

Psykoterapi mot kreft — En kritisk vurdering

ATLE DYREGROV

*NAVFs program for klinisk psykologisk forskning,
Barneklubben, Haukeland sykehus*

MAGNE RAUNDALEN

*NAVFs program for klinisk psykologisk forskning,
Barneklubben, Haukeland sykehus*

Psychotherapy in the treatment of cancer: A critical review.

Abstract. — In the field of somatic disease psychotherapy has been applied to achieve three kinds of goals: 1. To help patients cope with their disease. 2. Reducing symptoms of the disease. 3. To cure or to make a radical change in the primary disease. This article discusses the use of psychotherapy as a means to better the prognosis of cancer patients.

Most of the studies in this area have been case studies which have instigated interesting hypotheses. These studies lack, however, the scientific rigour that allows definite conclusions. The more systematic work done by the Simonton-group in the USA and Grossarth-Maticek in Germany is described and discussed. The methodical problems of the respective studies are outlined and inherent methodical flaws commented upon. The cancer patients treated by the Simonton-group are highly selected and consists mostly of people with a very good socioeconomic background. This may, among other things, mean that they have been exposed to better diagnostic technology and treatment than their fellow patients in comparison groups. The patients of the Simonton-group may therefore have an advantage when survival time is used as the dependent variable. The method and results presented by Grossarth-Maticek have internal inconsistencies that precludes definite conclusions.

Although several studies in this field have demonstrated impressive results from the use of psychotherapy to better the prognosis of cancer, their research designs are questionable, and alternative explanations of the results are possible.

Psykoterapi og psykologiske intervensjoner synes å komme til stadig hyppigere anvendelse i behandlingen av pasienter med somatiske

sykdommer. Man har flere steder utviklet psykologiske støtteprogrammer for alvorlig syke og deres pårørende. Programmene har vært rettet mot heterogene pasientgrupper, og kreftsykdommer har på bakgrunn av utbredelse og karakter utgjort den største gruppen.

De terapeutiske tilnæringsmåter som er utviklet har gjerne hatt en av tre målsettinger:

1. Intervensjon for bedre *mestring av sykdommen*: Såvel familier som individuelle pasienter blir hjulpet til bedre å forstå og mestre sekundæreffekter av sykdommen. Som eksempel kan nevnes at familier til barn med astma, diabetes eller migræne hjelpes til å forstå og endre strategi for bruk av sykdom og sykdomssymptomer i familiens interne kommunikasjon.
2. Psykoterapi brukt for *nedsetting av anfalsfrekvens og demping av symptomvirkning*, f.eks. gjennom bio-feedback, atferdsterapeutiske teknikker, avspenningsteknikker og hypnose.
3. Psykoterapi anvendt for *direkte kurering* av primærlidelsen. Psykologiske faktorer (personlighetstrekk/opplevelse av bestemte livshendelser) antas å spille en kausal rolle i sykdoms-etologien. Ved å bearbeide pasientens psykologiske «trekk» og livssituasjon vil en oppnå en radikal bedring og helbredelse av sykdommen.

For *kreftpasienter* finnes det pr. i dag flere steder i Usa (f.eks. i Forth Worth, Texas) hvor psykologiske behandlingsmetoder blir anvendt parallelt med vanlig medisinsk behandling. Formålet har dels vært å støtte den enkelte pasient og hans familie i en vanskelig tid, dels å befordre rehabilitering og tilbakevending til

normal livsfunksjon. Ved lange remisjonsperioder eller ved varig helbredelse anses det som fordelaktig å tilstrebe et normalt familieliv på alle plan. Det støtteprogram som i løpet av de siste to årene er utformet for familier til alvorlig syke barn ved Barneklubben, Haukeland sykehus i Bergen, plasserer seg innenfor denne tradisjonen. Støtteprogrammet vil falle inn under modell 1, dvs. mestring av sykdommen hos familien og den syke, og til en viss grad modell 2 i den grad vi satser på å dempe symptomvirkningen av kreft (f.eks. smerte, brekninger). Ved en del institusjoner i USA går man lenger i de psykoterapeutiske bestrebelsene. Terapiens mål blir å påvirke utviklingen av kreftsykdommen for å forlenge pasientenes liv eller for å oppnå full helbredelse (modell 3).

