

HODGKINOVA BOLEZEN V LUČI PSIHODINAMIČNIH IN RAZVOJNIH FAKTORJEV

Miloš Židanik

- prikaz primera -

KLJUČNE BESEDE: Hodgkinov limfom, etiologija, psihosomatika, psihoterapija, somatoformne motnje.

KEYWORDS: Hodgkin's lymphoma, etiology, psychosomatic medicine, psychotherapy, somatoform disorders.

IZVLEČEK

Izhodišča: Etiologija in patogeneza Hodgkinovega limfoma je kljub intenzivnim raziskavam še vedno nejasna. V članku to bolezen prikazujem kot psihosomatsko bolezen, s poudarkom na nedednostnih in nebioloških faktorjih, ki vplivajo na razvoj bolezni, in kot obolenje, ki vpliva na razvoj psihičnih motenj, ko je sam limfom že v dobri remisiji. V predstavitvi kliničnega primera poudarjam psihodinamične dejavnike in dejavnike okolja, ki so pripomogli k pojavu bolezni ob siceršnji somatski ranljivosti, ter psihodinamične dejavnike ob aktualni problematiki.

Zaključki: Cilj tega članka je spodbuditi ugotavljanje psihodinamičnih faktorjev tudi pri drugih bolnikih s Hodgkinovo boleznijo in s tem bolj razumeti ozadje te bolezni ter spodbuditi razmišljanje o potrebi psihoterapevtske obravnave ob bolezni in v obdobju po njej.

HODGKIN'S DISEASE – AN APPROACH REGARDING PSYCHODINAMIC AND DEVELOPMENTAL FACTORS

- a case report -

ABSTRACT

Background: In spite of intensive research, the etiology and the pathogenesis of Hodgkin's lymphoma are still unclear. In this article I am presenting Hodgkin's disease as a psychosomatic disorder with accentuation on nongenetic and nonbiological etiological factors and as a disease provoking mental disorders when the lymphoma itself is in good remission. In a case report I will show the psychodynamic and environmental factors that had an effect on the appearance of the disease besides biological vulnerability and the psychodynamic factors, that led to present symptoms.

Conclusions: The aim of this article is to spur on the stating of the psychodynamic factors at other patients with Hodgkin's disease for better understanding of all circumstances of this illness and to include psychotherapy in the treatment plan for patients with lymphoma.

ETIOLOŠKI IN PSIHOSOCIALNI DEJAVNIKI HODGKINOVE BOLEZNI

Limfomi so tumorji imunskega sistema in od teh predstavlja Hodgkinov limfom 40% vseh limfomov. Pojavljanje te bolezni je po svetu različno. V nerazvitih deželah je več primerov Hodgkinove bolezni pri otrocih pod 10 leti kot proporcionalno v razvitih deželah. V Združenih državah ima dva vrha pojavnosti glede na leta starosti - prvi med 15. in 35. letom in drugi po 50. letu. Na Japonskem pa prvega vrha ni. Ti podatki kažejo poleg genetskih tudi na faktorje okolja. Neka epidemiološka študija je povezala Hodgkinov limfom in število družinskih članov. Pojavnost bolezni je v večjih in razširjenih družinah manjša. Opazna pa je tudi večja pojavnost v družinah z bolnikom z imunskim deficitom in nekoliko manjša v družinah z bolnikom, ki ima moten imunski sistem, kar je podlaga za dednostne teorije (DeVita, 1987). Bolezen je pogostejša pri moških. (Boban, 1989). Novejše raziskave povezujejo Hodgkinovo bolezen z virusi (Parkes, 1994), še posebej z virusom Epstein-Barr (Preciado, 1995, Weireb 1996, Glaser 1887, Razzouk 1997), vendar so tudi ugotovili velik pomen in vpliv starosti, spola, etnične skupine in revščine na pojavnost bolezni (Glaser, 1997). Ugotovili so, da je višji socioekonomski status pogosteje prisoten pri starejših otrocih in obratno (Parkes, 1994). Po drugi strani so psihonevroimunološke metode povezale stres kot dražljaj preko hormonskega sistema z imunskim odgovorom organizma v smislu upada števila limfocitov T in imunskega odgovora nasploh ter posledičnim povečanjem infekcij in malignih bolezni. Imunski odgovor je celo možno pogojevati z biološko nerelevantnim stimulusom (zvonec) (Kaplan, 1994).

