

# Pszichológiai jelenségek és tünetek, illetve az onkopszichológiai intervenciók lehetőségei a komprehenzív onkológiai ellátás során

KOVÁCS PÉTER, ESPERGER ZSÓFIA, HORVÁTH DÓRA, LACSÁN KATALIN, PATYI DÁNIEL, STEFANOVITS NÓRA, ZSOLDOS LILI, HORVÁTH ORSOLYA

Országos Onkológiai Intézet, Rehabilitációs Részleg, Onkopszichológiai Munkacsoport, Budapest

**Levelezési cím:**

Dr. Kovács Péter, Országos Onkológiai Intézet, Rehabilitációs Részleg, 1122 Budapest, Ráth György u. 7–9.  
E-mail: kope.kope@gmail.com, tel.: +36203441134

**Közlésre érkezett:**

2020. november 18.

**Elfogadva:**

2020. december 14.

Kutatások szerint majd' minden második onkológiai beteg él át onkológiai kezelése során intenzív distresszt. Az egyre effektívebbé váló és ezzel együtt sokszor időben jelentősen elhúzódó, a túlélést jelentősen megnövelő, a gyógyulást is növekvő aránnyal elősegítő onkomedikális kezelések mentén vagy azok következtében manifesztálódó pszichológiai, pszichiátriai szimptomák, illetve a sokszor pszichogén eredetű fizikai és testi tünetek jelentős mértékben rontják az életminőséget. Azon túl, hogy számolni szükséges akut stresszreakcióval, krízissel, de permanenssé váló szorongással, illetve a kezeléseket által provokált pszichopatológiai állapotokkal is, pszichiátriai komorbiditásokra, intenzívebbé váló karakterpatológias működésekre is tekintettel kell lenni. A pszichológiai intervenciók eszközei lehetnek annak, hogy gyógyszeres beavatkozás nélkül vagy azzal kiegészítve a szorongás oldásán, pszichoedukáción és az érzelmi élmény integrációján keresztül felelős és aktív részese lehessen a beteg saját gyógyulási folyamatának. A multidiszciplináris teammunkában megvalósuló gyógyítás az integratív szemléletű rehabilitáció záloga. Az egészségügyi dolgozók számára az érzelmi élmény megoszthatósága a burnout prevenciójának egyik sarokköve. *Magy Onkol* 65:78-88, 2021

**Kulcsszavak:** onkopszichológia, prevenció, rehabilitáció, trauma, krízis, pszichoterápia, burnout, compliance, telemedicina

*According to research, almost every second oncology patient experiences intense distress during their oncology treatment. The development of new medical treatment options in cancer care allows longer survival for cancer patients. Because of this, quality of life becomes an increasingly important factor during treatments. Psycho-oncological interventions include all psychosocial interventions that are designed to positively influence the patient's psychosocial adaptation and adjustment to diagnosis, treatment, and survivorship. Interventions also promote rehabilitation progress and help the emotional integration of disease-related crisis and trauma. Psycho-oncological therapies are supposed to manage cancer-related distress and other psychosocial problems by specific types of treatments or interventions. It is crucial for the medical system to deal with the psychosocial aspects of cancer care in order to identify and deal with patients' needs for better compliance and adherence to treatment. The key of personalized holistic rehabilitation is multidisciplinary teamwork during the whole healing process: sharing the emotional experience also helps to prevent healthcare workers' burnout.*

*Kovács P, Esperger Z, Horváth D, Lacsán K, Patyi D, Stefanovits N, Zsoldos L, Horváth O. Psychological phenomena and symptoms in active and complex oncology care: challenges of interventions and rehabilitation opportunities. *Magy Onkol* 65:78-88, 2021*

**Keywords:** psycho-oncology, rehabilitation, psychotherapy, trauma, crisis, distress, burnout, compliance, telemedicine

## BETEGSÉGADATOK A VILÁGBAN ÉS MAGYARORSZÁGON

Világviszonylatban a daganatos megbetegedések okán bekövetkező halálozások éves száma 1990 és 2017 között 6 millióról 9,56 millióra növekedett (1). Ezzel a kardiovaszkuláris betegségeket (17,79 millió elhalálozás 2017-ben) követően a második legnagyobb mortalitással bíró betegség a világon. Az Egészségügyi Világszervezet Nemzetközi Rákkutatási Ügynökség (World Health Organization, International Agency for Research on Cancer – WHO IARC) 2018-ban készülő Global Cancer Observatory vizsgálatai, úgynevezett GLOBOCAN adatbázisa alapján 2018-ban 18 millió új daganatos betegséget diagnosztizáltak világszerte és tovább növekedett a betegséghez köthető elhalálozások száma is (2018-ban 9,6 millió). Az elhunytak 47%-a 70 évnél idősebb beteg, 87% pedig az 50 évnél idősebb korosztályból kerül ki, tehát a betegség következtében történő elhalálozás alapvetően az idősebb korosztály esetében gyakoribb. Az újonnan diagnosztizált betegségek leggyakrabban tüdő-, emlőt és kolorektális régiót érintő tumoros folyamatok, az elhalálozáshoz kapcsolódóan pedig a tüdőrák, a gyomor- és májrák, illetve a vastagbélrák jelentik a vezető halálozási okokat. Magyarországon, mind a régió adatai tükrében, mind világviszonylatban is kiugró mértékben fordulnak elő a tüdő rosszindulatú folyamatai nőknél és férfiaknál egyaránt. A GLOBOCAN adatai szerint 2018-ban a Magyarországon újonnan diagnosztizált, nagyságrendileg 70 000 új daganatos esetből 11 004 (15,6%) tüdőrák, 10 809 (15,3%) kolorektális tumor és 8215 (11,7%) emlőrák volt (1). Magyarországon a daganatos betegséghez köthető elhalálozások száma 2019-ben 32 012 (2) volt – ez a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) elemzése szerint a magyarországi összhálozás (2019-ben 129 603 haláleset) 24,7%-a (2).

A Magyarországon legmagasabb progresszivitási szinttel rendelkező és a kontinentális térségben egyedülállóan komprehenzív központként működő Országos Onkológiai Intézetben működő Nemzeti Rákregiszter adatai alapján kirajzolódó gyakorisági mutatók ollószerűen nyíló tendenciákat vázolnak. Az új esetek száma 2010 óta folyamatos emelkedést mutat (2014-ben 78 413, a bőr tumoraival (C44) együtt 95 034 új esetet azonosítottak), miközben a betegség következtében történő elhalálozások száma állandósult, sőt, némileg csökkenni is látszik (3). Ennek a változó tendenciának több oka is van. A növekvő esetszámok háttérében a javuló diagnosztikai metodikák, a lakosság részére kiterjesztésre kerülő kötelező szűrések állhatnak. Összességében tehát növekvő esetszámokat látunk, ugyanakkor a betegségek korai és korábbi felismerése lehetőséget is nyújt a megfelelő és időben történő ellátás biztosítására. A stabilizálódó mortalitási adatokhoz hozzájárulnak többek között a fejlődő orvostechonikai módszerek (új sebészi beavatkozások) és eszközök (precíz sugárterápiás lehetőségek), illetve a Magyarországon is elérhetővé váló legmodernebb és leghatékonyabb terápiás lehetőségek (pl. célzott és immunterápiák, illetve kombinációk). Ezek következtében megvalósul tehát a hatékonyabb gyógyítás lehetősége, növelve így a túlélési

időt, de elősegítve immáron sok esetben a teljes gyógyulást is. Korszakos jelentőségű és a megelőzést alapjaiban meghatározó és biztosító rendelkezést jelentett a dohányzás elleni törvény bevezetése, a szabályozások szigorítása (3).

A hosszú onkoterápiás rezsimok, az effektív kezelések következtében megnövekvő túlélési idő felvetik – pontosabban ismételtlen aláhúzzák – az életminőség kérdéskörének jelentőségét (4). Az életminőség sokrétű fogalom, melyet a gyógyítás minden pontján szükséges figyelembe venni. A romló életminőség akadályozhatja a terápiás együttműködést, csökkentheti a compliance-t. Ezek fontossága az elhúzódoó terápiák kapcsán igencsak megnövekszik, hiszen a következetes gyógyítás zálogát jelenti a beteg aktív együttműködése. Az életminőség szociális, fizikális és pszichológiai/mentális szempontból is komoly jelentőséggel bír, megfelelő mértéke és színvonala pedig a holisztikus gyógyítás szempontjából kulcstényező (5).