Forskningsresultater som foreligger fra denne siste tradisjonen bør av flere grunner behandles kritisk og publiseres med forsiktighet. For det første er det en stor personlig påkjenning for pasient og familie å få diagnostisert kreft, i tillegg eksponeres denne pasientkategori for beretninger om mirakelkurer av ulikt slag. Kreftpasientene må unngå å bli stilt overfor enda en «mirakelkur» med de falske forhåpninger, skuffelser og lidelser som ofte følger i kjølvannet av slike. Ved å stille strenge krav til undersøkelser på dette området, vil vi unngå å påføre belastede pasienter ytterligere plager. Dette er vår motivering for å foreta en kritisk gjennomgåelse av de postulerte virkningene psykoterapi har på kreftpasienters levetid.

Psykoterapi mot kreft

Interessen for psykoterapi brukt i kampen mot kreft har sammenheng med flere forhold.

1. Det er rapportert en rekke tilfeller av såkalte spontane remisjoner eller uforklarlige helbredelser av kreft. Slike spontanremisjoner er forholdsvis utfyllende beskrevet i faglitteraturen (Ikemi et al., 1975; Weinstock, 1977 a, b; Bowers og Weinstock, 1978). I disse kasusrapportene er det et gjennomgangstema at det forut for remisjon har skjedd store forandringer i kreftpasientenes livssituasjon. Disse kasusstudiene har ikke inkludert designfak-

torer som styrker kassuslutninger og bedrer den indre validitet (se Kazdin 1981 for en diskusjon av slike faktorer). Kasusstudiene er såkalte ex-post-facto studier, dvs. at pasientene har beskrevet livshendelser *etter at* bedringen er en realitet. Denne typen studier tillater oss ikke å trekke årsaksslutninger, men de har bidratt til å stimulere interessen for å bruke psykoterapi mot kreft. Tanken bak har vært ganske enkel: Dersom forandring i livssituasjon eller forandring i pasientens «psyke» går forut for en remisjon, skulle det være mulig å skape remisjon ved å bearbeide pasientens psykiske konflikter eller livsforhold forøvrig.

2. Forestillingen om at psykologiske faktorer skulle føre til kreft har tradisjoner helt tilbake til de gamle grekerne (Galenos). I vår tid er det blitt gjennomført en rekke studier hvor man har undersøkt spesielle premorbide psykologiske karakteristika hos personer som utvikler kreft, karakteristika som antas å spille en etiologisk rolle. Dyregrov (1980, 1981) har diskutert disse undersøkelsene og konkludert med at det foreløpig ikke er dokumentert spesielle psykologiske karakteristika hos personer som utvikler kreft. De forskningsmetodene man har brukt har vært mangelfulle, og de anvendte design har ikke kunnet utelukke plausible alternative forklaringer. Selv om man på det nåværende tidspunkt ikke kan si hvorvidt psykologiske faktorer spiller noen rolle i utviklingen av kreft, behøver ikke dette å utelukke at kreftprosessen kan påvirkes via psykoterapi. Det teoretiske fundament for terapi-virksomheten er imidlertid vaklende i den grad det blir basert på nevnte sammenheng mellom psykologiske faktorer og utvikling av kreft.

3. I flere undersøkelser har man funnet at lang levetid med kreft går sammen med visse psykologiske karakteristika (Achte og Vauhkonen, 1979; Achterberg, Matthews-Simonton og Simonton, 1977; Derogatis, Abeloff og Melisaratos, 1979; Greer, Morris og Pettingale, 1979; Rogentine et al., 1979). Resultatene har imidlertid vært noe motstridende, spesielt med hensyn til om benekting av sykdommen er forbundet med lang eller kort levetid. Hovedinntrykket er likevel at de lengstlevende er mer selv-hevdende og i større grad tillater seg selv

å vise følelser og oppleve problemer enn kortlevende. I de to prospektive studiene på området (Greer, Morris og Pettingale, 1979 og Rogentine et al., 1979) har man ut fra psykologiske faktorer kunnet predikere tilbakefall og levetid.

