Onkopszichológia a gyakorlatban
2. online kiadás
II./II. kötet.

Szerkesztette: Horti József, Riskó Ágnes

2017. Budapest

Hiánypótló kötet az első magyar nyelvű onkopszichológiai kézikönyv. Nagy szükség van erre a tudásforrásra, mert a rosszindulatú daganatos betegség a testet és lelket egyaránt érinti, és kezelésének pszichoszociális hatásai alól nem vonhatják ki magukat a hozzátartozók és az orvosok, ápolók sem. Ebben a kritikus helyzetben szavakkal vagy szavak nélkül, de mindenki hat mindenkire. A betegség felismerése és sikeres kezelése harmonikus együttműködést igényel a betegtől, a hozzátartozóktól és a szakemberektől. Ebben a folyamatban, a közös csapatmunkában szeretnének segíteni gondolataikkal, tapasztalataikkal a kötet szerzői.

Dr. Risk Dr. Riskó Ágnes gyógytornász, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, pszichoanalitikus. Közel öt évtizede dolgozik kórházban, kezdetben a lelki betegek pszichoszomatikus tüneteivel, az utóbbi huszonöt évben az Országos Onkológiai Intézet „A" kemoterápiás osztályán a testi betegek és hozzátartozóik pszichoszociális nehézségeinek megismerésével és gyógyításával foglalkozik. Klinikai tevékenysége mellett az onkopszichológia, valamint a pszichoanalízis gyakorlatát és elméletét adja át fiatal szakembereknek.

Szerzők:

Bábel B. Tamás
Baki Márta
Bodoky György
Dank Magdolna
Döbrössy Bence
Döbrössy Lajos
Farkas Ilona
Fedorcsák Imre
Garami Miklós
Harsányi László
Horti József
Horváth Zsolt
Janig Péter
Juhász Erzsébet
Juhos Éva
Komlósi Piroska
Kopp Mária
Kovács Zsuzsanna
Kovácsné Török Zsuzsa
Lehoczky Ottó
Liszkay Gabriella
Mangel László Csaba
Molnár Zsuzsanna
Pálóczi Katalin
Pápay Zsuzsa
Pilling János
Pósa István
Remenár Éva
Riskó Ágnes
Sréter Lídia
Szabados Márta
Szabó Éva
Szalai Tamásné
Szendi Gábor
Szondy Klára
Tari Annamária
Telekes András
Várady Erika
Veres Zsuzsa
Zsámbor Csilla

Lektorálta: Dr. Tringer László egyetemi tanár

Az online, 2. kiadást az eredeti kézirattal összevetette:
Riskó Ágnes és
Bárdos(-Féltoronyi) Gábor újra szerkesztette.

ISBN: 9632260171

Wilms-tumor *303*

Ajánlott irodalom **304**

Tartalom: II./II. kötet.

8. A rosszindulatú daganatos betegek tüneteinek, és azok kezelésének pszichoszociális vonatkozásai **305**

8.1 Fájdalom ***305***
A fájdalom, mint szubjektív élmény *305*
A fájdalomtól szenvedő beteg lelkiállapota *307*
A fájdalom hatása az emberi kapcsolatokra *308*
A fájdalomérzet kulturális vonatkozásai *308*
Spiritualtás *309*
A lelki problémák kezelése *309*
Depresszió *312*
Nyomott hangulat *312*
Szorongás *314*
Kognitív *314*
Figyelem és koncentráció zavar *314*

Ajánlott irodalom **316**

8.2 Fáradtság ***317***
A fáradtság meghatározása és okai *317*
A daganatos-fáradtság diagnózis megállapításához javasolt kritériumok 317
Előrehaladott rákbetegség *318*
A kezelésekkel összefüggésben kialakuló fáradtságszindróma *319*
Kedélyállapot és hangulat megváltozásának hatása a fáradtságérzetre . 320
Szorongásos állapotok *320*
A fáradtság mérésére alkalmazható módszerek *323*
A „FACT ” mérőrendszer *323*
A fáradtság kezelése *325*
Fáradtság jelenléte a túlélőknél *326*

Ajánlott irodalom: **327**

8.3 Cachexia ***328***
A cachexia kialakulásának okai *329*
Pszichológiai rendellenességek *330*
A cachexia kialakulása *331*
A rosszul tápláltság diagnózisa *331*
Tünetek *332*

A cachexia és az étvágytalanság kezelése *332*
Gyógyszeres kezelés *332*
Komplex kezelés *333*

Ajánlott irodalom **333**

8.4 A hányás és a hányinger ***334***
A hányás és a hányinger következményei *334*
Az anticipációs hányinger és hányás *335*
Az AHH és a szorongás *337*
A hányásközpont működése *338*
Az AHH kialakulásában szerepet játszó tényezők *340*
Az AHH kezelése *341*

Ajánlott irodalom **342**

8.5 A palliatív gondozás pszichológia szempontjai ***344***
A hospice feladatai *344*
A hospice és a palliatív gondozás meghatározása *344*
A palliatív gondozás jellegzetességei *345*
Fájdalomcsillapítás. Tüneti terápia *348*
Az életminőség *352*
A panaszok mérése *353*
Eutanázia *353*
A palliatív gondozás kutatása *354*

Ajánlott irodalom: **356**

9. A daganatos betegek lehetséges pszichológiai és pszichiátriai tünetei **357**

9.1 Alkalmazkodási zavarok ***358***
Akut stressz-reakciók *358*
Alkalmazkodási zavarok *358*
Kóros reakciók, alkalmazkodási zavarok daganatos betegeknél *359*
Lelki védekező mechanizmusok *361*
Alkalmazkodási típusok, lehetőségek *361*

Ajánlott irodalom **363**

9.2 Szorongás és depresszió ***364***
Szorongás *364*
Depresszió *365*
Szorongás és depresszió daganatos betegeknél *367*

Ajánlott irodalom **368**

9.3 Szexuális zavarok ***370***
Rák a férfi nemi szerven *370*
Rák a női nemi szervekben *371*

Rehabilitáció a szexuális élet területén *374*

Ajánlott irodalom: **377**

9.4 Szomatoform zavarok és daganatos betegségek ***379***
A disszociáció *379*
Szomatoform zavarok *379*
Szomatoform zavarok és a rák *380*

Ajánlott irodalom **380**

9.5 Öngyilkossági késztetések, suicidium ***381***
Kockázati tényezők *381*
A preszuicidális szindróma jellemzői *382*
Szuicidium daganatos betegeknél *382*

Ajánlott irodalom **384**

9.6 Delírium (organikus mentális zavarok) ***385***
Delírium *385*
Delírium daganatos betegeknél *386*

Ajánlott irodalom **387**

9.7 Szenvedélybetegségek ***388***
Nikotinizmus (nikotinfüggőség) *388*
Koffeinfüggőség *388*
Alkoholfüggőség *389*
Alkoholizmus okozta mentális zavarok *391*
Kábítószerfüggés *392*
Étkezési zavarok *394*

Ajánlott irodalom **396**

9.8 Poszttraumás stressz-betegség ***397***
A PTSD kialakulását elősegítő tényezők *397*
A PTSD vezető tünetei *398*
Damoklész kardja tünetegyüttes *398*

Ajánlott irodalom **401**

9.9 Személyiségzavarok, skizofrénia ***402***
Személyiségzavarok *402*
Személyiségzavar és daganatos betegség *404*
Általános elvek *406*
Skizofrénia *407*
Etiológia *407*
Pszichoszociális modell *408*
A skizofrénia meghatározása *408*
A skizofrénia és a daganatos megbetegedés *410*

Ajánlott irodalom **413**

9.10 Pszichofarmakonok ***414***
Szorongásoldók *414*
Antipszichotikumok *416*
Antidepresszánsok *419*

Ajánlott irodalom: **423**

10. A pszichoszociális rehabilitáció **424**

10.1 Daganatosi betegek pszichodiagnosztikai szűrésének sajátosságai 424
Az onkopszichológiai kivizsgálás fő céljai *425*
Négyüléses klinikai pszichológiai kivizsgálás *425*
A sürgős pszichológiai/pszichiátriai kivizsgálás indokai *427*

Ajánlott irodalom: **430**

10.2 Pszichoedukáció ***432***
A páciens és kezelője közötti lelki kapcsolat *432*
A passzív, dependens beteg speciális lélektani helyzete *433*
Az aktív, felelősséget vállaló beteg *434*
Pszichoedukációs formák *435*

Ajánlott irodalom: **437**

10.3 Egyéni pszichoterápia ***438***
Az egyéni pszichoterápia szervezése *438*
Negatív tényezők *439*
Onkopszichológiai módszerek a lelki támogatás érdekében *439*
A pszichoszociális beavatkozások formái *439*
A szakszerű pszichés támogatás pozitív hatásai *440*
A daganatos betegek lelki támogatásának szakmai feltételei *440*
A daganatos betegek meg nem valósított lelki támogatásának lehetséges következményei *440*
Az onkológiai betegek pszichoterápiájának főbb sajátosságai *441*

Ajánlott irodalom: **443**

10.4 Csoport-pszichoterápia alkalmazása daganatos betegek gyógyításában ***445***
A csoportpszichoterápiák néhány közös sajátossága *446*

Ajánlott irodalom: **449**

10.5 Mozgásterápia ***450***
A mozgásterápia főbb céljai *450*
Indikációk *450*
Kontraindikáció *451*

A mozgásterápia jellege *451*
Az onkológiai mozgásterápia főbb sajátosságai *452*

Ajánlott irodalom: **453**

10.6 Alternatív terápiák ***454***

Ajánlott irodalom: **457**

11. Pszichoszociális szempontból kiemelt figyelmet igénylő daganatos betegek sajátosságai **459**

11.1 Gyermekkorú daganatos betegek ***459***
A kórházba kerülés, a diagnózisközlés nehézségei *460*
Életkori sajátosságok *461*
A daganatos beteg gyermek viszonya a gyógykezeléshez *462*
A fájdalmas beavatkozások ill. a műtétekre való felkészítés *462*
A kemoterápia szomatikus következményei *463*
A család *464*
A testvérek *465*
A szülők *466*
A megküzdéssel kapcsolatos vizsgálati eredmények *467*
Az iskola *467*
Pszichológiai problémák a gyógykezelés alatt *468*
Szociális következmények *469*
A gyermek halálfélelme, haláltudata. A terminális időszak *469*
A szülők viszonyulása a gyógyító team tagjaihoz *470*
A kórházi foglalkoztatás jelentősége *470*
Viselkedésterápiás eljárások a gyermekonkológiában *471*
Pszichoterápia *472*
Együttműködés a szülőkkel *474*

Ajánlott irodalom **475**

11.2 Időskorú daganatos betegek ***477***
Az időskorú daganatos betegek életminősége *477*
Az időskorú daganatos betegek onkológiai kezelésének főbb sajátosságai *478*
Az időskorú daganatos betegek lelki problémái *479*
Időskori depresszió *479*
Időskori zavartság *480*

Ajánlott irodalom **481**

12. A daganatos betegek családtagjainak pszichoszociális gondozása **482**

A beteg és családtagjainak pszichés reakciói a betegségre *483*
A betegséghez és a kezeléshez való alkalmazkodás *487*
Hatékony *488*

Nem hatékony *488*
A segítségnyújtás lehetőségei *493*
Az ún. első interjú néhány lényeges kérdésköre *494*

Ajánlott irodalom: **496**

13. Pszichoszociális folyamatok az onkológiai teamben **498**

Az onkológiai team *498*
A kezelőcsoport működése *500*
A kiégés és kifáradás jelenségeinek pszichológiai kezelése *500*
Onkopszichológiai képzés *501*
Az onkopszichológiai ellátás főbb jellemzői *501*

Ajánlott irodalom **502**

14. A daganatos betegek életminősége **503**

A betegek életminőségének összetevői *503*
A életminőséget meghatározó tényezők *504*
Az egészségre vonatkozó életminőség vizsgálata *508*
Kritikai észrevételek *512*
Befolyásolja-e az életminőség a prognózist, túlélést? *512*
Életminőség colorectalis daganatos betegek esetében *513*
Életminőség rosszindulatú emlődaganatos betegeknél *513*
A sugárkezelés hatása az életminőségre *514*
A kemoterápia hatása az életminőségre *514*
Életminőség a fej-nyaki tumorokban szenvedőknél *515*

Ajánlott irodalom **516**

15. Az ápolás onkopszichológiai vonatkozásai **518**

Az ápolás filozófiája *518*
Az ápolás pszichológiai vonatkozásai *520*
A testi és a lelki distressz közötti összefüggés *521*
A fájdalom *522*
A halálig vezető út - az ápoló szempontjai *522*
A haldoklás stádiumai Kübler-Ross munkája alapján *523*
Részvétel a haldoklási folyamatban *524*
Az ápolási folyamat *525*
Ápolási diagnózis *526*
Az ápolói hivatás hatása az ápolóra *528*

Ajánlott irodalom **531**

16. A hospice szemléleti és gondozási rendszere **532**

A hospice kialakulásának története *533*

A hospice alapelvei *534*
A hospice-team tagjai *535*
Terminális állapotú betegek és hozzátartozóik pszichés támogatása *537*
A hospice gondozás szervezeti formái *539*
Hospice Magyarországon *541*

Ajánlott irodalom **543**

17. Rákellenes civil szervezetek létrejöttének okai és szerepük az egészségügyben **544**

Az egészségügyhöz kapcsolódó civil segítségnyújtás lehetőségei Magyarországon *544*
A hazai egészségvédő civil szervezetek újjászerveződése *544*
A civil szerveződés egészségügyi gyökerei *545*
A civil egészségvédő szervezetek feladatai *545*
A rákellenes civil szervezetek létrejötte Magyarországon *546*
A civil szervezetek működésének gazdasági alapja *548*
Hospice Magyarországon *548*

Ajánlott irodalom: **549**

18. Onkológiai alapfogalmak **550**

Adjuváns kezelés *550*
Agresszív kemoterápia *550*
Alopecia *550*
Aspirációs biopszia *550*
Benignus tumor *550*
Biológiai terápia *550*
Biopszia *551*
Citológia *551*
Csontvelő *551*
Csontvelő-biopszia *551*
Csontvelő-transzplantáció *551*
Daganatterápiák mellékhatásai *551*
Daganatterápia jövője *553*
Excisio, exstirpacio *553*
Életminőség *553*
Gyógyszer rezisztencia *553*
Hormonterápia *554*
Immunrendszer *554*
Immunszupresszió *554*
Immunterápia *554*
Inciziós biopszia *554*
Infiltratív növekedés *555*
In szitu (természetes, eredeti helyén) *555*

Kiújulás (recidíva) *555*
Klinikai kipróbálás *555*
Karcinóma *555*
Karcinogén *555*
Kemoterápia *556*
Kriosebészet *556*
Komputer tomográfiás vagy komputer axiális tomográfiás vizsgálat (CT vagy CAT) *556*
Kombinációs kemoterápia *556*
Komplex kezelés *556*
Kontroll vizsgálatok *556*
Limfómák *557*
Makrobiotikus diéta *557*
Malignus *557*
Malignus tumor *557*
Mammogramm *558*
Mammográfia *558*
Mastectomia (subcutan mastectomia, adenectomia) *558*
Metasztázis *558*
Metasztatizál *558*
Mikrometasztázisok *558*
Monoklonális antitestek *558*
Morbiditás *558*
Mortalitás *559*
Neoadjuváns terápia (preoperatív, vagy primer) *559*
Neoplazma *559*
Onkogén *559*
Nyirokrendszer *559*
Palliatív kezelés *560*
Patológia *560*
Polipus *560*
Prekancerozus *560*
Prevenció *560*
Prognózis *560*
Radioterápia (sugárterápia) *560*
Radiokemoterápia *561*
Recidíva *561*
Regionális kemoterápia *561*
Rehabilitáció *561*
Relapszus *561*
Remisszió *561*
Sugárkezelés *562*
Szegycsont-punkció *562*
Stádiumbeosztás (staging) *562*
Szisztémás kezelés *562*

Szupportív terápia *562*
Szűrés *562*
TNM *563*
Transzplantáció *563*
Tumor *563*
Tumor marker *563*
Tumorszupresszor gének *563*
Újabb primer daganat (második daganat) *563*

Források: **563**

19. Pszichológiai alapfogalmak **564**

Acting out *564*
Ambivalencia *564*
Azonosítás *564*
Azonosulás (identifikáció) *564*
Áttétel (indulatáttétel) *564*
Bálint-csoport *564*
Betegségelőny *565*
Deperszonalizáció *565*
Derealizáció *565*
Disszociáció *565*
Elfojtás *565*
Ellenállás *565*
Első szorongás *565*
Empátia (beleélés) *566*
Én *566*
Fóbia *566*
Hallucináció *566*
Hasítás *566*
Határeset (borderline) *567*
Holisztikus szemlélet *567*
Hipománia *567*
Idealizálás *567*
Identitás *567*
Indulatáttétel *567*
Integráció *568*
Izoláció *568*
Kasztrációs komplexus *568*
Klinikai szakpszichológus *568*
Komplexus *569*
Lelki elhárító mechanizmusok *569*
Lelki kiégés *569*
Fő tünetek *569*
Libidó *570*

Magatartászavar *570*
Mánia *570*
Mániás elhárítás *570*
„Mintha” (as if) személyiség *570*
Nárcizmus (önszeretet) *571*
Neurózis *571*
Omnipotencia *571*
Ödipusz komplexus *571*
Paranoid szorongás *571*
Projekció *571*
Projektív identifikáció (kivetítő azonosulás) *572*
Projektív teszt (Rorschach, Szondi, TAT) *572*
Pszichoterápia *572*
Pszichózis *572*
Regresszió (lelki) *572*
Szkizoid karakter *572*
Szublimáció *573*
Tagadás *573*
Tárgy *573*
Testkép *573*
Valóságvizsgálat *573*
Viszontáttétel *573*

Források: **574**

8. A rosszindulatú daganatos betegek tüneteinek, és azok kezelésének pszichoszociális vonatkozásai

A fájdalom, a fáradtság, a cachexia, a hányás-hányinger a daganatos betegek körében gyakori. E tünetek megfelelő kezelése – beleértve a pszichoszociális vonatkozások felismerését és uralását – nagy kihívást jelent a szakemberek számára. Ezek a tünetek jelentős, sajátos onkológiai problémát képviselnek: a beteg, a hozzátartozó/k és a szakemberek megbeszélés sorozatát és együttműködését igénylik annak érdekében, hogy a beteg minél jobb életminőségben élhessen. A fájdalom megszüntetése, de legalábbis a lehető legnagyobb mértékű csillapítása elsőbbséget élvez a betegek különböző tüneteinek enyhítése során.

8.1 Fájdalom

Telekes András, Horváth Zsolt

A fájdalom a daganatos betegségek egyik leggyakrabban előforduló, és leginkább rettegett tünete. Hozzávetőlegesen a daganatos betegek 20-50%-a jelentkezik az orvosnál fájdalom miatt, egyharmada szenved el fájdalmat a kezelés alatt, és 75-90%-a előrehaladott betegségfolyamat esetén. A nem megfelelően csillapított fájdalom alapvetően befolyásolja a betegek életminőségét, motivációit, családi és baráti kapcsolatait. A fájdalom fontos tünet, és az esetek döntő többségében jól kezelhető. Ennek ellenére a betegek jelentős hányada nem részesül megfelelő fájdalomcsillapításban. Ez utóbbi miatt valamennyi egészségügyi dolgozónak a daganatos betegek fájdalomcsillapításával részletekbe menően kellene foglalkoznia. Hogy a lehetőségek miért haladják meg a gyakorlat eredményeit, nem teljesen tisztázott. Az biztos, hogy ebben komoly szerepet játszanak bizonyos, a betegtől függő tényezők is, mint például a fájdalom elhallgatása, a fájdalomcsillapító gyógyszerekkel kapcsolatos előítéletek és félelmek, a gyógyszerszedés során a nem megfelelő együttműködés

A fájdalom, mint szubjektív élmény

A fájdalom személyes folyamat, emiatt a fájdalom percepciója számos összetevő által befolyásolható. Ezek mind pozitív, mind negatív hatást gyakorolhatnak a fájdalomra. A klinikai gyakorlatban leginkább a fájdalmat súlyosbító tényezők játszanak fontos szerepet, azonban az utóbbi időben egyre inkább előtérbe kerülnek a fájdalompercepciót lelki befolyásolással csökkentő módszerek. A fizikai fájdalomingerből a pszichés, a szociális, a kulturális, a mentális, és a spirituális moduláció után alakul ki a klinikai fájdalom, ami a szenvedést és a magatartásváltozást is magában foglalja.

Az emóciók a fájdalomélmény lényeges részét képezik, a lelki tényezők a fájdalom valamennyi összetevőjét befolyásolják, beleértve a nocicepciót, a percepciót, illetve a fájdalom kifejezését is. Ezért minden olyan fájdalom elméletnek, ami teljességre törekszik, valamilyen módon választ kell adnia az érzelmek és a fájdalom kapcsolatára. Hasonlóképpen szükséges vizsgálni a fájdalomérzetet befolyásoló kognitív faktorokat is. Annak ellenére, hogy az érdeklődés egyre növekszik a fájdalom pszichés befolyásolási lehetőségei iránt, kevés a kontrollált klinikai vizsgálatok száma.

A lelki komponensek, mint például a fájdalom jelentése, a halálfélelem, a nyomott hangulat, a reménytelenség a fájdalom élmény részét képezik, és hozzájárulnak a beteg szenvedéséhez. A fokozódó fájdalom hátterében gyakran pszichológiai problémák húzódnak meg. A daganatos beteg lelki distresszének okait az 1. táblázat mutatja.

1. táblázat **A daganatos betegek lelki distresszének okai**

A pszichés distressz forrása	**A pszichés distressz oka**
A betegség	Gyorsan előrehaladó betegségfolyamat Rövid életkilátás Nem megfelelően kontrollált fájdalom Csonkoló műtét szükségessége Szervi/mozgásszervi működészavar Hosszantartó betegség miatt bekövetkező lelki kimerültség
A beteg	Fájdalomtól való félelem Haláltól való félelem Eltorzulástól/elcsúfulástól való félelem A saját élet feletti kontroll elvesztésétől való félelem A szociális helyzet elvesztésétől való félelem A családban betöltött szerep elvesztésétől való félelem Az emberi méltóság elvesztésétől való félelem Reménytelenség A rossz prognózis ismerete Az önbecsülés elvesztésétől való félelem Az elmagányosodástól való félelem A családért való aggódás Befejezhetetlen személyes/üzleti tervek Aggódás / szorongás Neurózis Hipochondria Kulturális izoláltság

A szociális körülmények	Korábban meglévő családi problémák Szociális támogatás elvesztése A betegség miatt az anyagi források elvesztése
A kezelőszemélyzet	Nem megfelelő kommunikáció Közömbös/nem segítőkész ápoló személyzet A folyamatos ápolás hiánya Felvilágosítás/információ hiánya A család kirekesztése az ápolásból és/vagy a gondozásból Kulturális tényezők iránti érzéketlenség Előítélet Bürokratikus ügyintézés
A terápia	Diagnosztikus/terápiás késedelem Sikertelen kezelés(ek) Fájdalmas beavatkozások Kezelések mellékhatásai

Pszichés probléma alatt gyakran csak a szorongást és a depressziót értik, pedig valójában számos egyéb lelki reakció és fizikai tünet lehet jelen a háttérben meghúzódó pszichés distressz jellegétől és mértékétől függően. Ilyen lelki válaszok lehetnek a harag, a félelem, a kétségbeesés, a tagadás, a bűntudat, a gyász, a szomorúság, az apátia, a passzivitás, stb.

A fájdalomtól szenvedő beteg lelkiállapota

A fájdalmat elszenvedő beteg vizsgálata szükségszerűen magába kell, hogy foglalja a pszichés státusz rögzítését, és ez felhívja a figyelmet a csoportmunka fontosságára és a multidiszciplináris megközelítési módra, amely magában foglalja a klinikai pszichológus és/vagy pszichiáter részvételét is a kivizsgálásban és a kezelésben. A pszichés státusz felmérése és rögzítése azért fontos, mert ismert, hogy a pszichés distressz befolyásolja a betegek fájdalom percepcióját is. Mi több, hangsúlyozni kell, hogy a kezelhetetlen fájdalom hátterében gyakran fel nem ismert pszichés distressz áll. A fájdalom multidiszciplináris koncepciója kiemeli a fájdalom kognitív, motivációs, magatartási, affektív, nociceptiv komponenseinek jelentőségét, ezáltal lehetővé téve a pszichológiai/pszichiátriai kutatási metodikák alkalmazását a fájdalom kutatásában, felmérésében, illetve a kezelésben.

Ez utóbbi megközelítési mód fontosságát több vizsgálat is bizonyítja. Egy tanulmányban, áttétes emlőrákban szenvedő nőket vizsgáltak- Az eredmények azt mutatták, hogy a metasztázis lokalizációja nem korrelált a betegek fájdalmával, ezzel szemben a betegek hangulatzavara, illetve a betegség szempontjából a

fájdalomnak tulajdonított jelentés megbízhatóan előre jelezte a fájdalom intenzitását. Egy másik vizsgálat szerint, ha a betegek azt hitték, hogy a fájdalom a daganatos betegség rosszabbodásának jele, a fájdalom sokkal nagyobb mértékben interferált mindennapi aktivitásukkal, mint azon betegek esetén, akik azt hitték, hogy a tapasztalt fájdalom a daganatos betegségtől független okokra vezethető vissza. Ugyancsak bizonyították, hogy azok a betegek, akiknek szorongása, illetve depressziója enyhébb mértékű, kisebb valószínűséggel számolnak be fájdalomról, mint azok, akik súlyosabb pszichés tünetekkel küzdöttek.

A fájdalom hatása az emberi kapcsolatokra

A daganatos megbetegedések sokszor rendkívül hátrányosan befolyásolják az emberi kapcsolatokat, ami részint szociális problémákhoz, részint közvetlen és/vagy közvetett módon érzelmi distresszhez vezethet. A szociális gondok súlyosbíthatják a fájdalmat, míg sikeres megoldásuk jelentősen csökkentheti azt. A betegnek nyújtott segítséget mindig az egyén, illetve a család szükségleteihez kell igazítani. A családnak fel kell ajánlani a családterápiát, és a betegnek az egyéni-, vagy a csoportterápiában való részvétel lehetőségét. A terápiában a kezelő személyzetnek, illetve a szociális munkásnak is alapvető szerepe van, mivel általában a beteg először hozzájuk fordul. Ha az orvosok, és a nővérek meghallgatják a beteget, ha lehetővé teszik számára, hogy érzéseit kifejezze, és a beteget megfelelően informálják, valamint kérdéseire válaszolnak, akkor mindez nagymértékben segíti a beteget a fájdalom elleni küzdelemben. Többszörösen bizonyított, hogy tíz perces, ilyen jellegű beszélgetés a beteggel szignifikánsan pozitív irányba befolyásolja a fájdalomcsillapítás eredményét. A betegnek a kommunikáción túl, praktikus tanácsokat is kell adni a napi életvitelét, az elérhető szociális támogatást, a mentálhigiénés szakemberek és az önsegítő csoportok elérhetőségét, stb. illetően. Végül fontos tudni, hogy a fel nem ismert érzelmi és szociális gondok gyakran nem, vagy nem kellően csillapítható fájdalmat eredményezhetnek.

A fájdalomérzet kulturális vonatkozásai

A különböző kultúrkörökhöz tartozó betegek eltérő módon viszonyulhatnak a betegséghez, a fájdalomhoz, a halálhoz; és attitűdjük a sztoikus nyugalomtól a szorongáson át a súlyos depresszióig terjedhet. Hasonlóképpen, az egyes etnikai csoportokban eltérő lehet a palliatív (tüneti) terápia megítélése, illetve a diagnózis és prognózis nyílt megbeszéléséről alkotott vélemény. A betegek kulturális hátterének figyelmen kívül hagyása, vagy - ami még rosszabb - a különbségek előítéletekkel terhes fogadtatása fájdalomfokozó tényező lehet. A kulturális különbségekből adódó stresszt mindig preventív módon kell kezelni, amennyiben a kezelő személyzetnek ismernie és tiszteletben kell tartania valamennyi kultúrkört (beleértve a vallásokat is), és a kultúrák közötti eltéréseket értéknek kell tekinteni.

A nyelvi korlátok nagymértékben nehezíthetik a fájdalomcsillapító kezelések legkedvezőbb beállítását is. Megfelelően képzett tolmácsok segítségével a kezelések hatékonysága jelentősen fokozható. Bizonyos etnikai csoportoknál általánosan elterjedt a népi gyógyászatban használatos anyagok, beavatkozások használata. Ezeket mindig pozitív beállítottsággal lehet a beteggel megbeszélni, illetve tisztázni kell, hogy az adott gyógyszerekkel a beteg hagyományos „terápiája" nem interferál-e.

Spiritualtás

Egy ember spiritualitása egyéni létének értelmét és célját foglalja magába, és mint ilyen, független attól, hogy az illető vallásos-e, vagy sem. Az előrehaladott állapotú daganatos betegek gyakran küszködnek spirituális problémákkal, mivel a halál közelsége önértelmezésre és önigazolására „késztet". Az adott egyén számára életének értékelése, a múltbeli eseményekkel kapcsolatos bűntudat, vagy szánakozás átélése; a korábban ért igazságtalanságok miatt érzett harag; a sorsa felett érzett önsajnálat, a halál misztériumával való szembenézés rendkívül gyötrelmes is lehet. Ez a folyamat a beteget pszichésen felőrölheti, ami fokozott fájdalomérzetben, a világtól való visszahúzódásban, az addig gyakorolt vallás megtagadásában, vagy éppen fordítva, a hitre való rátalálásban jelentkezhet. A spirituális problémák, annak ellenére, hogy a fájdalmat negatív módon befolyásolhatják, gyakran észrevétlenek maradnak.

A lelki problémák kezelése

A pszichés problémák kezelése elsősorban a beteg adaptációs és küzdő mechanizmusainak fokozására irányul, ami mind a fájdalomérzékelést, mind az életminőséget kedvezően befolyásolhatja. Fontos, hogy a terápiát minden beteg számára individualizálni kell.

A kezelés alapvetően két részből áll, egyrészt a pszichés distressz ellátása (2. Táblázat), másrészt a fájdalom pszichés befolyásolása (3. Táblázat).

2. táblázat **A pszichés distressz kezelése**

A distressz jellemzője	**A kezelés módjai**
Fájdalom	Megfelelő fájdalomcsillapítás
Fizikális tünetek	A hányás/hányinger, görcsök, nehézlégzés, viszketés, szájszárazság, stb. adekvát ellátása
Szociális gondok	A szociális gondok feltérképezése A szociális támogatás igénybevételének tanácsolása A szociális támogatás megszervezése a család, és a szociális munkások segítségével
Kulturális különbségek	Az eltérő felfogás/viselkedés toleranciája A nyelvi különbségek áthidalása
Spirituális gondok	Vallási/spirituális kérdések felvetése Lelki vezetés/vezető elérhetőségének biztosítása
Általános	A beteggel való törődés Beteggel történő nyugodt kommunikáció Az érzések explorációja A beteg informálása és bevonása az őt érintő döntések meghozatalába. Az egyéniség figyelembevétele, a személyiségi jogok tiszteletben tartása. A folyamatos ápolás biztosítása

3. táblázat A fájdalom pszichés befolyásolása, pszichoterápia

Kommunikáció	Adaptációs készségek fejlesztése
Segítő csoportok	Kognitív-, magatartásterápia
Relaxációs csoportok	Nyugtatók, antidepresszánsok
Meditáció	Önismeret
Figyelem elterelés	Biofeedback (biológiai visszacsatolás)
Hipnózis	Magatartásterápia

A fájdalom pszichés befolyásolására több módszert is alkalmaznak. Mivel ezek a beavatkozások nem invazívak, és mellékhatásaik sincsenek, felajánlhatók a fájdalmat elszenvedő betegnek a megfelelő gyógyszeres kezelés kiegészítéséül. A fájdalom pszichés befolyásolására használt módszereket terapeuta segítségével kell elsajátítani, és ezeket a későbbiekben a beteg önállóan is végezheti. Másik közös tulajdonságuk, hogy a beteg aktív közreműködését igénylik. Egyes sajátos, szakértelmet igénylő terápiának, mint például a biológiai visszacsatolásnak, a kognitív- magatartásterápiának a helye a nem malignus fájdalmak kezelésében ismert, de szerepük a súlyos daganatos fájdalom csillapításában még nem egyértelműen tisztázott. Az alábbi módszerek azonban hatékonyak a malignus betegség okozta fájdalmak esetén is.

Relaxációs terápia

A relaxációs terápia sokféle változatban létezik, valamennyi közös tulajdonsága, hogy a betegek általános (lelki és testi) megnyugtatására, lecsendesítésére törekszik. Ez utóbbi hatása miatt alkalmas a fájdalom, a szorongás, vagy az emocionális distressz okozta súlyosbodás megelőzésére, csökkentésére. Mivel valamennyi technika izomrelaxációt is okoz, ezért a betegek inaktivitásából, vagy apátiájából eredő musculosceletális fájdalmak csillapítására is jól alkalmazhatóak.

Figyelemelterelés

A művészetekkel, a zenével, vagy az egyéb alkotótevékenységekkel, illetve a hobbikkal való foglalkozás jótékony hatása a betegek számára már régóta ismert. Az is köztudott, hogy az izolált, a szorongó, esetleg unatkozó beteg fájdalmát jóval nehezebb megfelelően csillapítani, mint a társasági életet is élő betegekét. Mindezek miatt a betegek pszichés és szociális aktivitásának fenntartása a beteg fájdalmát csökkentő tényező lehet.

Hipnózis

A hipnózis hatékonyságáról daganatos eredetű, illetve fantomvégtag fájdalom esetén vannak megfigyelések. A hipnózis akkor lehet sikeres, ha a beteg megfelelően hipnablis, és önként alá akarja vetni magát a kezelésnek, valamint teljes mértékben bízik a terapeutában. A hipnotikus szuggesztiók különféle stratégiáit alkalmazzák daganatos betegeknél, nevezetesen az anaesthesia hallucinálása, a fájdalom szubsztitúciója, áthelyezése, illetve disszociációja céljából. A különféle stratégiák hatékonyságát kontrollált klinikai vizsgálatokkal még nem hasonlították össze.

Kognitív terápia

A kognitív terápiával foglalkozó szakemberek a betegség - pszichés értelemben vett - leküzdésének alapvető technikáit tanítják a betegeknek. A terápia befolyásolhatja a beteg gondolkozását, ennek révén segítheti a beteget a krízis helyzetek megoldásában, illetve a fájdalom uralásában.

Pszichoterápia

A pszichoterápia hatékony segítséget jelenthet a szorongó és depressziós betegeknek, különösen akkor, ha a súlyos lelki tünetekkel küzdő betegek gyógyszeres anxiolytikus, vagy antidepresszáns kezelésben is részesülnek. A betegek kis részénél van szükség szakszerű pszichoterápiás módszer alkalmazására, a kezelés általában rövid ideig tart (néhány hét), és főként az érzelmi- és kognitív funkciók helyreállítását célozza. Nagy jelentőségű az egészség elvesztésével, az elsza-

kadással, a szenvedéssel és a halállal kapcsolatos félelmek megismerése és ha csak lehetséges, érzelmi feldolgozása. Kiindulásként meg kell ismerni a beteg testi/lelki állapotát, az azzal kapcsolatos problémákat, a reális elvárásokat és célokat. Mindezt a beteggel együtt szükséges megfogalmazni, beleértve a terápia várható eredményeit.

Depresszió

A hosszantartó, nem megfelelően csillapított fájdalom a betegek jelentős részénél depresszióhoz vezet. A betegek egy része a potenciálisan halálos kimenetelű daganatos betegség diagnózisának és kezelésének megtudása, vagy a betegség előrehaladása során észlelt fokozatos állapotromlás miatt lesz depressziós. A hosszantartó kezelések mellékhatásai is eredményezhetnek depressziót. Mindezek miatt a daganatos betegek között magas a depressziós tünetekkel küzdők aránya. Nem testi betegek esetén a depresszió diagnózisát a 4. Táblázatban felsorolt tünetek alapján állapítják meg. Megemlítjük, hogy a pszichiátriai depresszió fogalom az alábbiakban ismertetettektől eltér.

4. táblázat **A depresszió tünetei**

Pszichés	***Nyomott hangulat*** Inaktivitás, vagy csökkent öröm a tevékenységek végzésében Pszichomotoros agitáció vagy retardáció Koncentrációképtelenség és/vagy döntésképtelenség Csökkent önbecsülés Bűntudatérzés Gyakori/állandó sírás Folytonos ingerlékenység Reménytelenség érzés Suicid késztetés, halál körül forgó gondolatok
Szomatikus	A testsúly és/vagy az étvágy szignifikáns megváltozása Insomnia vagy hipersomnia Kimerültség, enerváltság

Daganatos betegek esetén a testi tünetek diagnosztikai értéke kétséges, mivel az alapbetegség is hasonló tüneteket eredményezhet. Fontos azonban, hogy depresszióra gondoljunk akkor, amikor a szomatikus tünetek aránytalanul intenzívek a fizikai elváltozás kiterjedéséhez viszonyítva. Ugyancsak fel kell vetni a depresszió lehetőségét akkor, amikor a beteg betegségét isten/sors által rászabott büntetésnek érzi/tartja, illetve hangot ad annak, hogy betegsége miatt már csak terhet jelent a környezetének. A depresszió tünetei normálisan is előfordulhatnak krízis állapot részeként, illetve súlyos affektív betegségben, organikus agyi szindrómához társulva (mint például demencia, delírium, konfúzió) vagy gyógyszer mellékhatásként.

*Krízis állapot*ban, mint például sikertelen kezelés, csonkoló műtét, nem csillapított fájdalom, stb. esetén **depresszív tünetegyüttes** alakulhat ki. Ez az úgynevezett depresszív epizód, a pszichológiai distresszre adott normális reakció része. A tünetek súlyosak lehetnek, de csak egy-két hétig tartanak, és spontán megszűnnek. A család, a barátok, illetve a beteg kezelésében résztvevő egészségügyi dolgozók lelki támogatása, illetve rövid ideig tartó megfelelő gyógyszeres kezelés (altatók, nyugtatók) a krízis időtartamát csökkenthetik, a tünetek súlyosságát enyhíthetik.

Reaktív depresszió a szokványos, az önmagát limitáló krízis reakciótól mind időtartamában, mind a tünetek súlyosságában különbözik. Az időtartam jelentősen meghaladja a két hetet, és a szimptómák súlyosabbak. A reaktív depresszió gyakran társul szorongással, és a beteg szinte teljes aktivitása a tüneteivel való foglalkozásban merül ki. Különösen igaz lehet ez a nem megfelelően csillapított fájdalom esetén, amikor a fájdalom gyakorlatilag uralja a beteg minden gondolatát.

Major, vagy endogén depresszió a reaktív depressziónál is súlyosabb tünetekkel jár, és figyelemelterelésre, támogatásra, empátiás együttérzésre nem változik.

Organikus agyi szindróma esetén a beteg akut konfúziós állapotban, vagy delíriumban lehet, vagy a korai demencia utánozhat depressziós tüneteket. A beteg mentális állapotának vizsgálata elvezethet a diagnózishoz.

A daganatos betegséghez társuló depresszió kezelésének típusa mindig a tünetek időtartamának, súlyosságának függvénye. A terápiával kapcsolatos döntést azonban a beteg daganatos státuszának és prognózisának ismeretében kell meghozni. Ha a depresszió hátterében organikus agyi szindróma áll, akkor azt megfelelő módon el kell látni. Súlyos tünetek esetén a betegnek mind az antidepresszáns terápiát, mind a pszichoterápiát fel kell ajánlani. Az antidepresszáns kezelés indikációjánál figyelembe kell venni a gyógyszerek gyakori mellékhatásait, amelyek legyengült és idős betegekben különösen kifejezettek lehetnek. A különféle triciklikus antidepresszánsoknak, eltérő mértékben ugyan, de anticholinerg és kardiovaszkuláris mellékhatásaik is vannak. A monoamin oxidáz (MAO) gátlókat daganatos betegek esetén célszerű elkerülni, részint az étkezéssel kapcsolatos megkötések, részint a gyakori gyógyszer interakciók miatt. A mianserin (Tolvon®) közepesen szedatív, viszont alig van anticholinerg, vagy kardiális mellékhatása.

A fluoxetinnek (Prozac®, Praxin®, Portal®, Deprexin®, Floxet-EGIS®, HUMA-Fluoxetin®, APO-fluoxetin®) alig van szedatív, anticholinerg vagy kardiális mellékhatása, de szorongást és insomniát, illetve anorexiát és testsúlycsökkenést okozhat.

Szorongás

A szorongás normális, általánosan előforduló emóció. A betegség fizikális tüneteitől való elkülönítése, a depresszióhoz hasonlóan, sokszor nem egyértelmű. A krónikus fájdalmat elszenvedő beteg értelemszerűen tartósan szoronghat. A szorongás klinikai tünetei sokfélék lehetnek, ahogy ezt az 5. Táblázat mutatja.

5. táblázat **A szorongás klinikai forrásai és tünetei**

Kognitív	Halálfélelem A megőrüléstől való félelem Nem jellemző félelmek *Figyelem és koncentráció zavar*
Kardiovaszkuláris	Palpitáció Tachycardia Szisztolés hipertenzió Kipirulás Verejtékezés Mellkasi fájdalom
Respiratorikus	Nehézlégzés Hiperventilláció
Neurológiai	Szédülés Tremor Paraesthesia Izomgyengeség
Gasztro-intesztinális	Anorexia Emésztési zavar Hasmenés Aerophagia
Általános	Kimerültség Insomnia Feszültség Aggódás Nyugtalanság Ingerültség

Amint az a fenti táblázatból látható, a fájdalom és a szorongás klinikai tünetei egymást átfedik, így a fájdalom hátterében meghúzódó szorongás sokszor észrevétlen és kezeletlen marad. A szorongó beteg számára a fájdalom sokkal nagyobb problémát jelent a mindennapi életvitelben, mint a nem szorongó beteg esetében, annak ellenére, hogy a szorongó betegek nem szükségszerűen éreznek intenzívebb fájdalmat, mint a nem szorongó betegek. Mivel a szorongás a fájdalmat fenntarthatja, a nem felismert, és nem kezelt szorongás sikertelen fájdalomcsillapítást okozhat.

A szorongás distresszre adott válasz, ami átlagos körülmények között is előfordul. Kiváltó oka lehet a fájdalom, a daganatos betegség diagnózisának

megtudása, a daganatellenes terápia, stb. A krízis helyzetre kialakuló szorongás rövid idő alatt szűnik, különösen akkor, ha kifejezetten figyelünk a betegre és fizikai panaszait megfelelően ellátjuk.

A reaktív szorongás hosszabb ideig tart, mint az a krízis reakció esetén várható (7-14 nap), és a tünetek is súlyosabbak, mint az adaptációs szorongás esetén. Ebben az állapotban a szorongás mellé nagyon gyakran depresszív tünetek is társulnak.

Az organikus szorongásszindróma a betegség fizikális tüneteihez társuló, adott esetben hevenyen kialakuló szorongást jelent. A betegség sok, fájdalmat, szenvedést okozó tünete kiválthatja.

A szorongásos betegség alatt a pánik betegséget, a különféle fóbiákat, illetve a generalizált, súlyos szorongást értjük. A betegek tünetei a betegség kiterjedéséhez viszonyítva aránytalanul súlyosak, a tünetek a beteget „megbénítják". A generalizált szorongást autonóm hiperaktivitással járó krónikus, irreális aggodalmak jellemzik, amihez rossz előérzet, félelem, nyugtalanság és hipervigilitás társul. A szorongások különféle fajtáit a 6. Táblázatban foglaltuk össze.

6. táblázat **A szorongás típusai**

„Normális" szorongás	Stresszre adott szorongásos reakció
Reaktív szorongás	Súlyosabb tünetek, mint normál reakció esetén ± depresszió
Organikus szorongás szindróma	Nem megfelelően kontrollált fájdalom Hipoxia, respiratórikus distressz Akut konfúzió/delírium Egyéb nem jól kontrollált súlyos fizikális tünet (hányás, viszketés, oedema stb.) Gyógyszer mellékhatás (corticosteroid, metoclopramid, bronchodilatátorok) Gyógyszer elvonás (opioid, barbiturat, benzodiazepin, alkohol)
Szorongás betegség	Pánik reakció Fóbiák Kényszer Posttraumás stressz betegeség (PTSD)

Az „egyszerű" szorongás esetén az odafordulás, a figyelem, az empátia, a beteggel való fokozott törődés, a szupportív terápia elegendő. Ha a tünetek súlyosak, akkor altatók és nyugtatók átmeneti alkalmazása indokolt lehet. A benzodiazepinek a leggyakrabban használt nyugtatók. A rövid vagy közepes hatástartamú szerek (alprazolam [Xanax®,Frontin®,APO-Alpraz®, Alprox®], lorazepam és oxazepam) előnyben részesítendők a hosszúhatású készitményekkel (pl. Diazepam [Seduxen®, Stesolid®]) szemben. A midazolam (Dormicum®) szubcután is adható, és a morfinnal s.c. infúzióban egybe szívható.

A fájdalom pszichés vonatkozásaival kapcsolatban meg kell említeni a fájdalomcsillapítók, ezen belül is az opiátok pszichés hatásait.

Ajánlott irodalom

1. Bond M R: Psychological and emotional aspects of cancer pain. In: Bonica J J, Ventafridda V (eds). The International Symposium on Pain of Advanced Cancer: Advances in Pain Research and Therapy, vol2. New York: Raven Press; 81-88, 1979.
2. Bond M R, Pearson I B: Psychological aspects of pain in woman with advanced cancer of the cervix. *J Psychosom Res*; 13: 13-19, 1969.
3. Cleeland C S, Gonin R, et al.: Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Eng J Med*; 330: 592, 1994.
4. Daut R L, Cleeland C S: The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer*; 50: 1013-1918, 1982.
5. Foley K M: The treatment of cancer pain. *N Engl J Med*; 313: 84-95, 1985.
6. Hathaway D: Effect of preoperative instruction on postoperative outcomes: a meta-analysis. *Nurs Res*; 35: 269, 1986.
7. Kulcsár Zs.: A fájdalom pszichofiziológiai és egészségpszichológiai elemzése. In: Egészségpszichológia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2002
8. Lindsay, S. J. E.: Fears and anxiety: Investigation and treatment. In: The handbook of clinical adult psychology. Eds.: Lindsay, S. J. E., Powell,G. E. 144-199, Routledge, Great Britain, 1994
9. Melzack, R.: A fájdalom rejtélye. Gondolat, Budapest, 1977
10. Melzack, R., Wall, P. D.: The challange of pain. New York, Basic Books, 1982
11. Nassie M J, Holland J C: The cancsr patient with pain: Psychiatric complications and their management. *Med Clin North Am*; 71: 243-258, 1987.
12. Portenoy R K: Cancer pain: epidemiology and syndromes. *Cancer*; 63: 2298-2307, 1989.
13. Rippere, V.: Depression: investigation and treatment. In: The handbook of clinical adult psychology. Eds.: Lindsay, S. J. E., Powell,G. E. 92-144, Routledge, Great Britain, 1994
14. Spiegel D, Bloom J R: Pain in metastatic breast cancer, *Cancer*; 52: 341-345, 1983.
15. Syrjala K L, Chapko M E: Evidence for a biopsychsocial model of cancer related pain. *Pain*; 61: 69, 1995.
16. Twycross R G: Incidence of pain. *Clin Oncol*; 3: 5-15, 1984.
17. Zhukovsky D S, Gorowski E, Hausdorff J et al.: Unmet analgesic needs in cancer patients *J Pain Sympt Manag*; 10: 113, 1995.
18. Ward S E, Goldberg N, et al.: Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain*; 52: 319, 1993.

8.2 Fáradtság

Dank Magdolna

A fáradtságot a daganatos betegek a normális funkciók, a megfelelő közérzet, és a jó életminőség jelentős akadályaként határozzák meg. A daganatellenes kezelésben részesülőknél gyakori, az előrehaladott betegségben szenvedőknél pedig méginkább gyakori az előfordulása: áttétes betegek esetében 75% körül van.

Az angol nyelvterületen pontosan ki tudják fejezni, hogy mi a különbség a „fatigue" és „tired" között. A magyar nyelvben a „fáradtság" szó árnyaltságát, illetve módosulatait igekötőkkel fejezhetjük ki: elfáradt, megfáradt, belefáradt, kifáradt, lefáradt. Fontos, hogy megértsük a daganatos betegséghez kapcsolt fáradtság- „megfáradás" –jelentőségét, noha e tünet epidemiológiája és etiológiája még nem eléggé tisztázott. A demográfiai karakterek, a pszichológiai és pszichoszociális tényezők, valamint a daganatos fáradtság közötti összefüggések nem, vagy nem jól definiáltak.

A fáradtság meghatározása és okai

Maguk a betegek is éles különbséget tesznek a „normális" fáradtság - mely kapcsolódhat erőltetett munkavégzéshez, testedzéshez, szellemi tevékenységhez - és a daganat megléte idején kialakult fáradtság között. Ez utóbbit sokszor, mint astheniát határozzák meg, azonban ez a szindrómának csupán egy része. Az asthenia görög eredetű szó, az *a* és *stenos* azt jelenti, hogy nincs erő. A daganatos fáradtság ennél sokkal összetettebb, multidimenzionális és egyben interaktív tünet.

A daganatos fáradtságot, mint diagnózist a Classification of Diseases 10th Revision Clinical Modification elfogadta, és az alábbi kritériumokat javasolta a meghatározásához:

A daganatos-fáradtság diagnózis megállapításához javasolt kritériumok

Az alábbi tünetek - az elmúlt egy hónapot vizsgálva - minden nap (vagy közel mindennap) jelentkeztek, legalább 2 héten keresztül:

- jelentős fáradtság, csökkent energia, avagy megnövekedett pihenés igény
- az aktivitás megszokott menetének aránytalan megváltozása.

Ezen kívül még 5 (vagy több) az alábbiak közül

- általános gyengeségérzés, illetve elnehezedett végtagérzés panasza
- koncentrációs képesség, figyelem csökkenése
- gondok a rövidtávú memóriával
- csökkent motiváció, vagy érdeklődés a kellemes, vonzó és megszokott tevékenységek iránt egyaránt
- insomnia vagy hypersomnia,
- nem felfrissítő. ill. kimerítő alvás tapasztalata
- az inaktivitás ellen észrevehető küzdelem
- markáns érzelmi reakciók (frusztráció, ingerlékenység)
- a fáradtságérzet miatt nehézségek a napi tevékenységek elvégzésében
- erőkifejtések utáni rossz közérzet fennmaradása órákon át.

A daganatos fáradtság szindróma megtalálható a National Cancer Institute Toxicitási Kritériumai (CTC) között is: letargia, rossz közérzet és asthenia.

Az onkológiában az első egységes fáradtság modell *Piper* nevéhez fűződik, aki a különböző fizikai, pszichológiai szociális és terápiás összefüggéseket kereste, de nem adott metodikai mérési lehetőséget.

Winnigha és Nail a sajátos fáradtságot, mint a daganatos betegség tüneteivel összefüggő jelenséget fogalmazták meg. *Irvine és Vincent* a fáradtság kialakulásában az energia transzformálódására és csökkenésére világítottak rá. *Galuss* összevetette a daganatos betegek fáradtságát az egészségesekével. Mindkét csoportban kimutatható volt a fáradtság fizikai, affektív és kognitív megnyilvánulása.

Előrehaladott rákbetegség

Előrehaladott áttétes betegségben a fáradtság egyike a leggyakrabban említett tüneteknek, és a betegek gyakran ezt élik át a legsúlyosabbnak. Az energia elvesztése, a gyengeségérzés, a kifáradás jelenléte a betegek 60-80%-ánál jelen van, ennek klinikailag is jelentősége is van, és egyértelműen befolyásolja az életminőséget. Ebben a stádiumban a tumoros cachexia-anorexia jelenléte a betegek kétharmadánál figyelhető meg, ami megváltozott citokin (sokféle sejtből származó bioaktív, immunszabályozó anyag és a regenerációs folyamatok mediátora) termeléssel jár, mind a gazdaszervezet, mind pedig a daganat részéről. Megváltozik az immunrendszer integritása, és elhúzódó fertőzések léphetnek fel. A kifáradás, az izomgyengeség/erőtlenség, a kedvetlenség és a hypersomnia a szociális aktivitás megváltozásához/ beszűküléséhez is vezet, ami elősegíti a beteg izolálódását. Az önellátás és a napi tevékenységek kivitelezésében fellépő nehézségek tovább erősítik a fáradtságérzés meglétét. Az alvászavar - napközbeni álmossággal, de mégis alvásképtelenséggel - ugyancsak gyengítik a beteg erőnlétét, nagyfokú kimerültségbe torkollhat a folyamat, ami a tervezett kezelések elutasítását is eredményezheti. Utóbbihoz vezet a kezelés okozta fáradtság

is. Éppen ezért a fáradtság megfelelő kezelése alapfeltétele a daganatellenes terápia elfogadásának.

A kezelésekkel összefüggésben kialakuló fáradtságszindróma

Amikor a daganatos fáradtság elsődlegesen a daganatellenes kezeléssel hozható összefüggésbe, akkor általában a ciklusosan adott kemoterápia után néhány nappal jelentkezik, és csökkenése csak a következő kezelés előtti napokban várható. Kombinált kemoterápia adásakor a fáradtság általában a csontvelői nadír időpontjában jelentkezik. A kemoterápiában részesülő nők azt tapasztalták, hogy a kemoterápia alatt jelentkező fáradtságot az alvás, és a megfelelő testmozgás képes mérsékelni. A citosztatikumok közül az 5-fluorouracil, a vincristin, vinblastin és a vinorelbin hozhat létre fáradtság szindrómát. Egyéb gyógyszerek összefüggésbe hozhatók az agyi organikus szindrómával, mely szintén együttjár fáradtságérzéssel. Ezen citosztatikumok a methotrexat, cytosin arabinosid, hexamethylmelamin, és az ifosfamid.

A biológiai válaszmódosítók (interferon, interleukin) adásakor a fáradtság szindróma megjelenése dózisfüggő. Közönyösség, csökkent koncentrálóképesség, álmatlanság és pszichomotoros nyugtalanság mutatkozhat, és a kezelés előrehaladtával depresszió, irritabilitás és encephalopathia is kialakulhat. A terápia alatt a pajzsmirigyműködés csökkent lehet.

A kortikoszteroidok is okozhatnak fáradtságot, ami elsősorban az izmok gyengeségével magyarázható. Ugyanakkor a szteroidok előrehaladott betegségben javíthatják a közérzetet, elősegíthetik a napi aktivitás javulását, stimulálják az étvágyat. Napi 32 mg methylprednisolon már jótékony hatású lehet. Néhány nap után a hangulat is javulást mutathat. Ezek a hatások néhány hétig kedvezően jelen lehetnek, de tartós szteroid adagoláskor már eltűnnek. Azoknál, akik hosszabb ideig kényszerülnek szteroidot szedni, izom atrófia és miopátia is kifejlődik, valamint insomnia és depresszió alakulhat ki. Érdemes megemlíteni a progesztogének, így leginkább a megestrol acetat kedvező hatását az étvágyra, a hangulatra. Adása jótékonyan hat a tumoros anorexia-cachexia syndromában. Miután a tumor necrosis faktornak (TNF, szerepe van a gyulladásos folyamatokban, sebgyógyulásban is) és a különböző citokinekenek meghatározó szerepük van a cachectizálódás kialakulásában, a citokin antagonistákkal kedvező eredmény érhető el. A daganatos betegekben Pentoxifyllinnel lecsökkenthető a TNF mRNS szintje.

Az aminogluthetimidet korábban gyakrabban, ma azonban csak ritkán adják. Az első hetekben kialakuló fáradtság azonban idővel mérséklődik. Tamoxifen esetében a kipirulás és az alvászavar jelent gondot, azonban a gyógyszert a betegek általában jól tűrik. Ezzel szemben a progesztogén származékok depresszióit és fáradtság okozó hatása dózisfüggő, noha étvágyserkentő hatásuk jó hatással lehet a közérzetre.

Az alacsony magnézium szint is összefügg a fáradtság szindróma kialakulásával. Oka lehet például a ciszplatin okozta vesekárosodás, és a csökkent orális bevitel egyaránt.

A posturális hypotenzió ciszplatin avagy etoposid kezelés következménye lehet. A betegek gyengének érzik magukat már felkeléskor, sokszor nehéznek érzik még a papír megtartását is. Posturális hypotenzio alakulhat ki anorexia, illetve elhúzódó antihipertenziv kezelés esetén is.

A daganatos betegeknél észlelhető anaemia (vérszegénység) oka lehet a betegség, a kemo- illetve radioterápia, a csökkent keringő vérmennyiség, a tumoros csontvelő infiltráció, és a csökkent erythropoetin válasz. Ezekben a betegekben szignifikánsan alacsonyabb keringő endogén erythropoetin szintet találtak, mint azoknál, akiknél az anaemia oka egyszerűen csak a vashiány. Noha a kezeléssel összefüggésben kialakult anaemia általában reverzibilis, és hatása nem jelentős a posztterápiás morbiditásra, de negatívan befolyásolja az életminőséget. A betegeket a haemoglobin szint alapján 2 csoportra oszthatjuk. Alacsony, ha a haemoglobin szint≤12.0g/dl, és magas, ha ≥12 .0g/dl. Az utóbbi csoportban a fáradtság szindróma prevalenciája alacsonyabb, jobb a hangulati állapot és a munkavégzési képesség.

Frakcionált sugárkezelés során a daganatos-fáradtság halmozódó jellegű. A teljes test besugárzás kifejezett fáradtságot okoz. A koponya-besugárzás, vagy a máj irradiációja letargiát válthat ki. Gyakori a fáradtság szindróma a tüdő sugárkezelése után. A fáradtság és a nehézlégzés a sugár-pneumonitis heveny tünetei lehetnek. A fej-nyak daganatok, a nőgyógyászati és a genitourináris tumorok sugárkezelése is kiváltja a fáradtság szindrómát. A fej-nyak daganatok esetében a csökkent pajzsmirigyműködés is ronthat a tüneteken. Általában a kemo-illetve radioterápia után is hosszasan megmaradnak e szindróma tünetei.

Kedélyállapot és hangulat megváltozásának hatása a fáradtságérzetre

A major depresszió diagnózisa a rákbetegségben neurobiológiai eredetűnek tekinthető, mely kapcsolatban áll a betegség tényének elfogadási nehézségével, az azzal való együttélés megtanulásának hiányával/nehézségével is. Maga a depresszió nagyon gyakori a daganatos betegség jelenléte nélkül, és megelőzheti a rák-diagnózist. A diagnózis fontos kritériuma az energia csökkenése/elvesztése. Hiányzik a motiváció, kedvetlenné válik a beteg. A reggelek félelemmel, szorongással indulnak, és ez az érzés a nap folyamán megmarad. Jellemző, hogy a mozgás erőtlenné válik. Gyakran a betegek a lábukat ólomnehéznek érzik járás közben. Insomnia, vagy aluszékonyság gyakori kísérő tünet. Fontos a megfelelő antidepresszánsok alkalmazása, pszichoterápiával egyidőben.

Szorongásos állapotok

A szorongásos állapot nagymértékben csökkenti az energiaszintet is. Ezt az állapotot számos tényező tarthatja fenn, így például a következő diagnosztikus eljárás módja, kimenetele, a várakozás, ami akár napokat vehet igénybe, az ismételt kontrollvizsgálatok eredménye, a sikertelen vizsgálatok ismétlésének szükségessége Kondicionálódhat a szorongás, ha a kemoterápiás kezelésekhez há-

nyás, vagy tartósan fennálló hányinger, vagy súlyos hasmenés társul. Aktiválódhat a daganatos betegség előtt kialakult pánik betegség, vagy éppen az onkoterápia alatt alakulhat ki. A betegeknél változatos pszichés és szomatikus tünetek léphetnek fel, melyek alarmozó jellegűek, és sokszor fáradtság követi lezajlásukat. Indokolt esetben a szorongáscsökkentőket – elsősorban a benzodiazepineket - időben és megfelelő ideig kell alkalmazni. A szorongásos rohamok ismétlődése a depresszió bevezetője is lehet. Az anticipátoros tünetek és a pánik rohamok különböző deszenzitizáló technikák, vagy egyéb pszichoterápiás módszerek alkalmazását tehetik szükségessé.

Figyelmet igényel a krónikus, perzisztáló fájdalom is. A fájdalom intenzitása és időtartama szoros összefüggést mutathat a fáradtság átélésével. A nem kellően csillapított fájdalom álmatlansághoz, kialvatlansághoz vezet, és korlátozza a mozgást, nehezíti a mobilitást. Éppen ezért fontos a fájdalomcsillapítás azonnali és megfelelő alkalmazása, és a hatásosság monitorozása.

Az alvászavarok is hozzáadódnak a fáradtsághoz. Nehézlégzés, kínzó, hosszan tartó köhögés, csillapítatlan fájdalom nehezíti az elalvást. Hörgőtágítók, nyugtatók, oxigén adása válhat szükségessé. Ugyancsak alvászavart okozhat az un. „nyugtalan láb” syndroma.

Az adott betegben kialakult daganatos fáradtság tünetegyüttes kóréletta-na egyéni. A lehetséges, prediszponáló tényezőket az alábbiak lehetnek:

Fiziológiai

- A betegség kezeléséből adódó gyógymódok:
  - kemoterápia
  - radioterápia
  - sebészi ellátás
  - biológiai válaszmódosítók
- Interkurrens szisztémás betegségek egyidejű jelenléte:
  - anémia
  - infekció
  - tüdőbetegségek
  - májkárosodás
  - vesekárosodás
  - szívbetegségek
  - alultápláltság
  - neuromusculáris megbetegedések
  - dehidráció és elektrolit zavar
  - alvászavar
  - Immobilizáció és mozgáshiány
  - krónikus fájdalom
  - centrálisan ható gyógyszerek (pl. opioidok) alkalmazása
- Pszichoszociális tünetek/betegségek egyidejű jelenléte
  - szorongás
  - depresszió, illetve depresszív tünetek

A fáradtság mérésére alkalmazható módszerek

A daganatos fáradtság mérése nem könnyű, mivel összetett és interaktív tényezők határozzák meg (hangulati zavarok/változások, infekció/láz, anorexia/cachexia, fájdalom, alvási zavar, anémia, kemo- és radioterápia okozta mellékhatások, sebészi beavatkozás utáni periódus).

A mindennapi gyakorlat számára jól használható a következő három kérdés, mely segíti a daganatos-fáradtság súlyosságának megítélését:

1. Tapasztal-e a fáradtságot?
2. Amennyiben igen, milyen súlyosnak tartja azt az elmúlt hetek során? – ehhez jól használható a 0-10-ig számozott skála (vizuális analóg skála)
3. A fáradtság mennyiben akadályozza képességeit/funkcióit?

Természetesen a validált kérdőívek alaposabban próbálják meghatározni a daganatos fáradtság szindrómát.

Az első validált skála a Piper-féle fáradtság skála, mely 41 részes kérdőívet, valamint egy mérőskálát (LASA-t linear analog scale assessment) foglal magába.

A „FACT " mérőrendszer

A „Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT)" több, mint 250 kérdésből áll. A FACT az egészség-függő életminőség széleskörű mérőrendszere, melyet nem csak daganatos betegeknél, hanem egyéb krónikus betegeknél is alkalmaznak. Egy adott betegnél azonban ritkán tesznek fel 60-nál több kérdést. Ennek a rendszernek egy egyszerű, 27 kérdésből álló változata a FACT-G, (G=general) mellyel a daganatos betegek tüneteinek széles skálája meghatározható. Az egészség átélésére vonatkozó kérdések négy részre oszthatók: funkcionális, fizikai, emocionális, valamint szociális és családi vonatkozásokat vizsgál.

Az egészség fizikai megítélése a kezelések során fellépő mellékhatásoktól is függhet. A funkcionális megélés mutatja a beteg késztetését a mindennapos tevékenységek elvégzésére, a munkavégzésre. Fontos szerepet kap az alvás, annak frissítő, vagy fárasztó jellege.

Az egészség érzelmi szinten tartalmazza a pozitív véleményeket, a reményteljességet ugyanúgy, mint a depressziót, avagy a szorongást.

Az egészség szociális-, illetve családi vonatkozásai a környezettel családdal, barátokkal való kapcsolatban, illetve a tőlük jövő támogatásban mutatkozhat meg.

A FACT-G-t egészíti ki a FACT-F a daganatos fáradtság, és a FACT-An a tumoros anémia mérésére.

A FACT az anémiával kapcsolatos fáradtságra vonatkozó kérdései:

- megfáradás
- gondot jelent a sétálás
- gyengeség
- gyors kifáradás

- fejfájás, szédülés
- fásultság
- nehézlégzés
- kevés energia
- mellkasi fájdalom
- nehézségek a tevékenységek megkezdésekor
- nehézségek a tevékenységek befejezésekor
- kevesebb motiváció
- az evés fáradtságos
- libidó csökkenés
- szociális beszűkülés
- a fáradtságból adódó frusztrációk
- segítség igénylése a szokásos tevékenységek végrehajtásához
- fekvés/alvás igénye napközben

A fáradtság hatásai az életminőségre

Az életminőség részei	A fáradtság hatása
Fizikai	csökkent energia csökkent erő kimerültség fájdalmak nehezebb elviselése alvászavarok
Funkcionális	csökkent koncentrációképesség csökkent motiváció csökkent, ill. nehézkes munkavégzés házkörüli teendők ellátásaq
Pszichológiai	kontroll csökkenése hasznavehetetlenség érzése depresszió szorongás frusztráció elveszettség érzése
Szociális	korlátozott szociális/ társasági aktivitás
Spirituális	elhagyatottság érzés reményvesztettség átértékelődések

A fáradtság kezelése

Gyógyszeres terápia:

A daganatos fáradtság kezelésében alkalmazott gyógyszeres terápia a betegséggel függ össze, és nem a trial-ek (leendő gyógyszerek, kezelési eljárások, stb. emberen - szigorúan ellenőrzött körülmények között - történő vizsgálata, melynek célja hatásosságuk, hasznosságuk igazolása a tudomány objektív módszereivel) által meghatározottak. A fáradtság enyhítésére számos gyógyszercsoportot alkalmaznak. A pszichostimulánsokat elsősorban az opioid okozta somnolenciában, depresszióban, időseknél, előrehaladott tumoros állapotokban. A pszichostimulánsoknál kialakuló mellékhatások: anorexia, insomnia, szorongás, delírium, tachycardia. Biztonságos alkalmazásuk lassú dózisemelést igényel.
A daganatos betegeknél gyakori az anticipátoros szorongás: félelem a következő vizsgálattól, a lehetséges relapszustól. A szorongás kondicionálódhat a periodikus kemoterápiák során is. A szorongáscsökkentők, mint pl. a benzodiazepinek, hatásosak lehetnek a szorongást provokáló szituációk előtt (pl. kemoterápia adását megelőzően). A krónikus, visszatérő pánik-rohamok, valamint transiens depresszió esetén antidepresszánsok adása indokolt.

Az álmatlanság hátterében perzisztáló fájdalom is állhat, azért fontos a megfelelő fájdalomcsillapító kezelés beállítása. Ugyancsak kezelendő a nehézlégzés, ami hozzájárul az álmatlanság kialakulásához.

Az anorexia/cacehxia szindróma megfelelő energia/kalória bevitelt igényel, szükség esetén akár parenterális (gyomor- bélrendszeren kívüli) táplálást is alkalmazni kell. A leromlott állapotú betegeknél étvágyjavító gyógyszerek adása is szóba jön.

Nagyon kevés adat van a kisdózisú szteroid alkalmazásról, elsősorban előrehaladott betegség, és multiszimptómák esetén. A dexamethasont és a prednisolont adják leginkább.

Az anémia monitorozása, és az időben megkezdett epoetin α kezelés a haemoglobin szint emelése révén lehetővé teszi a tervezett terápia megadását, a betegek fizikai és funkcionális állapota jobb lesz, javul az életminőségük.

Gyógyszer nélküli beavatkozások

Elsődleges a beteg és környezetének felvilágosítása a daganatos fáradtság szindróma és az alapbetegség, illetve annak kezelésének összefüggéseiről. Sokszor a beteg által vezetett napló lehet segítségünkre a megfelelő kezelés kiválasztásában.

A beteg által végzett mozgások, gyakorlatok megtervezése fontos. Ezt számos tényező szabhatja meg, melyek individuálisak. Általánosságban azonban azt lehet javasolni, hogy a mozgásforma ritmusos, a nagy izomcsoportok számára ismétlődő legyen, pl. úszás, sétálás.

Hasznosak lehetnek a stressz-csökkentő, vagy kognitív terápiák. Jó eredménnyel alkalmazható relaxáció, vagy hipnózis.

Fáradtság jelenléte a túlélőknél

A komplex daganatellenes kezelés befejezése után az életbe való visszatérés számos nehézséggel járhat. Megváltozhat a testséma, károsodhatnak bizonyos szervi funkciók, melyekkel a továbbiakban együtt kell tudni élni (csonkolással járó műtétek, amputációk, arcot megváltoztató operációk, ill. sugárkezelés). A csontvelő transzplantáción átesetteknél, Hodgkin kórosoknál és emlőrákosoknál a kemoterápiás kezelések hosszan megmaradó mellékhatása a fáradtság és az alvászavar, ami nehezíti a teljes értékű életbe való visszatérést. Sok esetben a terápia befejezése után is hiányzik a korábbi állóképesség. Csontvelő transzplantációt követően komoly félelem lehet a kilökődéstől (graft versus host reakció), ami hangulati zavarokat, szorongást tarthat fenn. Antraciklin terápiát követően a bal kamra subklinikai funkciózavaraival lehet számolni, és ez különösen a gyermekkori/fiatalkori terápiák után okozhat fáradságot. Szerepe lehet a taxán kezeléseknek, és még nem ismerjük egyes a biológiai válaszmódosítók késői hatását. A taxánok közül a paclitaxel okozhat perifériás neuropátiát, a tartósan adott kortikoszteroidok pedig krónikus izomgyengeséget, mindkettő fenntartja a fáradtság érzését. Bleomycin adásakor tüdőfibrózis és alveoláris károsodás alakulhat ki, így munkavégzés/mozgás során a ventilláció nem lesz megfelelő. Nagyfokú, és hosszan fennálló fáradtság alulműködő pajzsmirigyre lehet jellemző. Különösen érdemes erre gondolni, ha a beteg megelőzően nyaki sugárkezelésben részesült.

A daganatos- fáradtság szindróma napjainkban a palliatív medicina fókuszában áll. A betegség hátterében maga a daganatos betegség, és a betegség következményei – beleértve a daganatellenes kezelést is – állnak. A tünetcsoport multifaktoriális, a tünetek interaktívak. A daganatos fáradtság hatása az életminőségre egyértelmű, éppen ezért korai felismerése, és a megfelelő kezelési stratégiák bevetése egyaránt fontos. Az adott betegnek mindig személyre szabott kezelésben kell részesülnie. A palliatív ellátás hálás kutatási területet is jelent a jövő szakemberei számára.

Ajánlott irodalom:

1. Ádány R., Kásler M. és mtsai (szerk.): Az onkológia alapjai. Medicina, Budapest, 1997
2. Dank M.: Daganatos betegek rehabilitációja. In: Rehabilitáció az orvosi gyakorlatban. Szerk. Huszár I., Tringer L., Kullmann L. 305-332, SOTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest, 1999
3. Dank M.: Szomatopszichés rehabilitáció daganatos betegeknél. In: A rehabilitáció gyakorlata. Szerk.: Huszár I., Kullmann L., Tringer L., 216-236Medicina, Budapest
4. Doyle, D., Hanks, G. et al.: Oxford Textbook of Palliative Medicine. New York:Oxford Univ Press, 1993
5. Eckhardt S. (szerk.): A felnőttkori daganatos betegek gyógyszeres kezelése. Medicina, 1998
6. Holland, J. C.: Radiotherapy, chemotherapy, endocrine therapy and immunotherapy. In: Handbook of psychooncology (2nd ed.) Eds Holland, J. C., Rowland, J. H. et al. Oxford Univ Press, New York, Oxford, 1990
7. Kulcsár Zs.: Fáradtság, depresszió, fájdalom. In: Egészségpszichológia. 105-109, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2002
8. Landman, W. J.: Pain and symptom control in terminal illness. CME 15, 7: 801-810

8.3 Cachexia

Pósa István

A daganatos halálozások mintegy 80 %-ában szerepel a cachexia (leromlott fizikai állapot) mint az egyik halálhoz vezető ok, és a daganatos halálesetek 22 % -ában önálló halálok. A jelenség súlya miatt nem meglepő, hogy a daganatos betegek kuratív és palliatív kezelésében egyaránt a komplex terápia része a betegek helyes táplálása.

A cachexia szó két részből adódik: kakos = rossz, és hexis = kondíció. A jelenség előrehaladott éhezési állapotnak felel meg, melyet részben a csökkent táplálékfogyasztás, részben a daganat és a gazda szervezet kölcsönhatására létrejövő hormonális és metabolikus eltérések jellemeznek. A cachexia szindrómában a spontán táplálékfelvétel mértéke nem képes ellensúlyozni azt a megemelkedett energia igényt, amelyet a szervezetben burjánzó daganat kíván. A táplálékkal bevitt, a szövetekből elvont energiát a tumorszövet a saját maga fenntartásához irányítja. Az ily módon létrejött állapot jelentősen különbözik a más, a klinikai gyakorlatban látható egyéb hipermetabolikus állapotoktól, mint például a terhesség, a fokozott fizikai aktivitás, vagy a thyreotoxicosis.

A cachexia kifejezést gyakran összekeverik az anorexia szóval. Szükséges kifejteni, hogy az anorexia kizárólag valamely fiziológiai, vagy pszichológiai okra visszavezethető csökkent étvágyat és táplálkozást jelent. A cachexia nem azonosítható a pszichiátriában ismert „anorexia nervosa" kórképpel. Ugyanis az anorexia nervosa olyan pszichés rendellenesség, amelyben a kívánt soványság fenntartása a korlátozott táplálék bevitel révén valósul meg. A különbség a testforma önmegítélésében is megnyilvánul. Az anorexia nervosában szenvedő beteg folyamatosan túlsúlyosnak látja magát, bármennyire alultáplált is. A rákos, cachexiás beteg viszont retteg a súlyvesztéstől, és ezek a betegek nem pszichés okok miatt utasítják el az ételt.

A cachexia szindróma gyakorlatilag az összes szervet érinti. A cachexiás beteg szinte mindig anémiás, a hiányos táplálkozás miatt elektrolit eltolódások alakulnak ki, amely tovább súlyosbítja az állapotot. Megtekintéskor a cachexiás betegeken mindig láthatók a súlyos betegség tünetei. Bőrük halovány, atrófiás, arcuk általában beesett, kiemelkedő pofacsontokkal. Az izmaik testszerte atoniásak. A cachexia kardinális tünete, a vázizmok sorvadása és kimerülése a rosszindulatú megbetegedéseken kívül krónikus gyulladásokban, végstádiumú AIDS-ben, szívelégtelenségben, reumatikus izületi gyulladásokban, tuberkulózisban, krónikus tüdőgyulladásban, tüdőfibrózisban, Crohn-betegségben, valamint az öregedési folyamatban is megfigyelhető. Cachexia esetén a fiziológiai metabolikus és viselkedési változásokat a citokinek is szabályozzák.

A rosszul tápláltság fő jellemzője - az említett tényezők mellett - a sarcopenia, amely a vázizmok szerkezeti változását jelenti, változatlan testsúly mellett.

A vázizmok sorvadását a test protein tartalékainak redisztribuciója okozza. A vázizmok kimerítésével párhuzamosan a gyulladásokra jellemző úgynevezett „akut – fázis – proteinek” szintézise fokozódik, amely a szöveti sérülésekre adott válasz. Az előrehaladott betegségfolyamattal jellemezhető betegek kockázata fokozott a pneumóniára, a thrombembóliás szövődményekre, a szívelégtelenségre, illetve a hirtelen halálra. A krónikus kimerültség állandósul, és alvászavarokat okoz, emiatt a beteg elveszti képességét az önellátásra.

A cachexia szindrómában a tumor a testre olyan hatást fejt ki, amelyben a spontán tápanyag bevitel elégtelensége párosul a hatalmas mennyiségű energia szükséglettel. Az energia legnagyobb részét a rosszindulatú sejtek az önfenntartáshoz használják fel, elvonva a betegtől, aki ezért fáradékony. Ez a hipermetabolikus állapot teljesen más, mint például a terhesség, a fokozott fizikai aktivitás, vagy a thyreotoxikozis, mert ezen állapotokban a növekvő energiaszükséglet növekvő táplálékbeviteli hajlandósággal párosul.

A cachexia kialakulásának okai

Gastrointestinális rendszer

A daganat önmagában is, de a gyógyítás során alkalmazott sebészi eljárások, kemo-, és sugárterápia is mélyre ható változásokat okoz a tápcsatorna működésében. A táplálék felvételt az ízlelés, a szaglás és az étel látványa stimulálja. A fej-nyak daganatoknál, vagy az alkalmazott kezelések (kemoterápia, sugárkezelés) miatt sokszor alakul ki szájszárazság, amely lehetetlenné teszi az ízlelő bimbók működését. A szisztémás kemoterápiáról tudjuk, hogy csökkenti a keserű ízekhez való toleranciát, és megnöveli az édes íz ingerküszöbét. A kemoterápiás szerek önmaguk, vagy a miattuk használt hányáscsillapító szerek hatásaként fémes szájízt okoznak. A mucositis és a stomatitis az ízérzés gátlásán túl a rágást is megnehezíti. A kevés mennyiségű étel fogyasztása után bekövetkező teltségérzés a pancreas rák klasszikus jele, de szinte valamennyi más betegségben is megemlítik. Viszonylag gyakran kényszerülünk szteroid, vagy antibiotikum rendelésére. Mindkét szer okozhat gyomornyálkahártya irritációt és disbakteriosis révén malabsorptiót. A narkotikus fájdalomcsillapítók befolyásolhatják a nyelés és a gyomorürülés folyamatát, illetve a bélperisztaltika bénításával akár ileust is okozhatnak. Hasi daganat, illetve nyirokcsomó áttét okozta dystónia szintén negatív módon befolyásolja a táplálkozás folyamatát.

A táplálkozás és a gyógyító beavatkozások közötti lehetséges társulás

Az emetogén kemoterápia alkalmazása folyamán tanult elutasítás alakulhat ki a kedvenc ételekkel szemben. Igen erős asszociáció épülhet ki azokkal az ételekkel kapcsolatban is, amelyek a kellemetlen gyomor-bélműködést okozó beavatkozásokkal (sugárkezelés, kemoterápia) összefüggésben kerülnek elfogyasztásra. Ez a tanult elutasítás gyorsan kialakuló, nagyon erős szokás. Kemoterápia során

ez a kondicionálódás a kedvenc ételek mellőzésével, illetve alacsony protein tartalmú és magas szénhidráttartalmú ételek bevitelével kerülhető el.

A fentieken túlmenően számos szociális és kulturális faktor is befolyásolja az adott egyén pszichológiai történéseit. Közismert, hogy a szociális és a családi érintkezés leggyakrabban az ételkészítés folyamatához, valamint a táplálkozás örömeihez kapcsolódik. Fontos szocializálódási kapcsolat lehetőségét kénytelen elveszteni az, aki betegsége miatt nem képes részt venni ezekben a közös tevékenységekben. Kölcsönös frusztrációkat okoz, hogy az egészségügyi személyzet a daganatos betegségek kezelésének, gyógyításának folyamatából - általában gyakorlati okok miatt - a hozzátartozókat sokszor kizárja, így számukra az etetés, és az itatás a jó kondíció megőrzése érdekében tett, gyakran erőltetett cselekvés. A hozzátartozók a táplálkozás támogatása során saját érzelmeiket is kifejezhetik, éppen ezért ez számukra kitüntetett fontosságú aktivitás. Az étvágytalan, fáradékony beteg esetében az evés, a folyadék bevitel egyre inkább harctérré változhat. Minél többet akarunk megitatni, megetetni a cachexiás beteggel, az annál frusztráltabb és bűntudatosabb lesz. Sokkal inkább úgy éli meg a táplálkozást, mint egy mindennapos kötelezettséget, semmint egy kellemes élményt. A betegek egy része – általában lelki okok miatt - elutasíthatja a konvencionális onkoterápiát, és az alternatív kezelések, közöttük speciális étrendek irányába fordulhat a figyelmük. Ezek az étkezési előírások gyakran nagy dózisú vitaminokat, ásványi anyagokat, nagy mennyiségű proteineket, esetleg hosszú előkészítő munkát igénylő, zöldség alapú étrendeket szoktak tartalmazni. Alkalmazásuknak az egyoldalú táplálkozás elutasítása, vagy az időközben fokozódó cachexia szindróma vethet véget.

Pszichológiai rendellenességek

A diagnózis megismerése után a harag a várható, általános reakció a betegség, illetve a kezelések okozta képesség csökkenés miatt. A diagnózist követő periódusban, egészen a definitív kezelések megkezdéséig szinte valamennyi beteg a szokásos tevékenységeinek, így étvágyának csökkenésről számol be. Ezek az aktivitás csökkenések közvetlenül a szorongással függenek össze, és leggyakrabban átmenetiek, miután kirajzolódik a kezelés menete, és ezzel megkezdődik a reménység periódusa. A kezelés és a betegség lefolyása alatt a betegek tudatosan igyekeznek fizikai kondíciójukat megőrízni. Ennek érdekében testsúlyuk megtartása, akár növelése gyakran áll napi tevékenységük középpontjában.

