5.3.3. Pszichoonkológia

Prezenszki Zsuzsanna, Kegye Adrienne, Molnár Mária

Mottó:
„Hosszú útra szegődsz kísérőül valaki mellé… bizalomra,
nyíltságra és kölcsönös emberségre épülő kapcsolatra van szükség,
annak megértésére, hogy a másik ember a maga teljes emberi mivoltában van jelen,
és te is teljes emberi mivoltodban vagy jelen."
Edith Campbell, New York-i lelkipásztor

A pszichoonkológia fiatal, intenzív kutatások mentén folyamatos fejlődésben lévő tudomány.

A rosszindulatú daganatos betegségek száma az utóbbi évtizedekben drasztikus növekedésnek indult, ezen belül is nő a fiatal, aktív korosztály érintettsége. Az 1930-as évekből származó statisztikai adatok szerint 15 emberből egy volt érintett, 1990-re az arány 1:4-re emelkedett; napjainkban három egészséges emberre jut egy, akinél daganatos betegséget diagnosztizálnak.

A WHO korábbi felmérésein alapuló 2013-as jelentés szerint Magyarországon százezer lakosra vetítve évente 165,2 nő és 316,1 férfi hal meg rák következtében. Sajnos ezzel a számadattal listavezetők vagyunk Európában.

Az egyre hatékonyabbá váló kezelési lehetőségeken túl gazdagodik az evidence based vizsgálatokon alapuló kiegészítő metódusok tárháza is – de az onkológiai megbetegedés továbbra is hordozza az elhúzódó, fájdalommal és szenvedéssel teli halál lehetőségét. Emiatt ez a betegség jelentősen nagyobb pszichés teherrel jár az érintettek és hozzátartozóik, valamint az egészségügyi és egyéb ellátó, segítő szervezetek tagjai számára is.

A daganatos betegség kialakulásának hátterében húzódó és a lefolyás alatt szerepet játszó lelki, személyiségbeli tényezők pontosítása máig széles körű vizsgálatok tárgya.

A daganatos megbetegedés életet fenyegető kimeneteli lehetősége miatt az egyén megküzdési lehetőségei, lelki adottságai a diagnózis felállításának pillanatától jelentőssé válnak, hiszen a betegség ténye önmaga fenntart egy krónikus stresszt.

A pszichoonkológia kialakulása, helye, szerepe az elméleti és gyakorlati gyógyító tudományok között

A pszichoonkológia tárgyköre felöleli azoknak a kölcsönösen összefüggő egyéni, szociális és társadalmi hatásoknak a számbavételét, amelyek a daganatos betegség kialakulásában, lefolyásában és kezelése során szerepet játszanak.

Az onkológiai betegség zajlását meghatározó egyéni és társadalmi tényezőket mutatja az *5.3.3.1. táblázat.*

5.3.3.1. táblázat

Az onkológiai betegség zajlása során szerepet játszó egyéni és társadalmi tényezők

Egyéni:
Alkati, konstitucionális adottságok
Lelki: stresszkezelés, konfliktus-feldolgozási eszköztár
Életmód
Hit/meggyőződés rendszer, ezen alapuló megküzdési lehetőségek
Társadalmi:
Szociokulturális (társadalmi betegségkép, „tabuk")
Szocioökonómiai (egszisztenciális helyzet, társadalmi státus)
Etikai (életvég, méltó halál)

A gyakorlati pszichoonkológia az onkológia szubspecifitásának tekinthető, melynek két fókusza:

- a daganatos betegség hatásai a beteg, a hozzátartozó és a gyógyító személyzet lelki működésére,
- a pszichológiai és viselkedésbeli tényezők szerepe a daganatos betegségek kialakulásában és a túlélésében (Holland 1990).

A daganatos betegségek terjedésének hatékony megfékezése a különböző tudományterületek összehangolt, érzékeny együttműködését kívánja meg. Ehhez a törekvéshez csatlakozik a hazánkban a 2006-ban megfogalmazott Új Magyar Nemzeti Rákkontroll Program, amelynek XIII/6-os intézkedési terve szerint: „Az onkológiai ellátó helyeken biztosítani kell a betegek és hozzátartozók számára a pszichológiai segítségnyújtás lehetőségét…"

Pszichés tényezők a daganatos betegség kialakulásában

Ahogy a rák teljes körű gyógymódja, úgy a kialakulásában szereplő kóroki tényezők egyértelmű szerepe is nyitott kérdés. Nehézséget jelent, hogy maga a rosszindulatú daganat elnevezés számos, különböző etiológiájú, szövettani típusú, stádiumú, kiterjedésű és biológiai viselkedésű betegség gyűjtőfogalma.

Ami bizonyosnak látszik, az az, hogy a betegség kialakulásban és lefolyásában a biológiai (élettani, genetikai) tényezők mellett meghatározók a személyiség egyéni, ill. szociális vonatkozásai. A biopszichoszociális modellel összhangban a daganatok megjelenésében és kimenetelében:

1. környezeti hatások (kemikáliák, sugárzás stb.),
2. genetikai/konstitucionális adottságok,
3. egyéni, személyiséghez kötött megküzdési minták,
4. életmód, valamint ezek kölcsönös, összetett egymásra hatása játszik szerepet.

A személyiség és a daganatos betegség

A carcinoma és a személy lelki, érzelmi állapotának összefüggése már az ókor nagy gyógyítói számára is világos volt. Galenustól származik az első leírás arról a megfigyelésről, miszerint a melankolikus nők hajlamosabbak emlőrákra.

A tudományos igényű vizsgálatok az ötvenes években kezdődtek, ekkor indultak el azok a kutatások, amelyek kapcsolatot kerestek a rákos betegség és a betegséggel diagnosztizált ember személyiségtényezői között.

Le Shan ötvenes évekből származó kezdeti eredményei szerint a rák az egyén gyermekkori negatív életeseményeire, az akkor elszenvedett erős érzelmi deprivációra adott „válasza"; amely azzal az élménnyel asszociálódik, hogy a személy úgy érzi, hogy elvesztette a lehetőségét arra, hogy valamikor is értelmes, tartalmas életet élhessen.

Egyéb, a negatív életesemények – pl. közeli hozzátartozó, barát elvesztése – kóroki szerepét illető vizsgálatok (Prigerson, Le Shan) mellett, a hatvanas években állította össze Holmes és Rahe azt a stressz skálát, amiben a különböző megrázó életesemények mellé rendelt pontérték alapján – úgy vélték – nagy valószínűséggel megjósolható egy megbetegedés bekövetkezése.

Mások az életeseményekkel szemben az érzelmek megélésének, valamint kommunikációjának sajátosságait találták meghatározónak a daganatos betegeknél: az érzelmek – különösen a harag – elfojtását, az érzelmek felismerésének és kifejezésének gátoltságát. Az érzelem kifejezésének gátoltsága abban az esetben bizonyult különösen károsnak, ha azzal a belső ellentmondással párosult, hogy a személy szeretné, de nem tudja, nem meri kiadni az érzéseit. Ilyenkor egy látszólagos jó külső alkalmazkodásnak egy belül dúló, folyamatos önleértékeléshez vezető harc az ára. Ezt a működést mint C típusú személyiséget írták le (Temoshok 1987, Geer 1980). Az elmélet szerint feltehetően gyermekkori érzelmi elhanyagolás mentén alakul ki; ha a gyerek szeretne „jó" lenni, hogy mások figyelmét, szeretetét „kiérdemelje", kialakul nála, hogy szükségletei kielégítésében a másoknak való megfelelést saját pszichés és testi igényei elé helyezze. Ez az attitűd mélyen beépülve – tudattalanul – fennmaradhat még a későbbi környezeti elfogadás ellenében is. A C típusú személyiség egyértelmű kóroki szerepét a rák kialakításában a későbbi vizsgálatok nem erősítették meg; mára a hangsúly az egyén problémamegoldó kapacitására került át (Jokela és mtsai 2014).

