

Screening del distress in un centro di riabilitazione oncologica: variabili legate all'accettazione del colloquio psicologico

C. FABBRI¹, S. NESTI¹, G. FRANCHI², E. GRECHI², A. MARUELLI², M.G. MURACA³, G. MICCINESI⁴

RIASSUNTO

Il cancro ha un notevole impatto sulla vita dei pazienti, e può portare a vivere una situazione di disagio definita distress. Lo screening del distress, effettuato presso il Centro di Riabilitazione Oncologica (Ce.Ri.On.), consente di individuare quei soggetti che stanno vivendo una situazione di disagio psicologico intenso. Questo lavoro si propone di valutare se alti livelli di distress siano correlati ad una maggiore disponibilità ad effettuare un colloquio psicologico ed indagare se esiste una correlazione tra età, sesso, livello di distress ed accettazione del colloquio. I partecipanti allo studio sono 865. Dai risultati emerge che il 75% dei pazienti con distress ha espresso la disponibilità a parlare con uno psicologo. Anche il 70,7% dei soggetti con bassi livelli di distress ha espresso questa disponibilità. Infine la probabilità di accettare il colloquio diminuisce all'aumentare dell'età ed aumenta al crescere dei valori del distress.

PAROLE CHIAVE: riabilitazione psico-oncologica, screening del distress, *Psychological Distress Inventory*, Termometro del distress.

SUMMARY

For patients, cancer has a significant impact on life, and may lead to experience a multi factorial and unpleasant situation defined distress. At Oncological Rehabilitation Centre (Ce.Ri.On.), the screening for psychological distress allows the identification of patients who are experiencing a situation of intense discomfort. This work aims to evaluate whether high levels of distress are related to a greater willingness to speak with a psychologist and to investigate whether there is a relation between age, sex, level of distress and the acceptance of the clinical interview with a psychologist. Among the 865 patients included in the study, results indicate that 75% of those suffering distress, expressed the willingness to speak with a psychologist. Also, the 70,7% of patients that are not suffering from elevated level of distress expressed this disposition too. Finally, the chance of accepting the clinical interview decreases with higher age and increases with higher levels of distress.

KEY WORDS: psychoncological rehabilitation, distress screening, *Psychological Distress Inventory*, Distress Thermometer.

Introduzione

Come tutte le malattie che minacciano l'esistenza, il cancro ha un notevole impatto sulla sfera delle emozioni. In linea con il modello olistico biopsicosociale (1), si valuta l'individuo nella sua complessità e la malattia è considerata a livello biologico, psicologico e sociale. Il *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) ha riconosciuto la necessità di raggruppare i problemi di natura psicosociale in una definizione che possa comprendere la malattia in tutti i suoi aspetti e che sia misurabile lungo il decorso. Con il termine *distress* si definisce una spiacevole esperienza emotiva di natura psicologica, sociale e/o spirituale che si estende lungo un *continuum* e che interferisce con l'abilità di fronteggiare il cancro (2, 3).

Il Centro di Riabilitazione Oncologica di Firenze (Ce.Ri.On.) utilizza per lo screening del distress una combinazione di PDI (4) e *Distress Thermometer* (DT) (5, 6), quest'ultimo somministrato assieme ad una *Problem List* (PL) che consente di indagare le possibili cause alla base del disagio psicologico.

Lo studio di Franchi et al. (7) conferma l'utilità di effettuare lo screening del distress associato alla patologia tumorale, per individuare coloro ai quali sarà successivamente proposto un intervento di supporto psico-oncologico; questo potrà includere colloqui individuali, partecipazione a gruppi introspettivi verbali, a mediazione corporea o espressiva. Al termine

¹ Psicologa tirocinante Ce.Ri.On. - LILT

² Psicologa Psicoterapeuta Ce.Ri.On. - LILT

³ Medico Ce.Ri.On. - ISPO

⁴ Epidemiologia Clinica Ce.Ri.On. - ISPO

Indirizzo per la corrispondenza:
Dott.ssa Giovanna Franchi

Centro di Riabilitazione Oncologica Villa delle Rose
Via Cosimo il Vecchio 2 - 50139 Firenze
E-mail: g.franchi7@gmail.com

di tale percorso riabilitativo, si evidenzia infatti una riduzione del livello di *distress* valutato con l'utilizzo del PDI (da 34.7 a 26.4) e del DT (da 5.9 a 2.2).