A betegség előrehaladásával a rákos betegek depresszióssá válhatnak. A betegségük miatti aggodalom és félelem étvágytalansághoz is vezet. Csökken az evés élvezeti értéke. A beteg gyakran előre látja a betegsége során bekövetkező gyengülést, és fél a fogyástól, mert azt rossz prognosztikai jelnek tekinti. Sokszor csökken a betegek fizikai aktivitása. Nem tudják a korábbi iramot tartani, és fokozatosan elvesztik az ellenőrzést önmaguk felett, átengedve azt kezelőorvosuknak. Azon betegek, akik arról számolnak be, hogy még az étkezéshez is túl fáradtak, valószínűleg depresszióban is szenvednek. Közismert, hogy a daganatos, vagy más súlyos betegségektől függetlenül is előfordulhat, hogy rossz étvágy

mellett súlyvesztés alakul ki. Ezt a folyamatot –egyébként egészséges embernél - rossz hangulat is kiválthatja. Majdnem biztos, hogy az esetek többségében nemcsak a daganatos betegség által kiváltott speciális kórélettani mechanizmusok a felelősek, hanem részben az egyébként gyógyszerekkel kedvezően befolyásolható hangulati változások is. Jelenleg nem ismerünk standard differenciál diagnosztikai lehetőséget a két jelenség különválasztására. Ugyanakkor hasznos lehet a rossz étvágy etiológiájának feltérképezéséhez tisztázni a beteg motivációját, és a táplálkozással összefüggő élvezet mértékének a szintjét. Az a beteg, aki óhajtana enni, de nem képes rá gastrointestinális panaszok, szenzoros változások, vagy fáradtság miatt, az nem valószínű, hogy depressziós kórképben is szenved. Ezen betegcsoport kevés eséllyel fog jól reagálni antidepresszáns gyógyszerek alkalmazására. Érdemes megpróbálni viszont azoknál, akik jelzik az evés igényt, azonban erre a motivációjuk csökkent. Az étkezéssel kapcsolatban kifejtett motiváció hangulatbetegség, depresszió ellen szól. A beteg kikérdezése a korábbi és jelenlegi étkezési szokásairól, kedvenc ételeiről szintén hasznos lehet. Szintén fontos pszichológiai faktor az anxietás. A diszfágia (nyelési nehézség) és a diszpepsia (emésztési zavar)gyakori kísérője a szorongásnak, egyébként egészséges egyéneknél is. Daganatos betegség esetén a pszichológiai okok által vezérelt, a betegség előtt meglévő szimptómák bizonyítottan fokozódnak. Ilyen jellegű tünetek rövid hatású, étkezés előtt alkalmazott benzodiazepinekkel kedvezően befolyásolhatók.

A cachexia kialakulása

Rákos daganatokban megemelkedik a különböző citokinek plazma szintje. Interleukin-1, tumornecrosis faktor (TNF), vagy cachectin, interleukin-6 a cachexia lehetséges közvetítői. Anorexiát okozó emésztő nedveket is termelhet a tumor. Ilyen például a bombesin (kissejtes tüdőcarcinoma). A citokinek nemcsak anorexiát okoznak, hanem növelik az egyén tartalék energia felhasználását. Ahogyan az étvágy csökken, a táplálék iránti igény nő és ez testsúly csökkenést, valamint az izmok gyengülését is eredményezi. A tápanyagellátás hiányosságával csökkenek az immunrendszer fenntartásához szükségese elemek: a cink, a szelén, a vas. Növekszik a fertőzések kockázata.

A rosszul tápláltság diagnózisa

Leggyakrabban a testsúlyt vesszük, mint mérőszámot a táplálkozási státusznak, azonban az egy bizonyos idő alatti testsúlyváltozás sokkal kifejezőbb.

Egy átlagos felnőtt testsúlyának 95 % -os változása egy hónap alatt +/- 2 %, három hónap alatt +/- 3. 5 %, hat hónap alatt +/- 5 %, 1-5 év között +/- 10 %, öt éven túl +/- 20 %. A változás arányai ezen értékeken felül abnormálisak. A testsúlymérése nem tesz különbséget a tiszta szövetek és zsír között. Ezért a táplálkozási analízis a test szerkezetének elemzését használja.

Tünetek

A cachexia minden szervre hatással van. A betegek anémiásak, elektrolit zavarok mutathatók ki a kálium, a nátrium, a magnézium, és a kalcium szintekben. A bőr sorvadt, gyakran fényes, áttetsző. Az izomzat sorvadt, a csontozat kidudorodó, különösen az arcon kiemelkedő a járomcsont, és besüppedt a halánték. Szövődményként gyakran fordul elő penumonia, thrombembolia, szívelégtelenség. A mentális készség is romlik, gyengül a figyelem, valamint a koncentrációs készség. Tevékenységük korlátozottá válik, felborul az alvás - ébrenlét ciklus, ezáltal a betegek átalusszák az étkezési időket. Kedvezőtlenül változik a külső fizikai megjelenés, mely az önbecsülés további gyengüléséhez vezet. Végül már az evés és a lélegzés is nehézséget okozhat.

A cachexia és az étvágytalanság kezelése

A cachexia kezelésénél célunk a táplálék bevitel mennyiségi növelése, hogy a tápanyagtartalékok szintjét javítsuk. A protein raktárak telítettsége növeli az izomtömeget, amely csökkenti a fáradékonyságot és a gyengeséget, egyúttal növeli az önbizalmat. A testsúlygyarapodással javulnak az immunfunkciók is. A beteget jobb közérzete segítheti a kezelések intenzívebbé tételében, mert megváltoztatja a kezelésre adott válasz-reakciókat, továbbá javítja az életminőséget, és a túlélést.

A cachexia kezelése a hyperkalóriás táplálás, a gyógyszeres étvágygerjesztés és anabolikus terápia, valamint a viselkedés kutatása köré csoportosul.

A hiperkalóriás táplálás történhet szájon át, enterális-, vagy parenterális táplálással. A kereskedelemben kapható táplálék kiegészítőket étkezéskor, vagy azok között alkalmazzák. A táplálék-kiegészítők szénhidrátotot, proteint, könynyen emészthető lipideket, vitaminokat, ásványi anyagokat tartalmaznak hydrolizált (előemésztett), laktózmentes formában.

Az enterális táplálás során a bélcsatornába juttatják a táplálékot. A bejuttatás formái: nasogastricus, oesophagostomiás, gastrostomiás, jejunostomiás.

A parenterális táplálás bizonyítottan jótékony hatással bír. Elsősorban akkor indokolt, amikor a daganatos beteg a kezelésre jól reagál, de a hagyományos úton nem tudja felvenni a megfelelő kalória mennyiséget. A parenterális táplálás széles körű elterjedtségét a költségek, a fertőzés veszély, és anatómiai okok akadályozzák. Kísérletekben kimutatták, hogy a parenterális táplálás a daganat protein szintézisét és növekedését okozhatja.

A vázizmok tömegét a hiperkalóriás táplálás sem tudja növelni. A beteg súlynövekedése zsír felhalmozódásban nyilvánul meg. Ennek az az oka, hogy a protein degradáció növekedése nagyobb, mint a hyperkalóriás táplálás alatti protein szintézis növekedése.

Gyógyszeres kezelés

Számos gyógyszert alkalmaztak az étvágy javítására és a kalória bevitel fokozására. Egyiket sem a cachexia kezelésére fejlesztették ki. Bizonyos gyógyszereket más célokra alkalmazva nem kívánatos gyógyszer mellékhatásként észlelték az étvágygerjesztő és súlygyarapító hatásokat. A megestrol acetate (MA) szintetikus progeszteron, melyet az emlőrákos betegeknél alkalmaznak. Ezen betegeknél súlynövekedést, fokozott zsír szintézist észleltek. A tanulmányok bizonyították a MA pozitív hatását cachexiában. Javul az étvágy, növekszik a testtömeg, javul a közérzet. Az étvágy már az első héten fokozódik, a testsúly növekedés pedig már egy-két hónap elteltével érzékelhető. Figyelemmel kell lennünk a lehetséges mellékhatásokra: hypertonia, hyperglycaemia, oedema, phlebitis, impotentia.

Cachexia esetén az anabolikus terápiák tűnnek a legésszerűbbeknek, mert a protein szintézis fokozását, és a protein lebontás akadályozását célozzák meg. Az egyik megközelítés elvileg a növekedési hormonkezelés, amely nem veszélytelen, hiszen a tumor növekedést is fokozhatja. A másik megközelítés az anabolikus hatású corticosteroidok alkalmazása. Ezeket a daganatos betegségeknél gyakran alkalmazzuk fájdalomcsillapító és hányáscsillapító hatásuk miatt. Adagolásukkor fokozódik az étvágy és javul közérzet, de hosszabb idejű használata delíriumot, depressziót, pszichózist, osteoporosist okozhat.

További lehetőség a cyproheptadine, mely histamin és serotonin blokkoló hatású. Teoretikusan a szerotonin agonisták étvágycsökkentő hatásúak, ezért ellenkező beavatkozás várható az %HT antagonistától. Anorexia nervosás betegcsoportban 5-7 %-kal növelte a testsúlyt 42 napos használat esetén. Daganatos betegnél a szedatív mellékhatás erősen érvényesül, így a betegek felfüggesztik a gyógyszer használatát. A klinikai adatok szerint étvágyjavító hatása van a neuroleptikumoknak, a triciklikus antidepresszánsoknak is, valamint a vazodilatátor hatású pentoxifyllinnek – esetleg a tumor nekrózis faktor termelésének gátlása révén.

Komplex kezelés

A megfigyelések szerint az étvágy javítására a fentiek mellett stresszoldó módszerek is ajánlottak. Étkezés előtt a relaxációs gyakorlatok csökkenthetik a feszültséget, javíthatják az étvágyat. Állatkísérletek szerint a fizikai tréning káros hatással van a tumor anyagcseréjére.

Anyagcsere anomáliák, melyek korai jóllakottságot idéznek elő, anorexiához vezetnek. Emelkedik a vércukor szint, és a szabad zsírsavak szintje. Az agyban serotonin és triptofán szintemelkedés zajlik. A serotonin stimulálja a jóllakottsági központot, ezáltal csökken az igényelt kalóriamennyiség. A fentiek figyelembevétele - jobb életminőség mellett - hozzájárulhat a sikeres kezeléshez, betegeink eredményesebb gyógyításához, a palliatív célkitűzések eléréséhez.

Ajánlott irodalom

1. Dank M.: A tumoros anorexia-cachexia szindróma. Magyar Onkológia, Vol 45, Nr 5, 431-436, 2001

2. Dobson Sz. (1996): A kutatás-fejlesztés újdonságai Új eredmények a rákbetegek cachexiajának (fizikai leromlásának) kutatásában. Gyógyszerészet, 40 (5): 372-374, 1996
3. Souhami, R., Tobias, J.: Biology of cancer, in cancer and its management. Blackwell Science Limited, Oxford, London, 1998
4. Telekes András, Horváth Zsolt (2000): A daganatos eredetű cachexia és anorexia mechanizmusa és terápiája. Háziorvosi Továbbképző Szemle, 5: 381-386Terján É., Simonkovich P. :Alultápláltság (malnutritio) daganatos betegségekben. Praxis, 9 (10): 60-61, 2000

8.4 A hányás és a hányinger

Telekes András, Horváth Zsolt

A hányás és a hányinger (HH) a kemoterápia kezdete óta, egészen a legutóbbi időkig a kezelések szükségszerű velejárója volt. A gyógyszerkutatások fejlődésével lehetővé vált a kemoterápia okozta HH hatékony kezelése. A betegek egy részénél a korszerű 5-HT_3 receptor antagonisták ellenére a HH problémát okoz. A nem megfelelően kontrolált HH anorexiát, metabolikus zavarokat, akár bordatöréseket is okozhat, ami végső soron elvezethet oda, hogy a beteg a HH miatt visszautasíthatja az egyébként potenciálisan életmentő kemoterápiás kezeléseket. A HH esetleges következményeit az 1. táblázatban soroltuk fel.

A hányás és a hányinger következményei

1. Táblázat *A hányás/hányinger következményei*

Metabolikus	*Pszichés*
Metabolikus alkalózis és hypokalemia	Gyötrődés/depresszió
Dehidráció	Türelmetlenség/ingerlékenység
Uremia/hypercalcemia fokozódása	Ingerlékenység
Malnutrició/súlyvesztés	Aggodalom

Fizikai	*Terápia befolyásolása*
Kimerültség/gyengeség	Gyógyszerek nem szívódnak fel
Bordatörés	Orális gyógyszerek leállítása
Aspirációs pneumónia	Kemoterápia/sugárterápia leállítása
	Orvosi utasítások be nem tartása

Mindezek a mellékhatások önmagukban is komoly emocionális megterhelést jelentenek a betegek számára. Mivel a HH alapvető szerepet játszik a terápia véghezvitele, valamint a betegek életminősége szempontjából, ezért a daganatos betegségekhez, illetve kezelésekhez társuló HH kezelésére terápiás stratégiákat dolgoztak ki az optimális eredmények elérése érdekében.

Az anticipációs hányinger és hányás

A gyakorló onkológusok már viszonylag korán felismerték azt a tényt, hogy egyes betegeknél HH jelentkezhet már a kemoterápia megkezdése előtt is. Mivel ilyenkor a beteg szervezetébe HH-t keltő gyógyszer még nem is került, a jelenséget anticipációs HH-nek (AHH) nevezték. Az anticipáció, szó szerint, egy később bekövetkező eseményre történő célzást, utalást jelent. Így a kezelés előtti HH a kezelés mellékhatásának pszichés alapon történő előrejelzése, amiben a korábban átélt HH kondicionáló szerepet játszik. Az AHH kialakulását a betegek többnyire nem jelzik spontán módon, mert ezt maguk is lelki eredetűnek tartják. Az AHH jelentősége kettős, részint a betegek nagy részénél előfordulhat, részint a kemoterápiás eredetű HH csillapítására hatékony modern antiemetikus szerek ebben az esetben nem hatékonyak. A továbbiakban az AHH prevalenciájával, etiológiájával és terápiájával foglalkozunk.

Egy összefoglaló közleményben feldolgozták az AHH előfordulásával kapcsolatos irodalmi adatokat. A vizsgált 35 közleményben összesen 4370 beteg adatait analizálták. Az összevont értékelés szerint anticipációs hányinger 29 %-ban, hányás 11%-ban fordult elő. Azt tapasztalták, hogy a tünetek előfordulásának százalékos aránya (a legkisebb, illetve legnagyobb arány) az anticipációs hányinger tekintetében 18-63%, anticipációs hányás szempontjából 0-27% között ingadozott. A nagyfokban eltérő arányokat magyarázó okokat is megvizsgálták. Ezeket a 2. táblázatban dolgoztuk fel.

2. ***Táblázat***

Az anticipációs hányás/hányinger előfordulási arányát befolyásoló tényezők

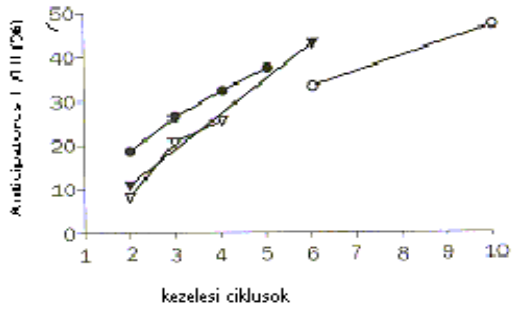
Adatgyűjtés	*Gyógyszer*
Egyes vizsgálók az anticipációs hányást illetve hányingert külön értékelték, mások egységes anticipációstünetként tekintették	Egyes gyógyszerek korán, már az infúzió alatt is okozhatnak HH-t. Ezt a vizsgálók egy része anticipációsnak tekintette
Mérés	*Interpretáció*
Egyes vizsgálók retrospektív módon kérdezték ki a betegeket, mások a kezelések után kitöltött betegnaplók adatit elemezték.	Az ÁHH prevalenciája nem egységes a kemoterápiás kezelés alatt. Egyes vizsgálók elltérő számú beadott kemoterápiás ciklus után vizsgálták az AHH előfordulását.

Az AHH jellegzetességei arra utaltak, hogy kialakulása a klasszikus kondicionálási modellel megmagyarázható. A klasszikus kondicionálást *Pavlov* írta le először, amikor kutyáknál nyálelválasztást indukált egy csengő hangjára, miután az etetést és a csengő hangját ismételten együttesen alkalmazta az állatoknál. *Pavlov* vizsgálatainak eredménye tanulási modellel magyarázható. Az, hogy az

étel nyálelválasztást okoz, nem meglepő. Az viszont, hogy az ingerek társítása után a „normális” inger (az étel) elhagyható, és csupán a hang (a kondicionált inger) is elegendő a nyálelválasztás kiváltásához, azt mutatja, hogy az idegrendszer bonyolult reflexes működéseket is képes egy tanult ingerre működésbe hozni. Tulajdonképpen ugyanezt a mechanizmust feltételezik az AHH esetén is.

Ha az AHH tanult, akkor két alapvető tulajdonságnak kell megfelelnie. Egyrészt, a kemoterápiás ciklusok során az incidenciának növekednie kell, mivel minél több az alkalom a „tanulásra”, annál nagyobb a kondicionálás lehetősége valamilyen más ingerre (az infúziós palack látványa, jellegzetes kórházi illatok, zajok észlelése, az orvos/nővér jelenléte stb.). Az első ábra az incidencia előfordulását mutatja a kemoterápiás ciklusok számának függvényében, különböző vizsgálatok szerint.

∇-∇-∇-∇ (referencia 24) ▼-▼-▼ (referencia 2)
o-o-o (referencia 6), •-•-• (referencia 7)



Az anticipációs hányás/hányinger incidenciája a kemoterápiás ciklusok függvényében

Az ábrán látható vizsgálatokban a kezelések során legalább kétszer ellenőrizték az incidenciát. A vizsgálatokban eltérők voltak a kezelt betegek diagnózisai, az alkalmazott citotoxikus, illetve antiemetikus (hányáscsillapító) gyógyszerek. Egy szempontból azonban megegyeztek, miszerint a kemoterápiás ciklusok számának növekedésével az AHH incidenciája gyakorlatilag lineáris formában emelkedett. A negyedik széria kemoterápia során a betegek egynegyede - egyharmada tapasztalt AHH-t. Ez az arány a tizedik ciklusra megközelítheti az 50%-ot.

Másrészt, ha a kezelés során nincs HH, akkor nincs mit társítani a kondicionáló ingerekhez. A vizsgálatok azt mutatják, hogy minél súlyosabb a kezelés utáni HH, annál gyakrabban alakul ki az AHH. Ennek az ellenkezője is igaz, nevezetesen minél jobban kontrollált a kezelést követő akut HH, annál ritkábban és kevésbé súlyos módon alakul ki az AHH. Érdekes módon AHH igen ritkán kialakulhat akkor is, ha a korábbi kezelések nem voltak HH keltőek a beteg számára. Ilyenkor a többi beteg öklendezésének, hányásának látványa lehet a kondicionáló inger a beteg saját tüneteinek kialakulásához.

Mivel az AHH kialakulása mindkét fent említett feltételnek megfelel, ez igazolja a kondicionálási modell helyességét.

Az AHH és a szorongás

Az AHH és szorongás összefüggésére többféle elképzelést is feltételeznek. Ezek az alábbiak:

- Az anticipációs hányinger/hányás okozza a kezelés előtti szorongást
- A kezelés előtti szorongás okozza az anticipációs hányingert/hányást
- Az anticipációs hányingert/hányást és a kezelés előtti szorongást is a kezelés utáni hányinger/hányás okozza
- A kezelés előtti szorongás fokozza az anticipációs hányinger/hányás kondicionálási folyamatát

Léteznek megfigyelések mind a négy elképzelés támogatására, de kontrollált klinikai vizsgálatok nem állnak rendelkezésre a kérdés eldöntésére. Fontos azonban felhívni a figyelmet arra, hogy nem feltétlenül ok-okozati az összefüggés a szorongás és az anticipációs mellékhatások között. További nehézséget okoz a kérdés vizsgálatában, hogy a szorongás maga is kondicionált „mellékhatása” lehet a kemoterápiás kezelésnek, ugyanúgy, mint az AHH. A lényeg, hogy a rendelkezésre álló adatok arra utalnak, hogy a szorongás direkt vagy indirekt (kondicionálás elősegítése) módon szerepet játszik az AHH-ben.

A különféle vizsgálatokban arra is választ próbáltak keresni, hogy vannak-e olyan tényezők amelyek fokozottan együtt járnak az AHH kialakulásával, illetve képesek azt előre jelezni. Az analízisek során fiziológiai, demográfiai, klinikai, illetve pszichológiai faktorokat kerestek.

A HH fiziológiai vizsgálata igazolta, hogy a hányás komplex reflexes folyamat, amely magába foglalja a gyomor-bél rendszer, a rekeszizom, illetve a hasizmok koordinált működését. A reflex mechanizmust kiváltó különféle ingerfolyamatok eltérő módokon hatnak. A hányinger vegetatív stimuláció eredménye, a hányás, illetve az öklendezés szomatikus idegek által „vezényelt” folyamat. A caudio-craniális (azaz retrográd irányú) perisztaltikához a gyomor, valamint a pylorus és az alsó nyelőcső záróizmának atóniája szükséges. A gyomortartalom ellenirányú mozgását a légzési segédizmok, elsősorban a hasizmok erőteljes összehúzódása teszi lehetővé.

Az area postrema a negyedik agykamra alján helyezkedik el, és magába foglalja az úgynevezett chemoreceptor trigger zónát (CTZ), ami jelen ismereteink szerint egy funkcionális egységnek tekinthető. Az area postrema érdekessége, hogy a vér-agy gát innenső oldalán helyezkedik el, azaz a szisztémás keringésbe jutott bármely anyag szabadon eljut erre a területre. Az area postrema ugyancsak szabadon érintkezik a liquorral. A CTZ-ben elhelyezkedő dopamin receptorokat a keringő emetogén anyagok stimulálják, ilyenek például az urea, a kalcium ionok, a digoxin, a kemoterápiás szerek vagy a morfin. Az area postrema területére a vestibuláris apparátusból, illetve a vagusból is érkezik ingerület.

Általánosan elfogadott az úgynevezett hányásközpont létezése, ami az afferens ingerek által stimulálva koordinálja a hányás fiziológiás mechanizmusát, gátolva a légzést, amíg a légzési segédizmok a „hányás szolgálatában állnak". A hányásközpont több helyről kapja afferentációját (3. táblázat)

A hányásközpont működése

3.Táblázat A hányásközpont afferentációja

Kemoreceptor trigger zóna (CTZ)	
A kortex és a limbikus rendszer	*szenzoros ingerek közvetítése (pl. szagok, ízek, pszichés megterhelés, fájdalom*
A Vestibulocochlearis rendszer	
Nervus vagus és a perifériás	*exogen kemikáliák*
szimpatikus rostok	*gyulladás, ischaemia és*
	irritáció során endogén anyagok

Mivel az afferens idegek szerepet játszanak mind a mozgás indukálta (tengeribetegség), mind a toxikus ingerek okozta HH-ben, ezért szerepüket az AHH-ben is vizsgálták. Azt szerették volna tudni, hogy akik a HH szempontjából érzékenyebbek a kinetózisra, vagy toxikus anyagok expozíciójára, azoknál gyakrabban jelentkezik-e az AHH. Az eredmények ellentmondásosak. Volt, aki azt találta, hogy akik kinetózisra érzékenyek, azoknál a kemoterápia több mellékhatással jár, fokozottabban fordul elő kezelést követő HH, illetve szignifikánsan több az AHH. Mások, ezt nem tudták igazolni. Érdekes még megemlíteni, hogy az autonóm, különösen a szimpatikus idegrendszer reakcióképessége összefüggést mutat a kondicionált válaszok kialakulásának valószínűségével. Adatok vannak arra vonatkozóan, hogy akiknél kardiovaszkuláris kondicionált válasz kialakul, azoknál sokkal gyakoribb az AHH is.

A demográfiai adatok elemzése arra utal, hogy az ötven évnél fiatalabb életkor prediszponál az AHH-re. Érdekes módon a fiatalabb betegek ugyancsak fokozott hajlamot mutatnak a HH-re az anesztézia során. Hogy a két jelenség összefügg-e egymással, ez nem tisztázott kérdés. Tizenhat vizsgálatból mindösz-

sze négy végződött azzal, hogy a női nem hajlamosító tényező. Az etnikai hovatartozás, iskolai végzettség, szocioekonomiai státus, illetve családi állapot nem függ össze az AHH kialakulásával. A 4. Táblázat, a betegeknek azokat a jellemző tulajdonságait mutatja, amelyek összefüggnek az AHH kialakulásával.

Az AHH kialakulásában szerepet játszó tényezők

4.Táblázat
Az anticipációs hányinger/ hányás kialakulásában szerepet játszó faktorok

A betegtől függő faktorok 50 évnél fiatalabb életkor hajlam a tengeri betegség kialakulására
A kemoterápiás kezeléstől függő faktorok *Kemoterápiás kezelés során kialakuló közepes, erős vagy súlyos hányinger* *Kemoterápiás kezelés során kialakuló közepes, erős vagy súlyos hányás* *A legutolsó kemoterápiás kezelés után kialakult hányás/hányinger* *A legutolsó kemoterápiás kezelés után kialakuló melegség vagy forróság érzés* *A legutolsó kemoterápiás kezelés után kialakuló általános gyengeség érzés* *A legutolsó kemoterápiás kezelés után kialakuló izzadás*

Ha egy betegnél kevesebb, mint három faktor van jelen, nagyon valószínűtlen, hogy az anticipációs hányinger/hányás kialakul!

A klinikai adatok analízise azt mutatja, hogy a kemoterápiás ciklusok száma, a gyógyszer indukálta poszt-kemoterápiás HH intenzitása szignifikáns módon összefügg az AHH kialakulásával.

A pszichológiai paraméterek értékelése során valamennyi vizsgálatban azt találták, hogy azokban a betegekben, akiknél az AHH kialakul, fokozottabb a szorongás mértéke. Az ok-okozati összefüggés a két paraméter között azonban nem teljesen tisztázott. Egy vizsgálatban 126 rosszindulatú betegség (94 emlőrák, 32 lymphoma) miatt kemoterápiás kezelésben részesülő beteget kérdeztek ki ismételten a kezelés első hat hónapja alatt. A betegek 38%-ánál alakult ki AHH. Az adatok elemzése azt mutatta, hogy azoknál a betegeknél, akik szorongtak a kemoterápiás kezeléstől szignifikánsan gyakrabban alakult ki AHH, mint azoknál, akik nem szorongtak. Egy másik vizsgálatban azt elemezték, hogy az anticipációs hányinger kialakulása előtt meglévő szorongás, illetve a kemoterápia után kialakuló hányinger mutat-e valamilyen összefüggést a kemoterápiás kezelések időtartamával. A betegeket két csoportra osztották, nevezetesen, akiknél az anticipációs hányinger „korán” (kevesebb, mint 7 ciklus kemoterápia) vagy „későn” (több mint hét ciklus kemoterápia) alakult ki. Az eredmények arra utaltak, hogy a szorongás valószínűleg csak azoknál játszik szerepet az anticipációs hányingerben, akiknél későn alakul ki. A vizsgálók nem találtak egyértelmű összefüggést a szorongás és az AHH között.

Az AHH kezelése

Az AHH kezelése nem egyszerű feladat. Az alapvető probléma az, hogy az AHH nem reagál azokra az antiemetikumokra, melyek hatékonyak a kemoterápia indukálta HH kezelésében. Sőt, adatok vannak arra vonatkozóan, hogy a hányáscsillapítók, paradox módon, fokozhatják a tüneteket, mivel maguk a gyógyszerek is kondicionáló faktorként hathatnak. Végül, ha az AHH kialakult, úgy tűnik, hogy fennmarad, spontán módon nem szűnik meg.

Az AHH megelőzésében szerepet játszhat az alprazolam hatóanyagú tabletta. Egy kettősvak, placebo-kontrollos tanulmányban 57 emlőrák miatt kezelt nőbeteget vizsgáltak. Valamennyien egy pszichológiai „támogató" program résztvevői voltak, ahol izom-relaxációs gyakorlatokat tanultak. A betegek 0,5-2 mg alprazolam vagy placebo tablettát kaptak. Az adjuváns kemoterápia során, a placebo karon 18%-ban, míg az alprazolam karon 0%-ban észleltek AHH-t. Érdekes módon ez a szignifikáns különbség csak a harmadik ciklus kemoterápia előtt volt észlelhető, és a további kezelések során „eltűnt".

Mivel az AHH kondicionált, azaz tanult jelenség, így a kognitív- viselkedésterápia kedvezően befolyásolhatja, csökkentheti kialakulását. Alapvetően négy megközelítési lehetőséget vizsgáltak, nevezetesen az izom-relaxációt, a deszenzitizációt, a hipnózist és a figyelemelterelést.

Az izom-relaxáció hatékonyságának az az elméleti alapja, hogy számos feszültséget, szorongást okozó stressz fokozza az izomtónust. Az ilyen szituációk előtt (például kemoterápia) megelőző módon végzett izom-relaxáció segít leküzdeni a stressz okozta a tüneteket. A módszer valóban hatékony lehet a betegek egy részénél. Úgy tűnik azonban, hogy a relaxáció jóval hatékonyabb a kemoterápia közvetlen mellékhatásainak csökkentésében (beleértve a kemoterápiát követő HH-t, szorongást és egyéb autonóm tüneteket is), mint az AHH megelőzésében.

A deszenzitizáció elsősorban tanulási mechanizmuson alapuló problémák (például fóbiák, félelmek) leküzdésére, jó eredménnyel alkalmazott módszer. A lényege, hogy a kondicionált választ „ellenkondicionálják". Ismert, hogy az AHH-ban szenvedő betegek már a kemoterápiás kezelés előtt egy-két nappal észlelik a HH-t, amikor a kezelésre gondolnak. A tünetek erőssége fokozatosan növekszik a kezelés napjának reggelén, az utazás során, a klinikához közel eső pályaudvarra/megállóra való megérkezéskor, a klinikára való gyalogút során, az épületbe való megérkezéskor, végül a kezelőhelyiségbe való belépéskor. A beteget mély relaxáció állapotában arra kérik, hogy képzeletben menjen végig az úton. Ilyenkor a kondicionált HH-rel szemben az ellazulás szerepel, mint ellenkondicionálás. A módszer mintegy a betegek felénél jó eredménnyel alkalmazható.

A hipnózis során a beteget egy megváltozott tudatállapotba hozzák, melynek során teljes elernyedés következik be, ez alatt pihentető pszichés imaginációban és/vagy hasznos szugesztióban részesül. A vizsgálatok eredményei ellentmondásosak, de a szakemberek úgy vélik, hogy a hipnózis elsősorban kemo-

terápiában részesülő gyerekek esetén alkalmazható módszer. Ennek talán az is oka, hogy a gyerekeket, illetve serdülőket könnyebb hipnotikus állapotba vinni.

A figyelemelterelés lényege, nevéből adódóan az, hogy a beteg figyelmét másra „fókuszáltatják", mint a HH vagy az azt előidéző kondicionáló inger. Egy gyerekeken végzett vizsgálatban két csoportra osztották a kemoterápiás kezelésben részesülő betegeket. A vizsgált csoport videojátékokat kapott a kezelés alatt, míg a kontroll csoport nem játszhatott. A játszó csoportban szignifikánsan kevesebb volt az AHH mint a kontroll csoportban. Felnőtteken végzett vizsgálat során 60 beteget stratifikáltak („rétegeztek") a szorongás szintje szerint, majd random módon három csoportot képeztek. Valamennyi beteg antiemetikus kezelésben részesült a kemoterápia előtt, de az egyik csoport videojátékokat kapott, a másik izom-relaxációt gyakorolt, illetve imaginációs figyelemelterelést végzett a kemoterápia alatt, a harmadik csoport volt a kontroll. Valamennyi beteg öt széria kemoterápiában részesült. Mind a videojátékozó, mind a relaxáló csoportban szignifikánsan kevesebb volt a kezelést megelőző hányinger, mint a kontroll csoportban. A figyelemelterelésben részesülő csoportok között nem volt különbség. A kezelés előtti szorongás mértéke nem befolyásolta a figyelem elterelés hatásosságát, a hatékonyság azonban csökkent a kemoterápiás ciklusok számának növekedésével.

Nagyon valószínű, hogy a HH kialakulásában több féle mechanizmus is szerepet játszik, és a kezelés során ezek eltérő súllyal befolyásolják a tünetek kialakulását. Ez részben magyarázhatja azt a klinikai megfigyelést, hogy a korszerű antiemetikumok alkalmazásával sem sikerült a kemoterápia után illetve előtt érzett HH kezelését teljes mértékben megoldani. Mindezek alapján a betegek komplex kezelése javasolt, az optimális eredmény elérése érdekében, ami a gyógyszeres kezelésen túl magában foglalja a profilaktikusan alkalmazott kognitív- viselkedésterápiát.

Ajánlott irodalom

1. Aaronson, N.K.: Methodological issues in psychosocial oncology with special reference to clinical trials. *In*: Assessment of quality of life and cancer treatment. Eds.: Ventafridda,V., Van Dam, F.S., Yanick,R., Tamburini, M.: Elsevier (Amsterdam),; pp.:29-42, 1986.
2. Cella, D.F., Tulsky, D.S.: Quality of life in cancer: definition, purpose and method of measurement. *Cancer Investigation*; 11: 3, 1993
3. Center for Medical Education with Cancer Relief MacMillan Fund: HELP: Helpful Essential Links to Palliative Care.. University of Dundee. 1992
4. Committee on Care at the End of Life Eds.: Field, M.J., Cassel, C.K. National: Approaching death. Improving care at the end of life. National Academy Press, Washington D.C., 1997.
5. Doyle,N., Adelhardt, J., Foley, K.M., Portenoy,R.K.: Character of terminal illness in the advanced cancer patient: pain and other symptoms during the last four weeks of life. *J Pain Sympt Manage* 5:83-93. 1990
6. Derogatis, L.R. et al.: The prevalenceof psychiatric disorders among cancer patients.*JAMA* 249:751-757. 1983;

7. Fowlie, M., Berkeley, J., et al.: The benefits of asking the patients. *Palliative Care* 3: 55-59, 1989
8. Ganz, P.A., Lee, J.J., Siau, J.: Quality of life assessment: An independent prognostic variable for surviving in lung cancer. *Cancer*, 67: 3131-3135, 1991
9. Guyatt, G.H., Feeny, D.H., Patrick, D.L.: Measuring health related quality of life. *Ann. Int Med.* 118: 622-629, 1993
10. Ingham, J., Portanoy, R.: Symptom assessment. *in:* Cherny,N.I. and Foley,K.M.: Pain and Palliative Care. Hematology/Oncology Clinics of North America 10 (1):21-39, 1996
11. Kaye, P.: A-Z of hospice and palliative medicine. EPL Publications. 1994.
12. Karnofsky, D.A., Burchenal, J.F.,: The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. *in:* Evaluation of chemotherapeutic agents. Ed.: McCleod, C.M., New York, Columbia University Press, pp.:191-205, 1949
13. Pham, S.V., Draugalis, J.R.: Quality of life 2; Economic analysis of drug therapies. *Pharmacy World & Science* 15: 2, 1993
14. Portenoy,R.K., Thaler, H.T. et al.: Symptom prevalence, characteristic and distress in cancer population. *Qual Life Res* 1994; 3: 183-189.
15. Project of the American Board of Internal Medicine: Caring for the Dying. Identification and Promotion of Physician Competency. 1996. http://www.abim. org
16. Seale, C., Cartwright, A.: The Year Before Death, Ashgale Publishing Company, Brookfield, VT, 1994.
17. Schipper, H., Leavitt, M: Measuring quality of life: risks and benefits. *Canc Treat Rep* 1985; 69: 1115-1123.
18. Telekes, A.: A daganatos betegek fájdalomcsillapítása. OMIKK, 1991
19. Zubrod, C.G., Schniedermann,M., et al.: Appraisal of methods for the study of chemotherapy of cancer in man: Comparaive therapeutic trial of nitrogen mustard and triethylene thiophosphoramide. *J. Chron. Dis.* 7-30, 1960
20. Waller, A., Caroline, N.A.: Handbook of palliative care. Butterorth-Heinemann, 1996.
21. WHO: Tumoros eredetű fájdalmak csillapítása. Rákbetegek Országos Szövetsége, Budapest, 1992.

8.5 A palliatív gondozás pszichológia szempontjai

Horváth Zsolt, Telekes András

Ebben a fejezetben két lényeges szempontot szeretnénk megvizsgálni: egyrészt, milyen szemlélet szerint kell működniük a hospice-oknak, a házigondozói-otthonápolói (home care) szolgálatoknak; másrészt a tünetek (különösen a pszichiátriai tünetek) prevalenciájának tükrében milyen konkrét feladatokkal állunk szemben. Az első szempont véleményünk szerint alapjaiban határozza meg a betegek életminőségét és az utóbbit, a pszichiátriai tünetek enyhítését.

A hospice feladatai

A hospice feladata az, hogy a végstádiumú, vagy ahhoz közeledő gyógyíthatatlan betegek tüneti ellátása, ápolása során, életük utolsó szakaszában a megfelelő életminőséget, a betegséggel együtt járó tünetek enyhítését-megszüntetését, és a szenvedés csökkentését biztosítsa. A hospice-ba a betegeket általában életük utolsó két-három hetére veszik fel, de természetesen elképzelhető ennél hosszabb benntartózkodás is, amint az is, hogy a beteg a terápia beállítása után hazamegy, és csak állapotrosszabbodás esetén kerül ismételt felvételre. Az otthonukba bocsátott betegek állapotának változását a home care (házi gondozási) szolgálata folyamatosan nyomon követi, ezzel segítséget nyújtva a háziorvosoknak is.

A tüneti, vagy palliatív gondozás a megfelelő fájdalomcsillapítást, és a betegség következtében jelentkező egyéb tünetek és panaszok ellátását, illetve a beteg aktív ápolását jelenti. Ezeket a szolgáltatásokat a betegek pszichés, szociális, és adott esetben hitbeli támogatásával egészíti ki, és mindezeken túl, a beteg halála után a család gyászélményének feldolgozását is segíti.

A hospice-okban kezeltek 90-95 %-a daganatos betegségben szenved, de a hasonló ápolási feladatok miatt az AIDS-es, és az un. neuromuscularis betegségekben szenvedő betegeket is egyre inkább itt kezelik, valamint egyes esetekben bármely végső stádiumú beteg ellátása is szóba kerülhet.

A hospice-ok a betegek ápolásán túl a szakszemélyzet kiképzésében is fontos szerepet játszanak mindenhol a világon. Ennek egyfelől az egyre terjedő hospice-ok által keltett szakember-igény kielégítésében van fontos szerepe. Másfelől óriási társadalmi megtakarításokat jelenthet, ha jól kiképzett szakápolói személyzet a házi gondozás keretén belül a beteg otthonában képes szakszerűen ellátni a hospice-ban beállított terápiájú betegek gondozását.

A hospice és a palliatív gondozás meghatározása

E fejezetnek nem feladata a hospice és a hozzá kapcsolódó szervezetek sajátosságainak, működésük jellegzetességeinek tárgyalása, mert ezzel egy önálló fejezet foglalkozik. Az alábbiakban csak azokat a legfontosabb jellegzetességeket

foglaljuk össze, amelyeknek nézetünk szerint alapjaiban kell meghatározniuk az itt dolgozók hozzáállását, szemléletét. Meggyőződésünk ugyanis, hogy a betegek gondozásában részt vevő személyek szemlélete, viselkedési módja az egyik legfontosabb tényező a betegek pszichés vezetésében.

A WHO által megfogalmazott definíció szerint a palliatív gondozás azoknak a betegeknek az „aktív, totális gondozása (care)", akiknél az orvostudomány aktuális szintje, ismeretei alapján nincs megfelelő kuratív kezelési lehetőség. A meghatározás leszögezi, hogy a palliatív kezelés sürgősségi jellegű, azaz nem lehetséges és nem elfogadható az a szemlélet, hogy az „ilyen beteg várhat, hiszen már neki úgyis mindegy"! Az aktív gondozás azt jelenti, hogy az ebben részt vevő személyek mindegyike preventív szemlélettel keresi annak lehetőségét, hogy a beteg életminősége minden tekintetben javuljon, azaz a tünetek, a pszichés stressz megelőzésére, elkerülésére törekszik. A totális gondozás alatt azt értjük, hogy nem csupán a betegség tüneti terápiája szükséges, hanem a beteg életének minden területén felmerülő problémára választ, megoldást kell keresni, legyen az pszichés, szociális, vagy hitbéli kérdés. A teljesség folyamatos idő- és térbeli elérhetőséget is jelent; azaz bármely napszakban és közvetlenül elérhető az orvosi, az ápolási tevékenység és a kommunikáció lehetősége. A „gondozás" szó pedig tartalmilag jobban kifejezi azt a tevékenységet, amelyet az ilyen betegek igényelnek: a gondok viselését, átvállalását, a törődést; a terápia kifejezés, mint gyógyító tevékenység, csak a gondozás részét jelenti.

A hospice az ilyen, életük végső stádiumába jutott betegek kezelésére szakosodott, jellegzetesen "menedék-hely"-jellegű intézmény. Olyan hely, ahol a beteg és családja otthon érezheti magát, ahol személyes törődésben részesül. Az itt folyó gondozás célja tehát a lehetséges legjobb életminőség biztosítása a beteg számára.

A palliatív gondozás jellegzetességei

1. erősíti (segíti, igenli) az életet, és a halált normális folyamatnak tekinti;
2. nem sietteti és nem is odázza el a halált.

Míg a kuratív célzatú terápiák általában a betegség végleges meggyógyítását tűzik ki célul (adott esetben a betegnek okozott időleges életminőség-romlás árán is), addig a palliatív gondozás minimális célja az életminőség szinten tartása, illetve a romlás lassítása. Ugyanakkor ehhez a szemlélethez társul az is, hogy a halál elkerülhetetlen; a gondozó közösség éppen emiatt tekinti alapfeladatának az életminőség megtartását. Ugyanakkor – hiteles, mély empátiával -, a halált természetesnek tekinti, és nem kívánja az életet többlet szenvedés árán meghosszabbítani.

3. Biztosítja a tüneti terápiát (fájdalomcsillapítás és egyéb tünetek enyhítése), és nem hagyja figyelmen kívül a pszichés, szociális, és spirituális dimenziókat sem

4. A tüneti terápia magas szintű alkalmazása elengedhetetlen feltétele az életminőség javításának: alapját képezi a pszichoterápiának, a lelkigondozásnak, és a hitbeli erősítésnek. Ha sikertelen az analgetikus terápia, vagy nem tudjuk megszüntetni a beteg csuklását, viszketését, hányingerét stb., akkor kevéssé valószínű, hogy hitelesen képes a palliatív munkacsoport közvetíteni azokat az értékeket, amelyek az élet nyugodt, békés, méltó befejezéséhez szükségesek. Elengedhetetlen tehát az orvosok, a nővérek részéről a szakmai professzionalizmus!

- A döntéshozatal magas szintű klinikai analízisre épül és az interdiszciplináris klinikai munkacsoporton belül történik;

Egy személy önmagában képtelen megismerni a beteg minden panaszát, legyen az orvos, nővér, vagy szociális munkás, stb. A munka- és információ megosztás az egyetlen mód arra, hogy egy palliatív gondozói csoport megfelelő módon működjön. Ennek a munkamegosztásnak a leírására alkalmazzák az un. interdiszciplináris klinikai munkacsoport fogalmát. Ez érzékelteti azt a különbséget, amely az egyébként általánosnak mondható multidiszciplináris klinikai munkacsoportok (egy-egy orvos felügyelete alatt álló betegek és a kezelésbe bevont egyéb „szakértők”) együttműködését jellemzik.

A interdiszciplináris klinikai munkacsoport jellemzői:

- A munkacsoport „identitása” meghaladja az egyéni szakmai ambíciókat (az utóbbi alárendelt szerepet játszik).
- Az információáramlás, a célok megfogalmazásának színtere a gyakori, személyes megbeszélés (szemben a konziliáriusi szemlélettel).
- A feladat minőségétől függ a munkacsoport vezetése, azaz a döntés meghozatala az adott feladat ellátásában legkompetensebb személy által történik (pl. limfödéma esetén az erre speciálisan kiképzett gyógytornász; családi, otthonápolási problémák esetén a szociális munkás; súlyos szorongás esetén a pszichológus, vagy a pszichiáter stb.).
- A tevékenységek a „team” keretein belül zajlanak, a kölcsönös kapcsolatok (interakciók) alapvető jelentőségűek a siker szempontjából. A munkacsoport tagjai és a beteg között teljes bizalmon alapuló viszonyrendszernek kell kiépülnie! Nem szabad hazudni a betegnek állapotáról, és ezt a beteg azonnal megérzi, ami a bizalom elvesztéséhez vezet. A palliatív munkacsoport feladata a becsületesség, a megbízhatóság, az egzisztenciális - hitbeli remény, semmint a gyógyulás irreális esélyének közvetítése.

Az orvos szerepe az interdiszciplináris munkacsoportban

Az orvos szerepe hagyományosan a betegség (tünetek) gyógyítása (kezelése) és a szenvedés enyhítése. A palliatív terápiában a kettő gyakran konfliktusban van egymással. Egyszerre kell keresni a tünetek okát, és megálljt parancsolni az invazív/kellemetlen diagnosztikus, terápiás módszereknek.

- Legyen átfogó tüneti terápiás ismerete (fájdalomcsillapítás, és az egyéb palliatív terápiás gyógyszerek farmakológiai sajátosságainak ismerete).
- Mivel a munkacsoport tagjai, de a beteg/család is az orvost tekinti a multidiszciplináris team vezetőjének, ezért az orvos rendelkezzen speciális kommunikációs képességgel és szakmai tekintéllyel.
- Az orvos feladata, hogy a beteget, a családot és a munkacsoportot tájékoztassa a beteg betegségéről, állapotáról és prognózisáról.

Az orvos feladata a kezelésben résztvevők, a beteg és a családtagok viszonyrendszerében a beteg gondozásával kapcsolatos kérdésekben a konszenzus kiépítése. A gondozással kapcsolatos terveket minden félnek teljes mértékben támogatnia kell. Ez különbözteti meg az interdiszciplináris teamet a multidiszciplináristól.

Az orvosnak részt kell vennie az anyagi és egyéb, pl. társadalmi források megszerzésében a hospice számára.

Az interdiszciplináris munkacsoportnak orvos által irányítottnak és nővérközpontúnak kell lennie!

5. Olyan támogatást nyújt a beteg számára, amelynek révén az élete végéig a lehetőségekhez képest aktív életet él.

A tüneti terápia professzionális művelése éppen annak a célnak a megvalósítása miatt fontos, hogy a beteg életminősége (itt: a „betegség előtti” életének teljessége, aktivitása) megmaradjon. Nyilvánvalóan nagyon nehéz a beteget aktivitásra buzdítani, ha pl. erős, mozgásindukálta fájdalmai vannak, ha a betegség miatt legyengült, ha a betegség külső jegyek alapján zavaró (látvány, szag), stb. Minden ilyen szituációban a beteg problémájának folyamatos explorációja, a meghittség megőrzése, az empátia, majd ezek alapján a lehetőségekhez mért segítség valósíthatja meg a fenti célkitűzést.

A beteg oldaláról nézve mindezt egyértelmű, hogy a megfelelő tüneti terápia mellett a haldokló beteg pszichológiai szükségleteit is ismerni szükséges, és ezek kielégítésére is törekedni kell.

1. táblázat: A haldokló beteg pszichológiai szükségletei

Biztonság	…hogy az orvosok mindent megtesznek.
Valahova tartozás	Valakinek szüksége van rájuk. Nem jelentenek terhet azoknak, akikhez tartoznak.
Szeretet	Érzelmek kifejezése. Emberi kontaktus (érintés).
Megértés	A betegség tüneteinek megértése. A halálról való beszélgetés lehetősége.
Elfogadás	Hangulattól és állapottól függetlenül emberileg elfogadják őket (pl. ápoló személyzet).
Önbecsülés	A lehetőség, hogy adhat és elfogadhat. Részvétel a terápiával kapcsolatos döntésekben.

6. Segítséget kínál a családnak a beteg gondozásában és a gyászélmény feldolgozásában.

Fájdalomcsillapítás. Tüneti terápia

Az aktív daganatellenes terápiában részesülő betegek kb. egyharmada, az előrehaladott kórfolyamattal jellemezhető betegek kb. kétharmada érez olymértékű fájdalmat, amely megfelelő analgetikus terápia alkalmazását teszi szükségessé. A legtöbb betegnél a fájdalom mellett jelentkeznek a betegséghez társuló egyéb tünetek is. Ezek enyhítése, kezelése éppoly fontos, mint a fájdalom csillapítása, sőt, hatékony analgetikus terápia nem képzelhető el megfelelő tüneti terápia nélkül.

A tapasztalat és adatok is igazolják, hogy a nem daganatos betegek kevesebb tünetet mutatnak haláluk előtt, mint a daganatos betegek.

Az 2. táblázat Az egyes tünetek gyakorisága

Tünet	*Gyakoriság %*	*Életkor növekedésével aránya*	*Gyakorisága felvételkor az utolsó évben %*	*Prevalenciája az élet utolsó 4 hetében %*	*Prevalenciája az élet utolsó hetében %*
Fájdalom	72	=	46	54	34 (19-71)
Légzési problémák	49	=	20	17	23 (9-52)
Étvágytalanság	47	=	19	8	6
Aluszékonyság	44	=	33	24	5-57
Álmatlanság	40	=	38	7	6
Obstipatio	36	=	31	4	7
Hányás, émelygés	33	=	14	12	13 (3-50)
Szájszárazság, szomjúság	33	=	22		
Hátfájdalom	31	=	28		
Nyelési zavar	23	=	9	3	7
Felfekvés	18	=	4		
Kellemetlen szag	14	=	14		
Nyálfolyás	13	=	14		
Vizeletinkontinencia	16-51	↑	27	3	6
Székletinkontinencia	8-32	↑			
Látászavar	5-46	↑	21		
Hallási problémák	4-54	↑	29	9	6
Szédülés	18-33	↑	31	1	6
Tartós köhögés	10-30	↓	11	6	7
Fáradtság				58	52
Általános gyengeség				43	49
Végtagduzzadás				4	8
Beszédzavar				6	6
Depresszió	36	=	39	8	4
Szorongás				21	18
Zavartság	21-52	↑	46	24	28
Nyugtalanság, irritábilitás				6	7

A fenti táblázatból számos következtetés vonható le.

1. A betegek többségének nemcsak egy tünete van, hanem egyszerre, vagy egymást követően több fordul elő – egy mérés szerint átlagosan 11. Ezeket a tüneteket észlelni – keresni – kell, és kezelni szükséges. Ezeknek a panaszoknak egyike-másika legalább olyan szenvedést tud okozni

a betegnek, mint a fájdalom (pl. dyspnoe, obstipatio, hányinger, kellemetlen szag, stb.).

2. A betegek elől letagadhatatlanok ezek a tünetek, és nem lehet őket bagatellizálni! Amennyiben ezt tesszük, úgy a betegek izolációját fokozzuk: már az orvossal, „az egyetlen segíteni képes személlyel" sem tudja megértetni magát. A beteggel való eredményes kommunikáció egyik alapfeltétele az őszinteség. Csak ebben a légkörben tárhatóak fel azok a problémák, amelyek máskülönben észrevétlenek maradnak.

3. A statisztikai adatok részletes elemzéséből kiderül, hogy mekkora különbségek vannak az egyes megfigyelők által közölt eredmények között. Ennek magyarázata az lehet, hogy a tünetek prevalenciája az egyes tumoros betegségek esetén jelentősen eltérhet, másfelől rávilágít arra a tényre, hogy nincs egységes „mérőrendszere" ezeknek a tüneteknek, és a megfigyelők között is jelentős eltérések lehetnek a jelenségek minőségének és súlyosságának megítélésében.

Az előrehaladott állapotban lévő daganatos betegeknek számos stresszt kiváltó tényezővel kell szembenézniük. Ilyen a félelem a fájdalmas haláltól, a függőség, a kiszolgáltatottság érzése, és a külső eltorzulásától való félelem. A pszichés megterhelés egyedileg változó mértékű, függ a beteg alapszemélyiségétől, az alkalmazkodási képességtől, a szociális háttértől, és egyéb orvosi faktoroktól. Egy vizsgálatban a pszichiátriai rendellenességek prevalenciáját vizsgálták daganatos betegek között. Az eredmények azt mutatták, hogy a betegek több mint fele (53 %) normális módon, pszichiátriai rendellenesség nélkül alkalmazkodik a daganat következtében fellépő stressz-szituációkhoz. A maradék 26 %-nál reaktív szorongást és depressziót, 13 %-nál major depressziót és 8 %-nál organikus mentális rendellenességet (delíriumot) találtak. Több más vizsgálat szerint minél előrehaladottabb a tumoros betegség, minél rosszabb a beteg általános (fizikai) állapota, annál gyakrabban fordul elő fájdalom, depresszió és delírium. A daganatos betegnél átlagosan 25 %-ban megjelenő depresszió prevalenciája több mint 75 %-ra emelkedik a betegség vége felé. Hasonlóan, a delírium aránya 80 % fölé emelkedhet terminális állapotban. Egyes gyógyszerek, mint pl. a morfin, gyakran vezetnek zavartsághoz, különösen az idős és terminális állapotú betegeknél. Azoknál a betegeknél, akiknél a diagnózisok között pszichiátriai természetű is szerepelt, szignifikánsan több alkalommal találtak erős fájdalmat (39 vs. 19 %).

A szorongás fizikai és pszichiátriai tünetek keverékeként jelenik meg, melynek során a fizikai tünetek gyakran elfedik az utóbbiakat, megnehezítve a diagnózis megállapítását. A betegek nyugtalanok, feszültek, idegesek, zaklatottak lehetnek, vegetatív hiperaktivitás tüneteit mutathatják, insomniában szenvedhetnek, légszomjuk lehet, zsibbadtságot érezhetnek, félelmeik lehetnek. Függetlenül attól, hogy a betegnél észlelhetőek-e a szorongás tünetei, vagy sem, a terminális állapotban jó okkal feltételezhetjük jelenlétét, ezért gondolni kell rá, keresni kell a tüneteit, és lehetőség szerint kezelni kell a befolyásolható

okokat. Ilyen etiológiai tényező lehet a hipoxia, a szepszis, a rosszul csillapított fájdalom, egyes gyógyszerek mellékhatásai (pl. akathisia), vagy gyógyszerelvonási tünetegyüttes részjelenségeként manifesztálódhat. Akut életveszélyes állapotok esetén (pl. hipoxia, tüdőembólia, myocardialis infarktus, ionegyensúlyzavar, dehidráció) gyakran látható nagyfokú szorongás. A pszichiátriai kórképek között a pánikbetegség, a generalizált szorongásos reakció, a fóbia, vagy az agitált depresszió mutatkozhat szorongás formájában. Utóbbiak felismeréséhez (is) egyértelműen szakember jelenléte szükséges, az interdiszciplináris klinikai munkacsoportban ezért szükséges klinikai szakpszichológus, és pszichiáter jelenléte is.

A depresszió átlagosan 20-25 %-ban van jelen a tumoros betegek körében, és ez az arány emelkedik a betegség előrehaladtával. Egyes megfigyelések szerint bizonyos tumor típusok esetén, pl. pancreas rák, gyakoribb a depresszió előfordulásának aránya. A depresszió szomatikus tünetei általában nem térnek el a rák egyéb általános tüneteitől; itt is megfigyelhetünk étvágytalanságot, testsúlycsökkenést, insomniát és fáradtságot. Emiatt a depresszió pszichológiai tünetei nagyobb hangsúlyt kapnak: a dysphoria, a reménytelenség, az értéktelenség érzése, a bűntudat és az öngyilkosság gondolata tartoznak ide. Vizsgálni kell a családi anamnézist, valamint a korábbi depressziós epizódok megjelenését is. Tartós kortikoszteroid-szedés, bizonyos citosztatikumok alkalmazása, teljes agyi besugárzás, paraneoplasztikus szindróma, illetve egyes endokrin-metabolikus változások is okozhatnak depressziót.

A terminális agitáció mind mentális, mind fizikai agitáció képében megjelenhet, és egyaránt megviseli a családot, és a beteget is. A végstádiumú betegek kb. 5 %-nál jelentkezik. Kiválthatják a hólyagürülés/ürítés zavarai, a székletimpactatio, a fájdalom, a dyspnoe (hipoxia, tüdőödéma, szekréciók), fájdalom, hányinger, viszketés, neuroleptikumok, kortikoszteroidok alkalmazása. Klinikailag nyugtalanság, összefüggéstelen beszéd, nyögdécselés, hánykolódás az ágyban, myoclonus, dezorientáció, a rövidtávú memória zavara, paranoid téveseszmék, hallucinációk és agresszivitás formájában jelentkezhetnek. A beteg szedációja azonnal indokolt, ha a beteg szenved (distress) az agitáció miatt. A szedáció mértéke csökkenthető vagy megszüntethető annak vizsgálata érdekében, hogy a tudatállapot feltisztult-e. Terminális fázisban ugyanakkor nagyon gyakran elkerülhetetlen a szedáció fenntartása, amennyiben az említett próba nyomán a beteg pszichotikus állapota, agitációja és ezzel szenvedése visszatér. Az interdiszciplináris munkacsoportnak a döntést általában az a hozzátartozók bevonásával kell meghoznia, amelyben döntő szerepe lehet a pszichiáter véleményének.

Az életminőség

A beteg megfelelő életminőségének megtartása alapvető feladat a kórfolyamat bármely szakaszában, akkor is, ha az alapbetegséget már nem tudjuk kezelni. Minden betegség befolyásolja az életminőséget, de a "daganat" vagy "rák" stigmaszerű diagnózisa már akkor alapvetően leronthatja azt, amikor a senyvesztő betegség tünetei talán még nem is jelentkeznek. A diagnózis megismerésének pillanatában sok beteg izolálódik környezetétől, "azoktól, akik nem tudják megérteni, hogy mit jelent halálos betegnek lenni". Az izoláció mellett a félelem (fájdalomtól, szenvedéstől, bizonytalan jövőtől, haláltól, pozíció- és jövedelemvesztéstől stb.), és a szorongás, valamint a betegséggel és a kezelésekkel együtt járó tünetek, a bürokratikus nehézségek, az egészségügy működésének problémái, stb. tovább rontják az élet minőségét.

Ahogy az egészséges ember mindent megtesz a hétköznapi élet eseményeinek, saját kényelmének biztosítására, javítására, ugyanúgy a beteg ember is igényli ezt, sőt az egészségeshez képest fokozottabb mértékben. Mivel az életminőség szubjektív fogalom, a külső szemlélő sohasem fogja tudni azt pontosan definiálni; csak a beteg döntheti el, hogy egy adott időpontban milyen minőségű élet felel meg számára. Összehasonlítva a betegek és az orvosok/ápolószemélyzet értékelését a betegek mindig magasabbra értékelik saját életminőségüket, mint a külső megfigyelők. Egy jól alkalmazható definíció szerint - amely figyelembe veszi a funkcionális károsodás adott fokain az esetenként szélsőséges egyéni különbségeket is - az életminőség: a beteg aktuális funkcionális státusa saját értékelése és megelégedettsége alapján, összehasonlítva az általa lehetségesnek, vagy ideálisnak tartott funkcionális állapottal.

Faktoranalízis segítségével többen vizsgálták az egészséggel kapcsolatos életminőség dimenzióit, és szerzőtől függően általában négy nagyjából azonos jellegű összetevőt állapítottak meg. Ezek 1./ a fizikai, 2./ a funkcionális, 3./ az emocionális és 4./ a szociális dimenziók.

A fizikai dimenzión egyfelől a betegség, másfelől a kezelés következtében létrejött szomatikus funkciózavart értjük. Ez leggyakrabban a fájdalom, a hányinger és a gyengeségérzés. A funkcionális dimenzió azt jelenti, hogy milyen mértékben képes a beteg a hétköznapi élettel összefüggő cselekmények végrehajtására (pl. öltözködés, járás, evés, fürdés stb.), továbbá, hogyan tudja családi, munkahelyi szerepeit betölteni. A fizikális és funkcionális dimenziók ugyanannak az éremnek a két oldalát jelentik, egymással arányosan változnak. Az emocionális dimenzió kettős lehet: pozitív (jól-lét) vagy negatív (szomorúság, lehangoltság). A szociális dimenzió lényege az, hogy a beteg a vele érintkező személyekkel a szokásosnak megfelelő kapcsolatot legyen képes fenntartani, és hogy a különféle viszonyrendszerekben korábbi szerepeit képes legyen betölteni. A dimenziók között nyilvánvalóan átfedések vannak, és a hétköznapi élettel kapcsolatos egyes területek (pl. a munka, a szexualitás, a pihenés, a lelki élet és hit) több dimenzióba is besorolhatók.

Az életminőség gyógyszeres javítására leginkább a fizikai és az emocionális dimenzió esetében nyílik lehetőségünk.

A panaszok mérése

A „szubjektív reakciók” mérése különlegesen nehéz. Ennek okai a következők lehetnek:

1. A tünetek és panaszok multidimenzionális jellegűek;
2. Nincs megfelelően definiált közös „nyelv” (még azonos nyelven beszélő személyek között sem), amelyen a felek megfelelő egyértelműséggel kommunikálhatnának;
3. Napjainkban, általánosságban az orvos – beteg kommunikáció jelentős hiányosságokat mutat.

A fájdalom tekintetében számos megfelelően validált mérőmódszer létezik. Ilyenek például Vizuális Analóg Skála (VAS), vagy a Numerikus Értékelő Skála (numeric rating scale, NRS), a Memorial Pain Assessment Card (MPAC), a Brief Pain Inventory (BPI), és a McGill Pain Questionnaire (MPQ). Az egyéb tünetek mérésére fejlesztették ki pl. a Memorial Symptom Assessment Scale-t (MSAS), illetve az életminőség mérésére kifejlesztett QLQ-30 kérdőív is tartalmaz ilyen kérdéseket. A betegség okozta pszichológiai változások nyomon követésére viszont számos kellően validált kérdőív áll rendelkezésre.

A napi gyakorlatban az életminőség mérése nélkülözhetetlen, hiszen megmutatja kezeléseink hatékonyságát és hátrányait, sőt gazdaságosságát is ezen “mérhetjük” le. Ilyen vizsgálati módszer pl. a Functional Living Index-Cancer /FLIC/, a Medical Outcomes Study short form, az EORTC-questionnaire, a MacAdam assessment of suffering, vagy a Functional Assessment of Cancer Therapy, stb. Újabban vált ismeretessé, hogy a kezelés előtti funkcionális aktivitás mértéke, azaz az ún. performance status szignifikánsan előrejelzi bizonyos betegcsoportokban a túlélést is. A performance status klasszikus mérésére két módszer áll rendelkezésre: a Karnofsky-skála és az ECOG-skála. E két teszt magyar fordítását elterjedten használják a mindennapi onkológiai gyakorlat során. Tudnunk kell azonban a méréssel kapcsolatos legfőbb korlátot: nincs (és talán nem is lesz) általánosan elfogadott életminőséget “mérő” módszer. A jelenlegi eszközök csupán egyes területekről adnak felvilágosítást tájékoztató jelleggel, használatuk azonban mindenképpen előrelépést jelent a futtában feltett “Hogy van?” kérdéshez képest.

Eutanázia

E kérdéskör tárgyalása jószerével az egész könyv terjedelmét kimerítené, ezért itt csupán néhány gondolat rögzítésére törekedhetünk.

Gyakran érkezik olyan kérés a beteg, vagy hozzátartozója részéről az orvos felé, hogy az értelmetlen szenvedés befejezése érdekében a beteget segítse halálba. Ennek teoretikus „végrehajtása” történhet azáltal, hogy az orvos szándékosan tesz-e valamit a beteg haláláért, vagy éppen elmulaszt-e valamit meg-

tenni a halál elodázása, megelőzése érdekében (Eckhardt professzor megjegyzése: „aktív, vagy passzív”?). Az életfolyamatok, a szervi működések halált megelőző, gyakran egymást erősítő disszociációja a legtöbb esetben nehezen, vagy egyáltalán nem teszi lehetővé annak meghatározását, hogy egy orvosi ténykedés sietteti-e, vagy éppen elodázza-e a beteg haldoklási folyamatát. Vannak olyan beavatkozások, amelyek véghezvitele, vagy meg nem tétele egyértelműen megrövidíti a beteg életét, és ezt a tényt a palliatív munkacsoport tagjai pontosan ismerik.

Kinek-kinek önmagának kell számot vetnie saját erkölcsi alapállásával, hitével, hogy az eutanázia kérdésére milyen választ adna. Helyénvaló, ha a palliatív munkacsoport – összhangban a hatályos törvényi rendelkezésekkel – írásban rögzített állásfoglalást állít ki, hogy mely tevékenységeket tart megengedhetőnek és megengedhetetlennek a beteg kezelésének terminális fázisában, és ehhez tartja magát. Helyes, ha ezt az állásfoglalást a beteg és hozzátartozói is megismerhetik, és ha kifejthetik a véleményüket azzal kapcsolatosan, még olyan stádiumban, amikor a beteg mentális képességének birtokában van. A palliatív munkacsoport tagjai ennek a véleménynek a figyelembe vételével (adott esetben ellenére) hozzák meg a végső órák döntéseit. Mind a beteg, mind a palliatív munkacsoport véleményét érdemes írásban rögzíteni.

A beteggel történő folyamatos kommunikációnak éppen ez az egyik célja: bizonyosságot adni a betegnek arról, hogy a gondozás során semmiféle olyan beavatkozás nem történik, amely feleslegesen meghosszabbítaná szenvedéseit. Ugyanakkor, mivel a halált az élet természetes velejárójának tekintik, nem odázzák el a halált, amennyiben nincs esély az élettartam és az életminőség szignifikáns megnyújtására és megjavítására. Ennek konkrét, részletekbe menő megbeszélése általában megnyugtató hatással van a betegre és növeli a beteg bizalmát.

A palliatív gondozás kutatása

A daganatos halálozás az össz-halálozás kb. egynegyedéért felelős. Amerikai adatok szerint a betegek 62 %-a hal meg kórházban, 17 % ápolási otthonban (nursing home), 16 % pedig otthon (a maradék százalékért egyéb halálokok, betegségek, vagy pl. öngyilkosság, balesetek, stb. felelősek). A daganatos betegek inkább otthon halnak meg, szemben a mortalitás jelentős hányadáért felelős kardiovaszkuláris betegekkel. Az USA-ban ezt támogatja a fejlett házi ápolási rendszer, de Európában is terjed ez a tendencia.

Jelenleg meglehetősen kevés adat áll rendelkezésre a halál helyével kapcsolatosan (pl. intenzív osztály, kórházi osztály). Ennek a ténynek számos következménye van, ugyanis a beteg izoláltságával kapcsolatos problémák az egyes helyeken különbözők. Ehhez hasonlóan nem ismeretes az sem, hogy a halált megelőzően milyen gyakorisággal kíséreltek meg cardiorespiratoricus resuscitatiot. Az eddig publikált adatokból nem teljesen egyértelmű, hogy hogyan halnak meg a betegek: léteznek-e betegségekre speciálisan "jellemző" halálok (pl. májkóma, hepatorenalis szindróma, urémia, légzési-, keringési elégtelenség stb.);

milyen szenvedéssel társul az akut halál, illetve a krónikus folyamatok. A halál körülményeit bizonyosan befolyásolja a fizikai tünetek gyakorisága, a halált megelőzően a tudati folyamatok intakt volta. Mindezen kérdések, továbbá az életminőség vizsgálata, a burn-out szindróma megelőzése is részét képezik azoknak a kutatásoknak, amelyek a palliatív terápiával kapcsolatosak, és amelyek bővítése, elmélyítése nálunk is kívánatos.

A haldokló betegek gondozásának, ápolásának, pszichés vezetésének külső, infrastrukturális és belső, személyi feltételei vannak. A fejezet a hospice működés alapelemeinek bemutatásával azt a szemléletet igyekezett közvetíteni, amelynek közvetlen hatása van a betegek pszichés állapotára, vezetésére, a halálig való elkísérésére. Hangsúlyosan foglalkoztunk a tüneti terápia szükségességével, a tünetek és az életminőség vizsgálatával, „mérésével", melyek részben kommunikációs csatornákat nyithatnak a beteg és hozzátartozói felé, részben hozzásegíthetnek az megfelelő terápiához.

Ajánlott irodalom:

1. Aaronson, N. K.: Methodological issues in psychosocial oncology with special reference to clinical trials. In: Assessment of quality of life and cancer treatment. Eds.: Ventafridda, V., Van Dam, F. S., Yanick, R., Tamburini, M.: Elsevier (Amsterdam), pp.:29-42. 1986.
2. Cella, D.F., Tulsky, D.S.: Quality of life in cancer: definition, purpose and method of measurement. Cancer Investigation 11: 3. 1993.
3. Coyle, N., Adelhardt, J., et al..: Character of terminal illness in the advanced cancer patient: pain and other symptoms during the last four weeks of life. J Pain Sympt Manage 5:83-93. 1990.
4. Derogatis, L. R. et al.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 249:751-757. 1983.
5. Fowlie, M., Berkeley, J., Diagwall-Fordyce, I.: The benefits of asking the patients. Palliative Care 3: 55-59. 1989.
6. Ganz, P. A., Lee, J. J. et al.: Quality of life assessment: An independent prognostic variable for surviving in lung cancer. Cancer, 67: 3131-3135. 1991.
7. Guyatt, G. H., Feeny, D. H., et al..: Measuring health related quality of life. Ann. Int Med. 118: 622-629. 1993.
8. Ingham, J., Portanoy, R.: Symptom assessment. in: Cherny, N. I. and Foley, K. M.: Pain and Palliative Care.Hematology /Oncology Clinics of North America 10 (1):21-39. 1996.
9. Karnofsky, D. A., Burchenal, J. F.: The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. in: Evaluation of chemotherapeutic agents. Ed.: McCleod, C. M., New York, Columbia University Press, pp.:191-205. 1949.
10. Kaye, P.: A-Z of hospice and palliative medicine. EPL Publications. 1994.
11. Portenoy, R. K., Thaler, H. T. et al.: Symptom prevalence, characteristic and distress in cancer population. Qual Life Res 3: 183-189. 1994.
12. Pham, S. V., Draugalis, J. R.: Quality of life 2; Economic analysis of drug therapies. Pharmacy World & Science 15: 2. 1993.
13. Schipper, H., Leavitt, M: Measuring quality of life: risks and benefits. Canc Treat Rep 69: 1115-1123. 1985.
14. Seale, C. and Cartwright, A.: The Year Before Death, Ashgale Publishing Company, Brookfield, VT, 1994.
15. Telekes, A.: A daganatos betegek fájdalomcsillapítása. OMIKK, Budapest, 1991
16. Waller, A., Caroline, N.A.: Handbook of palliative care. Butterorth-Heinemann, 1996.
17. WHO: Tumoros eredetű fájdalmak csillapítása. Rákbetegek Országos Szövetsége, Budapest, 1992.
18. Zubrod, C. G., Schniedermann,M., et al.: Appraisal of methods for the study of chemotherapy of cancer in man: Comparaive therapeutic trial of nitrogen mustard and triethylene thiophosphoramide. J. Chron. Dis. 7-30. 1960.

9. A daganatos betegek lehetséges pszichológiai és pszichiátriai tünetei

A pszichoszomatikus orvoslás, majd a holisztikus szemlélet elterjedése az onkológiai megbetegedéseket is a beteg és a betegsége egységében kezdte vizsgálni és kezelni (pszichológiai, szociális egységében, stresszre adott válaszkészségében).

A klinikusok több évtizede, egyre több megfigyeléssel, kutatással, tanulmánnyal gyarapítják e témában lévő ismereteinket.

A daganatos megbetegedések kórlefolyásában, annak alakulásában nem elhanyagolhatók a személyiség-tényezők, és az egyes – már korábban kialakult - pszichiátriai megbetegedések ismerete (pl.: skizofrénia, endogén depresszió, személyiségzavarok, stb.), tehát amelyek már az onkológiai megbetegedés előtt is fennálltak, vagy komorbiditásként jelentkeznek,.

A kórlefolyást és a gyógyíthatóságot döntően befolyásolja a korai felismerés és beavatkozás, amelyek összefüggenek az egyes személyiségtényezőkkel, mint pl. a megküzdés képességével, az Én-védő mechanizmusok rendszerével (ill. annak premorbid sajátosságaival). Azoknál, akik észlelik ugyan a tüneteiket, de ennak dacára késlekednek felkeresni az orvost (ún. delay-csoport, v. halogatók), nagyobb számban találhatók pszichopatológiai rendellenességek.

A daganatos megbetegedettek közel 50 %-nál találnak pszichés zavarokat, ezek többnyire adaptációs zavarok szorongással – depresszióval. Pszichoorganikus szindróma mintegy 4 %-os gyakorisággal észlelhető.

A daganatos beteg pszichés reakciója döntően személyiség- és szituációfüggő és az alapszemélyiség, a korábban tapasztalt események, átélt- és átvészelt krízisek, régebbi- és aktuális orvos-beteg viszony, családi kapcsolatok, szociális integráció mentén alakul. A betegek viselkedése jellegzetes, de egyénenként változó mértékű szorongásféleségek erőterében szerveződik.

Az adott személyiségi adottságokat - és reakcióikat tovább színezik azok a szomatikus jelenségek- és ezek lelki következményei, melyeket a daganatszövet megváltozott anyagcseréje eredményez (toxinok). Az általános testi senyvedés (cachexia) neuraszténiás tüneteket okoz (teljesítmény csökkenés, fáradtságérzés, energia csökkenés élménye, a hanyatlás érzés átélése) , mindez felerősítheti a depressziót, az auto –(hetero) agresszív tendenciákat. A testi kórfolyamat alakulása, esetenként progressziója, a metasztázisok fellépte, az anaemizálódás, a kemo- és radioterápia hatása, a gyakori fertőzések, a toxinhatások akut szomatogén reakciót eredményezhetnek: delíriumok, fluktuáló tudatzavarok, organikus pszichoszindróma.

9.1 Alkalmazkodási zavarok

Veres Zsuzsa

Életünk során számtalan kisebb-nagyobb stressz-szituációt élünk át, melyekre személyiségfejlődésünknek, egyéni adottságainknak és kultúránknak megfelelően reagálunk. A stressz elmúltával lelki egyensúlyunk „helyreáll", és folytatni tudjuk addigi életvitelünket. Az egészséges embereknél az alkalmazkodási zavarok három nagy csoportba oszthatók:

- Akut stressz-reakciók
- Poszttraumás stresszavarok
- Alkalmazkodási zavarok.

Akut stressz-reakciók

Súlyosnak tapasztalt stresszhelyzet heveny stressz-reakciót válthat ki. Ez a mentális zavar átmeneti, a kiváltó stresszel időben összefügg, és pár óra (esetleg 1-2 nap) alatt elmúlik. Az egyén számára az átélt élmények rendszerint drámaiak (balesetek, katasztrófák, kriminális események, stb.), melyek során az egyén vitális, szociális, és érzelmi veszélyt él át.

Tünetileg

- A figyelem- és a tudat beszűkülése, orientációs zavar észlelhető. A beteg képtelen környezete ingereit reálisan felfogni, -„kábult", tompa,- ill. nem tudja reálisan értékelni azt.
- Gátolt lehet, mely a stuporig (holttá tettetés), fokozódhat vagy szorongáson, nyugtalanságon át az agitáltságig fokozódhat (pl.: menekülési reakció).
- A jelenség a lelki regresszió jegyeit hordozza magán (a disszociatív jelenségek szimbolikusak is lehetnek).
- A szorongás testi tünetei mindig megtalálhatók: tachycardia, remegés, verejtékezés, piloerectios jelenségek. A tünetek pár óra, esetleg néhány nap alatt lezajlanak, részleges vagy teljes amnézia kísérheti (BNO-10).

Alkalmazkodási zavarok

Alkalmazkodási zavarokról beszélünk, ha a stresszt okozó életeseményhez, életkörülmény változásához az egyén nem tud alkalmazkodni. Ez azt jelenti, hogy tartósan diszkomfort érzése van, lelkileg zaklatottságot él át, képtelennek érzi

magát arra, hogy az akadályokkal megbirkózzon, súlyos esetben a hétköznapi teendőket sem tudja ellátni.

Az egyén életkörülményeinek megváltozását számos esemény okozhatja, így pl.: krónikus betegségek (daganat, diabetes, mozgásszervi elváltozások, stb.), válás, gyász, munkanélküliség, társadalmi státusban bekövetkezett váratlan változás, emigráció, menekült status – hogy csak a leggyakoribbakat említsük.

Számos esetben, egyéni adottságoktól függően (koragyermekkori pszichotraumák, családi okok, stb.) az ember az életútjában bekövetkező, szokványos változásokat is krízisként élheti át (pl. iskolaváltás, kollégiumba kerülés, nyugdíjazás, stb.), és a tartós frusztráció miatt kimerül adaptatív kapacitása.

A tünetek a stresszt okozó események, vagy életmódváltozás után 1 hónapon belül alakulnak ki,és hosszú hónapokon át is eltarthatnak.

A tüneti kép előterében deprimált hangulat, szorongás áll, tartós aggodalommal. Insufficiensnek érzi magát arra, hogy a problémát megoldja. Jövőre irányultsága beszűkül, reménytelenség - perspektívátlanság érzése válik uralkodóvá – gyakran napi rutinfeladatait sem tudja elvégezni, ezzel kilátástalansága, teljesítményhanyatlása tovább mélyül. Sokszor tapasztalunk agressziót, antiszociális megnyilvánulásokat (főleg az adolescenseknél és az alacsony iskolázottságúaknál).

Kisgyermekkorban egy sor regresszív magatartási megnyilvánulást találunk: ujjszopás visszatérte, trichotillománia, enurezis, dadogás, nyűgös-követelőző magatartás.

A fenti tünetek nem olyan markánsak, hogy pl. depressziót véleményezzünk.

Mindkét esetben pszichés erősítés, gyakran pszichoterápia szükséges. Anyagi-szociális gondoknál családsegítő, szociális munkás bevonása is feladatunk. Akut stressz-reakciónál fellépő szorongás-nyugtalanság esetében benzodiazepim és buspiron jöhet szóba. Szükség esetén pszichiáterrel történő konzultáció is javasolt.

Kóros reakciók, alkalmazkodási zavarok daganatos betegeknél

A daganatos betegség diagnózisával szembesülve a beteg reakciója nagymértékben függ premorbid személyiségétől, érzékenységétől, tűrőképességétől, lelki elhárító mechanizmusaitól, és az előzetesen átélt életeseményeitől-tapasztalataitól.

Mégis vannak tipikus megnyilvánulások, például: félelmek, aktivizálódó és felerősödő lelki védekező mechanizmusok, alkalmazkodási próbálkozások.

Félelmek

- Félelem a haláltól: a „rákbetegség” diagnózisa a köztudatban a „halálos ítélettel” azonos. A beteg szembekerül azzal, hogy élete véges, de azzal is, hogy magára marad, „elszakad” környezetétől, izolálódik, fél, hogy el fognak fordulni tőle. Az „elszakadás”, az „elfordulnak tőlem” gondolat tulajdonképpen a halál szinonimái. Szorongást indukálnak és fokoznak. Olyan élmények, mint: „befejezetlen”, „lezáratlan”, „elvarratlan” ügyek, kötelességek és kötelezettségek (el kell hagynia családtagjait, köztük gyermekeit, anyagi gondokat hagy maga után, stb.), külön morális teherként nehezedhetnek a betegre: megfogalmazódik a „sürget az idő, lesz-e még időm megtenni?” problémakör.

- Félelem a fájdalomtól, műtétektől, kezelésektől: a test folytonosságában feltételezett változások, csonkolások, destrukciók; a saját testének „mindenhatóságában” való csalódás; szembesülés a „rossz” testtel és testbelsővel – vitális szorongásos élményekké dagadhatnak. Az ismeretlen daganatos fájdalmak (másoktól hallott események, történetek, gyermekkori emlékek, stb.) "„kézzelfoghatatlanná", irracionálissá duzzadva mélyíthetik a félelmet és pszichés úton a fájdalmat.

- Félelem a függetlenség, a kontroll elvesztésétől: az élet során elért önállóság, a dolgok ellenőrzése- és irányítása jelentősen növeli az ember önértékelését, melyek elvesztésétől gyakran fél a daganatos beteg. Az önbecsülés csökkenését egyrészről szorongással, félelemmel élik meg a betegek, másrészről irracionális aktivitás, intézkedés, „túlbuzgalom” jelentkezhet az önértékelési deficit túlkompenzálásaként (például a család felé a „túlirányítás”, a „csoda” doktorok keresése, az alternatív megoldások kapkodó felkutatása).
- Pszichológiai segítség szükséges, hogy a félelmek fixálódását elkerülhessük; ugyanis a perzisztáló félelmek gyengítik a testi védekező képességet is.

- Hasonló félelmek jelentkezhetnek állapotromláskor, metasztázisok megjelenésekor. „Damoklész kardja” névvel jelzik az állapotromlás miatt, ill. a visszaeséstől való perzisztáló félelmet.

Mindenképpen számolnunk kell a reménytelenség, a kétségbeesés alapérzésével, mely mintegy zenei alaptónusként végig kísérője a daganatos betegnek. Pszichológiai segítség szükséges, hogy a félelmek fixálódását elkerülhessük; ugyanis a perzisztáló félelmek gyengítik a testi védekező képességet is.

Lelki védekező mechanizmusok

Traumatikus élmények, intenzív érzelmi terhelések kapcsán védik, erősítik az Én-t. Az ember lelki fejlődése során a pszichés védekező mechanizmusok is fejlődésen, érésen mennek át. Kóros esetben, regresszióként ősi (archaikus, primitív) védekező nívóra eshetnek vissza (splitting, projektív identifikáció, stb.), fixálódnak, merev sémákká állnak össze. Daganatos betegeknél ezekkel a primitív elhárító mechanizmusokkal találkozunk (*Riskó Á.),* és ha ezek perzisztálnak, a beteg viselkedése rigid lesz; frusztrált helyzeteit nem tudja, vagy csak alacsonyabb szinten tudja megoldani, mintegy tovább rontva adaptációját, mélyítheti önértékelési zavarát, fokozza szorongását és depresszióját. Súlyos esetben pszichotikus szintű regressziót eredményezhet (paranoiditás, indulatosság, súlyos deperszonalizáció, derealizáció). A jól működő védekező mechanizmusok lehetőséget teremthetnek arra, hogy a beteg felkészülhessen a megváltozott körülményekre, szembenézzen betegségével.

Alkalmazkodási típusok, lehetőségek

Klinikai megfigyelések és tapasztalatok alapján azt észlelték, hogy a daganattal szembesült, majd terminális szakaszba került betegek sajátságos élményeket tapasztalnak (a haldoklás stádiumai, *Kübler-Ross*).

- A tények elutasítása, tagadása, a tagadó elhárítás (lehet ez egyúttal erőgyűjtés a megküzdésre).
- Haragos indulat, düh; irigység az „egészségesekkel" szemben („miért pont én, más is lehetett volna").
- Alkuba bocsátkozás, az alku szakasza („ha ezt tenném, akkor.....").
- Levertség, a depresszió szakasza (ún. előkészítő depresszió: az életről való végleges lemondás előhírnöke).
- A beletörődés, a végső belenyugvás.