A hazai pszichoonkológiai kutatások a 60-as évek elején indultak, kezdetben elszigetelt formában, később egyre szervezettebben. A teljesség igénye nélkül ki kell emelni Németh György, Kovács Miklós, Riskó Ágnes és Muszbek Katalin munkásságát.

A rák és a stressz: pszichoneuroimmunológia (PNI)

Személyiségvizsgálatok mentén haladva egyre világosabbá vált, hogy nem személyiségvonások mentén keresendő a rák és a lelki hatások közötti kapcsolat.

A további vizsgálódások fókuszában a külső és belső fenyegető hatások sajátos, egyéni leképezése, a stressz hatások és a homeosztázis összefüggései kerültek, amelyhez jelentősen hozzájárult a *Selye által kidolgozott stresszelmélet*.

A pszichoneuroimmunológia viszonylag új tudományként azokat a sejtszintű biokémiai változásokat követi, amelyekben az egyént ért stresszhatás az immunrendszeri funkciók elnyomásán keresztül, a fiziológiai egyensúly megbomlásáig közvetítődik.

A vizsgálatok megerősítik a celluláris immunválasz csökkenésének összefüggését a pszichoszociális hatásokkal, szerepét a tumor kialakulásában, növekedésében és a metasztázis kialakulásában (Kiecolt-Glaser és mtsai 2002).

Számos kutatás találta meghatározónak a csökkent lymphocytaproliferációt és az NK-sejt szerepét a csökkent citotoxicitásban. Az NK-sejt meghatározó funkciót tölt be több immunfunkcióban, egyebek között a tumorsejt túlélésében. Az NK-sejt citotixicitását – feltehetően neuroendokrin mechanizmusok közvetítésével a stresszhatások a következők szerint csökkentik: az interferon-γ* (IFN-γ*) és az interleukin-2 (IL-2) fokozza az NK-sejt és egyéb killer sejtek aktivitását, azonban stresszhatásokra mind az INF, mind az IL-2 szintje csökken.

Az NK-sejt citotoxicitása – számos vizsgálati eredmény

alapján – összefügést mutat a vizsgált személy szociális relációival (pl. a társas támogatottságával) is (Baron és mtsai 1990). Sokat vizsgált terület a rák, a depresszió és az immunrendszer védekező mechanizmusainak összefüggése. Krónikus stresszhatásra, csakúgy, mint depresszióban, túlaktiválódik a hipothalamus–hipophysis–mellékvesekéregtengely, ami hozzájárul az immunválasz módosulásához, így bizonyos fajta daganatok kialakulásához és növekedéséhez (Du és mtsai 2013).

Kimutatták, hogy major depresszióban csökken az NK sejt proliferáció.

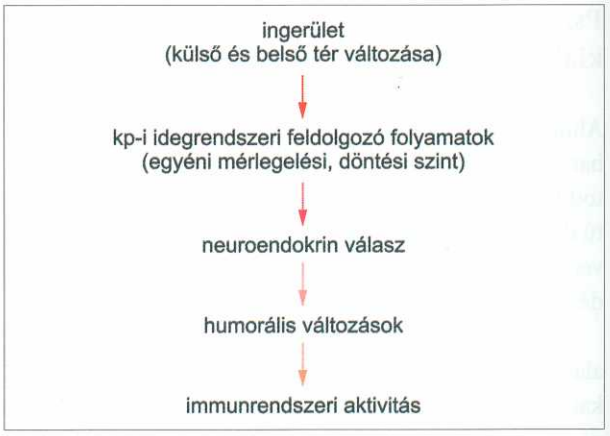
Depresszióval diagnosztizált betegek és egészséges felnőttek humán lymphocitáinak összehasonlításakor ugyancsak szignifikáns kapcsolatot találtak a sérült sejt DNS reparációs képességének károsodása és a depresszió szintje között. A karcinogén hatás hátterének feltételezett tényezőjeként is leírták a DNS reparációs rendszer sérülésének, és a sejt „normál" életciklusának és pusztulásának lépéseit irányító programozott sejthalál (apoptózis) diszregulációjának a szerepét. A vizsgálatok szerint a DNS reparációs rendszer stresszindukált csökkenése és az apoptózis folyamatainak módosulása ugyancsak jelentős faktor a rák kóroki tényezői között. Ahogy a stresszindukált celluláris immunrendszeri ledáció esetében, úgy a DNS reparációt illetően is egyre több adat igazolja a pszichogén és pszichoszociális stresszorok meghatározó szerepét (Kiecolt-Glaser és mtsai 2002).

A rák mint a szomatopszichés egység krízise

A stressz meghatározó szerepét a rákos betegségben az eddigi vizsgálatok megerősítik, a hangsúly pedig egyre inkább az egyén és az általa átélt distressz viszonyára került át. A stressz forrását nem elsősorban a problémát megjelenítő hatások jelentik, hanem az az információ feldolgozási mód, amivel az egyén rendelkezik.

Egy helyzet stresszként való megélése, a megterhelő érzelmi válasz kialakítása egy belső döntési, mérlegelési folyamat eredménye, amelyben jelentős szerepe van az egyén tanulás, szocializáció során kialakult helyzetkezelési repertoárjának. A diszfunkcionális sémáknak nevezett, nem adaptív konfliktuskezelő minták a helyzet észlelésének torzítását okozzák.

Az így kialakuló negatív emóciók – feszültség, fenyegetettségérzés, szorongás – a neurohormonális rendszerre kifejtett hatáson keresztül idézik elő a fiziológiai egyensúly megbomlását, testi és/vagy lelki zavar kialakulását. Mivel a rák potenciálisan életet veszélyeztető betegség, a halál lehetőségével szembesít, a diagnózis egy tartósan fennálló érzelmi krízist alakít ki. Egy olyan érzelmileg megterhelő, megoldhatatlannak minősülő szituációt, amiben a régi eszköztár alkalmatlan a helyzet megoldására, új, hatékony utak pedig nem állnak rendelkezésre.

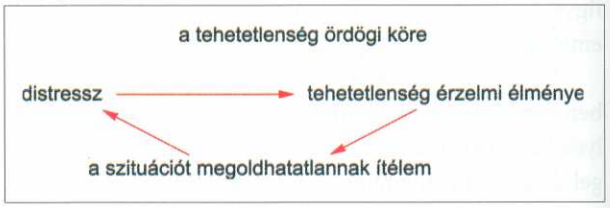


5.3.3.1. ábra

A megküzdés pillérei

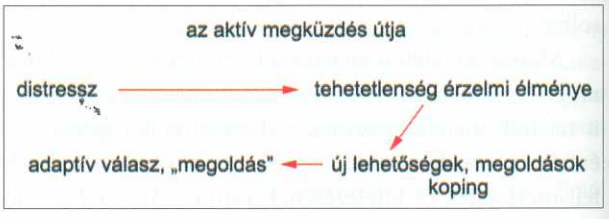
A rák diagnózisa jelentette krízissel a személy egy erős emocionális sokkot él át.

A beteget a hír felkészületlenül éri, uralásához eszközei nincsenek. Tovább nehezíti a helyzetet a betegségzajlással járó testi megpróbáltatások, a distressz, a folyamatosan jelenlévő halálfélelem. Mindez a pszichoneuroimmonológia által leírt úton tovább gyengíti a szervezet védekező képességét.



5.3.3.2. ábra

Azok a betegek, akik hozzáállásukban aktívak, rugalmasak, gazdag probléma-megoldó készséggel rendelkeznek, jobb életminőségi szinten élnek, és jobb a kezelésekben való együttműködésük – hosszabb túlélési időre számíthatnak. Az elkerülő stratégiát alkalmazó, reménytelen, feladó, passzív megküzdésű páciensek alacsonyabb életminőséggel és gyengébb hangulati mutatókkal rendelkeznek. A pszichoonkológiai beavatkozásokkal, a ko-



5.3.3.3. ábra

5.3.3.2. táblázat

Az aktív megküzdés tényezői

Értelemtalálás az átélt szenvedést illetően
Életcél, illetve részcélok elérése
Vallásos vagy spirituális hit a dolgok magasabb rendű értelmében
Remény fenntartása, optimizmus
Megfelelő életminőség fenntartása
A tünetek és az érzelmi állapot feletti kontroll érzése
Elfogadó, támogató közeg
Gyógyult beteg a közvetlen vagy tágabb környezetben (média szerepe!)

ping mechanizmusok javításával a beteg életminősége, terápiás együttműködése javítható, a kölcsönösen összefüggő testi és lelki állapotrosszabbodás ördögi köre megszakítható.