Pri teh ugotovitvah preseneča velik vpliv nedednostnih in nebioloških dejavnikov, kot so starost, število družinskih članov, etnična skupina in socioekonomski status, na pojavnost bolezni. Po drugi strani je dokazana povezanost med stresorji in imunskim sistemom. Dovolj velik stresor lahko imunski sistem povsem iztiri. Stresor se vedno doživlja subjektivno in zato so njegove posledice odvisne od razpoložljivih obrambnih mehanizmov, ki jih narekuje osebna struktura in ki jih vzdržuje individualna energetska opremljenost. S tem pa smo že pri osebnostnih značilnostih in ugotavljanju psihodinamičnih dejavnikov.

PSIHOSOMATSKE MOTNJE

Psihosomatska medicina zastopa načelo, da so psihološki dejavniki udeleženi pri vsaki bolezni, tako pri iniciaciji, razvoju in poslabšanju, pri nagnjenosti k razvoju bolezni in pri reakciji na bolezen (Kaplan, 1994). V klasifikacijah nastopajo psihosomatske motnje v dveh kategorijah: v sklopu somatoformnih motenj in kategorije – *psihološki dejavniki, ki vplivajo na telesna stanja*. Prva služi kot sinonim psihosomatskim motnjam v MKB-10 klasifikaciji (WHO, 1995), druga enako kot sinonim istim motnjam v DSM-IV klasifikaciji. Za somatoformne motnje je značilno, da telesni simptomi nastopajo brez organske podlage. Če je ta prisotna, ne more pojasniti obsega in narave simptomov ali stiske in zaskrbljenosti pacienta. Ko je govor o *telesnih stanjih*, pa govorimo o resnih somatskih obolenjih, od astme, razjede na želodcu do raznih vnetij debelega črevesa. DSM-IV diagnostični kriteriji za *psihološke dejavnike, ki vplivajo na telesna stanja*, zahtevajo tesno časovno povezavo med nastopom psiholoških faktorjev in razvojem ali podaljšanjem okrevanja od telesne bolezni. Med psihološkimi faktorji nastopajo različne motnje, od depresije in anksioznosti do osebnostnih potez in vedenjskih motenj. Izvzete so klasične duševne motnje, katerih sestavni del so telesne motnje, kot npr. konverzivne motnje, kjer izrinjeni psihični konflikt sproži telesni simptom, omenjene somatoformne motnje, hipohondričnost in somatske pritožbe, povezane z duševnimi motnjami (npr. utrujenost in izčrpanost pri distimiji) (APA, 1994, Kaplan, 1994). Po drugi strani sama veja psihosomatske medicine združuje pod svojo streho tako somatoformne motnje in psihološke faktorje, ki vplivajo na telesna stanja, kot tudi konverzivne motnje zaradi zgodovinskih korenin, ki so začele črpati pri Freudu in zato pri psihodinamičnih konceptih kot osnovni mehanizem še vedno nastopa konverzija (Luban-Plozza, 1993). Večina raziskovalcev se strinja, da stres, občuten kot močan in stalen, vpliva na razvoj številnih somatskih bolezni – različno pa je razmišljanje o vplivu in odnosu med karakterjem stresa, bolnikovo genetsko in organsko ranljivostjo ter naravo bolnikovih čustvenih konfliktov (Kaplan, 1994). Pogosto je v začetku psihosomatske bolezni prisotna izguba – realna, grozeča ali fantazijska, lahko gre enostavno za odsotnost osebe, na katero se je bolnik močno navezal. Ker sami te izgube niso sposobni predelati, pride zaradi labilnega samospoštovanja do narcistične travme in pogosto do depresije, ki ji lahko sledijo telesne motnje. Freyberger je tako zbral naslednje psihodinamične dejavnike, značilne za psihosomatske bolnike (Luban-Plozza, 1993):

