

PSIHO-ONCOLOGIA – ETAPE ÎN DEZVOLTAREA INTERNAȚIONALĂ

PSYCHO-ONCOLOGY - STAGES IN THE INTERNATIONAL DEVELOPMENT

drd. *Simona Grigorescu*¹, șef lucr. dr. *Dan Grigorescu*¹, prof. univ. dr. *Liliana Rogoza*¹,

¹ Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania Brașov

Autor corespondent: Simona Grigorescu. simo.grigorescu@yahoo.com

Abstract:

The brief history of psycho-oncology is interesting for contemporary review because it has, over 30 years, produced a model in which the psychological domain has been integrated, as a subspecialty, into the disease-specific specialty of oncology. As such, the field today contributes to the clinical care of patients and families, to the training of staff in psychological management, and to collaborative research.

The standard mandated by IOM is that quality cancer care today demands that the psychosocial needs of patients be integrated into routine cancer care.

Key-words: *psycho-oncology, history, psychosocial needs*

I. Introducere

La începutul secolului XXI, cancerul era și continuă să fie o problemă majoră de sănătate la nivel global, reprezentând a doua cauză de deces după bolile cardiovasculare.

Agenția Internațională pentru Cercetare în Cancer (The International Agency for Research on Cancer - IARC), componentă a Organizației Mondiale a Sănătății a prezentat cele mai recente date despre incidența, mortalitatea și prevalența cancerului în întreaga lume. Globcan 2012, noua versiune de bază de date online a IARC, pune la dispoziție cele mai recente date estimative pentru 28 de tipuri de cancer în 184 de țări, oferind o imagine de ansamblu a incidenței cancerului la nivel mondial, care a crescut în 2012 la 14,1 milioane de cazuri noi și 8,2 milioane decese [37].

Din punct de vedere al incidenței, în cadrul patologiei oncologice, cea mai mare frecvență la nivel mondial o are cancerul pulmonar cu 1,8 milioane de cazuri nou diagnosticate în 2012 (13%), urmat de cancerul de sân cu 1,7 milioane de cazuri (11,9%) și cancerul colo-rectal, cu 1,4 milioane (9,7%) [37]. În Europa, cel mai des întâlnit este cancerul de sân (464.000 cazuri nou diagnosticate anual), urmat de cancerul colo-rectal (447.000 cazuri), cancerul de prostată și cancerul pulmonar (fiecare cu câte 410.000 cazuri) [14].

Cel mai mare număr de decese înregistrate

în 2012 este produs de cancerul pulmonar (1,6 milioane), cancerul hepatic (0,8 milioane), urmat de cancerul gastric (0,7 milioane).

Agenția Internațională pentru Cercetare în Cancer estimează o creștere substanțială a numărului de pacienți cu patologie neoplazică nou diagnosticată, 19,3 milioane anual, până în 2025.

În România, pacienții sunt diagnosticați în stadii avansate ale cancerului, iar cele mai întâlnite afecțiuni oncologice sunt cancerul pulmonar, urmat de cancerul colo-rectal, cancerul de sân, cancerul de prostată și cancerul uterin [37].

Deși importanța sprijinului psiho-oncologic la pacienții cu cancer este larg acceptată, standarde universale pentru îngrijirea de tip psiho-oncologic nu au fost încă stabilite [34], iar în România intervenția de tip psihologic, nu numai că nu a intrat în practica curentă, dar nici nu e acceptată de toată populația. Ținând cont de nevoia imperioasă pentru sprijin psiho-emoțional pe care o resimt părțile implicate în tratamentul cancerului, medicina oncologică trebuie să contribuie la dezvoltarea integrării conceptelor de îngrijire psiho-oncologică (holistică) cu cele de îngrijiri acute, cu reabilitarea și îngrijirile ulterioare încheierii tratamentului oncologic propriu-zis [26, 43].

Psiho-oncologia este un domeniu interdisciplinar care se preocupă de factorii

somatici, sociali și psihologici care influențează starea de bine a pacientului oncologic, fiind pusă în operă prin aplicarea conceptului bio-psiho-social la pacienții cu cancer [24, 43].

În ultimele decenii au existat preocupări pe plan mondial pentru dezvoltarea psiho-oncologiei ca specialitate de sine stătătoare și, implicit, pentru stabilirea unui rol clar al psiho-oncologului în cadrul terapiei pacientului neoplazic, preocupări care au consacrat necesitatea creșterii numărului de psiho-oncologi implicați în această activitate. Cu toate acestea, psiho-oncologia este puțin înțeleasă în România, fiind exercitată în afara unui cadru recunoscut de către autoritățile abilitate.