A megküzdési stratégiák, az énerők mozgósítása terén is nagy változatosságot mutathatnak a betegek. Ezek ismerete fontos az onkológus- és az ápoló-gyógyító szakemberek számára a betegek alkalmazkodásának megértésében, értékelésében és a betegek támogatásában gyógyulásukig, illetve életük végéig.

- A tagadó típus

A tagadás a betegség tényére vonatkozik, a betegséget utasítják el. Nem adják meg magukat a betegségnek, szembefordulnak a betegséggel. Bagatellizálhatják tüneteiket. Erős a hitük saját vitalitásukban. Jól együttműködnek a gyógyító team tagjaival. Jó a túlélési-gyógyulási esélyük.

- A küzdők, a harcosak

Ők azok, akik alkalmazkodásuk, megküzdésük érdekében minden információt megragadnak, ami betegségükre vonatkozik. A gyógymódokról tudni akarnak mindent. A tapasztalatok alapján kedvezők gyógyulási esélyeik.

- Sztoikus típusúak

Higgadtan, szinte érzelemmentesen veszik tudomásul diagnózisukat. Filozofikus, békés nyugalommal viszonyulnak betegségükhöz, jövőjükhöz. Ők is jól együttműködnek kezelésükben (sok hívő emberre jellemző ez az Isten akaratába beletörődő „sztoikus nyugalom”).

- Szorongásos-depresszív reakciót adók típusa

Diagnózisuk megtudására kifejezetten szorongásos-depressziós tünetekkel reagálnak, ennek ellenére, életvitelüket folytatni tudják. Premorbiden aggodalomra, szorongásra hajlamosak, és általában pesszimista beállítottságúak voltak. Fokozottan önmegfigyelők és legapróbb tüneteiket is túldimenzionálják.

- A reménytelenek, akiknek „nincs segítségére senki” („nincsen emberem”)

Premorbidon kifejezetten pesszimisták voltak, diagnózisuk megtudásakor mély reménytelenségbe esnek, jövőjüket kilátástalannak érzik, „várják a halált”. Magányosságba burkolóznak, izolálódnak. Elzárkóznak, „begubóznak”. Nagyon nehéz rajtuk segíteni pesszimista elutasításuk miatt.

A felsorolt reakciók, alkalmazkodási módok szinte típusosak, sok esetben átmeneti jellegűek. Oldásukban a szakember rengeteget segíthet (pszichoterápia, szorongásoldó gyógyszerek átmeneti alkalmazása). Akiknél huzamos időn át, egyre mélyülve állnak fenn a tünetek, reakciómódok, melyekhez derealizáció, deperszonalizáció, vagy pszichotikus tünetek csatlakoznak (hallucinációk, deluzív zavarok, kommunikációs zavarok, suicidium veszély),), feltétlenül pszichiátriai konzultációt (kezelést) igényelnek.

Ajánlott irodalom

1. Derogatis, L. R.-Morrow, G. R.: The prevalence ofpsychiat-ric disorders among cancer patients. JAMA 249:751-757, 1983.
2. Kulcsár Zs.: Egészségpszichológia. ELTE, Budapest, 1998.
3. Maguire, R: Improving the detection of psychiatric problems in cancer patients. Soc Sci med 20:819-823,1985.
4. Razavi, D.-Delvaux, N.: Kommunikációs készségfejlesztés és pszichológiai képzés az onkológiában. Kharon, V. 2-3:140-162, 2001.
5. Riskó Á.: Pszichológiai folyamatok a rehabilitációban. In A rehabilitáció gyakorlata. Szerk. Huszár L, Kullmann L., Tringer L. 35-47, Medicina, Budapest, 2000.
6. Szőnyi G.-Füredi J. (szerk.): A pszichoterápia tankönyve. Medicina, Budapest, 2000.
7. Tomer, A.-Eliason, G.: A halálfélelem átfogó modelljének alapjai. Kharon, 4:66-88, 2000.
8. Tross, S.: Psychological adjustment in Testicular Cancer. ín Handbook of Psycho-oncology. Eds. Holland, J. C, Rowland, J. 240-245, New York, Oxford UP, 1990.

9.2 Szorongás és depresszió

Szorongás

A szorongás éppen olyan veszély-jelzés az ember számára, mint például a láz. A szorongás, mint tünet mögött „sok minden” húzódik meg: számos szomatikus megbetegedés okozhat szorongást (hyperthyreosis, hypoglycaemia, mitralis prolapsus szindróma), megrázó, szégyent keltő élethelyzetek, bűntudat, de számos pszichiátriai betegség tünete lehet a szorongás. Pszichológiai értelemben a szituatív szorongás („reális”, „normális” szorongás) elkülöníthető az ún. patológiás szorongástól. Az „reális” szorongás hátterében külső kiváltó okokat találunk (életesemények, stressz, traumák), míg a patológiás esetben intrapszichés eredetű az anxietás, konfliktusok a lélekben vannak (neurotikus szorongások: pl. kasztrációs félelmek, pszichotikusak: hallucinációk, téveszmék hatására).

A szorongások gyakori kísérője a depresszió, komorbiditásként. A szorongással járó vegetatív-testi tünetek megfelelnek a Cannon-i vészjeleknek (adrenalin hatás): szapora szívverés, remegés, izzadás, kipirulás (de elsápadás is), dyspnoe, ájulásérzés. Ezeket lelki tünetek kísérik, melyek riasztóak a beteg számára: erős szorongások, halálfélelem, megsemmisülési érzés, bizonytalanságérzés. Főleg pánikszerű jelentkezéskor a kontrollvesztéstől, a megőrüléstől félnek a betegek. A testi tünetek miatt az esetek nagy részében kardiológus, belgyógyász észleli, vizsgálhatja először a szorongó beteget.

Napjainkban *a DSM- IV. a szorongás* spektrumba tartozó betegségeket elkülönítve tárgyalja:

- Pánik zavar
- Szociális fóbia
- Speciális („körülírt” , vagy simplex fóbia)
- Generalizált szorongás (GAD).

Pánikzavar: (agorafóbiával, agorafóbia nélkül) rohamokban jelentkező, intenzív szorongás, félelmek, testi tünetekkel. A roham váratlanul jön, kb. 10 perc alatt oldódik. Általában fiatal felnőtt korban jelentkezik, előfordulása a nőknél gyakoribb. Kialakulásában genetikai, biológiai, pszichológiai, környezeti hatások egyaránt szerepet játszhatnak. Az esetek nagy részében elkerülő magatartást találunk az anticipált szorongás miatt: kerüli az olyan helyeket, helyzeteket, amelyek a pánikrohamok jelentkezésével összefüggtek (pl. buszközlekedés, nyílt tér, lift, stb.), részben az olyan bezárt helyet, ahonnan pánik rohama esetén nehéz a menekülése. A pánik rohamhoz agorafóbia társulhat, de van agorafóbia nélkül is pánik zavar.

Kezelése:szorongásoldók és antidepresszívumok, pszichoterápiás úton történik.

Szociális fóbia: az állandó félelmek az olyan társas helyzetekből adódnak, ahol az egyén attól fél, hogy a figyelem középpontjába (pl. szereplés), vagy számára megalázó, zavarba ejtő helyzetbe kerülhet. Ha ilyen helyzet adódik, a roham provokálódik. Magatartásuk elkerülő.
Kezelés: hasonló a pánik-zavaréhoz.

Speciális („körülírt" vagy simplex) fóbia: a betegség jelentős része gyermek- és serdülőkorban kezdődik. A beteg sajátságos helyzeteket (pl. természeti jelenségek, mint a villámlás) és tárgyakat kerül (pl.: arachno-,akro-, tanatofóbia, stb.). A betegség krónikus, az érintett személy magatartása elkerülő. Ha az adott fóbiát kiváltó tárggyal, helyzettel kontaktusba kerül az egyén, pánikroham léphet fel.

Generalizált szorongás (GAD): általában korai felnőttkorban kezdődik, nőknél gyakoribb. A GAD nem olyan látványos és intenzív, mint a pánikzavar. Fokozatosan fejlődik ki és perzisztáló. Gyakran kombinálódik depresszióval. Kialakulásában a pszichológiai okok megtalálhatók (kora gyermekkori leválási traumák-szeparációk, felettes Én- és kasztrációs szorongások, stb.) – a genetikai prediszpozíció mellett. „Öngyógyítás-„ként elkezdhet alkoholizálni a beteg, így gyakran szövődik alkoholizmussal, drogabúzussal.

Tünetileg: állandó aggodalmak és szorongások jellemzik, melyeket az egyén csak nehezen tud uralni. A beteg az ún. „készenléti feszültsége" miatt belső nyugtalanságot, „spannolt „-ságot él át, hamar kifárad, koncentrálási gondokkal (gyakran hypervigil figyelem). „Várakozási" feszültsége a vázizmokra is áttevődik, kötött, emiatt fájdalmas izomkötegeket lehet tapintani (sokszor reumatológushoz kerülnek kezelésre). Elalvási zavaraik az ellazulási képtelenségükből adódnak, alvásuk nyugtalan,.

Kezelési elvek: mozgásterápiák, pszichoterápia (relaxáció), szorongásoldók (buspiron).

Depresszió

Az egészséges ember hangulati élete széles skálán mozoghat (öröm, vidámság-szomorúság, bánat), és számos tényező befolyásolhatja (stressz-szituációk, veszteségek, betegségek, évszak-időjárás, stb.). A tragikus események, a megrendítő változások, a betegségek szomorúságot okoznak az átlagos, egészséges ember életében, múló jellegűek; és a hangulatváltást uralni lehet.

Hangulat (affektív) - zavarok alatt azokat a pszichiátriai megbetegedéseket értjük, amelyekben a kontroll elvész, a hangulati élet tartósan szélsőséges irányba eltolódott (hangulati nyomottság, depresszió-felhangoltság, mánia). A hangulati változás megváltoztatja az egyén viselkedését, aktivitását, gondolkodását, teljesítményét, valamint tartósan módosítja érzelmi állapotát, „alaptónusát". Mindezekkel együtt az általános közérzet, vegetatív funkciók megváltoznak. Kardiovaszkuláris, emésztőtraktus, izomzat részéről érezhet kellemetlen változást – van úgy, hogy a panaszok előterében a testi panaszok állnak, és mö-

götte húzódik meg a hangulati mélyfekvés („larvált” vagy maszkírozott depresszió).

Bipoláris hangulati zavarok: fiatalkorban – 20-as évek elején indul a betegség (kezdődhet korábban is), a hangulati alteráltság 2 pólus mentén zajlik: vagy depressziós, vagy mániásan felhangolt a beteg.

Unipoláris depresszió: általában a 30-as években kezdődik, és a nőkben valamivel gyakoribb. A depressziós hangulatzavar periodikusan jelentkezik.
Elsősorban genetikai adottságokra vezethető vissza a betegség (ikerkutatások, családkutatások adatai), neurobiokémiai változásokkal, hasonlóan a bipoláris hangulatzavarhoz.

A depresszió kóroktanában az organikus, a pszichológiai és a szociális tényezők jelentősek. Biokémiailag a szerotonin rendszer receptorszintű transzmitter zavara felelős a depresszióért. A súlyosságot illetően (pszichotikus szintű-e a zavar – például holothym doxazmák jelenléte) a major és a minor depresszió megjelölést is használja a szakma.

A depresszió alaptünete a nyomott hangulat, szomorúság, fáradtság. Az örömérzés és az érdeklődés elvész, csökken a beteg aktivitása, kezdeményezőkészsége. Figyelme fáradékony, koncentrálási nehézségei támadnak. Gátolttá, lelassulttá válnak asszociációi, gondolkodása. Változását kínzóan, öngyötrően éli meg. A gondolkodás tartalmi mezője beszűkül, a betegre jellemző lesz az „egygondolatiság” (monoideizmus), önvádlásokkal illeti önmagát. Önértékelési zavara, bűnösség érzése támad (régi vétségeit felnagyítja), insufficiensnek érzi magát, leértékeli egész életét, önmagát – microman doxasmákká állnak össze. Egyre többet foglalkozik a halál gondolatával, megnövekedik az öngyilkosság veszélye. Igen jellemző tünet a nyugtalanság, a hiposzomnia és az energiacsökkenés. Mindezeket áthatja a szorongás. A depressziós emberek többnyire gátoltak, inaktívak (stuporig fokozódhat), de a felerősödő szorongás agitált depressziós állapotot eredményezhet, nagy suicid veszéllyel.

A ruptus melancholicusban családirtással egybekötött suicidium is előfordulhat.

Vegetatív tünetek kísérik a hangulatzavarokat: insomnia– hypersomnia (hajnali megébredésekkor gyakori a suicidium), étvágyzavarok, szexuális diszfunkciók (menses zavarok), ezek a depresszió súlyosbodásával egyre gyötrőbbek. Kardiális panaszok, tenzióváltozás, obstipáció szintén a depresszió velejárói– fokozódik az introspekció, hipochondriás félelmekké összeadódva. Mindezek egyre izoláltabbá teszik a depresszióst, ami a suicidium felé sodorja.

A depresszió napjaink egyik „népbetegsége”, és a depressziók javarészét az ún. egyéb depressziók adják (reaktív depresszió, neurotikus depresszió, dysthymia, cyclothymia, stb.). A tapasztalatok szerint a felajánlott pszichiátriai kezelést a betegeknek kevesebb, mint fele fogadja el. Segítséget nyújthat a kedvező társas támogatottság, a magasabb iskolai végzettség és testi betegség hiánya.

A szomatikus betegségek leggyakoribb lelki következménye a depresszió (pl.: daganatos betegségek, Parkinson kór, különböző eredetű demenciák, cereb-

rovascularis megbetegedések). Pszichiátriai megbetegedésekhez is csatlakozhatnak a depresszív tünetek (skizofrénia, szorongásos zavarok, kényszerbetegségek, evészavarok, alkohol-, drog betegségek).

Szorongás és depresszió daganatos betegeknél

A két szindróma gyakran együtt fordul elő a daganatos betegeknél. A diagnózis közlésekor fellépő szituatív szorongások mellett számolnunk kell a kezelések, a kivizsgálások, és a műtétek során fellépő szorongásokkal.

A daganatos betegség kapcsán fellépő fordulópontok (újabb műtétek, kezelések, visszaesések, állapotromlások) során hamarabb mobilizálódnak a félelmek (Kindling jelenség). A terminális állapothoz közeledve a reménytelenségérzése kerekedik felül. A daganatsejtek abnormális metabolikus hatása (toxinok), bizonyos hormontermelő tumorok, vagy a gyógyszeres kezelések mellékhatásai a meglévő szorongásokat „színezhetik", mélyíthetik, depressziós állapotokat eredményezve. A premorbide meglévő szorongásos betegségek a daganatos betegség során provokálódnak, pánikrohamokat idézve elő. Tekintet nélkül a szorongást kiváltó okokra a szorongás tünetei (pszichés- és vegetatív-szomatikus) azonosak, mégis a daganatos betegek szorongásainak fókuszában a halálfélelem, a destruált test, a testi funkciók megváltozása, a fájdalmak okozta félelmek, a reménytelenség érzései állanak.

A betegek a szorongás szomatikus tüneteit beolvasztják a daganatos panaszok tüneteibe (palpitáció érzés, légszomj, étvágytalanság, köhögés, gyomorégés, székrekedés). A daganatos szerv okozta panaszokra „rárakódhatnak" a szorongás panaszok (gyomor-, nőgyógyászati daganatok: amenorrhea, gastrointestinalis szenzációk, libidócsökkenés, dysuria, stb.). Az emlőrákos nőknél a szorongást átszínezi a női szépség, az anyaság attribumának elvesztése miatti fájdalom, a veszteség miatti gyász. Uterus exstirpáció kapcsán a reprodukciós készség elvesztése miatt, fej-nyak daganatok kapcsán a szépség- és az Én-veszteség miatt lép fel a fájdalom, szégyenérzettel ötvözve.

Számolnunk kell azzal, hogy a lelki regresszió mentén a betegek szinte a preverbális korra „esnek vissza", gyakran testbeszéddel közlik a közölhetetlen érzelmeket. Az archaikus Én-védő mechanizmusok közül elsősorban a projektív identifikációva (kivetítő azonosulás)l számolhatunk az osztályos kezelések során, de a családi életben is. „Minden- és mindenki, mindenkire hat" elve mentén a beteg szorongása átszövi a családot, a kezelő team-et. A nem kellően kezelt szorongás, nyugtalanság érzés, depresszió, - a bonyolult rendszer mentén, - tovább rontja a beteg életminőségét.

A visszaesések, a daganatos folyamat előrehaladása, ill. a terminális állapot a halál-kérdését hozza elő depresszió fokozódással, gyászélménnyel.

Derogatis vizsgálatai azt mutatták, hogy a daganatban szenvedők kb. 47 %-a mutat pszichés rendellenességet, a depressziót *Massie* 49 %-ra teszi. A depresszió számszerinti növekedése azoknál jelentkezhet, akiknél a fájdalom gyengén kontrollált volt, akik visszaestek, és akik a végstádium felé haladtak.

Azoknál a betegeknél, akiknél a daganat előtt is volt affektív-betegség, vagy kórtörténetükben alkohol szerepelt, a rákbetegség kapcsán hajlamosak a depresszióra. Pancreas carcinomáknál és gyengén kontrollált fájdalmak esetén találtak nagyobb hajlamot a depresszióra. Ha valami oknál fogva oki kezelésben nem részesülhet a beteg, azoknál a reménytelenség érzés qualitása kerül előtérbe. Számolni kell a kezelések során alkalmazott kemoterápiás szerek által okozott depresszióval A glucocortikoidok (prednisolon, dexametason) pszichiátriai zavarokat, depressziót okozhatnak (organikus affekt-szindróma), antidepresszáns adására, a szteroid elhagyására a tünetek megszűnnek.

Elektrolit zavarok, anaemiák, lázas állapotok apatikus képet mutatnak. Apátiában a parathyreoida zavarát, adrenalin elégtelenséget ki kell zárni. Fokozott a depresszió veszélye azoknál, akiknek a családjában depressziós, öngyilkos fordult elő, valamint azoknál, akiknél súlyos szociális problémák merülnek fel.

A fentieket egybevetve és figyelembe véve a dysphoria, dysthymia súlyosságával, a reménytelenség – bűnösség, hasznavehetetlenség-érzés fokozataival, az öngyilkossági gondolatok jelentkezésével tudjuk nyomon követni a daganatos beteg depresszióját, és megtenni a szükséges lépéseket a pszichiátriai segítségkérés felé.

A pszichiáter feladata a megfelelő antidepresszánsok, szorongásoldók adása, szükség esetén, pszichiátriai osztályon való gyógykezelés folyamatának beindítása. Pszichoterápia alkalmazása mindenképpen sokat segít a betegnek- és családjának.

Ajánlott irodalom

1. Amerikai Pszichiátriai Társaság Gyakorlati útmutató a felnőttkori major depresszió kezeléséhez. (ford. Nagy Zsuzsanna, Terényi Zoltán Imre, Treuer Tamás). Animula Egyesület, Budapest, 1994
2. Arató Mihály (szerk.) A depresszió határterületei a medicinában. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest (A Psychiatria Hungarica tematikus száma, 9. évf. 1. sz., 1994
3. Arató Mihály (szerk.) Depresszió. Cserépfalvi Könyvkiadó Kft., Budapest, 1994
4. Aszalós Zsuzsa - Pataky Ilona - Simon Andrea - Nagy Zoltán
5. Post-stroke depresszió. Ideggyógyászati Szemle, 46 (3-4): 84-89, 1993
6. Bánki M. Csaba A depressziók ambuláns farmakoterápiája. Psychiatria Hungarica, 11 (1): 45-54, 1996
7. Kopp M.: Depresszió és a kardiovaszkuláris betegségek. Praxis, 8 (12): 9-14, 1999
8. Lányi P.: A szorongás és a depresszió kezelése a daganatos betegségek terápiája során, a háziorvosi gyakorlatban. Háziorvosi Szemmel, 4 (4): 62-66, 1997
9. Muszbek K.: Depresszió előfordulása és jellegzetességei a daganatos betegségekben. Psychiatria Hungarica, 9 (1): 49-54, 1994
10. Rihmer Z., Kalmár S.: A depresszió felismerése és az öngyilkosság megelőzése a háziorvosi gyakorlatban. Háziorvos Továbbképző Program. OPNI, Budapest, 2000
11. Szádóczky E.: Hangulatzavarok. In: A pszichiátria magyar kézikönyve. 171-185. Szerk.: Füredi J. Medicina, Budapest, 2001
12. Telekes A., Horváth Zs. A delírium diagnózisa és terápiája daganatos betegek esetén. Háziorvosi Továbbképző Szemle, 5 (1): 205-209, 2000

13. Tringer L.: Magatartásterápiák a depressziók kezelésében. Psychiatria Hungarica, 12 (3): 413-422, 1997

9.3 Szexuális zavarok

Kovácsné Török Zsuzsa

Az egészséggel kapcsolatos életminőség kutatások bebizonyították, hogy betegeink számára a legfontosabb a tünetektől való mentesség, illetve az alapvető funkciók (fiziológiai, érzelmi és társadalmi feladatok) ellátására való képesség. Ennek megfelelően, onkológiai osztályon dolgozva ma már egyre inkább törekszünk arra, hogy elősegítsük a betegek családi életbe, munkába, és a társadalomba történő visszakerülését. Ugyanakkor a rehabilitáció egy fontos része elmarad. Szinte alig foglalkozunk a betegség, a kezelések következtében megváltozott családi kapcsolatok okozta nehézségekkel, a felmerülő szexuális problémákkal. Holott tudjuk, hogy a családon belüli erős kohézió, a szexuális elégedettséggel alapvetően összefüggő házastársi elégedettség kedvezően befolyásolja a beteg túlélési idejét.

A daganatos betegség ráébreszti az egyént arra, hogy az életet, és az egészséget nem lehet magától értetődőnek venni. A bizonytalanság, a félelem önmagában is elég ok lehet arra, hogy ne kívánja a szexet. Az időszakos kemo-, illetve sugárterápia mellékhatásai - a kimerültség, az émelygés, a hányinger, a súlyos depresszió - csak tovább rontják a helyzetet.

Ha a kezelés a nemi szerveket érinti, akkor ez közvetve is hat a szexuális életre. A betegnek erről nagyon nehéz beszélnie, hiszen a rák és a szex különkülön is tabu. A rák a halált és a szenvedést szimbolizálja, míg a szex az életet és az élvezetet. Ez a két dolog így együtt olyan kettős tabu, amelyet külső segítség nélkül a rákbeteg általában nem tud áttörni. Vincent és kollégái vizsgálatukban azt találták, hogy a méhnyakrákban szenvedők 80%-a több, szexualitásra vonatkozó tájékoztatást várt volna orvosától. Ugyanakkor közülük szinte senki nem hozta volna fel önállóan ezt a témát. Vagyis mi vagyunk azok, akiknek meg kell tennünk az első lépést a rákbeteg szexuális problémáiról szóló nyílt beszélgetés felé.

Rák a férfi nemi szerven

A férfi szereppel kapcsolatos elvárások, amelyek önbizalomról, a kontroll kézben tartásáról, sikerről, és az érzelmek elrejtéséről szólnak, nagyban megnehezítik a férfiak szexuális zavarainak a kezelését. Így van ez prosztata- és hererák esetében is. Prosztatarák kezelését követően csaknem minden beteg merevedési zavarról számol be, és a normális reakció visszatéréséhez több mint 1 év szükséges. Sugárterápia után a férfiak fájdalmas ejakulációról panaszkodnak. Mivel a szexuális vágy és az orgazmus megtartott lehet, így a merevedési funkció elvesztése ellenére a kielégítő szexuális élet - egy támogató partner segítségével - kiépíthető.

A hererák a 20 és 35 év közötti férfiak leggyakoribb rákos megbetegedése. A betegek túlélési aránya 90-93% között mozog, ennek ellenére a hererákban szenvedők szexuális problémáit egészen a 80-as évekig nem vizsgálták.

1.táblázat *Szexuális funkciózavarok hererákban szenvedő férfiaknál*
Gritz, 1989

Szexuális funkciózavar:	%
Ejaculatióra való képtelenség	37
Meddőség	31
Anorgasmia	17
Szexuálisan inaktív	**23 !**

Megdöbbentő, hogy a betegek 23%-a szexuálisan inaktívvá vált. Gyakori az ejaculatióra való képtelenség és a retrográd ejaculatio is.
Egy bõvebb vizsgálat adatait foglalja össze a következő táblázat:

2, táblázat Szexuális funkciózavarok hererákban szenvedő férfiaknál
Gritz, 1990

Szexuális funkciózavar:	*%*	*Időtartam:*
Szexuális vágy elvesztése	Több mint 50	2-3 hónapig
Ejaculatióra való képtelenség	Több mint 50	Több mint 40 hónapig
Merevedési zavarok ebből "állandó"	74 15	
A szex kerülése a betegnél: - a beteg szerint - a feleség szerint	 35 76	

Rák a női nemi szervekben

Az emlőrák a nők körében a leggyakoribb ráktípus. Pszichológiai hatásait régóta vizsgálják, de szexuális következményei a mai napig nem kapnak elég figyelmet. Az emlő mind fizikailag, mind érzelmileg fontos szerepet tölt be a szerelmi életben. A legtöbb nő számára a szexuális önértékelésnek is meghatározó eleme. Így a rákos folyamat miatt csonkolt, vagy eltávolított mell a testkép torzulását okozza: a betegek 88 %-nál tapasztalták azt, hogy mélyen sérült a testkép, még saját maguk megnézése és megérintése is nehézségekbe ütközött. A mell eltávolítás negatív hatása a szexuális életre teljesen egyértelmű. *Charavel "emlőeltávolítás utáni szindrómáról"* beszél: a műtéten átesett nők 30 %-a szenved súlyos depressziótól, szorongástól. Ezzel is magyarázható az, hogy az emlő rosszindulatú daganata esetén a betegek 27%-a számolt be valamilyen szexuális problémáról, míg jóindulatú emlődaganat esetében ez az arány csupán 6% .

3, táblázat Szexuális funkciózavarok emlő carcinómában szenvedő nőknél
Ganz, 1987

Szexuális funkciózavar:	%
Csökkent a szexuális vonzereje	38
Csökkent az együttlétek száma	42
Csökkent a szexuális izgalom	43
Szexuálisan inaktív	*36 !*

Ebben a betegcsoportban a legmagasabb a szexuálisan inaktív nők aránya. Kiemelendő, hogy rekonstrukciós műtéten átesett nőknél kevésbé sérül a szexuális vágy, és ők gyakrabban élnek szexuális életet, mint a rekonstrukciós műtétet nem választók. Az emlő carcinómában szenvedő nőknél jellegzetes maladaptív megküzdő stratégiákat különítettek el. A szexuális problémákat is ezekkel a rossz megoldási módokkal kezelik: disszimuláció, elfojtás, kilépés a helyzetből, izoláció, a problémán való rágódás. Valószínű, hogy külső segítséggel rá tudnának találni az adaptív coping mechanizmusokra.

A nőgyógyászati rákbetegségek esetében a sokoldalú terápia hatására az életesélyek jelentősen javultak. A túlélők életminősége viszont nem a legjobb. Egy vizsgálat adatai szerint az összes nőgyógyászati rákban szenvedő nő kétharmada küzd szexuális problémákkal. Pedig a nők kifejezetten igényelnék a szexuális tanácsadást, és az hatékony segítséget is jelentene a számukra. Elkeserítő, hogy a szexuális zavarok a látszólag jól működő családi kapcsolatok ellenére is évekig fennmaradnak. A nőgyógyászati rákos megbetegedések közül a szerzők leginkább a cervix, az ovarium, az endometrium és a vulva rákos folyamataival, ezek szexuális következményeivel foglalkoznak.

Cervix carcinoma a betegség kezdeti szakaszában felfedezhető. A betegséget hysterectomiával, sugárterápiával, vagy a kettő kombinációjával kezelik. A műtétnek nincs mellékhatása, és nem befolyásolja a nő termékenységét sem. Ennek ellenére gyakoriak a szexuális problémák. Műtéten átesett nők 53%-nál figyelhető meg a szexuális vágy, 61%-nál pedig az orgazmus elvesztése és 45%-nál a házasság fel is bomlott. Ki kell emelnünk, hogy sugárterápia után magasabb arányban fordulnak elő szexuális problémák. Az intim kapcsolat azoknál sérült a legkisebb mértékben, akiket kielégítően tájékoztatott az orvos a műtét utáni, lehetséges szexuális zavarokról, lubrikáns használatáról, az együttlét alatti testhelyzetek jelentőségéről.

4, táblázat Szexuális funkciózavarok cervix carcinómában szenvedő nőknél
Andersen, 1987

Szexuális funkciózavar:	*4 hónappal a kezelés után (%)*	*1 évvel a kezelés után (%)*
A nemi vágy csökkenése	33	24
A szex. izgalom csökkenése	33	19
Anorgasmia	23	13
Dyspareunia	33	16
Szexuálisan inaktív	*5*	*13 !*

A szexuális vágy csökkenése a kezelést követő hónapokban figyelhető meg. Ebben a vizsgálatban is drámai módon csökkent a szexuális izgalom. Az egészséges populációban ennek a szexuális funkciózavarnak az előfordulási aránya 3 %, jóindulatú betegségben szenvedőknél 7 %, ebben a populációban 33 %. A dyspareunia előfordulási aránya is igen magas, a normál populációban 3 % körül mozog.

Az endometrium carcinoma kezelését követõen a nők 75%-a szenvedett szexuális funkciózavarban, és 33%-uk teljesen megszüntette a szexuális viselkedést.

Az ovárium carcinoma kezelése az uterus, az ovárium (esetleg más szerv) eltávolítását, és hosszú kemoterápiát foglal magába. Amennyiben a műtét kapcsán új testnyílásokat kell képezni a vizelet- és a széklet ürítéshez, ez egy sor komoly pszichológiai tennivalót von maga után. A műtétileg indukált menopausa, a reprodukciós képesség elvesztése, a gyakori depresszió a szexuális vágy és az orgazmus készség csökkenését okozza. Több szerző arról számol be, hogy a kezelésen átesett nők kétharmada szexuálisan egyáltalán nem aktív. A hüvely rekonstrukciós műtétével és szexuális tanácsadással az intim kapcsolat jelentősen javítható. A felépülésért folytatott küzdelemben nem szabad lebecsülni a partner szerepét, és a beteg saját motivációját.

Vulva carcinoma esetén a beteg szervet teljesen vagy részben eltávolítják. Sok esetben van lehetőség arra, hogy a külső nemi szervet sebészeti úton pótolják. Mivel ezen a részen kevésbé lesz érzékeny, így új szexuális viselkedésre kell rátalálnia a párnak. Hogy ez elég ritkán sikerül szakszerű segítség nélkül, bizonyítja a következő táblázat.

5, táblázat Szexuális funkciózavarok vulva carcinómában szenvedő nőknél
Andersen, 1988

Szexuális funkciózavar:	*1 évvel a kezelés után (%)*	*5 évvel a kezelés után (%)*
A szex. Vágy csökkenése	23	15
A szex. Izgalom csökkenése	31	36
Anorgasmia	36	28
Vaginizmus	3	10
Dyspareunia	10	8
Szexuálisan inaktív	*21*	*33 !*

Ahogyan növekszik a kezelési idő, úgy nő a szexuális problémák száma, és nő a szexuálisan inaktív nők aránya (a vizsgált populáció átlagéletkora 50 év volt).

Míg a vulvectómián átesett nők 77 %-a kielégítő információt kapott a műtét és a kezelés orvosi vonatkozásaival kapcsolatban, addig a szexuális következményekkel kapcsolatosan 84 %-uk egyáltalán nem kapott információt. Holott 90 %-uk fontosnak tartott volna ilyen jellegű, orvosi felvilágosítást, a partnere jelenlétében.

A vulva carcinómás nő számára különösen kritikus a szexualitás. Hiszen a vulva rákos megbetegedése a menopausa idõszakában jelentkezik, amikor az uterus szexuális jelentése, funkciója is lecsökken. Így a vulvectomián átesett nőknek nemcsak a fertilitás elvesztésével, hanem a megmaradt, külsõ nemi szerv szó szerinti elvesztésével is meg kell küzdeniük.

Stellman és munkatársai vizsgálatában a vulvectómián átesett nők 50 %-a egyáltalán nem él szexuális életet, nagyon magas a szorongás, az önvádlás, az értéktelenség érzése és a saját test elutasítása. "Amikor magamhoz tértem, úgy éreztem, nem tudok a férjem, a barátaim szemébe nézni." - mondta egy 58 éves nő. A műtét óta sem nézte meg külső nemi szervét, nem engedi, hogy férje meztelenül lássa, semmilyen szexuális kapcsolatuk nem is volt a műtét óta. "Elfoglalom magam, nem engedem, hogy rágondoljak." Fiatalabb pácienseknél sikeres terhességet és hüvelyi szülést is leírtak vulvectomiát követõen. A 60 évnél idősebb betegek szexuális rehabilitációja kevésbé hatékony, és ennek is több oka van, köztük a motiváció gyengülése.

Rehabilitáció a szexuális élet területén

Egy orvosi központban működő, szexuális rehabilitációval foglalkozó munkacsoport feladatai különböznek a szexuális diszfunkciókkal foglalkozó szakrendelő feladataitól. Azok, akik rákos betegként a szexuális életük miatt is szoronganak és aggódnak, inkább általános felvilágosítást, a meglévő kommunikációs gátak feloldását, és krízisintervenciót igényelnek, mint hagyományos értelemben vett szexterápiát. A rákos beteg, ha szexuális funkciózavarral küzd, gyakran orvosi

segítséget kér, és orvosi megoldást vár, mert úgy érzi, hogy valójában testi beteg, akit a pszichoterápia méginkább stigmatizál.

Schover egy jól működő szexuális rehabilitációs központ munkáját elemezve a következő megállapításokhoz jutott. Maga a vizsgálat 308 férfi (79 %-nál genitális ca.) és 76 nő (58 %-nál genitális ca.) szexuális rehabilitációjáról számol be.

6, táblázat Mitől függ a szexuális rehabilitáció hatékonysága?
(Schover, 1987)

A szexuális rehabilitációra nincs hatással:

1. a terápia elkezdésének időpontja 2. az alkalmazott terápiafajta

A szexuális rehabilitáció hatékonyabb, ha:

1. a páciens fiatalabb 2. nem szenved depresszióban 3. kevesebb családi konfliktussal kell megküzdenie 4. a terápia mellett orvosi úton is kezelik a szexuális problémát 5. a betegség előtti szexuális élete rugalmas, problémamentes volt

A terápia eredményessége nem függött össze azzal, hogy a kezelés előtt, alatt vagy után végezték - a szexuális rehabilitáció bármikor elkezdhető. A hatékonyság nem volt terápiafüggő. Legtöbbször rövid, fokális pszichoterápiát (78 párnál), egyéni pszichoterápiát (20), párterápiát (11), legkevesebbszer szexterápiát (8) alkalmaztak. A házaspár jelenléte sem volt hatással a terápia kimenetelére.

Általános tapasztalat, hogy a feleségek könnyebben vonhatók be a terápiás folyamatba, mint a férjek. Ennek az az oka, hogy a hagyományos férfiszerepben kevésbé van benne a gondoskodás, az emocionális nyitottság. A férjek általában kevesebb érzelmi támaszt tudnak nyújtani beteg feleségeiknek. Kevésbé veszik észre társuk emocionális problémáit, és saját érzelmi nehézségeiknek sem szívesen adnak hangot - éppen ezért hamar kimaradnak a terápiából, vagy el sem kezdik, mert tagadják ennek fontosságát. Szignifikánsan többször alkalmazzák a "visszahúzódás" coping stratégiáját, kilépnek a helyzetből. A visszahúzódás szó szerint is értendő: a közeli, intim kapcsolatot is visszavonják.

A szexuális rehabilitáció sikeresebb, ha a páciens több ülésben vesz részt.

7, táblázat A szexuális tanácsadás hatékonysága és az igénybe vett terápiás ülések száma
Schover, 1987

Terápiás ülések száma	*Sikeres terápiák aránya (%)*
1-2	49

3-5	56
5-10	80
10-nél több	89

Hatékonyabb a szexuális rehabilitáció, ha a páciens fiatalabb, ha nem szenved klinikai depresszióban, ha kevesebb házastársi konfliktussal kell megküzdenie. Jobb, ha a terápiás munka mellett, azzal párhuzamosan orvosi kezelésben is részesül a beteg. Ennek leggyakoribb módja a gyógyszerváltás, a protézisek alkalmazása, a hormonpótlás, a vaginális tágítás. A kezelés sikere szempontjából alapvető fontosságú a pár betegség előtti szexuális életének minősége. Azok a párok, akiknek szexuális élete rigid, sztereotipizált mintával és minimális flexibilitással, azok általában nem tudnak változtatni a betegség által kiváltott, nem kielégítő szexuális viselkedésükön.

Sokkal hatásosabb, ha prevenciót, *és* nem rehabilitációt alkalmazunk ebben - a szexuális problémák területén - magas rizikójú csoportban. Miből áll a prevenció?

8, táblázat A preventív szexuális tanácsadás elemei
Schover, 1987

1.	*Pontos, folyamatos információnyújtás a kezelés megkezdése előtt, és közvetlenül utána*
•	az orvosi és szexuális következményekről
•	megvalósítható tanácsokról
•	a kommunikációs gátakról, a szexuális tévhitekrõl
2.	*Tájékoztassuk őket az elérhető terápiás szolgálatról*
•	Beszélnünk kell a "negatív szűrő" problémaköréről, az alkalmazható coping stratégiákról
•	Nincs szükség szigorú értelemben vett szexterápiára!

A legfontosabb a megfelelő információnyújtás a kezelés megkezdése előtt és közvetlenül utána. Ebbe beleértendő a partner is! Ismét egy petefészekrákos betegtől idézünk:

"Saját tapasztalatból mondom, hogy sok rákos nő csak együtt lakik a férjével, de nem ÉL vele. A férje teljesen elzárkózik a szex terén és pontosan a tudatlansága miatt. A férfiak nagy többsége egyáltalán nincs tisztában a feleség műtét utáni állapotával. Azt hiszik, hogy onnan mindent kivettek, és számukra ott már nincsen hely! Igenis meg kellene erősíteni a férfiakban azt a tudatot, hogy feleségük ezután is ugyanolyan nő, mint előtte volt. Sajnos az orvosnak erre nem sok ideje van, de kellene rá időt szakítani. Megérné!"

Milyen témákat kell érintenünk? A műtét, a kezelés orvosi következményeit, hatásukat a szexualitásra. Megváltozik az általános állapot, krónikus fáradtság, végtag ödéma, stb. valószínű. Strukturális változások következnek be a genitálékban is: hormonális változás, a szexuális válaszkészség változása várható. Olyan tisztán fogalmazzunk, ahogyan csak lehet, és megvalósítható tanácso-

kat adjunk. Pl.: ha a beteg fájdalomcsillapítót szed, akkor legyenek együtt, amikor ez leginkább kifejti a hatását, vagy ha krónikus fáradtságot észlel, inkább reggel legyenek együtt, és ne egy fárasztó nap legvégén. Fontos lehet a síkosítók ismerete, és kezdetben olyan szexuális viselkedés kialakítása, amely közösülést nem tartalmaz. Tapasztalatunk, hogy egészséges párok esetében is nő az orgazmus készség, és csökken a szexuális szorongás pusztán attól, hogy pontos információkat kaptak a nemi szervek anatómiájáról, a szexuális viselkedési körről, a nehézségek lehetséges okairól, a szexualitással kapcsolatos mítoszokról és tévhitekről. Ennek a daganatos betegek esetében még nagyobb jelentősége van. Tájékoztassuk őket arról is, hogy milyen terápiás szolgálat érhető el, hol kérhetnek segítséget még enyhe tünetek esetén is.

Beszélnünk kell arról, hogy a betegek - a sok rossz miatt - negatív szűrőn keresztül láthatják a világot. Elsikkadhatnak apró, de sokat jelentő örömök. Éppen ezért tudatosan érdemes odafigyelniük az intim, szexuális együttlét alatti kellemes érzésekre. Hatékonyan segítséget nyújthat ebben az autogén tréning. A daganatos betegeknek és partnereiknek tudniuk kell, hogy a kezelés alatt nagy valószínűséggel előfordul krónikus szorongás és depresszió. Ezek eleve negatív hatással vannak a szexualitásra is. Amennyiben az érzelmi zavar az elsődleges, ez igényel kezelést. Érdemes több időt szentelni a rákkal, az érzelmi problémákkal való megküzdési stratégiákra: mit tehet meg maga a beteg, illetve a család annak érdekében, hogy közérzete javuljon?

Szigorú értelemben vett szexterápiát igen kevés rákos beteg igényel. Éppen ezért a szexualitással kapcsolatos problémák gondozásához nem kellenek speciális ismeretek. Hagyományosan a daganat elleni terápia hatékonyságát a tumor reagálásával, és a páciens túlélési idejével fejezik ki. Egyre inkább felismerjük, hogy a túlélési időtartam mellett annak minősége is fontos. A szexuális problémák nagy száma, és magas előfordulási aránya miatt ez a terület túlságosan lényeges ahhoz, hogy szinte teljes mértékben kifelejtsük a daganatos betegek életminőségének javításáért folytatott, közös munkánkból.

Ajánlott irodalom:

1. Andersen, B.L. et ali: Psychosexual adjustment following pelvic exenteration. Obstet.Gynecol. 61: 331-338, 1983
2. Andersen, B.L.: Sexual functioning morbidity among cancer survivors: present status and future research directions. Cancer 55: 1902-1908., 1985
3. Andersen, B.L.: Sexual functioning complications in women with gynecologic cancer. Cancer, 60: 2123-2128, 1987
4. Andersen, B.L. et alii: Sexual functioning after treatment of in situ vulvar cancer: preliminary report. Obstet.Gynecol. 71: 15-19, 1988
5. Bogaerts, F.: Breast cancer and sexuality. In: Advanced research in psychosomatic obstetrics and gynaecology.Eds.: Nijs,P., Richter,D. Peeters Press, Leuven, 15-24, 1998
6. Bracken, R.B., et ali: Sexual function and fecundity after treatment for testicular tumors. Urology, 7: 35-38, 1976

7. Charavel, M.et alii.: Psychosocial profile of women seeking breast reconstruction. Eur.J.Obstet,.Gynecol.Reprod.Biol. 74: 31-35. 1997
8. Filiberti, A. et alii.: Problems after hysterectomy. A comparative content Analysis of 60 interviews with cancer and non-cancer hysterectomised women. Eur. J. Gynecol.Oncol. 12: 445-449, 1991
9. Ganz, P.A. et alii.: Rehabilitation needs and breast cancer: the first month after primary therapy. Breast Cancer Research Treatment, 10: 243-253, 1987
10. Gritz, E.R. et alii.: Long-term effects of testicular cancer on sexual functioning in married couples. Cancer, 64: 1560-1567, 1989
11. Gritz, E.R. et alii.: Long-term effects of testicular cancer on marital relationships. Psychosom.31: 301-312 1991
12. Heim, E. et alii: Coping with breast cancer - a longitudinal prospective study. Psychother.Psychosom. 48: 44-59, 1987
13. Holland, J.C. et ali: Psychiatric sequelae following surgical treatment of breast cancer. Adv.Psychosom.Med. 15: 109-123, 1986
14. Holland, J.C. (ed.): Psycho-oncology. New York: Oxford University Press, 1998
15. Lotze, W.: Sexuelle rehabilitation bei zervixkarzinom-patientinnen. Geburtsh.Frauenheilk., 50: 781-784, 1990 Maguire, G.P.et alii.: Psychiatric problems in the first year after matectomy. 1: 963-965, 1978
16. McGee, R., et alii: Are life events related to the onset of breast cancer? Psychol.Med. 26: 441-447, 1996
17. Renczes G.,és mtsa: Életminőség vizsgálatok a klinikai gyakorlatban. Orvosképzés, 4: 195-201, 1996
18. Riskó Á.: A test, a lélek és a daganat. Animula, Budapest, 1999
19. Ross, M.: The gynaecological unit – a psychodynamic perspective. In: Psychodynamic counselling, 1, 2: 199-213, Routledge, 1995
20. Schover, L.R. et ali: Sexual and marital counseling with men treated for testicular cancer. J. Sex. Marital. Ther. 10: 29-40, 1984
21. Schover, L.R. et alii: Sexual rehabilitation in a cancer center: diagnosis and outcome in 384 consultations. Arch.Sex.Behav. 16: 445-461, 1987
22. Seibel, M.et alii: Sexual function after surgical and radiation therapy for cervical carcinoma. South. Med. J. 75: 1195-1197, 1982
23. Sprangers, M.A.G. et alii: The european organization for research and treatment of cancer breast cancer - specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. J.Clin.Oncol. 10: 2756-2768, 1996
24. Stellman, R.E. et alii: Psychological effects of vulvectomy. Psychosom. 10: 112-117, 1984

9.4 Szomatoform zavarok és daganatos betegségek

Veres Zsuzsa

Ebbe a csoportba két jelentős betegségegység tartozik, a disszociatív (konverziós) betegségek, és a szomatoform zavarok.

A disszociáció

A disszociáció olyan lelki mechanizmus, mely megóvja az egyént a számára kínos külső eseményektől, a nem kívánt szégyenteljes belső feszültségektől (elutasított belső fantáziáktól), egyúttal jól szolgálja – nem tudatos szinten – az egyén függőségi igényét, ezáltal környezetét jól tudja szabályozni. A disszociatív mentális zavarok hátterében kimutatható organikus ok nincsen (de: epilepszia, agytumor kizárandó!). Orvosilag, anatómiailag nem megmagyarázható jelenségeket, tüneteket találunk; ilyenek a következők: disszociatív emlékezetzavar (pszichogén amnézia), disszociatív fúga, disszociatív identitászavar, affektstupor, pszeudoneurológiai tünetek (érzészavarok, astasia, abásia, pszichogén bénulások). Régebben a disszociatív zavarokat a hisztéria névvel illették (vagy Charcot-betegségnek is nevezték). Sokszor a disszociációs tünetek hátterében koragyermekkori traumák, nárcisztikus sérülések, függőség-szükségletek húzódnak meg. Figyelmet, törődést óhajtanak kicsikarni környezetük részéről, a betegnek kijáró előnyöket szeretnék elérni (másodlagos betegségelőny); tüneteikkel a számukra nem kívánt kellemetlen konfliktussal így nem kell szembenézni, szembesülni, megoldani (elsődleges betegségelőny). A tüneteknek szimbolikus jelentésük van.

Szomatoform zavarok

Szomatoform zavarok során a beteg szenved, gyötrődik, teljesítmény csökkenést okozó testi panaszai, szenzációi, fájdalmai vannak. Alapos kivizsgálás ellenére testi elváltozást kimutatni mégsem lehet, noha a beteg súlyosan megbetegedettnek tartja önmagát. Panaszaikat körülményesen, dramatikusan, érzelemtelítetten adják elő. Az általuk szolgáltatott anamnesis kaotikus, tüneteiket váltogatják. Mindezek mellett szorongást, nyomott kedélyt észlel a vizsgáló. Egocentrikusság, csodálatra kiéhezettség jellemzi őket. Legtöbbször a háziorvos, vagy más szomatikus szakember találkozik velük. A panaszáradat és a negatív leletek frusztrálják a beteget és az orvost egyaránt. A betegek orvosaikkal elégedetlenek, gyakori az orvos-váltás náluk. Ha a szomatoform zavar hosszú időn át fennáll, önértékelésük csökken, dependencia igényük növekszik. Érzelmi panaszt csak a testbeszéddel tudják környezetük felé kifejezni. Tünetileg változatos képet kapunk: fájdalom szindróma, emésztőtraktus zavarait panaszolják, kardiovaszkuláris- és légzőszervi szenzációkat, dysmenorrheás panaszokat hoznak az orvoshoz. A betegség krónikus, az orvosi kivizsgálások, beavatkozások és gyógy-

szerelés száma egyre gyarapodik. A hipochondria és a szomatoform fájdalom szindróma a leggyakoribb előfordulás. A hipochonder (a „képzelt beteg”) depresszív, szorongó, permanens aggodalomban él a jövőbe vetített egészségkárosodása miatt.

Szomatoform zavarok és a rák

A rák és a szomatoform zavarok komorbiditása ritka, mégis a pszichogén testi tünetek jelenléte daganatos betegeknél komoly odafigyelést, gondos mérlegelést igényel az onkológustól (differenciálás, szétválasztás a tényleges daganatos panaszoktól).

Konverzív tünetek megjelenése (pl. globus érzés a torokban, gyomorszenzációk) elsősorban arra utal, hogy a beteg retteg a daganat progressziójától. Azok a hipochonderek, akik premorbide féltek a daganatos megbetegedéstől, majd mikor a „várt” betegség kialakult náluk, igen rossz pszichés állapotba kerülnek. Felerősödő félelmük cselekvésre képtelenné teheti őket, jövőjüket reménytelennek, kilátástalannak látják. Azoknál a betegeknél, akiknél a tumor miatt fájdalmak alakultak ki (pl. tumor idegplexust comprimál) nehéz diagnosztizálni a premorbid szomatoform fájdalom szindrómát.

A fájdalom analizálásával kiszűrhetjük a pszichogén komponenst és „dekódolhatjuk” a fájdalom jelentését, üzenetét, mellyel többnyire a halálfélelmét jelzi számunkra a beteg. Ilyen esetekben a fájdalom kezelésének ki kell terjednie a pszichés problémák enyhítésére is (pszichológus bevonása). A hipochonderek és más szomatoform zavarokban szenvedők a rák kiújulása, vagy progressziója miatti félelmüket „szimbolikus” fájdalomba konvertálva azt a vágyukat fejezik ki, hogy megnőtt az igényük a megnyugtatásra, és a fokozott figyelemre. Az onkológusnak a beteg ilyen igényét mindenképpen figyelembe kell vennie, és a probléma oldása, az életminőség javítása érdekében szükséges pszichológussal, pszichiáterrel konzultálnia.

Ajánlott irodalom

1. Massie, M. J.: Somatoform Disorders and Cancer. ín Hand-book of Psycho-Oncology Holland, J. C., Rowland, J. H. (eds.) Oxford UP, NY, 317-319,1990.
2. Moulin, D. E.-Foley, K. M.: Management ofpain in patients with cancer. Psychiatr. Ann. 14: 815-822,1984.
3. Smith, G. R.-Monson, R. A.: Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. N. England, J. Med. 314: 1407-1414,1986.

9.5 Öngyilkossági késztetések, suicidium

Az öngyilkosság az emberi lét egyik legtragikusabb eseménye, a probléma a szociológusokat (devianciakutatások), a pszichiátereket mindig foglalkoztatta, kutatásaik tárgyát képezte.

Medicinális szempontból a suicidiumot az orvos mindenképpen meg akarja előzni. Filozófiai szempontból azonban a társadalomban sokan a súlyos beteg öngyilkosságára (daganatos betegek, amputáltak, stb.) úgy tekintenek, mintha a beteg tettével visszaszerezte volna önrendelkezését, kontrollját. Ezzel mintegy a „méltóságteljes" halált szerzi meg maga számára. Az öngyilkosságot különböző korszakok, társadalmak, vallások más-másféleképpen ítélték meg (pl.: harakiri, kamikaze akciók, prágai önégető demonstrációja, altruista suicidiumok, vagy a „bűnös ember", akinek helye csak a temető árkában lehet, ill. súlyos deviancia).

Az ún. „befejezett" suicidium gyakoribb férfiaknál, bizonyos életkorban (pl. involució), vagy évszakváltozásokkor (szezonalitásbeli ingadozás jelzi a biológiai adottságokat). A nők körében több a suicid kísérlet. A férfiak inkább választanak drasztikus formát (lőfegyver, önakasztás, magasból való leugrás, vonat). Minden öngyilkossági szándékot komolyan kell venni – ugyanis a befejezett öngyilkosságot elkövetőknél az anamnézisben (16 – 32 %-ban) szerepel a kísérlet. Az öngyilkosoknak közel a fele, direkt vagy indirekt módon, közli környezetével (család, orvos) halálvágyát, öngyilkossági szándékát.

Bár az öngyilkosság multikauzális jelenség, mégis vannak olyan tényezők, melyek fennállása esetén az öngyilkossági kockázat megnő.

Kockázati tényezők

- Pszichiátriai megbetegedések (affektív spektrum betegségei – depresszió; a skizofrénia)
- Alkohol – drog – gyógyszer abúzus / vdependencia
- Családban előforduló suicid kísérletek (vagy halál)
- Öngyilkossági szándék kommunikációja
- Anamnézisben veszteségek, betegségek, balesetek (koragyermekkori traumák, szeparációk, szülők halála, válása)
- Izoláció (pl.: betegség miatti elmagányosodás)
- Komoly anyagi gondok (munkanélküliség, nyugdíj – gazdasági csőd)
- Súlyos, negatív életesemények (krónikus betegségek, invalidizmus)

A depresszió önmagában nem elég az öngyilkosághoz; az önkontroll hiánya, önpusztító hajlam, más pszichoszociális rizikófaktor jelenléte is szükséges. Bár az öngyilkosjelöltek kisebb hányada közli direkt módon suicid szándékát, az indirekt jelzések gazdag arzenálja utal az egyén halálvágyára.(pl.: öngyilkossággal – halállal kapcsolatos történetek említése, ezzel kapcsolatos adatok keresése, búcsúlevél fogalmazások, végrendelkezés, gyógyszerek felhalmozása, minden

jövőre irányuló téma negligálása; szemantikai fordulatok a beszédben, stb.). Az öngyilkossági szándék iránt kezdetben az egyén ambivalens; a „lenni, vagy nem lenni” dilemma jellemzi élménymezőjét, magatartását, viszonyulási rendszerét, érzelmi életét. Ha a leadott jelzéseit, a „cry for help”-et a környezet tagjai nem, vagy rosszul „dekódolja”, és nem reagálnak rá, akkor a preszuicidális szindróma irányába változhat.

A preszuicidális szindróma jellemzői

- a gondolkodás, a magatartás, az érzelmek örvényszerű beszűkülése, bemerevedése, mely izolációhoz vezet,
- gátolt, önmaga ellen fordított agresszió,
- szuicid fantáziák megjelenése (milyen módszerrel, hogyan tegye meg, stb.).

A preszuicidális szindróma ismerete és felismerése fontos az akut szuicidális krízisben lévő egyén további sorsának alakulása miatt. A szuicidális krízisben lévők azonnali pszichiátriai ellátást, pszichiátriai osztályos felvételt igényelnek krízisintervenció és szükség esetén gyógyszeres kezelés miatt. A pszichiátriai megbetegedések, a depresszió korai felismerése, kezelése és utógondozása (hasonló a daganat korai diagnózisához) csökkenti a szuicidiumok gyakoriságát. Bizonyos daganatos betegségek kimutathatósága előtt is jelentkezhet depresszió (ilyen a pancreas carcinoma, az agydaganat). A depresszív tüneteket alaposan kell elemezni, mert bizonyos sajátosságok a depressziók hátterében meghúzódó szomatikus betegségek meglétére utalnak (pl.: csökkent spontaneitás agytumorra, adynamia depresszióval hypoxiára, anaemiákra utalhat).

Szuicidium daganatos betegeknél

Noha sok daganatos beteg az öngyilkosságot egy alternatívának tartogathatja azért, hogy a kontrollt önmagán fenntarthassa – mégsem követnek el nagyobb százalékban öngyilkosságot, mint az egészséges emberek.

A „passzív öngyilkosság”, a suicid gondolatokkal küzdés igen gyakori a daganatos betegeknél: egy pancreas carcinoma előrehaladott stádiumában lévő férfibeteg csak ásványvízen élt mondván: „méltatlan hozzám az öngyilkosság, de csak így tudom lerövidíteni szenvedésem idejét”. A daganatos betegek esetében a tényleges szuicidiumnál elterjedtebb az öngyilkosság rejtett módja, pl.: a műtét, a kezelés visszautasítása, az együttműködés megszakítása. A daganatos betegnél váratlanul felbukkanó alkoholizmus (vagy drogozás) önpusztító volta megfelel egy prolongált öngyilkosságnak. A súlyos étkezési zavarok egy részének hátterében szuicidális vonások fellelhetők: drasztikus diéta, „tisztítókúrák”, stb. formájában.

A daganatos betegeknél hamarabb vezetnek depresszióhoz, ezen át szuicidális tematikához az alábbi hajlamosító tényezők:

- az önerőből feldolgozhatatlan, betegség okozta stressz
- kapcsolati-, és anyagi veszteségek
- egyes pszichiátriai megbetegedések (pl.: borderline, azaz határeseti személyiség)
- leromlott testi állapot, végstádium felé progrediáló állapot
- a nagy, és kontrollálatlan fájdalmakkal küzdők
- Kaposi szakóma (az AIDS egy fajtája)

A betegséggel kapcsolatos testi tünetek, funkcióváltozások, de leginkább a fájdalom dezintegrálja a személyiséget, felőrli a maradék erőtartalékokat, és a megküzdőképességet.

Nyilvánvaló az is, hogy előrehaladott stádiumban, metasztázisokban encephalopátiás tüneteket (enyhe organikus pszichoszindrómát) is észlelhetünk: a figyelem vigilitásbeli csökkenése, percepciós - és orientációs zavarok, impulzuszavarok. Amennyiben ezekhez enyhe, felszínes deliráns tudatzavar társul, agresszívvé válhat a beteg, könnyebben hajt végre szuicidiumot.

A kiszolgáltatottság, a szituációk feletti uralom elvesztése, az irányítás-kontrollvesztés érzése a daganatos betegség lelki velejárója lehet. Műtéti beavatkozások után, kezelésekkel kapcsolatos mellékhatások (hányinger, hányás, súlyos kozmetikai deficitek), valamint a végkifejlet felé haladó állapot a kontrollvesztést megsokszorozza (mozgáskorlátozottság, plégiák, incontinencia, amputációk, evés-nyelésképtelenség), és szuicidális megoldás felé vihetik el a beteget. Sajátos kontrollvesztéses élmény a bódító-nyugtatószerek tudatmódosító hatása miatti szorongás, ami valójában az énvesztés miatti szorongás: „nem vagyok ura az agyamnak", vagy „nem tudom uralni gondolataimat".

Premorbid pszichiátriai megbetegedések közül az alkoholizmusban, a határeseti személyiségzavarban szenvedők, és a depressziósok köréből nagyobb számban kerülnek ki öngyilkosok. Azoknak, akiknek családjában szuicidium szerepelt, sérülékenyebbek az öngyilkosságra, melynek hátterében szerotonin zavar is sejthető, csakúgy, mint a depressziósoknál.

A daganatos megbetegedés napjainkban krónikus betegséggé vált, és a haldoklás folyamata is megnyúlhat. A kórfolyamat -krónikus jellege miatt- az érintett családot érzelmileg, fizikailag, anyagilag kimerítheti, nem beszélve a beteg teljes testi, lelki, spirituális kimerüléséről. A családtagokban önvádlás, bűntudat léphet fel (akár régi, feldolgozatlan kapcsolati zavarok miatt is), és a bekövetkező gyász patológiássá duzzadva a hozzátartozók szuicidális érzékenységét eredményezheti. A minél korábban elkezdett pszichológiai támogatásnak ilyen esetekben felbecsülhetetlen jelentősége van (támogató pszichoterápia a gondozás folyamán, majd gyászterápiák egyéni-csoportos formában).

Alapszabály: a depresszió észlelésekor, gyengén kontrollált fájdalmaknál, pszichotikus tüneteknél, deliráns epizódok jelentkezésénél feltétlenül konzultáljunk pszichiáterrel a suicid veszély elkerülése érdekében.

Ajánlott irodalom

1. Massie, M. J.: Somatoform Disorders and Cancer. ín Hand-
2. book of Psycho-Oncology. Holland, J. C.-Rowland, J.
3. H. (eds.), Oxford UP, New York, 317-319,1990. Moulin, D. E.-Foley, K. M.: Management ofpain Ín patients
4. with cancer. Psychiatr. Ann. 14: 815-822,1984. Smith, G. R.-Monson, R. A.: Psychiatric consultation ín so-
5. matization disorder. A randomized controlled study. New
6. England J. Med. 314:1407-1414,1986.

9.6 Delírium (organikus mentális zavarok)

A tünetegyüttes első, pontos leírása óta manapság is használják az exogen pszichózis reakciótípusú kifejezést (organikus pszichoszindróma; Bonhoeffer pszichózis), melynek lényege: különféle testi ártalmak, vagy organikus agyi betegségek talaján korlátozott számú, és tünettípusú mentális zavar alakul ki, és a testi betegséggel időbeli összefüggésben vannak.

Okai:

- Primer központi idegrendszeri megbetegedések: koponyatrauma; cerebrovascularis okok; intracranialis nyomásfokozódással járó folyamatok, agyi infekciók; epilepszia
- Általános szomatikus betegségek, melyek másodlagosan érintik a központi idegrendszert: különféle infekciók (szepszis, HIV); kardiovaszkularis betegségek (infarktus, arrythmiák, hypoxiák); anyagcserezavarok (hypo-hyperglycaemia, uraemia, májelégtelenségek); elektrolitzavarok, endokrin betegségek; kémiai anyagok (alkohol, drog) és gyógyszerek, pl. szteroid, digoxin, cimetidin, anticholinerg szerek, ill. túladagolások).

A primer agyi elváltozások és az általános szomatikus betegségek diffúz agyi működészavart okoznak.

Vezető tünetek: tudatzavar (delírium, tenebrozitás, vigilitás zavarok), demencia, amencia, amnesticus tünetek, valamint egyéb organikus pszichés zavarok (pl.: organikus hallucinációk, organikus affektív zavarok).

Delírium

A delíriumok gyakorisága az idősödő korral jelentősen megnő, a belgyógyászati, sebészeti osztályokon mintegy 17 %-os, geriatriai részlegeken akár 80 %-os is lehet az előfordulásuk, de bármely életkorban előfordulhatnak (pl.: kisgyermekek lázas delíriuma, fertőző betegségek delíriummal, ködösséggel járhatnak). A delirózus állapot átmeneti, hullámzó intenzitású lehet, legtöbb esetben 4 héten belül lezajlik. Amennyiben bakteriális endocarditis, daganatos betegség vagy krónikus májbetegség talaján alakul ki, akár 6 hónapig is elhúzódhat. Nincs jelentősége az akut és a krónikus delírium közötti különbségtételnek. A delíriumok demenciába torkollhatnak, ill. demencia esetén is felléphetnek deliráns epizódok.

A delírium tünetei (BNO 10):

- Tudatzavar (integratív, vigilitásbeli zavarral keverve)
- Figyelemzavar (fáradékony-kimerülő figyelem, koncentrálási gyengeség)
- Kognitív folyamatok globális zavara (percepciós zavarok, illúziók és hallucinációk, leggyakrabban vizuális hallucinációk, de hapatikus, gustatoros is lehet)
- Felfogás, absztrakt gondolkodás zavara, inkoherenciával, téveszmékkel (ítéletalkotási zavarok, kritikátlanság)
- Emlékezés zavarok-elsősorban a megjegyző emlékezés zavara (a megőrző emlékezés relatív megtartott is lehet)
- Orientációs zavar-elsősorban időben, térben, de allopszichésen is tájékozatlanná válhat
- Pszichomotoros zavar (hipo-hiperaktivitás)
- Alvás-ébrenlét ciklusának a zavara, vagy a ciklus megfordulása (a tünetek éjszaka rosszabbodnak, rémálmok, hallucinációk jelentkeznek)
- Emocionális zavarok: depresszió, szorongás, irritabilitás, zaklatottság.

Röviden megemlítjük a *demenciát* (leépülés, elbutulás): bármely életkorban előfordulhat, de leginkább a 65 éves kor felett gyakoribb.

A demencia tünetei (DSM IV):

- Memóriazavar (új ismeretek elsajátítása, tanulása hanyatlik, emlékezet beidézés nehezített),
- Az alábbi kognitív zavarokból egy, vagy több (kortikális funkciók): afázia, apraxia, agnózia, egzekutív működés zavara (tervkészítés, szervezés, sorrendiség, absztrakció).

A demencia több mint emlékezési zavar, mivel a gondolkodás, a logikai készség is súlyosan hanyatlik, és az egész személyiség nivellálódik. A demenciák napjainkban Alzheimer-típusú és vascularis demenciára felosztottak, valamint az egyéb demencia-féleségek tartoznak ide, pl.: Pick, Jakob-Creutzfeld, Huntington demencia, Parkinson kór, HIV demencia, neurosyphylis, epilepsziás demenciák.

Delírium daganatos betegeknél

Organikus mentális rendellenességeket a pszichés zavarral küzdő daganatos páciensek mintegy 20 %-nál diagnosztizálnak, leggyakoribb a delírium, majd azt követi a demencia, és a szteroidok okozta organikus affektív szindróma (organikus depresszió). A rák előrehaladott, ill. végstádiumában 80 % fölé is emelkedik a delírium kialakulásának veszélye.

Az enyhe, „felszínesen” fluktuáló delíriumoknak nagy a szuicidális veszélye a realitás, az orientáció elvesztése, a deprimált hangulat miatt. Az enyhe-fluktuáló delírium, az organikus pszichoszindróma (ítéletalkotási-, kognitív funkciók zavara) okozta mentális zavar miatt számítanunk kell a beteg „beszámíthatóságában” fellépő deficitre. A realitásérzék, a kritikai készség, a mérlegelési készség vesztesége, az absztraháló funkciók elvesztése a beteget nehéz helyzetbe sodorja, mivel nem tud helyesen dönteni a műtéteket, a fontos kezeléseket illetően. A beavatkozások elutasítása rontja a beteg életkilátásait, életminőségét. Nagy körültekintést igényel a pszichiáterek részéről a beteg beszámíthatóságának mérlegelése: fel tudja-e fogni, tudja-e mérlegelni helyzetét, tisztában van-e döntésének felelősségével (pl.: a dialízis visszautasítása uraemiás encephalopátiában, kórházi kezelések folytatása, stb.). Mindenképpen pszichiátriai konzílium szükséges ezen esetekben (delírium, demencia). A hevenyen kirobbanó delírium (elsősorban alkoholistáknál kell ezzel számolnunk kórházba kerüléskor, műtét során) mindenképpen akut életveszélyt hordoz magában, intenzív ellátást, a kiváltó tényezők feltárását igényli, hogy az oki terápiát el lehessen kezdeni (hypoxia, elektrolit zavarok, agyödéma, infekciók). A szorongás a delírium első tünete lehet, jelezhet metabolikus változást, vagy akut szomatikus történést (hypoxia, hypoglycaemia, tüdőembólia). Szeptikus állapotok, exsiccosisok könnyen deliráns állapotokat eredményeznek leromlott, idős betegeknél. Megvonásos delíriumot észlelhetünk kórházi kezelésre beutalt alkohollal, droggal, narkotikumokkal visszaélő betegeknél, akik a környezetváltozás miatt nem jutnak a szerek utánpótlásához. A megvonásos tünetek hevesek lehetnek, epilepsziás rohamok kísérhetik. Kórházban ápolt beteg hirtelen fellépő magatartásváltozásánál, szokatlan viselkedésénél induló delíriumra kell gondolnunk (például ok nélküli düh, szorongás, nyugtalanság, vagy visszahúzódó-apatikus állapot, váratlan dezorientáció). Nagyon legyengült, marazmusos betegnél, terminális állapotban, vagy időseknél felléphet az ún. mussitáló delírium jellegzetes „tollfosztó”, sodró mozgásaival (pl.: ágyneműjét céltalanul babrálgatja). A delírium többnyire az éjszakai órákban jelentkezik a (napszakváltás, sötét-ingerszegény környezet).

Ajánlott irodalom

1. Fleishman, S.-Lesko, L. M.: Delirium and Dementia. m
2. Handbook of Psycho-Oncology. Holland, J. C.-Row-
3. land, J. H. (eds.), Oxford UP, New York, 342-355,1990. Lipowski, Z. J.: Transient cognitive disorders (delirium, acu-
4. te condusional states) in the elderly. Ám J Psychiatry. 140:
5. 1426-1436,1983. Massie, M. J.-Holland, J. C: Delirium in terminally ill can-
6. cer patients. Ám J. Psychiatry, 140. 1048-1050,1983. Massie, M. J.-Holland, J. C.: Psychiatric diahnoses among
7. patients wiih cancer. In Pschyatric Medicine. P. Silber-
8. falb (ed.), 1988.

9.7 Szenvedélybetegségek

Nikotinizmus (nikotinfüggőség)

A dohányzás károsító hatásai ismertek, ugyanígy szerepe a daganatos betegségekben. Noha nem minősül illegális szernek, fogyasztása egyre jobban a társadalom elítélése alá esik (dohányzásmentes munkahely - mozgalmak és tiltások, törvényi szabályzások közintézmények-, éttermek-területén a dohányzásra kijelölt helyek megteremtésével). A dohányzás szokássá válásában szocio-kultúrális, személyiség-pszichológiai, valamint genetikai tényezők egyaránt szerepet játszanak.

Hatásai ismertek: vigilancia növekedése, pulzus-vérnyomás emelkedése részint a direkt nikotinhatás, részben a biogén aminok hatásának tudhatók be.

A dohányzás javuló figyelemkoncentrációt és teljesítményt eredményez – közvetlenül a hypothalamusra gyakorolt hatása révén.

A nikotin erős méreg, antidotuma nincsen. Halálos adagja 20-60 mg. A nikotin hatása kétfázisú – előbb izgat, majd gátlóhatása lép előtérbe. Intoxikációkor előbb paraszimpatikus, majd a szimpatikus ganglionok működészavara jelentkezik. Az akut nikotinmérgezések váratlan balesetek (pl. permetlé helytelen tárolása), ill. szuicidium kapcsán fordulnak elő (de az első cigaretta kipróbálásakor is, kamaszkorban). Ennél fontosabb – népegészségügyi szempontból is – a dohányzással járó idült nikotinmérgezés, ugyanis a nikotin mellett számos mérgező vegyület kerül a szervezetbe a dohányzás kapcsán (pl.: CO, ciánszármazékok, kátrány).

Egy erős dohányos a napi adagjával jóval a halálos dózist meghaladó mennyiséget szívja el, de a közvetlen mérgezés, a hozzászokás miatt nem lép fel. A krónikus dohányzás súlyosan károsítja a légutakat és a gyomor nyálkahártyáját és a karcinogén benzpirén bejutásával a dohányost a tüdőrák kockázatának teszi ki. Ismertek a vascularis rendszerre gyakorolt kedvezőtlen hatásai, vasokonstrikció révén (miocardialis infarktus, érszűkület és miatta történő amputációk).

Krónikus nikotinizmusnál ingerlékenység, koncentrációromlás, szorongás és dysthymia felléphet. A leszokás igen nehéz feladat, bár napjainkban jelentős leszoktató programok vannak (viselkedés terápia, a jutalmazás elv felhasználásával), valamint „nikotin tapasz”-ok segítik elő a szorongásos jelenségek redukcióját.

Koffeinfüggőség

A koffein a kávé, a tea és a coca tartalmú üdítőitalok fogyasztásával jut a szervezetbe, ezek az élvezeti szerek napjainkban nagyon elterjedtek.

A koffein növeli a noradrenalin kiválasztást, módosítja a kalcium anyagcserét, szenzibilizálja a centrális catecholamin receptorokat (különösen a dopa-

mint), módosítja az acetilcholin és a szerotonin forgalmát (*Pethő*). A koffein szorongást provokáló hatása benzodiazepinekkel kivédhető (benzodiazepin receptorokkal a koffein kompetitív antagonizmusban áll). A koffein hatása az agykéregben és a nyúltvelői légző- vasomotor központban jelentkezik elsősorban. Hatása kétfázisú – izgalmi és deprimáló hatás egymásra következnek. Koffein hatására – szorongásos panaszok esetén - pánikká fokozódó szorongásos rohamok jelentkezhetnek.

Alkoholfüggőség

Az alkohol, akárcsak a nikotin, „féllegális" szer, a mindenkori társadalom megítélésnek függvénye (bűn, vagy betegség, vagy rituális szertartások része). Hazánkban szinte népbetegségnek számít, fogyasztása növekvő tendenciát mutat továbbra is, de növekszik az alkoholfüggő nők száma is. Nőknél az alkoholfüggés hamarabb következik be, és az alkoholfogyasztással kialakuló károsodások is gyorsabban alakulnak ki.

A rendszeres alkoholfogyasztás 16-18 éves korban indul (sajnálatos hogy már 12-13 éves gyerekeknél tapasztaljuk!), leggyakoribb a 30-49 éves (főleg férfiak) korosztályban.

Napjainkban az alkoholizmus nem morális megítélés tárgya, hanem betegségként elfogadott entitás. *Alkoholfüggőnek* tekinthetők azok az erős ivók, akiknél az alkoholfogyasztás olyan mértéket ér el, hogy az már testi-mentális egészségromlással, emberi kapcsolatainak zavarával, és társadalmi-egzisztenciális helyzetének hanyatlásával jár.

Az alkoholfüggőség testi-lelki tünetekben mutatkozik meg, a tolerancia fokozódása és a megvonási tünetek jelzik ezt az állapotot.

Az alkoholizmus multifaktorális patogenezisű betegség, melyben biológiai, genetikai, személyiség-pszichológiai és szocio-kultúrális tényezők egyaránt szerepet játszhatnak, mégis 3 nagy tengely köré csoportosítjuk:

Biológiai, genetikai tényezők

- Családfa, iker- és adoptáció kutatások családi halmozódást mutattak ki,
- Agyi jutalmazó-rendszerek ingerlésekor a szenvedélyre jellemző magatartás provokálható (elsősorban a limbikus-mesolimbikus struktúrák, frontális kéreg mediális része, hippoocampalis területek) – melyeket neuroanatomiai, élettani és farmakológiai adatok igazoltak,
- Bizonyos neurotranszmitterek jutalmazó modulátorként viselkednek (dopaminerg-opioiderg rendszer, de a szerotonerg és GABA rendszer is).

Személyiség (pszichológiai) tényezők

- koragyermekkori traumák, amelyek orális fixációt eredményeztek;
- gyengén fejlett énerők, éretlen (archaikus) én-védő mechanizmusok,
- alacsony frusztráció toleranciaszint főleg a magányra,

- rossz coping-készség,
- veszteségek (halálesetek, baleset, betegségek) aránytalanul nagyobb számbanfordulnak elő az alkoholisták élettörténetében.

Szociokultúrális tényezők

- mikro- és makrokultúrális hatások (család; közösségek modellnyújtó szerepe);
- gazdasági-társadalmi változások (munkanélküliség, bevándorlók), szubkultúrák.

Az alkoholfüggőségben szenvedőknél komorbiditásként előfordulnak az affektív spektrum- és a szorongásos betegségek.

Az alkoholhatással összefüggő mentális zavarokat három csoportba oszthatjuk: akut- és krónikus alkoholártalmak, valamint az alkoholmegvonásos tünetegyüttes (delírium tremens).

A hétköznapokból jól ismert akut alkohol intoxikáció tüneteit jelen fejezetben nem tárgyaljuk, bár osztályos bentfekvések során felléphetnek „részegségek". Kórházi osztályon dolgozó onkológusnak fel kell készülnie az alkoholmegvonásos tünetegyüttesre, mely abszolút vagy relatív megvonásra következik be. A központi idegrendszer káros ingerlékenységen alapul a megvonásos tünetegyüttes – a tünetek különböző súlyosságúak, a klinikai állapot romlásával a tünetek súlyosbodnak. Predelírium vezeti be, gyakran „alkalmi" megvonásos grand mal típusú eszméletvesztéssel.

A tünetek két csoportba sorolhatók

Vegetatív-szomatikus: étvágytalanság, hányás, hasmenés (gastroenteriális), cardiovascularis tünetek (tachycardia, labilis hypertonia), valamint neurológiai tüneteket találunk (tremor, hyperreflexia, ataxia, verejtékezés),

Pszichés tünetek: feszültség, szorongás, rossz közérzet (dysphoria), depressziós hangulat, illuzionisztikus félreismerések, hallucinációk és tudatzavar. Gyakran társul hozzá pszichomotoros nyugtalanság.

A tünetek súlyosak, pár nap vagy egy hét alatt lezajlanak.

Gyógyszeresen: carbamazepin, tiaprid, chlorprotixén, B-vitaminok jönnek szóba. Neuropszichiátriai konzíliárius együttműködése ilyen esetben fontos.

Delírium tremens (DT): az alkoholizmus életveszélyes szövődménye. Alkoholfüggőségben, megvonáskor vagy valamilyen provokáló tényező hatására bomlik ki hevenyen (operációk, baleset, fertőző betegségek). Patomechanizmusa nem tisztázott (patogenezisben szereplő tényezők: a sejtmembrán ártalma,

„Kindling” mechanizmus, neurotranszmitter zavar, folyadék-elektrolit háztartásváltozás, agyi folyadéktartam változása, stb.).

Tünetileg hasonló a megvonásos képhez, de előtérben áll a fluktuáló mélységű, elsősorban integratív tudatzavar, a dezorientáció (allopsychés orientáció többnyire megtartott), valódi hallucinációk (elsősorban vizuális, de haptikus, akusztikus, kinesztéziás hallucinációk). Fokozott a szuggesztibilitás. A gondolkodászavar inkoherenciáig fokozódhat. Nagyfokú pszichomotoros nyugtalanság, durva hullámú tremor és proffúz izzadás észlelhető.

A DT 1-3 nap alatt lezajlik, napjainkban mortalitása még mindig 1-3 %-os. A beteg intenzív kórházi kezelést igényel. Kezelésében benzodiazepinek (antikonvulzív effektusa miatt is), carbamazepinek, tiaprid készítmények mellett szóba jön a Haloperidol. B-vitaminok adása a szövődmények kivédése miatt is szükséges (Werniche-Korsakow szindróma). Mindenképpen elkerülhetetlen a beteg teljes szomatikus státuszának rendezése – gyulladások eliminálása, folyadék-elektrolit háztartás rendezése, anyagcserezavar javítása, agyödéma csökkentése (glicerin terápia).

Alkoholizmus okozta mentális zavarok

Krónikus alkoholizmus talaján alakulnak ki az alábbi pszichiátriai megbetegedések:

- Alkoholos hallucinózis: tiszta tudat, megtartott orientáció mellett jelentkeznek a valódi akusztikus hallucinációk. A fenyegető, becsmérlő hanghallások pánikig fokozódó szorongást okoznak, nem ritka az ilyenkor elkövetett suicidium, de homicidium sem.
- Az alkoholos féltékenységet (Othello-szindróma) torz féltékenységi téveszmék jellemzik.
- Ha a féltékenységi tartalmak továbbépülnek, perzisztálnak, üldöztetéses-vonatkoztatásos tartalmakkal egészülnek ki, akkor alkoholos paranoiáról beszélünk.
- Alkoholos személyiségváltozás: idült alkoholistáknál a progrediáló pszichés károsodás a személyiség valamennyi összetevőjét érinti. Agresszivitás, etikai-kritikai készség csökkenése, indulatosság kerül egyre jobban a személyiség előterébe. Társadalmilag, egzisztenciálisan fokozatosan lecsúsznak, elmagányosodnak. Számukra egyedüli „menedék”-nek az alkohol marad, megerősödik az „alkoholista karrier”.
- Demencia alkoholica: az enyhe kognitív zavartól, az amnesticus szindrómán át (Korsakow,) a teljes elbutulásig széles skálán találjuk meg az alkoholos demenciát – tulajdonképpen organikus pszichoszindrómáról van szó. Károsodik az észrevevés, a figyelem, a memória, a gondolkodás, és orientációs-viselkedési zavarokkal egészül ki. Kezeléskor az alkoholtilalom mellett nagy adagokban B-vitaminok adása, nootrop szerek jönnek szóba. Téveszmék, nyugtalanság észlelésekor Haloperidol adása célszerű.

Kábítószerfüggés

Az abúzus rendellenes szerhasználatot jelent. Az egyén a kémiai szer hatásához, főként ha az kellemes számára, hozzászokik, ez a megerősítő hatás (ellenkező előjelű, a szer averzív hatása). Ha mindehhez külső megerősítő tényezők (szubkultúra, barátok hatása) és az intrapszichés feszültségek enyhülése révén kellemes élmények társulnak, így az egyén „rátanul" a szer használatára (kondicionálódás).

Különféle bódító, megváltozott tudatállapotot, euforiát, hallucinációt előidéző szerek régóta ismertek. Különböző korok, társadalmak és kultúrák más-más módon viszonyultak hozzá, pl.: vallási rituálék része lehetett, bizonyos szabályok keretein belül engedélyezett volt, de drasztikus tiltások alatt is állhatott (bétel és kokacserje rágása éhséget csökkentett, és teljesítményt fokozott).

A rendszeres fogyasztás során hozzászokás (addikció) alakul ki, a megfelelő közérzet fenntartásához már kell a szer (szövetéhség), egyre növekvő mennyiségben (dependencia). A szer (drog) okozta kellemes, vagy izgalmi helyzetet kényszer jelleggel keresi az egyén – sóvárgást, leküzdhetetlen vágyat érez a szer beszerzésére, és elfogyasztására.

Tolerancia alakul ki a rendszeres fogyasztás során (a kívánt hatás elérése érdekében a dózist emelni kell). A drog a fogyasztó életének részévé válik, és végül eljut a teljes függőségig: ha a szerhez nem jut hozzá, megvonásos tünetek lépnek fel.

A WHO kitágította a szenvedélybetegségek spektrumát, és a kémiai szerek addikciója mellé a viselkedési addikciókat is bevette, melyek a következők: játékszenvedély, vásárlási kényszer, kleptománia, hiperszexualitás, bulimia.

A drogfüggőkre jellemző „kényszert" a „sóvárgás" (craving, drogéhség) vezeti be: az érintett személy gondolkodása beszűkül a szer beszerzésére, izgatott, és feszült lesz. A drogot beszerezve feszültsége csökkent, „jóllakottság" érzés vesz erőt rajta. Hasonló érzéseket tapasztal a bulímiás falási rohamaikor, de ugyanakkor a bulímiás személy „zabálásai" után erős bűntudatot él át, amit a hányás kényszere követ, hasonló intenzitással.

A drogfüggőknél az ún. „keresztdependencia" is jelentkezhet, melynek során a drogok egymást helyettesíthetik. Ezt nyomon követhetjük detoxikálásuk során a benzodiazepinekre való hozzászokásnál, valamint a heroinosok metadon programja is ezzel a mechanizmussal él. Gyakran látjuk, hogy egy bizonyos szert fogyasztók annak hatását stimulálhatják más szerrel, pl.: „disco drog"-ot alkohollal (extasyt, amphetamint), „ártatlan" kombinációként a fiatalok körében elterjedt a „leózás" (Coca Cola vörösborral).

Családkutatásokat figyelembe véve azoknak a drogbetegeknek rosszabb az addiktív prognózisa, akiknek a családjában más addiktív vonás megtalálható (alkoholista, vagy nagydohányos, vagy játékszenvedélyes szülők, nagyszülők).