## PSZICHELÓGIAI JELENSÉGEK ELŐFORDULÁSA ÉS GYAKORISÁGA ONKOLÓGIAI BETEGSÉGEK ÉS BETEGEK KÖRÉBEN

2017-ben egy 3724 betegen végzett multicentrikus vizsgálat során azt találták, hogy a daganatos betegek fele (52%) magas distresszel jellemezhető (6). A distressz alapvetően a stressz spektrumának negatív aspektusát jelöli és többek között jellemzően tehetetlenségérzést, szorongást, depressziót, félelmet, szomorúságot, pánikreakciót, illetve egyéb fizikális és pszichés tünetet foglalhat magába. A National Comprehensive Cancer Network (NCCN) meghatározásában a distressz pszichológiai (érzelmi, kognitív, viselkedéses), szociális és spirituális természetű, multifaktoriális kellemetlen érzelmi tapasztalatokat jelölő és az általános szomorúságtól a hétköznapi funkcionálást ellehetetlenítő pszichopatológiáig terjedő kontinuum mentén kifejeződő jelenségkör, amely megzavarhatja a betegséggel, illetve a betegség mellékhatásaival való hatékony megküzdést, valamint ronthatja az orvosi kezelésekkal való együttműködés valószínűségét (7). A distressz tüneteinek vizsgálatakor daganatos betegek körében leggyakrabban fáradtságot/kimerültséget (fatigue, 56%) és alvási nehezítettséget (47%) találtak (6). A vizsgálatból megállapítható volt, hogy három fizikális tünet fennállása esetén több mint 80%-os valószínűséggel kell súlyos mértékű szorongásos problémával és distresszel számolni az ellátás során a betegek körében. A szomatikus betegségek kapcsán felmerülő és kialakuló distressz etiológiai tényezői között meghatározó szerephez jutnak a megváltozott testi funkcionálással (pl. emésztési nehezítettség, alvási problémák) összefüggő, vagy fizikális tünetekkel, mellékhatásokkal (pl. ízérzés elvesztése, hányás, hányinger, fájdalmak) is járó folyamatok és jelenségek. A szorongás különböző szintjeit azonosította egy metaanalízis, mely szerint a kezelést megelőzően 19%, a kezelés alatt 23%, a kezelést követően 26%-os a szorongás előfordulása például petefészekrákos nők körében (8). A kezelést követő

magas szorongást a csökkenő számú orvosi kontrollidőponttal, a kiújulástól való fokozódó félelemmel, valamint a palliatív ellátásként folytatódó, a betegséget követő időszak feszültségével magyarázza a vizsgálat (9). Heterogén magyar mintán súlyos szorongást találtak a vizsgált minta 24%-ánál (10). 127 fős heterogén melanómás mintában az adjuváns interferonterápiát megelőzően enyhén emelkedett szorongásértékeket mértek, majd a terápia egy hónapos kontrolljánál a szorongás szignifikáns emelkedését találták (11).

Daganatos betegek körében a deprimált érzelmi állapot spektruma az átmeneti rossz hangulatoktól és szomorúságtól a klinikailag jelentős major depresszió diagnózisáig terjed, amely hangulatzavar jellemzően az alábbi tünetekben manifesztálódik: reménytelenség, ürességérzés, szomorúság, érdeklődés és örömeztetés elvesztése, fáradtságérzés fokozódása, az aktivitás csökkenése, figyelmi nehézségek, nyugtalanság/agitáltság, lelassultság, döntéshozási képtelenség, büntudat, értéktelenség- és tehetetlenségérzés, halállal, öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok, valamint fizikai/testi változások (testsúlyváltozás, alvási problémák, szexuális zavarok stb.) (12). Egy 15 tanulmány alapján készült metaanalízis különbséget talált a depresszió prevalenciáját illetően az ellátási típusok függvényében. Járóbeteges esetében 5–16%, fekvőbetegeseknél 4–14%, heterogén mintában 4–11%, palliatív gondozás során pedig 7–49% a depresszió átlagos előfordulása (13). A depressziót tekintve nagy a szórásbeli különbség a felmérés módszertanával összefüggésben is: klinikai interjúk során a daganatos betegek körében felismert depresszió átlagos előfordulása 13%, tesztekkel és egyéb módokon azonosítva azonban szintén nagyon széles tartományban húzódoan 4–49%-os ez az érték (14). A módszertani különbözőségek vonzatai a daganattípust illetően is eltértek: tüdőbetegek esetében 3%, emésztőrendszeri megbetegedés esetén 31%, petefészekráknál 23% (8, 15), a prosztatarákos betegeknek 15% a depressziós betegek aránya (16). Különbség van továbbá az állapotot, illetve a kezelési folyamat eltérő időszakát tekintve is. Legmagasabb arányban a kezelés megkezdésénél és a kezelés során találták a depresszió megjelenését, mely azonban a kezelést követően egyértelmű csökkenést mutatott (14). Ez a 211 tanulmányt feldolgozó metaanalízis a kezelés alatt 14%, a kezelést követő évben 9%, a kezelést egy évvel követően pedig 8% depresszióprevalenciát azonosított (14). Nehéz a valós érintettséget felmérni, hiszen a mentális problémák, így például a depresszió vizsgálatára 19 különböző eszközt és módszert talált egy 63 tanulmányt összesítő metaanalízis (17), illetve a kutatások felhívják a figyelmet a ritkán előforduló, emiatt kevésbé vizsgált daganattípusok alulreprezentáltságára is. Magyar mintákon végzett vizsgálatok alapján férfiak esetében enyhe depressziós értéket a vizsgált minta 17,4%-ánál, közepes értéket 10,5%-nál, súlyos, klinikailag jelentős depressziós szintet pedig 16,9%-nál találtak (18). Hasonló nagyságrendeket írt le a kutatás magyar daganatos nők körében is: enyhe depresszió 20,3%-nál, közepes depressziós pontérték a női

minta 10,9%-ánál, súlyos depresszió pedig 17,6%-nál volt kimutatható (17). Összességében tulajdonképpen a betegek fele (férfiak 44,8%-a, nők 48,4%-a) érintett valamilyen fokú depressziós tünetek vonatkozásában. Heterogén diagnózisú, magyar daganatos betegekkel végzett retrospektív kutatásban súlyos depressziót 13,3%-nál, közepes depressziós értéket pedig 18,4%-os előfordulással találtak (10). A heterogén minta 13%-ánál azonosítottak szuicid gondolatokat is (10). Magyar melanómás betegek végzett vizsgálat során megerősítést nyert az interferon-alfa adjuváns terápia depressziogén hatása: a kiindulási értékekben a depresszió szintje nem tért el az átlagpopulációtól, a terápia előrehaladtával azonban központi idegrendszeri mechanizmusok révén a depresszió fokozatos és szignifikánssá váló emelkedését mérték (11).

Megnehezíti a pszichopatológiai problémák prevalenciájának megállapítását a releváns kutatások hiánya, a meglévő kutatási paradigmákban vizsgált minták heterogenitása (mind stádiumban, mind daganattípusban, mind kezelésben stb.), valamint számolni szükséges az országonként eltérő mértékű előfordulással is (19).

### AZ ONKOPSZICHOLÓGIAI PROBLÉMÁK FŐBB TÍPUSAI

Pszichológiai szempontból a betegség következtében, illetve a kezeléseket, valamint a gyógyulás során előálló testi-lelki változások a mentális stabilitás tekintetében lényeges események. Didaktikai szándékkal, illetve gyakorlati felhasználhatóság céljából a pszichológiai/pszichiátriai vonatkozású problémák három, egymással adott esetben keveredő típusát érdemes megkülönböztetni, mely elkülönítés az intervenciók lehetőségeket, illetve a beavatkozások jellegét is determinálhatja.

Az egészségi állapot drasztikus megváltozása, a megbetegedés ténye, a betegség és a gyógyítási/gyógyulási folyamat következtében érzékelhető sokszor azonnali, de legalábbis rövid távon megjelenő testi-lelki változások traumaként azonosíthatók. Ezek folyamatosan fennálló és újra előkerülő úgynevezett ongoing jellege (20), a folyamat részeként átélt permanens bizonytalanság, illetve a kimenetel ismeretlenségének következtében krízishelyzet alakulhat ki. A krízis intenzív szorongással járó bizonytalan, de alapvetően átmeneti lélektani állapot, mely időlegesen kognitív beszűkültséggel, fizikális és egyéb pszichés tünetekkel is járhat (21). A sokáig tartó intenzív krízis – intervenció nélkül – pszichopatológiai tünetekben manifesztálódhat, pszichiátriai betegségekben is rögzülhet, illetve szuicid viselkedést is eredményezhet, emiatt igencsak kritikus a mielőbbi adekvát ellátás (pszichológiai intervenciók lehetőségei, pszichofarmakoterápiás eszközök stb.). Az általában akut stresszreakcióval induló, krízisként azonosítható megterhelő lélektani helyzetek a mentális stabilitást veszélyeztető állapotoknak a szomatikus gyógyászatban előforduló egyik leggyakoribb és egyben legkritikusabb kategóriáját jelentik. A krízist beszűkült figyelem, kommunikációs nehézségek, impulzív és ingadozó érzelmi állapot, csökkenő hatásfokú tevékeny aktivitások és kognitív tünetek is jellemezhetik (22).

