

Az onkopszichológiai rehabilitáció területei és kihívásai

KOVÁCS PÉTER, KONCZ ZSUZSA, PETI JULIANNA, GÓDÉNY ANNA, HORVÁTH DÓRA, GERLINGER LILLA, LACSÁN KATALIN, MOLNÁR PETRA, RISKÓ ÁGNES

Országos Onkológiai Intézet, Budapest

Levelezési cím:

Dr. Kovács Péter, Országos Onkológiai Intézet,
1122 Budapest, Ráth György u. 7–9.,
e-mail: kope.kope@gmail.com, tel.: +36 20/344-1134

Közlésre érkezett:

2017. június 29.

Elfogadva:

2017. július 17.

Az onkopszichológiai rehabilitáció jelenségeköre egyre szélesebb spektrumot ölel fel, és nehezen választható el az aktív gyógyító terápiáktól. Az egyre sikeresebb és hosszú távú túlélést ígérő onkológiai kezelésekhez kapcsolódó testi-lelki mellékhatások és az ezek által kialakuló életminőségbeli változások és újszerű pszichoszociális következmények az onkopszichológiai rehabilitáció új kihívásait hozzák magukkal, és a rehabilitáció módszertana folyamatos megújulásának képességét kívánják meg. A diagnózis, a betegség egyes stádiumai, a különböző orvosi kezelések, valamint a betegek sajátosságai más és más pszichológiai intervenciók alkalmazását teszik szükségessé. Az onkopszichológiai terápiás paletta szinte végtelen lehetőséget kínál. Cikkünkben a klinikai gyakorlatban rendszerint alkalmazott metódusokra, a pszichoszociális edukációra, a műtéti felkészítésre, a csoportrehabilitációs módszerekre és a szexuális rehabilitáció jelentőségére hívjuk fel a figyelmet. *Magy Onkol* 61:284–291, 2017

Kulcsszavak: rehabilitáció, onkológia, pszichológia, onkopszichológia, prehabilitáció

Patients with cancer present a number of different difficulties that adversely affect their health care and recovery (e.g. poor communication with physicians, lack of knowledge about their illness and its management, financial problems). Furthermore, mental health problems, such as distress, depression and anxiety, are common amongst patients with cancer. These mental health problems are additional contributors to functional impairment in carrying out family, work, and other social roles, poor adherence to medical treatments, and adverse medical outcomes. Oncopsychosocial rehabilitation aims to optimize the possibilities of medical health care through psychological interventions by helping cancer patients and their families and/or health care workers with the management of the psychological and social aspects of the illness. Oncopsychosocial rehabilitation includes all psychosocial interventions that are designed to positively influence patient psychosocial adaptation and adjustment to diagnosis, treatment, and survivorship. Oncopsychological rehabilitation could also manage cancer related distress and other psychosocial problems with specific types of treatments or interventions including prevention, relaxation techniques, structured psychoeducational interventions including sexual information and/or preparation for surgery, and various methods of psychotherapy.

*Kovács P, Koncz Z, Peti J, Gódnéy A, Horváth D, Gerlinger L, Lacsán K, Molnár P, Riskó Á. Areas and challenges of oncopsychological rehabilitation. *Magy Onkol* 61:284–291, 2017*

Keywords: *oncopsychosocial, rehabilitation, cancer patients, education, psychotherapy*

AZ ONKOLÓGIAI REHABILITÁCIÓ ELMÉLETI SPEKTRUMA

Bevezető gondolatok

Az onkológiai betegek rehabilitációja a kivizsgálástól kezdve a gondozáson át a beteg életének végéig tartó komplex és minden esetben kétirányú, egymással összefonódóan és egymást kiegészítve: testi és lelki folyamat (1, 2). Pszichoszociális szűrés során azonosíthatjuk azokat a betegeket, akiknek lelki rehabilitációra feltehetően szükségük van (3). Újabb hazai vizsgálatok az találták, hogy az onkológiai betegek több mint 60%-a jelzi már a pszichoszociális szűrés során, hogy szükségesnek tartják a pszichológiai támogatást és igénylik pszichológus segítségét (4). Ezenkívül fontos tekintettel lenni azokra a betegekre, akik korábbi mentális betegség miatt igényelnek fokozott figyelmet, vagy szorulnak érzelmi támogatásra az onkoterápiák és a későbbi kontrollidőszak során.

Az onkológiai rehabilitáció fogalma és problémaköre

Az onkológiai rehabilitáció, mint a betegség és kezelése következtében kialakuló funkcionális veszteségek helyreállítását célzó, sokrétűen szervezett szociális és társadalmi tevékenység, illetve egészségügyi és pszichoszociális ellátás önmagában paradox jelentést hordoz. Olyan testi és lelki állapot visszaállítását tűzi ki céljául, mely teljes egészében sosem helyreállítható. A paradoxon feloldása nem csupán teoretikus értelemben fontos, hanem éppen a gyakorlat szempontjából válik jelentőssé, hiszen rámutat a kihívásokra és alapvető feladatokat definiál.

Az onkológiai rehabilitáció valójában strukturált folyamat, multidiszciplinárisan szervezett munkamód, mely a diagnózis közlésétől kezdődően mind szemléletében, mind gyakorlati megfontolásaiban kíséri a beteget. A gyógyulási folyamat kimenetele – melyet természetesen az orvosi diagnózis önmagában is meghatároz – a kezelési menet során felmerülő legkülönfélébb egészségügyi és pszichoszociális kérdések és helyzetek kezelésének minőségén is múlik. A teljes körű testi-lelki helyreállítás ilyen értelemben értett praktikus ellehetetlenülése a rehabilitációs folyamat célkitűzésének újradefiniálását kívánja meg. Függetlenül attól, hogy a betegség progressziójáról vagy éppen regressziójáról beszélünk, sem testi, sem lelki értelemben nem lehetséges a diagnózist megelőző állapot visszaállítása. Hiánytalan helyreállításra nem, teljeskörűsége és teljes értékűsége azonban lehet törekedni: a betegséggel küzdő személy később ismét a társadalom, a család, a munkahely és remélhetőleg saját életének felelős szerepvállalója lesz.

