

## Γενικό άρθρο General article

# Ψυχολογική διάσταση της γενετικής του καρκίνου: Επικοινωνία γιατρού-ασθενούς

Γ.Ι. Μουσσάς,<sup>1</sup> Α.Π. Καρκανιάς,<sup>1</sup> Α.Γ. Παπαδοπούλου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Σωτηρία», Αθήνα

<sup>2</sup>Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αττικόν Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2010, 21:148–157

Ο καρκίνος αποτελεί μια νόσο απειλητική για τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα. Στην πρόληψη της νόσου εντάσσεται η πρώιμη ανίχνευση των ατόμων που είναι φορείς ογκογονιδίων και κατά συνέπεια έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, με τη μέθοδο του γενετικού ελέγχου. Η γενετική συμβουλευτική αφορά στη μετάδοση των επαγόμενων από τα γενετικά τεστ πληροφοριών, αλλά και στην ανάλυση των προβλημάτων που συνοδεύουν τις πληροφορίες αυτές, μέσα στη θεραπευτική σχέση. Σε αυτά τα πλαίσια αλλά και γενικότερα, η επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς πρέπει να διέπεται από κανόνες ώστε αφενός να διευκολύνεται ο γιατρός να διαχειριστεί την εξαιρετικά δύσκολη πολλές φορές θέση να μεταφέρει τα δυσάρεστα νέα, ενώ παράλληλα πρέπει να ενθαρρύνεται ο ασθενής να διατηρήσει την ελπίδα και να αξιοποιήσει τα δεδομένα προς όφελός του. Οι δεξιότητες της επικοινωνίας στην περίπτωση αυτή σχετίζονται με την ικανότητα ενσυναίσθησης του γιατρού για τον άρρωστο και την ικανότητα συναισθηματικής απάντησης.

**Λέξεις ευρητηρίου:** καρκίνος, γενετική συμβουλευτική, επικοινωνία γιατρού-ασθενούς, θεραπευτική σχέση

## Εισαγωγή

Ο καρκίνος αποτελεί μια νόσο απειλητική για τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα.<sup>1</sup> Η πρόληψή του λοιπόν καθίσταται μια εξαιρετικά επιθυμητή διαδικασία προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση της νόσου. Αφορά τον προσδιορισμό των διατροφικών και άλλων συνηθειών όπως η άσκηση, η προστασία από την ηλιακή ακτινοβολία, η καλή φυσική κατάσταση και η υπεύθυνη σεξουαλική συμπεριφορά για την αποφυγή μετάδοσης ιών που σχετίζονται με νεοπλασματική εξεργασία (π.χ. HPV).<sup>2</sup> Σε αυτά τα πλαίσια αναζήτησης μεθόδων προκειμένου να μειωθεί η πιθανότητα να εμφανίσει κάποιος καρκίνο εντάσσεται και η προσπάθεια προσδιορισμού εκείνων των ατόμων που έχουν γενετική προδιάθεση για ορισμένες μορφές καρκίνου, εφόσον είναι φορείς ορισμένων ογκογονιδίων, με τη χρήση τεχνικών της μοριακής βιολογίας τα οποία και αποτελούν τα γενετικά τεστ.<sup>3</sup>

Η γενετική συμβουλευτική είναι μια διαδικασία με την οποία άτομα με κίνδυνο εμφάνισης μιας κληρονομώμενης νόσου ενημερώνονται σχετικά με τις πιθανές συνέπειες, την πιθανότητα να αναπτύξουν ή να κληροδοτήσουν στους απογόνους τους τη διαταραχή, αλλά και με τι τρόπους μπορεί να μειωθεί ή να απαλειφθεί η πιθανότητα νόσησης. Παράλληλα, περιλαμβάνει την ενίσχυση των ατόμων να διαχειριστούν την πληροφορία, να κάνουν τις σωστές επιλογές για τους ίδιους και να εκφράσουν φόβους και προβληματισμούς.<sup>4</sup>

Γενικότερα, η επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς πραγματώνεται μέσα στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης.<sup>5</sup> Οι δεξιότητες που απαιτούνται για να είναι η επικοινωνία ουσιαστική σχετίζονται με την ειλικρινή απόδοση πληροφοριών με ενσυναίσθηση, ώστε ο ασθενής να μπορεί να κατανοεί όσα ακούει, αλλά και να του δίνεται η ευκαιρία να εκφράζει τα συναισθήματά του και τις απορίες του. Επίσης, η αναγγελία των κακών νέων επιβάλλει καλή προετοιμασία, διαμόρφωση θεραπευτικού περιβάλλοντος για τον ασθενή, επαρκή επικοινωνία, αντιμετώπιση των αντιδράσεων του πάσχοντος και της οικογένειάς του, καθώς και ενθάρρυνση και ισχυροποίηση των συναισθημάτων που διακινούνται.<sup>6,7</sup>

## Ψυχολογική διάσταση της γενετικής του καρκίνου

Ο όγκος των συσσωρευμένων γνώσεων επέτρεψε στην αναπτυσσόμενη υποειδικότητα της ψυχο-

γκολογίας ν' ανταποκριθεί στις νέες προκλήσεις της ογκολογίας, όπως είναι για παράδειγμα η ανακάλυψη γενετικής βάσης σε έναν αριθμό καρκίνων. Έρευνες αναζήτησαν την επίδραση αυτού του ενδεχόμενου στη συναισθηματική κατάσταση και την προσαρμογή των ατόμων με γενετική προδιάθεση,<sup>8,9</sup> και την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη.

Η συμβουλευτική όμως για γενετικά μεταδιδόμενες νόσους είναι μια σύμπλοκη διαδικασία, η οποία απευθύνεται σε άτομα τα οποία βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν μια κληρονομώμενη μορφή καρκίνου ή να τον μεταδώσουν στους απογόνους τους. Η σημασία της αυξάνει ραγδαία τα τελευταία χρόνια με την παραδοχή του γεγονότος ότι το 5% με 10% του γενικού πληθυσμού είναι πιθανό ότι έχει μια γενετική προδιάθεση για κάποιες μορφές καρκίνου. Τα τελευταία 10 χρόνια ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός ασθενών καταφεύγει στα γενετικά τεστ για καρκίνο μαστού, ωθηκών και εντέρου. Επιπροσθέτως, αναμένονται νέα τεστ και σε άλλες μορφές καρκίνου που θα αυξήσουν, κατά τις εκτιμήσεις, δραματικά τον αριθμό των ανθρώπων που θέλουν να ξέρουν.

Ο πληθυσμός ο οποίος καταφεύγει στα γενετικά τεστ και έχει ιστορικό οικογενειακού καρκίνου, κατηγοριοποιείται σε τρία επίπεδα.

