

PSIHOLOŠKA PODPORA BOLNIKOM NA DOLGOTRAJNEM ZDRAVLJENJU

Mag. Andreja C. Škufca Smrdel, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

Onkološki inštitut Ljubljana, Oddelek za psihoonkologijo

askufca@onko-i.si

IZVLEČEK

Rak in zdravljenje pomembno posežeta na številna področja življenja bolnika in njegove družine, tudi na področje čustvovanja. Vsi bolniki z rakom tako potrebujejo v okviru celostne obravnave osnovne psihosocialne ukrepe, ki so naloga vseh zdravstvenih delavcev – to so ustrezno informiranje, osnovna čustvena podpora ter empatična komunikacija. Ob globljih čustvenih stiskah je pomembno, da jih prepoznamo in bolnika napotimo v ustrezno obravnavo. Med psihosocialnimi ukrepi, ki jih izvajajo za to usposobljeni strokovnjaki, pri spoprijemanju z rakom najpogosteje uporabljamo (po potrebi v kombinaciji s psihofarmakoterapijo) psihoedukacijo, podpirajočo (suportivno) psihoterapijo, kognitivno vedenjsko terapijo ter različne oblike skupinskih terapij.

Ključne besede: čustvena stiska, vedenjsko-kognitivna terapija, psihoedukacija, podpirajoča (suportivna) psihoterapija, skupinska psihoterapija

UVOD

Rak in zdravljenje pomembno posežeta v življenje posameznika in njegove družine. Zdravljenje je pogosto dolgotrajno, naporno, kombinirano; del zdravljenja raka je tudi zdravljenje s tarčnimi zdravili, bodisi ob prvem spoprijemanju z boleznijo bodisi ob napredovali bolezni. Kadarkoli na poti zdravljenja lahko bolnik doživlja tudi globljo čustveno stisko, katere obravnava je pomemben del celostne obravnave bolnika z rakom.

ČUSTVENA STISKA OB SPOPRIJEMANJU Z BOLEZNIJO IN DOLGOTRAJNIM ZDRAVLJENJEM

Spoprijemanje z rakom in zdravljenjem spremljajo tudi obremenjujoča čustva in misli, kot so strah, jeza, brezup, žalost, občutja krivde, nemoči, misli na možno ponovitev bolezni oz. neučinkovitost zdravljenja, strah pred smrtjo, trpljenjem, umiranjem ipd. Da bi se izognili izrazom, kot so “psihiatrična”, “psihosocialna”, “motnja”, se je za opis teh čustvenih, kognitivnih in vedenjskih odzivov na bolezen v psihoonkologiji uveljavil izraz čustvena stiska (angl. psychological distress). Čustvena stiska je opredeljena kot »neprijetna čustvena, psihološka, socialna ali duhovna izkušnja, ki ovira sposobnost spoprijemanja z boleznijo in zdravljenjem. Zajema cel kontinuum, od običajnih, normalnih občutij ranljivosti, žalosti, strahu, do ovirajočih, kot so velika depresija, anksioznost, panika, občutek izoliranosti,« (Holland, 2013).

Ta doživljanja so običajna, normalna, pričakovana; lahko pa se ob kompleksnem spoprijemanju z boleznijo spremenijo ter stopnjujejo do klinično pomembnih stanj, ki zadoščajo kriterijem psihiatrične motnje.

Bolnik lahko globljo čustveno stisko doživlja kadarkoli na poti zdravljenja in rehabilitacije, vendar je v nekaterih obdobjih ranljivejši; to so npr. obdobja sprejemanja odločitev o zdravljenju, čakanja na pričetek zdravljenja, spreminjanja načina zdravljenja, ob napredovanju bolezni (NCCN, 2008). V klinični praksi pogosto vidimo, da se stiska zmanjša, ko se zdravljenje začne in ko ob obvladovanju neželenih učinkov bolnik ponovno doživlja več nadzora nad situacijo. Pogosto spregledano ranljivejše obdobje pa je obdobje zaključevanja zdravljenja (NCCN, 2008); to je velikokrat težko pričakovano, vendar se po drugi strani lahko ob tem zmanjša občutek varnosti, ki ga je bolniku nudilo zdravljenje ter redni stiki z zdravstvenimi delavci, ter stopnjuje strah pred napredovanjem bolezni.

