

A kognitív viselkedésterápia lehetőségei az onkológiai ellátásban

VIZIN GABRIELLA^{1,2}, FARKAS KINGA³

¹Eötvös Loránd Tudományegyetem PPK, Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék, ²Semmelweis Egyetem ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék, ³Semmelweis Egyetem ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

Levezései cím:

Dr. Vizin Gabriella; 1064 Budapest, Izabella utca 46.
Tel.: 06-20-523-6446, e-mail: vizin.gabriella@ppk.elte.hu

Közlésre érkezett:

2019. február 7.

Elfogadva:

2019. március 10.

A rosszindulatú daganatos megbetegedések komoly lelki terhet jelentenek a betegnek és a kezelő személyzetnek egyaránt. A betegek gyakran küzdenek reménytelenséggel, tehetetlenséggel, depresszióval, szorongással vagy egyéb pszichés zavarokkal. Noha a kognitív viselkedésterápiás beavatkozások bizonyítottan hatékony, rövid, időhatáros, jól fókuszált pszichológiai intervenciók ezekben a nehézségekben, hazánkban mégis alulreprezentált a kognitív viselkedésterápiás módszerek alkalmazása az onkológiai ellátásban. A jelen összefoglaló tanulmány fő célja, hogy áttekintse a kognitív viselkedésterápia elméletét és a nemzetközi ajánlásokat az onkológiai ellátás terén, továbbá javaslatokat tegyen a hazai szakembereknek olyan jól strukturált, célzott, problémafókuszú beavatkozások alkalmazására onkológiai betegek körében, melyek bizonyítottan hatékonyak és számottevően mérsékelhetik a rákos megbetegedéssel küzdők és a kezelő személyzet distresszét, valamint általuk kezelhetőkké válnak a rosszindulatú daganatos megbetegedésekkel gyakran együtt járó mentális zavarok (szorongás, depresszió, poszttraumás stressz zavar) is. *Magy Onkol* 64:62–69, 2020

Kulcsszavak: onkológia, pszichoonkológia, viselkedésterápia, kognitív terápia, mindfulness

Cancer is a huge psychological difficulty both for the patient and the caregivers. Patients often suffer from hopelessness, helplessness, depression, anxiety or other psychological disturbances. Although the cognitive behavioral interventions (cognitive behavioral therapy, mindfulness) are evidence based, short, time-limited, focused treatments for patients with cancer, in Hungary there are only little evidence and experiences about application of cognitive behavioral methods in the oncological care. The main goal of this review to provide a survey about the cognitive behavioral theories and the international practical experiences in the field of oncological care, furthermore, to propose to apply these structured, directive, problem-focused interventions among patients with cancer to professionals which are able to decrease distress of patients or caregivers and these methods are able to treat the mental disorders, such as anxiety, depression, PTSD, which usually relate with cancer.

*Vizin G, Farkas K. Possibilities of cognitive behavioral therapy in the oncological care. *Magy Onkol* 64:62–69, 2020*

Keywords: oncology, psycho-oncology, behavior therapy, cognitive therapy, mindfulness

BEVEZETÉS

A pszichológiai módszerek térnyerése az onkológiai ellátásban az elmúlt 40 évre tehető (1). A 70-es évektől a rosszindulatú daganatok kezelésének hatékonysága javult, a betegségek túlélési mutatói emelkedtek, a betegek stigmatizáltsága enyhült (2). Ez a keret lehetővé tette a daganatos betegségekkel küzdők lelki aspektusainak vizsgálatát és kezelését. Magyarországon az onkopszichológia (nemzetközi szakirodalomban inkább pszichoonkológia) kialakulása és fejlődése pszichiáterek és pszichológusok együttműködése révén valósult meg, az Országos Onkológiai Intézet bázisán (2). Hazánkban ma az onkopszichológiai rehabilitáció olyan területet foglal magában, mint a betegek edukálása, a műtetre való pszichológiai felkészítés, csoportos relaxációs módszerek gyakorlása, szexuális rehabilitáció, a családtagok és hozzátartozók támogatása, az életvéggel és halállal kapcsolatos kérdések, valamint a testképváltozást és a poszttraumás növekedést érintő területek (3). Hiányoznak azonban célzottan a depresszióval és szorongással való adaptív megküzdést elősegítő terápiás intervenciók.

Empirikus bizonyítékaink vannak arról, hogy a pszichológiai és pszichoterápiás módszerek alkalmazása hozzájárul a daganatos betegek distresszének csökkentéséhez, életminőségének javításához, a kialakult depresszív vagy szorongásos állapotok kezeléséhez (4). Ezek a beavatkozások csökkentik a daganatos betegek pszichoszociális sérülékenységét, javítják az életminőséget és feltehetően immunmoduláció révén emelhetik a túlélés esélyét is (5). Hazánkban jelenleg túlnyomó többségében analitikusan orientált szakemberek dolgoznak az onkopszichológiai rehabilitációban, de elengedhetetlen más, a nemzetközi terápiás irányelvek (pl. NICE Guideline) módszereinek alkalmazásában járatos szakemberek megjelenése is az onkopszichológiai ellátás területén (6).

A nemzetközi szakirodalomban gyakran idézett Raingruber (7) áttekintő tanulmányában a pszichológiai intervenciók közül a szupportív, edukatív, csoportos és kognitív viselkedésterápiás szemléletű beavatkozásokat (cognitive behavioral therapy, CBT) találta hatékonyak daganatos betegek lelki nehézségeinek csökkentésében. Hazánkban a CBT szemléletű módszerek közül a mindfulness alapú stresszcsökkentéssel kapcsolatban vannak tapasztalatok (8) onkológiai betegek pszichológiai ellátása területén, azonban a kognitív viselkedésterápiás beavatkozások hiányoznak a daganatos betegek pszichoszociális ellátásában.