Az onkológiai rehabilitáció kerete – a team és a kommunikáció

Az onkológiai rehabilitáció több, egymással szorosan összefonódó szakmai tevékenységet jelent: orvosi, szociális, pszichológiai, fizikális (stb.) értelemben is szükséges rehabilitációról beszélni. A multidiszciplináris team és a beteg aktív részvételével történő összehangolt és jól szervezett munka a sikeres rehabilitáció záloga, megvalósítója és alapvető feltétele. Az

orvos, ápoló, gyógytornász, dietetikus, logopédus, protetikus, klinikai szakpszichológus, egészségpszichológus és egyéb szakemberek, szorosan együttműködve, adott esetben osztályhoz kapcsolódóan, de mindenképpen teamben készítik elő és valósítják meg a beteg egyénre szabott rehabilitációs tervét (2). A team vezetője és koordinátora az orvos, aki konzultál a többi szakemberrel és elrendeli a terápiás beavatkozásokat (5, 6).

A különböző szakképesítésű teamtagok között nagyon fontos a tényleges közös munka, melynek alapja a megfelelő kommunikáció megléte mind az orvos-beteg viszonylatban, mind pedig a szakember-szakember relációban. A kommunikáció mind tartalmában, mind stílusában illeszkedő kell, hogy legyen: a szakemberek közös tudása a beteg testi és pszichoszociális állapotáról a közösen kialakított szakmai nyelvezet használata által válik megoszthatóvá („onco-talk”) (7). Az onco-talk az onkológiai környezetben (szakmai teamen belül, illetve a szakember-beteg relációban) zajló speciális kommunikáció jellegzetességeit jelöli: fokozott felelősség, illetve érzelmi túlterhelés és sürgetettség miatt a kommunikáció töredezetté válik, megnő a félreérthetőség. Az onco-talk ugyanakkor azt az alapvető kommunikációs készséget is jelöli, ami a megfelelő onkológiai kommunikációhoz szükséges, hiszen az, hogy mit és hogyan közöl az onkológus a beteggel, nagymértékben alakíthatja a kezelésmenetet, beleértve a kezelési lehetőségekről való döntéshozást is (8).

Az onkológiai rehabilitáció tartalma

Fontos megjegyezni, hogy a részterületek rehabilitációban betöltött jelentősége nem csupán a betegségfolyamat horizontális spektruma szerint változik, hanem az aktuális állapot vertikális összetételében, tehát tartalmában is más és más arányú. Ez teszi lehetővé és garantálja azt az alapvető szemléletmódot, hogy nem egy-egy szerv, testrész vagy szervrendszer helyreállítása a cél, hanem a folyamatban részt vevő medikális és pszichoszociális értelemben vett teljes ember, személy kezelése és gondozása a feladat. A rehabilitáció értelme tehát a személy állapotának megfelelő szintre hozatala, stabilizálása. Tartalmilag egyéntől és helyzettől függően rendkívül sokféle lehet, hiszen tulajdonképpen már a megelőzéstől a diagnózisközlésen át az utógondozásig vagy a hospice-ellátásig, tehát akár az élet végéig is kiterjed.

AZ ONKOPSZICHOLÓGIAI REHABILITÁCIÓ FOGALMA ÉS LEHETŐSÉGEI

Az onkopszichológia fogalma

Az onkopszichológia az onkológiai betegségek, az onkoterápiák és beavatkozások, az onkoterápiák során és azok következményeként kialakuló, lélektani értelemben is speciális helyzetek, pszichoszociális nehézségek, pszichológiai, valamint pszichopatológiai állapotok és pszichiátriai betegségek azonosításával, kezelésével, terápiájával foglalkozó tudományos diszciplína, mely kiegészül a betegség prevenciójának egészségpszichológiai területeivel, illetve az onkoterápiákban részt vevő személyek hozzátartó-

zóinak, valamint a kezelőszemélyzet mentális egészségének vizsgálatával, ellátásával és edukatív jellegű gondozásával is, mind egyéni, mind pedig társadalmi szinten és szociológiai értelemben egyaránt.

Az onkopszichológiai rehabilitáció tartalma

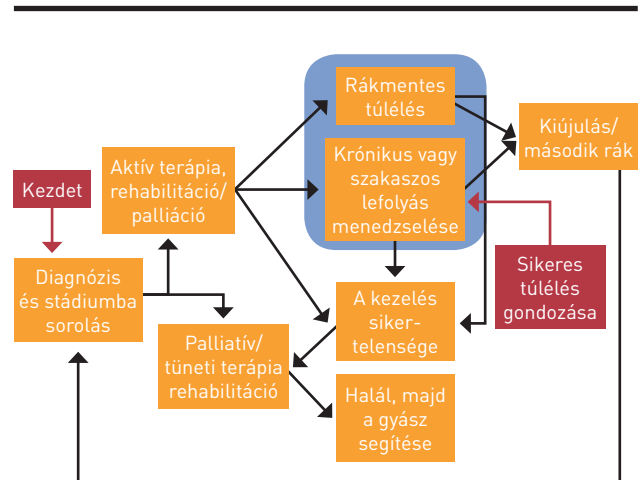
A teljes körű rehabilitációt biztosítani tudó, multidiszciplináris módon szerveződő onkológiai teammunka részterületei közül az onkopszichológiai rehabilitáció célja – a betegség alakulásának, az állapotváltozásnak folyamatjellegéből, illetve egyénre szabottságából fakadóan is – többféle lehet. A lelki rehabilitáció során a betegség által meghatározott fizikai/anatómiai/ orvosi körülmények és az egyéni lelki folyamatok, érzések, vágyak, illetve életről alkotott elképzelések új összhangját kell megteremteni az aktuális egészségügyi és pszichoszociális helyzet figyelembevételével, azokhoz éppen aktuálisan a legmegfelelőbb módon illeszkedve és alkalmazkodva.