Z namenom boljše prepoznavne čustvene stiske pri bolnikih z rakom si psihoonkologi prizadevajo uvesti sistem presejanja čustvene stiske. Pri tem so lahko v pomoč samoocenjevalni vprašalniki (Grassi, Travado, 2008). Svetovna psihoonkološka zveza pa si prizadeva za uvajanje presejanja čustvene stiske kot »šestega vitalnega znaka«, s pomočjo bolnikove samoocene na 10-stopenjski lestvic; pri samooceni nad 5 je potrebna dodatna opredelitev bolnikovih težav ter napotitev v ustrezno obravnavo (NCCN, 2008; Holland, 2010).

Študije so pokazale, da 20-40 % ambulantnih bolnikov doživlja pomembno stopnjo čustvene stiske (NCCN, 2014). Prevalenca čustvene stiske med bolniki z rakom se zelo razlikuje glede na vrsto raka in je lahko mnogo višja pri npr. pri bolnikih z napredovalo boleznijo in slabšo prognozo.

Prevalenca psihičnih motenj pri bolnikih z rakom je okoli 50%; pri tem je dve tretjini prilagoditvenih motenj, 10-15 % depresij, 10 % delirijev (Holland, 2010). Leta 2014 so v študiji 4-tedenske prevalence ugotovili psihične motnje pri 30 % bolnikov, od tega je bila tretjina prilagoditvenih motenj, tretjina anksioznih motenj, petina razpoloženskih motenj (Mehnert in sod., 2014). V drugi študiji je bila incidenca depresije pri bolnikih z rakom v razponu od 14 do 23 %, odvisno od uporabljene metodologije (Kreber in sod., 2014). Od 40 % pa tudi do 72 % bolnikov doživlja klinično pomembno izražen strah pred ponovitvijo bolezni (Thewes in sod., 2013).

Zdravstveni delavci velikokrat podcenjujejo izraženost čustvene stiske (Fallowfield et al., 2001). Neprepoznana stiska tudi ni ustrezno obravnavana, kar pa se lahko izraža npr. v težavah pri odločanju o vrsti zdravljenja, slabšem sodelovanju pri zdravljenju, daljših hospitalizacijah, slabšem izhodu rehabilitacije, več obiskih in večji stresni obremenitvi zdravstvenih delavcev (Grassi, Travado, 2008; Holland, Alici, 2010).

PSIHOSOCIALNI UKREPI PRI OBVLADOVANJU ČUSTVENE STISKE BOLNIKOV Z RAKOM

Pri izbiri psihosocialnih ukrepov pri posameznem bolniku izhajamo iz njegovega doživljanja, njegovih potreb (NCCN, 2008; Holland, 2010). Številne študije so bile narejene na področju učinkovitosti posameznih psihosocialnih ukrepov, upoštevajoč različne stopnje zdravljenja in rehabilitacije, lokalizacijo in stadij bolezni, psihične težave; vendar izsledki raziskav niso enoznačni (Reingruber, 2011). K temu botrujejo tudi številne metodološke težave, kot so (pre)številne spremenljivke, premajhni vzorci, težave pri standardizaciji psihosocialnih ukrepov (Jacobsen, 2009).

Bolniki, ki izkazujejo manj težav ob spoprijemanju z boleznijo in aktualno življenjsko situacijo, tudi manj pridobijo ob uporabi specializiranih psihoonkoloških ukrepov (Sheard in Maguire, 1999; Grassi, Travado, 2008); lahko pa so jim v veliko pomoč programi znotraj nevladnih organizacij, kot so skupine za samopomoč, drugi podporni in izobraževalni ukrepi.