Jelen tanulmányunk megkísérli ennek a módszerspecifikus résnek a kitöltését azzal, hogy a kognitív viselkedésterápiás szemléletű beavatkozások lehetséges fókuszpontjait és ezeknek a módszereknek nemzetközi kutatási eredményekkel alátámasztott hatékonyságát tekintjük át, és igyekszünk amellet érvelni, hogy a kognitív viselkedésterápia az onkológiai ellátásban tevékenykedő szakemberek számára olyan lehetőségeket kínál, amely a szomatikus nehézségek ellenére hozzájárulhat az onkológiai betegek lelki állapotának és így életminőségének javulásához.

KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIA

A kognitív viselkedésterápia egy pszichoterápiás forma, amely aktív, direktív segítői hozzáállást, időben behatárolt, strukturált terápiás beavatkozásokat jelent (9, 10). A kognitív viselkedésterápia integratív, problémafókuszú, edukatív jellegű intervenció, amely bizonyítottan hatékony szorongásos és depresszív kórképek kezelésében (11–13).

A kognitív viselkedésterápia az egyén maladaptív viselkedésének (viselkedésterápia) és irreálisan negatív, torzító gondolatainak, attitűdjének módosítására (kognitív terápia) helyezi a hangsúlyt (14).

A viselkedésterápiás metódusok az expliciten megfigyelhető maladaptív viselkedések módosításában lehetnek segítségünkre adaptív viselkedések újratanulása révén (15). Aaron T. Beck kognitív elmélete viszont a viselkedés helyett elsősorban a személy gondolataira és érzelmeire helyezi a hangsúlyt. Beck modellje szerint a mentális betegségek hátterében információfeldolgozási zavar áll (9). Perczel-Forintos Dóra a kognitív terápia alapelveit összefoglaló munkájában részletesen bemutatja, hogy kognitív terápia során bizonyos – gyakran semleges – események torzult értelmezése miatt megjelenő negatív gondolatokra, fájdalmas, negatív érzelmekre, maladaptív viselkedésre és az érzelmekkel összefüggő testi tünetekre fókuszálunk (10). A terápiákban a negatív gondolkodási mintázatokat feltárva, a jelenségeket a pácienssel együtt megértve a beteg valóságészlelését a realitás irányába tereljük, mellyel együtt emocionális tünetei számottevően enyhülnek, maladaptív viselkedése adaptívabbá válik (10, 16). A terápia eredményeképpen felismerhető, hogy az egyén hogyan értelmezi félre, katasztrofizálja a különböző helyzeteket, valamint módosíthatóakká válnak a diszfunkcionális viselkedést fenntartó mechanizmusok is (17). Kognitív viselkedésterápia során a kognitív és viselkedésterápiás elemeket az adott személy igényeihez, szükségleteihez, tüneteihöz igazítva együttesen alkalmazzuk. A kognitív viselkedésterápia leggyakrabban alkalmazott módszereit az 1. táblázat tartalmazza.

A kognitív viselkedésterápia széles eszköztárral rendelkezik. A klasszikus, standard kognitív viselkedésterápiás eljárásokat a 70-es években dolgozták ki, elsősorban depresszió és szorongásos zavarok kezelésére (10). A kognitív viselkedésterápiák fejlődésének köszönhetően második hullámban, a 90-es években a nehezen kezelhető, gyakran az egész személyiséget érintő kórképek terápiás metódusai jelentek meg, mint amilyen például a sématerápia (18). Ezt követően a rendszerint visszatérő kórképeknél tapasztalható ún. metasztintú torzításokra helyeződött a hangsúly. A kognitív viselkedésterápiás szemlélet harmadik hullámához tartozó módszerek a gondolatainkhoz való viszonyulásunkra fókuszálnak, mint amilyenek a mindfulness (tudatos jelenlét) alapú beavatkozások (19). A CBT szemlélet ezenkívül lehetőséget ad egyéni, csoportos vagy online ellátásra is.

Az alkalmazható kognitív és viselkedésterápiás technikák típusát befolyásolhatja a páciens lelki nehézségeinek sú-

1. TÁBLÁZAT. A kognitív viselkedésterápia leggyakrabban alkalmazott módszerei

Módszer	Jellemzők
Pszichoedukáció	A páciens problémáján keresztül mutatjuk be a CBT modell lényegét
Viselkedésaktiváció	Lépésről lépésre olyan örömet okozó tevékenységek bevezetése a páciens mindennapjaiba, melyek sikerélményt és kellemes élményeket okozhatnak
Problémamegoldás	A páciens gyenge problémamegoldó készségének fejlesztése
Konceptualizálás	A kliens problémájával kapcsolatos információkat strukturáljuk az elméleti modell alapján. A konceptualizálás célja a páciens problémájának jobb megértése és feltérképezése, amely magában foglalja a problémaviselkedést, az előidéző tényezőket, a személyiségfejlődés eseményeit, valamint az egyéni feldolgozási stílust
Átstrukturálás	Kognitív átstrukturálás során a terápia kezdeti szakaszától beazonosított negatív automatikus gondolatok átalakítását, realitáshoz való közelítését végezzük
Limitált szülői újra-gondoskodás	Olyan sématerápiás módszer, melynek során a páciens érzelmi szükségleteire fókuszálva igyekszünk azokat kielégíteni, hasonlóan egy jó szülőhöz, terápiás limitált keretek között
Mindfulness	A mindfulness vagy tudatos jelenlét során a személy szándékosan törekszik arra, hogy figyelmét a jelen pillanatra összpontosítsa. Ez a módszer elősegíti a személy belső tartalmainak tudatosítását és megfigyelését, miközben ítéletmentesen viszonyul ezekhez a tapasztalatokhoz

