

Az onkopszichológia első 25 éve az Országos Onkológiai Intézetben: előzmények és események (1988–2013)

Riskó Ágnes

Országos Onkológiai Intézet, Budapest

Az első hazai pszichoonkológiai csoportot Eckhardt Sándor alapította az Országos Onkológiai Intézetben 1988-ban. Induláskor az onkológia iránt érdeklődő mentálhigiénés szakemberek a Muszbek Katalin pszichiáter által vezetett pszichoonkológiai részlegbe csoportosultak, önálló klinikai csapatot alkotva. Innen elsőként Riskó Ágnes pszichológus vált ki, és lett az onkohematológiai osztály csapatának állandó tagja, 1992-től kezdve. Az a szemlélet és gyakorlat, hogy a pszichológus legyen állandó tagja az onkológiai teamnek, lassan általánossá vált. Az „alulról induló” és fokozatosan erősödő multidiszciplináris együttműködés lehetővé tette, hogy az aktív betegellátás folyamán mind szélesebb körben elfogadottá váljanak és alkalmazásra kerüljenek az onkopszichológiai módszerek. Szükség esetén onkopszichológiai intervencióban részesülhetnek a hozzátartozók is, illetve a pszichoszociális tevékenységek fókuszába került az egészségügyi dolgozók lelki kiegészésének prevenciója, a már kialakult tünetek felismerésének, kezelésének elősegítése. A szupervideált onkopszichológiai gyakorlatot folytató pszichológusok és az onkológiai dolgozók együttműködésének következtében már jó néhány éve elkezdődött a pszichoszociális intervenciók integrálása a komplex onkológiai ellátásba. Folyamatosan növekszik azon onkológiai osztályok száma, ahol a pszichoszociális tevékenységet folytató szakember mind jelenlétét, mind aktivitását illetően állandó munkatárs a teamben. Ténykedésük hozzájárul, hogy javul a betegek pszichoszociális életszínvonala, a kezelőkkel való együttműködése és az onkológiai egységek légköre. Az új onkológiai szakmai protokollok részét képező pszichoszociális rehabilitáció szemléletének és módszereinek beillesztése is elkezdődött az irányelvekbe. Magyar Onkológia 59:241–250, 2015

Kulcsszavak: onkológia, onkopszichológia, pszichoszociális problémák, onkopszichológiai intervenciók, multidiszciplináris együttműködés

The first oncopsychological department was established in National Institute of Oncology by Sándor Eckhardt in 1988. At an early stage the specialists who were interested in mental hygiene made a united effort with Katalin Muszbek's oncopsychologic group. Ágnes Riskó was the first specialist who seceded from this group, and she became a permanent member of the onco-hematology group in 1992. Due to the universalized approach, the psychologist would become a permanent member of onco-team. The overhand and increasing multidisciplinary cooperation enable to use this accepted method in the daily medical treatment. When necessary, patients' relatives may come in for treatment and this method can help for medical staff to avoid burnout. As a result of oncopsychology techniques and cooperation of oncologic teamwork the integration of psychosocial intervention into a complex oncologic treatment has already begun. The attendance of supervised onco-psychological specialists is being increased. Our activity contributes to improve our patients' psychosocial standard of living, their cooperation with the medical staff and the atmosphere of oncologic departments. The integration of the approach and methods of psychosocial rehabilitation into the new oncologic professional guideline has also begun.

Riskó Á. The first 25 years of oncopsychology at National Institute of Oncology: antecedents and events (1988–2013). Hungarian Oncology 59:241–250, 2015

Keywords: oncology, oncopsychology, psychosocial problems, oncopsychological interventions, multidisciplinary cooperation

Levelezési cím: Riskó Ágnes, Országos Onkológiai Intézet,
1122 Budapest, Ráth Gy. u. 7–9. Tel.: 30/223-9409, e-mail: csernakrisko@gmail.com

Közlésre érkezett: 2015. március 9. • Elfogadva: 2015. április 1.

BEVEZETÉS

A rosszindulatú daganatos betegségek diagnosztizálásának és a betegek onkoterápiájának ma még elkerülhetetlen és nem teljesen uralható következményei számos pszichoszociális (azaz pszichológiai, pszichiátriai, kapcsolati és társadalmi) problémát, tünetet okozhatnak (1–8). Hazánkban az onkológiai terápiákban részesülő betegek pszichoszociális szimptomáinak megismerésével, enyhítésével kezelőorvosai, ápolónők, hozzátartozók és a terület iránt érdeklődő pszichológusok és pszichiáterek már évtizedek óta foglalkoznak. A felismerés és a segítségadás az 50-es évektől kezdve tapogatózó jellegű, kismértékű és szórványos előfordulási volt, de mégis felfedezhető az érdeklődő szakemberek klinikai tevékenységében a folyamatosság és a kitartás.

A következőkben az onkopszichológia kialakulásában is szerepet játszó úttörőket említjük meg, a teljes névsor közvételének lehetősége nélkül: Bálint Mihály pszichoanalitikus (9), Eckhardt Sándor onkológus (1), Ferenczi Sándor pszichoanalitikus (10), Gegesi Kiss Pál gyermekgyógyász, gyermekpszichológus (11), Hárdi István pszichiáter, pszichoanalitikus (12), Kovács Miklós onkológus (13), Kulcsár Zsuzsanna pszichológus (14, 15), Levendel László tudógyógyász (16), Mezei Árpád pszichológus (17), Moussong-Kovács Erzsébet pszichiáter (18), Németh György családorvos (19), Polcz Elaine pszichológus (20), Riskó Tibor ortopéd sebész (21), Székács István biokémikus, pszichoanalitikus (22).

Ígéretes és gyümölcsöző, hogy a 80-as évektől kezdve a pszichológusokkal és a pszichiáterekkel együtt asszisztensek, gyógytornászok, szociális munkások, biológusok, dietetikusok, fizikusok, gondozó lelkészek és önkéntes segítők is tagjaivá válhattak az eredendően onkológusokból és nővérekből álló „klasszikus” onkológiai csapatnak, melyet ma már joggal multidiszciplinárisnak nevezhetünk (7, 8, 23–26).

AZ ONKOPSZICHOLOGIA KIALAKULÁSÁNAK, KEZDETÉNEK FŐBB JELLEMZŐI

Miért ésszerű a pszichológiai, pszichiátriai, kognitív idegtudományi és szociálpszichológiai szemléletet, ismereteket, módszereket és tapasztalatokat onkopszichológia gyűjtőnévvel integrálnunk a rákbetegség elleni küzdelemben? Sokféle okot sorolhatnánk fel, ezek közül kiemelendő, hogy a XXI. század elején a magyar lakosságra még mindig a tartós egészségromlás, ezen belül a daganatos betegségek bekövetkezésének növekvő gyakorisága jellemző. Ráadásul a daganatos betegségek a halálkeleti statisztikában a második helyet foglalják el (23%) – olvasható a Magyar Tudomány-

ban, Tompa Anna tanulmányában (27). Részletesebben, 2008-ban hazánkban 70 527 új daganatos beteget regisztráltak, 36 190 férfit és 34 337 nőt. A rákban meghaltak száma 32 776 volt, 18 236 férfi és 14 540 nő. Tipikus és elgondolkodtató, hogy a daganatos megbetegedések számában alig van különbség a nemek között, mégis, a halálozás a férfiaknál gyakoribb. Magyarországon a daganatos halálozás az elmúlt évtizedekben – némi ingadozást követően – fokozatosan emelkedő tendenciát mutat. Pontosítva, a hazai rákhalálozás különösen kedvezőtlenül alakul, és jelenleg az EU-tagállamok között az élen állunk (27–30). Emiatt is indokolt arra gondolnunk, milyen sok családot érint azonnal és a későbbiekben is az ún. új betegek, onkológiai kezelés alatt állók és krónikus betegnek tartható embertársaink megterhelt testi-lelki állapota, egzisztenciális helyzete. Szinte minden hazai családot érint (7, 31, 32)!