A pszichológiai szempontból másik releváns, az életműködést és a compliance-t nagyban befolyásoló kategóriába azok a személyek tartoznak, akik esetében anamnézisben szereplő vagy aktuálisan fennálló komorbid pszichiátriai betegséggel találkozhatunk [23]. A pszichiátriai komorbiditás nagyban befolyásolhatja az orvos-beteg kapcsolatot, és hatással van a kommunikációra is. A meglévő vagy az anamnézisben szereplő pszichológiai, pszichiátriai előzmények különös jelentőséggel bírnak, amennyiben egy-egy onkomedikális intervenció stresszt provokál, vagy a gyógyuláshoz/gyógyításhoz kapcsolódó krízisállapot előáll, hiszen a fokozódó distressz intenzívebb pszichológiai megterhelést is jelent, amely súlyosabb tünetekkel járó állapotok kialakulását is magával hozhatja. A pozitív pszichiátriai előtörténet növeli a szuicídium valószínűségét és az anamnézisben szereplő pszichiátriai betegségek tünetei újra megjelenhetnek. A családi anamnézis felmérése is fontos ebben a vonatkozásban, hiszen familiárisan előforduló szuicídium szintén hajlamosító tényezőt jelent az egyén számára [24]. Az elhúzódó onkológiai kezelések mentén kialakuló fokozott és folyamatos érzelmi igénybevétel – lélektani terminológiát használva – regresszív állapotokat idéz elő, melyek során működésbe lépnek a lelki védekezést szolgáló eszközök egyénre jellemző mindennaposan használt mechanizmusai (pl. hasítás, elfojtás, tagadás). Ezek – bár időlegesen adekvátak lehetnek és működésük az orvosi utasításokkal való együttműködést is tudja biztosítani – rögzülve hosszabb távon a saját gyógyulásban való aktív és tevékeny részvételt lehetetlenítik el például az által, hogy egy döntéshelyzetben áthárítják a felelősséget az orvosra, vagy bagatellizálják a betegséget, illetve a gyógyulás zálogát jelentő kezeléseket fontosságát (végső soron akár el is utasítva azokat). A regresszív lélektani állapot a már említett komorbid pszichiátriai betegségeket provokálhatja, illetve a karakterpatológiás működést is felerősítheti.

Az onkoterápiás orvosi intervenciók következtében hosszabb távon megjelenő pszichés tünetek vagy a közvetlenül, illetve akár közvetetten kialakuló lélektani problémák, pszichopatológiák jelentik a harmadik típusát az onkológiai betegségekhez kapcsolódó pszichológiai jelenségeknek. Előfordulhat például, hogy bizonyos gyógyszerkészítmények közvetlenül pszichopatológiákat idéznek elő (pl. interferon depressziogén hatása) [25]. A testképet megváltoztató beavatkozások hosszú távú hatásai szintén komoly érzelmi terhet jelentenek a betegek és hozzátartozói számára. Ilyen esetben számolni szükséges a testi funkciók megváltozása által kialakuló lélektani instabilitással (pl. állandósuló vagy hosszan fennálló fájdalom, alvási nehezítettség, étvágytalanság következtében intenzív fogyás, testképpel összefüggő problémák, szexuális problémák). Az onkológiai ellátás során a kezelésekhöz, beavatkozásokhoz köthetően jelentkező, pszichológiai szempontból releváns tünetek és problémák folyamatos pszichológiai gondozást igényelnek adott esetben már a diagnózisalkotástól kezdődően. A kirajzolódó, sok-

szor közvetetten megjelenő pszichológiai tünetek, panaszok fizikális problémákhoz kapcsolódnak, azok másodlagos következményei [26]. A tartósan fennálló fájdalom vagy az alváshiányból fakadó fáradtság olyan egyéb tünetekkel is összekapcsolódhatnak (pl. szexuális vágy csökkenése, alvási nehezítettség, motiválatlanság), amelyek együttesen a depresszió tünettartát is kimeríthetik. Előfordulhat, hogy a fizikális panaszok súlyozott aránya miatt kapunk a pszichológiai teszteken magas pontértéket, de valójában nem depresszióról van szó. Az is megtörténhet, hogy a testi tünetek erőteljessége miatt nem kerül azonosításra a hangulati élet valamely zavara, adott esetben éppen egy depresszív folyamat. Minden esetben megnehezíti azonban a diagnózis felállítását, hogy a felismerésre kerülő, depresszióra utaló tünetek mögött szomatikus betegségek, így onkológiai probléma esetében is konkrét és körülhatárolható szervi elváltozások, betegségek állhatnak.

### SPECIÁLIS PSZICHOLOGIAI JELENSÉGEK AZ ONKOLÓGIAI ELLÁTÁS SORÁN

Lélektani szempontból a daganatos megbetegedés komoly kihívást jelent. Egyrészt olyan dolgot él át a személy, amit korábban még nem, másrészt ezt nincs lehetősége elkerülni és még a pontos kimenetelt sem ismerheti, illetve nem – vagy csak nehezen – tud hatással lenni az állapotváltozásaira: nem uralja többé testét, egészségét. A kontrollvesztéssel járó állapotok közé tartoznak a kiújulástól való félelem [27, 28], de a gyógyszerek és beavatkozás eredményességéhez kapcsolódó elvárások jelenségei is. A legalapvetőbb, kontrollvesztettséget hordozó állapot, mely a tudattal rendelkező szervezetek sajátja és specifikuma, a saját haláltól való elemi szorongás. Egy váratlan élettörténeti jelenség, például egy életet veszélyeztető egészségügyi állapot, alapvetően a halálszorongás zsigeri benyomását elevenítheti fel a személyben: testközelbe kerül a saját halál addig többé-kevésbé, jól-rosszul elfojtott ismerete, illetve az attól való félelem [29]. Jellemző továbbá a krízisműködés és az ezzel járó intenzív szorongás, illetve az ennek következtében megjelenő gondolati, érzelmi és viselkedéses, pszichopatológiába hajló anomáliák. A kritikus helyzetek a karakterpatológiás működéseket is felerősítik, megnehezítve a személyhez való kötődést és korlátozva a személy kötődési lehetőségeit egyaránt. A kontrollvesztett állapot a kontroll visszaszerzésére ösztönzi az embert. A sokszor inadekvát helyzetkezelésben kiterjed a primitív lelki elhárító mechanizmusok (pl. hasítás, tagadás) működése, vagy megjelenhet például kényszeres viselkedés, egyéb szorongáson alapuló kóros viselkedésminták vagy a hangulati élet zavarai. A lelki védekezés a realitás feladásáig is terjedhet (pszichotikus állapotok).

A fokozott distressz és a pszichológiai tünetekben rögzülő állapotok mellett az onkológiai betegek esetében több olyan jelenség is előfordulhat, melyek komoly lélektani relevanciával bírnak. Előfordulhatnak szomatiform és/vagy alkalmazkodási



zavarok, kognitív és neuropszichológiai jelenségek (pl. chemo-brain) [30]. Ezenkívül delíriummal, szexuális problémák megjelenésével, függőségek meglétével, genetikai vulnerabilitás általi fokozott szorongással, premorbid feldolgozatlan traumatizációval egyaránt szükséges lehet számolni.

Az onkológiai kezelések hatásaként testkép- és testfunkciózavarral (pl. sztóma), szexuális zavarokkal (pl. hüvelyszárazság, merevedési problémák) [34], induló vagy már folyamatban lévő gyászfolyamattal (esetleg anticipált gyással), agítáltsággal, agresszióval vagy éppen enerváltsággal, demotiváltsággal, depresszióval, a társas viszonyok megváltozásával, kognitív diszfunkciókkal is találkozunk.

A stigmatizációtól való félelem és a betegséggel járó, a kezelési folyamatokkal párhuzamosan változó intenzitással felszínre kerülő szorongás általános jelenség. A fokozott distressz meghatározza a mindennapokat, hiszen emocionális, viselkedéses és kognitív hatása is van. Ez által szerepkonfliktusokkal, kapcsolati és kapcsolódási nehézségekkel, munkahelyi és egzisztenciális krízissel, illetve különböző formákban megjelenő indulati kifejeződésekkel is találkozni. A betegséggel gyakran mellékhatásként is együtt járó permanens fájdalom testi-lelki fáradtságot eredményez. Fáradtságot és distresszt a malnutrició és szarkopénia is előidézhethet [31]. Az egyre gyakoribbá váló szarkopénia különösen az idősebb korosztály számára kritikus. Előfordulhat, hogy mesterséges táplálásra vagy étrend-kiegészítő (tápszerek) alkalmazására van szükség ahhoz, hogy biztonsággal lefolytatható lehessen az onkomedikális terápia. A malnutrició és a szarkopénia nagy arányban és generalizáltan előforduló jelenségek, melyek non-specifikus akadályát képezhetik a gyógyulási folyamatnak (pl. tumoros kahexia). Hasonlóképpen, az alvászavarok is a testi-lelki fáradtságra predestináló problémák [32]. Legkülönbözőbb etiológiával elalvási, illetve átalvási zavarok egyaránt előfordulhatnak daganatos betegek körében. Mind lelki (pl. szorongás), mind testi (pl. műtéti seb, kötés, sztóma) okok következtében is kialakulhat alvászavar. A táplálkozás zavarai, de az alvási nehezítettség is alapjaiban lehetetlenítik el a megfelelő életszínvonal kialakítását, illetve a terápiakompatibilis, kezelésoptimális fizikális és lelki állapot fenntartását. Szükséges tehát anamnesztikusan felmérni, pszichológiai komponensekkel is számolni a viselkedéses tünetekben megmutatkozó valódi okok feltárásánál, hiszen sokszor kimutatható szomatikus okok nélkül, éppen pszichológiai gátlások, elakadások nyomán állnak elő és rögzülnek ezek a problémák. Mind a hányinger, hányás, illetve egyéb gasztrointesztinális panaszok, mind a fájdalom vagy alvászavarok problémák bírhatnak pszichogén eredettel [33].

