

## **Jak pomagać rodzinom dzieci i młodzieży leczonych na raka**

### **Czym kieruje się personel medyczny (z uwzględnieniem psychologów, psychoterapeutów i psychiatrów) w pracy z rodzinami dzieci chorych na raka?**

Jest oczywiste, że w procesie leczenia trzeba uwzględniać rodziny małych pacjentów [7]. Kiedy rodzice nie mogą być obecni (z różnych powodów: w związku z jakąś formą fobii, ze względu na słabe więzi z dzieckiem, z przyczyn zawodowych bądź administracyjnych, itd.), uwzględniamy fakt, że istnieją, że są częścią rzeczywistości pacjenta, o czym ten dobrze wie; za ich zgodą proponujemy pewne formy zastępcze wobec rodzicielskiej opieki.

#### **Rodzina**

**Rodzice.** Wszyscy rodzice mają własną specyfikę; spotkać można bardzo różne osoby, z ich zaletami i wadami. Ponieważ rak nie wybiera dziecka według kryteriów socjalnych, kulturowych, etnicznych, psychologicznych, edukacyjnych itd., stoimy zwykle wobec całej różnorodności i wielości przypadków. Powinniśmy uwzględniać owe cechy specyficzne rodziców i sprawić, by stanowiły raczej punkty oparcia dla nich samych i ich chorego dziecka w zetknięciu z rzeczywistością raka, aniżeli ich słabe punkty; cechy te mogą także być przyczyną pojawienia się nadmiernych rozbieżności jeśli chodzi o oczekiwania względem leczenia, albo konfliktów z personelem leczącym.

Rodzice mogą być znerwicowani, depresyjni, paranoiczni, nadużywający, trwać w ciągłym zwątpieniu, być pesymistami bądź optymistami, z mniejszym czy większym trudem stawiać na wysokości swojego rodzicielskiego zadania. Nasza rola polega na ocenie tych cech, bez osądzania samych rodziców.

Oceniamy ich punkty oparcia – rodzinne czy społeczne – albo ich izolację; ich ewentualną kruchość psychologiczną (depresja, pesymizm, poczucie winy, itd.), słabość pozycji zawodowej (czy mogą pozwolić sobie na nieobecności w pracy), finansowej (choroba dziecka stanowi dla nich, mimo darmowego leczenia i różnych form wsparcia materialnego, również pewien koszt finansowy) [2], a także trwałość i solidarność pary rodzicielskiej.

Oceniamy ich stosunek do chorego dziecka: chodzi oczywiście o to, co sami mówią o dziecku, o jego przeszłości, o jego cechach i o jego chorobie. Rodzice mogą stanowić autentyczne wsparcie dla dziecka albo przeciwnie – potęgować jeszcze jego niepokój i poczucie zagubienia przez nadmierny pesymizm, brak kontroli nad własnymi emocjami, brak zaufania do lekarzy; niektórzy chcą nadmiernie chronić dziecko przed wszelką agresją czy niebezpieczeństwem, czy to związanym z chorobą, czy z lekarzami, choćby nawet miało to spowodować regresję adolescenta do minionych lat dzieciństwa. Zdarza się, że są stale przy dziecku ‘żeby jak najlepiej wykorzystać tę bliskość na wypadek gdyby miało się przytrafić nieszczęście’; tymczasem inni rodzice potrafią – będąc wystarczająco obecni przy dziecku – uszanować jego potrzebę autonomii i dojrzewania do dorosłości.

Oceniamy ich stosunek do rodzeństwa: małe dziecko albo niesforny adolescent mogą być dla nich przyczyną dodatkowego strapienia. Podobnie jest z ich rolą rodzicielską: chodzi o miejsce dziecka w ich życiu, o stosunek do niego (czy to jednak, dziecko idealizowane, źle tolerowane,

<sup>1</sup> Psychiatra i psychoanalityk. Wydział Pediatrii i Jednostka Psychoonkologii, Instytut Gustave-Roussy, 94805 Villejuif, Francja. Tel.: 33 (0)1 42 11 48 42; fax: 33 (0)1 42 11 52 75; e-mail: [oppenheim@igr.fr](mailto:oppenheim@igr.fr)

<sup>2</sup> Psychiatra. Wydział opieki wspierającej [Département de soins de support], Instytut Gustave-Roussy.