In letteratura ci sono opinioni discordanti riguardo alla possibile associazione tra il bisogno di parlare con uno psicologo ed alti livelli di *distress* diagnosticati con gli strumenti di *screening*. Alcuni Autori ritengono che tale associazione non sia significativa (8, 9), altri invece affermano il contrario (10, 11).

Partendo da queste premesse, il primo obiettivo di questa ricerca è stato quello di valutare se alti livelli di *distress*, misurati con PDI e DT, fossero correlati ad una maggiore disponibilità ad effettuare un colloquio con lo psicologo nel caso gli strumenti di *screening* ne avessero indicato l'opportunità. Il secondo obiettivo è stato quello di indagare se vi fosse una correlazione tra età, sesso, livello di *distress* e accettazione del colloquio psicologico.

Pazienti e metodi

Il Ce.Ri.On. di Firenze, nato nel 2005 dall'integrazione tra la struttura pubblica ISPO (Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica) e l'associazione *no-profit* LILT (Lega Italiana per la Lotta Contro i Tumori), guida il paziente lungo un percorso integrato ed individualizzato grazie alla collaborazione di molteplici figure professionali. L'*équipe* è composta da psico-oncologi, medici, fisioterapisti, infermieri che insieme contribuiscono a stabilire il percorso riabilitativo dei pazienti (12).

I partecipanti allo studio erano pazienti affetti da cancro che si sono presentati al Ce.Ri.On. per la prima volta in un periodo compreso tra gennaio 2010 a dicembre 2012. È stato possibile risalire ai dati demografici dei pazienti utilizzando il codice identificativo di ognuno di loro, presente sulla batteria di *test* compilati e rintracciabile nel *database* del Centro. Le variabili prese in considerazione erano età, genere, anno della prima visita e livello di *distress*. Il totale dei soggetti presi in esame per le analisi successive era di 865.

Procedure

Al primo arrivo dei pazienti al Ce.Ri.On. veniva loro fornita una breve spiegazione sui servizi psico-oncologici offerti dal centro e richiesto di completare una batteria di questionari di autovalutazione che includeva: un numero identificativo, il *Distress*

Thermometer (DT), la *Problem List* (PL) ed il *Psychological Distress Inventory* (PDI). Il consenso informato è stato firmato da tutti i partecipanti.

Strumenti

Termometro del *distress* e *Problem List*

Lo strumento è costituito da due distinte sezioni. Nella prima, denominata Termometro del *distress*, una scala analogica visiva raffigurante un termometro è affiancata da una scala verbale (nessun malessere/estremo malessere) e da una scala numerica (0-10). I pazienti devono segnare il numero che meglio descrive il livello di *distress* vissuto nell'ultima settimana. Nella seconda, denominata *Problem List* e sviluppata dal NCCN (2), vengono elencati 34 dei sintomi più diffusi nei pazienti affetti da cancro, raggruppati in 5 aree: problemi pratici, problemi familiari, problemi emotivi, problemi spirituali-religiosi ed infine problemi fisici. In questo caso i pazienti sono invitati ad indicare (mediante un sì oppure un no), quali dei sintomi elencati hanno sperimentato nell'ultima settimana.

Psychological Distress Inventory (PDI)

Il PDI è uno strumento di autovalutazione costituito da 13 *items*, che ha come obiettivo quello di misurare il *distress* nei pazienti affetti da cancro. Lo strumento è stato inizialmente sviluppato e validato in Italia (5). Per ciascun *item*, i pazienti sono invitati a segnare tra le opzioni proposte quella più vicina al loro sentire nell'ultima settimana.

I soggetti venivano classificati come affetti da *distress* se il punteggio del PDI era maggiore di 35 (5). Il *cut-off* del DT consigliato dalla letteratura è di 4 o 5 (6). Tuttavia per mantenere un'elevata specificità del *test* usato in parallelo al PDI, è stato scelto un punteggio *cut-off* di 7. Al termine della batteria di *test* i pazienti dovevano rispondere ad un'ultima domanda: "Se dalle sue risposte a queste domande rilevassimo un livello di stress elevato, possiamo contattarla telefonicamente per fissarle un incontro con una Psicologa del Centro?" barrando la casella corrispondente alla loro volontà, "sì" oppure "no". A coloro che avevano segnato la casella "sì" ed avevano un punteggio positivo per il *distress* veniva telefonicamente proposto colloquio con una psicologa del Centro; i soggetti che invece avevano segnato "no" non venivano contattati telefonicamente, salvo diverse indicazioni (invio da oncologo, fisiatra o psichiatra).

