, 14). Nello specifico sarebbero i pazienti con bassi punteggi sulle sottoscale "Spirito combattente" ed "Evitamento" della Mac ad avvalersi del supporto psicologico.

La sottoscala “Spirito combattente” identifica la tendenza del paziente a percepire il cancro come una sfida e a rivestire un ruolo attivo nella terapia. Il paziente accetta pienamente la diagnosi, è determinato a combattere la malattia, cerca di ottenere informazioni su di essa e presenta un atteggiamento ottimistico. Si potrebbe ipotizzare che coloro che adottano questo stile di *coping* non usufruiscono dell’aiuto psicologico proprio perché contraddistinti da un atteggiamento di ottimistica fiducia nelle proprie personali capacità di combattere e di sconfiggere la malattia. Chi ottiene bassi punteggi in questa sottoscala, al contrario, ha una percezione di scarso controllo sulla malattia e si sente in balia di un evento minaccioso che si ripercuote negativamente sul suo equilibrio. Il supporto psicologico può essere quindi avvertito come un aiuto concreto a ristabilire un adattamento più sano alla malattia.

La sottoscala “Evitamento” valuta la tendenza del paziente al diniego della malattia e alla minimizzazione dell’impatto del cancro nella sua vita. Si potrebbe supporre che alti livelli di evitamento impedirebbero al paziente di impegnarsi in un percorso psicologico volto ad affrontare alcuni aspetti emotivi e relazionali legati alla malattia oncologica. Chi tende a mettere in atto questo stile di adattamento è caratterizzato da una generale tendenza a reprimere le emozioni, che sarebbero inevitabilmente elicitate dal lavoro psicologico. Si potrebbe ipotizzare che già i primi incontri con lo psicologo, che potrebbero aver stimolato i pazienti a manifestare le proprie emozioni, possano aver provocato in alcuni un acuirsi della sofferenza psichica durante e dopo le sedute, con conseguente abbandono prima di aver ottenuto il sollievo desiderato. Chi invece affronta la malattia con maggior consapevolezza, può sentire la necessità di elaborare i propri vissuti di paura e di angoscia con l’aiuto di un professionista della salute mentale.

Sottolineiamo che questo studio non si è proposto di indagare in senso stretto né le variabili implicate nella decisione del paziente di avvalersi di un supporto psicologico, né il fenomeno del *drop-out*. Risulta di conseguenza problematico stabilire se i risultati siano da ascrivere al “bisogno” di supporto da parte del paziente che aveva deciso, almeno inizialmente, di incontrare lo psicologo, o piuttosto al fenomeno del *drop-out*, anche se nessuno dei 41 pazienti che non ha proseguito gli incontri aveva stipulato un contratto terapeutico con lo psicologo.

In letteratura sono presenti diversi termini per descrivere il fenomeno dell’interruzione di un percorso psicologico da parte del paziente (*drop-out*, *non-compliance* con la terapia, “rifiuto” del trattamento),

tuttavia non vi sono differenze sostanziali tra le diverse definizioni. Stabilire quando un paziente può essere definito un *drop-out*, invece, è abbastanza problematico (22). Fondamentalmente si utilizzano due criteri. Il più comune classifica l’aderenza o la non aderenza del paziente in base alla durata del trattamento, ad esempio viene considerato il numero di incontri stabilito all’inizio dell’intervento. Un secondo metodo si basa sul giudizio clinico del terapeuta rispetto all’interruzione della terapia da parte del paziente, per esempio il paziente pone fine agli incontri benché il terapeuta ritenga necessario proseguire (35-37). Un terzo criterio (38) fa riferimento a quando il paziente cessa improvvisamente di presentarsi agli appuntamenti previsti, sia che avvenga o meno, ma senza l’accordo del terapeuta.

Dei 41 pazienti del nostro campione che non sono stati presi in carico, 24 hanno completato i tre colloqui di valutazione, mentre 17 hanno interrotto la fase valutativa concordata con lo psicologo dopo l’incontro che prevede la somministrazione della batteria testale (quindi hanno svolto solo i primi due colloqui). Quindi, questi pazienti potrebbero essere considerati come non-compliant con la fase psicodiagnostica stabilita con il loro consenso al primo incontro, in accordo con la prima e la terza definizione di *drop-out* sopracitate.