Ismert, hogy a betegek onkológiai kezelésének megvalósítását, eredményességét számos tényező befolyásolhatja: a daganat szövettani típusa, a felismerés/beavatkozás/kezelés időpontja, milyensége, a beteg életkora, neme, általános állapota, viszonyulása a saját betegségéhez, onkoterápiájához, kísérő betegségei, és az utóbbi időben egyre inkább fókuszba kerül a betegek premorbid és aktuális pszichoszociális jellemzőinek esetleges érintettsége (14, 33–44).

Ahhoz, hogy a rosszindulatú daganatos megbetegedések miatti drámaian magas halálozási arányt csökkenteni tudjunk, hatékonyabb megelőzésre, szűrésre, megfelelőbb egészségügyi ellátásra, jól képzett, a lelki kiegészélleni folyamatos védelemben részesülő, holisztikus szemléletű szakemberek jól szervezett munkájára is szükség van. Azt, hogy a megelőzés eredményességének javítása mennyire összetett és multidiszciplináris, valamint ösztársadalmi együttműködést igénylő feladat, tanulmányok bizonyítják (30, 45, 46). Angol vizsgálatok szerint a munkanélküliségtől való félelem idején nem fontos életcél az egészség megőrzése, bár már a 9–10 éves gyerekeknek és a serdülőknek is vannak ismereteik – elsősorban a népszerű televíziós sorozatokból, a szappanoperákból – a daganatos betegségekről és a megelőzés jelentőségéről (47). Nakagawa tanulmánya jól foglalja össze az elmúlt évtizedekben történt rohamos japán gazdasági fejlődés okozta főbb pszichoszomatikus tüneteket: túlévés, túlivás, túlzásba vitt munka, mozgásszegény életmód és a családi, valamint a társadalmi kapcsolatok elszegényedése, a szociális háló szétszakadása. A modern életet élő embereknek a gyakoribb pszichoszomatikus tünetek mellett a rákbetegségek kialakulásának kockázatával is számolniuk kell (42). Hazai kutatók szerint a vezető betegségek (szív- és keringési betegségek, daganatos betegségek, és az oki összefüggések miatt ide sorolható szenvedélybetegségek) hatékonyabb prevenciója érdekében fontos lenne az egészség értékének helyreállítása a közgondolkodásban,

a helyénvaló életmód kialakításának és megtartásának elősegítése, valamint a rákkeltő tényezők távol tartása (48). Ezek a tényezők az „elsődleges megelőzés” legfontosabbjai. A rákbetegségek elleni küzdelem eredményességét tovább növelné a „másodlagos megelőzés” szorgalmazása, a lehetséges szűrési technikák kiterjesztése a rizikócsoporthoz tartozó lakosságra, méghozzá a megfelelő időben és módon. Schaff tapasztalatai szerint a jelenlegi rákszűrő programokra vonatkozó kormányrendelet és a megvalósítás feltételei között ellentmondások vannak (49).

AZ ONKOPSZICHOLÓGIA KIALAKULÁSÁNAK FOLYAMATA – NEMZETKÖZI ÁTTEKINTÉS

Az 1970-es évektől kezdve a társadalom fejlődésének is köszönhetően egyre több országban vált lehetővé a beszélgetés a rákbetegség diagnózisáról, a kezelésről és a várható túlélési lehetőségekről. Az orvos-beteg kommunikációban történő jelentős változások érzékelhető, tanácskozást igénylő akut lelki reakciókat váltottak ki a páciensekből, hozzátartozóikból, és a megváltozott helyzetre az orvosok érzelmi/pszichoszomatikus reagálása is egyre leplezhetetlenebbé vált. Enyhült a rákbetegséget körülvevő csend, valamint a stigmatizálódás terhe, sőt, hatással volt az onkopszichológia kifejlődésére az emberi jogokért való küzdelem erősödése is. E tudományág elméletének és gyakorlatának kialakulását nehezítő további akadályok is elkezdtek csökkenni: a szociális média elérhetőségének bővülésével növekedett az elérhető információ mennyisége a kedvező tudományos eredményekről, a rákbetegeket megküzdési módszereinek bővüléséről, a javuló gyógyulási eredményekről.

Holland nemzetközi tapasztalatai alapján (50) Nagy-Britanniában 1971-től kezdődően működik szervezeten, több centrumban is onkopszichológiai kutatás, fejlesztés elsősorban a kommunikáció, a megküzdés és a pszichoszociális életminőség területén. Svédországban a páciensek gondozási folyamatának pszichoanalitikus megközelítése és gyakorlata, főként az egyéni szupportáció a jellemző, hatékonysága bizonyított (51). Hollandiában a munka a pszichoszociális kutatás megszervezésével kezdődött. Az életminőség pszichológiai tényezőinek vizsgálata széleskörű hatást gyakorolt a holisztikus szemlélet tartalommal való megtöltésére is. Belgiumban a mentálhigiénés szakemberek az orvos-beteg kommunikáció kérdéseit, fejlesztését helyezték aktivitásuk gyújtópontjába, és hangsúlyozták a páciensek diszstresszcsökkentésének szükségességét. Ausztráliában a rákbetegségek megelőzésének kérdései kerültek elemzés alá, következtében a szűrővizsgálatok és az ártalomcsökkentés (dohányzásellenes kampányok, napozás önkontrolljának javaslata stb.) nagy jelentőséget kapott, és konstruktív cselekvésre való motivációt ébresztett az egészségpolitiku-

sok, valamint a lakosság körében. Már a 70-es évektől kezdve felhívták a figyelmet a palliáció és a terminális időszak humánus, pszichoszociális tényezőire. Kanadában az onkopszichológiai mozgalom kezdetétől fogva megfigyelhető a palliatív kezelés, majd a végállapotba került betegek ellátásának kifejezetten humánus szemlélete és gyakorlata, valamint nagy erőket szánnak a pszichoszociális kutatások kiterjesztésére, következtében elsőként dolgozták ki a pszichoszociális gondozás mértékadó kritériumait.

A környező országok (elsősorban Románia, Szlovénia, Horvátország és Lengyelország) és a hazai onkopszichológia kialakulása és fejlődése főként az angolszász országok hatására és mintájára kezdett el igazán megerősödni (52, 53). Holland – akit az egyetemes onkopszichológia kiemelkedő személyiségének is tartanak – kézikönyvében, valamint az onkológus Mukherjee „a betegségek betegségéről” szóló alpművében áttekintik a daganatos betegségek iránti társadalmi attitűdöket, a korai kezelési erőfeszítéseket, azok fejlődését (53, 54). Behatóan elemzik a pszichológia, a pszichiátria és a szociológia speciális tanainak beáramlását az erre egyre nyitottabb onkológiába, a multidiszciplináris jelenlét és együttműködés kialakulását, valamint fennmaradásának kulisszatitkait. E processzus alapvető feltétele volt, hogy az onkológusok és a nem onkológiai, de kooperáló szakemberek között létrejőjenek és a gyógyítási kultúra részeként működjenek az információ-, valamint tapasztalatcserék, egyeztetések. Ezek azok az összeshövődő történések, amelyek hozzájárultak az onkopszichológia megszületéséhez az Egyesült Államokban is az 1950-es évektől, hazánkban az 1980-as évektől kezdve, mint azt az idézett hazai tanulmányok is mutatják (53, 55–57).