1. Κίνδυνο γενικού πληθυσμού.
2. Μέσο κίνδυνο όταν υπάρχουν ενδείξεις γενετικής προδιάθεσης.
3. Υψηλού κινδύνου γενετική προδιάθεση.

Στις δύο πρώτες κατηγορίες εφαρμόζονται μέθοδοι πρώιμης διάγνωσης και όχι γενετικά τεστ, ενώ στην τρίτη κατηγορία αξιοποιούνται τα γενετικά τεστ και απαιτείται επαγρύπνηση και υποστήριξη.<sup>10,11</sup> Νέες, λοιπόν, βιολογικές θεραπείες έχουν διαφορετικές ψυχολογικές και ψυχιατρικές επιπτώσεις, γεγονός που αποτελεί πρόκληση για την εφαρμογή διαφορετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η ανακάλυψη γονιδίων υπεύθυνων για ορισμένες μορφές καρκίνου δημιουργεί την ανάγκη επαρκούς γενετικής συμβουλευτικής σε υγιή κατά τα άλλα άτομα.<sup>12</sup>

Η συμβουλευτική αναφέρεται στις πιθανές συνέπειες αυτής της γενετικής επιβάρυνσης, βοηθά να μειωθούν οι πιθανότητες ανάπτυξης της νόσου, ή ακόμη και να προληφθεί αυτή. Ο όρος συμβουλευτική χρησιμοποιείται με δυο διαφορετικούς τρόπους

οι οποίοι σχετίζονται με δυο βασικές διαφορετικές φιλοσοφίες.

Η πρώτη αφορά την επεξήγηση των διαφόρων τεχνικών όρων από τους γιατρούς η οποία και εξηγεί την πιθανότητα ανάπτυξης νόσου σε ασθενείς με επιβάρυνση Ca μαστού και ωοθηκών.<sup>13</sup> Η δεύτερη περιλαμβάνει περισσότερα ψυχοκοινωνικά στοιχεία. Συγκεκριμένα, εκτός από τις τεχνικές επεξηγήσεις περιλαμβάνει την ανάλυση των προβλημάτων που συνοδεύουν αυτές τις πληροφορίες, ενισχύει την προσπάθεια των ενδιαφερομένων να λάβουν θετικές αποφάσεις, ενθαρρύνει την έκφραση συναισθημάτων σε βαθύτερο επίπεδο. Επίσης, εμπειρέχει την προσφορά μιας συστηματικής παρακολούθησης η οποία εκτείνεται μήνες μετά την αρχική ανακοίνωση. Η παρακολούθηση αυτή έχει διαγνωστικό και υποστηρικτικό χαρακτήρα, προκείμενου να αξιολογήσει ο ενδιαφερόμενος τη συνολική επίπτωση των νέων πληροφοριών.<sup>14</sup>

Η χρονική διάρκεια της παρακολούθησης αυτής περιγράφεται ότι απαιτεί ένα χρόνο περίπου και περιλαμβάνει εκτός από τους φορείς του γονιδίου και τα μέλη της οικογένειας που δεν φέρουν το γονίδιο, αλλά ζουν μέσα στο κλίμα των άλλων μελών της οικογένειας και συχνά υποφέρουν από άγχος και ενοχές. Η αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής αυτής δεν είναι πάντα σαφής διότι υπάρχουν πολλές παράμετροι στη ζωή των ατόμων που μπορεί να επηρεαστούν, όπως η επίπτωση στην αναπαραγωγικότητα των ζευγαριών. Ωστόσο στόχο αποτελεί η μείωση του άγχους το οποίο αυξάνει μετά την ανακοίνωση των θετικών αποτελεσμάτων και πολλές φορές έχει τη μορφή γενικευμένου άγχους.<sup>4</sup>

Είναι λοιπόν λίγα γνωστά από την επιρροή που ασκείται στον πληθυσμό μέσω της αυξημένης ροής πληροφοριών σχετικά με τη γενετική του καρκίνου και το πώς ανταποκρίνονται στο ζήτημα των επιπλοκών που είναι δυνατό να υπάρξουν, τόσο από τους άμεσα ενδιαφερόμενους, όσο και από το οικογενειακό περιβάλλον, ιδιαίτερα σε κρίσιμα ζητήματα.<sup>15</sup>

Τίθενται λοιπόν, ανεξάρτητα από την επιλεγόμενη τακτική κάποια ερωτήματα σχετικά με την προβληματική της γενετικής του καρκίνου και την επακόλουθη ψυχολογική παρέμβαση.

1. Ποιος είναι ο κατάλληλος χρόνος για να υποβληθεί κάποιος σε γενετικό test Ca;
2. Τι πληροφορίες θα δώσεις για να αποφασίσει ο άνθρωπος αν θέλει να υποβληθεί σε γενετικό test για Ca;

3. Ποιο είναι το καταλληλότερο άτομο για να εξετασθεί σε μια οικογένεια;

4. Πώς επηρεάζει την ιατρική αντιμετώπιση το να γνωρίζει ο άνθρωπος ότι έχει το προδιαθεσικό γονίδιο για Ca.<sup>10</sup>

### **Υπάρχουν τρεις πιθανές εκβάσεις του γενετικού test για καρκίνο:<sup>10</sup>**

Να ανακαλυφθεί η προδιάθεση για καρκίνο [test (+)]

Να μην ανακαλυφθεί προδιάθεση [test (-)]

Να ανακαλυφθεί μια παραλλαγή που έχει αμφίβολη σημασία [test (±)]<sup>10</sup>

Οι έρευνες δείχνουν ότι κατά το στάδιο της πληροφόρησης, πριν το test, τα επίπεδα του άγχους είναι υψηλά στα tests *BRCA1*, *BRCA2*, *MSH1* και *MSH2*, που αφορούν ογκογονίδια σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών.<sup>15</sup>

Εάν το test βγει (+) τότε συναισθήματα όπως: ανησυχία, κατάθλιψη, shock, έκπληξη, καθώς και συναισθήματα αδιαφορίας περιγράφονται ως αναμενόμενα κατά το στάδιο που ακολουθεί την πληροφόρηση.

Τα επίπεδα της κατάθλιψης μειώνονται με τον χρόνο.

Σε ασθενείς με (+) test *MSH1*, *MSH2* μετά το αποτέλεσμα παρατηρήθηκε μείωση της ζωτικότητας, που ακολούθως επανήλθε.