Az onkopszichológiai rehabilitáció azon tevékenységeket jelenti, amelyeket a pszichológia saját eszközeivel (prevenció, diagnosztika, terápia, gondozás stb.) nyújtani tud a betegeknek, hogy az aktuálisan kialakult állapothoz és körülményekhez alkalmazkodva ismét képessé válhassanak a családba, a munkahelyre, a társadalomba való be- és visszailleszkedésre, illetve, hogy részt tudjanak venni saját gyógyulásukkal, terápiáikkal kapcsolatos döntések felelős meghozatalában. Lényege tehát a meglévő és mozgósítható funkciók, illetve a teljesítőképesség pontos megítélése, az aktuális pszichoszociális állapot, rizikó és protektív tényezők széleskörű felmérése, a terápiás támogatás, ilyen értelemben tehát egy komplex rehabilitációs terv kialakítása, a betegek kísérése és szükség szerinti pszichológiai gondozása.

Az onkopszichológiai rehabilitáció céljai

Az onkopszichológiai rehabilitáció céljai nagyban függenek 1) a betegség stádiumától, illetve a betegségfolyamat előrehaladottságától (diagnózisközlés, progresszió, regresszió, tüneti kezelés, fájdalomcsillapítás stb.), 2) a személy egyéni pszichoszociális adottságaitól (premorbid pszichiátriai betegség az anamnézisben, illetve aktuálisan krízishelyzet, jelen idejű szuicid gondolatok, egyéb szomatikus betegségek stb.), illetve 3) az éppen folyó onkomediális kezelés(ek) speciális vonatkozásaitól (műtét előtt álló beteg, sugárterápiás kezelés alatt álló beteg, gyógyszeres kezelések mellékhatásai stb.).

Az aktuális és egyénre szabott célokból fakadóan világossá válik, hogy az onkopszichológiai rehabilitáció már az akut terápiát nyújtó osztályon elkezdődik, és általában nem kötődik kifejezetten rehabilitációs profilú kórházhoz, osztályhoz. A kuratív időszak során tapasztalható pszichológiai jelenségek, mellékhatások azonnali beavatkozást igénylő állapotok. Ebből következően az onkopszichológiai gondozás az alkalmazott orvosi terápia hatásait és mellékhatásait is figyelembe kell, hogy vegye, hiszen azok jelentős hatással vannak a beteg, de a hozzátartozók és tulajdonképpen a kezelőszemélyzet lelkiállapotára egyaránt.



1. ÁBRA. A rákbetegség folyamatábrája (9) alapján – Országos Onkológiai Intézet – Onkopszichológiai Munkacsoport, 2016

Az onkológiai betegség ellátási folyamatai

Az onkológiai kezelés során felmerülő szomatikus változások, a szervezeti és strukturális környezetből fakadó ellátási folyamatok különböző ellátási útvonalakat jelölnek ki a beteg számára (1. ábra). Ezek az útvonalak az ellátás különböző pontjaira és időszakaira jellemzően sajátos problémákat és nehézségeket, speciális lelki kihívásokat is támasztanak.

Az onkopszichológiai rehabilitáció tervezésekor és megvalósításakor tisztában kell lenni az aktuális állapotot jellemző testi (fájdalom, testi funkciók időleges vagy végleges változása, elvesztése stb.) és lelki (krízishelyzet, distressztünetek stb.) körülményekkel és az egyéb pszichoszociális szempontból jelentős vonatkozásokkal (veszélyeztető családi állapot, premorbid betegség stb.), hiszen ezek kijelölhetik és meghatározhatják a szükséges beavatkozások módszerét, jellegét és tartalmát. E körülmények ismerete kell, hogy illeszkedjen az orvosi kezelés éppen aktuális folyamataihoz. A különböző (aktív) orvosi terápiákhoz különböző pszichológiai, pszichoszociális nehézségek kapcsolódnak, melyeket az adott helyzetben szükséges a legmegfelelőbb módon ellátni.

A betegség, mint trauma és krízis

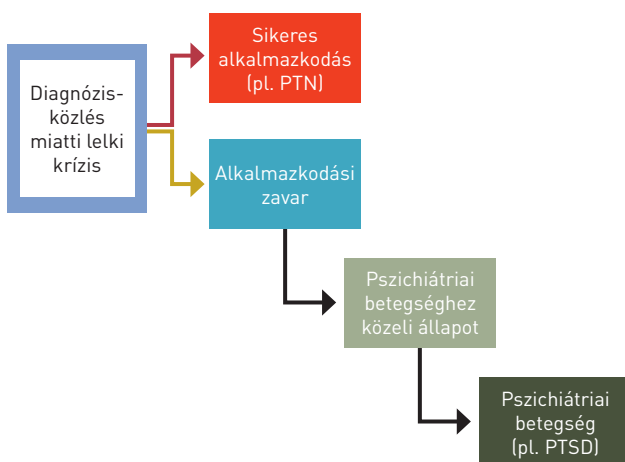
A rák diagnózisa pszichotraumát jelent. A gyógyulási esélyek rohamos javulásának ellenére továbbra is szorosan kapcsolódik a rákbetegséghez a szenvedés, a reménytelenség és a halál képzete. Amikor valaki megéli fenyegetettségét, a halál lehetőségét, az pszichológiai értelemben tulajdonképpen traumát él át. A szomatikus megbetegedésnek, mint traumának sajátos jellegzetessége az is, hogy nem egyszeri esemény abban az értelemben, hogy a betegségfolyamat során számos, további traumatikus élményt jelentő esemény is előfordulhat: a diagnózis megismerése, a kezelése hatásai és következményei (pl. a haj/szőrzet, a hang, a termékenység,

a szexuális aktivitás időleges vagy végleges elvesztése), az emberi kapcsolatok megváltozásának, a társadalmi stigmatizáció tapasztalatának, a kiújulás bekövetkezésének fenyegető lehetősége. Schwartz és munkatársai (2010) ebben az értelemben nevezik a rákbetegséget „ongoing traumá”-nak, azaz folyamatos, folytonos traumának (10). Az egyén életében állandósul a bizonytalanság, ami az érett, rugalmas személyiséggel rendelkező felnőtt emberek számára is komoly kihívást jelent.