Holland kézikönyve alapján (53) az Egyesült Államokban a lakosságnak már 1890-től kezdve – térségünkben az 1980-as évektől – elkezdtek tanítani a rosszindulatú daganatos betegségek felismert figyelmeztető jeleit. Kezdetben a daganatos betegség diagnózisát nem közölték a betegekkel. Az emberek féltek orvoshoz fordulni, kórházba menni, hátrították a daganatos betegség lehetőségének megállapítását is. A lakosság az orvosoknak sokáig autoriter és paternalisztikus szerepet tulajdonított, akik ezt visszaigazolták: „higgy bennem, és ne aggódj!”. A modern onkológiai gyógy módok kialakulását segítette az anesztézia és az antiszeptikus bevezetése, valamint a sebészeti technikák határozott fejlődése. Az 1900-tól 1920-ig terjedő időszakban egyre több daganatos beteg sikeres operációja vált lehetségessé. A több mint száz éve alkalmazni kezdett sugárterápia bevezethette a palliatív célú kezelés fogalmát is.

1937-ben alapították meg az Egyesült Államokban a Nemzeti Rák Intézetet és a Nemzetközi Rákellenes Uniót. Ekkortól számítható az önkéntes beteglátogatók mozgalmanak kezdete is. A halált még „elalvának” szépitették,

és a betegek egyre gyakrabban már nem otthonaikban, hanem a kórházakban haltak meg. Az általános kórházakból tömegével váltak ki az elmebetegeket gyógyító egységek. A pszichoszomatikus betegségek fogalma egyre ismertebbé vált. Az 1940-es évektől kezdve, a II. világháború folyamán felfedezték a mustárgáz egyik származékának daganatellenes hatását. Megtörténtek az első remissziók az akut leukémiás betegek gyógyszeres terápiájának következtében. De ekkoriban még általános volt a pesszimizmus a daganatos betegek sikeres sebészeti és sugárterápiás kezelését illetően. A daganatos betegség diagnózisát általában nem a beteggel, hanem családtagjaival közölték, ugyanis a közgondolkodásban ez a kórisme még egyet jelentett a halállal. A hozzátartozók érzelmekinyilvánítását – kedvező lelki hatásai miatt is – a mentálhigiénés szakemberek is támogatták. A pszichoszomatikus betegségszemlélet, a pszichodinamikus pszichoterápiás megközelítés, gyakorlat egyre inkább általánossá vált, így történt ez hazánkban is (58). Kutatások indultak a mára már jócskán túlhaladott, „rákbetegségre hajlamosító személyiség” és az ún. „életesemények” daganatkeltő hatásának bizonyítására. Mivel a rákbetegségek okairól kevés biztos információ állt még rendelkezésre, a nehezen túrt bizonytalanság csökkentése érdekében a betegek és hozzátartozóik is szívesen fogadták (a büntudatukat is tovább növelő) pszichológiai okfejtéseket. A kutatók rendszeresen tanulmányozni kezdték az akut gyászreakciókat. Az 1950-es éveket a kemoterápiás kezelések egyre szélesebb körűvé válása jellemezte. Az emberek számára egyre ismertebbé vált a vita a daganatos betegség diagnózisának közlési nehézségeiről. Az adott gyógyíthatatlan beteg menthetetlenségét csak családtagjaival közölték. A New York-i Memorial Sloan-Kettering Rákbetegkelet Gyógyító Központjában 1950-ben létrehozták az első, pszichiáterek vezetése alatt álló klinikai és kutatócsoportot. Az úttörők, ma úgy nevezik, „onkopszichológusok, onkopszichiáterek” első tudományos közleményeiket a daganatos betegek diagnózisukra adott pszichés reakcióiról írták, valamint a daganatos betegség és a radikális sebészeti beavatkozások pszichoszociális következményeiről. A pszichiáterek kinyilvánították, hogy a rosszindulatú daganatos betegség diagnózisát közölni kell a betegekkel. A jelenlegi hazai helyzetet úgy jellemezhetjük, hogy az orvosok tudatában kialakult, megszilárdult a diagnózisközlés optimális mikéntje, mely döntő információátadást a betegek is széleskörűen igénylik. Elfogadott, hogy a helyes és humánus megoldás elsősorban empatikus figyelmet, sok bölcsességet kíván, a kölcsönös elégedettséget okozó megbeszélés nem történhet sematikus (48).

Az 1960-as évektől kezdve beszélhetünk multimodális onkológiai terápiákról. A fejlettebb országokban a rosszindulatú daganatos betegség tabu jellege csökkenni kezdett, mert

a betegségről, mind a sikerekről, mind a halálról való kommunikáció nyíltabbá vált. Elisabeth Kübler-Rosznak a haldoklókkal, a haldoklás stádiumaival foglalkozó munkáinak hatására a tanatológiai mozgalom elindult az Egyesült Államokban, ugyanígy az angol Cicely Saunders által kifejlesztett hospice-mozgalom, később hazánkban is, a betegek mellett a figyelem fókuszába került a szakemberek pszichoszociális életminősége is (23, 44, 59–64). A szakemberek erőteljesen hangsúlyozták a végstádiumba jutott betegek komplex gondozásának, a megfelelő életminőség biztosításának szükségességét. Az 1970-es évektől kezdve megújult a kemoterápia fejlődése, és tovább tökéletesedtek az életmentő beavatkozások. A fejlettebb országokban megfogalmazták és közzétették a betegek jogait. A kutatások szerint már a 70-es évek végén az amerikai orvosok 97%-a megmondta betegének, hogy daganatos betegsége van. Viták terjedtek el az ún. halálhoz való jogról, és a reménytelen állapotú betegek esetében a kezelések leállításának jogáról. A kognitív viselkedésterápia és az egészségpszichológia elméletét és gyakorlatát egyre szélesebb körben kezdték alkalmazni a daganatos betegek komplex terápiája, gondozása során.

Az 1980-as évektől kezdve jelentősen nőtt a daganatos betegséget sikerrel túlélők száma, főként a kisgyermekkorú leukémiások, a Hodgkin-kórban szenvedők és a rosszindulatú heredaganattal küzdő betegek köréből. Mindezzel egy időben ismertté és szemponttá vált az optimális pszichoszociális életminőség tényezőinek azonosítása, megtartása és a befolyásoló tünetek kontrollja, főként a fájdalomé, az aktív és a palliatív kezelés alatt egyaránt (2, 63). Az utóbbi időben számos szerző újra aktuálisnak tartja a daganatos betegek gyógyítási elveinek átgondolását. A daganatos betegségek szociológiai gyökerű előzményeinek és következményeinek is alakul a kutatógárdája (65, 66). Az onkopszichológiai kutatások kiterjedtek a daganatos betegségek terápiájával kapcsolatos, önerőből feldolgozhatatlannak bizonyuló stresszfaktorok pszichológiai, kognitív viselkedésterápiás és gyógyszeres kezelési lehetőségeire, valamint a sikeres túlélők pszichoszociális jellemzőinek vizsgálatára (4, 14, 39–41, 44).

A bővülő kutatási eredmények, klinikai tapasztalatok, oktatási teljesítmények eredményeként megszületett és folyamatosan fejlődik az onkopszichológia. Ez a tudományág a daganatos betegséggel megküzdő betegek, hozzátartozóik és a gyógyító személyzet pszichológiai és szociális, azaz pszichoszociális terhelésével, sajátosságaival és teljes körű gondozásával foglalkozik, kiterjesztve a tevékenységet a célzott kutatásra, új kezelési forma hazai bevezetésére és a prevencióra is (53, 67). Holland szerint a pszicho-onkológia – hazánkban az onkopszichológia elnevezés az elfogadottabb – az onkológia tudományának szubspecialitása, és elsősorban a daganatos betegségek két fő dimenziójával foglalkozik:

1. a daganatos betegség hatásai a beteg, a hozzátartozók és a gyógyító személyzet lelki működésére;
2. a pszichológiai és a viselkedésbeli tényezők szerepe a daganatos betegségek kialakulásában és a túlélésben (40, 48, 53).