A kábítószerek Magyarországon illegális anyagnak minősülnek, a büntethetőséget a drogtörvény szabályozza.

Az addiktológia 3 nagy csoportra osztja fel a drogokat:

- Pszichostimulánsok (kokain, amphetamin, nikotin)
- Pszichomimetikumok, vagy hallucinogének (LSD, gombák, szintetikusan előállított hallucinogén amphetaminok)
- Központi idegrendszer depresszívumai (alkohol, opioidok, benzodiazepine, barbiturátok).

Rendhagyó drognak számítanak a kenderfélék (kannabisz), és a szerves oldószerek.

Magyarországon a fiatalság körében legelterjedtebb szer a kannabisz félék csoportja: marihuána, az amphetaminok („Ex", „gyorsító") és az opiátok, melyet mákgubóból nyernek. A felnőtt korosztály elsősorban a benzodiazepinekkel él.

Agyakorló onkológus figyelme ki kell, hogy terjedjen azokra a jelekre, amelyek felhívják a figyelmet a drogozásra: tűszúrások nyomai, a fogyasztáshoz használt eszközök, sajátos viselkedési jegyek. Az onkológiai osztályon leginkább megvonási tünetekkel találkozhat a gyógyító team.

A hosszadalmas kezelések, visszaesések során fellépő fájdalmak, kondicionálódott mellékhatások, magányérzés, reménytelenség élménye miatt a daganatos beteg alkoholizálni, dohányozni, drogozni kezdhet. Megfelelő pszichológiai segítségnyújtással ezek elmélyülése megakadályozható, még fontosabb a megelőzés.

- Opioid fogyasztásra utaló jelek: periódusosan vissza-visszatérő eufórikus hangulat, labilitás a hangulati életben, indokolatlan önértékelési változások. Testen szúrásnyomokat lehet felfedezni, ill. a parenteralis alkalmazás során használatos eszközöket (tű, fecskendő, leszorító gumi) találunk a paciensnél. Pupillák megfigyelése fontos lehet (szűk pupilla)! Megvonásos jelek: orrfolyás, dilatált pupillák, „libabőr", izom- és csontfájdalmak, hasmenés, izomgörcsök. Depresszív-, labilis hangulat, irratibilitás is tapasztalható.
- Kannabisz fogyasztásakor: indokolatlan boldogságérzés tapasztalható, beszédes-nevetgélő, „laza" lesz az egyén, de néha agresszivitás jelentkezhet. A tér- és idő dimenziók lazulnak, intenzívebbé válik a szín- és hangélmény. Konjunktívák belövelltek, nystagmus észlelhető. A megvonási tünetek enyhék – a lelki dependencia kisebb, mint az opiátoknál, vagy a kokainnál. Az e területre vonatkozó kutatások folynak, a fogyasztás ártalmait illetően ismereteink bővülése várható.
- Amphetaminok fogyasztására utaló tünetek: éhségérzet csökken. Fokozódik az aktivitás, a motilitás (pl.: diszkó után még „pörög" az amphetaminos), csapongó, felgyorsult a képzetáramlás, fokozott a beszédkésztetés – ingerültséggel, agresszióval. A szorongás sok esetben kísérő-

je lehet a fenti jelenségeknek, esetenként vezető tünete. Álmatlanság, szapora pulzus, tenzió megemelkedik, arc kipirult.

A megvonás levertséggel, depresszióval, suicid gondolatokkal jár.

Általában a típusos tünetek ellenére gondolnunk kell „kiszámíthatatlan" reakciókra is: a droghatás bevezető szakaszában pánikszerű szorongásra, agresszióra, vagy hallucinációkra. Mindenképpen vonjunk be pszichiátert, addiktológust a beteggel kapcsolatos konzultációkba .

Étkezési zavarok

Ebben az alfejezetben nem a pszichiátriai gyakorlatban észlelt étkezési zavarokat ismertetjük (bulimia nervosa, anorexia nervosa), hanem a daganatos megbetegedetteknél észlelhető evési rendellenességeket. Míg a nem rákos depressziós betegeknél két végletes étkezési szokást tapasztalunk: az evést elkerülő-sovány, és a „bánat-zsír" felrakódásos túlevőket, addig a daganatos betegekre általában a testsúlycsökkenés a jellemző, összetevői közül a daganat közvetlen okai (toxin) mellett az étvágytalanságot emeljük ki.

Az étvágytalanság felléphet közvetlenül a diagnózis megtudására, mint szomatoform reakció, de a kezelések mellékhatása is lehet. Visszaesések- és állapotromlás (progresszió) szintén hasonló tünetekkel járhat.

A bulimia nervosa (BN) kényszeres evési, „zabálási" rohamok, melyek után bűntudat lép fel, ezért az egyén hánytatja magát (extrém esetekben akár napi 30 önhánytatás!), és megkönnyebbül. Hátterében: a depresszión át, a személyiségzavaron keresztül, dyskontroll problémáig számos pszichopatológiai ok húzódik meg.

A daganatos betegeknél észlelt bulimia a daganat tényére való reakció, „jóvátevés"-i szándékkal. Általában nem tudatos elgondolásuk szerint a nagy mennyiségben fogyasztott „jó" ételekkel a belső "rossz"-at lehet kiváltani, neutralizálni. A speciális, „rákellenes", bizarr diéták is ezt a lelki szükséglelet elégítik ki, mikor a beteg ezekkel az ételekkel „tömködi" magát. A túlzott evés, az édes ételek fogyasztása szimbolikus cselekedet is (a veszteség, az egészség elvesztésének a pótlása, azaz pótcselekvés).

Nőgyógyászati- és vastagbél-operációkon átesetteknél már leírtak bulimiás falási rohamokat (*Riskó*).

Anorexia nervosa (AN): amint a bulimiánál jeleztük, a daganatos megbetegedettek anorexiája nem azonos a lányoknál többnyire, pubertáskor fellépő táplálkozási rendellenességgel, az AN-val. Az AN a pubertáskori énváltozások által mobilizált nemi szerepvállalási gondokkal, autoritás-autonómia problémákkal átitatott, összetett genezisű kóros evési szokás (korai anya-gyerek kapcsolati zavar, szerepdiffúzió, autonómia harc, szocio-kultúrális hatások).

A daganatos betegeknél meglévő pszichogén anorexiák mögött a nagyfokú szorongás, „szorongás hárításaként” fellépő evési szokások, pl.: speciális diéták, böjt-, és ivókúrák (néha bizarr formában jelentkezők is) alkalmazása húzódnak meg, amik azután kóros evési szokássá alakulhatnak át.

A különféle diéták alapjait képező táplálékminőségi megszorítások, mennyiségi korlátozások anorexia nervosához hasonló állapothoz vezethetnek. A speciális diéta betartása a betegben olyan illúziót kelt, hogy „a kontroll a daganat felett a kezemben van, én irányítom azt”. A daganatos anorexiásnál rendszerint hangulati nyomottságot, fáradékonyságot és libidócsökkenést is találunk.

Az eltúlzott, merev, vagy bizarr étrendet követő daganatos betegek kezelése, vagy kontroll vizsgálata során célszerű klinikai szakpszichológust, pszichiátert bevonni a lelki problémák feltárása, megoldása érdekében.

Ajánlott irodalom

1. Bódog Gy. és mtsai: Pszichotikusok terápiája. In: A pszichoterápia tankönyve. Szerk.: Szőnyi G., Füredi J. Medicina, 2000
2. BNO – 10 – A mentális- és viselkedés zavarok osztályozása (1994) /WHO – MPT/
3. Breitbart, B.: Suicide. In: Psycho-oncology. Ed J. C. Holland, New York, Oxford Univ Press, 1998
4. Császár Gy.: Pszichoszomatikus orvoslás, Medicina, 1980
5. Csuhai Cs. K.: Határesetek, nárcisztikus zavarok. In: A pszichoterápia tankönyve. Szerk.: Szőnyi G., Füredi J. Medicina, 2000
6. Derogatis, L. R., et alii: The prevalance of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA, 249:751-57, 1983
7. Füredi J. (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina, 1998
8. Harrison, J.et ali: Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. Br J Psychiatry, 165: 593-598, 1994
9. Kásler M.: Rehabilitáció az onkológiában. In: Orvosi rehabilitáció, szerk.: Katona F., Siegler J. Medicina, 1999
10. Lesko, L. M.: Anorexia. In: Psycho-oncology. Ed. J. C. Holland, New York, Oxford Univ Press, 1998
11. Massie, M. J.: Depression. In: Psycho-oncology. Ed. J. C. Holland, New York, Oxford Univ Press, 1998
12. Massie, M. J.:Psychopharmacological Management. In: Psycho-oncology. Ed.: J. C. Holland, New York, Oxford Univ Press, 1998
13. Massie. M. J.: Schizphrenia. In: Psycho-oncology. Ed. J. C. Holland, New York, Oxford Univ Press, 1998
14. Muszbek K.: Emlődaganatos nők. Lege Artis Med. 3, 3: 240-243, 1993
15. Pethő B. (szerk.): Részletes pszichiátria (Magyar Pszichiátriai, Társaság, 1989)
16. Pikó B.: Fájdalomcsillapitás. In: Tabularium oncologiae. Szerk.: Eckhardt S., Melania Kiadó, 2002
17. Riskó Á.: A test, a lélek és a daganat (Animula 1999)
18. Riskó Á.: Rákbetegeknél gyakran fellépő kóros lelkiállapotok pszichoterápiájáról Psych. Hung. 1993, VIII. évf. 5. sz. 409-420)
19. Riskó Á.: Pszichoanalitikus pszichoterápia onkológiai kezelés alatt álló rákos betegekkel. Az intenzív szupervízió Psych. Hung. 1997, 12 (4) 525-534)
20. Riskó Á.: Tapasztalatok gyógyíthatatlan betegek és gyászolók analitikus pszichoterápiájával kapcsolatban. A Magyar Pszichoanalitikus Egyesület 1999. évi konferenciája. „A pszichoanalízis, analitikus pszichoterápiák” – szerk.: Bokor László, Animula, 2000
21. Roose, S. P. et alii: A depresszió és az egyéb, testi betegségek kapcsolata. JAMA, 4, 3:217-221, 2002
22. Szádóczky E., Papp Zs. És mtsai: A hangulat- és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében. Orvosi hetilap, 141: 17-22, 2000
23. Szádóczky E.: Hangulatzavarok. In: A pszichiátria magyar kézikönyve. 171-185. Szerk.: Füredi J., Medicina, Budapest, 2001
24. Szőnyi G.: Pszichoterápia és a gyógyszeres kezelés kölcsönhatása. In: A pszichoterápia tankönyve. Szerk.: Szőnyi G., Füredi J. Medicina, 2000
25. Thomae H., Kachele H.: A pszichoanalitikus terápia tankönyve I.-II. .MPT, Budapest, 1992

9.8 Poszttraumás stressz-betegség

Riskó Ágnes

Holland már 1989-ben felhívta a figyelmet arra, hogy a szorongásos kórképek közül a poszttraumás stressz betegség (PTSD) gyakran kialakulhat daganatos betegeknél is, főként a halálos veszély érzésének, és a beavatkozások, kezelések mellékhatásainak maradandó élményei miatt. *Holland* ismerteti, hogy az onkológiai betegek közül a Holocaustot átélt idősek az onkológiai kezeléseket különösen megterhelőnek élik át. Példaként említi, hogy számukra az onkológiai történések akaratlanul is felidézhetik a koncentrációs táborokban átélteket, például a "rossz" diagnózisközlés előhívhatja az élményt, amikor "derült égből villámcsapásként" elvették tőlük a saját életük feletti kontrollt, vagy a személytelenül alkalmazott, félelmetesnek vélt sugárterápiás kezelés felidézheti azt a rémületet, amit akkor érezhettek, amikor ruhátlanul beterelték őket a gázkamrába. Saját tapasztalataink szerint a Holocaust olyan onkológiai betegek számára is a teljes kiszolgáltatottság metaforájává vált, akik sem személyesen, sem családjukban nem tapasztalták a koncentrációs tábor élményét, de átélték a "malenkij robot"-ot, vagy a kényszermunka hazai traumáját.

Az eddigi pszichológiai és pszichiátriai vizsgálatok alapján a PTSD az onkológiai betegek 4-10%-ában jelentkezik a diagnosztikus vizsgálatok, műtéti eljárások, kezelések (prolongált traumatizáció) befejezése után. Kialakulásában az adott személy sajátosságainak (gyermekek és idősek fokozottabban hajlamosak arra, hogy a PTSD kialakuljon, ugyanígy az izoláltan élők, vagy társadalmilag hátrányos helyzetben élők) premorbid személyiségének (pl. éretlen személyiség, kifejezett érzelmi érzékenység és reaktivitás, csökkent megküzdési képesség, szorongás, depresszió) és megelőző, más testi/lelki betegséggel kapcsolatos lelki traumáinak (szexuális abúzus áldozata, korábbi hospitalizációk, családi traumatizáltság) egyaránt nagy szerepe van. Mindenkire negatív hatással vannak az onkológiai kezelések ma még nem elkerülhető, vagy nem kellően csillapítható mellékhatásai, melyek szintén hozzájárulhatnak a PTSD kialakulásához.

A PTSD kialakulását elősegítő tényezők

- kórházi kezelés
- rosszindulatú daganatos betegség diagnózisának megtudása
- kezelés, ellenőrzés daganatos betegség miatt
- égési sérülés
- infarktus
- egyéb, komoly testi betegség
- premorbid pszichiátriai betegség (depresszió, szorongásos állapot, fóbia, pánik-betegség, kábítószerfüggés, alkoholizmus)
- Holocaust, és más társadalmi traumatizáció túlélés

- Aaortusz (spontán, művi)
- szexuális abúzus
- valamelyik szülő öngyilkossága
- valamelyik szülő meggyilkolása
- közlekedési baleset
- katasztrófa
- háború
- merror támadás
- utcai rablótámadás.

A PTSD vezető tünetei

- a trauma akaratlan, ismételt átélése visszatérő "rémálmok", betörő gondolatok és képek (flashbacks) formájában.
- Azoknak az ingereknek a kerülése, melyek emlékeztethetik az adott személyt a traumát kiváltó eseményre.
- hyperarousal (fokozott éberség, tudatosság és álmatlanság)
- depresszív tünetek.
- szorongás.
- szomatizáció.
- hiperaktivitás.

Diagnosztikai nehézségek

- A már meglévő pszichiátriai betegségek tünetei elfedhetik a PTSD-t (depresszió, fóbia, pánik-betegség, kábítószerfüggés, alkoholizmus)
- A kiváltó trauma elfojtása
- Szomatizációs tünetek dominanciája.

Az onkopszichológia területén dolgozó pszichoterapeuták PTSD-re utaló tünetek esetén a minél koraibb, az egyénhez illő pszichoterápiás módszer (egyéni terápia, családterápia, önsegítő csoportban való részvétel, edukáció), illetve pszichiáterrel együttműködve, általa, pszichofarmakonok alkalmazását javasolják. Ellenkező esetben a tünetek könnyen krónikussá válhatnak, illetve más pszichés rendellenességekhez (pl. öngyilkossági késztetések), és testi panaszokhoz társulhatnak.

Damoklész kardja tünetegyüttes

A daganatos betegek érzelmi egyensúly-vesztésének és alkalmazkodási zavarának jelei nem annyira jellegzetesek és figyelemfelkeltőek, mint például egyes pszichiátriai betegek tünetei, ezért nehéz korán felismerni, diagnosztizálni, és megfelelően kezelni ezeket a problémákat, a megelőzés tennivalóiról nem is beszélve.

A daganatos betegek tipikus, gyakori szorongásos-depresszív állapota a Damoklesz kardja szindróma. Tapasztalati tény, hogy a daganatos betegek jelentős része fél - időlegesen, vagy állandóan - betegségének súlyosbodásától, illetve kiújulásától, és végső soron a haláltól, akkor is, amikor ennek egyáltalán nincs realitása. Az ebben a tünetcsoportban szenvedő daganatos betegek szinte csillapíthatatlanul szoronganak, félnek, és minden apró, lényegtelen testi tünet esetén orvoshoz rohannak, akár naponta többször, többhöz is. Gyakran alvászavaruk van, és számos funkcióban (táplálkozás, szexualitás, alvás, munkavégzés, családi és társadalmi élet) beszűkültek, gátoltak. A betegségtől (valójában a testi megtámadottságtól, a haláltól) való félelmükben alig, vagy egyáltalán nem befolyásolhatóak a "józan-ész" szintjén. Logikai, szakmai érvelés, szuggesztív ráhatás, racionális magyarázat, illetve a kért vizsgálatok elvégzése és együttes elemzése általában rövid idejű megnyugvást okoz bennük, és a félelem, szorongás újra és újra felélénkül. Ez az állapot igen nehezen viselhető el a beteg és hozzátartozói számára, de az egészségügyi személyzetet is terheli a magatartás szintjén is megnyilvánuló, alig csillapítható rémület, zavarodottság, a felesleges vizsgálatok ismétlődő kérése, sőt követelése, és az érthetetlennek tűnő gyanakvás.

A Damoklész kardja szindróma kialakulása függhet

- a beteg korábbi életútjának egyes történéseitől (pl. kisgyermekkori kifejezett szeparációs szorongás, premorbid hipochondriás tünetképzés, korábbi, negatív, vagy negatívként átélt élmények a totális intézményekkel, az egészségügyi szakemberekkel, a vizsgálati- és kezelési módszerekkel kapcsolatban),
- a beteg személyiségének érettségétől
- realitás-vizsgálatának terhelhetőségétől
- önértékelésének stabilitásától
- kudarctűrési-, és konfliktus-megoldási képességétől,
- aktuális érzelmi/szociális helyzetétől,
- az orvos-beteg kapcsolattól

Ha az onkológus felfigyel e jellegzetes tünetcsoporttól szenvedő emberre, és nem tud hatékonyan és tartósan segíteni, akkor minél előbb, lehetőség szerint az onkológiai team-el együtt dolgozó klinikai pszichológus/pszichiáter közreműködését célszerű kérnie. Ugyanis minél korábban történik a megfelelő pszichológiai beavatkozás (pszichodiagnosztika, pszichoterápia), annál kedvezőbb eredményre lehet számítani. Tapasztalataink alapján az orvos-beteg kapcsolat romlásának hátterében, és a betegség alatt kialakuló komoly hipochondriás szorongások mélyén, illetve az alkohol-, nikotin- és/vagy gyógyszer-, drog-abúzus, sőt suicid kísérlet kiváltó okaként gyakran a nem megállapított, emiatt is kezeletlen Damoklész kardja szindrómát találjuk.

Ajánlott irodalom

1. DSM-IV. Diagnosztikai kritériumok. Budapest: Animula; 1995.
2. Alter, C. L.: Identification of PTSD in cancer survivors. Psychosomatics, 37: 137-143, 1996
3. Bentzen, D. M., Dische, S.: Late morbidity: the Damocles sword of radiotherapy? Radiother. Oncol. 61. 3:219-221, 2001
4. Fugleholm, A. M.: „Damocles Sword". PhD dissertation. Panum Bibliotek and Dept. Soc. Med. Panum Inst. Dánia, 1994
5. Lindsay, S. J. E.: Fears and anxiety – investigation and treatment. In: Handbook of clinical adult psychology. Eds.: Lindsay, S. J. E., Powell, G. E. 144-199, Routledge, London, 1994
6. Ehlers, A., Clark, D. M.:: A poszttraumás stressz-betegség kognitív modellje. Psych Hung 3, 2000
7. Martényi F.: A poszttraumás stresszbetegség-tünetek, neurobiológia, gyógyszeres terápiák. Psych Hung 3, 2000
8. Hárdi L.: A poszttraumás stressz-szindróma keletkezése és kezelése Psych Hung 3, 2000
9. Perczel D.: Megrekedve a pillanatban: kognitív terápiás intervenciók poszttraumás stressz-zavarban. Psych. Hung. 15.3: 318-325, 2000
10. Rippere, V.: Depression: Investigation, treatment. In: Handbook of clinical adult psychology. Eds.: Lindsay, S. J. E., Powell, G. E. 92-110, Routledge, London, 1994
11. Riskó Á.: A test, a lélek és a daganat. Animula, Budapest, 1999
12. Riskó Á.: Túlélők traumatikus élményeinek felelevenedése onkológiai kezelésük folyamán. A Holocaust mint metafora. In: A társadalmi traumatizáció hatásai és pszichoterápiájának tapasztalatai. Animula, Budapest, 1998
13. Zebrack, B. J., Zeltzer. L. K.: Living beyond sword of Damocles: surviving childhood cancer. Expert Rev. Anticancer Ther. 1. 2: 163-164, 2001

9.9 Személyiségzavarok, skizofrénia

Veres Zsuzsa

Személyiségzavarok

A személyiségzavar (pszichopátia, personapátia szinonimák használatosak még) önmagában nem betegség, hanem potenciális adottság, és az ezen a talajon kialakult kóros magatartási minták, beilleszkedési zavarok összessége jelenti a betegséget (manifeszt állapot). *Kurt Schneider* mondta: a pszichopátia kórtörténete az életvezetés maga.

A személyiségzavar genetikai adottságok talaján, kóros tanulási folyamatok következményeként, és átélt életesemények mentén alakulhat ki.

Erre a „betegségre" jellemző:

- a személyiség-struktúrák egyenlőtlen, aránytalan fejlődése
- a kórosan alakult struktúrák egymásra hatnak
- aszociális, antiszociális magatartás
- az alacsony tolerancia szint miatt gyakoriak a kóros reakciók
- az egyén- és környezete között állandó a konfliktus, melynek során elsősorban a környezet, de az érintett személy is szenved.

A társas közegbe való beilleszkedési zavarok miatt a devianciák körébe is sorolható, így főleg az angolszász területen szociopátia névvel szerepel. *Cleckly* a szociális viselkedészavar alapján úgy is jellemzi a személyiségzavarban szenvedőket, mint akik nem szeretnek, nem szoronganak, és nem tanulnak a tapasztalatokból.

A személyiségzavar a népesség 10-13 %-ban fordul elő, a férfiak körében gyakoribb. Már gyermekkortól kezdve jelentkezhetnek a pszichopátiás személyiségvonások.

A megjelenési formák alapján három csoportot különítünk el egymástól, a paranoid, a schizoid és a schizotipiás személyiségzavart.

A **paranoid** személyiségzavar jellegzetességei: az érintett személy gyanakvó, bizalmatlan, perlekedik, mereven ragaszkodik elképzeléseihez. Bizalmatlansága miatt nincsenek barátai, partnerkapcsolati zavarai miatt izolálódik, magányos.

A schizoid személyiségzavar jellemzői: érzelmi ridegség, sivárság, hűvös távolságtartás, humortalanság. Magányosak, visszavonultan élnek. Belső fantáziavilágukban érzik otthonosan magukat. Az érzelemmentes intellektualizálás is jellegzetes vonásuk.

Schizotip személyiségzavar: különc magatartás, furcsa-bizarr beszéd és öltözködés jellemző. Gyanakvók, furcsa tapasztalatokról számolnak be, pl.: telepátiás képességek. Bleuler latens skizofréniának írta le.

Tekintsük át az antiszociális, borderline, nárcisztikus és histrionikus személyiségzavart.

Antiszociális személyiségzavar: az ebbe a körbe tartozó személyek impulzívak, frusztrációs toleranciaszintjük alacsony, állandó konfliktusban vannak környezetükkel. Nincs bűntudatuk, hibáikból nem okulnak. Mások érzéseit semmibe veszik. Egyfajta, ún. „pszichopata báj", charme jellemzi őket. Felszínes kapcsolataikban megnyerők tudnak lenni. Egoizmusuk sokszor a kegyetlenségig megy. Partnerkapcsolataikban önzők, erőszakosak, életükben a válás gyakori. Gyermekkorban hazugságra, vandalizmusra hajlóak. Családon belül a szülők iránt semmilyen érzelem, melegség nem mutatkozik.

A borderline személyiséget *Kernberg* az alábbiakban jellemzi:

- gyenge én és Én erők, gyenge az impulzuskontroll
- elsődleges gondolkodási folyamatok dominanciája (irrealitás, primer gondolkodási mód) noha normális a realitás vizsgálat
- éretlen énvédő mechanizmusok dominanciája (főleg splitting, tagadás, projektí identifikáció)
- diffúz identitás (instabil énkép, identitás bizonytalanság).

Jellemzőjük az ürességérzés, a diffúz szorongás, és a szexualitásban polimorfia. Addikcióra, suicidium elkövetésére hajlamosak. Alkoholra, drogra átmeneti pszichotikus epizódok léphetnek fel. Szinte állandó düh-harag, és öngyűlölet élményekben élnek.

A hisztriorikus személyiségzavarokat a nagyfokú dramatizációs készség, az élmény- és újdonságkeresés jellemzi. A figyelem középpontjában szeretnek lenni. Élmények utáni sóvárgásuk belső ürességéből fakad. Látványos suicid kísérletekkel zsarolják környezetüket.

Nárcisztikus személyiségzavar: saját magukat és önmaguk jelentőségét grandiózusan felnagyítják (szép, sikeres, hatalmas) – ez adja sérülékenységüket is, mivel a kritikai visszajelzésekre erős indulattal, dühhel reagálnak (nárcisztikus krízis).

Nézzük az elkerülő, dependens és kényszeres (obszesszív-kompulziv) személyiségzavar jellemzőit.

Kényszeres személyiségzavar: *Freud* írta le először ezt a karakterféleséget, melyet a rendszeresség, a takarékosság és a makacsság jellemez. A

szigorú, merev perfekcionizmus domináns. A merev erkölcsi normákat rendíthetetlenül betartják és betartatják. Erős kontroll alatt tartják érzelmeiket. Mindent elraknak, gyűjtögetnek.

Elkerülő-szorongásos személyiségzavar: ők a fóbiás karakterek. Szoronganak a visszautasítástól, a megmérettetéstől. Önértékelésük alacsony. Kerülik a felelősségvállalást. Érzelmileg rezonábilisak, de társas kapcsolatokban visszahúzódóak, félszegek, mert félnek az elutasítástól.

Dependens személyiségzavar: *Karl Ábraham* írta le „orális karakter"-ként. Ők a gyenge akaratú emberek, akiknek fokozott igényük van arra, hogy mások törődjenek velük és félnek, hogy magányosak maradnak. Önbizalomhiánnyal küzdenek, kerülik a felelősséget, hangulatuk depresszív lehet. Energikus, domináns társat választanak maguk mellé.

Személyiségzavar és daganatos betegség

A személyiségzavarban szenvedő rákbetegek az onkológusok számára sajátos gondot jelentenek, mert rosszul kooperálnak, és a daganat okozta lelki terhelést kifejezetten rosszul tűrik, így kezelésükben komoly, zavaró tényezőként szerepelnek a lelki tényezők: toleranciazavar, impulzivitás, merev karaktervonásaik miatt a kezelésük során számos konfliktus alakulhat ki.

Az onkológiai team számára nehezen érthető a schizoid személy zárkózott, félrevonuló magatartása, távolságtartása. Ezek a betegek problémáikról nem beszélnek, nem panaszkodnak, ezért nagyobb figyelmet, rákérdezést igényelnek.

A vizsgálatokkal és a kezelésekkel kapcsolatos rutintevékenységet is alaposan, akár többször is el kell magyarázni nekik.

A schizotipiás személy számtalan furcsasága, körülményes, néha metaforikus beszéde, szokatlan hiedelmei meghökkenést válthatnak ki a környezetből. Az ápolószemélyzet tagjai aggódóvá válnak, attól tartanak, hogy pszichés dekompenzáció léphet fel ezeknél a betegeknél. Bizarr viselkedésük is riaszthatja a team tagokat.

Minden furcsaságuk ellenére általában jól együttműködnek gyógykezelésükben. Nagyobb „utánnyúlást" igényelnek halogató, késlekedő magatartásuk miatt is.

A gyanakvó paranoidok a kezelésük során könnyen megbántódnak. A daganatos paranoid sokszor úgy érzi, hogy a másik páciens több figyelmet, jobb ellátást, kezelést kap, emiatt vádaskodó, indulatos lehet. Kverulálnak, perrel fenyegetőznek (gyakran panaszlevelet írnak az igazgatóságnak, az újságíróknak). Ha a személyzet megérti perlekedő-vádaskodó attitűdjüket és megértő magatartást tanúsít, ez enyhítheti kommunikációs problémájukat.

A hisztrionikus páciensek extroverzióval, ingerlékenységgel, az érzelmi és ösztönélet befolyásolta megnyilvánulások előtérbe kerülésével jellemezhetők. Akaratlan tüneteik funkcionális zavarokhoz (pl. bénultság, vakság, érzéketlen-

ség) is vezethet. A betegség disszociációkkal, zavarokra való növekvő hajlammal és számos különböző pszichogén tünettel járhat. Általában túlreagálók; a kisebb környezeti stimulusra is intenzív érzelmi reakciókkal, dühkitörésekkel reagálnak. Általában felszínesek, társaságot kedvelők az osztályos bentfekvésük során, és a gyógyító team, mint „színes egyéniségeket" tartja őket számon. Mivel panaszaikat, problémáikat dramatizálják, igazi panaszaikat, szenvedésüket sokszor nehéz szétválasztani túlzásaiktól. Gyakran követelőzővé, tapintatlanná válnak.

A nárcisztikus betegek az „alattuk" állókkal szemben lekezelő magatartást tanúsítanak az osztályon (pl. fiatal, kezdő ápolók, vagy a takarító személyzet, illetve a társadalmilag rosszabb helyzetben lévő betegtárs iránt). Ezek a magatartási megnyilvánulások számos konfliktus forrásává válhatnak. A nárcisztikus egyén számára a szép külső része a grandiózus énképüknek, ezért a csonkolással járó műtéti beavatkozások, a radio- és kemoterápia mellékhatásai súlyos lelki krízist, fokozott szenzitivitást, dühöt válthat ki belőlük. Elsősorban a fejnyak tumorok, az emlődaganatok beavatkozásai után kell ezzel számolni, valamint amikor alopoecia a kezelés velejárója, mellékhatása. A nárcisztikus személyek állandó figyelmet, csodálatot igényelnek környezetüktől, így érthetők vehemens indulataik, amikor irreális énképüket csorba éri.

Az antiszociális csoport tagjainak impulzivitása komoly gondot jelent kezelésük során. Rosszul kooperálnak a vizsgálatok, kezelések során, sőt azokat vissza is utasítják (főleg a hosszabb ciklusú kemoterápiás kezeléseket). Különösen nehéz az ilyen személyiségzavarban szenvedők kezelése, különösen ha hererákos, Hodgkin-kóros, vagy osteogenetikus szarkómában szenved az egyén. Követelőzők, zajosak az osztályos bentfekvéskor; a szabályokat nem tartják be (pl. látogatási idő, kezelési időpontok, stb.), ők az ún. „hőzöngők". A fájdalmat rosszul tűrik, ezért a fájdalom uralása kiemelten fontos esetükben. A személyzet megszenvedi provokatív, viharos viselkedésüket, de mindezek dacára kerülni kell velük a hangos, indulatos reakciókat, és meg kell szervezni lelki megsegítésüket.

A borderline személyiségek reakciói, megnyilvánulásai kiszámíthatatlanok, mivel nem tudják impulzusaikat kontrollálni, és hangulatilag is labilisak (pillanatok alatt átcsapnak aggódó-depresszív állapotba). Az egyedüllétet nem tudják elviselni. Hajlamosak öncsonkításra, öngyilkosságra, kórházi osztályon belül is, ha olyan információ birtokába jutnak egészségi státuszukkal kapcsolatban, ami feszültségüket tovább növeli. Hasonló a veszély, ha a családtól kapnak számukra nem megfelelő hírt, reakciót. A kezelőszemélyzetnek kedvesen, de határozottan kell velük a szabályokat betartatni. Mindenképpen pszichiáterrel való konzultáció szükséges, mert antipszichotikumokkal, antidepresszánsokkal csökkenthetőek a kezelés kimenetelét is veszélyeztető indulati reakciók.

Ha a dependens személyiségzavarban szenvedők a rák diagnózisával szembesülnek (de bármely, aggodalmukat provokáló szituációval), akkor döntési bizonytalanságuk fokozódik, szorongásos-aggodalmaskodó tüneteik felerősödnek. Mivel másoktól várják a döntést – mert felelősséget nem mernek vállalni, - az orvosnak időt kell arra szánnia, hogy megértesse velük kezelésüket, és beérlelődjön azok elfogadása. Számolni kell azzal, hogy mindenbe beleegyeznek, csakhogy elkerüljék a magányt (emiatt könnyen kerülnek kuruzslók kezébe!).

Azoknál, akiknél a személyiségzavarban a passzív-agresszív vonás a domináló, számolni kell azzal, hogy minden fontos dolgot „elfelejtenek”, ha az nekik nem tetszik. Duzzogásaikkal, titkolt nehezteléseikkel frusztrálják a kezelő személyzetet (a projektív identifikáció mechanizmusa mentén érthető meg ez a folyamat).

Az elkerülő személyiségzavarban szenvedő daganatos betegnél azt látjuk, hogy amikor megtudják a diagnózisukat, arra törekednek, hogy „ne okozzanak gondot a másiknak”. Inkább nem kérnek fájdalmaikra gyógyszert, attól félve, hogy magukra haragítják az orvost, a nővért. Ők a látszólagos „mintabetegek”, akik ugyanakkor félelmeikkel, aggodalmaikkal magányosan küzdenek, „csendben” maradnak. Ilyen esetekben különösen fontos az alapos rákérdezés panaszaikra, fájdalmaikra.

Az obszesszív-kompulzív személyiségek túl precízek, aprólékosak, és „kezelési naplójukkal”, ezek vezetésével kerülik meg a daganat miatti félelmeiket (ceremóniával, rítussal „kiváltott”, elhárított szorongás); ugyanis a daganatos folyamat miatt a testük feletti kontroll kiesett a kezükből. Felerősödő precizitásukkal, aprólékos figyelmükkel, a kezelések rigid betartásával akarják a kontrollvesztést, a szorongást megoldani. Mindent tudni akarnak betegségükről, kezelésükről. Megéri az időráfordítást, hogy az orvos mindent aprólékosan elmondjon a betegnek (pl. a 24 órás ápolási-kezelési tervet). Szorongásoldó gyógyszerek, antidepresszívumok adása jelentősen enyhíti félelmüket, „szőrszálhasogató” magatartásukat.

Mivel a személyiségzavarban szenvedő daganatos betegek képtelenek merev, rögzült korlátaikból kilépni, ezáltal a daganatos megbetegedés támasztotta új, gyakran szerteágazó körülményekhez adaptívan alkalmazkodni, ezért a gyógyító személyzetnek kell segítenie ebben, például a kórházi rutinhoz megértően, tapintatosan hozzászoktatni a beteget. Esetükben is célszerű pszichiátriai konzultáció, ami már a gyógyszeres kezelések beindításával is megkönnyítheti adaptációjukat.

Általános elvek

- A páciens részére kezelési tervek, szabályok, korlátozások kidolgozása, akár 24 órás bontásban
- A páciensnek, tudnia kell hogy ki az ő orvosa, ki a „felelős” érte
- Néhány kórházi rendtartással kapcsolatos szabályt módosítani lehet, kisebb engedményeket kaphat (pl. látogatási idő hosszabbítást)
- Az ápoló személyzet „ágymelletti” jelenléteszorongásaikat csökkentheti, másrészt a személyzet aggodalma is csökken a szoros obszerváció alkalmazásával (pl. suicid veszélyes betegnél).

Skizofrénia

Eugen Bleuler 1911-ben megírt klasszikus munkájában elemzi, és összegzi korának skizofrénia kutatását, rendszerezését – mely napjainkban sem évült el.

Az átlagnépesség mintegy 0, 8 %-a szenved ebben a betegségben, manifesztációja a 20-35 életév közötti időszakra tehető. A skizofrénia hosszabbrövidebb időre, de akár véglegesen is inaktívvá, ellátásra szorulóvá teheti az egyént (rokkantnyugdíj, elme-szociális otthon, gondnokság alá helyezés).

A halálozási okok között a suicidium vezet. Gyakori az alkohol – drogabúzussal való együttes előfordulása.

Etiológia

Sok tényező játszik szerepet kialakulásában (genetikai, biokémiai, neurokémiai, immunológiai, stb.).

- Biokémiai modell: a központi idegrendszer két területe – a corpus striátum és a limbikus rendszer dopaminban gazdag agyterület; a skizofrénia patogenezisében a limbikus rendszer fokozott dopaminerg transzmisszióját teszik felelőssé (a limbikus rendszer D_2 receptorainak számbeli növekedését találjuk, melynek eredménye a fokozott dopamin transzmisszió). A gyógyszerek antipszichotikus effektusának kialakulásában a limbikus rendszer dopaminerg transzmissziós rendszerben bekövetkező gátlás a felelős (D_2 receptorgátlás).

- Genetikai modell: ikerkutatások (mono – dizigota), adoptációs vizsgálatok, családkutatások kiterjedt elemzései alapján a genetikai faktorok oki szerepe támasztódik alá, de az átörökítés módjára vonatkozóan mégsincsenek meggyőző adatok. A vizsgálatok kizárták a monogenitást, a poligén multifaktorális modell lehetőségének elfogadása a javasolt.

- Neuropatológiai modell: kb. 10 éve az új lendületet a limbikus rendszer neuropatológiai kutatásai adták, amikor az derült ki, hogy skizofréniában csökken az amygdala, a hypocampus gyrusainak nagysága, ill. hypocampálisan a neuronstruktúrában dezorganizációt figyeltek meg.

CT vizsgálatok során a skizofréniáknál tágult III. agykamrát és oldalkamrákat találtak, valamint megnőtt az ún. kamra/agyállomány aránya.

MR vizsgálatok során az agykamrák tágabbak, az amygdala és a hypocampus térfogata csökkent

PET-vizsgálatnál a frontális lebenyben az agyi glukózanyagcsere csökkent (dorsolateralis prefrontalis kéreg).

Immunológiai kutatások alapján nagyszámú immunológiai eltérést észleltek skizofréniáknál: csökkent T-sejt interleukin-2 termelést, vagy az agyállomány ellenes antitestek jelenlétét tapasztalták.

A leletek tág értelmezésre adtak lehetőséget: neurotoxikus vírus-, vagy autoimmun betegségként is értékelhető a skizofrénia

Pszichoszociális modell

Pszichodinamikai elméletek: a skizofrénia dinamikus szemléletében vezető a regresszió jelenléte. A regresszió létrejön minden külső – belső konfliktusra és nem áll meg az oedipális szinten, hanem a még archaikusabb preverbális szintre történik a lelki regresszió. Archaikus énvédő mechanizmusok, primitív tárgykapcsolatok- és realitásszint jellemzi ezt a milyen regresszív állapotot.

A dinamikus megközelítés alapján a pszichotikus tünetek megjelenése reparatív törekvésként fogható fel.

A skizofrénia meghatározása

Alapvető szempont a skizofrénia meghatározásában, hogy a külvilág mit észlel, valamint a beteg élményanyaga, átélése miről szól.

A BNO 10 meghatározása szerint a skizofrénia a pszichózisok olyan csoportja, melyben a személyiség alapvető zavart mutat, a gondolkodás és a percepció jellegzetes torzulása észlelhető (széttöredezettség, hallucinációk); gyakran olyan élményekkel társul, melyben a beteg azt éli át, hogy idegen erők irányítják, kontroll- és megfigyelés alatt tartják. A hallucinációk sok esetben a páciensről harmadik személyben beszélnek. Tévely- és tébolygondolatok, bizarr téveszmék jelenhetnek meg. Érzelmi-, indulati életükben szélsőséges ambivalencia tapasztalható. A realitás súlyosan sérült – autizmus jelentkezik (saját belső világa felé fordul érdeklődése).

Eugen Bleuler adta a skizofrénia elnevezést a görög „hasadás” szóból és a négy „A” jellemzi: ambivalencia, asszociációk- és affektusok zavarai, valamint az autizmus.

A skizofréniát két nagy csoport köré szokták beosztani: plusz, vagy pozitív és mínusz, vagy negatív tünetekre, aszerint, hogy hozzáadódott többletként jelentkeznek a beteg élmény- és viselkedés mezőjében (hallucinációk, pszichomotoros nyugtalanság, téveszmék), vagy veszteségként, mínuszként jelentkeznek (elsivárosodás, inaktivitás, elszegényedett kommunikáció, autisztikus állapot).

Kurt Schneider első és másodrangú tüneteket írt le:

Elsőrangú tünetek: saját gondolatok hangossá válása, párbeszédes hallucinációk (kommentálók, kontrollálók, irányítók), testi-gondolati befolyásoltatás élménye, gondolatok elvonása, ill. kiterjesztésének élményei („lecsapolják” a gondolatait, „a TV-rádió a gondolataimat közvetíti”). Az érzelmi és akarati élet is befolyásolás alatt áll.

Másodrangú tünetek: percepciós zavarok: hang- íz, akusztikus hallucinációk. Tanácstalanság. Hangulati élet zavarai (deprimáltság, eufórikus, extatikus boldogság, szorongás, ún. Wahn élmények hatására), téveszmék.

Általában a plusz tünetek gazdag, színes pszichopatológiai tüneteket produkálnak, míg a mínusz, vagy deficit tünetekben elsivárosodás, elszegényedés, elszíntelenedés tapasztalható, majd a szociális mező teljesen kiürül.

Crow hipotézise szerint a pozitív tünetek mögött a dopaminrendszer hiperaktivitása állt, a negatív tünetek esetében sejtpusztulás- és aktivitás csökkenés húzódik meg (kamratágulat a frontális cortex, az amygdala, a hypocampusz atrofizálódása miatt).

A betegség lefolyása folyamatos, processzus-szerűen halad a defekt állapot felé, ill. relapszusokkal (schub) zajlik. A két lefolyási típus ötvöződése a gyakoribb.

A bleuleri felosztást, tipizálást használják napjainkban, az alábbiak szerint:

- Hebephrenia: fiatal korban kezdődik (15 éves kor sem ritka). A gondolkodás inkoherens; az érzelmek eltompulnak, elsivárosodnak. A viselkedés bizarr, infantilis, autisztikus. A kórforma igen rosszindulatú, processzussal halad a súlyos deteriorációhoz.
- Skizofrénia paranoides: üldöztetéses, bizarr téveszmék jellemzik, hallucinációkkal. A téveszmék rendszereződést mutatnak. Doxasmáik hatására agresszívek lehetnek a betegek.
- Katatón skizofrénia: vezető tünet a pszichomotorium zavara, mely hiperkinetikus, ill. hipo-akinetikus alakban jelentkezhet. Súlyos akinetikus alakja a katatoniás stupor, mely életveszélyes állapotba torkollhat (Stauder katatonia). A katatón skizofréneket a bizarr, sztereotip mimika és mozgás jellemzi.
- „Nem differenciált” skizofrénia: a betegeknek kifejezett pszichotikus tünetei vannak, de a kombinációk az egyik fent említett típushoz sem sorolhatók be.
- Simplex skizofrénia: lappangva fejlődik ki a bleuleri alaptünetek dominanciájával, sokban hasonlít a skizotipiás- és skizoid személyiségzavarhoz.
- Residuális skizofrénia: az anamnézisben skizofrénia szerepel, de az aktuális vizsgálatkor pozitív tünetek már nem észlelhetőek. Ezt a diagnózist szokták a krónikus skizofréniára is alkalmazni.
- Skizoaffektiv pszichózis: skizofrénia és az affektív megbetegedés (mánia, vagy depresszió) együttes előfordulása jellemzi. Prognózisa jobb a skizofréniánál. A betegség lefolyása az affektív betegségek jellegzetességeit mutatja, heveny kezdettel, bipolaritással.

Az antipszichotikumok, főleg az újabb atípusos szerek bevezetése óta kedvezőbb kilátásai vannak a skizofréniában szenvedő betegnek – a modern antip-

szichotikumokkal jó szociális remisszió érhető el. A gyógyszeres kezelést pszichoterápia, és széles spektrumú, szocio-művészi-mozgásterápiák egészítik ki. A katatón stupor, vagy a katatón izgalmi állapotban az elektrokonvulzív kezelés (relaxációban) mérlegelendő.

A skizofrénia és a daganatos megbetegedés

A rák is, a skizofrénia is súlyos betegségstigmát jelent, nemcsak következményei miatt, hanem azért is, mert mindkét megbetegedés nyilvánvaló ok nélkül keletkezik, és keveset tudunk megelőzésükről. Ezért mikor együtt jelennek meg ugyanazon betegen, a teher iszonyatosan megnő mind a beteg, mind a család számára. A skizofrénia és a rák együttes előfordulásának gyakorisága alacsony.

Sokáig tartotta magát az a nézet, egy mítosz, hogy a skizofrének nem betegszenek meg daganatban. Nagyszámú skizofrén betegen végzett vizsgálatok azt mutatták, hogy a hosszasan kórházi körülmények között kezelt betegeknél – a dohányzási tilalmak miatt – kevesebb volt a tüdődaganat; a kórházi étrend alacsony kalóriaszintjével hozták összefüggésbe azt, hogy kevesebb volt az emésztőtraktus daganatos megbetegedése. A kímélő kórházi miliő megmenthette a betegeket számos napi, környezeti stresszhelyzettől, ártalomtól. A pszichiátriában használatos antipszichotikumok miatt, noha megnövelték a prolaktin-szintet, mégsem találtak a skizofrén betegek között nagyobb arányban mellrákban megbetegedettet, mint az átlag népességben.

Ha egy onkológiai osztályra kerül kivizsgálásra, kezelésre, műtétre egy skizofréniás beteg, akkor a gyógyító teamet sokszor aggodalom tölti el, holott a tapasztalatok azt mutatják, hogy a gyógyszeresen jól beállított, jól gondozott (pszichiátriai szempontból ambulánsan ellátott), nyugodt skizofrén betegnél sem műtétjük előtt, sem utána semmiféle probléma nem jelentkezett, és ebből a szempontból eseménytelen volt a posztoperativ szakasz.

Általában első schub elenyészően kis számban jelentkezik fiatal daganatos betegeknél, ha mégis, akkor az olyanok körében fordul elő, akiknél a fiatalkori daganatos megbetegedések a jellemzőek: malignus lymphomákban, leukémiában, heredaganatosoknál, osteoszarkómában.

Fiatal felnőtt tumoros személyeknél – az alapbetegség okozta reakcióként – találkozhatunk pszichotikus reakciókkal, és a lelki regresszió pszichés állapotuk mentén történik: súlyos testképzavart (bizarr, destruált képiséggel), derealizációt, deperszonalizációt észlelhetünk, különböző súlyosságban. Előfordulhatnak hallucinációk, indulati reakciók, paranoid ötletek is. Minden esetben pszichiátriai konzíliumra, beavatkozásra van szükség.

Megtévesztő lehet a személyzet tagjai számára, hogy a skizofréniások gyakran nem vesznek tudomást fájdalmaikról; sokszor előrehaladott daganatra sem reagálnak, ugyanígy szinte alig vesznek tudomást a tumor figyelmeztető szimptómáiról.

Autizmusuk miatt romlik a gyógyulás- és életminőség kilátásuk, mivel késve kerülnek orvoshoz, és együttműködési kapacitásuk – különösen megfelelő pszichiátriai kezelés hiányában - korlátozott.

A skizofréniás betegek onkológiai kezelése során a sajátságos reakciók miatt, az orvosnak intenzíven kell figyelnie páciensét, a kezelések mellékhatásait, az esetleges komplikációkat, mert várható, hogy a betegtől spontán visszajelzést nem kap. Amennyiben az onkológus daganatos skizofréniás beteget kezel, fokozottabban szükséges együttműködnie a családtagokkal, a háziorvossal, a szociális gondozókkal, a beteg kórházból való elbocsátása után is. Egyes skizofrének korlátozottan képesek a saját gyógykezelésükben való részvételre – különösen ambuláns feltételek mellett – és ez rontja kezelésük kilátásait, életük minőségét.

Esetükben a fájdalom semmibe vevése magyarázható az input szűrés zavarával, és a dopamin-endorfin abnormalitásával.

Ha sebészi beavatkozás válik szükségessé, műtét előtt feltétlenül lássa a skizofrén beteget pszichiáter, hogy a pszichiátriai vizsgálat és a szükséges gyógyszerrevíziót megtörténhessen.

A skizofréniás betegek kezelési szempontjai sokban azonosak más daganatos betegeknél előírtakkal, de mégis kiemelendő:

- jobban kooperál a beteg, ha kizárólag ugyanaz az orvos és ápoló foglalkozik vele,
- információ átadásánál egyszerű, világos, nem félremagyarázható adatokat, felvilágosításokat ismertessünk a beteggel,
- a lehető legkorábban vonjuk be az onkológiai team-be a pszichiátert (leginkább a beteget gondozó pszichiátert), részben a státusz rögzítése miatt, részben pedig hogy a szükséges intézkedéseket megtehesse (pl. gyógyszerrevízió, pszichiátriai osztályos kezelés megfontolása, stb.), valamint hogy az ápoló-gyógyító team tagjaival megismerkedhessen, tanácskozhasson,
- szoros együttműködést kell kialakítani azokkal a részlegekkel, ahol a beteg speciális vizsgálatait, ill. kezelését végzik (pl. UH, CT, PET, endoszkópia, csontvelő-vétel, sugárterápiás részleg, stb.),
- ha a betegnél komplikáció lép fel, szorosabb obszerválást igényel (pl. láz, hypoxia, stb.),
- az otthoni kezelés során az onkológus kapcsolattartása a családdal különösen fontos, és szükség esetén - amennyiben a pszichiátriai betegnek nincs kezelőorvosa - biztosítani kell olyan mentálhigiénés szakembert, aki könnyen elérhető (pl. a területileg illetékes pszichiátriai ambulancia pszichiátere, gondozónője, pszichológusa).

Bármennyire is igénybe veheti az onkológiai teamet a skizofréniás beteg, mégis az a tapasztalat, hogy a betegek és kezelőik között szoros kapcsolat alakul ki, amely évek múlva is megmarad. Számolni kell azzal is, hogy vannak skizofréniás páciensek, akik egyáltalán nem vesznek igénybe az orvosi kezelést, vagy azt paranoid módon értékelik, viselkedésük is eszerint alakul („nem vagyok kísérleti nyúl...”). Ilyen esetben is feltétlenül szükséges a folyamatos pszichiátriai gyógykezelés.

Ajánlott irodalom

1. Bittér L: Skizofrénia. Szerk. Füredi J., Medicina, Budapest. Hemsley, D. R.: Schizophrenia: Investigation and Treatment.
2. ín Clinical Aduit Psychology. Lindsay, S. J. E.- Powell,
3. G. E. (eds.), 295-329, Routldege, London, 1994. Massie, M. J.: Schizophrenia. ín Handbook of Psycho-On-
4. cology. Holland, J. C.-Rowland, J. H. (eds.), Oxford
5. UP, New York, 320-323,1990. Solomon, S.-McCartney, J. R.: Postoperative hospital course
6. ofpatients with history ofsevere psychiatric illness. Gén.
7. Hosp. Psychiatry. 9: 376-382,1987. Talbott, J. A.-Linn, L.: Reactions of schizoph-renics tó life-
8. threatening disease. Psychiatr. Q. 50: 218-227,1978.

9.10 Pszichofarmakonok

Az 1950-es évek forradalmasították a pszichofarmakológiát a chlórpromazin (Largactil, Hibernál) felfedezésével, mely szert számos más követte, ezáltal jelentősen javult a skizofréniás megbetegedettek gyógyíthatósága. 1955-ben tűnt fel a maprobamat (Andaxin), és ugyanabban az évben szintetizálták a chlórdiazepoxidot (Librium, Elenium); az új szerek kiszorították a nagytoxicitású, szűk terápiás sávú barbiturátotokat. Az 1960-as évektől kezdve az antidepresszánsok is a szakma rendelkezésére állnak. A gyógyszeripar azóta is bőven ontja az újdonságokat.

Szorongásoldók

Általános irányelv egy adott gyógyszer hatékonyságára nézve a következő, mely fokozottan áll a szorongáscsökkentőkre:

- hatékonyság
- biztonságos adagolás
- a terápiás-toxikus sáv széles legyen
- ne legyen interakció más szerekkel
- ne fordulhasson elő halált okozó túladagolás.

Napjainkban az anxiolytikumokkal szemben támasztott igényeknek közel megfelelnek a mai modern (ún. második generációs szerek) szorongásoldók (helytelen, régi elnevezésük minor tranquillánsok).

Gyakorlati fontosságuk szerint csak az alábbi csoportokat ismertetjük

1. benzodiazepinek (BZD),
2. azaspironok,
3. béta-blokkolók.

Benzodiazepinek (BZD): a gastrointestinalis traktusból szívódnak fel, de egy részük adható intramuszkulárisan is. A maximális plazmaszint elérése és a klinikai hatás kialakulása a diazepam (Seduxen) és alprazolam (Xanax, Frontin) esetében a leggyorsabb.

Vannak hosszú felezési idejű (**30-100** óra!), lassan metabolizálódó BZD-k (pl. chlórdiazepoxid, medazepam).

A BZD-k a GABA-A receptorhoz kötődnek, melynek hatására megnő a receptor affinitása a GABA-neurotranszmitter iránt. A központi idegrendszeri benzodiazepin receptorok két altípusát különítették el, az omega 1 (BZ_1) és omega 2 (BZ_2). Úgy tűnik, hogy az omega 1 (BZ_1) az alvás mediálásában, az omega 2 (BZ_2) a kognitív folyamatok, memória, motoros műveletek szabályozásában játszik

szerepet. Azok a benzodiazepin antagonisták, amelyek csak a BZ_1 receptoron keresztül fejtik ki hatásukat, kevesebb, ún. kognitív mellékhatással rendelkeznek.

BZD-k hatása: anxiotikus, sedato-hipnotikus hatásúak, valamint antikonvulzív effektussal is rendelkeznek, az izomzatot relaxálják. Ezek elsősorban a kispotenciálú BDZ-re jellemző, a nagypotenciájú BZD-k sedato-hipnotikus hatása kisebb.

Gyorsan tolerancia alakul ki rájuk, főleg ha nagy adagban, huzamos időn át használja a beteg. Kialakulhat kereszttolerancia.

A rövid felezési idejű BDZ-knél súlyos megvonási tünetek léphetnek fel.

Interakciók: cimetidin, disulfiram, izonicid és ösztrogén növeli a plazmaszintet (2 - keto BZD szint), az antacidok viszont csökkentik. Dohányzás a metabolizmusukat fokozhatja. Digoxin adásával együtt a plazmaszint növekedhet. Szedatív szerekkel együtt adva az addiktív hatás növekedik.

Alkalmazások

- Szorongásos betegségek, generalizált szorongás, alkalmazkodási zavarok kapcsán fellépő szorongások, egy adott életeseményre, szituációra adott szorongásos reakciók (akut stressz okozta mentális zavarok).

- Alvászavarokban a BZD-k csökkentik a REM fázist; „másnaposság”-ot kevésbé okozó szerek, ezért használják az újabb BZD-ket. Gyors elalvást biztosítanak a betegnek (midazolum – Dormicum, temazepam, triazolam. Eunoctint nem célszerű adni „másnaposságot” okozó hatása miatt).

- Pánikbetegségben és szociális fóbiákban az ún. nagypotenciájú BZD-k bizonyultak hatásosnak – alprazolam (Xanax, Frontin), és a clonazepam (Rivotril).

- Bipoláris I-ben a mániás felhangoltságra igen jó hatású a clonazepam, lítiummal lehet kombinálni.

- Alkoholmegvonásos tüneteknél szintén a clonazepam vált be.

Mellékhatások: a benzodiazepámoknál számolni kell a hozzászokás veszélyével, ezért kontrollálni kell adásukat, és kerülni kell a huzamos időn át való alkalmazását. Enyhe ataxiát és szédülést tapasztaltak, elsősorban idős- és leromlott szomatikus állapotban lévő betegeknél, így – ilyen esetekben – kisebb dózis is elegendő. Alkohol a hatást fokozza, ezért szedációt, és légzésdepressziót okozhat.

Alvási apnoéban, obstruktív tüdőbetegségben szenvedőknél jelentős lehet a légzészavart okozó hatása. Fokozott elővigyázatosság kell a vese- és májbetegségeknél, myasthenia gravisban szenvedők esetében.

Itt kell megemlíteni a nem benzodiazepin típusú, de benzodiazepin receptort antagonizáló készítményeket: a zolpidemet (Stilnox) és zopiclont (Imovane), az új altatószereket. Nagy előnyük, hogy nincs izomellazító- és „hangover" hatásuk (másnaposság).

Azaspironok (5-HT_{1A} antagonisták) a centrális szerotonin aktivitásra ható azaspironok közül a hétköznapi gyakorlatban a buspiron (Anxiron, Spitomin) terjedt el, szorongásoldó hatása hosszú ideje bizonyított. Nagy előnyük, hogy nincs hypnoszedativ hatásuk, és antikonvulzív izomrelaxáns hatást sem tudtak kimutatni. Nincs alkohollal és benzodiazepinekkel kereszttoleranciájuk. Dependencia nem alakul ki a szerre, és megvonási tünetek sincsenek.

Szájon át jól felszívódik, a csúcsot 1, 5 órán belül eléri, felezési ideje 2-11 óra. Generalizált szorongásban, adjuvánsként kényszerbetegségben, alkoholizmusban és depresszióban adható. Különösen ajánlott organikusan megalapozott szorongásokban. Hátrány, hogy a klinikai hatások 2-3 hét múlva jelentkeznek.

Régebben elterjedt volt az antihisztaminok adása (promazin, diphenhydramin), de szedatívumokkal kombinálva kedvezőtlen anticholinerg mellékhatások miatt, valamint a fatális kimenetelű túladagolások miatt nem használják.

A szorongások kezelésében -az új típusú szorongás elleni szerek 1960-as évi felbukkanásáig- a barbiturátok vitték el a pálmát, de napjainkban nem ajánlott az alkalmazásuk (plazmaproteinhez kötődnek 20-70 %-ban, a májban metabolizálódnak a citochrom P 450 rendszeren keresztül). A barbiturátok gyengítik a szív kontrakcióját, arrythmiát váltanak ki, toxikus adagban légzésbénulást okoznak. A kognitív funkciókat hátrányosan befolyásolják, valamint a hozzászokás igen nagymértékű – így a fentiekből látható, hogy adásuk korszerűtlen és káros.

Béta-blokkolók: a szorongást kísérő tünetek rendszerint együtt járnak fokozott -adrenerg aktivitással és ez indokolhatja egyes ¤-blokkolók adását.

Az ún. nevezett szomatikus szorongásban, ahol a vezető tünet a tachycardia, hiperventilláció és tremor – jó hatású lehet a propranolol (Inderal, Stobetin), pindolol (Visken), a metoprolol (Betaloc) és az atenolol (Atenobene) adása. Elsősorban a fenti erős szomatikus tünetekkel járó szorongásokban, valamint „lámpaláz"- esetén, vizsgaidőszakban, versenyzőknél adható eredménnyel. Kontraindikált anxiolitikumként adni szívbetegeknek, asztmásoknak, és hyperthyreotikusoknak.

Antipszichotikumok

Az antipszichotikus szereket pszichózisban és az ezekhez társuló agitált állapotokban alkalmazzuk (a szercsoport szinonimái még: neuroleptikumok, maior tranquillánsok).

Az első antipszichotikus szert, a chlórpromazint (hazai forgalomban Hibernál néven szerepel) 1952-ben alkalmazták, forradalmasítván a pszichiátriai gyógykezelést.

A későbbiekben tovább bővült a gyógyszerek palettája, alkalmazásuk a skizofrénia dopamin-hipotézisén alapul: az agy mesocorticalis, mesolimbikus régióiban lévő D_2 receptorok postszinaptikus blokkolása kapcsán antipszichotikus hatás keletkezik.

Az agyban a dopaminreceptorok elhelyezkedésének megfelelően, az alábbi régiókban hatnak elsősorban:

- limbikus rendszer: antipszichotikus hatás,
- nigrostriális rendszer: extrapyramidális mellékhatás,
- tuberoinfundibuláris rendszer: endokrin tünetek (pl. hiperprolactinaemia)

A dopamin receptorokon kívül (DA) az antipszichotikumok a noradrenalin, a szerotonin, a hisztamin és az acetilcholin rendszerekre is hatnak. Minél erősebb a DA-antagonista a szer, annál kevésbé hat a többi rendszerre- és fordítva. Ennek alapján válik érthetővé az egyes antipszichotikumok mellékhatása is, pl. *a perifériás cholinerg szindróma*: ritmuszavarok, vérnyomás emelkedés, vagy a *centrális anticholinerg szindróma*: zavartság, memória zavarok, míg perifériásan: székrekedés, szájszárazság.

A dopamin-antagonista hatást neuroleptikus potenciálnak nevezzük, melynek alapján megkülönböztetünk kis- és nagypotenciájú szereket. Az extrapyramidális mellékhatások általában a nagypotenciálú szereknél, a kispotenciálú szereknél pedig hypotonia, tachycardia, szedáció, szájszárazság van előtérben.

Kispotenciálú szerek

• phenothiazinok	thioridazin levomapromazin chlorpromazin
• thioxanténok	chlorprothixén
• benzamidok	tiaprid sulpirid

Közepes potenciálú szerek

• thioxanténok közül	flupenthixol zuklopenthixol

Nagypotenciálú szerek

• piperazinok	trifluoperazin fluphenazin butirophenonok

Atípusos antipszichotikumok: az idesorolt szerek a $D_2/5HT_2$ receptorokra hatnak gátlólag, az extrapyramidális mellékhatások hiányoznak, vagy elenyészők, és hatékonyak a skizofrénia negatív, vagy mínusz tüneteire is.

- dibenzodiazepinek
  clozapin: jól befolyásolja az ún. terápia rezisztens skizofréniákat. A tardiv dyskinesiás betegeknél is kedvező a hatásuk. Veszélyes mellékhatása az agranulocytosis.
- benzioxazolok
  risperidon : mind a negatív – mind a pozitív tünetekre hatásos.
- olanzapin, valamint a seroquel, sertindol is hasonló hatásmechanizmussal rendelkezik.

Az antipszichotikus hatás a kezelés 3-4-ik hetében alakul ki, így a kezelések időtartama 8 hét; fenntartó és profilaktikus kezelésként első epizód (schub) után 1 év, ismételt visszaesést követően legalább 2 év folyamatos kezelés szükséges.

Terápiarezisztencia esetén, valamint negatív tüneteknél az atípusos szerek adása indokolt.

Monoterápiára kell törekednünk az antipszichotikus kezelések során. Roszszul kooperáló betegnél az antipszichotikumot depot készítmény formájában alkalmazhatjuk (Fluanxol depot, Moditén depot, Piportyl, Haloperidol depot), a készítmények 3-4 hét időtartamra egyenletes gyógyszerszintet biztosítanak.

Interakciók: carbamazepin clozapinnel együtt adva az agranulocytosis veszélyét megnöveli.

Triciklikus antidepresszánsokkal adva a két szer koncentrációja megnövekedik.

Antikolinerg szerekkel az antikolinerg toxicitás veszélye lép fel.

Antihypertensívumok: hipotenzív hatás csökkenése várható.

Antacidok, cimetidin: antipszichotikum felszívódása csökken.

Alkohol: a központi idegrendszerre ható depresszív hatás fokozódik.

Benzodiazepinek: clozapinnel adva légzésdepresszió lép fel.

Alkalmazások

- a skizofréniák plusz tünetei esetén: hallucinációk, téveszmék, katatoniás tünetek, az ún. „téboly” (Wahn) állapotok, mániás szindrómák, paranoid kórképek, organikus pszichoszindrómák nyugtalansági állapotai (elsősorban Haloperidol adása), heveny izgalmi állapotok, személyiségzavarok.

Mellékhatások

- akut disztónia- és akatízia: benzodiazepinekre és béta-blokkolókkal jól kezelhetők,

- „neuroleptikus malignus szindróma” súlyos vegetatív tünetekkel, extrapyramidális zavarokkal és hiperpirexiával járó állapot – ilyenkor azonnal abba kell hagyni az antipszichotikum adását, intenzív ellátás mellett a dopaminantagonista bromokriptint és izomellazítót kell adni,
- Leponex leállítása ha a granulocyták – leukociták 3000 alá esnek,
- életveszélyes laringealis-faringealis disztónia ritka jelenség
- parkinsonizmus: a gyógyszeradagot csökkenteni kell; anticholinerg-, antiparkinson terápia jön szóba.
- késői mellékhatás a tardiv dyskinezia,
- kardiovaszkuláris betegnél óvatos adagolás ajánlott

A késői mellékhatások a dopamin hiperszenzitivitási jelenségekkel állnak összefüggésben – a tartós neuroleptikus kezelés mellett a postszinaptikus dopamin receptorok szenzibilizálódnak és/vagy megnő a postszinaptikus receptorok száma. A nigrostriális rendszer vonatkozásában hyperkinézishez (késői akatízia, tardiv dyskinezia), a mezolimbikus rendszer vonatkozásában pedig az ún. szuperszenzitív pszichózishoz vezetnek.

Antidepresszánsok

Mind a pszichiátriai, mind az általános orvosi gyakorlatban az egyik leggyakoribb betegség a depresszió. A napi onkológiai tevékenység során a szorongással szinte egyező gyakorisággal találkozhatunk vele. A kezeletlen depresszió szenvedést okoz a beteg számára, rontja életminőségét, az onkológiai kezelésben való együttműködését, és a suicidium miatt magas a mortalitása. A vizsgálatok szerint a háziorvosok a hangulat és/vagy szorongásos zavarban szenvedők 20 %-át diagnosztizálja helyesen. E pszichiátriai zavar felismerését az éppen fentálló testi betegség akadályozza.

A központi idegrendszer szerotoninerg és/vagy noradrenalinerg rendszerének diszregulációja központi szerepet játszik a depresszió kialakulásában, így az antidepresszívumok hatásmechanizmusa ezeken az alapokon nyugszik.

Az 1960-as évektől egyre több antidepresszív szer van forgalomban-, a „reuptake” gátlók (triciklikus, tetraciklikus szerek) és az irreverzibilis MAO-bénítók (nilamid-ok) hatékonynak bizonyultak a depresszió kezelésében, de számos mellékhatásuk – melyek közül reverzibilis is van - miatt nehezen voltak tolerálhatóak (anticholinerg hatás, „sajt reakció”). Napjainkban a szelektiven ható készítmények terjedtek el. Ezek mellékhatásoktól mentes, hatékony antidepresszánsok, tágabb hatásspektrummal rendelkeznek, és minimális az alkohollal való interakciójuk, valamint túladagolás esetén kicsi a latelitás veszélye.

Az antidepresszánsok alkalmazási területe nemcsak a bipoláris I-II-ben van, hanem unipoláris depressziókban is hatékony; jól beváltak dysthymiák, cyclothymiák kezelésében is. Széles hatásspektrumuk révén pánikbetegségben, generalizált szorongásban, szociális fóbia esetén, kényszerbetegségekben egyaránt használják. Jó eredmények érhetők el bulimia nervosában, skizoaffektiv pszichózis depresszív fázisában is a szelektív reuptake gátlókkal.

Tünetmentesség elérése után fenntartó kezelésként, sőt profilaktikusan is használja a pszichiátriai gyakorlat. Jól kiegészíthető hangulat stabilizátorokkal a maior depresszióban (lítium sók, karbamazepin, valproinsav, clonazepam).

A használatban lévő antidepresszánsok a hatásukhoz szükséges szerotonin és/vagy noradrenalis transzmisszió fokozását számos mechanizmus mentén érik el, ebből kettőt emelnék ki:

- a szerotonin és/vagy noradrenalin reuptake gátlást,
- MAO-bénítást.

Az antidepresszánsokat az alábbiak szerint csoportosíthatjuk

- **Tri- és tetraciklikus reuptake gátlók:** kellemetlen mellékhatásaik miatt kiszorulóban vannak (szájszárazság, akkomodációs zavar, álmosság, obstipáció, hypotonia, vizeletretenció, glaukómás roham provokáció), noha az antidepresszáns hatásban az új szelektív szerek nem múlták felül a csoport tagjait.
- **Amitriptilin**: erős szerotonin és gyengébb noradrenalin reuptake gátló, metabolitja a nortriptilin, szelektív noradrenalin gátló. Erős anticholinerg, antihisztamin, α_1 receptor bénító hatása van. Idősebbeknek, rossz szomatikus állapotban lévőknél alkalmazása kerülendő.
- **Clomipramin**: szerotoninerg szernek tekinthető, kevesebb mellékhatással rendelkezik.
- **Dibenzepin**): megközelítőleg egyformán gátolja a szerotonin- és noradrenalin reuptake-ját.
- **Imipramin:** NA- és szerotonin gátló, mellékhatásai jelentősek.
- **Maprotilin**: tetraciklikus vegyület – elsősorban NA-reuptake gátló.
- **Mianserin**: tetraciklikus vegyület, preszinaptikus α_2 gátló mechanizmusa révén növeli a NA-koncentrációt a szinaptikus résben. 5-HT_{1A}-ban antagonista hatással rendelkezik.

Szelektív szerotonin reuptake gátlók (SSRI)

Közel 10 éve vannak forgalomban, igen nagy szelektivitással gátolják a preszinaptikus idegsejtekből felszabaduló szerotonin visszavételét (5-HT), ezáltal a szinaptikus résekben növekszik az 5-HT koncentrációja.

Mellékhatásaik elhanyagolhatóak; enyhe szerotonin-specifikus mellékhatások jelentkezhetnek: émelygés, hányinger, gyomor-bélpanaszok, szexuális zavarok, melyek részben B_6 vitamin adásával enyhíthetőek. Interakció alkohollal nem jelentkezik. Hosszútávú kezelés során sincs hepato-cardiotoxikua hatása. Suicid kísérletek kapcsán a letális kimenetel csekély, szemben a triciklikus szerekkel. Biztonságosan alkalmazható idős- és ambuláns pácienseken. MAO-bénítókkal nem adható együtt. nagy előnyük az SSRI-nek, hogy napi dozírozásuk is kedvező, általában napi egyszeri bevétellel kedvező terápiás hatást érünk el.

A használatban lévő SSRI-szerek

- Floxetin: hosszú felezési idejű; 4-5 hét alatt ürül ki a szervezetből. Napi 20-80 mg elegendő.

- Fluvoxamin: idős betegek kiválóan tolerálják. Napi 100-300 mg körül van a terápiás adagja. Megemelheti a propranolol, a carbamazepin és a clozepin szérumszintjét. Propranololl val �eraction interakciója bradycardiát okoz.

- Paroxetin: 4-5 nap alatt ürül ki a szervezetből. Napi 20-80 mg elegendő szokott lenni a kívánt eredmény eléréséhez.

- Citalopram hasonlóan jó a hatásfoka, mint a hagyományos triciklikus szereknek – napi 20-40 mg dózisban.

- Sertralin: kevésbé okoz szexuális zavarokat, mint a többi SSRI szer. Terápiás dózisa: 50-150 mg.

MAO-bénító szerek

- Nem szelektív irreverzibilis MAO-A gátlók a 60-as évektől sokáig voltak forgalomban, de a szedésük során betartandó diéta megnehezítette szedésüket (sajt, vörösbor, máj fogyasztásának tilalma); ha a diétás előírást nem tartotta be a páciens, akkor veszélyes szövődményként hypertoniás krízis lépett fel.
- Nialamid: mellékhatása, illetve a dietikai előírások miatt kiszorult a gyakorlatból, noha terápia rezisztens depressziókban kedvező hatást lehetett vele elérni.
- RIMA-készítmények: reverzibilis szelektív MAO-A gátló szereknél dietikai megszorítások nincsenek. A táplálékkal az emésztőtraktusba bejutó tiramin a szert leszorítja a bélfalról, így a szabaddá váló MAO-A azonnal bontani kezdi a tiramint, minek következtében presszor-reakció nem lép fel.
- Moclobemid: diétázni nem kell, a mellékhatások ritkák és enyhébbek, mint a hagyományos antidepresszánsoké. Alkohollal elhanyagolható az interakciója, túladagolásnál sincs letális kimenetel. Idősek is jól tolerálják.
- Antidepresszáns váltáskor: moclobemidről SSRI, ill. reuptake gátlóra való áttéréskor 1 napot elég kihagyni, viszont fordított esetben a reuptake

gátló eliminációs idejét figyelembe kell venni. Terápiás dózis: 300-750 mg.

A gyakorló onkológusnak ismernie kell a *szerotonin szindrómát,* mivel a daganatos betegségek kezelése kapcsán (kemo-, radioterápia) egyes tünetek egybeeshetnek, hasonlíthatnak egymásra, vagy téves értékeléshez, vagy bagatellizáláshoz vezethetnek.

A szerotonin szindróma tünetei:

- hányinger-hányás, hasmenés,
- hidegrázás,
- tremor, hyperreflexia, megváltozott mozgásinkoordináció, proffúz verejtékezés, hipertermia, magasvérnyomás, zavartság

Tennivaló ilyen esetekben: a gyógyszer azonnali elhagyása, bő folyadékpótlás mellett szerotonin antagonista szer adása jön szóba (cyproheptidin 8-12 mg), vagy 25-50 mg chlórpromazin.

Újabb készítményekről bizonyosodott be az antidepresszáns hatás. A tianeptin pontosan ellenkező a hatásmechanizmusa, mint a SSRI szereknek: szelektíve a szerotonin reuptake-ját fokozva csökkenti a szerotonia forgalmat.

A hagyományos antidepresszívumok relatív ellenjavallata az idős egyénekre, a szív-májbetegekre vonatkozik. Glaukómás betegeknél szemésszel kell konzultálni. Prosztata hypertrophiában tri-tetraciklikus készítmény adása nem ajánlott a kialakuló vizeletretenció miatt – helyette SSRI vagy RIMA készítmény javasolt.

A daganatos betegek ellenőrzését végző onkológusnak érdemes depressziós pácienseiket pszichiátriai kivizsgálásra, ill. a gyógyszeresen beállított depressziósokat pszichiátriai kontrollra irányítani.

Ajánlott irodalom:

1 Alon, N. et ali: An approach to the treatment of PTSD. In: The handbook of psychotherapy. Eds. Clarkson, P., Pokorny, M. Routledge, London, New York, 1994
2 Alter, C. L. et alii: Identification of PTSD in cancer survivors. Psychosomatics, 37: 137-143, 1996
3 Bagdy E. et ali: Relaxációs módszerek. Budapest, Medicina, 1978, 1988
4 Ágoston G.: Depressziós betegek ellátása családorvosi szinten. Háziorvos Továbbképző Szemle, 4 (6): 399-402, 1999
5 Blake, D. D. et alii: PTSD and coping in veterans who are seeking medical treatment. J Clin Psychol, 48: 695-704, 1992
6 Cordova, M. J. et alii: Frequency and correlates of PTSD-like symptoms after treatment for breast cancer. J Consult Clin Psychol 63: 981-986, 1995
7 Fejéregyházi I. et alii: Szorongó, depressziós és pánikbetegek száma és aránya egy háziorvos betegforgalmában, Med. Universalis, XXIX 9-10: 347-352, 1996
8 Derogatis, L. R. et alii: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA, 249: 751-757, 1983
9 Fóris, N. et ali: A pánik szindróma kognitív viselkedésterápiája. Psychiatria Hungarica, 12, 3: 387-395, 1997.
10 Füredi J., Rózsa S. és mtsai: Pszichés zavarok felismerése az alapellátásban. LAM 12, 4:240-246, 2002
11 Hoehn-Saric, R.: Psychic and somatic anxiety: worries, somatic symptoms and physiological changes. Acta Psych Scand (suppl 393) 98: 32.38, 1998
12 Jacobsen, P. B. et alii: Posttraumatic stress disorder symptoms after BMT for breast cancer. Psychosomatic Med, 60: 366-371, 1998
13 Janka Z.: Az időskori depresszió. Háziorvos Továbbképző Szemle, 1 (2): 86-88, 1996
14 Kaszab Z.: Hipnoterápia alkalmazási lehetőségei malignus betegségben szenvedő gyermekek szupportív terápiájában. Psychiat Hung 2: 293-298, 1987
15 Kurimay T.: Depresszió, szorongás, pánik: a pszichoterápia helye és lehetőségei a kezelésben és a háziorvosi gyakorlatban. Háziorvosi Szemmel, 4 (4): 42-49, 1997
16 Massie, M. J.: Anxiety, panic, phobias. In: Psycho-oncology. Ed. J. C. Holland, New York: Oxford Univ Press, 1998
17 Mórotz K.: A szorongás viselkedéselmélete, és kezelésének lehetőségei. Psychiat Hung 7: 23-41, 1992
18 Németh A. (szerk.) Kényszerbetegség. Budapest, Cserépfalvi-Psychoeducatio, 1994
19 Passik, S. D. et ali: Posttraumatic Stress Disorder. In: Psycho-oncology. Ed. Holland, J. C. New York: Oxford Univ Press, 1998
20 Perry, B. eta ali: PTSD in children and adolescents. Cuur Opin in Pediatr 11: 310-316, 1999
21 Pikó B.: A stressz szociológiája: Változás és stresszmenedzsment az egészségügyben. Lege Artis Medicinae 3: 286-289, 1995
22 Riskó Á. et alii: Influence of the pathological psychological state of cancer patients on their decisions. Support Care Canc 4: 51-55, 1996
23 Riskó Á.: Túlélők traumatikus élményeinek felelevenedése onkológiai kezelésük folyamán. A holocaust, mint metafora. In: A társadalmi traumatizáció hatásai és pszichoterápiájának tapasztalatai. Konferencia, Animula, Budapest, 1998
24 Szádóczky E.: Depresszió és öngyilkosság. Praxis, 9:77-82, 2001
25 Tringer L.: Viselkedésterápia – kognitív pszichoterápia. Psychiat Hung 8: 141-150, 1993

10. A pszichoszociális rehabilitáció

A pszichológiai intervenciók (egyéni és csoportos) alkalmazása a pszichoszociális támogatás érdekében lassan kezdődött el fejlődni az onkológiai betegek komplex ellátásában az 1950-es évektől kezdve. Sokat segített a kutatómunka kialakulása és fejlődése ezen a területen, hiszen a valós adatok segítségével egyre jobban meg lehetett tervezni a humánus és hatékony, ráadásul költségcsökkentő pszichoszociális intervenciókat az onkológiai betegek lelki tüneteinek, különösen érzelmi terheinek csökkentése érdekében. Nem könnyű azonosítani azokat a betegeket, akik a mentálhigiénés szakemberek segítségét igénylik, de nemzetközi adatok is megerősítik a hazai kutatási eredményeket: a betegek és hozzátartozóik legkevesebb 25 %-nak van szüksége szakszerű pszichológiai támogatásra.

Az alkalmazandó pszichoszociális intervenciónak rugalmasan alkalmazkodnia kell a beteghez, ill. hozzátartozóihoz, a beteg testi állapotához, betegségének stádiumához, az onkológiai kezelés sajátosságaihoz, amelyben éppen részesül.

Az onkopszichológiai beavatkozást megvalósító szakembernek rendelkeznie kell megfelelő képzettséggel (klinikai szakpszichológus/pszichiáter szakvizsga, és/vagy pszichoterapeuta szakvizsga), ismernie kell az onkológiai betegségeket, az adott beteg prognózisát, onkológiai kezelésének sajátosságait, és tisztában kell lennie saját felelősségével az önmagát gyakran életveszélyben érző személy iránt. Saját tapasztalataink alapján hozzátehetjük, hogy a daganatos betegekkel és hozzátartozóikkal folytatott pszichoterápia sajátos kihívás és humánus szempontból nagymértékben jutalmazó jellegű.

10.1 Daganatosi betegek pszichodiagnosztikai szűrésének sajátosságai

Riskó Ágnes

Mint már kifejtettük, a daganatos betegek is sokfélék, mint az emberek általában, és bár mindannyiukat érinti a diagnózis közlése, és az onkoterápia összetett hatássorozata, emiatt még sincs mindenkinek szüksége speciális pszichológiai, vagy pszichiátriai segítségadásra. De azoknak, akiknek erre szükségük van (az összes daganatos beteg 25-50 %-a), akkor kedvezünk a leginkább, ha minél korábban felismerjük pszichoszociális nehézségeiket, tüneteiket, és minél hatékonyabban adjuk a személyre szóló segítséget. Mivel a betegek egyre nagyobb számban keresik fel a szakrendelőket, a speciális osztályokat, illetve az ambulanciákat, nem könnyű feladat felismerni, hogy pontosan mikor, kiknek van szükségük speciális pszichoszociális intervenciókra. A segítségre szorulók azonosításában a kellő időben, és megfelelő módon alkalmazott pszichodiagnosztikai szűrések segíthetnek. Már itt megjegyezzük, hogy a betegség bizonyosságának köz-

lése és a beavatkozások/kezelések megértése és elfogadása a betegek hozzátartozóit és az onkológiai szakembereket is érinti, nemcsak értelmi, hanem érzelmi szinten is.

Szemléletünket röviden az jellemzi, hogy valamennyien egy hajóban vagyunk, együttműködünk, és egy irányba tartunk. A holisztikus szemléletet a multidiszciplináris team (a kezelők, a beteg és a hozzátartozók) együttműködése valósíthatja meg.

Az onkopszichológiai kivizsgálás fő céljai

Hazánkban még nem alakult ki az onkológiai betegek és a túlélők pszichodiagnosztikai vizsgálatának általánosan elfogadott indikációs köre és technikai lebonyolításának protokollja. Reményeink szerint ki fog alakulni a tartós együttműködés a hazai szakemberek között, és a nemzetközi kooperáció erősödésén is folyamatosan dolgozunk. Saját tapasztalataink alapján a fő célok a következők:

- a pszichológiai okok miatt heveny érzelmi válságban lévő személyek minél koraibb felismerése,
- a premorbid időszak történései miatt potenciálisan veszélyeztetettek kiszűrése (pszichiátriai betegség és/vagy kezelés az anamnézisben, súlyos szeparációs szorongás a korábbiakban, más daganatos betegség a kórelőzményben, közeli személy daganatos betegsége, és/vagy haláleset a családban, társadalmi izoláltság, alacsony iskolázottság, stb.),
- az alkalmazkodóképességet különösen igénybevevő beavatkozások, kezelések (pl. kifejezetten agresszív kemoterápiás kezelés, csontvelőtranszplantáció) előtti tájékozódás a pszichoszociális kockázati tényezőket illetően.