A kezelőorvos és a személyzet szerepe

A tehetetlenség és a reménytelenségérzés oldása, az aktív betegszerep kialakítása a megküzdés alappillére, de a megküzdésben a „főszerep" a kezelő orvosé! A pszichoonkológiai intervenciónak minden esetben az onkológiai kezeléssel való együttműködést kell támogatnia, hiszen a betegség kimenetelét legjelentősebben a hatékony onkoterápia befolyásolja.

A jó orvos–beteg kapcsolat megalapozza a megfelelő terápiás együttműködést. Az együttműködést elősegíti a megfelelő kommunikáció: a diagnózisra, kezelésekre, mellékhatásokra, azok lehetséges csillapítására, az állapotkövetés ritmusára vonatkozó információk olyan érzékeny átadásával, ami figyelembe veszi a daganatos betegek és hozzátartozóik sajátos lelkiállapotát, a félelem miatt beszűkült, csökkent figyelmi kapacitást. Számol a betegséggel, kezelésekkel kapcsolatos irreális félelmekkel, közvéleményben élő hiedelmekkel, kellő türelemmel, felkészültséggel rendelkezik ezek kezelésében. Pszichés panaszok, tünetek jelentkezése esetén a beteget szakemberhez irányítja, bátorítja a segítség elfogadásában. A kezelésben alapvető jelentőségű a terápiás team tagjainak együttműködése.

Lelki jelenségek és észlelésük a daganatos betegség zajlása során

A rák diagnózisának felállításával egy uralhatatlannak látszó, bizonytalan kimenetelű folyamat indul, ami negatív érzelmek tömegét hozza magával.

Az onkológiai betegek esetében a „gyógyulás" fogalma bizonytalanul definiálható. Nem határozható meg sem általában, sem egyénre szabva, hogy egy onkológiai betegségből ki és mikor gyógyult meg „biztosan". A tartós túlélés kifejezőbb, bár – amint ez a betegségre is igaz – magában hordozza a visszaesés lehetőségét.

Napjainkban már egyre gyakoribb, hogy az egészségi állapot maradéktalanul helyreáll, a betegség nem újul ki, a valaha rákos beteg halálát egyéb kórkép okozza.

Lehetséges kimenetel a tartós egyensúlyi állapot részleges remisszióval (pl. kemoterápiás kezeléssel egyensúlyban tartható vérképzőszervi rák) vagy valamilyen maradványtünettel (pl. központi idegrendszeri daganat következtében kialakuló mozgás- vagy beszédzavar).

A tartós állapotjavulást és a részlegesen helyreállt, de élhető állapotot is megtörheti a betegség kiújulása (lokális recidíva vagy távoli áttét), ami hosszabb vagy rövidebb időre stabilizálható, de lehet, hogy fokozatos állapotromlás végén bekövetkezik a halál.

5.3.3.3. táblázat

A betegséglefolyás kiemelten erős érzelmi terheléssel járó szakaszai

Előzetes vizsgálatok betegség gyanúja esetén különösen abban az esetben, ha a beteg félelem miatt hosszan halogatta az orvoshoz fordulást
A bizonytalan vizsgálati eredmények
A diagnózisközlés
A terápiás terv kialakítása (műtét, mellékhatások, tartós következmények)
A kezelések alatti mellékhatások
A kezelések befejezése (hogyan tovább?!)
A kontrollvizsgálatok
Negatív élethelyzeti változások (akár a betegségtől függetlenül)
A betegség kiújulása
Szembesülés a közelgő halállal
A terminális állapot

Szembesülés a diagnózissal

A diagnózis közlésével kapcsolatban a betegek zöme beszámol arról, hogy miközben hallották az orvos szavait, megértették a jelentését, valójában képtelenek voltak azt felfogni.

A kezdeti érzelmi sokkot követően a betegek a Kübler–Ross által a haldoklás fázisaiként leírt jelenséghez hasonlóan a tagadás, düh, alkudozás, depresszió és belenyugvás szakaszait átélve válnak képessé a betegséggel és az általa okozott változásokkal való szembesülésre. Ezek a fázisok váltogathatják egymást, felcserélődhetnek, egymásba csúszhatnak.

Mivel a rák az erős félelem mellett nagyfokú tehetetlenségérzést vált ki, nagyobb számban fordulnak elő regressziós jelenségek. Ilyenkor a racionális mérlegelési, döntési folyamatok egy mágikus-animisztikus szintre csúsznak vissza (transzcendens hatások, csodák, „varázslatok" hatásába vetett hit), előfordulhat átmeneti pszichotikus zavar is.

A diagnózis közlésekor kialakuló sokk megfelelő érzelmi/szociális támogatottság és jó megbirkózási eszköztár birtokában néhány nap, vagy akár néhány hét alatt magától lecseng, azonban a betegek több, mint egyharmada már ekkor pszichés intervencióra szorul.

5.3.3.4. táblázat

A diagnózis közlésekor jellemző pszichés jelenségek

„Érzelmi lefagyás"
Kételkedés, tagadás
Düh, harag
Irritabilitás, emocionális labilitás
Szorongás
Depresszió
Regressziós jelenségek
Átmeneti pszichotikus zavar

A kezelések időszaka

Az *onkológiai kezelések* komoly megpróbáltatást jelentenek a beteg számára.

A kezdeti sokk, a betegség tényének feldolgozása után – gyakran közben – a kezelések, valamint azok következményeként megjelenő átmeneti vagy tartós változások elviselése és feldolgozása jelent kihívást.

Műtét esetén a kórházi környezettől, az altatástól, a fájdalomtól, a későbbi funkciózavartól, a testi integritás elvesztésétől való félelmek a leggyakoribbak. Ez a félelem még erősebb, ha a „megcsonkítottság" élményével társul (amputáció), ha látható elváltozást okoz, amivel a beteg napról napra szembesül (pl. sztóma) vagy mások számára is nyilvánvalóvá teszi a betegség meglétét (pl. fej-nyaki tumor). Különösen meghatározó, ha a nemi szerepeket érinti: pl. nőknél az emlő eltávolítását, férfiaknál a prosztata, ill. külső nemi szervek operációját.

Kemoterápiás és sugárterápiás kezelés során a kimerülés irányába ható objektív leletek és szubjektív kínok jelentenek nehézséget: vérképváltozás, a besugarazott terület fájdalma, hasmenés, rossz közérzet, gyengeség, étvágytalanság, látható bőrleváltozások. Kiemelt jelentősége van a haj és szőrzet kihullásának, mert mind a külvilág, mind a beteg számára mindennapi szembesülést és a betegstátuszban való megerősítést jelenti. Gyötrő és riasztó esztétikai következményével összefonódva a korábban meglévő nemi, szociális státusz betöltésére való alkalmatlanság szimbólumává válhat.

Fontosak és sokszor tabuként kezeltek a szexualitással kapcsolatos változások, mind a libidó, mind az örömképtelenség átmeneti vagy tartós zavara. Ide tartozik a reprodukciós képesség veszélybe kerülése vagy visszafordíthatatlan károsodása, valamint mindennek érzelmi és párkapcsolati terhe.

Együttélés a daganatos betegséggel

A krónikus betegstátusz egy újabb megpróbáltatás, olyan adaptáció, amiben a visszaesés lehetősége folyamatosan fennáll, annak minden emocionális terhével együtt.

A betegnek meg kell küzdenie a csökkentértékűség érzésével, amit a tényleges testi funkciózavaron túl erősít a korábban betöltött társadalmi, családi szerepek változása, és sokszor az elszigetelődésig szűkülő szociális élettér.

A kialakítható életminőséget befolyásolja a fenntartó kezelések mellékhatása (pl. hormonterápia esetén nőknél a korai menopauza, férfiaknál a gynecomastia).

