

Joanna Kosmala

**SKUTECZNOŚĆ RÓŻNYCH FORM INTERWENCJI
PSYCHOLOGICZNYCH JAKO CZYNNIKA WSPOMAGAJĄCEGO
LECZENIE CHOROÓB NOWOTWOROWYCH**

**EFFECTIVENESS OF VARIOUS FORMS OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS
AS A SUPPORTIVE FACTOR IN CANCER TREATMENT**

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Studiów Edukacyjnych
Zakład Promocji Zdrowia i Psychoterapii UAM
Kierownik: prof. dr hab. n. hum. Lechośław Gapik

**cancer
relaxation
visualization
structured /unstructured
therapy**

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie koncepcji oraz wyników badań dotyczących zagadnienia skuteczności poszczególnych form interwencji psychologicznych stosowanych w leczeniu chorób nowotworowych oraz omówienie przeciwwskazań do ich stosowania. Zdaniem autorki podstawowym zadaniem stosowanych metod psychologicznych takich jak grupy wsparcia oraz strukturalizowane formy terapii grupowej, tj. behawioralnej, behawioralno-poznawczej oraz hipnoterapii jest zapewnianie pacjentom wsparcia społecznego, gdyż ma ono największy walor terapeutyczny w sytuacji, w której się znaleźli.

Summary: This article aims to present the contemporary concepts and research on the effectiveness of various forms of psychological interventions in cancer treatment. In the first part of the article, the sources and forms of interventions that are not related to any psychological paradigm are presented. The main aim of these techniques – relaxation, visualization and biofeedback – is to influence the physiological mechanisms which may be helpful in overcoming the disease. The results of the research on its effectiveness and contraindications for using it are also described. Moreover the article presents the results of the studies done on the effectiveness of interventions aiming at providing social support and minimizing somatic symptoms related to surgery, chemotherapy and radiotherapy i.e. support groups, structured group therapy, group cognitive – behavioral therapy, hypnosis. These techniques' which have influence on the psychological as well as the somatic well-being of patients are also described in details. To sum up, it can be stated that the form of therapy that complies with most of the demands made to the psychotherapy of cancer patients is structured group therapy, although the other forms are also very potent, but only with reference to certain kind of problems (depressive disorders, stress, somatic symptoms).

Jednym z najistotniejszych czynników, decydujących o stopniu efektywności określonych interwencji psychologicznych jest wiara pacjenta w ich skuteczność. Wiara w to, że dana interwencja przyniesie oczekiwane skutki, zależy między innymi od cech osobowościowych terapeuty, jego kompetencji i profesjonalizmu, a co za tym idzie — umiejętności

zbudowania opartej na zaufaniu relacji z pacjentem. Mechanizm, dzięki któremu pewne interwencje psychologiczne przynoszą wymierne efekty, nie został do końca poznany. Sugeruje się, że możliwe jest występowanie tzw. efektu placebo [1], który polega na tym, że podawanie pigułki, która rzekomo wywołuje pewne skutki (lub w przypadku interwencji psychologicznych powtarzanie pewnych praktyk, które mają indukować określone reakcje organizmu), prowadzi do wytworzenia odruchu warunkowego [2]. Sądzi się również, że interwencje, takie jak trening relaksacji, wizualizacji, biofeedback czy modlitwa, są skuteczne, ponieważ hamują syntezę i sekrecję hormonów stresu oraz obniżają poziom pobudzenia autonomicznego układu nerwowego [1]. Należy również wziąć pod uwagę możliwość, że związana ze stosowaniem określonych interwencji psychologicznych poprawa stanu pacjenta nie zawsze jest wynikiem działania identycznego mechanizmu. Obserwacje kliniczne oraz wyniki badań dowodzą, że stosowanie tych samych interwencji psychologicznych u pewnej grupy osób przynosi bardzo dobre rezultaty, podczas gdy u innych napotyka pewne ograniczenia lub okazuje się nieskuteczne. Jeśli chodzi o stosowanie interwencji psychologicznych we wspomaganiu leczenia chorób nowotworowych, to również okazuje się, że pewne formy przyczyniają się do mniejszej lub większej poprawy stanu pacjenta, podczas gdy inne zawodzą.

