

A PSICOLOGIA NA ÁREA DA ONCOLOGIA.

AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM DOENTES COM PATOLOGIA COLO-RECTAL MALIGNA

Sónia Silva Teles*, M. Moutinho Ribeiro**, Valdemar Cardoso***

Resumo

A bibliografia publicada acerca da prevalência de perturbações psiquiátricas em doentes com cancro mostra uma tendência em direcção a um aumento da frequência de depressão e ansiedade em doentes oncológicos com cancro colo-rectal.

O objectivo do presente trabalho foi o de analisar a prevalência de depressão e ansiedade em doentes com carcinoma colo-rectal.

Num estudo efectuado no Serviço de Cirurgia-4 do Hospital de S. João foram incluídos 100 doentes, 50 com carcinoma colo-rectal e 50 sem patologia maligna. Em cada grupo a distribuição por sexos foi a mesma (25 homens e 25 mulheres) e a média de idades foi de 65,7±10,5 anos. Os níveis de depressão e ansiedade foram avaliados utilizando a Escala de Auto-Avaliação da Depressão de Zung e a ansiedade através da Escala de Avaliação da Ansiedade de Sheehan.

O estudo parece sugerir, em relação à Escala de Auto-Avaliação da Depressão de Zung, uma prevalência de depressão no grupo de doentes oncológicos e não oncológicos com a pontuação, respectivamente, de: ausência de depressão (2-28%); depressão média (6-36%); depressão moderada (6-20%) e depressão grave (86-16%), $p < 0,001$.

Os resultados da Escala de Avaliação da Ansiedade de Sheehan no grupo oncológico e não oncológico mostraram, respectivamente: ausência de ansiedade (2-80%); ansiedade média (16-18%) e ansiedade grave (82-2%), $p < 0,001$.

Em conclusão este estudo mostrou uma larga proporção de depressão e de ansiedade em doentes com carcinoma colo-rectal, comparativamente com doentes não oncológicos. A gravidade destas perturbações psicológicas requerem uma terapia psicológica de suporte, efectuada por um psicólogo integrado numa equipa multidisciplinar, no tratamento de doentes com carcinoma colo-rectal.

Palavras-chave: Carcinoma colo-rectal; Depressão; Ansiedade; Terapia psicológica.

INTRODUÇÃO

O cancro, como doença crónica e incapacitante, implica que o doente ao longo da evolução do seu quadro clínico e como reacção seja confrontado com fases diferentes de adaptação a nível psicológico¹.

A palavra cancro surge como algo que desencadeia as mais variadas emoções. Actualmente, o Homem luta mais contra a morte, no sentido em que os avanços científicos e técnicos assim o têm permitido².

Nos anos 60 surgiu um nome que não deve ser esquecido, o de Kübler-Ross. Esta autora afirma que o Homem não consegue encarar o seu fim na terra, acha sempre que a morte só acontece aos outros, e o acto de ter de encarar a sua morte só ocasionalmente acontece. Então, quando é que surge esta ideia? A resposta se-

* Psicóloga voluntária do Serviço de Cirurgia-4 do Hospital de S. João (HSJ).

** Professor Associado de Cirurgia da Faculdade de Medicina do Porto (FMP) e Chefe de Serviço de Cirurgia do HSJ.

*** Professor Catedrático Jubilado da FMP e antigo Director do Serviço de Cirurgia-4 do HSJ.

gundo Kübler-Ross é a seguinte: ele só toma consciência de que está ameaçado quando surge o seu confronto com uma doença que lhe pode colocar em risco a vida e essa doença é, por exemplo, o cancro³.

O diagnóstico de cancro, imediata e prontamente, impõe a percepção de disrupção no trajecto de vida do doente⁴. Actualmente, o cancro colo-rectal é a causa de morte de mais de 56000 pessoas por ano⁵. Independentemente da idade ou da sua fase do ciclo de vida, o doente geralmente fica preocupado com o medo da morte, da morbidade associada aos tratamentos, medo da recorrência, medo de se tornar dependente, medo de ser abandonado, medo de perder a sua integração social, ou medo da própria independência financeira.

Estas preocupações causam vários níveis de stress psicológico e de problemas de ajustamento, os quais podem ser expressos em termos psicológicos e comportamentais⁴.

As perturbações de ajustamento com humor depressivo, ansiedade e depressão, são as perturbações mais encontradas nos doentes com cancro⁶.