<sup>3</sup> Pediatria onkolog. Wydział Pediatrii, Instytut Gustave-Roussy.

jedyny syn wśród rodzeństwa składającego się wyłącznie z sióstr, itd.); czy mają poczucie, że są 'kompetentni', zarówno w zwykłych okolicznościach, jak i w obecnym kontekście choroby? Szczególnie istotna jest ocena relacji do ich własnych rodziców (żyjących bądź nie): czy ich własna adolescencja pozwoliła im osiągnąć dojrzałość w wystarczającej mierze, podjąć się w wystarczającym stopniu własnych zadań rodzicielskich, czy też pozostają w relacji zależności czy konfliktu z własnymi rodzicami (czy mają tendencje do przerzucania na swoich rodziców odpowiedzialności za chore dziecko, albo powielają w stosunku do dziecka jakieś dawne konflikty, które mogą w ten sposób jakoś 'rozebrać' na nowo z personelem medycznym).

Mogą też szczerze troszczyć się o własnych rodziców (starzejących się, chorujących, itd.) albo pozostawać od niedawna czy od lat uwięzieni w stanie przeciągającej się żałoby, która uniemożliwia im zachowanie odpowiedniej dyspozycyjności wobec oczekiwań i potrzeb chorego dziecka. Warto jest poznać dzieje rodziny, nieraz z uwzględnieniem kilku pokoleń, aby lepiej zrozumieć miejsce i znaczenie choroby dziecka w ich historii osobistej i rodzinnej, ale także po to, by lepiej rozwiązać jakieś trudności istniejące w relacji do personelu medycznego i do chorego dziecka (kiedy postrzegają obecną sytuację w świetle obrazów minionych sytuacji).

W każdym przypadku, bez względu na to, czy wykazują się dobrymi zdolnościami adaptacyjnymi [1] czy przejawiają oznaki słabości, ich sytuacja pozostaje trudna.

Rodzeństwo nie powinno być zaniechane, nawet jeśli jest rozsądne i wyrozumiałe [9]. Trzeba unikać tego, by się 'poświęcało' na rzecz chorego dziecka, by zaniechano własne sprawy, aby się nie nasilała banalna zazdrość jeśli to rodzeństwo ma poczucie, że zostało opuszczone i zaniechane przez rodziców. Warto wystrzegać się tego, by sami rodzice stawali się zbyt pobłażliwi wobec chorego dziecka. Funkcja rodzicielska rodziców powinna być dalej pełniona wobec wszystkich ich dzieci, przez czas leczenia i po nim [4].

Rodzina. Trzeba zwracać baczną uwagę na równowagę całości, jaką stanowi rodzina, a nie tylko na poziom relacji rodzice – chore dziecko, bo destabilizacja jednego elementu może pociągnąć za sobą destabilizację całości, i to nieraz w sposób trwały, co w końcowym efekcie odbija się również na chorym dziecku.

Dziadkowie. Zawsze warto się nimi zainteresować. Mogą odgrywać – zarówno dla rodziców, jak i wobec dziecka – rolę pozytywną (pomoc w zakresie zajęć codziennych, wsparcie emocjonalne, rady, itd.) albo negatywną (jako zbyt znaczący element względem pary rodzice – dziecko, z postawą relacyjną czy wychowawczą rozbieżną czy wręcz konfliktującą wobec postawy rodziców, z systematycznym pesymizmem, brakiem kontroli emocji itd.), mogą być punktem oparcia albo dodatkowym zmartwieniem. Kiedy stosunek rodziców do dziecka jest trudny albo znajduje się w impasie, właśnie dziadkowie mogą pomóc lepiej zrozumieć pochodzenie, nieraz odległe w czasie, postawy rodziców i ominąć blokadę. Ale jednak, za wyjątkiem niezwykle rzadkich przypadków (maltretowanie dziecka, wystawianie go na niebezpieczeństwo), to rodzice powinni zachować (w razie potrzeby z pomocą z zewnątrz) swe miejsce przy dziecku, choćby nawet sami byli bardzo osłabieni i nie dość skuteczni w jego obronie.