Zacznijmy od przedstawienia technik nie związanych z określonym paradygmatem psychologicznym, których podstawowym zadaniem jest wywarcie wpływu na mechanizmy fizjologiczne, najczęściej wyłącznie poprzez obniżenie poziomu pobudzenia, bez ingerowania w schematy poznawcze czy procesy emocjonalne. Techniki te to relaksacja i biofeedback oraz wizualizacja. W zasadzie wizualizacja zawiera w sobie zarówno elementy relaksacji, jak i biofeedbacku, który dał jej początek, a także elementy sugestii i antycypacji. Korzeni tych technik można szukać zarówno w filozofiach Wschodu, takich jak joga czy zen, jak również w kulturze Zachodu, na przykład w modlitwie kontemplacyjnej. Relaksacja pozwala pacjentowi na uwolnienie się od napięcia poprzez zastosowanie odpowiednich technik oddychania oraz progresywne rozluźnianie poszczególnych grup mięśni. Osiągnięcie stanu relaksu jest koniecznym warunkiem przeprowadzenia skutecznego treningu wizualizacji. Wizualizacja stosowana w terapii pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe ściśle wiąże się z biofeedbackiem, czyli oddziaływaniem na funkcje fizjologiczne organizmu poprzez próby uświadamiania ich sobie, oraz wyobrażanie ich przebiegu. Wizualizacja według Paula-Cavalliera jest „procesem aktywizowania doświadczeń zmysłowych (percepcyjnych) i emocjonalnych w celu wykorzystania zgromadzonych zasobów psychicznych dla przyszłych planów i ich realizacji” [3]. Treningi relaksacji oraz wizualizacji zostały spopularyzowane w latach 70. przez Simontonów, Achtenberga oraz Le Shana [1, 3]. Simontonowie oraz Le Shan zakładali, że chorobę nowotworową najczęściej poprzedza doświadczenie jakiejś bolesnej straty, z którą nie można się pogodzić i dlatego rezygnuje się z życia. Zastosowanie technik wizualizacji umożliwia ich zdaniem ingerencję w toczący się proces rezygnacji i zapobieżenie rozwojowi choroby. Badania prowadzone przez owych autorów dowiodły, że wizualizacja może wywierać wpływ na tempo wzrostu guza, a także prowadzić do zmian proporcji poszczególnych chemicznych składników krwi [1]. Wizualizacje wykorzystywane w terapii pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe budowane są zazwyczaj według określonego schematu, którego najważniejszym elementem jest wyobrażenie sobie ostatecznego zniszczenia guza przez komórki NK i cytotoksyczne komórki T.

Opublikowano niewiele wyników badań dotyczących skuteczności wyżej wymienionych technik w leczeniu chorób nowotworowych, w dodatku część z nich ma wiele usterek metodologicznych, niemniej jednak warto przytoczyć rezultaty niektórych. W początkowym etapie podłużnych badań prowadzonych przez Halla i Kvarnesa, badano związek pomiędzy praktykowaniem wizualizacji a zmianami w funkcjonowaniu układu odpornościowego i stwierdzono, że pozostaje on na granicy istotności statystycznej [1]. Autorzy sądzą, że być może przyczyną tego było zastosowanie przez nich w badaniach techniki ślepej próby i nieudzielanie badanym żadnych informacji na temat osiągniętych przez nich rezultatów, aż do momentu zakończenia badań [1]. Po dwóch miesiącach od rozpoczęcia procedury pozostał tylko jeden uczestnik — 66-letni mężczyzna cierpiący na przerzutowy nowotwór prostaty. W związku z tym bardziej zasadne jest mówienie o obserwacji przypadku, a nie o badaniach. Mężczyzna ten obserwowany był przez rok, a odstępy pomiędzy spotkaniami wynosiły od dwóch tygodni do miesiąca. Tuż przed rozpoczęciem procedury poddał się on szczegółowym badaniom, które pozwoliły ustalić, że cierpi na złośliwy nowotwór z przerzutami do kości kręgosłupa, żeber, obu kości ramiennych i wielu kości długich. Po postawieniu przez lekarzy diagnozy, zaczął regularnie uczestniczyć w treningach relaksacji i wizualizacji, podczas których wyobrażał sobie, że rak niszczony jest dzięki procesom zachodzącym w jego organizmie. Lekarz onkolog nie poinformowany, że jego pacjent uczestniczy w takich treningach, po roku stwierdził znacząco poprawę jego stanu. Ponadto badania laboratoryjne wykazały, że w odpowiedzi na opisane interwencje psychologiczne wzrosło stężenie tymozyny a1, która stymuluje dyferencjację limfocytów, oraz zwiększyła się liczba krążących limfocytów. W okresie, kiedy badany nie uczestniczył w treningach, parametry te spadały gwałtownie [1]. Oczywiście ze względu na to, że w badaniu uczestniczyła tylko jedna osoba, i nie stworzono grupy kontrolnej, możliwość wyciągania wniosków na podstawie uzyskanych rezultatów jest znacznie ograniczona.