- reaktivna depresija po izgubi objekta in narcistična travma;
- oralno regresivne lastnosti – povečana potreba po odvisnosti, znižana frustracijska toleranca;

- obramba proti agresiji – obrambno vedenje, ki se kaže zlasti v obliki pritoževanja in opravičevanja;
- nezadostni vpogled;

Dodaten vpogled v razumevanje psihosomatskih motenj so dale sistemske teorije, iz katerih se je razvila družinska psihoterapija, ki posveča pozornost interakcijam v družini in išče vzvode bolezni v pravilih, ki ohranjajo družino kot sistem – tako postaja družina tarča za diagnozo in zdravljenje. Blizu temu razmišljanju je sociopsihosomatska medicina s poudarkom na socialnih in medosebnih odnosih in konfliktih ob upoštevanju kulturnih dejavnikov in konstitucije posameznika (Luban-Plozza, 1993).

PRIKAZ KLINIČNEGA PRIMERA

30 - letni bolnik je prišel v psihiatrično ambulanto in povedal, da je pri 15-16 letih prebolel Hodgkinovo bolezen in zato je tudi invalid III. kategorije. Trenutno je brez službe, brez dekleta, stanuje pri starših. Pred štirimi leti, za novo leto, mu je postalo slabo, imel je bolečino za prsnico, ki se je širila v levo ramo in levo roko. Šel je na preglede na UKC, kjer je bilo vse v redu, rekli so, da je živčnega izvora. Leta 1997 se je napad ponovil, srce je močno utripalo, redno, bil je bled, zvil ga je od bolečin, ki so bile žgečkajoče pod levo pazduho, v levi dlani, v kitah levega stopala in pikajoče, predvsem v levem delu trupa. Povedal je še, da je sam bolj čustven, za vsako stvar se sekira, zaradi punce, službe. Tudi nogometna tekma (ki jo gleda) ga lahko zdeli. Stalno se je ukvarjal s športom - gimnastiko, budokajem, tae-kwan-dojem, fitnessom, joggingom, plava, smuča, igra tenis. Pove, da bo zaradi težav s ščitnico - imel je obsevanja in kemoterapijo - vedno bolj utrujen. Sedaj ima kontrole na 1 leto, pa bi raje hodil na pol leta, zaradi gotovosti - lahko se kaj zgodi, ščitnični hormoni se lahko spremenijo. Noče več misliti na svojo bolezen. Leta 86, ob naboru, je izgubil dosti živcev, ker ga niso klicali v vojsko - zdravnik mu je rekel, da ne bo šel, sam pa je rekel, da je sposoben, da bi lahko šel, pa so ga zavrnil. 14 dni ni šel iz bloka med kolege. Tudi ga je kdo užalil, ker ni šel v vojsko, čeprav je bil sam v fizičnem smislu boljši. V podjetju je bil ves čas tiho zaradi bolezni, tudi ob sprejemu v službo na zdravniškem pregledu. Preveč misli na bolezen, te misli so kot puščice.