Όπως παραδόξως, ορισμένοι «ασθενείς» με (+) test ανέφεραν σημαντική ωφέλεια, διότι ανακουφίστηκαν από την αβεβαιότητα και την ανησυχία σε σχέση με τον καρκίνο.<sup>15</sup>

– Το αρνητικό (-) αποτέλεσμα συνοδεύεται από μείωση της ανησυχίας και του άγχους

– Σε πολλές όμως περιπτώσεις προς έκπληξη των ερευνητών παρατηρήθηκε αύξηση των επιπέδων της κατάθλιψης

– Το εύρημα αυτό εξηγείται από το σύνθετο φαινόμενο που ονομάζεται «ενοχή του υγιούς-επιζήσαντος»

– Το συναίσθημα αυτό δημιουργείται στο υγιές άτομο όταν μαθαίνει ότι δεν είναι φορέας του γονιδίου με την προδιαθεσική μετάλλαξη για καρκίνο, ενώ άλλα μέλη της οικογένειάς του είναι φορείς<sup>10,12</sup>

– Γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό Ca μαστού έχουν υψηλά επίπεδα αγωνίας και άγχους. Πολλές φορές τα συναισθήματα αυτά κάνουν τις γυναίκες ασυνε-

πείς στην αυτοεξέταση του μαστού, στην κλινική εξέταση του στήθους και τη μαστογραφία

- Υπάρχουν περιπτώσεις γυναικών όπου η αυξημένη αυτή ευαισθησία παρατηρείται μετά από κάθε ερέθισμα που παραπέμπει στον Ca του μαστού
- Ο ετήσιος κύκλος παρακολούθησης περιγράφεται επίσης ως ιδιαίτερα φορτισμένος συναισθηματικά
- Τίθεται ως εκ τούτου το ερώτημα: Αν η παρακολούθηση αποδειχθεί αποτελεσματική σ' αυτές τις γυναίκες, το χρόνιο stress που την ακολουθεί μήπως μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο νόσησης από Ca μαστού<sup>8</sup>
- Απεναντίας άλλες γυναίκες που πληροφορούνται ότι είναι θετικές στο γονίδιο που σχετίζεται με τον Ca του μαστού βοηθούνται να πάρουν μια συγκεκριμένη απόφαση για το τι πρέπει να κάνουν και αυτό μειώνει το άγχος τους
- Ορισμένες υιοθετούν τον συνήθη τρόπο προσαρμογής στη γνώση ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο για Ca μαστού: «Ζουν την κάθε μέρα ως ξεχωριστή»<sup>8</sup>

Στην περίπτωση που το αποτέλεσμα του test είναι αμφίβολο, ο κίνδυνος για καρκίνο που σχετίζεται με αυτή την ανακάλυψη είναι άγνωστος.

Τα άτομα τότε αντιμετωπίζονται ως υψηλού κινδύνου και τους δίδονται συστάσεις να συνεχίσουν τους ελέγχους όπως και πριν το test.

Σε ορισμένες περιπτώσεις συνιστάται να υποβληθούν σε έλεγχο και τα άλλα μέλη της οικογένειας για να καθορισθεί εάν το μεταλλαγμένο γονίδιο διαφέρει από τον καρκίνο που έχει η οικογένεια. Η ανακάλυψη αυτή μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση, ένταση, απογοήτευση και μεγαλύτερη ανησυχία γύρω από τον κίνδυνο του καρκίνου και τη διαχείρισή του.<sup>10</sup>

Ο γενετικός έλεγχος μπορεί να δημιουργήσει πολλά ηθικά, νομικά και κοινωνικά προβλήματα. Για τον λόγο αυτό πρόσφατα (2005) στο περιοδικό *Annals of Internal Medicine* (100) δημοσιεύθηκαν οι οδηγίες από την US Preventive Services Task Force (USPSTF) για τον έλεγχο για πιθανότητα γενετικού κινδύνου για καρκίνο μαστού.

Συγκεκριμένα, υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά τα οποία σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα κλινικά σημαντικών μεταλλάξεων του γονιδίου *BRCA*, τα οποία καθορίζουν και τις περιπτώσεις που ενδείκνυται ο γενετικός έλεγχος.

1. Διάγνωση του καρκίνου σε νεαρή ηλικία.
2. Εντόπιση του καρκίνου και στους δυο μαστούς.

3. Ιστορικό και των δύο μορφών καρκίνου μαστού και ωοθηκών.

4. Πολλαπλά περιστατικά καρκίνου του μαστού στην οικογένεια.

5. Ιστορικό και των δύο μορφών καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών στην οικογένεια.

6. Ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειας με δύο πρωτοπαθείς περιπτώσεις καρκίνου.

7. Εθνικότητα.

Σύμφωνα με τις οδηγίες η γενετική συμβουλευτική συνιστάται πριν από τον έλεγχο των μεταλλάξεων. Η προσέγγιση επιβάλλει ενημέρωση σχετικά με τις δυνατές αποφάσεις που μπορεί να λάβει το άτομο και ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, που αποτελούν και τη συντριπτική πλειοψηφία, ο γενετικός έλεγχος δεν ενδείκνυται.<sup>17</sup>

Οι πληροφορίες, που προκύπτουν από τον γενετικό έλεγχο, πρέπει να μεταδοθούν από το γιατρό κατά τον πλέον ενδεδειγμένο και αποτελεσματικό τρόπο, ώστε να αποφευχθεί όσο το δυνατόν η ψυχική καταπόνηση του ασθενούς, αλλά και παράλληλα να υποβοηθηθεί ο ασθενής να λάβει τις αποφάσεις εκείνες που εξυπηρετούν τις ανάγκες του.

2. Το πεδίο αυτό είναι ιδιαίτερα δύσκολο διότι ο γιατρός καλείται να διαχειριστεί πληροφορίες που αφορούν αφενός την εν δυνάμει μελλοντική εμφάνιση καρκίνου στον ασθενή και αφετέρου πολλαπλά ζητήματα προσωπικά, οικογενειακά και κοινωνικά που προκύπτουν όταν ο ασθενής ενημερωθεί. Γι' αυτούς τους λόγους, η επικοινωνία του γιατρού με τον ασθενή, όπως διαμορφώνεται στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης, δεν πρέπει να επικεντρώνει στη μονοδιάστατη μετάδοση της πληροφορίας, αλλά αντίθετα να διαπνέεται από κανόνες που θα ευοδώνουν την αλληλοκατανόηση και τελικά τη φροντίδα του αρρώστου.

### Επικοινωνία ασθενούς-γιατρού

Η επικοινωνία είναι ένα εγγενές χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης. Σύμφωνα δε με τους P. Watzlawick & The Palo Alto Group περιγράφονται οι παρακάτω αρχές, οι οποίες χαρακτηρίζουν την επικοινωνία.

1. Κανείς δεν μπορεί να μην επικοινωνεί.