W innym badaniu, którego wyniki chciałabym zaprezentować, oceniano wpływ, wywołanych treningiem wizualizacji, zmian w funkcjonowaniu układu odpornościowego na tempo rozwoju guza [1]. W trwającym rok badaniu wzięło udział 10 osób w wieku 34–69 lat, cierpiących na różne typy nowotworów złośliwych. Przed rozpoczęciem treningów od uczestników pobrano dwie próbki krwi, dalsze zaś pobierano regularnie przez cały okres trwania badania. Przed rozpoczęciem właściwej interwencji badanym przekazano podstawowe informacje na temat funkcjonowania układu odpornościowego. Prowadzony trening relaksacji zakładał progresywne rozluźnianie poszczególnych partii mięśni, natomiast trening wizualizacji prowadzono zgodnie z założeniami przedstawionymi powyżej; pacjentów zachęcano także do konstruowania własnych wyobrażeń w celu zwiększenia ich zaangażowania. Osoby badane proszono o samodzielne przeprowadzanie treningu relaksacji i wizualizacji dwa razy dziennie, a ponadto raz w miesiącu zapraszano je do udziału w treningu prowadzonym przez specjalistę. Co tydzień pacjenci zwracali badaczom karty, w których odnotowywali zmiany w procesie leczenia oraz wszystkie wydarzenia, które ich zdaniem mogły wywrzeć wpływ na rezultaty badania. Do oceny zmiennych psychologicznych wykorzystano kwestionariusz MMPI, Kwestionariusz Umiejscowienia Kontroli Rottera oraz Kwestionariusz do Oceny Wsparcia Społecznego Sarasona [1]. W czasie trwania badania u uczestników zaobserwowano znaczne nasilenie proliferacji w odpowiedzi na konkanawalinę A i fitohemaglutyninę, wzrost stężenia IgG i IgM oraz

nasilenie reaktywności limfocytów. Co więcej, stwierdzono znaczny wzrost zdolności komórek NK do rozpadu docelowych komórek nowotworowych [1]. Jeśli chodzi o zmienne psychologiczne, to zauważono, że wraz z upływem czasu natężenie doświadczanego przez badanych stresu oraz niepokoju malało, a osoby nastawione były do swojej sytuacji coraz bardziej pozytywnie, wykazywały większą wiarę w skuteczność leczenia, bardziej optymistycznie patrzyły w przyszłość. Wykazano również, że zapoznanie badanych z rezultatami ich sześciomiesięcznej pracy znacznie wzmocniło ich poczucie kontroli. Niestety, wyników tego badania również nie można generalizować na całą populację osób chorujących na choroby nowotworowe. Po pierwsze, nie pozwala na to wielkość przebadanej grupy, po drugie — brak grupy kontrolnej oraz fakt, że osoby badane dobierano przypadkowo. Niemniej jednak jego wyniki warto wziąć pod uwagę, chociażby ze względu na to, że zmiany niektórych parametrów funkcjonowania układu odpornościowego były bardzo znaczące, a stan psychiczny pacjentów uległ dużej poprawie.