Lucrarea are ca scop evaluarea stadiului actual al dezvoltării psiho-oncologiei pe plan mondial, în contextul în care în România psiho-oncologia nu există nici ca disciplină, nici ca areal profesional de existență a psiho-oncologului, inclus sau nu în echipa terapeutică din sistemul de asistență medicală oncologică.

II. Etapele dezvoltării psiho-oncologiei pe plan mondial

A. Etapa negării necesității transmiterii diagnosticului de cancer

În secolul al XIX-lea diagnosticul de cancer era echivalent cu moartea iminentă, în contextul în care în acea perioadă nu erau cunoscute nici cauzele, nici metodele curative. Dezvăluirea diagnosticului era considerat un act de cruzime și inuman în raport cu pacientul, deoarece acesta își pierdea întreaga speranță. Necunoscând diagnosticul, pacienții se puteau adapta mult mai bine la o situație care implica un final ușor de prevăzut [24, 25].

În cunoscuta sa lucrare „Moartea lui Ivan Ilych”, Tolstoi descrie consecințele generate de familie și medic, care i-au ascuns diagnosticul, neluând în serios durerea intensă de stomac produsă de cancerul gastric. El a fost nevoit să lupte singur cu durerea și cu temerile că e grav bolnav, în timp ce familia lui a menținut o conspirație a tăcerii [42].

Stigmatizarea socială, rușinea, vina, teama erau elemente asociate diagnosticului de cancer [24].

B. Etapa recunoașterii modificărilor psihologice în cancer

Un pas înainte a constituit introducerea

anesteziei în 1847, fapt care a deschis calea pentru rezecțiile largi ale formelor avansate de cancer, și totodată a generat apariția primelor urme de speranță cu privire la tratamentul curativ [23, 24].

În 1913 Societatea Americană de Cancer a fost prima instituție care a pus în discuție atitudinea publică privind, ignoranța, teama, fatalitatea în cancer [2, 24].

Primele campanii educaționale cu privire la simptomele de debut ale bolii neoplazice organizate în SUA și Europa încă din anul 1900 au pregătit terenul pentru intrarea în scenă a disciplinei psiho-oncologiei prin înființarea în 1937 în Statele Unite ale Americii a Institutului Național de Cancer și a Uniunii Internaționale Împotriva Cancerului (International Union Against Cancer) [20, 25]. În timp ce medicii și publicul au manifestat o atitudine pesimistă în privința rezultatelor obținute de primele abordări terapeutice în cancer, au fost demarate și primele cercetări cu privire la trăsăturile de personalitate și evenimentele de viață legate de dezvoltarea unei tumori [3, 17, 21, 33, 41].

C. Etapa dezvoltării sistemelor de suport psihologic pentru pacienții diagnosticați cu cancer bazate pe activitatea medicilor oncologi

Societatea Americană de Cancer promovează în aceeași perioadă primele grupuri de suport recrutând pacienți laringectomizați și colostomizați [2, 27].

În anii '50, introducerea chimioterapiei (methotrexat) a schimbat prognoza pentru unele tumori anterior fatale (cancer testicular, Hodgkin, leucemie) și, în consecință, s-au schimbat și problemele psihologice legate de perspectiva de viață și de tratament. Preocuparea privind modalitatea de comunicare a diagnosticului a apărut o dată cu apariția primelor publicații științifice despre impactul devastator asupra psihicului uman a comunicării diagnosticului de cancer la pacienți. Toate acestea au contribuit la o deschidere treptată a medicilor față de pacienții lor, la o dezvoltare a cunoștințelor despre boala malignă în rândul publicului larg și la un succes tot mai mare al terapiilor [23, 27].

În 1950, la Centrul Memorial Sloan-Kettering din New York, sub îndrumarea psihiatrului Sutherland, s-a înființat primul

serviciu independent de asistență psihologică a pacienților cu cancer [41]. Eforturile unui alt medic psihiatru, Elisabeth Kubler Ross, privind reacțiile psihologice ale pacientului care se apropie de moarte, în special teoria despre „etapele morții”, au parte de o mare publicitate în Europa și în America, cu profund impact asupra opiniei publice și a personalului medical, prin faptul că se concentra pe tendința celor din urmă de a evita subiectul morții în discuțiile cu persoana bolnavă [1, 28]. În această perioadă apar primele articole având ca și temă posibilă relația dintre factorii psihologici și cancer, structura de personalitate a femeilor care dezvoltă această patologie [4, 17, 30, 31, 33]. Din nefericire aceste studii nu prezentau credibilitate, nefiind realizate de către medici, care nu manifestau interes în implicarea în abordări speculative asupra etiologiei bolii neoplazice.

