

Joanna Matuszczak-Świgoń, Jagoda Walendowska

TERAPIA BEHAWIORALNO-POZNAWCZA W CHOROBYCH NOWOTWOROWYCH

COGNITIVE-BEHAVIOUR THERAPY IN CANCER TREATMENT

Institut Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Pleszewskie Centrum Medyczne

**cognitive-behaviour therapy
anxiety disorders
depression**

Autorki opisują zastosowanie terapii behawioralno-poznawczej w chorobach nowotworowych. Określają one specyficzne psychologiczne potrzeby i ograniczenia pacjentów w zależności od stadium choroby nowotworowej. W drugiej części artykułu opisują specyficzne techniki pracy, które są dostosowane do stadium choroby, sposobu psychologicznego funkcjonowania pacjenta oraz uwzględniają społeczny kontekst chorowania i leczenia.

Summary

The changes which occur after cancer diagnosis such as hospitalisations, appointments, stressful procedures, medical checkups, fear of pain, disability, dependence and death are a serious burden for many patients and can lead to depression and anxiety disorders. Due to a number of challenges cancer patients have to face, cancer can be understood as a critical life event, which requires a process of adaptation. Cognitive-behaviour therapy in physical illnesses consists of modifying those thoughts and behaviours, which can sustain mental problems even if their source is in struggling with a physical illness. When cancer appears to be the main developmental task for a patient and his family is to give illness experience such a meaning which reinforces their competence and efficacy. The aims of this article include: 1) a short description of cognitive-behaviour therapy and its modification in cancer treatment, 2) justification for cognitive-behaviour therapy in cancer, 3) a presentation of two protocols in depression and anxiety disorders therapy during cancer treatment, 4) a review of research results on cognitive-behaviour therapy effectiveness in cancer.

Celem tego artykułu jest omówienie zastosowania psychoterapii behawioralno-poznawczej w chorobach nowotworowych oraz przedstawienie dwóch protokołów terapeutycznych o empirycznie potwierdzonej skuteczności w leczeniu depresji i zaburzeń lękowych towarzyszącym tym schorzeniom.

Dla pacjenta i jego rodziny konfrontacja z diagnozą choroby nowotworowej jest niezwykle trudnym wyzwaniem o charakterze poznawczym, emocjonalnym, społecznym i egzystencjalnym. Choroba ta zazwyczaj uruchamia spiralę utrat: utratę pracy, pogorszenie sytuacji materialnej, wykluczenie ze świata społecznego. W odpowiedzi

na diagnozę choroby nowotworowej pojawia się wiele reakcji emocjonalnych: szok, niedowierzanie, złość, strach, odrętwienie, przygnębienie, zaprzeczanie, zamęt, uczucie utraty kontroli nad swoim życiem, lęk przed śmiercią i ominięciem ważnych momentów w życiu rodziny [1].

1. Psychospołeczny obraz choroby nowotworowej

Choroby nowotworowe wywołują zróżnicowane spektrum psychospołecznych wymagań. Rolland [2] podzielił choroby te ze względu na: (1) początek: choroby o ostrym początku vs. choroby o łagodnym początku; (2) przebieg: choroby progresywne (nowotwór z przerzutami), niezmiennie (rak piersi we wczesnym stadium), nawrotowe (białaczka, szpiczak); (3) wynik: na jednym końcu kontinuum znajdują się choroby, które zazwyczaj nie mają wpływu na długość życia, na przykład rak podstawnokomórkowy skóry, na drugim końcu są choroby postępujące, śmiertelne, takie jak nowotwór z przerzutami, pośrodku znajdują się choroby o bardziej nieprzewidywalnym charakterze, które mogą skrócić długość życia lub spowodować nagłą śmierć; (4) spowodowanie kalectwa: choroby znacznie upośledzające funkcjonowanie vs. nieznacznie upośledzające funkcjonowanie. Choroby znajdujące się w poszczególnych grupach implikują odmienną sytuację psychologiczną pacjentów i ich rodzin.

Choroba nowotworowa jest rozłożonym w czasie procesem z charakterystycznymi punktami, stadiami przejściowymi i zmieniającymi się wymaganiami. Rolland [2] wyróżnia 3 główne fazy w rozwoju choroby: kryzys, fazę chroniczną oraz fazę terminalną.

2. Krótka charakterystyka terapii behawioralno-poznawczej

Pojęcie terapii behawioralno-poznawczej (CBT) odnosi się do szerokiego zakresu psychologicznych podejść, które podkreślają rolę myśli i zachowań w wywoływaniu i podtrzymywaniu psychologicznego dystresu. Terapia ta jest terapią ustrukturyzowaną, skupioną na problemie, w której centralne miejsce zajmuje poznanie lub świadomy dostęp do myśli i przekonań. W jej założeniach podkreśla się interakcję myśli, zachowań, emocji i fizycznych odczuć w powstawaniu problemów i ich utrzymywaniu się. Terapia behawioralno-poznawcza pomaga pacjentom sprawdzać, czy ich obecny pogląd na daną sytuację jest adekwatny lub pomocny, kwestionować ich opinie oraz wspiera ich w eksplorowaniu myśli alternatywnych [3–5].

CBT wzmacnia poczucie własnej skuteczności poprzez uczenie pacjenta identyfikowania i modyfikowania nieprzydatnych myśli, przekonań i zachowań. Terapeuta i pacjent pracują razem nad wyznaczeniem celu terapii i stworzeniem wspólnej konceptualizacji. Terapeuta pomaga pacjentowi traktować jego negatywne przekonania jako hipotezy o nim samym. Są one następnie testowane przy użyciu technik poznawczych i behawioralnych. To podejście nazywa się empiryzmem opartym na współpracy. Pacjent traktowany jest tu jako ekspert od swoich problemów i doświadczeń. Terapeuta proponuje wspólne poszukiwanie rozwiązań problemów pacjenta: pacjent dostarcza surowych danych (myśli, zachowania), a terapeuta zapewnia strukturę i kompetencje w zakresie rozwiązywania problemów. Sesje terapii behawioralno-poznawczej mają ustrukturyzowany charakter, odbywają się według planu ustalonego przez terapeutę razem z pacjentem i obejmują wyznaczenie oraz spraw-

dzanie zadań domowych, których celem jest testowanie przekonań i nowych sposobów radzenia sobie pomiędzy sesjami. Cele terapii są jasno zdefiniowane. Ponadto, przez cały czas monitoruje się i ocenia postępy pacjenta. Jest on też proszony o informacje zwrotne podczas każdej sesji [3–5].