A krízist, illetve a traumatizációt követő időszakban a medikális ellátás mérföldköveit követve halad a beteg saját, remélhetőleg gyógyuláshoz vezető útján. Az akut stresszreakciókkal jellemezhető időszakot követően megindul a krízisből történő stabilizálódás, az integráció folyamata is. Sikeres integráció esetén poszttraumás növekedést [35] tapasztal-

hatunk, sikertelen integráció esetén pedig poszttraumás stressz betegség [36] kialakulásával szükséges számolni.

A poszttraumás stressz betegség (post-traumatic stress disorder, PTSD) pszichopatológiai kategória [37]. Jellemzően akár évekkel a betegséget vagy a gyógyulást követően is a betegséggel összefüggésben átélt intenzív stresszreakciót nevezhetjük PTSD-nek. A betegség lelki feldolgozatlanságának jelzése ez a zavar: a személy nem képes korábbi önképével és/vagy világgépével összhangba hozni az általa átélteteket, a diagnózist, a traumát. Ez azt jelenti, hogy nem történik meg, vagy csak részlegesen komplett az érzelmi integrációja a betegségnek. A PTSD kifejeződhet viselkedésben megnyilvánuló tünetekben (pl. spontán sírás, szorongás vegetatív tünetei, alvási nehézségek, ingerlékenység), de emocionális tünetek és kognitív beszűkülés is előfordul. A stresszreakció évfordulóknál (pl. diagnózisközlés) vagy orvosi kontrollidőpontokat megelőzően fokozódhat. A tüneteken keresztül a személy jelen idejű fenyegetettségét él meg, betolakodó (flashback) élmények, képek, emlékek jelennek meg a traumával összefüggésben, fokozódik az éberség és a reaktivitás, irritábilissá és ingerültebbé válik, a hangulat pedig könnyen negativisztikussá alakul és depresszióba hajlik, mely szélsőséges esetben szuicid készlettel is összekapcsolódhat évekkel az események után is [35, 36]. A betegek 4–35%-ánál megjelenik a PTSD [38]. A problémára a fiatalabb és idősebb életkor, az izolált életvitel, az alacsony társas támogatottság, a premorbid (pl. éretlen) személyiség és pozitív pszichiátriai anamnézis, valamint megelőző traumák (pl. háború, holokauszt) hajlamosítólag hatnak [36, 38]. A Damoklész kardja szindróma, mely keverten szorongásos és depresszív állapot, a visszaeséstől való fokozott, akár irreális félelmet jelöli. A betegnél tapasztalható fokozott éberség és irritáltság a kezelők, a hozzátartozók és a környezet számára egyaránt megterhelő állapot lehet, mely intervenciót tesz szükségessé, hogy a realitást megtartva optimális onkológiai éberség tudjon kialakulni mind a beteg viselkedését, mind emocionális involválódását illetően.

A krízis jellegét tekintve átmeneti és nem csupán alkalmazkodási zavarokon keresztül, pszichológiai tüneteken át, pszichiátriai betegségekben (pl. PTSD) rögzülhet, hanem pozitív eredménnyel is feloldódhat. A poszttraumás növekedés (PTN) jelensége a PTSD-hez képest a betegségből való lelki kilábalás jele és eredménye [39]. A beteg számára a betegség következtében, a gyógyulási folyamat és a kapcsolódó érzelmi krízis pozitív tartalommal integrálódik az élettörténetbe. Átértékelődés zajlik le, melynek során korábban kevésbé fontosnak ítélt, adott esetben elhanyagolt dolgok (pl. emberi kapcsolatok, szerepek, tevékenységek) a traumát és a betegséget követően fontossá válnak és előtérbe kerülnek. Más, a betegséget megelőzően fontosnak ítélt dolgokról pedig kiderül, hogy a személy számára többé nem képviselnek valós vagy jelentős értéket. A pozitív, tehát a beteg számára lelki hozadékkal is járó változásokat tekinthetjük poszttraumás növekedésnek.

### AZ ÉRZELMI INTEGRÁCIÓT SEGÍTŐ PSZICHOLOGIAI INTERVENCIÓK SPECIFIKUMAI ÉS LEHETŐSÉGEI AZ ONKOLÓGIAI ELLÁTÁSBAN

A pszichoszociális életmódváltás több szakaszban és nagyrészt, de nem feltétlenül az orvosi beavatkozásokhoz vagy a gyógyulással járó szomatikus változásokhoz illeszkedve történik. A pszichoszociális rehabilitáció időszaka gyakorlatilag a diagnózisközléstől kezdve folyamatos, hiszen a krízisintervenciós beavatkozások által a realitásban tartás fontossága a megfelelő döntések meghozatalában a kezelések kezdetétől alapvető jelentőségű. A folyamatosan történő rehabilitáció során nyílik lehetőség a realitáshoz és aktualitáshoz is illeszteni a lelki beállítódást (pl. műtétre vagy sugárterápiára történő felkészítések, pszichoedukáció) [22]. A rövid távú beavatkozások az aktuális vagy az éppen soron következő lépésre koncentrálnak, hiszen a krízisre jellemző beszűkült lélektani állapot korlátozott kognitív működést eredményez, továbbá a reálisan a fizikális állapottal összefüggő biztos információk is korlátozott mértékben, limitáltan hozzáférhetőek csupán – nehéz a hosszú távú döntéshozatal. Az életmódváltás a krízissel való foglalkozástól, annak lezárásán át, az érzelmi élmény (pl. veszteségek, gyász, változások) reflektálttá tételén keresztül az önismereti elmélyülés integritásteremtő (pl. személyiségkoherencia) folyamatain át a szociális és társadalmi rendszer ágenciaszintű (pl. családi és társas szerepekben való funkcionálás) kialakításáig is terjedhet [40]. A pszichoszociális életmódváltás nem a betegséget megelőző rend újraalakítását, restaurálását célozza, hanem új értékekre kívánja helyezni a személy intra-, interperszonális és társadalmi integritását. Egy újfajta rend megcélzása elősegítheti a poszttraumás növekedés folyamatait és az önsajnáltság, illetve a múlton való rágódás időben a szükségeset maladaptívan meghaladóan elhúzódó természetlen körei helyett a helyzet lehetőségeit kihasználni képes pozitív attitűd kialakítását. A pszichológiai ellátás sokszor a hospitalizációhoz kapcsolódik, vagy éppen más okok miatt fragmentáltan és nem évekig tartóan, rendszeresen történik. Ez a töredezettség komplex szemléletmódot és az orvosi ellátás elemeinek ismeretét kívánja meg a szakembertől éppen azért, hogy minden pszichológiai beavatkozás a későbbi lelki integrációt tudja elősegíteni a beteg számára, úgy, hogy azok az aktuális szituációkhoz illeszkedjenek, támogatva a realitásérzékelés folyamatos megtartását.

A szomatikus ellátásban felismerésre kerülő pszichológiai, pszichiátriai problémák a klasszikus pszichoterápiás hozzáálláshoz képest másfajta szemléletet és munkamódot tesznek szükségessé, valamint a pszichoterápiás módszerek kombinálását, illetve azok aktív szupportív terápiában történő integrálását kívánják meg [41]. A beteg számára elsődlegesen a törekvés a testi problémák enyhítésére irányul, a szomatikus gyógyulásra fókuszál – a szemlélet középpontjában a test és a testi folyamatok állnak. A pszichológiai intervenciók ennek ismeretében alkalmazhatók és illeszthetők az ellátásba. Nem hagyható azonban figyelmen kívül, hogy

a kezelések következtében akutan vagy elhúzódóan, illetve komorbiditások előfordulása esetén a pszichológiai tényezők fontossága egyértelműen megjelenik, a hosszú távú együttműködés szempontjából pedig kifejezetten felértékelődik. Sokféleképpen érintődhet meg a személy érzelmileg a komoly testi-lelki kihívást jelentő krízisidőszak során. A hagyományos pszichoterápiás rezsimekhez képest a szomatikus ellátásban speciális munkamódra, a hagyományos terápiás keretek rugalmas alkalmazására van szükség (pl. motivációs kérdések, titoktartás, hozzátartozók megismerése, rendszertelen alkalmak, lemondhatóság) [42].

#### Lehetséges pszichológiai intervenciók

A pszichológiai intervenciók a betegség változatosságához illeszkedve széles spektrumon helyezkednek el [43]. Nonverbális terápiák, általános pszichés szupportív betegvezetés vagy érzelmileg támogató tanácsadás, pszichoedukatív beavatkozások, krízisintervenció, egyéni vagy csoportos pszichoterápiás folyamatok, pár- és családterápia egyaránt az eszközkészlet részét képezik. Jellemzően kevésbé expresszív, feltáró jellegű a pszichológiai intervenció, mint inkább támogató, szupportív célzatú.