În anii '60 se înființează în SUA Mișcarea de Tanatologie care a vizat analiza atitudinii sociale față de moarte și modul în care se poate realiza o bună comunicare cu pacienții cu cancer în stadiul terminal din partea întregii echipe de îngrijire [13, 28]. În jurul anului 1975 era deja larg acceptat și în Europa faptul că pacientul diagnosticat cu cancer avea nevoie, pe lângă tratamentul medicamentos, chirurgical și radioterapeutic specific, și de sprijin psihologic. În acea perioadă (1975) se puneă însă accent pe suportul psihologic acordat pacientului (inclusiv membrilor familiei acestuia) în mod exclusiv de către medicul oncolog, fiind luată în discuție necesitatea dezvoltării cu precădere a unei relații individuale bazate pe onestitate, încredere și o strânsă comunicare și empatie [10, 11, 12].

Această abordare nu a dus la rezultatele așteptate, generând nevoia evaluării motivelor pentru care eficacitatea ei s-a dovedit atât de scăzută. Ca urmare, studii orientate pe acest subiect [32] au pus în evidență faptul că, în contextul în care cei mai mulți dintre pacienții cu cancer avansat experimentează emoții negative, medicii oncologi sunt supuși unei permanente presiuni de comunicare. S-a constatat, din păcate, că, în raport cu pacienții lor, medicii oncologi răspund rareori empatic, iar atunci când o fac, apar diferențe semnificative între pacienți, care generează efecte negative, deoarece aceștia percep această diferență de expresie a empatiei. S-a mai

constatat științific faptul că un alt impediment pentru obținerea de rezultate bune în sprijinul psihologic acordat de către oncolog a fost apariția relativ tardivă a încrederii pacientului în acesta, doar după un an de la începerea colaborării, cel mai probabil datorită nestăpânirii tehnicilor specifice.

D. Etapa dezvoltării sistemelor de suport psihologic pentru pacienții diagnosticați cu cancer bazate pe activitatea psihologilor, a grupurilor suport formate de pacienți, a altor profesioniști

Cea mai importantă limită în implicarea medicilor în această activitate s-a dovedit a fi faptul că, deși ar trebui ca oncologii să fie pregătiți mai mult în comunicarea empatică, aceștia nu simt în mod real această nevoie și nici nu sunt nici dispuși să se formeze în acest sens. Aceste realități au condus la ideea implicării în sprijinul emoțional al pacienților cu cancer a unei alte categorii de specialiști, respectiv a psihologilor.

O contribuție majoră a avut-o Cecily Saunders care a pus bazele îngrijirii paliative [20].

Începuturile formale ale psiho-oncologiei datează din 1975, moment în care a devenit posibilă și comunicarea cu pacientul despre diagnosticul de cancer și trăirile sale cu privire la boală [24].

Din datele existente în literatura de specialitate, psiho-oncologia, ca activitate legată de tratamentul integrat al pacientului oncologic, a fost fondată oficial în Italia în 1985 [36]. Abia după mai bine de 10 ani, în 1997, s-a reușit înființarea în cadrul Departamentului de Psihologie al Institutului Național de Tumori din Milano a unui serviciu clinic implementat pe grupe de pacienți. În cadrul acestui serviciu s-a pus accent pe constituirea și managementul unor grupuri compuse exclusiv din pacienți cu cancer care au avut scopul de a ajuta pacienții să gestioneze boala. Aceste grupuri au fost gândite pentru a oferi fiecărui membru acceptarea și sprijinul care provin din faptul că sunt alături de alți oameni care au avut experiențe similare. Experiența clinică a arătat că, în toate acțiunile care duc la schimbări somatice permanente, cum ar fi mastectomia, colostomia, laringectomia, constituirea unor grupuri orientate către un obiectiv specific s-a dovedit a fi foarte utilă în

gestionarea și soluționarea situațiilor de stres psihologic [21, 40].