Stosowane interwencje w CBT opierają się na dogłębnej konceptualizacji problemów pacjenta. Konceptualizacja jest roboczą hipotezą, która próbuje wyjaśniać genezę i mechanizm utrzymywania się trudności pacjenta zgodnie z teorią leżącą u podstaw CBT oraz danymi zgromadzonymi w procesie diagnozy. Terapeuta otwarcie dzieli się tą konceptualizacją z pacjentem i modyfikuje ją pod wpływem jego informacji zwrotnych. Konceptualizacja ta stanowi podstawę dla całej terapii [3–5].

3. Zaburzenia psychiczne w przebiegu choroby nowotworowej oraz zalecenia ich leczenia

Na pytanie, w jaki sposób terapia behawioralno-poznawcza pomaga pacjentom radzić sobie z chorobą nowotworową, udzielić można co najmniej dwóch odpowiedzi. Po pierwsze psychologiczne trudności, jakich doświadczają pacjenci zmagający się z chorobą nowotworową są podobne do tych, w których badania eksperymentalne wpisane w nurt medycyny opartej na dowodach naukowych wykazują skuteczność CBT. W chorobach nowotworowych występowanie depresji waha się od 15% do 25%, w tym większe zaburzenie depresyjne występuje u około 13% pacjentów [6]. Klinicznie istotne symptomy lęku występują u około 30–40% pacjentów [7]. Stosunkowo często objawy te współwystępują. Stark i in. [8] wykazali, że 38% pacjentów z zaburzeniami lękowymi miało też większe zaburzenie depresyjne. Dodatkowo pacjenci w przeszłości leczeni z powodu zaburzeń psychicznych są w grupie zwiększonego ryzyka ich wystąpienia po diagnozie choroby nowotworowej. Oprócz udowodnionej skuteczności CBT w leczeniu depresji, lęku uogólnionego i ataków paniki, terapia ta dysponuje metodami do pracy z typowymi problemami występującymi w chorobie nowotworowej, takimi jak bezsenność i przewlekłe zmęczenie [9, 10]. Po drugie teoria, która leży u podstaw CBT, oraz podejście terapeutyczne, które koncentruje się na normalizowaniu reakcji na stres, współpracy i rozwiązywaniu problemów są szczególnie pomocne w rozumieniu reakcji na stres i różnych strategii radzenia sobie z nim oraz leczeniu tych o charakterze dezadaptacyjnym [3].

Tabela 1. Rekomendacje Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w zakresie diagnozy, oceny i leczenia symptomów depresji i zaburzeń lękowych u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową

Diagnoza, ocena, leczenie: depresja u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową		
Poziom nasilenia symptomów na podstawie PHQ-9	Dalsza ocena	Leczenie
Brak/Epizod łagodny Wynik 1–7		Zaproponowanie oddziaływań wspierających

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Epizod umiarkowany Wynik 8–14	Zidentyfikowanie określonych czynników ryzyka związanych z depresją: <ul style="list-style-type: none"> • Historia rodzinna • Wcześniejsze zaburzenia depresyjne • Leczenie psychiatryczne w przeszłości • Dotkliwość choroby 	Umiarkowany: interwencje o niskiej intensywności obejmują: <ul style="list-style-type: none"> • Indywidualna samopomoc oparta na CBT • Grupowa terapia CBT dla depresji • Grupowe interwencje psychosocjalne • Ustrukturyzowany program aktywności fizycznej • Interwencje farmakologiczne
Od epizodu umiarkowanego do ciężkiego Wynik 15–19	<ul style="list-style-type: none"> • Płeć • Status związku 	Od umiarkowanego do ciężkiego: interwencje o wysokiej intensywności obejmują: <ul style="list-style-type: none"> • Psychoterapia indywidualna (CBT, terapia interpersonalna) • Interwencje farmakologiczne • Połączenie psychoterapii i farmakologii
Epizod ciężki Wynik 20–27	<ul style="list-style-type: none"> • Współwystępowanie innej choroby chronicznej • Sytuacja ekonomiczna 	
Diagnoza, ocena, leczenie: zaburzenia lękowe u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową		
Poziom nasilenia symptomów na podstawie GAD-7	Dalsza ocena	Leczenie
Brak/ Łagodny Wynik 0-4, 5-9		Zaproponowanie oddziaływań wspierających
Umiarkowany Wynik 10-14	Zidentyfikowanie określonych czynników ryzyka związanych z zaburzeniami lękowymi: <ul style="list-style-type: none"> • Historia rodzinna • Wcześniejsze leczenie psychiatryczne 	Umiarkowany: interwencje o niskiej intensywności obejmują: <ul style="list-style-type: none"> • Edukacja i monitorowanie • Samopomoc oparta na CBT • Grupowe interwencje psychosocjalne • Interwencje farmakologiczne • Połączenie psychoterapii i interwencji farmakologicznych
Od umiarkowanego do ciężkiego Wynik 15-21	<ul style="list-style-type: none"> • Uzależnienie od alkoholu lub innej substancji w przeszłości lub obecnie • Współwystępowanie innej choroby chronicznej 	Od umiarkowanego do ciężkiego: interwencje o wysokiej intensywności obejmują: <ul style="list-style-type: none"> • Psychoterapia indywidualna (CBT, relaksacja stosowana) • Interwencje farmakologiczne • Połączenie psychoterapii i interwencji farmakologicznych

Podobnie Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej Wielkiej Brytanii (NICE, 2009) [11] w przypadku depresji w przebiegu chorób chronicznych u osób dorosłych zaleca terapię behawioralno-poznawczą jako terapię o udowodnionej skuteczności w badaniach empirycznych (w leczeniu umiarkowanej i ciężkiej depresji). Ponadto, NICE proponuje stworzenie modelu interwencji psychologicznych opartego na opiece stopniowanej dla pacjentów z chorobą nowotworową w zależności od nasilenia objawów depresji (Tabela 2).

Tabela 2. **Model stopniowanej opieki w stosowaniu interwencji psychologicznych**

<p>Krok 4: Ciężka depresja, zagrożenie życia, poważne zaniedbanie się</p> <p>Leki, interwencje psychologiczne o wysokiej intensywności, leczenie elektrowstrząsami, interwencje kryzysowe, łączone leczenie, hospitalizacja na oddziale psychiatrycznym</p>
<p>Krok 3: Utrzymujące się symptomy depresji lub od łagodnej do umiarkowanej depresji z niedostateczną odpowiedzią na początkowe leczenie, od umiarkowanej do ciężkiej depresji</p> <p>Leki, interwencje psychologiczne o wysokiej intensywności, łączone leczenie, zespołowa opieka, skierowanie do dalszej oceny i oddziaływań</p>
<p>Krok 2: Utrzymujące się symptomy depresji, od łagodnej do umiarkowanej depresji</p> <p>Oddziaływania psychospołeczne o niskiej intensywności, oddziaływania psychologiczne, leki, skierowanie do dalszej oceny i oddziaływań</p>
<p>Krok 1: Podejrzenie depresji</p> <p>Diagnostyka, wsparcie, psychoedukacja, aktywne monitorowanie oraz skierowanie do dalszej oceny i oddziaływań</p>

Opracowanie własne na podstawie: Depression in adults with a chronic physical health problem. NICE Clinical Guideline 91 [11].