lyossága. Klinikai szintű depresszió és szorongásos zavarok esetén a standard kognitív viselkedésterápiás módszerek bizonyítottan hatékony és költséghatékony pszichoterápiás beavatkozások [20, 11–13]. A rosszindulatú daganatos megbetegedésekkel összefüggő pszichoszociális nehézségek és szubklinikus szintű mentális zavarok esetén az alacsony intenzitású CBT lehet választható eljárás [20, 21]. Alacsony intenzitású CBT során a beteggel való talál-

kozások száma a standard kognitív viselkedésterápiához képest kevesebb (6–8 ülés), az ülések hossza rövidebb, a beavatkozás kevésbé formális, inkább támogató jellegű, és a páciens fizikai állapotához igazítva a terápia történhet az egészségügyi ellátás helyén vagy a beteg otthonában is. Alacsony intenzitású CBT-nél a terápiás célok körülírtak, és fő cél a maximális változás elérése minimális intervenció alkalmazásával [11, 21, 22].

A mentális zavarral küzdők és a súlyos testi betegséggel küzdők kognitív viselkedésterápiája között lényeges különbség, hogy krónikus betegeknél a veszély, amivel szembesülnek, gyakran reális. Emiatt fontos felismernünk és elkülönítenünk az irreálisan negatív látásmódot (pl. korai stádiumú emlőrák esetén az a hit, hogy rövid időn belül meghal) a reális gondolatoktól (áttétes emlőrák esetén amiatt aggódni, hogy nem fogja látni az unokáit felnőni). Ha a gondolatok nyilvánvalóan irreálisak, akkor kognitív módszereket alkalmazhatunk, segítve a helyzet szorongáscsökkentő értelmezését, míg ha közelebb állnak a realitáshoz, úgy az élethelyzet adta lehetőségek feltérképezésére, problémamegoldásra és a megküzdés erősítésére helyezhetjük a hangsúlyt [21]. A 2. táblázat egy gyakori onkológiai példán mutatja be a kognitív átstrukturálás módszerét.

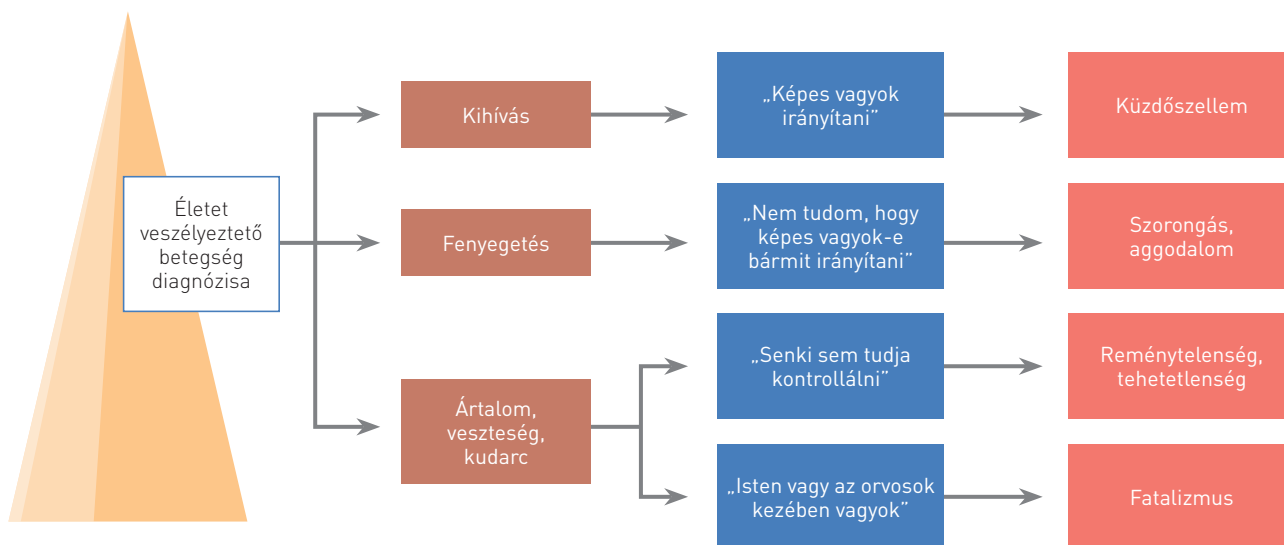
A LELKI MŰKÖDÉS KOGNITÍV MODELLJE ROSSZINDULATÚ DAGANATOS MEGBETEGEDÉSEK ESETÉN

A daganatos megbetegedések esetén fellépő érzelmi tünetek háttérben – a kognitív modell szerint – maladaptív megküzdési módok, valamint túlzóan negatív jelentéstulajdonítás áll. A rosszindulatú daganat diagnózisa okozta reakciókat jelentősen befolyásolhatják a torzító gondolkodási folyamatok, vagyis a maladaptív kognitív struktúra. A diagnózis szerencsés esetben megküzdésre sarkallja a személyt, de tekintheti óriási, pusztító erejű fenyegetésnek is, vagy súlyos ártalomnak, veszteségnek vagy kudarcnak [23]. Annak fényében, hogy inkább minek tekinti a személy, a megküzdési módok lehetnek adaptívak vagy maladaptívak [24]. Az onkológiai betegséggel való megküzdés kognitív modelljét az 1. ábra szemlélteti [21, 23].