Os sintomas depressivos atingem uma morbidade bastante elevada e, assim, revela-se crucial um acompanhamento multidisciplinar ajustado aos doentes oncológicos para que todos em conjunto estejam em alerta para sinais e sintomas, como o humor disfórico (depressivo, triste, ansioso), desespero, pessimismo, diminuição do prazer e intenções suicidas⁷.

As investigações efectuadas têm-se focado, essencialmente, nos sintomas de depressão e de ansiedade, que representam os quadros clínicos mais frequentes do foro psicológico nos doentes com cancro⁴.

Após a fase de diagnóstico muitos doentes apresentam choque, descrença, ansiedade, depressão, culpa, e, numa fase posterior, após o tratamento para o cancro (cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia), desenvolvem novamente uma fase caracterizada por vários tipos daquelas emoções⁸.

Num estudo de Duvlin *et al.* (1971), citado por Moniz², foram estudados doentes submetidos a ressecção abdominoperineal com colostomia definitiva por cancro do recto, e os

resultados indicaram que 23% dos doentes desenvolveram quadros depressivos que necessitaram de intervenção psiquiátrica e psicológica.

OBJECTIVO

O presente trabalho teve como objectivo principal a confirmação da hipótese de que os doentes oncológicos com neoplasias malignas colo-rectais apresentam níveis de depressão e de ansiedade mais elevados do que os doentes sem patologia oncológica.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

No período compreendido entre Janeiro e Dezembro de 2000, no Serviço de Cirurgia 4 do Hospital de S. João, foram avaliados doentes internados com patologia colo-rectal maligna e doentes sem patologia oncológica, com o objectivo de determinar os níveis de depressão e de ansiedade.

A amostra era constituída por dois grupos de doentes: um grupo de 50 doentes com carcinoma colo-rectal e outro grupo de 50 doentes com patologia benigna.

No grupo de doentes neoplásicos 25 eram do sexo feminino e 25 do sexo masculino, com uma média de idades de 65,7 anos. No grupo de doentes com patologia benigna 25 pertenciam ao sexo feminino e 25 ao sexo masculino, e também com uma média de idades de 65,7 anos.

O estudo baseou-se na recolha da história clínica e na aplicação de duas escalas de avaliação, nomeadamente, a Escala de Auto-Avaliação da Depressão de Zung⁹ e a Escala de Avaliação de Ansiedade de Sheehan¹⁰.

A Escala de Auto-Avaliação da Depressão de Zung é uma das mais conhecidas de auto-aplicação para medir a depressão. Através da pontuação final podemos detectar a depressão como perturbação psiquiátrica^{9,10}. É composta por 20 frases que se referem à sintomatologia depressiva e o doente deve responder com base numa escala de quatro pontos (1 a 4) segundo os níveis de frequência de apresentação de cada um dos sintomas. A classificação final permite con-

siderar quatro graus de depressão: ausência de depressão (0 a 29 pontos), depressão leve (30 a 37 pontos), depressão média (38 a 44 pontos) e depressão grave (> a 44 pontos).

A Escala de Avaliação da Ansiedade de Sheehan tem por objectivo identificar a gravidade dos sintomas associados à ansiedade, revelando-se de grande utilidade para avaliar a progressão da doença. É uma escala composta por 35 questões em que se espera uma de cinco tipos de respostas: nunca, um pouco, moderadamente, bastante e muito, atribuindo-se pontos a cada resposta, respectivamente, de 0 a 4. Os totais superiores a 30 são geralmente considerados situações anómalas e os superiores a 80 trazem quadros clínicos graves¹¹.

Os resultados foram expressos em percentagem e média. A análise estatística dos resultados foi efectuada em SPSS e foram utilizados os métodos do Qui-Quadrado, Pearson e One-Way-Anova e o valor considerado estatisticamente significativo foi de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram avaliados 100 doentes, divididos por dois grupos, um grupo de 50 doentes com patologia maligna e um grupo de 50 doentes com patologia benigna, internados no Serviço de Cirurgia 4 do Hospital de S. João, no período compreendido entre Janeiro e Dezembro de 2000. Dos doentes estudados em ambos os grupos, 25 eram do sexo feminino e 25 do sexo masculino. A média de idades global era de $65,7 \pm 10,5$ anos, com limites de idade de 28 e 82 anos. A média de idades foi igual nos dois grupos e as medianas de 67,0 e 65,0 anos, respectivamente para os não oncológicos e oncológicos.