4. Proces adaptacji do choroby nowotworowej

W sytuacji krytycznego wydarzenia życiowego, jakim jest choroba nowotworowa, człowiek zostaje zmuszony do wypracowania nowych, adekwatnych sposobów funkcjonowania, czyli podjęcia procesu restrukturyzacji swoich dotychczasowych doświadczeń [1]. Jimmie Holland i Jane Goen-Piels [12] wyróżniają trzy fazy przystosowania się do choroby nowotworowej: (1) początkowa reakcja na diagnozę — chory często podważa otrzymane wyniki lub kompetencje lekarza, zniekształca dopływające do niego informacje, (2) dysforia — pacjent zaczyna rozumieć realność postawionej diagnozy, często odczuwa silne napięcie emocjonalne objawiające się: bezsennością, problemami z koncentracją uwagi, utratą apetytu, obniżonym nastrojem i wzmożonym lękiem; dzięki informacjom na temat możliwości leczenia może zacząć odczuwać nadzieję i optymizm, (3) adaptacja — chory rozwija strategie radzenia sobie z chorobą, dzięki którym zachwiana przez chorobę równowaga zostaje przywrócona i utrzymana.

Zgodnie z ujęciem transakcyjnym stresu diagnoza choroby nowotworowej oraz jej leczenie stanowi poważny stresor. Lazarus i Folkman [13] wyróżniają dwa rodzaje oceny poznawczej w trakcie sytuacji stresowej: pierwotna ocena diagnozy jako wyzwanie, zagrożenie lub strata prowadzi do wtórnej oceny własnych możliwości i dostępnych

zasobów dla radzenia sobie z chorobą. Jeśli diagnoza postrzegana jest jako wyzwanie, któremu można sprostać, a rokowania jako napawające nadzieją, to kształtuje się pozytywny styl przystosowania nazywany „duchem walki”. Wyraża on mobilizację do zmagania się z chorobą.

Jeśli diagnozę widzi się jako utratę lub porażkę, a śmierć postrzega jako nieuniknioną, to powstaje strategia „bezradność-beznadziejność”. Wówczas pacjent biernie poddaje się chorobie. Osoba, która skupia się na zagrożeniu, jakie niesie za sobą choroba, oraz nieprzewidywalności przyszłości, staje się lękowo zaabsorbowana chorobą, a każdą zmianę interpretuje jako sygnał pogorszenia zdrowia.

Dwa pozostałe wzorce interpretacji i zmagania się z chorobą to fatalizm i unikanie poznawcze. Chorzy, którzy na pytanie „Co można z tym zrobić?” szukają odpowiedzialności na zewnątrz, oddając ją lekarzom, losowi, Bogu, mają tendencję do fatalistycznego podejścia do choroby. Natomiast dla niektórych osób stres związany z chorobą może być tak nasilony, że minimalizują, unikają lub nawet zaprzeczają powadze sytuacji. Bezpośrednie zaprzeczanie diagnozie choroby jest stosunkowo rzadkie, ale bagatelizowanie powagi choroby lub jej wpływu na życie jest częste. Unikanie poznawcze może być też aktywną strategią radzenia sobie z chorobą, gdy polega na rozmyślnym odsuwaniu od siebie myśli o niej i odwracaniu od niej uwagi [14]. Badania dowodzą, że pacjenci, u których dominują strategie: „zaabsorbowanie lękowe” lub „beznadziejność–bezradność” odczuwają większy emocjonalny dystres i mają niższą jakość życia związaną z chorobą, niż pacjenci o strategii „walczący duch” [3].

5. Przekonania pojawiające się w chorobie nowotworowej

W psychologii zdrowia kluczową rolę w przystosowaniu się do choroby odgrywa jej postrzeganie lub poznawcza reprezentacja. Na podstawie swoich wieloletnich badań Leventhal [15] stworzył model samoregulacji zachowania w obliczu choroby i zdrowia, składający się z pięciu wymiarów dotyczących przekonań pacjenta na temat: istoty choroby, jej przyczyn, przewidywanego czasu trwania i przebiegu, przewidywanych konsekwencji, możliwości jej kontrolowania i wyzdrowienia. Model ten podkreśla, że strategie radzenia sobie z chorobą pozostają pod wpływem jej obrazu. Model samoregulacji jest uszczegółowieniem i doprecyzowaniem koncepcji stresu i radzenia sobie z nim w sytuacji choroby przewlekłej. Pozwala on wyjaśnić, jak wpływa ona na życie pacjenta, zmieniając jego nastrój, zachowanie, myślenie o sobie i świecie. Dużą wagę przypisuje się w tym modelu procesom związanym z nadawaniem znaczenia chorobie, ponieważ mogą one determinować podejmowane działania w celu sprostania wyzwaniom stawianym przez nią. U podłoża CBT leżą podobne założenia: myśli, przekonania na temat choroby kształtują jej doświadczanie.

Model poznawczy pokazuje, że znaczenie, jakie pacjent przypisuje symptomom, leczeniu i efektom ubocznym, wyznacza reakcję emocjonalną, a skutki poważnej choroby mają nie tylko charakter fizyczny. Interpretacja diagnozy choroby nowotworowej zależy zarówno od przekonań dotyczących siebie, innych i świata, jak i przekonań o chorobie i jej leczeniu. Dla niektórych choroba ta może stanowić potwierdzenie ukrytych lęków oraz uaktywniać takie przekonania kluczowe, jak: „Jestem słaby”, „Świat jest niebez-

pieczny i nieprzewidywalny”, „Nikt mi nie pomoże”. Jednostka może mieć przekonania pośredniczące i strategie radzenia sobie skierowane ku łagodzeniu tych bezwarunkowych, negatywnych przekonań, a diagnoza choroby nowotworowej często uruchamia te strategie, które jednostka stosowała w przeszłości. Na przykład osoba mająca od dzieciństwa przekonania kluczowe „Świat jest niebezpieczny i nieprzewidywalny, ja jestem bezbronny, nie można na nikim polegać”, może radzić sobie z nimi poprzez wypracowanie przekonania pośredniczącego: „Dopóki mogę kontrolować swoje życie, jestem bezpieczny” oraz stosować takie strategie, jak perfekcjonizm i niezależność. Choroba nowotworowa potwierdza jej lęk, przekonania o niebezpiecznym świecie, o jego słabości, a dotychczasowe strategie kontrolowania okazują się nieskuteczne, ponieważ może ona zostać zmuszona polegać na innych w trakcie leczenia i nie może być dłużej samowystarczalna [3].