2. Η ανθρώπινη επικοινωνία είναι αναλογική και ψηφιακή. Οι ψηφιακοί κώδικες αναπαριστώνται π.χ. «είμαι θυμωμένος», ενώ οι αναλογικοί κώδικες αποδίδονται με πλειάδα τρόπων έκφρασης π.χ. τραχύς τρόπος, δυνατή φωνή, ερυθρότητα του προσώπου.
3. Η επικοινωνία έχει περιεχόμενο και σχέση (πλαίσιο). Το περιεχόμενο αφορά το τι ελέγχθη, ενώ η σχέση το πώς ελέγχθη.
4. Η φύση της σχέσης εξαρτάται από το πώς οι δύο πλευρές αντιλαμβάνονται την επικοινωνιακή αλληλουχία.
5. Όλες οι επικοινωνίες είναι είτε συμμετρικές, είτε συμπληρωματικές. Οι συμμετρικές επικοινωνίες αφορούν τις ισότιμες σχέσεις ενώ οι συμπληρωματικές επικοινωνίες αφορούν τις ανισότιμες σχέσεις.

Η σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενούς, σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι ανισότιμη, εφόσον ο ασθενής νιώθει ευάλωτος και προστρέχει για βοήθεια στο θεράποντα. Η θεραπευτική σχέση αποτελεί σημαντική προϋπόθεση στην ουσιαστική επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς, προκειμένου όχι μόνο να μεταδίδεται η πληροφορία, αλλά και να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά οι ψυχικές διεργασίες που ενεργοποιούνται από αυτήν. Η επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς περιλαμβάνει την ικανότητα του γιατρού να εκφράζει ειλικρινές ενδιαφέρον για τη φροντίδα του ασθενούς του και ο ασθενής να γίνεται κοινωνός αυτού του ενδιαφέροντος, να συναισθάνεται ότι η νόσος και μάλιστα ο καρκίνος είναι ένα τραύμα, γεγονός με μείζονες επιπτώσεις στη ζωή του αρρώστου και γι' αυτό το λόγο να τον ενθαρρύνει να εκφράσει όσα τον απασχολούν. Παράλληλα δε να είναι υποχρεωμένος ο ίδιος ο θεράπων να έρθει σε επαφή με τα συναισθήματα του, που πολλές φορές μπορεί να είναι άγχος, φόβος και αδυναμία μπροστά σε κάτι τόσο το κατακλυσμιαίο όπως μπορεί να είναι μία νόσος δυνητικά θανατηφόρα. Ωστόσο η εκπαίδευση των γιατρών δεν περιλαμβάνει την ανάπτυξη τέτοιων δεξιοτήτων. Η επιλογή των κατάλληλων λέξεων, η αξιοποίηση της εξωλεκτικής επικοινωνίας και η πρόθεση του γιατρού να εξηγήσει κάθε απορία συμβάλουν τα μέγιστα στην επικοινωνία μεταξύ τους.<sup>18,19</sup>

Η ενσυναίσθηση, δηλαδή η ικανότητα του θεράποντος να κατανοεί τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις ανάγκες του ασθενούς του και να ανταποκρίνεται σε αυτά εμπεριέχοντας τα άγχη και τις αγωνίες του, αποτελεί κεντρική/πυρηνική δεξιότητα του γιατρού.

Ο γιατρός μεταδίδει στον ασθενή του την αντίληψη ότι δεν υπάρχουν αδιέξοδα και ότι είναι αρωγός και σύμμαχος του στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει τη νόσο.<sup>20</sup>

Όταν ο ασθενής επισκέπτεται το γιατρό του, χρειάζεται να μάθει τι συμβαίνει με τη σωματική του υγεία του και να κατανοήσει τις πληροφορίες που του προσφέρονται, ενώ παράλληλα έχει την ανάγκη να νιώσει ότι τον καταλαβαίνουν και τον αποδέχονται.<sup>21</sup> Τίθεται το ζήτημα της μετάδοσης της πληροφορίας με τέτοιο τρόπο ώστε να ευοδώνεται η κατανόηση αυτής, να αποφεύγονται οι παρερμηνείες, και να μην δημιουργούνται νεφελώδεις, αβάσιμες και θολές εκτιμήσεις από μέρους του ασθενούς. Ιδιαίτερη προσοχή καλείται να δείξει ο γιατρός στη χρήση τεχνικών όρων και ιατρικής ορολογίας κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας του με τον άρρωστο, διότι συχνά διαπιστώνεται ότι ο ασθενής αποδίδει διαφορετικές ερμηνείες σε ότι ακούει ή ακόμη περισσότερο δεν μπορεί να αντιληφθεί τι εννοεί ακριβώς ο γιατρός, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ψυχική φόρτιση, γεγονός που δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο την επικοινωνία γιατρού-ασθενούς.<sup>22</sup>

Δεν είναι μόνο η διάγνωση και η θεραπεία για τις οποίες ο ασθενής συνήθως επιθυμεί να είναι ενήμερος, αλλά και για ποικίλα άλλα θέματα που αφορούν το αίσθημα του πόνου, τις παρενέργειες από τη θεραπεία, την πιθανή εξέλιξη της νόσου, τις επιπτώσεις στην κοινωνική και επαγγελματική του λειτουργικότητα και τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι στον καρκίνο η ανάγκη για πληροφόρηση είναι επιτακτική. Σε μία μελέτη σημειώνεται ότι το 92% των ασθενών που ερωτήθηκαν επιθυμούν να γνωρίζουν τα πάντα σχετικά με τη νόσο τους, ακόμη και τα δυσάρεστα.<sup>23</sup>

Επιπρόσθετα, η επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς αφορά και την επιτακτική ανάγκη να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία. Με ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται να προσεγγίζει ο θεράπων το ζήτημα αυτό, προσφέροντας στον ασθενή του τη δυνατότητα να συμμετέχει στις αποφάσεις για τη θεραπεία του.<sup>24</sup> Ωστόσο, χρειάζεται ο γιατρός να είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει το γεγονός ότι η ανάληψη μεριδίου ευθύνης από τον ίδιο τον ασθενή στη θεραπευτική επιλογή μεταξύ των δυνατοτήτων που του προτείνονται είναι κάποιες φορές δυσβάσταχτη, ανάλογα με τις ιδιαίτερες συνθήκες και τη ψυχική δομή του πάσχοντος και ο γιατρός καλείται να αντέξει

το φορτίο της πρωταρχικής ευθύνης για τη θεραπευτική στρατηγική κατά της νόσου.<sup>25</sup> Ο γιατρός πρέπει να δίνει την ευκαιρία στον ασθενή να εκφράσει τις απορίες του και να τον ενθαρρύνει να μοιραστεί μαζί του τις αγωνίες και τους προβληματισμούς του. Η ειλικρινής έκφραση ενδιαφέροντος για τον ασθενή γίνεται με την αξιοποίηση και της εξωλεκτικής επικοινωνίας, όπως η διατήρηση οπτικής επαφής.<sup>26</sup>

Οι ασθενείς έχουν διαφορετικές προσδοκίες και ανάγκες ανάλογα και με το στάδιο που βρίσκεται η νόσος, όπως π.χ. στην περίπτωση του καταληκτικού αρρώστου γίνονται κυρίαρχα τα ζητήματα της ποιότητας ζωής κάτω από εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες σε ότι αφορά τη σωματική υγεία και του φόβου μπροστά στο επερχόμενο τέλος.