Jelentős a szerepe a testi és lelki történések kölcsönös összefüggésében kialakuló és krónikussá váló fájdalomnak. Nagy megrázkódtatás a betegség újbóli fellángolása, amikor az első diagnózis közlésekor átélt krízishez hasonló helyzet áll ismét elő, a betegek 30%-a a visszaesést, bevallása szerint, kisebb katasztrófaként éli meg. Ebben valószínűleg szerepe lehet az említett érzelmi/megküzdési kimerülésnek is. A tartós tünetmentesség is hordoz magában nehézségeket. A visszaeséstől való félelem folyamatos, és a kontrollvizsgálatokat megelőző időszakban még inkább felerősödik. Sok tartós ráktúlélő beszámol arról, hogy még évek múlva sem tudja, hogy beteg-e vagy nem, szabad-e, lehet-e magát egészségesnek tartania. Megromlik a saját testhez való viszonya, amit a betegek úgy fogalmaznak meg, hogy elvesztették a bizalmukat a testükben, úgy érzik a testük „elárulta" őket. Ahogy eltűnik a jelentéktelen és komoly testi jelzések közötti határ, minden apró testi eltérés „katasztrofizálódik" (Wachen és mtsai 2014).

Pszichés zavar és a kialakulásnak irányába ható tényezők

A pszichés zavar kialakulásának tényezői

A diagnózissal való szembesüléskor és a betegség zajlása során a pszichés jelenségek kialakulását befolyásoló tényezők egyrészt a diagnosztizált kór jellemzőivel, másrészt a beteg személyes adottságaival, valamint szűkebb és tágabb társadalmi környezetével függnek össze.

5.3.3.5. táblázat

A betegséggel és kezelésekkel összefüggő tényezők

Stádium
Kiterjedés
Áttét
Szövettani típus
Gyógyíthatóság
Élettani funkciókat befolyásoló/károsító hatás
Az alkalmazott kezelések testi és lelki következménye

Az egyéni és környezeti hatások összefonódva alakítják ki az egyén érzelmi válaszát, a személyes reakció mindig az adott környezetbe, kultúrába ágyazódva jelenik meg.

Az általános megítélést tekintve az onkológiai betegség és a halál még mindig szinonim fogalmak. Ez fokozza a daganattal küzdő személy elszigetelődését, kapcsolatai beszűkülését, kirekesztettség- és szégyenérzetét. Nagyon jelentős a szűkebb környezet reakciója. Ha a hozzátartozók ellenzik a hagyományos orvosi kezelést, az jelentősen hátráltathatja, hogy a beteg időben, megfelelő segítséghez jusson. A pszichés zavar kialakulását elősegíti a beteg korábbi, rákos betegséggel kapcsolatos kedvezőtlen tapasztalatai, egyéni meggyőződése a rák gyógyíthatatlanságáról, a súlyos mellékhatásokról, valamint a szociális és a párkapcsolati következményeiről. A pszichés zavar megjelenésének a valószínűségét növeli a korábbi pszichiátriai vagy testi betegség megléte. Az egyénnel összefüggő társadalmi hatások közül meghatározó a rossz szociális környezet, a támogató, érzelmileg megtartó kapcsolatok hiánya (Hughes és mtsai 2014).

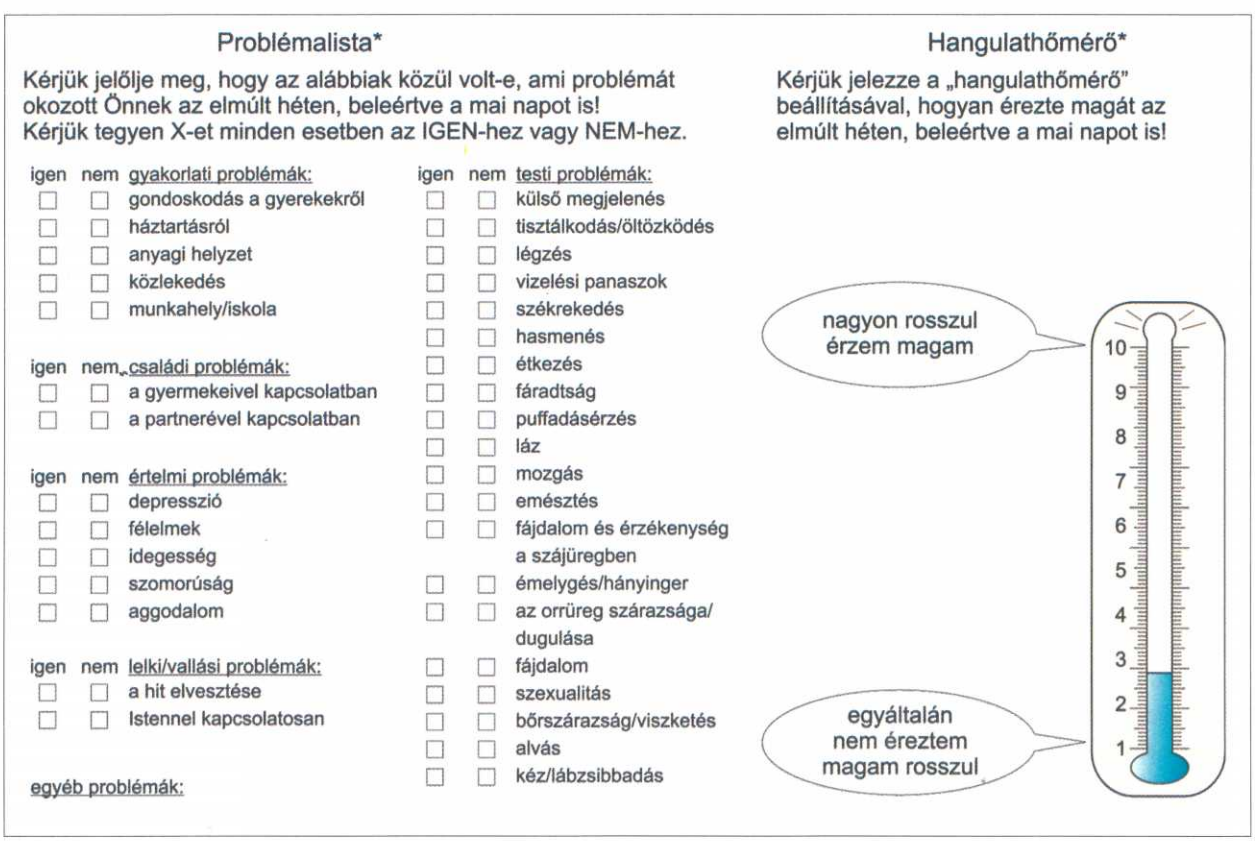
Napjainkban a rák tabu jellege oldódik, a stigmatizáció csökken. Egyre többen vállalják fel, hogy átestek ezen a betegségen, és ez a nyílt kommunikáció olyan irányba hat, amiben a megküzdés értékké, erénnyé válik.

5.3.3.6. táblázat

Egyéni tényezők:
A betegséggel összefüggő korábbi kedvezőtlen tapasztaltok (hozzátartozó vagy közeli ismerős halála daganatos betegségben)
A kezelésekkel kapcsolatos félelmek, irreális meggyőződések
A tényleges gyógyulási esélyek félelem vezérelte „alulbecslése”
Megelőzően fennálló pszichés zavar
Rossz testi állapot
Egyéb szövődő testi betegségek
Környezeti, társadalmi tényezők:
Rossz szociális helyzet
Támogató háttér hiánya
Megtartó érzelmi kapcsolatok hiánya
A szűkebb és tágabb környezet „elítélő” véleménye a rákról vagy a kezeléséről
Kulturális „tabu”
Társadalmi betegségkép: rák = halál

Pszichés tünetek

A pszichés zavar észlelésekor nehézséget jelent annak a megítélése, hogy hol húzódik a határ a természetes ijedtség, a distressz, a félelem és a szorongás, az érthető elkeseredettség, fáradtság és depresszió között. Az egyes



5.3.3.2. ábra

Hangulathőmérő és problémalista

* J. Holland nyomán, magyar változat: Magyar Hospice Alapítvány, dr. Muszbek Katalin

pszichopathológiai jelenségeknél az is kérdés, hogy egy tünet mennyire a helyzetre adott reakció, vagy magának a betegségnek, az alkalmazott gyógyszeres és egyéb kezelések mellékhatásainak a következménye. Lehet korábbi lelki zavar fellángolása: pszichés zavarral küzdő betegeknél a betegség, a kezelések a pszichés állapot romlását indukálhatják.