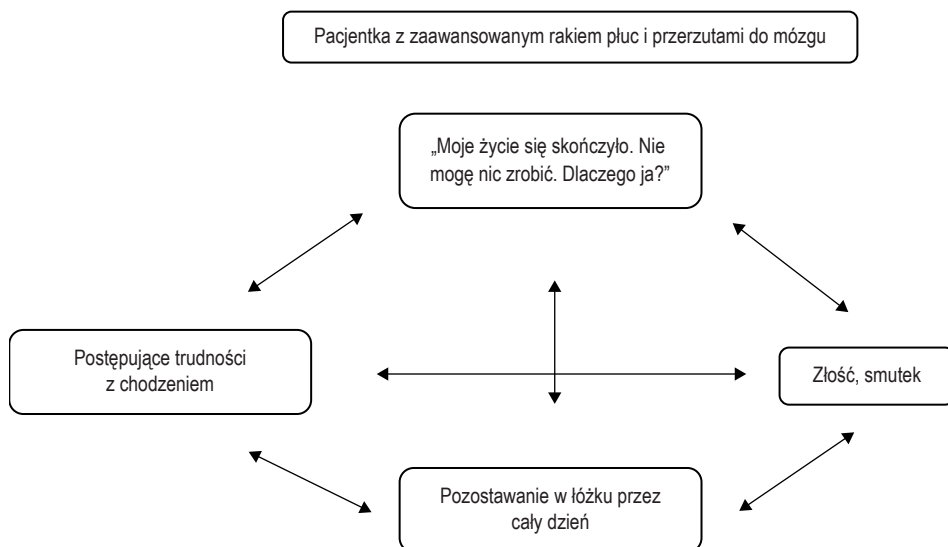
6. Podstawowe zasady terapii behawioralno-poznawczej w chorobach nowotworowych

Metody terapii behawioralno-poznawczej w chorobach nowotworowych są podobne do tych stosowanych w standardowej poznawczo-behawioralnej terapii depresji i lęku, ale czasem wymagają pewnych modyfikacji ze względu na efekty uboczne leczenia, symptomy choroby oraz proces adaptacji do niej. Terapia często musi się odbywać nie w gabinecie terapeutycznym, ale na oddziałach onkologicznych, hematologicznych lub w domu pacjenta. Wahania w zakresie nasilenia objawów choroby, jej efektów ubocznych oraz konieczność hospitalizacji mogą zakłócać tok i tempo terapii. W praktyce oznacza to, że sesje są mniej formalne, bardziej elastyczne, dostosowane do stanu fizycznego pacjenta i wspierające, a terapia jest często krótsza i ma bardziej ograniczone cele. Podstawowym zadaniem jest osiągnięcie maksymalnej zmiany za pomocą minimalnej ilości interwencji. Ponadto, terapia często wiąże się z zaangażowaniem rodziny pacjenta i personelu medycznego [3].

Istotną różnicą w terapii behawioralno-poznawczej osób z chorobą fizyczną i osób z zaburzeniami psychicznymi jest realność zagrożeń, przed którymi stoją. Ważne jest, by rozróżniać między nierealistycznymi ocenami (np. kobieta z rakiem piersi we wczesnym stadium boi się, że umrze w ciągu najbliższego roku) a tymi realistycznymi (kobieta z zaawansowanym rakiem piersi z przerzutami martwi się, że nie będzie widziała, jak jej dzieci dorastają). Jeśli myśli osoby chorej są z pewnością nierealistyczne, to mogą być stosowane standardowe metody kwestionowania negatywnych myśli. Natomiast jeśli negatywne myśli są realistyczne, to terapia opiera się raczej na technikach radzenia sobie i rozwiązywania problemów. Moorey [16] zwraca uwagę, że w obliczu chorób zagrażających życiu negatywne myśli pacjenta często nie wynikają ze zniekształceń poznawczych, lecz odzwierciedlają adekwatny pogląd na sytuację.

Etap pierwszy: zaangażowanie i konceptualizacja

W trakcie pierwszej sesji terapeuta zawiera kontrakt z pacjentem, a podczas następnych razem budują konceptualizację. W wyznaczaniu celów terapii bierze się pod uwagę stadium choroby oraz jej dotkliwość. Rysunek 1 przedstawia prostą konceptualizację pacjentki z chorobą nowotworową w zaawansowanym stadium.



Rys. 1. **Konceptualizacja pacjentki z zaawansowanym nowotworem płuc**

Opracowanie własne na podstawie: Mooney S, Watson M. Cognitive therapy. W: Holland J, Breitbart W, Butow P, Jacobsen P, Loscalzo M, Mccorkle R, red. Psychooncology. Oxford: Oxford University Press; 2015, s. 458–463 [3].

Etap drugi: Interwencje poznawcze i behawioralne

Zastosowane oddziaływania wynikają z konceptualizacji. Rysunek 1 pokazuje, jak kobieta z zaawansowaną chorobą nowotworową wpadła w błędne koło negatywnego myślenia i wycofania. Ruminacje na temat choroby i śmierci wywołały poczucie beznadziejności, rozpacz i złość. Fizyczne symptomy: słabość, ból oraz poczucie beznadziejności spowodowały, że kobieta przestała wychodzić z łóżka, czego konsekwencją było poczucie izolacji i jeszcze większe osłabienie. W powyższym przykładzie najpierw analizowano myśli i zachowania pacjentki w odpowiedzi na ból. W kolejnych krokach można wybrać następujące oddziaływania: (1) techniki emocjonalne, aby ułatwić przeżycie przewidywanej żałoby; (2) techniki poznawcze, aby testować przekonania pacjentki o tym, że jej życie się już skończyło, a ona nie może nic zrobić; (3) eksperyment behawioralny, aby sprawdzić prawdziwość tego negatywnego przekonania [3].

Techniki poznawcze

Zagrożenie, jakim jest choroba nowotworowa wyzwała wiele negatywnych myśli, a ich podważanie jest nieodłącznym elementem CBT (tabela 3).