Trzeba też uwzględnić rozwój kontekstu rodzinnego: wiele rodzin przybyło do Francji stosunkowo niedawno, a ich dzieci stanowią pierwsze lub drugie pokolenie, które się we Francji urodziło. Dziadkowie przeważnie pozostali w kraju, z którego pochodzą rodzice, więc ci nie mogą znaleźć w nich oparcia kiedy stają wobec poważnej choroby dziecka. Czasem nie mają śmiałości zawiadomić dziadków o chorobie czy o niepowodzeniu leczenia w obawie przed zbyt znaczącym rozżewem między poglądem dziadków na przyczynę choroby i metody leczenia a oceną lekarzy – lub z lęku przed wyrzutami ze strony dziadków: „Trzeba było nie ufać tej medycynie i tym lekarzom”. Te rozbieżności pomiędzy 'tu' a 'tam', między przeszłością a teraźniejszością, mogą ujawnić się również w sprawie wyboru miejsca pochówku. Należy być wyczulonym na tego typu trudności i starać się omawiać je z rodzicami i ewentualnie z dzieckiem czy adolescentem. Poza tym

dzieci coraz częściej pochodzą z par 'mieszanych' (pod względem pochodzenia, narodowości, wyznania, itd.). Niektórzy czują dumę i czerpią korzyści wynikające z tej różnorodności, skoro każdy z rodziców przekazał w sposób jak najbardziej słuszny elementy dziejów każdej z rodzin i punkty odniesienia dla ukonstytuowania tożsamości; tymczasem inni czują się rozrywani między różnymi tożsamościami, które wydają im się nie do pogodzenia albo bez większej wartości, a ten zamęt 'tożsamościowy' stawia ich w kontekście raka w sytuacji osłabienia, czasem nawet niebezpiecznego jeśli to powoduje brak zgody na leczenie czy wręcz jego odrzucenie.

### **Kilka trudnych sytuacji**

Stan głębokiego zagubienia rodziców. Należy uwzględnić wzrastającą złożoność sytuacji związanych z leczeniem, które jest często trudno rodzicom zrozumieć, nawet jeśli znają język francuski i są wykształceni. Sytuacje związane z leczeniem są bowiem bardzo różnorodne, nawet jeśli z pozoru wydają się podobne; przyczyny decyzji i samo rozumowanie medyczne nie zawsze są oczywiste czy zrozumiałe dla rodziców, choćby nawet niektórzy z nich sądzili, iż są na tyle kompetentni, że mogą dyskutować czy nawet podważać niektóre decyzje lekarzy na podstawie wiadomości zaczerpniętych z Internetu (z artykułów czy dyskusji na forach). Poza tym liczne badania kliniczne, w których uczestniczą dzieci (włączając w to wstępne próby nowych leków) [8] w celu poprawy samego leczenia, co przecież jest wspólnym celem lekarzy i rodziców, wymagają od tych ostatnich wyrażania po wielokroć świadomej zgody [5], co może pogłębić poczucie nieraz zbyt na nich ciążyącej odpowiedzialności, a przez to poczucie głębokiego zagubienia [12].

Podobnie zdarzają się sytuacje, nieliczne ale za to niezwykle złożone i trudne, kiedy choroba ma przyczynę genetyczną. Trzeba wówczas być szczególnie czujnym jeśli chodzi o wpływ takich okoliczności na całą rodzinę w aspekcie jej funkcjonowania psychologicznego, relacyjnego i etycznego [13].

Niektórzy rodzice mało się angażują w proces leczenia. Ich przyjazdy do szpitala mogą być utrudnione zarówno z przyczyn praktycznych (duża odległość, brak samochodu, itd.), w związku z trudną sytuacją w pracy, ale i z kruchości psychologicznej (fobie, obawa przed spowodowaniem cierpienia u dziecka swym nadmiernym zaniepokojeniem czy w momencie opuszczania szpitala, itd.). Niektórzy czują niemoc wobec choroby dziecka, albo uważają, że ich obecność jest zbędna. Inni wyrażają w ten sposób swój pesymizm co do finału leczenia (dlaczego miałoby ryzykować utratę pracy, zaniedbywać pozostałe rodzeństwo, osłabiać więź ze współmałżonkiem, podejmować tyle wysiłków czy nawet poświęceń skoro dziecko i tak umrze?), albo jakieś głębokie odrzucenie samych lekarzy - czego nie zawsze są świadomi - albo wreszcie niepokój i poczucie, że ich pozycja społeczna, znajomość języka, wzorce kulturalne są zbyt skromne w porównaniu ze statusem lekarzy.