Distressz

Kutatások alapján a rákbetegek 25–50%-ának distressz szintje emelkedett (Muszbek és mtsai 2006). Felismerése és monitorozása a testi-lelki állapot szempontjából olyan fontos, hogy a Nemzetközi Pszichoonkológiai Társaság (IPOS) javaslata szerint a distressz mérése, mint 6. életfontosságú jel (pulzus, légzés, hőmérséklet, vérnyomás és fájdalom mérése mellett) kerüljön be a betegek első vizsgálatainak sorába (Bultz és Johansen 2011).

Mérésére a „hangulathőmérőt" és a „problémalistát" használják, mely a betegek onkológiai ellátása során könnyen, a kezelő személyzet által is alkalmazható módszer.

Szorongás

A klinikai gyakorlat számára legjelentősebb pszichopatológiai eltérések közül a szorongás jelen van a rák lefolyásának valamennyi stádiumában. Előfordulásának aránya a vizsgálatok szerint 50–70%-os (Kyranou és mtsai 2013, Linden és mtsai 2012).

Kiváltó tényezői között szerepel:

- a diagnózisra, a potenciálisan életet fenyegető betegség tényére adott érzelmi válasz
- a rákkal szembeni tehetetlenség érzés
- a fájdalom, illetve az anticipált félelem a fájdalomtól
- korábbi szorongásos zavar, ennek a betegséggel összefüggő fellángolása
- a betegségtől független életesemények
- organikus zavar, a központi idegrendszer primer vagy szekunder betegségfolyamataihoz kapcsolódva

Depresszió

A szorongás mellett a leggyakrabban észlelhető zavar a depresszió. Előfordulásának arányát átlagosan 25%-osra teszik (Salvo és mtsai 2012). Ettől eltérő a 2011-ben született metaanalízis eredménye, amely szerint a major depresszió előfordulása daganatos betegségben 10% körüli, de ha az enyhébb hangulatzavarokat is beszámítjuk, ez a szám 30–40%-ra nő (Mitchell és mtsai 2011). A depresszióval küzdő rákos betegeknél csökken a megküzdési kapacitás, rosszabb a compliance és az életminőség, és a túlélési esélyek is romlanak (Sullivan és mtsai 2014). Az érzelmi terheken, a kezelés jelentette megterheléseken túl fontos számolni azzal, hogy az onkológiai kezelés során használt szer (pl. interferon) is okozhat depressziós tüneteket (Kirilly és mtsai 2013).

A depresszió felismerésében nehézséget jelent, hogy az onkológiai betegség és annak kezelésének következményei átfedést adnak a depresszió tüneteivel: rossz közérzet, fáradtság, étvágytalanság, fogyás, alvászavar. Segítséget jelent, ha ismert a családi anamnézis, az előzményben szereplő hangulatzavar. Az exploráció adatai között a tartós nyomott hangulat, motiváció csökkenése, az érdeklődés elvesztése, örömtelenség, reménytelenség, értéktelenség érzés jelenléte segíti az elkülönítést a „normális szomorúságtól".

A hangulatzavar forrása rákos betegeknél:

- a gyógyíthatatlan betegség okozta érzelmi teher
- korábbi hangulatzavar fellángolása vagy súlyosbodása
- onkológiai kezelések jelentette szubjektív megterhelés
- onkológiai szerek mellékhatása (citosztatikumok, szteroid, interferon)
- organikus zavar, a központi idegrendszer primer vagy szekunder betegség folyamataihoz kapcsolódva
- kezeletlen fájdalom, kimerülés

Fontos megemlíteni az öngyilkossági veszélyeztetettséget. Megjelenésével leginkább a betegség tényével való szembesüléskor és a terminális állapotban kell számolni, valamint akkor, ha a kezelések sikertelensége miatt az onkológiai terápia felfüggesztése miatt a beteg talajvesztetté válik.

Organikus pszichoszindróma

Elsősorban a rák előrehaladott fázisában halál közeli helyzetben fenyeget a kialakulása, de előidézheti a betegségzajlás és/vagy a kezelések következtében kialakuló szervi károsodás (máj- és vesefunkció romlás, hypoxia, az ionháztartás felborulása stb).

Organikus pszichoszindróma kialakulása:

- a rák következtében kialakuló szervi károsodás
- a kezelések mellékhatása
- a központi idegrendszer primer vagy szekunder betegségfolyamata
- terminális állapot

Pszichés zavarok felismerésének és kezelésének sajátságai a pszichoonkológiai ellátásban

A korai felismerés szerepe

A pszichés zavart minél előbb felismerjük, a rászoruló beteg annál előbb juthat érdemi segítséghez. Ez támogat-

hatja a hatékony megküzdés lehetőségét, azon keresztül is, hogy javítja a beteg kezelésekkel való együttműködését. A jobb együttműködés áttételesen csökkenti az egészségügyi személyzet emocionális terheit, a kiégés veszélyét. Ez egy távoli – de lényeges – hatásként ugyancsak a sikeres megküzdés, a gyógyulási esély növekedésének irányába hat, hiszen lehetővé teszi, hogy a gyógyító tudása legjavát adhassa.

A pszichés zavar észlelésében a pszichiátria egyéb területein használt mérőskálák a daganatos betegek esetében is alkamazhatók, a gyakorlatban a leginkább a Hamilton depresszióskála, a Beck depresszió-kérdőív, a szorongás monitorozására a Beck szorongásleltár és a Hamilton szorongásskála használt.

A „hangulathőmérő" és a „problémalista" alkalmas a distressz gyors szűrésére, a veszélyezetett beteg kiszűrésére a további speciális vizsgálódás irányának a meghatározására. Egyszerűen, gyorsan és praktikusan használható, az onkológiai ellátó személyzet által is könnyen alkalmazható (Patel és mtsai 2011).

Pszichoszociális intervenció

A pszichés és szociális intervenciók rugalmasan igazodnak a betegség lefolyáshoz, így az egészség helyreállításához, és a tartós egyensúlyi helyzet fenntartásához segítik a megküzdést (Chien és mtsai 2014). A betegséggel vagy maradványtünetekkel való együttélés fázisában támogatják a lehető legjobb életminőség fenntartását. Amennyiben visszafordíthatatlan állapotrosszabbodás következik be, a beteget a méltó halál felé kísérik.

A pszichoszociális intervenció komplex teammunkát igényel. A team tagjai között szerepel sebész (hasi, mellkasi sebész, nőgyógyász, gégész, urológus, idegsebész stb.), daganatspecifikus szakorvos (pl. belgyógyász, bőrgyógyász, gasztroenterológus, tüdőgyógyász stb.), klinikai onkológus, sugárterapeuta, patológus és radiológus szakorvosok, valamint az onkológiai központok szakdolgozói. A háziorvos, pszichológus, szükség esetén pszichiáter, szociális munkás, gyógytornász, dietetikus szerepe is meghatározó, de helyet kapnak ebben a csapatmunkában a civil szervezetek segítői, lelkészek, lelki gondozók, túlélő és betegséggel küzdő, vagy azzal együttélő betegek és hozzátartozóik önsegítő csoportjai is.