Vår kommentar til disse studiene er at de psykologiske faktorene kan være konsekvenser av selve sykdomsprosessen, slik at vi må være varsom med å trekke årsaksslutninger (kfr. Dyregrov, 1980, 1981). Vi finner det likevel påfallende hvor sentralt fenomenet benekting og fortrenging står når kreftgruppen studeres.

Som ved spontane remisjoner er de fleste rapporter som omhandler bruk av psykoterasi for å bearbeide/helbrede kreftprosesser kasuistiske. Det er selvfølgelig ingen grunn til å avvise kassustudier som metode, men med de design som er nyttet, egner studiene seg best som grunnlag for utvikling av hypoteser som i sin tur må underlegges mer systematiske studier. Slik systematisk etterprøving er i liten grad foretatt innenfor området psykoterasi/kreft, til tross for at kassustudiene har medført begeistring over muligheten til å påvirke kreftforløpet gjennom psykoterasi. Slike kasuistiske studier er representert ved Abse (1964); Heide (1970); LeShan og Gassmann (1958) og LeShan (1977). Vi vil i fotsettelsen konsentrere oss om de studier der mer soistikerte metoder har vært anvendt.

Simontons psykoteraeutiske tilnærming

Den terapeutiske tilnærmingssmåte som opprinnelig ble utviklet av ekteparet Simonton i Texas, har ført til opprettelse av flere sentra i USA hvor metoden anvendes. Deres tilnærmingssmåte har etterhvert fått utløpere til Europa og den er blitt omtalt i norsk ukepresse.

Bakgrunnen for metoden var at Carl Simonton observerte at visse kreftpasienter levde lengre enn gjennomsnittet med samme diagnose. Disse var kjennetegnet av en mer positiv innstilling til livet enn pasienter som ga opp, ble deprimerte, viste apati og som altså levde kortere. Simonton satte seg fore å «dyrke» de faktorene som var forbundet med økt levetid. Sammen med sin kone, Stephanie Matthews-

Simonton, begynte han å prøve ut ulike teknikker (encountergrupper, meditasjon, «positive thinking», bio-feedback, forestillingsbilder). Av disse metodene var det bruken av visuelle forestillingsbilder som syntes best egnet og som ga de beste resultatene.

Det visuelle forestillingsarbeidet ble derfor gitt en sentral plass i den behandlingsmetode ekteparet Simonton har utviklet. Metoden kan kort skisseres slik: Pasientene gjennomgår først en periode med opplæring og trening i avslapping og avspenning. Etterhvert skal de forestille seg det ønskete resultat eller mål, dvs. at kreften er bekjempet og at han/hun er helbredet. Deretter visualiserer pasienten selve kreften i sin egen kropp. Ekteparet Simonton hevder at de ut fra det bildet pasienten da rapporterer kan utsi noe om hvor aggressiv kreften er, og dermed noe om framtidssutsiktene. Etter at de har dannet seg et bilde av kreften, skal pasientene forestille seg behandlingen som bekjemper den. Det er viktig for pasienten å visualisere kroppens naturlige forsvar mot kreften. Når Simonton legger stor vekt på kroppens eget forsvar (immunsystem) har det sammenheng med teorien om at kroppen selv forsvarer seg mot kreftceller livet igjennom. Det antas at det er dette forsvaret som er brutt sammen hos kreftpasienten og at det skyldes stressfulle begivenheter i pasientens liv. Denne såkalte «surveillance theory of tumor development» er sterkt omstridt blant kreftforskere (kfr. Dyregrov, 1980).

