

Överraskande förmåga att hantera cancerbesked

Studie av hur patienten skapar hopp

Det är många klinikers erfarenhet att cancerpatienter har en överraskande förmåga att hantera den utsatthet som insjuknandet innebär. Genom att följa en grupp patienter med en av de svåraste cancersjukdomarna, malignt gliom, med upprepade tematiska intervjuer och analysera hur patienterna uttrycker sig, identifierades en skapandeprocess av skydd och hopp. Med psykoanalysens försvarsmekanismer som utgångspunkt har man analyserat hur patienter kognitivt hanterar utsatthet, en modell med klinisk relevans bl a för doktor-patientrelationen vid bemötandet av patienter med svåra sjukdomar har utarbetats.

Trots framsteg inom cancerbehandlingen finns fortfarande ett antal cancersjukdomar med påtagligt dålig prognos. Ett exempel på detta är hjärntumörsjukdomen malignt gliom. Trots intensivt forsknings- och behandlingsarbete är bara två av tio patienter i livet två år efter diagnostillfället [1]. Genom att tumörtillväxten sker i hjärnan, centrum för motorik, perception, emotion och kognition, är sjukdomen inte bara ett hot mot livet utan också mot vad vi i vid mening betraktar som personligheten. Vanligtvis finns ingen bot, men sjukvårdens uppgift kvarstår. Kan vi inte kurera måste vi desto mer göra oss uppmärks-

samma på hur vi genom vårt bemötande kan underlätta för patient och anhörig. Vi måste förstå hur de upplever och hanterar sin situation. Vi har därför gjort en kvalitativ studie och genom upprepade tematiskt strukturerade intervjuer inom ramen för »grounded theory»-metodik sökt ny kunskap inom detta fält.

Vi tror att denna studie har ett mer allmänt intresse för vårdarbetare, den ifrågasätter etablerade begrepp samtidigt som den ger oss möjliga hänvisningar till en mer teoretisk förståelsemetodik vid svåra diagnosbesked. Artikeln bygger framför allt på en tidigare publicerad studie [2], och presentationen nedan är fokuserad kring centrala fynd och diskussion. Vi hänvisar till denna publicerade studie för den som önskar en mer precis metodbeskrivning och fullständig resultatredovisning.

METOD

Under 1991–1993 inkluderades konsekutivt 30 patienter med maligna gliom (astrocytom grad III–IV) i en klinisk läkemedelsstudie. Inklusionskriterier var härutöver ålder 18–70 år samt funktionsnivå 0–2 på WHO-skalan. Dubbelt så många män som kvinnor inkluderades, och medelåldern var 54 år. Ett par bedömningsinstrument användes initialt för att underlätta identifieringen av patienter som var kognitivt och/eller personlighetsmässigt förändrade (SMMSE [3], RDCQ [4]). Alla patienter och närmast anhörige accepterade, med ett undantag, att också delta i intervjustudien.

Intervjuer med patient och anhörig

Patient och anhörig intervjuades var för sig. Den första intervjun inföll i samband med att patienten på neurokirurgiska kliniken hade fått besked om sin diagnos, den andra i samband med att strålbehandlingen och därmed primärbehandlingen avslutades ungefär två månader senare. Till detta kom en tredje intervju i familjens hem fem månader senare samt en uppföljningsintervju med den anhörige i samband med att patienten avlidit i sin sjukdom. Data till

Tidigare artiklar i serien publicerades i nr 1–2, 4 och 5/99.

denna artikel är framför allt hämtade från de två första intervjuerna.

När vi började studien fanns ingen riktad frågeställning. Vårt intresse var mer färgat av den typiska frågan för »grounded theory»-studier: »Vad pågår här?» [5]. I enlighet härmed formerades intervjuerna som samtal kring viktiga livsområden: erfarenheter av sjukvården, kunskaper om och tankar kring sjukdomen, förhållanden till familj, arbete, intressen och framtida planer. Anteckningar gjordes, och intervjun dokumenterades i direkt anslutning till dess avslutning. En viktig poäng i »grounded theory» är att fokusera på empiri och att i datainsamling och analys undvika att betrakta data ur ett speciellt förutbestämt begreppsligt perspektiv [6]. Vi försökte hålla oss till denna induktiva ansats och låta förtroendet med psykoanalysens försvarslära och bemästringsforskningens strategier anstå till en senare jämförande diskussion utifrån vad som visade sig i data.