Analisi statistiche

Sono state condotte le consuete analisi descrittive univariate, per descrivere il campione, e bivariate per valutare: l'associazione tra *distress* e disponibilità a parlare con uno psicologo; l'associazione tra anno di calendario e accettazione o meno dell'invito a parlare con lo psicologo. La significatività di queste associazioni è stata testata col test chi quadro. Per valutare i fattori determinanti in maniera indipendente l'accettazione del colloquio con lo psicologo, è stata effettuata un'analisi logistica multivariata, inserendo nel modello età, sesso e punteggio al PDI e al DT. Le analisi sono state eseguite con STATA 12.

Risultati

Tra gennaio 2010 e dicembre 2012, 865 pazienti hanno effettuato il primo accesso al Ce.Ri.On. di Villa delle Rose a Firenze.

La Tabella 1 mostra le caratteristiche demografiche degli 865 partecipanti allo studio. L'età media era di 57,94 anni (SD= 12,39; dati non inseriti nella Tabella). Più della metà (55,14%) aveva tra i 50 ed i 70 anni. La maggior parte dei partecipanti era costituita da donne (85,55%). L'anno della prima visita mostra un incremento costante dei pazienti che sono stati inseriti nel *database* del Ce.Ri.On.

Nella Tabella 2 sono evidenti le percentuali dei soggetti che ottengono punteggi significativi di *distress* al solo PDI (14,8%), al solo DT (9,7%) o ad entrambi (22,4%). In totale 407 pazienti su 865

TABELLA 1 - CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE (N=865); N (% COLONNA).

Variabile	
Genere, N (%)	
Femmine	740 (85,6)
Maschi	125 (14,4)
Età (classi di), N (%)	
<50	232 (26,8)
50-59	245 (28,3)
60-69	232 (26,8)
70+	156 (18,1)
Anno di presa in carico, N (%)	
2010	261 (30,2)
2011	292 (33,8)
2012	312 (36)

TABELLA 2 - PROPORZIONE DI SOGGETTI POSITIVI AD ALMENO UN TEST (SOPRA SOGLIA) O NEGATIVI AD ENTRAMBI (SOTTO SOGLIA); N (% COLONNA).

Strumento	
Solo PDI positivo, N (%)	129 (14,8)
Solo DT positivo, N (%)	84 (9,7)
PDI e DT positivi, N (%)	194 (22,4)
PDI e DT negativi, N (%)	458 (52,9)
Totale	865 (100)

(47%) hanno riportato un *distress* psicologico elevato. I restanti soggetti non hanno riportato alcun tipo di *distress*.

La Tabella 3 mostra l'associazione tra il livello di *distress* e la disponibilità a parlare con uno psicologo espressa al termine della batteria di test. Dei 629 soggetti che hanno espresso tale disponibilità, quasi la metà (48,5%) ha ricevuto diagnosi di *distress*. Tuttavia anche il 32,7% dei 168 pazienti non disposti a ricevere un supporto psicologico presenta un livello di *distress* significativo. Dei 407 soggetti che hanno ricevuto diagnosi di *distress*, 305 (74,9%) hanno espresso la disponibilità a parlare con uno psicologo, mentre il 13,5% ha invece rifiutato. Dei 458 soggetti che non hanno ricevuto diagnosi di *distress*, il 70,7% si è comunque mostrato disposto a ricevere supporto. Il test chi quadro indica che le diverse tipologie di pazienti sopra soglia dichiarano al momento del test una diversa disponibilità a parlare con lo psicologo, in caso fosse indicato ($p\text{-value} < 0.001$). Questa disponibilità è minima per i soggetti che risultano sopra soglia solo al test DT.