Rzadka obecność rodziców może też być przejawem braku dojrzałości i odpowiedzialności (nie zdają sobie sprawy z potrzeb dziecka i oczekiwań wobec nich) albo zaniedbaniem, które może być pewną formą nadużycia. W sytuacji kiedy możliwe jest, że rodzice sprowadzą niebezpieczeństwo na dziecko, czy to bezpośrednio, czy pośrednio (np. gdy ich nieobecność powoduje zaburzenia zachowania, które poważnie utrudniają leczenie), sąd dla nieletnich może na pewien konieczny czas zdjąć z ich barków odpowiedzialność rodzicielską. W każdym przypadku, zamiast oceniać ich w kategoriach moralnych, warto jest starać się zrozumieć możliwe przyczyny takiej postawy i spróbować znaleźć jakieś rozwiązanie, albo przynajmniej jakieś kompromisy, które byłyby do przyjęcia dla rodziców, dla dziecka i z punktu widzenia wymogów leczenia. Istotne jest to, by móc wyjaśnić dziecku przyczyny tych rozwiązań kompromisowych, a jeśli rodzice nie są w stanie zmienić swego postępowania – wytłumaczyć to dziecku w sposób wystarczający i sprawić, by się pogodziło z postawą rodziców, choćby nawet miało skutek niej cierpieć. Nieobecność rodziców bowiem, niezrozumiała albo nieakceptowana i nietolerowana, może stanowić przyczynę rozpacz i żalu, poczucia dramatycznego opuszczenia, nieraz długotrwałego, lub niezgody bądź sprzeciwu

wobec leczenia. Przy czym niezgoda na leczenie może nieraz u dziecka oznaczać niechęć czy sprzeciw wobec postępowania rodziców.

**Formy pomocy, które należy wprowadzić.** Mogą to być formy indywidualne, zbiorowe bądź instytucjonalne, o funkcji profilaktycznej bądź terapeutycznej. Skierowane są, w sposób zróżnicowany, do wszystkich podmiotów uczestniczących w leczeniu – dziecka, rodziców, rodzeństwa, ale także do personelu leczącego (pojętego jako pojedyncze osoby bądź zespoły ludzi); nie należy bowiem zapominać, że trudności relacyjne mogą mieć swe źródło w jednych czy drugich, a zwłaszcza w interakcji pomiędzy nimi.

**W przypadku rodzeństwa:** swobodny wstęp na teren oddziału pod warunkiem, że małe dzieci są w towarzystwie dorosłego opiekuna; wsparcie psychologiczne, zarówno indywidualnie jak i grupowe, służeńie odpowiedzią na zadawane przez rodzeństwo pytania.

**Aby pomóc rodzicom** w radzeniu sobie z ich rolą i z wypełnianiem zadań rodzicielskich, wskazany jest dobry przepływ informacji, co sprzyjać będzie tworzeniu się relacji zaufania i ograniczy ryzyko nieporozumień i konfliktu [11]. Istotne są również zebrania informacyjne i dyskusyjne z udziałem ordynatora oddziału, tworzenie miejsc spotkań i wymiany informacji (tzw. ERI: Espace Rencontre Information), swobodny wstęp na oddział, właściwe rozwiązania praktyczne (Dom Rodziców w pobliżu oddziału), stowarzyszenie rodziców, pomoc socjalna, wsparcie lub pomoc psychologiczna, która może polegać na poradnictwie, kompleksowej pomocy rodzicom, rozmowach i spotkaniach o charakterze psychoterapeutycznym, itd.

**W stosunku do personelu leczącego:** psycholog, psychoterapeuta bądź psychiatra pomagają personelowi w zachowaniu właściwej pozycji wobec rodziców i dziecka; chodzi o pełniejsze zrozumienie – przy zachowaniu odpowiedniej dyskrecji, która rodzinom się należy - ich reakcji, oczekiwań, obaw, trudności, nieraz paradoksalnych czy agresywnych zachowań, a także o ominięcie, tak dla jednych, jak i dla drugich, pułapek wynikających z przeniesienia i więzi, którym sprzyjają złożoność i intensywność sytuacji.

**Śmierć dziecka.** W dzisiejszych czasach, większość dzieci wraca do zdrowia (około 75%), więc śmierć małego pacjenta jest dla rodziny i rodzeństwa tym trudniejszym przeżyciem. Pomoc rodzicom i rodzeństwu oznacza przede wszystkim towarzyszenie im we wspieraniu dziecka przez cały okres leczenia i w zachowaniu ról rodzica czy brata i siostry. Chodzi również o pomoc w stawieniu czoła końcu życia tego dziecka, co wymaga kompetentnych zabiegów leczniczych, pielęgnacyjnych i wsparcia psychologicznego. Należy też ich wesprzeć w odnalezieniu właściwej równowagi między pokusą zamknięcia się w najbliższej teraźniejszości a zbyt wczesnym czy zbyt mocnym koncentrowaniem się na tym, co będzie później; między pokusą odpychania od siebie najdłużej, jak tylko się da, myśli o jego śmierci a popadnięciem w przedwczesny stan żałoby; między pokusą wzięcia na siebie całego poczucia winy a przerzuceniem jej na lekarzy; między tendencją do oczekiwania uporczywej terapii a pokusą przedwczesnego zakończenia życia. Poza tym chodzi o pomoc, o ile sobie tego życzą, w trakcie żałoby; pomoc taka polegałaby na rozmowach indywidualnych czy w grupach rodziców [14], nie zaniedbując żałoby rodzeństwa, która również bywa bardzo intensywna, choć mało widoczna.