A distribuição dos doentes com patologia maligna segundo o estado civil (Quadro 1) foi a seguinte: 54% casados, 30% viúvos, 8% divorciados e 8% solteiros. No grupo dos doentes com patologia benigna: 58% casados; 26% viúvos; 2% divorciados e 14% solteiros.

Analisadas as profissões segundo a Classificação das Profissões (CNP) – (Quadro 2) observou-se que, no grupo dos doentes com patologia oncológica, 2% tinham profissões superio-

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES DE ACORDO COM O ESTADO CIVIL

<i>Estado Civil</i>	<i>Global</i>	<i>Oncológicos</i>	<i>Não oncológicos</i>
Casado	56,0%	54,0%	58,0%
Viúvo	28,0%	30,0%	26,0%
Divorciado	5,0%	8,0%	2,0%
Solteiro	11,0%	8,0%	14,0%

QUADRO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES DE ACORDO COM A PROFISSÃO

<i>Profissão</i>	<i>Global</i>	<i>Oncológicos</i>	<i>Não oncológicos</i>
Superior	1,0%	2,0%	-
Intermédio	6,0%	4,0%	8,0%
Especializado			
não manual	7,0%	6,0%	8,0%
Semiqualfic.	21,0%	16,0%	26,0%
Outros	60,0%	68,0%	52,0%
Sem profissão	5,0%	4,0%	6,0%

res; 4% intermédias; 6% pertenciam às profissões especializadas não manuais; 16% semi-qualificados; 68% estavam inseridos em outros, que significa a atribuição de reformados ou inválidos, e 4% sem profissão.

No que concerne ao grupo dos não oncológicos, não há a registar qualquer doente com profissão superior; 8% pertencem às profissões intermédias; 8% especializadas não manuais; 26% semi-qualificados; 52% pertencem aos reformados ou inválidos, e 6% sem profissão.

Quanto ao nível de escolaridade (Quadro 3) o estudo revelou, no grupo dos doentes oncológicos uma percentagem de 32% sem escolaridade, 54% com o 1º ciclo completo e 14% com mais do que o 1º ciclo do ensino básico.

No grupo dos doentes não oncológicos encontramos 40% sem escolaridade, 44% com o 1º ciclo e 16% com uma escolaridade superior ao 1º ciclo do ensino básico.

QUADRO 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES DE ACORDO COM A ESCOLARIDADE

<i>Escolaridade</i>	<i>Global</i>	<i>Oncológicos</i>	<i>Não oncológicos</i>
Sem escolaridade	36,0%	32,0%	40,0%
Primeiro ciclo completo	49,0%	54,0%	44,0%
Superior ao primeiro ciclo	15,0%	14,0%	16,0%

Na descrição da aplicação das escalas acima citadas, e considerando os valores finais resultantes da soma das respostas, podemos afirmar que a Escala de Auto-Avaliação da Depressão de Zung foi aplicada a 50 doentes do grupo oncológico com uma mediana de 61,5, com resultados que variavam entre um mínimo de 28 e um máximo de 76, e aplicada ao mesmo número de doentes não oncológicos com uma mediana de 35,5, variando os resultados entre 22 e 61 no grupo não oncológico. As diferenças revelaram-se estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

A análise dos resultados na Escala de Auto-Avaliação da Depressão de Zung segundo os graus de depressão considerados, revelou a seguinte distribuição: ausência de depressão: 2% nos oncológicos e 28% nos doentes não oncológicos; depressão leve: 6% nos oncológicos e 36% nos doentes não oncológicos; depressão moderada apareceram 6% de oncológicos e 20% de não oncológicos e, depressão grave: 86% em doentes com patologia oncológica e 16% em não oncológicos. As diferenças foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Quanto à escala de Avaliação da Ansiedade de Sheehan no grupo oncológico a mediana foi de 111,5 com um mínimo de 28 e um máximo de 161, e nos não oncológicos foi de 16,5 com um mínimo de 1 e um máximo de 104. As diferenças revelaram-se estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Na Escala de Avaliação da Ansiedade de Sheehan dos doentes inquiridos obtivemos a seguinte distribuição: nos tipos de classes considerados os valores inferiores a 30, em 2% de oncológicos e 80% de doentes não oncológicos. Valores entre 31 e 80, 16% doentes oncológicos e 18% de doentes não oncológicos e, finalmente,