Tabela 3. Podważanie myśli automatycznych

Kwestionowanie myśli automatycznych
<ul style="list-style-type: none"> • Jaki jest powód, by wierzyć, że to jest zgodne z prawdą? • Jakie są powody, by nie wierzyć, że to jest zgodne z prawdą? • Czy na tę sytuację można spojrzeć inaczej? • Co najgorszego mogłoby się wydarzyć? • Co najlepszego mogłoby się stać? • Co najprawdopodobniej się stanie? • Jaki jest efekt myślenia w ten sposób? • Co bym powiedział przyjacielowi, gdyby znalazł się w mojej sytuacji? • Gdyby mój przyjaciel wiedział, że tak myślę, co by mi powiedział? • Czy obwiniam się za coś, na co nie miałem wpływu? • Czy pomijam jakieś silne lub pozytywne punkty we mnie lub w tej sytuacji? • Jak mogę poradzić sobie z tym?

Opracowanie własne na podstawie: Moorey, Watson, 2015; Moorey, Greer, 2006; Padesky, Greenberger, 2004 [3, 4, 17].

Stosowane techniki różnią się w zależności od stadium choroby i rokowań. Pacjentom z dobrym rokowaniem można pomóc poprzez poszukiwanie dowodów za i przeciw ich przekonaniom, że przyszłość jest beznadziejna. W przypadku, gdy prognozy są złe, bardziej odpowiednie są techniki, które odnoszą się nie do przydatności, a do racjonalności danego sposobu myślenia. Na przykład zestawienie kosztów i korzyści określonych myśli często pokazuje, że są one ruminacyjne, a nie pomocne i w efekcie utrudniają rozwiązywanie problemów oraz spowalniają proces przeżywania przewidywanej żałoby. Terapia behawioralno-poznawcza może też pomóc pacjentowi radzić sobie z zamartwianiem się, na przykład poprzez wyznaczanie czasu na ruminacje w ciągu dnia, a w pozostałym czasie planowanie aktywności, które dadzą mu poczucie kontroli nad swoim życiem. Czasami pod realistycznymi myślami ukrywają się lęki, na przykład lęk, co stanie się z rodziną pacjenta, kiedy on umrze. Odkrycie tych lęków pozwala na emocjonalne odreagowanie przewidywanej straty lub wypracowanie bardziej efektywnych strategii rozwiązywania problemów [3].

Niektóre myśli koncentrują się nie na samej chorobie, ale na konsekwencjach z nią związanych, odnoszących się do poczucia własnej wartości i poczucia kompetencji. Pacjenci mogą czuć się stygmatyzowani, odrzuceni przez społeczeństwo, mogą też obwiniać się o wystąpienie choroby. Ich poczucie bezsilności często pochodzi z myślenia „wszystko albo nic”. Na przykład „Jeśli nie mogę być tą osobą, którą byłem do tej pory, jestem nikim”, co prowadzi do skupiania się raczej na obszarach straty, a nie na tych sferach, nad którymi pacjent nadal ma kontrolę. Myśli związane z poczuciem winy, wstydu, złości na innych i siebie, poczuciem bezradności często są zniekształceniami poznawczymi, więc techniki poznawcze mogą być bardzo użyteczne do sprawdzania ich zasadności i funkcjonalności [3].

Techniki behawioralne

Techniki behawioralne polegają na dostarczeniu zadań, z którymi pacjent potrafi sobie dobrze poradzić, co wzmacnia jego poczucie skuteczności i kontroli. Rezultatem może też być uwolnienie się od dystresu oraz bardziej pozytywne myślenie na temat swoich umiejętności radzenia sobie. Negatywne przekonania zmienia się w hipotezy. Na przykład przekonanie „Jeśli nie mogę robić tego, co dotychczas, moje życie się skończyło” można testować za pomocą następującego eksperymentu: pacjentka proszona jest o oszacowanie prawdopodobieństwa, że odczuje przyjemność z robienia małych rzeczy przez najbliższy tydzień. Na kolejnej sesji omawia się wyniki tego behawioralnego eksperymentu. Pacjenci zazwyczaj dostrzegają, że odczuli więcej przyjemności niż przewidywali i w rezultacie błędne koło bezczynności zostaje przerwane. Dla pacjentów depresyjnych lub z nasilonymi dolegliwościami fizycznymi duże zadania trzeba podzielić na małe kroki (stopniowanie zadań). Aby były to zadania znaczące i satysfakcjonujące dla pacjenta, o pomoc można poprosić jego rodzinę, która dobrze go zna. W przypadku lękowych pacjentów eksperymenty behawioralne pozwalają im w bezpiecznych warunkach [3] przetestować sytuacje, których się boją.

Etap trzeci: Wzmacnianie radzenia sobie i kończenie terapii

Długość oraz struktura tej fazy zależą od kontraktu zawartego na jej początku. Jeśli terapia trwa 12 lub więcej sesji, to możliwa jest praca nad przekonaniem kluczowymi, co daje szansę na rozwój i pełniejszą ocenę wpływu choroby na życie pacjenta. Krótsze terapie skupiają się na radzeniu sobie tu i teraz. Pod koniec terapii terapeuta wspólnie z pacjentem podsumowują, czego nauczył się pacjent, nad czym musi jeszcze popracować, co może być źródłem komplikacji w przyszłości i jak sobie z nimi radzić [3].

7. CBT w leczeniu zaburzeń lękowych u pacjentów z chorobą nowotworową

Greer i współpracownicy [18, 19] stworzyli krótki protokół CBT dostosowany do leczenia zaburzeń lękowych u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. Pacjenci ci zmagają się z realistycznymi lękami przed progresją choroby, niepełnosprawnością, procesem umierania, konsekwencjami śmierci dla bliskich osób oraz egzystencjalnym lękiem przed śmiercią („Co się ze mną stanie, gdy umrę?”). Symptomy lękowe często współwystępują z dusznością, przewlekłym zmęczeniem, mdłościami, bólem oraz złą jakością życia. Ponadto lęk może potęgować odczuwaną dotkliwość objawów choroby oraz efektów ubocznych leczenia.

Celem tej terapii jest pomoc pacjentom z zaawansowaną chorobą nowotworową w nauce strategii redukujących lęk i zamartwianie się przy jednoczesnym rozwinięciu umiejętności radzenia sobie z symptomami choroby i efektami ubocznymi leczenia. Terapia jest krótka, składa się z sześciu — siedmiu sesji, podczas których pacjent przechodzi przez cztery moduły: (1) psychoedukacja i wyznaczenie celów, (2) trening relaksacji, (3) radzenie sobie z lękami związanymi z chorobą nowotworową oraz (4) planowanie aktywności i ustalanie ich tempa.