A diagnózis okozta trauma érzelmi krízist hozhat létre. Caplan (1964) definíciója szerint a krízishelyzet olyan lélektanilag kritikus szituáció, amivel 1) a személy kénytelen szembenézni, és amelyet 2) nem tud elkerülni, mely 3) veszélyezteti a pszichológiai egyensúlyát, és 4) a korábban megtanult problémamegoldó stratégiákkal nem tudja megoldani azt, továbbá melynek során 5) a mozgósítható lelki energiák és a szokásos megküzdési stratégiák elégtelennek bizonyulnak, és 6) a fenyegető veszély meghaladja a rendelkezésre álló érzelmi és kognitív kapacitást (3, 11).

A krízis az egyensúlyi állapot felborulását jelenti, melynek kreatív megoldása (pozitív kimenetele) egy új egyensúlyi állapot kialakítása lehet (úgynevezett poszttraumás növekedés következik be) [2. ábra] (12). Negatív kimenetel esetén a krízis könnyen a személyiség felbomlásához, kóros reakciókhoz (neurotikus tünetek, pszichotikus regresszió, öngyilkosság stb.) vezethet. A krízisállapot felismerése és adekvát kezelése az onkopszichológiai rehabilitációban jártas szakemberek akut feladata.

Az egyes emberek a traumát és a krízist nem abszolút módon, hanem különbözőképpen élik át, és kialakulásukban számos tényező játszik szerepet (4). Riskó (2006) szerint



2. ÁBRA. A distressz folyamat lehetséges kimenetelei az onkológiai kezelés folyamán. PTN: poszttraumás növekedés, PTSD: poszttraumás stressz zavar – Országos Onkológiai Intézet – Onkopszichológiai Munkacsoport, 2016

a beteg diagnózisra való – tudatos és tudattalan – reagálását befolyásoló tényezők a következők: 1) a beteg premorbid személyisége, életútja, 2) a beteg életkora, aktuális élethelyzete, 3) a konfliktusok, a krízisek felismerésének, átélésének, valamint az ezekkel való megküzdésnek képessége, 4) a beteg társadalmi, gazdasági, kulturális viszonyai (13).

Az onkológiai betegséghez, terápiákhoz és ellátásokhoz kapcsolódó distressz olyan multifaktoriális kellemetlen érzelmi tapasztalatot jelöl, amely pszichológiai (pl. kognitív, viselkedéses, érzelmi), szociális és/vagy spirituális természetű, és amely gátolhatja a hatékony megküzdési képességet a betegséggel, annak fizikai tüneteivel és kezelésével kapcsolatban (12). A distressz egy kontinuum mentén fejeződik ki, kezdve a sérülékenység, a szomorúság és a félelem teljesen hétköznapi emócióktól, egészen a megbénító problémás érzésekig, úgymint a depresszió, szorongás, pánik, szociális elszigetelődés és egzisztenciális, illetve spirituális krízis.

A REHABILITÁCIÓ ONKOPSZICHELÓGIAI TERÜLETEI

Az alábbiakban az onkopszichológiai rehabilitáció egyes területeit, úgymint a betegedukációt, a műtetre való pszichológiai felkészítést, csoportos relaxációs módszereket és a szexuális rehabilitáció lehetőségeit kívánjuk bemutatni. Az onkopszichoszociális rehabilitáció fontos területei a családtagok és hozzátartozók támogatása, az életvég kérdéseinek területe, a testképváltozás (pl. sztóma alkalmazása, műtéti beavatkozások következményei) kérdései, a poszttraumás növekedés lehetőségei is. Az említett területek eltérő pszichológiai intervenciók segítségével mást és mást fókuszba állítva tudják segíteni a betegeket, hozzátartozóikat például a betegséggel való érzelmi megküzdés során, az önérvényesítés támogatásával és asszertivitás fejlesztésével, a hatékony kommunikáció kialakításával vagy éppen a stressz és a veszteségek adekvát kezelésével.

Az onkopszichológiai rehabilitáció alapvető eszköze – a betegedukáció

A preventív célzatú onkopszichológiai edukáció növeli az orvosi kezelésekkkel való együttműködés valószínűségét (pl. betegoktatási programok, pszichoedukációs konzultáció). Az adekvát tájékoztatás alapján történő informált beleegyezés és a helyzet fölött ilyen módon érzett és némileg visszaszerzett kontroll hozzájárul a beteg énhatékony-ság-érzéséhez és önbizalmának erősödéséhez (3).

A kezelésekre nem vagy nem megfelelően felkészített betegek gyakran fokozott pszichológiai distresszt tapasztalnak, ami nehezítheti saját helyzetük és tennivalóik reális értékelését, a fizikai felépülést, és jelentősen csökkenti a kezeléshez való adherenciát. A non-adherencia és a terápiás módosítások befolyásolhatják a kezelés hatékonyságát, a páciens életminőségét és túlélését, növelik az ápolással járó költségeket.

Lovell és munkatársai a betegedukáció 4 alapvető fogalmazzták meg (14).

1. Az edukáció, a felmérés és a kezelés egyénközpontú kell legyen

Betegségét, panaszait a páciens ismeri a legjobban, ezért fontos a felmérés önbeszámolón alapuló formája. A hatékony kezelés ugyancsak függ a páciens és gondozója elkötelezettségétől és adherenciájától, ami az elvárásaiktól, hiedelmeiktől, attitűdjüktől és motivációjuktól is függ. A viselkedésváltozáshoz szükséges támogatni a páciensek magabiztosságát, hogy képesek legyenek számolni a várható akadályokkal, és le is tudják azokat győzni.