A HAZAI SZERVEZETT ONKOPSZICHOLÓGIAI TEVÉKENYSÉG KEZDETE AZ ORSZÁGOS ONKOLÓGIAI INTÉZETBEN

Magyarországon az 1960-as évektől kezdve dolgoznak az onkológia területén klinikai pszichológusok, pszichiáterek és szintén emberi kapcsolatban, nemcsak a beteg testét kezelő gyógytornászok elszórta, elszigetelten, de mégis folyamatosan. Az onkopszichológia fejlődésének megindulása szempontjából is fontos döntésként Eckhardt Sándor, az akkori főigazgató 1988-ban megszervezte az Országos Onkológiai Intézetben az első hazai pszicho-onkológiai osztályt.

Az első mentálhigiénés szakember, aki ezt a részleget vezette, Muszbek Katalin pszichiáter volt. Közvetlen munkatársai pszichológusok, pszichiáterek, gyógytornászok, többféle vallási felekezethez tartozó lelki gondozók, önkéntes segítők és szociális munkát végző szakemberek voltak. Kezdetről fogva, napjainkig kiemelkedőnek mondhatjuk a pszichoanalitikus, illetve a hipnoterápiás szemléletet és gyakorlatot a mentálhigiénés szakemberek munkájában, melyre még az ún. „ágy melletti pszichoszociális segítségnyújtás” alkalmazása is jellemző, eltérően a fejlettebb országok kutatásra, illetve kognitív és viselkedésterápiára való fókuszáltságától (6, 10, 22, 32, 58, 61, 65, 67–72). Sajátos tapasztalat, hogy szinte egy új, közös nyelvet kellett kitalálnunk a szakmai megbeszélésekhez, hiszen az onkológiai betegellátás területén a mentálhigiénés szakembereknek a szomatikus betegségekkel kapcsolatos új szavakat és fogalmakat kellett megismerniük, míg az onkológusoknak a lélek nyelvének és működésének mélyebb megismerésére nyílt lehetőségük. Erre egyébként a pszichoanalitikus fogalmak, melyek már a műveltség, a kultúra részét képezik, kiválóan alkalmasak. A világos, konstruktív és egyfajta „egyenrangúság” kialakulását segítő kommunikációhoz sok-sok kérdéssel és válasszal, tisztázó megbeszéléssel és egyre intenzívebb együttműködéssel jutottunk el. Fontosak voltak a nemzetközi személyes tapasztalatok és a szakirodalom tanulmányozása (34, 58, 61, 68, 73, 74). Muszbek Katalin távozása óta (1991) Vönöczky Katalin neurológus-elmegyógyász vezeti a többféle elnevezést megélt, valójában pszichológiai-pszichiátriai-neurológiai-rehabilitációs részleget (55, 56, 66, 73, 75). Hazai klinikai szemléletünknek megfelelően, kezdetről fogva már „rendes”, befogadott onkológiai tagként dolgozott egy klinikai szakpszichológus az intézetben (57, 75, 76) Az

elsők közé tartozik Szabados Márta gyógytornász is, aki 1985 óta foglalkozik a rákbetegségük kezelése miatt onkológiai szakgyógytornát igénylő betegekkel az Országos Onkológiai Intézetben. Munkatársainak száma évről évre emelkedik, az onkológiai mozgásterápia elmélete és gyakorlata munkásságuknak köszönhetően egyre kidolgozottabb és széleskörűen, szervezeten alkalmazott (7, 23–25). A szociális munkás, valamint a gondozó lelkészek az intézet valamennyi betegének kezdetről fogva rendelkezésére állnak. A pszichoszociális csoport szervezeti változásai tanulságosak, külön elemzést érdemelnének, az 1. táblázatban vázlatosan, időrendi sorrendben ismertetjük a főbb állomásokat és történéseket. Főként az Országos Onkológiai Intézet vezető munkatársai által 1993-ban, majd 2006-ban kidolgozott Magyar Nemzeti Rákkontroll Program, majd a klinikai pszichológia 1998-as szakmai protokollja is már az onkológiai team tagjának tekinti a klinikai pszichológust/pszichiátert, a szociális munkást, és megadja a lehetőséget a státuszok kialakítására az onkológia területén (48, 75). Alapelve vált a rákbetegségük miatt kivizsgálásban, majd aktív onkoterápiában részesülő betegek önkéntes alapon történő pszichoszociális szűrése és a segítségre igényt tartók támogatása (53, 55, 67, 70, 77). A multidiszciplináris onkológiai csapat szakemberei megállapodtak a pszichoszociális segítségadás legfőbb céljaiban: a betegek társas támogatottságának biztosítása mind hozzátartozóik körében, mind az egészségügyi intézményekben. Az informáltság, az „elég jó” helyzet a kapcsolati hálóban közvetten és közvetlenül is segítheti a betegséggel való aktív megküzdés módjának megtalálását és fenntartását a betegségfolyamat minden egyes szakaszában (8, 18, 31, 36, 39, 70).

Kezdetektől fogva meggyőződésünk, hogy a graduális és posztgraduális oktatásnak alapvető szerepe lehet abban, hogy a különböző szakemberek érdeklődését mielőbb felkeltsük, elmélyítsük a daganatos betegek pszichoszociális sajátosságai, problémái, kezelési lehetőségei és az onkológia tudománya iránt. Ugyanígy az információcsere és a közvetlen kommunikáció segíthet az onkológusok érdeklődésének megerősítésében az onkopszichológia, a klinikai pszichológia és a pszichiátria vonatkozásában, és kiemelt jelentőségű az addiktológia (44, 48). Mivel az onkológia különösen gyorsan fejlődő, komplex tudomány, és a multidiszciplináris együttműködés fontos, a gyors és pontos információcsere érdekében 1990 óta rendszeresen tudományos üléseket szerveztünk az Országos Onkológiai Intézetben az onkológia iránt érdeklődő klinikai pszichológusok, pszichiáterek, belgyógyászok, nőgyógyászok, onkológusok, gyógytornászok és más szakemberek részvételével. A Magyar Onkológusok Társaságának kongresszusain rendszeresen részt vesznek előadásokkal is a pszichológusok és más mentálhigiénés szakemberek.

1. táblázat. A hazai onkopszichológiai mozgalom kialakulásának főbb állomásai (1985–2013)