Nella Tabella 4 sono riportati, suddivisi per anno di presa in carico, i soggetti che effettivamente accettano di parlare con uno psicologo del Centro. Circa il 43% dei soggetti (371 su 865), effettua il colloquio psicologico. Di questi 371 soggetti, il 62% è stato contattato sulla base della significatività ai test di *screening*. La restante percentuale corrisponde ai soggetti inviati da altri professionisti, che non avevano un *distress* significativo. Non si segnala alcun *trend* temporale ($p\text{-value}=0,28$).

La Tabella 5 mostra le variabili correlate all'accettazione del colloquio psicologico. La variabile età nel suo complesso sembra avere un forte impatto sull'accettazione con tendenza lineare al decrescere dell'accettazione del colloquio tanto più il soggetto è anziano. Inoltre risulta significativo l'aver conseguì-

TABELLA 3 - DISPONIBILITÀ A PARLARE CON UNO PSICOLOGO ESPRESSA AL TERMINE DELLA BATTERIA DI TEST; N, (% DI RIGA).

“Se dalle sue risposte a queste domande rilevassimo un livello di stress elevato, possiamo contattarla telefonicamente per fissarle un incontro con una Psicologa del Centro?”

	SI	NO	NC	Totale
Solo PDI positivo	97 (75,2)	17 (13,2)	15 (11,6)	129 (100)
Solo DT positivo	57 (67,9)	18 (21,4)	9 (10,7)	84 (100)
PDI e DT positivi	151 (77,8)	20 (10,3)	23 (11,9)	194 (100)
PDI e DT negativi	324 (70,7)	113 (24,7)	21 (4,6)	458 (100)
Totale	629 (72,7)	168 (19,4)	68 (7,8)	865 (100)

Test chi quadro per l'eterogeneità: p -value $< .001$

to un punteggio maggiore, indicativo di un maggior livello di *distress*, al DT (p -value=0,004) o al PDI (p -value=0,055).

Discussione

Nei tre anni presi in considerazione nel presente studio, tra gli 865 soggetti giunti al Ce.Ri.On., il 47% presenta un *distress* psicologico sopra soglia. Questi dati, in linea con quelli della letteratura (13, 14) confermano che un'alta prevalenza di *distress* psicologico si verifica nei pazienti affetti da cancro.

Il 75% dei pazienti con elevato *distress* ha espresso la disponibilità a parlare con uno psicologo nel caso i test ne avessero indicato l'opportunità. La restante percentuale, pur avendo un livello di *distress* elevato, non ha dato questa disponibilità. Lo studio di Bonacchi et al. (10) fornisce alcuni suggerimenti sui possibili motivi per i quali le persone, pur vivendo una situazione di disagio, non richiedono un aiuto psicologico. Tra questi annoveriamo uno stile di *coping* basato sull'evitamento o sulla minimizzazione ed un alto supporto sociale percepito. Alcuni pazienti pensano inoltre di non poter trarre beneficio dal supporto psicologico.

Il 70,7% dei pazienti che hanno espresso la disponibilità al colloquio con lo psicologo al termine della batteria somministrata risulterà poi avere bassi livelli di *distress*. Questo risultato conferma la letteratura esistente che riporta come la disponibilità a ricevere supporto psicologico non sia sempre correlata con il disagio percepito dai pazienti (8, 9). Secondo queste ed altre ricerche ci sono ulteriori variabili che possono spiegare questa richiesta. Una

di queste è la volontà di rimanere attivi e di cercare di fare il possibile per affrontare al meglio la malattia. Per questi pazienti il supporto psicologico è visto come una forma di trattamento complementare, sul quale riescono ad avere il controllo e grazie al quale contribuiscono alla cura della loro patologia, arginando la passività ed i sentimenti di *hopelessness* correlati sia alla malattia stessa che alle conseguenze dei trattamenti medici cui sono sottoposti (15). Altre variabili significative sono risultate inoltre il sesso femminile (16), le risorse di *coping* ed il decorso della malattia.

Il secondo obiettivo del presente studio evidenzia che circa il 43% dei soggetti accetta effettivamente un colloquio psicologico (Tabella 4). Il 62% di questi è stato indirizzato allo stesso attraverso lo *screening* del *distress*. La probabilità di accettare il colloquio diminuisce all'aumentare dell'età ed aumenta al crescere dei valori del *distress*.

