

Zaburzenia psychiczne u dzieci z rozpoznaną chorobą nowotworową

Mental disorders in children diagnosed with cancer

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu

Correspondence to: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu, ul. Ostrowskiego 30 B, 53-238 Wrocław,
e-mail: marta.kuty@swps.edu.pl

Streszczenie

Leczenie w przypadku choroby nowotworowej to bardzo złożony, długotrwały proces, którego wynikiem może być zarówno wyzdrowienie, jak i nawrót choroby, a nawet śmierć. Rozpoznanie choroby nowotworowej u dziecka i leczenie onkologiczne wymaga psychicznej adaptacji i zrozumienia, zarówno przez pacjenta, jak i jego rodzinę, czym jest wykryta choroba i na czym polega leczenie. U dzieci z rozpoznaną chorobą nowotworową występują bardzo często psychiczny dystres i reakcje na stres. W wymiarze somatycznym choroba nowotworowa wiąże się z różnymi uciążliwymi dolegliwościami fizycznymi, a także skutkami toksycznego działania chemioterapii, częstymi bolesnymi nakłuciami łądźwiowymi i biopsją szpiku. Leczenie chemiczne i radiologiczne niesie ze sobą ryzyko pojawienia się dysfunkcji poznawczych, osłabienia pamięci krótkotrwałej i koncentracji uwagi, dysfunkcji sensomotorycznych, co może być źródłem trudności w procesie edukacji szkolnej. Natomiast w wymiarze psychicznym już sama diagnoza i leczenie wywołują wiele negatywnych emocji, w tym lęk, dysfориę i depresję. Nie ulega wątpliwości, że cały proces terapeutyczny jest dla chorego wielkim wyzwaniem. Dzieci mają problemy z radzeniem sobie z trudną sytuacją, co może powodować poważne zaburzenia psychiczne. Do najczęstszych należą zaburzenia depresyjne i lękowe. Często zjawiskiem jest występowanie u dzieci objawów nerwicowych, takich jak gryzienie palców, mimowolne moczenie, skubanie ust i zahamowanie ruchowe. Wśród dzieci w trakcie terapii, kiedy ujawniają się niepożądane skutki leczenia, często o charakterze toksycznym dla organizmu, wzrasta ryzyko wystąpienia zaburzeń świadomości, a także zespołów psychoorganicznych. W toku rozważań wskażemy główne metody terapii dzieci z chorobą nowotworową, które powinny znaleźć się w programie terapeutycznym.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, zaburzenia psychiczne, depresja, dziecko

Summary

Cancer treatment is a complex and long-lasting process, whose outcomes can be anything from recovery, relapse and death. A child's cancer diagnosis and treatment plan requires psychological adjustment and an understanding of the short- and long-term impact it has on children. Psychological distress is common in cancer patients. Side effects from chemotherapy or radiation therapy, biopsy procedure are a source of cancer pain. Chemotherapy and radiation therapy carries the risk to cause cognitive dysfunction. Many cancer patients experience a loss of short-term memory; have difficulty concentrating as well as sensory and motoric dysfunction. A cancer diagnosis and treatment may cause negative emotions, fear and aggression. There is no doubt that the therapeutic process is a big challenge for patients. Children with cancer have difficulty coping with this fact, which can lead to several forms of mental disorders. The most common mental disorders in cancer patient are states of depression and anxiety. A frequently observed phenomenon is the occurrence of neurotic symptoms in children, such as biting of fingers, involuntary soaking, picking his mouth and inhibition of movement. There is some research into cancer also being a suicidal risk factor. Therapy can cause the risk of developing disorders of consciousness. In this article, I would like to make some brief recommendations about cancer therapy methods, that I would see as a part of a contemporary treatment program.

Key words: cancer, mental disorders, depression, child

WSTĘP

Rozpoznanie choroby nowotworowej u dziecka i leczenie onkologiczne wymagają zarówno od niego, jak i całego systemu rodzinnego psychicznego przystosowania do trudnej sytuacji⁽¹⁾. Często zdarza się, że proces adaptacji do choroby nie przebiega w sposób prawidłowy i u małego pacjenta pojawiają się niepokojące symptomy, które ze względu na czas trwania i intensywność mogą wskazywać na wystąpienie zespołów psychopatologicznych i zaburzeń adaptacyjnych⁽²⁾. W takim wypadku istnieje silna potrzeba, aby dokonać oceny nasilenia objawów chorób psychicznych u dzieci chorych onkologicznie, w celu wprowadzenia do planu leczenia specjalistycznej pomocy psychoterapeutycznej i psychiatrycznej. Większość badań klinicznych wykazała, iż zaburzenia lękowe występują u 17–46%, a nastrój depresyjny u 33–45% pacjentów onkologicznych^(3,4). Wyniki przeprowadzonych analiz (Schoenherr, 1992; Cavuşođlu, 2001; Mermelstein, Lesko, 1992 i inni)⁽²⁾, wskazują że wskaźnik depresji u dzieci z rozpoznaniem nowotworem, np. białaczką, jest wyższy niż u dzieci zdrowych. Natomiast same rozpoznanie choroby nowotworowej u dziecka może powodować zarówno silny psychiczny dystres, jak i pełne objawy zespołu stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder*, PTSD)^(5,6). Problemy, z którymi najczęściej zmagają się chorzy, to zmiana roli społecznej, zmiana wyglądu oraz dolegliwości fizyczne związane z samą chorobą i leczeniem.

Problematyka zaburzeń psychicznych w chorobach nowotworowych u dzieci na gruncie polskim jest jeszcze słabo znana. Celem naszych analiz jest przedstawienie wyników przeglądu literatury na temat występowania zaburzeń psychicznych u dzieci z rozpoznaniem choroby nowotworowej oraz wskazanie na efektywne metody terapeutycznego postępowania z chorymi onkologicznie.