În Germania, în 1995, pentru prima dată în această țară, a fost înființat în Spitalul Comunitar Herford, din inițiativă privată, un departament de Psiho-oncologie, ca unitate independentă. Statutul de independență s-a dovedit extrem de util și funcțional. Modelul Herford s-a bazat pe 4 compartimente: sprijin psiho-social pentru pacienți, sprijin pentru relațiile pacienților, evaluarea activității membrilor echipei, educație pentru medici și asistente. Personalul departamentului cuprindea 3 psihologi și un terapeut specializat în meloterapie. În cadrul acestui departament au putut fi sprijiniți 846 de pacienți într-o perioadă de 30 de luni [35, 38].

În 1997, the National Comprehensive Cancer Network (NCCN), organizație cuprinzând 18 centre de studiu al cancerului, propunea utilizarea primelor instrumente în psiho-oncologie. La pacienții diagnosticați cu boală neoplazică urma să se evalueze și să se monitorizeze nivelul și natura „distress-ului psihosocial”, utilizându-se Termometrul de Distress (Distress Thermometer). Un scor de 4 sau mai mare determina folosirea unui alt instrument, și anume Scala de Depresie și

Anxietate (Hospital Anxiety and Depression Scale- HADS [8, 12, 24]. În funcție de nivelul de distress și de natura problemei, se asigurau intervențiile corespunzătoare (fig. 1).

În Extremul Orient, Japonia a demonstrat o preocupare constantă în acest domeniu, obligată de faptul că, încă din 1981, cancerul a fost principala cauză de deces în această țară. Cu toate acestea, abia după mai bine de 25 de ani de la acest moment (2007) s-a decis ca psiho-oncologia să joace un rol important în îngrijirea oncologică prin lansarea „Planului de Bază privind Promovarea Programelor de Control al Cancerului”, care a consacrat necesitatea creșterii numărului de psiho-oncologi în scopul promovării îngrijirilor paliative încă din fazele incipiente ale tratamentului oncologic [36].

Suplimentar au fost stabilite protocoale de lucru privind noi sisteme de tratament al cancerului implicând psihiatrii. Aceste protocoale stipulau că spitalele desemnate pentru a asigura tratamentul cancerului erau obligate să aibă în structură departamente de psihiatrie și că echipele de îngrijire paliativă incluzând psihiatrii vor fi finanțate prin asigurări [12, 13].