Az érzelmileg támogató kapcsolat tartalmi vonatkozásában is különbözőképpen mélyül: alkalmazkodva a helyzethez, a személyhez és a személy lelki állapotához. A hatékony és empátián alapuló, figyelmes kommunikáció és az edukációt, illetve pszichoedukációt célzó speciális beavatkozások (felkészítő csoportok) a kapcsolatteremtés felszíni, de igencsak lényeges fokozatát jelentik [44]. Kevésbé specifikus, de folyamatosan mélyülő kapcsolat alakulása mellett, általánosságban és nagy gyakorisággal előforduló pszichológiai jelenségekkel foglalkoznak az alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók. Az alacsony intenzitás a pszichoterápiához való hozzáférhetőség sajátosságait fejezi ki: magas terápiás hatást kíván rövid idő alatt kiváltani gyors és rugalmas, helyzethez illesztett intervenciók alkalmazásával [45]. Az alacsony intenzitású beavatkozások jól illeszkednek a krónikus szomatikus betegségek specifikumaihoz (kiszámíthatatlanság, fluktuáló tüneti kép, hirtelen állapotváltozások). A daganatos megbetegedésekkel összefüggésben kialakuló pszichoszociális nehézségek kapcsán, illetve szubklinikai szintű mentális zavarok esetén az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia hatékonysága igazolt [45, 46]. Azokban az esetekben azonban, ahol a pszichológiai problémák intenzitása és mennyisége meghaladja az alacsony intenzitású beavatkozások hatásfokát, egyéni rövid pszichoterápiás folyamat lehet szükséges, melynek során már elmélyültebben megvalósul az egyénre szabott ellátás, megfelelően így a mentális zavarok által kirajzolódó speciális helyzet legkülönbözőbb kihívásainak. A hosszú egyéni pszichoterápiás folyamatok vitelénél elkerülhetetlenné válik a feltáró terápiás eszközök alkalmazása. A feltáró pszichoterápiás folyamatok a betegség, a trauma élettörténeti integrációját célozzák.

A pszichoedukációt célzó egyéni vagy csoportos intervenciók, alacsony intenzitású beavatkozásokként, széles körben, ugyanakkor célzottan és a lehető leggyorsabb onkológiai ellátási menethez igazodva tudnak hatékonyak lenni. Az edukációs beavatkozások például az orvosi kezeléseket megelőzően segítenek praktikus megfontolások mentén információk adásával a szorongást csökkentve, ugyanakkor a beszűkült figyelmet a következő kezelési lépésre centrálva támogatni a betegeket gyógyulási folyamataikban [45]. Műtetre, sugárterápiára vagy kemoterápiás beavatkozásra történő felkészítés során vizualizációval (pl. fotók, képek), információadással (pl. helyszín, térkép, kezelési menetrend), közvetlen stresszoldással (pl. relaxáció, mindfulness), a jellemző pszichoszociális tünetek vagy pszichogén eredetű is bírós jelenségek (pl. fájdalom, hányinger) tematizálásával és ventilációjával jó határfokkal lehet optimális lélektani állapotba segíteni a beteget [47–49]. A preventív célzatú edukáció növeli az orvosi kezelésekkal való együttműködés valószínűségét, illetve javítja és gyorsítja a beavatkozások utáni pszichológiai rehabilitációt, ezáltal pedig a testi felépülés időszakát is jelentősen lerövidítheti, megkönnyítheti.

Módszertani szempontból az onkológiai betegek számára történő pszichoszociális intervenciók, azok közül is leginkább az alacsonyabb intenzitású, pszichoedukációt célzó beavatkozások hatékonyan megvalósulhatnak nem csupán személyes, face-to-face módon, hanem telemedicinális eszközökkel egyaránt [50]. A teleonkológia (teleoncology) nem csupán az internet alapú videó- vagy hangtovábbító platformokat jelenti, hanem applikációk, online adatbázisok (felhőtárhelyek), online konzultációt lehetővé tevő alkalmazások és programok használatát egyaránt [51]. Ezen eszközök széles tárháza és könnyű alkalmazhatósága lehetővé teszi azt, hogy a betegséghez kapcsolódóan megjelenő vagy éppen fokozódó mellékhatások, egyéb betegségek mellett, az ellátóhelytől való jelentős fizikális távolság esetén, kritikus, szorongást fokozó körülmények közepette (pl. pandémia) is indítható, illetve folytatható lehessen egy már megkezdett pszichológiai folyamat, terápia [52, 53].

A pszichoszociális prevenció, a célzott krízisintervenció, az edukációt célzó beavatkozások, a szupportív pszichológiai ellátás különböző típusai, valamint az expresszív pszichoterápiás folyamatok mellett a daganatos betegek lelki támogatásánál is felmerülnek a palliatív ellátás kihívásai. Az onkológiai ellátás vitathatatlan elemét jelenti a palliatív ellátás, melyet kórházi konzultatív csoportok (úgynevezett mobil teamek), vagy hospice-palliatív ellátásra dedikált osztályok és intézmények, illetve otthonápolási szakellátói rendszerben működő teamek és szakemberek végeznek [54]. A palliatív mobil teamek a komprehenzív onkológiai ellátás során nélkülözhetetlen teammunka hatékony példái [55]. A célzott palliatív ellátást elősegítő szakmai együttműködés integrálja magába a teljes körű ellátáshoz szükséges orvosi, szakápolói, szociális és pszichológiai tevékenységeket egyaránt, illetve gyógytornász, dietetikus és egyéb társszakmák

közreműködését is alkalmazza. A multidiszciplinaritás jelen esetben is a betegek holisztikus ellátásának záloga. Az időben, sokszor már az aktív kezeléssel párhuzamosan megkezdődő palliatív ellátás előnyét a túlkezelés megelőzése által előálló egészségügyi költségcsökkentés mellett a jobb fizikális és pszichoszociális életminőség, a célzott és állapothoz igazodó fájdalomcsillapítás és egyéb tünetek csökkentésének lehetősége, a családok nagyobb fokú bevonhatósága, a támogatói rendszer elérhetőségének biztosítása és spirituális aspektusok megjelenése egyaránt jelenti [54, 56].

## AZ ONKOPSZICHOLÓGIAI INTERVENCIÓK VÁRHATÓ POZITÍV HATÁSAI

A pszichológiai beavatkozások az aktuális – betegséggel, gyógyulási, illetve gyógyítási folyamattal összefüggésben megjelenő – pszichológiai anomáliák kapcsán indulnak meg. A pozitív hatás személyre szabottan, a gyógyulási/gyógyítási folyamathoz illesztett módon végzett beavatkozásokkal érhető el [57]. Az intervenciók nyomán növekedhet az alkalmazkodás hatékonysága, normalizálódhat a lelki elhárítómechanizmusok működése. Ez a folyamat a realitásérzékelés növekedése által a realitásban való megmaradás záloga. A megküzdőképesség növekedése és növelése által az ongoing [20] traumatizáció során kialakuló distressz és a krónikussá váló stressz feldolgozása is lehetségessé válhat, akár önerőből, akár folyamatos szociális vagy pszichológiai támogatás által. Az adekvát helyzetkezelés, a keretek között tartott szorongás elősegíti az alkalmazkodást, támogatva így az orvos-beteg kapcsolat gördülékenységét és növelve az adherens viselkedés valószínűségét. A helyzetekhez kapcsolódó reflektív és realitást szem előtt tartó attitűd és az adekvát alkalmazkodóképesség a magasabb életminőség megtartását támogatják, a jobb és megtartott életminőség pedig tovább növelheti az adherens viselkedést. A permanenssé fokozódó krónikus stressz – például stresszkezelő technikák fejlesztése által történő – feldolgozása kedvező pszichoneuroimmunológiai változásokkal is jár (pl. kortizolmennyiség csökkenése, a szervezet immunválaszának javulása) [58]. A társas támogatottság jelentős protektív faktorként bázist jelenthet a pszichológiai, pszichoszociális intervenciók számára [11]. A lelki reziliencia az aktuális környezeti feltételek által kialakuló nehézségekhez való hatékony alkalmazkodást és szembenézést pszichológiai eszközökkel jól fejleszthetően elősegítő képesség [59].

## AZ INTEGRATÍV REHABILITÁCIÓ SZEMLÉLETE ÉS LEHETŐSÉGEI

A megbetegedés kiterjedtsége és nagy aránya felhívják a figyelmet a prevenció, illetve a szűrőprogramok alapvető fontosságára. A primordiális prevenció nem közvetlenül a betegség célzott megelőzését szolgáló lehetőség, hanem olyan, indirekt úton ható eszközöket foglal magába, melyek közvetlenül a betegséghez is vezető viselkedéseket szabályozzák (pl. jogi szabályozás, környezetvédelem és környezettudatos

életmód). A specifikus kockázati tényezők befolyásolásával a primer preventív beavatkozások foglalkoznak. Az elsődleges prevenció célja az egészségi állapotot közvetlenül befolyásoló viselkedéses elemek megszüntetése, az általuk okozott egészségkárosodás megelőzése (pl. dohányzásról való leszoktatás). A másodlagos megelőzés a már manifeszt betegség minél korábbi azonosítását célozza, elősegítve a gyors és effektív kezelés elindítását is. A terciér prevenció kevésbé megelőző, sokkal inkább rehabilitációs folyamathoz kapcsolódó beavatkozás, hiszen az állapotromlást, illetve mellékhatások és egyéb szövődmények megelőzését célozza [60]. Ez tehát már nem szigorú értelemben vett megelőző intervenció, sokkal inkább a kronizálódó folyamatokhoz kapcsolódó ártalomcsökkentés.