Négyüléses klinikai pszichológiai kivizsgálás

Az Onkológiai Intézetben kidolgoztuk a *négy üléses klinikai pszichológiai kivizsgálást*. Ez a következőkből áll:

1. *Első interjú*: a daganatos betegekre kidolgozott első interjúban a klinikai pszichológus, alkalmazkodva az általában érzelmi krízishelyzetben és sokszor rossz testi állapotban lévő betegek sajátos lelkiállapotához, elkezdi megismerni a vizsgált személy élettörténetének fontosabb állomásait, családi körülményeit, esetleges korábbi lelki panaszait, tüneteit, korábbi testi betegségeit, azok kezelési sajátosságait, a diagnózisközlés körülményeit, módját, valamint a beteg aktuális pszichés és szociális körülményeit.
2. **A** *személyiségvizsgáló tesztekkel* (Rorschach, Szondi, MMPI) - megfelelő pszichiátriai gyakorlat birtokában - rögzítjük az adott személy aktuális érzelmi állapotát, személyiségének erejét, realitás vizsgálatának szin-

vonalát, lelki védekező mechanizmusait, alkalmazkodóképességének és értelmi működésének sajátosságait.

3. A *MAWI intelligencia tesztet* először az onkológiai kezelések előtt, másodszor azok befejezése után kb. 2 évvel végezzük el a vizsgált betegekkel. A fő cél az, hogy a kezelések előtti és utáni MAWI eredményeket egymással összehasonlítsuk, s megfigyeljük a kemo- és sugárterápia esetleges hatásait az adott beteg verbális (beszédben megnyilatkozó) és perfomációs (cselekvéses) intelligenciaszintjére, esetleges dementálódási folyamatára.
4. A vizsgálatokat *lezáró megbeszélés* - a szakember és a vizsgált személy között - lehetőséget ad a betegeknek arra, hogy személyükre szabottan, önmagukról minél több pozitív "forrást" megtudva, megerősödjenek megküzdő képességükben, realitás vizsgálatukban. A beteg által kimondott panaszok alapján együttesen megfontolják a pszichológiai segítségadás azonnali, vagy későbbi igénybevételének szükségességét. Tapasztalati tény, hogy a daganatos betegek nem lelkibetegek, de a daganatos betegség jelenlegi onkológiai kezelése minden érintettet - többé-kevésbé - lelkileg és társadalmilag egyaránt megvisel. Ismert, hogy az Én-erő (azaz a személyiség) megfelelő mozgósításának és a megváltozott élethelyzethez való sikeres alkalmazkodásnak jelentősége van a beteg gyógyulási kilátásai és együttműködési képességei szempontjából egyaránt. Már ez a megbeszélés is segítheti a betegeket a kivizsgálás-diagnózisközlés-első kezelések periódusának érzelmi feldolgozásában, ezáltal optimálisabb kontrollálásában, az általában gátlás alá kerülő kommunikációs képességek normalizálásában, a kedvezőbb alkalmazkodásban, a szükséges döntések (pl. a kezelés elfogadása) felelősségteljes meghozatalában. Ismételten hangsúlyozzuk, hogy bár az onkológiai betegségfolyamat fokozott pszichoszociális terheléssel jár, de a daganatos betegek nem lelkibetegek, hacsak már a betegség kialakulása előtt nem váltak azzá.

Az 1991 óta gyűjtött tapasztalataink szerint a kemoterápiás kezelést igénylő betegek kb. 50 %-nak szüksége van a betegséggel kapcsolatos pszichoszociális panaszai miatt pszichológiai/pszichiátriai segítségre. A kezelt betegek negyedének segít a lelki támogatás, a pszichológiai tanácsadás, míg a másik 25 %-nak -lelki tüneteik alapján- szakszerű egyéni pszichoterápiára van szükségük, esetleg pszichofarmakonok adásával együtt. Az a napi tapasztalatunk, hogy a speciális pszichoterápiás kezelést és/vagy pszichiátriai gyógyszeres kezelést igénylőket az onkológusok ebből a szempontból nem képesek megfelelően ellátni, de a mentálhigiénés szakemberek hiányában mégis gyakran kénytelenek erre is vállalkozni.

Amennyiben megfelelő képzettségű és számú szakember fog majd dolgozni az onkológiai osztályokon, képesek leszünk figyelembe venni e téren több tapasztalattal rendelkező országok onkopszichológiai kutatóinak javaslatát: az európai országokban hasonló szempontok alapján, hasonló adatokat gyűjtsünk ösz-

sze a megfelelő kérdőívek, tesztek alkalmazásával, hogy az elemzés után még alaposabb következtetéseket tudjunk levonni betegeink pszichoszociális segítségadásának megszervezésében és megvalósításában.

A sürgős pszichológiai/pszichiátriai kivizsgálás indokai

Erre a kérdésre akkor tudunk választ adni, ha megismerjük az onkoterápiák főbb pszichoszociális vonatkozásait és a beavatkozások indikációit.

Az onkológiai kezelések gyakran lelki problémákat/tüneteket okozó mellékhatásai

- hajhullás, megkopaszodás, szőrzet elvesztése
- csillapíthatatlan hányinger, hányás
- anorexia
- krónikus gyengeség, fáradékonyság
- fokozott vegetatív tünetek (pl. zsibbadás, hasmenés)
- csökkent libidó (félelem a sterilitástól, a reprodukciós képesség esetleges elvesztésének gyásza, frigiditás, ejakulációs zavar, stb.)
- testkép torzulása, a test korai öregedése
- testi funkciók megváltozása

Pszichológiai/pszichiátriai konzultáció ajánlott a következő esetekben

- önerőből feldolgozhatatlan halálfélelem
- öngyilkossági krízis, illetve mások fenyegetése
- megváltozott, vagy szokatlan magatartás (pl. ok nélküli düh, nagymértékű visszahúzódás, hipománia, kibontakozó delírium)
- a szükséges kezelés visszautasítása, illetve komoly együttműködési nehézségek
- Aakalmazkodási képtelenség az elhúzódó kezelésekhez
- fokozott szorongásos tünetek
- depressziós tünetek, melyek nem befolyásolhatóak a szokásos kezelésekkel
- érzelmileg elfogadhatatlan testkép-zavar
- hosszantartó szexuális problémák/tünetek
- premorbid pszichiátriai betegség (főként gyenge én-erő, szenvedélybetegség)
- csillapíthatatlan fájdalom
- komoly zavar az emberi kapcsolatokban
- fokozott félelem a visszaeséstől (Damoklész kardja szindróma)
- kifejezett kommunikációs zavar
- átmeneti, ingadozó, csökkent realitás vizsgálat

- gondolkodási zavar, intellektuális gátlás
- kínzó, krónikus alvászavar.

Az onkológiai betegek pszichodiagnosztikai vizsgálatával nyert tapasztalataink alapján táblázatokban foglaljuk össze a vizsgált személyek lelki megbetegedését elősegítő tényezőket, a leggyakoribb pszichés problémákat, kiegészítve a hozzátartozókkal kapcsolatos ismereteinkkel.

A daganatos betegek lelki megbetegedését elősegítő tényezők

- premorbid pszichológiai tünet, pszichiátriai betegség,
- súlyos, előrehaladott daganatos betegség, kontrollálhatatlan fájdalom,
- aktív kezelés lehetetlensége,
- gyors állapotromlás, visszaesés, áttétképződés, második daganatos betegség kialakulása,
- súlyos családi problémák, fizikai és érzelmi támogatás hiányosságai, izoláltság,
- kulturális-, társadalmi-, és anyagi viszonyok megoldatlan nehézségei.

A daganatos betegek gyakori lelki problémái

A daganatos betegség megállapítása és terápiája minden betegből lelki reakciókat is kivált. Amennyiben e lelki tünetek 4-6 hét után is fennmaradnak, klinikai szakpszichológus/pszichiáter közreműködését indokolt kérni.

A betegség lefolyásának szakaszai, lehetséges pszichológiai tünetek:[14]

Szűrés, monitorizálás	stressznövekedés, szorongás, depresszió, tagadás
Kivizsgálás, diagnózisközlés	bizonytalanság, érzelmi krízis, düh, tagadás, deperszonalizáció, bűntudat, intellektuális gátlás, halálfélelem, kommunikációs nehézségek
Műtét és/vagy kezelés	alkalmazkodási nehézségek, testkép-zavar, negatív önértékelés, befelé fordulás, depresszió, szorongás, szexuális problémák, halálfélelem
Tartós tünetmentesség	alkalmazkodási nehézségek, kondicionálódott mellékhatások, krónikus fáradtság, PTSD, szenvedélybetegség, Damoklész kardja szindróma
Visszaesés	érzelmi krízis, düh, szorongás, depresszió, halálfélelem
Palliatív gondozás	szorongás, depresszió, halálfélelem
Terminális állapot	halál elutasítása, düh, alkudozás, depresszió, belenyugvás

A hozzátartozók lelki túlterhelésének fő okai

- félelem a betegségtől
- fokozódó azonosulás a beteggel, bűntudat, szeparációs szorongás, anticipált gyász
- a beteg családtag támogatásának és gondozásának folyamatos felelőssége, érzelmi súlya, kipihenhetetlen terhei, anyagi gondok, elhúzódó családi krízis

[14] A felsorolt pszichológiai tünetek az adott szakaszban a legjellemzőbbek, de bármely más stádiumban is előfordulhatnak.

A hozzátartozók pszichoszociális segítésének fő lépései:

- a család súlyos lelki túlterhelődésének, izolálódásának megelőzése, a gyakori bűntudat enyhítése
- a család informáltságának, tudásának növelése a szükséges onkológiai tudnivalók területén
- a családi kohézió erősítése a folyamatos, hiteles kommunikáció, a jobb problémamegoldás érdekében
- pszichoszociális distressz enyhítése (pl. alvászavar, depresszív tünetek, pszichoszomatikus panaszok, emberi kapcsolatok zavara)
- a lelkileg legveszélyeztetettebb családtagok (gyermekek, serdülők) preventív pszichológiai gondozásának javaslata, megszervezésének segítése.

Összefoglalásként hangsúlyozzuk, hogy ma már ismert és bizonyított, hogy az onkológiai betegség közlése, kezelése és ellenőrzése kedvezőtlen pszichoszociális következményekkel is jár. A betegségfolyamat során a betegek, a hozzátartozók és a szakemberek érzelmileg - főként nem verbális úton - állandóan hatnak egymásra is, így a pszichoszociális monitorozás és segítségadás minden résztvevőre ki kell, hogy terjedjen. A pszichológiai és a szociális problémákat és tüneteket a betegek/hozzátartozóik egy része önerőből leküzdi, de a betegek körülbelül felének, és a hozzátartozók nagy hányadának bizonyítottan szüksége van a szakemberek által javasolt, - de általa választott időpontban - mentálhigiénés kivizsgálásra és segítségadásra. A pszichodiagnosztikai szűrés és a gondos pszichoszociális anamnézis alapján a lehető legkorábban humánus és célszerű megtalálnunk, és együttműködésre motiválnunk az érintett betegeket és családtagjaikat. Sajnos, az onkológia területén dolgozó szakemberek lelki kiégésének hatékony megelőzése és objektív vizsgálata még várat magára, de az biztos, hogy onkopszichológiai edukációra, egyéni pszichológiai képzésre, szakmai konzultációkra (esetmegbeszélésekre) és szupervízióra nagy szükségünk lenne.

Ajánlott irodalom:

1 Akechi, T. et alii: Predictors of patients' mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. Br J Canc 77, 129: 2381-2385

2 Blanchard, C. G. eta alii: The crisis of cancer: psychological impact on family caregivers. Oncology, 11, 2: 1-14, 1997

3 Curbow, B. et alii: Self-concept and cancer in adults: theoretical and methodological issues. Social Sci Med 31: 115-128, 1990

4 DiPlacido, J. et alii: Psychosocial Issues in Cancer Screening. In: Psycho-oncology. Ed. Holland, J. C., New York: Oxford Univ Press, 1998

5 Fawzy, F. I. et alii: A structured psychiatric intervention for cancer patients: 1. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. Arch Gen Psych. 47: 720-725, 1990

6 Fawzy, F. I. et alii: A structured psychiatric intervention for cancer patients: 2. Changes over time in immunological measures. Arch Gen Psych 47: 729-735, 1990
7 Fawzy, F. I.: Psychosocial interventions for patients with cancer: what works and what doesn't. Eur J Canc 35, 11: 1559-1564, 1999
8 Fertig, D.L. et ali: Psychological responses to tumor markers. In: Psycho-oncology. Ed.: Holland, J. C., New York: Oxford Univ Press, 1998
9 Flaskay G.: Pszichoanalitikusan orientált terápiák. In: A pszichoterápia tankönyve. Szerk.: Szőnyi G., Füredi J. Medicina, Budapest, 2000
10 Geyer, SD.: Psychological factors in the development and course of malignant diseases. Cancer Journal, 10, 5: 238-243, 1997
11 Gulbinat, W. et alii: Cancer incidence of schizophrenic patients. Br J Psych 161 (suppl 18): 75-85, 1992
12 Harrison, J. et ali: Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. Br J Psych 165: 593-598, 1994
13 Lederberg, M. S.: The family of the cancer patient. In: Psycho-oncology. Ed: Holland, J, C. New York: Oxford Univ Press, 1998
14 Lévy L.: Mire figyeljünk a szívbeteg anamnézisében? In: Lélekelemzési tanulmányok. Dolgozatok a pszichoanalízis főbb kérdéseiről. Szerk.: Lenkei J., Párbeszéd Kiadó, T-Twins Kiadó, Budapest, 1993
15 Liang, L. P. et alii: Identifying priorities of psychosocial need in cancer patients. Br J Canc 62: 1000-1003, 1990
16 Linn, M. W. et alii: Effects of counselling for late stage cancer patients. Cancer, 49: 1048-1055, 1982
17 Noyes, R. etbalii: Distress associated eith cancer as measured by the Illness Distress Scale. Psychosomatics, 31: 321-330, 1990
18 Price, M. A. et alii: The role of psychosocial factors in the development of breast carcinoma. Part I. and II. Cancer, 91, 4: 679-685, 91, 4: 686-696, 2001
19 Riskó Á.: A test, a lélek és a daganat. Bevezetés az onkopszichológiába. Animula, Budapest, 1999
20 Riskó Á.: Pszichés támogatás. In: Tabularium oncologiae. Szerk.: Eckhardt S., Melania Kiadó, Budapest, 2002
21 Sobel, H. J. et ali: The MMPI as a predictor of psychosocial adaptation to cancer. J Consulting Clin Psychol 47: 716-724, 1979
22 Spiegel, D. et alii: Effect of psychosocial treatment in survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet, 2: 888-891, 1989
23 Zabora, J. R.: Screening Procedures for Psychosocial Distress. In: Psycho-oncology. Ed.: Holland, J. C. New York: Oxford Univ Press, 1998
24 Weddington, W. W. et alii: Current and lifetime incidence of psychiatric disorders among a group ao extremity sarcoma survivors. J Psychosomatic Research, 30: 121-125, 1986
25 Worden, J. W. et alii: Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients. Gen Hosp Psych 6: 243-249, 1984

10.2 Pszichoedukáció

Tari Annamária

A daganatos betegségben szenvedők a diagnózis megtudásával egy időben új életszakaszt kezdenek, melyben életkörülményeik, addigi szokásaik, magatartásuk módosulhat, és számos új feladattal, kihívással kell megküzdeniük. A folyamat, amíg a gyógyulás teljes fázisát elérik, sokszor évekig tart. Erre pszichológiai szempontból sok esetben felkészületlenek, és ismeretlen folyamatként élik át a velük történteket.

A pszichoedukáció olyan lehetséges modellt kínál, amelyben a páciens és kezelői olyan konstruktív kapcsolatban állnak egymással, amelyben a szükséges információ-mennyiség megfelelő kommunikációs formában áramlik, és a résztvevők valódi, partneri viszonyt létesíthetnek egymással.

A partneri viszony célja, hogy a beteg minél több ismeretet szerezzen betegségéről, beavatkozási, és kezelési lehetőségeiről, valamint saját aktivitásának formáiról. Valójában páciens-oktatásról van szó, mely minden oldalról a résztvevők aktív közreműködésre épül. Ezt a kapcsolatot jól szemlélteti *Franklin Benjámin* gondolata:

„Mondod nekem, elfelejtem.
Tanítasz engem, emlékezem.
Bevonsz engem, megtanulom.”

A páciens és kezelője közötti lelki kapcsolat

Mint ismeretes, a beteg számára daganatos betegségének első komoly pszichés traumája maga a diagnózisközlés. A tapasztalatok szerint a rosszindulatú daganatos betegségben szenvedők kórisméjüket meghallva sajátos lelkiállapotba kerülnek: ugyan hallják, amit mondanak nekik, de egy sajátos, védekező lelki gátlás miatt nem értik meg a mondatokat, és az emlékezés folyamata is torzul: a későbbiekben nehézzé válik az elhangzottak felidézése. Az orvos azzal szembesül, hogy a beteg ismét megkérdezi a már korábban feltett kérdéseket, vagy azt kéri, hogy mondja el újra azokat a tényeket, amelyeket korábban már ismertetett. Ez a gyakori szituáció érthetővé válik, ha átgondoljuk a pszichés trauma azonnali hatását, az elementáris szorongást, ami azonnali gátlást okoz, mintegy megdermedési reakciót vált ki a páciensből. A lelki regresszió következtében a beteg kiszolgáltatott és rémült állapotba kerül, hirtelen a legegyszerűbb dolgok is érthetetlenné válnak számára, szinte képtelen felelősen cselekedni, vagy bármit is mondani, azaz a helyzetet tudatosan átélni és értékelni.

Ez a tudattalan lélektani „szereposztás” egészen addig tart, amíg a beteg állapota lehetővé nem teszi, hogy az otthonába távozzon. Ekkor új fejezet indul a kapcsolati rendszerben, hiszen a betegnek az aktív, saját magáért felelősséget

vállaló, az utasításokat otthoni környezetben is betartó, felnőtt pozíciót kell elfoglalnia.

A nehézséget az okozza, hogy a diagnózis megállapítása, a hosszantartó kórházi tartózkodás, és/vagy a súlyos kezelések, és a halálos fenyegetettség által fenntartott regresszió nem minden esetben enyhül meg azonnal. Ez hospitalizációs tünetekben, bizonytalanságérzésben mutatkozhat meg. Lehet, hogy a beteg nem fogalmazza meg magában, és nem is beszél róla, de nem tudja, hogy otthonában biztonságban lesz e, és minden szükséges körülményt meg tudnak e szervezni.

Ebben a lélektani szituációban a beteg számára az orvos olyan mindenható figurává válik, akinek ismeretei, és személye a garancia a gyógyulásra, másrészt, aki az alkalmazható tudás és a szükséges beavatkozások abszolút birtokosa. Ez a tudattalan fantáziakép az orvost és a kezelőszemélyzet tagjait aktív szereplővé teszi, míg a beteg kiszolgáltatottságánál és tudatlanságánál fogva is a passzív pozíciót foglalja el.

Jól példázza ezt a lélektani pozíciót annak a betegnek az esete, aki akkor, amikor már sétálhatott volna a folyosón orvosai utasítására, nem tette, mert úgy érezte, hogy nem képes erőfeszítésekre, sőt kicsit haragudott is, amiért nem fekhet egész nap az ágyában.

A passzív, dependens beteg speciális lélektani helyzete

Azt mondhatjuk tehát, hogy a beteg által tudattalanul kialakított lélektani pozíció dependens, inkább infantilis, mint felnőtt, és teljes felelősség-átruházással jár. A daganatos betegségek kezdeti szakaszában a kivizsgálás, a kezelés és az ellátás teljes felelőssége az orvoson és a személyzeten múlik. A beteg felelőssége látszólag kisebb, hiszen nem kell önállóan tennie semmit, mégis peregnek az események körülötte: adagolják a gyógyszerét, bekötik az infúzióját, áthúzzák az ágyát, behozzák az ebédét, stb. A személyzet kezdeti tudattalan elvárása mindezzel nagymértékben egybecseng, mert a “jó beteg szót fogad, minden utasítást betart, teljesen engedelmeskedik az elvárásoknak”.
Ez a “lélektani szereposztás” egészen addig tart, amíg a beteg állapota lehetővé nem nem teszi, hogy haza távozzon. Ebben az esetben új fejezet indul a kapcsolati rendszerben, a betegnek az aktív, saját magáért felelősséget vállaló, az utasításokat otthoni környezetben is betartó, felnőtt pozíciót kell elfoglalnia.

A nehézséget az okozza, hogy a hosszantartó kórházi tartózkodás, vagy a súlyos kezelések és a halálos fenyegetettség által kialakult regresszió sokszor nem enyhül azonnal. A beteg - noha lehet, hogy nem fogalmazza meg - bizonytalan abban, hogy otthonában is minden rendben lesz-e, megfelelő biztonságban tudhatja-e magát. Sokszor kimondják a betegek a pszichoterápiás üléseken, hogy nagyon rossz bent lenni az osztályon, de bármi történjen is, azonnal lehet szólni a nővérnek, az orvosnak, és nagy baj nem történhet, mert közvetlen közelben ott a segítség.

Ezzel szemben a vágyott otthoni környezet ezt a biztonságot nem nyújtja, különösen kis településen élő betegeknél objektív nehézség, hogy pl. a mentő lehet, hogy csak órák múlva jön, és orvos is csak a másik faluban van.

Ez a lélektani helyzet a "passzív, dependens beteg" pozíció fenntartásának kedvez addig, míg a hazabocsátás traumája fel nem oldódik.

Ilyenkor sokszor érzékelhető a betegeknél a fokozott figyelmi készenlét, egyfajta állandósult belső monitorozás, amivel testüket figyelik, kutatják, hogy nem éreznek-e valami furcsát.

Az aktív, felelősséget vállaló beteg

Ha sikeres volt a lélektani pozíció-váltás, akkor az orvos és a beteg között új kapcsolati szakasz kezdődhet. Ebben a formában az orvos felelős, felnőtt emberként fordul a beteg felé, akitől elvárja az utasítások betartását, a figyelmet és a lényeges információk közlését. Ez utóbbi azt jelenti, hogy megbeszélheti vele kezelése újabb szakaszait, vagy formáját, javaslatokat tehet, azaz konzultatív stílusú beszélgetést folytathat vele. Ebben a kommunikációs helyzetben lélektani szempontból azt mondhatjuk, hogy két felelős ember tárgyal egy fontos problémáról, melynek folyamán mindegyikőjüknek lehetnek érvei és ellenérvei, de meggyőzéses alapon működő tárgyalást folytatnak.

A beteg számára ez a szakasz ugyanúgy biztonságot nyújtó, és orvosa továbbra is a legfontosabb személy számára a betegsége vonatkozásában. Ami a tőle elvártakat illeti, abban már aktívnak kell lennie, hiszen otthoni gyógyszerszedését, gyógytornáját, vagy étkezési utasításait immár saját felelősségére kell betartania.

A partner alapú, felnőtt – felnőtt kapcsolatban a beteg tisztában van azzal, hogy saját, otthoni helyzetét ő irányítja, tehát a gyógyszerszedés módosítása, vagy egyéni utasítások be nem tartása akár a saját életével kapcsolatos döntés. Általában ennek a viselkedésnek a kialakítása nehézkes, mert a betegek sokszor nem mondják el, ha manipulálnak a gyógyszerekkel, vagy olyasmit csináltak, amit nem szabad (pl. alacsony fehérvérsejt szám esetén nyilvános szórakozóhelyre mentek, alkoholt fogyasztottak, stb.). Ez felidézi a korai szülő – gyerek kapcsolatot, amelyben a nagy hatalmú felnőttnek jobb nem elmondani egyes dolgokat, mert valamilyen büntetés, vagy korlátozás követi az őszinteséget.

Fiatal betegeknél tapasztalható, hogy miután kiszabadulnak az osztályról, ugyanazt az életet próbálják élni, mint a betegség előtt, és ha tehetik, inkább eltitkolják az orvos előtt, mint magánügyet.

A realitás tudomásul vétele azonban elengedhetetlen a betegek számára, ehhez azonban sokszor hosszú időnek kell eltelnie, párhuzamosan a daganatos betegség okozta regresszív mechanizmusok háttérbe szorulásával.

A kontroll időpontok ritkulása pszichológiai értelemben azt jelenti, hogy a betegnek saját életét kialakítva, meg kell próbálni visszailleszkedni a régi keretek közé. Abban az esetben, ha krónikus tünetei vannak, vagy tartós testi változást szenvedett el, rehabilitációra szorul. Akár pszichológiai, akár szociális szempontból vizsgáljuk a helyzetet, mindenképpen szükséges, hogy az orvossal,

a pszichológussal, a gyógytornásszal, stb. kialakított partneri viszonyban azokat a szükséges ismereteket megkapnia, amelyek élete folytatásához, megfelelő életminőségének biztosításához szükségesek.

Az új életminőség elfogadásához és optimális megéléséhez a kellő menynyiségű információ is szükséges.

Pszichoedukációs formák

A "pszichoedukációs programok" elõször a pszichiátriai betegek rehabilitációjában kerültek kidolgozásra és a tapasztalatok alapjánrendkívül hatékony módszernek bizonyulnak. A betegséggel való együttélés gyakran olyan képességek kifejlesztését teszi szükségessé, amelyek a krónikus megbetegedésnek a pszichoszocialis képességek károsodására való hatását ellensúlyozák

A pszichoedukáció általában azokat az oktatáson, információ-nyújtáson alapuló módszereket jelenti, amelyek során az adott betegségre vonatkozó zavarok természetét megismertetjük a beteggel, illetve a hozzátartozókkal. Az ismeretek befogadása nyomán a beteg, illetve hozzátartozója motiváltsága megváltozik, jobb lesz az együttműködés, mert sokkal jobb kapcsolatba kerülnek a betegségükkel és a kezeléssel is. Különféle módszerek szolgálhatják ezt az oktatást, attól függően, milyen betegségben szenved az érintett személy. Anorexia nervosa, illetve bulimia nervosa esetén a diétázási tanácsadás, a szociális készségek vagy a relaxáció tanítása képezheti az edukáció bázisát. Az információkat nyújtó programokban számukra a következő témákat szokták általában az előtérbe helyezni: a nőkre nehezedő kulturális nyomás, az evészavar hátterében álló biológiai folyamatok, a „tiltott" ételek bevezetése, az étkezés tervezése, a falás-hányás megszakítását célzó eljárások. Az alkalmazott pszichoedukáció kiegészítheti a pszichoterápiákat, de az enyhébb formákban önmagában is megállja a helyét. Általában a segítségnyújtás első lépcsőfoka szokott lenni, ambuláns csoportfoglalkozások formájában. Az onkológia területén természetesen a beteg és az orvosa, a pszichológusa, stb, között kialakuló *egyéni edukációs forma* a leggyakoribb. Van már hazai tapasztalat a *csoportos formával* is: a betegek és/vagy hozzátartozók számára a kezelőkkel olyan csoportos találkozások hozhatók létre, melyek intenzív csoportfolyamat keretében működnek.

A csoport működése során egyrészt didaktikus ismeretátadást lehet megvalósítani, előre megválasztott, vagy közösen kiválasztott témák előadásával és megbeszélésével, másrészt csoportos szabad interakciós beszélgetéssel a témák kapcsán előkerült érzésekkel, fantáziákkal is lehet dolgozni.

A betegek számára a csoport egyfajta sorstársi közösséget is ad, csökkenti a szeparációs érzést, és lehetővé teszi, hogy olyan gondolatokat is kimondjon, amit hozzátartozójának soha nem mondana el. Általános tapasztalat, hogy a betegek nagyrésze arról, hogy ténylegesen mit él át egy-egy kezelés során, milyen módon küzd a halálfélelemmel, vagy hogyan viselte a fájdalmakat, és milyenek voltak azok, gyakran nem beszél őszintén a családtagjainak. Ennek indokaként általában azt szokták elmondani, hogy nem akarják megijeszteni a hozzátartozókat, akik amúgy sem értenék talán meg, hogy miről beszél, mert azt csak az

érti, aki maga is átélt ugyanolyan helyzeteket, mint beteg. Ez általában találkozik a családtagok tudattalan és tudatos vágyával: szeretnék már gyógyultan látni a beteget, és elfelejteni mindazt, ami történt. Az átéltek viszont, mint letokolt lelki tartalmak ott vannak a betegek emlékezetében, és sokszor nem nyernek feloldódást.

A csoportos pszichoedukációs forma lehetővé teheti azon kérdések kimondását is, amelyekkel a beteg régóta egyedül küzd.

Hasonlóan fontos, hogy egymás között információkat tudjanak cserélni tüneteikről, azok változásáról, és az életük minőségének megváltozásáról. Fel kell készülniük erre a minőségi változára és az új életfeltételek kialakítását kell megtervezniük.

Szakirodalmi adatok támasztják alá, hogy a BMT-n átesett páciensek nagy százaléka szenved tartós depresszióban, amely magánéletük (kapcsolat kialakítás, szexuális élet), és az intézményi karrierjük (munkavállalás, tanulás) tekintetében teljes inaktivitást eredményez. Életformájuk otthoni környezetükben is gyakran olyan marad, mintha a steril boxban lennének, szinte teljes izolációban. A fokozódó depresszió ellen nincsenek felvértezve, csak azt élik át, hogy az életük beszűkült arra a szobára, amelyben laknak. Csontvelőtranszplantáció esetében a gyakori depresszió megelőzésében rendkívül nagy jelentősége van az orvos-beteg kapcsolatnak. Pedig éppen a pszichoedukáció keretében készíthetjük fel a beteget arra, hogy korán észrevegye depressziójának jelentkezését, és kérje segítségünket.

A pszichoedukáció folyamata tehát a pszichoszociális és a szomatikus rehabilitáció folyamatát egyaránt segítheti az érintettek közötti kétirányú, interaktív kommunikáció biztosításával. Ennek során az orvos, pszichológus, nővér, gyógytornász, stb. meghallgat, tanácsot ad, tanít, bemutat, gyakoroltat, ellenőriz, értékel, megbeszél, elfogad, felhasznál, stb. A beteg kezeli, ellenőrzi önmagát, megvitatja, javasolja, megosztja tapasztalatait, azaz felelősen rendelkezik önmagával.

Ajánlott irodalom:

1 Berta Gy. és mtsai: Az asztmás betegek oktatásának kórházi módszere. Rehabilitáció, IV. 2: 256-262,1994

2 Békés J. és mtsai: Pszichoedukációs program epilepsziás betegek számára. Rehabilitáció,X. 1: 7-9, 2000

3 Bray, L. et alii: Informational support for cancer patients and relatives in private oncology practice. Information booklet, Cape Town, 1998

4 Falloon IRH, Coverdale JH. et al.: A mentális zavarok integrált biológiai és pszichoszociális terápiája: az optimális gondozási modell alapjai. Pszichoterápia suppl1:6-15.1998

5 Fawzy, I. et al: A structured psychoeducational intervention for cancer patients. Gen Hosp Psych 16, 3: 149-192, 1994

6 Fövényi J.: A páciensedukáció új útjai Magyarországon. Orvostovábbképző Szemle, különszám, 3-6, 1998

7 Gál V. és mtsa: A család szerepe a diabeteszes gyermekek edukációjában és gondozásában. Diabetologia Hungarica 4, 1: 25-30, 1996

8 Harangozó J, Iván N, Martényi F. Új szemlélet és módszer az elmebetegek kezelésében: a pszichoedukációs tréning. LAM 1996;6(7-8):442-7.

9 Kaszab Zs. És mtsai: Önsegítő terápiás lehetőségek az asthma bronchiale kezelésében. Végeken,3: 23-27, 1993

10 Hogarty. G. E.: Family psychoeducation. Social skills training, and maintanence chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. Arch Gen Psych 43: 633-644, 1986

11 Túry F., Szabó P.: *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa.* Medicina, Budapest, 2000.

10.3 Egyéni pszichoterápia

Riskó Ágnes, Tari Annamária

A daganatos betegek pszichoterápiájának megszervezése és megvalósítása sajátos, és gyakran azonnali eredmény, ill. siker-élmény nélküli feladat lehet. Pedig mindezek elérése érdekében nagy nyomás nehezedhet a pszichoterapeutára akár az összes érintett (beteg, hozzátartozók, kezelő szakemberek) irányából.

Az egyéni pszichoterápia szervezése

- pontosan mi a beteg terápiás motivációja
- miben tudunk segíteni, mire „szerződünk”
- hogyan tudjuk a pszichoterápiát megvalósítani, integrálni a daganatos beteg komplex ellátásába (megfelelő körülmények kialakítása, a pszichoterápiás munka folyamatosságának támogatása, és osztályos munka esetén megfelelő együttműködés a multidiszciplináris team tagokkal, stb.)
- milyen egyéb reális (orvosi, ápolási, szervezési) szempontot kell figyelembe vennünk, hiszen a reményt fenntartva, de mindíg tisztában kell lennünk a beteg szomatikus állapotával, valós kilátásaival, aktuális lelkiállapotával (főként aggodalmaival, válság-helyzetének összetevőivel)

A pszichoterapeuta feladatai

- rá kell hangolódnia a betegre/hozzátartozóira, folyamatosan meg kell adni a figyelmet és érzelmi támogatást
- a terápia maz egvalósításához ki kell alakítani, ha szükséges, meg kell erősíteni a pszichoterápiára való szocializáltságot. A hiányos szocializáltságnak lehet személyes, betegségi, kulturális és környezeti oka
- a betegtől való optimális távolság kialakítása és megtartása
- a saját szorongások (pl. halálfélelem, szeparációs szorongás) és negatív érzések (pl. tehetetlenségi érzés, bűntudat, túlterheltség érzés) uralása
- a beteg félelmeinek, szorongásainak, feszültségeinek „tartalmazása”
- a beteg családjának és kezelőcsoportjának "hierarchiáján" kívül kell elhelyezkednie, hogy a beteg valóban őszintén, nyíltan tudjon beszélni és reagálni a pszichoterápiás helyzetben.[15]

[15] Most nincs módunk kitérni a pszichoterápiában fontos terápiás titok jelentőségére, ami az onkológiai betegek pszichoterápiája esetén számos sajátossággal bővül (pl. bevonási kísérletek a betegséggel kapcsolatos "összeesküvésre" a hozzátartozók részéről, vagy az adott klinikai onkológiai osztály reális, vagy szenzitíven érzékelt történéseinek lecsapódása a terapeutában, a beteg, vagy hozzátartozói által elmondottak alapján).

- fontos az előzetes pszichiátriai tapasztalatszerzés, és a folyamatos szakmai szupervízióban való részvétel.

Negatív tényezők

Az aktív kezelés, illetve szoros onkológiai ellenőrzés alatt álló daganatos betegek, speciális nehézségeik miatt különösen azt igénylik, hogy érett személyiségű, pszichiátriai területen is tapasztalatot szerzett, jól képzett mentálhigiénés szakemberek foglalkozzanak velük. Éppen ezért ezen a területen nem javasoljuk klinikai szakpszichológusi végzettség, illetve pszichiáter esetén pszichoterapeuta szakvégzettség hiányában pszichoterápia végzését.

Az onkológia területén pszichoterápiát végző szakemberek, elsősorban a sajátos érzelmi túlterhelés és munkakörülmények miatt, fokozottan ki vannak téve a lelki kiégés veszélyének. Ezt megelőzendő, csak rendszeres és folyamatos szupervizió mellett javasoljuk a pszichoterápiás tevékenységet az egyébként kellő képzettséggel és gyakorlattal rendelkező szakemberek számára sem.

Daganatos betegek esetében a klinikus onkológusnak és a pszichoterápiát végző szakembernek egy „elég jó" házasságra kell lépnie ahhoz, hogy együtt felnevelhessék a „gyermeket", azaz a beteget. Az a mentálhigiénés szakember, aki nem ért egyet páciense onkológiai kezelésével (akár tudatosan, akár tudattalanul), aki szükség esetén nem tud együttműködni az onkológiai team-el, az hátráltatja, esetleg károsan befolyásolhatja a daganatos beteg gyógyulását. (A későbbiekben szó lesz az onkológiai kezelőcsoport öszehangolt működésének nehézségeiről, mely rávilágít a főbb – kezelhető - együttműködési problémákra.).

Onkopszichológiai módszerek a lelki támogatás érdekében

A pszichoszociális támogatás elkezdése - a pszichodiagnosztikai szűrés alapján - a kivizsgálási/onkoterápia kezdési időszakában a legkedvezőbb, de bármely más, a beteg által kért időpontban is sor kerülhet a pszichológiai segítségadásra, ill. a pszichoterápiára. Az a gyakorlati tapasztalatunk, hogy ha a beteg megérzi, hogy a javasolt pszichoterápia elkezdésének visszautasítása sem nyíltan, sem rejtetten nem okoz a terapeutában, illetve a kezelőorvosban nárcisztikus sérelmet, akkor a későbbiekben, amikor már el tudja fogadni, ő maga kéri a lelki segítséget, hiszen nem alakult ki a korábbi "elkerülés", „visszautasítás" miatt bűntudata.

A pszichoszociális beavatkozások formái

- Az adott intézmény és osztály megfelelő tárgyi környezete és barátságos pszichológiai atmoszférája könnyítheti a betegek alkalmazkodását, növelheti biztonságérzetüket, csökkentheti feszültségeiket,
- Nem verbális pszichoszociális intervenciók: figyelem, ráhangolódás, szavak nélkül kinyilvánított empátia, barátságosság, bátorítás, pszichote-

rápiás célzatú mozgásterápia/kreatív terápia tartozik ebbe az intervenciós formába,
- Verbális pszichoszociális intervenciók: páciens/hozzátartozó-edukáció, érzelmileg támogató, lehetőleg prevenciós jellegű tanácsadás, egyéni pszichoterápia, csoportterápia.

A pszichoszociális beavatkozások megvalósítói: szaknővér, diplomás nővér, asszisztens, szociális munkás, gyógytornász, gondozó lelkész, önkéntes segítő, illetve onkológus, klinikai szakpszichológus és/vagy pszichiáter (a multidiszciplináris onkológiai team tagjaiként), és a családorvos. Az egyéni és a csoportos pszichoterápia alkalmazása pszichoterapeuta képzettséget igényel.

A szakszerű pszichés támogatás pozitív hatásai

- az általában fokozott lelki védekezések normalizálódása, realitás érzék növekedése
- az önerőből feldolgozhatatlannak tartott stressz csökkenése, és az ún. megküzdő képesség erősödése
- az alkalmazkodóképesség, ezen belül a szakemberekkel való együttműködés erősödése
- az életminőség javulása
- kedvező, egyre inkább mérhető pszichoneuroimmunológiai változások bekövetkezése
- pszichológiai/pszichiátriai prevenció/kezelés megvalósulása.

A daganatos betegek lelki támogatásának szakmai feltételei

- multidiszciplináris összetételű, egymással is folyamatosan kommunikáló, az adott beteg igényeinek megfelelően flexibilis összetételű onkológiai team
- optimális tárgyi környezet és munkaszervezés, a rendszeres onkopszichológiai képzés és tréning elérhetősége
- együttműködésre alkalmas, onkológiai team-tag klinikai szakpszichológus/pszichiáter "állandósága".

A daganatos betegek meg nem valósított lelki támogatásának lehetséges következményei

- együttműködési nehézségek a szakemberekkel, gyakran a hozzátartozókkal is
- krónikus szorongás, depresszió, alkalmazkodási zavar, PTSD, hipochondria, bármely szenvedélybetegség kialakulása, krónikussá válása, a családi distressz fokozódása,
- kedvezőtlen, hanyatló életminőség.

Az onkológiai betegek pszichoterápiájának főbb sajátosságai

Hazánkban évek óta, túlnyomórészt pszichoanalitikus érdeklődéssel, illetve ilyen módszerspecifikus képzettséggel rendelkező szakemberek dolgoznak az onkológia területén. Munkánkban már többször hangsúlyoztuk, hogy a daganatos betegek körülbelül negyedének van szüksége pszichoterápiára onkológiai kezelése, illetve utógondozása folyamán. Pszichoterápiás tapasztalatainkat számos konferencián ismertettük, és irott formában (szaklapok, könyvek, internetes honlap) is megjelentettük. Emiatt az általunk leggyakrabban alkalmazott egyéni terápiák közül a pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiás tapasztalatokról tudunk beszámolni. A jövőben valószinűleg más módszerspecifikus képzettséggel rendelkező szakemberek is össze fogják gyűjteni, és közzé fogják tenni megszerzett ismeret-anyagukat. Kedvező esetben a pszichoterápiás kezelést igénylő beteg már a diagnózis megismerése időszakában részesülhet szakszerű pszichés támogatásban és/vagy pszichoterápiában. Így a kezdeti, komoly mértékű pszichés trauma közös feldolgozása már a pszichoterápia része, ezzel a kezdeti krízisállapot jelentősen enyhíthető, a szükséges alkalmazkodás fejleszthető.

A motivált betegek általában felfokozott készenléti állapotban kezdik az első pszichoterápiás órát. Sokan csodát várnak a pszichoterápiától, illetve megerősíttetni szeretnék azt az elgondolásukat, hogy daganatos betegségük elsősorban lelki problémára vezethető vissza, sőt sokan a "bűnöst" is megnevezik. Másoknál a felfokozott pszichoterápiás motiváltság hátterében azt a tudattalan vágyat találjuk, hogy a pszichológus segítségével megvalósuljon az orvosi diagnózissal kapcsolatos félelmek és szorongások fékentartása. A beteg fokozott készenléti állapota arra késztetheti a terapeutát, hogy viselkedésében, szóhasználatában és gesztusaiban megnyugtató attitűdöt közvetítsen, ugyanakkor, a saját érzéseit tekintve, képes legyen a feszített tempójú, folyamatos reakciót kívánó pszichoterápiás aktivitásra.

Tisztában kell lennünk azzal, hogy a beteg fantáziájában a kezelőorvos, a beteg, és a pszichológus egy olyan lélektani háromszöget alkot, mely lehet, hogy a valóságban sohasem realizálódik, de a páciens pszichés valóságában mégis egy létező entitás. Ennek eredményeként, szinte folyamatosan, még a jól integrált, érett személyiségű páciensek is, információt áramoltatnak a két kezelő között, a háttérben a kontrollálás vágyával. Gyakori jelenség, hogy a pszichoterápia keretein belül a beteg a pszichológustól várja mindazt a megnyugtatást és információ-mennyiséget, melyet kezelőorvosától nem tud, vagy nem mer kérni, és megkapni. Ebben a helyzetben a terapeutának nagyon óvatosan kell bánnia a saját érzéseivel, mert nagy a csábítás a mindenható és mindentudó terapeutai pozíció megszerzésére. ha az olyan kérdést tesz fel, amely valójában orvosi kérdés, még akkor is, Következetesen, minden esetben az orvoshoz kell irányítania a pácienst, még akkor is, ha tudna rá válaszolni a pszichoterapeuta!

A daganatos beteggel végzett pszichoterápiás munka alapfeltétele ez a következetes viselkedés, mert a beteg szinte állandó „nyomást” gyakorol a terapeutára, hogy segítsen szorongásain csökkenteni. Ez valójában szükséglet-

kielégítési vágy a beteg részéről, melynek kiszolgálása nem hoz valódi eredményt, mert az első időkben a beteg idealizálja a terapeutát, ami később, - szükségszerűen - leértékelődést, csalódottságot és haragot eredményezhet mindkettőjükben. A terapeuta azt érezheti, hogy igyekszik erején felül minden kérdést megválaszolni, de ez a beteget soha nem elégíti ki, sőt újabbakkal is előáll, melyekre ugyanolyan türelmetlenül várja a reakciót. Ez a magatartás a pszichés regresszió markáns jele, hiszen a mohó, türelmetlen, kielégíthetetlen csecsemő viselkedésére emlékeztet. A páciens regresszív késztetéseinek azonnali és folytonos kielégítése nem segít, mert a beteg ily módon valójában megnyugtathatatlan, és mindez nem is szolgálja érdekeit.

Ez a folyamat gyakran nehéz helyzet elé állítja a terapeutát a pszichoterápiás órákon, de el kell viselnie, hogy hozzá nem értőnek, vagy akár lelketlennek tartja őt páciense, akinek tudattalan motivációja olyan erős lehet, hogy képtelen a nyomást saját erejéből csökkenteni.

Az onkológiai betegekkel végzett pszichoterápiás munka során tehát a terapeutának fokozottan kell figyelnie saját érzéseire (testiekre, lelkiekre egyaránt), melyek valós tájékoztatást adnak a beteg pszichés állapotáról és segítenek a lelki konfliktusok feldolgozásában.

Nem szabad elfelejteni, hogy akár a halállal is fenyegető betegségben szenvedő páciensekkel dolgozunk, akik ideig-óráig, de nagyon gyakran életveszélyben érzik magukat. Mindezek miatt szinte törvényszerű pszichés reakciók keletkeznek és jelentkeznek a pszichoterápiás térben.

Az előbb említett orvos – beteg – pszichológus háromszög másik jellemzője, hogy a beteg sokszor nem meri, vagy nem tudja valódi érzelmi reakcióit a kezelőorvosa felé kimutatni, mert találkozásaik célja, időtartama és a körülmények ezt nem teszik lehetővé. Ez azt jelenti, hogy a pszichológus "alakjára", mint projektív felületre sokszor csapódnak le olyan érzések és indulatok, melyeknek sokszor igazi címzettje nem ő, hanem az orvos. Ennek a jelenségnek a felismerése, elviselése, és megértő kezelése hasonlóképpen alapfeltétele az onkológiai betegekkel végzett pszichoterápiás munkának. A beteg érzéseinek árnyalt észlelése, elfogadása és értelmezése egyben azt is jelenti, hogy a terapeuta pszichés terhelhetősége megfelelő.

A daganatos betegekkel végzett pszichoterápiás munka harmadik alapfeltétele az önelemzés, a szakmai szupervízió igénybevétele. Ugyanis a pszichoterápiás helyzetben a beteg halálfélelme, szorongásai és depresszív érzései olyan mértékűek lehetnek, melyek a terapeutát – tudattalanul - egyfajta "konténer"-ként (tartályként, tartalmazó eszközként) használva, jelentősen megterhelőek. A hatékony együttműködés csak akkor lehetséges, ha a terapeuta ezen lelki jelenséggel tisztában van, és ezzel folyamatosan dolgozik. Intő jelként értékelendő, ha a beteg fáradtsága, reménytelensége, halálfélelme, stb. a terapeuta saját érzései között is megjelenik. Az egyéni pszichoterápiás helyzetben tapasztalt terapeutai érzések folyamatos feldolgozása és értelmezése a munka elengedhetetlen feltétele. Ezen érzések felismerése és megértése teszi lehetővé, hogy a beteg iránti emóciók ne változzanak át negatívvá, vagy a terapeuta ne érezze

azt, hogy pszichoterápiás erőfeszítései hiábavalóak, munkája céltalan és eredmény nélküli.

Érdemes odafigyelni arra a jelenségre is, amikor mind a terapeuta, mind a páciens nagyon jól érzik magukat a pszichoterápiás térben, és esetleg közösen súlytalanítják a realitást. A betegből jövő tudattalan vágy a meg nem történtté tevésre, vagy az indulattalanításra olyan erőteljes lehet, hogy egy olyan hangulatú pszichoterápiás teret hozhatnak létre, melyben a félelmetes, szorongást keltő témákat és gondolatokat mellőzik. Kettejük tudattalan összehangolódása vezethet el oda, hogy csak az élet egyéb dolgairól, a jövőről, és a páciens életének pozitív részeiről esik szó. Ez a helyzet olyan fixált pozícióként értelmezhető, mikor a terapeuta a beteg szorongásainak és félelmeinek feldogozása helyett, azok elrejtésében és „letokolásában" segít. A beteg tudattalan vágya, hogy a félelmet keltő érzéseivel ne kelljen szembesülnie, nagyon erőteljes lehet. Szinte gyermeki viselkedési reakciók váltódhatnak ki, hogy ezt a szembesülést elodázhassa. Természetesen a terapeutának nem szabad agresszíven ütemeznie az értelmezéseket, és szembesítenie a pácienst mindezen érzéseivel, de nem is szabad hagyni ezen folyamat fennmaradását.

További fontos jelenség a pszichoterápiás folyamatban a testi változásokkal, a külső megjelenéssel való foglalkozás. Általában a betegek egy része sebészeti beavatkozáson esik át, és majdnem mindegyike sugár- vagy kemoterápiás kezelésben részesül. Ma még az onkoterápiás eljárások a betegek testét megváltoztathatják, puffadások, ödémák, hajhullás, kopaszság, bőr elszineződés, soványság, elhízás, stb léphetnek fel. Ezen jelenségekről a betegek általában maguk akarnak beszélni, és különösen a női páciensek esetében a haj, a nőiség egyik szimbólumának elvesztése okozhat nagyon súlyos pszichés konfliktust. Ezeknek a problémáknak a pszichoterápiás térbe való beemelése, és az ezzel való munka megkívánja a terapeutától, hogy valóban képes legyen a veszteséggel, a drasztikus változással dolgozni. Ez egyaránt jelenti a saját testével kapcsolatos fantáziák kontrollját, és a páciens elfogadását a realitásban.

Ehhez kapcsolódóan jelenik meg, általában tüneti következményként, a sterilitás és nemzőképtelenség feldolgozása a pszichoterápia folyamán, ami ugyan az élet és a gyógyulás érdekében elszenvedett kezelés miatt alakul ki, de sok esetben, hosszú időn át, elfogadhatatlan tény a betegek számára. A daganatos betegségből való gyógyulás új életminőség kialakulását és elfogadását kívánja a betegektől, mely valódi, belátáson alapuló feldolgozás alapján válik csak lehetségessé.

Ajánlott irodalom:

1 Bálint M.: Az őstörés. A regresszió terápiás vonatkozásai. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1994

2 Bateman, A. et ali: Clinical dilemmas. In: Introduction to psychoanalysis. Routledge, London and New York, 1995

3 Bloch, S. et ali: Psychotherapies in psycho-oncology. Br J Psych 177: 112-116, 2000

4 Dean, C.: Psychiatric morbidity following mastectomy: pre-operative predictors and types of illness. J Psychosom Res 31: 385-392, 1987
5 Devine, C.et ali: The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta- analysis of 116 studies. Oncology Nursing Forum, 22: 1369-1381, 1995
6 Faulkner, A. et ali: Talking to cancer patients and their relatives. Pp: 110-126New York, NY, Oxford Univ Press, 1994
7 Fawzy, F. I. et alii: A post-hoc comparison of the efficiency of a psychoeducational intervention for melanoma patients delivered in group versus individual formats: an analysis of data from two studies. Psycho-oncology, 5: 81-89, 1996 -
8 Gabbard, G. O.: A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. Br J Psych 177: 117-122, 2000
9 Greer, S. et alii: Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. Br Med j 304: 675-680, 1992
10 Joffe, R. et alii: Change in thyroid hormone levels following response to cognitive therapy for major depression. Amer J Psych 153: 411-413, 1996
11 Losczalzo, M. et ali: Brief Crisis Counseling. In: Psycho-oncology. Ed: Holland, J. C. New York: Oxford Univ Press, 1998
12 Luban-Plozza, B. et alii: Pszichoszomatikus betegek az orvosi gyakorlatban. Animula, Budapest, 1994
13 Lust I.: Serdülők terápiája. In: A pszichoterápia tankönyve. Szerk.: Szőnyi G., Füredi J. Medicina, Budapest, 2000
14 McCorkle, R. et alii: Training Psychiatrists and Psychologists in Psycho-Oncology. In: Psycho-oncology. Ed.: Holland, J. C. New York: Oxford Univ Press, 1998
15 Meyer, T. et ali: Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomised experiments. Health Psych 14: 101- 108, 1995
16 Minerbo, V.: The patient without a coach. An analysis of a patient with terminal cancer. Int J Psycho-Anal 79: 83-93,1998
17 Moorey, S. et ali: Psychological Thrapy for patients with cancer: a new approach. Heinemann, London, 1989
18 Nemes L.: Viszontáttétel és kiképző analízis. In: Pszichoanalízis és analitikus pszichoterápiák. Szerk.: Bokor L. Animula, Budapest, 1999
19 Pető K.: Empátia és projektív identifikáció. Psychiat Hung 12, 4: 471-486, 1997
20 Powatzki, R. D. et alii: Psychosocial care in advanced cancer. Seminars Oncol 27, 1: 101-108, 2000
21 Riskó Á.: Rákbetegeknél gyakran fellépő kóros lelkiállapotok pszichoterápiájáról. Psychiat Hung 5: 409-420, 1993
22 Riskó Á.: Pszichoanalitikus pszichoterápia onkológiai kezelés alatt álló rákos betegekkel. Az intenzív szupervizió. Psychiat Hung 12, 4: 525-534, 1997
23 Riskó Á: Tapasztalatok gyógyíthatatlan betegek és gyászolók analitikus pszichoterápiájával kapcsolatban. In: Pszichoanalízis és analitikus pszichoterápiák. Szerk.: Bokor László. Magyar Pszichoanalitikus Egyesület, Animula, 149-158 o. 2000
24 Riskó Á.: Pszichés támogatás. In: Tabularium oncologiae. Szerk.: Eckhardt S., Melania Kiadó, Budapest, 2002
25 Sheard, T. et ali: The effects of psychological interventions on anxiety and depression in oncology: results of to meta-analyses. Psycho-Oncology, 5 (suppl.) 19, 1996
26 Tari A.: Pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia csontvelőtranszplantált betegeknél. In: Pszichoanalizis és analitikus pszichoterápiák. Szerk.: Bokor L., Animula, Budapest, 1999

10.4 Csoport-pszichoterápia alkalmazása daganatos betegek gyógyításában

Komlósi Piroska

A daganat a testet támadja meg, de attól a pillanattól, hogy erről tudomást szerez az ember, a lélekben is megindul a tumor pusztító hatása. Ez utóbbit mi indítja el? A tudás megszerzése. És mit tapasztal ezután hamarosan az érintett személy? Hogy fáradt, hogy csökkentek az energiái, hogy a környező események érdektelenné váltak, sok dolog elvesztette korábbi fontosságát. Másként fogalmazva: kognitív szinten átstrukturálódik számára a világ. S amint látjuk, ez a folyamat minden vonatkozásában kedvezőtlenül, inadaptív irányba hatott. A gyógyítás pszichológiai oldalának feladata a mentális „eltorzulás" korrigálása, és ez által a nemkívánatos következmények csökkentése.

Ha ezt több, hasonló helyzetű ember társaságában próbáljuk elérni, azt tapasztaljuk, hogy egyre nagyobb érdeklődéssel fordulnak egymás felé, és osztják meg hasonló tapasztalataikat és gondolataikat. Közben azért figyelnek a vezetőre is, mert ő képviseli a „kinti" világot, és állítólag többet is ért a dolgokból, mint ők maguk.

A huszadik század második felében elterjedt a *csoportos lélektani gyógyítás módszere* – a csoport-pszichoterápia. Mintegy húsz éve hazánkban is megjelent, de daganatos betegeknél sajnos csak elvétve alkalmazzák, jóllehet többféle céllal, és többféle formában is hatékonyan és gazdaságosan lehetne alkalmazni.

A *csopor-tpszichoterápiák hatékonyságának vizsgálata,* akár csak az egyéni pszichoterápiáké, nem könnyű. Az egészségügyben a biztosítás financiális szempontjai miatt azonban szükségessé vált meggyőző kutatások prezentálása. A 2000-ben publikált németországi vizsgálat eredményei hazánkban is relevánsnak tekinthetőek, és az onkopszichológia területére is lehet érvényességük. Legfőbb mutatóik a szubjektíve megítélt, a pszichoterápiás kezelés befejezése után több, mint két éven át tartó pozitív hatása, a kórházban eltöltött napok számának átlagosan egyharmadára csökkenése, az orvosokat egyharmaddal kevesebbszer keresték fel, és fele akkor volt a betegszabadság miatt munkából kiesett napok száma. A hatékonyság terén nem találtak különbséget az egyéni és a csoportterápia között, leszámítva a csoportpszichoterápia kedvezőbb költséghatékonyságát.

A csoport-pszichoterápia széleskörű terjedése annak a felismerésével függ össze, hogy a csoport dinamikája a társas energiamezőt aktivizálja, amiből az egyén társas energiát, kapcsolati biztonságot, megerősítve levést kaphat, *s a gyógyuláshoz segítő energiái növekednek.*

A csoport-pszichoterápia hatóényezőit orvosok és segítő szakmabeliek is világszerte felhasználhatják saját kompetenciájuk fejlesztésére, javítására az un. Bálint-csoportokban. Erre a „mentális karbantartó és emocionális egyensúlyt reguláló" szupervíziós módszerre az onkológia területén dolgozó, és pszichésen

fokozott terhelésnek kitett szakembereknek igen nagy szükségük lehet. Erről jó tapasztalatokat szerezhettem az Országos Onkológiai Intézet akkor alakult onkopszichológiai osztályán 1985-90 között, ahol Muszbek Katalin pszichiáter vezette be ezt a multidiszciplináris, csoportos szupervíziós formát.

A betegekkel folytatható csoport-pszichoterápiás munka módszerei igen sokrétűek, a behaviorista viselkedésmódosításon, tanuláson keresztül a mélylélektani összefüggéseket elemző pszichoanalitikus orientáltságig. Valamennyi módszerben megtalálhatóak azonban a csoportpszichoterápiás munka elemi keret- és hatótényezői. *Yalom Irwin* 1995-ben írt, s magyar nyelven 2001-ben megjelent összefoglaló munkája világosan, közérthetően tárgyalja a csoportpszichoterápiák elméleti és módszertani összetevőit, ami minden onkológiai betegekkel foglalkozó szakember számára meggyőzően mutathatja, hogy a betegek számára milyen nagyjelentőségű lehet a segítő, támogató csoportban együttdolgozni egy szakemberrel.

A csoportpszichoterápiák néhány közös sajátossága

A kezelés intézményi keretei

- *Kórházi csoport*, amelyik a kórházi kezelés ideje alatt folyik, adjuváns terápiaként;
- *Ambuláns csoport,* amely a kórházi kezeléstől független, részvételi szándékáról az egyén szabadon dönthet.

A csoport tagjainak összeállítása

Homogén vagy *heterogén* (a problémák, betegségfajta, a betegség-stádium, vagy az életkor, illetve egyebek alapján);

Zárt csoport: ha mindvégig ugyanazok a személyek vesznek részt benne;

Lassan nyitott csoport: amikor azok helyére, akik befejezettnek érzik maguk számára a terápiát, vagy csak kimaradnak, új személy kapcsolódhat be a csoportba;

Nyitott csoport: amikor új személyek belépésére eleve fel van készülve a csoport. Ilyen például az újonnan hospitalizáltakat bekapcsoló, az osztályos rezsimre felkészítő ún. szocializációs csoport.

A csoport létszáma:

Kis csoport (5-15 fő között), ahol mindenkinek jut tér megnyilvánulásra, személyes közlésekre, őszinte, egymást segítő odafordulásra.

Közepes-csoport (20-40 fő között), itt pl. egy osztály betegei hangadókon keresztül juttatják kifejezésre a csoport szándékát.

Nagy csoport (30-200 fő között), melyben összetételét illetően egy adott intézmény, osztály, szervezet, intézet, stb. valamennyi dolgozója (beosztott, főnök, kezelt, stb.) részt vesz.

Az ülések időtartama

Fokális csoport: 1-3 ülésben egy konkrét, akut probléma közös átdolgozása folyik, pl. egy osztályos rezsim megváltoztatásának bevezetése kapcsán.

Rövid csoport: 5-20 ülés között, amelyben a betegek aktuális élethelyzeti feszültségeiket, nem hatékony viselkedésmódjaikat tudják átbeszélni.

Hosszú csoport: 30-80 ülésig, ennek során a betegek a rájuk jellemző ismétlődő kapcsolati, élmény-feldolgozási módjaikban kapnak segítséget, próbálhatnak ki újfajta megoldásokat.

Végtelenített csoport: sok-sok éven át folynak, s a tagok lassan cserélődnek. Itt nyílik lehetőség arra, hogy a beteg annyi ideig éljen a csoportterápia adta segítséggel, ameddig szükségét érzi.

Maratoni csoport: minimum 24 órás ülés, de betegeknél alkalmazása nem javallt, az extrém megterhelés és a lelki regresszió nagyfokú megnövekedése miatt.

A terápiás célkitűzések szerint (daganatos betegek kezelésében)

Szocializációs csoportok, amelyek a betegséggel járó kezelésekhez, új életvezetéshez, új viselkedésmódok kialakításához nyújt segítséget.

Probléma feldolgozó csoportok, amelyekben a betegség kiváltotta szorongásokat, depresszív vagy agresszív kapcsolati viselkedéseket, a társas közegben kialakult inadaptív kapcsolódási formákat átbeszélő, elemző munka folyik.

Önismereti kiscsoport, amelyekben viszonylag kis létszám mellett, hosszabb időn át próbálják feltárni a manifesztálódott, nem adaptív reakciók hátterében lévő mozgató képzeteket, gondolatokat, látott mintákat, átélt feszültségkeltő helyzeteket, stb.

Önsegítő csoportok: ezek az onkológia területén hazánkban is ismertek. Néhány elkötelezett szakember segítségét felhasználva tulajdonképpen „alulról jövő kezdeményezésként" működnek ezek a csoportok, amelyek hasonló sorsú betegek egymással kölcsönösen tapasztalatokat cserélő, egymásnak érzelmi és gyakorlati problémákban egyaránt segítő közössége. Míg nyugat-Európában a 70-es években szökött szárba az önsegítő csoportok mozgalma, Richter majd speciálisan Möller szakmai inspirációja mellett, hazánkban a 90-es évekre ért el mozgalomszerű elterjedtséget, az onkológia területén *Bodor Mária* szakszerű támogatásának segítségével.

A csoport vezetőjének feladatai

Előzetes beszélgetést folytat a csoportba küldött, vagy maguktól jelentkező betegekkel. Ennek során a kontraindikált, vagy alkalmatlan személyeket kiszűri, a felvételre javasolhatóakat pedig megismerteti a csoportban folyó terápiás munka mibenlétével.

Megtervezi az indítandó csoport körülményeit, s a terápiás tervhez igazodva kiválogatja azokat, akiknek a csoport-terápia adhat változáshoz, fejlődéshez segítő hatást.

Biztosítja a csoport kereteit (hely, időpont, zavartalan csoportülés, pontos kezdés és befejezés, stb.)

Türelmesen, terelgetéssel jelen van, s ha kell, aktív védelmet nyújt a csoport ún. tájékozódási fázisában, majd a csoport-légkör, és csoportnormák kialakulása időszakában.

Terápiás szemléletét követve eltérő hangsúllyal dolgozik

- A tudattalan szorongások a torzult realitás-percepció és diszfunkcionális kapcsolatműködtetések tudatosításával (pszicho-analitikus orientáció),
- A maladaptív viselkedésmódok korrektív tanulási folyamatait serkenti (viselkedés terápiás irányzat),
- Megpróbálja feltárni a személyiség növekedési, érési potenciáljának elakadását, és korrekció felé segíteni (Rogers-i humanisztikus szemlélet).

A *csoport-pszichoterápia hatótényezői* közül az alábbiaknak lehet hangsúlyozott szerepe a daganatos betegségeknél

- Reménykeltés, információadás és kapás, a problémáik egyetemes voltának megtapasztalása, az altruizmus erősödése,
- A primer családi csoportokban megélt élmények felidéződése és korrekció lehetősége, utánzó viselkedés, mintakövetés, szocializációs hatások.
- A fenti hatótényezők mutatják, hogy számos vonatkozásban adhat a csoportpszichoterápiás kezelés a daganatos betegek számára enyhülést, megkapaszkodást, izoláltságuk oldásával a szorongásaik csökkenését, ezáltal pedig a gyógyulás szolgálatába állítható energianövekedést.

Sajnálatos, hogy hazánkban még nincs kihasználva a csoportokban rejlő erőforrás, mint a „gyógyítás segédeszköze”.

Ajánlott irodalom:

1 Ammon, M.:A dinamikus pszichiátria csoportértelmezése. *Pszichoterápia.XI.2:81-86, 2002*

2 Bokor L – Ormai T..: Analitikus csoportpszichoterápiák. In: A pszichoterápia tankönyve.Szerk.: Szőnyi G., Füredi J. Medicina, 376-391, 2000

3 Buda B.: Jelenségek és problémák a csoportpszichoterápia hazai fejlődésében.

4 *Pszichoterápia*, X. 6: 417-422, 2001

5 Buda A.: Epilepsziával élők önsegítő csoportjai. *Rehabilitáció*, X. 4: 100-103, 2000

6 Foulkes, S.H.: Therapeutic group analysis, Allen and Unwin, London, 1964

7 Horváth Sz.: Pszichiátriai betegek rehabilitációjának intézményes formái. In:.: Huszár I., Kullmann L., Tringer L. (szerk.): A rehabilitáció gyakorlata. Medicina, 2000.

8 Heinzel,R.- Breyer, F.: Egyéni és csoportos ambuláns pszichoanalitikus terápia-. Egy németországi katamnesztikus kutatás tanulságai. *Pszichoterápia*, X..5..2001.307-315.o.

9 Jancsovics S.: Csoport pszichoterápia a műtéten átesett daganatos betegek rehabilitációjában. *Rehabilitáció,* VII. 1.: 12-14, 1997

10 Komlósi P.: Pszichodrámacsoportok néhány sajátossága neurotikusok kórházi kezelésében. In.:Pszichodráma. (szerk.. Popper P.). Akadémia, Bp. 1986. 119-142.

11 Manor, O.: Group psychotherapy. In: Handbook of psychotherapy. Eds.: P. Clarkson, M. Pokorny, Routledge, New York, London, 1994

12 Minuchin, S. et alii: Psychosomatic families. Cambridge, Mass.? Harvard Univ Press, 1978

13 Rhode, M.: Bálint-csoport vezetése az elvárások és a valóság tükrében. *Pszichoterápia,XI.2: 87-93, 2002*

14 Szőnyi G.: Határterületi alkalmazások. In: Szőnyi G.- Füredi J.(szerk.): A pszichoterápia tankönyve. Medicina, 2000.512-515, 2000.

15 Yalom, I.: A csoportpszichoterápia elmélete és gyakorlata. Animula, Budapest, 2001.

10.5 Mozgásterápia

Szabados Márta

Az onkológia területén dolgozó gyógytornász mozgás- és fizioterápiás módszerekkel, mindig a beteg állapotához alkalmazkodva segíti, hogy a páciens testi-, lelki-, szociális- és foglalkozási funkcióinak maximumát el tudja érni azokon a kereteken belül, amelyeket állapota, betegsége, illetve annak kezelése megenged.

A mozgásterápia főbb céljai

- Mobilizálás, erősítés
- Izom-. és izületi mozgások helyreállítása
- A mozgás tudatosítása és gyakoroltatása
- A lehetséges szövődmények megelőzése (tüdőgyulladás, izomsorvadás, stb.)
- A kóros testtartás kialakulásának megelőzése, illetve a már meg lévő korrekciója (pl. emlőműtét, végtag-amputáció után)
- A megváltozott testkép elfogadásának elősegítése, a műtét utáni gyakori védekező testtartás oldása szem-, és testkontroll igénybevételével, érzelmi támogatás nyújtásával
- Megfelelő koordináció, egyensúly, funkcionális motoros képességek fenntartása, illetve javítása
- Relaxáció (ellazulás) gyakoroltatása, megtanítása
- A gyógytornával-fizioterápiával kapcsolatos felvilágosítás és tanácsadás biztosítása a betegeknek és a hozzátartozóknak
- A szükséges segédeszközigény felmérése (pl. kompressziós harisnya, járókeret, bot, ideiglenes, majd végleges emlőprotézis) és az ellátás megszervezése
- Pszichoszociális támogatás: a gyógytornász pszichológiai és szociológiai ismeretei alapján felméri, hogy a beteg ilyen jellegű problémáin tud e saját hatáskörében segíteni, vagy más szakember közreműködését kéri.

Indikációk

- műtét előtti és utáni állapot
- csillapítandó fájdalom (fájdalom-kontroll)
- nyiroködéma
- csonkolás
- hemiplégia
- gerincvelő elváltozásaival/sérüléseivel összefüggő bénulások

- izületi beszűkülések
- patológiás törések
- központi idegrendszeri tünetek
- gyengeség, inaktivitás

Pszichoterápiás célzatú mozgásterápiát és/vagy relaxációt alkalmazunk a következő esetekben:

- testsémát és/vagy testfunkciót megváltoztató műtétek után
- rossz közérzet, érzelmi labilitás, szorongás, depresszió, pszichogén szexuális zavar/tünet kialakulása, fennmaradása esetén
- a valósághoz való alkalmazkodás, és a lelki megbirkózó képesség javítása, valamint a kialakult szociális izoláltság csökkentése érdekében.

Kontraindikáció

A mozgásterápia/fizioterápia ellenjavalltságának eldöntése gyakran az adott beteget kezelő team szakembereinek közös megbeszélését és megegyezését igényli.

Alapelv, hogy a betegség bármely szakaszában ellenjavallt a gyógytorna, mint terápiás beavatkozás, ha következményeként a beteg életminősége romlik, vagy a beteg állapotromlása, a betegség progrediálása az egészen közeli jövőben várható (pl. lázas állapot, akut gyulladás, súlyos vérképzőrendszeri eltérések, trombózis, embóliás állapot, stb.).

A mozgásterápia jellege

A páciens életkorától, állapotától és a betegség stádiumától függően a mozgásterápia lehet:

- preventív: megakadályozza, vagy korlátozza a károsodás/ok kialakulását
- restauratív (erősítő): a betegnél a kismértékű károsodást enyhíti, rendezi
- szupportív (támogató): a nem érintett funkciók fenntartása/fejlesztése, miközben a daganatos betegség jelen van, és bekövetkezhet a progresszió
- palliatív (tüneti): az életminőség megtartását segíti a pszichoszomatikus komfort elérésével, a funkciók fenntartásával, miközben a betegség progrediál, és a páciens a terminális állapot felé halad, vagy már abban van.

A mozgásterápiának/fizioterápiának a betegség bármely stádiumában létjogosultsága van:

- a rákprevencióban fontos szerepe van az egészséges életmódnak, különösen a rendszeres testmozgásnak, a rekreációs tevékenységeknek és a sportnak (pl. a kiválasztás, a hormonális egyensúly segítése, stresszoldás)
- közvetlenül a diagnózis közlése után (pszichoszociális támogatás, relaxáció megtanítása)
- pre- és posztoperaív időszakban
- kemoterápia, sugárterápia, BMT idején
- palliatív kezelés részeként (pl. tüdőgyulladás megelőzése, fájdalomkontroll elősegítése), és a még nem, illetve a már terminális állapotúaknál (relaxáció, izometriás gyakorlatok, pszichoterápiás célzatú gyakorlatok, nem verbális kapcsolat nyújtása, egyre csökkenő aktivitással).

Az onkológiai mozgásterápia főbb sajátosságai

A daganatos betegeknél alkalmazott mozgás/fizioterápia a komplex rehabilitáció része, mert élettani és pszichoszociális szempontból kedvező hatású, és javítja az életminőséget.
Az onkológiai betegeknél alkalmazott mozgás/fizioterápia egyrészt általános, másrészt speciális sajátosságokkal jellemezhető:

1. A mozgás/fizioterápia általános jellemzői: a gyógytornász a beteget emberi kapcsolatokban élő pszichoszomatikus egységnek és partnernek tekinti, és gyakran alkalmazza a gyógytorna támogató és relaxáló elemeit.
2. A speciális jellemzők: az alkalmazott mozgásterápia a páciens azon testrészein történik, vagy történt, amelyre a beavatkozás/kezelés irányul/t, és/vagy azon régiók, ahol a tünetek megjelentek.
3. Mindkét esetben hasonlóak a technikai körülmények: kórteremben és/vagy tornateremben a mozgásterápiás gyakorlatokat a gyógytornász ismerteti, esetenként együtt is mozog a beteggel. A páciensekkel a gyógytornász egyénileg és/vagy kiscsoportban foglalkozik. Szükség esetén speciális masszázst, vezetett passzív, illetve aktív kimozgatást alkalmaznak. Gyakran kerül sor a hozzátartozók bevonására, oktatására a beteg otthonában, hosszantartóan alkalmazandó kezelések esetén.

A gyógytorna sajátos szakmai feltételei

Kedvező, ha a gyógytornász az onkológiai/rehabilitációs team tagja. Ahhoz, hogy eredményesen tudjon dolgozni, és lehetőség szerint megelőzze a fenyegető lelki kiégést, meg kell felelnie a következő feltételeknek

- szakmai képzettség, részvétel továbbképzésben.

- onkológiai/rehabilitációs team tagság, speciális ismeretek (onkológiai, onkopszichológiai) megszerzésére és a többi szakembererrel együttműködési készség és képesség.
- egyéni igény szerinti szupervízióban való részvétel (pl. Bálint csoport, egyéni konzultációk).
- Rendszeres, speciális továbbképzésben való részvétel (pl. kommunikációs tréning, onkopszichológiai tanfolyam).

Ezen feltételek megvalósulása és tartóssága esetén a gyógytornász tevékenysége és személyiségének kisugárzása pozitív, ami fokozza a beteg életminőségét, és kedvező hatással van a gondozásban is szerepet vállaló hozzátartozókra.

Ajánlott irodalom:

1. Bagdy E. et al(1988). et al: Relaxációs módszerek. Medicina, Budapes
2. Gerencsér Zs. és mtsai: A gyógytornász-fizioterapeuta feladatai a rehabilitációban. In: szerk.: Huszár I., Kullmann L., Tringer L. *A rehabilitáció gyakorlata.* Medicina, 2000
3. Gerhardsson de Verdier, M.(1997): Physical Activity in the Prevention and Management of Cancer. In: *Nutrition and Fittness*. World Rev. Nutr. Diet. Basel, Karger, 82: 240-249,
4. Katona F(1986).: *Fejlődésneurológia, neurohabilitáció*. Medicina, Budapest,
5. Rádlyné Lantai K.(1999): *A rosszindulatú emlődaganat miatt műtött nőbetegek mentálhigiénés szempontú vizsgálata*. Szakdolgozat, Juhász Gyula Tanárképző Főiskola egészségfejlesztő mentálhigiénikus szak,
6. Riskó Á.(1999): *A test, a lélek és a daganat*. Animula, Budapest
7. Szabados M. és mtsa (1999): Rehabilitáció műtét után: torna, fizioterápia, nyirokpangás (ödéma) kezelése. In:. szerk.: Köves I. *Amit az emlőről és betegségeiről tudni kell* Kossuth, Budapest
8. Szabados M.(1999): Onkológiai betegek mozgásszervi rehabilitációja. In:. szerk.: Katona F., Siegler J. *Orvosi rehabilitáció* Medicina, Budapest
9. Thompson, H. J.(1997): Effects of physical activity and exercise on experimentally-induced mammary carciogenesis. *Breast Cancer Research and Treatment* 46: 135-141
10. Tringer L.-né és mtsai (1999): Fizioterápia a rehabilitációban. In: szerk.: Katona F., Siegler J. *Orvosi rehabilitáció,* Medicina
11. Tringer L.-né (1999): A gyógytornász-fizioterapeuta feladatai a rehabilitációban. In:. szerk.:Huszár I., Tringer L., Kullmann L., *Rehabilitáció* SOTE házinyomda,
12. Turcsik K.(1999): *A gyógytorna pszichés tünetekre gyakorolt hatása. A testi dialógus*. Szakdolgozat, ELTE Pszichológia Szak, Budapest

10.6 Alternatív terápiák

Riskó Ágnes

Hagyományosan sebészi, gyógyszeres, sugárterápiás és immunológiai módszerekkel, illetve ezek kombinációjával, valamint csontvelőtranszplantációval gyógyítják a szakemberek a rosszindulatú daganatos betegségben szenvedőket. Mivel még mindig vannak gyógyíthatatlan betegek, a hagyományos módszerek mellett egyre több, tudományosan megalapozott alternatív gyógymódot kutatnak és alkalmaznak, főleg a 80-as évektől kezdve a szakemberek.

Ugyanakkor a tapasztalatok szerint összefüggés van a szakemberek kiégési tünetcsoportja, a szervezési hiányosságok, a betegek súlyos, elhúzódó, kezeletlen érzelmi krízise, a gyógyítás korlátai, és a tudományosan megalapozatlan alternatív (természetgyógyászati) kezelések fokozatos terjedése között.

"Az alternatív terápiák" kifejezés tulajdonképpen gyűjtőfogalom, és az "alternatív gyógymód" az eddigi hagyományoktól eltérő, más módszerek alkalmazását jelenti. Előljáróban elmondhatjuk, hogy eddig még nem ismerünk egyetlen olyan alternatív módszert sem, amely bizonyítottan, dokumentálhatóan a daganat végleges visszafejlesztését igazolta volna jelentékeny számú betegnél.

Számos kutató és klinikus felveti, hogy amennyiben a daganatos betegek kezelése mindenki esetében megfelelő mértékben hatékony lenne, a betegekkel való bánásmódot pedig a multidiszciplinaritás és a holisztikus megközelítés jellemezné, akkor a betegek jóval ritkábban fordulnának az alternatív gyógymódok felé.

Abból indulhatunk ki, hogy a megfelelő kivizsgálás és diagnózis alapján az onkológiai beavatkozásokat, kezeléseket orvosok írják elő a daganatos betegeknek. A gyógyítás folyamán, különösen az onkológia területén, nagyon fontos a megfelelő, teherbíró orvos-beteg kapcsolat kialakítása és fenntartása, és ebben az orvos lehetőségei a meghatározók. Mint említettük, a kiégési szindróma különösen gyakran alakul ki, és válik krónikussá az onkológia területén dolgozó szakemberekben. A pszichológiai tapasztalatok azt igazolják, hogy a kiégési tünetcsoporttal jellemezhető gyógyítók - egyébként a nap 24 órájában - már nem rendelkeznek megfelelő mértékű és „minőségű”, közvetlenül aktivizálható szabad érzelmi „vegyértékeikkel”, ezért érzelmi kapacitásuk, szándékuk ellenére is, szükségszerűen korlátozott. A gyógyításhoz szükséges érzelmek gátoltsága/hiánya egyértelműen tükröződik, és destruktív tényezőként működik az orvos-beteg közötti kommunikációs folyamatban is.

Az alternatív gyógymódok alatt az eddig kialakult és elfogadott hagyományoktól eltérő gyógyítási módszereket értjük. Az alternatív gyógymódokat vagy a hagyományos terápiák kiegészítéseként, vagy gyógyíthatatlan betegek esetében a tünetek enyhítése, átmeneti megszüntetése érdekében lehet alkalmazni. Ennek alapfeltétele, hogy az adott eljárás ismert és ismételhető legyen. Nem helyettesíthetik a hagyományos gyógymódokat, de ebben a csoportban, például a

palliatív módszerek a betegek testi/lelki közérzetét javítják, kondícióját erősítik, fájdalmát csillapítják, az egyes tüneteket háttérbe szorítják, a panaszokat enyhítik, a betegség gyógyítása nélkül. Amennyiben a hagyományos terápia sikertelen, vagy lehetetlen, akkor a tüneteket enyhítő kezelések jelentősége különösen megnő.

Az alternatív gyógymódok csoportjába tartozik a természetgyógyászat is. Az orvostudomány hosszú fejlődése a természetgyógyászatból indult, hatalmas fejlődésen ment át eddig is, de még napjainkban sem sikerül a daganatos betegek egy részét meggyógyítani.

A kuruzslók felkeresésének főbb lélektani okai

A kétségbeesett, halálfélelemmel küzdő, lelkileg megterhelt beteg emberek gyógyulási törekvéseik megvalósítása érdekében néha drámaian kockáztatnak, és úgy döntenek, hogy tudományosan megalapozatlanul működő, de önmagukat természetgyógyásznak nevező "fény-átadókra", "energia-átvitellel" dolgozókra, „csodagyógyszert" adókra bízzák magukat. Olyan betegekkel is találkozunk, akik gyógyulásuk érdekében gyógymódként fogadták el, hogy például petróleumot, vízbe kevert ezüstport, vagy a saját vizeletüket igyák. Fontosnak érezzük, hogy a kuruzslók módszereivel kapcsolatban közzé tegyünk néhány "üzenetet", melyeket a betegektől kaptunk és kapunk. Számos daganatos beteggel találkoztunk az Onkológiai Intézetben, akik például Lyonban jártak azért, hogy "vértelen", gyors, mellékhatások nélküli, kórházi kezelést nem igénylő, de igen drága kezelési móddal gyógyuljanak ki betegségükből. Meg kell említeni, hogy a varázslat előbb, vagy utóbb sikertelennek bizonyult, és ezeket a betegeket -a teljesen reménytelenné vált helyzetben mégis elfogadott orvosi erőfeszítések dacára- elvesztettük. Üzeneteik valóságos kincsek, hiszen haláluk előtt még volt erejük ahhoz, hogy a tragikus következtetéseket levonják és a "postásokat" megtalálva sorstársaiknak figyelmeztető üzenetet küldjenek a reális döntés fontosságáról, még érzelmi krízis esetén is. Azt észleljük, hogy a megbetegedettek a diagnózis megtudása után, vagy később, de mindig elviselhetetlen kudarcélmény hatására, nyílt, vagy rejtett, súlyos érzelmi krízisben (üldöző, nem múló halálfélelem, csökkent valóságérzékelés, megzavarodott gondolkodás, diffúz félelem, önvádlás, nem jó orvos-beteg kapcsolat, magány) - gyakran irracionális megoldási kísérletet választanak vágyott gyógyulásuk érdekében.

Sokat tudunk már az egyes daganatos betegségek keletkezésének és lefolyásának lelki vonatkozásairól, de folyamatosan további tapasztalatokat kell szereznünk e területről a betegekkel, hozzátartozóikkal és a multidiszciplináris team tagokkal együttműködve. Bizonyos, hogy a korszerű, az egész embert figyelembe vevő és gyógyító orvosi kezelések mellett az adott személy számára elfogadható egyéb gyógymódok (tudományos alapon kialakított étkezés, relaxáció, mozgásterápia, egyéni pszichoterápia, csoportterápia, stb.) összekapcsolása és alkalmazása a daganatos betegséggel való küzdelem sikerességét fokozza. Amíg nem tudunk kellő időt, figyelmet, érzelmet, energiát, lelki és szociális segítséget

adni a hozzánk forduló betegeknek, addig sokszor hiába a szakértelmünk, hivatástudatunk, valójában a kuruzslók számára mi biztosítjuk a keresettséget.

S ezzel elérkeztünk a "kuruzslók" népszerűségének főbb lélektani okaihoz.