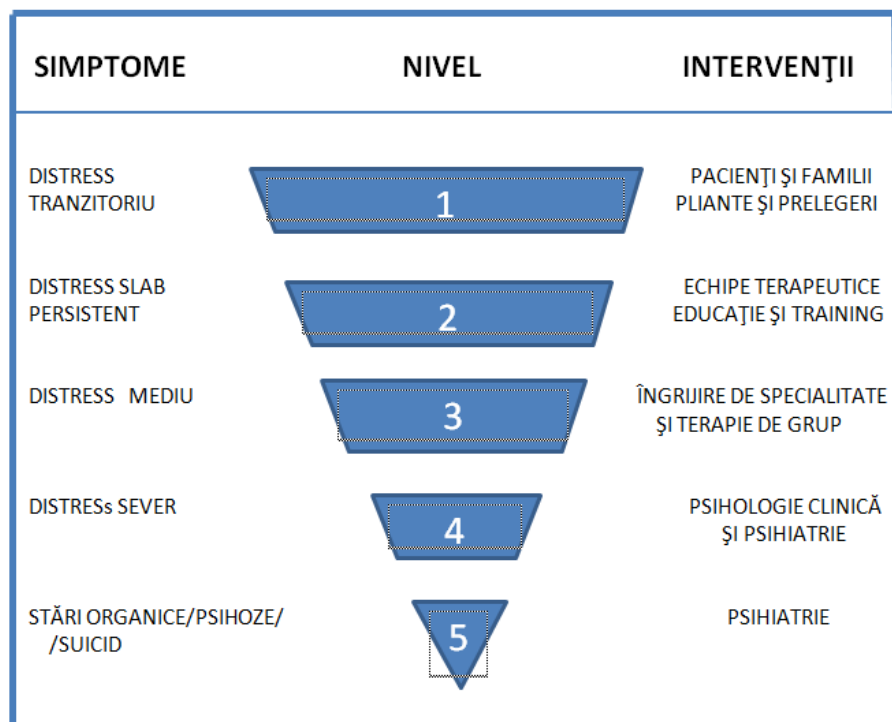


Fig. 1 Tipuri de intervenții în funcție de nivelul de distress

O abordare mai complexă s-a putut pune în evidență în urmă cu 8-9 ani (2005), când în țările mediteraneene au fost inițiate studii având ca preocupare rezolvarea mai eficientă a problemelor psihologice nu numai ale pacienților, ci și a celor ale medicilor oncologi înșiși [10, 20, 32]. Din păcate, s-a insistat la acel moment în a se găsi soluții doar prin îmbunătățirea relației de comunicare dintre medicul oncolog și pacient, fără ca psiho-oncologul să intre în discuție ca factor al algoritmului de comunicare, în speranța că rezolvarea problemelor menționate s-ar obține doar prin creșterea abilităților de comunicare a medicilor și printr-o mai bună abordare de către aceștia a problematicii psiho-sociale [20].

E. Etapa îngrijirilor psiho-sociale

Deși importanța sprijinului psiho-oncologic la pacienții cu cancer era larg acceptat, standarde universale pentru îngrijirea de tip psiho-oncologic nu erau încă stabilite în 2008. Ținând cont de numărul în creștere al pacienților diagnosticați cu cancer, medicina oncologică avea și are o nevoie imperioasă de dezvoltarea conceptelor de îngrijire psiho-oncologică integrată cu cele privind îngrijirile acute, reabilitarea și îngrijirile post-tratament [5, 6, 7].

Din păcate, s-a demonstrat în timp (2010) că, de regulă, în ciuda multiplelor roluri pe care le pot juca psihiatrii în îngrijirile legate de cancer pentru pacienți și familiile lor, ei nu sunt capabili să și le îndeplinească din cauza lipsei de timp pentru desfășurarea acestor activități (altele decât serviciile psihiatrice standard pentru care erau specializați) și, în cazul unora, lipsa de pregătire în îngrijirile oncologice.

Un nou concept s-a dezvoltat în ultimii ani pe palierul sprijinului psihologic pentru pacienții cu cancer, fiind vorba de îngrijirea psihosocială în cancer (Fig. 2) [6, 19].

O privire retrospectivă asupra programelor psiho-sociale și programelor naționale de cancer ale țărilor membre ale Federației Internaționale a Societăților de Psiho-oncologie (IPOS) a fost creionată pe baza datelor puse la dispoziție de reprezentanții a 29 de societăți naționale de psiho-oncologie asupra integrării îngrijirii psiho-sociale în cadrul programelor naționale de cancer, mai precis despre modul în care (sau dacă) îngrijirea psiho-socială a fost recunoscută și integrată

În 2007, Raportul IOM (Institute Of Medicine - S.U.A.) s-a constituit într-un document de reper care a oferit o mare credibilitate aspectelor psiho-sociale în cancer, venind din partea unei organizații naționale independente cu influență în politicile publice și private în domeniu.

Comitetul IOM, după o analiză îndelungată a literaturii, a ajuns la concluzia că baza de dovezi existente sugerează că în îngrijirea de calitate a cancerului a fost stabilit un nou standard: acela că domeniul psiho-social trebuie integrat în îngrijirea oncologică de rutină [4, 15, 16].

Serviciile psiho-sociale de sănătate sunt servicii psihologice și sociale și intervenții care permit pacienților și familiilor lor, ca și prestatorilor acestor servicii să optimizeze îngrijirea biomedicală de sănătate și să realizeze un bun management atât al aspectelor psihologice, comportamentale și sociale ale bolii, cât și ale consecințelor acesteia, astfel încât să promoveze mai bine sănătatea.