EPIDEMIOLOGIA

Choroby nowotworowe są jednym z najistotniejszych problemów współczesnej medycyny i wymieniane są jako jedna z najczęstszych przyczyn przedwczesnej umieralności. Z badań epidemiologicznych wynika, że nowotwory stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce, powodując ponad 24% zgonów. Dane te pochodzą z badań Głównego Urzędu Statystycznego i dotyczą osób dorosłych⁽⁷⁾. Choroby nowotworowe występują u dzieci stosunkowo rzadko. U dzieci i młodzieży od 1. do 19. roku życia najczęstszymi przyczynami zgonów są urazy i zatrucia, niemniej jednak choroby nowotworowe stanowią około 13% wszystkich zgonów w tej grupie wiekowej⁽⁷⁾. W 2011 roku z ich powodu zmarło 247 dzieci⁽⁸⁾. Dzięki polepszeniu warunków bytowych i społecznych, a przede wszystkim dzięki rozwojowi medycyny u ponad 80% dzieci możliwa jest jej trwała remisja choroby⁽⁹⁾.

Specyfika nowotworów występujących u dzieci i młodzieży różni się znacząco od tych występujących u osób

dorosłych. Z najnowszych badań wynika, że wśród osób powyżej 19. roku życia do najczęstszych nowotworów można zaliczyć u mężczyzn: nowotwory płuc (26%), nowotwory jelita grubego i odbytnicy (11%), nowotwory prostaty (8,9%), a u kobiet nowotwór piersi (20,2%), płuca (13,7%) oraz jelita grubego i odbytnicy (11,4%)⁽¹⁰⁾. Według danych z 2006 roku u dzieci rozpoznawana jest głównie białaczka, która występuje u około 33% chorych, następnie guzy ośrodkowego układu nerwowego (około 22%), chłoniaki (11,8%), guzy obwodowego układu nerwowego (około 8%), mięsaki tkanek miękkich (6,2%), guzy nerek (5,6%), guzy kości (4,4%), nowotwory zarodkowe (3,3%) oraz inne (4,5%)⁽¹¹⁾.

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Rozpoznanie choroby nowotworowej u młodych osób związane jest nie tylko z podjęciem często agresywnego leczenia, ale również wieloma problemami natury psychicznej. W pierwszym etapie najważniejszym i zarazem najtrudniejszym momentem jest przekazanie dziecku i rodzicom diagnozy. Okres oczekiwania na nią jest dla rodziny bardzo trudnym przeżyciem. Wiadomość o diagnozie może wiązać się ze wstrząsem emocjonalnym. W tej sytuacji lekarz prowadzący ma za zadanie przedstawienie opiekunom rzetelnej informacji, wyjaśnienie istoty schorzenia oraz zaproponowanie planu leczenia. Istotne jest poinformowanie rodziców o możliwych skutkach ubocznych terapii. Rozmowa ta powinna być przeprowadzona w warunkach intymnych, w taki sposób, aby przekazywane informacje były zrozumiałe dla rodziców.

Przekazanie informacji dzieciom i młodzieży o czekającym ich długim pobycie w szpitalu również powinno być dostosowane do wieku, a także możliwości intelektualnych i poznawczych pacjenta. Jak wykazały badania, informowanie dziecka o rozpoznanej chorobie pozwala na zmniejszenie lęku związanego z pobytem w szpitalu oraz różnymi zabiegami (często bolesnymi), którym zostanie poddane młody człowiek⁽¹²⁾.

Skutkiem działania silnych stresorów i braku efektywnych umiejętności radzenia sobie z bardzo trudną sytuacją może być zespół stresu pourazowego⁽¹³⁾. W związku z tym często przy takich rozmowach obecny jest psycholog. Jego podstawową rolą jest psychologiczne wsparcie zarówno dziecka, jak i opiekunów. Dla dziecka w wieku 2–5 lat kategoria choroby jest pojęciem abstrakcyjnym. Nie jest ono w stanie wyjaśnić tego pojęcia oraz zrozumieć złożonej sytuacji, w której się znalazło. Jego dążenie do autonomii może zostać zachwiane, co przyczynia się do zatrzymania rozwoju psychicznego, a nawet regresji⁽¹⁴⁾.

Zdrowy nastolatek, który otrzymuje informację o negatywnej diagnozie, musi zmierzyć się z oczekiwaniami środowiska, które wymaga od niego, aby w nowej sytuacji zachował się w sposób odpowiedzialny i dojrzały. Młoda osoba konfrontuje się również z innymi problemami,

takimi jak utrata integralności, pewności siebie, stabilności emocjonalnej, zmiana codziennego trybu życia oraz planów na przyszłość. W tym okresie istotne wydają się pytania o skuteczność leczenia, poczucie sensu, jak również zmiany w schemacie własnego ciała⁽¹¹⁾. U młodszych dzieci problemy takie związane są głównie z brakiem zrozumienia nowej sytuacji, powodującej oderwanie od naturalnego środowiska dziecka⁽⁹⁾.

Kolejnym etapem jest wdrożenie leczenia. Obecnie na oddziałach hematologii i onkologii dziecięcej stosuje się trzy formy leczenia: zabiegi chirurgiczne (np. usunięcie guza, wstawienie endoprotezy), chemioterapię oraz radioterapię. Podjęcie jakiegokolwiek z nich wywołuje u pacjentów różne skutki uboczne, nie tylko fizyczne, ale również psychiczne⁽¹⁵⁾. W przypadku zabiegów chirurgicznych dziecko musi zmierzyć się z lękiem przed operacją. Często zdarza się, że dopiero w trakcie przygotowań do zabiegu, po wykonaniu dodatkowych badań, wiadomo, czy zaatakowany przez nowotwór organ jest możliwy do wyleczenia, czy też konieczna jest jego amputacja, np. w przypadku kończyn. U pacjentów występuje również lęk przed narkozą (obawa przed niewybudzeniem), jak również rezultatem samej operacji.

Oczekiwanie hospitalizowanych pacjentów wobec operacji i zespołu lekarskiego, a także rezultatów konsultacji przedoperacyjnej powodują ogromny dystres i ciągłe napięcie. Dziecko należy przygotować do zaistniałej sytuacji, a następnie pomóc mu w akceptacji trwałych zmian w wyglądzie. Pozwoli to na zachowanie pozytywnego obrazu własnej osoby i adekwatnej samooceny⁽¹²⁾. W przypadku zastosowanej chemioterapii również dochodzi do widocznych zmian w strukturze ciała, np. wypadania włosów, pojawiania się plam na skórze, przyrostu masy ciała. Skutkami ubocznymi mogą być również mdłości i wymioty. W literaturze przedmiotu podaje się również, że leki mogą wywoływać zmiany nastroju (mania, depresja)⁽¹¹⁾. Z kolei radioterapia może wpływać negatywnie na samopoczucie oraz wywoływać zmęczenie i znużenie. Rolą psychologa zatrudnionego na oddziale hematologii i chemioterapii czy też transplantologii szpiku jest nie tylko wsparcie zespołu lekarzy i pielęgniarek, ale również monitorowanie samopoczucia zarówno pacjenta, jak i jego rodziny.