2. A betegedukáció az egészségügyi kezelőszemélyzet és a páciens kommunikációjának és terápiás kapcsolatának integrált része kell legyen

A páciensek a panaszokat, a kialakuló mellékhatásokat (pl. fájdalom) gyakran fatálisnak élik meg, mert ezeket a betegség progressziójával kötik össze. Emiatt ezeket gyakran nehéz megosztani az orvosokkal. Ha azonban a kapcsolatban lehetővé válik beszélni ezekről az aggodalmakról, olyan jellegű bizalom alakul ki a szakember és a páciens között, amely során lehetővé válik, hogy a szakember elmagyarázza az észlelt mellékhatások lehetséges okait. Például a fájdalom fiziológiájának megértése csökkentheti a fájdalomhoz kapcsolódó félelmet, és kialakulhat a kontroll érzése egy olyan élmény felett, amely korábban túlterhelő és kontrollálhatatlan volt. Így a fájdalommal kapcsolatos korábbi domináns maladaptív hiedelmek a fájdalommal kapcsolatos egyéb átkeretezett gondolatra cserélhetőek.

A betegedukáció tartalmát képezi az aktív onkoterápiákra való előzetes felkészítés, információadás akár egyéni, akár csoportos formában. A sugárterápiára vagy éppen egy műtetre való pszichológiai felkészítés, a terápia előtti pszichoszociális kivizsgálás (szűrés) megalapozzák, és ezáltal segítik, illetve javítják és gyorsítják a beavatkozások utáni pszichológiai rehabilitációt, így a testi felépülés időszakát is jelentősen megkönnyíthetik, adott esetben le is rövidíthetik.

3. A páciensek fejlesztése (empowerment) szükségszerű és hatékony

Az empowerment széles körben alkalmazható praktikus szemléletmód, mely egészségügyi vonatkozásban magában foglalja, hogy megpróbáljuk a beteget minél inkább bevonni az őt érintő gyógyítási folyamatokba: a döntések meghozatala világos és pontos, számára is érthető módon történhessen informált beleegyezés útján, tehát általa, ilyen módon vegyen részt a terápiás terv vagy rehabilitációs program megalkotásában, továbbá próbáljuk meg kapacitásait kihasználva és azokhoz illeszkedve aktivizálni őt saját gyógyulási folyamataiban, illetve rehabilitációjában. Az ilyen értelemben vett fejlesztés hatása a betegség kimenetelére egyszerre direkt és indirekt. A kontroll érzésének növelése lehet például a fájdalomcsökkentés egyik lehetséges mechanizmusa. Mivel a fájdalom és a pszichológiai distressz kapcsolata kétirányúnak tűnik, és a fizikai és

egzisztenciális fájdalom nem különíthető el könnyen, úgy tűnik, hogy a páciens kontrollérzetének növelése némely páciensnél direkt módon csökkentheti a fájdalom hatását. Ehhez kapcsolódnak a protektív tényezők, köztük a társas támogatottság azonosítása, felmérése, illetve e tényezők körének bővítése és fejlesztése, pontosabban kontroll alá helyezése is [15].

4. A betegedukációt a standard ellátás részévé kell tenni

Habár több kutatás alátámasztja a sorstárs vagy szakember által vezetett önszorgító csoportok hatékonyságát, mégis a folyamatban lévő terápia kontextusában biztosított folyamatos támogatás a leghatékonyabb módja a betegek fejlesztésének, ami képessé teszi őket, hogy jelentős szerepet vállaljanak a kezelésük irányításában. A modell lehetőséget biztosít a teamnek, hogy folyamatos tanáccsal és támogatással lássák el a pácienseket.

Azok a betegek, akik nem kapnak elég információt, túlbecsülhetik a mellékhatások előfordulását és súlyosságát. Az ennek következtében kialakuló negatív elvárások pedig befolyásolhatják a mellékhatások megjelenését és súlyosságát. Pontos információk biztosítása reális elvárásokat alakíthat ki, és megelőzheti, hogy a mellékhatás megjelenjen vagy súlyosabbá váljon, esetleg háritásra kerüljön [16].

A műtetre való pszichológiai felkészítés jelentősége

Riskó és munkatársai [2015] szerint minden műtéti beavatkozás előtt célszerű mérlegelni a beteg pszichológiai állapotát [17]. A lelki működési zavarok felismerése nemcsak a medikális kezelésekkal való együttműködés szempontjából fontos, hanem a műtétet követő rehabilitáció gyorsaságára, a műtét eredményével való elégedettségre is hatással lehet. A műtétet megelőző magasabb szorongásszint összefüggést mutat a beteg depressziós tüneteinek erősségével, a bizonytalan jövőképpel, az élettel való elégedettség alacsonyabb szintjével, a gyengébb kontrollérzettel és a megküzdés nehezítettségével [18]. Amennyiben a magasabb preoperatív szorongásszint gyengébb fizikai egészséggel, csökkent kontrollérzettel és magányossággal párosul, bármely időszakban erősebb szorongásra számíthatunk.

A klinikailag jelentős mértékű distressz kiszűrése egyre nehezebbé válik, ahogy például az emlőrák korszerű sebészi kezelése a nyugati országokban egyre inkább az egnapos sebészet irányába tolódik. Ebben az esetben az orvostechnika fejlődése magában hordja azt a veszélyt, hogy felismerés és kezelés nélkül maradhatnak a klinikailag jelentős mértékű pszichológiai tünetek az ezekkel küzdő emlőrákos betegek egy részénél [19]. Fontos szempont továbbá, hogy az egyéni jellemzők mellett a várható műtét típusa is meghatározó lehet a műtét körüli érzelmi állapot szempontjából.

Montgomery és munkatársai [2010] prospektív kutatása szerint a preoperatív distressz hozzájárul a posztoperatív fáj-

dalom mértékének intenzitásához és a fáradtság megjelenéséhez egy héttel a műtétet követően [20]. A mellékhatásokra vonatkozó elvárások meghatározták a posztoperatív fájdalom mértékét, a hányinger és a fáradtság megjelenését egy héttel a műtétet követően. Klinikai szempontból eredményeik azt jelzik, hogy a preoperatív distresszel jellemezhető páciensek esetében nagyobb a kockázata a posztoperatív mellékhatások megjelenésének. Ezek az eredmények rámutatnak a műtétet megelőző tájékoztatás és felkészítés minőségének és részletességének fontosságára.