Bruk av forestillingsbilder i psykoterasi er ikke av ny dato, men har i senere år fått økt innflytelse både ute og hjemme (jfr. f.eks. Singer og Pope, 1979; Sørbotten, 1980).

Simontons behandlingsmetode omfatter mer enn de visuelle forestillingsteknikkene. Deres «kreftsenter» er avsides plassert, med fri natur omkring. Pasientene tilbringer en uke i strekk på senteret sammen med hele sin familie. De terapeutiske sesjonene foregår både i grupper og på individuell basis. I tillegg stimuleres pasientene til fysisk trening. Pasientene lever i en «total behandlingssituasjon» hvor de nærmest konstant blir bearbeidet på mange plan. Det blir derfor vanskelig å skille ut hvilke terapeutiske elementer som eventuelt er effektive. Under oppholdet oppfordres pasientene

til å ta ansvar både for utvikling og avvikling av sykdommen. Deltakelse og medansvar er ment å stimulere pasientens vilje til å leve.

Somontons resultater

I Simontons første rapport om virkningen av sitt behandlingsopplegg finner man stort sett bare anekdotiske beretninger, samt en presentasjon av arbeidsmetode og referanseramme (Simonton og Simonton, 1975). I boka «Getting well again» (Simonton, Matthews-Simonton og Creighton, 1978), får vi en mer systematisk beskrivelse av den totale behandlingen. I tillegg trekker de slutninger vedrørende sammenhengen mellom psykologiske faktorer og utviklingen av kreft. De presenterer følgende resultater: Tilsammen har 159 pasienter med diagnose uhelbredelig malign sykdom, dvs. kreft, blitt behandlet med deres metoder. Gjennomsnittlig overlevelsestid for denne gruppen har vært 24,4 måneder mens landsnormen for USA blir oppgitt til 12 måneder.

I deres neste rapport som omfatter pasienter fram til juni 1978 (Matthews-Simonton, 1979) blir følgende resultater presentert:

Diagnose	Levetid Simontons gruppe (Median)	For hele USA
Brystkreft	31 mndr. (N = 29)	16 mndr.
Magekreft	24 » (N = 18)	11 »
Lungekreft	13,5 » (N = 22)	6 »

Landsgjennomsnittet har Simonton beregnet på følgende måte: De har tatt for seg studier rapportert i «Cancer Treatment Reports» og «Cancer», og beregnet gjennomsnittlig levetid (Median) for kreftpasienter i disse studiene. Median overlevelsestid er beregnet for de samme undergrupper som Simontons opererer med (bryst-, mage- og lungekreft). Både i rapporten fra 1975 og den fra 1979 hevder de at de holder på med å utvikle en gruppe med matchede kontroller. Dette har tydeligvis tatt tid. En slik gruppe ville selvfølgelig bedre Simontons design betraktelig.

I den foreløpig siste rapporten fra Simontons side (Simonton, Matthews-Simonton og Sparks, 1980) — den er ajourført fram til

juni 1979 — opererer de fortsatt med det tidligere oppgitte landsgjennomsnitt som sammenligning. Resultatene er:

Diagnose	Levetid Simontons gruppe (Median)	For hele USA
Brystkreft	35 mndr. (N = 33)	16 mndr.
Magekreft	21 » (N = 18)	11 »
Lungekreft	14 » (N = 24)	6 »