Jak już wcześniej zostało to podkreślone, do najczęstszych źródeł problemów natury psychicznej występujących u pacjenta z rozpoznaną chorobą nowotworową zalicza się przede wszystkim skutki uboczne zastosowanego leczenia oraz ich wpływ na funkcjonowanie chorego, a także konieczność długotrwałego przebywania na oddziale w celu podjęcia leczenia.

Jednym z elementów choroby, z którym musi się zmierzyć mały pacjent, jest ból. Według polskich badań⁽¹⁶⁾ ponad 81% dzieci twierdziło, że odczuwało ból w trakcie leczenia; 6,8% odczuwało go stale. Percepcja bólu dzieci różni się od percepcji bólu osób dorosłych. Według przytaczanych badań dzieci powyżej 4. roku życia opisują ból w zależności od stopnia „nieprzyjemności”, jak również właściwości czuciowych (jakość, intensywność, trwanie,

lokalizacja, częstotliwość). U starszych dzieci percepcja bólu odnosi się do bólu jako odczucia fizycznego. Mali pacjenci do jego opisu używają pojęć konkretnych, zgodnie z ich poziomem rozwoju kategorii poznawczych. Z kolei młodzież, charakteryzując kategorię bólu, podkreśla również doznania psychiczne z nim związane⁽¹⁷⁾. Nie bez znaczenia są wcześniejsze doświadczenia dziecka związane z bólem, bowiem wraz ze zwiększającą się liczbą doświadczeń bólowych (np. liczne iniekcje) zwiększa się poziom jego akceptacji. Zauważyć to można w trakcie pracy na oddziale. Dzieci, których leczenie trwa dłużej, znacznie lepiej znoszą kolejne nakłucia niż te, których leczenie dopiero się rozpoczęło. Istotne w percepcji bólu są również takie czynniki, jak wsparcie rodziny czy też jej sposób reagowania na doświadczenia bólowe dziecka, a także czynniki sytuacyjne, takie jak rozumienie przez dziecko sytuacji doznawania bólu, oczekiwania ulgi itp.⁽¹⁷⁾ Badania Antoszewskiej⁽¹⁶⁾ pokazują, że dzieci wskazują ból jako źródło odczuwanego lęku na jednym z ostatnich miejsc w hierarchicznej skali (lęk przed bólem odczuwało zaledwie 9% badanych). Może to świadczyć o tym, że czynniki, o których wspomniano wcześniej, mają duże znaczenie w przygotowaniu dzieci na odczucia bólu. Wśród najczęściej wymienianych reakcji lękowych badaczka wyróżniła lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia (45,9%), następnie lęk przed długim pobytem w szpitalu (44,4%) oraz lęk przed chemioterapią (15%) i niewyleczeniem z choroby (15%).

Lęk to naturalne zjawisko i nie zawsze wymaga interwencji psychologa. Jednak ze względu na specyfikę sytuacji, w jakiej znajdują się dzieci i ich rodzice, ważne jest odróżnienie lęku adaptacyjnego od tego, który został spowodowany specyfiką pobytu w szpitalu i leczenia⁽¹⁸⁾. Na podstawie licznych obserwacji inni badacze podają, że najczęściej wśród pojawiających się lęków u dzieci wyróżnia się lęk separacyjny, osamotnienia oraz lęk przed śmiercią⁽¹⁹⁾. Przeważnie taki lęk u młodszych dzieci objawia się regresem w zachowaniu (wzmóŜona płaczliwość, ssanie kciuka, gryzienie palców, moczenie się), u dzieci starszych – odmową jedzenia, przyjmowania leków, wycofaniem się z kontaktów społecznych, drażliwością, zaburzeniami snu itp.⁽²⁰⁾ Podobnie jak w przypadku osób dorosłych, dzieci mogą cierpieć na stany depresyjne. Wśród osób dorosłych leczonych onkologicznie u ponad 56% zdiagnozowano zaburzenia afektywne⁽²¹⁾. Wśród dzieci i młodzieŜy dotyczą one części tej drugiej grupy i mogą być wynikiem przyjmowanych leków bądź też reakcji psychicznej na sytuację, w jakiej znalazł się młody człowiek. Kowalczyk i Samardakiewicz⁽¹²⁾ wskazują, że wśród głównych objawów zaburzeń afektywnych można wymienić: nadmierną wrażliwość na punkcie swojej osoby, niską samoocenę, brak aktywności, myśli samobójcze, wzmóŜone myślenie o śmierci, a także zaburzenia rytmu snu i czuwania. W swojej pracy psycholog może zmierzyć się również z takimi zachowaniami, jak wzmóŜona agresja dzieci, wywołana nie tylko wzrastającą frustracją, spowodowaną przedłużającym się leczeniem, ale również złością na rodziców, którzy często nieświadomie nie

potrafią zrozumieć problemów emocjonalnych swojego dziecka⁽¹²⁾. Dzieci będące w trakcie leczenia, o ile pozwala im na to ich stan, kontynuują obowiązek szkolny. Dotyczy to głównie tych, które kończą leczenie na oddziale bądź którym umożliwia to ich kondycja zdrowotna. Przerwy w uczęszczaniu do szkoły wpływają nie tylko na powstawanie zaległości w nauce, ale również na jakość kontaktów społecznych. Kontynuowanie edukacji dzięki szkołom przy-szpitalnym daje dzieciom możliwość koncentracji na obowiązkach szkolnych, cel w życiu (np. konieczność odrabiania zadań domowych), pozwala również na sprawniejszy powrót do szkoły już po zakończeniu terapii⁽¹⁶⁾.