Év	Történes	Helyszín	Résztevők
1985 előtt	Úttörő jellegű, szórványos pszichológiai/psichiátriai/mozgásterápiás munka onkológiai betegekkel	Országos Onkológiai Intézet (OOI), Korányi TBC Gyógyintézet, Fodor József TBC Gyógyintézet, Tűzoltó utcai Gyermekklinika stb.	C. Molnár Emma pszichológus, Eckhardt Sándor onkológus, Erdős Sándor onkológus, Hárdi István pszichiáter, Kispál Mihály onkológus, Kovács Miklós onkológus, Levendel László tüdőgyógyász, Mezei Pál pszichológus, Németh György családorvos, Polcz Alaine pszichológus, Szabados Márta gyógytornász stb.
1985–1988	Az első pszichoonkológiai osztály megszervezése	OOI	Kezdeményező: Eckhardt Sándor főigazgató onkológus, szervező: Muszbek Katalin pszichiáter (Országos Ideg- és Elmegyógyintézet)
1988–1993	Az első pszichoonkológiai osztály működésének kezdete	OOI	Muszbek Katalin pszichiáter a főorvos, munkatársai: Becze Anikó neurológus, Debreczeni Károly István református lelkész, klinikai lelki gondozó, Farkas Elekné szociális munkás, Forgách Mariann pszichológus, Joó Mária Nóra pszichológus, Kocsor Judit pszichológus, Komlói Piroska pszichológus, Nagy Ágnes gyógytornász, Palásti Judit sztomaterapeuta, Rátay Zsuzsa szociális munkás, Riskó Ágnes pszichológus, Stielow Zsuzsa pszichológus (Németország), Szabados Márta gyógytornász, Szilágyi Kornélia gyógytornász, Zibolen Ágnes pszichiáter, Polcz Alaine pszichológus-szupervizor és Merényi Márta pszichiáter-szupervizor (önkéntes képzés)
1990–	Az onkológiai kezelőcsoport integrált, állandó tagjává válik első ízben a pszichológus (Riskó Ágnes 1990–2013)	OOI, „A” Kemoterápia	Riskó Ágnes pszichológus, a munkavégzés módjának gyökeres változtatását lehetővé tevő osztály vezetője, Fleischmann Tamás; Molnár Zsuzsa, Várady Erika, Schneider Tamás, valamint Deák Beáta onkohematológusok és Matos Mária főnővér, az „A” Kemoterápia munkatársai. Szupervizor: Székács István pszichoanalitikus (1990–1999)
1990	Megalakulnak az első betegszervezetek az OOI-ban: Rákbetegek Országos Szövetsége, „A rák ellen, az emberért, a holnapért” alapítvány, Magyar Rákellenes Liga stb.	OOI	Mikéné Bodor Mária, Farkas Ilona, Vasváry Artúrné elnökök
1991	Magyar Hospice Alapítvány életre hívása, megkezdődött a haldokló betegek szervezett, hospice szellemű komplex ellátása a hozzátartozók bevonásával	Budapest, Hospice Ház működése elkezdődött	Polcz Alaine pszichológus, tanatólogus együttműködésben Muszbek Katalinnal, aki a Hospice Ház orvosigazgatója
1993	Első Magyar Nemzeti Rákkontroll Program 1993, aktualizálás: 2006	Budapest	1993: már a gyógyító csoport tagjának tekintik a mentálhigiénés szakembereket. 2006: „... az onkológiai ellátó helyek mindegyikében biztosítani kell a betegek és hozzátartozók számára a pszichológiai segítségnyújtás lehetőségeit.”
1993	Semmelweis Egyetem Magatartás-tudományi Intézetének alapítása	Budapest	Oktatói orvosi szociológiát, kommunikációelméletet és gyakorlatot, orvosi antropológiát, orvosi pszichológiát és bioetikát tanítanak kötelező tárgyként az orvostanhallgatóknak. Számos onkopszichológiai vonatkozású kézikönyv megírásában is közreműködtek. Vezetője, Kopp Mária sokat tett a hazai, korszerű onkopszichológia megalapításáért és fejlesztéséért.
1995	Magyar Hospice-Palliatív Egyesület létrehozása	Budapest http://www.hospice.hu/egyesulet/alapszabaly	Elnök: Schaffer Judit, alelnök Csikós Ágnes, vezetőségi tagok: Benyó Gábor, Hegedűs Katalin, Hódi Zsuzsanna, Kegye Adrienne, Lukács Miklós, titkár Munk Katalin, projektvezető Zana Ágnes
1993–1998	„Bevezetés az onkopszichológiába” c. évente 40 órás gyakorlat III. éves orvostanhallgatók számára. Rendszeres onkopszichológiai témájú előadás a budapesti klinikai szakpszichológus képzésben, e témában író szakdolgozatírók konzultációja	OOI együttműködve a Semmelweis Egyetem Magatartás-tudományi Intézetével és a Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológiai Tanszékével	Riskó Ágnes, Kopp Mária javaslatára, és együttműködés Perczel Forintos Dórával, a budapesti szakpszichológus-képzés vezetőjével

Év	Történes	Helyszín	Résztevők
1998	Első onkopszichológiai szakmai protokoll konszenzuskonferencia	OOI	Szervező: Riskó Ágnes pszichológus. A konszenzuskonferenciának 30 aktívan együttműködő, multidiszciplinaritást képviselő résztvevője volt
1998	Prof. Dr. Petrányi Győző megszervezi az onkopszichológiai rendelés elindítását és működtetését a Hematológiai Intézetben	Országos Hematológiai és Immunológiai Intézet, Budapest	Onkopszichológiai rendelés: Tari Annamária, Kiszely Márta pszichológusok, és Abonyi Eszter, Szilágyi Júlia pszichiáterek
1999	„A test, a lélek és a daganat. Bevezetés az onkopszichológiába” c. első kézikönyv megjelenik	Animula Könyvkiadó, Elektronikus Könyvtár: http://mek.oszk.hu/02000/02011/02011.htm	Szerző: Riskó Ágnes
2000	Onkopszichológia Online elindítása. Onkopszichológiai alapismeretek, hírek, képzési anyagok, online tanácsadás stb.	http://onkopszichologia.bencium.co.uk/	Tartalomfelelős: Riskó Ágnes
2002	Megalakítják a Magyar Pszicho-onkológiai Társaságot (MPOT)	Budapest, www.mpot.hu	Elnök (2006 óta), alapító tag: Rohánszky Magda
2003	Janig Péter kórházlelkész rendszeres lelkgondozói tevékenykedése elkezdődik	OOI	A betegek lelki gondozása mellett megszervezi a Budapesti Katolikus Kórházlelkésziséget. Céljai közé tartozik a fővárosi plébániák kórházlelkésszi szolgálatának koordinálása és a beteghívó rendszer kiépítése
2006	Az első onkopszichológia tankönyv megjelenése. „Onkopszichológia a gyakorlatban”	Medicina Könyvkiadó	44 szerző, fele-fele arányban onkológusok és mentálhigiénés szakemberek. Szerkesztők: Horti József onkológus és Riskó Ágnes pszichológus
2006–	„Rákgyógyítás” betegtájékoztató portál, majd negyedévente megjelenő, 10 000-es példányszámú magazin indítása	http://www.rakgyogyitas.hu/	A lap és a honlap tudományos partnere a Magyar Klinikai Onkológiai Társaság és a Magyar Pszicho-onkológiai Társaság
2007–	Svéd–magyar 2 évente ismétlődő onkopszichológiai workshop (2007 Budapest, 2009 Lund, 2011 Budapest)	OOI és Lund, egyetemi kórház onkológiai és pszichoszociális rehabilitációs osztálya	Fő téma: „Psychosocial care of patients in oncology”. A csoportok vezetői: Stefán Bálint pszichoanalitikus, klinikai pszichológus és Riskó Ágnes pszichoanalitikus, klinikai pszichológus
2008	Az Országos Onkológiai Intézet Magyarország komprehenzív rákcentruma, melyet az Európai Rákintézetek Szövetsége (OECI) auditja 2008 áprilisában megerősített	Budapest www.oncol.hu http://oncology.deoec.hu/info.aspx?sp=2 http://www.klinikaikozpont.u-szeged.hu/onko/ http://www.kk.pte.hu/pages/aloldal.jsf?id=86266 http://www.markusovszky.hu/hu/bemutakozas/a-korhaz-bemutataa_11.html	Főigazgató: Kásler Miklós onkológus
2010–	Onkopszichológiai Műhely megszervezése az OOI-ben	OOI	A műhely tagjai: Gerlinger Lilla, Gódy Anna (2012-ig), Horváth Dóra (2013-tól), Koncz Zsuzsa, Kovács Péter, Peti Julianna, Riskó Ágnes (szupervizor)
2011	„Tűzmadár alapítvány a minőségi életért” létrehozása a Szent László Kórház Onkológiai Centrumának kezdeményezésére. Célok: a rákbetegek és hozzátartozóik pszichoszociális rehabilitációja	Budapest, Szent László Kórház http://www.tuzmadaralapitvany.hu	Elnök: Rohánszky Magda, kuratóriumi tagok: Bodoky György onkológus, Stauder Adrienn pszichiáter, Ruzsa Ágota tanár, Halasi Szilvia szociális munkás
2012	Láng István onkológus és Bányai Éva pszichológus onkopszichológiai kutatása	OOI „B” Kemoterápia, és a szombat-helyi Markusovszky Oktatókórház onkológiai osztálya	A kutatás fő célja: kemoterápia alatt alkalmazott hipnoterápiával vagy válogatott zenei anyaggal, kifejezetten segítő kapcsolatban pozitív hatást kívánnak kifejtetni a közepes-magas kockázatú emlődganatos betegek relapszusesmentes túlélésére, immunfunkcióira, hangulatára, megküzdési kapacitására és életminőségére
2013	A GYEMSZI kezdeményezte az „Írányelvek” kidolgozását a Szakmai Kollégiumnál. A Szakmai Kollégium elnöke, Fülösi Béla felkérte a tagozatvezetőket az irányelvek kidolgozásában való részvételle	Budapest és országwide https://kollegium.gyemsi.hu	Perczel Forintos Dóra, a Szakmai Kollégium Klinikai szakpszichológia és Klinikai Szakpszichológus Pszichoterapeuta Tagozat vezetője megbízta Császár Noémit, a Tanács elnökét az irányelvek kidolgozásának koordinálásával. A gyakorlati munkában a főleg onkológiai területen dolgozó mentálhigiénés szakembercsoport munkáját Riskó Ágnes szervezi és képviseli