Diskusjon av Simontons resultater

Det er grunn til å se kritisk på Simontons postulerte behandlingsresultater. Deres kreftgruppe er høyst selektert, pasientene som får innpass må gjennom flere «nåløyer» før de kan delta i behandlingsprogrammet. Seleksjon gjør at gruppen vesentlig består av folk med høy utdanning og sosial status. Gjennomsnittlig utdanningsnivå i Simontons gruppe er oppgitt til 15,6 år for kvinner og 16,3 hos menn. I amerikansk målestokk er dette et meget høyt nivå. Pga. organiseringen av det amerikanske helsesystemet innebærer denne sosialseleksjonen en svakhet. Simontons pasientgruppe må antas å kunne gjøre seg bedre nytte av avansert diagnostisk teknologi, få bedre medisinsk behandling og tidligere kontakt med helsesystemet enn pasienter som har dårligere økonomi og mindre bekjentskaper. Tidlig kontakt og tidlig diagnostisering vil medføre registrerbar bedring i prognosen, og medføre økt overlevelsestid. Dette kan gjøre Simontons «sammenligningsgruppe» uegnet, idet landsgjennomsnittet baserer seg på en mer heterogen kreftgruppe. Bedret prognose behøver ikke nødvendigvis tilsi at overlevelsestiden er økt, men kan reflektere endring i diagnostisk teknologi. I en debattartikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening har Trasti, Hagen og Hoel (1981) påpekt disse forhold. Tidlig og bedret diagnostisering vil influere på prognosen og gi seg utslag i tall som viser økt overlevelsestid for de ulike kreftsykdommer.

Simontons siste undersøkelse har en dobbel feilkilde: I tillegg til at deres kreftgruppe er «spesialselektert» i retning av høy sosial status

og sannsynligvis bedre diagnostikk og medisinsk pleie, så er landsgjennomsnittsverdien ikke oppdatert. Dette gir Simontons gruppe fordel av de bedringer som har funnet sted i medisinsk behandling og diagnostikk, mens målene på landsbasis ikke er korrigert for denne eventuelle fremgang.

Grossarth-Maticeks sosiale psykoterapi

Ronald Grossarth-Maticek ved Universitetet i Heidelberg har beskrevet (1980 a, b) psykologiske karakteristika og problemer hos kreftpasienter. Han har bygget en intervensjonsmetode på grunnlag av sine funn. Han beskriver personer som får kreft som spesielt tilbøyelige til å vende aggresjon mot seg selv (intropunitivitet). Etter hans oppfatning er denne tendensen så sterk at den meget lett blir selvdestruktiv. Kreftpasientene har en forstyrret behovsstruktur og kan ikke mestre direkte påkjenninger, derfor må terapien legge opp til å konsolidere deres reduserte behovsstruktur. Hva han mener med behovsstruktur kommer ikke klart frem. Han utelukker pågående terapeutisk intervensjon med dyptgående personlighetsendringer som mulig metode. Han kaller sin tilnærming for sosial psykoterapi, og den har følgende hovedtrekk:

1. Pasientene må få sosial støtte. Samtidig forsøker en å hjelpe pasientene med å ordne opp i praktiske ting som er vokst dem over hodet og ellers hjelpe dem med å løse behovskonflikter før de går over til selvdestruktive prosesser.

2. Emosjonstrening og fremming av innsikt. I samtaletimene legger terapeuten opp til å støtte den behovsstruktur pasienten har ved å la seg identifisere med hovedpersonen i pasientens barndom, den person som stod for å gi idealer og normer. Fordi pasienten idealiserer denne personen, bryter ikke terapeuten med denne personen, men forsøker langsomt og nennsomt å være en brobygger mellom normene fra fortiden og de behov som pasienten nekter seg i dagens situasjon. Terapitimen innebærer også intens gjennomleving av emosjoner.

3. Kooperativ suggesjonstrening. Rigide atferdsmønstre og manglende behovsuttrykk som er etablert under sosialiseringprosessen forsøkes å modifiseres gjennom hypnotisk terapi, suggesjoner og avspenning. Terapeuten hjelper også pasienten å kvitte seg med uønskete atferdsmønstre som f.eks. tvangspreget hyperaktivitet og storøyking (karsinogen atferd) (Grossarth-Maticek, 1980 a).

Resultater

24 kreftpasienter ble behandlet med den sosiale psykoterapimetode over en periode fra 1 til 4 år, og de ble sammenlignet med et likt antall pasienter i en kontrollgruppe. Det var kontrollert for type kreft, alder, kjønn, sosial bakgrunn, utdanning og sykdomsgrad. Terapien startet tre til fire måneder etter initialdiagnose. Gjennomsnittlig overlevelsestid er oppgitt til 5,07 år i terapigruppen mot 3,09 år i kontrollgruppen. Forskjellen er signifikant på $p < 0,01$ nivå.