QUADRO 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES SEGUNDO A ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO DE ZUNG

<i>Níveis de depressão</i>	<i>Global</i>	<i>Oncológicos</i>	<i>Não oncológicos</i>
Ausente	15,0%	2,0%	28,0%
Leve	21,0%	6,0%	36,0%
Moderada	13,0%	6,0%	20,0%
Grave	51,0%	86,0%	16,0%

QUADRO 5. DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES SEGUNDO A ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DE SHEEHAN

<i>Níveis de depressão</i>	<i>Global</i>	<i>Oncológicos</i>	<i>Não oncológicos</i>
Ausente	41,0%	2,0%	80,0%
Anómala	17,0%	16,0%	18,0%
Grave	42,0%	82,0%	2,0%

com valores superiores a 80, 82% de oncológicos e 2% de não oncológicos, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Da análise efectuada a 100 doentes, 50 com carcinoma colo-rectal e 50 com patologia benigna, a quem foram aplicadas duas escalas de avaliação, uma de depressão e outra de ansiedade, concluímos que os níveis de depressão e de ansiedade são mais elevados nos doentes com pa-

tologia oncológica do que no grupo de doentes não oncológicos ($p < 0,001$).

No presente estudo em relação ao estado civil e à escolaridade os resultados mostraram que não há diferenças a valorizar entre os dois grupos estudados.

Estima-se que entre 15 a 53% de doentes com cancro preenchem os requisitos de diagnóstico de depressão. O uso de escalas de auto-avaliação tem sido útil na detecção da depressão¹².

A fidelidade e a utilidade da Escala de Auto-Avaliação da Depressão de Zung foi examinada numa ampla amostra de doentes com cancro, sendo que a prevalência dos sintomas depressivos observados no estudo citado por este autor, são consistentes com os níveis que foram encontrados em outros estudos efectuados com instrumentos de auto-avaliação da depressão em doentes com cancro¹³.

Nos últimos anos têm sido efectuados estudos de investigação com o objectivo de avaliar o diagnóstico e manutenção da depressão em doentes com cancro. Um dos obstáculos no estudo da depressão em doentes com cancro tem sido a dificuldade em distinguir, os sintomas depressivos que estão associados com o síndrome depressivo, atribuído ao conhecimento da doença neoplásica, dos sintomas que são causados pelo tratamento médico-cirúrgico.

Num estudo efectuado por Weisman e Worden, citado por McDaniel¹⁴, os autores relataram que factores como isolamento social, perdas recentes, tendência ao pessimismo, presença de dor e as pressões sócio-económicas, que podem contribuir para a predisposição de doentes com cancro desenvolverem sintomas depressivos¹⁴.

Em relação ao estudo efectuado encontramos uma percentagem de 86% de doentes oncológicos com depressão grave e apenas 2% com ausência de depressão.

Os doentes com cancro apresentam reacções de ansiedade, com sintomas de preocupação e pensamentos intrusivos acerca do cancro. Num estudo de revisão da literatura, citado por Dugan¹³, o autor concluiu que um quarto a metade dos doentes que recebem tratamento para o cancro sofrem de ansiedade ou depressão, ou ambas¹⁵.

Carrol e Kathol, utilizando escalas de avalia-

ção de ansiedade e de depressão, procederam à avaliação de doentes com cancro, e encontraram 47,6% com perturbação psiquiátrica, destacando-se 23,1% de ansiedade e 17,7% de depressão. Os autores citados concluíram que a perturbação depressiva e a ansiedade são quadros que podem interferir de forma substancial no conforto do doente e na sua qualidade de vida¹⁶.

Segundo um estudo efectuado por Dero-gatis, foi encontrada uma prevalência de 85% de quadros de ansiedade e/ou depressão em doentes com patologia oncológica¹⁷.

Para Coenson¹⁸, a prevalência elevada de perturbações psiquiátricas em doentes com patologia oncológica é esperada, pois estes doentes convivem com a dor, o desfiguramento, a separação e a morte, além de terem de suportar os efeitos adversos da quimioterapia e da radioterapia, as frequentes idas ao hospital e as mudanças que atingem as suas próprias famílias.

Outros estudos de investigação efectuados em doentes com o diagnóstico de cancro encontraram 44% de doentes que apresentavam alguma ansiedade e 23% de doentes com ansiedade significativa¹⁹.