Az Országos Onkológiai Intézetben az onkológus szakorvosjelöltek és a családorvosok posztgraduális képzésében évek óta, rendszeresen helyet kapnak az onkopszichológia elméleti és gyakorlati alapismeretei. 1993 és 1998 között évente 40 órás gyakorlaton vettek részt azok a III. éves orvostanhallgatók, akik a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete által meghirdetett „Bevezetés az onkopszichológiába” témájú gyakorlatot választották. A néhai Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem posztgraduális tanfolyamain onkopszichológiai képzésben vettek részt az érdeklődő orvosok, és előadásokat hallhattak az Eötvös Loránd Tudományegyetem leendő pszichológusai. Perczel Forintos Dóra, aki elhivatott a szomatikus medicina pszichológiai ellátottságának megszervezésében is, több mint 10 éve rendszeres témává tette a Semmelweis Egyetem klinikai szakpszichológus képzésében az onkopszichológia elméletét és gyakorlatát. A szakpszichológus-jelöltek esszéket és szakdolgozatokat írnak onkopszichológia, illetve pszichoszociális rehabilitáció témakörökben. Intézetünk gyógytornászai rendszeresen oktatják a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolájának gyógytornászhallgatóit a daganatos betegek speciális mozgásterápiájára és a limfödéma kezelésére (7, 24, 25).

Összefoglalva, az onkopszichológia területén dolgozó mentálhigiénés szakemberek fő feladatai közé tartozik, hogy felhívják a figyelmet a rosszindulatú daganatos betegségek gyakori pszichológiai, szociális és magatartási előzményeire és következményeire (48, 75). Elő kívánjuk segíteni, hogy a lehető legteljesebben vegyék figyelembe, és szükség szerint kezeljék a daganatos betegeknek a vizsgálatokkal, a beavatkozásokkal, a különféle terápiákkal, valamint a daganatos folyamattal sokszor együtt járó fájdalmait, szorongásait, depresszióját, a lelki védekező mechanizmusok tudattalan fokozódását, a kognitív funkciók időszakos érintettségét a betegség lefolyása és az ellenőrzés időtartama alatt egyaránt (7, 44, 67). Betegeink és hozzátartozóik pszichoszociális helyzetét – különös tekintettel a társas támogatottságukra – már kezdetben meg kell ismernünk azért, hogy preventív céllal, ill. szükség esetén minél gyorsabban pszichológiai/pszichiátriai/szociális/spirituális segítséget tudjunk adni a rászorulóknak (31, 68–70, 77, 78).

Mivel „egy hajóban” vagyunk, és gyakran a „mindenki a fedélzetre!” érzéssel dolgozunk, és szinte állandó készenlétben vagyunk daganatos betegekkel és hozzátartozóikkal, a szakemberek körében a kiegészítő tünetcsoport gyakorisága és krónikussá válása különösen magas. Az onkopszichológia területén dolgozó szakemberek feladatai közé tartozik a gyógyító személyzet folyamatos, erőteljes lelki terhelésének, veszélyeztetett mentálhigiénés állapotának megismerése és a kiegészítő megelőzése, ill. kezelésének megszervezése (26, 71, 73).

A HAZAI ONKOPSZICHOLOGIAI MOZGALOM FOLYAMATÁNAK FŐBB ÁLLOMÁSAI (2013-IG) (1. táblázat)

A Nemzeti Rákellenes Program 2006-os, a korábbi hasonló protokoll továbbfejlesztett változatában már önálló téma az onkológiai pszichológia elméletének és gyakorlatának bevezetése és integrálása a páciensek komplex onkológiai ellátásába, beleértve a palliáció időszakát és terminális stádiumot is (57, 62–64, 73). Hangsúlyozottan jelenik meg, hogy sokoldalú, összehangolt aktivitást igényel a daganatos betegek egyidejű, illetve az adott beteg aktuális igényei szerint történő szomatikus és pszichés gondozása, ami humánussága mellett kifejezetten költséghatékony hatású. Mindehhez szükség van mind a diagnosztikában, mind a terápiában részt vevő asszisztensek, technikusok speciális képzettségére, mind az edukációs, mind a klinikai/rehabilitációs munkát támogató onkológiai szakapolókra, gyógytornászokra, dietetikusokra, úgynevezett onkopszichológusokra, megfelelően oktató, empatikus tanácsadókra és a civil szervezetek működésére, elérhetőségére (15, 79, 80). Meg kell jegyeznünk, hogy hazánkban nincs speciális onkopszichológus-képzés, de valószínűleg klinikai szakpszichológusok dolgoznak legtöbbször a szomatikus medicinában, akikhez csatlakozni kezdtek az ún. egészségpszichológusok (14).

A téma mélyebb megértéséhez vezethet Kásler Miklós személyes közlése: „Nem elég az onkopszichológia szükségességét elfogadni. A fogalmat meg kell tölteni a betegek és a kezelők által gyakorolt és kölcsönösen elfogadott tapasztalatokkal. Ez a konszolidációs folyamat a speciális szakmai tudáson kívül nyitottságot, érdemi párbeszédsorozatot, széles körű együttműködést és kitartást igényel minden résztvevő részéről” (személyes közlés, Kásler, 2010).

A TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS ÖSSZEFOGLALÁSA

A jelen tanulmányban a szerző kifejti, hogy az Országos Onkológiai Intézet vezető munkatársai az 1980-as évektől kezdve fokozatosan szervezték, majd létrehozták az első onkopszichológiai munkacsoportot, és folyamatosan támogatják a szakemberek bekapcsolódását és integrálódását a komplex onkológiai ellátásba (57, 67, 74). A közös munka eredményeként az elmúlt 25 évben kirajzolódott a komplex onkopszichológiai segítségnyújtás hazai módszerei és az alkalmazott eljárások fő eredményei. A leginkább bevált módszerek az onkopszichológiai szűrés eredményein alapuló, egyéni és csoportos formában alkalmazott támogatás, pszichoedukáció és pszichoterápia. A legfőbb eredménynek azt tekinthetjük, hogy megvalósult és elfogadottá vált az onkológiai kezelőcsapatok és a rehabilitációs teamek kiegészülése pszichoszociális területen elhivatott szakembe-

rekkel is. Sikerült bizonyítani, hogy az onkopszichológiai szűrés alapján az egyénre/hozzá tartozóra/szakemberre alakított társas támogatás, a betegséggel való aktív megküzdés módjának erősítése, a komplex betegségtudatosítás és érzelmi elrendezése, az életútba történő integrálása segít megelőzni az érzelmi kiégés tüneteit (elszemélytelenedés, bizonytalan valóságérzékelés, krónikus hangulatzavar stb.), és hozzájárul az onkológiai betegség okozta trauma feldolgozásához, ezáltal a páciens személyiségfejlődésének gazdagításához (15, 26, 74). A mentálhigiénés szakemberek fontos feladatai közé tartozik a remény, a bizakodás, az optimizmus légkörének erősítése minden lélektant befogadó onkológiai osztályon (26, 70). Ha támogatást nyújtunk a betegeknek, ez érzelmi úton, pozitívan kihat a hozzátartozókra és a kezelőcsoport tagjaira egyaránt (67, 80).