Mimo niewątpliwie korzystnego wpływu treningu relaksacji i wizualizacji na stan pacjentów, należy pamiętać, że nie są to techniki, które można stosować we wszystkich sytuacjach i wobec wszystkich chorych. Osiągane rezultaty nie zależą wyłącznie od okoliczności zewnętrznych, ale również od osobowościowych cech pacjenta oraz jego aktualnego stanu psychicznego. Oznacza to, że istnieją sytuacje, w których stosowanie owych technik napotyka pewne ograniczenia. Jedną z często obserwowanych konsekwencji uczestniczenia w treningu wizualizacji jest poczucie winy, wynikające z pewnych doświadczeń. Jeśli osoba wierzy, że poprzez zaangażowanie w pewne działania można zatrzymać lub przynajmniej spowolnić rozwój zagrażającej życiu choroby, może również nabyć przekonania, że jej przyczyną było zaangażowanie się w pewne zachowania antyzdrowotne czy pozostawanie w określonym stanie (na przykład życie w chronicznym stresie), lub też, jeśli trening nie daje oczekiwanych rezultatów, że nie stara się wystarczająco. W pewnych przypadkach takie podejście może prowadzić do równoczesnego obwiniania członków rodziny oraz znajomych, którzy rzekomo swoim postępowaniem przyczynili się do zachorowania, a to może stać się źródłem konfliktów i nieporozumień. Istnieją również sytuacje, w których sama procedura treningu wizualizacji może stać się źródłem negatywnych emocji. Hall i O'Grady [1] opisują przypadek pacjenta, który nieustannie martwił się, że jego wyobrażenia niszczą nie tylko komórki nowotworowe, ale także zdrowe komórki organizmu. Należy również liczyć z możliwością, że trening wizualizacji stanie się bodźcem nieustannie przypominającym pacjentowi o tym, że cierpi na zagrażającą życiu chorobę. W takich przypadkach może on bez reszty oddać się praktykowaniu określonych technik, zaniedbując równocześnie inne formy aktywności. Niektórzy pacjenci sądzą, że zaangażowanie się w trening relaksacji i wizualizacji jest równoznaczne z przejęciem kontroli nad rozwojem choroby i równocześnie czują, że nie są zdolni podołać takiej odpowiedzialności. Takie myślenie jest źródłem dysonansu poznawczego i negatywnych emocji.

Przy obecnym stanie wiedzy nie można jednoznacznie stwierdzić, czy techniki relaksacji, biofeedback i wizualizacja mogą modulować funkcjonowanie układu odpornościowego i pomagać w leczeniu pewnych chorób, na przykład nowotworowych. Wyników dotychczasowych badań nie można, niestety, generalizować na szerszą populację. Dodatkowo należy mieć na uwadze fakt, że ważnym, choć nie jedynym, czynnikiem decydującym o skuteczności takich technik są cechy osobowościowe jednostki oraz jej aktualny stan

psychiczny, a co za tym idzie — w pewnych sytuacjach możliwość ich stosowania może być ograniczona. Niemniej jednak nie powinno się lekceważyć potencjalnego wpływu tych interwencji, choć ostateczne ustalenie mechanizmu i zakresu ich działania wymaga dalszych badań.

Jednym z czynników mających dobroczynny wpływ na zdrowie jest wsparcie społeczne. Element wsparcia społecznego, szczególnie emocjonalnego i informacyjnego, obecny jest właściwie w każdym rodzaju terapii. Istnieją jednak formy, stosowane najczęściej wobec osób przewlekłe chorych, które szczególnie nastawione są na udzielanie wsparcia — mowa tu o tzw. grupach wsparcia. Grupy takie najczęściej powoływane są przy oddziałach szpitalnych czy organizacjach zajmujących się określoną klasą problemów. Spotkania odbywają się zazwyczaj raz w tygodniu i trwają 60–90 minut. Najczęściej ich przebieg skoordynowany jest przez specjalistę, np. psychologa czy pracownika socjalnego. Spotkania mają charakter nieformalny, dyskutuje się o zagadnieniach, które aktualnie nurtują uczestników grupy; pacjenci dzielą się swoimi doświadczeniami, odczuciami, wzajemnie udzielają sobie rad i wskazówek. Okazuje się, że uczestniczenie w takich grupach przyczynia się przede wszystkim do zredukowania poziomu stresu, a także do poprawy pewnych parametrów funkcjonowania układu odpornościowego. Dotyczy to nie tylko pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe, ale również na inne zagrażające życiu schorzenia. Ten rodzaj interwencji okazuje się również bardzo skuteczny w odniesieniu do członków rodziny osoby chorej, a także osób zdrowych, u których stwierdza się zwiększone ryzyko zachorowania na raka.