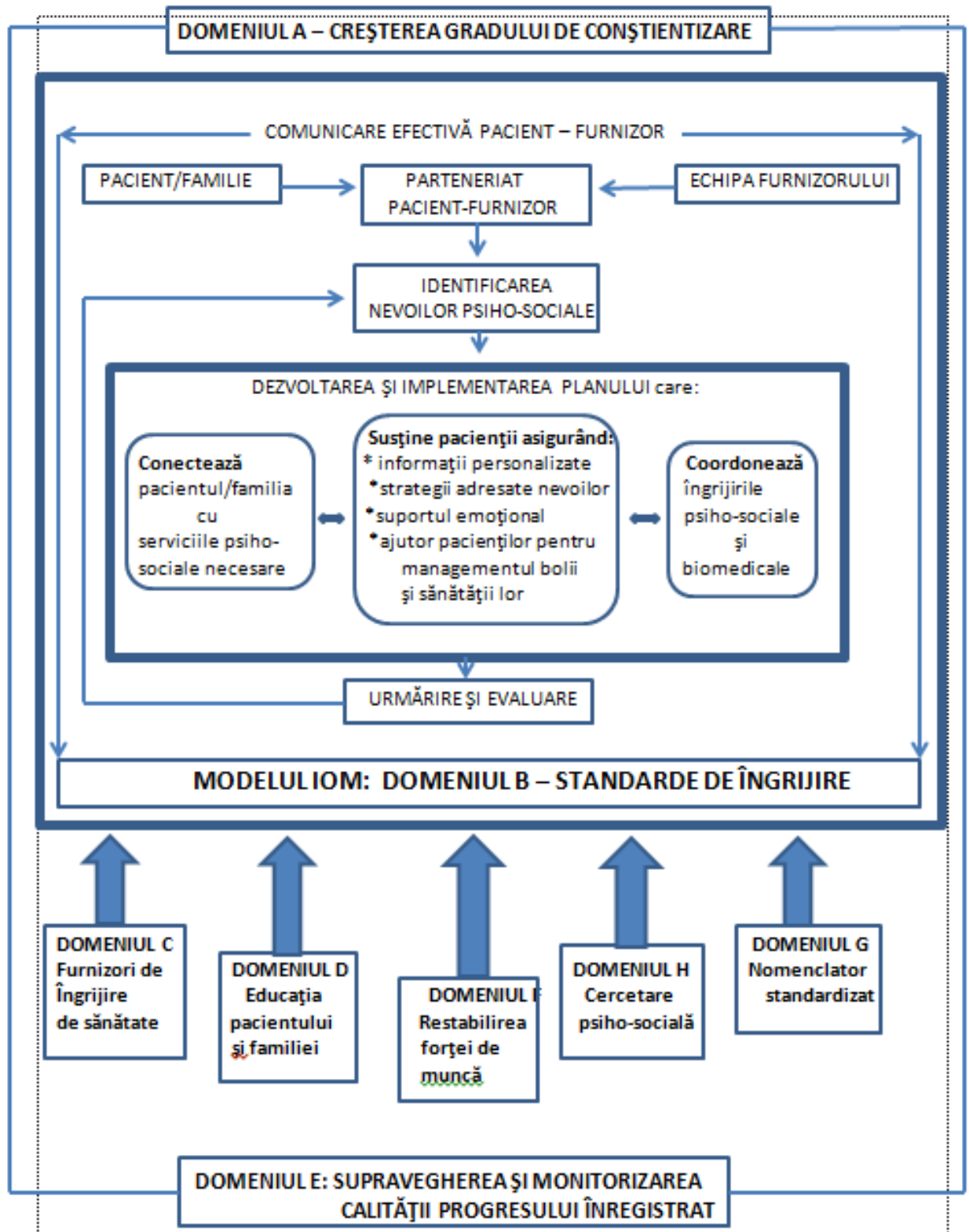


Fig. 2 Domeniile de acțiune în îngrijirile oncologice

Abordarea nevoilor psiho-sociale ar trebui să fie parte integrantă a îngrijirii de calitate în cancer. Toate componentele sistemului de îngrijiri de sănătate care sunt implicate în îngrijirea cancerului ar trebui să-și îndrepte în

mod explicit atenția asupra nevoilor psiho-sociale, respectiv asupra politicilor, practicilor și standardelor care se adresează îngrijirii clinice. Acestea ar trebui să asigure acordarea de servicii psiho-sociale de sănătate tuturor

pacienții care au nevoie de ele [24, 39].

Identificarea nevoilor psihosociale trebuie urmată de dezvoltarea unui plan de tratament psiho-social care: 1. să se coordoneze cu îngrijirea medicală; 2. să susțină pacienții cu informațiile necesare, să identifice nevoile acestora, să ofere susținere emoțională și să ajute pacientul să-și gestioneze boala și tratamentul; 3. să conecteze pacienții la serviciile psiho-sociale adecvate.

Concluzii

În urma analizei acestor date rezultă că atât recunoașterea, cât și integrarea psiho-oncologiei în arealul profesional al terapiei oncologice au fost până în prezent extrem de limitate. Valoarea acestei analize constă în faptul că evidențiază, dintr-o perspectivă globală, evoluția și stadiul actual al îngrijirii psiho-sociale pentru pacienții cu cancer și pentru familiile lor.