Az elmúlt 25 év eseményei és az igazolt fejlődés eredményei alapján bizonyos, hogy az onkopszichológia elméletének és gyakorlatának integrálása megtörtént a komplex onkológiai ellátásba. Az onkopszichológiai kutatások, a klinikai tapasztalatok oktatása és a komplex együttműködés a betegekkel és az ellátóikkal minden reményt megad arra, hogy jelenlétünk és aktivitásunk a jövőben is tudományosan megalapozott, humánus és előrevívő maradjon. Úgy tűnik, sikerült befogadnunk és szem előtt tartanunk Fleischmann Tamás onkohematológus segítő megjegyzését: „Az onkopszichológia területére nem könnyű mentálhigiénés szakemberként megérkezni vagy megmaradni. Viszont nagyon könnyű eltévedni” (személyes közlés, Fleischmann, 1990).

IRODALOM

- Eckhardt S. Pszichiátria-pszichoonkológia. In: Onkológia. Springer Verlag, Budapest, Berlin, Heidelberg, New York 1993, pp. 92–93
- Embey-Isztin D. Daganatos betegek fájdalomcsillapítása. Háziorvos Továbbképző Szemle 1:49–51, 1996
- Kovács M. A rosszindulatú daganatos betegségben szenvedők pszichés ellátásának néhány szempontja. Med Univ 5:227–229, 1978
- Muszbec K. Pszichológiai folyamatok szerepe a daganatos betegségekben. Magy Onkol 3:145–150, 1991
- Riskó Á. A rákbetegeknél gyakran fellépő kóros lelkiállapotok pszichoterápiájáról. Psych Hung 8:409–420, 1993
- Riskó Á, Fleischmann T, Molnár Z, et al. Influence of pathological psychological state of cancer patients on their decisions. Support Care Cancer 4:51–55, 1996
- Szabados M. Mozgásterápia – a gyógytornász lehetőségei a fájdalomcsillapításban. In: Fájdalomcsillapítás. Szerk. Embey-Isztin D. White Golden Book, Budapest 2008, pp. 168–177
- Szalai T-né. Az ápolás onkopszichológiai vonatkozásai. In: Onkopszichológia a gyakorlatban. Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2006, pp. 321–331
- Bálint M. Az orvos és a beteg. A beteg és a betegsége. In: Az orvos, a beteg és a betegség. Animula Egyesület, Budapest 1990, pp. 173–193
- Ferenzi S. Patoneurózisok. In: Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében. Szerk. Matolcsy I, Sebestyén L, Szalay K. Magvető Könyvkiadó, Budapest 1982, pp. 248–263
- Gegesi Kiss P, Liebermann L. Testi (szerkezeti, szervi) betegségeket követő személyiségzavarok gyermekkorban. MTA V. orvosi tudományok osztályának közleményei XIV:3–4, 291–323, 1963
- Hárdi I. Amikor a test beteg. In: Lelki élet, lelki bajok. Medicina Könyvkiadó, Budapest 1977, pp. 206–213
- Kovács M. Bevezetés a pszichoonkológiába. Med Universalis XX:355–357, 1987
- Kulcsár Zs. Egy paradox jelenség, a betegség keltette optimizmus. Betegségmagatartás rákos betegeknél. In: Egészségpszichológia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest 1998, pp. 52–55
- Kulcsár Zs. A társas interakciók pszichológiai hatásai és agyi mechanizmusai. Egy hipotézis körvonalai. Társas támogatás. In: Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumas személyiségfejlődés. Trefort Kiadó, Budapest 2005, pp. 315–393
- Levendel L, Mezei Á, Erdély É, Litvai G. Tüdőrákos betegek személyiségvizsgálata a Rorschach-próbával. Magy Pszichol Szle, 30:415–425, 1973
- Mezei Á, Levendel L. Rorschach-próbával diagnosztizált testvázlatzavar prognosztikai értéke krónikus betegeknél. Magy Pszichol Szle 27:78–89, 1970
- Moussong-Kovács E. A kór háza – a kór képe. Kórházlélektani esszé. Magy Szle IX:7–8, 2000
- Németh Gy. A carcinomás beteg pszichoterápiája. Magy Pszichol Szle 37:181–187, 1980
- Polcz A. Együtt a halálban és a gyászban. A gyász szerepe és hagyományai. http://www.lelkititkaink.hu/polcz_alaine_gyasz.html
- Riskó T, Kovács L, Jakab G, Udvarhelyi I. Ortopéd-sebészeti beavatkozások szerepe a primaer csontdaganatok és a csont-metastasisok ellátásában. Orv Hetil 114:613–615, 1973
- Székács I. Én-rendellenességek háború idején. In: Pszichoanalízis és természettudomány. Szerk. Szilágyi J. Párbeszéd Kiadó, Budapest 1991, pp. 181–190
- Riskó Á. A terminális állapotban lévő rákbetegek életminőségét javító nem verbális módszerek ismertetése (gyógytorna, masszázs, érintésterápia, relaxáció). In: Halálközelség II. Szerk. Hegedűs K. Magyar Hospice Alapítvány, Budapest 1995, pp. 129–169
- Szilágyi K, Nagy Á. Az emlőműtéten átesett nőbetegek mozgásterápiája. LAM 3:240–243, 1993
- Riskó Á. A gyógytornászok lehetőségei a daganatos betegek kezelésében, különös tekintettel a pszichoszociális hatásokra. Mozgásterápia 16/1:15–16, 2007
- Riskó Á. Szavakkal és szavak nélkül. Onkológiai napló. Pannonhalmi Szemle 17/3:53–62, 2009
- Tompa A. A daganatos betegségek előfordulása. A hazai és a nemzetközi helyzet ismertetése. Magy Tud 2011:1333–1345, 2011
- Kásler M. A daganatos betegek helyzete Magyarországon. Háziorvos Továbbképző Szemle 1:1–2, 1996
- Magyar Újságírók Lapja. 2014. január 5. <http://www.mul.hu/index.php/eletmod/46-magyar-sorsok-szamokban-a-nemzeti-rakregiszter-megdobdobbento-adatai>
- Farkas I. A daganatos halálozás háttere Magyarországon. In: Onkopszichológia a gyakorlatban. Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2006, pp. 31–42
- Komlósi P. A daganatos betegek családtagjainak pszichoszociális gondozása. In: Onkopszichológia a gyakorlatban. Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2006, pp. 295–305
- Riskó Á. A betegek, a családtagok, hozzátartozók és a szakemberek kiégési szindrómája. In: A rehabilitáció gyakorlata. Szerk. Huszár I, Kullmann L, Tringer L. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2000, pp. 254–255
- Baltrusch HJF. Persönlichkeitsstruktur und Erkrankung. Die Rolle emotionaler Faktoren im Krankheitsgeschehen. Med Klin 34:69–76, 1956
- Drossman DA. Presidential address: Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. Psychosom Med 60:258–267, 1998