Podstawowe cele **p i e r w s z e g o m o d u ł u** (w przybliżeniu jedna sesja) obejmują: (1) umożliwienie pacjentowi podzielenia się własnym sposobem rozumienia symptomów

lęku w kontekście swojej nieuleczalnej choroby, (2) dostarczenie informacji na temat modeli lęku CBT, pokazanie, jak pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową mogą doświadczać lęku na poziomie fizycznym, poznawczym i behawioralnym, (3) zwiększenie motywacji do terapii poprzez ustalanie jej celów oraz pokazanie, jak CBT pomaga w ich osiągnięciu.

Moduł pierwszy zaczyna się rozmową na temat doświadczeń pacjenta z chorobą nowotworową, jej leczeniem oraz obaw z nią związanych. Wielu pacjentów wnikliwie monitoruje swoje symptomy i interpretuje część z nich, na przykład duszności lub ból jako sygnał pogorszenia się ich stanu lub nadchodzącej śmierci. Pacjenci często też martwią się o przyszłość swoich rodzin oraz kwestie finansowe. Natomiast na poziomie behawioralnym lęk manifestowany jest zazwyczaj poprzez unikanie sytuacji zagrażających. W kontekście chorób nowotworowych takie unikanie może oznaczać odmowę podjęcia leczenia, przestrzegania zaleceń lekarskich lub poddawania się badaniom kontrolnym ze względu na nasilony lęk przed procedurami medycznymi i efektami ubocznymi leczenia. Z drugiej strony pacjenci mogą nadmiernie monitorować symptomy somatyczne, szukać zapewnień odnośnie do swojego stanu u różnych lekarzy lub wycofywać się z aktywności. Fizyczne symptomy lęku najczęściej obejmują: przyspieszony oddech, kołatanie serca, napięcie mięśni, ból brzucha. Objawy te mogą być zaostrzone ze względu na proces chorobowy i leczenie. Pacjent i terapeuta mogą mieć wątpliwości, czy za tymi symptomami stoi lęk, progresja choroby czy efekty uboczne leczenia. Jednak niezależnie od etiologii wiele technik wykorzystywanych w CBT jest pomocnych w radzeniu sobie zarówno z lękiem, jak i symptomami medycznymi. W module pierwszym pacjenci również analizują, dlaczego chcą podjąć terapię, wymieniają dwa, trzy jasno zdefiniowane jej cele oraz eksplorują potencjalne przeszkody w ich osiągnięciu. Pozostałe moduły można elastycznie dopasowywać do problemów i celów pacjentów [18].

W module drugim (w przybliżeniu jedna sesja) podstawowe cele to: (1) pomoc pacjentom w zrozumieniu ostrej reakcji na stres oraz zrozumieniu mechanizmu, w jaki fizjologiczne objawy lęku mogą zaostrzać symptomy związane z chorobą nowotworową i jej leczeniem; (2) budowanie poczucia kompetencji w zakresie radzenia sobie z objawami somatycznymi poprzez ćwiczenia oddechowe i trening autogenny. Techniki te odgrywają istotną rolę w radzeniu sobie z chorobami chronicznymi i objawami związanymi z chorobą nowotworową. Przed zastosowaniem technik oddechowych i relaksacyjnych pacjent powinien skonsultować się ze swoim lekarzem, by upewnić się, że nie ma przeciwwskazań do podjęcia terapii. Pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową często cierpią z powodu duszności, które są źródłem nasilonego lęku. Dlatego w tym module pacjent razem z terapeutą dokładnie analizują czas i miejsce występowania duszności, zwracając uwagę na to, czy symptomy pojawiają się w czasie spoczynku, przy wysiłku czy pobudzeniu emocjonalnym. Pacjenci ćwiczą oddychanie przeponowe i oddychanie przez zaciśnięte usta, aby radzić sobie z takimi symptomami, jak duszności i obniżyć odczuwany stres. Pacjenci, którzy ze względu na swój stan mają trudności z głębokimi oddechami, uczą się wolnego oddychania z wydłużaniem fazy wydechu. Oddychanie przez zaciśnięte usta jest powszechnie stosowane w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc, ponieważ stanowi naturalny opór pozwalający na wydłużenie fazy wydechu, wzmacnia mięśnie oddechowe oraz uwalnia uwięzione powietrze z płuc. Moduł drugi kończy się relaksacją autogenną,

która łączy wizualizację i świadomość ciała w celu redukcji stresu. Trening autogeny jest bezpieczny dla pacjentów z różnymi chorobami chronicznymi, doświadczającymi ostrego i przewlekłego bólu, ponieważ nie obejmuje napinania mięśni [18].

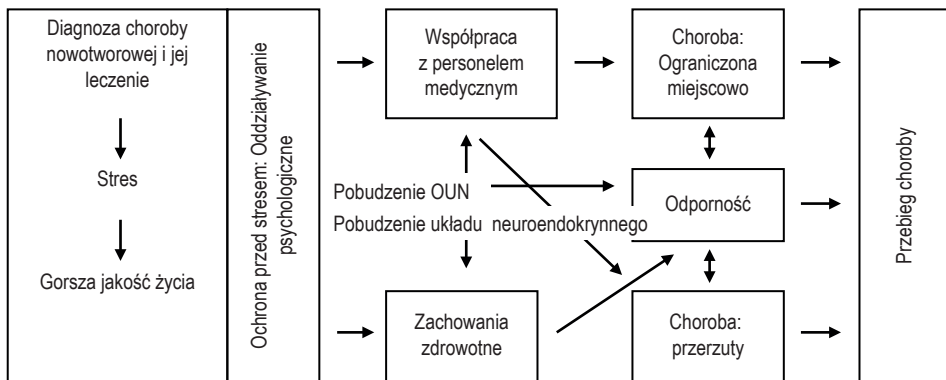
Podstawowe cele w module trzecim (w przybliżeniu trzy sesje) obejmują: (1) pomaganie pacjentom w identyfikowaniu automatycznych myśli oraz rozróżnianiu nierealistycznych, zniekształconych zmartwień od tych realistycznych; (2) uczenie pacjentów umiejętności adaptacyjnego myślenia poprzez wykorzystywanie technik poznawczej restrukturyzacji oraz strategii radzenia sobie skupionych na teraźniejszości; (3) identyfikowanie i rozwiązywanie wszelkich zachowań unikowych, które mogą przeszkadzać w funkcjonowaniu pacjenta lub kolidować z leczeniem choroby nowotworowej. Mimo że wiele zmartwień związanych z zaawansowaną chorobą nowotworową ma uzasadnienie w rzeczywistości, ich intensywność może być potęgowana przez nierealistyczne, katastroficzne przewidywania i negatywne przekonania na temat swoich umiejętności radzenia sobie, co stanowi dodatkowy ciężar. Do radzenia sobie z realistycznymi zmartwieniami stosuje się umiejętności rozwiązywania problemów, a jeśli nie można podjąć działania, to zaleca się techniki oparte na emocjach (np. samoukojenie) lub techniki oparte na akceptacji (np. mindfulness). W zakresie rozwiązywania problemów pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową uczą się przede wszystkim metod dzielenia przytłaczających zadań na mniejsze, wykonalne kroki w celu zredukowania unikania poznawczego i behawioralnego. Te kroki zazwyczaj obejmują: definiowanie problemu, sformułowanie możliwych rozwiązań, wybór najlepszego, możliwego do zrealizowania rozwiązania oraz stworzenie planu działania. Natomiast celem technik opartych na emocjach i akceptacji jest mniejsze skupianie się na przyszłości i jej potencjalnych zagrożeniach oraz budowanie większej uważności na teraźniejszość i zdolność radzenia sobie [18].