Csoportos pszichoszociális rehabilitációs lehetőségek

Daganatos betegségben szenvedők számára kialakított terápiás csoportok esetén az egészséggel kapcsolatos hiedelmek és a kezeléssel kapcsolatos attitűdök feltárása, a szorongások, félelmek csökkentése, a betegséggel való együttélés, illetve új megküzdési minták kialakítása elsődlegesen fontos célok. Emellett azonban fontos terápiás tényezővé válik a csoportban a közösség erejének megtapasztalása, a megérteni és a megértve lenni érzése, valamint annak átélése, hogy a betegtársaktól nem csak segítséget kaphat, de saját tapasztalataiból merítve segítséget is nyújthat a páciens.

A különböző módszertant (pl. autogén tréning, Simon-ton-tréning) alkalmazó relaxációs csoportok olyan további lehetőségeket rejtenek, mint például számos vegetatív tünet oldása (pl. hányinger, vérnyomásproblémák, fáradékonyság), továbbá szerepük lehet a fájdalomcsillapításban, az alvásproblémák rendezésében is [21–23]. Az érzelmi alkalmazkodás segítségével, a szorongásos, depresszív tünetek oldásán keresztül a betegek megküzdési kapacitása növekszik. A figyelem ilyen jellegű tudatos terelésén keresztül kontrollérzésük is nő, az énhatékonyság élménye jelentős lehet.

Nem elhanyagolható szempont továbbá az sem, hogy a csoportos terápiás lehetőségek költségghatékony, kevésbé időigényes terápiás lehetőséget kínálnak, valamint annak a lehetőségét is megadják, hogy a pszichológiai intervenciók szélesebb kör számára is elérhetővé válnak.

A szexuális rehabilitáció jelentősége

A szomatikus gyógyászatban, de különösen a sokszor radikális műtéti beavatkozásokat, jelentős mellékhatásokkal járó sugár- és kemoterápiás kezeléseket, tehát testi-lelki értelemben is igencsak megterhelő módszereket alkalmazó onkológiai ellátás területén a szexuális rehabilitáció kevésbé hangsúlyozott, vagy éppen említésre sem kerülő, ugyanakkor igencsak fontos, tulajdonképpen mindenkit érintő probléma és kihívás.

A nemiség az emberi élet egyik központi tényezője, mely nem korlátozódik bizonyos korcsoportokra, különböző szexuális orientációkat foglal magába, és sokkal szélesebb körű, mint a pusztán gyermeknemzés [24]. Ahogy az egészség fogalma is egyéni értékelés kérdése, ugyanúgy a szexuális

egészség is szubjektív fogalom, és minden ember máshogy határozza meg maga számára a szexuális jóllétet.

Az onkopszichológiai rehabilitáció fontos területét jelenti (kell, hogy jelentse) a betegség, illetve a kezeléseket követően kialakuló szexuális problémákkal, a megváltozott családi kapcsolatok okozta nehézségekkel való szakszerű foglalkozás [25]. Szakirodalmi adatok alapján a családon belüli kohézió, a házastársi elégedettség – mely természetesen a szexuális elégedettség által is meghatározott – a beteg túlélési idejét is jelentősen befolyásolja [26]. Az egészséggel kapcsolatos életminőség-kutatások bebizonyították, hogy a szubjektív jóllét akár 30–90%-át is kiteszi az intimitással, a szexualitással kapcsolatos elégedettség [27].

Számtalan, a betegséggel kapcsolatos pszichológiai reakció is hatással van a szexualitásra, ezáltal az intimitásra, ez pedig drámai hatással lehet a beteg további életére. Fontos biztatni a beteget és partnerét, hogy minél gyakrabban, őszinteségre törekedve beszéljenek egymással, illetve, hogy támogatást és megoldásokat keressenek, hogy a diagnózis után megerősítsék, ha szükséges, újraépítsék kapcsolatukat, az intimitást. Az odaforduló, nem elítélő, kölcsönös meghallgatás sokszor önmagában is segítség, nem beszélve arról, hogy az első lépést jelentheti a témával foglalkozó terapeuta vagy orvos felkeresésének útján. Ez az út azonban számos érzelmi (szociális gátlások, szemérem, megalázottságtól való félelem, korábbi, ez irányú negatív élmények stb.) és gyakorlati (nincs a közelben elérhető (szexuál)terapeuta, nincs anyagi erőforrás, korlátozottak az utazási lehetőségek, nincs kire hagyni a gyereket stb.) ok miatt időben hosszúra nyúlhat. Akár évek is eltelhetnek, mire valaki rászánja magát, hogy minden külső és belső akadályt legyőzve eljusson a megfelelő segítséget biztosítani tudó helyre [28].

A szexualitással kapcsolatos jelenségekről beszélni kínos, szégyenteli és nemegyszer fájdalmas, nemritkán a kellő tapasztalatok és tudás hiánya is szerepet játszik. Sürgetett helyzetben ilyen személyes, intim témákkal kapcsolatban megnyílni nem lehet. Gyakran előfordul, hogy a beteg által elmondott élményekre, fájdalmakra a szakember intellektuális megközelítéssel reagál, s a kommunikációt ily módon a maga választotta útra tereli. Ez a fajta intellektualizálás csírájában elfojthatja az érzelmek őszinte kifejezését, s a szakember saját megoldásait erőszakolhatja rá a másik személyre. A szakembernek nemcsak a kimondott szavakra kell figyelnie, hanem a kommunikációt kísérő érzelmi töltést is figyelembe kell vennie [29]. Ha ezt teszi, a páciens úgy fogja érezni, hogy biztonságos körülmények között megértették, képes lesz felszabadultabban megnyilvánulni, és a mélyben rejtőző, valódi problémák feltárásában aktívabb szerephez jut [28]. A megfelelő segítő attitűd célzott, eltökélt, feltevések nélküli, sztereotípiáktól mentes hozzáállás. A segítő kérdez, nem ítélkezik, a páciens saját szavaival és nyelvén beszél, mindig professzionális, és az elhangzottakat bizalmasan kezeli [30].

ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KITEKINTÉS

A prevenció szintjei – „prehabilitáció”

Míg a rehabilitáció aktív és kuratív, addig a prevenció inkább megelőző, ugyanakkor hasonlóképpen aktív jellegű szakmai tevékenység, ilyen értelemben tehát az onkopszichológiai rehabilitáció diagnózisközlés előtti időszakát is magában foglalja.

A prevenció több szinten megvalósuló, az állapot- és életminőség-romlást, illetve a betegség kialakulását, valamint a betegséghez vezető magatartásokat megelőző beavatkozásokat jelentő társadalmi és egészségügyi tevékenységek köre. 1) A primordiális prevenció közvetett és indirekt módon próbálja megakadályozni a tömegesen veszélyeztető tényezők, környezeti, gazdasági, szociális, magatartás- és életmódminták kialakulását és elterjedését (pl. jogi szabályozás, környezettudatosság, egészségtudatosság). 2) A primer prevenció a konkrét betegség kialakulásának megelőzését szolgálja; az egészséggel összefüggő (betegsége specifikus) káros életmódbeli (rizikó)tényezők csökkentését és az egészségtudatos viselkedés elősegítését célozza (pl. attitűdformálás, külső ártalmak elhárítása, mentális egészség). 3) A szekunder prevenció a már fennálló, kialakult, de még a kezdeti stádiumban lévő betegség felismerését jelenti. Ide tartoznak a különböző szűrőprogramok is. 4) A terciér prevenció a már klinikai jelentőségű tüneteket okozó betegség további súlyosbodásának megelőzését szolgálja, a kialakult kórállapotot kívánja gyógyítani [31, 32]. A terciér prevenció ilyen értelemben már tulajdonképpen az aktív terápiát jelenti, és a gyógyító folyamat az állapotromlás prevenciójává válik.

A megelőző egészségnevelés szempontjai

Eckhardt Sándor professzor úr a betegség időszakát megelőző társas/társadalmi egészségnevelés kapcsán az alábbiak szerint fogalmazott 1995-ben: „Végül, de nem utolsósorban, az egyes egyének a felajánlott szűrésekben vegyenek részt, oldják meg idült stresszhelyzeteiket, tájékozottságot szerezzenek a rák terén, hogy felállíthassák »egyéni« rákprogramjukat. Csak így állhat össze egy sikeres »nemzeti« rákprogram, melyre Magyarországnak most fokozottan szüksége van.” [33]

Ehhez kapcsolódnak Riskó Ágnes szavai is, melyek a megelőzés hangsúlyozásán túl a gyógyító tevékenység mellett és az által egyszerre rehabilitációt is végző egészségügyi kezelők lelki egészségmegővására is felhívja a figyelmet. „Ahhoz, hogy a rosszindulatú daganatos megbetegedések miatti drámaian magas halálozási arányt csökkenteni tudjunk, hatékonyabb megelőzésre, szűrésre, megfelelőbb egészségügyi ellátásra, jól képzett, a lelki kiegész elleni folyamatos védelemben részesülő, holisztikus szemléletű szakemberek jól szervezett munkájára is szükség van.” [34]

Egyéni rákprogram

Látható a fentiekből, hogy a rehabilitáció és a hozzá kapcsolódó prehabilitációs jellegű, prevenciós intervenciók aktív és összefüggő folyamatokat jelentenek, melyek onkológiai betegség esetében a megelőző és a kuratív ellátáshoz kapcsolódnak, és már a diagnózis közlését megelőző időszaktól kezdődően minden elképzelhető állapotot, mely a gyógyulás, és/vagy kezelési folyamat során kialakulhat, magában foglalnak. Minden kialakult helyzet a beteggel kapcsolatosan új tényezők és szempontok felvételét teszi szükségessé a kezelő részéről. A pszicho-fiziko-szociális körülmények pontos ismerete a rehabilitációs intervenció adekvátságát biztosítja. Ez esetben egyéni rákprogram kialakítása történik, mely a multidiszciplináris team együttműködésében kiviteleződik. Az egyéni rákprogram azon túl, hogy összesíti a személy saját felelősségét egészségének megtartásában, nemzeti programmá is növekedhet.

Az onkopszichológiai rehabilitáció kihívásai

Az onkopszichológiai rehabilitáció jelenségköre láthatóan igen széles spektrumot ölel fel, és nehezen vagy egyáltalán nem is választható el az aktív gyógyító folyamatoktól. Az egyre sikeresebb és hosszú távú túlélést ígérő onkológiai kezelésekhöz kapcsolódó testi-lelki mellékhatások és az ezek által kialakuló életminőségbeli változások és újszerű pszichoszociális következmények az onkopszichológiai rehabilitáció új kihívásait hozzák magukkal, és a rehabilitáció módszertana folyamatos megújulásának képességét kívánják meg.

A gyógyulási és/vagy betegségfolyamat mentén tapasztalható onkopszichológiai rehabilitáció praktikus elvárásai mellett ugyanakkor a legnagyobb kihívást a megfelelő felkészültséggel rendelkező szakemberek hiánya jelenti. Az onko(pszicho)lógiai rehabilitáció szükségességét egy kezelésmenet során adekvátan felismerő onkológus szakorvos felkészült jelenlétén túl a pszichoszociális rehabilitáció jelentős szociológiai problémát is jelent, amennyiben az ellátás során a megfelelő szakemberek elérhetősége szakemberhiány következtében tulajdonképpen ellehetetlenül. Szükséges tehát, hogy minden onkológiai osztályon, mind a pszichoszociális rehabilitáció különböző területein, mind pedig azok vonatkozó módszertanában megfelelően jártas szakemberek mihamarabb alkalmazásra kerülhessenek, megteremtve a lehetőségét annak, hogy a beteg is aktív és valódi részt vállalhasson saját gyógyulásában: testi, lelki, illetve szociális vonatkozású rehabilitációjában.