Hazánkban az 1989 óta, még napjainkban is tartó nagy társadalmi változások egyik hatásaként az emberek tömegei kerülhetnek részlegesen és időszakosan lelki regresszióba. Ez az állapot az emberek egy részénél szükségszerűen együtt jár a gondolkodásmód beszűkülésével, a realitásérzék gyengülésével, az adott életkornál gyermekesebb magatartással, egyes személyek eltúlzott idealizációjával, és a saját személyiségtől való átmeneti elidegenedéssel. Az előbb említett, un. primitív idealizáció még erősebben működhet a feldolgozatlan társadalmi változások miatt már eleve lelki regresszióban lévő daganatos betegeknél, akik bizonyos személyeket, módszereket és tárgyakat a külvilágban könnyen felnagyítanak és "teljesen jó"-nak, mágikus hatalmúnak látnak. Ez -a számos kedvezőtlen következménnyel járó- lelki védekező mechanizmus vágyaik szerint megvédi a beteg embereket a "rossz" emberektől, a "rossz" tárgyaktól, és a „rossz" eseményektől, tehát a betegségektől is. A regresszióban lévő betegek hajlanak arra, hogy realitás érzékük csökkenése és gondolkodási mechanizmusaik megváltozása miatt kockáztassanak, s kövessék a *"mindent, vagy semmit" elvét,* azaz akár elfogadják a csodadoktorok "gyógymódjait", "gyógyszereit".

Betegeink egy további hányada azért áramlik a "kuruzslókhoz", mert a jelenlegi egészségügyi struktúránkat még mindig a merev, szinte hűbérúri rendszer jellemzi. A kórház megfelelő, gyógyító pszichológiai légkörének kialakításával, a multidiszciplináris team létrehozásával, rugalmas, kiegyensúlyozott működtetésével, a betegek korai pszichológiai szűrésével, kezelésével, a hozzátartozók pszichoszociális támogatásával, a dolgozók köreiben gyakran tapasztalható kiégési szindróma megelőzésével, megállapításával, kezelésével nagyon kevesen foglalkoznak. Így a több ok miatt is bekövetkező lelki regressziós folyamat hatásait, az ebben az irányban nem képezett és védett dolgozók sokaságának kiégését, legtöbbször akaratunk ellenére, magunk is fokozzuk.

Eckhardt gondolataival zárhatjuk ezt a fejezetet: "nagyon ingoványos talajra érkeztünk tehát az alternatív terápia tárgyalásakor. Ezen a téren sok az indulat és kevés a tárgyilagos érvelés. Itt az idő tehát, hogy higgadt fejjel az orvos és a beteg is tisztán lásson." Ebben segítenek az ajánlott irodalom tanulmányai, melyek áttekintik a leggyakrabban igénybevett, elfogadott kiegészítő eljárásokat. Ugyanis meg kell ismernünk az alternatív (nem konvencionális/komplementer) gyógyászat helyzetét (kínálatát, teljesítményét, megítélését és a társadalmi igényt) nálunk, és más országokban. Csatlakozhatunk az elismert, mérvadó szakemberek javaslatához: egyetlen medicina van, amely működik, és rohamosan fejlődik. Ugyanakkor fontos, hogy a hivatalos orvoslás megszabaduljon feleslegesé vált elemeitől, és a természetes gyógymódok valódi értékei ne vesszenek el.

Ajánlott irodalom:

1. Abrahm, J. L.: The oncologist's expanding role. Cancer, 85, 8: 1645-1648, 1999
2. Begbie, S. D.: Patterns of alternative medicine use by cancer patients. Med J Australia, 165: 545-548, 1996
3. Bourgeault, I. L.: Physicians' attitudes toward patients' use of alternative cancer therapies. Can Med assn 155, 12: 1679-1685, 1996
4. Cohen, M. H.: Legal issues in complementary and integrative medicine. A guide for the clinician. Med Clin North Amer 86, 1: 185-195, 2002
5. Cohen, M. H.: Complementary and alternative medicine: legal boundaries and regulatory perspectives. Baltimore, Johns Hopkins Univ Press, 1998
6. Cohen, M. D.: Beyond complementary medicine: legal and ethical perspectives on health and ethical perspectives on health and human evolution. Ann arbor, Univ Michigan Press, 2000
7. Conklin, K. A.: Dietary antioxidants during cancer chemotherapy: impact on chemotherapeutic affectiveness and development of side effects. Nutr Canc 37, 1: 1-18, 2000
8. Doan, B. D.: Alternative and Complementary Therapies. In: Psycho-oncology. Ed.: Holland, J. C., New York: Oxford Univ Press, 1998
9. Eisenberg, D. M.: Unconventional medicine in the United States: prevalence, costs, and patterns of use. N Engl J Med 328:256, 1993
10. Eisenberg, D. M.: Advising patients who seek alternative medical therapies. Ann Intern Med 127, 1: 61-69, 1997
11. Eisenberg, D. M. et alii: Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. Result of a follow-up national survey. J Am Med Ass, 280: 1569-1575, 1998
12. Ernst, E. et ali: How useful are unconventional cancer treatments? Eur J Canc 35, 11: 1608-1613, 1999
13. Gundling, K. et alii: Nutrition, immunity and alternative therapies. In: Nutrition and Immunology: Principles and practice (eds. Gershwin, M. E. et al) Humana Press, Inc., Totowa, NJ, 1998
14. Helzsouer, K. J. et alii: Summary of the round table discussion on strategies for cancer prevention: diet, food, additives, supplements and drugs. Cancer Res (suppl) 54: 2044-2051, 1994
15. Kolonel, L. N., et alii: Vegetables, fruits, legumes and prostata cancer: a multiethnic case control study. Canc Epidemiol Biomarkers Prev 9: 795-804, 2000
16. Miller, A. B. et alii: Diet in the aetiology of cancer: a review. Eur J Cancer 30A, 2: 207-220, 1994
17. NIH Consensus Conference_ Acupuncture. JAMA, 280: 1518-1524, 1998
18. Rák K.: Quo vadis Medicina? Gondolatok az alternatív gyógyászatról. Orvostovábbképző Szle, VI. 6: 12-18, 1999
19. Riskó Á.: A nővér. In: A test, a lélek és a daganat. Bevezetés az onkopszichológiába. Animula, Budapest, 1999
20. Simone, Ch. B. et alii: Nutritional and lifestyle modification to augment oncology care: an overview. J Orthomolecular Med 12, 4: 197-206, 1996
21. Söllner, W. et alii: Attitude toward alternative therapy, complience with standard treatment, and need for emotional support in patients with melanoma. Arch Dermatol 133: 316-321, 1997
22. Sréter L.: A táplálkozás szerepe a daganatos betegségek kialakulásában és megelőzésében. OH, 140, 41: 2275-2283, 1999

23. Stoll, B. A.: Diet and exercise regimens to improve breast carcinoma prognosis. Cancer, 78, 12: 2465-2470, 1996
24. Studdert, D. M. et alii: Medical malpractice implications of alternative medicine. JAMA 280: 1610-1615, 1998
25. Wetzler, M: Alternative approaches to cancer. CME, 16, 7: 823-830, 1997

11. Pszichoszociális szempontból kiemelt figyelmet igénylő daganatos betegek sajátosságai

Az onkológiai betegségben szenvedő gyermekek, serdülők és idős betegek sajátos, erőteljes érzelmi megterhelést jelentenek nemcsak önmaguknak, hanem a hozzátartozóknak és a kezelőcsoport tagjainak egyaránt. A fiatalok onkológiai kezelésének eredményessége rohamosan fejlődik, de esetükben a szakembereknek különösen figyelnie kell a betegség és kezelésének aktuális és késői negatív pszichoszociális következményeinek uralására. A gyerekeknél és serdülőknél különösen kifejezett lehet a lelki regresszió a szükséges alkalmazkodás érdekében (a szerparációhoz, ismeretlen emberekhez, helyzetekhez, eszközökhöz és beavatkozásokhoz stb.). A lehetséges lelki tünetekről, folyamatokról az ezen a területen dolgozó szakembereknek minél többet szükséges tudniuk.

Az idős daganatos betegek élettapasztalataiknak, személyiségük érettségének köszönhetően igyekeznek alkalmazkodni a betegség és a kezelés okozta kihívásokhoz, de a szakembereknek az ő esetükben is fel kell ismerniük a lehetséges, komoly lelki és szociális kockázati tényezőket. Ezek közül a tünetek megjelenésével kapcsolatos vizsgálatok, a kezelések, a megbeszélések halogatása, a delirium kifejlődésének lehetősége, a pszichofarmakonokra adott sajátos reakciókat és a premorbid pszichiátriai/pszichológiai tünetek gyakoriságát (depresszió, nikotin-, alkoholfüggőség) emeljük ki.

11.1 Gyermekkorú daganatos betegek

Zsámbor Csilla

A gyermekkori daganatos betegségek gyógykezelése drámaian változott az elmúlt évtizedekben. A sokkal agresszívebb terápia hatására lényegesen javult a prognózis, de ennek ára bizonyos komplikációk fellépése. Így a gyermekkori daganatos betegségek leggyakoribb formája, az ALL hat hónapos túlélés esélye 4 % volt 1966-ban, ma a gyermekek 75,1 %-a a diagnózis után legalább 5 évet él. Mindemellett az ismételt kórházi tartózkodás, besugárzások, citosztatikus és szteroid kezelések rendkívül stresszt okozók, és hatásuk megzavarja a normális fejlődést, fizikai, szociális, tanulási és érzelmi problémákat okozva.

A betegek ma sokkal aktívabban vesznek részt a kezelésekben, mint korábban. A gyermek affektív, kognitív és viselkedési fejlődéséről szóló növekvő ismeretek és a lelki egészséggel foglalkozó specialisták nagyobb részvétele a gyermekonkológiában megváltoztatta a szemléletet az óvó-titoktartótól a fejlettségi szintnek megfelelő nyitott kommunikáció irányába. Úgy látszik, hogy a gyermekek ma már képesek felfogni állapotuk súlyosságát és krónikus jellegét, és a kezelés aktív résztvevőivé váltak.

Magyarországon, *Schuler Dezső* gyermekgyógyász professzor, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. sz. Gyermekklinikájának vezetőjeként elsőként kért fel pszichológust -. *Polcz Alaine* személyében - gyermek heamato-onkológiai osztályon való munkára. A hazai onkopszichológia megteremtése mindkettőjük szemléletalakító erőfeszítéseinek köszönthető. Hamarosan a hazai Gyermek Leukémia- és Tumor Terápiás Hálózat megszervezése következett. A II. sz. Gyermekklinika Országos Onko-haematológiai Központként - tíz alközponttal - működik majd három évtized óta. Az országban előforduló daganatos beteg gyermekek közel egy-negyede kerül a II. sz. Gyermekklinikára. A klinika évtizedek óta a látogatás szempontjából "nyitott", és az egyik szülő, többnyire az anya a gyógykezelés idején végig gyermeke mellett tartózkodhat.

A kórházba kerülés, a diagnózisközlés nehézségei

Minden gyermek szorongó magatartást tanúsít, amikor megtudja, hogy el kell szakadnia megszokott környezetétől, oltalmazó otthonától, óvodai, iskolai közösségétől, és az addig kialakult szociális szerepeitől. A kórházba kerülés önmagában is megterhelő, hiszen új környezetbe kerül, ahol minden idegen számára. Érzékeli, látja szülei megváltozott, riadt, feszült viselkedését. Félelmet keltenek benne az infúziós készülékek, és a kopasz, nemritkán végtag-csonkolt betegtársak látványa. A gyermekek a konkrét félelmek közül az elsők között említik a fájdalomtól, a betegségtől való félelmet. A stresszkeltő, félelemkiváltó helyzetek sorrendjében a betegség, a kórház, az orvosi helyzetek előkelő helyen állnak, és ezek a gyermekeknél még erősebben hatnak.

Az orvos a *diagnózis közlésénél* és a betegség lehetséges lefolyása, az orvosi eljárások ismertetésénél reményt nyújt a szülőknek, azonban a betegség várható kimeneteléről, a gyógyulásról nem adhat bizonyosságot. A szülőnek szembe kell néznie azzal a ténnyel, hogy elveszítheti gyermekét. A gyermek rosszindulatú megbetegedése, bizonytalan gyógyulási esélye a szülőkből félelmet és különféle egyéb érzelmet vált ki. Sokan az orvostól a diagnózis megtudásakor kapott hír hallatán összezavarodnak, a diagnózis annyira lesújtó, hogy nem is tudják követni az orvos szavait. Kezdetben tiltakozást tanúsítanak, hiszen nehéz elfogadni a hallottakat. A szülő ekkor el akarja hárítani a fenyegető valóságot, lázad ellene, ellenállásba menekül. Előfordul, hogy gyermeke betegségéért az orvosokat, vagy az orvostudományt okolja, és a tradicionális kezeléseket figyelmen kívül hagyva természetgyógyászhoz akar fordulni. Időre van szüksége ahhoz, hogy tisztázza magában érzéseit és vállalja a nehéz, odaadó és hosszantartó segítségét a beteg gyermeke mellett. A szülők gyakran félnek, hogy nem lesznek elég erősek ahhoz, hogy mindezzel megbirkózzanak. Félnek attól is, hogy hogyan fogadják a családtagok, a rokonok és az ismerősök ezt a betegséget.

A tapasztalat az, hogy szinte minden szülő gyorsan alkalmazkodik az új helyzethez, és olyan erőket tud mobilizálni, amelyekről eddig nem is tudott. Haragot is kivált a szülőből gyermeke betegsége. Haragot az egészségesek világával szemben. Bűntudatot, lelkiismeret furdalást is érez, a múltban vétett hibákért, és büntetést lát a malignus betegség megjelenésében. Bánatot, szomorúságot

éreznek a szülők, és ez a veszteség félelmét is magában hordozza. A gyermek daganatos megbetegedése súlyos megrázkódtatás az érintett családoknak. Maga *a diagnózis anticipált tárgyvesztést jelent*, és ez a tudatban egy közelgő katasztrófát jelez. Előfordul az is, hogy a hagyományos, konzervatív gyógykezelési folyamatot elutasítják. Egyes nyugati országban a gyermekek és serdülők fokozottabb részvétele a kezelés eldöntésében, megtervezésében jogi-etikai kérdéseket is felvet. Általában l8 éves kor alatt az USA-ban szükséges a szülői beleegyezés a gyógykezelésbe, kivéve a sürgősségi ellátást. Jelenleg az a szülői mulasztás, amely a beteg gyermek számára nem biztosítja az adekvát orvosi kezelést, az összes államban büntetőjogi véteknek számit. Ha a szülők gátolják a gyermek kezelését, az orvosok a bírósághoz fordulhatnak, és kérhetik a gyermek gondozásába vételét a kezelés idejére. Ez az eljárás azonban csak abban az esetben fogadható el, ha az orvos meggyőződése szerint a kezelés hatékony, legalábbis annyira, hogy hosszantartó remisszió várható. Magyarországon a szülő lemondhat a gyermek kezeléséről jogi következmények nélkül, bár ez az eset rendkívül ritkán fordul elő.

A szülő tájékoztatása után, csak a hozzájárulásukkal kerülhet sor a gyermek felvilágosítására, amit a szülő ritkán vállal magára, inkább szakemberre bízza (orvos, pszichológus). A gyermek életkora nagymértékben meghatározza azt a kommunikációs módot, amit tájékoztatása során alkalmazni kell.

Életkori sajátosságok

A distressz kialakulásában jelentősége van annak, hogy a diagnózis megállapítása, illetve a betegség kezelése mely életkorban történik. A fiatal gyermekkorban kevesebb lelki traumát okoz a daganatos betegség, mint a nagyobb gyermekeknél és serdülőknél. A fiatalabb gyerekek kevésbé értik meg helyzetük súlyosságát, míg az idősebbek tisztában vannak azzal, hogy az életük forog kockán, betegségük életüket veszélyezteti. A helyzetük, állapotuk megértése okozza a hosszabban elhúzódó és komolyabb hatású distresszt.

A gyermekek különféleképpen reagálnak betegségükre, a gyógykezelésre és kezelés utáni kihívásokra. Mindenesetre a gyermek életkora, szorongásának szintje, az egész folyamattal kapcsolatos élmények sorozata, az orvosi beavatkozások erőssége, és a szülői distressz a legfontosabbak.

A fiatalabb gyerekek nagyobb stresszről számolnak be az orvosi beavatkozásokkor, azt gondolják, hogy az orvos, vagy a nővér bünteti őket valamilyen rossz tettükért. Közülük többen azt hiszik, hogy meghalhatnak ezektől a beavatkozásoktól. Korcsoportonként változó, hogy a betegek mit tartanak fenyegető, stresszkeltő szituációnak. Az életkor növekedésével párhuzamosan csökken az irracionális félelmek és fenyegetések gyakorisága és csökken a testi-fizikai következmények iránti érzékenység, a fájdalomtól, sérüléstől való intenzív félelem is. A gyermek kognitív fejlettségi szintjétől, és aktiuális érzelmi állapotától függ, hogy betegségéből, annak kezelési céljából mennyit képes megérteni.

A daganatos beteg gyermek viszonya a gyógykezeléshez

A kórházba kerüléskor minden esetben bekövetkezik a gyermekek intellektuális, emocionális és viselkedési regressziója, az életkortól függetlenül. Ezt az anyák tartósíthatják aggodalmaskodásukkal, eltúlzott kényeztetésükkel, és azzal, hogy a bánásmódjuk nincs tekintettel a gyermek életkorára. A betegápolás mesterséges regressziót okoz, ami ellentétes a fejlődés karakterisztikus változásával. Azokat a funkciókat állítja le, amelyek a gyermek személyiségfejlődésének fontos eredményei, mint többek között az elért önállóság. A fejlődés minden állomásán a környezet megfelelő attitűdje kell, hogy segítsen, és ha nincs ilyen, a fejlődés eltorzul. A regresszió a gyermekből is kiindulhat, mint védekezési mechanizmus, hiszen olyan helyzetbe kerül, ami számára megoldhatatlannak tűnik. A regresszív viselkedés megnyilvánul a gyógyító team tagjaival folytatott interakciókban is ellenállás formájában, és ez gyakran megnehezíti a gyógykezelést.

A leggyakoribb ellenállás az előirt kezelés be nem tartása. Az orális gyógykezelés esetén a 13 év alatti pácienseknél 33% -ban, míg a serdülőknél 59%-ban fordul elő a gyógyszerszedés hiányossága. Kisgyermekeknél az orvosi kezelésben a szülői részvétel fokozottabb, mint a serdülőknél.

A fájdalmas beavatkozások ill. a műtétekre való felkészítés

Leukémiás betegségek esetén a kezelésekhez a gyakran ismétlődő, a gyerekekből irtózást kiváltó beavatkozások szükségesek: csontvelő-mintavétel, lumbalpunkcio, vérvétel vénából. Az ilyenkor alkalmazott enyhe fájdalomcsillapítás ellenére a beavatkozások fájdalmasak, és lelkileg nyomasztóak. A gyermekek ezekben az esetekben nyugtalanok, sírnak, sikoltoznak, aktívan ellenállnak, érzelmi támogatást és fizikai kontaktust igényelnek. Szóban is kifejezik ellenkezésüket, félelmüket. Minél többet akarnak tudni az alkalmazandó eljárásról, és esetleg követelik az elhalasztását. Az életkornak megfelelő magyarázat, előkészítés hasznosabb, mint az elkoptatott "megnyugtatás": nem fog fájni, nem lesz semmi baj, stb. A daganatos pacienseket más gyermekgyógyászati betegekhez képest nagyobb pszichés terhelés éri, hiszen megijeszti őket, hogy ilyen beavatkozásoknak kell magukat alávetniük. A szülők gyámoltalanul, bűntudattal telítve nézik gyermekük szenvedését. Vannak anyák, akiknek jelenléte még izgatottabbá teszi gyermeküket, így tovább nehezíthetik a vizsgálati helyzetet, és vannak olyanok is, akik csillapítólag hatnak. A beavatkozás erőssége is befolyásolja a gyermek aggodalmát. A csontvelő aspiráció során a gyermek kifejezetten oltalomra, nyugtatásra vágyik. Ha egy invazív eljárás miatti félelemkeltő helyzetben a szülő nyugodtnak mutatkozik, akkor segítségére van gyermekének a félelem leküzdésében, és annak oldásában. A gyermek számára a legfontosabb személy a szülő, leginkább ő tudja erősíteni a gyógyulni akarás érzését. Az anya/apa képes arra ösztönözni, hogy a kezeléseknél bátran, fegyelmezetten viselkedjék.

Az un. dorgáló szülők gyermekei (fiúk, lányok egyaránt) sokkal nehezebben alkalmazkodnak testi panaszaikhoz, és küzdik le aggodalmaikat. Náluk rendkívüli mértékű szeparációs félelem és kóros kötődési igény tapasztalható.

Nagyobb gyerekeknél gyakorta tapasztalható a szégyenkezés, ha nem voltak képesek megőrizni önuralmukat, és általában kérik, hogy az anya ne legyen jelen a beavatkozás idején. Ragaszkodnak viszont ahhoz az orvoshoz, aki először végezte náluk a fájdalmas vizsgálatot. A gyermek szorongása lehet eredménye és egyben oka is az ilyen orvosi műveletekkel járó fájdalmaknak, és a kezelési mellékhatásoknak. A szorongás kölcsönhatásban van a fájdalommal: a szorongás növelheti a fájdalmat és fordítva, a fájdalom növelheti a szorongást.

A beavatkozás előtt az anya és a gyermek részletes felvilágosítást kap az eljárásról az orvostól vagy pszichológustól, ezzel lehetőséget kínálva arra, hogy kérdezhessenek, hogy minden apró részletet megismerhessenek.

Ha az amputáció elkerülhetetlen, a beteg gyermeket fel kell készíteni a csonkoló műtétre. A kivizsgált beteg már tudja, hogy rosszindulatú daganata van, és emiatt nagy műtét előtt áll. A legfontosabb az, hogy az orvosnak nem megmondania kell, hogy amputáció vár rá, hanem rávezetni. Nagyobb traumát okoz, ha egy ilyen traumatikus információt kívülről kap, mert akkor támadásnak érzi. A beszélgetésben a műtétről, mint életmentő beavatkozásról esik szó: a rosszindulatú daganatot el kell választani a test egészséges részétől. El kell jutni odáig, hogy a gyermek maga kérdezzen rá: tehát le kell vágni? A válasz minden esetben: az életed érdekében, igen. Idő kell hozzá, hogy a gyermek felfogja és elviselje, mit jelent az, ha az élete érdekében ezt az áldozatot meg kell hoznia. Egy idő múlva megindul a realitásra vonatkozó kérdések áradata. Pontosan olyan ez, mint minden gyász elején: amikor az ember elveszít valakit, azonnal beleveti magát a gyakorlatias ügyek intézésébe, hogy megkönnyítse a veszteség elviselését. A gyermek tehát fontos dolgokat kérdez: milyen protézist kap, ki tanítja meg a használatát, mennyire tud mozogni, járhat-e iskolába, sportolhat-e.

A csontvelő-átültetésre kerülő gyermekek felkésztése összehangolt team munkát igényel. A beteg felkészítéséhez tartozik, hogy az egész család találkozik a transzplantációt végző orvossal, abban a kórházban, azon az osztályon, ahol a beavatkozás megtörténik. A szülők gyakran otthonukban keresik fel a csontvelőtranszplantáción átesett gyermeket és családját. Ha az egészséges testvér a beteg donora, külön fel kell készteni a pár napos kórházi tartózkodásra és vérvételekre. Ellenállását és haragját a beteg testvérrel szemben az a büszkeség váltja fel, hogy egyedül ő lesz, aki meg tudja gyógyítani, menteni a haláltól a testvérét.

A kemoterápia szomatikus következményei

A hányingert és hányást írják le a kezelés egyik legkellemetlenebb és a szervezetet legyengítő mellékhatásaként. Ezek a kezelés sűrűn előforduló epizódjai, a fizikai kellemetlenség mellett lelki kínt is okozva a gyermekeknek. Szégyenlik a hányást, ilyenkor igyekeznek távol tartani magukat társaiktól.

A nagyobb gyermekek a kezelés mellékhatásaként fellépő erősebb hányingerre panaszkodnak, mint a náluk fiatalabbak. Ráadásul, a szorongás szintje a kezelés külső körülményeivel is összekapcsolódik. Ha egy kezelés elmarad, számos gyereknél akkor is megjelennek a mellékhatások: a hányinger, hányás, azaz az anticipált tünetképződés beindul. A gyermekeknél gyakran már a kezelés előtt jelentkeznek a fenti tünetek, mint anticipált émelygés, hányás. Ezek mintha a klasszikus kondicionálás eredményeként alakultak volna ki. A kellemetlen mellékhatások korábban semleges ingerekhez kapcsolódva is kiváltódhatnak.

A kemoterápiával történő kezelés következtében *megváltozott fizikai megjelenés* nemcsak állandó képi emlékeztetője a betegségnek, hanem azt az érzést is előidézi, hogy különbözik a társaitól. A kopaszodást a kemoterápia traumatizáló mellékhatásának írják le, egyben a testkép szignifikáns változásaként. Némelyik gyermek jól tűri a hajvesztést, mások bosszantónak élik meg, sőt szorongást okozónak. A hajveszteség okozta testkép megváltozását úgy fogják fel a betegek, mint fenyegetést a jó közérzet ellen, és ez szorongást provokál.

A gyerekek reakciója a kopaszságra különböző a kognitív fejlődés egyes stádiumaiban. Óvodáskorúak ritkán érzik, hogy a hajhullás valamilyen alkalmatlanság lenne, mivel még nemigen foglalkoznak külsejükkel. Az iskoláskorúakat jobban zavarja a kopaszság, mivel ők növekvő én-tudattal bírnak és befolyásolja őket, hogy mások hogyan észlelik őket és ők saját magukat. A testi torzulások ugyanúgy gyötrik a szülőket, mint gyermekeiket, még ha a változás időleges is. A szülő reakciójától (szégyellik a gyermek külsején látható végbemenő változásokat) függ, hogy a gyermek hogyan fogadja el saját magát. A deformitás szülői elfogadása és a következetes támogatás alapvető szerepet játszik a páciens lelkiállapotában, és ez által a kezelés folytatásának elfogadásában.

A család

A daganatos betegség diagnózisának meghallása megrendítő hír a szülők számára. A család aktivitása megtörik a betegség és a kezelés miatt, és ezután mindent a beteg gyermek körül terveznek. Tapasztalatok vannak a gondoskodó, sőt aggódó szülő és a beteg gyermek között kifejlődő koalícióról, és hogy e koalíció hogyan szervezi a családot ezen központi viszony meghatározta szabályok szerint. A szülőknek meg kell oldaniuk a dilemmát, hogy hogyan osszák meg az időt a beteg és az egészséges testvérek között. Elveszthetik hitüket eddigi szülői gyakorlatukban, és magukat hibáztathatják a betegség miatt. A növekedésben lévő daganatos gyermek megváltoztathatja a szülő "szülői" hatékonyságának érzetét. Az ilyenkor megjelenő viselkedésminták problémákat eredményeznek: így megjelenhet a túlzó féltés, a következetlen fegyelmezés, a harag kifejezése a gyerek felé, éppúgy, mint az elkényeztetés. Ugyanakkor a szülői elvárások hirtelen megszűntetése önmagában is elegendő, hogy a beteg gyerek az interakciók során saját lehetőségeit próbálgatva "kiolvassa" sorsát az anya viselkedéséből. A szülő gesztusaival önkéntelenül kommunikálja szorongását. A szülő érzelmi stabilitását próbára teszi, ha gyermekük fájdalmakkal teli gyógyítása alatt ismétlődően kórházba kerül és a halál lehetősége is fennáll. A gyógyító rendszer a szülői stressz

további oka. A szülők, akik készek megküzdeni gyermekük élet-veszélyeztető betegségével, megtanulják megérteni mind az orvosi zsargont, mind a számukra sok tekintetben ismeretlen gyógyászati rendszert. Ha a gyermek hazakerül a kórházból a diagnózist követően, az is komoly aggodalmat okoz. A szülők felmérik, hogyan biztosítsák a megfelelő otthoni gondozást. A külső kezelésnél szállítani kell oda-vissza, gyakran különféle helyekre. Ez további anyagi megterhelést okoz, és a családi szerepek átrendezését igényli.

A daganatos betegségben szenvedő gyermek családjában olyan változás történik a betegség megjelenésével, hogy emiatt eddigi életük alapvető rendje felborul, a holnapok esetlegessé válhatnak, és a szülőknek meg kell tanulniuk a kínzó bizonytalansággal együtt élni. A bizonytalanságból fakadó feszültségek az egész családra kihatnak. A család egyik tagjának súlyos betegsége esetén pszichésen az egész család sérül.

Mivel a gyermek betegsége az egész családra és működésére hatással van, az hogy a családok hogyan alkalmazkodnak, nemcsak attól függ, hogy hogyan használják erőforrásaikat, de attól is, hogy hogyan kezelik az egyes családtagok eltérő reakcióit.

A testvérek

A beteg gyermek testvérei különös figyelmet igényelnek. A szülők a testvérek elől nem hallgatják el a betegség súlyosságát, és lehetséges következményeit. Felkészítik őket arra, hogy a beteg testvér külsőleg is megváltozik, hogy az anya hosszú ideig a kórházban lesz beteg testvérükkel, így a családi működés is megváltozik. A súlyos betegség ok arra, hogy a beteg családtag különleges figyelmet élvezzen. A felvilágosítás ellenére, az egészséges testvérek gyakran azt gondolják, hogy szüleik tudatosan hanyagolják el őket. Ennek jelei: viselkedészavar és pszichoszomatikus tünetek, mint például az éjszakai ágybavizelés, fejfájás, hasi panaszok, iskolai teljesítményromlás, depressziós magatartás és a betegségtől való félelem. A szülői felügyelet csökkenése, a családi szokások megváltozása, a haláltól való rettegés jelentik a feszültségforrásokat. Bűntudatosak, mert menekülnének a betegségtől, és haragot, bosszúságot éreznek a beteg testvérük iránt. A beteg gyermek külsejében fellépő drámai elváltozások elősegítik, hogy a fiatal testvérek megértőbbé váljanak, de ugyanakkor "szégyenlik" is testvérük másságát. A testvérek szoronganak saját egészségük miatt is. Pszichoszomatikus tünetképződésük hátterében, egyrészt a beteg testvérrel való azonosulás, másrészt szüleik figyelmének felkeltése húzódik meg. Azt kívánják, bárcsak ők is betegek lennének. Magatartásbeli változások lépnek fel, így a szülőktől való eltávolodás jelei is észlelhetők. Gyakran úgy érzik, hogy őket kihagyják a beteg testvérük orvosi kezeléséből, és aggódnak, hogy a szülők, vagy ők maguk is meg fognak halni. A daganatos gyermekek testvéreinek meg kell tanulniuk azoknak a gyakorlati korlátoknak elfogadását, amit a krónikus betegség okoz az egész család életében. Abban a szakaszban, amikor a beteg gyermek már több időt tölthet otthonában, az elszenvedett fájdalmas tortúrák, rosszullétek, mozgáskorlátozás, folyamatos frusztráció után nem ritkán agresszívvé válik. A beteg gyermek a be-

tegsége miatt megszerzett nyereségéről képtelen lemondani, vagyis hogy az anya csak az övé. Haragszik a testvérére, aki egészséges, és mindig otthon lehet. A testvérek közötti viszony is sérül. Az egészséges, otthon maradt testvérek a család perifériájára kerülnek, elkerülhetetlen lelki károsodásuk. Minél fiatalabb a testvér, annál súlyosabbak a személyiségfejlődés zavarát okozó tünetek.

A szülők

A gyermek betegsége és kezelése újra felszínre hozhatja vagy felerősítheti a korábbi családi problémákat. Némelyik szülőt a betegség lelkileg megedzi, és sikeresen alkalmazkodik a helyzethez, míg másoknál gyakran pszichológiai és pszichiátriai zavarokat írtak le. Egyesek érzelmeik kifejezésével küzdöttek, mások zárkózottá váltak. Egyesek optimisták, mások fatalisták voltak. Egyesek sztoikus önbizalommal rendelkeztek, mások a családtól és barátaiktól is eltávolodtak. A leukémiás gyermekek szüleinél megfigyelték, hogy legtöbbjük sikeresen küzd a stresszhelyzettel a diagnózist követő 6 hónapban. Emellett némely család erősen kifejezi, hogy segítséget vár. A szülők környezettel szembeni reakciója az idővel változik a szomorúság és derűsség, harag és elfogadás, optimizmus és pesszimizmus, a valóság elfogadása és annak elutasítása között. A diagnózisközlés és kezelés kezdetekor mutatott megbirkózási stílus előrejelzi a magatartást a következő egy-két hónapos periódusra. Segíti a megküzdést a családi és baráti támogató rendszer, a családtagok hasonló hozzáállása, éppúgy, mint további stresszorok hiánya. Egyes tanulmányok számos családi problémát és patológiás jelenséget írnak le, mint a gyermek daganatos betegségének következményét. A szülők több mint 50 %- nál növekedett a szorongás, a depresszió, alvászavarok, gyötrő-kényszeres tünetek léptek fel diagnóziskor. Nyolc hónappal később, a remisszió periódusában viszonylag magas arányban folytatódtak a distressz tünetek, jóllehet a gyötrő-kínzó elkeseredettség csökkent, a szorongás és a depresszió mértéke magas maradt. A 12 hónapos retrospektív felmérés több alanynál talált pszichológiai distresszt, ami főleg alvászavarban és depresszióban nyilvánult meg. Egyes vizsgálatok szerint a leukémiás gyermekek anyáinak negyede klinikailag depressziós és szorongó volt a diagnózist követő 1-8 hónapban. Más kutatók is leírnak problematikus magatartásformákat és reakciókat, de ezeket nem tekintik kórosnak. E különbségeknek az a lehetséges magyarázata, hogy a családokat a betegség és kezelés egy-egy pontján tanulmányozzák, nem pedig a betegség folyamatában végigmenve. Az adatokat némely tanulmány visszatekintve gyűjti, továbbá a szakértők között különbségek vannak a "megbirkózás" fogalmának értelmezését illetően. A szülők problémamegoldó válaszai változnak a diagnózistól és az aktuális állapottól. Például, sokkal hatékonyabb családi megküzdést eredményez a jó családi szervezettség, összetartás, érzelmi nyitottság, házassági harmónia. Kutatások bizonyítják, hogy a krónikus betegséghez való alkalmazkodás - különösen így van ez a daganatos betegségeknél általában, - független a betegség típusától és súlyosságától. A szülők érzelmi nyitottsága, kevesebb konfliktussal, több erkölcsi és lelkiismereti-, vallási hangsúllyal erősítik a betegséghez való alkalmazkodást. A daganatos gyermekek szüleinél a nagyfokú

distressz ellenére a válási arány nem nagyobb, mint az átlag népességben. A gyermekek krónikus betegsége esetén is úgy tűnik, hogy a családok stabilak maradnak. Még azon esetekben is, ha korábban voltak házassági nehézségek, a szülők úgy döntöttek, hogy együtt maradnak, mindvégig a kezelés idejére. A házastársak közötti nézeteltérések lecsökkentek, figyelmük középpontjába inkább a betegség, a kezelés került, saját kapcsolatuk helyett, de lehet, hogy a kezelés befejezésénél súlyosabbá válhatnak a közöttük lévő problémák. Végül is megállapítható, hogy ha a daganatos betegségek túlélőinek fizikai állapota kielégítő is, a daganatos betegség élmény nagymértékben befolyásolja a szülők és testvérek életét is.

A megküzdéssel kapcsolatos vizsgálati eredmények

A serdülőkkel és gyermekekkel végzett kutatások eredményei szerint a fiatalabb gyerekek több elsődleges megküzdést (a stresszkeltő helyzet közvetlen megváltoztatására irányuló erőfeszítés) alkalmaztak, mint másodlagos coping-ot (a körülményekhez való alkalmazkodásra tett kísérlet), azaz előnyben részesítik a környezet megváltoztatását a kognitív megoldásokkal szemben.

A beteg gyermekek gyakrabban alkalmaznak figyelemelterelést és szociális visszahúzódást a betegséggel kapcsolatos probléma esetén.

A beletörődés gyakoribb az idősebb gyermekek esetében, mint a fiatalabbaknál, mások hibáztatása is gyakoribb náluk, ha betegséggel kapcsolatos stresszről van szó.

Orvosi vizsgálatokkal és eseményekkel kapcsolatban az egyetlen konzisztensen azonosítható megküzdési típus a *passzív, vagy elkerülő* és az *aktív, vagy információkereső* végpontokkal jellemezhető dimenzió. A betegséggel kapcsolatos szituációkban a fiúkra jellemzőbb a *kognitív újraértékelés* és az *önkritika*, mint a lányokra, akik viszont *érzelmi regulációt* és *szociális támaszkeresést* alkalmaznak gyakrabban, mint az ellenkező nem. Általános probléma esetén azonban nincs különbség a nemek között az alkalmazott coping stratégia számának és típusának tekintetében.

Az iskola

Az iskola fontos szerepet játszik abban, hogy az érintett gyermek érzelmileg feldolgozza betegségét, és visszataláljon a mindennapi életbe.

A gyermek-onkológiai kezeltek megfelelő iskolai beilleszkedésének egyik kritériuma az, hogy mennyi idő telik el a kezelés megkezdése és az iskolába való visszatérés között. Az iskola éppúgy jelenti a gyermek életében a folyamatosságot, mint a szociális aktivitás színterét. A rendszeres iskolalátogatás elősegíti a normális fejlődést, megakadályozza a társaktól való elszigetelődést, és így a szociális regressziót. A gyermek sikeres rehabilitációjának az iskolába való korai visszatérés fontos tényezője. Pozitív iskolai tapasztalatok csökkenthetik a gyermekek negatív érzelmi válaszait a betegségre és a kezelésre, segítve őket abban, hogy tanulmányait befejezze, és szociálisan elfogadott legyen. Annak elle-

nére, hogy a legtöbb beteg képes megtartani iskolai aktivitását a kezelés korai ambuláns szakaszában, némelyiknél felléphet növekvő szorongás és fóbiás reakció. Megjelenhet a félelem a visszaeséstől, vagy attól, hogy képtelen " megkapaszkodni". Az onkológiai beteg gyermekek gyakran fáradtak, tartanak a kezelés mellékhatásai okozta tünetekre adott negatív reakcióktól, gátlásossá válhatnak, szégyenkezhetnek. Érezhetnek félelmet társaiktól, vagy az iskolai személyzettől. Az a tapasztalatunk, hogy lényeges, hogy amint lehet a beteg gyermek járjon újra iskolába. Az orvosok is tudják ennek a jelentőségét, és igyekeznek figyelembe venni a kemoterápiás kezelések beállításánál is. Azonban a kezelések komplex volta, a rutinszerű dolgok sűrűsége, a beteg állapota, neutropenia (alacsony fehérvérsejt szám), fertőzés, bárányhimlő az iskolai osztályban mind nehezítik az iskolába járást. Ezek miatt a daganatos gyermekek esetében nagyarányú az iskolai hiányzás. A 83 fiatal páciensnél végzett vizsgálatnál több, mint a felénél (13-23 év között) jelentkeztek a betegségből eredő problémák az iskolába való visszatéréskor. A gyerekeknek ez nagyobb problémát okozott, mint maga a kezelés. Szükséges lehet, hogy a gyermek magántanulóként folytassa tanulmányait. A tanulást a klinikán is folytatni lehet, ahol kórtermi oktatásra szakképzett tanárok állnak rendelkezésre az akut kezelés idején. A kórházi pedagógia a már kialakult szociális szerepek megtartására ösztönöz, a gyermeknek nem kell megválnia az eddigi osztálytársaktól, nem veszti el az osztályközösségét. Nem fárad ki fizikailag, szellemileg és elkerüli a mindennapi feleltetéssel járó izgalmakat. Évtizedek óta gyakorolják hivatásukat a pedagógusok a II. sz. Gyermekklinikán, a haemato-onkológiai osztályokon.

Pszichológiai problémák a gyógykezelés alatt

Kisded kortól a gyermek fejlődése a nagyobb én-kontroll és egyszersmind az őt körülvevő környezettel való mind több kapcsolat irányába halad. A daganatos betegség fenyegető veszedelmet jelent a világ meghódítására készülő, a járni éppen tanuló kisgyermeknek, az óvodáskorúnak, és az iskoláskorúnak egyaránt. Az orvosi beavatkozások miatti korlátozottság interferál a normál fejlődéssel. Az aktivitást, a kapcsolatokat érintő korlátozások, azt sugallják a gyermekeknek, hogy betegségük nagyon komoly.

A tapasztalatok szerint a kezelés alatt álló gyerekeknél megnyilvánuló tünetek az emocionális zavarok, a növekedő szorongás, a depresszió, a lelki regresszió és a visszahúzódás. Az elsődleges depresszió inkább az idősebbekre jellemző. A hosszú kezelési folyamat során megfigyelhető hangulat és magatartásbeli ingadozásoknak lehet pszichopatológiai háttere, de sok esetben a demonstratív megküzdési folyamat megnyilvánulásai. Súlyosabb, a felnőtt betegek kezelésénél ismeretes problémák, pl. delírium, ami a gyermekeknél ritkán fordul elő. Maradandó tüneteket majdnem minden kezeltnél találtak az első egy- két évtizedben, magatartási zavarokat mintegy felénél, a fiúknál nagyobb mértékben, mint a lányoknál.

Szociális következmények

A krónikus beteg gyermekek kortársakkal való viszonyát tanulmányozva nélkülözhetetlen az aktuális érzelmi és szociológiai helyzetük megértése. Daganatos gyermekeknél kialakulhatnak komoly szociális alkalmazkodási nehézségek és szociális rutinbeli hiányosságok. A fizikai külső megváltozása, a társaktól való elkülönítés, az ismétlődő kórházi kezelés életviteli megszorítást eredményez. Korlátozza a gyereket fizikai aktivitásban, sportolásban. A kortársak, a szülők, más felnőttek reakciói elmélyíthetik a szociális izoláltság és alkalmatlanság érzését, bár számos tapasztalat azt jelzi, hogy a krónikus beteg gyermek szociális megbecsülése nem szükségszerűen csökken a betegség és annak kezelése miatt.

A gyermek halálfélelme, haláltudata. A terminális időszak

A gyermeki személyiségfejlődés bizonyos szakaszában előtérbe kerül a halálfélelem, mint tárgyvesztéstől való félelem - reális alapok nélkül is. Az egészséges *3-5 éves* gyermek olyan változásnak éli meg a halált, ami nem állandó és törvényszerű, csak úgy esetlegesen van. Adott szituációban átéli, hogy őt is fenyegetheti. Az *5-9 évesek* már elképzelik a halált, de még visszafordíthatónak gondolják. *9 éves kortól* ismerik fel, ez egy kikerülhetetlen, törvényszerű biológiai folyamat. Zavartalanul fejlődő gyermeknél ez messzi távolba tolódik, a realitásnak megfelelően. A daganatos beteg, infaust állapotú gyermek számára fenyegetővé, énközelivé válhat..." Egészen kicsi gyermekek is archaikus, animális szinten megélhetik a halálfélelmet. A kisgyerekek az utolsó pillanatig érdeklődést mutathatnak a külvilág iránt, ha nem szenvednek nagyon, ha tudatuk tiszta, s környezetük jól viszonyul hozzájuk.”

" A súlyos, gyógyíthatatlan beteg gyermek esetében a szenvedés, az erő hanyatlása, a belső szervi érzékelések, rosszullétek, más betegek látványa, társak elvesztése sietteti a haláltudat kialakulását és ezzel párhuzamosan a halálfélelmet is. Ezt fokozza a környezet magatartása, amiben, mint tükörben látja saját állapotának súlyosságát."(*Polcz*)

A gyermekek rendkívül fogékonyak, érzékenyek a metakommunikációra. A gyermek a halálfélelem okozta feszültséget a felnőttnél is nehezebben tudja elviselni. A szülő számára a gyermek halála saját részleges halála is. Az, hogy nem tudják megvédeni a szenvedéstől, félelemtől, a haláltól - fokozza kínlódásukat. Ha a gyermek a halálról beszél, vegetatív tünetekkel szoronganak, lelki blokk állapotába kerülnek. Az orvosok rendszerint kudarcnak élik meg a tényt, hogy nem tudják a gyermeket megmenteni. Mivel gyógyításra vannak beállítódva, a gyermek halálfélelme kudarcélményüket csak súlyosbítja, ezért szintén hárítanak. *A nővérek*, akik a gyermek testi gondozói, a beteghez közel kerülve szintén hárítanak, mindenekelőtt tehetetlenségük, az empátia, a fenyegető veszély, és a saját fel nem dolgozott halálfélelmük miatt. *A felnőttek* - klinikai tapasztalatok szerint - a gyermek halállal kapcsolatos közléseire és jelzéseire a következő módon reagálnak: úgy tesznek, mintha meg se hallanák, mintha nem értették volna meg, másról kezdenek beszélni, tevékenykedni kezdenek körülötte, leszidják a

gyereket, figyelmeztetik, hogy ne beszéljen bolondságokat, bagatellizálnak, humorizálnak, áloptimizmussal válaszolnak, vagy agresszíven elutasítják a témát. Ha a felnőttek elhárítanak, a gyermekek kénytelenek elfogadni ezt a szabályt és titkolózni kezdenek. A probléma elfojtása látszólag nyugalmat ad az osztálynak, ami azonban csak átmeneti megoldás, mert a feszültségek valójában még erősebbek.

A *terminális stádium* bekövetkeztét a szülők túlnyomó része csöndes belenyugvással fogadja. Kevesen fejezik ki kívánságukat, hogy nem kérik gyermekük életének hosszabbítását a szenvedésük miatt, és sokan az utolsó pillanatig reménykednek.

A szülők viszonyulása a gyógyító team tagjaihoz

A kórházi személyzet tagjai a különböző stádiumban lévő betegeik miatt sokszor azonos időben élik meg a betegség különböző szakaszait. Jellemző, hogy itt nehezebb az ápolás és a kezelések menete, mint egy átlagos gyermekosztályokon. A gyermekükért olykor szélsőségesen aggódó szülők állandóan érdeklődnek, apróságokból is problémát formálnak. Ha a beteg állapota rosszabbra fordul (nem a betegség progrediál, hanem a kezelés melléktünetei halmozódnak), rendkívül izgatottá válnak, rémületükben kapkodnak, futnak a nővérekhez, az orvosokhoz, mert a gyerek hány, hőemelkedése van, nem akar enni stb. Tanácsokat kérnek, és minden tünetre szeretnének azonnal választ kapni. Ez a nyugtalan, rémült szülői magatartás a kezelés folyamán enyhül, és a beteg gyermek állapotának megfelelő aktivitással vonódnak be a gyermek ápolásába, gondozásába. A szülők tevékenyen részt vesznek az osztály életében segítő észrevételeikkel, konkrét segítségükkel. Szükség esetén segítenek más gyermekén is. A nővérek megszeretik a gyermeket, az anyát, a szülőket, ismerik problémáikat, kötődnek hozzájuk, így természetesen a gyógyíthatatlan gyermekek elvesztése még nagyobb megrázkódtatást okoz. Paradox helyzet, de a nővérek éppen a gyógyult betegekkel találkoznak ritkán, hiszen azok csak az ellenőrző vizsgálaton, az ambuláns rendelésen jelennek meg, az osztályra nem is mehetnek fel a fertőzés veszélye miatt.

A kórházi foglalkoztatás jelentősége

A gyermek legfontosabb tevékenysége a játék. A daganatos betegség negatív élményei mellé fontos örömélményeket társítani, játékot, játszási lehetőséget biztosítani. Az osztályhoz tartozó játszószoba, már önmagában is jó hatású, hiszen ki lehet kerülni a kórterem falai közül. A gyermek-foglalkozató lelkes munkájával naponta feledteti a betegségüket, - alkotó, örömet okozó, kreatív játékkal, agyagozással, szalmafonással, bőrművességgel, üvegfestéssel. A szabad és kötött játékfoglalkozások terápiás értékek. A közös alkotó munka vezet az aktivitás, az önkifejezés felé, és segít szocializálni és alkalmazkodni a gyermekeket. Játék közben "elfelejtenek" szorongani, megszabadulnak egy időre félelmeiktől,

érzelmileg feloldódnak. A beteg gyermekek a játszóban biztonságban érzik magukat. Az anyák a játék ideje alatt vásárolnak, vagy beszélgetnek, nincsenek a játszóban. A játszószoba jelképesen beviszi a külvilágot a kórház falai közé.

Viselkedésterápiás eljárások a gyermekonkológiában

A gyermekek részéről a daganatos betegségek egyre hatékonyabb gyógyításával összekapcsolódott a diagnózis megtudásával, a kezelésekkel és a rehabilitációval összeszövődött, majdnem mindig fellépő ellenérzés, esetenként elutasítás. Ezeknek a tüneteknek a pszichológiai kezelésére alkalmasak lehetnek a viselkedésterápiás beavatkozások. Ezeknek célja az általános distressz csökkentése, a hányinger és hányás enyhítése, a fájdalmak uralása az orvosi beavatkozások alatt, a kooperáció növelése.

A főbb alkalmazott eljárások

- A *kontingencia (egyidejű megerősítés) kezelés* lényege, hogy a gyermek pozitív viselkedése az orvosi beavatkozások során megfelelő szimbolikus "jutalmat" kap a vele interakcióban lévő gyógyító személyzettől, és a szülőktől.
- A *figyelemelterelés* alkalmazásánál a gyermek figyelme egy érdekes és kihívó feladatra összpontosulhat, blokkolva a hányinger, vagy fájdalomérzet megjelenését. Erre megfelelő pl. a videojáték. Más figyelemelterelő módszer a történet meséltetés és a fantáziajáték, amelyben a gyermek szellemileg lekötötté válik, némileg a hipnózishoz hasonlóan.
- A *hipnózis* e feladatkörben egy viszonylag egyszerű eljárás, amelyben a páciens megtanulja saját figyelmét a distressz okozó tényezőtől különböző gondolatokra vagy belső képekre összpontosítani. A hipnózis, imaginációval és relaxációval kombinálva gyermekeknél jól alkalmazható.
- A *szisztematikus deszenzitizáció* erős, fóbia-szerű szorongásnál is hatékony lehet. E módszernél a félelemkeltő stimulust (orvosi eszköz, eljárás) fokozatosan vezetjük be. Más eljárás az *érzelemkeltő imagináció*, amelyben a rapport során elmesélt történetben a gyermek kedvenc hőse segít a helyzet uralásában azáltal, hogy a gyermek vele azonosul.
- A *viselkedés begyakorlása* során egy baba segítségével játsszák el a kezelést olyan módon, hogy a gyermek a babával valamennyi résztvevő (orvos nővér, beteg) szerepét "begyakorolja".
- A *filmes modellálásnál* levetítenek egy másik gyermeken végzett eljárást, ahol megfigyelheti a beteg reagálását különféle viselkedésterápiás technikák (légzési gyakorlatok, relaxáció) alkalmazásánál. A filmnézés a szülők megbirkózását is segíti.
- A *többoldalú viselkedésterápiás program* az ismert speciális eljárások (hipnózis, figyelemelterelés, pozitív megerősítés) célszerű kombinációját jelenti. Kiegészíthetik *kognitív én-erősítési módszerek*, amelyek

azon a viselkedéselméleti felismerésen alapulnak, hogy a személy belső dialógusának megváltoztatása módosítja emocionális válaszát is.

Pszichoterápia

A *pszichoterápia célja*, hogy ennek keretében a daganatos beteg gyermek kifejezhesse veszteséggel fenyegető életének tapasztalatait, és újraszervezze szét-hasadt énképét. A legtöbb gyermek azért lép be a pszichoterápiába, mert az általa elszenvedett stresszt a betegsége okozza. Reakcióit a terapeutának ennek megfelelően kell értékelni, de észre kell vennie, ha azok netán pszichiátriai jelentéssel bírnak. Többféle megközelítés létezik, van, amelyik jobban fókuszál a pszichés történésekre, mások hatékonyabbnak vélik a klinikai történések szembeállítását a gyermekkel és családjával.

A kiindulás mindenesetre a *pszichés trauma* fogalma, mivel ez vezet el a gyermekkori életet veszélyeztető betegségek tapasztalatainak megértéséhez. Mivel a betegség nem kifejezetten a környezetből származik, a gyermekre zúduló hatás nagymértékben minősül traumának, amellyel szemben a gyermek védtelen. A gyermek elveszti gyermekkorának egy részét, a serdülő a jövőképét.

Ámbár az életveszélyes beteg gyermek legtöbb pszichológiai problémája viselkedési reakciónak tekinthető, fennáll a veszélye annak, hogy a folyamatos stressz nyomása alatt traumatikus válasszá fagy, különösen, ha a betegnél, vagy a családjában volt kóros pszichés történés. Így a viszonylag könnyen kezelhető *reaktív depresszió,* vagy *szorongás* komolyabb klinikai rendellenességgé válhat. Enyhébb esetben a gyermek magatartási nehézségeiből lehet "viselkedési probléma". Az ilyen eseteket a terapeutának differenciálni kell tudni, és természetesen az aktuális orvosi tényekkel is tisztában kell lennie.

A játék

A gyermek-pszichoterápiában a játék a kommunikáció alapvető eszköze. Erre a gyermek az erősen traumás időszakok kivételével mindig képes. A játékban a gyermek - mintegy portyázva a nagy pszichikus töltésű ”mag" körül -, szimbolikus nyelven közli tapasztalatait. Alapvetően fontos, hogy a terapeuta is belépjen a játékba. A kétszemélyes imaginatív játék lehetővé teszik a gyermek számára, hogy szembenézzen az élet és halál valóságával.

A serdülők pszichoterápiája során a tényleges beszéd a felnőttekéhez hasonlóan használható. Szóba jöhetnek más expresszív technikák, mint például művészeti módszerek, egyes játékos technikák is.

A terapeuta szerepe

A terapeutának egyszerű, barátságos módon szükséges a gyermeket megközelíteni, és meg kell különböztetnie magát a gyógyító team tagjaitól. A gyermek aggodalma könnyen lecsendesíthető, és később meg is érti a terapeuta szerepét. Alapvetően fontos a gyermek és a terapeuta közötti viszony bizalmas jellege,

anélkül hogy a szülőktől elválasztó legyen, és a gyermeknek is el kell fogadnia a terapeuta és a szülők kapcsolatát. Fontos kérdés kettejük kapcsolatában, sőt terápiás szövetségében, hogy az érzések explorálásánál az érzelmi indulatátvitel intenzitását a terapeuta mindig képes legyen befogadni, ne vegyen el a gyermek korlátozott pszichés tartalékaiból.

A terápia fő tartalmai: maga a betegség és kezelés, a betegség hatása a családra, iskolai és társi viszonyokra, valamint az élet-halál tudatosság, és a félelem kérdései. A betegség és kezelés körében az alábbi területeken várjuk az eredményeket:

- a diagnózis megértése és elfogadása (integrálása)
- alkalmazkodás a megváltozott testképhez, és az autonómia csökkenéséhez
- megküzdés a fájdalmas beavatkozásokkal és a hospitalizáció veszélyével
- szembenézés a betegség fordulópontjaival

A gyermeknek el kell fogadnia a betegség - bár abnormális – jelenlétét, és azt is, hogy ennek pszichés hatásai sem törölhetők. Így a gyermeknek a család, az iskola, és a társak világában - amely tartalmazza a betegséget is - új utakat kell keresnie. Ez kétségkívül különleges kihívás. A legbonyolultabb kérdés a betegség élet-veszélyeztető jellegének tudomásul vétele, és az ezzel járó sebezhetőség. Az elfogadás tudatosodása változó, függ az aktuális orvosi státustól, jelentős életeseményektől. Megnyilvánul a gyermek reakcióiban, szóbeli, vagy metakommunikatív közléseiben, esetleg csak utalások formájában, vagy áttételesen.

Bebizonyosodott, hogy a súlyos beteg gyermekek pszichoterápiájában a strukturálatlan asszociatív kommunikációt alkalmazó technikák a leghatékonyabbak, valamint a beavatkozások kombinációi. Nélkülözhetetlennek tűnnek a *plüssállatok*, a babák, a képzőművészeti anyagok, és néhány, a *betegséggel kapcsolatos (valódi) orvosi eszköz*. További javasolt eszközök: babaház, különböző figurák a családi és kezelési helyzet eljátszására, valamint a betegségről, és a kórházról szóló képeskönyv. Természetesen a terapeuta minden olyan eszközt felhasználhat, ami biztosítja a gyermek kreatív, érzelmi kifejezéseit.

A terápiás plüssállattal, aki "ugyanolyan beteg", mint a gyermek, eljátszathatók a kezelési helyzetek. A gyermek mintegy azonosul a terapeuta állatával, így erősítve a terápiás szövetséget.

A *lista szerkesztésnél* a gyermek által megjelölt, és fontossági sorba állított témák lesznek az intervenció (játék, relaxáció, hipnózis) célpontjai

A *levélírás* a gyermek és a terapeuta között történik, (esetleg a plüssállat "közvetítésével") benne kérdésekkel, megjegyzésekkel, amelyet a gyermek így kevésbé érez fenyegetőnek.

A *befejezetlen mondatos történet* különösen hasznos még írni nem tudó gyermeknél. A terapeuta javasolja, hogy "írjanak" együtt egy történetet, és ő ad-

ja a mondatok kezdetét. A téma a gyermeket jelenleg érintő körülmény legyen, amit ő választ, növelve a történet projektív jellegét.

A páciens általi *"könyv"-írás és illusztrálás*, ami betegségével kapcsolatos tapasztalatairól szól, közvetítő a terapeuta felé A könyv-írás segítségével több fenyegető dolog tárgyalható meg, mint közvetlen módon.

A terapeuta monológjában - amely különösen kimerült, erős stresszhatás alatt álló, lelkileg bénult paciensnél hatásos - lassan, tagoltan, hangsúlyozás nélkül elmondja, hogy ő mit gondol a gyermek gondolatairól, érzéseiről azon helyzetekkel kapcsolatban, amelyekről úgy véli, hogy a gyermek nem képes saját szavaival kifejezni. A "kimondhatatlan" szavak meghallásakor a gyermek megkönnyebbül, bekapcsolódik, és ezt metakommunikálja is, esetleg igennel vagy nemmel válaszol.

A *képzőművészeti terápiás technikák* alkalmasak arra, hogy a páciens kifejezze, és integrálja komplex tapasztalatait. A terapeuta természetesen felkészült kell, hogy legyen a képek által kifejezett tudatos, és tudattalan tartalmak interpretálására

A *mandala* egy kör formában elrendezett szimbolikus értelmű grafikus mintázat. A paciensnek egy kört kell érzelmeinek megfelelően kitöltenie. Egy strukturáltabb változatban megadott téma alapján, a színek előzetes érzelmekhez rendelése után, kell a kört kitölteni. Ezután következik az elbeszélgetés az elkészült mintázatról, és a jelentés közös megfejtése.

A *családrajz* készítésnél a gyermek először egy képet rajzol az egész családról, annak összes tagját aktivitásban, majd a terapeuta kéri, hogy mutassa meg a változást betegsége óta szóban, vagy rajzban.

A *legijesztőbb kép*-ben a gyermek a számára legmegrázóbb gondolatait, érzéseit, tapasztalatait, esetleges álmait ábrázolja. A tapasztalatok szerint a rajzok általában az orvosi eljárásokra, az egyedüllétre és a halálra fókuszálnak.

Együttműködés a szülőkkel

A szülőkkel végzett munka a beteg gyermek kezelésétől a szülők egyéni, vagy páros pszichoterápiájáig terjedhet. A fő témák: a szülők reakciója a gyermek betegségére, ennek hatása házasságukra, és az egész családra. Igen fontos a testvérekkel való foglalkozás, akik gyakran kívül maradnak a figyelmen, holott ők is hasonló intenzitással élik át a helyzetet. Idővel a terapeuta támogatása forrássá válik, amelyből a szülők meríthetnek. A terapeuta segítheti és erősítheti a szülőknek az orvosi szakszemélyzettel való együttműködését, sőt megoszthatja velük (természetesen kizárólag a gyermek kezelésére vonatkozó) pszichoterápiás tapasztalatait.

Szülőcsoport

A szülőcsoporton minden héten más szülők a résztvevők, azok, akiknek a gyermekei éppen kezelés alatt állnak az osztályon. Vannak olyanok, akik már átélték a kezelés több fázisát, és vannak, akik az elsőnél tartanak. Egy - egy sok ösz-

szetevőjű problémát azért lehet így sikeresebben megoldani, mert a szülők szembekerülnek saját magatartásmódjuk nehézségeivel, látják a korrekciós lehetőségeket, így képesek arra, hogy változtassanak azokon. Az egyéninek tűnő, megoldhatatlannak látszó lelki problémáikat a közösség szembesítő közegében megfogalmazhatják, és kereshetik a kivezető utat. A szülőcsoport arra is alkalmas, hogy egymástól megtanuljanak a súlyosan beteg gyermekükön hatékonyabban segíteni, őt ápolni, vele megfelelőbben bánni. A szülők-, a sorstársak meggyőzően, pozitívan képesek hatni egymásra, hasonló élményeik talaján. A csoportüléseken természetesen jelen van a pszichológus, aki vezeti, ill. moderálja a megbeszélést.

Ajánlott irodalom

1. Arpin K, Fitch M, et al.: Prevalence and correlates of family dysfunction and poor adjustment to chronic illness in specialty clinics. J Clin Epidemiol. 43,4: 373-383, 1990
2. Dolgin MJ, Katz ER, et al.: Caregivers Perceptions on medical complience in adolescents with cancer. J Adolesc Health Cancer 7:22-27, 1986
3. Duhamel KN, Vickberg SM: Behavioral interventions in Pediatric Oncology. In: Holland CJ(ed.) Psycho-oncology. Oxford University Press. New York 1998
4. Freud, A.: Normalitás és patológia gyerekkorban. Animula, Budapest, 1993
5. Fritz GK, Williams JR. Issues of adolescent development for survivors of childhood cancer. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 27:712-715, 1988
6. Halász A., Ingusz I.: Gyermekpszichoterápiák. In: A pszichoterápia tankönyve. Szerk.: Szőnyi G., Füredi J. Medicina, 2000
7. Holmes HA, Holmes FF. After ten years, what are the handicaps and lyfestyles of children treated for cancer. Clin Pediatr. 14:919-823, 1975
8. Jacobsen P,Manne S,,et al.: Analysis of child and parents activity during painful medical procedures. Health Psychol. 9:559-576, 1990
9. Kaplan DM, Grobstein R: . Predicting the impact of severe illness in families. Health Soc Work. 1:71, 1976
10. Kupst MJ, Schulman JL et al. Psychological aspect of dediatric leukemia: From diagnosis through the first six months of treatment. Med Pediatr Oncol. 269-278, 1983
11. Magni G, Carli M, et al. Longitudional evaluations of psychlogical distress in parents of children with malignancies. Acta Pediatr Scand. 75: 283-288, 1986
12. .Maguire GP. The psychological sequalae of childhood leukemia. In: Duncan W, ed. Pediatric Oncology. Berlin: Springer-Verlag; 1987
13. Moore DC,Hotton CP,: Psychologic problems in the management of adolescents with malignancy. Clin Pediatr. 8:464-473, 1969
14. Oláh A.: Szorongás, megküzdés, megküzdési potenciál. Kandidátusi disszertáció, ELTE, Budapest 1993
15. Pelcovitz D, Goldenberg B, et al. Posttraumatic Stress Disorder in mother of pediatric cancer survivors. Am J Psychiatry. 137:94-96, 1980
16. Pertorini R, Polcz A. Orvosi pszichológia a gyakorlatban. Medicina Könyvkiadó. Budapest 1976

17. Pfefferbaum B. Common psyhiatric disorders in childhood cancer and their management. In: Holland JC, eds.Handbook of psychooncology, Psychological care of the patient with cancer.New York: Oxford University Press; 1989
18. Polcz Alaine. A halál iskolája. Magvető Könyvkiadó Budapest 1989.
19. Pretzik U,Sylva K. Paediatric patiens' distress and coping; an observational measure. Arch.Dis.Child. 81:528-530, 1999
20. Schriock EA, Schell MJ, et al. Abnormal growth pattern and adult short stature in 115 longterm survivors of childhood leukemia. J Clin Oncol. 9:400-405, 1991
21. Stehbens A, Lascani AD. Psychological follow-up of families with childhood leukemia. J Clin Psychol. 30:394, 1974
22. Spinetta JJ. Behavioral and psychological research in childhood cancer.An overwiew. Cancer. 50: 1939-1943, 1982
23. Spirito A,Stark LJ et al. Social adjustment of children succesfully treated for cancer. J Pediatr Psychol. 15(3): 359-371, 1990
24. Stuber ML,Christakis D et al. Post-trauma symptoms in childhood leukemia survivors and their parents. Psychsomatics. 1996
25. Susman EJ, Hollenbeck AR, A developmental perspective on psychsocial aspects of childhood cancer. In: Schulman JL, Kupst MJ, eds. The Child with Cancer: Clinical Approaches to Psychosocial Care. Research in Psychosocial Aspects. Springfield, IL: Charles C Thomas; 129-132, 1980
26. Tebbi CK,Cummings KM, Compliance of pediatric and adolescent cancer patient.Cancer.58:1179-1184, 1986
27. Teta MJ, Del Po, et al. Psychosocial consequences of childhood and adolescent cancer survival. J Chronic Dis. 39:751-759, 1986

11.2 Időskorú daganatos betegek

Várady Erika

A népességen belül növekszik az idősebbek aránya, részben az átlag életkor emelkedése, részben a csökkenő születési szám miatt, emiatt várhatóan a század egyik legnagyobb népegészségügyi problémája a rákos betegség lesz.

A rosszindulatú daganat általában az idősebb korúak megbetegedése, a betegek több mint fele 65 év feletti. A daganat kialakulásához kedvező feltételeket teremtenek a korral bekövetkező immun-, endokrin-, és metabolikus változások, a DNS lánc repair mechanizmusának elégtelen működése, az onkogének aktiválódásának fokozódása és az életkor előrehaladtával összegződő karcinogén hatások.

Idős korban a bőr-, a tüdő-, az emésztőrendszer-, férfiakban a prosztata-, nőknél az emlő-, az ovárium és a méhdaganat a leggyakoribb. A daganatok előfordulása 85 év felett csökken, kivéve a női emlő tumort, amelynek száma továbbra is emelkedő.

A legjobb prognózisa a korán felismert, és korán kezelt betegségnek van, azonban az idősebb korúak daganatos megbetegedései általában előrehaladottabb stádiumban kerülnek felismerésre, és ez a betegek kezelhetőségét, a betegség kimenetelét döntően befolyásolja. Az idős betegek gyakran nincsenek tisztában a daganat okozta tünetekkel, gyakorta sokáig nem vesznek tudomást panaszaikról. Előfordulhat, hogy téves elképzeléseik vannak a daganatos betegségekről, eleve gyógyíthatatlannak, esetleg fertőző betegségnek gondolják. Sokan azt hiszik, hogy a rák kezelése rosszabb, mint maga a betegség, vannak, akik pesszimista, vagy fatalista hozzáállás, esetleg szociális izoláció miatt nem mennek orvoshoz. Ha a beteg környezetében, családjában daganatos megbetegedés már előfordult, nem ritkán a kialakult rák-fóbia akadályozza az orvoshoz fordulást.

Az időskorú daganatos betegek életminősége

Az onkológiai tanulmányokban a beteg általános állapotának értékelésére az ECOG, WHO és a Karnofsky-féle skálát használják a leggyakrabban, azonban idős betegeknél való alkalmazásuk nem a legmegfelelőbb. Az önálló életvitel képességének megítéléséhez hasznosabb az ADL (Activities of Daily Living) és az IADL (Instrumental Activities of Daily Living) skála ismerete. Az ADL olyan mindennapos tevékenységeket vizsgál, mint az önállóan végzett fürdés, öltözködés, étkezés – az IADL bonyolultabb, eszközhöz kötötteket, mint pl. autóvezetés, telefonálás, vásárlás, vagy a közlekedési eszközökön való utazás.

Az időskorú daganatos betegek onkológiai kezelésének főbb sajátosságai

A 65-70 év feletti betegek kezelésekor az alapbetegségen és az esetleges kísérő betegségeken kívül az adott beteg életkorát, állapotát is figyelembe kell venni. Ritkán (10 % alatt) fordul csak elő, hogy a daganat az egyedüli betegség, a kísérő betegségek – melyek közül a leggyakoribbak a kardiovaszkuláris és a reumatológiai megbetegedések – az alapbetegség kezelését is megnehezítik.

Az onkoterápia kockázatának és hasznának mérlegelésekor számos biológiai, pszichológiai és szociális tényező okozta nehézségre kell számítani. Idős korra jellemző a látás-hallás gyengülése, a csökkenő fizikai erő és mobilitás, a barátok és a kapcsolatok elvesztése, valamint a romló szociális és gazdasági helyzet.

A terápiás döntéseknél gyakran nem a fiziológiai állapotnak és a kísérő betegségeknek, hanem a naptári életkornak tulajdonítanak nagyobb szerepet, emiatt az idősebbek között nagyobb az alulkezelt betegek aránya. A várható élettartam meghatározása fontos, csak az életkor alapján nem lehet kizárni a beteget a sebészeti-, radio-, vagy kemoterápiából.

Nehezen kezelhető, törékeny egészségű idős betegek

- a 85 év feletti életkorúak
- azok, akik a mindennapi tevékenységük során segítségre szorulnak (ADL vizsgálatnál egy, vagy több tevékenységben nem önállóak)
- három, vagy több kísérőbetegségük van
- időskori tüneteik vannak

A kezelésre vonatkozó döntéshez szükséges információk

1. Orvosi: a daganatos betegség stádiuma, a kísérő betegségek száma és súlyossága.
2. Funkcionális: mentális állapot, a mindennapi aktivitás megítélése (ADL és IADL).
3. Kognitív funkciók: mini-mentál státusz (MMS), illetve DRS (Dementia Rating Scale)
4. Emocionális: időskori depressziós skála (Geriartric Depression Scale).
5. Szociális: életkörülmények, az otthoni segítség megléte, közlekedési lehetőség.
6. Gazdasági: jövedelem, kiadások, egészségügyi biztosítás.
7. Táplálkozás: táplálkozási szokások, testsúly.
8. Időskori tünetek: elesettség, inkontinencia, demencia, oszteoporózis.

Bár a korszerű sebészeti technikák alkalmazásával és a gondos posztoperatív ápolással a sikeres műtétek száma növekszik, agresszív beavatkozás továbbra is csak kuratív céllal végezhető.

A radioterápiával kezeltek többsége időskorú, kezelésük általában lényeges mellékhatások nélkül zajlik, de gondot okozhat számukra hetente öt alkalommal kezelésre járni, hiszen szállításukkal kapcsolatban családi, vagy egyéb segítséget kell igénybe venniük, és ez kellemetlenséget, vagy függőséget jelenthet.

A kemoterápiával kezelt betegeknél az alkalmazott szerek lebontását, kiválasztását jelentősen megváltoztathatja a csökkent máj-, vagy beszűkült veseműködés. A gyógyszerek toxicitása növekedhet, ezért a kezelések közötti - a felépüléshez szükséges - idő hosszabbá válhat. Egyes neurotoxicitást okozó szerek tovább ronthatják a már korábban is károsodott funkciókat, ilyen lehet például a halláskárosodás fokozódása.

A kivizsgálás és a diagnózis megállapítása, valamint a terápia megtervezése után részletesen tájékoztatni kell a beteget és családját az alkalmazott kezelésről, annak esetlegesen előforduló mellékhatásairól. Idős korban gyakori az elégtelen táplálkozás, a szomjúság érzet hiánya, mely a kezelés okozta hányingerrel, hányással, hasmenéssel a beteg gyors kiszáradásához vezethet. Éppen ezért a táplálkozással összefüggő kérdéseket külön meg kell beszélni a beteggel, és az őt ellátó személlyel. Feltétlenül szükséges a háziorvosával való rendszeres kapcsolattartás is.

Az időskorú daganatos betegek lelki problémái

Az idősebb betegek általában kevesebb pszichológiai és szociális distresszről számolnak be, mint a fiatalabb betegek. A megfigyelések alapján jobban tudnak kapcsolatot teremteni a kórházi személyzettel, hiszen korábban már voltak betegek, és vannak tapasztalataik a kórházi elhelyezésről. Mégis, a kedvezőbb adaptálódás ellenére számos speciális gond merülhet fel gyógykezelésük és ápolásuk során, mint pl. zavartság, demencia, vagy depresszió.

Időskori depresszió[16]

A depresszió idős korban a leggyakoribb pszichiátriai diagnózis. A belgyógyászati megbetegedések, a hormonális-, a táplálkozási-, az elektrolit-, és az endokrin zavarok, valamint a gyógyszerhatások elősegíthetik a depresszió kialakulását az idős betegeknél. Magyarországon az időskorúak 8-12%-ban található olyan súlyosságú depresszió, amely pszichiátriai kezelést igényelne. A krónikus betegség olyan pszichológiai stresszor, amely a testképet, az önbecsülést, a családi-, és szociális kapcsolatokat, a munkára való képességet egyaránt érinti. Az idős daganatos betegek fele depressziós, melyet az onkológusok gyakran nem ismernek fel. Félrevezető lehet a negatív érzelmek titkolása, a könnyek hiánya.

Az idős betegek a diagnózis közlésére kevésbé meglepetten, kevésbé hevesen reagálnak, de a szomorúság, a szorongás, az önsajnálat gyakran megfigyelhető, és öngyilkossági gondolatok is előfordulhatnak.

---

[16] Az időskori depresszióval és zavartsággal kapcsolatban lsd.Veres Zs. fejezeteit

Egyes kutatók szerint a kezelőorvosok kevéssé ismerik fel betegeik érzelmi problémáit, és emiatt alig nyújtanak segítséget ezek megoldásában. A depresszió vizsgálata a GDS (Geriartric Depression Scale) alkalmazásával történik, kezelésére rövid pszichoterápia és/vagy gyógyszeres kezelés javasolt.

Időskori zavartság

A zavartság nagyon gyakori a 70 év feletti kórházban ápoltakban. A szoros nővéri gondoskodás és felügyelet, valamint a gyógyszeres segítség jó hatással van a betegre. Természetesen kedvező hatású a családtagokkal, a gondozókkal történő gyakori, rövid együttlét. Csendes, nyugodt beszélgetés szükséges a beteg tévedéseinek tapintatos kijavítása, a megváltozott körülményekhez és környezethez való szoktatása érdekében.

Hazánkban a demencia a 65 év felettiek közel 10 %-át érinti. Az idős daganatos betegek ötödénél észlelték a kognitív funkciók zavarát. Vizsgálatára az MMS (Mini-Mental Status) és a DRS (Dementia Rating Scale) használatos.

A betegek számára – gyógykezelésük alatt – általában az orvos a legfontosabb személy, empatikus segítségével könnyebben dolgozzák fel betegségüket. A kezelőorvos nyújtotta érzelmi támogatás egyike a leghatásosabb szociális támogatásnak. A családtagok nyújtotta segítség szintén fontos, de a vizsgálatok szerint a küzdeni akarás kialakulására a kezelőorvos van a legnagyobb hatással.

Idősebb, kevésbé iskolázott, egyedül élő, sajátos élettörténettel jellemezhető betegeknek nagyobb megterhelést jelent a daganattal való együttélés, emiatt több segítséget igényelnek.

A daganatos betegek nemcsak a betegségtől, hanem függetlenségük elvesztésétől is félnek, és ezt a tényt a terápiás döntések meghozatalánál szintén figyelembe kell venni. A sikeres kezelésre való törekvés mellett a betegek megfelelő életminőségének (QOL, Quality of Life) biztosítása a legfontosabb. Ha az alapbetegség nem kezelhető, az onkológusnak és a pszichológusnak az elérhető legjobb állapotra kell törekednie, kezelni kell a fájdalmat, az izgatottságot, és a depressziót. Ha a beteg családjával úgy dönt, hogy otthonában kíván meghalni, akkor a családot tájékoztatni kell az otthoni ápolás lehetőségeiről és az igénybe vehető segítségekről.

Ajánlott irodalom

1. Akechi, T. et alii: Predictors of patients's mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. Br J Cancer 77, 12: 2381-2385, 1998
2. Balducci et ali: Difficulties in treating older patients with cancer. Oncol in Practice 2: 15-18, 1998
3. Baumgarten, M.: The health of persons giving care to the demented elderly: a critical review of literature. J clin Epidemiol 42: 1137-1148m 1989
4. Connell, C. M. et ali: Racial, ethnic, and cultural differences in dementia caregiving: reviwe and analysis. Gerontologist, 37: 355-364, 1997
5. Extermann, M. et ali: Assessment of the older cancer patient. Cancer in the Elderly, 14, 1: 63-77, 2000
6. Ferraro, K. F. et ali: Measuring morbidity: disease counts, binary variables, and statistical power. J Gerontology: Social Sciences, 55B: 173-189, 2000
7. Halmos, T.: Az öregségről általában. Magyar Tudomány, 2002. Április, www.matud.iif/hu/mthon.html
8. Holland, J. C.: Psycho-oncology. New York: Oxford Univ Press, 1998
9. Lesur, A. et ali: Evaluation of elderly patients for fitness to receive tratment. Oncol in Practice, 2/98: 9-11, 1998
10. Linka és mtsai: Demencia és depresszió időskorú belgyógyászati fekvő betegeknél. Psychiat Hung 14, 1: 39-45, 1994
11. Martin,. W. et ali: Barriers to early cancer treatment for elderly people. Oncol in Practice 98/2: 3-5, 1998
12. De Rijke et alii: cancer in the very elderly Dutch population. Cancer, 89, 5: 1121-1133, 2000
13. Riskó Á.: A test, a lélek és a daganat. Bevezetés az onkopszichológiába, 4. fejezet. Animula, Budapest, 1999
14. Seltzer, M. M. at ali: The caregiving context: the intersection of social and individual influences in the experience of of family caregiving. In: The self and society in aging process (362-397), eds.: Ryff, C. D., Marshall, V. W., Springer, New York, 1999
15. Woods, R. T.: Problems in the elderly: Investigation and treatment. In: The handbook of adult psychology. Eds. Lindsay, S. J. E., Powell, G. E., Routledge, London, New York,1994
16. Wright, R. et ali: Economic, health and service use policies: implications for long-term care of ethnic elderly. In: Rhnic elderly and lon-term care. Barresi, C. M., Stull, D. E. (eds.), Springer, New York, 1993
17. Yip, D. et ali: Cancer in the elderly:gathering the evidence. Med J Aust 170, 21: 577-578, 1999

12. A daganatos betegek családtagjainak pszichoszociális gondozása

Komlósi Piroska

A daganatos betegségek kezelésében napjainkra már nyilvánvalóvá vált, hogy a beteg körül a családtagok a gyógyítás aktív részeseinek tekintendőek. Az is kétségtelen, hogy a család jelentőséggel bír betegség és egészség alakulásában. Mégis, csak az utóbbi évtizedekben fordultak e kérdés felé tudományosabb igénnyel. Ez köszönhető annak, hogy a család iránti érdeklődés számos tudományterületen megnőtt, és a családszociológia, a családpszichológia, a családorvoslás és a családterápia ismeretanyagából sok minden beépülhetett az onkopszichológiába.

Az utóbbi három évtizedben a kezelési körülmények jelentősen megváltoztak, és fel kellett ismerni, hogy a korábbi családszemlélet – mely szerint a beteget a kórházban kezelik, és a család, az orvossal jól - rosszul együttműködve, annak utasításait hivatott véghezvinni – mostanra megváltozott. Az onkológiai betegek kezelésében az *otthoni ápolás* előtérbe került, ami a családra sajátos, összetett feladatokat és felelősséget helyez. Az is láthatóvá vált, hogy a *betegek családtagjai* milyen *mélyen érintettek* lesznek mind pszichológiai, mind szociális szempontból. Emiatt maguk is veszélyeztetettekké válnak, ezért un. másodlagos (second-order) betegnek kell tekinteni őket. A tapasztalatok szerint a betegek kezelése hatékonyabb, ha a család egészének a működési sajátosságait (főleg a stressz-kezelő mechanizmusait) figyelembe veszik, és adekvátabb működéshez segítik. A családon belül elsősorban a házastárssal való kapcsolat javításán keresztül, főleg a kommunikáció és az érzelem-kifejezés nyíltabbá tételével, lehet gyorsabb, sikeresebb támogató hatást elérni.

E fejezet keretei három problémakör felvázolását teszik lehetővé:

- a betegek és családtagjaik pszichés reakciói a betegség okozta helyzetre.
- alkalmazkodásuk a betegség és kezelés folyamatához.
- a szakemberek segítő beavatkozása a családok hatékonyabb alkalmazkodása elősegítése. érdekében.

Az elemzésnek sajátos szemléletet kölcsönöz az a tény, hogy mindez a családpszichológus nézőpontjából és a családterapeuta tapasztalataiból kiindulva íródik, azzal a céllal, hogy a szomatikus orvosi nézőpontot pszichoszociális szemléletmóddal gazdagítsa.

A beteg és családtagjainak pszichés reakciói a betegségre

A betegséggel szembesülve a legalapvetőbb reakció a *kétségbeesés és szorongás*, ami azután az egymáshoz, a környező emberekhez (pl. kezelőkhöz) és a világhoz való viszonyulásba érthetően sok negatív indulatot visz: főleg *haragot, agressziót, esetleg irigységet*. Ha ezek a reakciók nem kommunikálhatóak úgy, hogy a környezet ezeket láthatóan elviselje (pszichológiai szakkifejezéssel élve containolja) a beteg és a család ezeket az impulzusokat a saját pszichikus működésmódja szerint hárítja el (pl. elfojtja, hasítja, tagadja, reakcióképzésbe fordítja, stb.). Ennek következtében az indulatok a gyógyulás útjába állnak, mert a destrukció (türelmetlenség, követelődzés, paranoid attitűd), vagy az öndestrukció (depresszió, az orvossal való együtt nem működés) különböző formáit ölthetik. *A szorongásból fakadó agresszív indulatok megértése, az önreflexió elősegítése ugyan kezdetben átmeneti distressz-t okoz, de utána lényeges enyhülést hoz, és megnyílik az út a sajátos krízisállapot pszichés feldolgozására.* A család, mint támogató közeg, sokat segíthet a feszültségek, indulatok levezetésében, a szorongás és izoláltság csökkentésében, de ehhez lélekben meg kell erősödjenek, amihez rendszerint maguknak a családtagoknak is segítségre lenne szüksége. Ezt szolgálja például a családkonzultáció, a család- vagy párterápia, vagy célzott csoportmódszerek, viselkedésmódosító tréningek, amelyek alkalmasabbá tehetik őket a beteg körüli pszichológiai és szociális terhek viselésében.