OBRAVNAVA

Dogovorila sva se za kratko fokalno psihodinamično usmerjeno psihoterapevtsko obravnavo 20 seans - čutil sem, da Hodgkinove bolezni še ni uspel predelati in se z njo soočiti; stalno je prežala nanj v senci. Po eni strani jo je hotel pozabiti, po drugi pa ni mogel. Vse, kar je počel, je počel v luči bolezni. Pri bolniku je šlo za somatoformne motnje, ki so bile posledica njegovega prežanja na bolezen, stalnega preverjanja svojega počutja in ugotavljanja, ali je Hodgkin spet na pohodu ali ne, ali je njegovo počutje posledica agresivne terapije limfoma ali ne. Namen psihoterapevtske obravnave je bil torej pogled v ozadje aktualnih pritožb, ki jih je narekoval limfom, s ciljem olajšanja ali celo izzvenetja simptomatike. Ob sami terapiji pa se je bolnik dotaknil tudi konfliktnih vsebin iz časa pred pojavom Hodgkinove bolezni, iz katerih sem razbral vpliv na nastop obolenja. Moja ambicija ni bila dokončno razreševanje teh konfliktnih vsebin, globino razreševanja sem prepustil samemu bolniku, v glavnem pa sva se pri njih mudila bolj zaradi boljšega razumevanja aktualne problematike. Te vsebine pa so me zanimale, ker sem z njihovo pomočjo bolje razumel bolnikovo osebnost in ker so v meni nehote odpirale povsem akademska vprašanja o etiologiji Hodgkinovega limfoma. Analiza tega primera torej ni analiza premorbidne osebnosti, ampak bolnika takega, kot je bil v času obravnave in z aktualnimi simptomi.

BOLNIKOVA OSEBNOST

Bolnik je agresivno zavrt. Opisal se je kot vedno vzornega in poslušnega, poraz je bil zanj normalna stvar in del življenja. Ne upa si želeti, želi si srednji materialni uspeh, najljubše mu je skromno darilo. Izhaja iz sprva prav revne družine, ko je bil njihov prvi cilj tuš. Ničesar ne pripelje do konca, izobraževanje mu je ustavila matematika, vse ostalo življenje pa Hodgkin. Zaradi bolezni je bil vedno manj vreden od drugih, v šoli so ga zasmehovali (pogosto je manjkal zaradi terapij, vendar si sošolcem ni upal povedati zakaj), ni smel v vojsko, bolezen je sprožila ambivalenco glede zaposlitve. Po eni strani ima zaradi bolezni ugodnosti kot invalid III. kategorije, po drugi strani pa ga ravno ta kategorizacija omejuje pri zaposlitvi. Skušal je uravnovežiti manjvrednostne občutke in se začel pretirano ukvarjati s fizično aktivnostjo in borilnimi športi. Zaradi agresivne zavrtosti je brez avtonomne motivacije, nikoli se ni naučil sprejemati lastnih odločitev - glede izbora šolanja je obiskoval svetovalko, med terapijo me je spraševal za nasvete in napotke. Že skoraj anekdotičen je bil na 5. seansi - *Pa če bi mi nekdo ne vem kaj povedal, jaz*

bi delal po svoji glavi. Na primer? *Lahko bi mi kdo rekel - postavi se »gor«, bodi bolj odločen, jaz bi bil še vedno majavi.* Izstopala so pasivna pričakovanja. Želel si je družino, da bodo zanj poskrbeli, kot je zanj že poskrbela mama. Vrtel se je v začaranem krogu. Pomanjkanje avtonomne motivacije in ambivalenca sta ga vodila v nezmožnost sprejemanja pomembnih življenjskih odločitev, s tem so se večale pasivnost in pasivna pričakovanja, kar je vodilo v še manjšo sposobnost odločanja. Razvojne značilnosti kažejo na pomanjkljiv razvoj lastne identitete. Za zdrav razvoj je nujna prisotnost stalnega objekta, navadno mame, da lahko otrok naveže toplega odnos in z njeno pomočjo doživlja svet okoli sebe. Bolnik, ki ga omenjam, pa tega ni imel. Starša sta bila prvi 2 leti odsotna, pozneje je bil oče tašči izogibajoča se figura, v družini pa stalni prepiri in neurejena situacija; zaradi dediščine so se med seboj tožili na sodišču. V proces iskanja lastne identitete so se stalno vpletali občutki manjvrednosti, že njegova mama je bila v svoji primarni družini nezaželen. Ob tem ima težave z identifikacijo svoje moške vloge - za resnejšo vezo potrebuje materialno osnovo, ki pa je nima. Ker je na borzi, pa še invalid povrh, ga to pri navezavi partnerstev omejuje. Še vedno ga obremenjuje, da ni smel v vojsko - takrat so mu rekli, da ni moški. Verjetno je večino identifikacijskih procesov ob manjkajočem, čudaškem očetu peljal preko ženskih likov - babice in matere. Sam se opisuje kot čustvenega, razumevajočega, popustljivega, torej z ženskimi atributi. Dekleta so zanj kot stvari, nekaj, kar mora imeti, bolj zaradi samopotrjevalnih teženj kot erotično-seksualnih potreb. Še več, dekle potrebuje, da bo zanj skrbelo namesto matere. Ego deficiiti se nakazujejo tudi z magičnim mišljenjem - opisuje materializacijo bolečine in negativnih misli ter jih personificira. Vsekakor pa je v ospredju id patologija, ob omenjeni agresivni se nakazuje kaptativna in retentivna zavrtost. Bolnik jasno izraža težnjo po simbiozi in potrebo po pomožnem egu in glede na vse to ga vidim v luči odvisnostne osebnostne motnje.