Efter ett antal intervjuer blev intervjuaren (PS) uppmärksam på patienternas sätt att uttrycka sig om sin situation. De använde formuleringar som ställde deras situation i en mer positiv dager än den faktiska. Detta intresse blev sedan utgångspunkt för att systematiskt granska intervjuerna och att via upprepade

Författare

PÅR SALANDER

med dr, leg psykolog, onkologiska kliniken

A TOMMY BERGENHEIM

docent, överläkare, neurokirurgiska kliniken

ROGER HENRIKSSON

professor, överläkare, onkologiska kliniken, samtliga vid Norrlands Universitetssjukhus, Umeå.

jämförelser [7] identifiera kategorier som avspeglar patienternas mer eller mindre omedvetna sätt att uttrycka sig.

Vi hittade »kognitiva manövrer» som vi kunde relatera till olika »källor för skydd och hopp». När vi redovisar dessa så relaterar vi dem samtidigt till försvarsbegrepp och bemästringsstrategier för att sedan i diskussionen också visa på möjliga kliniska implikationer.

RESULTAT

Av de 30 patienterna bedömdes 11 på basen av klinisk bedömning, anhörigintervju samt via bedömningsinstrumenten som kognitivt och/eller personlighetsmässigt förändrade. Den fortsatta analysen bygger på de resterande 19 patienterna.

Kunskap om sjukdomen

En förutsättning för att betrakta patienters uttrycksätt som skapande av skydd och hopp är att de verkligen uppfattar sig som utsatta för något hotfullt. Alla patienter var medvetna om att de hade en hjärntumör, och en majoritet av patienterna associerade, på ett eller annat sätt, sjukdomen till död. Vi uppfattade det således som rimligt att påstå att patienterna var väl medvetna om allvaret i sin situation.

De allra flesta patienter sade att de mätte relativt bra trots sin sjukdom och diagnos. Även om flera kände av stunder av ångest och förtvivlan så tycktes de inte fastna i hopplöshet utan upplevde någon form av grundläggande förtröstan. Detta intryck bekräftades av deras partner. Det var snarast så att den anhörige var mer ångestfylld och förtvivlad. Att anhöriga till cancerpatienter mår sämre än patienten själv bekräftas av andra studier [8, 9] och likaså att hjärntumörpatienten tycks mindre stressad av sin situation än vad man kan förvänta sig [9]. Det har också sagts att medicinsk personal i allmänhet har en tendens att överskatta cancerpatientens ångest. Vi vårdarbetare förväntar oss (kräver?) mer förtvivlan [10].

Kognitiva manövrer skapade skydd och hopp

Patienterna skapade skydd och hopp genom att använda sig av kognitiva manövrer. Dessa emanerade från fyra källor: kroppen, en hjälpande relation, ett kognitivt schema och hanterande av information. I den följande redovisningen presenteras varje källa med sina manövrer.

Skydd och hopp från kroppen

Essensen i denna källa är att patienten i fysisk mening mår bra så kan detta ges en speciell innebörd. Känslan av hälsa får överskugga eller kontraste-

ra mot innebörden i den givna informationen om sjukdomen.

Att ta fasta på den friska kroppen.

Den potentiella styrkan i manövern att ta fasta på den friska kroppen illustreras av patienten som sade: »Jag har träffat två personer med hjärntumörer. Båda dog. Jag kanske inte är så frisk som jag känner mig just nu. Men jag känner mig frisk, jag besväras inte av några symtom så det verkar orimligt att tro att inte allt skulle vara okey.» Denna manöver tycks analog till kroniskt sjuka människors benägenhet att återfå sitt friska självbegrepp i perioder av symtomatisk stillhet [11]. Psykoanalysen betraktar nog denna manöver som korresponderande till »isolering», dvs ett avskiljande av affekt från tanke kring sjukdomen.