Spiegel w swoich badaniach wykazał, że uczestniczące w spotkaniach grupy wsparcia kobiety cierpiące na nowotwór piersi w zaawansowanym stadium żyły niemal dwa razy dłużej niż te, które nie miały takiej możliwości [4, 5]. Miller przez dwa lata pracowała z młodymi kobietami zakażonymi wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV); zakażenie owym wirusem uznaje się za czynnik zwiększający ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy [6, 7, 8, 9]. W czasie spotkań koncentrowano się przede wszystkim na poczuciu bezradności i beznadziejności, jako że zdaniem badaczki duże nasilenie tych emocji znacznie zwiększa ryzyko zachorowania na chorobę nowotworową [4]. Co sześć miesięcy oceniano poziom kortyzolu, aktywność komórek NK we krwi oraz w miejscu zmian w obrębie szyjki macicy, a także stan psychiczny uczestniczek. Stwierdzono, że u osób uczestniczących w spotkaniach, w porównaniu z kobietami z grupy kontrolnej, poziom kortyzolu był niższy, aktywność komórek NK bardziej nasiloną, a dodatkowo dowiedziono, że uczestniczenie w spotkaniach było negatywnie skorelowane z nasileniem symptomów depresji [4]. W badaniach prowadzonych przez Evans i Connis porównywano wpływ terapii behawioralno-poznawczej oraz uczestniczenia w spotkaniach grupy wsparcia na nasilenie symptomów depresji u pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe [10]. 72 pacjentów chorych na raka, u których dodatkowo stwierdzono obecność zaburzeń depresyjnych, zostało losowo przydzielonych do jednej z trzech grup. Grupa pierwsza przez 8 tygodni uczestniczyła w terapii behawioralno-poznawczej, pacjenci z grupy drugiej 8 tygodni uczęszczali na spotkania grupy wsparcia, natomiast wobec osób z grupy trzeciej nie zastosowano żadnej interwencji. Celem terapii behawioralno-poznawczej było stworzenie pacjentom okazji do nabycia umiejętności niezbędnych do efektywnego radzenia sobie ze stresem, zmiana schematów poznawczych, które potencjalnie mogłyby nasilać nastroje depresyjne, oraz

rozwijanie adaptacyjnych strategii radzenia sobie. Grupa wsparcia z kolei nie miała tak ściśle określonych celów, była mniej strukturalizowana, a podczas spotkań zachęcano uczestników do spontanicznego wyrażania emocji, dzielenia się doświadczeniami i udzielania wsparcia innym osobom z podobnymi doświadczeniami. Zmienne psychologiczne, tj. nasilenie zaburzeń depresyjnych, spostrzegane wsparcie społeczne i umiejscowienie kontroli, oceniano tuż przed rozpoczęciem badań, po ich zakończeniu oraz regularnie przez kolejne sześć miesięcy. Okazało się, że zarówno osoby uczestniczące w terapii behawioralno-poznawczej, jak i terapii grupowej były mniej zestresowane i doświadczały mniejszej liczby objawów charakterystycznych dla zaburzeń depresyjnych, w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej [10]. Stwierdzono jednak, że po upływie sześciu miesięcy osoby uczestniczące w spotkaniach grupy wsparcia nadal są mniej zestresowane, obserwują u siebie mniej symptomów niepokoju i depresji oraz mniej objawów somatycznych, w porównaniu z badanymi z dwóch pozostałych grup [10]. Wyniki te dowodzą, że choć zarówno terapia behawioralno-poznawcza, jak i uczestniczenie w spotkaniach grupy wsparcia są równie skuteczne w zwalczaniu objawów stresu i depresji u pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe, to tylko ta druga metoda prowadzi do stosunkowo trwałej poprawy stanu psychicznego.