La letteratura specifica sui fattori associati all'effettiva accettazione di un supporto psicologico, offerto sulla base di alti livelli di *distress* riscontrati ad uno *screening* iniziale, non è presente. Nel commentare le associazioni da noi riscontrate ci rifaremo pertanto, in maniera estensiva, alla letteratura sui fattori associati alla richiesta di aiuto psicologico.

La giovane età, come riportato in numerosi articoli (8, 17), è una fase della vita caratterizzata da importanti cambiamenti, come ad esempio il lavoro e la famiglia, che possono portare a desiderare un maggior supporto psicologico. I soggetti con più di 60 anni sembrano invece meno inclini a cercare aiuto. Secondo alcuni Autori questo può essere spiegato dalla loro tendenza ad attribuire il proprio *distress* a problemi fisici piuttosto che a problemi di salute

TABELLA 4 - ACCETTAZIONE O RIFIUTO DEL COLLOQUIO PSICOLOGICO PROPOSTO, PER ANNO N, (% DI RIGA).

	Rifiuta	Accetta	Non contattato, sotto soglia	Altro invio	Non contattato, sopra soglia	Totale
2010	16 (6,1)	77 (29,5)	98 (37,5)	48 (18,4)	22 (8,4)	261 (100)
2011	25 (8,6)	83 (28,4)	113 (38,7)	45 (15,4)	26 (8,9)	292 (100)
2012	18 (5,8)	71 (22,8)	142 (45,5)	47 (15,1)	34 (10,9)	312 (100)
Totale	59 (6,8)	231 (26,7)	353 (40,8)	140 (16,2)	82 (9,5)	865 (100)

Test chi quadro per l'eterogeneità: p -value= 0,280

TABELLA 5 - VARIABILI CORRELATE ALL'ACCETTAZIONE O AL RIFIUTO DEL COLLOQUIO PSICOLOGICO.

Variabile	OR (95% IC)	p -value
Età (classi di)		
<50	1	
50-59	0,56 (0,21, 1,45)	0,230
60-69	0,34 (0,13, 0,86)	0,023*
>70	0,23 (0,08, 0,66)	0,006*
Punteggio al DT (range osservato 0-10)	1,27 (1,08, 1,49)	0,004*
Punteggio al PDI (range osservato 11-63)	1,07 (0,99, 1,15)	0,055*

Nota: le variabili Anno di presa in carico e Sesso sono state testate ma escluse dal modello perché risultate non significative.

mentale, ed a rivolgersi al medico generico piuttosto che allo psicologo (18). Altri studi ipotizzano invece che la differenza nella ricerca di sostegno tra le diverse generazioni possa essere causata da un effetto coorte. Le persone più anziane possono guardare con scetticismo ai servizi di supporto psicologico, poiché probabilmente cresciuti in un'epoca storica in cui questi erano rari oppure scarsamente conosciuti (19).

Oltre alla giovane età, la letteratura riporta che le variabili associate alla richiesta di aiuto sono: il sesso femminile ed il sottoporsi alla terapia ormonale (8, 16, 17).

Il campione del presente studio è composto in gran parte da donne affette da cancro al seno, essendo questa l'utenza prevalente che afferisce al Ce.Ri.On. Entrambe queste caratteristiche potrebbero fornirci ulteriori spiegazioni sulla richiesta di supporto psicologico. Come riportato nell'articolo di Merckaert et al. (8) le donne sono culturalmente più portate a richiedere aiuto, in particolare all'esterno della famiglia, poiché spesso svolgono in essa il ruolo di *caregiver*. Il cancro al seno, come riportato in letteratura (20), ha un notevole impatto sul benesse-

re psicologico delle pazienti, probabilmente a causa del fatto che spesso esso si associa alla terapia ormonale, che provoca molteplici cambiamenti fisiologici, come ad esempio la menopausa precoce.

I limiti principali dello studio sono legati alla mancanza di un gruppo di controllo e alla mancata rilevazione di variabili psicologiche, quali gli stili di *coping* ed il supporto sociale percepito, che secondo la letteratura influenzano la disponibilità a ricevere supporto psicologico e l'accettazione effettiva quando offerto a seguito di *screening* del *distress*.