Att ta fasta på kontrasten. Sjukdomen börjar ofta med dramatiska symptom. Efter osäkerhet och förtvivlan får patienten en diagnos och behandling. Huvudvärken försvinner. Denna kontrast kunde vara utgångspunkten för en »postoperativ eufori» som immuniserade patienten mot obehagliga besked. »När huvudvärken väl upphört, så känner jag mig inte utsatt längre.» Postoperativ eufori efter kirurgi har tidigare diskuterats av Janis [12]. Han fann att ju större diskrepans som förelåg mellan storleken på katastroffantasin före operation relativt det faktiska erfarna utfallet, desto starkare eufori. Inom försvarsteorin finns inget uppenbart tillämpligt begrepp. Viss likhet kan finnas med ett magiskt upphävande av att överhuvudtaget vara sjuk.

Skydd och hopp från en hjälpande relation

Det centrala i denna källa är att patienten i sin inre värld laddar en relation, till behandling, medpatient, läkare eller avdelning, på ett sådant sätt att utsattheten minskar.

Behandling/biverkning. En patient uttryckte om strålbehandlingen: »Jag tycker inte om att förlora mitt hår, men det är ju faktiskt ett tecken på att det händer något.»

Förskjutning/jämförelse nedåt.

Detta är en vanlig manöver. Patienten förskjuter den psykiska smärtan till någon eller något annat och lättar därigenom sin egen börda: »Det är konstigt att jag inte blir deprimerad, men det känns svårt att se sjuka barn.» Andra uttryckte det så: »Det är en tumör men det finns olika grader. Den är malign men inte den svåraste.» Denna manöver påminner om, men är inte densamma som, psykoanalysens »förskjutning» som förutsätter att patienten inte har kontakt med de känslor som förskjutits.

Idealisering/sammansmältning.

Det var inte ovanligt att man uttryckte sig i synnerligen positiva ordalag om

den behandlande kliniken. Att idealisera den neurokirurgiska kliniken kan ses som ett sätt att skydda sig i en situation av påtvingad underkastelse: att kunna lita på en okänd person som skall operera i personlighetens centrum, hjärnan. Kontrasteffekten kan ge näring åt denna idealisering. Ett typiskt uttalande var: »Jag var helt lugn när jag kom hit, jag överlämnade mig helt i deras händer.» En annan patient talar i »vi-termer» och förmedlar på så sätt »sammansmältning»: »Vi får göra det bästa av situationen, det här skall inte knäcka oss.» Det här förhållningssättet kan ses i perspektivet av analysens överföringsbegrepp [13], omnipotenta föräldrar ersätts av omnipotent doktor i en situation av litenhet, eller i den kognitiva attributionsteorins termer: närheten till makten skapar delaktighet och därmed ökad kontroll [14]. I försvarsteorin är idealisering/sammansmältning relaterade till »introjektion».

En positiv modell. När doktorn lämnade rummet efter att ha lämnat det svåra beskedet ringde patienten omedelbart till en vän »som hade levt med bröstcancer i mer än fem år trots att sjukdomen var spridd till lymfan». Han återskapade hopp genom att vitalisera relationen till en positiv modell. Denna manöver tycks beskriva »upward contact» som diskuteras i relation till »jämförelse nedåt» [15]. Å ena sidan värde-erar patienten sitt tillstånd fördelaktigt genom att jämföra sig med någon mer utsatt, å andra sidan hittar han optimism och strävan i någon som det gått bra för. Förutsatt att denna manöver medför en förändrad självbild, är den förenlig med »identifikation» i psykoanalysen.

Skydd och hopp utifrån ett kognitivt schema

Patienten bestämmer sig för att se på sin situation på ett sätt som gör den mer uthärdlig. Ett schema är något av ett förmedvetet, underlättande mentalt raster.