Bardzo obszerną i wnikliwą analizę wyników badań nad skutecznością poszczególnych form terapii jako czynnika wspomagającego leczenie chorób nowotworowych przeprowadzili Trijsburg, van Knippenberg i Rijpma [11]. Autorzy ci przeanalizowali rezultaty 22 badań, w których oceniano wpływ różnych form interwencji, stosowanych przez różnych specjalistów (psychologów, psychiatrów, pracowników socjalnych, przeszkolone pielęgniarki), na stan psychiczny pacjentów chorych na raka. W dziewiętnastu badaniach stwierdzono, że interwencje psychologiczne mają pozytywny wpływ na przynajmniej niektóre aspekty somatycznego i psychicznego samopoczucia uczestników, a ich efekty utrzymują się przynajmniej przez rok po zakończeniu terapii. Stosowanie terapii niestrukturalizowanej, której formę na bieżąco dostosowywano do potrzeb pacjentów, przyczyniało się do obniżenia poziomu stresu, wywierało pozytywny wpływ na obraz samego siebie oraz promowało wewnętrzne umiejscowienie kontroli nad swoim zdrowiem. Ta sama forma interwencji okazała się mniej efektywna, jeśli chodzi o osłabianie niepokoju, wściekłości, wrogości, poczucia zagubienia oraz symptomów depresji. Stwierdzono również, że ten rodzaj terapii jest skuteczny, jeśli stosuje się ją wobec pacjentów z zaburzeniami o umiarkowanym nasileniu; jeśli psychologiczne problemy uczestnika są znaczne, efektywność tej formy interwencji wydaje się ograniczona [11]. Z kolei strukturalizowane formy terapii przynoszą wymierne efekty, jeśli chodzi o obniżanie poziomu stresu i niepokoju, osłabianie objawów depresji, a także poprawę obrazu samego siebie. Efekty zarówno indywidualnych, jak i grupowych form terapii strukturalizowanej utrzymują się mniej więcej przez sześć miesięcy po jej zakończeniu. Terapia behawioralna oraz hipnoza skutecznie osłabiają negatywne emocje, takie jak niepokój, gniew czy wrogość, a także przyczyniają się do zredukowania poziomu stresu oraz osłabienia nastrojów depresyjnych [11].

Autorzy analizowali również wpływ poszczególnych form interwencji na osłabienie niepożądanych objawów somatycznych związanych z leczeniem, tj. zmęczenia, nudności i wymiotów, utraty włosów, drżenia, problemów ze słuchem, suchości w ustach, kaszlu, biegunki, swędzenia, bólu, spadku wagi, stanów zapalnych i podrażnień skóry. Jeśli

chodzi o nie strukturalizowaną terapię, to wywarła ona pozytywny wpływ na dziesięć z dziewiętnastu ocenianych zmiennych. Pacjenci korzystający z tego rodzaju interwencji odczuwali mniejsze zmęczenie, byli bardziej aktywni, mieli mniej problemów seksualnych, a także donosili o mniejszej utracie wagi oraz słabszych dolegliwościach ze strony układu pokarmowego [11]. Terapia strukturalizowana wywierała pozytywny wpływ na poziom aktywności, sprawność w pracy i poza nią, oraz życie seksualne uczestników. Zgodnie z przewidywaniami, najskuteczniejsze w odniesieniu do objawów somatycznych okazały się formy terapii behawioralnej oraz hipnoza. Przede wszystkim przyczyniły się one do zmniejszenia dokuczliwości symptomów związanych z chemioterapią, tj. nudności i wymiotów, hipnoza zaś dodatkowo pomagała osłabić dolegliwości bólowe [11].