V obravnavo bolnikov z rakom so uvedli t. i. stopenjski model psihosocialnih ukrepov, ki govori o tem, da pri napotitvah za psihosocialno pomoč izhajamo iz potreb oz. čustvene stiske bolnika (Hutchison et al., 2006):

- *Univerzalna oskrba*: namenjena vsem bolnikom z rakom: informacije o bolezni, zdravljenju, neželenih učinkih; osnovna čustvena podpora zdravstvenih delavcev, telefonsko svetovanje. Izvaja jo celoten tim.
- *Podporna oskrba*: namenjena bolnikom z blago čustveno stisko: psihoedukativni ukrepi (individualni in/ali skupinski), vključujoč informiranje o spoprijemanju z boleznijo, spoznavanje zdravstvenega sistema, podpora pri sprejemanju odločitev, individualno in/ali skupinsko samopomoč.
- *Razširjena oskrba*: namenjena bolnikom z zmerno čustveno stisko: vključuje individualno ali skupinsko terapijo, svetovanje, trening veščin, psychoedukacijo, sproščanje, delo na obvladovanju anksioznosti, strukturirane skupine, kar izvaja zdravstveni delavec s področja mentalnega zdravja (npr. psihiater, klinični psiholog).
- *Specialistična oskrba*: namenjena bolnikom z globljo čustveno stisko: vključuje vedenjsko-kognitivno ali suportivno psihoterapijo, psihofarmakoterapijo, za anksiozne ali depresivne motnje, partnersko terapijo; izvaja jo zdravstveni delavec s področja mentalnega zdravja (npr. psihiater, klinični psiholog).

Akutna oskrba: namenjena bolnikom v kompleksnih primerih z ekstremno čustveno stisko, ki zahteva multidisciplinarno timsko obravnavo, tako psihoterapevtsko kot psihiatrično.

Pomembni sta dve vrsti psihosocialnih ukrepov. Osnovne psihosocialne ukrepe pri obravnavi bolnikov z rakom izvajajo vsi zdravstveni delavci; druga vrsta pa so specifični psihosocialni ukrepi, ki jih izvajajo v psihoonkologiji usposobljeni klinični psihologi ali psihiatri, v tujini pa pogosto tudi posebej usposobljene medicinske sestre in socialni delavci (Grassi, Travado, 2008; Reingruber, 2011).

Osnovni psihosocialni ukrepi, ki jih izvajajo vsi zdravstveni delavci

Med osnovne psihosocialne ukrepe sodijo informiranje, dobra komunikacija, ustrezen empatičen odnos ter osnovna čustvena podpora. Jimmie Holland, začetnica psihoonkologije v svetu, je nekoč zapisala, da naj bi bil vsak

obisk pri zdravstvenem osebju s področja onkologije tudi psihoonkološka obravnava (Holland, 2001). Vsi bolniki namreč potrebujejo za dobro spoprijemanje z boleznijo ustrezne informacije o bolezni ter osnovno čustveno podporo.

Za dobro spoprijemanje z boleznijo je pomembno, da imajo bolniki ustrezne informacije o bolezni, zdravljenju, neželenih učinkih, spoprijemanju z boleznijo, praktičnih vidikih, povezanih z aktualno življenjsko situacijo... Informiranje je osnovna naloga vseh zdravstvenih delavcev, na njihovem strokovnem področju. Ustne informacije lahko pomembno dopolnjujejo različni pisni materiali, ki so bolnikom na voljo (Hutchison et al., 2006). Zato je pomembno, da zdravstveni delavci aktivno pristopijo k njihovem oblikovanju; s tem bolnikom omogočijo dostop do strokovno verodostojnih informacij.

Pomembno je področje komunikacije; delo zdravstvenega osebja na lastni komunikaciji lahko pomembno izboljša kakovost kliničnega dela. Izsledki raziskav kažejo, da lahko izboljšane veščine komunikacije pri zdravstvenih delavcih pripeljejo do ustrežnejšega sodelovanja bolnikov pri zdravljenju, boljšega obvladovanja simptomov in nadzora bolečine ter večjega zadovoljstva bolnika (Fallowfield, Jenkins, 2004).