Att hitta en mening. Patienten hittar skydd i ett tanke- eller trossystem som gör situationen meningsfull eller åtminstone förståelig. Inte sällan har dessa tankar karaktären av att göra en dygd av nödvändigheten: »Det var nog bra att sjukdomen drabbade mig, för jag klarar mig.» För en djupt troende kvinna var situationen uttryckt för »den stora doktors vilja». Lazarus [16] talar om bemästring via existentiella trossatser, och det är inte svårt att i detta sökande efter mening se strävan efter att återskapa ordning i den av cancersjukdomen krackelerade världsbilden. Försvarsteorin har ingen term som på ett nära sätt motsvarar meningssökandet. Närmast ligger »rationalisering».

Att skapa en parentes. Att betrakta sjukdomen som en parentes är att se

framåt mot en tid i friskhet. Framtiden görs synlig av en äldre man som uttryckte: »Jag tar behandlingen ordentligt nu så att jag kan fiska lax till våren.» Tidsaspekter vid kronisk sjukdom har tidigare diskuterats av Charmaz [11]. I likhet med våra fynd visar hon hur betraktandet av sjukdomen som en parentes samtidigt är ett sätt att förankra självbilden i framtiden. Ett mer geografiskt sätt att skapa en parentes är att förlägga sjukdom till sjukhus: »Så länge man inte behöver vara där så är allt okey.» På detta mer magiska sätt skapade patienten en sjukdomsfri zon utanför sjukhusets väggar. Dessa manövrer kan ses som olika uttryck för psykoanalysens »isolering».

Förmildrande omständigheter.

Att omfatta att livet går mot sitt slut kan underlättas av att man har levt ett gott liv, att det känns naturligt att cirkeln sluts. En äldre kvinna uttryckte sig så: »Jag har ju levt mitt liv, det är värre för dem som just har börjat sina.» Det var ofta äldre patienter som uttryckte sig på detta sätt, och man kan ju också se det som uttryck för en mogen och välintegrerad syn på livets förgänglighet. Försvarteorin skulle nog i detta fall tala om »rationalisering» eller »reaktionsbildning».

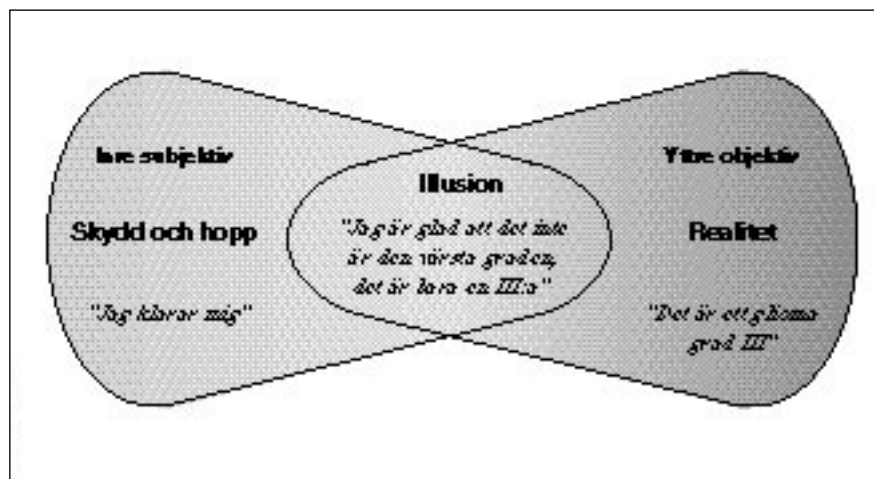
Att minimera. Man skyddar sig genom att minska hotet. I första hand såg vi detta hos de patienter som av sina närmaste beskrevs som psykiskt förändrade. Här sker ingen mer påtaglig psykisk bearbetning, utan det hela blir inte mycket mer än ett påstående: »Jag oroar mig för influensan, inte för tumören. Den lämnar jag till teknikerna.» Andra har kallat detta för önsketänkande [17]. För psykoanalysen skulle detta ses som uttryck för »isolering» eller »förnekande».

Att förändra perspektivet. Denna manöver innebär att skapa hopp via en förändrad referenspunkt. En jägare och skogsman satte sig på balkongen för en rök efter operationen: »Att lyssna på bofinkens sång var jämförbart med att vinna bolagets försäljningsliga.» Nu uppmärksammade han den bofink vars sång annars överröstades av andra mer spektakulära naturläten. Att förändra perspektivet är ett vanligt sätt hos cancerpatienter [17, 18]. Försvarteorin har inget korresponderande begrepp.