Din ultimele date accesibile s-a putut constata că, în timp ce oncologia psiho-socială s-a dezvoltat în ultima decadă, totuși, în unele țări (în special cele în curs de dezvoltare), încă nu face parte integrantă din îngrijirea pacienților cu cancer.

În această perspectivă, nici nu este de mirare că în România preocupările privind promovarea psiho-oncologiei sunt atât de incipiente. Nici nu este surprinzător din moment ce psiho-oncologul nu are accesibil nici cadrul de formare de strictă specialitate și nici recunoașterea oficială a desfășurării acestui tip de activitate, care rămâne un domeniu de implicare pur personală a unui număr extrem de restrâns de psihologi. Singura valență oficială a recunoașterii existenței acestui tip de pregătire este susținută de existența unei societăți naționale afiliate la IPOS, având însă încă o slabă reprezentativitate în peisajul organizațional al psihologilor români.

Bibliografie:

- [1] Afonso S.B., Minayo M.C. - A reappraisal of the works of Elisabeth Kubler-Ross. *Cien Saude Colet.* 2013;18(9):2729-32.
- [2] American Cancer Society. *Fact book for the medical and related professional.* New York, NY: American Cancer Society; 1990.
- [3] Blumberg E.M., West P.M., Ellis F.W. - A possible relationship between psychological

- factors and human cancer. *Psychosomatic Medicine.* 1954;16:277-286.
- [4] Boinon D., Sultan S., Charles C., Stulz A., Guillemeau C., Delalogue S., Dauchy S. - Changes in psychological adjustment over the course of treatment for breast cancer: the predictive role of social sharing and social support. *Psychooncology.* 2014;23(3):291-8.
- [5] Borrás J.M., Albrecht T., Audisio R., Briers E., Casali P., Travado L. - Policy statement on multidisciplinary cancer care. *Eur J Cancer.* 2014 ;50(3):475-80.
- [6] Breitbart W., Bultz B.D., Dunn J., Grassi L., Watson M., President's Plenary International Psycho-Oncology Society: future directions in psycho-oncology, 22(7):1439-43. doi: 10.1002/pon.3332., 2012
- [7] Caruso R., Pasquale C.D., Lichosik D., Dellafiore F., Pittella F. - Report on the 2013 European Multidisciplinary Cancer Congress, Amsterdam, 2013: nursing highlights. *Ecancer medical science.* 2013;24;7:367.
- [8] Chien C.H., Liu K.L., Liu H.E. - The effects of psychosocial strategies in anxiety and depression of patients diagnosed with prostate cancer: a systematic review, *Int J Nurs Stud,* 2014; 51(1):28-38. doi: 10.1016.
- [9] Chaturvedi S.K., Venkateswaran C. - New research in psychooncology. *Curr Opin Psychiatry,*2008, 21(2):206-10 (ISSN: 0951-7367).
- [10] Creech R.H. - The psychologic support of the cancer patient: a medical oncologist's viewpoint, 1975 Dec;2(4):285-92.
- [11] De Vries A.M., Roten Y., Meystre C., Passchier J., Despland J.N., Stiefel F. - Clinician characteristics, communication, and patient outcome in oncology: a systematic review. *Psychooncology.* 2014; 23(4):375-81. doi: 10.1002/pon.3445.
- [12] De Vries M.J., Schilder J.N., Mulder C.L., Vrancken A.M., Remie M., Garssen B. - Phase II study of psychotherapeutic intervention in advanced cancer. *Psychooncology.* 1997;6(2):129-37.
- [13] Fabrega H. Jr. - Psychiatric stigma in the classical and medieval period: a review of the literature, 1990;31: 289- 306.
- [14] Ferlay J., Steliarova-Foucher E. - Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2014. *European Journal of Cancer,* 2013;49, 1374-1403.
- [15] Fobair P., Stearns N.N., Desonier M -. Historical threads in the development of oncology social work. *J Psychosoc Oncol.*