Diagnoza choroby nowotworowej i leczenie onkologiczne nie zawsze wymagają profesjonalnej pomocy psychologicznej bądź interwencji psychoterapeutycznej. Obecnie warunki szpitalne pozwalają na przebywanie jednego opiekuna z dzieckiem praktycznie przez cały okres pobytu w szpitalu. Zmniejsza to konsekwencje psychiczne leczenia onkologicznego. Niemniej obecność psychologa na oddziale daje poczucie bezpieczeństwa oraz pozwala na skorzystanie z dostępnej pomocy w każdej chwili.

Większość badań z zakresu dziecięcej psychoonkologii analizuje problemy związane z psychospołecznymi skutkami ujawniającymi się w trakcie remisji choroby. Badania Schrag i wsp.⁽²²⁾ wskazują, że wśród wszystkich grup wiekowych największe ryzyko wystąpienia późniejszych zaburzeń związanych ze stresem (np. trauma, PTSD) występuje w grupie badanych dzieci w wieku 6–11 lat, u których zdiagnozowano nowotwór. U młodszych dzieci stwierdzano trudności z werbalizowaniem problemów emocjonalnych. Liczne badania potwierdzają, że występuje u nich niepamięć procesu leczenia i samej choroby. Z kolei starsze dzieci wykazują większe zrozumienie mechanizmów i działań wpływających na ratowanie życia, a także mają większą zdolność do zaakceptowania choroby oraz jej skutków ubocznych. Oprócz problemów związanych z traumą u dzieci wyleczonych odnotowano również trudności natury neuropsychologicznej (głównie jako skutek leczenia np. radioterapii, ingerencji chirurgicznej) oraz emocjonalnej (jako konsekwencja występujących zaburzeń psychicznych w trakcie leczenia)⁽¹²⁾.

Konsekwencje psychiczne dosięgają nie tylko samego pacjenta, ale również jego rodzinę oraz rodzeństwo⁽²³⁾. Najnowsze badania duńskich psychologów wskazują, że opieką psychologiczną powinien być objęty cały system rodzinny, nawet jeśli rodzeństwo pacjenta nie uczestniczy aktywnie w procesie jego leczenia. Badania sugerują, że młodsze rodzeństwo pacjentów z chorobą nowotworową jest bardziej narażone na wystąpienie zaburzeń psychicznych niż starsze⁽²⁴⁾.

METODY TERAPEUTYCZNE W PSYCHOONKOLOGII

Leczenie chorych na raka powinno być prowadzone w duchu holistycznego paradygmatu zdrowia i tym samym

wykraczać poza model biomedyczny. Badania wskazują, że pomoc psychologiczna sprzyja redukcji negatywnych emocji, zwiększa poziom aktywności, polepsza współpracę pacjenta z lekarzem, a także zmniejsza cierpienie i poprawia jakość życia. Z tego też powodu psychologiczne metody terapii dzieci z chorobą nowotworową powinny znaleźć się w programie terapeutycznym.

Zespoły terapeutyczne zajmujące się diagnostyką i sposobami leczenia chorób nowotworowych powinny mieć charakter multidyscyplinarny. W ramach programu terapeutycznego należy wprowadzić pomoc psychologiczną, interwencję psychospołeczną i psychoterapię. Pronobis-Szczylik i Szczylik⁽²⁵⁾ twierdzą, że najbardziej efektywne formy terapii psychoonkologicznej, które warto włączyć w proces leczenia, to systemowa terapia rodzinna, terapia grupowa w zaawansowanym raku wg teorii poczucia sensu życia Frankla, praca z żałobą, psychoedukacja, terapia poprzez sztukę, racjonalne terapie zachowania i terapia poznawczo-behawioralna. Należy dostosować sposób prowadzenia leczenia do rodzaju i stopnia nasilenia choroby, dostępności form terapii, uzależnienia od oceny ryzyka samobójstwa i współwystępowania innych chorób.

Pierwszym podstawowym etapem jest ustalanie ogólnego i indywidualnego celu terapii, który uwzględni natężenie obciążenia psychicznego pacjenta onkologicznego. Obszary pracy psychologa w zakresie psychoonkologii obejmują problemy stresu związanego z chorobą, stosunku do terapii, działań ubocznych chemioterapii, radioterapii⁽²⁶⁾.

INTERWENCJE KRYZYSOWE

Informacja o rozpoznaniu choroby nowotworowej oraz trudnym procesie leczenia może wywołać u pacjenta silny stres. Ważne, aby w tym okresie zapewnić mu opiekę psychologiczną, aby nie doszło do utrwalenia nieprawidłowych form adaptacyjnych⁽²⁷⁾ i rozwinięcia się zaburzeń związanych ze stresem pourazowym. Należy sprawdzić, czy istnieje jakiekolwiek ryzyko popełnienia samobójstwa, a także czy pacjent jest gotowy na współpracę.

Pierwsza interwencja, jaką stosuje się wobec pacjentów onkologicznych, obejmuje krótkotrwałą terapię podtrzymującą i ma ona charakter wspierający oraz stabilizujący. Celem interwencji jest poprawa umiejętności radzenia sobie ze stresem i redukcja negatywnych emocji. W fazie silnego pobudzenia warto zastosować techniki behawioralne i poznawcze, aby zredukować napięcie przez odreagowanie, wyrażające się zgodą na płacz lub krzyk czy empatycznym wsparciem⁽²⁸⁾.

Wśród metod, które skutecznie pomagają pacjentowi poradzić sobie z trudną sytuacją, należy wymienić techniki stabilizacji i dystansowania się (np. technika ekranu). Pierwszym koniecznym i podstawowym krokiem terapeutycznym w procesie leczenia jest próba ustabilizowania stanów emocjonalnych pacjenta. Aby tego dokonać, można zastosować ćwiczenia „spokojnego wewnętrznego miejsca” czy „wewnętrznego pomocnika”. Następnym krokiem

jest próba zmierzenia pacjenta z traumą. Zdaniem Mehla⁽²⁷⁾ skuteczna w leczeniu psychoonkologicznym może być również technika EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*), która polega na spontanicznym poruszaniu oczami wskutek oczopląsu optokinetycznego, podczas gdy w umyśle pojawiają się trudne i traumatyczne myśli.