Ιδιαίτερα μάλιστα όταν τίθεται το ζήτημα μετάδοσης *άσχημων νέων* στον ασθενή, οι δεξιότητες επικοινωνίας είναι μείζονος σημασίας. Ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει ότι υπάρχει μια υποκειμενικότητα εκ μέρους του ασθενούς ως προς τι είναι γι' αυτόν τα δυσάρεστα νέα, γεγονός που επιβάλει ιδιαίτερη προσοχή στη μετάδοση κάθε πληροφορίας που μπορεί να έχει εν δυνάμει δυσμενείς επιδράσεις στον ψυχισμό του ασθενούς.<sup>28</sup> Κακό νέο είναι κάθε νέο που μεταβάλλει δραματικά και αρνητικά την οπτική του πάσχοντος για το μέλλον του. Η ανακοίνωση των κακών νέων είναι από τα πλέον δύσκολα καθήκοντα των γιατρών και δεν υπάρχει ακόμα και σήμερα επίσημη εκπαίδευση στις ιατρικές σχολές. Η διεκπεραίωση του καθήκοντος αυτού λόγω της συνοδού αβεβαιότητας και ενόχλησης που προκαλούν παράγουν συναισθηματική απομάκρυνση των πασχόντων από τους θεράποντες. Τα κακά νέα είναι στην πραγματικότητα συνδεδεμένα με την καταληκτική φάση νόσων ή σοβαρών επεμβάσεων, αλλά και κάθε ειδικότητα ή ιατρική πράξη είναι δυνατό να περιέχει την αναγγελία κακών νέων.<sup>29</sup>

Η ανακοίνωση δυσάρεστων νέων θα πρέπει να γίνεται στα πλαίσια μιας ήδη εγκατεστημένης θεραπευτικής σχέσης, που θα επιτρέψει στο γιατρό να χειριστεί πιο αποτελεσματικά την επίπονη αυτή διαδικασία τόσο στον ασθενή του, αλλά και για τον ίδιο. Υπάρχουν μελέτες, οι οποίες αποδεικνύουν ότι όταν η ικανότητα του θεράποντος να αντιλαμβάνεται το άγχος που αναδύεται, τόσο στον ίδιο όσο και στον ασθενή, κατά τη διάρκεια της ανακοίνωσης των δυσάρεστων νέων, είναι περιορισμένη, αυτό έχει δυσμενή επίδραση στην εμπειρία του ασθενούς σχε-

τικά με την επικοινωνία. Η επαφή του γιατρού με τα συναισθήματά του, του επιτρέπει να είναι ενήμερος της στρεσογόνου κατάστασης που βιώνει κατά τη διάρκεια της αναγγελίας δυσάρεστων νέων. Ακριβώς επειδή υπάρχουν αρνητικά συναισθήματα και στον αναγγέλοντα και στον αποδέκτη, υπάρχει τάση άρνησης της αναγγελίας από τους γιατρούς, η οποία θα αποφευχθεί με την ανάπτυξη των κατάλληλων δεξιοτήτων.<sup>29</sup>

### **Διαδικασία αναγγελίας κακών νέων<sup>6</sup>**

#### **1. Καλή προετοιμασία**

- α. Εξοικείωση σε βάθος με τα κλινικά ζητήματα και το φάκελο του ασθενούς.
- β. Ορισμός συγκεκριμένης και κατάλληλης ώρας σε χώρο που να διασφαλίζει την ιδιωτικότητα. Αποφεύγονται παρεμβάσεις ή διακοπές προσωπικού ή επαγγελματικού χαρακτήρα κατά τη διάρκεια της συνάντησης.
- γ. Νοητική προετοιμασία για το πώς ακριβώς θα γίνει η ανακοίνωση, ιδιαίτερα αν υπάρχει μικρή ή καθόλου εμπειρία στο αντικείμενο. Επιλογή ή αποφυγή λέξεων ή φράσεων κατάλληλων ή ακατάλληλων για την περίπτωση.
- δ. Συναισθηματική προετοιμασία.

#### **2. Οικοδόμηση θεραπευτικού περιβάλλοντος/θεραπευτικής σχέσης με τον πάσχοντα**

- α. Αναγνώριση της επιθυμίας του ασθενούς για το τι και πόσο θέλει να ξέρει.
- β. Όταν υπάρχουν άλλα μέλη της οικογένειας και του υποστηρικτικού περιβάλλοντος, η παρουσία τους εξαρτάται από τη διάθεση και τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς.
- γ. Παρουσίαση του θεράποντος και ερώτηση για τη σχέση και τη συγγένεια των παρόντων με τον άρρωστο.
- δ. Ανακοίνωση των κακών νέων με συναισθηματική συμμετοχή, π.χ. «λυπάμαι αλλά έχω δυσάρεστα νέα» ή «δεν έχω καλά νέα».
- ε. Σωματική επαφή με τον πάσχοντα π.χ. άγγιγμα, όταν οι συνθήκες και η κουλτούρα του ασθενούς το επιτρέπει και κρίνεται ότι είναι υποβοηθητικό.
- στ. Διαβεβαίωση του πάσχοντος ότι ο θεράπων είναι διαθέσιμος και οργάνωση της παρακολούθησης (follow up). Επίσης ενημέρωση των συναδέλφων για την κατάσταση και τις αντιδράσεις του ασθενούς.

### 3. Επαρκής επικοινωνία

- α. Διερεύνηση για το τι γνωρίζει και κατανοεί ο άρρωστος και η οικογένεια του.
- β. Ειλικρινής λόγος αλλά με ενσυναίσθηση και συμπόνοια. Αποφυγή ευφημισμού και όρων. Επιτρέπεται χρήση λέξεων όπως καρκίνος και θάνατος.
- γ. Δίνεται επαρκής χρόνος για να αντιδράσει ο ασθενής ακόμη και με σιωπές και δάκρυα, ενώ πρέπει να αποφεύγεται η βιασύνη προκειμένου να υπερνικηθεί η αμηχανία και η δυσφορία του θεράποντος.
- δ. Δίνεται η ευκαιρία στον άρρωστο να πει τι ακριβώς έχει κατανοήσει από όσα έχει ακούσει και ενθαρρύνονται οι διευκρινιστικές ερωτήσεις.
- ε. Ο γιατρός πρέπει να είναι ενήμερος ότι μετά την πρώτη αναγγελία των κακών νέων ο ασθενής δεν θα μπορέσει να συγκρατήσει πολλά από όσα έχουν λεχθεί.
- στ. Συμπερασματικά, σε κάθε επίσκεψη σύνοψη της συνάντησης και οργάνωση των επόμενων συναντήσεων.