Az úgynevezett prehabilitációs szemlélet a diagnózist követően azonnal megindul és a kezelések során is folyamatosan zajló, integrációt és testi-lelki rehabilitációt szem előtt tartó, teammunkában történő intervenciók attitűdöt fejez ki [22, 61]. Az effektív, de nagyobb időigényű orvosi terápiák mentén megjelenő, vagy az azokat megelőzően kialakuló pszichoszociális tünetek, célzott, a helyzethez, a realitáshoz és a személyhez is illeszkedő szakszerű pszichoszociális szűrést [62] követően célzott beavatkozásokat implikálnak [63].

A prehabilitációs szemléletű gyógyításhoz kapcsolódóan, az új típusú kezelési lehetőségek által meghosszabbodó túlélés okán is, de a gyógyulás, vagy éppen az állapotromláshoz időben is folyamatosan illeszkedő gondozás során a teammunka jelentősége felértékelődik [64].

A multidiszciplináris teammunkában megvalósuló gyógyítási és egyénre szabott gondozási folyamat a beteg számára a trauma és a krízisidőszak optimális integrációjának megteremtése által a diagnózisközléstől induló holisztikus szemléletű rehabilitáció záloga, mely az egészségügyi dolgozók számára az érzelmi élmény megoszthatósága által, az egészségügyi ellátórendszerben fenntartott szakmai elhivatottság és lélektani stabilitás előteremtésén keresztül a kiegészítő (burnout) prevenciójának egyik sarokköve [65].

#### Fogalomtár\*

**Adherencia:** terápiához. Azt fejezi ki, hogy a beteg mennyire hajlandó benne maradni az adott terápiában, illetve elköteleződni a kezelés iránt (időbeli elköteleződés).

**Ágencia:** aktív hatóképesség, hatékonyság.

**Akut stressz zavar:** a traumás esemény átélését követő 3 naptól 1 hónapig terjedően megjelenő intenzív stresszreakció, distressz állapot, mely spontán módon vagy segítség hatására elmúlik.

**Alacsony intenzitású pszichológiai intervenció:** személyhez és helyzethez egyaránt rugalmasan illeszthető, magas terápiás hatást rövid idő alatt elérni kívánó pszichológiai intervenció, technika. Az alacsony intenzitású beavatkozások

jól illeszkednek a krónikus szomatikus betegségek specifikumaihoz (pl. kiszámíthatatlanság, fluktuáló tüneti kép, hirtelen állapotváltozások), emiatt hatékonyan alkalmazhatóak az orvosi terápiákhoz kapcsolódóan (pl. pszichoedukáció, relaxáció, műtétre való lelki felkészítés).

**Burnout:** kiégésszindróma. Hivatással, foglalkozással összefüggésben a nagyfokú érzelmi igénybevételből adódóan kialakuló fizikai, érzelmi, attitűdbeli stresszreakció. Fő tünetei: testi-lelki fáradtság, alvási problémák, csökkenő munkateljesítmény, irónia, cinizmus, társas bezúdulás.

**Compliance:** terápiás együttműködés. A betegnek a számára előírt/javasolt terápiákkal való együttműködését, az együttműködés fokát jelenti (minőségi elköteleződés). A gyógyszeresedés pontosságát fejezi ki.

**Depressziogén hatás:** depressziót előirányzó, negatív kognitív, érzelmi, biokémiai vagy egyéb környezeti befolyás.

**Distressz:** A National Comprehensive Cancer Network (NCCN) meghatározásában a distressz pszichológiai (érzelmi, kognitív, viselkedéses), szociális és spirituális természetű, multifaktoriális kellemetlen érzelmi tapasztalatokat jelölő és az általános szomorúságtól a hétköznapi funkcionálást ellehetetlenítő pszichopatológiáig terjedő kontinuum mentén kifejeződő jelenségkör, amely megzavarhatja a betegséggel, illetve a betegség mellékhatásaival való hatékony megküzdést, valamint ronthatja az orvosi kezelésekkal való együttműködés valószínűségét. 2010 óta a distressz a hatodik életfontosságú vitális jel a fájdalom, a szívritmus, a hőmérséklet, a vérnyomás és a légzés mellett.

**Érzelmi élmény reflektálttá tétele:** a személyt érő érzelmi ingerek és élmények tudatosítása, velük való szembesülés, azokra való adekvát reagálás. Az érzelmi állapotok tudat alatt hatnak a döntéseinkre, viselkedésünkre. Amennyiben sikerül az élethelyzetben megjelenő érzelmeket pontosan azonosítani, úgy reflektálttá válhat az élmény.

**Holisztikus szemlélet:** a holizmus kifejezés (a görög „holosz” szóból) a teljesség figyelembevételét jelenti. A holisztikus szemlélettel gyógyító szakember nemcsak a betegséget, a megbetegedett szervet vagy testrészt, hanem a beteg embert gyógyítja, egészségét kívánja helyreállítani és fenntartani. A holisztikus szemléletet a különböző kezeléseket összehangoltan alkalmazó szakembercsoport valósíthatja meg a beteg számára leghumánusabban és leghatékonyabban.

**Karakterpatológia:** személyiségzavar. A személyiségzavar egy olyan, pszichopatológiának, pszichológiai betegségnek nem tekinthető, folyamatosan fennálló állapot, amely során a normális társas-társadalmi és kulturális értelemben elfogadott személyiségműködés szélsőségei ismerhetők fel és ezek a működési mintázatok gyakran érzelmi, illetve viselkedéses konfliktust okoznak a személy számára környezetükkel, illetve az életvitelben egyenlenségeket eredményeznek (pl. gyakoribb válás, kriminalizálódás, munkanélkülivé válás, alkoholdependencia). Ezek az állapotok kapcsolati feszültséget hordoznak, magánéleti és munkahelyi konfliktusokat

\*Füredi J, Németh A. A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2019 alapján



eredményeznek, melyre a személyek kevésbé reflektívek. Nem konkrét tünetek összességéről van tehát szó, hanem egy bizonyos fajta, tipikus működésmód jelenik meg, mely a közösségbe való illeszkedést nehezíti meg. A személyiségzavarok sokszor kombinációkban jelennek meg és leginkább a páciens anamnesztikus vizsgálata során ismerhetők fel. Például: narcisztikus személyiségzavar, borderline személyiségzavar, antiszociális személyiségzavar.

**Koherencia:** az egészséges lelki működés egyik meghatározója, amely személyiség működésére vonatkozóan következetességet, összhangot, strukturáltságot és harmóniát jelent.

**Krízis:** intenzív szorongással járó bizonytalan, de alapvetően átmeneti, sürgős beavatkozást szükségessé tevő lélektani állapot, mely időlegesen kognitív beszűkültséggel, fizikális, vegetatív és pszichés tünetekkel is járhat. A sokáig tartó intenzív krízis – intervenció nélkül – pszichiátriai betegségekben is rögzülhet, illetve szuicid viselkedést is eredményezhet.

**Megküzdés (coping):** azok a lelki műveletek, amelyekkel a személy a külvilágból jövő fenyegetéseket kezelni törekszik. A megküzdés tudatos folyamat, és célja a külső fenyegetettséggel való szembezállás és a személy pszichológiai egyensúlyának védelme. A személy többféle megküzdési stratégiát is használhat: konfrontáció, érzelmek regulációja, problémaközpontú gondolkodás, pozitív gondolkodás stb.

**Multidiszciplináris (onkológiai) team:** az időben gyakran elhúzódó, szakmailag sokrétű és teljes körű onkológiai ellátás során a különböző szakterületeken dolgozó szakemberek értő együttműködésére van szükség a betegközpontú gyógyítás megteremtéséhez. Ennek optimális közegét az aktuális prevenció, diagnosztikai, kezelési és/vagy rehabilitációs intervenciók végzése során aktuálisan is kialakuló kezelési csapatok jelenthetik. A dinamikus együttműködés a jobb eredmény záloga, hiszen a közös célt a feladatok megoszthatósága és az erőforrások optimális beosztása is segíti.

**Palliatív ellátás:** a World Health Organization (WHO) meghatározása szerint terminális állapotú betegek tüneteinek enyhítésére irányuló támogató kezelések összessége, valamint a beteg hatékony és teljes körű ellátása akkor, amikor a betegség nem reagál a gyógyító célú kezelésekre. A palliatív ellátás az életminőséget kívánja javítani és magában foglalja a fájdalom, a szenvedés és a fizikai tünetek csillapítását, illetve azok megelőzését egyaránt, valamint a pszichoszociális és spirituális támogatást is mind a beteg, mind hozzátartozói számára. Célja nem elsősorban gyógyító, hanem tünetcsökkentő és szenvedéscsillapító.