Skydd och hopp genom att hantera information

Information kring sjukdomen tolkas i ett fördelaktigt perspektiv. Till skillnad från föregående kategori är denna kategori av mer ad hoc-karaktär.

Att omdefiniera. Efter att ha beskrivit sin utsatta belägenhet avslutade en patient: »Vem som helst kan dö när som helst. Hjärtat eller något annat kan sluta fungera. Jag är inte på något sätt en-



Figur 1. Illusionen som förening mellan skydd och hopp och realitet (från Soc Sci Med 1996; 42: 993).

sam.» Påståendet är otvetydigt faktiskt korrekt, men genom att jämföra sig med »vem som helst» så byter hon referensram och ställer sig själv i samma dager som den friska och dennas statistiska risk för att dö. Hon skapar skydd och hopp genom denna glidning i innebörd. Inte sällan finns just en kollektiviserande innebörd i hanterandet av information, i psykoanalysen motsvaras detta av »introjektion».

Selektiv uppmärksamhet. Något fördelaktigt lyfts fram och får över-skugga annan information: »Det var inte en tumör med rotsystem från andra delar av kroppen, det var bara den. När jag hörde det då ljusnade mina förväntningar.» Kanske kan detta relateras till psykoanalysens »förnekande».

DISKUSSION

Det viktigaste fyndet i föreliggande studie var att en majoritet av patienterna använde sig av en vid repertoar av kognitiva manövrer för att skapa hopp när de stod inför sin hjärntumördiagnos. Även om befintligheten av denna process inte får förväxlas med utfallet, dvs hur man mår, så finns ett samband. Kanske kan detta fynd belysa den »kliniska förvåningen»: patienterna kunde vara medvetna om det svåra i situationen utan att visa sig deprimerade.

Försvar är en rekonstruktiv process

Vi har ovan relaterat varje manöver till psykoanalysens försvarsbegrepp. Vi fann en varierande överensstämmelse. Ibland hittade vi försvarsbegrepp som täckte våra fynd, ibland inte. Syftet med vår kategorisering var inte att skapa en helt ny nomenklatur kring hur vi hantarer utsatthet. Men våra fynd belyser att det vi brukar betrakta som försvar i själva verket snarast kan betraktas som en rekonstruktiv process, en skapandeprocess. Vi tror att många kliniker inom cancersjukvård känner igen sig. Figur 1

är ett försök att åskådliggöra denna process.

Patienten har informerats om att gliom diagnostiseras på en fyrgradig skala där grad III och IV är de mest maligna. Patienten väljer att betrakta den egna diagnosen i ett mer fördelaktigt perspektiv och skyddar sig genom att, i positiv mening, skapa en illusion. Illusionsbegreppet anknuter till Taylor [15] som i sin forskning kring kognitiv adaptation visar hur människor i allmänhet är benägna att betrakta sig själva och sin position i ett överdrivet positivt perspektiv. Det är inte svårt att här associera till Winnicott och hans »övergångsområde» [19].

»Övergångsområdet» är det område i mänskligt liv som samtidigt är yttre och inre, objektivt och subjektivt. Det är skapandets område, området för lek, konst och kultur. En tavla blir lika många tavlor som det finns betraktare. Varje betraktare skapar sin tavla, sin illusion, på samma sätt som varje patient skapar sin vetenskap, sin illusion, av vad som delgivits. Den här processen känner vi för övrigt igen från barns lek. När verkligheten inte stämmer överens med barnets önsningar, så tilldelar barnet verkligheten det önskvärda: i avsaknad av leksaker kan en sten bli en bil. Barnet vet att stenen är en sten men livskvaliteten förbättras om den för en stund får bli en bil.