### 4. Αντιμετωπίζοντας τις αντιδράσεις του αρρώστου και της οικογένειας

- α. Αποδοχή και απαντητικότητα στις αντιδράσεις του αρρώστου και της οικογένειας. Ο γιατρός πρέπει να είναι ενήμερος των στρατηγικών αντιμετώπισης και των μηχανισμών άμυνας όπως π.χ. της άρνησης, της μομφής, της διανοητικοποίησης, της δυσπιστίας και της αποδοχής. Ιδιαίτερη προσοχή (εναρμόνιση) με τη γλώσσα του σώματος.
- β. Ενσυναίσθηση για τον άρρωστο, αλλά όχι υπερβολική συμμετοχή και συγκίνηση, διότι αυτό έχει να κάνει πιθανόν με προσωπικά προβλήματα του γιατρού και όχι με την κατανόηση του αρρώστου.
- γ. Η διαφωνία και η κριτική στους συναδέλφους πρέπει να αποφεύγονται.

### Ενθάρρυνση και ισχυροποίηση των συναισθημάτων

- α. Προσφορά ρεαλιστικών ελπίδων
- β. Διερεύνηση του τι σημαίνουν τα νέα για τον άρρωστο.
- γ. Χρησιμοποίηση των υπηρεσιών που βοηθούν τη φροντίδα του αρρώστου, χωρίς όμως να είναι το άλλοθι για διακοπή της σχέσης.

δ. Προσοχή του γιατρού στις προσωπικές του ανάγκες και στις αντιδράσεις του, κατά τη διάρκεια και μετά την αναγγελία των κακών νέων. Θέματα αντιμεταβίβασης αναδύονται και προκαλούν φτωχή κατανόηση, αλλά έντονα συναισθήματα.

Το επιθυμητό είναι στην ανακοίνωση των κακών νέων να υπάρχει μια ισορροπία μεταξύ ευαισθησίας και ειλικρίνειας.<sup>30</sup>

Παράλληλα, δεν είναι σπάνιο να αυξάνεται το άγχος του θεράποντος πριν τη μετάδοση των δυσάρεστων νέων, γεγονός που επιβάλλει τον εκ των προτέρων σχεδιασμό της επικοινωνίας με τον άρρωστο ώστε ο γιατρός να είναι αποτελεσματικός στα όσα θέλει να μεταδώσει και να αποφευχθεί η προβολή του άγχους του στον ασθενή. Μελέτες έδειξαν ότι το κεντρικό σημείο της επικοινωνίας των κακών νέων είναι η επιθυμία του ασθενούς να μιλήσει για το ενδεχόμενο του θανάτου και η ικανότητα του θεράποντος να αποδώσει τα νέα με ευαισθησία.<sup>30</sup>

### Γενετική συμβουλευτική και επικοινωνία

Η πρόωμη ανίχνευση των ατόμων, με τη διαδικασία του γενετικού ελέγχου, που βρίσκονται σε κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου συνεπάγεται διάφορα ζητήματα, που σχετίζονται με επιλογές πρόωμης θεραπευτικής παρέμβασης και μάλιστα ενόσω ακόμη δεν έχουν εμφανίσει τη νόσο, με τη λήψη αποφάσεων οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς επίσης και με ποικίλου τύπου επιπτώσεων στον ψυχισμό τους, στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, στην κοινωνική και επαγγελματική τους ζωή, ακόμη και στην οικογένεια τους.<sup>31</sup>

Γενικότερα, υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι τα σχέδια ζωής σε άτομα που προέβησαν σε γενετικό έλεγχο, προκειμένου να μάθουν αν είναι φορείς μεταλλαγμένων γονιδίων, που ευθύνονται για κληρονομούμενες νόσους, τροποποιήθηκαν μετά την ενημέρωσή τους για τα αποτελέσματα του ελέγχου.<sup>32</sup>

Ο γιατρός καλείται να διαχειριστεί τις επαγόμενες πληροφορίες από τα γενετικά τεστ με τέτοιο τρόπο ώστε να τις αποδώσει με σαφήνεια στον ενδιαφερόμενο, να ενισχύσει τη προφυλακτική αξιοποίησή τους απέναντι στη νόσο, αλλά παράλληλα να αμβλύνει το άγχος και τη ψυχική καταπόνηση που συνεπάγεται μια τέτοια διαδικασία.<sup>33</sup> Η αναμονή των αποτελεσμάτων είναι μια περίοδος που το άτομο έχει συνήθως έντονο άγχος για την επικείμενη έκβαση του γενετικού τεστ. Οι αντιδράσεις του όταν ενημερωθεί για τον αν είναι φορέας των ογκογονιδίων ποικίλουν.

Ο θεράπων πρέπει να είναι προετοιμασμένος για αυτές. Αφενός, τα θετικά αποτελέσματα συνήθως κινητοποιούν συναισθήματα φόβου, θυμού, αμηχανίας, θλίψης, ανασφάλειας και ανάλογα με τους μηχανισμούς άμυνας και την ιδιαίτερη δομή του ψυχισμού του ασθενούς, μπορεί να οδηγήσουν κάποιες φορές στην άρνηση, τη φαινομενική αδιαφορία για περαιτέρω αντιμετώπιση της κατάστασης, ακόμη και σε εκδραματίσεις επικίνδυνες για τον εαυτό, εκφράζοντας μια κεκαλυμμένη ή ανοιχτή αυτοκαταστροφικότητα. Αφετέρου, τα αρνητικά αποτελέσματα δεν συνεπάγονται αυτόματα αισθήματα ανακούφισης και χαράς, αλλά σε κάποιες περιπτώσεις αναδύονται αισθήματα ενοχής, εφόσον το άτομο ανήκει σε μια οικογένεια που μπορεί να έχει ταλαιπωρηθεί από τον καρκίνο και κάποια μέλη της μάλιστα να έχουν πεθάνει από αυτόν. Η κατάσταση αυτή περιγράφεται ως «σύνδρομο ενοχής του επιζήσαντα» και όχι σπάνια υποτιμάται, με αποτέλεσμα ανάλογες ψυχικές αντιδράσεις να οδηγούν σε καταθλιπτικά συμπτώματα.<sup>10,12</sup>

Η μετάδοση των πληροφοριών σχετικά με τη διαδικασία του γενετικού ελέγχου, τα πιθανά αποτελέσματα, τη σημασία τους και την περαιτέρω αντιμετώπιση, δεν μπορεί παρά να γίνονται μέσα στα πλαίσια μιας θεραπευτικής σχέσης που διαμορφώνει ο γιατρός με τον ασθενή του, η οποία περιλαμβάνει και ασυνείδητα στοιχεία, προκειμένου να εμπεριέξει τα συναισθήματα και τις αγωνίες του πάσχοντος. Μόνο με αυτόν τον τρόπο, η ενημέρωση του ασθενούς καθίσταται αποτελεσματική, δηλαδή του επιτρέπεται να επεξεργαστεί σκέψεις και συναισθήματα, να αξιοποιήσει όσα του μεταφέρει ο γιατρός και να λάβει τις σωστές αποφάσεις.