Dal punto di vista clinico, rimane aperta la questione se tutti i pazienti con diagnosi di cancro necessitino di un aiuto psicologico.

Weisman et al. (39) indicano le seguenti tre opzioni di intervento: (a) vedere ogni paziente a cui è stato diagnosticato un tumore, (b) selezionare i pazienti attraverso strumenti di valutazione affidabili, validi e sensibili nell’identificare quelli ad alto rischio o (c) aspettare che intervenga un dato problema o una crisi e che il paziente venga di conseguenza inviato allo psicologo.

Fra i tre tipi di intervento, la prima strategia è costosa e non tiene conto del fatto che alcuni pazienti si adattano alla malattia senza il bisogno di alcuna assistenza specialistica. In genere questi pazienti possono avere difficoltà di adattamento in alcuni momenti, ad esempio al momento della comunicazione della diagnosi o di una recidiva, ma non così intense da richiedere un intervento specialistico.

La strategia di selezionare i pazienti attraverso la somministrazione di questionari in grado di ridurre al minimo i falsi positivi si rivela un ottimo modo di procedere per individuare le differenti abilità di *coping* dei pazienti. Tuttavia, questa procedura si rivela (a) costosa e dispendiosa in termini di tempo, e (b) depersonalizza il rapporto con il paziente privandolo

dell'accoglienza e dell'umanizzazione che si può realizzare attraverso l'incontro e il colloquio clinico.

Con la terza alternativa sorge il problema della correttezza dell'invio da parte del medico e della sua capacità di rilevare il bisogno del paziente. Si possono generare situazioni in cui i medici giudicano patologiche alcune manifestazioni del paziente che invece sono reazioni fisiologiche e, viceversa, pazienti che beneficerebbero di un intervento di supporto non lo ottengono perché non viene riconosciuto il loro problema. Inoltre, non sempre i pazienti riferiscono al medico di sentirsi ansiosi o depressi, in parte perché non vogliono gravare ulteriormente sul medico, ma anche per via dello stigma associato a qualsiasi problema "mentale", "psicologico" o "psichiatrico".

La teoria dello *stress*, che definisce il cancro come una situazione stressante causata dalla minaccia alla propria vita, tende a suggerire il trattamento psicologico per ogni paziente oncologico (22). Alcuni Autori, tuttavia, sostengono che ogni individuo possiede strategie di *coping* innate per gestire situazioni stressanti come il cancro, e che gli unici pazienti che richiedono un aiuto professionale sono quelli ad alto rischio di sviluppare sintomi d'ansia o di depressione gravi (40).

Conclusioni e prospettive future

Il quadro complessivo attraverso cui si configura il disagio emotivo del paziente oncologico è molto ampio e differenziato. Esso infatti costituisce il risultato, in ogni istante, delle infinite modalità di espressione della sofferenza che caratterizzano ciascun individuo in relazione alle caratteristiche di personalità, alle modalità di *coping*, alla qualità delle relazioni familiari e sociali, e del modo in cui tutte que-

ste variabili si correlano nel corso delle varie tappe che scandiscono l'iter di malattia.

In questo senso il supporto psicologico specializzato può offrire al paziente la possibilità di condividere e rielaborare con un interlocutore esterno all'ambito amicale e familiare, formato all'ascolto ed alla comunicazione, i sentimenti e le emozioni che si alternano nei cosiddetti momenti critici, sperimentando l'esperienza profonda di una relazione terapeutica definita dalla volontà dell'individuo malato di aprirsi sulla propria sofferenza perché qualcuno la contenga e lo aiuti nel difficile processo di attribuirvi un senso.

Tuttavia, diverse questioni relative all'intervento psicologico per il paziente affetto da tumore rimangono aperte: quali pazienti necessitano realmente di un supporto, chi dovrebbe intervenire, quando occorre intervenire e come si deve intervenire.

Il presente studio ha tentato di dare un contributo alla prima problematica, suggerendo che dovrebbero essere le modalità di adattamento alla malattia ad indicare quali pazienti realmente necessitano di un intervento psicologico di supporto.