PSIHODINAMIČNI DEJAVNIKI, KI SO VPLIVALI NA POJAV HODGKINOVE BOLEZNI

Pred sabo imamo pridnega in ubogljivega fanta, ki je zbolel v 8. razredu OŠ. Na 5. seansi je spregovoril o kaznovanju, in sicer o klečanju v kotu. Tam se je počutil neogljene in manjvrednega, jeznega, ker je bil kaznovan kljub pridnosti, prestrašenega, ker se je bal podaljšanja kazni. Jokal je in čutil breme v predelu požiralnika in želodca. Povedal je, da se je počutil, kot da se je sam kaznoval. Ker je v svoji predstavi potreboval dobre in ljubeče starše, je morala biti kazen upravičena, moral je biti kriv. Kolikor se je agresiji uspelo izraziti

skozi jezo, je bila takoj spet ponotranjena in usmerjena v njega samega. Na 6. seansi je izstopilo nezaupanje do odraslih – bal se je, če ga je kdo kot otroka zgrabil in metal kvišku. Opisoval je napade panike ob teh priložnostih in strah v svoji notranjosti primerjal s strahom, ki ga je čutil ob klečanju v kotu. Spregovoril je o razočaranju očeta telovadca ob njegovem strahu pred višino, ki je v otroku sprožil dodatne občutke neustreznosti. Na 10. seansi je spregovoril o svojih fantazijah o smrti in krstah, potem ko je bil v starosti 6-7 let priča vrstnikove smrti, ki mu je med igro nogometa odpovedalo srce, tako da se je prav bal smrti, ko je sam igral nogomet. Vrstnikova smrt je v njem samem prebudila strah pred izničenjem, smrtjo, ker je bilo ponotranjanje objekta (staršev) pomanjkljivo, čemur so sledile depresivne fantazije in stalen strah, ki ga je ves čas držal v odvisnostni poziciji in težnji po simbiozi s starši, namesto da bi čutil privlačnost v osamosvajanju. Ob tem ponovno poudarjam, da je bilo domače ozračje izrazito kaotično in stresogeno. Značilno je tudi, da je Hodgkinovo obolenje izbruhnilo prav simbolično 31. decembra, na predvečer novega leta. Sam je bil v 8.r OŠ in se je moral odločiti o nadaljnjem šolanju. Potem ko so mu starši stalno govorili, kaj mora narediti, mu je mama naenkrat rekla, da se mora odločiti sam, tega pa ni ne znal ne zmoget. Po izbruhu bolezni se mu naenkrat ni bilo več treba odločiti, odločitev ni bila več pomembna. Če se povrnem k Freybergerjevimi psihodinamičnim dejavnikom, pri bolniku ugotavljam reaktivno depresijo po izgubi sovrstnika in narcistično travmo ter oralno regresivne lastnosti, ki so bolnika spremljale v fazi latence in mu še dodatno preprečevale osamosvajanje. Ne zadosten vpogled je pri otroku, starem 6-7 let, jasen.