### Συμπερασματικά

Εν γένει η επικοινωνία με τον ασθενή που έχει καρκίνο, πέραν του ότι είναι το μέσον για τη μετάδοση της πληροφορίας, στηρίζει το ηθικό του, στοιχείο απαραίτητο για την επιβίωσή του.<sup>35,36</sup>

Οι δυσκολίες επικοινωνίας μεταξύ γιατρών/ασθενών οφείλονται στους παρακάτω λόγους:

- Δεν υπάρχει ειδική εκπαίδευση
- Η αναγγελία δυσάρεστων νέων θεωρείται ως δεδομένη δουλειά των γιατρών, παρότι υπάρχει πληθώρα εμπλεκόμενων με τον άρρωστο
- Ελάχιστοι ασχολούνται με τη συναισθηματική κατάσταση των γιατρών όταν αναγγέλλουν μοιραία ή δυσάρεστα νέα (ελάχιστες βιβλιογραφικές αναφορές σε ειδικά περιοδικά)

- Δεν υπάρχει σαφής διαδικασία επικοινωνίας στην καθημερινή κλινική πράξη

- Στην ενημέρωση αυτής της φύσεως επικρατούν φόβοι και ανησυχίες, και πιθανόν υπερβολικό αίσθημα ευθύνης απέναντι στον ασθενή ή τους συγγενείς, για το μεταβιβαζόμενο μήνυμα.<sup>37</sup>

Οι δεξιότητες της επικοινωνίας είναι απαραίτητο εφόδιο για τον γιατρό, προκειμένου να διαμορφώσει τη θεραπευτική σχέση. Στην περίπτωση της γενετικής συμβουλευτικής, καλείται ο γιατρός, όχι μόνο να μεταφέρει πληροφορίες, εν δυνάμει και δυσάρεστες, αλλά και να βοηθήσει με τη στάση του τον ασθενή να αξιοποιήσει τις πληροφορίες αυτές αποτελεσματικά σε ότι αφορά την πρόληψη του καρκίνου και τις επιπτώσεις στη ζωή του. Γενικότερα, στην επικοινωνία του γιατρού με τον ασθενή, ο τρόπος που θα ειπωθούν τα πράγματα, το ύφος και η επιλογή των λέξεων, ο χρόνος, ο χώρος, η έκταση των πληροφοριών, η παράλληλη ή όχι ενημέρωση της οικογένειας, το όφελος που θα έχει ο ασθενής από αυτήν την πληροφόρηση είναι μερικά από τα θέματα που καθορίζουν τη στρατηγική της ενημέρωσης του ασθενούς μάλιστα ως μιας διαδικασίας συνεχούς στη διάρκεια της νόσου.<sup>38</sup>

Η επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς επηρεάζει διάφορες παραμέτρους της συμπεριφοράς και της προσαρμοστικότητας του πάσχοντος στην ασθένεια, όπως είναι το αίσθημα της ικανοποίησης από τη φροντίδα που λαμβάνει η κατανόηση της ιατρικής πληροφορίας, ακόμα και η ποιότητα της ζωής και η ίδια η κατάσταση της υγείας του.<sup>39,40</sup>

Οι σύγχρονες απόψεις δεν εστιάζονται τόσο στο αν θα λέμε την αλήθεια στους ασθενείς, αλλά τι είδους θεραπευτική σχέση δημιουργούμε με τον άρρωστο, ώστε να μας επιτρέπεται να του λέμε την αλήθεια για την αρρώστια του.<sup>41</sup>

Η θεραπευτική σχέση που επιτρέπει στη δυναμική των συναισθημάτων, της ανασφάλειας, αλλά και των αποριών και της αμηχανίας του ασθενούς, να εκφραστούν, αποτελεί τον ιδανικό «χώρο», όπου η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς γίνεται ουσιαστική και εν τέλει μείζονος σημασίας για τη φροντίδα του αρρώστου. Μόνο όταν ο γιατρός διασφαλίζει τους όρους της καίριας, ειλικρινούς και δημιουργικής επικοινωνίας, δεν αποτελεί απλά τη «βακτηρία» του ασθενούς στη δύσκολη πορεία της νόσου, που εύκολα μπορεί να αμφισβητηθεί ή να απωλεσθεί, αλλά γίνεται αρωγός που ενδυναμώνει τον ασθενή να κινητοποιήσει τους δικούς του ψυχικούς μηχανισμούς, για να διαχειριστεί τα πολλαπλά προβλήματα που ανακύπτουν.



# Psychological dimension of cancer genetics: Doctor-Patient communication

G.I. Moussas,<sup>1</sup> A.P. Karkanias,<sup>1</sup> A.G. Papadopoulou<sup>2</sup>

<sup>1</sup>"Sotiria" General Hospital, Athens, Greece

<sup>2</sup>National and Kapodistrian University of Athens, Attikon General Hospital of Athens, Athens, Greece

Phychiatriki 2010, 21:148–157

Cancer is a disease that threatens life and body integrity. A method of cancer prediction is genetic testing, thus the primary detection of individuals who have oncogenes and are at risk of a hereditary cancer. Genetic counseling is the translation of technical information by physicians and the analysis of the problems subsequent to this information, into the therapeutic relationship. Generally, the communication between medical staff and patient must follow certain rules. There are two goals; the physician's comfort when he is dealing with giving news, especially bad news and the maintenance of patient's hope during making decisions for his health and his life. Communication skills focus on emotional reaction and empathy towards the patient.