Z dokazi podprti psihosocialni ukrepi

Kognitivno vedenjska terapija, krizne intervencije, psihoedukacija, suportivna psihoterapija ter skupinska psihoterapija so se izkazali za učinkovite pri zmanjševanju čustvene stiske ter izboljšanju kakovosti življenja bolnikov z rakom (Holland, 2010). Ob hujših stiskah je poleg psihosocialne obravnave pomembna tudi psihiatrična obravnava s psihofarmakoterapijo (Holland, Alici; 2010). Izsledki raziskav o vplivu psihosocialnih ukrepov na preživetje bolnikov z rakom so si nasprotujoči (Antoni, 2013).

Psihoedukacija je – v večji ali manjši meri – sestavni del večine psihosocialnih obravnav bolnikov z rakom, tako v individualnem kot v skupinskem terapevtskem okolju. Njen glavni namen je zmanjševanje občutij nemoči in neustreznosti, ki izhajajo iz nepoznavanja situacij, povezanih z boleznijo in zdravljenjem, ter krepitev občutka obvladovanja in nadzora. Poleg zdravstvenih informacij namreč bolnik potrebuje tudi znanje o samem procesu spoprijemanja in čustvenega doživljanja, o strategijah za obvladovanje

stresa ipd. Kratkotrajne in strukturirane obravnave, kjer ima pomembno mesto psihoedukacija, so indicirane predvsem pri bolnikih z začetnimi stadiji bolezni; obravnave so osredotočene predvsem na to, kako živeti z rakom (Fawzy, Fawzy, 1998).

Suportivna psihoterapija zajema terapevtske ukrepe, ki se uporabljajo občasno ali kontinuirano, in je usmerjena v pomoč bolnikom pri spoprijemanju z obremenjujočimi čustvi, k prepoznavanju bolnikovih močnih lastnosti ter kot podpora adaptivnemu procesu spoprijemanja (Lederberg, Holland, 2011). Terapevtski proces vključuje tudi obvladovanje stresa, tehnike reševanja težav ter psihoedukacijo (Reingruber, 2011). Obravnava lahko poteka individualno ali skupinsko. Čustvena podpora bolnikom (s tujko »suport«) je tudi sestavni del vseh drugih oblik terapije (Lederberg, Holland, 2011).

Kognitivno vedenjska terapija je najpogosteje uporabljena oblika psihoterapije pri bolnikih z rakom.

Njene prednosti so, da so obravnave kratke, strukturirane, usmerjene na tukaj in zdaj. Učinkovita je pri obravnavi čustvene stiske in izboljša kakovost življenja; študije učinkovitosti vedenjsko-kognitivne terapije so se pri tem osredotočale na anksioznost in depresivnost (Sheard in Maguire, 1999; Raingruber, 2011), kot tudi na obvladovanje simptomov, kot je npr. nespečnost (Espie in sod., 2008).

Pri kognitivnih tehnikah je ključna prepoznavna izkrivljenih/disfunkcionalnih misli ter njihova obravnava; v kombinaciji z vedenjskimi tehnikami, kot so tehnike sproščanja ter sistematična desenzitizacija, tehnikami reševanja problemov ter delom na področju asertivnosti pomembno zmanjšujejo čustveno stisko (Holland, 2010). Vedenjske tehnike so uporabne tudi v številnih medicinskih situacijah, npr. pri kirurških posegih, klavstrofobičnih reakcijah ob diagnostičnih pregledih, zdravljenju z obsevanjem, obvladovanju anticipatorne slabosti in bruhanja, kar pri bolnikih poveča doživljanje osebnega nadzora in učinkovitosti pri spoprijemanju z rakom (Jacobsen, 1998).

Skupinska psihoterapija dokazano vpliva na izboljšanje kakovosti življenja, spoprijemanja z boleznijo, podobe o sebi, obvladovanja bolečine, odnosov (Kissane et al., 2007); študije pa ne potrjujejo enoznačno statistično pomembnega vpliva na preživetje bolnikov z rakom (Kissane et al., 2007; Raingruber, 2011). Skupinska psihoterapija je učinkovita tudi v smislu časovne ekonomike in stroškov (Spira, 1998).