PSYCHOTERAPIA ZORIENTOWANA PSYCHODYNAMICZNIE

Zdaniem Riedner u pacjentów onkologicznych redukuje się stres, stosując „psychoterapię w postaci pogłębionej w warstwie psychologicznej, wspierającej lub analitycznej terapii indywidualnej lub terapii grupowej, częściowo realizowane przez grupy wzajemnego wsparcia, w sposób ukierunkowany, wspólnie z najbliższymi lub bez ich udziału, jako grupa skupiająca samych pacjentów”⁽²⁶⁾.

Zasadniczą kwestią w terapii zorientowanej psychodynamicznie jest zbudowanie zaufania i bezpiecznej relacji pomiędzy pacjentem i terapeutą. Problemy analizowane w terapii ukierunkowane są na konflikty emocjonalne, samą chorobę nowotworową, a także elementy utrudniające pacjentowi zaakceptowanie choroby. W nurcie terapii analitycznej można pracować nad nieprawidłowymi reakcjami obronnymi, nieświadomymi procesami, które wpływają na złą współpracę chociażby z lekarzem i terapeutą. Istotne znaczenie w procesie leczenia ma subiektywna teoria choroby pacjenta, gdyż wpływa ona na oczekiwania i odczucia związane z chorobą, a także konflikty interpersonalne i intrapsychiczne. W związku z tym terapeuta musi w procesie terapii przepracować ten materiał, aby pacjent mógł na nowo rozpocząć swoje życie.

TERAPIA ZA POMOCĄ SZTUKI

Do metod terapeutycznych stosowanych w leczeniu chorób onkologicznych u dzieci należą muzykoterapia i arteterapia. Metody te, wykorzystując działanie, aktywność i przeżycia, poprawiają umiejętności wyrażania siebie i werbalizowania własnych doznań, a także pogłębiają odczuwanie własnego „ja”⁽²⁷⁾. Dzieciom, szczególnie młodszym, w wyrażaniu wewnętrznych przeżyć, potrzeb i obaw pomaga udział w grach lub własna twórczość, tj. malowanie i rzeźbienie, granie na instrumentach.

Technikami, które mogą obniżyć strach przed następstwami zabiegów operacyjnych czy też śmiercią jako następstwem choroby, są techniki psychodramatyczne, np. zamiana rolami, wczuwanie się w rolę, naśladowanie. W ramach opieki nad dziećmi z rozpoznanym nowotworem warto zastosować muzykoterapię, ponieważ muzyka wpływa na zmniejszenie negatywnych objawów stresu, takich jak wysokie ciśnienie krwi, przyspieszone tętno i oddech, wydzielanie „hormonów stresu”⁽²⁷⁾. Okazuje się, że pacjenci po zastosowaniu technik muzykoterapii czują się bardziej zrelaksowani, odczuwają mniejsze napięcie i strach, i co ważne – mniejsze dolegliwości bólowe⁽²⁷⁾.

W program pracy z dziećmi chorymi onkologicznie warto wpisać oddziaływania biblioterapeutyczne, gdyż jest to metoda psychicznego wsparcia w rozwiązywaniu trudnych problemów przez ukierunkowane czytanie. Bajkoterapia jest niezwykle skuteczną metodą wspomagającą, która pozwala przekazać trudne treści w bezpieczny sposób, a także „przepracować” silne emocje, które nie są przyjmowane bądź akceptowane przez dziecko. Bajka terapeutyczna „usytuowana jest w fantastycznym, nierealnym świecie, [...] przyjaciele, czyli inne postaci bajkowego świata, pomagają rozwiązać problemy w sposób racjonalny, oparty na założeniach koncepcji poznawczo-behawioralnej [...], bajki te mają za zadanie dostarczyć argumentów na rzecz obiektywnego, racjonalnego przedstawienia sytuacji trudnej emocjonalnie i dostarczenie wzorców do zadaniowych strategii działania”⁽²⁹⁾. Celem terapii poprzez bajki jest pozytywne przewartościowanie własnego doświadczenia, identyfikacja i uświadomienie sobie własnych emocji, potrzeb, a także redukcja negatywnego napięcia emocjonalnego⁽²⁹⁾. Warte polecenia są opracowane przez psychologów i terapeutów bajki Jovanki Tomaszewskiej i Wojciecha Kołyszki „Opowieści z planety Holo”, Roksanę Jędrzejewskiej-Wróbel „Lucjan. Lew, jakiego nie było”, Mirosławy Lis „Igielka Tusia”, Arkadiusza Lubowickiego „Z łupiny do doniczki”, Beaty Soczewkiej i Anny Kowalik „O tym, jak pewien ślimak zamieniał się w świnkę”, Katarzyny Cwojdziańskiej „Szalik królika Przytulika”, Elżbiety Janikowskiej „Kosmiczna wojna”.

W ramach terapii i wsparcia dla dzieci chorych onkologicznie można zastosować interwencje terapeutyczne za pomocą gier komputerowych osadzonych w wirtualnej rzeczywistości⁽³⁰⁾.

FARMAKOTERAPIA

Istotna w procesie leczenia jest farmakoterapia zaburzeń psychicznych, np. zaburzeń snu, zaburzeń lękowych, depresyjnych, nerwic natręctw i stanów splątania. Podejmując leczenie farmakologiczne, należy ustalić, czy istnieją u pacjenta jakiegokolwiek przeciwwskazania do stosowania leków, a następnie dostosować farmakoterapię zaburzeń psychicznych do przewidywanego czasu trwania leczenia, a także uwzględnić ryzyko wystąpienia skutków ubocznych, interakcje chemiczne z innymi lekami oraz koszty leku⁽³¹⁾. Warto zastanowić się nad zastosowaniem farmakoterapii, jeśli istnieje potrzeba szybkiego zwalczania objawów, m.in. zmniejszenia stanów napięcia afektywnego, ograniczenia myśli natrętnych, zredukowania zaburzenia napędu⁽³²⁾.

W przypadku ciężkich epizodów depresji, zdaniem Heußner⁽³²⁾, jeśli nie ma przeciwwskazań, należy zastosować nowoczesne leki przeciwdepresyjne z grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu neuroprzebieżników, które w porównaniu z lekami trójcyklicznymi są łatwiejsze w stosowaniu, mają mniej działań niepożądanych i dają lepsze efekty terapeutyczne.