Diskusjon av Grossarth-Maticeks resultater

Det er ingen umiddelbare innvendinger til utvalg av pasienter og kontrollgruppe. Ved grundigere gjennomgåelse av den anvendte vitenskapelige metode (som i seg selv er mangelfullt beskrevet) fremtrer imidlertid indre uoverensstemmelser i Grossarth-Maticeks fremstilling. Forfatteren hevder å ha fått sammenlignbare par med hensyn til type tumor, sykdomsgrad, sosial bakgrunn, generell tilstand og konvensjonell behandling. Samtidig er gruppene på bare 22 personer hver. Vi får ingen opplysninger om eventuelt frafall, og beskrivelsen av likhetspunktene mellom pasientgruppe og kontrollgruppe er ytterst mangelfull. Av overlevelseslengdene som er rapportert fremgår det også at behandlings- og kontrollpasienter i samme par må være plukket ut til høyst forskjellige tidspunkt. Dette kan slutes fordi Grossarth-Maticek hevder at 5 pasienter i kontrollgruppen og 7 fra behandlingsgruppen er i live når han foretar sin evaluering. Går vi til Grossarth-Maticeks tabell over de enkelte pasienter, finner vi ikke samsvar i overlevelsestid for pasientene som

var i live ved evalueringstidspunktet. Dette tilsier at par av pasienter (terapi og kontroll) ikke kan sammenlignes, fordi en kan forvente at kilder til indre invaliditet vil ha kunnet virke forskjellig i parene. I tillegg blir det opplyst at gruppene ble satt opp i Novisad i Jugoslavia og Heidelberg i Vest-Tyskland etter forutgående empirisk intervju. Det går ikke frem av artikkelen hvor mange av parene som holdt til i Jugoslavia eller om parene evt. er splittet mellom de to stedene. Det er heller ikke tilkjennegitt hvilken metode som er brukt for å evaluere om kontrollpasient har like fremskreden sykdom som pasienten som mottar sosialterapi. Behandlingen må som nevnt ha blitt satt inn på ulikt tidspunkt for pasientene i de enkelte parene. Grossarth-Maticeks sparsomme opplysninger om metodikk og fremgangsmåte gjør at vi ikke kan utelukke at fremgang i diagnostisk teknologi og medisinsk behandling har virket ulikt på de to pasientgruppene.

Det er ikke uten grunn vi sitter tilbake med en følelse av at Grossarth-Maticeks rapport er ytterst mangelfull, hvis ikke direkte misvisende. Mangel på indre sammenheng gjør at vi anser de imponerende terapieffektene dårlig dokumentert.

Konklusjon

Det foreligger en del studier med hypotese eller postulat at psykoterapi kan bedre kreftprognosen. Stort sett har disse studiene bestått av spredte kasusstudier som ikke tilfredsstillende elementære metodiske krav. De mer systematiske arbeidene på dette området (Simontongruppen og Grossarth-Maticek) viser til gode effekter av behandling, men forskningsmetodiske mangler gjør at vi ikke kan trekke den konklusjon at psykoterapi kan bedre/helbrede kreft.

Til tross for at det ikke er mulig å si noe definitivt om hvorvidt psykoterapi kan bedre prognosen ved kreft, må vi si at dette området er interessant og utfordrende. Vi imøteser velkontrollerte studier på dette felt.

Referanser

Abse, D. W. Investigative psychotherapy and cancer. I Kissen, D. M. og LeShan, L. L. (Eds.), *Psycho-*

somatic aspects of neoplastic disease. The proceedings of the third international conference of the international psychosomatic cancer group held at Newham college, Cambridge, England. London: Pittman Medical Publications, 1964.