Pszichobiológiai szempontok

Egyre több kutatás foglalkozik azzal, hogyan függnek össze az alapvető pszichobiológiai folyamatok a társas kapcsolatok okozta érzelmi, indulati állapotokkal. Itt csak egy-egy példán keresztül tudjuk érzékeltetni ezek kérdésfelvetéseit, módszereit, illetve eredményeit. Statisztikai adatok támasztják alá, hogy az *izoláltan élő személyek* mortalitása magasabb, s a *magány rizikófaktorként* tekinthető például a cardiovascularis megbetegedéseknél. A vizsgálódások elsősorban az un. meghitt személyes kapcsolatok minőségével kezdtek foglalkozni, ezen belül is a feszültségekkel teli, nem kielégítő kapcsolatokra irányultak. Többen azt találták, hogy a párkapcsolatban tartósan fennálló feszültség, illetve az ismétlődő negatív, konfliktuózus interakciók együtt járnak olyan élettani elváltozásokkal, amelyek megnövekedett cardiovascularis, illetve endokrin reakciókkal járnak.

A párkapcsolati konfliktusokról

Azt vizsgálták, hogy a negatív viselkedési helyzetek miként hatnak az endokrin és immunológiai elváltozásokra. Kiecolt-Glaser és munkatársai kísérlete ezt vizsgálta. 90 frissen házasodott pár olyan feladatot kapott, ami *30* perces vitába, nézeteltérésbe torkollott. A pár viselkedését videóra vették. Vizsgálták a kapcsolati interakciók minőségétől függő endokrin és immunológiai paraméterek változását a vita előtte, közben majd utána levett vértmintákból. A rövidtávú reak-

ciókat illetően *6 vizsgált hormonból 5 szignifikánsan változott*, és ezek a nőknél hangsúlyozottabbak voltak. A konfliktusos és a követelőző-visszahúzódó interakciók szekvenciái *csak a nőknél* okoztak szignifikánsan hosszabb távú (24 órán túl húzódó!) *endokrin elváltozásokat*.

Más vizsgálatok hosszabban együtt élő párokat vizsgáltak, akik közül 70 % frusztráltnak, boldogtalannak minősítette az egyébként stabil kapcsolatát. Egy 15 perces konfliktusos feladat után 30 perccel a *nőknél szignifikánsan megemelkedett cortisol szintet* mértek, míg a férfiaknál ez lecsökkent.

Családdinamikai vizsgálatok

Az egyén reakcióit a családban zajló történésekre és feszültségekre számos vizsgálat kutatta. Pszichoszomatikus betegek családjait *Minuchin* úgy vizsgálta, hogy a provokált családi vita előtt, alatt s után levett vérmintában mérte a szabad zsírsav (FFA) szintjét, mint az érzelmi feszültség egy biokémiai mutatóját. Egy cukorbeteg kislány esetében például jól láthatóvá vált, hogy a két lánytestvér közül annak, amelyiket mindkét szülő a maga szövetségeseként igyekezett bevonni a vitába, az FFA szintje extrém magasra emelkedett, s még másfél órán keresztül magas maradt. A szülők FFA értéke a kezdeti házastársi vitában magasra szökött, majd a gyermekek behívásával, s a velük való vesződésben a szülői szerepükre váltva (a házastársiról elterelődve) *lecsökkent*, s a vita befejeztével visszament a kiindulási szintre, hasonlóan a másik kislány értékéhez. A *gyerekek konfliktuseltérítő szerepet* töltöttek be, de a beteg kislány a túlzott bevonódása miatt az FFA szint emelkedésével „szenvedte meg" ezt a „küldetést". A 80-as évekre a kutatások egybehangzóan emeltek ki néhány működési sajátosságot a pszichoszomatikus családokra vonatkozóan:

- *Összeolvadás:* a családtagok közötti határok túlságosan átjárhatóak, egymás életébe túlságosan belevonódnak, a szerepek összekeverednek, nem lehet önállósulni, nincs „privát" élettér.
- *Túloltalmazás:* az egymás iránti kapcsolatot az örökös védelmezés, gondoskodás jellemzi, ami a konfliktusok átfordításául, elfedéséül is szolgálhat. Korlátozza az önállóságot, a feleket folytonos „reflektív pozícióba" kényszeríti.
- *Merevség:* a család fél a változásoktól, ezeknek ellenáll, külső kapcsolatait is inkább leredukálja, és az egységes, harmonikus család képét igyekeznek fenntartani. Így változásra csak drámai módon, drága áron (pl. megbetegedés) kerülhet sor.
- *Konfliktuskerülés:* az alacsony feszültségtűrési képesség miatt el kell, hogy kerüljék a szembesülést azzal, hogy konfliktusok, ellentétes érdekek, negatív indulatok, stb. vannak a családban. A betegnek kulcsszerep jut az ilyen veszélyes helyzetek tudattalan elterelésében, mert magára vonja az aggódó figyelmet.

A család szerepe a betegség alakulásában és kezelésében

A daganatos megbetegedések kezelési körülményei napjainkra úgy alakulnak, hogy a korai felismerés, diagnosztizálás, majd a hosszantartó kezelés jelentős részében a beteg otthonában tartózkodik, és így a család aktív bevonása a kezelés elengedhetetlen részévé válik. Emiatt még szorosabb kölcsönviszony és egymásrautaltság alakul ki a beteg és családtagjai között. Az együttes működés pszichológiai szerkezete a rendszer-szemlélet segítségével érthető meg. E koncepció fő tételei *L. von Bertalanffy*, majd *Andorka* és *Buda* nyomán:

- *Szoros kölcsönhatás* van a rendszer elemei (a családtagok) között, így ha valamely elemben (családtagban) változás következik be (ami lehet érzelmi/hangulati, vagy biológiai/érési, akár élethelyzetbeli vagy betegség stb.) *az* kihat a rendszer (család) valamennyi tagjára. Egy olyan zárt rendszeren belül, mint a család, törvényszerű ugyanis, hogy senki nem függetlenítheti magát az egyik családtagot ért változás (pl. megbetegedés) hatásaitól. Eközben pedig a családtagok reakciói a változásra (pl. remény vesztettség) visszahatnak az egyén pszichés és szomatikus állapotára, majd a betegség alakulása kihat valamennyi családtag létére.
- *Cirkuláris oksági szemlélet* váltotta fel a korábbi lineáris oksági gondolkodást (valakit valami megbetegített) és felismerjük, hogy egy rendszeren belül minden elem kölcsönhatásban áll minden többivel, eszerint a családban a betegségeket az egész rendszer díszfunkciójaként lehet értelmezni, és az összműködés zavarát kell próbálni feltárni.
- *Homeosztázisra törekvés* a rendszer ama sajátossága, hogy igyekszik változatlanul fenntartani a megszokott egyensúlyi állapotot (homeosztázist) működést még akkor is, ha az nem igazán kielégítő, sőt, akár kóros. A rendszer tehát ellenáll az egyensúlyát fenyegető változásnak. Sokszor látjuk, hogy egy-egy beteg családtag (főleg gyermekkorban) szolgálhatja a relatív egyensúlyt, és tüneteinek csökkenése megzavarhatja a család addig megszokott működését, így a rendszer inkább a gyógyulás ellen dolgozik.
- *A feedback mechanizmus* a rendszer működését kontrolláló „jelzőrendszer", amely vagy megengedi a változást (pozitív feedback), vagy az eredeti állapot visszaállítására ad utasítást (negatív feedback).
- *A határok elválasztják* a rendszeren belül működő funkcionális egységeket, az un. alrendszereket (pl. a házastársi, a szülői, a gyermeki, a nemek szerinti, stb.), és védik belső energia-, és érzelem-háztartását. A családi rendszer határainak áteresztő képessége diszfunkcionálissá válik a krízis helyzetekben: vagy túl áteresztővé válik, (amikor minden kívülről jövő tanácsot, ötletet kritikátlanul átvesznek), vagy drasztikusan lecsökken a permeabilitása (amikor önvédelemből mereven elzárkóznak minden kívülről jövő impulzus elől).

Szorongás - agresszió - depresszió

A *diagnózis megszületésére* tipikusként leírt kezdeti reakciók (tiltakozás, sokk, tagadás, dermedtség) mellett jelentős a nagymérvű *szorongás* megjelenése. A szorongások tartalma leggyakrabban a halálfélelem, illetve a magárahagyottság érzése, (elutasítva levés a családtagok által) a fizikális tünetek hatására a működőképesség gyengülése (ami a családi szerepek megfelelő gyakorlását akadályozhatja), a saját testnek, mint biztonság forrásának elvesztése, (pl. a nemi szerepben való értékcsökkenés), valamint az anyagi gondok (a megnövekedett költségek, illetve a kieső jövedelem). Szorongások forrása lehet még a kezelés, illetve a betegség feletti személyes kontroll hiánya, a kiszolgáltatottság, ami növeli a végeredménnyel kapcsolatos bizonytalanságot. Ilyen a betegség kiújulásának gondolata is.

A szorongások rendszerint agresszióba fordulnak át, ami szerencsés esetben irányulhat kifelé (harag, ellenségesség a társra, családtagokra vagy másokra vonatkozóan), bizonyos személyeknél viszont befelé, önmaga ellen fordul (önvádlás, önleértékelés, depresszió). Ez utóbbi működésmód a pszichés teherbírás csökkenéséhez vezet, ami rontja a betegséggel való harcban az "önrészesség" arányát. A szorongással való megbirkózásban az egyéni reakciómódokat főleg a házastárs, de a többi családtag is segíthet kedvezőbb irányba módosítani. Erre elsősorban az önmaga ellen irányuló indulatok kifelé fordításában van szükség, másrészt a megjelenő agresszív indulatok befogadására, "megengedésére", illetve "lelki szeméttárolóként" történő elviselésében. A beteg agresszív viselkedésére türelmetlenül, megbántottan reagáló családtag csak tovább rontja a beteg családtag önértékelését és a bűntudat elmélyülését váltja ki, növelve a depresszió veszélyét.

A daganat diagnózisára kialakuló pszichés reakció számos esetben olyan súlyos, hogy az un. *poszttraumás stressz-szindróma (PTSD)* tünetegyüttesét mutatja, amely tipikusan az életveszélyes trauma túlélőinél tapasztalható. A betegek majd 50%-a mutat alkalmazkodási vagy affektív zavart, mint például a depresszió. Náluk a családi szerepek betöltésében is komoly nehézségek várhatók. A betegeknél bekövetkező pszichés reakciók minden esetben kihatnak a házastársra, vagy az érzelmileg legszorosabban kötött családtagra, és nagy gyakorisággal hasonló tünetek jelentkeznek náluk is. Gyakran alakul ki depresszió, szorongás, szexuális működészavar, és a betegséggel való túlzott foglalkozás. Így a betegséghez rosszul alkalmazkodó betegek társainál is nagy valószínűséggel romlik az alkalmazkodást szolgáló megküzdési készség.

Általánosan elmondható, hogy minél *előrehaladottabb fázisban* van a betegség, annál nagyobb a pszichés megpróbáltatás, erősebbek a distressz tünetei, a negatív attitűd önmagával és jövőjével kapcsolatban, valamint súlyosbodnak az interperszonális problémák, a családi- és párkapcsolaton belüli nehezen feloldható feszültségek.

Az életkor olyan módon befolyásolja a betegséggel való megbirkózást, hogy a fiatalabbak (nagyobb veszteségek lehetőségétől frusztrálódva) mélyebb distresszt élnek át.

A pszichikus változás főbb területei

Az érzelmi, hangulati, valamint indulati élet változásai mellett a *gondolkodásban* is jelentős változást mozgósít a betegséggel való szembesülés: általában elmélyültebb, elemzőbb lesz, de néha a felszínességbe menekülő.

Megváltozik az "életszemléletet" addig jellemző *értékek fontossági sorrendje* illetve új értékek jelentkeznek, míg mások elveszítik jelentőségüket. *Az emberi viszonyok is átértékelődnek*, ezen belül felértékelődnek a családi szerepek, célok, valamint a belső békesség szüksége, nagyobb fontosságot kapnak a támaszt jelentő családtagok, barátok s a gyógyító szakemberek.

Megváltozik a beteg *önmagához való viszonya* is, elsősorban az *önmagáról kialakult képe* szenved durva sérülést. Nehéz elfogadniuk a testükön keletkezett változást, a csökkentnek megélt attraktivitást, illetve a nemi identitásukban bekövetkezett értékcsökkenést.

A nőgyógyászati daganattal kezelt nők közel 50%-a számolt be a szexuális életükben beállt zavarról, és közel 30%-uk arról, hogy a partnerüknél alakult ki szexuális működészavar. A prosztata rákkal kezelt férfiak zöménél szintén gyakran keletkezik szexuális zavar, az élettanilag indokolt zavaron túl. E problémák kezelése célzott pszichológiai intervenciót igényel, és elsősorban a pár kommunikációjának nyíltabbá tételével lehet e szorongásokat csökkenteni.

Bár az akut traumaként ható megrázkódtatás ellenére a legtöbb pszichikus funkció fokozatosan visszaáll a betegség előtti szintre, a mellrákos nők 20 %-a még 6 évvel az induló diagnózis után is komoly depressziótól szenved, illetve a rákos betegek 10 %-a mutatja még 10 év múlva is a poszttraumás stressz-szindróma tüneteit.

A betegséghez és a kezeléshez való alkalmazkodás

A megküzdési (coping) stratégiák

Az egyének a kapcsolataikba magukkal viszik a korábban kialakított, rájuk jellemző un. megküzdési stratégiáikat, majd a párok ill. családok együttesen dolgozzák ki az általuk alkalmazott verziókat. Ezek között vannak hatékonyabbak, és kevésbé azok, de a legmegfelelőbb az lesz, amelyik a mindenkori realitáshoz és a saját erőforrásokhoz igazodik. A daganatos betegek megküzdési stratégiái némi előrejelzést adnak arra vonatkozóan, milyen hatékonyságú lesz a hosszabb távú pszichológiai alkalmazkodásuk. Ismerünk un. *"érzelmeket kifejező*", *"küzdő szellemű*" vagy az *"elfogadó*" stratégiákat, amelyek segítségével a beteg képes alkalmazkodni a súlyos betegséghez, mivel valamennyinek közös eleme az aktív megküzdés, szemben a kevésbé adaptív, elkerülő stratégiákkal. Az aktív megküzdés jellegzetes viselkedésformája például a betegségre, kezelésre és prognó-

zisra vonatkozó *információk megszerzése*, valamint az önmagukon való *tevőleges segítés módjainak megtalálása*. Náluk az érzelmi alkalmazkodás is megfelelőbb. Azok a betegek, akik többféle megküzdési módszerrel is képesek működni, s az aktuális problémához igazodva tudnak ezek közül választani, a többiekhez képest kevesebb hangulat-zavarral küszködnek.

A betegség különböző fázisaiban más és más megküzdési mechanizmusra van szükség. A diagnózis utáni, s még a kezelés előtti szakaszban nincs sok aktív tennivaló, de annál fontosabbak az érzelmekkel foglalkozó stratégiák, pl. az informálódás, a kommunikáció keresése. A kezelés utáni időszakban viszont a sokkal aktívabb stratégia bizonyult az alkalmazkodást segítőnek, mint például a kellemes, társas tevékenységekhez való visszatérés vagy az egészség-javító aktivitások keresése. Ebben a családtagoknak, barátoknak nagy szerep jut.

A család problémakezelésének módjai között az alábbiak szerint különböztethetünk meg hatékony és kevésbé hatékony reakciómódokat. Ezek egy-egy családot alapvetően jellemezhetnek, de néha azt látjuk, hogy a korábban hatékonyan működő család bajba jutva, regresszív módon elveszíti hatékony működési képességét, és az inadaptív mechanizmusok erősödnek fel. Ez a krízis időszakában gyakran előfordul, de a szorongás csökkenése s az érzelmek stabilizálódás után ismét be tudnak indulni a hatékony pszichés munkamódok. A segítő beavatkozásoknak a mielőbbi stabilitás megszerzését kell elősegítenie.

Családi problémakezelési módok (Crosby, J. 1985.)

Hatékony	**Nem hatékony**
Nyílt	zárt
rendszerre irányul	egyénre irányul
folyamatra irányul	tartalomra irányul
realitást követő	illúzió kereső
rugalmas szerepek	merev szerepek
erőforrásokat mozgósítják	az erőforrások kihasználatlanok
a rendszer újraszervezésében: rugalmas dinamikus	A rendszer újraszervezésében: ellenáll Mozdulatlan
a sérülékenység vállalása	a sérülékenység tagadása, védelme
a vélekedések konfrontálhatók	a vélekedések nem változnak
az érzések vállalása	az érzések bizonygatása
a gyászreakció alig kontrollált elismerése – megosztása	gyászreakció erősen kontrollált – el nem ismerése – meg nem osztása
az erőforrások újraszervezése rugalmas, nyitott és alkalmazkodó	az erőforrások kezelése merev

A betegség körüli helyzetben gyakran konfliktus tárgyát képezi, hogyan kezelték azt, milyen mértékben beszéljenek róla, családon belül is, de főleg kifelé. Mint látjuk, a hatékony alkalmazkodás része, hogy vállalják a realitást és vállalják az ehhez kapcsolódó érzelmeket, és ezt készek megosztani társakkal, nyíltan kommunikálva. A gyógyító teamnek ebben mintát, erősítést kell nyújtania a betegnek és családjának, akik ezt otthon képesek lehetnek tovább „gyakorolni". Ezekről a kommunikációs technikákról később még részletesebben is szólunk.

A kapcsolat érzelmi minősége és teherbírása

Tudvalevő, hogy a házasságban élő emberek mortalitása számos betegségben kisebb, mint az egyedül élőké, s ez így van a rákkal is. Mégis, a betegség kimenetelére vonatkozóan a házasság tényénél is biztosabb előrejelzést mutat a házastársi kapcsolat minősége, pontosabban, hogy *mennyi támogatást tudnak egymásnak nyújtani a betegségben*.

Az érzett támasz esetén várhatóan kisebb a depresszió, a szorongás és az elégtelen alkalmazkodás veszélye, és amelyik pár-kapcsolatban nagyobb a kohézió és az érzelmek kinyilvánítása, jobb alkalmazkodás jósolható be.

Mint tudjuk a *depresszió* nagymértékben összefügg reális interperszonális hatásokkal, nevezetesen a szeretetkapcsolat, a meghitt kapcsolat hiányával. A testi betegség gyakran izolálódást okoz, a szorongás, a félelmek, az indulatok megosztását lehetetlennek érző személy egyre jobban magára marad, és a depresszió veszélye növekszik. A pszichológiai kezelés szempontjából kedvező, ha a beteg vállalja a depressziót, viszont a kezelés esélyei rosszak, ha a depressziót tagadják, mert ez többféle kedvezőtlen családi konstellációhoz vezethet. Például valamilyen addikcióhoz, vagy a családtagok közötti folytonosan ismétlődő patológiás szövetségekhez, esetleg a családi kapcsolatokban a közeledés-távolodás kiszámíthatatlan kezeléséhez, de szomatikus betegséghez is. A depressziót tagadó beteg, vagy család, gyakran hiperaktivitást mutatva, vagy munkába menekülve, úgy tűnhet, mint akik nem akarnak foglalkozni ezzel, *valójában nem képesek a depresszió átélésének érzelmi terheit elviselni*. A családdal való pszichológiai munka ilyen esetben el kell kerülje a betegre való fókuszálást, és az egész család működésmódjának átbeszélése viszi őket közelebb az érzelmi terhelhetőséghez.

A családi életciklus szerepe a betegséghez való alkalmazkodásban

Az egyéni és családi élet egyaránt változások folyamata, méghozzá ciklikus módon, ami törvényszerű, szabályszerű un. életciklusok szerint alakul. Ezek a fejlődés szolgálatában álló, normális krízisek árán történő előbbre lépések. A családnak minden életciklusban más-más elsődleges feladat köré kell rendeződnie, és ezek meghatározzák a családtagok életét.

1. **A gyermektelen fiatal pár** életében a szülői családról való leválás, valamint a házastársi szerep kialakítása és az összecsiszolódás, alkalmazkodás feladata áll a középpontban. A betegség ezidőtájt próbára teszi az elkötelezett egymás mellett maradást, a gondoskodó, támasznyújtó szerepbe való gyors „beleérést", és a frissen megszerzett biztonság elveszíthetőségének megrendítő élményével kell szembenézniük.
2. **A kisgyermeket nevelő családban** a gyermek megbetegedése a szülőtársi szerepeket veszi igénybe, és a „Beteg gyereket szültem!", vagy a „Rossz géneket örökítettem!", esetleg a „Nem gondoztam elég körültekintően?!" önvádló, vagy ugyanezekkel a másikat vádoló indulatok gyötrik a szülőket, akik a gyermekük egészségének elvesztésén keresztül a saját „kompetens szülő szerepüket", „sikeres család" érzésüket is elveszítik. Míg az anyák minden energiájukat és szeretetüket a beteg gyermekre összpontosítják, eközben gyakran drámaian elhanyagolódik az egészséges gyermek (ek), és hasonlóképpen a házastársi szerep is. A szülőtársi szerepben dől el, hogy a betegség közelebb hozza őket egymáshoz, vagy éppen eltávolítja. Néha látjuk, hogy az anya túlzottan egybeolvad beteg gyermekével. Van, amikor ez annak kompenzálásaként alakul ki, hogy a szeretet-képessége eleve csökkent volt, s most, hogy a betegség miatt megrendült, a tudattalan elutasító késztetéseket kell ez által elfojtani. Ilyenkor a férjtől vagy a teljes önfeláldozást várják el, vagy bűntudatkeltések közepette kirekesztődik az anya-beteg gyermek szimbiózisból. Ez a szituáció azután a válás veszélyét hordozza magában. Ilyen esetekben a pszichológiai segítés (lehetőleg mindkét szülővel együtt, közös beszélgetés keretei között) elsősorban a negatív, elutasító indulatok megértésére, elfogadására kell irányuljon, azok vállalását megerősítve, majd feldolgozásához keretet (terápiás találkozásokat) biztosítva.

A kisgyermekes családban a szülő megbetegedése, főként az anyáé (aki ezidőtájt központi szerepet tölt be a gyermek életében), komoly krízishelyzetet teremthet, mert a szeparációs szorongáson és az egzisztenciális szorongáson túl a mindennapi élet számos területén elakadást, kudarcot, tehetetlenség érzést okoz a csökkent kapacitása, vagy időnkénti hiánya. Ezt látva, a szülő vívódása a betegséggel, a saját fizikai és lelki gyengülésével még kínzóbb. Rokoni, baráti segítség csökkentheti mindkét fél frusztráltságát, olyan „tehermentesítő" segítségnyújtással, amelyik nem a betegség letagadására épül, hanem a gyermek terhelhetőségét figyelembe véve adagolt „igaz információ-morzsákra", mindig nyitottan arra, hogy a gyermek kérdezhessen, s „éppen kielégítő" válaszokat (semmiképpen nem ambiciózus szakmai fejtegetéseket) kapjon, lehetőleg a nyugodt tudomásulvétel és bizakodás hangján. A felnőttek szorongása, bizonytalankodása ugyanis csak tovább növeli a gyermekét.

A szülőkkel és gyermekekkel közösen folytatott beszélgetések néha felbátorítják a gyermeket, hogy olyasmire terelje a szót, amit - a szülei esékenységét

átérezve - nem mer otthon szóbahozni, de őt nyugtalanítja, feszíti. E családi beszélgetéseknek az egyik legfőbb célja, hogy mintát nyújtson arra, hogy a szorongató dolgokról lehet, és jó beszélni, ha ez nem haladja meg a gyermek számára is kezelhető mértéket. Hogy hol van az optimális határ, azt minden gyermeknél és családnál az érzékenyen figyelő szakembernek kell megéreznie.

3. **Kamasz és ifjú családjában** a legfontosabb azt megérteni, hogy bárki betegszik is meg, - de leginkább a gyermek saját betegsége esetében válik láthatóvá - a szorongás miatt a nem rég még önállóságáért küzdő, vagy azt élvező, s a családtól való leválásán dolgozó fiatal megváltozik, s érzelmileg újra a család biztonságát kereső gyermek érzései lesznek uralkodóvá benne. Egy rákos adolescensekkel végzett felmérés meglepően mutatta, hogy a legfőbb támaszuknak elsőként az anyát, majd az apát, majd a gyógyító stábot nevezték meg, s ezután jött (ek) a testvér (ek). A kortárscsoport, akik ebben az életkorban a meghitt kapcsolat és támogatás legfőbb forrásai, a betegségben távolinak tűntek, s csalódással gondolkoztak róluk. A rugalmas alkalmazkodását a bajban is megőrző család képes hamar átváltani erre az igényre. Ahol a fiatal elszakadása nehezen, haraggal, szakítással történt, ott a „visszafogadásban" sok fojtott agresszió illetve bűntudat vegyül. Ezt mindkét fél érzi, de az erről való kommunikáláshoz gyakran szükség van szakember katalizáló segítségére.

4. **A szülő megbetegedése esetén** a fiatalra sokszor a gyorsított felnőtté válás vár, mert általában magának kell megbirkóznia a veszteség szorongató gondoltával, mivel az egészséges szülő gyakran nem tud partner lenni az erről való beszélgetésben, és a szorongásukat nem tudják megosztani egymással, és így közösen oldani. Pedig a szorongás jelentősen csökkenhetne az izoláltság megszűnésével, és sok érzelmi és fizikai energia szabadulhatna fel mindkét részről. Erre nagy szükség van a krízisbe került családban, ezért a szakember segítésének arra kell irányulnia, hogy el tudjanak kezdeni a betegségről s a saját érintettségükről, terheikről kommunikálni. Jó, ha a családtagok lelkiismeret furdalás, bűntudat, vélt elvárásoknak eleget tevési kényszer nélkül, nyíltan meg tudják beszélni a gondozási feladatok, az érzelmi, sőt spirituális igények egymás közt való felosztását. Ha egy családtag aránytalanul sokat vállal a gondozás terheiből, előbb utóbb nem képes azt megfelelően végezni.

Az un. üres fészekben élő házaspár sorolható az utolsóként elkülönített életciklusba. Ekkor a házaspár, gyermekeit már elengedve, minden téren megnövekedett egymásrautaltságban él, s mind egymásnak, mind a világnak évről évre kiszolgáltatottabban, esékenyebben élnek. Így a betegséggel szemben mozgósítható lelki és testi erőforrásaik csökkenőben, amit azonban érzelmileg nagyon nehéz felvállalniuk. Sokaknak érzelmileg nehezített az esékenységet felvál-

lalni, és támaszt, gondozást elfogadni a környezetüktől, a családtól, esetleg a gyermekeiktől is. A modern életmód, a generációk különélése folytán sokszor a távolság, a lakáskörülmények, az egzisztenciális problémák miatt nem oldható meg, nem rendezhető el úgy a segítés, ahogyan azt a felnőtt gyermekek szüleik felé nyújtani szeretnék. Sok kesergés, lelkifurdalás, neheztelés övezi az idős betegek ellátásának megoldását, vagy megoldatlanságát. Ebben a szakemberek együttérzése, megértése csökkentheti a bűntudatot.
Milyen feladatokat jelent az otthon ápolt beteg családtag gondozása?

- Az *érzelmi támasz nyújtása* a legfontosabb, mondhatni az alapzatát képezi minden más praktikus gondozási mozzanatnak. Ez az, amit elsősorban a családtagoktól várhat el a beteg, de a környezet és a kezelők is. Vagyis, hogy a saját indulataikat, érzéseiket képesek legyenek megfelelően kontrollálni, s a beteghez türelmesen, mindent elfogadóan, elviselően viszonyuljanak. Családonként különböző, hogy a betegség közelebb hozza, összefogja a családtagokat, vagy éppen stresszt és távolságnövekedést eredményez.
- Nagy terhet ró a családtagokra a *döntések meghozatala*. Vannak, akik szívesen áthárítják azt a kezelő szakemberekre, mások viszont utána járnak a szükséges információknak, hogy jól dönthessenek. Ezzel együtt, a kezeléssel való megelégedettségnél nagy súllyal esik a latba, hogy mennyi információt kaptak, s érezhették-e, hogy a döntéshozatalban részt vehetnek. Bármilyen döntés viszont későbbi önmarcangolásokra, lelkifurdalásokra adhat okot.
- A konkrét *gondozási teendők* köre egyre bővül, az otthon lévő beteg családtagjának egyre több ápolási technikát kell elsajátítania. Amerikában például már nekik kell megoldani a csövön át táplálást, vagy az intramuscularis, subcutan gyógyszerelést.
- Az otthoni ápolás időbeli elhúzódása a családoktól nem csak érzelmi és fizikai, e komoly *anyagi áldozat*ot követel: az otthonmaradó családtag fizetés kiesése jelentősen visszavetheti a család megszokott életszínvonalát.
- Nem könnyű a betegséggel kapcsolatos bizonytalanságok elviselése, valamint a családi élet oly sok változása között megőrizni a *stabil és kiszámítható családi szerepek*et. Mindezt persze a beteg is érzékeli, és sok esetben nehezére esik elfogadni, vagy kérni bármiféle szükségletének kielégítését (pl. hogy éppen magányra vágyna, tartsák távol a látogatókat, vagy épp fordítva, de fél, hogy a családtagokra további terhet ró a vendégjárás, stb.).

A fentieket átgondolva nem nehéz elfogadni azt a koncepciót, amely a családtagokat *„másodrendű beteg”*-ként szemléli. Ez azt jelenti, hogy a családra ne csupán úgy tekintsünk, mint a betegség okozta stresszre reagálók, hanem mint akiknek olyan mértékben alkalmazkodniuk kell egy kényszerű helyzethez, hogy az igénybe veszi és felemésztheti lelki, fizikai, esetleg anyagi tartalékaikat,

ezáltal önmaguk is személyesen krízishelyzetet élhetnek meg, annak minden pszichés, szomatikus és szociális velejárójával, mint dekompenzálódást veszélyeztető hatással.

Hazánkban még közel sem kiépített az *otthonápolási rendszer*, ami megnyugtatóan biztosíthatná az idős embereknek a megszokott, otthoni közegben történő gyógykezelését, gondozását. Talán nálunk is az un. közösségi támogató, otthoni ápolási szisztéma kialakítása lesz a jövő útja, de addig is abban kell segíteni a családtagokat, hogy kisebb bűntudattal, frusztráltsággal és több kreatív kezdeményezéssel próbáljanak úrrá lenni az amúgy is nehezen megélt helyzeteken.

A segítségnyújtás lehetőségei

Az itt vázolt segítségnyújtás alapvetően a család egészét szemléli, leginkább az un. rendszerszemlélet jegyében, de a különféle iskolák követői megegyeznek abban, hogy valamennyi családtagot egyszerre kell a figyelem terébe bevonni.
Ezt módszertanilag kétféleképpen lehet elérni:

- Egy személlyel beszélve is lehet azt úgy irányítani, hogy a körülötte élő családtagok is megjelenjenek az elbeszélésben, beszámolóban, helyzet leírásban, ezáltal lehet a *családban működő segítő erőforrásokat átlátni*. A formailag hagyományos kétszemélyes orvos-beteg *beszélgetést* (exploráció, anamnézis felvétel és egyéb információszerző helyzetekben) *tudatosan kell a család egészére irányítani*, s a kapott válaszoknak a tartalmát és közlési módját egyaránt transzponálni kell a rendszer-működés értelmezési körébe. Így például sajátos jelentést kap, hogy melyik családtagról nem tesz említést, vagy a másikat miért családon kívüli kontextusban jeleníti meg, stb.
- A család valamennyi tagjával egyszerre beszélgetni, s ha valaki mégis hiányzik, azzal távolléte ellenére foglalkozni, olyan vonatkozásban, ahogy a jelenlévőkre itt és most hat, amit kivált belőlük (indulatot, fantáziát, stb.). Az ilyen, családdal történő beszélgetés lehet egyszeri alkalom is, de igazi segítő együttműködéshez több alkalomra, folyamatosságra van szükség. Ez már a családi konzultáció, vagy a családterápia módszere felé mutat.

A konkrét pszichológiai segítő beavatkozásoknak is igazodniuk kell a betegség lefolyásának aktuális fázisához. Ez egyrészt a szomatikus kezelést végző szakemberekkel folytatott konzultálással biztosítható, másrészt a családtól folyamatosan kért információkra támaszkodva. A pszichológiai támogatás egyik célja, hogy a kezelésekben optimális aktivitással, motiváltsággal tudjanak együttműködni. Ennek globális vázát mutatja az alábbi táblázat:

A kezelés fázisai

A kezelés szakaszai	***A kezelés mozzanatai***	***Terápiás célok***
Kezdeti szakasz	Az első találkozás és a helyzet felmérése	A terapeuta és a pár közötti empátiás viszonyulás kialakítása és egy reális terápiás terv meghatározása
A kezelés középső szakasza	Elsődleges és másodlagos reflexiókra épülő terápiás beavatkozások	Segíteni a párt abban, hogy a mellrák helyett vegyék észre, értékeljék és cselekvően aknázzák ki életük egyéb lehetőségeit
A kezelés befejező szakasza	Értékelő és lezáró terápiás beavatkozások	Meghatározni, hogy a kezelés segített-e, és miben segített, majd elbúcsúzni egymástól

A családok pszichológiai segítésének mindkét fent vázolt megközelítésénél fontos az első találkozás gondos megtervezése, és annak az általános célnak a szem előtt tartása, hogy a beteg és hozzátartozói számára fokozatosan megkönnyítsük *a betegségről és az ehhez kapcsolódó érzelmi problémákról való kommunikálást*.

Az ún. első interjú néhány lényeges kérdésköre

Számításba kell vegyük, hogy az első találkozás a kezelőorvossal, az un. első interjú kiemelten jelentős hatással, befolyással van a páciens betegségről való gondolkodására és a kezeléshez való viszonyulására. Azok a kérdések, amelyekre nem tud válaszolni, mert még maga sem gondolkodott el rajta, a beszélgetés után talán tovább foglalkoztatják, s a gondoltait, a figyelmét irányítják. Érdemes tudakozódni a következőkről:

- Milyenek a jelen helyzetre adott saját reakciói, és milyenek a családtagoké?
- Mi okoz neki legtöbb gondot, és mi a családtagjainak?
- A betegségről mit tud, miként vélekedik ő és a családtagjai?
- Kivel és hogyan beszél a betegségről, s hogyan a házastársával?
- Milyen egyéb stresszkeltő momentumok vannak most az ő életében? A családjáában?

- Mi volt a múltban a legszorongatóbb élménye? Hogyan kezelte? Hogy minősítette ezt a család?
- Jellemezze a párkapcsolatát. Mit kap, mit ad? Milyen a kölcsönösség, illetve a szexuális összhang mértéke? Ez utóbbi kérdéskör részletes megtárgyalására a páros interjúban fontos teret hagyni.

Általános terápiás cél: a szorongásokról, félelmekről, elvárásokról való kommunikáció nyíltabbá tétele.

Érthető, hogy a szakemberek megpróbálkoztak azzal, miként lehetne a párok egészségkárosító, stresszt fokozó kapcsolati viselkedésébe változást hozni, például a kommunikáció megváltoztatásával. Egyik kísérletben a párok egy kéthetes kommunikációs tréningben vettek részt, amely abból állt, hogy heti több alkalommal is a kapcsolati problémák megvitatását gyakorolták. A tréninget követő időben a negatív interakciók száma csökkent. Megfigyelték, hogy egy sajátos interakciós stílus (az aszimmetrikus, vagy követelőző-visszahúzódó) mutat összefüggést a pszichofiziológiai reaktivitásbeli különbségekkel, vagyis a feszültség kioltásának elhúzódó volta miatt közvetett egészségkárosító hatása feltételezhető.

Összefoglalásul azt a gyakran megélhető tapasztalatot érdemes hangsúlyozni, hogy a házaspárok, de a szülők és gyermekek is őszinte megkönnyebbüléssel vesznek részt ezeken a páros vagy családi beszélgetéseken, mert átélik, hogy fel lehet oldani izoláltságukat, vannak, akik megértik és elfogadják őket olyannak, amilyenek.

Ajánlott irodalom:

1. Barnes, G. G., Cooklin, A: Family therapy. In: The handbook of psychotherapy. Eds.: P. Clarkson, M. Pokorny, Routledge, London, New York, 1994
2. Buda B. – Füredi J. (szerk.): A család szociálpszichiátriája. Medicina, Budapest, 1985
3. Burns, C. et alii: New diagnosis: caregiver role strain. Nursing diagnosis, 4: 70-74, 1993
4. Coyle, N. et alii: Supportive Home Care for the Advenced Cancer Patient and Family In: Psycho-oncology. Ed. J. C. Holland, 598-606 New York: Oxford Univ Press, 1998
5. Donovan, K.: A rossz hírek közlése. Kharon, 1999. Tavasz-nyár, 27-45, 1999
6. Füredi J.(szerk.): Családterápiák. Pszichológiai Műhely sorozat 6. Akadémia, Bp., 1989
7. J. C. Holland, .(ed.): Psycho-oncology, New York, Oxford University Press, N.Y., 1998.
8. Jacobs, J., Ostroff, J., Steinglass, P.: Family Therapy: A Systems Approach to Cancer Care. In: In:Psycho-Oncology. Holland, J. C. 994-1003. New York: Oxford Univ Press, 1998
9. Kazak, A.E. et alii: Surviving Cancer Competently Intervention Program(SCCIP): A Cognitive-Behavioral and Family Therapy Intervention for Adolescent Survivors of Childhood Cancer and Their Families. Family Process, Vo. 38.2.175-192, 1999
10. Komlósi P.: A család támogató és károsító hatásai a családtagok lelki egészségére. In.: Gerevich J.(szerk.): Közösségi mentálhigiéné. Gondolat,1989., Animula 1997.13-34.o.
11. Komlósi P.: Családterápiák. In.: Szőnyi G.- Füredi J.-.(szerk.): A pszichoterápia
12. tankönyve, 354-375, Medicina,Budapest, 2000.
13. Lazarus, R. S. et ali: Stress, appraisal and coping. Spring, New York, 1984
14. Lederberg, M.: The Family of the Cancer Patient. In: In:Psycho-Oncology. Holland, J. C. 981-993. New York: Oxford Univ Press, 1998
15. Leary, T., Walton, G.: Marital psychotherapy. In: Handbook of psychotherapy. Eds. P. Clarkson, P, Pokorny, M. Routledge, New York, London, 1994
16. Minuchin, L–Rosman,B.L.-Baker,L.:Psychosomatic Families. Harvard Univ. Press, 1978.
17. Onnis, L. (1985): A pszichoszomatikus zavarok rendszerszemlélete. Családterápiás olvasókönyv sorozat III. Animula, Budapest, 1993.
18. Palmer, B.: Gyógyíthatatlanul – mégis Isten dicsőségére. Primo Evangéliumi Kiadó, Budapest, 1990.
19. Pearlin, L. I et alii: Caregiving and the stress psocess: an overview concepts and their measures. Gerontologist, 30: 583-594, 1990
20. Pearlin, L. I. et ali: Research into informal caregiving: current perspectives and future direction. In: Caregiving systems: informal and formal helpers. Pp.: 155-167. Eds.:Zarit, S. H., Pearlin, L. I., Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1993
21. Polcz Alaine (1989): A halál iskolája. Magvető, Budapest, 1989
22. Satir, V.: Az új családműhely. Coincidencia, Budapest, 1999
23. Schachter, S. R, Coyle, N.: Palliative Home-Care – Impact on Families. In:Psycho-Oncology. Holland, J. C. 1004-1015 . New York: Oxford Univ Press, 1998
24. Skaff, M. M. et ali: Caregiving: role engulfment and the loss of self. Gerontologist, 32: 656-664, 1992

13. Pszichoszociális folyamatok az onkológiai teamben

Rosszindulatú daganatos betegségben szenvedőkkel és hozzátartozóikkal együttműködve kihívásokat és jutalmakat élhetünk át. Az onkológiai ambulanciák, osztályok és centrumok az egészségügy magasfokú technológiával és kifejezett stresszhatásokkal jellemezhető területei. Az onkológiai, sajátos stresszben felfedezhetjük az önmagukat gyakran, -állapotuktól sokszor függetlenül - halálos veszélyben érző betegek/hozzátartozóik verbális és nem verbális kommunikációjának hatásait, a rákbetegség társadalmi stigmatizáltságának terheit és az onkoterápiák félelmetes, többszörösen „mérgező" aspektusait. Ha együttműködésre képes, folyamatos kommunikációt biztosító, a lelki kiégést megelőzni szándékozó onkológiai kezelőcsoportban dolgozunk, akkor az előbb említett komoly nehézségek ellenére munkánkat a maga nemében egyedülállónak, jutalmazónak és óvatosan optimista jellegűnek érezhetjük. Mindehhez érdemes önképzést is folytatnunk, célszerű megragadnunk minden alkalmat ismereteink bővítéséhez és szorgalmaznunk kell a szupervízió igénybevételét az onkológiai területen dolgozók köreiben.

Tari Annamária

Az onkológiai team

Az onkológiai osztályokon dolgozó kezelőszemélyzet (orvosok, nővérek, klinikai pszichológusok, gyógytornászok, stb.) munkáját a folyamatos terhelés, az állandósult pszichés tehertétel jellemzi. A mindennapokat a súlyos betegekkel való foglalkozás, a halál lehetőségének jelenléte, a halál tényleges bekövetkezte jellemzi. Ebben a térben jelennek meg az új betegek és hozzátartozók, akik viszont bíztatást, reményt, optimizmust, gyógyulást várnak el a személyzettől.

Ez pszichológiai szempontból azt jelenti, hogy az onkológiai kezelőcsoport tagjainak sokszor egy időben kell feldolgozni egy beteg súlyos állapotát, miközben egy másiknak biztosítani kell a kezelést, a nyugalmat, vagyis a két ellentétes érzelem átélésére nincs idő biztosítva, feldolgozatlanul kell háttérbe szorítani az egyik intellektuális és érzelmi élményt a másik javára. Ezen a pszichés működés folyamatossága olyan mennyiségű pszichés energiát von el, ami a kezelőszemélyzet egymással való érzelmi kapcsolatában, és adott esetben a magánéleti szférában levő emberi kapcsolatok érzelmi viszonyaiban is jelentkezik.

A kimerültség először csak enyhe türelmetlenségben, feszültebb érzésekben és érzékeny, érzelmi készenléti állapotban nyilvánulnak meg. Ebben az állapotban a kezelő team tagjai jól működnek egymással, munkakapcsolatukat emberi érzések és kapcsolati jellemzők színezik. Problémáikat megbeszélik egymással, és érzéseiket kifejezik egymás felé.

Ha lehetőség van arra, hogy néhány súlyosabb beteggel való kapcsolatukról szó essék, akkor ez annyi kanalizációs lehetőséget biztosíthat, ami elégséges az érzelmek (bánat, szomorúság, veszteség, gyász, harag, düh, stb.) enyhítéséhez.

A mindennapok általános leterheltsége mellett azonban számolni kell azzal, hogy egy-egy pszichésen rosszabb állapotú beteg lélektani működése újabb jelenségeket idéz elő a team tagjai között. Abban az esetben, mikor a kezelőcsoport elkezd foglalkozni egy olyan beteggel, akinek premorbid személyisége éretlen, akkor számítani lehet arra, hogy minősíteni kezdi a kezelőket: lesznek jók és rosszak, ügyesek és ügyetlenek, kedvesek és ellenszenvesek, tehetségesek és tehetségtelenek, stb. E pszichés működés a következtében a team tagjai kezdenek megoszlani, és érzéseik közé, viselkedésük elemeibe kezd belejátszani a beteg által elmondott és kinyilvánított tartalom. A jelenség megszokott egy pszichoterápiás osztályon, de az onkológiai osztályokon általában értelmezésre és feldolgozásra szorul. A felszínen csak annyit érzékelhetünk, hogy a team tagok közül a "jók" könnyebben kezdenek dolgozni a beteggel, míg a „rosszabbak" érzelmileg egyre nehezebb helyzetbe kerülnek. Ha a kezelőcsoport „egészének" pszichés állapota nem teljesen stabil, akkor tagjai között ez a megosztottság egyre inkább érvényesülni fog, és feszültségeket idéz elő. Ez hozzáadódik a teamben levő rejtett feszültséghez, és minden tag kezdi magát rosszabbul érezni, mert az említett betegből rájuk vetített indulat és agresszív impulzusok működésbe lépnek. Egy súlyosabb személyiségzavarral is jellemezhető onkológiai páciens pszichológiai működése elvezethet odáig, hogy a team működésében zavarok lépnek fel, a tagok érzelmi kapcsolata romlik, türelmetlenségük egyre nő.

A felszín alatti valódi lelki jelenség működésének és dinamikájának felderítése elsődleges ezekben az esetekben, mert látszólag érthetetlen érzések és jelenségek kezdhetnek működésbe lépni.

Az onkológiai osztályokon fekvő betegek személyiségének működésére a felfokozott szorongás és lelki regresszió jellemző lehet, ami a kezelőszemélyzetre folyamatosan mintegy „rávetítődik" (projektálódik) és állandó lélektani jellemzőként határozható meg. Ez azt jelenti, hogy a személyzet minden tagja saját pszichés teljesítőképességének függvényében állandóan „tartalmazza" (konténereli) ezeket az érzéseket, hiszen a betegekkel folyamatos kapcsolatban vannak, beszélgetnek velük, fájdalmas beavatkozásokat hajtanak végre, rossz hírt és jó hírt közölnek. A betegekkel való kapcsolat eltérő mértékű teherként jelentkezhet. Természetesen mindenkinek vannak szimpatikusabb és kevésbé szimpatikusabb betegei, akikkel szemben a megengedhető érzelmi reakciók mértéke és milyensége is eltérő lehet.

A betegek tudattalan és tudatos elvárása a kezelői team felé egy idealizációs folyamatban alakul. Ennek megfelelően a várt kép, a tökéletes kezelő az, aki mindent tud, mindenható a gyógyításban, soha nem fáradt, ingerült, kétségbeesett, tanácstalan vagy bizonytalan. Ennek a tudattalan elvárásnak a team minden tagja igyekszik megfelelni, noha az idealizált kép sokszor nagyon távol van a realitástól. Ez a folyamatos tudattalan megfelelés a beteg felé néha - a realitás következtében - megtörik, és ilyenkor csak többlet energiával javítható.

Ez nagymértékű fáradtságot, a munkaidő végeztére kiábrándultságot, fokozottabb kimerültséget okozhat.

A kezelőcsoport működése

A team működése, a napi kezelői munkán túl, megbeszéléseket, viziteket értekezleteket is jelent, ahol már a betegek jelenléte nélkül, kollegiális kapcsolatban érintkeznek egymással. Ha a szakemberek teherbírása már nem optimális, akkor ezekben a szituációkban is érzékelhető a feszültség. A napi munka során az információ áramlása és az egymással való kommunikáció minősége nagy jelentőséggel bír. Ha a team közös feszültségi szintje nő, akkor olyan csoportjelenségek kezdenek érvényesülni, melyek a napi munkát is nehezítik, súlyosabb esetekben akár ellehetetleníthetik.

Az egyik tipikus jelenség a *bűnbakképzés*, ebben az esetben a team leggyengébb láncszeme, vagyis a legfáradtabb tag kerülhet abba a helyzetbe, hogy mindenkinek vele lesz problémája, kimondva vagy kimondatlanul egyre feszültebb lesz körülötte a légkör, ami már nem korrigálható egy-egy beszélgetéssel.

A tagok között beindul a *rivalizáció*, vagyis olyan tudattalan működés, melyben mindenki igyekszik az adott beteg legjobb kezelője lenni, és egyben a legjobb tagnak a teamben. Ez a jelenség érzékelhető akkor, amikor a megbeszélések nem konstruktív légkörben zajlanak (ahol lehet hibákról vagy problémákról őszintén beszélni), nem segítő javaslatok hangzanak el, hanem megjegyzések, esetenként személyeskedések. Ebben a pszichológiai légkörben tudattalanul új csoportnorma érvényesül: *nem lehet gyengének mutatkozni*. Ha ez a kimondatlan norma folyamatos működésbe lép, akkor a szakemberek érzelmi kapcsolatát a bizalmatlanság és a gyanakvás fogja jellemezni, a team párokra bomlik, az eredeti információs láncolat módosul, és csak a formális csatornák működnek látszólag zavartalanul. Azonban ha jobban megvizsgáljuk, ez a zavartalanság is csak látszólagos, mert a valódi információk nagy része elvész, illetve intim információvá alakul, amit már csak néhány ember oszt meg egymással.

A kiégés és kifáradás jelenségeinek pszichológiai kezelése

Az orvostudomány számos területén az ún.*Bálint csoport* működésével a betegek kezelése során termelődő érzelmek és feszültségek egy része feldolgozható.

A jövőben szükséges ún. *burn out tréninget* biztosításítani a szakemberek számára, ahol lehetőség nyílik a megterhelő lelki élmények feldolgozására és a csoportjelenségek kezelésére is. A pszichológiai módszerek széleskörű bevezetése azonban azzal a nehézséggel jár, hogy *új kultúrát* kell kialakítani a közös működés tekintetében.

A daganatos betegek onkoterápiája a kezelői team tagjainak olyan tudattalan elhárító mechanizmusok működtetését teszi szükségessé, mely a mindennapokban az én-jeik védelmét szolgálja. Ez teszi lehetővé a betegek érzelmi krízeseinek, fájdalmainak, szorongásainak, depresszív reakcióinak, anticipált gyászának, olykor a beteg elvesztése miatt kialakult, nem mindennapi érzelmi ter-

hek elviselését. Ezeknek az érzelmeknek a nagy része tudattalan és kimondatlan marad, úgy a saját, mint a többiek énje védelmében. Az új kultúra azt is jelenti, hogyolyan kapcsolatba kell kerülni egymással, amelynek keretében meg kell tanulni kimondani egymás előtt olyan érzéseket és gondolatokat, melyek addig talán nem is tudatosultak. Ez olyan megváltozott kommunikációra ad lehetőséget, amely enyhíti a feszültségeket és őszinte, bizalmon alapuló kezelő-csoportot hoz létre.

A csoport megtartó ereje és a tér, amiben működik biztonságot kell, hogy nyújtson a tagok számára. A legfontosabb cél, hogy felismerhető legyen az onkológiai területen való munka következtében előálló érzelmek és indulatok működése, elkülönítve a személyes érzésektől és kollegiális érzelmi viszonyoktól.

Onkopszichológiai képzés

Az onkopszichológiai képzés két fő célja a daganatos betegekkel való foglalkozás pszichológiai szempontjainak ismertetése, valamint a szakemberek személyiségre gyakorolt hatásainak felismerése és elrendezése.

Az onkológiai ellátás fejlesztése, bővítése, és a dinamikusan összetartozó betegek - hozzátartozók - és a kezelőcsoport tagjai életminőségének összehangolt javítása napjainkban elengedhetetlen feladat. A betegek és a hozzátartozók pszichoszociális terheiről már korábban szó esett. A szakembereket illetően ez a pszichológiai szempontból is nehéz terület olyan specialistákat egyesít, akik vállalták a rendkívüli értelmi és érzelmi megterheléssel járó onkológiai munkát. Azonban gyakran azt tapasztaljuk, hogy elfogadható pszichológiai segítségnyújtás hiányában a kezelés, a szakemberek egymás közötti, és a betegekhez való viszonya az személytelenedés, a fokozott lelki hárítás és indulattalanítás irányába mozdul el. A megfelelő elméleti és gyakorlati onkopszichológiai képzéssel az is elérhetővé válna, hogy a szakemberek saját pszichés egészségük megőrzése mellett tudják végezni a munkájukat. A legfontosabb lépés az onkopszichológia ismeretanyagának és ellátási formájának széleskörű bevezetése lehetne.

Az onkopszichológiai ellátás főbb jellemzői

Az onkológia területén dolgozó *klinikai pszichológusi munka* lényege a vizsgált beteg pszichés állapotának megállapítása, részvétel a beteg pszichoszociális témájú tájékoztatásában, a vizsgálatok, kezelések, onkológiai kontroll következtében kialakult lelki reakciók kezelésében. Szükség esetén (alkalmazkodási nehézségek, krízis helyzet, gyász-munka, stb.) konzultáció, tanácsadás, pszichoterápiás kezelés (nem verbális, verbális, egyéni, csoportos) nyújtása is e feladatkörbe tartozik.

Nagyon fontos a *jó együttműködés* az onkológusok és az ezen a területen dolgozó klinikai szakpszichológusok és pszichiáterek között, hogy a betegek tájékoztatása, motivációjuk megnyerése, illetve megerősítése a kongruens, őszinte, empatikus kommunikáción és kapcsolaton alapuljon. Fontos figyelembe venni

ugyanakkor, hogy a beteg onkoterápiájának vezetője minden esetben az onkológus, akinek munkáját segítik a mentálhigiénés szakemberek.

Minden alkalommal fel kell ajánlani a *beteg családtagjainak*, hogy gondjaikkal, problémáikkal, vagy csak tájékoztatást kérve szabadon fordulhatnak az osztályon/szakrendelésen dolgozó klinikai szakpszichológushoz, illetve pszichiáterhez. A családtagok szakszerűen képzett pszichoterapeuta vezetésével csoportos formában is megbeszélhetik saját és beteg családtagjukkal kapcsolatos problémáikat, helyzetét és a teendőket.

Az onkopszichológiai képzés formája lehet a rendszeres konferencia, ahol előadások és délutánonként esetmegbeszélő csoportok működhetnének. Már több, kialakult képzés történik az Országos Onkológiai Intézetben több, mint egy évtizede. A III. éves medikusok választhatják pszichológia gyakorlatként a „Bevezetés az onkopszichológiába c. tárgyat. Klinikai szakpszichológus jelöltek is jönnek gyakorlatra az Intézetbe. A graduális és a posztgraduális pszichológusképzésben növekvő óraszámot kapott az onkopszichológia elméletének és gyakorlatának ismertetése. Az onkológus szakorvosjelöltek képzési programjában szerepel az onkopszichológia elmélete.

Ajánlott irodalom

1. Böszörményi Z., Mousson-Kovács E.: Orvosi pszichológia. Tankönyvkiadó, Budapest, 1967
2. Holland, J. C.: Establishing a Psycho-Oncology Unit in a Cancer Center. In: In:Psycho-Oncology. Holland, J. C. 1049-1060. New York: Oxford Univ Press, 1998
3. Kulcsár Zs.: A segítőhivatások pszichológiája. Empátia, altruizmus és a kiégési szindróma. In: Egészségpszichológia. 148-208, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 1998
4. Lederberg, M. S.: Oncology Staff Stress and Related Interventions. In: In:Psycho-Oncology. Holland, J. C. 1035-1048. New York: Oxford Univ Press, 1998
5. McCorkle, R., Frank-Stromborg, M.: Education of Nurses in Psycho-Oncology. In:Psycho-Oncology. Holland, J. C. 1069-1073. New York: Oxford Univ Press, 1998
6. Riskó Á.: Az ún. team-stressz. In: A test, a lélek és a daganat. 83-84, Animula, Budapest, 1999
7. Riskó Á.: Pszichológiai folyamatok a rehabilitációban. In: Rehabilitáció a gyakorlatban. Szerk. Huszár I., Kullmann L., Tringer L., 35-47, Medicina, Budapest, 2000
8. Riskó Á.: Rákbetegség – destruktív erők – testkép – onkológiai osztály. In: Szeretet és harag az analitikus pszichoterápiában. Szerk. Lukács D., 109-115, Animula, Budapest, 1997
9. Ross, M.: The gynaecological unit – a psychodynamic perspective. Psychodynamic Counselling 1 (2) 199-213, 1995
10. Roter, D., Fallowfield, L.: Principles of Training Medical Staff in Psychosocial and Communication Skills. In: In:Psycho-Oncology. Holland, J. C. 1074-1082. New York: Oxford Univ Press, 1998
11. Smith, E. D., Walsh-Burke, K.: Principles of Training Social Workers in Oncology. In: In:Psycho-Oncology. Holland, J. C. 1061-1068. New York: Oxford Univ Press, 1998

14. A daganatos betegek életminősége

Kahán Zsuzsanna, Kovács Zsuzsanna

Az életminőség – az élet minősége - az egyén életének különböző területein megélt helyzetének összességét jelenti. Olyan többdimenziós, az egyén megítélését is magába foglaló fogalom, melyet objektív és szubjektív tényezők egyaránt befolyásolnak.

A WHO egészség-meghatározásához kapcsolódva a magas életminőséget "a teljes testi, szellemi és szociális jólét állapotaként, és nem csupán a betegség, vagy fogyatékosság hiányaként" szokták értelmezni. Az életminőség komplex jelenség, az élet különböző síkjai, doménjei befolyásolják. Az életminőség másrészt egyedülállóan személyes élmény, mely kifejezi azt, ahogyan az egyén egészségi állapotáról, illetve élete nem egészségügyi aspektusairól érez. Az életminőséget az egyén kulturális, társadalmi helyzetéből, életútjából adódó tényezők is áthatják. Az életminőség ilyen értelmű felfogása, mely tartalmazza az illető munkájával, otthonával, vallásával, családi körülményeivel, tanulmányaival, jövedelmével, szabadidős elfoglaltságával való elégedettségét, sokkal szélesebb, mint ahogyan az orvosi gyakorlatban használják.

Az orvosi gyakorlatban az életminőség értékelése arra irányul, hogy a betegség illetve annak kezelése milyen hatással van a páciensre, természetesen a páciens nézőpontjából tekintve (egészségre vonatkozó életminőség, Health Related Quality of Life). Ez a beteg testi, lelki és szociális jólétének aktuális színvonalával való elégedettségét vizsgálja, összehasonlítva azzal a színvonallal, amelyet lehetségesnek, ideálisnak tart. Alapja a beteg által a diszfunkció elfogadható, vagy tolerálható színvonaláról kialakított elvárás és vélemény.

A betegek életminőségének összetevői

A beteg emberek saját testi, lelki és szociális jólétéről alkotott megítélései a következő dimenziókat, doméneket érintő tényezők szintézisével alakulnak ki:

- fizikai jólét (tünetek, fájdalom)
- fizikai aktivitás, képességek
- családi kapcsolatok
- lelki jólét
- elégedettség az egészségügyi ellátással
- szexualitás/testkép
- társadalmi kapcsolatok, munkaképesség

Ezek a területek természetesen egymással is kölcsönhatásban állnak, elkülönítésük mesterséges.

A továbbiakban *a daganatos beteg (egészségre vonatkozó) életminőségének kérdéseivel* foglalkozunk. Hogyan változtathatja meg a betegség, vagy éppen az orvosi beavatkozás az életminőséget? Hogyan csökkenthetjük a minimumra a betegség, illetve az egészségügyi intervenció életminőséget károsító hatását? Először az életminőséget meghatározó egyes tényezőket ismertetjük.

A életminőséget meghatározó tényezők

• ***Fizikai jólét:*** A kellemetlen tünetek – fájdalom, köhögés, étvágytalanság, hasi diszkomfort, székrekedés, hányinger, hányás, fogyás, álmatlanság – rontják az életminőséget. Ezek a tünetek ugyanakkor befolyásolják az életminőséget meghatározó egyéb paramétereket, csökkentik a fizikai aktivitást, lelki hatásuk is van, és befolyásolják a társadalmi beilleszkedést. Általában jól kontrollálhatók, akár a daganat maga, akár a daganat miatti kezelés, az onkoterápiás beavatkozás okozza. A daganat okozta fájdalmat az aktív onkológiai kezelés, a fájdalomcsillapítók és a kiegészítő terápiák egyaránt eredményesen enyhítik, így ezek az életminőség javításának alapvető eszközei. Megemlítendő ugyanakkor, hogy ugyanaz a kemoterápia, sugárterápia, hormonterápia, mely az előrehaladott daganattal és a daganat okozta kellemetlen tünetekkel küzdő betegnek az életminőség javítását ígéri, a műtéti kezelést kiegészítő, úgynevezett adjuváns kezelésként - mellékhatásai (hányás, hányinger, étvágytalanság) révén átmeneti életminőség romláshoz vezethet. Hányingert, hányást, étvágytalanságot, székürítési zavart nemcsak hasi tumor, hanem maga a kemoterápia, sugárterápia is okozhat. Ha az onkológiai kezelés okozza, a tünet kondicionálódhat, és az infúziós palack, vagy a kemoterápiát adó személyzet megpillantása is provokálhatja. Ilyen esetekben a helyzet megoldásához sokszor pszichológus/pszichiáter szakember segítségére van szükség. Ha azonban nem a kezelés, hanem a daganatos betegség következményeként alakul ki a tünetcsoport, a daganat gátló terápia javíthatja vagy megoldhatja e tüneteket. Szerencsére ma már a tüneti terápiák igazán széles választéka áll az onkológus rendelkezésére. A daganatos betegek táplálkozászavara többféle lehet: legtöbbször a daganat vagy annak tudata, esetleg a kezelés okoz csökkent táplálékbevitelt, fogyást. Máskor éppen ellenkezőleg, a beteg lelki hatásra fokozott táplálékbevitellel és súlynövekedéssel reagál, melynek egyik motivációja a betegség legyőzésének vágya lehet. A betegség ismerete, a szükséges kezelésektől való félelem a betegek jelentős részében olyan mértékű szorongást, depressziót vált ki, mely alvászavart is okoz. Olykor ez csak a betegség bizonyos fázisában, rövid ideig jelentkezik. Az alvászavar leküzdéséhez szükség lehet a pszichiáter segítségére.

• ***Fizikai aktivitás:*** Az esetek többségében az egyik legfontosabb szempont az életminőség értékelésénél a fizikai aktivitás megőrzése. A fizikai aktivitás romolhat a daganatos betegség következtében – a daganat okozta általános tünetek, a testsúlycsökkenés, a dyspnoe, anaemia, paraneopláziás szindróma, vagy lokális szervkárosodás, fájdalom miatt. Ilyenkor az eredményes daganat gátló kezelés a fizikai aktivitás helyreállításával javíthatja az életminőséget.

Sokszor az onkológiai kezelés maga rontja a fizikai aktivitást: leggyakrabban a kemoterápia toxikus, így csontvelődepresszív hatásával találkozunk. Ez ma már a korszerű szupportív terápiák alkalmazásával (citokinek, erythropoetin, roboráló szerek, hányáscsillapítók) jól kivédhető.

• ***Családi kapcsolatok:*** Ideálisan a család biztonságot, feltétlen elfogadást nyújtó közegként funkcionál. Ezért nagyon fontos, hogy a család tagjai mintegy a beteget ellátó team tagjaként a legmegfelelőbb módon viszonyuljanak a beteg rövidebb-hosszabb távú, átmeneti vagy definitív állapotváltozásához, átmeneti vagy hosszan tartó onkológiai kezeléséhez. A családtagok szerepvállalása természetesen igazodik a család hagyományaihoz, a családtag illetve a beteg személyiségéhez. A családtagok megfelelő informálása, a kezelés során a döntéshozatal folyamatába történő esetleges bevonása erősíti a beteg és a családtagok kapcsolatát, többnyire segítséget jelent a beteg számára. Csökkenti a beteg izoláltság érzését. A családtagok részéről megnyilvánuló szeretet segít a betegség és a kezelések vállalásában. Ugyanakkor a betegségélmény megerősítheti, és új tartalommal töltheti meg a családi kapcsolatokat. Speciálisan alakulnak a családi kapcsolatok, ha anya illetve gyermek betegségéről van szó. Ugyancsak sajátos vetületei vannak a férj és a feleség kapcsolatának, bármelyikük legyen a beteg.

• ***Lelki jólét:*** A daganatos betegek legtöbbjénél átmeneti vagy hosszantartó lelki zavarok alakulnak ki. Már a betegség puszta tudata indukálhat félelmet, szorongást, fenyegetettség-érzést, depressziót, melyet a kezelések súlyosbíthatnak. Szélsőséges esetben a beteg öngyilkosságba menekülhet. Amikor jólétünket valamilyen súlyos veszély fenyegeti, félelemnek nevezett alarm állapottal reagálunk. A körvonalazatlan fenyegetés balsejtelmét szorongásnak nevezzük. Ilyen fenyegetés lehet a daganatos betegség jelentkezése, mely enyhébb vagy súlyosabb szorongást vált ki. A félelem és a szorongás segíthet a megváltozott helyzethez való alkalmazkodásban, kóros esetben azonban olyan erős, hogy a beteg képtelenné válik a normális életvezetésre. A generalizált szorongásban szenvedő emberek szüntelen általános és tárgytalan szorongást élnek át. A pánikbeteget visszatérő pánikrohamok kínozzák. A kényszeres zavarokban szenvedők, ismétlődő, akaratuk ellenére betolakodó gondolataik miatt élnek állandó szorongásban, ill. szorongásukat számtalanszor ismételt, ritualisztikus cselekedetekkel próbálják csökkenteni. Az akut és a posztttraumás stressz-zavar esetén a beteget jóval a traumatikus esemény után is félelem és a félelem járulékos tünetei gyötrik. Minden olyan esetben hajlamosak vagyunk fenyegetettség, illetve stressz átélésére, amikor változást követelő igényekkel, vagy lehetőségekkel találkozunk. Ilyen stressz-helyzetet idézhet elő a betegség, illetve a hozzá kapcsolódó traumatikus események. A stresszorra adott választ az események kiértékelésének módja és a hatékony válaszadásra való képesség határozzák meg. Azok, akik úgy érzik, hogy képességeik és erőforrásaik lehetővé teszik a probléma megoldását, konstruktívan viselkednek a megváltozott szituációban, és valószínűleg elkerülik a negatív érzelmi és kognitív reakciókat. Vannak, akik a stresszhelyzetre kórosan

reagálnak, mert annak megoldásához nem rendelkeznek a szükséges egyéni, illetve társas erőforrásokkal. A stresszre adott válasz tehát nem kizárólag a stresszor jellegétől függ, hanem tükrözi az egyén múltbeli élményeit, viselkedési készségeit, szociális támogatottságát és biológiai felépítését is. Az egyén a stresszre szélsőséges esetben öngyilkossággal válaszol. A suicidium olyan akaratlagos, közvetlenül és tudatosan elkövetett cselekmény, mely az egyén saját életének kioltásához vezet. Négy típusa, - a halálkereső, a halálvállaló, a haláltagadó és a halálkihívó - közül a halálvállaló az, mely a daganatos betegek között leginkább előfordul. A halálvállaló egyén eltökélt. Meggyőződése, hogy tettével csak befejez egy régen elkezdődött folyamatot. Úgy gondolja, hogy csak néhány napja, hete van hátra, és ha önmaga nem vet véget életének, hamarosan bekövetkező magatehetetlen állapota miatt már nem fogja tudni elkerülni a rá váró kínt és szenvedést. Az öregek és betegek többsége ebbe a kategóriába tartozik. Az öngyilkosság egyik rizikó faktora a súlyos, nagy fájdalmakkal járó, a beteget megnyomorító betegség. Az ilyen betegek számára a halál elkerülhetetlennek látszik. Úgy érzik, hogy minél hamarabb végezniük kell magukkal, mert a rájuk váró fájdalom és szenvedés meghaladja tűrőképességüket. Egy vizsgálat szerint az öngyilkosok 37%-a szenved valamilyen betegségben. Egy svédországi vizsgálat szerint öngyilkos daganatos betegek kétharmada a betegség súlyos tünetekkel járó előrehaladott stádiumában volt. A betegséggel összefüggő öngyilkosságok nem új keletűek, mégis az utóbbi évtizedekben kerültek igazán a figyelem középpontjába. A depresszió a hangulat tartós (legalább 2 hétig fennálló), negatív irányú eltolódása, mely hatással van az összes egyéb lelki folyamatra is. Gyakran jellegzetes vegetatív és szomatikus tünetekkel is jár. Kialakulásában bizonyos pszichoszociális faktorok kétségtelenül rizikótényezőként szerepelnek. Bár akármelyik személyiségtípusnál kialakulhat, egyes személyiségzavaroknál (kényszeres, histrionikus, borderline) fokozott a depresszió kockázata. A személyiségjegyek közül a kényszeresség és a szorongás készenlét, valamint a disztímia, ciklotímia hajlamosít depressziós epizód kialakulására. Régi megfigyelés, hogy a depressziós epizód stresszt okozó életesemény után, leggyakrabban 6 hónapon belül alakul ki. Legvalószínűbben a fenyegető, vagy nem kívánt jelzővel jellemezhető életesemény, például betegség indukálja. A stresszor nem etiológiai, hanem precipitáló szerepet játszik a depresszió kialakulásában. Jelentkezését a szociális támasz és az életerősítő tényezők hiánya, vagy gyenge volta, továbbá a fejletlen intim kapcsolatok és társadalmi integráció segítik elő. Genetikai vizsgálatok szerint az öröklés is jelentős szerepet játszik a hangulatzavarok létrejöttében. A szorongást, depressziót a beteg sorsát illető bizonytalanság legtöbbször súlyosbítja. Ezért általában romlanak a tünetek, ha bizonytalan a diagnózis, ha hosszasan kell várakozni vizsgálati eredményekre, ha kiszámíthatatlan, ismeretlen a kezelés vagy a vizsgálatok menete. Randomizált vizsgálatok igazolták, hogy a beteg bevonása a kezelésre vonatkozó döntési folyamatba, illetve a vizsgálatok megtervezésének folyamatába, a beteg saját sorsát illető informáltsága szorongáscsökkentő tényezőként hatnak. Ennek ellenére sokszor a döntés maga stressz, az esetleges rossz döntés meghozatalától való félelem aggodalmat, szorongást, dühöt válthat ki. Bár a betegek többségénél ilyen mechanizmus szerint alakulnak

a lelki folyamatok, másokra éppen az hat nyugtalanítólag, ha a betegség tudatának súlyát, a kezeléssel kapcsolatos minden részletet magára kellene vállalnia. Van olyan beteg, aki nem óhajt aktívan részt venni a betegség, a szükséges kezelések megismerésében, akiben a negatív töltésű információk szorongást ébresztenének. Tehát a beteg döntéshozatalba való bevonását, informálását csakis az egyéniségével összeegyeztethető módon és mértékig szabad végezni. Az orvosnak fel kell ismernie a beteg betegségéhez, illetve a problémamegoldáshoz való attitűdjét.

• ***Elégedettség az egészségügyi ellátással:*** az egészségügyi ellátás minősége, hitelessége nagymértékben hozzájárulhat a kedvező életminőségképhez. Az egyén számára mindenekelőtt az a fontos, hogy érezze, az ő érdekében történnek vizsgálatok, és a kezelés az ő legjobb gyógyulását szolgálja. Az egyén elégedettségérzését, a betegség miatt megváltozott állapot könnyebb elfogadását, feldolgozását eredményezi, ha a gyógykezelés folyamán a beteg nem érzi magát kiszolgáltatottnak, megőrizheti egyéniségét és méltóságát. Ezért fontos, hogy az egészségügyi ellátás, rehabilitáció folyamán a beteg individuálisan kapjon törődést a legkülönbözőbb szinteken: az orvostól, a nővértől és az egyéb kisegítő személyzettől, így a gyógytornásztól, a szociális munkástól. Rontja az életminőségképet, ha a beteg elhagyatottnak, magányosnak érezheti magát az egészségügyi ellátás folyamatában, szorong a jövőbeni elszigeteltségtől, magárahagyottságtól. A betegség illetve az egészségügyi ellátás kedvezőtlen anyagi következményekkel is jár. Az anyagi gondok természetesen kedvezőtlenül befolyásolják az életminőségről alkotott véleményt. Ezért különösen fontos, hogy az egészségügyi ellátás, a gyógyszerek alkalmazása ne okozzon túlságosan nagy anyagi megterhelést. Sok beteg ragaszkodik kiegészítő gyógymódok, az alternatív medicina alkalmazásához. Ezek gyakran fokozzák a reményt, és így javítják az életminőséget. Fontos azonban egészséges egyensúlyt találni a sokszor aránytalanul drága alternatív készítmények alkalmazásának kérdésében, ajánlásukat összeegyeztetni a beteg testi-lelki szükségleteivel. Az egészségügyi ellátást kiegészítheti, színesítheti, illetve megkönnyítheti az egészségügyi személyzet dolgát, ha olyan információs kiadványok állnak a betegek rendelkezésére, melyek betegségek, kezelések szerint adnak magyarázatot, segítenek az ismeretlen fogalmak, berendezések között eligazodni. Csökkentheti a félreértés lehetőségét, illetve javíthatja a megértést, ha a beteg az orvossal való találkozás előtt már informálódik ezekből a betegek számára készült kiadványokból

• ***Szexualitás:*** a daganatos betegek többsége küzd valamilyen a szexuális integritását, illetve életét érintő problémával. A betegség jelentkezése, a kezelések szükségessége akutan okoz szorongást, mely a betegek jelentős százalékánál a szexuális érdeklődést, tevékenységet csökkenti. Ez fennmaradhat a későbbi időszakban, sőt súlyosbodhat is, amikor a pszichés problémákon kívül a testkép megváltozása is problémát, önértékelési zavart okoz. A testkép sérülését már a rák diagnózisának megismerése kiválthatja, ez ugyanis saját szervezetének rendellenes működését jelenti, és ez által egyfajta csalódást okoz.A szexualitás-

sal kapcsolatos zavarok nemcsak a szexuális életben fontos szerepet játszó szervek daganatos betegségeinél jelentkeznek. A műtéti kezeléseken kívül az egyéb terápiák –a sugár-, kemo-, hormonterápia- is befolyásolják a tüneteket anatómiai és funkcionális változásokat okozva. A betegek szexuális életüket illető panaszaikat többnyire elhallgatják, leplezik. Pedig a betegnek különösen nagy szüksége lehet arra a testi-lelki elfogadást, szeretetet reprezentáló kapcsolatra, amit a szexualitás jelent. Mivel a jó szexuális élet fontos tényezője a jó életminőségnek, fontos, hogy felismerjük, ha ilyen jellegű probléma vagy sérülés felmerülhet, illetve felvessük a kérdést a beteggel folytatott kommunikáció folyamán. A tünetek kezelését feltétlenül speciális képzettséggel rendelkező szakemberre kell bízni, aki az ok felderítése után egyénre szabott terápiát alkalmaz.

• ***Társadalmi helyzet:*** Az egyén életminőségét nagymértékben meghatározza, hogy milyen a társadalomban –szűkebb-tágabb közösségben elfoglalt helye. A betegség, különösen a daganatos betegség ezt több szempontból is megváltoztathatja. A daganatos betegség sok ember számára egyfajta bélyeget jelent – beszéljünk akár magáról az érintettről, akár a szűkebb vagy tágabb értelemben vett társadalomról. Emiatt a beteg és a környezete közötti kapcsolat megváltozhat, a beteg elszigetelődhet a társadalom egészséges tagjaitól. A beteg csökkentértékűség érzete, vagy éppen a környezet alaptalan félelme a daganatos betegtől falat emelhet a beteg és környezete közé. A daganatos betegség elfogadtatása, a probléma korrekt értékelése a társadalom részéről nagyban függ annak kulturális fejlődésétől, illetve a hagyományoktól. Megváltoztatható, fejleszthető, melynek elsődleges feltétele a megfelelő tömegtájékoztatás. Szélsőséges példaként a nyugati típusú fejlett illetve az afrikai, ázsiai elmaradott társadalmak említhetők. Az Egyesült Államokban teljes nyíltsággal beszélnek a legkülönfélébb betegségekről, a szükséges kezelések minden részletét feltárva. Ezzel szemben az elmaradott társadalmakban a betegség, különösen pedig a daganatos betegség olyan bélyeg, melyet titkolni kell, hiszen a „értékvesztést" jelent. Itt nagy nehézséget okoz megszólaltatni olyan érintetteket, akik tapasztalatukról, gondjaikról megnyilatkozhatnának a médiákban, példájuk figyelemfelkeltő lehetne, hiszen személyes sorsukat megpecsételné, ha kiderülne betegségük. A civil szervezetek nagyon sokat tehetnek a daganatos beteg társadalmi elfogadtatása érdekében. Hangjuk hallatásával, jelenlétükkel, a rákprobléma reális bemutatásával segíthetnek eloszlatni a betegség körüli misztikus homályt. A betegség – és különösen a daganatos betegség, mivel többnyire hosszadalmas kezelést kíván, - a munkából való kiesés révén kedvezőtlen anyagi következményekkel jár. Az anyagi veszteség a társadalmi helyzetet is kedvezőtlenül befolyásolja. A legtöbb beteg hivatásának gyakorlását háttérbe kell, hogy szorítsa, hiszen egészségi problémái kerülnek előtérbe. Ezért munkahelyén elfoglalt helye, szerepe is megváltozhat, mely kompetencia csökkenés érzéshez vezet.

Az egészségre vonatkozó életminőség vizsgálata

Az élet minősége rendkívüli fontosságú az egyén szempontjából, hiszen cselekedeteinek hajtóerejeként működik. Ezért van nagy jelentősége az egészségügyi beavatkozások életminőségre gyakorolt hatásának. Az életminőség vizsgálata az utóbbi 3 évtizedben terjedt el, célja a krónikus betegségben szenvedők állapotának monitorizálása, a terápiás eljárások életminőséget befolyásoló hatásának megismerése, illetve a költség-haszon összefüggések elemzése.

Életminőség vizsgálati módszerek

Az életminőséget az élet különféle dimenzióinak, területeinek vizsgálatára kifejlesztett komplex vizsgálómódszerekkel tanulmányozzák. Ezek speciális kérdéseket illetve skálákat alkalmaznak. Napjainkban számos életminőség kérdőív használatos. Legtöbbjük a testi és a pszichés jólétre kellő részletességgel kérdez rá, a szociális jólét dimenzió azonban gyakran alulreprezentált, mivel az életminőség szociális aspektusait a legnehezebb megragadni egy rövid kérdőívvel.

A kérdőív tételeit olyan kérdések alkotják, mint „milyen az étvágya?". A válaszadás különféle lehet. Amennyiben a válaszoló tetszés szerint, saját szavaival felel, akkor az információ részletes, azonban a nyert adatok nehezen kezelhetők. A többfokú, úgynevezett Likert típusú skálák esetén a válaszoló a felkínált kategóriákból választ, például nagyon rossz, gyenge, átlagos/közepes, kitűnő. A vizuális analóg skála esetében, melynek egyik végpontja a nagyon rossz, másik végpontja a kitűnő, a beteg folytonos egyenesen jelöli be saját állapotát.

Egy terület vizsgálata, melyre figyelmünket fókuszáljuk, mint az emésztés, vagy a funkcionális kapacitás, egy, vagy több tételből állhat. A válaszok olykor a szomszédos domének vizsgálatára is használhatók. A kérdőív olykor egyetlen globális kérdésre korlátozódik, mint „hogy érzi magát?", mely különféle az életminőséget érintő területekre kérdez rá, és a páciens globális, általános percepcióját nyújtja életminőségéről, vagy egészségi állapotáról.

Az életminőség kérdőíveket a vizsgálat szándéka illetve a célpopuláció szerint csoportosítva a következő csoportokba sorolhatjuk be (táblázat):

Az *általános (generikus)* kérdőívek az életminőséget általánosságban vizsgálják, és a krónikus betegek széles körének tanulmányozására alkalmasak. E módszer lehetővé teszi különféle betegpopulációk életminőségének összehasonlítását. Két fajtájuk az úgynevezett általános egészség-profil és a hasznossági mutatók csoportja. Az előbbi különféle életminőségi domének egyszerű jellemzésére szolgál. Az utóbbi a beteg saját egészségi állapotára vonatkozó preferenciáit tükrözi, a beteg az életminőségre és az élethosszra (túlélésre) együttesen vonatkozó véleményét adja meg.

A *speciális* életminőség kérdőívek viszonylag homogén betegcsoportok egy bizonyos aspektusból való vizsgálatára szolgálnak. Így például egy speciális betegség, korcsoport vagy életminőségi domén szerint történik az adatgyűjtés

Az úgynevezett *modulok* konstruálásához egyidejűleg használnak fel generikus és specifikus kérdőíveket. Így az eredmények analízisével lehetőség nyílik

egyrészt egy általános következtetés megfogalmazására, másrészt ennek speciális csoportra illetve kérdésre történő adaptációjára.

A kérdőívekkel nyert eredményeket két módon értékelik. A kapott adatokat változatlanul hagyva, önállóan értékelve a vizsgált domént jellemző profilt képezhetünk. Ehhez a módszerhez különálló kérdéseket, „alskálákat" alkalmaznak. Ez a módszer hívebben jellemzi a beteg jólétének különböző összetevőit, ezért a klinikusok ezt a módszert preferálják. A másik lehetőség a tételek összegzése („total score"), mely az adatokat összevonva és számszerűsítve könynyebben kezelhetővé teszi, bár az esetben az információ veszít részletességéből. Az utóbbit előszeretettel alkalmazzák az egészségpolitikai döntéshozatal folyamatában, továbbá egymással versengő nagyjából egyenértékű kezelési eljárások összehasonlítására. Kevés információt nyújt a betegség és a kezelés-specifikus problémáiról, és valószínűleg kevésbé érzékeny az egészségi állapot változásaira, mint az életminőség kérdőívek. Jellemző példái a QUALYs és a Q-TWIST fogalmak. Ezek a terápiás beavatkozást a tradicionális költség-haszon, költséghatékonyság illetve költség-hasznosság oldalról, de az életminőség változás tükrében, tehát a beteg nézőpontját is figyelembe véve analizálják. A QUALYs-t (quality-adjusted life-years: minőséghez igazított életévek) onkológiai kontextusban szokták Q-TWIST-nek (quality-adjusted time without symptoms or toxicity: tünetek, vagy toxicitás nélküli minőséghez igazított időt) nevezni. A QUALYs-t a túlélés és az alatta észlelt egészségi állapot hasznosságának összeszorzásával számolják (az optimális hasznosság mértéke 1,0, az ennél gyengébb hasznosságé <1,0). A Q-TWIST esetén a túlélésből levonják azt az időt, amikor a betegség tünetei, vagy a kezelés toxikus mellékhatásai jelentkeztek. Ez a módosított idő rövidebb, vagy legfeljebb azonos hosszúságú az aktuális túléléssel. A hasznossági mutatókat folyamatos skálán mérik. A skála két végpontja: 0, a halál, és 1,0 a tökéletes egészség, gyógyulás.

A tesztkészítés folyamata

A tesztkészítés többlépcsős és igen munkaigényes folyamat, mely speciális ismereteket igényel. Kezdődik a tételek összegyűjtésével és az előteszteléssel. Ez alapján történik a kérdések szelektálása, és reliabilitás illetve validitás vizsgálata, majd a vizsgálati eredmények analízise alapján a módszer standardizálása. Validitáson (érvényesség) azt értjük, hogy a kérdőív képes valóban azt mérni, amit vizsgálni, mérni szándékozunk vele. A reliabilitás (megbízhatóság) azt fejezi ki, hogy a kérdőív alkalmazásával a vizsgálatot különböző időpontokban megismételve azonos, vagy hasonló eredményt kapunk. Ideális esetben az életminőség kérdőív leírásában szerepel, hogy a szerzők mire fejlesztették azt ki. A jó kérdőív nem túl hosszú, hogy ne terhelje meg túlságosan a válaszolót. A jó kérdőív valid, reliabilis, érzékeny és standardizált. Amennyiben megfelel ezeknek a kritériumoknak, valóban a beteg, és nem a vizsgáló életminőség-megítélését reprezentálja.