Ważnym wskaźnikiem niestabilności emocjonalnej pacjenta onkologicznego jest nasilenie zaburzeń snu. W takim przypadku warto krótkoterminowo zastosować trankwiliżery, np. benzodiazepiny lub leki uspokajające (zopiklon). Jeśli leki nasenne nie będą pomocne w długoterminowej perspektywie, w proces leczenia można włączyć leki przeciwdepresyjne, które działają również nasennie, np. mirtazapinę. W przypadku ostrych stanów napięcia i lęku, podobnie jak w stanach silnego obciążenia emocjonalnego związanego z zabiegami lub badaniami diagnostycznymi, które mogą wywołać napady paniki lub lęki klaustrofobiczne (np. tomografia rezonansu magnetycznego), pomocne okazują się benzodiazepiny⁽³²⁾.

TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA

Pierwszym etapem diagnostyki w terapii poznawczo-behawioralnej jest ustalenie wzorca postępowania, który pacjent chciałby zmienić, następnie określa się warunki, które przyczyniły się do ukształtowania i utrwalenia takiego zachowania, stosując analizę problemową, aby w konsekwencji zaplanować terapię, która przyniesie pożądane zmiany. Celem terapii jest zmiana dysfunkcyjnych zachowań pacjenta, nie tylko na poziomie behawioralnym, ale również somatycznym i emocjonalnym.

Badania wskazują, że terapia poznawczo-behawioralna⁽¹⁴⁾ w połączeniu w farmakoterapią⁽³³⁾ jest skuteczna w leczeniu lęku i depresji u pacjentów onkologicznych. Główne techniki, zdaniem Pietrzyk⁽³⁴⁾, które sprawdzają się w pracy z pacjentami onkologicznymi, to: techniki relaksacji, rejestrowanie przyjemności i aktywności, które sprawiają zadowolenie, rozkład zajęć i stopniowanie na skali, np. pod względem niepokoju, zmęczenia, bezsilności, a także planowanie przyszłości i behawioralne eksperymenty.

Psycholog, pracując z dzieckiem, powinien pomóc mu zrozumieć jego reakcje emocjonalne na trudną sytuację, a także nauczyć je, w jaki sposób może wyrażać swoją złość lub zniechęcenie⁽³⁵⁾.

Analizując wyniki badań wśród osób chorych onkologicznie, stwierdzono, że stosowanie terapii rozwiązywania problemów i radzenia sobie z poczuciem bezradności wiąże się z większym prawdopodobieństwem odpowiedzi na leczenie oraz poprawą jakości życia⁽³⁶⁾.

Terapia behawioralna, szczególnie metody desensybilizacji, w połączeniu z technikami relaksacji, których celem jest wytworzenie stanu odprężenia, ma bardzo istotny wpływ na leczenie lęków, związanych chociażby z procesem chemioterapii i radioterapii.

Inną skuteczną techniką terapii pacjentów onkologicznych jest indywidualna skala hierarchiczna strachu, na której określa się – w warunkach rozluźnienia – natężenie strachu w różnych sytuacjach, np. w czasie przebywania na oddziale radioterapii. W przypadku pacjentów onkologicznych warto zastosować ekspozycję stopniowaną.

W przygotowaniu dziecka do procedur medycznych, np. punkcji, pomocne okazują się metody behawioralne,

informacja, modelowanie, ukierunkowane wykorzystanie technik relaksacyjnych⁽¹¹⁾. U pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi stosuje się pozytywne wzmocnienia i samowzmocnienia. Z kolei aby poprawić relacje między pacjentem a rodziną, wykorzystuje się trening kompetencji społecznych i trening pewności siebie. W trakcie terapii terapeuta i pacjent odgrywają scenki, które mogą być źródłem konfliktów. W wyniku zobrazowania sobie mechanizmów, które kierują zachowaniem, i uświadomienia sobie zachowań własnych i innych, a także wypróbowania i opracowania nowych strategii rozwiązywania problemów pacjent może zmodyfikować dysfunkcyjne zachowania. W terapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów onkologicznych wykorzystuje się metody terapeutyczne mające na celu modyfikowanie nieracjonalnych i dysfunkcyjnych schematów poznawczych, które są źródłem silnych negatywnych emocji, np. „rak to wyrok śmierci”, „będę umierał w wielkich cierpieniach”, „gdybym był grzecznym dzieckiem, Bóg nie pokarałby mnie taką chorobą”. W racjonalnej terapii zachowania podstawowym założeniem jest to, aby pacjent, za pomocą dobrze skomponowanych przez terapeuta pytań (np. metodą sokratejską), sam przekształcił niezdrowe przekonania.

W przebiegu choroby nowotworowej mogą wystąpić zaburzenia percepcji i przetwarzania informacji, które przyjmują najczęściej postać zniekształceń poznawczych czy błędów logicznych. Pacjenci z rozpoznaniem depresji mają tendencje do negatywnych przekonań na swój temat, a także stosowania błędów logicznego myślenia, np. nadmiernej generalizacji, myślenia dychotomicznego, selektywnego uogólniania faktów, pochopnego wyciągania wniosków, personalizacji i wyolbrzymiania lub minimalizowania⁽³⁷⁾. Pacjent zgodnie z psychoedukacyjnymi założeniami terapii poznawczej powinien nauczyć się obserwować i nazywać zniekształcenia poznawcze, aby móc umiejętnie powstrzymać błędne koło myśli, emocji i zachowań. W tym przypadku można zastosować technikę paradoksu lub przesady bądź dekatastrofizacji⁽³⁸⁾.

Techniki poznawczo-behawioralne (skala intensywności bólu, stosowanie dystraktorów, odwracanie uwagi dzięki technikom wyobraźniowym, aktywność fizyczna) stosowane są również skutecznie w zmniejszaniu bólu, zarówno u dorosłych, jak i dzieci⁽³⁹⁾. Z badań wynika, że terapia poznawczo-behawioralna ma też pozytywny wpływ na męczliwość związaną z chorobą nowotworową, która polega na uporczywym poczuciu fizycznego, emocjonalnego, a także poznawczego zmęczenia lub wyczerpania w przebiegu aktywnego leczenia choroby nowotworowej⁽⁴⁰⁾.