Verklighetens innebörd desavoueras

I såväl den kliniska som den vetenskapliga diskussionen används ofta »förnekande» för att benämna patienters hantering av svår sjukdom. Det är dock uppenbart att »förnekande» i traditionell psykoanalytisk mening har en mycket snävare innebörd [20]. Man har tyvärr inte tagit fasta på att Freud själv faktiskt diskuterade två olika försvarprocesser gentemot den yttre världen,

»förnekande» och »desavouering» [21]. Med den förra menade han psykotikerns förkastande av verkligheten, medan den senare, och den mer vanliga situationen, är den där verkligheten inte förkastas men dess innebörd desavoueras. Personen registrerar vad som meddelats men dess affektiva innebörd eller signifikans för personen dräneras: »Self-deception in the face of accurate perception» [21].

Denna beskrivning stämmer väl överens med hur vi uppfattat patienternas sätt att hantera sin utsatthet. Redan för 40 år sedan fastslog för övrigt psykoanalytikern Irwin Janis [12] att »förnekande» var ett felanvänt begrepp som fick beteckna en vid variation av normala såväl som psykotiska processer. Begreppets användning utan vidare precisering inom den allt vidare bemästringsforskningen har också skapat problem i tolkningen av forskningsresultat [22, 23].

Begrepp får sin innebörd genom att de är kopplade till ett systemiskt sammanhang. »Förnekande» är kopplat till psykopatologi, har en negativ anklagelse och skall »arbetas igenom». En mer utförlig diskussion kring de olika processerna »undvikande», »desavouera» och »förneka» inom ramen för cancersjukvården har vi fört på annan plats [23].

Patientens rekonstruktiva process bör underlättas

Att placera patientens hanteringsstrategier inom ramen för »övergångsområdet» ger oss en referens för förståelsen av den klassiska frågan »Vad säger man till cancerpatienter?» [24]. Det finns faktiskt ingen teori inom detta område, däremot flertalet artiklar som lämnar värdefulla råd [25].

Vi vet att patienter vill bli informerade, men vi vet också att tvetydigheter i informationen kan betraktas som en möjlighet [26, 27]. Flertalet patienter i vår studie sade sig vara nöjda med den information de fått. De ställde konkreta frågor men tvekade inför de stora frågorna om framtiden. Några patienter sade: »Jag undrar hur det kommer att gå» men lade strax till: »men doktorn kan ju inte veta». Med våra begrepp skulle man kunna säga att patienten skapar utrymme för sin illusion. Vi vet också att läkare informerar olika om diagnos respektive prognos. Vad gäller prognos blir hon/han mer vag och agerar utifrån »patientens önskan» [28]. Denna vaghet kan kanske ses som uttryck för en intuitiv känsla av att befinna sig i patientens »övergångsområde». I det perspektivet handlar frågan »Vad säger man till cancerpatienter?» inte i första hand om att använda de rätta orden utan mer om att skapa en situation – en miljö, som underlättar för patientens egen

rekonstruktiva process. Om vi återgår till det lekande barnet hittar vi parallellen i föräldrarnas sensitivitet för leken och den innebörd som barnet ger leksaken. Stenen är en bil och inte en båt! Som föräldrar vet vi att okänslighet inför illusionen resulterar i förtvivlan. Vi har på annan plats diskuterat detta närmare och sökt lämna ett bidrag till en vägledande teori om diagnoskommunikation [29]. Ett klumpigt besked tar halmstrået ur patientens hand och kan låsa krisprocessen med iatrogen ångest och depression som följd. Detta kan vara särskilt menligt för patienter med förväntad kort överlevnad – det finns inte tid för reparation.

Den här diskussionen utgår från hjärntumörspatienter. Hjärntumörsjukdomen kondenserar mycket av det svåra med cancersjukdom, och vi tror därför att diskussionen ovan också har relevans för den stora gruppen cancerpatienter. Skillnaden är kanske att hos hjärntumörpatienten blir processen tydligare. Det är i alla fall vår egen erfarenhet att modellen i Figur 1 har en vidare relevans.