**Po leczeniu.** Okres pierwszego roku po zakończeniu leczenia nie zawsze jest łatwy, ani dla dzieci, ani dla ich bliskich. Oczywiście cieszą się z ulgi, jaka wiąże się z opuszczeniem świata choroby (który mógł stanowić pewne środowisko ochronne, jednorodne, wyłączone ze społeczeństwa), ale muszą się jakoś na nowo przystosować do codziennego życia, do jego uroków ale i do trudności i wymogów. Odczuwają brak ochrony związanej z leczeniem i opieką personelu leczącego, podczas gdy trwa nadal niepokój związany z niebezpieczeństwem nawrotu choroby. Należy odnaleźć właściwą równowagę, przy udziale lekarzy, rodziców i samego dziecka, pomiędzy nadmierną ostrożnością i kontrolą, które mogłyby doprowadzić do utrwalenia się relacji uzależnienia rodziców i

dziecka od lekarzy i medycyny w ogóle, a przesadną tendencją do zamknięcia tego rozdziału w życiu.

Ujemne następstwa psychologiczne i relacyjne w rodzinie. Należy zwracać uwagę na zapobieganie im i na ich leczenie kiedy już się pojawiają [6]. Ważny jest więc krótszy lub dłuższy okres [3, 15, 16] monitorowania po leczeniu. W tym czasie, oboje rodzice ewoluują, każdy z osobna jak i para, którą stanowią; 'starzeją się' kiedy ich dzieci 'rosną'. Nie zawsze łatwo jest odróżnić to, co wynika z psychologicznych następstw doświadczenia choroby od tego, co dzieje się - bo i tak by się wydarzyło - w tej rodzinie. Trzeba uwzględnić doświadczenie, jakie stanowi rak, ale także inne elementy (choroba rodziców czy dziadków, kłopoty materialne i socjalne, itd.), nie zapominając o częściowym związku przyczynowym czy o efekcie pogorszenia, które może jakoś wiązać te różne trudności. Ważne jest, choć to trudne, by uniknąć zarówno pokusy wyjaśniania wszystkiego chorobą i jej przebiegiem, jak i zaniedbywania jej pod pretekstem, że 'to już przeszłość' i że nie ma po niej śladu. Istotne jest, by być nadal czujnym na momenty, kiedy kruchość psychologiczna któregoś z członków rodziny się zwiększa, w szczególności w okresie wchodzenia dzieci w adolescencję.

Próba, jaką stanowi rak, może pociągnąć za sobą kryzys pary małżeńskiej albo trudności relacyjne na linii rodzice – dzieci. Rodzice mogą uznawać, że dziecko jest nadal narażone na niebezpieczeństwo i są wtedy nadopiekuńczy. Mogą czuć się odpowiedzialni za jego chorobę i za jej ewentualne następstwa, przeżywać z tego powodu poczucie winy albo też, w zależności od płci rodzica czy ideałów, jakie wyznają, nie potrafią już żywić nadziei co do jego przyszłości: matki, na przykład, bardziej cierpią na myśl o zagrożeniu dla córki jeśli chodzi o możliwość dochowania się dzieci, itd. Ze swej strony dziecko ma żal do rodziców o to, że nie wspierali go dostatecznie, albo że nie zapobiegli pojawieniu się choroby, albo też że nie stanęli 'na wysokości zadania' i że straciło do nich zaufanie.