A komplex pszichoonkológiai intervenció célkitűzése:

- betegedukáció: felvilágosítás, a rákkal kapcsolatos „archaikus" félelmek oldása, a modern onkológiai, pszichoonkológiai és evidence based kiegészítő terápiás eljárásokkal való megismertetés által
- a beteg aktivitásának növelése, a megküzdési kapacitás bővítése
- onkológiai beavatkozások következtében kialakuló mellékhatások pszichés komponensének csökkentése
- a complience javítása
- a betegségzajlás alatt a beteg és családja tartós emocionális támogatása
- életminőség-javítás
- specifikus szorongásoldó módszerek: relaxáció, meditáció, művészetterápia, önsegítő csoportok
- szorongást, depressziót, alkalmazkodási zavart csökkentő pszichiátriai és egyéni, valamint csoport pszichoterápiás beavatkozások

Pszichés vezetés, gyógyszeres és pszichoterápia

A rákos beteg pszichés támogatásánál is lényeges az elfogadó légkör, a nyitott kommunikáció: a betegség „tabu jellege" és a hozzá kapcsolódó félelmek miatt szűk az a közeg, ahol a betegek érzéseikről, aktuális élethelyzetükkel kapcsolatos megéléseikről beszélhetnek. A betegséggel kapcsolatos félelmeknek, nehézségeknek egy értő, odaforduló közegben való megfogalmazása önmagában csökkenti az érzelmi terhelést (Tasnádi és Szabó 2013). Vesebetegeken végzett amerikai vizsgálat szerint már az is eredményesen redukálja az átélt distressz és szorongás szintjét, ha a beteget arra biztatjuk, hogy írásban fejezze ki betegségével kapcsolatos érzelmeit (Milbury és mtsai 2014).

A pszichés támogatást igénylő betegek vezetése több szinten valósulhat meg:

- krízisintervenció
- pszichés vezetés, állapotkövetés
- szupportív terápia
- pszichoterápiás tanácsadás
- konzultáció a családdal vagy a támogató környezettel
- pszichoedukáció
- egyéni és csoportos pszichoterápia
- pszichoterápiás utókövetés

Azoknál a betegeknél, akiknél már a daganatos betegség diagnosztizálása előtt is fennállt pszichiátriai betegség, sok esetben ez az onkológiai kezelések idején újra manifesztálódik vagy romlik. A hatékony segítség sok esetben a farmakológiai és pszichoterápiás beavatkozások kombinációját teszi szükségessé.

A pszichés vezetés szempontjai

- nyitott kommunikáció
- igazodik a beteg személyes adottságaihoz:
  - életkor
  - iskolázottság
  - egyéni megküzdési stratégia
  - támogató háttér jellemzői

- betegséggel kapcsolatos meggyőződés, egyéni hiedelemrendszer
- hit, spirituális irányultság

Figyelembe veszi a betegség jellegéből adódó sajátosságokat:

- a betegségfolyamat kritikus fázisai
- a betegség stádiuma
- prognózis
- funkcionális károsodások
- krónikus fájdalom és fáradtság

A pszichoterápia szempontjai

A pszichoterápia a diagnózis felállítása, a kezelések által kiváltott szorongások, depressziós tünetek, negatív érzelmek feldolgozását a betegség következtében kialakuló kapcsolati zavarok oldását segíti felhasználva a segítő erőforrásokat.

Sajátos színezete a rákos betegek pszichoterápiájának, hogy nagy hangsúllyal jelenik meg a betegség következtében sérült énkép, folyamatosan jelen van a halál fenyegetése, a bizonytalan kimenetel, a váratlan állapotromlás lehetősége, a saját test, saját sors feletti kontrollérzés elvesztésének érzése. Sok esetben tapasztalható, hogy bár a beteg pszichés állapota rossz, és ez a szenvedésnyomáson keresztül komoly motivációs bázist jelenthetne, a terápiában való tényleges részvételt gátolja a félelem egy újabb stigmától, a pszichiátriai betegséggel való megbélyegzettségtől.

A pszichoterápiás formák közül előnyösebbek a problémafókusszal dolgozó, konkrét megküzdési képességeket megcélzó, ill. a szorongás és alvászavar, a testi tünetek: fájdalom, hányinger, hányás redukciós eszköztárat gazdagító módszerek. A pszichoanalitikus elméletekre épülő módszer hatékonyan segítheti az együttműködést, a betegséggel, félelmekkel való megküzdést, a szorongásos és hangulati zavarok kezelését, én-erősítést, a nyílt kommunikációt, ezáltal az izolálódás elkerülését.

A megnevezhetetlen félelem, nehezen körülírható, fojtogató fenyegetettségérzés miatt a verbális interakciók helyét sokszor átveszi a képek, szimbólumok nyelve, így a daganatos betegekkel hatékonyan alkalmazhatóak a szimbólumterápiák, relaxációs és imaginációs technikák (Rohánszky és mtsai 2013).

A stressz által okozott spontán módosult tudatállapotban a szuggesztiók iránti fogékonyság növekszik, így a hipnoterápiák a rákos betegek kezelésében hatékony tényezővé válnak *(Jakubovits 2010)*. Nagy segítséget jelent rákkal küzdő betegeknek bármely elméleti háttérrel a csoportterápia aspecifikus kohéziós, megtartó, támogató ereje.

5.3.3.7. táblázat

A pszichoterápia:

Szintjei:
Pszichoedukáció
Szupportív terápia
Feltáró terápia
Formái:
Egyéni pszichoterápia
analitikusan orientált rövid dinamikus terápia
kognitív terápia
relaxációs imaginatív terápiák
hipnoterápia
Csoportterápia
csoport pszichoterápia
csoportos betegedukáció
imaginációs relaxációs csoportterápia
művészetterápia (zene, rajz, irodalom, mese)
Családterápia

5.3.3.8. táblázat

Célkitűzései:

Kontrollélmény visszaszerzése
Stresszkezelés
Megküzdés segítése, aktív coping mechanizmusok kialakítása
Kezeléssel való együttműködés fokozása
Mellékhatások csökkentése, fájdalomcsillapítás
Pszichés tünetek: szorongás, depresszió kezelése
Nyílt kommunikáció
Önismeret

Gyógyszeres terápia

Gyógyszeres beavatkozást igénylő pszichés tünetek esetén daganatos betegeknél a farmakoterápia beállításakor érdemes fokozottan figyeni a beteg általános fizikai paramétereire (csökkent májfunkciós, vesefunkciós értékek, testsúly, annak változása, hidráltság), a gyógyszer felszívódását befolyásoló melléhatásokra (étkezés jellege, hányás), onkológiai terápiás szerekkel való interakciókra.

A gyógyszerválasztás általános szempontjai:

- a választott szer kevés mellékhatással rendelkezzen
- minimális legyen az interakciója más szerekkel
- illeszkedjen a zavar speciális tüneteihez (pl. depressziónál agitáció, insomnia)
- beviteli módja megfeleljen a beteg elvárásainak és lehetőségeinek
- hatáskezdete gyors legyen

A szorongás farmakoterápiája

Az akutan jelentkező szorongás, pánikroham (pl. CT-vizsgálat alatti klausztrofóbiás tünetek) ellátására, illetve a tartósan fennálló szorongás kezelésére első választásként a nagypotenciálú benzodiazepinek (alprazolam, clonazepam) alkalmazhatók, melyek gyors hatáskezdettel rendelkeznek, és jelentősen csökkentik a tüneteket. Figyelembe kell venni a lehetséges kölcsönhatásokat az alapbetegséggel és a kemoterápiával. A daganatos betegek metabolizmusa eltér a testileg egészséges személyekéhez képest, emiatt érdemes kisebb dózisokkal kezdeni és fokozatosan, lassan emelni a megfelelő szintig.

A depresszió farmakoterápiája

Az újabb típusú antidepresszívumok hatékonysága magas, mellékhatásprofiljuk kedvező, nagy dózisban sem toxikusak, így biztonsággal alkalmazhatók. Beállításuknál itt is irányelv, hogy alacsony dózissal érdemes indítani, és fokozatosan emelni az adagot.