**Key words:** cancer, genetic counseling, communication doctor-patient, therapeutic relationship

## Βιβλιογραφία

- Lederberg M. Psychooncology. In: Sadock V (ed) *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 2005*. Lippincott Williams & Wilkins
- Μουτσόπουλος Χ. Cecil. *Παθολογία*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα, 1991
- Biesecker BB, Boehnke M, Caizone KM, Markel DS, Garber JE, Collins FS, Weber BL. Genetic counseling for families with inherited susceptibility to breast and ovarian cancer. *JAMA* 1993, 269:1970–1974
- Pilnick A, Dingwall R. Research directions in genetic counseling: a review of the literature. *Pat Educ Councell* 2001, 95–105
- Καρκανιάς Α, Ιακωβίδης Β, Μπετανίδης Χ. Θεραπευτική σχέση έναντι διαγνωστικής ενημέρωσης σε ασθενείς με καρκίνο. *Εγκέφαλος* 2006, 43:25–29
- Gregg K, Vandekieft, MD. Breaking Bad News. *Am Fam Physician* 2001, 64:1975–1978
- Ian S, Fentiman, MD, DSc. Communication with Older Breast Cancer Patients. *Breast J* 2007, 13:406–409
- Appleton S, Fry A, Rees G et al. Effects of living with an increased risk of breast cancer: An exploratory study using telephone focus groups. *Psychooncology* 2000, 9:511–521
- Broadstock M, Michie S, Gray J et al. The psychological consequences of offering mutation searching in the family for those at risk of hereditary breast and ovarian cancer—a pilot study. *Psychooncology* 2000, 9:537–548
- Cummings Shelly. The genetic Testing Process: How much Counseling is Needed? *J Clin Oncol*, 2000, 18:60s–64s
- NICE Clinical Guidelines 14. *Familial Breast Cancer. The classification and care of women at risk of familial breast cancer in primary, secondary and tertiary care*, 2004
- Καρκανιάς Α. Ψυχοογκολογική διάσταση γενετικής του καρκίνου. *Ελλην Ογκολ* 2006, 42:103–106
- Lynch HT, Watson P. Genetic counseling and hereditary breast/ovarian cancer. *Lancet* 1991, 339:1181 (letter)
- Frets PG, Duivenvoorden HJ, Verhage F. Analysis of problems in making the reproductive decision after genetic counseling. *J Med Genet* 1991, 28:194–200
- McInerney A, Bowles Biesecker B, Hadley D, Kase R, Giambaresi T, Johnson E, Lerman C, Struewing J. BRCA ½ Testing in Hereditary Breast and Ovarian Cancer Families: Effectiveness of Problem-Solving Training as a Counseling Intervention. *Am J Med Genet* 2004, 130A:221–227
- Genetic Risk Assessment and BRCA Mutation Testing for Breast and Ovarian Cancer Susceptibility: Recommendation Statement, *Ann Int Med*, 2005, 143
- American College of Medical Genetics Professional and Guideline Committee Genetic susceptibility to breast and ovarian cancer: assessment, counseling, and testing guidelines executive summary, 1999
- Smith MY, Redd WH, Peyser C, Vogl D. Post-Traumatic Stress Disorder in Cancer: a Review. *Psycho-oncology* 1999, 8:521–537
- Hall JA, Roter DL, Rand CS. Communication of affect between patient and physician. *J Hlth Soc Behav* 1981, 22,18
- Μπαλλής Θ. *Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής*. Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχιατρικών παθήσεων 2000. University Studio Press
- Ong LML, De Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-Patient Communication: a Review of the Literature. *Soc Sci Med* 1995, 40:903–918
- Lee SJ, Back AL, Block SD. Stewart Enchanting Psysician-Patient Communication. *Hematology*, 2002

23. Blanchard CG, Labreque MS, Ruckdeshel JC, Blanchard EB. Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Soc Sci Med* 1988, 27:1139
24. Sutherland HJ, Llewellyn-Thomas HA, Lockwood GA et al. *Cancer patients: their desire for information and participation in treatment decisions JR Soc Med* 1989, 82:260
25. Simminoff LA, Fetting JH. Factors affecting treatment decisions for a life-threatening illness: the case of medical treatment of breast cancer. *Soc Sci Med* 1991, 32:813
26. Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med* 1991, 32:1301
27. Lederberg M, Joshi N. End of Life and Palliative Care. In: Sadock B, Sadock V (ed) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* 2005, Lippincott Williams & Wilkins
28. Lobb EA, Buttow PN, Kenny DT, Tattersall MH. Communicating prognosis in early breast cancer: do women understand the language used? *Med J Aust* 1999, 171:290-294
29. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking Bad news: a review of the literature. *JAMA* 1996, 276:476-502
30. Curtis JR, Wenrich MD, Carline JD, Shannon SE, Ambrozy DM, Ramsey PG. Understanding physicians skills at providing end-of-life care perspectives of patients, families and health care workers. *J Gen Intern Med* 2001, 16:41-49
31. Gagnon P, Massie MJ, Kash K, Gronert M, Heerd AS, Brown K, Sullivan MD, Borgen P. Perception of breast cancer risk and psychological distress in women attending a surveillance program. *Psychooncology* 1996, 5:259-269
32. Wertz DC, Sorenson JR. Client reactions to genetic counselling: self-reports of influence. *Clin Genet* 1986, 30:494-502
33. Kornfeld DS. MD Consultation-Liaison Psychiatry: Contributions to medical *Practice Am J Psychiatry* 2002, 159:1964-1972
34. Tibben A, Vegter VD, Vlis M et al. Testing for Huntington's disease with support for all parties. *Lancet* 1992:335-553, (letter)
35. Warden JW. Communication: A critical factor surviving. Proceeding of the fifth national conference on Human Values and Cancer. *Am Cancer Soc*, 1987:11-13
36. Statement of the American Society of Clinical Oncology: genetic testing for cancer susceptibility. Adopted on February 20, 1996, *J Clin Oncol* 1996, 14:1730-1736, (Discussion 1737-1740)
37. Geoffrey L. Oncology Ch 23. In: Geoffrey L, Elspeth G (eds) *Handbook of Liaison Psychiatry*. Cambridge University Press, 2007:547-553
38. Καλλέργης Γ. *Οδηγός ενημέρωσης και επικοινωνίας με τον ασθενή: Εξατομίκευση, Θεραπευτική Σχέση, Χαρακτήρας, Οικογένεια*, Medical Graphics, 2000
39. Kaplan SH, Greenfeld S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 27, S110:1989
40. Henbest RJ, Stewart MA. Patient-centeredness in the consultation: does it really make a difference? *Famil Prac* 1990, 7: 28-33
41. Surbone A. Telling the truth to patients with cancer: what is the truth. *Lanc Oncol* 2006, 7:944-950

---

Αλληλογραφία: Γ.Ι. Μουσσάς, Ψυχίατρος-Διευθυντής Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Σωτηρία», Λεωφ. Μεσογείων 152, 115 27 Αθήνα  
Τηλ.: 210-77 78 611