Kutatási eredmények szerint azok a betegek, akik nagyobb reménytelenséggel, tehetetlenséggel és szorongó alkalmazkodási stílussal jellemezhetők, jóval nagyobb emocionális distresszt élnek át, mint azok, akik kihívásnak tekintik

2. TÁBLÁZAT. A kognitív átstrukturálás módszere 7 oszlopos gondolatnapló segítségével

Esemény	Negatív automatikus gondolat (NAG)	Kialakult érzés, testi tünet, viselkedés	Bizonyíték, mely szerint a NAG 100%-ban igaz	Bizonyíték, mely szerint a NAG nem 100%-ban igaz	Reálisabb gondolat	Újraértékelés
Korai stádiumú emlőrák diagnózisa	Belehalok	Elkeseredés, félelem Izomfeszülés Sírás, visszahúzódás	Nincs rá bizonyíték (legfeljebb rákkal kapcsolatos hírdelmek)	Túlélési statisztikák eredményei, ismerősök, akik túléltek és teljes életet élnek	Nagyon ijesztő a diagnózis és megterhelő a kezelés, de legnagyobb esélye annak van, hogy túléltem	Remény Kezelési lehetőségek keresése Társas támogatás keresése



1. ÁBRA. Az onkológiai megbetegedéssel való megküzdés kognitív modellje (21) (Moorey 2010, 402. oldal alapján)

a betegség diagnózisát (25, 26). Azok, akik olyan megküzdési stratégiákkal rendelkeznek, amelyek a betegség feletti kontrollra irányulnak, szignifikánsan nagyobb küzdőszellemmel bírnak, biztosabbak a gyógyulásban és aktívabb megküzdési stratégiákat használnak (27).

A személy kognícióit és érzelmeit nem csupán a rosszindulatú daganat diagnózisa befolyásolja, hanem a világnak ő róla és önmagáról kialakított képe is. Hiába hisz valaki a gyógyulásában és igyekszik megküzdeni a rákkal, a kezelések mellékhatásai vagy a sebészi beavatkozás következménye, az ezekről való gondolkodás révén, mind-mind lehangolttá, depresszióssá tehetik a személyt. Hasonló hatással bírhat mások (például a közeli hozzátartozók) reakciója vagy épp az osztálytársadalmi megítélés, ami gyakran stigmatizáló. Mindezek olyan negatív gondolatokat aktiválhatnak (például: „A betegségem kialakulásáért én vagyok a felelős”), amelyek kínzó érzelmi tüneteket okoznak (bűntudat, szégyen) (21). A negatív kogníciók által kiváltott érzelmi tünetek depresszív vagy szorongásos állapotok kialakulásához vezethetnek, rontva a beteg megküzdési kapacitását és életminőségét, valamint emelve a mortalitás kockázatát (28).

A KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIA ELŐNYEI AZ ONKOLÓGIAI ELLÁTÁSBAN

Az onkológiai betegek rehabilitációjában az onkopszichológia eszköztára ma már elismert és szükséges tényező (3). Az onkológiai (szakorvosi és pszichológusi) ellátáson belül a kognitív viselkedésterápia létjogosultsága több ponton támasztható alá. Ezek a területek az onkológiai megbetegedések gyakoriságával kapcsolatos tényekre, a daganatos betegek körében a mentális zavarok megjelenésének prevalenciájára,

az adherencia javítására, a daganatos megbetegedésekkel együtt járó egyéb pszichoszociális nehézségek kezelésére és a kezelő személyzet lelki segítésére vonatkoznak.

Magas megbetegedési kockázat

A rákos megbetegedések kockázata a magyar lakosság körében meglehetősen magas, a rosszindulatú daganatos megbetegedések előfordulásának gyakorisága az élettartam során meghaladja az 50%-ot, nők és férfiak körében egyaránt (29). Lesújtó statisztikai adat, hogy az Európai Unió tagállamai közül Magyarországon a legmagasabb a rosszindulatú daganatos megbetegedés okozta halálozás (30). A drámaian magas halálozási arány szükségessé teszi a megelőzésre vonatkozó egészségpszichológiai intervenciók elterjedését (31), de legalább ennyire fontos a kezelésekkal való együttműködés javítása.

Adherencia és depresszió

Az adherencia javításában lényeges tényező a depresszió felismerése és kezelése. Daganatos betegek körében a depresszió gyakorisága meghaladja a teljes lakosság körében mért értékeket (32). Magyarországi eredmények szerint a daganatos nők 28,5%-a, míg a daganatos férfiak 27,4%-a küzd klinikai szintű depresszióval (33). Egy longitudinális, reprezentatív kutatásban azt találták, hogy azon daganatos betegek körében, akik depresszióval is küzdenek, 19%-kal volt nagyobb a mortalitási kockázat a daganatos, de nem depressziós betegekhez képest (28). További megrendítő adat, hogy a depressziós daganatos betegek halálvágya négyszer erősebb nem depressziós társaikhoz képest (34).

Szomatikus betegek körében végzett vizsgálatok eredményei arra utalnak, hogy depressziós egyének háromszor

nagyobb valószínűséggel szegik meg az orvosi előírásokat, mint nem depressziós társaik [35]. A depresszió és a non-adherencia közötti kifejezett kapcsolatot rákos betegek körében is kimutatták [36]. A depressziós egyének kisebb valószínűséggel tartják be onkológusuk kezelési javaslatait, mint nem depressziós társaik, különösen az orális gyógyszerelés tekintetében [37]. További nehézség, hogy a depresszió nehezen felismerhető daganatos betegek körében. A depresszió aluldiagnosztizálásának oka, hogy a betegség tünetei és a kezelése mellékhatásai (fáradékonyság, testi fájdalmak, gyengeségérzés) elfedhetik a depresszió tüneteit, valamint az életet veszélyeztető diagnózis természetesen legesélyesebb és szomorúságot okoz, amelyet nehéz lehet elkülöníteni a depressziós lehangoltságtól [38].