A mellékhatások mellett a daganat kezelésében alkalmazott szerekkel való kölcsönhatásokat is figyelembe kell venni. Így pl. a tamoxifen szedése mellett kontraindikált a SSRI típusú antidepresszánsok (különösen a fluoxetin, paroxetin) adása, mivel a CYP2D6 enzim gátlásán keresztül jelentősen csökkenti annak hatását. A hormonterápia hangulati tüneteinek kezelése azonban nagyon fontos az életminőség fenntartása és a terápiás együttműködés megtartása miatt. A citokróm rendszerrel való minimális interakciója miatt tamoxifen mellett is alkalmazható a mirtazapin és a venlafaxin (Archer és mtsai 2012, Ng és mtsai 2011, Passik és Kirsh 2012).

Daganatos betegség a családban – a betegség mint családi krízis

A daganatos betegség meghatározóan érinti a beteg környezetét, elsősorban családja tagjait. Felborul az addig megszokott, kialakult életritmus, megváltoznak a családban betöltött szerepek, preferenciák, megjelenik a halál fenyegetettsége. A családba „beköltözik", és a dolgok mozgatórugójává válik a rák.

A rendszer válasza a krízisre az új egyensúly beálltáig, az egyéni feldolgozási úthoz hasonlóan, a Kübler–Ross által leírt fázisokat követi.

A rák ténye sokszor kiélezi a családban már meglévő vagy lappangó, de még tolerált konfliktusokat. Az is előfordul, hogy a betegség felülír olyan egyéb nehézséget, ami a betegség diagnosztizálása előtt jellemezte a családot; ez azonban nem jelent megoldást, hanem a mélyben munkálva pluszként a helyzetre terhelődik. Fokozottan nagy teher, ha a betegség a családban „titok" marad: legátolja a nyílt kommunikációt, szeparálja a beteget és a családtagokat. A kölcsönösen ki nem mondott félelmekben mind a beteg, mind a hozzátartozó magára marad. Főleg gyermekkorúak, de felnőtt családtagok is elveszhetnek abban, hogy önmagukat hibáztatják a betegségért, a kialakult helyzetért. Fájó következménye sokszor a gyász fázisában jelenik meg, hiszen elmaradnak a kölcsönös feloldozás szavai, a kialakult helyzet a beteget is, a hozzátartozót is megfosztja méltó búcsúzástól, a kölcsönös békés, szeretet teli elválás lehetőségétől. Erősen destruktív – bár „természetes" – érzés a düh, a harag, és az emiatt érzett erős bűntudat, önvád. Ha ez egy olyan túlkompenzálásba torkollik, amiben a dühöt, bűntudatot átélő családtag feladja saját igényeit, alárendelődik a betegségnek, ez a burn outhoz hasonló kiégéshez, depresszióhoz vezethet.

A beteggel, betegséggel való együttélésre a családi rendszer megoldó kapacitásától függően kialakít egy új egyensúlyt. Kialakulnak az új szerepek, struktúrák, de ez a folyamat ugyancsak hordoz kihívásokat: a beteg részéről a szülői szerep, a családfenntartó szerep sérülése, a családtagok részéről a rájuk háruló plusz terhek – a kieső „feladat" ellátásán túl a beteg és a betegség gyakorlati menedzselése (kontrollok, kezelések, betegápolási feladatok stb.) jelentette feladatok. A kór előrehaladtával a család mind fizikai, mind érzelmi, mind anyagi forrásai kimerülnek, újra felszínre kerülhet a düh és bűntudat ördögi köre.

5.3.3.9. táblázat

A család terhei a betegségzajlás alatt

„Rendszerkrízis"
Családi szerepek, struktúrák felborulása, új egyensúly kialakítása
A család különböző életfázisban lévő tagjainak különböző válasza a betegségre
Korábbi konfliktusok felszínre kerülése, illetve elfojtódása
A rák mint „titok"
Önvád: „biztos én tehetek róla"
Düh és bűntudat destruktív ördögi köre
Érzelmi, fizikai és egzisztenciális források fokozatos kimerülése

A hozzátartozók pszichés állapotát vizsgáló kutatások a depresszió magas előfordulási arányát igazolták. Az eredmények visszatükrözik azt a klinikai tapasztalatot, hogy a rákos beteg hozzátartozói is figyelmet és támogatást igényelnek (Jaafar és mtsai 2104). Különösen sérülékenyek a gyermek- és kamaszkorúak.

Megfelelő segítség híján a félelem, a bűntudat érzelmi és magatartászavarok kialakulásához vezethet. Ennek jellege életkorilag meghatározott: óvodás, kisiskolás gyerekek visszahúzódással, „megfeleléssel" vagy életkori

regresszióval reagálhatnak (szobatiszta gyerek újra bepisilhet stb). Kamaszoknál lázadást, viselkedészavart, kóros szerabúzust, az iskolai tanulmányi eredményben romlást okozhat. Nagyon fontos ezekre a jelekre figyelni, fontos, hogy gyermek életkori sajtosságainak megfelelően mindig kérdezhessen, és ezekre a megfelelő válaszokat megkaphassa.

Haldoklás, halál, gyász a családban

A halál és haldoklás kérdésével a tanatológia tudománya, illetve e könyv tanatológiai fejezete foglalkozik áttekintően. Magyarországon Polcz Alaine, Muszbek Katalin, Hegedűs Katalin munkásságához kötődik a *Hospice* mozgalom elindítása és az ország egész területére kiterjedő működése: haldoklók és családtagjaik támogatása, az élet méltóságának biztosítása a haldoklás idején is. A „jó halál", a tudat, hogy a hozzátartozó életvége és halála méltó módon zajlott, az első lépés ahhoz, hogy az ittmaradottak sérülés nélkül éljék meg és dolgozzák fel gyászukat.

A méltó halál lehetőségét támogatják:

- méltó körülmények a haldokláshoz, gyengéd ápolás, fizikai fájdalom megfelelő csillapítása, szeretetteli jelenlét, hozzátartozók közelsége, az érintés, simogatás szerepe
- megfelelő fájdalomcsillapítás és palliatív terápia
- elrendezett dolgok, a tudat, hogy a hozzátartozói, szerettei sorsa elrendezett (anyagi helyzet, gyerekek felügyelete stb.), teljes anyagi, és szellemi „hagyaték" hátrahagyása
- beteljesített életcél, a gondolat, hogy „értelmes életet" zár le, betöltött életcél, lezárt életmű
- neheztelés feloldása, a még meglévő neheztelés, harag feloldása, (kölcsönös) megbocsátás, elköszönés lehetősége
- hit, vallásos hit, a túlvilági élet, Isten szeretetének reménye és tudata, „spirituális hit" meggyőződés a dolgok „magasabb rendű" értelmében, elrendezettségében

A kiegészítő kezelések helye

Az onkológiai betegség diagnosztizálásakor a rendelkezésre álló információkat illetően a beteg is, környezete is sajátos helyzetbe kerül. Az „alternatív terápiákat" illetően egy olyan agresszív információ dömping alakult ki, ami a túlkínálat átláthatatlanságán keresztül hoz létre bizonytalanságot és tehetetlenségérzést a beteg és családja körében, amely a szorongás fokozódásának irányába hat. A beteg is, családja is sokszor áldozatául esik „csodaszerek", illetve „csodatévő gyógymódok" ígéretének. A korrekt felvilágosítás, a megfelelő beteg edukáció ennek kivédését célozza meg, a megalapozottan felajánlott kiegészítő terápiák pedig ténylegesen támogathatják a sikeres megküzdést.

A kiegészítő terápiák között helye van az észszerű, e területen jártas dietetikus által a beteg egyéni igényihez igazodóan összeállított egészséges táplálkozásnak; hangsúlyos az észszerűség, a szélsőségektől mentes, a szigorú megszorítások helyett teljes értékű étkezés támogatása.

Kellemes, frissítő testmozgásnak kedvező hatása van a fájdalom, a hányinger, a hányás csillapításában, a feszültségoldásban, a közérzet javításában. Jógagyakorlatokkal értek el bizonyítottan kedvező eredményeket emlőrákkal küzdő nők esetében (Danhauer és mtsai 2009). Itt is megemlítendők a relaxációs, imaginációs, meditációs technikák (Kim és mtsai 2013).