Com referência ao estudo apresentando e em relação à Escala de Avaliação da Ansiedade de Sheehan: nos doentes oncológicos 98% sofriam de ansiedade e 82% revelaram-se com ansiedade "grave".

No presente trabalho, demos destaque aos doentes com cancro colo-rectal. A este propósito pode referir-se um estudo efectuado por Nordin e Glimelius (1999), em que foram descritos, em doentes com o diagnóstico de cancro gastrointestinal, níveis elevados de ansiedade e/ou depressão, não só após a confirmação imediata do diagnóstico, mas também durante o *follow-up*²⁰. Nestes casos, e ao confrontarmos com doentes com neoplasia colo-rectal maligna sabemos da necessidade de, por vezes, se estabelecer uma ostomia.

A pessoa portadora de ostomia, seja de carácter temporário ou definitivo, vai exigir uma adaptação, que se vai desenrolar em várias fases, que se vão caracterizar por diferentes sentimentos e emoções. Nos doentes oncológicos, a acrescentar uma ameaça à vida decorrente das

doenças malignas, existe ainda o facto de ter de se suportar algo abrupto e chocante para o doente, mas que é algo que se revela como imprescindível para lhe salvar a vida (i.e., da ostomia).

Nos doentes com colostomia encontramos sentimentos de vergonha e repugnância, depressão, afastamento social, medo do odor e, por vezes, ressentimento em relação ao cirurgião.

Um doente que é submetido a uma colostomia depara-se imediatamente com uma perda, que é a perda de parte do seu corpo e uma alteração da sua função. Neste momento surge uma depressão que é causada pela perda já referida de um órgão e pela sensação de que foram mutilados²¹.

Hardman *et al.*²² avaliaram doentes com patologia oncológica que foram sujeitos a amputações e a tratamentos violentos, como a colostomia, e observaram uma alta prevalência de perturbações psiquiátricas.

Devido à angústia que o diagnóstico de cancro provoca no doente e também nas suas famílias, devemos salientar a importância do apoio psicológico, integrado numa equipa multidisciplinar para os doentes com cancro do cólon e recto. No entanto, segundo alguns dados, unicamente 2% dos doentes com cancro que apresentam perturbações psiquiátricas beneficiam de um apoio especializado²².

Nestes casos a psicoterapia é de importância fulcral, o apoio psicológico deve ser fornecido quando os problemas de ordem emocional tendem a agravar-se, sempre que haja uma recaída e sempre que surja uma adaptação nova à sua vida diária.

Nestes casos é de considerar a importância de uma terapia cognitiva e a participação em grupos constituídos por outros indivíduos com problemas idênticos²¹.

CONCLUSÃO

Em conclusão o nosso estudo, com 100 doentes tratados por carcinoma colo-rectal (50%) e por patologia benigna (50%), sugere uma tendência para maiores índices de depressão e de ansiedade em doentes com patologia oncológica.

Baseando-nos nos resultados obtidos, é de

importância fulcral a conveniência da realização de um acompanhamento psicológico nos doentes com patologia oncológica, no sentido de evitar a instalação de quadros depressivos e/ou ansiosos, que se revelam como uma situação complicada e, que, ainda, tendem a agravar-se pela difícil evolução da doença oncológica.

O stress psicológico e a depressão que se encontram em doentes com cancro representam, assim, factores complexos a nível social, psicológico e médico.

A depressão é a perturbação mais frequente nos doentes com cancro, e está presente no momento do diagnóstico, antes e depois da intervenção cirúrgica, no momento da recaída e durante a quimioterapia e a radioterapia.

A estes doentes deve ser prestado um apoio emocional que, no caso dos doentes com colostomia, pode incluir aconselhamento e terapia de grupo.

É necessário ter em atenção, que os doentes oncológicos são pessoas muito fragilizadas e deprimidas, necessitadas de ajuda na tentativa de recuperar a sensação de bem-estar.

Abstract

The published bibliography, about the prevalence of psychiatric disorders in cancer patients, show a trend toward an increased frequency of depression and anxiety in patients with colorectal cancer.

The aim of the present study was to analyse the prevalence of depression and anxiety in patients with colorectal carcinoma.