A depresszió felismerése és kezelése, daganattípustól függetlenül fontos az életminőség és az adherencia javítása érdekében. Kutatási eredmények szerint daganatos megbetegedéssel küzdők depressziójában, kontrollcsoportokkal összehasonlítva (várólista, placebo, más típusú pszichoterápia) hatékonyabbak a CBT szemléletű beavatkozások [39]. Ezenkívül az adherencia javítására és a depresszió leküzdésére kidolgozott kognitív viselkedésterápiás program is rendelkezésünkre áll (cognitive behavioral therapy for adherence and depression, CBT-AD) [40]. A CBT-AD fő moduljai egymásra épülnek és rövid, strukturált ellátási formát tesznek lehetővé. A 11 üléses CBT-AD randomizált kontrollált vizsgálatok eredményei szerint csökkent a depressziót és javítja az adherenciát HIV-pozitív páciensek körében [41], amely eredmények daganatos betegek adherenciájának javítása kapcsán is ígéretesnek tűnnek.

Egyéb pszichoszociális nehézségek

Daganatos betegek pszichoszociális állapotára vonatkozó vizsgálatok eredményei szerint a betegek körében nehézséget jelenthet a szorongás, depresszió, öngyilkossági gondolatok, fáradtság, alvászavarok, anyagi nehézségek, fájdalom és aggodalom a jövő miatt [42, 43]. Rohánszky Magda és munkatársai hazai reprezentatív vizsgálatába 1070, különböző típusú és stádiumú daganatos betegséggel küzdő személyt vontak be. Eredményeik szerint a betegek 52,2%-a szenvedett legalább közepes mértékű depressziótól és/vagy szorongástól, és az öngyilkossági gondolatok előfordulása körülbelül háromszorosa volt a magyar átlagpopulációban előforduló értékekhez képest. Ugyanakkor a daganatos betegek 61,6%-a szívesen venne igénybe pszichológusi segítséget [43].

Bizonyítékokkal alátámasztott beavatkozások

Jacobsen és Jim [44] áttekintő tanulmánya alapján a következő beavatkozások bizonyítékokkal alátámasztott pszichoszociális intervenciók daganatos betegek ellátásában:

- daganatos megbetegedéssel diagnosztizált páciens számára – pszichoedukáció
- emelkedett distresszel küzdő rákos beteg számára – problémamegoldó terápia

- kemoterápiában részesülő páciens számára – stresszkezelő tréning

- áttétes daganat esetén depresszió kezelésére – kognitív terápia

- daganatos betegséget túlélők számára – csoportos kognitív viselkedésterápia

Eredményeik és ajánlásaik, a NICE krónikus testi betegségekkel küzdők depressziós tüneteinek mérséklésére javasolt terápiás irányelveihez [45] és a nemzetközi protokollokhoz hasonlóan [46] azt mutatják, hogy a CBT az onkológiai betegek pszichoszociális nehézségeinek kezelésében dokumentáltan hatékony eljárás.

A standard kognitív terápiás beavatkozások mellett a mindfulness (tudatos jelenlét) alapú terápiás beavatkozások hatékonysága bizonyított daganatos betegek körében. Egy 2012-ben, 22 vizsgálat bevonásával és összesen 1403 résztvevővel végzett metaanalízis szerint a mindfulness alapú beavatkozások szignifikánsan csökkentették a daganatos megbetegedéssel küzdők depressziójának és szorongásának mértékét [47]. Egy friss, randomizált, kontrollált vizsgálat szerint rákos betegek körében a mindfulness alapú kognitív terápia személyes és internetalapú változata is hatékony a distressz csökkentésében, a rák kiújulásával kapcsolatos félelmek és rumináció csökkentésében és az életminőség javításában az általános ellátáshoz képest [48].

Sikeres túlélés és PTSD

A lesújtó magyarországi statisztikák ellenére a korábbi évtizedekhez képest a rosszindulatú daganatok kezelési lehetőségeinek rohamos fejlődése a megbetegedések túlélési mutatóit számottevően javította [49]. A sikeres túlélés gyakran a kiújulástól való félelemmel, önértékelési problémákkal, szorongással, depresszióval és poszttraumás stressz zavarral (PTSD) jár [50].

A sikeres túlélés kapcsán feltárt pszichés nehézségek közül az egyik legmegterhelőbb a PTSD, nemcsak a túlélők, de a közvetlen családtagok körében is [51]. Noha a rosszindulatú daganatos megbetegedés jelentősen eltér más PTSD stresszoroktól annyiban, hogy nem különálló, körülírt és egyszeri, életet veszélyeztető esemény, mégis a PTSD gyakorisága 10% körüli daganatos betegek és sikeres túlélők körében [52]. A PTSD kialakulásában nem elsősorban a rosszindulatú daganat diagnózisa, hanem a szükségszerűen agresszív, adott esetben komoly kockázattal járó műtéti beavatkozások, valamint más, hosszan tartó daganatellenes kezelésekkal összefüggő politraumatizálódás áll. Ezenkívül nem elhanyagolható megrázkódtatás a kezelése alatt és kontrollvizsgálatok során szükséges folyamatos pszichés készenlét, döntési helyzetek sorozata, valamint a kiújulástól való félelem [51]. Amennyiben a PTSD tünetei fennállnak, annak felismerése és kezelése a gyógyult betegek életminőségének javulását eredményezheti. Terápiás ajánlások szerint a traumafókuszú CBT bizonyítottan hatékony, és költséghatékonyság szempontjából is elsődleges választás

PTSD kezelésében [53], amely hazánkban sajnos még mindig limitáltan elérhető pszichoterápiás lehetőség.

A kezelőszemélyzet lelki kimerülése: a kiégés

A rosszindulatú daganatos megbetegedések okozta magas magyarországi halálozási arány csökkentésében további lényeges tényező lehet a kezelőszemélyzet lelki kimerülésének kezelése és a nehéz betegek okozta stressz mérséklése.