TECHNIKI RELAKSACYJNE

Wśród technik relaksacyjnych wykorzystywanych w terapii dzieci chorych onkologicznie stosowane są modyfikacje treningu autogennego Schultza i relaksacja Jacobsona. Trening autogeny i progresywna relaksacja mięśni według Jakobsona są jednymi z najbardziej znanych technik

relaksacji. Celem treningu autogennego jest nauczenie pacjenta, jak samodzielnie przeprowadzić proces sugestii w postaci autosugestii⁽²⁷⁾ i obniżyć napięcie mięśniowe poprzez zastosowanie zdolności dziecka do identyfikacji, naśladownictwa i sugestywności. W przypadku progresywnej relaksacji mięśni według Jakobsona pacjent uczy się napinać określone grupy mięśni, a następnie je rozluźniać. Poprzez skupienie się na różnicy między napięciem i rozluźnieniem mięśni pacjent doświadcza stanu relaksacji. Badania empiryczne potwierdzają działanie wspierające relaksacji stosowanej w procesie chemioterapii⁽²⁷⁾. Celem treningu relaksacji jest zmniejszenie pobudzenia aktywności autonomicznego układu nerwowego, co w konsekwencji redukuje napięcie emocjonalne i psychiczne oraz dolegliwości bólowe⁽²⁸⁾.

PSYCHOONKOLOGICZNY PROGRAM SIMONTONA

Program Simontona jest jednym z najlepiej udokumentowanych programów psychoterapii krótkoterminowej, jeśli chodzi o efektywność. Podstawowym celem tego programu jest poprawa jakości życia osób z rozpoznaną chorobą nowotworową, poprawa komunikacji interpersonalnej, obniżenie intensywności nieprzyjemnych emocji i nastroju, zwiększenie motywacji do leczenia, a także podwyższenie w konsekwencji jego skuteczności. W programie Simontona: „traktuje [się] chorobę jako przejaw braku równowagi wewnętrznej, niezaspokajania istotnych dla ciała i umysłu potrzeb, uczy większej wrażliwości na wypełnianie owych deficytów w życiu, kładzie nacisk na korektę stylu życia i jakości życia, uczy poszanowania własnych ograniczeń i skupia się na tym, co jest mocną stroną pacjenta”⁽²⁸⁾. W metodzie tej przedstawia się problem śmierci jako koniecznego elementu życia, co ma na celu zmniejszenie lęku przed śmiercią i pełniejsze korzystanie z „tu i teraz”.

TERAPIA RODZIN

Wsparcie psychoonkologiczne powinno obejmować zarówno dziecko, jak i rodziców, gdyż skutek choroby nowotworowej dziecka cała rodzina jest obciążona emocjonalnie. Dystres towarzyszy zarówno dziecku, jak i najbliższemu przez cały okres leczenia. Choroba nowotworowa dziecka stanowi olbrzymie obciążenie dla całego systemu rodzinnego. Okazuje się, że depresja po diagnozie występuje u 23–49% chorych, a także u 18–30% dorosłych członków rodziny⁽⁴¹⁾. Diagnoza nowotworu u pacjenta powoduje rozbicie dotychczasowego modelu interakcji, zmianę funkcjonowania rodziny i zakłócenie planów na przyszłość. Członkowie rodziny, podobnie jak pacjent, doświadczają różnych faz przystosowania się do choroby, od gniewu, rozżalenia, poczucia winy, bólu przygotowawczego, aż po akceptację i pogodzenie.

Jak zauważa Kübler-Ross⁽⁴²⁾, „rodzina odgrywa bardzo ważną rolę podczas choroby, a jej reakcja ma wielki wpływ

na postawę pacjenta”. Pomoc psychologiczna dla członków rodziny chorego dziecka, wpieranie ich w trudnych chwilach, tłumaczenie mechanizmów, które są źródłem silnych emocji, stanowią niezbędny element dążenia do przywrócenia systemu rodzinnemu stanu równowagi.

W pracy terapeutycznej pracuje się nad otwartą komunikacją, gdyż wpływa ona pozytywnie na przystosowanie do choroby nowotworowej zarówno samego pacjenta, jak i rodziny⁽⁴¹⁾. Pierwszym i podstawowym krokiem otwartej komunikacji jest poinformowanie dziecka o diagnozie i ewentualnych konsekwencjach choroby. Z dzieckiem należy rozmawiać w zrozumiały sposób, poinformować go o tym, że rak nie jest zaraźliwy, że nikt nie jest za tę chorobę odpowiedzialny, że leczenie może trwać kilka miesięcy, że terapia może być bardzo uciążliwa i trudna, a także że mogą mu wypaść włosy⁽³⁵⁾.

Ważne, aby trudna sytuacja kryzysowa nie zakłóciła domowego trybu życia rodziny, aby nie pozbawiła rodziny przyjemności⁽⁴²⁾. Członkowie rodziny nie powinni wyrzekać się innych zajęć, aby ustawicznie przebywać z pacjentem, ponieważ oni też muszą stosować odpowiednie strategie, aby radzić sobie z zagrażającą sytuacją, „rozsądnie gospodarować swoimi siłami i nie doprowadzić do całkowitego ich wyczerpania w chwili, kiedy będą najbardziej nieodzowne”⁽⁴²⁾.

ZAKOŃCZENIE

W procesie leczenia i rehabilitacji chorych onkologicznie powinno się zakładać holistyczne i wieloaspektowe podejście do pacjenta, uwzględniające zarówno aspekt medyczny, społeczny, jak i psychologiczny choroby. Psychoterapia i interwencja psychologiczna w onkologii jest stosowana jako metoda kompleksowego leczenia pacjentów. Metody te okazują się skutecznym sposobem zmniejszania poziomu napięcia lękowego i negatywnego nastroju oraz zwiększania motywacji do leczenia, a tym samym polepszenia psychicznego dobrostanu pacjentów i jakości ich życia.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Gruszczyński W., Tsigotis K.: Struktura potrzeb osób z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną. *Psychiatr. Pol.* 2000; 34: 249–265.
2. Compas B.E., Desjardins L., Vannatta K. i wsp.: Children and adolescents coping with cancer: self- and parent reports of coping and anxiety/depression. *Health Psychol.* 2014; 33: 853–861.
3. Dejong M., Fombonne E.: Depression in paediatric cancer: an overview. *Psychooncology* 2006; 15: 553–566.
4. Rymaszewska J., Dudek D.: Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych. *Via Medica, Gdańsk* 2009: 64–70.
5. Archer J.A., Hutchison I.L., Dorudi S.: Interrelationship of depression, stress and inflammation in cancer patients: a preliminary study. *J. Affect. Disord.* 2012; 143: 39–46.
6. Kaplan L.M., Kaal K.J., Bradley L., Alderfer M.A.: Cancer-related traumatic stress reactions in siblings of children with cancer. *Fam. Syst. Health* 2013; 31: 205–217.