35. Fox BH. Premorbid psychological factors as related to cancer incidence. *J Behav Med* 1:45–65, 1978
36. Geyer S. Psychological factors in the development and course of malignant diseases - review. *Cancer J* 10:238–243, 1997
37. Ginsberg A, Price D, Ingram D, Nottage E. Life events and the risk of breast cancer: a case-control study. *Eur J Cancer* 32/A:2049–2052, 1996
38. Greer S. Cancer and the mind. *Br J Psychiatr* 143: 535–543, 1983
39. Józsa T. Daganatos betegségek. In: Immunpatológia és a leggyakoribb pszichoszomatikus betegségek. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest 2001, pp. 139–159
40. Lázár I. Pszichoonkológia. In: Orvosi pszichológia. Szerk. Kopp M, Berghammer R. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2005, pp. 408–413
41. LeShan LL. Psychological states as factors in the development of malignant disease: a critical review. *J Natl Cancer Inst* 22:1–18, 1959
42. Nakagawa T, Sugita M. Life-style changes and psychosomatic problems in Japan. *Homeostasis* 35:180–189, 1994
43. Pally R. Érzelmi megmunkálás – test-lélek kapcsolata. In: Az agy-lélek kapcsolat. Animula Kiadó, Budapest 2000, pp. 55–76
44. Veres Zs. Szorongás és depresszió. A daganatos betegek lehetséges pszichológiai és pszichiátriai tünetei. In: Onkopszichológia a gyakorlatban. Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2006, pp. 217–221
45. Döbrössy L. A rákszűrés onkológiai vonatkozásai. In: Onkopszichológia a gyakorlatban. Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2006, pp. 75–78
46. Döbrössy B. A szűrés pszichoszociális vonatkozásai. In: Onkopszichológia a gyakorlatban. Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2006, pp. 78–85
47. Oakley A, Bendelow G, Barnes J, et al. Health and cancer prevention: knowledge and beliefs of children and young people. *Br Med J* 310:1029–1033, 1995
48. Riskó Á. A megelőzés és a szűrővizsgálatok legfontosabb pszichológiai sajátosságai. A halogató magatartás. In: A test, a lélek és a daganat. Animula Kiadó, Budapest 1999, pp. 34–36
49. Schaff Zs. „A helyzet egyszerűen tarthatatlan volt...” MOTESZ Magazin 1998(2):48–51, 1998
50. Holland JC, Weiss TR. History of psycho-Oncology. In: Psycho-oncology. Second Edition. Eds. Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, et al. Oxford University Press, New York, Oxford 2010, pp. 3–12
51. Hellborn M, Brandberg Y, Glimelius B, et al. Individual psychological support for cancer patients: Utilisation and patient satisfaction. *Patient Educ Counsel* 34:247–256, 1998
52. Salmon P. Applying psychology to health care. In: Psychology of Medicine and Surgery. A Guide for Psychologists, Counsellors, Nurses and Doctors. Ed. Salmon P. Wiley, Chichester 2000, pp. 3–21
53. Holland JC, Rowland JH. Psycho-oncology. Second Edition. Eds. Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, et al. Oxford University Press, New York, Oxford 2010
54. Mukherjee S. Betegségek betegsége. Mindent a rákról. Libri Könyvkiadó, Budapest 2013
55. Riskó Á. Az onkopszichológia szakmai irányelvei. *Psychiatr Hung* 13:455–468, 1998
56. Riskó Á. Rákbetegség – destruktív erők – testkép – onkológiai osztály. In: Szeretet és harag az analitikus pszichoterápiában. Szerk. Lukács D. Animula Kiadó, Budapest 1997, pp. 109–115
57. Riskó Á. Az onkológia területén dolgozó klinikai pszichológusok szakmai protokollja. In: A klinikai pszichológia és mentálhigiéné szakmai protokollja. Szerk. Bagdy E. Animula Kiadó, Budapest 1998, pp. 161–172
58. Riskó Á. Pszichoanalitikus pszichoterápia onkológiai kezelés alatt álló rákos betegeknél. Az intenzív szupervízió. *Psychiatr Hung* 12:525–535, 1997
59. Kübler-Ross E. A halál és a hozzá vezető út. Gondolat Kiadó, Budapest 1988
60. Pilling J. A hospice szemléleti és gondozási rendszere. In: Onkopszichológia a gyakorlatban. Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2006, pp. 331–339
61. Riskó Á. Gyászoló pszichoanalitikus pszichoterápiája a kórház onkológiai osztályán. In: A gyász. Szerk. Pilling J. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2003, pp. 95–108
62. Hegedűs K, Riskó Á, Mészáros E. A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota. *LAM* 14:786–793, 2004
63. Hegedűs K. A hospice betegellátás jelene és jövője. *Hippocrates* 1:4–7, 2009
64. Hegedűs K. A haldokló betegeket kísérő személyzet mentálhigiénéje. A kiégés és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei. *LAM* 10:448–452, 2000
65. Menzies IEP. A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety. A report on a study of the nursing service of a general hospital. *Human Relations* 13:95–121, 1960
66. Herzlich C. Coping with long term illness: a sociological perspective. *Bull Cancer* 85:251–253, 1998
67. Komlósi P. Csoport-pszichoterápia. In: Onkopszichológia a gyakorlatban. Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2006, pp. 269–272
68. Bányai É. Önkéntelen szuggesztíók, társadalmi „üzenetek” egy szakértő rákbeteg szemével. In: A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztíó az orvosi gyakorlatban. Szerk. Varga K. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2011, pp. 326–377
69. C. Molnár E, Szánthó A, Tanyi J. A nőgyógyászati onkopszichológia alapjai. *LAM* 8: 504–507, 1998
70. Kovács Zs, Rigó A, Kökönyei Gy és mtsai. A hagyományos daganatterápiát kiegészítő komplex életmód és pszichoszociális intervenció program – igen biztató eredményekkel. *Magy Onkol* 56:247–257, 2012
71. Muszbek K. Emlődaganatos betegek pszichológiai rehabilitációja. *LAM* 3:240–243, 1993
72. Goldie L, Desmarais J. Psychoanalytic psychotherapy in the NHS „general” hospital. In: Psychotherapy and the Treatment of Cancer Patients. Bearing Cancer in Mind. Routledge, London 2005, pp. 119–135
73. Tari A. Pszichoszociális folyamatok az onkológiai teamben. In: Onkopszichológia a gyakorlatban. Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2006, pp. 305–309
74. Riskó Á, Tari A. Egyéni pszichoterápia. In: Onkopszichológia a gyakorlatban. Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2006, pp. 265–269
75. Nemzeti Rákellenes Program. Vitairat. Kiadta az Egészségügyi Minisztérium megbízásából az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet. Felelős kiadó: Dr. Rácz Jenő egészségügyi miniszter. Budapest 2006, pp. 36–38
76. Kásler M. Az onkológiai rehabilitáció feladatai. *Rehabilitáció* 17:3–4, 2007
77. Riskó Á. Daganatos betegek pszichodiagnosztikai szűrésének sajátosságai. In: Onkopszichológia a gyakorlatban. Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2006, pp. 257–261
78. Riskó Á. Az onkológiai betegeket gondozó hozzátartozókra ható kihívások és megoldási lehetőségek. In: Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása II. Szerk. Urbán R, Demetrovics Zs, Rigó A, Oláh A. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest 2012, pp. 205–217
79. Riskó Á. Az onkológiai betegek lelki rehabilitációja. *Rehabilitáció* 17:34–40, 2007
80. Farkas I. Rákellenes civil szervezetek. In: Onkopszichológia a gyakorlatban. Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2006, pp. 339–345