IRODALOM

1. Dank M. A daganatos betegek rehabilitációja. In: *Onkológia: a géntől a betegéig*. Eds. Kopper L, Jeney A. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2002, pp. 393–406
2. Riskó Á. Az onkológiai betegek lelki rehabilitációja. *Rehabilitáció* 17:31–36, 2007
3. Kovács P, Pánczél G, Melegh K, et al. Immunterápiák pszichológiai vonatkozásai a melanoma komplex és multidiszciplináris kezelésében. *Magy Onkol* 60:22–27, 2016
4. Rohánszky M, Katonai R, Konkoly TB. Magyar daganatos betegek pszichoszociális állapota. *Orv Hetil* 155:1024–1032, 2014
5. Kásler M, Köves I. Onkológiai rehabilitáció. In: *A rehabilitáció gyakorlata*. Eds. Katona F, Siegler J. Medicina Kiadó, Budapest 2004, pp. 425–448
6. Kahán Zs, Szántó I, Molnár M, et al. Emlőrák: gondozás, rehabilitáció, pszichoonkológia. *Magy Onkol* 60:258–268, 2016
7. Arnold RM, Back AL, Baile AL, et al. The oncotalk/vitaltalk model. In: *Oxford Textbook of Communication in Oncology and Palliative Care*. 2nd edition. Eds. Kissane DW, Bultz BD, Butow PN, et al. Oxford University Press, New York 2017, pp. 374–388
8. Back AL, Arnold RM, Baile WF, et al. Faculty development to change the paradigm of communication skills teaching in oncology. *J Clin Oncol* 27:1137–1141, 2009
9. Holland JC, Breitbart W, Jacobsen P, et al. *Psycho-Oncology*. 2nd Edition. Oxford Univ Press, New York 2010
10. Schwartz LA, DeRosa BW, Kazak AE. Adult survivors of childhood cancer. In: *Psycho-Oncology*. 2nd edition. Eds. Holland J, Breitbart W, Jacobsen P, et al. Oxford University Press, New York 2010, pp. 562–569
11. Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books, New York 1964
12. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Distress Management, Version 2. 2016
13. Riskó Á. A daganatos betegség különböző fázisaiban az alkalmazkodás pszichoszociális jellemzői. In: *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Eds. Horti J, Riskó Á. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2006
14. Lovell MR, Luckett T, Boyle FM, et al. Patient education, coaching, and self-management for cancer pain. *J Clin Oncol* 32:1712–1720, 2014
15. Kovács P, Pánczél G, Balatoni T, et al. Social support decreases depressogenic effect of low-dose interferon alpha treatment in melanoma patients. *J Psychosom Res* 78:579–584, 2015
16. Waller A, Forshaw K, Bryant J, Mair S. Interventions for preparing patients for chemotherapy and radiotherapy: a systematic review. *Support Care Cancer* 22:2297–2308, 2014
17. Riskó Á, Kovács P, Koncz Zs. Onkopszichológiai szempontok. In: *Az emlőrák korszerű sebészete*. Eds. Mátrai Z, Gulyás G, Kásler M. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2015, pp. 468–475
18. Kyranou M, Puntillo K, Dunn LB, et al. Predictors of initial levels and trajectories of anxiety in women prior to and for six months following breast cancer surgery. *Cancer Nursing* 37:406–417, 2014
19. Jorgensen KJ, Gotzsche PC. Breast cancer: Updated screening guidelines — much ado about small improvements. *Nat Rev Clin Oncol* 13:139–140, 2016
20. Montgomery GH, Schnur JB, Erlich J, et al. Pre-surgery psychological factors predict pain, nausea and fatigue one week following breast cancer surgery. *J Pain Symptom Manag* 39:1043–1052, 2010
21. Bagdy E, Koronkai B. *Relaxációs módszerek*. Medicina Könyvkiadó, Budapest 1988
22. Krapf G. *Az autogén tréning gyakorlata*. Springer Hungarica Kiadó, Budapest 1992
23. Simonton OC, Matthews-Simonton S, Creighton LJ. *A gyógyító képzelet. Egészségforrás Alapítvány*, Budapest 2011
24. World Health Organization *Defining Sexual Health*. 2006. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
25. Török Zs, Szevérenyi P. Veszteségeink tükrében: hangulatzavarok és szexuális zavarok onkológiai betegeknél. *Kharón* 7:318–322, 2003
26. Gritz ER, Wellisch DK, Wang HJ. Long-term effects of testicular cancer on sexual functioning in married couples. *Cancer* 64:1560–1567, 1990
27. Roth AJ, Carter J, Nelson CJ. Sexuality problems after cancer. In: *Psycho-Oncology*. 2nd edition. Eds. Holland J, Breitbart W, Jacobsen P, et al. Oxford University Press, New York 2010, pp. 245–251
28. Kálmán Zs, Kőnczei Gy. *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig*. Osiris Kiadó, Budapest 2002
29. Peti J. Nőgyógyászati daganatos betegek pszichés vezetése. In: *Nőgyógyászati onkológia – gyakorlati kézikönyv*. Eds. Pete I, Kásler M. Zafir Press, Budapest 2012, pp. 3–10
30. Davis S, Taylor B. From PLISSIT to Ex-PLISSIT. In: *Rehabilitation: The Use of Theories and Models in Practice*. Ed. Davis S. Elsevier, Edinburgh 2006, pp. 101–129
31. Ádány R. *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2012
32. Plikó B. Magatartástudomány és prevenció: a preventív magatartásorvoslás jelentősége. *Magyar Tudomány* 1381–1385, 2003
33. Eckhardt S. *Rákkockázat és megelőzés Magyarországon*. Magyar Tudomány 1320–1323, 1995
34. Riskó Á. Az onkopszichológia első 25 éve az Országos Onkológiai Intézetben: előzmények és események (1988–2013). *Magy Onkol* 59:241–250, 2015