Az onkológiai betegek gyógyítása a betegség természetéből és a páciensek fizikai és pszichés terheltségéből fakadóan komoly kihívást jelent az egészségügyi személyzet számára. Mindez olyan emocionális terhelést jelent, amely magában hordozhatja a kiégés veszélyét. A kiégés egy olyan pszichés állapot, amely emocionális kimerüléssel, deperszonalizációval és teljesítményromlással jár, s különösen azokat a szakembereket érinti, akik más személyekkel végzett munkájuk során komoly érzelmi megterhelésnek vannak kitéve [54]. Kutatási eredmények arra utalnak, hogy az onkológiai ellátásban tevékenykedő sebészek, nőgyógyászok és klinikai onkológusok körében is jelentősen emelkedett az emocionális kimerülés mértéke, markánsan jelen van az elidegenedettségek érzése, s ezek következményeként gyakran megjelenik a teljesítményromlás [55–57]. Úgy tűnik továbbá, hogy az emocionális kimerülés szignifikánsan jobban érinti az onkológiai szakembereket az AIDS/HIV betegek ellátásában dolgozó egészségügyi személyzethez képest [58]. A kiégés megelőzése és a kialakult tünetek kezelése jogos igényként fogalmazódhat meg az onkológiai személyzet részéről. A kiégés megelőzésében és intervenciójában az analitikus háttérű, esetmegbeszélő jellegű Bálint-csoportokon [59] kívül a kezelési protokollok és ajánlások zömmel kognitív viselkedésterápiás elemekből épülnek fel [60]. Empirikus bizonyítékaink vannak a CBT technikák és a tudatos jelenlét alapú stresszcsökkentő programok (mindfulness-based stress reduction, MBSR) hatékonyságáról kiégés kezelésében [61–62]. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy az onkológiai szakemberkörében a kiégés megelőzésében és kezelésében hatékonyan alkalmazhatók lehetnek a standard kognitív viselkedésterápiás és mindfulness technikák, azonban ezek hatékonyságáról egyértelmű empirikus bizonyítékaink még nincsenek [63].

A kezelőszemélyzet kommunikációjának segítése

A nehéz betegekkel való munka ugyancsak komoly terhet róhat az onkológiai szakemberre. A nehéz betegek „pszichológiai értelemben” olyan betegek, akik érzelmileg megterhelik az orvost vagy a nővéreket. Ennek oka lehet a páciens mentális zavara és emiatt agresszív, nehezen kezelhető magatartása, vagy esetleg a kezelők terheltsége, kommunikációs készségeik hiánya, de eredhet a probléma az egészségügyi ellátórendszer támasztotta lehetőségekből és kívánalmakból is [64]. Haas és munkatársai [64] ajánlása szerint ilyen esetben hatékony beavatkozás lehet a kommunikációs technikák javítása a meghallgatás, empátiás

visszatükrözés, megértés, együttérzés és a pácienssel való partnerség növelése révén. Az agresszív, nehezen kezelhető betegekkel való munkában a kognitív terápiák fejlődésének második hullámához tartozó sématerápia nyújt lehetőséget, az empátiás konfrontáció módszere révén [18]. Empátiás konfrontáció során elsőként empátiásan visszatükrözzük a páciens érzéseit és együtt tudunk érezni annak valódi okával, majd ezt követően szembesíthetjük a viselkedése okozta nehéz érzésekkel, amelyek az orvosban keletkeztek. Onkológiai ellátásban empátiás konfrontációra példa lehet az alábbi mondat: „Szeretnék önnek segíteni és mélyen együtt érzek az aggodalmával, azonban ha ennyire számon kérő és kritikus velem, nagyon nehéz a feladataimra és a segítségnyújtásra koncentrálnom.”

ÖSSZEFOGLALÁS

Jelen tanulmányban az onkopszichológiai ellátás kognitív viselkedésterápiás szemléletű lehetőségeit és az evidenciákat tekintettük át, felhívva az onkológiai ellátásban dolgozó szakemberek figyelmét arra, hogy a daganatos betegek distresszének csökkentésében, életminőségének javításában, lelki tüneteinek mérséklésében, sőt, az onkológiai szakemberkörében a kiégés megelőzésében és kezelésében is helye lehet a kognitív viselkedésterápiás szemléletű beavatkozásoknak.

Noha a kognitív viselkedésterápiás módszerek Magyarországon, elsősorban Tringer László professzor úr iskola-teremtő munkásságának köszönhetően elérhetőek és elsajátíthatóak, azonban elterjedésüket vélhetően nehezíti, hogy a gyakorló szakemberek gyakran túl merev, strukturáltsága és direktivitása miatt kevésbé személyközpontú, csak a jelenre fókuszáló pszichoterápiás formának tartják. A valóságban azonban a kognitív viselkedésterápiás szemlélet normalizáló, együttműködésre törekvő és pácienscentrikus terapeuta attitűddel jellemezhető irányzat. A kognitív viselkedésterápiák fejlődésének köszönhetően egyre több lehetőséget nyújt a különböző lelki zavarok gyógyításában, és hatékonyságvizsgálatok eredményei arra utalnak, hogy számos, az onkológiai betegekkel érintő lelki nehézség, pszichoszociális probléma mérséklésében, kezelésében is hatékony intervenció lehet.

Jelenleg kognitív viselkedésterápiás szemléletű pszichoterapeuták és egészségpszichológusok, a szomatikus orvoslásban és onkológiai ellátásban tevékenykedő szakorvosok közreműködésével, az Eötvös Loránd Tudományegyetem és a Semmelweis Egyetem együttműködésében olyan kutatási projekten dolgoznak, melynek során az onkológiai betegek lelki állapotának és adherenciájának felmérését követően olyan jól strukturált, rövid kognitív viselkedésterápiás eljárásokat igyekeznek kidolgozni és alkalmazni, amelyek révén elérhetőbbé válnak a fent bemutatott, hatékonyságvizsgálatokkal alátámasztott terápiás módszerek az onkológiai betegek számára.