Nagy támogató erő az önsegítő csoportok közössége, az elfogadottság, megértettség érzése, és az évek óta egyensúlyban lévő betegtársak jelentette példa, biztatás. Hasonlóan erős megtartottság-érzést adhatnak a vallási közösségek, a hit jelentette remény, a közösség tagjainak együtt érző odafordulásán túl, a sokszor általuk nyújtott praktikus segítség (orvoshoz kísérés, együttlét a kezelés alatt stb).

A kiegészítő terápiák közül a leghatékonyabbnak a komplex, tünetkontrollt, stressz kezelést, az én-hatékonyság fokozását célzó, életmód harmonizálást segítő programok bizonyultak. Ezek a programok tartalmaznak pszichoedukációs elemeket, kognitív-viselkedésterápiás technikákat, tünetredukciós, stresszkezelő módszereket, relaxációs, vizualizációs gyakorlatokat, művészetterápiás elemeket (tánc, kézműves foglalkozás, zene), étkezési és mozgásprogramot (Kovács 2013, Gaston-Johansson és mtsai 2012).

A daganatos betegség mint az új élet lehetősége: a poszt-traumás növekedés

A rákkal való sikeres megküzdés jelentős tényezője az értelem találás, az a folyamat, amikor az átélt szenvedés átalakul, valami magasabb rendű cél megvalósulásába illeszkedik. Megrázó életesemények túlélőihez hasonlóan, rákos betegeknél is megjelenik a poszt-traumás növekedés. Az egyensúlyi, tünetmentes testi státus elérése nem pusztán a betegség megjelenését megelőző helyzethez való visszatérést jelent, hanem – beszámolóik szerint – viszonyulásuk az élet értelméhez, önmagukhoz, az egészséghez egy „magasabb szintre" került át. Hangsúlyosabbá váltak a minőségi emberi kapcsolatok, a teljesítmény eléréséhez képest az örömtevékenységek, nyitottabbá váltak az új lehetőségekre, a társadalmilag elismert, távoli célok kitűzése helyett a jelen, az itt és most apró, gazdagító történései kerültek fókuszba.

Egy 36 éves, emlőrákkal diagnosztizált fiatal ezt így fogalmazta meg:

„A betegség mindent átalakított. Fokozatosan felismertem, hogy előtte anélkül, hogy tudtam volna, csak a fel-

mutatott teljesítmény számított. Azt hittem, ez így normális, ezt láttam a szüleimnél, ezt láttam magam körül a munkahelyemen. Nem hiszem, hogy ez megváltozott volna, ha nem betegszem meg. Paradox módon ez a betegség irányította az életre a figyelmem. Addig feladatot teljesítettem, most – immáron 4 éve egyensúlyban: élek!"

Irodalom

Archer, JA, Hutchison, IL, Dorudi, S et al.: Interrelationship of depression, stress and inflammation cancer patients. A preliminary study. *Journal of Affective Disorders* 143(1-3): 39–46, 2012.

Baron, RS, Cultrona, CE, Hicklin, D et al.: Social support and imune function among spouses patients. *J Pers Soc Psychol* 59:344–352, 1990.

Bultz BD, Johansen, C: Screening for Distress, the 6 Vital sign: where are we, and where are we going? *Psycho-Oncology* 20:569–571, 2011.

Chien, CH, Liu, KL, Chien, HT et al.: The effect of psychosocial strategies on anxiety and depression of patients diagnosed with prostate cancer: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 51(1):28–38, 2014.

Danhauer, SC, Mihalko, SL, Russell, GB et al.: Restorative yoga for women with breast cancer: findings from a randomized pilot study. *Psycho-Oncology* 18(4):360–368, 2009.

Du, YJ, Zhang, HJ, Li, B et al.: Sputum interleukin-, tumor necrosis factor-a and Salivary cortixol as new biomarkers of depression in lung cancer patient. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 47:69–76, 2013.

Gaston-Johansson, F, Fall-Dickson, JM, Nanda, P et al.: Long-term effect of the self-management comprehensive coping strategy program on quality of life in patients with breast cancer treated with high-dose chemotherapy. *Psycho-Oncology* 22(3):530–538, 2013.

Greer, S, Morris, T: A „Type C" for cancer! Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detection Prev* 3:102, 1980.

Hegedűs K., Riskó A.: A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. In *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* (Kopp M. és Kovács M. szerk.) Semmelweis, 2006.

Holland, JC, Rowland, JH: *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer.* Oxford University Press, New York, Oxford, 1990.

Hughes, S, Jaremka, LM, Alfano, CM et al.: Social support predict inflammation, pain and depressive symptoms: Longitudinal relationship samong breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology* 42:38–44, 2014.

Jakubovits E.: A hipnózis alkalmazásának indokai a daganatos betegek komplex ellátásában. *Magyar Onkológia* 54(2): 153–160, 2010.

Jokela, M, Baty, GD, Hintsa, T et al.: Is personality associated with cancer incidence and mortality? An individual-participant meta-analysis of 2156 incidents cancer cases among 42 843 men and women. *Cancer* 110(7)1820–4, 2014.

Kiecolt-Glaser, JK, Roble, TF, Heffner, KL et al.: *Psycho-oncology and cancer: psychoneuroimmunology and cancer.* http://www.findthatpdf.com/search-82901324-hPDF/download-documents-156-pdf.htm

Kim, YH, Kim, HJ, Ahn, SD et al.: Effects of meditation on anxiety, depression, fatigue, and quality of life of women undergoing radiation therapy for breast cancer. *Complementary Therapies in Medicine* 21(4):379–387, 2013.

Kirilly E., Gonda X., Juhász G., Bagdy Gy.: Nem pszichiátriai gyógyszerek szorongást és depressziót kiváltó hatásai. *Orvosi Hetilap* 154(34):1327–1336, 2013.

Kovács Zs., Szabó Cs., Fülöp E.: A terápia segít – emlőrákos betegek pszichoszociális támogatása, a depresszió és szorongás csökkentése. *Psychiatria Hungarica* 28(4):454–463, 2013.

Kübler-Ross, E: *A halál és a hozzá vezető út.* Gondolat, 1988.

Kyranou, M, Paul, SM, Dunn, LB et al.: Differences in depression, anxiety, and quality of life betweewn women with and without breast pain prior to breast cancer surgery. *European Journal of Oncology Nursing* 17(2):190–195, 2013.

Le Shan, L: *You can fight for your life.* Jove/HJB, New York, 1978.

Linden, W, Vodermaier, A, MacKenzie, R, Greig, D: Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender and age. *Journal of Affective Disorders* 141(2-3):343–351, 2012.

Milbury, K, Spelman, A, Wood, Ch et al.: *Randomized Controlled Trial of Expressive Writing for Patients With Renal Cell Carcinoma.* http://jco.ascopubs.org/content/early/2014/01/21/JCO.2013.50.3532.abstract

Mitchell, AJ, Chan, M, Bhatti, H et al.: Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology* 13(3): 309–318, 2012.

Mitchell, AJ, Ferguson, DW, Gill, J et al.: Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology* 14(8):721–732, 2013.

Ng, CG, Boks, MP, Zainal, NZ et al.: The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patient. *Journal of Affective Disorders* 131:1–7, 2011.

Nik Jaafar, NR, Selamat Din, SH, Mohamed Saini, S: Clinical depression while caring for loved ones with breast cancer. *Comprehensive Psychiatry* 55(Suppl.1):S52–59, 2014.

Passik, SD, Kirsh, KL: *Managment of psychiatric and psychologic disorders in patients with cancer.* htpp://uptodate.com dec 2012.

Patel, D, Sharpe, L, Thewes, B et al.: Using the distress thermometer and hospital anxiety and depression scale to screen for psychological morbidity in patients diagnosed with colorectal cancer. *Journal of Affective Disorders* 131(1–3): 412–416, 2011.

Rohánszky M., Prezenszki Zs., Katonai R. E., Konkoly-Thege B.: Mit gyógyít a gyógyító képzelet? *Magyar Pszichológiai Szemle:* a cikk megjelenés alatt.

Salvo, N, Zeng, L, Zhang, L et al.: Frequency of Reporting and Predictive Factors for Anxiety and Depression in Patients