Den anhörige har svårare att skapa skydd och hopp

Som nämnts har det visat sig att det kan vara svårare att vara anhörig än cancersjuk [8]. Kanske kan man se anhörigas svårigheter, paradoxalt nog, som uttryck för att de inte är sjuka. Å ena sidan påverkas de psykologiskt av att deras partner är drabbad, men å andra sidan har de inte tillgång till den (illusoriska) kontrollen i att kunna känna av tillståndet i kroppen och därför inte heller tillgång till skapandet av skydd och hopp på samma sätt. De blir stående vid sidan, inte sällan fyllda av osäkerhet och ångest. Patienten kunde förena realitet med hopp och på så sätt skapa en illusion, för den anhörige förblir realiteten en stum realitet. Det är viktigt att förstå att även om patienten är förmögen att framgångsrikt hantera sin situation behöver inte det betyda att hanteringssättet är framgångsrikt i ett familjesammanhang. I en annan studie visar vi hur de anhörigas krisprocess gestaltas olika utifrån hur patienter ter sig och själva hanterar sin situation [30].

*

Tack till CTRF (Cancer och trafikskadades riksförbund) och Lions cancerforskningsfond i Umeå som bidragit ekonomiskt till denna forskning.

Referenser

2. Salander P, Bergenheim T, Henriksson R. The creation of protection and hope in patients with malignant gliomas. *Soc Sci Med* 1996; 42: 985-96.

7. Strauss AL. *Qualitative analysis for social scientists*. New York: Cambridge University Press, 1987.
9. Davies E, Clarke C, Hopkins A. Malignant cerebral glioma - II: perspectives of patients and relatives on the value of radiotherapy. *BMJ* 1996; 313: 1512-6.
11. Charmaz K. *Good days, bad days*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1991.
12. Janis I. *Psychological stress*. New York: John Wiley and Sons, 1958.
13. Thomä H, Kächele H. *Psychoanalytic practice*. Berlin: Springer Verlag, 1987.
15. Taylor S. *Positive illusions*. New York: Basic Books 1989.
19. Winnicott DW. *Playing and reality*. London: Tavistock Publications 1971.
20. Kernberg PF. *Mechanisms of defense: development and research perspective*. *Bull Menninger Clinic* 1994; 58: 55-87.
21. Basch FM. The perception of reality and the disavowal of meaning. In: *The annual of psychoanalysis vol XI*. New York: International University Press, 1983: 125-53.
23. Salander P, Windahl G. Does »denial» really cover our everyday experiences in clinical oncology: a critical view from a psychoanalytic perspective on the use of »denial». *Br J Med Psychology* 1998 (in press).
25. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news: a review of the literature. *JAMA* 1996; 14: 496-502.
27. Lazarus RL. Stress and coping as factors in health and illness. In: Cohen JC, Cullen JW, Martin LR, eds. *Psychosocial aspects of cancer*. New York: Raven Press, 1982: 163-90.
29. Salander P, Bergenheim AT, Bergström P, Henriksson R. How to tell cancer patients: a contribution to a theory of communicating diagnosis. *Journal of Psychosocial Oncology* 1998; 16: (in press).
30. Salander P. Brain tumors as a threat to life and personality: the spouse's perspective. *Journal of Psychosocial Oncology* 1996; 14: 1-18.

En fullständig litteraturförteckning kan erhållas från Pär Salander, Onkologiska kliniken, Norrlands Universitetssjukhus, 901 87 Umeå.

Summary

Surprising ability to handle bad news; a study of how cancer patients create hope

Pär Salander, A Tommy Bergenheim, Roger Henriksson

Läkartidningen 1999; 96: 1040-3

The article discusses findings in a study where malignant glioma patients were serially interviewed to determine how they constructed new perceptions of reality when confronted with the diagnosis. Although most of the patients were aware that the tumour posed a grave threat, they were also able to find refuge and hope by using various cognitive strategies. The process, that draws on various resources (the body, supportive relationships, cognitive schemata, and information processing), is discussed in relation to adjacent psychoanalytic theory, and is regarded as an expression of the 'intermediate area' of mental life, which is proposed as theoretical point of reference in discussing How to tell cancer patients.

Correspondence: Dr Pär Salander, Dept of Oncology, Umeå University, Norrlands Universitetssjukhus, SE-901 87 Umeå, Sweden.