Ezen túlmenően a CBT nem csak körülírt terápiás ellátást, hanem szemléletet is kínál, amely a pszichológusokon kívül a szakorvosok számára is elérhető és elsajátítható,

költséghatékony eljárást jelenthet – akár egy-egy onkológiai vizit alkalmával – a páciensek negatív, túlzó, katasztrófáló gondolatainak módosításában, az adaptívabb megküzdés erősítésében és a nehéz betegek kezelésében, amely indirekt módon visszahat az ellátó személyzet mentálhigiéniés állapotának javulására is.

Anyagi támogatás: Az első szerző (VG) témával kapcsolatos („A szegény szerepe krónikus megbetegedéssel küzdők kezeléssel való együttműködésében”) kutatása a Felsőokta-

tási Intézményi Kiválósági Program keretében (20460-3/2018/FEKUSTRAT), a „Pszichoszociális és viselkedés szempontú intervenció” tématerülethez kapcsolódva anyagi támogatásban részesült.

Köszönetnyilvánítás: Köszönettel tartozunk Prof. Dr. Perczel-Forintos Dórának, Prof. Dr. Urbán Róbertnek, Dr. Simon Lajosnak és Dr. Dohán Orsolyának biztatásukért és támogatásukért, valamint Kálmán Anettnek a kézirat szerkesztésében nyújtott felbecsülhetetlen segítségéért.

IRODALOM

- Dégi Cs. Pszicho-onkológia. Orvostudományok 89:374–380, 2014
- Riskó Á. Az onkopszichológia első 25 éve az Országos Onkológiai Intézetben: előzmények és események (1988–2013). *Magy Onkol* 59:241–250, 2015
- Kovács P, Koncz Zs, Peti J, et al. Az onkopszichológiai rehabilitáció területei és kihívásai. *Magy Onkol* 61:284–291, 2017
- Holland JC, Weiss TR. History of psycho-oncology. In: *Psycho-oncology*, 2nd ed. Eds. Holland J, Breitbart W, Jacobsen P, et al. Oxford University Press, New York 2010, pp. 3–12
- Edelman S, Craig A, Kidman AD. Can psychotherapy increase the survival time of cancer patients? *J Psychosom Res* 49:149–156, 2000
- Riskó Á, Tari A. Egyéni pszichoterápia. In: *Onkopszichológia a gyakorlatban 2. online kiadás II./II. kötet*. Eds. Horti J, Riskó Á. 2017, pp. 438–444 http://mek.oszk.hu/16600/16625/pdf/16625_2.pdf
- Raingruber B. The effectiveness of psychosocial interventions with cancer patients: an integrative review of the literature (2006–2011). *ISRN Nurs* 2011:638218, 2011
- Rohánszky M, Berényi K, Fridrik D, et al. Éber, tudatos figyelemre épülő, a rákbetegséggel való megküzdést segítő program (MBCR) hatásvizsgálata magyar rákbetegek körében. *Orv Hetil* 158:1293–1301, 2017
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *A depresszió kognitív terápiája*. Animula Kiadó, Budapest 2001
- Perczel-Forintos D. A kognitív terápia standard módszerei és hatótényezői. In: *Kognitív viselkedésterápia*. Eds. Perczel-Forintos D, Mórotz K. Medicina Kiadó, Budapest 2019
- DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, et al. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 62:409–416, 2005
- Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, et al. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD001848, 2007
- Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranzoulis I, et al. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 1:368–376, 2014
- Hawton KE, Salkovskis PM, Kirk JE, et al. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford University Press, New York 1989
- Mórotz K. A viselkedésterápia módszerei. In: *Kognitív viselkedésterápia*. Eds. Perczel-Forintos D, Mórotz K. Medicina Kiadó, Budapest 2019
- Padesky C, Mooney K. Clinical tip: presenting the cognitive model to clients. *International Cognitive Therapy Newsletter* 6:13–14, 1990
- Antal-Uram D, Harsányi L, Perczel-Forintos D. Az alacsony intenzitású, bizonyítottan hatékony kognitív viselkedésterápia Crohn-betegségben. *Orv Hetil* 159:363–369, 2018
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press, New York 2003. [Magyarul: Sématerápia, VIKOTE, 2010]
- Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol* 10:144–156, 2003
- National Collaborating Centre for Mental Health. *Depression: the treatment and management of depression in adults (updated edition)*. British Psychological Society, 2010
- Moore S. Cognitive therapy. In: *Psycho-oncology*, 2nd ed. Eds. Holland J, Breitbart W, Jacobsen P, et al. Oxford University Press, New York 2010, pp. 402–407
- Purell Gy. Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban. Oriold és társai Kiadó, Budapest 2018
- Moore S, Greer S. *Oxford guide to CBT for people with cancer*. Oxford University Press, New York 2012
- Greer S, Watson M. Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. *Cancer Surv* 6:439–453, 1987
- Watson M, Greer S, Young J, et al. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med* 18:203–209, 1988
- Schnoll RA, Harlow LL, Stolbach LL, et al. A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology* 7:69–77, 1998
- Link L, Robbins L, Mancuso C, et al. How do cancer patients who try to take control of their disease differ from those who do not? *Eur J Cancer Care* 13:219–226, 2004
- Onitilo AA, Nietert PJ, Egede LE. Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *Gen Hosp Psychiatry* 28:396–402, 2006
- Menyhárt O, Fekete JT, Györfly B. Demographic shift disproportionately increases cancer burden in an aging nation: current and expected incidence and mortality in Hungary up to 2030. *Clin Epidemiol* 10:1093–1108, 2018
- Eurostat regional yearbook 2018. European Union, 2018
- Urbán R. *Az egészségpszichológia alapjai*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest 2017
- van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med* 59:280–293, 1997
- Dégi Cs. Pszichoszociális kockázati tényezők szerepe a daganatos megbetegedésekben. In: *Magyar lelkiállapot*. Ed. Kopp M. Semmelweis Kiadó, Budapest 2008, pp. 557–568
- Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 284:2907–2911, 2000
- DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for non-compliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 160:2101–2107, 2000
- Valente SM, Saunders JM, Cohen MZ. Evaluating depression among patients with cancer. *Cancer Pract* 2:65–71, 1994
- Goodwin JS, Zhang DD, Ostir GV. Effect of depression on diagnosis, treatment, and survival of older women with breast cancer. *J Am Geriatr Soc* 52:106–111, 2004
- Rodin GM, Nolan RP, Katz MR. Depression. In: *Textbook of Psychosomatic Medicine*. Ed. Levenson JL. American Psychiatric Publishing, Washington (D.C.) 2005, pp. 193–218
- Jassim GA, Whitford DL, Hickey A, et al. Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 5:CD008729, 2015
- Safren SA, Gonzalez J, Soroudi N. *Coping with Chronic Illness: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach for Adherence and Depression: Therapist Guide*. Oxford University Press, New York 2008