In conclusione, i nostri risultati sottolineano la fattibilità e la buona accettabilità, da parte di malati oncologici in riabilitazione, di utilizzare tali strumenti per identificare i pazienti con alto *distress*.

Acknowledgements

L'attività del Ce.Ri.On. è resa possibile dal contributo di "Corri La Vita", manifestazione benefica fiorentina. I gruppi espressivi sono resi possibili dalla presenza al Centro dell'Associazione "La Finestra".

Bibliografia

1. Adler RH. Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal Psychosomatic Research*. 2009;67(6):607-611.
2. National Comprehensive Cancer Network. Distress management clinical practice guidelines. *Journal National Comprehensive Cancer Network*. 2003;1:344-374.
3. Holland J. Psychological care of patients. *Psycho-oncology's contributions*. *Journal Clinical Oncology*. 2003;21:253s-265s.
4. Morasso G, Costantini A, Baracco G, Borreani C, Cappelli M. Assessing psychological distress in cancer patients: validation of a self-administered questionnaire. *Oncology*. 1996;53:295-302.
5. Grassi L, Magri V, Sabato S, Rossi E (for the Italian Society of Psycho-Oncology). Screening for distress in cancer patients: the Italian Society of Psycho-Oncology multicenter study on the Distress Thermometer. *Psych-Oncol*. 2010;19 (Suppl 2):68-69.
6. Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, Fleishman SB, Zabora J, Baker F, Holland JC. Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer*. 2005;103(7):1494-1502.
7. Franchi G, Bulli F, Muraca MG, Maruelli A, Grechi A, Miccinesi G. Impact of a psycho-oncological rehabilitation intervention on psychological distress: the experience of CeRiOn (Oncological Rehabilitation Centre) Florence 2007-2010. *Support Care Cancer*. 2013;21(9):2381-2386.
8. 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.
9. Graves KD, Arnold SM, Love CL, Kirsh KL, Moore PG, Pasik SD. Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung Cancer*. 2007;55(2):215-224.
10. Bonacchi A, Rossi A, Bellotti L, Franco S, Toccafondi A, Miccinesi G, Rosselli M. Assessment of psychological distress in cancer patients: a pivotal role for clinical interview. *Psycho-Oncology*. 2010;19(12):1294-1302.
11. Fritzsche K, Liptai C, Henke M. Psychosocial distress and need for psychotherapeutic treatment in cancer patients undergoing radiotherapy. *Radiotherapy and oncology*. 2004; 72(2):183-189.
12. Franchi G, Massa R, Beraldi D, Maruelli A, Grechi E, Bulli F, Bonacchi A, Katz M, Muraca MG, Miccinesi G. La riabilitazione psico-oncologica in un'ottica multidisciplinare. *Il Ce. Ri. On. di Firenze. Giornale Italiano di Psico-Oncologia*. 2011;13(1).
13. Zabora JR, Blanchard CG, Smith ED, Roberts CS, Glajchen M, Sharp JW, Locher JW, Can EW, Best-Castner S, Smith PM, Dozier-Hall D, Polinski ML, Hedlund SC. Prevalence of psychological distress among cancer patients across the disease continuum. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1997;15:73-87.
14. Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*. 2007;110(8):1665-1676.
15. Söllner W, Maislinger S, DeVries A, Steixner E, Rumpold G, Lukas P. Use of complementary and alternative medicine by cancer patients is not associated with perceived distress or poor compliance with standard treatment but with active coping behavior: a survey. *Cancer*. 2000;89:873-880.
16. Beutel M, Henrich G, Sellschopp A, Keller M, Adermayer W. Needs and acceptance of ambulatory psychosocial care for cancer patients – as exemplified by an oncologic day hospital. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*. 1996;46:304-311.
17. 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.
18. Vogel DL, Wester SR, Larson LM. Avoidance of counseling: psychological factors that inhibit seeking help. *Journal of Counseling & Development*. 2007;85(4):410-422.
19. Westerhof GJ, Maessen M, de Bruijn R, Smets B. Intentions to seek (preventive) psychological help among older adults: an application of the theory of planned behaviour. *Aging and Mental Health*. 2008;12(3):317-322.
20. Northouse LL. Psychological impact of the diagnosis of breast cancer on the patient and her family. *Journal American Medical Women's Association*. 1992;47(5):161-164.