Za główne cele terapii stosowanej wobec pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe uznaje się zwiększenie asertywności, wzrost zaufania i szacunku do siebie, obniżenie poziomu stresu i depresji, oraz redukcję bólu, głównie poprzez autohipnozę. Przedstawione powyżej wyniki badań świadczą, że w zasadzie najskuteczniejszą, tj. realizującą najwięcej tych zamierzeń formą interwencji jest niestrukturalizowana terapia grupowa. Uczestnictwo w spotkaniach grup wsparcia pozwala pacjentom na swobodne wyrażanie własnych emocji oraz dzielenie się doświadczeniami związanymi z chorobą. Obecność osób, które słuchają, akceptują, udzielają wsparcia i starają się pomóc, przyczynia się do obniżenia poziomu stresu i niepokoju, oraz osłabienia nastrojów depresyjnych. Terapia behawioralno-poznawcza wydaje się szczególnie przydatna w przypadkach, w których konieczne jest modelowanie nowych zachowań, na przykład asertywnych, czy wyuczenie nowych strategii radzenia sobie ze stresem i problemami. Z kolei takie interwencje, jak trening relaksacji, wizualizacji czy hipnoza, pomagają przede wszystkim zmniejszyć dokuczliwość objawów somatycznych, redukują ból, a dodatkowo wywierają pozytywny wpływ na psychiczny stan pacjenta. Podsumowując, można zatem stwierdzić, że najbardziej pożądaną formą interwencji psychologicznej, stosowanej wobec pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe, byłaby terapia zawierająca elementy wszystkich technik opisanych powyżej. Z pewnością bardzo istotna jest obecność innych osób, które miały podobne doświadczenia i są skłonne dzielić się z innymi swoimi emocjami i uczuciami, a także mówić o wykorzystywanych przez siebie sposobach radzenia sobie z zaistniałą sytuacją. W takiej grupie możliwe jest uczenie się nowych zachowań poprzez wykorzystanie technik pochodzących z paradygmatu behawioralno-poznawczego, np. modelowanie, naśladowanie czy metody treningowe. Uzupelnieniem takich spotkań powinien być umiejętnie przeprowadzony trening relaksacji połączony z hipnozą. Opracowanie optymalnej, i w dużej mierze uniwersalnej, formy terapii dla pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe wymaga dalszych badań porównawczych i oczywiście intensywnej praktyki klinicznej.

Piśmiennictwo

1. Hall NRS, O'Grady M. Psychosocial interventions and immune functions. W: Ader R, Felten DL, Cohen N, red. Psychoneuroimmunology. New York: Academic Press; 1991, s. 1067-1081.
2. Ader R, Cohen N. The influence of conditioning on immune response. W: Ader R, Felten DL, Cohen N, red. Psychoneuroimmunology. New York: Academic Press; 1991, s. 611-647.
3. Paul-Cavallier FJ. Wizualizacja. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 1997.
4. Flach J, Seachrist L. Mind-body meld may boost immunity. J. Natl. Cancer Inst. 1994; 86: 256-258.

5. McNeil C. Stress reduction: three trials test its impact on breast cancer progression. *J. Natl. Cancer Inst.* 1998; 90: 12-14.
6. Kędzia H. Karcynogeneza. W: Słomko Z, red. *Ginekologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1997, s. 507-510.
7. Richart RM, Cuzick J, Meijer C. Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego a badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy. *Ginekol. Dypl.*, 2001; 4: 67-84.
8. Spaczyński M, Nowak - Markwitz E, Michalska M, Dańska A. Etiologia nowotworów narządów płciowych. W: Spaczyński M, red. *Onkologia ginekologiczna*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 1997, s. 17-23.
9. Strzyżowski P, Kędzia H. Rak szyjki macicy. W: Słomko Z, red. *Ginekologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1997, s. 526-534.
10. Evans RL, Connis RT. Comparison of brief group therapies for depressed cancer patients receiving radiation treatment. *Public Health Rep.* 1995; 110: 306-311.
11. Trijsburg RW, van Knippenberg FCE, Rijkma SE. Effects of psychological treatment on cancer patients: a critical review. *Psychosom. Med.* 1992; 54: 489-517.

Adres: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
Wydział Studiów Edukacyjnych
ul. Szamarzewskiego 89
60-565 Poznań