Occorre tuttavia considerare alcuni limiti dello studio. Innanzitutto, il campione è costituito da un esiguo numero di soggetti: ciò rappresenta senz'altro un limite del lavoro, che non permette di generalizzare i risultati osservati. Inoltre, nel lavoro non sono state considerate alcune variabili che potrebbero essere implicate nella decisione del paziente di aderire alla terapia dopo la fase valutativa iniziale: il clinico che ha condotto i colloqui di valutazione, la gravità, la fase e l'organo colpito dalla malattia e, tra le variabili socio-demografiche, il ruolo del livello di istruzione e della condizione socio-economica.

Ulteriori studi potrebbero aiutare a far luce su una tematica che riveste una notevole importanza per lo psicologo clinico che lavora in ambito oncologico.

Bibliografia

1. Goerling U, Foerg A, Sander S, Schramm N, Schlag PM. The impact of short-term psycho-oncological interventions on the psychological outcome of cancer patients of a surgical-oncology department - a randomised controlled study. *European Journal of Cancer*. 2011;47(13):2009-2014.
2. Raingruber B. The Effectiveness of Psychosocial Interventions with Cancer Patients: An Integrative Review of the Literature (2006-2011). *International Scholarly Research Network Nursin*. 2011;638218.
3. Sharplin GR, Jones SB, Hancock B, Knott VE, Bowden J A, Whitford HS. Mindfulness-based cognitive therapy: an efficacious community-based group intervention for depression and anxiety in a sample of cancer patients. *Medical Journal of Australia*. 2010;193(5 Suppl):S79-82.
4. Hogan BE, Linden W, Najarian B. Social support interventions. Do they work? *Clinical Psychology Review*. 2002;22:381-440.
5. Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, Koopmans J, Vincent L, Guthrie H, et al. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *The New England Journal of Medicine*. 2001;345:1719-1726.
6. Kissane D W, Bloch S, Miach P, Smith GC, Seddon A, Keks N. Cognitive existential group therapy for patients with primary breast cancer. Techniques and themes. *Psycho-Oncology*. 1997;6:25-33.
7. Mayer TJ, Mark MM. Effects of Psychosocial Interventions with adult Cancer patients, a Meta-analysis of Randomized Experi-