41. Safren SA, O'Cleirigh CM, Bullis JR, et al. Cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected injection drug users: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 80:404, 2012
42. Loscalzo MJ, Clark KL. The psychosocial context of cancer-related infertility. *Cancer Treat Res* 138:180–190, 2007
43. Rohánszky M, Katonai R, Konkoly Thege B. Magyar daganatos betegek pszichoszociális állapota. *Orv Hetil* 155:1024–1032, 2014
44. Jacobsen PB, Jim HS. Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA Cancer J Clin* 58:214–230, 2008
45. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in adults with a chronic physical health problem. British Psychological Society, 2010
46. Coleman N, Hession N, Connolly A. Psycho-oncology best practice guidelines and a service perspective: conceptualizing the fit and towards bridging the gap. *Irish J Psychol* 32:72–89, 2011
47. Piet J, Würtzen H, Zachariae R. The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 80:1007–1020, 2012
48. Compen F, Bisseling E, Schellekens M, et al. Face-to-face and internet-based mindfulness-based cognitive therapy compared with treatment as usual in reducing psychological distress in patients with cancer: a multi-center randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 36:2413–2421, 2018
49. Quaresma M, Coleman MP, Rachet B. 40-year trends in an index of survival for all cancers combined and survival adjusted for age and sex for each cancer in England and Wales, 1971–2011: a population-based study. *Lancet* 385:1206–1218, 2015
50. Susánszky É, Riskó Á. „Élet a betegség után.” Sikeresen kezelt rosszindulatú daganatos betegek életminőségének vizsgálata. In: A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Eds. Kopp M, Kovács ME. Semmelweis Kiadó, Budapest 2006, pp. 477–485
51. Smith MY, Redd WH, Peyser C, et al. Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psychooncology* 8:521–537, 1999
52. Cordova MJ, Riba MB, Spiegel D. Post-traumatic stress disorder and cancer. *Lancet Psychiatry* 4:330–338, 2017
53. Mihalopoulos C, Magnus A, Lal A, et al. Is implementation of the 2013 Australian treatment guidelines for posttraumatic stress disorder cost-effective compared to current practice? A cost-utility analysis using QALYs and DALYs. *Aust N Z J Psychiatry* 49:360–376, 2015
54. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. MBI: Maslach burnout inventory. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, 1996
55. Kuerer HM, Eberlein TJ, Pollock RE, et al. Career satisfaction, practice patterns and burnout among surgical oncologists: report on the quality of life of members of the Society of Surgical Oncology. *Ann Surg Oncol* 14:3043–3053, 2007
56. Elit L, Trim K, Mand-Bains I, et al. Job satisfaction, stress, and burnout among Canadian gynecologic oncologists. *Gynecol Oncol* 94:134–139, 2004
57. Eelen S, Bauwens S, Baillon C, et al. The prevalence of burnout among oncology professionals: oncologists are at risk of developing burnout. *Psychooncology* 23:1415–1422, 2014
58. Dorz S, Novara C, Sica C, et al. Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. *Psychol Health* 18:677–684, 2003
59. Bálint M. Az orvos, a betege és a betegség. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest 1990
60. Szényei GA, Ádám S, Györfly Z, et al. A kiégési szindróma megelőzése – A hagyományoktól a modern információs technológiáig. Magyar Pszichológiai Szemle 70:847–862, 2015
61. Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess* 8:Doc05, 2012
62. Irving JA, Dobkin PL, Park J. Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complement Ther Clin Pract* 15:61–66, 2009
63. Moody K, Kramer D, Santizo RO, et al. Helping the helpers: mindfulness training for burnout in pediatric oncology—a pilot program. *J Pediatr Oncol Nurs* 30:275–284, 2013
64. Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, et al. Management of the difficult patient. *Am Fam Physician* 72:2063–2068, 2005

HIRDETMÉNY

A MAGYAR PATOLÓGUSOK TÁRSASÁGA ÉS A MAGYAR ONKOLÓGUSOK TÁRSASÁGA

által 2019. évre meghirdetett

„Az emlőrák modern szemlélete” című

KROMPECHER ÖDÖN pályázat nyertesei:

I. helyezést ért el:

„MINERVA” jeligével Lazsádi Anna, SZTE ÁOK IV. évf. hallgató

II. helyezett:

„CAFÉ AU LAIT” jeligével Hasulyó Dóra, DE ÁOK IV. évf. hallgató

Budapest, 2020. február 5.

MAGYAR PATOLÓGUSOK TÁRSASÁGA
és MAGYAR ONKOLÓGUSOK TÁRSASÁGA VEZETŐSÉGE