In a study at the Serviço de Cirurgia 4 of Hospital S. João were included 100 patients, 50 with colorectal carcinoma and 50 without malign pathology. In each group the sex distribution were the same (25 women and 25 men), and the mean age was 65.7 ± 10.5 . The levels of depression were evaluated using the Zung Self-Rating Depression Scale, and anxiety was assessed by the Sheehan Patient Rated Anxiety Scale.

The study suggests, by the Zung Self-Rating Depression Scale, a prevalence of depression in oncology patients group and non-oncology patients the score, respectively: without depression (2-28%); mild depression (6-36%); moderate depression (6-20%) and severe depression (86-16%), $p < 0,001$.

The results of Sheehan Patient Rated Anxiety

Scale in oncology and non-oncology groups shows, respectively: without anxiety (2-80%); mild anxiety (6-18%) and severe anxiety (82-2%), $p < 0,001$.

In conclusion this study showed a large proportion of depression and anxiety in patients with colorectal carcinoma, comparatively with no oncology patients. The severity of this psychological disturbances requires a adjuvant psychological therapy, by a psychologist integrated in a multidisciplinary team, in the treatment of colorectal cancer patients.

Key-words: Colorectal cancer; Depression; Anxiety; Adjuvant psychological therapy.

BIBLIOGRAFIA

- Haynal A, Pasini W, Archinard M. *Cancro, doenças crónicas, doenças incapacitantes*. In *Médecine Psychosomatique – Aperçus Psychosociaux*: Haynal A, Pasini W, Archinard M. Trad. Port. Climepsi Editores, Lisboa, Climepsi Editores, 223-236, 1997.
- Moniz M. Psiquiatria e cancro. *Psiqu Clin* 1989; 10: 251-257.
- Kubler Ross E. *On death and dying*, New York, MacMillan Publishing Company, 1969.
- Fawzy I, Cousins N, Fawzy RN, Kemeny ME, Elashoff R, Morton D. A structured psychiatric intervention for cancer patients. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 720-725.
- Byers T, Reynolds JC, Wender RC. Rastreo do cancro colo-rectal: novas direcções e evolução das orientações. *Pat Care* 2001; 6: 62-75.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry – Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1994.
- Levine A. *The impact to childhood cancer on doctors and nurses*. In: *Proceedings Amer Cancer Soc National Conference on the care of the child with cancer*, New York, American Cancer Society, 137-143, 1979.
- Straker N. Psychodynamic Psychotherapy for Cancer Patients. *The Journ of Psych Pract and Research* 1998; 7: 1-9.
- Zung WKK, Durham NC. A self rating depression scale. *Arch of Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70.
- Mateos JL. *Depressão*. In: *Dez Palavras – Chave em Psiquiatria*: Gutiérrez JL, Rio de Janeiro, Editora Vozes, 87-108, 1994.
- Sheehan DV. *The Anxiety Disease*, New York, Scribners, 1983.
- Lundberg J, Passik S, Rosenfeld B, Donaghy K, Theobald D, Heminger E, Schroeder J. *Factor analysis of the zung self-rating depression scale in a large ambulatory oncology sample*. In *Oncol Symp Cont & Res*, Indianapolis, 1999.
- Dugan W, MacDonald MV, Passik SD. Use of the Zung self-rating depression scale in cancer patients: feasibility as a screening tool. *Psych Oncol* 1998; 7: 483-493.
- McDaniel JS, Dominique LM, Mary-frances RP, Reed DA, Nemecroff CB. Depression in patients with cancer-diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 89-99.
- Greer S, Moorey S, Baruch J, Watson M, Robertson B, Mason A, Rowden L, Law M, Bliss J. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *BMJ* 1992; 304: 675-80.
- Carrol BT, Kathol RG, Noyes RJ, Wald TG, Clamon GH. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the hospital anxiety and depression scale. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15: 69-74.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Plasetky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CL. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-757.
- Coenson C, Dimsdale JE. Psychiatric Liaison on a bone marrow transplantation unit. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 131-134.
- Schag CA, Heinrich RL. Anxiety in medical situations: adult cancer patients. *J Clin Psychology* 1995; 45: 20-27.
- Nordin K, Gilmellius B. Predicting delayed anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer. *Br J Cancer* 1999; 79: 525-529.
- Marques AR, Santos G, Firmino H. *Reacções Emocionais à Doença Grave: Como Lidar...*, Coimbra, Edição Psiquiatria Clínica, 1991.
- Hardman A, Maguire P, Crowther D. The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *J Psychosom Res* 1989; 33: 235-9.