Skupinska psihoterapija lahko izhaja iz različnih terapevtskih pristopov; od tega je tudi odvisno, v kolikšni meri se usmerja v čustveno socialno podporo, vedenjsko-kognitivne tehnike ali psihoedukacijo (Spiro, 1998). Z dokazi podprti so vplivi suportivno-ekspresivnih psihoterapevtskih skupin, skupin po principih vedenjsko-kognitivne terapije ter psihoterapije, usmerjene v smisel (Kissane et al., 2003; Kissane et al., 2007; Breitbart et al., 2009).

Skupine so lahko heterogene ali homogene glede lokalizacije ali stadija bolezni članov skupine. Različne so oblike skupine; lahko so odprte, polodprte ali zaprte. Bolniki ob diagnozi, pred zdravljenjem, med zdravljenjem in po zaključenem zdravljenju so velikokrat vključeni v kratkotrajnejše, strukturirane skupinske obravnave (npr. v trajanju 4-16 tednov, večkrat po vedenjsko-kognitivni terapiji), medtem ko so pri bolnikih z metastatsko boleznijo večkrat indicirane dolgotrajnejše oblike, večkrat suportivne ter psihoterapija, usmerjena v smisel (Spira, 1998; Kissane in sod., 2003; Watson, Kissane, 2011).

V študijah manj raziskani, v klinični praksi pa pomembni so tudi **krizni ukrepi**, ki so kot »psihološka prva pomoč« ob kriznem dogodku, za katerega je značilna preplavljenost z občutki, zožena miselna pozornost, neurejeno mišljenje, nesposobnost odločanja ter dezorganizirano vedenje; usmerjeni so v stabilizacijo kognitivnih in čustvenih procesov. Krizni ukrepi pomagajo pri soočanju in razumevanju zunanjega dogajanja in lastnih reakcij ter pri vzpostavljanju nadzora nad situacijo in samim seboj. Pri bolnikih z rakom je veliko kriznih situacij vezanih na diagnozo bolezni, proces odločanja ter začetke zdravljenja, kot tudi na ponovitve bolezni. Gre za kratkotrajne ukrepe (lahko tudi samo eno srečanje), ki pa imajo tudi pomemben preventiven učinek.

KLINIČNOPSIHOLOŠKA OBRAVNAVA BOLNIKOV Z RAKOM V SLOVENIJI

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana že od leta 1984 deluje Oddelek za psihoonkologijo; je edini tovrstni oddelek, kjer za psihoonkološko obravnavo bolnikov z rakom skrbi tim – zdravnik psihiater, klinični psiholog in diplomirana medicinska sestra. Sicer se je v Sloveniji v zadnjih letih pomembno povečala dostopnost kliničnopsihološke obravnave v večini bolnišnic, kjer obravnavajo bolnike z rakom.

Za bolnike na dolgotrajnem zdravljenju je pomembno, da imajo možnost kliničnopsihološke oskrbe blizu svojega domačega kraja. Zato je velik dosežek, da je kroženje na oddelkih, kjer se izvaja bolnišnična in ambulantna obravnava bolnikov s telesnimi boleznimi, postalo sestavni del specializacije iz klinične psihologije. Klinični psihologi, ki bodo delovali na različnih ravneh zdravstvenega sistema – tako v psihiatričnih in drugih bolnišnicah, različnih zavodih in zdravstvenih domovih –, bodo tako med izobraževanjem imeli možnost pridobiti osnovno znanje o potrebah in posebnosti obravnave bolnikov z rakom. Pomemben doprinos pa je tudi ustanovitev Sekcije za psihosocialno onkologijo in paliativno oskrbo znotraj Zbornice kliničnih psihologov Slovenije v letu 2011, ki preko strokovnega povezovanja skrbi za razširitev poznavanja področja psihosocialne onkologije med kliničnimi psihologi in s tem za dostopnost ustrezne kliničnopsihološke obravnave bolnikov na vseh nivojih zdravstvenega sistema.