AKTUALNA PROBLEMATIKA

Če zberem izsledke raznih študij (Kornblith, 1992a, 1992b, Yellen, 1993, van Tulder, 1994, Norum, 1996a, 1996b), so pozne posledice Hodgkinove bolezni v primerjavi z zdravo kontrolno skupino naslednje:

Pozitivne posledice:

- boljše vrednotenje življenja,
- povečana samozavest in občutek osebne usmeritve ter
- tesnejše družinske vezi.

Negativne posledice:

- več omejenosti v fizičnih aktivnostih in sprejemanju vlog v profesionalnem in privatnem življenju, več omejitev pri zaposlovanju zaradi zdravja,

- nižje občutje splošnega zdravja,
- manj zadovoljstev pri spolnem življenju - 24%,
- dokazana ali doživljana infertilnost - 35%,
- več težav pri pridobivanju kreditov in življenjskih zavarovanj - 31%,
- negativni socioekonomski učinek - 26% do skoraj 50%,
- (vsaj 1 leto po terapiji) pogojeno siljenje na bruhanje v povezavi s spominom na kemoterapijo - 51%,
- večja rizičnost drugega rakavega obolenja in strah pred ponovitvijo bolezni.

Signifikantne razlike pa ni opaziti na polju vitalnosti, socialnega funkcioniranja, telesne bolečine, zadovoljstva v partnerskem odnosu (mimo spolnega življenja). Pri moških so opazili več težav in manjšo kvaliteto življenja.

Pri omenjenem bolniku pozitivnih posledic nisem mogel zaslediti, ker še ni zmožni predelati svoje bolezni. Kar zadeva negativne posledice, se kljub dobri fizični kondiciji subjektivno počuti omejenega. V fazi na začetku terapije je bil brez partnerke in je na seanso prinašal material o svojih težavah v navezovanju kontaktov z dekleti - vsaki je že takoj na začetku znanstva povedal, da je prebolel Hodgkinovo bolezen. Kar zadeva socioekonomskega statusa, je odvisen od staršev in podpore, ki jo kot invalid dobiva na Zavodu za zaposlovanje, in ker kot invalid težje najde zaposlitev, je ujet v začaran krog. Nadaljnje negativne posledice so na polju psihosomatskih motenj. Težave so se, spet simbolično, ponovno začele na novo leto, 3 leta pred pregledom. Pred mano so kolegi izključili somatski vzrok težav. Pregledali so ga onkologi, kardiologi, nevrologi, opravil je EKG, UZ srca, obremenitveni test in laboratorijske preiskave od hormonov do testa na borelio. Čutil je mravljinčenje po telesu, hiperventiliral, imel je bolečino za prsnico, palpitacije, bledico in bolečine po raznih delih telesa.

ZAKLJUČEK

Po 20. seansah so bolečine in slabosti vsaj začasno izginile, naučil se je soočiti se s preteklimi izkušnjami in samim sabo ter ob koncu že delal načrte za prihodnost. Ne nazadnje je v tem času - okoli 12 seanse - začel novo partnersko zvezo. Odločil se je, da ne bo nadaljeval šolanja (odločitev je sprejel sam) in je ob terapiji opravljal raznečasne zaposlitve. Izboljšala pa

se je tudi simptomatika, ki poprej ni bila omenjena, npr. anksiozne motnje v kontaktih z ljudmi.