Ale ta próba może również przynieść pozytywne skutki: rodzice i dzieci utkali między sobą nowe więzi, znacznie mocniejsze i bogatsze, niżby to miało miejsce w 'normalnym' czasie, itd. Rodzeństwo może poczuć się jakoś opuszczone, 'niedoinwestowane' albo wręcz przeciwnie, 'przeinwestowane' wszystkimi nadziejami, które rodzice wcześniej pokładali w chorym bracie czy siostrze. Rodzeństwo może wtedy okazywać wzmożoną zazdrość, albo przeciwnie, mocniejszą solidarność braterską; może żywić pretensje do rodziców, albo właśnie większy szacunek i zaufanie do nich, którzy potrafili właściwie wypełnić swoje rodzicielskie zadania w stosunku do wszystkich dzieci.

### **Kilka różnic uzależnionych od wieku dziecka**

Małe dzieci. Inaczej jest, gdy rodzice mają już inne dzieci, a inaczej, gdy pacjentem jest ich pierwsze dziecko. W takim przypadku mogą czuć się szczególnie bezbronni wobec potrzeby niesienia mu pomocy; sami mogą także potrzebować pomocy ze strony dziadków i personelu leczącego. Personel leczący powinien wówczas dbać o to, by nie pozbawiać takich rodziców ich funkcji rodzicielskich (albo by nie odnosili takiego wrażenia). Gdy para rodzicielska jest słaba, gdy przerasta ją złożoność i trudność sytuacji, gdy rodzice postrzegają samych siebie jako mało kompetentnych do stawienia czoła temu wyzwaniu, należy wtedy być szczególnie uważnym, aby dziecko – swymi reakcjami sprzeciwu, które zwykle oznaczają poczucie niepewności – nie 'denerwowało' rodziców i nie wywoływało dodatkowego przygnębienia ponad to, czego już nie są w stanie znieść. Wówczas mogłaby zostać uruchomiona niebezpieczna relacja 'dziecka prześladowanego' i nadużywających rodziców.

Adolescenci. Adolescencja jest okresem życia pasjonującym ale trudnym, zarówno dla samego adolescenta, jak i dla jego rodziców. Rak wprowadza w ten czas dorastania dodatkowe komplikacje [10]. Młody człowiek potrzebuje odnaleźć właściwą równowagę między odniesieniem do

rówieśników a relacją z rodzicami, których obojga potrzebuje. Szkoda by było, gdyby potrzeba autonomii doprowadziła go do przesadnego przeciwstawiania się rodzicom i – analogicznie – personelowi leczącemu (co mogłoby zagrozić właściwemu przebiegowi leczenia), albo gdyby strach przed chorobą i przed leczeniem, a także pewne rozczarowanie reakcjami kolegów, skłoniły go do zaniedbania stosunków z tymi kolegami i do regresji w kierunku dawnej relacji, zbyt przecież zawężonej, do rodziców czy do jednego z nich. Ważne jest, by pomóc nastolatkowi i jego rodzicom w ominięciu tych pułapek w ich wzajemnych relacjach, tak częstych w tym okresie, oraz w przebyciu nie tylko samej choroby, ale i okresu adolescencji bez destabilizacji i cierpienia, w ramach procesu dojrzewania.

**Wniosek.** Pojawienie się raka, jego leczenie i okres następującej po nim obserwacji, stanowią trudny okres dla dziecka, ale także dla jego rodziców i rodzeństwa. Może on zarówno doprowadzić do destabilizacji i skonfliktowania wzajemnych relacji, w sposób mniej lub bardziej trwały, jak i sprzyjać rozwojowi ich przymiotów i jakości ich więzi. Aby wesprzeć ten drugi kierunek należy pomóc rodzinie w przebyciu czasu choroby w jak najlepszych warunkach, które zapewnią: dobrą jakość udzielanych informacji; wsparcie socjalne, praktyczne i psychologiczne; kompetentny dobór sposobu leczenia i zabiegów leczniczych, tak by rodzice zachowali bądź odnaleźli się w swej roli rodzicielskiej. Ważne jest też pomaganie dziecku, by zachowało bądź odnalazło zaufanie do samego siebie, do rodziców, do społeczeństwa, a także – szczególnie jeśli chodzi o nastolatków – do rówieśników. Zakłada to, jeśli chodzi o personel leczący, do którego należą psychoonkolodzy, wystarczającą znajomość specyfiki funkcjonowania rodziny w jej aktualnej różnorodności (struktury rodzinnej, rodzinnego otoczenia, odniesień kulturowych i religijnych, statusu społecznego i poziomu integracji, sytuacji materialnej, poczucia spełniania funkcji rodzicielskich, itd.), ale także specyfiki konfrontacji dziecka czy nastolatka i jego bliskich z chorobą i kuracją.

← Sformatowane: Punktory i numeracja