Przewlekłe zmęczenie i ból należą do jednych z najpowszechniejszych i najbardziej stresujących symptomów doświadczanych przez pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową, poważnie zakłócają ich codzienne funkcjonowanie oraz wiążą się z lękiem i złą jakością życia. Dlatego moduł czwarty obejmuje następujące cele: (1) pomaganie pacjentom w przygotowaniu i przystosowaniu się do wahań w zakresie wytrzymałości i symptomów związanych z chorobą i jej leczeniem; (2) uczenie pacjentów ustalania priorytetów w zakresie zarówno codziennych obowiązków, jak i aktywności, które sprawiają przyjemność; (3) pomoc w planowaniu aktywności i wyznaczaniu jej tempa zgodnie z priorytetami pacjenta oraz jego fizycznymi ograniczeniami wynikającymi z choroby nowotworowej i jej leczenia. Jednym z celów planowania tempa aktywności jest oszczędzanie energii przy jednoczesnym zwiększaniu funkcjonowania pacjenta, ponieważ zarówno nadmierne przeciążanie się, jak i zbytne oszczędzanie się, często prowadzą do odczuwania większego zmęczenia i bólu. Wyznaczanie tempa dla podejmowanych działań wiąże się z pomaganiem pacjentowi identyfikowania granic jego wytrzymałości (np. poprzez sprawdzanie, po jakim czasie od rozpoczęcia czynności zaczyna on odczuwać zmęczenie lub ból), uczeniem pacjenta odpoczywania w trakcie wykonywania fizycznie wymagających zadań, aby mógł zrobić więcej oraz utrzymać optymalny poziom energii i funkcjonowania w pozostałe dni. Ustalanie tempa oznacza utrzymywanie takiej samej ilości aktywności każdego dnia niezależnie od samopoczucia według limitów czasowych, które ustala się porównując dobre i złe dni pacjenta [18].

8. CBT w leczeniu depresji

Brothers i współpracownicy [20] połączyli oddziaływania biobehawioralne (BBI) dostosowane do pacjentów z chorobą nowotworową ze strategiami leżącymi u podstaw CBT dla leczenia depresji. Kluczowe elementy terapii behawioralno-poznawczej obejmują: poznawczą restrukturyzację, monitorowanie codziennej aktywności, zwiększenie czasu spędzanego na przyjemnych działaniach oraz kwestionowanie przekonań kluczowych.

Biobehawioralny model stresu w chorobie nowotworowej pomaga zrozumieć interakcję czynników psychologicznych, behawioralnych i biologicznych istotnych dla progresji choroby nowotworowej. Stres związany z chorobą nowotworową często pociąga za sobą lawinę negatywnych konsekwencji na poziomie psychologicznym, behawioralnym i biologicznym, ale jeśli zostanie zredukowany, to lawinę można zatrzymać, a jednostka może się rozwijać. Rysunek 2 przedstawia biobehawioralny model stresu w chorobie nowotworowej [20].



Rysunek 2. **Biobehawioralny model stresu w chorobie nowotworowej**

Opracowanie własne na podstawie: Brothers B, Yang H, Strunk D, Andersen B. Cancer patients with major depressive disorder: testing a biobehavioral/cognitive behavior intervention. *J. Cons. Clin. Psychol.* 2011, 79(2): 253–260 [20].

Protokół składa się z 12–20 75-minutowych sesji, podczas których pacjenci uczą się elementów oddziaływań biobehawioralnych i terapii poznawczej. Oddziaływania te obejmują: progresywną relaksację mięśniową, psychoedukację na temat stresu, lęku i depresji, psychoedukację na temat choroby nowotworowej oraz radzenia sobie z efektami ubocznymi leczenia, trening w komunikowaniu się z personelem medycznym, pomoc w szukaniu wsparcia społecznego, trening w zakresie asertywnej komunikacji oraz umiejętności rozwiązywania problemów, zwiększenie ćwiczeń fizycznych oraz omówienie etapów zmiany i przeszkód, które mogą się pojawić w przyszłości. Celami oddziaływań biobehawioralnych są: zmniejszenie stresu, poprawa jakości życia, wzrost pozytywnych i zmniejszenie negatywnych zachowań zdrowotnych, poprawa współpracy między pacjentem a personelem medycznym. Tabela 4 przedstawia podsumowanie terapii, określając, czy poszczególne komponenty pochodzą z interwencji biobehawioralnych (BBI) czy terapii behawioralno-poznawczej (CBT) [20].

Tabela 4. Podsumowanie elementów terapii biobehawioralnej i poznawczej depresji w chorobach nowotworowych

Sesja	Temat
1–12	Trening progresywnej relaksacji mięśniowej (BBI)
1	Reagowanie na kryzys wywołany chorobą nowotworową; stres, lęk/depresja, radzenie sobie, związek między stresem a układem odporności, rozumienie reakcji na stres (BBI)
2–3	Radzenie sobie: szukanie informacji o chorobie i z efektach ubocznych leczenia, takich jak nudności, zmęczenie, uderzenia gorąca, problemy ze snem; strategie radzenia sobie z nimi (BBI)
2–4	Aktywizacja behawioralna: racjonalne uzasadnienie dla poprawy nastroju, dziennik codziennej aktywności i występowania symptomów, omówienie sukcesów i przeszkód, planowanie aktywności (CBT)
4	Komunikacja z personelem medycznym (BBI)
5–6	Wsparcie społeczne: identyfikowanie sieci wsparcia, wsparcie społeczne emocjonalne vs materialne, negatywne vs pozytywne wsparcie społeczne (BBI)
5–8	Poznawcza restrukturyzacja: uzasadnienie dla poprawy nastroju, zapis myśli, tworzenie myśli alternatywnych (CBT)
7–8	Wyrażanie swoich potrzeb: przyjaciółom, współpracownikom, rodzicom, rodzeństwu, partnerom, dzieciom (BBI)
8–9	Rozwiązywanie problemów: definiowanie problemu i wymyślanie rozwiązań, projektowanie planu działania (BBI)
9–10	Przekonania kluczowe: przedstawienie i ocena przekonań kluczowych (CBT)
10	Ćwiczenie: wprowadzenie do rytmicznego spacerowania (BBI)
11	Podsumowanie elementów terapii: przeszkody w utrzymaniu zmiany oraz etapy zmiany jako procesu (BBI)
12	Strategie dla skutecznego utrzymania wprowadzonych zmian (CBT)

Opracowanie własne na podstawie: Brothers B, Yang H, Strunk D, Andersen B. Cancer patients with major depressive disorder: testing a biobehavioral/cognitive behavior intervention. *J. Cons. Clin. Psychol.* 2011, 79(2): 253–260 [20].