- 2009;27(2):155-215..
- [16] Forsythe L.P., Alfano C.M., Leach C.R., Ganz P.A., Stefanek M.E., Rowland J.H. - Who provides psychosocial follow-up care for post-treatment cancer survivors? A survey of medical oncologists and primary care physicians, 2012;30(23):2897-905.
- [17] Fisher S., Cleveland S.E. - Relationship of body image to site of cancer. *Psychosomatic Medicine*. 1956;18: 304- 309.
- [18] Grassi L. - Quam bene vivas referre: curing and caring in psycho-oncology. *Psychooncology* 2013;22(8):1679-87.
- [19] Grassi L, Watson M; IPOS Federation of Psycho-Oncology Societies' co-authors, Psychosocial care in cancer: an overview of psychosocial programmes and national cancer plans of countries within the International Federation of Psycho-Oncology Societies, 2012. 21(10):1027-33. doi: 10.1002/pon.3154.
- [20] Greer S. - Psycho-oncology: its aims, achievements and future tasks. *Psycho-Oncology* 1994;3:87-101.
- [21] Gregurek R., Bras M., Brajkovic L. - Psychological problems of patients with cancer. *Psychiatria Danubina*, 2010; Vol 22, No 2, pp227- 270.
- [22] Hofer T. - Responsibilities of psycho-oncology, *Ther Umsch*, 55(7):4157 (ISSN: 0040-5930), 1998.
- [23] Holland J.C., Psycho-oncology: overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology* 1992, 1: 1-13.
- [24] Holland J. C. - Psycho-oncology Second edition, Oxford University Press, 2010.
- [25] Holland J.C. - History of psycho-oncology:overcoming attitudinal and conceptual barriers, *Psychosomatic Medicine*, 2002;64:206-221.
- [26] Jabłoński M., Furgal M., Dudek D.; Zieba A. - The position of psychooncology in contemporary psychiatry, 2008, 42(5):749-65 (ISSN: 0033-2674)..
- [27] *Journal of Clinical Oncology*, Vol 21, No 23, 2003, 253- 265.
- [28] Kubler- Ross E, *On death and dying*. New York, NY Macmillan; 2000.
- [29] Li Q, Xu Y.- A systematic review on patient-reported outcomes in cancer survivors of randomised clinical trials: direction for future research. *Psychooncology*. 2014. doi: 10.1002/pon.3504.
- [30] Monti D.A., Kash K.M., Kunkel E.J., Moss A., Mathews M., Brainard G., Anne R., Pequinot E., Newberg A.B. - Psychosocial benefits of a novel mindfulness intervention versus standard support in distressed women with breast cancer. *Psychooncology*. 2013; 22(11):2565-75. doi: 10.1002
- [31] Panjari M., Davis S.R., Fradkin P., Bell R.J. Breast cancer survivors' beliefs about the causes of breast cancer. *Psychooncology*. 2012;21(7):724-9.
- [32] Pollak K.I., Arnold R., Alexander S.C., Jeffreys - Do patient attributes predict oncologist empathic responses and patient perceptions of empathy?, 18(11):1405-11. doi: 10.1007/s00520-009-0762.
- [33] Reznikoff M. - Psychological factors in breast cancer: a preliminary study of some personality trends in patients with cancer of the breast. *Psychosomatic Medicine*. 1955;17:96-108.
- [34] Schumacher A. - Psychooncology in the acute treatment setting, 2008 ;133(1):35-8. doi: 10.1055/s-2008-1004664.
- [35] Schlömer-Doll U., Mücke K., Stecker R., Rodi B., Decius S. - Psycho-oncologic care interdisciplinary problem. *Herfordzki's model*. 2000; 41(1-2):49-54.
- [36] Seishin Shinkeigi - The role of psycho-oncology in cancer care in Japan, 2010; 112(12): 1210-5.
- [37] Siegel R., Deepa N. - Cancer Statistics 2013. *Cancer Journal for Clinicians*, 2013;63:11-30.
- [38] Stecker R., Schlömer-Doll U., Mücke K.; Rodi B. - Psychooncological provision in a general hospital: the Herford model, 2000; 48(9-10):408-16.
- [39] Steliarova-Foucher E., O'Callaghan M., Ferlay J., Comber H. - The European Cancer Observatory: A new data resource. *Eur J Cancer*. 2014; S0959-8049(14)00100-2.
- [40] Stephenson J.H., Grace W.J. - Life stress and cancer of the cervix. *Psychosomatic Medicine*, 1956;16:287-294.
- [41] Sutherland AM, Orbach CE. The psychological impact of cancer and cancer surgery, *Cancer*, 1952;5:857-872.
- [42] Tolstoy L. - *The death of Ivan Ilyich*. New York, NY: Harper&Row; 1967.
- [43] Watson M., Dunn J., Holland J.C. - Review of the history and development in the field of psychosocial oncology, 2014 ;26(1):128-35. doi: 10.3109/09540261.2013.849230.