**Poszttraumás növekedés (PTN, PTG):** post-traumatic growth): egy súlyos stresszes időszakot vagy traumát nyereségtalálással feloldó pozitív pszichológiai folyamat. A személyes növekedés során mind gondolkodásban, mind világnézeti viszonyulásban belső áttértekeléssel is járó változás következik be.

**Poszttraumás stressz betegség (PTSD):** post-traumatic stress disorder): elrettentő vagy ijesztő esemény átélését

követően kialakuló tünetegyüttes. Jellemző, hogy a személy később újraéli a traumás eseményt (rémálmok és bevillanó emlékek formájában), kerülni kezdi a traumára emlékeztető helyzeteket és folyamatosan fenyegetettséget él át, amit hipervigilancia kísér. A komplex PTSD-re jellemző továbbá a szociális izolálódás és társas kapcsolatokban tapasztalható zavar, az érzelmek szabályozásának nehezítettsége és a negatív énkép kialakulása is.

**Pszichoedukáció:** olyan betegség- vagy terápiaszpecifikus tájékoztatás, amely során a páciens a betegségével kapcsolatos információkat szerezhet. Tájékoztatást kaphat az adott kezeléssel, a kezelés technikai kivitelezéséről, a betegség prognózisáról, a gyógyulást elősegítő teendőkről és a rizikófaktorokról egyaránt.

**Pszichológiai intervenciók:** pszichológiai beavatkozások. Intervenciónak tekinthetjük a pszichodiagnosztikától (tesztfelvétel, anamnézis, heteroanamnézis) a különböző pszichoterápiás formák (szupportív pszichoterápia, krízis-intervenció stb.) keresztül a pszichoszociális prevencióban (dohányzásról való leszoktatás, pszichoedukáció stb.) alkalmazható és felhasználható eszközöket.

**Regresszió:** visszaesés, visszacsúszás egy, a fejlődésben már meghaladott színvonalú személyiségműködésre. Az egyén szorongató helyzetben a regresszió által igyekszik elkerülhetővé tenni a szorongást.

**Reziliencia:** rugalmas, alkalmazkodásra képes ellenállási képesség. A nehéz élethelyzeteket, traumákat, kríziseket követően a reziliens személy gyorsabban és kiterjedtebb körben tudja visszanyerni testi-lelki egyensúlyát.

**Stigmatizáció:** megbélyegzés. A betegséggel összefüggésben kialakuló valamilyen fajta, a beteget érő diszkrimináció, megkülönböztetés. A stigmatizáltságot a környezet felől érkező megkülönböztetett viszonyulás váltja ki, amely szubjektív élményként leggyakrabban halálszorongás, titkolózás, hallgatás, önhibáztatás, szemrehányás, szegény- és igazságtalanságérzések formájában jelenhet meg. A stigmatizációt az egyén betegséggel kapcsolatos tudása mellett szociológiai folyamatok is befolyásolják: a társadalmi környezet edukáltsága növelheti a betegséggel, a beteggel kapcsolatos elfogadást.

**Szorongás:** valamilyen veszély előérzetére vonatkozóan kialakuló, tárgy nélküli félelem. Fizikai, vegetatív és érzelmi indulati állapot, amelyet nem pontosan meghatározható, vagy körülírható fenyegetettség vált ki. A szorongást keltő veszély származhat a külvilágból, de intrapszichés (személyen belüli) eredete is előfordul. A szorongás patológiás mértékű, ha meghaladja az egyén toleranciaszintjét és akadályozza a hétköznapi életvitelt. Sokszor kísérőtünete egyéb (pszicho)patológiáknak.

**Trauma:** súlyos életeseményre adott komplex érzelmi élmény, amelyet az adott személy képtelen érzelmileg feldolgozni. A pszichológiai traumára adott azonnali reakció az érzelmi krízis. A lelki trauma megzavarja az adott személy érzelmi egyensúlyát és a lelki védekezési mechanizmusainak működését idézi elő.

## IRODALOM

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 68:394–424, 2018
2. Központi Statisztikai Hivatal. Halálozások a gyakoribb halálokok szerint (1990–), 2019 [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_vnh001.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_vnh001.html)
3. Kásler M, Ottó S, Kenessey I. A rákmorbilitás és -mortalitás jelenlegi helyzete a Nemzeti Rákgregiszter tükrében. *Orv Hetil* 158:84–89, 2017
4. Khan FA, Akhtar SS, Sheikh MK. Cancer treatment – objectives and quality of life issues. *Malays J Med Sci* 12:3–5, 2005
5. Shrestha A, Martin C, Burton M, et al. Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: A systematic literature review. *Psychooncology* 28:1367–1380, 2019
6. Mehnert A, Hartung TJ, Friedrich M, et al. One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psychooncology* 27:75–82, 2018
7. Riba MB, Donovan KA, Andersen B, et al. Distress Management, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 17:1229–1249, 2019
8. Watts S, Prescott P, Mason J, et al. Depression and anxiety in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open* 5:e007618, 2015
9. Simard S, Thewes B, Humphris G, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv* 7:300–322, 2013
10. Rohánszky M, Konkoly-Thege B, Bodoky Gy. „Aki túlélte a betegséget” – Daganatos betegek életminősége egy retrospektív vizsgálat tükrében. *Magy Onkol* 55:193–198, 2011
11. Kovács P, Pánczél G, Balatoni T, et al. Social support decreases depressive effect of low-dose interferon alpha treatment in melanoma patients. *J Psychosom Res* 78:579–584, 2015
12. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Exploring low mood in a person with cancer. *BMJ* 361:k1488, 2018
13. Walker J, Holm HC, Martin P, et al. Prevalence of depression in adults with cancer: a systematic review. *Ann Oncol* 24:895–900, 2013
14. Krebber AM, Buffart LM, Kleijn G, et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology* 23:121–130, 2014
15. Halliwell E, Main L, Richardson C. The fundamental facts: The latest facts and figures on mental health. Mental Health Foundation, London 2007
16. Watts S, Leydon G, Birch B, et al. Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open* 4:e003901, 2014
17. Mitchell AJ, Meader N, Davies E, et al. Meta-analysis of screening and case finding tools for depression in cancer: evidence based recommendations for clinical practice on behalf of the Depression in Cancer Care consensus group. *J Affect Disord* 140:149–160, 2012
18. Dégi LCs. Pszichoszociális kockázati tényezők szerepe a daganatos megbetegedésekben. In: *Magyar lelkiállapot*. Ed. Kopp M. Semmelweis Kiadó, Budapest 2008, pp. 557–568
19. Niedzwiedz CL, Knifton L, Robb KA, et al. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer* 19:1–8, 2019
20. Schwartz LA, DeRosa BW, Kazak AE. Adult survivors of childhood cancer. In: *Psycho-Oncology* (2nd edition). Eds. Holland JC et al. Oxford University Press, New York 2010, pp. 562–568
21. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. Basic Books, New York 1964
22. Kovács P, Konz Zs, Peti J, et al. Az onkopszichológiai rehabilitáció területei és kihívásai. *Magy Onkol* 61:284–291, 2017
23. Chaturvedi SK. Psychiatric oncology: Cancer in mind. *Indian J Psychiatry* 54:111, 2012
24. McFarland DC, Walsh L, Napolitano S, et al. Suicide in patients with cancer: identifying the risk factors. *Oncology (Williston Park)* 33:221–226, 2019
25. Kovács P, Pánczél G, Meleg K, et al. Immunoterápiák pszichológiai vonatkozásai a melanoma komplex és multidiszciplináris kezelésében. *Magy Onkol* 60:22–27, 2016
26. Izci F, Ilgün AS, Fındıklı E, et al. Psychiatric symptoms and psychosocial problems in patients with breast cancer. *J Breast Health* 12:94, 2016
27. Sharpe L, Curran L, Butow P, et al. Fear of cancer recurrence and death anxiety. *Psychooncology* 27:2559–2565, 2018
28. Sun H, Yang Y, Zhang J. Fear of cancer recurrence, anxiety and depressive symptoms in adolescent and young adult cancer patients. *Neuropsychiatr Dis Treat* 15:857, 2019
29. Van Bruggen V, Vos J, Westerhof G, et al. Systematic review of existential anxiety instruments. *J Humanist Psychol* 55:173–201, 2015
30. Henderson FM, Cross AJ, Baraniak AR. A new normal with chemobrain: Experiences of the impact of chemotherapy-related cognitive deficits in long-term breast cancer survivors. *Health Psychol Open* 6:2055102919832234, 2019
31. Ma L, Poulin P, Feldstain A, et al. The association between malnutrition and psychological distress in patients with advanced head-and-neck cancer. *Curr Oncol* 20:e554, 2013
32. Fiorentino L, Ancoli-Israel S. Sleep dysfunction in patients with cancer. *Curr Treat Options Neurol* 9:337–346, 2007
33. Kroenke K, Zhong X, Theobald D, et al. Somatic symptoms in patients with cancer experiencing pain or depression: prevalence, disability, and health care use. *Arch Intern Med* 170:1686–1694, 2010
34. Peti J. Nőgyógyászati daganatos betegek pszichés vezetése. In: *Nőgyógyászati onkológia – gyakorlati kézikönyv*. Eds. Pete I, Kásler M. Zafír Press, Budapest 2012, pp. 3–10
35. Arpawong TE, Oland A, Milam JE, et al. Post-traumatic growth among an ethnically diverse sample of adolescent and young adult cancer survivors. *Psychooncology* 22:2235–2244, 2013
36. Cordova MJ, Riba MB, Spiegel D. Post-traumatic stress disorder and cancer. *Lancet Psychiatry* 4:330–338, 2017
37. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. American Psychiatric Association, Washington, DC 2013
38. Thompson SB, Eccleston L, Hickish T. Post-traumatic stress disorder in cancer survivors: recognising and acknowledging the symptoms. *Webmed-Central ONCOLOGY* 2:WMC002062, 2011
39. Marziliano A, Tuman M, Moyer A. The relationship between post-traumatic stress and post-traumatic growth in cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology* 29:604–616, 2020
40. Recklitis CJ, Syrjala KL. Provision of integrated psychosocial services for cancer survivors post-treatment. *Lancet Oncol* 18:e39–e50, 2017
41. Van Marle S, Holmes J. Supportive psychotherapy as an integrative psychotherapy. In: *Integration in psychotherapy: Models and methods*. Eds. Holmes J, Bateman A. Oxford University Press, New York 2002, pp. 175–205
42. Singer S, Kojima E, Beckerle J, et al. Practice requirements for psychotherapeutic treatment of cancer patients in the outpatient setting—A survey among certified psychotherapists in Germany. *Psychooncology* 26:1093–1098, 2017
43. Teo I, Krishnan A, Lee GL. Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. *Psychooncology* 28:1394–1407, 2019
44. Purebl Gy. Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban. Oriold és Társai Kiadó, Budapest 2018
45. Vizin G, Farkas K. A kognitív viselkedésterápia lehetőségei az onkológiai ellátásban. *Magy Onkol* 64:62–69, 2020
46. Moorey S, Greer S. Oxford guide to CBT for people with cancer. Oxford University Press, New York 2011
47. Konz Zs. Emlőrákban megbetegedett nők lélektani jellemzői és a műtétre való felkészítés lehetőségei. In: *Egy hajóban...* Eds. Gerlinger L, Kovács P. Medicina Kiadó, Budapest 2018, pp. 85–102
48. Gódy Á, Horváth D. A pszichoedukáció jelentősége sugárterápiában részesülő betegek ellátásában. In: *Egy hajóban...* Eds. Gerlinger L, Kovács P. Medicina Kiadó, Budapest 2018, pp. 123–136
49. Konz Zs. Onkopszichológia. A klinikai szakpszichológus szerepe az onkológiában. In: *Klinikai szakpszichológia a gyakorlatban – Útirányok*. Eds. Kapitány-Fövény M, Konz Zs, Varga SK. Medicina Kiadó, Budapest 2019, pp. 124–186
50. Hong YA, Hossain MM, Chou WYS. Digital interventions to facilitate patient-provider communication in cancer care: A systematic review. *Psychooncology* 29:591–603, 2020
51. Kircher SM, Mulcahy M, Kalyan A, et al. Telemedicine in oncology and reimbursement policy during COVID-19 and beyond. *J Natl Compr Canc Netw* 1:1–7, 2020
52. Lurie N, Carr BG. The role of telehealth in the medical response to disasters. *JAMA Intern Med* 178:745–746, 2018