ZAKLJUČEK

V celostni obravnavi bolnika z rakom je skrb za njegove psihosocialne potrebe naloga vseh zdravstvenih delavcev, ki – vsak na svojem strokovnem področju – vstopajo v oskrbo bolnika. Ob spoprijemanju z dolgotrajnim zdravljenjem imajo vsi bolniki z rakom potrebo po ustreznem informiranju, osnovni čustveni podpori ter empatični komunikaciji. Pomembno pa je, da so bolnikom, ki doživljajo globljo čustveno stisko, dostopni tudi psihosocialni ukrepi, ki jih (po potrebi v kombinaciji s psihofarmakoterapijo) izvajajo ustrezno usposobljeni zdravstveni delavci.

LITERATURA

Antoni MH. Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain Behav Immun*, 2013; 30(Suppl): 88-98.

Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C. Et al. Meaning-centred group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. Psychooncology 2009; 19 (1): 21-8.

Bultz B, Carlson L, Dudgeon D, Fillion L, Howes L, et al. Moving Towards Person-Centered Care: Guide to Implementing Screening for Distress, the 6th Vital Sign: Background, Recommendations, and Implementation. Canadian Partnership against Cancer. 2009.

Espie CA, Fleming L, Cassidy J, Samuel L, Taylor LM, White CA, et al. Randomized controlled clinical effectiveness trial of cognitive behavior therapy compared with treatment as usual for persistent insomnia in patients with cancer. *J Clin Oncol.*2008; 26(28): 4651-8.

Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J cancer.* 2001; 84: 1011-15.

Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet.* 2004; 363(9405): 312-9.

Fawzy IF, Fawzy NW. Psychoeducational Interventions. In Holland J, ed. *Psycho-Oncology.* New York: Oxford University Press; 1998: 676-93.

Grassi L, Travado L. The role of psychosocial oncology in cancer care. In: Coleman MP, Alexe DM, Albrecht T, McKee M, eds. *Responding to the challenge of cancer in Europe.* Ljubljana 2008; 209-29.

Holland JC, Alici Y. Management of Distress in Cancer Patients. *J Support Oncol.* 2010; 84-112.

Holland JC, Lewis S. *The human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty.* New York: HarperCollins Publishers; 2001.

Hutchison SD, Steginga SK, Dunn J. The Tiered Model Of Psychosocial Intervention In Cancer: A Community Based Approach. *Psycho-Oncology.* 2006; 15 (6): 541-6.

Jacobsen PB, Hann DM. Cognitive-Behavioral interventions. In Holland JL. *Psycho - Oncology.* Oxford: Oxford University Press; 1998; 717-29.

Krebbler AMH, Buffart LM, Kleijn G, Riepma IC, da Bree R, Leemans CR, et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology.* 2014; 23 (2): 121-30.

Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM et al. Supportive-pressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psycho-social outcome from a randomized controller trial. *Psychooncology* 2007; 16 (4): 277-86.

Kissane DW, Grabsch B, Smith GC et al. Cognitive-exential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology* 2003; 12 (6): 532-46.

Lederberg MS, Holland JC. *Supportive Psychotherapy in Cancer Care: an Essential Ingredient of All Therapy*. In Watson M, Kissane DW., eds. *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. Wiley-Blackwell; 2011: 3-14.

Mehnert A, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schultz H, et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol*. 2014; 32(31): 3540-6.

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management. Dostopno na http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#distress (4.3.2008)

Psihološke krizne intervencije. Dostopno na <http://www.scribd.com/doc/51286884/psiholoske-krizne-intervencije#scribd> (27.1.2015)

Raingruber B. *The Effectiveness of Psychosocial Interventions with Cancer Patients: An Integrative Review of the Literature (2006–2011)*. *ISRN Nursing*. 2011; 1-28.

Sheard T, Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer*. 1999; 80(11): 1770-80.

Spira JL. *Group Therapies*. In Holland J, ed. *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press; 1998: 701-16.

Thewes B, Brebach R, Dzikowska M, Rhodes P, Sharpe L, Butow P. *Current approaches to managing fear of cancer recurrence; a descriptive survey of psychosocial and clinical health professionals*. *Psychooncology*. 2013;22 (12): 2797 – 806.

Watson M, Kissane DW. *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. Wiley-Blackwell; 2011.