9. Skuteczność terapii behawioralno-poznawczej w chorobach nowotworowych

Metaanaliza przeprowadzona przez Osborne i współpracowników [22] wykazała skuteczność CBT w leczeniu depresji ($ES = 1,2$; $95\% \text{ CI} = 0,22\text{--}2,19$), zaburzeń lękowych ($ES = 1,99$; $95\% \text{ CI} = 0,69\text{--}3,31$) oraz jakości życia ($ES = 0,91$; $95\% \text{ CI} = 0,38\text{--}1,44$). W analizowanych terapiach badania kontrolne odbywały się pomiędzy jednym tygodniem a czternastoma miesiącami od zakończenia terapii. Jakość życia pacjentów uległa poprawie zarówno krótkofalowo ($ES = 1,45$, $95\% \text{ CI} = 0,43\text{--}2,47$), jak i długofalowo ($ES = 0,26$; $95\% \text{ CI} = 0,06\text{--}0,46$).

Badania nad skutecznością protokołu stworzonego przez Greera i współpracowników [19] wykazały, że pacjenci poddani skróconej CBT zgłaszali spadek symptomów lęku o 35%, a pacjenci w grupie kontrolnej o 11%. Ponadto pacjenci w CBT zgłaszali

osłabienie się myśli intruzywnych związanych z chorobą oraz mniej zachowań unikających niż pacjenci oczekujący na terapię. Co istotne — terapia była możliwa dla pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową, około 80% z nich ukończyło przynajmniej pięć sesji terapeutycznych.

Badania nad skutecznością protokołu leczenia depresji skonstruowanego przez Brothers i współpracowników [20] pokazały, że u pacjentów znacząco zmniejszyły się symptomy depresji oceniane zarówno przez samych pacjentów, jak i klinicystów: klinicznie istotne zmiany obserwowano u 61% (20 z 33) pacjentów stosując kryteria Skali Depresji Becka i 69% (18 z 26) według kryteriów Skali Depresji Hamiltona. Ponadto odnotowano znaczącą poprawę w zakresie odczuwania przewlekłego zmęczenia ($F(1,32) = 7,17, p = 0,012, d = 0,477$) i zdrowia psychicznego, części składowej jakości życia ($F(1,32) = 18,18, p < 0,001, d = -0,750$). Natomiast badania nie wykazały poprawy w odczuwaniu bólu i zdrowiu fizycznym, które również stanowi element jakości życia.

Podsumowanie

Badania pokazują, że terapia behawioralno-poznawcza jest skuteczna w leczeniu problemów psychicznych zarówno u pacjentów z chorobą nowotworową we wczesnym stadium, jak i u pacjentów z chorobą zaawansowaną. CBT pomaga pacjentom poradzić sobie z ich podstawowym zadaniem, jakim jest nadanie sensu chorobie poprzez włączenie tego doświadczenia w swoje poglądy na świat albo modyfikowanie swoich dotychczasowych przekonań.

Piśmiennictwo

1. Ziarko M. Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych; 2014.
2. Rolland J. Mastering family challenges in serious illness and disability. W: Walsh F, red. Normal family processes. New York: Guilford Press; 2012, s. 452–482.
3. Moorey S, Watson M. Cognitive therapy. W: Holland J, Breitbart W, Butow P, Jacobsen P, Loscalzo M, McCorkle R, red. Psychooncology. Oxford: Oxford University Press; 2015, s. 458–463.
4. Moorey S, Greer S. Terapia poznawczo-behawioralna osób z chorobą nowotworową. Gdynia: Alliance Press; 2006.
5. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Warszawa: Paradygmat; 2008.
6. Krebber A, Buffart L, Kleijn G, Riepma I, de Bree R, Leemans C i wsp. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology* 2014; 23(2): 121–130.
7. Delgado-Guay M, Parsons H, Li Z, Palmer J, Bruera E. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Supp. Care Cancer* 2009; 17(5): 573–579.
8. Stark D, Kiely M, Smith A. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *J. Clin. Oncol.* 2002; 20: 3137–3148.

9. Gielissen M, Verhagen S, Witjes F, Bleijenberg G. Effects of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: a randomized controlled trial. *J. Clin. Oncol.* 2006; 24: 4882–4887.
10. Savard J, Simard S, Ivers H, Morin C. Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part II: immunologic effects. *J. Clin. Oncol.* 2005; 23: 6097–6106.
11. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management. 2009 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>
12. Holland J, Gooen-Piels J. Principles of psychooncology. W: Holland J, red. *Cancer Medicine*. Ontario: B.C. Decker; 2000, s. 943–958.
13. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
14. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009.
15. Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The commonsense representation of illness danger. W: Rachman S, red. *Medical psychology*, t. II. Nowy Jork: Pergamon; 1980, s. 7–30.
16. Moorey S. When bad things happen to rational people: Cognitive therapy in adverse life circumstances. W: Salkowskis P, red. *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford; 1996, s. 450–469.
17. Padesky Ch, Greenberger D. *Umysł ponad nastrojem. Zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2004.
18. Greer J, Park E, Prigerson H, Safren S. Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. *J. Cogn. Psychother.* 2010; 24(4): 294–313.
19. Greer J, Traeger L, Bemis H. A pilot randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer. *Oncologist* 2012; 17(10): 1337–1345.
20. Brothers B, Yang H, Strunk D, Andersen B. Cancer patients with major depressive disorder: testing a biobehavioral/cognitive behavior intervention. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2011; 79(2): 253–260.
21. Andersen B, Golden-Kreutz D, Emery C, Theil D. Biobehavioral intervention for cancer stress: Conceptualization, components, and intervention strategies. *Cogn. Behav. Pract.* 2009; 16: 253–265.
22. Osborne R, Demoncada A, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors meta-analyses. *Int. J. Psychiatry Med.* 2006; 36: 13–34.

Adres: joannamatuszczak@gmail.com