53. van Der Lee ML, Schellekens MP. Bridging the distance: Continuing psycho-oncological care via video-consults during the COVID-19 pandemic. *Psychooncology* 29:1421–1423, 2020
54. Hegedűs K. A palliatív ellátás alapjai. Semmelweis Kiadó, Budapest 2009
55. Yennurajalingam S, Zhang T, Bruera E. The impact of the palliative care mobile team on symptom assessment and medication profiles in patients admitted to a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer* 15:471–475, 2007
56. Benyó G, Lukács M, Busa Cs, et al. A magyarországi palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitörési pontjai. *Magy Onkol* 61:292–299, 2017
57. Salsman JM, Pustejovsky JE, Schueller SM, et al. Psychosocial interventions for cancer survivors: A meta-analysis of effects on positive affect. *J Cancer Surviv* 13:943–955, 2019
58. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull* 130:601–630, 2004
59. Seiler A, Jenewein J. Resilience in cancer patients. *Front Psychiatry* 10:208, 2019
60. Pikó B. Magatartás-tudomány és prevenció: a preventív magatartás-orientáció jelentősége. *Magy Tud* 11:1381–1390, 2003
61. Kahán Zs, Szántó I, Molnár MJ, et al. Emlőrák: gondozás, rehabilitáció, pszicho-onkológia. *Magy Onkol* 60:258–268, 2016
62. Mailáth M, Laczkóné MR, Horváth Zs, Szabó GS. A pszichés morbiditások korai felismerése a pszicho-onkológiai ellátás során. *Magy Onkol* 61:276–283, 2017
63. Arving C, Thormodsen I, Brekke G, et al. Early rehabilitation of cancer patients – a randomized controlled intervention study. *BMC Cancer* 13:9, 2013
64. Riskó Á. A test, a lélek és a daganat: bevezetés az onkopszichológiába. Animula Kiadó, Budapest 1999
65. Tari A. Pszichoszociális folyamatok az onkológiai teamben. In: Onkopszichológia a gyakorlatban. Eds. Horti J, Riskó Á. Medicina Kiadó, Budapest 2006

## HIRDETMÉNY

**A MAGYAR PATOLÓGUSOK TÁRSASÁGA** – MPT – és **A MAGYAR ONKOLÓGUSOK TÁRSASÁGA**® – MOT® –  
– az Elnökség útján – tudományos tevékenység támogatása céljából meghirdeti a

**„KROMPECHER ÖDÖN”- pályázatot**

A pályázat/pályamunka témája, címe: **„A SARS-CoV-2-járvány hatása a daganatos betegségekre és a daganatos betegek ellátására”**

A pályamunka formája: **tanulmány**

A pályamunka díjazása: **150 000 Ft**

**A pályázat feltételei, benyújtásának és elbírálásának módja:**

**A pályázók köre:** a pályázatra orvostanhallgatók és fogorvostan-hallgatók nyújthatnak be pályamunkát

**A pályázat terjedelme:** a pályamunka – az irodalommal és a dokumentációval együtt – legfeljebb 80 oldal terjedelmű

**A pályamunka benyújtásának módja:** a pályamunkát jelígyével kell benyújtani, a szerző nevét és elérhetőségét (évfolyam, lakcím, telefonszám, e-mail cím) lezárt borítékban – melyen a jelígye feltüntetésre kerül – kell mellékelni

**A pályamunkát kötve kell benyújtani,** a címlapon szerepeltetve a **„KROMPECHER ÖDÖN-PÁLYÁZAT”** címet és az évszámot

A pályamunka szerkezete a tudományos publikációk szerkezetével azonos

**A pályamunka beadási határideje:** 2021. november 30.

**Pályamunka benyújtásának helye:** Semmelweis Egyetem, II. Sz. Patológiai Intézet (Titkárság), 1091 Bp., Üllői út 93.

**Az értékelés szempontjai:** a mű eredetisége, a mű stílusa, szerkezete, a felhasznált irodalom korszerűsége

**A pályázat elbírálásának módja:** a bírálók köre – a bírálóbizottság tagjait az aktuális téma szakértői közül választják ki a pályázat kiírói

**A pályázat elbírálásának határideje:** 2022. január hó 10. nap

**Az eredmény kihirdetésének időpontja, formája, helye:** az elbírálási határidőt követően, a 2021. évi első Országos Metszetkonzultáción, 2022. január 28-án Krompecher Ödön leszármazottainak, valamint a kiíró Társaságok képviselőinek jelenlétében az eredményt a kiírók a meghirdetéssel azonos módon nyilvánosságra hozzák, továbbá arról a nyertest külön, írásban is értesítik az elbírálási határidő leteltét követő 15 napon belül

**Egyéb tájékoztatás:** a bírálóbizottság jogosult a legjobb, díjazott pályamunkák szakdolgozatként történő elfogadására javaslatot tenni

**A közzététel (kiírás, eredményhirdetés) a Magyar Onkológia folyóiratban,** a MOT® honlapján (<http://www.oncology.hu>) és az MPT honlapján (<http://www.pathology.hu>) történik

Budapest, 2021. február 2.

**az MPT részéről:** Dr. Glasz Tibor, az MPT elnöke, Dr. Zalatnai Attila, az MPT főtitkára,  
Dr. Arató Gabriella, az MPT pénztárosa

**a MOT® részéről:** Dr. Horváth Zsolt, a MOT® elnöke, Dr. Nagy Péter, a MOT® főtitkára,  
Dr. Vincze Borbála, a MOT® kincstárnoka