- mentes. *Health Psychology*. 1995;14:101-108.
8. Devine EC, Westlake SK. The effects of psychoeducational care provide to adults with cancer: Meta-analysis of 116 studies. *Oncology Nursing Forum*. 1995;22:1369-1381.
 9. Worden W, Weisman A. Do cancer patients really want counselling? *General Hospital Psychiatry*. 1980;2:100-103.
 10. Worden W, Weisman A. Preventive Psychosocial Intervention with newly diagnosed cancer patients. *General Hospital Psychiatry*. 1984;6:243-249.
 11. Bappert L. Ambulante Psychosoziale Krebsnachsorge. *Munchener Medizinische Wochenschr*. 1984;126:880-884.
 12. Taylor SE, Falke RS, Shoptaw SJ, Lichtman RR. Social support, support groups and the cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986;54:608-615.
 13. Söllner W, Zingg-Schir M, Rumpold G, Mairinger G, Fritsch P. Need for supportive counselling-the professional "versus the patients" perspective. A survey in a representative sample of 236 melanoma patients. *Psychotherapy and Psychosomatic*. 1998;67(2):94-104.
 14. Söllner W, Maislinger S, König A, DeVries A, Lukas P. Providing psychosocial support for breast patients based on screening for distress within a consultation-liason service. *Psycho-Oncology*. 2004;13(12):893-897.
 15. Baider L, Peretz T, Kaplan De-Nour A. The effect of behavioral intervention on the psychological distress of Holocaust survivors with cancer. *Psychotherapy Psychosomatic*. 1997;66:44-49.
 16. Merckaert I, Libert Y, Messin S, Milani M, Slachmuylder JL, Razavi D. Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psycho-Oncology*. 2010;19:141-149.
 17. Pascoe S, Edelman S, Kidman A. Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney Hospital. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2000;345:785-791.
 18. Plass A, Koch U. Participation of oncological outpatients in psychosocial support. *Psycho-Oncology*. 2001;10:511-520.
 19. Hamama-Raz Y, Perry S, Pat-Horenczyk R, Bar-Levav R, Stemmer SM. Factors affecting participation in group intervention in patients after adjuvant treatment for early-stage breast cancer. *Acta Oncologica*. 2012;51(2):208-214.
 20. Salander P. Motives that cancer patients in oncological care have for consulting a psychologist. An empirical study. *Psycho-Oncology*. 2010;19(3):248-254.
 21. Söllner W, DeVries A, Steixner E, Lukas P, Sprinzl G, Rumpold G, et al. How successful are in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *British Journal of Cancer*. 2001;84(2):179-185.
 22. Gilbar O, Neuman R. With cancer patient completes a psychosocial intervention program? *Psycho-Oncology*. 2002;11:461-471.
 23. Grande GE, Myers LB, Sutton SR. How do patients who participate in cancer support groups differ from those who do not? *Psycho-Oncology*. 2006;15:321-334.
 24. Arving C, Sjoden PO, Bergh J, Lindström AT, Wasteson E, Glimelius B, et al. Satisfaction, utilisation and perceive benefit of individual psychosocial support for breast cancer patients. A randomised study of nurse versus psychologist interventions. *Patient Education and Counseling*. 2006;62:235-243.
 25. Ford MF, Jones M, Scannell T, Powell A, Coombes RC, Evans C. Is group psychotherapy feasible for oncology outpatient attenders selected on the basis of psychological morbidity? *British Journal of Cancer*. 1990;62:624-626.
 26. Brusis J, Voge B, Mai N. Warum nehmen Brustkrebspatientinnen nicht an (ambulanter) psychosozialer Nachsorgebetreuung teil? Pilotstudie über die Nicht-Teilnahme-Gründe. In: Muthny FA & Haag G (eds). *Onkologie im psychosozialen Kontext. Spektrum psychoonkologischer Forschung, zentrale Ergebnisse und klinische Bedeutung*. (pp. 214-229). Heidelberg: Ansanger, 1993.
 27. Moynihan C, Horwich A, Bliss J. Counselling is not appropriate for all patients with cancer. *British Medical Journal*. 1999;318:128.
 28. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1983;67(6):361-370.
 29. Costantini M, Musso M, Viterbori P, Bonci F, del Mastro L, Garrone O, et al. Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression scale. *Support Care Cancer*. 1999;7:121-27.
 30. Morasso G, Costantini M, Baracco G, Capelli M. Assessing psychological distress in cancer patients: validation of a self-administered questionnaire. *Oncology*. 1996;53(4):295-302.
 31. Watson M, Greer S, Young J, Inayat Q, Burgess C, Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*. 1988;18:203-209.
 32. Grassi L, Watson M. Italian version of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale and its application in psychiatric oncology. *New Trends in Experimental and Clinic Psychiatry*. 1992;8:147-154.
 33. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36) I: conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992;30:473-483.
 34. Apolone G, Mosconi P. The Italian SF-36 Health Survey Translation, Validation and Norming. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1998;51(11):1025-1036.
 35. Pekaric G. The effects of employing different termination classification criteria in dropout research. *Psychotherapy*. 1983;22:86-91.
 36. Garfield SL. Research on client variables in psychotherapy. In *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (3rd edn), Garfield SL, Bergin AE (eds). John Wiley & Sons: New York; 213-256, 1986.
 37. Bischoff RJ, Sprenkle DH. Dropping out of marriage and family therapy: A critical review of research. *Family Process*. 1994;32:353-375.
 38. Sledge WH, Moras K, Hartley D, Levin M. Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates 1990. *American Journal of Psychiatry*. 1990;147:1341-1347.
 39. Weisman A, Worden JW, Sobel HJ. Psychosocial screening and intervention with cancer patients. A Research Report. Cambridge, Ma: Shea Bros, 1980.
 40. Zabora JR. Screening procedures for psychosocial distress, in *Psycho-Oncology*, Holland JC. (ed.). Oxford University Press: New York; 653-661, 1998.