Pri opisanem primeru gre torej za dvojno psihosomatsko problematiko: za psihodinamične dejavnike, ki bi lahko pripomogli k razvoju in začetku Hodgkinovega obolenja, in za psihosomatske - somatofornne motnje, katerih glavna generatorja sta ob bolnikovi osebnosti bila Hodgkinovo obolenje samo in terapija, tako kemo- kot radioterapija Hodgkinove bolezni. Moj namen v tem članku ni bil *pripisati* Hodgkinov limfom omenjenim psihodinamskim in razvojnim dejavnikom, ampak ga nekako uvrstiti v bolnikov širši življenjski kontekst ter pokazati na možnost sovplivanja psihičnih in bioloških dejavnikov. Tako nas prvi del prikazane patologije lahko zanima zgolj akademsko, drugi del pa tudi terapevtsko. Tu ima psihoterapija ob somatskem zdravljenju osrednjo vlogo.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association.
2. Boban D., Bogdanić V., Nemet D., Čepelja Z. (1989). Bolesti limfocita. In: Hadžić N., Radonić M., Vrhovac B., Vucelić B. et al. Priručnik interne medicine. 3th ed. Zagreb, Školska knjiga Zagreb, 764-6.
3. DeVita V.T., Ultmann J.E. (1987). Hodgkin's disease and other lymphomas. In: Braunwald E., Isselbacher K.J., Petersdorf R.G., Wilson J.D., Martin J.B., Fauci A.S.(Eds.) Harrison's principles of internal medicine. 11th ed. Vol.2. New York, McGraw-Hill, 1555-60.
4. Glaser S.L., Lin R.J., Stewart S.L., et al. (1997). Epstein - Barr virus - associated Hodgkin's disease: epidemiologic characteristics in international data. Int J Cancer, 70(4), 375-82.
5. Kaplan P.M., Sadock V.A. (1994). Synopsis of Psychiatry. 7th ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 752-65.
6. Kornblith A.B., Anderson J., Cella D.F., Tross S., Zuckerman E., et al. (1992). Comparison of psychosocial adaptation of survivors of advanced Hodgkin disease treated by MOPP, ABVD, or Mopp alternating with ABVD. CLZ, 10, 2508-16.
7. Kornblith A.B., Anderson J., Cella D.F., Tross S., Zuckerman E., et al. (1992). Hodgkin disease survivors at increased risk for problems in psychosocial adaptation. The cancer and Leukemia Group B. CLZ, 8, 2214-24.

8. Luban-Plozza B., Poeldinger W., Kroeger F. (1993). Psihosomatski bolnik v splošni ambulanti in njegovo zdravljenje. Ljubljana, Državna založba Slovenije, 27-33.
9. Norum J., Wist E.A. (1996). Psychological distress in survivors of Hogkin's disease. Support Care Cancer, 4(3), 191-5.
10. Norum J., Wist E.A. (1996). Quality of life in survivors of Hogkin's disease. Qual Life Res, 5(3), 367-74.
11. Parkes E.S., Coad N.A., Muir K.R., Jones T.J., Cameron A.H., Mann J.R. (1957). Hodgkin's disease in children in the West Midlands, 1957-1986: a large population - based study. Pediatr Hematol Oncol, 11(5), 471-86.
12. Preciado M.V., De Matteo E., Diez B., Menarguez J., Grinstein S. (1995). Presence of Epstein - Barr virus and strain type assignment in argentine childhood Hodgkin's disease. Blood, 86(10), 3922-9.
13. Razzouk B.I., Gan Y.J., Mendonca C., Jenkins J.J., Liu Q., et al. (1997). Epstein - Barr virus in pediatric Hodgkin disease: age and histiotype are more predictive than geographic region. Med Pediatr Oncol, 28(4), 248-54.
14. Svetovna zdravstvena organizacija. (1995). Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10. 10th ed. Vol 1. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 348-50.
15. van Tulder M.W., Aaronson N.K., Bruning P.F. (1994). The quality of life of long-term survivors of Hodgkin's disease. Ann Oncol, 5(2), 153-8.
16. Weinreb M., Day P.J., Niggel I.F., et al. (1996). The consistent association between Epstein - Barr virus and Hodgkin's disease in children in Kenya. Blood, 87(9), 3828-36.
17. Yellen S.B., Cella D.F., Bonomi A. (1993). Quality of life in people with Hodgkin's disease. Oncology Huntingt, 7(8), 41-5.