- Achté, K. og Vauhkonen, M. L. Psychic factors in cancer. I *Cancer and psyche. Monographs from the Psychiatric clinic of the Helsinki University Central Hospital*, Helsinki, 1970.
- Achterberg, J., Matthews-Simonton, S. og Simonton, O. C. Psychology of the exceptional cancer patients: A description of patients who outline predicted life expectancies. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 1977, 14, 416-22.
- Bowers, M. K. og Weinstock, C. A case of healing in malignancy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 1978, 6, 393-402.
- Derogatis, L. R., Abeloff, M. D. og Melisaratos, N. Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 1979, 242, 1504-8.
- Dyregrov, A. *Finnes det premorbide psykologiske faktorer ved kreft? En kritisk gjennomgåelse av undersøkelser og metode*. Hovedoppgave, Psykologisk Fakultet, Universitetet i Bergen, 1980.
- Dyregrov, A. Finnes det premorbide psykologiske faktorer ved kreft? En kritisk vurdering av tidligere studier. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1981, 18, 257-65.
- Greer, S., Morris, T. og Pettingale, K. W. Psychological response to breast cancer: effekt and outcome. *The Lancet*, 1979, October 13.
- Grossarth-Maticek, R. Social psychotherapy and course of the disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1980, (a), 33, 129-38.
- Grossarth-Maticek, R. Psychological predictors of cancer and internal diseases. An overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1980 (b), 33, 122-128.
- Heide, von W. *Rehabilitation Krebskranker. München Medizinische Wochenschrift*, 1970, 3, 115-19.
- Ikemi, Y., Nakagawa, T. og Sugita, M. Psychosomatic consideration on cancer patients who have made a narrow escape from death. *Dynamische Psychiatrie*, 1975, 8, 77-92.
- Kazdin, A. E. Drawing valid inferences from case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, 49 (2), 183-92.
- LeShan, L. *You can fight for your life*. New York: Jove Public, 1977.
- LeShan, L. og Gassmann, M. L. Some observations on psychotherapy with patients suffering from neoplastic disease. *American Journal of Psychotherapy*, 1958, 12, 723-34.
- Rogentine, G. N., van Kammen, D. P., Fox, B. H., Docherty, J. P., Rosenblatt, J. E., Boyd, S. C. og Bunney, W. E. Psychological factors in the prognosis of malignant melanoma: A prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 1979, 41, 647-55.
- Simonton, S. M. *Imaging in the treatment of patients with malignant growths*. Paper delivered at the American

- Psychological Associations annual meeting in New York, September 1979.
- Simonton, O. C., Matthews-Simonton, S. og Creighton, J. *Getting well again*. Los Angeles: J. P. Tarcher, 1978.
- Simonton, O. C., Matthews-Simonton, S. og Sparks, T. F. Psychological intervention in the treatment of cancer. *Psychosomatics*, 1980, 21, 226-33.
- Simonton, O. C. og Simonton, S. S. Belief systems and management of the emotional aspects of malignancy. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 1975, 1, 29-47.
- Singer, J. L. og Pope, K. S. *The epower of human imagination*. New York: Plenum, 1979.
- Sørbotten, G. Bruk av forestillingsbilder i hypnoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1980, 17, 439-41.
- Trasti, H., Hagen, B. og Hoel, S. Forbedret prognose for kreftpasienter i Norge: Innebærer Kreftregisterets prognosedata for periodene 1953—1967 og 1968—1975 at også behandlingsresultatene er blitt bedre? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 1981, 101 (11), 659-61.
- Weinstock, C. Recent progress in cancer psychobiology and psychiatry. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*, 1977 (a), 24, 4-14.
- Weinstock, C. Notes on «spontaneous regression of cancer». *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*, 1977 (b), 24, 206-10.

Postadresser:

Atle Dyregrov
Magne Raundalen
NAVFs program for klinisk psykologisk forskning
Barneklubben
Haukeland sykehus
Postboks 1
5016 Haukeland sykehus.
Telef. 29 80 60.