7. Adres: http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/l_podst_inf_o_syt_demograficznej_2011.pdf [cytowany 10 lipca 2014 r.].
8. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B.: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012: 55–56.
9. Irga N., Balcerska A.: Wpływ choroby nowotworowej na życie dziecka i jego rodziny. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2002; 2: 287–290.
10. Dietzfelbinger H.: Epidemiologia chorób nowotworowych w Niemczech. W: Dorfmueller M., Dietzfelbinger H. (red.): *Psychoonkologia*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011: 3–6.
11. Hesselbarth B., Graubner U.: *Psychoonkologia w pediatrii*. W: Dorfmueller M., Dietzfelbinger H. (red.): *Psychoonkologia*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011: 269–280.
12. Kowalczyk J.R., Samardakiewicz M.: Dziecko z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998: 5–100.
13. Dunn M.J., Rodriguez E.M., Barnwell A.S., Grossenbacher J.C.: Posttraumatic stress symptoms in parents of children with cancer within six months of diagnosis. *Health Psychol.* 2012; 31: 176–185.
14. Kołodziejczyk M., Majerowicz A.: Problemy psychologiczne dzieci z chorobą nowotworową oraz ich rodzin. *Nowiny Psych.* 1999; 2: 53–68.
15. Yang Y.L., Liu L., Wang Y. i wsp.: The prevalence of depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* 2013; 13: 393.
16. Antoszevska B.: Dziecko z chorobą nowotworową – problemy psychopedagogiczne. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008: 71–89.
17. Pilecka W.: Percepcja i rozumienie bólu przez dzieci. W: Pilecka W. (red.): *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011: 229–243.
18. Pilecka W.: Choroby nowotworowe. W: Pilecka W. (red.): *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011: 304–315.
19. Leonard H.L. (red.): Treating anxiety and depression in children with cancer. *The Brown University Child & Adolescent Psychopharmacology Update* 2006; 8 (1): 1–3.
20. Popek L.: Lęk separacyjny. W: Namysłowska I. (red.): *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 139–143.
21. Gil M., Comas A., García-García M. i wsp.: Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *Gen. Hosp. Psychiatry* 2010; 32: 240–245.
22. Schrag N.M., McKeown R.E., Jackson K.L. i wsp.: Stress-related mental disorders in childhood cancer survivors. *Pediatr. Blood Cancer* 2008; 50: 98–103.
23. Pietrzyk A.: Ta choroba w rodzinie. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006: 89–97.
24. Lund L.W., Winther J.F., Dalton S.O. i wsp.: Hospital contact for mental disorders in survivors of childhood cancer and their siblings in Denmark: a population-based cohort study. *Lancet Oncol.* 2013; 14: 971–980.
25. Pronobis-Szczylik J., Szczylik C.: Leczenie i psychoterapia – właściwy wybór. W: Pająk P. (red.): *Sily, które pokonają raka. Psychologiczne terapie w chorobie nowotworowej*. Wyd. „Charaktery”, Warszawa 2013: 7–23.
26. Riedner C.: Cele terapeutyczne ogólne i indywidualne. W: Dorfmueller M., Dietzfelbinger H. (red.): *Psychoonkologia*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011: 166–171.
27. Mehl U.: Przegląd metod terapeutycznych. W: Dorfmueller M., Dietzfelbinger H. (red.): *Psychoonkologia*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011: 189–198.
28. Widera A.: Psychologiczne aspekty pacjenta z chorobą nowotworową. W: Bętkowska-Korpala B., Gierowski J. (red.): *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007: 78–90.
29. Molicka M.: *Biblioterapia i bajkoterapia*. Media Rodzina, Poznań 2011: 223–226.
30. Li W.H.C., Chung J.O.K., Ho E.K.Y.: The effectiveness of therapeutic play, using virtual reality computer games, in promoting the psychological well-being of children hospitalised with cancer. *J. Clin. Nurs.* 2011; 20: 2135–2143.
31. Araszkiwicz A., Bartkowiak W., Starzec W.: Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej. *Psychologia w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2004; 4: 157–166.
32. Heußner P.: Aspekty związane z farmakoterapią zaburzeń psychicznych w onkologii. W: Dorfmueller M., Dietzfelbinger H. (red.): *Psychoonkologia*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011: 199–203.
33. Lampe L., Coulston C.M., Berk L.: Psychological management of unipolar depression. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 2013; (443): 24–37.
34. Pietrzyk A.: Interwencje poznawczo-behawioralne dla chorych na nowotwory i ich bliskich – możliwość podnoszenia jakości ich życia. *Psychoonkologia* 2008; 12: 58–65.
35. Oppenheim D.: Rak. Jak powiedzieć dziecku? W: Pająk P. (red.): *Sily, które pokonają raka. Psychologiczne terapie w chorobie nowotworowej*. Wyd. „Charaktery”, Warszawa 2013: 153–159.
36. Strong V., Waters R., Hibberd C. i wsp.: Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet* 2008; 372: 40–48.
37. Moorey S., Greer S.: *Terapia poznawczo-behawioralna osób z chorobą nowotworową*. Alliance Press, Gdynia 2007.
38. Popiel A., Pragłowska E.: *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Paradygmat, Warszawa 2008: 155–159.
39. Scott J.: *Cancer patients*. W: Scott J., Mark J., Williams G. (red.): *Cognitive Therapy in Clinical Practice. An Illustrative Casebook*. Routledge, London 2009: 103–126.
40. Dy S.M., Apostol C.C.: Evidence-based approaches to other symptoms in advanced cancer. *Cancer J.* 2010; 16: 507–513.
41. Chojnacka-Szawlowska G.: *Psychologiczne aspekty przewlekłych chorób somatycznych*. Vizja Press&IT, Warszawa 2012: 138–130.
42. Kübler-Ross E.: *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Media Rodzina, Poznań 1998: 164–167.