Mikor érdemes életminőség vizsgálatot végezni?

A fázis I-II. vizsgálatokba általában relatíve kevés beteget vonnak be, és a kérdéses új kezelést vagy új indikációban alkalmazott kezelést főképp hatásossága szempontjából vizsgálják. Ezért ezekben kisebb fontossága van az életminőség vizsgálatoknak. Az életminőség vizsgálatoknak igazi jelentősége a fázis III. vizsgálatokban van. Ezekbe nagyszámú, viszonylag inhomogén csoportot alkotó beteget vonnak be. Mivel a fázis III. vizsgálatokban hasonló aktivitású kezeléseket hasonlítanak össze, ezek életminőségre gyakorolt hatása előtérbe kerül.

Ma már a legtöbb klinikai vizsgálatot kiegészítik életminőség kérdőívekkel. A leggyakrabban használt életminőség kérdőívek angol nyelven születtek. Jónéhányukat más nyelvekre is lefordították. Természetesen nagy óvatosság szükséges, hogy ezeknek a más nyelvet beszélő illetve eltérő kultúrájú populációkra való adaptációja ne hamisítsa meg az eredményeket. Néhány életminőség kérdőív hazai adaptációja megtörtént illetve folyamatban van (táblázat).

Gyakran használt életminőség kérdőívek

Általános	Egészségprofil	Sickness Impact Profile (SIP) Nottingham Health Profile (NHP)* Medical Outcome Study Short Form Health Survey (SF-36)* WHO Quality of Life (WHOQOL)*
	Hasznossági mutató	EUROQOL*
Speciális	Daganat specifikus	Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) Functional Living Index-Cancer (FLIC) Cancer Rehabilitation Evaluation System Short Form (CARES-SF) Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT-G) Functional Assessment of Cancer Therapy-Head and Neck (FACT-HN) EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQ C-30) EORTC-Head and Neck-35 (EORTC-HN35) Head and Neck Quality of Life (HNQOL) QOL Radiation Therapy Instrument/Head and Neck Head and Neck Cancer Radiotherapy Questionnaire
	Domén specifikus	Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) McGill Pain Questionnaire Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
MODUL		FACT-Colorectal Quality of Life (FACT-C) EORTC QLQ-C30-Colorectal (QLQ-CR38)

* Magyar adaptáció történt

Kritikai észrevételek

Az 1990-es évek második felétől kezdődően többen kritikát fogalmaztak meg az eddigi életminőség vizsgálatokkal kapcsolatosan. Felhívták a figyelmet az életminőség pontos definíciójának hiányára és az ebből fakadó problémákra, azaz, hogy nem lehet tudni, hogy az életminőség kérdőívek pontosan mit mérnek, és hogy validak-e. Kifogásolták, hogy az egészséggel kapcsolatos életminőség kérdőívek gyakran csupán a különféle egészségi mutatók mérésére szolgálnak, és nem vizsgálják a leglényegesebb komponenst, a beteg megítélését az életminőségről. Az életminőség vizsgálat ugyanis attól az, ami, hogy áthatja a beteg véleménye, illetve preferenciái, és élesen meg kell különböztetnünk az egészségi állapot puszta vizsgálatától. Felhívták a figyelmet arra, hogy az egészségi állapot összefügg a létezés egyéb aspektusaival, így megváltozhat a jövedelem, új helyzet alakulhat ki a munkahelyi status, a személyes kapcsolatok, a coping-stratégiák, a felelősségek és kötelezettségek, az énkép és a megszokott életmód terén. Kifogásolták, hogy az életminőség-kérdőívek nyomasztó hangsúlyt helyeznek a funkcionális kapacitásra, a foglalkozási és szociális szerepre, a mindennapi feladatok teljesítésére, anélkül, hogy figyelembe vennék ezeknek a feladatoknak és szerepeknek individuálisan különböző jelentését és fontosságát.

Felhívták a figyelmet arra, hogy a használatban levő kérdőívek gyakran nem reagálnak kellőképpen a páciens gondjaira, aggodalmaira. Az epilepsziás betegek számára kidolgozott kérdőívek hajlamosak a rohamok gyakoriságára és súlyosságára, a testi funkciókra és a foglalkoztatottságra fókuszálni. Ennek ellenére, mint kimutatták, a páciensek elsősorban amiatt aggódnak, hogy epilepsziásnak vannak bélyegezve, állapotukat igyekeznek eltitkolni és kerülik azokat a helyzeteket, amelyekben lelepleződhetnek. A rohamok súlyossága és gyakorisága sokkal kevésbé aggasztó számukra.

Az elmúlt évtizedekben az életminőség vizsgálat a klinikai kutatás és a betegellátás szerves részévé vált, a vizsgálatok száma megsokszorozódott. E vizsgálatok elősegítik, hogy különböző betegcsoportokat identifikáljunk, hogy különféle terápiás beavatkozásokat a beteg nézőpontjából értékeljünk illetve, hasonlítsunk össze. A fenti kritikai észrevételek természetesen nem az életminőség vizsgálatok létjogosultságát kérdőjelezik meg, ellenkezőleg, aláhúzzák annak fontosságát, hogy az eredményeket a betegek szemszögéből értékeljük.

Befolyásolja-e az életminőség a prognózist, túlélést?

A kapcsolatot különféle daganat lokalizációk – így emlő-, tüdő- és colorectalis rák - esetében tanulmányozták. A vizsgálatok többsége szerint a beteg életminősége önálló, vagyis independens rizikó tényezőként határozza meg a túlélést. A jó életminőség mintegy kedvezően befolyásolja az életkilátásokat, míg a roszszabb életminőségnél rövidebb a túlélés. Az életminőséget nagymértékben befolyásolja, hogy a beteg milyen fizikai és lelki állapotban van. Ezek a mutatók viszont tükrözik a daganatos betegség súlyosságát, és többnyire arányban állnak a

szükséges kezelések számával, intenzitásával. Így nehéz függetleníteni egymástól a betegség súlyosságát (mely feltétlenül meghatározza a kimenetelt) és az életminőséget. E bonyolult kapcsolatra világított rá az a vizsgálat, mely emlőrákos betegek különféle életminőséget befolyásoló paramétereit (fizikai jólét, hangulat, étvágy, megküzdés – coping) hasonlította össze a prognózis szerint. Semmiféle különbséget nem észleltek a korai emlőrák műtéti ellátását követő adjuváns kezelése alatt. Az utánkövetés során a betegek egy részénél kialakult relapsus után észlelt életminőség azonban szoros összefüggésben állt a relapsus utáni prognózissal, betegséglefolyással és a túléléssel. A következtetés az, hogy a klinikailag tumor mentes állapotban semmiféle lényeges különbség nem észlelhető az életminőségben a betegség súlyossága szerint, azonban a relapsus, tumor-recidíva után észlelt életminőség fontos prognosztikus tényező, és tükrözi a betegség a beteg megítélése szerinti súlyosságát.

Életminőség colorectalis daganatos betegek esetében

A colorectalis rák az egyik leggyakoribb daganatos betegség. Komplex kezelése, a műtéti, sugár- és kemoterápiás kezelések mind fizikai, mind pszichés következményekkel járnak, és kisebb-nagyobb mértékben a társadalmi beilleszkedést is befolyásolják. Sokszor bélmotilitási zavar, flatulencia, hasmenés vagy székrekedés jelentkeznek. Végbélműtét után vizelési vagy szexuális zavarok léphetnek fel következményként. A betegség, kezelések következtében pszichés zavarok és testkép sérülés alakulhatnak ki. Ezek a problémák kifejezettebben jelentkeznek stomával rendelkező betegeknél, illetve fiatalabb és a nőbetegeknél. A beteg társadalmi funkciója és érdeklődése sérülhet, a munkahelyi, baráti, rokoni és párkapcsolat megváltozhat. A műtét utáni adjuváns kezelések hányingert, hányást és főleg hasmenést okozhatnak. Fogyás, gyengeség jelentkezhet, esetleg perianalis bőrgyulladás. Ebben az időszakban feltétlenül romlik az életminőség, mely csak fokozatosan javul a kezelések után és tumor mentesség esetén mintegy 3 évvel a műtétet követően ér el egy viszonylag magas szintet. Ezzel szemben előrehaladott colorectalis rákban az onkológiai kezelések – a palliatív kemoterápia, sugárterápia - a terápiás hatással arányban eredményezhet életminőség javulást a tüneteket okozó daganat megkisebbítésével.

Életminőség rosszindulatú emlődaganatos betegeknél

Az emlőrákbetegség ellátása alapvetően megváltozott az utóbbi évtizedekben. A szisztematikus emlőszűrés mind szélesebb körben való bevezetése miatt jelentősen megnőtt a korai, ezen belül is a kis, nem tapintható emlőrákok aránya. A kezdeti stádium ellenére a betegek többségénél szükség van a teljes gyógyulás érdekében műtéti kezelést kiegészítő sugár- vagy gyógyszeres terápiára. Ezek a kezelések az első hónapokban drasztikusan ronthatják az életminőséget, ám utána az életminőség fokozatosan javul, és néhány hónapon belül eléri az egészséges populáció életminőség színvonalát. A „gyógyult” tumor mentes emlőrákbe-

tegek kis százalékánál lehet depressziót, szorongást észlelni, - ez gyakoribb fiatalabb betegeknél, míg idősebbeknél ritkán fordul elő.

Az emlőműtét típusától függően különböző mértékű a testkép megváltozása. Emlőmegtartó műtétek után jóval kevésbé sérül a testkép, mint emlő abláció után, akár történik emlőrekonstrukció, akár nem. A csonkító műtét miatti zavarok kifejezettebbek fiatal korban, tehát az emlőmegtartó műtét lehetősége különösen jelentősen javítja az életminőséget a fiatalabb betegek csoportjában. Egyes vizsgálatok szerint az 50 év feletti betegek jelentős részénél a részleges emlőműtét szorongást kelt. A műtéti típus függvényében kialakult kisebb-nagyobb mértékű testkép változás önmagában nem befolyásolja lényegesen a szexuális funkciókat. Inkább az egyéb kezelések okozta hormonális befolyásnak van döntő szerepe a szexualitás szempontjából. A partnerkapcsolatban észlelt nehézségek legsúlyosabbak fiatal korban, a kor előre haladtával egyre kevésbé figyelhető meg. Az idősebb betegek új partnerkapcsolat létesítésére emlőműtét után az idő haladásával egyre kevésbé vállalkoznak.

A sugárkezelés hatása az életminőségre

A sugárkezelés a kezelés időtartama alatt kedvezőtlenül befolyásolja az életminőséget, de ez a hatás csak rövid távú. Bár közvetlenül a sugárkezelés után a betegek általában panaszolnak érzékenységet, fájdalmat és változást az ép emlőhöz képest, a besugárzás után két évvel nincs különbség az életminőségben besugárzott és be nem sugárzott betegek között.

A kemoterápia hatása az életminőségre

A műtét utáni időszakban a betegek jelentős része részesül valamilyen gyógyszeres kezelésben. Bár az adjuváns kemoterápia az életminőség különféle aspektusait rontja egyidejűleg, ez jóval enyhébb a diagnózis illetve a műtét miatti negatív hatásnál. Befolyása átmeneti, és az adjuváns kezelés hosszától függően fokozatosan enyhül. Az adjuváns hormonterápiaként alkalmazott kasztrálás más jellegű életminőség romláshoz vezet, mint a kemoterápia. Míg a citosztatikus kezelés azonnali hatása főképp a fizikai állapotra és aktivitásra irányul, a hormonterápia a művi klimax tüneteit produkálja (hőhullám, súlynövekedés, hüvelyi szárazság). A széles körben alkalmazott tamoxifen monoterápia elvétve okoz életminőségbeli változást. Az adjuváns kemoterápia, hormonterápia következményeképpen ritkán kell számolni hosszú távú negatív következményekkel. Ha mégis, ezek azok a hormonális hatások, melyek korai klimaxként jelentkeznek, és gyakrabban alakulnak ki a menstruáció végleges elmaradása esetén.

Emlőrákban sokfajta, olykor egyenértékű kezelés között választhatunk. Ezek más-más mellékhatásokat illetve életminőség változást okoznak. A terápiás döntést az orvos és a beteg megbeszélésekor az előnyök és hátrányok, a beteg egyéni preferenciáinak illetve helyzetének maximális tekintetbevétele segíti.

A „Reach to Recovery" (Gyógyulj meg!) mozgalmat egy New York-i emlőrákos beteg indított el, hogy segítse emlőrákos betegtársait. Erre az a nagyfokú

elhagyatottság- és izoláltságérzés indította, melyet saját emlőműtéte után élt át. Célja az volt, hogy lelki támaszt és gyakorlati segítséget nyújtson az aktív kezelés elviseléséhez, és a szokványos életbe való visszatéréshez. A betegség és a kezelések hatására gyakran krízishelyzetben lévők megerősítésére személyes példájuk és tapasztalataik révén a hasonló testi-lelki terheken már átment, de gyógyult betegekből váló önkéntesek a legalkalmasabbak, a kiutat hitelesen ők mutathatják meg. Társadalmi munkában keresik meg a betegeket, hozzátartozóikat, és szerveznek összejöveteleket.

Az adjuváns kezelések befejezése a „gyógyult" emlőrákos betegben ambivalens érzéseket kelt: egyrészt visszatérhet a korábbi, „normális" életbe, de a hirtelen magára maradás szorongást kelthet. Ezért vizsgálták a gyógyult emlőrákos betegek különféle követési stratégiáit az életminőség szempontjából. Összehasonlították a panaszmentes betegek gyakori műszeres vizsgálatával történő utánkövetést és az úgynevezett nem intenzív, a beteg kikérdezéséből és klinikai vizsgálatából továbbá rendszeres mammográfiás vizsgálatából álló utánkövetést. Az életminőségben nem volt különbség attól függően, hogy milyen jellegű utánvizsgálatban részesültek. A betegek a legfontosabbnak azt érezték, hogy folyamatos kapcsolatuk legyen egy utánvizsgálatot nyújtó teammel, és hogy pontosan ismerjék a szükséges utánkövetés menetét, illetve, hogy a vizsgálatok megalapozottan és jó minőségben történjenek.

Életminőség a fej-nyaki tumorokban szenvedőknél

Talán nincs olyan daganatos betegségcsoport, amelyben nagyobb fontossága lenne az egészséggel összefüggő életminőség kérdéseknek, mint a fej-nyaki daganatok csoportja. A betegség és komplex kezelése ugyanis olyan életfunkciókra van hatással, mint a légzés és a beszéd, a táplálkozás, és a nyelés, befolyásolja a küllemet, a megjelenést, és így a társadalmi kapcsolatokat is. Az életminőséget meghatározó paraméterek különböző mértékben változnak a daganat lokalizáció függvényében, így a nyelvgyöki tumorok esetében az életminőség különösen kedvezőtlen. Az életminőség alakulása nagyban függ természetesen a daganat stádiumától és az alkalmazott kezeléstől, illetve annak sikerétől. A műtéti kezelés radikalitásával az életminőség romlik, ezért az életminőség szempontok fontossága miatt előtérbe került a betegek multidiszciplináris kezelése.

Az étkezéssel kapcsolatos panaszok leggyakrabban a szájüregi illetve garatdaganatok esetében jelentkeznek. Az onkológiai kezelés következtében ízérzési zavar, szájszárazság, nyálkahártya-érzékenység is társul a daganat okozta nyelészavarhoz. Ezek a mellékhatások a sugárterápia, kemoterápia felfüggesztése után gyorsan csökkennek, a tünetek egy része megszűnik. Főképp a sugárterápia következtében jelentkezhetnek késői mellékhatások: xerostomia, a szövetek oedemája, fibrosisa, nyelészavar. Ezek kialakulása természetesen nagyban függ az alkalmazott sugárterápia jellemzőitől. A sugárterápia rontja a műtét utáni sebgyógyulást, illetve elősegíti a fistulaképződést és a szövetnecrosis lehetőségét.

A fej-nyaki tumoros betegeknél gyakran észlelhető kóros lelkiállapot, szorongás és depresszió, de eredményesen kezelhető. A lelki zavarok jelentősen befolyásolják a fájdalomérzést, a kóros lelkiállapotúak súlyosabb fájdalmat panaszolnak. A fájdalmak egy része nem a daganattal, hanem a kezeléssel, elsősorban a műtéttel kapcsolatos: nyaki és vállfájdalom, mely a műtét után 3-6 hónapon belül jellemző. Hat hónappal a műtét és sugárterápia után a globális életminőség jellemzők a műtét előtti színvonalra emelkedését figyelték meg előrehaladott oropharyngealis daganatos betegeknél.

A beteg társadalmi beilleszkedési képessége nagyban függ kommunikációs képességétől. A szervmegőrző komplex kezelés (szervmegőrző műtétek, a sugár- és kemoterápia) lehetővé teszi a gége, illetve a beszéd képességének megőrzését. A teljes gégeirtás nem pusztán a hang, a beszédképesség elveszítése révén rontja az életminőséget. Laryngectomia után a küllem megváltozik és a fokozott nyákképződés is problémát okoz. A szervfunkció megőrzése, a gégekonzerválás jobb életminőséget eredményez, mint a részleges vagy teljes gégeirtás. Több életminőség vizsgálat szerint ez nem is pusztán a beszédképesség megőrzésének következménye, hanem főképp azzal áll összefüggésben, hogy kevesebb a mentális illetve pszichés probléma és a fájdalom, jobb a társadalmi beilleszkedés, zavartalanabbak a családi és egyéb társas kapcsolatok, a szexualitás.

Az onkológia területén az életminőség fontosság,a és lehetőség szerinti javítása nem hangsúlyozható eléggé. Ugyanakkor a jó életminőség csak egy része a beteg életvágyának. Egy másik jelentős rész a létezés. A létezés értékét sem becsülhetjük alá. A létezését, mely a különböző hasznossági mutatók és más–más életminőség mellett az életben való puszta jelenlétet reprezentálja. A betegek személyiségük, helyzetük, feladataik függvényében különbözőek: a túlélés megnyújtásának a fontosságát szemben a jó életminőséggel különféleképp értékelik.

Ajánlott irodalom

1. Cella, D.: Quality of Life. In: In:Psycho-Oncology. Holland, J. C. 1135-1146. New York: Oxford Univ Press, 1998
2. Guex, p. the concept of „quality of life”.. In an introduction topsychooncology. Routledge, London, 1994
3. Ingham, J., Portenoy, K.: Pain and physical Symptom Assessments. In: In:Psycho-Oncology. Holland, J. C. 1147-1162 New York: Oxford Univ Press, 1998
4. Kaasa, S., Loge, J. H.: Quality of Life in palliative care: principals and practice. Review. Palliat Med 17(1) 11-20, 2003
5. Lindley, C.: Qualtity of Life measurements in oncology. Pharmacotherapy 12(4) 346-352, 1992
6. Radice, D., Redaelli, A.: Breast cancer management: Quality of Life and cost considerations. Review. Pharmacoenconomics 21(6) 383-396, 2003
7. Riskó Á.: A daganatos betegek életminősége. In: A test, a lélek és a daganat. 73-83, Animula, Budapest, 1999
8. Rowland, J. H., Massie, M. J.: Quality of Life and Sexual Functioning. In In:Psycho-Oncology. Holland, J. C. 394-396 . New York: Oxford Univ Press, 1998

9. Sarna, L.: Quality of Life as an Outcome. In: In:Psycho-Oncology. Holland, J. C. 344-346 . New York: Oxford Univ Press, 1998
10. Soni, M. K., Cella, D.: Quality of Life symptom measures in oncology: an overview. Am J Manag Care 181(Suppl) 574-579, 2000
11. Velikova, G., Stark, D.: Quality of Life instruments in oncology. Review. Wur J Canc 35(11)1571-1580, 1999

15. Az ápolás onkopszichológiai vonatkozásai

Azoknak az ápolóknak, akik az onkológia területén dolgoznak, számos nehézséggel kell megbírkózniuk, gyakran elegendő munkahelyi segítség nélkül. Az intézményekben vizsgálódva azt találjuk, hogy a hierarchiában a nővérek státusza és fizetése alacsony, és munkájuk végzése során kevés pszichoszociális edukációt, illetve támogatást kapnak. Munkahelyükön a technikai fejlettség igen magas szintű, emiatt ismereteiket folyamatosan bővíteni kell. A munkaterhelés értelmi, érzelmi és fizikai szinten egyaránt igénybe vevő, intenzív jellegű. Ugyanis az onkológiai betegek testi-lelki állapota sokszor kritikus, a halálozás gyakori, a komplex, negatív érzelmi hatások feldolgozásához igénybe vehető pszichés támogatás alig elérhető, vagy hiányzik.A kutatások alapján az ápolók személyiségfejlődésük során gyakran éltek át lelki traumát, emiatt érzékenyebbek, sebezhetőbbek. Az is előfordulhat, hogy lelkileg korábban megbetegedtek, és pályaválasztásuk az áldozat szerepben tartja őket. Mivel az onkológiai ápolókat érő stresszhatások különösen magas szintűek, folyamatos pszichológiai edukációjuk és szükség esetén pszichoszociális támogatásuk kiemelt feladatunk.

Szalai Tamásné

Az ápolás, mint hivatás abból az emberi szükségletből ered, hogy az egészségesek egészségét meg kell őrizni, a betegeknek pedig kényelmet, gondoskodást és megnyugvást kell nyújtani.

A történelem korai szakában az ápolás egyfajta közösségi szolgálat volt, és a család egyben tartására és védelmére irányuló ösztönös késztetésből eredt. Bár céljai az évszázadok során lényegében változatlanok maradtak, mindennapi gyakorlata a társadalom átalakulásának megfelelően változott, végül korszerű hivatássá vált.

Az ápolás filozófiája

Az ápolás segítő hivatás, s mint ilyen, az emberek jóléte és egészségének megtartása érdekében szolgáltatásokat nyújt.

Az ápolás tudomány és egyben művészet. Felhasználja a fizika, a biológia, a társadalom-, és az orvostudományok ismeretanyagát, illetve technikáját. Az ápolás tudománya a gyakorlat, a kutatás és az elemzés által szerzett ismeretanyag, művészete pedig a tudás alkotó felhasználása az emberek jóléte érdekében.

Az ápolónak mindig szem előtt kell tartania, hogy minden ember egyéniség, sajátos szükségletekkel. Ahhoz, hogy az ápoló ki tudja elégíteni az egyéni szükségleteket, gondolnia kell arra, hogy a beteg nem csupán elfogadója az ápolásnak, hanem önálló, együttműködésre képes személyiség is.

A szakszerű ápolás alapvető elemei: ápolás, gyógyítás és koordináció. Az ápolás több az egyszerű gondoskodásnál, törődést, együttérzést is jelent. A beteg ember szorong, magányos, kiszolgáltatott, és különösen kilátástalan időszakaiban igényel megnyugvást és támogatást. A hivatásszerű ápolás gyógyászati vonatkozása az egészségnevelés és gyógyítás. Segíti a betegeket egészségi problémájuk megértésében és leküzdésében. Gyógyszereket és gyógymódokat alkalmaz. A betegek reakcióinak megítélése a klinikai ápolási gyakorlat tapasztalatait felhasználva mérlegeli, hogy az ellátási terv megfelelő-e, vagy pedig módosításra szorul. További feladat a betegekre ható orvosi és más szakmai, technikai szolgáltatások koordinálása.

Az ápoló feladatai

- ***Ápolás:*** a gyógyulás folyamata során az ápoló segíti a beteget egészsége visszanyerésében. Holisztikus betegellátást valósít meg, és ennek értelmében segíti a beteget és családját érzelmi és szociális jóllétének visszanyerésében is.
- ***Döntéshozás:*** feladathelyzetben az ápoló értelmezi a rendelkezésre álló adatokat és kiválasztja a beteg számára a legjobb megoldást. Döntéseit hozhatja önállóan, vagy a beteggel és családtagjával, vagy más egészségügyi szakemberrel közösen.
- ***Védelmezés és képviselés:*** az ápoló biztonságos környezetet teremt betegének, megelőzi károsodását, óvja a kezelés esetleges káros mellékhatásaitól. Védelmezi a beteg emberi jogait és jogi érdekeit, illetve segíti őt érvényesítésükben.
- ***Rehabilitálás***: az ápoló elősegíti a beteg maximális funkcióképességének visszanyerését. Felvilágosítást ad a rehabilitálás lehetséges módszereiről, eszközeiről.
- ***Megnyugtatás: a***z ápoló érzelmileg is támogatja a beteget. Az onkológiában nagy hangsúlyt kell fektetni a beteg és a hozzátartozók érzelmi támogatására.
- ***Megfelelő kommunikáció:*** az ápoló folyamatos verbális és nem verbális közléscserében van a gondozottal, illetve vesz részt az érdekeltek (beteg, hozzátartozók, szakemberek) közötti kommunikációban.
- ***Oktatás:*** az ápoló elérhetővé teszi a beteg számára az ápolás elméleti hátterének, illetve gyakorlati mozzanatainak megismerését, tanulásra buzdítja és értékeli előrehaladását. Az oktatás kereteit egyénre szabottan kell kialakítani, és lehet szervezett, vagy társalgásszerű.

Az ápolás pszichológiai vonatkozásai

Betegmagatartás

A betegség valójában válsághelyzet, a krízis egy formája. A kórházba kerülés az érintettek számára bizonytalan, aggasztó és fenyegető helyzetet teremt. A kórház magában hordozza a gyógyulás reményét, de egyúttal félelmet, szorongást is kelt. A beteget számára ismeretlen emberek látják el, szokatlan szabályokkal, eljárásokkal találkozik, amelyekhez alkalmazkodnia kell. El kell fogadnia a beteg ember szerepét és bizonyos mértékig le kell mondania más szerepeiről (apaszerep, a családfő szerepe, a munkavállaló szerepe, stb.). A gondoskodás az egyik beteg számára megkönnyebbülést, biztonságot jelent, a másikban keserűséget ébreszt, ritkábban előnyt jelenthet.

Moos modelljének segítségével jellemezhetjük a beteg ember viselkedését, és megérthetjük betegségére adott reakcióit. A modell abból indul ki, hogy a betegségre adott reakció számos személyiség tényezőtől függ.

- *Kognitív megítélés*: meghatározza, hogy milyen jelentőséget tulajdonít a beteg saját állapotának
- *A betegséghez való alkalmazkodás*: ez számos helyzetben szükséges. el kell viselni a korlátozásokat, a fájdalmat, tűrni a bizonytalanságot, stb.
- *Rendelkezésére állnak-e megfelelő megküzdő módszerek*: azaz a beteg képes e megküzdeni a betegségével, a szükséges beavatkozásokkal.

Ezt a három személyes faktort további tényezők befolyásolhatják:

- *A beteg előélete*: életében először beteg, vagy megküzdött e már ilyen helyzetekkel életében? Volt e súlyos beteg, betegség miatti haláleset a családjában?
- *A betegséggel kapcsolatos tényezők*: a daganatos betegségfolyamat és kezelése számos pszichoszociális terhet is jelent
- *Környezeti tényezők*: nem mindegy, a beteg egy zsúfolt, levegőtlen kórteremben fekszik, vagy egy egyágyas, fürdőszobás, világos kórteremben.

A betegség lehetséges negatív következményei

- A megbetegedettek mindennapi feladataikat gyakran nem tudják a megszokott módon ellátni,
- A betegség az egyént cselekedeteiben is súlyosan gátolhatja, okozhat ágyhoz kötöttséget, önellátási nehézségeket, stb.
- A betegséghez, mint veszteséghez negatív érzelmek tartozhatnak: a bánat, a szomorúság, a szorongás, a düh és a félelem.

A betegség előnyökkel is járhat

- A beteget állapota miatt gyakran kímélik családtagjai, mentesülhet bizonyos szerepek, kötelezettségek alól, és fokozottabb barátságosságot, szeretetet kaphat környezetének tagjaitól,
- Időlegesen, vagy véglegesen megszabadul a munkahelyi feladatoktól, gondoktól, problémáktól,
- Sokaknak fokozottabb szociális biztonságot is nyújt a kórház,
- A betegség néha csökkenti az emberek bűntudatát, például engedélyezik önmaguknak a dohányzást, vagy az alkoholfogyasztást, „hiszen beteg vagyok!"
- A betegség lehetőséget nyújthat arra, hogy azok az emberek, akik kevés figyelemben, barátságosságban részesülnek a kórházon kívül, most megkapják: ilyenek az intézeti gondozottak, a hajléktalanok, illetve a rabok.
- A betegségnek egyes embereknél vallásos szempontból is van jelentősége. A vallásos emberek úgy érzik, hogy egy kiszabott próbát állnak ki.

A testi és a lelki distressz közötti összefüggés

Annak felismerése, hogy a legtöbb daganatterápia potenciálisan kellemetlen változásokkal, mellékhatásokkal jár, az életminőség kérdését felvetette, megerősítette, mind a gyógyítás, mind a túlélés során. Tudjuk, hogy jó néhány esetben a betegek nem gyógyíthatók, így tünet- kontrollra és palliációra van szükség.

A betegség lefolyásának bármely stádiumában a pszichológiai distressz felerősítheti a mellékhatásokat, például anticipált hányinger és hányás esetén tapasztalhatjuk ezt. Több esetben előfordul, hogy a kemoterápiára érkező beteg, a harmadik kezelés után, már az infúziós állvány puszta látványától is roszszullétről, hányingerről panaszkodik. Az ellenkezője is lehetséges, a mellékhatások drámaian hathatnak a beteg lelkiállapotára. Azok a betegek, akik erősen hisznek például a kemoterápia „csodájában", már az első kezelés után pozitív visszajelzésekről számolnak be: „eltűnt a csomóm", „jobban tudok nyelni".

Az ápolók „ágymelletti" intervenciói segíthetnek szétválasztani az olyan tüneteket, mint a fájdalom, és a rákbetegséghez, illetve kezeléséhez kapcsolódó pszichológiai tünetek. A daganatos betegség és kezelése miatt kialakult szomatikus és lelki változások esetén azt meghatározni, hogy mikor klinikai szintű a pszichológiai tünet nehéz, és sajátos szakértelmet igényel. Ugyanis a betegség okozta testi és lelki tünetek igen gyakran összefonódnak. Fontos, hogy tisztán lássunk abban, hogy melyek valóban a rák lelki következményei. Nagyon fontos annak megértése, hogy milyen intervenciók csökkenthetik a distresszt az onkológiai betegeknél.

A kutatások azt mutatják, hogy az edukációs beavatkozások indirekt módon fejlesztik a betegek és hozzátartozóik kontroll-tudatát, és ezért javítják az általános működésüket és közérzetüket.

Bizonyos onkológiai terápiák komoly, esetleg életveszélyes mellékhatásokat is okozhatnak. A leggyakoribb testi tünetek: láz, meghűlés, stomatitis, fájdalom, hányinger, hányás, változások a mozgásban, változások a táplálkozásban, önkiszolgálásban, függés az ápolóktól. A betegek rangsorolása alapján a legkellemetlenebb tünetek: hajhullás, hányinger, hányás, fáradtság, gyengeség, csökkent lehetőségek például a munkával kapcsolatban. A pszichológiai distresszek, különösen a depresszió, nehézzé teszik az életfunkciókat is. Komplex összefüggés van a fizikai tünetek, a lelki tünetek és a funkcionálás között. Az ápolók intervenciói nagy jelentőségűek, ugyanis amikor az ápoló enyhíti a testi panaszokat és támogatja a testi-működést, akkor mindez közvetlenül javítja a lelkiállapotot. Az ápolók helyzete ideális, mert a napi gondozás folyamán megfigyelhetik és kezelhetik, vagy enyhíthetik a betegek testi és lelki panaszait.

A fájdalom

Számos pszichológiai tényező befolyásolhatja a tumoros betegek fájdalmának erősségét. Előrehaladott állapotú betegeknél a reménytelenség érzete, a közelgő haláltól való félelem fokozza a szenvedést és súlyosbítja a fájdalmakat. A nem kellően csillapított, súlyos fájdalom gyakran társul egyéb tünetekkel: nyugtalan alvás, étvágytalanság, csökkent koncentráló képesség, ingerlékenység, depresszió.

A fájdalomtól való félelem fokozza a halálfélelmet, ugyanis a tudatban a kettő összekapcsolódhat. A hosszú ideig tartó fájdalom gyengítheti a személyiség ellenálló erejét. A betegek egy részénél a fájdalomérzet negatív érzet, minél erősebben érzi a fájdalmat, annál nagyobb a szorongása, illetve a halálfélelme. Ilyenkor fordul elő, hogy mindenkitől fájdalomcsillapítót kér, és be is veszi, vagy az orvosi viziten az emelt fájdalomcsillapító adag után is erős fájdalomról panaszkodik.

Vannak olyan betegek, akik számára ez a negatív érzés egyfajta kontrollként szerepel. A fájdalom csökkenése, vagy fokozódása jelzi állapotának javulását, vagy romlását, illetve a fájdalom terjedése „mutatja” a betegség terjedését. A betegek ilyenkor vagy nem kérnek fájdalomcsillapítást, vagy minimális gyógyszert vesznek be, hogy még érezzék a „betegséget”. Az ilyen beteg rendszeresen beszámol arról, hogy most éppen hol tart a betegsége. Erősebb fájdalom esetén pszichés állapota is negatív irányba tolódik, magába roskad, szorong, depressziós lesz. Amennyiben fájdalmai csökkennek, egyik pillanatról a másikra pozitív lesz a hozzáállása a kezeléshez, a gyógyulásba vetett hithez, mi több az egész egészségügyi team-hez.

A halálig vezető út - az ápoló szempontjai

A rák különbözik sok más megbetegedéstől; félelmetes betegség, mert sok ember gondolkodásában a biztos halállal egyenlő. Emiatt a rákbetegek és családjuk a fizikális ellátáson kívül gyakran erőteljes pszichoszociális támogatásra is szorulnak. Ennek jelentőségét ma fontosabbnak tartjuk, mint korábban.

A múltban, a végső stádiumban lévő beteg ápolására oktatták ugyan a nővéreket, de csak manapság foglalták bele az oktatásba a haldoklás érzelmi vonatkozásait. Érthető, hogy sok ápoló (és orvos) bizonytalan abban, hogy hogyan reagáljon segítően a haldokló beteg megnyilvánulásaira, miután ezt a "szerepet" nem tanulták.

A haldoklás stádiumai Kübler-Ross munkája alapján

1. *Tagadás és elkülönülés*: akár orvos mondja meg a betegnek, akár saját maga jön rá, hogy gyógyíthatatlan betegségben szenved, a reakció gyakorta: „nem, én nem lehetek az a személy, aki meghal". Mivel a betegnek saját halálával kell szembenéznie, ezért lelkileg védekeznie kell. Szükségessé válhat, hogy visszahúzódjék embertársaitól, hogy elkülönülve saját magába nézhessen, és rendezhesse gondolatait. Lényeges, hogy az ápoló és a családtagok adjanak időt erre a tagadásra, és legyenek érzékenyek a beteg igényeire.
2. *Lázadás, harag, agresszió:* A harag legtöbbször önvádként fogalmazódik meg, de gyakran vagy a sorssal, vagy a környezetben lévőkkel szemben nyilvánítja ki a beteg. Ilyenkor az ápolónak tudnia kell, hogy a beteg lázadása, haragja valójában nem az ő személyének szól. Az ilyen projekció, a másra történő átruházás néha könnyít a beteg pszichés állapotán. A haldokló beteg feszültséget kelthet tágabb környezetében is. A szenvedő úgy érzi sokszor, hogy eben az időszakban családja, barátai és a kórházi dolgozók nem értik igazán meg. Az a beteg, aki nem nyilvánított ki haragot, mert elnyomta érzelmeit, ezzel tovább fokozta stresszhelyzetét. Ne „gyámolítsuk", de ne is helytelenítsük a haragot. Ismerjük fel, hogy a súlyos beteg haragja szükségszerű. Ne próbáljuk a megértésben siettetni. Az ápoló magyarázza meg ezt a helyzetet a családnak, hogy azok megértsék és elfogadják a beteg viselkedését.
3. *Alkudozás*: Egy bizonyos ponton a beteg felismeri, hogy alkut lehet kötni. Némelyek a teljes gyógyulásra törekszenek, mások életüket szeretnék meghosszabbítani, ismét mások a fájdalomtól, és fizikai nyomorúságtól szeretnének megszabadulni. A betegek egy része nyíltan vállalja ezt az alkudozást, mások bűnnek érzik. Az ápoló segíthet a bűntudat csökkentésében.
4. *Kétségbeesés, depresszió*: Az állapotromlás előbb, vagy utóbb meghozza a csalódást. A kétségbeesés mélyebb, mint a diagnózis közlésekor átélt állapot. A beteg a helyzet véglegességét megérti: a betegség valóságos dolog, további halasztásra nincs lehetőség. Gyakran elhagyatottság és reménytelenség lesz úrrá rajta. Az ápoló ne próbálja minden áron felvidítani a beteget. Engedjen szabad teret a bánatnak; mert ha az ember sok mindent elveszít, akkor teljesen jogosan bánkódik felette.
5. *Megbékélés, elfogadás*: Ez olyan időszak, amikor a beteg békés, és kerüli az érzelmeket. A folyamat előrehaladtával a beteg szótlanná válik, kezd elkülönülni, és már egyre kevésbé foglalkozik reális gondolatok-

kal. Különösen ilyenkor nagy jelentőségű a testi érintés, és a nonverbális közlés.

Van egy szál, amely minden stádiumon végigvonul, és ez a remény. A helyzet elviselésének a remény adja meg az értelmét. Amint az ember a halálhoz közeledik, fontos, hogy szenvedése értelmet nyerjen. Mindenkinek saját magának kell megfogalmaznia életének értelmét.

Részvétel a haldoklási folyamatban

A beteg részvétele

Azokat a stádiumokat, amelyeken a beteg keresztülhaladt, számos tényező, -a betegség súlyossága, a fájdalom mértéke, a gyógyszerelés milyensége és egyéb zavaró körülmények- befolyásolják. A halál idején a betegnek el kell intéznie az életével kapcsolatos, megoldatlan dolgait, szembe kell néznie veszteségeivel, foglalkoznia kell a jelenlegi és a várható orvosi beavatkozásokkal, és a még hátralévő időre "tervet" kell készítenie. A halálra felkészült beteg képes arra, hogy környezetének tagjaival együtt a rendelkezésére álló élet minőségére figyeljen.

A család részvétele

A beteg szenvedése átsugárzik családjára is. A közvetlen családtagok még tovább ragaszkodhatnak a tagadás fázisához, mint a beteg, mert képtelenek az elfogadásra. Félnek a beteg felé kifejezni érzéseiket, sőt, gyakran félnek a beteggel történő beszélgetésektől is.

Az ápoló részvétele:

A haldokló beteg ápolása közben igen fontos, hogy az ápoló legyen együtt érző és tudatos. Meg kell értenie a haldoklás és a gyász folyamatát, és érzékenynek kell lennie mindarra, amin a beteg és családja keresztül megy. Lényeges, hogy képes legyen figyelni, együttérzést kifejezni, és szóban, valamint gesztusokkal megfelelő módon reagálni. Fontos, hogy az ápoló legyen tudatában saját gyászelviselő képességének. A beteg halála kapcsán az ápoló gyakran szembesül a bűntudat érzésével. Fontos dolog, hogy az ápoló saját személyes igényeit elválassza a betegétől. Saját magára is kell gondolnia, mert az, aki nem vigyáz magára, a betegekért sem lesz képes folyamatosan, a beteg igénye szerint tenni. Az ápoló a beteg fizikai és érzelmi ápolása közben, szinte észrevétlenül, barátságba kerülhet az ápolttal, és kapcsolata egyre szorosabbá válhat a hozzátartozókkal is. Amikor a beteg halála bekövetkezik, neki is fokozatosan el kell fogadnia az elvesztést, át kell éreznie a családtagok fájdalmát, miközben meg kell küzdenie személyes érzelmeivel is. A tehetetlenség és a veszteség érzelmi és fizikai kimerüléshez vezethet. Ezért a beteg halála után az ápolónak is időre van szüksége ahhoz, hogy visszanyerje energiáját, munkaképességét. Ugyanakkor a haldoklók gondozása értékes tapasztalatokat nyújt az ápoló emberi és fejlődésében.

Az ápolási folyamat

A malignus betegségben szenvedő beteg ápolása kihívást jelent minden ápoló számára, mivel a patológiai ismeretek mellett az ápolónak etikai kérdésekkel is foglalkoznia kell, mint például az igazság elmondása vagy az ún. „informed consent" (informált beleegyezés). Ezen kívül tudnia kell megfelelő információt adni a betegnek a kezelésről, képesnek kell lennie a beteg oktatására is. Az ápolónak ismernie kell a terápiával kapcsolatos mellékhatásokat, problémákat, különösen azokat, melyek a megváltozott testképpel vannak kapcsolatban. Rendelkeznie kell megfelelő kommunikációs jártassággal, amely szükséges a bizalmas és támogató kapcsolat kiépítésére, fenntartására. A daganatos beteg magas szintű, alapápolása által megkövetelt ismereteken és jártasságon kívül az ápolónak speciális elméleti és gyakorlati tudásra is szüksége van, például a fájdalom ellátására, a tünetek csökkentésére, a sebellátásra, az intravénás terápiára és a táplálkozásra vonatkozóan.

Az ápolás nem korlátozódhat csupán a fizikai igények kielégítésére, hanem ki kell terjeszteni a szellemi és lelki területre is. A tervezésnél legyünk tekintettel mind a beteg, mind a családtagok egyéniségére és igényeire. Az ápoló legyen tisztában azzal, hogy az elvárások széleskörűek és egyedül nem megoldhatóak. Hatékony, folyamatos ellátást csak a team együttese biztosíthat.

Az ápolás fő irányelvei

- Az ápoló ismerje fel a beteg fizikai igényeit, és kérés nélkül teljesítse azokat,
- Tanuljon meg a betegre figyelni, ennek alapján a beteget meghallgatni,
- Tudjon azokról a személyekről és szervezetekről, akik/amelyek támogatást nyújtanak a betegeknek és hozzátartozóiknak, és szükség esetén ossza meg ismereteit az érintettekkel,
- Kísérelje meg a beteg betegség-felfogását, valamint halál-filozófiáját megérteni,
- Aktív odafigyeléssel tegye lehetővé és bátorítsa a beteget arra, hogy érzéseiről, főként szorongásairól, félelmeiről beszéljen.

Felmérés

Az ápoló összesíti a beteg egészségére vonatkozó adatokat megfigyelés és megbeszélés révén. Fő szempontok:

- Az adatgyűjtés fontossági sorrendjét a beteg pillanatnyi egészségi állapota szabja meg,
- Az adatok összegyűjtése megfelelő felmérési technikával történjen,
- Az adatokat a betegeken kívül, szükség szerint, egyéb fontos személyektől, az egészségellátó munkacsoport többi tagjától lehet beszerezni,

- Az adatgyűjtés folyamatos és rendszeres legyen,
- A fontos adatokat visszakereshető formában kell rögzíteni,
- Mindvégig figyelembe kell venni az ide vonatkozó személyiség-jogokat.

A beteg felmérése az első találkozáskor kezdődik. Azonnal tapasztalható a beteg szubjektíven felmérhető állapota: testtartás, ápoltság, ruházat. A testbeszédben és a kommunikációban jártas ápolók egész mélyrehatóan megfigyelhetik a beteget.

A kommunikáció az ápolás fontos része. Számos szerző az ápolást kölcsönös közlési kapcsolatnak tartja, és véleményük szerint az ápolás alapja az „érintkezésre való beállítódás az úgynevezett kommunikatív attitűd". A betegekkel való eredményes kommunikációhoz, a terápiás és munkakapcsolatok létrehozásához az ápolónak megfelelő kommunikációs jártasságra kell szert tennie. A kommunikációs hiba komoly bajokat okozhat, és veszélybe sodorhatja az ápoló szakmai hitelességét. Mivel a betegek gyakran kerülnek érzelmileg krízis helyzetbe, a nem verbális kommunikáció jelentősége igen kifejezett.

Ápolási diagnózis

A felmérést követően el kell készíteni az ápolási diagnózist. Az ápolási diagnózis a beteg megállapított problémája, valaminek a hiányát, vagy képtelenségét írja le. A diagnózis megállapítása céljából az ápoló elemzi a felmérés adatait.

- A diagnózist a felmérés adatai alapján állapítják meg.
- A diagnózisokat megerősíttetik a beteggel.
- A diagnózisokat úgy rögzítik, hogy megkönnyítsék a várható kimenetelek megállapítását, és a gondozási terv elkészítését.
- Az ápoló megállapíthatja a beteg egyénre szabott várható kimeneteleket:
- A kimenetel a diagnózisból következik.
- A kimenetelt mérhető célkitűzések formájában rögzítik.
- A kimenetelnek a beteg jelenlegi és várható képességei szempontjából reálisnak kell lennie.
- A kimenetel megállapítása útmutatást tartalmaz a folyamatos ápolásra.

A rosszindulatú daganatos megbetegedésben szenvedők estében a következő ápolási diagnózisokat lehet megállapítani:

- szorongás
- tehetetlenség érzése
- gyászérzés
- családi folyamatok megromlása
- döntési konfliktus
- énkép zavara a külső megjelenésben bekövetkezett változás/ok miatt.
- lelki feszültség kockázata
- kóros testhőmérséklet kockázata

- kóros székletürítés kockázata
- megromlott közérzet
- a kapcsolattartás zavara
- zavartság kockázata
- az egyén eredménytelen megküzdésének kockázata
- fáradékonyság
- félelem
- folyadékhiány
- az egészségmegőrzés megromlása
- reményvesztettség
- fertőzés kockázata
- ismerethiány kockázata
- magányosság kockázata
- a mozgásképesség csökkenésének kockázata.
- hiányos együttműködés kockázata
- táplálkozási hiba
- nehezített nyelés
- a szerepteljesítés zavara
- önpusztítás fokozott kockázata
- szexuális lehetőségek megváltozása
- társas kapcsolatok zavara
- az erőkifejtés csökkent tűrése.
- az alkalmazkodás meggyengülése

1. Tervezés

Az ápoló ápolási tervet dolgoz ki, amely a várható kimenetel elérésére irányuló beavatkozásokat ír elő.

- A tervet a beteg egyéni állapotának, szükségleteinek megfelelően alakítják ki.
- A terv a mindenkori ápolási gyakorlatnak felel meg.
- A tervet rögzítik.

2. Megvalósítás

Az ápoló megvalósítja az ápolási tervben előírt beavatkozásokat.

- A beavatkozások összhangban vannak a kialakított ápolási tervvel.
- A beavatkozásokat az ápoló biztonságos és megfelelő módon hajtja végre.
- A beavatkozásokat rögzítik.

3. Értékelés

Az ápoló értékeli a beteg állapotának előrehaladását a várható eredmények megvalósítása irányában.

- Az értékelés folyamatos és rendszeres.

- Rögzíti a beteg beavatkozásokra bekövetkező reakcióit.
- A beavatkozások hatékonyságát a kívánt eredmény szempontjából értékelik.
- A ápolási diagnózis, a kimenetel és az ápolási terv felülvizsgálatát rögzítik.

A család pszichés gondozása, mint önálló ápolói funkció
A családra vonatkozó ápolási diagnózisok:

- Szorongás a hozzátartozó betegségének lehetséges kimenetele miatt.
- A gondviselői szerep túlterhelésének kockázata a ránehezedő problémák miatt.
- A kapcsolattartás zavarának kockázata a beteg esetleges elutasító magatartása miatt.
- A család megküzdő képességének összeomlása.
- A családi folyamatok megromlásának veszélye.
- Ismerethiány.
- Tehetetlenség.
- Lelki feszültség.

A család befolyásolja az egészségügyi ellátást. Gyakran arról van szó, hogy inkább a beteg családját, mint a beteget kellene pszichoszociális szempontból kezelni.

A hozzátartozók esetében is elengedhetetlen ápolói feladatok a következők:

- felvilágosítás,
- megnyugtatás, támogatás,
- kommunikáció kialakítása, folyamatosságának támogatása,
- oktatás, tanácsadás,
- képviselés

Az ápolói hivatás hatása az ápolóra

Kifejezett aggodalmaskodás, kudarcok, sikertelenség élmények, szeparációs szorongások, halálfélelem, magas halálozási arány, a betegek gyors forgása a jellemző az onkológiai osztályokra. Az osztály biztonságos, gyógyító légkörét az itt dolgozóknak kell kialakítaniuk és megtartaniuk.

Ha az ápoló súlyos, vagy halálos betegekkel foglalkozik, maga is átéli a veszteség élményét. A gyász a veszteségre adott természetes reakció, és minden veszteséget meg kell gyászolni. Ha az ápoló sorozatosan veszteségeken esik át, és elmulasztja megfelelően feldolgozni élményeit, telítődhet a gyászérzéssel: csalódottságot, haragot, bűntudatot, szomorúságot, tehetetlenséget, szorongást, nyomottságot és túlterheltséget érez. Az állandó halálközelség miatt az ápolók érzékennyé és „vevővé” válnak a daganatos betegek folytonos „kisugárzásaira”.

Az ápolók testi, szellemi, lelki túlterheltsége különféle károsodáshoz vezethet. A sok túlóra, a fel nem dolgozott pszichés terhek, az egyre több feladattal járó munka lelki kiégéshez vezet. A munkahelyi stressz egyénenként eltérő. A munkával kapcsolatos stresszorokra adott reakciók a személyiségtől, annak „szilárdságától", az egészségi állapottól, a korábbi stressz-tapasztalatoktól. és a megküzdés eszközeitől függnek. Az észlelt munkastressz és a személyiség „keménységének" elégtelensége közrejátszik a kiégésben. A kiégést érzelmi, élettani és spirituális kimerültség jelzi. A kiégés a felelős az ápolók körében a negatív érzések, a tartós hiányzás és a csökkent produktivitás problémájáért is. Az ápolóknak szívesen panaszkodnak a betegek. A fokozódó érzelmi túlterheltség miatt igyekeznek elkerülni a betegekkel a mélyebb kapcsolatot. Ugyanakkor bűntudatuk, önvádlásuk is kialakul amiatt, hogy nem az önmaguktól elvárt módon cselekszenek. A túlzott távolságtartásnál az ápoló inkább az ellátás technikai részére fordítja figyelmét és nem a beteg egészére.

Az ápolók esetében is kialakulhatnak olyan egészségkárosodások, melyek a tartós fizikai és lelki túlterheléssel összefüggésben lehetnek: alvászavar, fejfájás, emésztési panaszok, egészségtelen táplálkozás, krónikus szorongás, halálfélelem, kimerültség, inaktivitás, élvezeti szerek fokozott használata, drogfüggés veszélye, pszichoszomatikus megbetegedések, kiégési szindróma.

Az ápolók öngondozása

Az öngondozás elengedhetetlen a megfelelő testi-lelki kondíció fenntartásában. Fontos, hogy minden ápoló olyan önsegítő módszert fejlesszen ki, amelyet szívesen alkalmaz. Lehetőséget kell találnia arra is, hogy érzéseit nyílt, elfogadó kapcsolatokban rendszeresen megoszthassa.

Az öngondozás formái: munkahelyi konfliktusok megoldása, nyugalmas környezet kialakítása elengedhetetlen. Támogató környezet: a család, a barátok és a kollégák figyelme, tanácsai és érzelmi támogatása a stresszt elszenvedő számára fontos. Időbeosztás: A jó időbeosztású embert kevesebb szociális, családi vagy munkahelyi stressz éri. Az időbeosztás önmagában foglalja a realisztikus beosztású napirend szervezését, amely a hajsza elkerüléséhez nyújt segítséget. A rendszeres testmozgás javítja az izomtónust és a testtartást, csökkenti a feszültséget és elősegíti az ellazultságot. A pihenés legyen aktív és passzív egyaránt. A táplálkozásnál fontos a rendszerességi, a minőség és a mennyiség. Relaxáció megvalósítása. A lelki és pszichoszomatikus tüneteket szakemberrel kell kezeltetni.

Ebben a fejezetben a rosszindulatú daganatos betegségben szenvedők és hozzátartozóik pszichoszociális gondozásával kapcsolatos alapvető ápolói tudnivalókat és gyakorlati ismereteket foglaltuk össze. Hangsúlyozni kívánjuk, hogy az onkológiai teamben dolgozó ápoló összetett munkája folyamán a betegek lelki, társadalmi és kulturális sajátosságait, valamint saját lelki kiégésének megelőzését is figyelembe veszi.

Ajánlott irodalom

1. Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E.: Pszichológia. Osiris, Budapest, 1996.
2. Carpenito, L. J.: Ápolási diagnózisok. Medicina, Budapest, 1996.
3. Cseri P.: Minőségügy, szakmai standardok a hospice-palliatív ellátásban. Kharón, 4, 3: 78-83. 2000
4. Czimbalmos Á. és mtsai: Páciens megelégedettségi vizsgálat SF-kérdőívvel, a magyarországi normálértékek meghatározása. Népegészségügy, 1: 4-19, 1999
5. Fekete S.: Segítő foglalkozásúak kockázati-helfer szindróma és burnout jelenség. Psych Hung VI. 1: 17-31, 1991
6. Goddard, M. K.: A gondozási hatékonyság vizsgálatának fontosságáról: a haldoklókat ápoló szolgáltatók esete. Esély, 5: 73-79, 1993
7. Groenman, N. H, Slevin, O. D'A., Buckenham, M. A: Szociológia, szociálpszichológia és magatartástudomány ápolóknak. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1996.
8. Hawton, K. et ali: Suicide in nurses. Suicide and Life threatening behaviour 29: 86-95, 1999
9. Hárdi István: Pszichológia a betegágynál. Medicina, Budapest, 1995.
10. Kopp M. és mtsai: Egészségmegőrzés- mit jelent ma Magyarországon a fiatal nők "egész"-sége. Mentálhigiéne és Pszichoszomatika, 10, 3-4, 5-15, 1999
11. Kulcsár Zs.: A segítőhivatások pszichológiája. Empátia, altruizmus és a kiégési szindróma. In: Egészségpszichológia. 148-208, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest,1998
12. Kübler-Ross, E.: A halál és a hozzá vezető út. Gondolat Kiadó, Budapest, 1988
13. Hegedűs K.: A haldokló betegeket kísérő személyzet mentálhigiénéje. A kiégés és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei. Lege Artis Med 10, 5: 448-452, 2000
14. Hegedűs K.: Egészségügyi dolgozók halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdje: egy kérdőíves felmérés eredményei. ETInfo, 4, 4:9-10, 2001
15. Kullmann L.: Segédeszköz ellátás. In: A rehabilitáció gyakorlata. Szerk.:Huszár I., Kullmann L., Tringer L. Medicina, 2000
16. Milliken, M. E. et alii.: Mindennapos betegápolás. Medicina, Budapest, 1998.
17. Pikó B.: A társas támogatottság hatása az egészségi állapotra. Végeken, 1: 12-15, 1995
18. Pilling R.: Súlyos betegek táplálkozása. Magyar Hospice Alapítvány, „Hospice beteggondozás” füzetek, Budapest, 1996
19. Potter, P. A., Perry, P. A.: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai.
20. Medicina / Budapest, 1996.
21. Riskó Á.: Bálint-csoport gyógytornászok számára. Végeken, 2: 13-15, 1995.
22. Smith, S: Kommunikáció az ápolásban. Medicina, Budapest, 1995
23. Szalai Tamásné: Csonkolásos műtétekre kerülő betegek felkészítése és utógondozása – pszichés támasz, mint az ápolás önálló funkciója. Szakdolgozat, SE, Budapest, 2000
24. Szél I.: Állapotfelmérés és tervkészítés a rehabilitáció folyamatában. In: A rehabilitáció gyakorlata. Szerk.: Huszár I., Kullmann L., Tringer L. Medicina, Budapest, 2000

16. A hospice szemléleti és gondozási rendszere

Pilling János

„Ön élete utolsó percéig fontos nekünk, s mi nemcsak azért fogunk mindent elkövetni, hogy békében halhasson meg, hanem hogy mindvégig emberhez méltóan tudjon élni.”

Cicely Saunders

A modern kori hospice-mozgalom megalapítójának, *Dr. Cicely Saunders*-nek, ezek a szavai összegzik a hospice legfőbb céljait és szemléletét: szeretetteli, az egyéni igényekre figyelő, sokoldalú gondoskodással az elérhető legjobb életminőséget biztosítani az élet utolsó időszakában lévő embereknek, segítve őket a múlandósággal való szembenézésben is. A hospice tehát egyrészt egy gondozási rendszer a terminális stádiumban[17] lévő – elsősorban a daganatos – betegek számára, másrészt egy (ezt megalapozó) szemléleti rendszer.

A hospice kialakulását a 19. század végének és a 20. század első felének társadalmi változásai hívták életre. Az urbanizáció terjedésével – elsősorban a nyugati kultúrkörben – fokozatosan megszűntek, vagy meggyengültek azok a kis közösségek, amelyek a rítusokat, hagyományokat fenntartották. Az egykori hagyományok jelentős segítséget nyújtottak az élet utolsó időszakában is, mivel szemléletbeli és magatartási mintákat, előírásokat adtak a beteg hozzátartozóinak, s a haldoklónak egyaránt. Az urbanizáció azonban mindezt átalakította. Míg korábban a legtöbb ember életének utolsó időszakát családja körében töltötte, az urbanizálódott társadalomban ez (a nagycsaládok széthullásával, a nők munkába állásával) jelentős mértékben megnehezült. A haldoklók gondozásának súlya így egyre inkább az egészségügyre helyeződött.

Ez a feladat felkészületlenül érte az egészségügyet. A 20. században az orvostudomány korábban soha nem látott méretű fejlődésnek indult – ez azonban elsősorban a diagnosztika, a terápia és a prevenció területein nyilvánult meg. Az egészségügyi képzésekben a haldoklók gondozása egyáltalán nem, vagy csak csekély súllyal szerepelt. A gyógyításra orientált egészségügyben a halál sokak számára kudarcot jelentett. Mindezek következtében a haldoklók gondozását illetően az egészségügyben két fő stratégia alakult ki: az egyik az ún. „dühödt gyógyítás” (az élet megmentésére irányuló kezelések, reménytelen helyzetekben is, egészen a beteg életének utolsó napjaiig), valamint a lemondás (a minimális

[17] A terminális stádium a gyógyíthatatlan betegségnek az az időszaka, amikor a beteg állapota – a ma ismert kezelésekkel már meg nem akadályozható módon – fokozatosan romlik, s ez a progresszió legfeljebb 1 éven belül a beteg halálához vezet. Az agónia a terminális stádium utolsó időszaka – általában néhány nap – amikor az alapvető életfunkciók teljesen és irreverzibilisen összeomlanak. Bár a köztudatban a „haldoklás” gyakran az agóniát jelenti, a hospice gondozás a terminális állapot egészére kiterjed – a „haldoklás”, „haldokló” kifejezések a továbbiakban erre az időszakra vonatkoznak.

ellátást nyújtó elfekvőkbe utalás, vagy a beteg hazabocsátása, lényegi ellátás nélkül).

A haldoklók körül egyre magasabbra nőtt a hallgatás fala. Az egészségügyi dolgozók általában eltitkolták a beteg előtt valódi diagnózisát és prognózisát. A hozzátartozók – részben modellnek tekintve ezt a magatartást, részben saját tehetetlenségükben – gyakran maguk is részeseivé váltak a beteg körüli színjátéknak.

A méltóságteljes halál (s még inkább a középkorban idealizált ars moriendi, a meghalás művészete) így egyre illuzórikusabbá vált – a természetes halál pedig egyre félelmetesebbnek tűnt. Míg a középkorban élő emberek azért imádkoztak, hogy a hirtelen haláltól megmenekülhessenek (hiszen a halálra készülni kellett: gyónni, áldozni, végrendelkezni, elbúcsúzni stb.), addig a XX. századi emberek többsége már inkább a váratlan, gyors halált tartotta jónak. Miközben a médiában a gyors – s gyakran erőszakos – halál a szórakoztatóipar eszközévé vált, addig a természetes, hosszabb betegséget követő halált hallgatás övezte. A halál egyre inkább egyfajta véletlen balesetként, a gonosz emberek tetteinek hatásaként, vagy legfeljebb orvosi hibaként jelent meg a köztudatban. A vele való szembenézést tovább nehezítette, hogy a halál megkérdőjelezte az időközben kialakuló fogyasztói társadalom legfőbb értékeit: a gazdagságot, a sikert, a karriert. Mindezen folyamatok eredményeként századunk közepére a halál, a haldoklás, a gyász félelmetes tabuvá vált.

Ebben az időszakban, a káros társadalmi folyamatok egyfajta ellensúlyaként jelent meg a hospice, amely arra törekedett, hogy biztosítsa az élet utolsó időszakában lévő beteg méltóságát, s teljes körű, humánus gondoskodást nyújtson számára.

A hospice kialakulásának története

Maga a hospice fogalom nem új keletű. A hospitium latin szó, jelentése: szállás, megvendégelés. Rómában, az i.sz. 4. században ezt a nevet viselte egy köztiszteletben álló idős asszony, Fabiola otthona, amelyben könyörületességből szállást és ellátást kaptak a súlyos betegek és az átutazó idegenek. A középkorban szerzetes- és lovagrendek alapítottak otthonokat a súlyos betegeknek. 1905-ben az írországi Hacknei-ben az Ír Irgalmas Nővérek rendje megalapította a St. Joseph's Hospice-t. Ez volt korunkban az első intézmény, amelyet hospice-nak neveztek.

Ebben az intézetben kezdett el dolgozni *Cicely Saunders* is, aki később – a korábbi értékeket megőrizve – új alapokra helyezte a hospice-t, kialakítva a modern kori hospice alapelveit és komplex gondozási rendszerét. Saunders 1967-ben, Londonban létrehozta a St. Christopher's Hospice-t, amely mindmáig mintaként szolgál az azóta alakult hospice-ok számára.

A következő évtizedekben a hospice elterjedtté vált a világ számos országában. A St. Christopher's Hospice-ban működő nemzetközi Hospice Information Service 2002-ben a világ 81 országában már 7350 hospice szervezetet tartott számon.

A hospice alapelvei

Ritka, hogy egy új gondozási és szemléleti rendszer országhatároktól, vallásoktól, kultúráktól, politikai berendezkedésektől függetlenül ennyire elterjedtté váljon. Ennek a magyarázatát részben minden bizonnyal a hospice alapelvei adják, amelyek az élet utolsó időszakára vonatkozó alapvető emberi jogokat és értékeket korszerű formában fogalmazzák meg. A hospice gondozás egy olyan szemléletrendszeren alapul, amely magában foglalja az ellátás alapelveit és kifejezi a hospice szemléletét az élet végi kérdésekkel kapcsolatban. A legfőbb elvek a következők:

Holisztikus szemlélet. A hospice gondozás egyaránt enyhíteni kívánja a szomatikus tüneteket, valamint a pszichés, a szociális és a spirituális nehézségeket.

Multidiszciplináris ellátás. A holisztikus szemlélet gyakorlati megvalósítása érdekében a hospice-ban a gondozást munkacsoportok végzik. A team tagjai: orvos, nővér, gyógytornász, mentálhigiénés szakember (pszichológus, pszichiáter, mentálhigiénés végzettségű egyéb diplomás), lelkész, szociális munkás, képzett önkéntes segítők. Számos hospice munkájában részt vesznek ezen kívül szakkonzultánsok, dietetikusok, foglalkoztató- és egyéb terapeuták, jogászok. A team munkáját koordinátor hangolja össze.

Az életminőség javítása. A team tagjainak elsődleges feladata a beteg életminőségének javítása. Ennek érdekében a hospice a palliatív (tünetenyhítő) terápia legkorszerűbb elveit alkalmazza. Ezek közül kiemelendő a preventív szemlélet (törekvés a tünetek kialakulásának megelőzésre), a tünetkezelés sokoldalú megközelítése (a hospice a tüneteknek nem csak a testi, hanem az egyéb vetületeit is figyelembe veszi), valamint a tudat tisztaságának megőrzésére törekvés (különösen a fájdalomcsillapítás és a szorongásoldás területén).

Az eutanázia elutasítása. A hospice megoldást kínál a szenvedésekre, ezért elutasítja az eutanázia minden formáját. Ez összefüggésben áll a hospice életigenlő szemléletével (a hospice arra törekszik, hogy a betegek az élet utolsó időszakában is használhassák meglévő képességeiket, s így minél teljesebb életet élhessenek), valamint ezzel összefüggésben azzal a szemlélettel, amely szerint a terminális stádium a lelki- és személyiségfejlődés értékteli szakaszává válhat (a múlandósággal való szembesülés az életút, az emberi kapcsolatok, az értékrendek átgondolásához, s ezáltal új értékek megismeréséhez juttathatja el a beteget és hozzátartozóit is).

Rendszerszemlélet. A hospice a beteget hozzátartozóival együtt segíti. A hozzátartozók támogatásban részesülhetnek a beteg gondozásának időszakában, s ezt követően, a gyász során is.

A világnézeti meggyőződés tisztelete. A hospice team tagjainak (bár természetesen kifejezhetik saját világnézetüket) tiszteletben kell tartaniuk a beteg és a hozzátartozók vallási, erkölcsi, etikai nézeteit. A hospice által gondozottak – amennyiben ezt igénylik – a saját hitüknek megfelelő támogatásban részesülhetnek.

A beteg és a hozzátartozók kívánságainak tisztelete. A hospice team-nek minden gondozási kérdésben figyelembe kell vennie a beteg és a hozzátartozók kívánságait. Vitatott helyzetekben a team kompromisszumra törekszik, a végső döntés azonban a beteget, illetve – ha ennek meghozatalára már képtelen – a hozzátartozókat illeti.

Megkülönböztetés nélküli ellátás. A hospice életkortól, nemtől, iskolázottságtól, etnikai hovatartozástól, vallási vagy világnézeti meggyőződéstől, anyagi helyzettől függetlenül segítséget nyújt az ezt igénylő terminális állapotú betegeknek és hozzátartozóiknak.

Ingyenesség. A hospice valamennyi szolgáltatása ingyenes. Az élet utolsó időszakában történő segítség igénybevétele – anyagi helyzettől függetlenül – minden embernek alapvető joga.

A hospice-team tagjai

Sokan – tévesen – úgy gondolják, hogy a haldokló betegek ellátása csupán ápolási feladat. A hospice gyakorlata nyilvánvalóvá tette, hogy a feladatok ennél jóval komplexebbek. A hospice team tagjai közül mindenkinek számos tennivalója van a terminális állapotú betegek gondozásában. A team tagjainak főbb feladatai a következők:

- *Orvos.* Legfőbb feladata a palliatív terápia korszerű elveinek, módszereinek és eszközeinek használatával a beteg tüneteinek és panaszainak csillapítása, lehetőség szerint ezek megszüntetése. Bár az orvos leggyakoribb teendője ebben az időszakban a fájdalomcsillapítás, ezen kívül még figyelmet kell fordítania számos egyéb tünet és panasz kezelésére is. Ezek közé tartozik például a nehézlégzés, köhögés, émelygés - hányinger - hányás, stomatitis, anorexia - cachexia, székrekedés, hasmenés, ödéma - lymphödéma, decubitus, incontinencia kezelése is. Külföldön egyes országokban önálló szakvizsga tehető palliatív terápiából (sajnos Magyarországon erre jelenleg nincs lehetőség).
- *Nővér.* Feladatai sokrétűek: egyaránt közéjük tartozik a fekhely megfelelő kialakítása, az ágyazás, a testi higiéné biztosítása, a megfelelő táplálkozás elősegítése, az anyagcsere folyamatokkal (vizeléssel, székeléssel) kapcsolatos problémák kezelése, a sebek és felfekvések kezelése, az orvos által rendelt gyógyszeres terápia biztosítása. A nővér gyakran van együtt a betegekkel és hozzátartozóikkal, így gyakran olyan közeli kapcsolat alakul ki közöttük, amelyben a nővér egyes pszichés vagy szociális kérdésekben is a család segítőjévé válik.
- *Gyógytornász.* A beteg mobilizálásával – amíg csak erre lehetőség van – a gyógytornász hozzájárul a beteg önellátó képességének megőrzéséhez. Az ágyból felkelni már nem tudó betegek esetében fontos feladata az izomkontraktúrák és a decubitus kialakulásának megelőzése. Az orvossal együttműködve alapvető szerepe van a lymphödéma kezelésében.
- *Mentálhigiénés szakember (pszichológus, pszichiáter, mentálhigiénés képzettségű egyéb diplomás).* Feladata a mértéktelen félelmek és szo-

rongások csökkentése, a kapcsolati problémák és kommunikációs zavarok feloldásának elősegítése, a haldokló pszichés szükségleteinek támogatása. A betegek mellett a hozzátartozókat is segíti, a betegség periódusában csakúgy, mint a gyász időszakában. Feladatai közé tartozik a személyzet mentálhigiénés védelme, a burn out prevenciója is. (Ez utóbbi feladatra külső – a hospice team munkájában részt nem vevő – szakembert érdemes felkérni.)

- *Lelkész.* A haldoklás számos spirituális kérdést vethet fel, mind a betegekben, mind hozzátartozóikban. Ezek gyakran kapcsolatosak a betegség spirituális okaival, céljaival, Isten létével, a halál utáni léttel stb. A lelkész avatott segítője, kísérője lehet ebben az időszakban a betegeknek és hozzátartozóiknak egyaránt.
- *Szociális munkás.* Hasznos gyakorlati segítséget nyújthat a betegséggel összefüggő szociális kérdésekben (leszázalékolás, nyugdíjazás, közgyógyellátás, segélyek, a hozzátartozó által igénybe vehető ápolási díj stb.). A szociális munkás gyakran nem csak a család és a különböző intézmények között biztosítja a kapcsolatot, hanem szerepe lehet a családtagok egymás közötti kapcsolatainak rendezésében, valamint a hospice team és a család közötti kapcsolat zökkenőmentességének biztosításában is. A szociális munkások több hospice-ban részt vesznek a szervezet found raising és PR tevékenységében, az oktatás szervezésében, valamint a szervezetfejlesztésben.
- *Dietetikus.* A terminális állapotú betegeknek számos emésztőrendszeri tünetük - panaszuk lehet. Ezek közé tartozik például az étvágytalanság, émelygés - hányinger - hányás, nyelési nehézségek, a száj fekélyesedése, anorexia - cachexia, székrekedés, hasmenés, húsundor, puffadás stb. A dietetikus a beteg állapotának és igényeinek megfelelő étrend összeállításával – az orvossal együttműködve – alapvető szerepet játszik ezeknek a problémáknak a kezelésében.
- *Önkéntes segítők.* Feladataik rendkívül sokrétűek. Minden tevékenységet végezhetnek, amely nem tartozik a professzionálisok feladatai közé – de emellett gyakran részt vállalnak a professzionálisok egyes (szakképzettség nélkül is elvégezhető) feladataiból is. Az önkéntesek általában hosszabb időszakokat töltenek együtt a betegekkel, mint a team többi tagja. Együttlétük, a beszélgetések, de néha akár a beteg figyelmes meghallgatása önmagában is jelentős segítség lehet ebben az időszakban. Az önkéntesek gyakran végeznek kisebb ápolási teendőket is. A hozzátartozók – főleg házigondozás esetén – gyakran kérnek az önkéntesektől átmeneti betegfelügyeletet, vagy segítséget egyes hivatalos ügyek elintézésében. Az önkéntes segítők emellett részt vehetnek szervezeti feladatokban is (pályázatok elkészítésében, képzések szervezésében, házi könyvtár kialakításában és működtetésében stb.)

Terminális állapotú betegek és hozzátartozóik pszichés támogatása

A palliatív gondozás szomatikus vonatkozásait e kötet korábbi fejezetei már összefoglalták, így itt a hospice team további feladatai közül a pszichés támogatást emeljük ki.

Haldoklókkal folytatott strukturált interjúinak eredményeként *Elisabeth Kübler-Ross* a haldoklásnak öt pszichés szakaszát különítette el: tagadás, düh, alku, depresszió és belenyugvás. *Paul Sporken* még megkülönbözteti a tagadás fázisa előtt a tudatlanság és a bizonytalanság szakaszait is. A stádiumok főbb jellemzői a következők:

- Tudatlanság: a diagnózissal és a prognózissal kapcsolatos információk hiányában alakul ki. Ebben az időszakban nem ritka a tudatos titkolózás sem – így gyakran kommunikációs zárlat jön létre az orvos és a beteg, valamint a beteg és a hozzátartozók között.
- Bizonytalanság: a beteg (állapotának romlása, nonverbális jelek, orvosi könyvek olvasása, a betegtársakkal való beszélgetések stb. alapján) kételkedni kezd környezetének őszinteségében. Ambivalenssé válik: kutatni kezd a betegséggel kapcsolatos információk után, de ezzel egyidejűleg fél gyanújának beigazolódásától.
- Tagadás: akár a fenti jegyek összességéből, akár nyílt beszélgetésből válik nyilvánvalóvá a betegség gyógyíthatatlansága, a legtöbb beteg először tagadni próbálja ezt. Ennek nyílt formája annak a hangoztatása, hogy tévedésről van szó (pl. a vizsgálati eredmények összecserélésére), burkolt formája a fokozott aktivitásba való menekülés.
- Düh: a tagadás tarthatatlanságának nyilvánvalóvá válásával a beteg agresszívvé, elutasítóvá, környezetével szemben fokozottan kritikussá válhat. Ennek hátterében nem csupán a sors igazságtalansága miatti lázadás, hanem a figyelem felkeltésének, a fokozott kapcsolati igénynek, a segítségnek a vágya is áll.
- Alkudozás: a halál lehetőségével fokozatosan szembesülő beteg ebben az időszakban (gyakran titkos, ki nem mondott) felajánlásokat tesz a környezetében élőknek és Istennek, gyógyulása, vagy legalább állapotának javulása érdekében. Sokan úgy érzik, hogy valamilyen bűnt követtek el, s ezért kell most vezekelniük – életútjukat áttekintve a változtatás lehetőségeit is keresik.
- Depresszió: az alkudozás eredménytelensége, állapotának fokozatos romlása miatt a legtöbb beteg egyre lehangoltabbá válik. A depresszió hátterében egyaránt megtalálható még az elveszített vagy korlátozott lehetőségek miatti szomorúság, a korábbi célok elérhetetlenségének érzése, s a közelgő haláltól való félelem is.
- Belenyugvás: az életének végességével szembenéző beteg a korábbi lélektani szakaszok nyomán fokozatosan dolgozza fel a halállal kapcsolatos érzéseit, gondolatait – így jutva el az elfogadáshoz. Ebben az idő-

szakában egyre inkább visszahúzódik a mindennapi eseményektől, a gyakori látogatásokat és a túlzott gondozást gyakran már elhárítja, esetleg végrendelkezik, búcsúzkodik. Közelgő halálára saját személyes hitének megfelelő elvárásokkal tekint. Az utolsó napokban – gyakran egy látszólagos állapotjavulás mellett – halálos ágyi víziók jelentkezhetnek.

A gyakorlatban nem feltétlenül éli át minden haldokló ezeket a szakaszokat. Egyes stádiumok kimaradhatnak, máskor a beteg visszajut egy korábban már átélt szakaszba – esetleg tartósan (akár haláláig is) egy korai fázisban marad. A hozzátartozók gyakran ugyanezeken a stádiumokon jutnak át, de gyakori, hogy a haldoklóhoz képest fáziseltolódásban vannak. A családtagok között gyakrabban tapasztalhatjuk a fixálódást a tagadás és az alkudozás szakaszában, amely gyakran a beteg haláláig tart, s egyrészt kommunikációs nehézségeket kelthet a beteg és hozzátartozói között, másrészt komplikált gyászfolyamatot alapozhat meg.

A haldokló betegek pszichés támogatásának egyik alapja a nyílt, őszinte, de a beteg teherbíró képességeit is figyelembe vevő kommunikáció, amely lehetővé teszi a beteg állapotával kapcsolatos érzések, gondolatok, problémák megbeszélését is. A nyílt kommunikációnak egyik eleme a diagnózis közlése18. Ezzel kapcsolatban itt csupán néhány főbb szempontra hívhatjuk fel a figyelmet. Ezek szerint: az információkat fokozatosan, több találkozás alkalmával érdemes megosztani a beteggel. A beszélgetés során a diagnózist közlőnek fel kell mérne a páciens eddigi ismereteit, a jövőre vonatkozó elképzeléseit, aktuális pszichés státusát – ezek szabhatják meg az információk mennyiségét és jellegét. A betegnek lehetőséget kell kapnia – a fentiek szempontjából is informatív – kérdések feltevésére. A válaszok nyújtsanak reális reményt (ilyen például a további segítség biztosítása, a fájdalmak és az egyéb tünetek hatékony csillapítása, a lehető legjobb életminőség biztosítása stb.)

A gondozás során a mentálhigiénés segítő további fő céljai a következők lehetnek: támasznyújtó, empatikus jelenlét, az érzések kifejezésének és feldolgozásának támogatása, az életút áttekintése, a pozitív tulajdonságok megerősítése, a kapcsolatok áttekintése, a konfliktusok rendezésének és a kapcsolatok lezárásának, valamint a befejezetlen tennivalók elvégzésének támogatása. A haldoklókat gondozók gyakori feladata lehet a beteg és a hozzátartozók között kialakuló kommunikációs zárlat oldása, az egymás közötti nyílt kommunikáció támogatása, a közös emlékek, az egymással kapcsolatos érzések feldolgozásának elősegítése. Fontos feladat a családtagok egyéni támogatása, nehézségeik, félelmeik megbeszélése is.

---

[18] Valójában ennek nem a hospice-ban kellene megtörténnie, hiszen a hospice gondozás kezdetén a betegek már általában hosszas kezeléseken estek át. A hazai gyakorlatban azonban sajnos még továbbra sem ritka, hogy a betegek az állapotukról való tájékoztatás nélkül jutnak el a hospice gondozásig.

Az élet utolsó időszakában a beteg és a számára fontos hozzátartozók együttléte különösen fontossá válik. A hospice különböző szervezeti formái segítik ennek a megvalósulását.

A hospice gondozás szervezeti formái

A hospice-nak több szervezeti formája is kialakult. Ezek lehetővé teszik, hogy a beteg az állapotának és az igényeinek legmegfelelőbb gondozásban részesülhessen. Az ellátás alapelvei és a team tagjai valamennyi szervezeti formában megegyeznek az előzőekben már leírtakkal. A szervezeti formák a következők:

Hospice-otthon

A hospice-otthon önálló intézmény (más, nem hospice ellátást nyújtó intézetektől szervezetileg független). Kialakításakor fontos szempont az otthoniasság. Ennek érdekében a szobák ágyszáma alacsony (1-4 közötti), az ágyak nem kórházi jellegűek (de a gondozási célokra speciálisan kialakítottak), a falakon képek és virágok, az ablakokon függönyök vannak. Szinte minden hospice otthonhoz tartozik társalgó, az otthon körül általában park vagy kert található. A betegek – ha ezt igénylik – használhatják otthoni bútoraikat is, egyes helyeken akár kisebb háziállataikat is behozhatják az otthonba. Nincs kötött napirend: a betegek akkor ébredhetnek, étkezhetnek stb., amikor ezt szeretnék. Nincs „látogatási idő" sem: a hozzátartozók bármikor meglátogathatják a beteget, akár folyamatosan is vele lehetnek (erre a célra pótágyak, vagy külön szobák vannak rendszeresítve). A betegek és a hozzátartozók részére külön teakonyha áll rendelkezésre, ahol akár a beteg igényeinek megfelelő ételt is elkészíthetik.

Hospice palliatív terápiás részleg

A palliatív terápiás részleg nem önálló intézmény, hanem egy kórház része, annak egyik osztálya. Kialakítása így olcsóbb, hiszen a kórház központi ellátó egységei (konyha, mosoda, telefonközpont stb.) már rendelkezésre állnak. Bár a palliatív részleg kialakításakor is fontos szempont az otthonosság, a kórházi rendszabályok miatt ennek egyes elemei néha csak korlátozottan valósíthatók meg.

A hospice-otthon és a palliatív terápiás részleg egyaránt aktív gondozást végző osztály. Az átlagos gondozási idő általában hetekben mérhető.19 A beteg bent tartózkodása során a hospice team elsősorban az aktuális szomatikus tünetek csillapítására, a beteg és a hozzátartozók pszichés, szociális és spirituális támogatására törekszik. A hozzátartozókat a team tagjai megtanítják a beteg gondozásával kapcsolatos alapvető gondozási teendőkre. Ezt követően a beteget otthonába bocsátják.

---

[19] A hazai palliatív terápiás részlegekben az átlagos gondozási idő 1999-ben 32 nap volt.

Hospice nappali szanatórium

Az otthonukba bocsátott, de ambuláns formában gondozható betegek – állapotuknak és igényeiknek megfelelő gyakorisággal – a hospice nappali szanatóriumba járhatnak vissza. Itt rendszeresen találkozhatnak a hospice team azon tagjaival, akikre tüneteik kezelése, nehézségeik megoldása érdekében szükségük van.

Hospice házigondozás

Amennyiben hospice nappali szanatórium nem áll rendelkezésre, vagy a beteg állapota az ambuláns ellátást nem teszi lehetővé, a gondozást a hospice házigondozói csoport veszi át. A beteghez a teamnek azok a tagjai járnak ki, akikre a betegnek vagy hozzátartozóinak szüksége van. A házigondozói csoport gyógyászati segédeszközöket, kényelmi eszközöket is kölcsönöz a gondozott családnak – az ellátáshoz hasonlóan ezt is ingyenesen.

Hospice mobil team

Ebben az ellátási formában a kórházban működő hospice team tagjai a kórház bármely osztályán konzultánsként segítik a terminális állapotú betegek gondozását. A mobil team előnye, hogy a betegek az alapbetegségüknek leginkább megfelelő osztályon részesülhetnek gondozásban. Hátránya, hogy a hagyományos kórházi osztályokon gyakran nem biztosítottak a hospice fekvőbeteg intézményeknél ismertetett körülmények.

Amint az a fenti leírásokból is kitűnik, a hospice különböző szervezeti formái nem egymást kizáró, hanem egymásra épülő gondozási szintek, amelyek – ideális esetben – egy egységes rendszert alkotnak. Számos hospice szervezeten belül működnek emellett egyéb csoportok is, pl. a gyászolók segítésére, oktatásszervezésre, vagy – különösen az USA-ban – a found raising és a PR feladatok megoldására.

Hospice Magyarországon

Az első hazai hospice szervezet, a Magyar Hospice Alapítvány 1991 áprilisában alakult, *dr. Polcz Alaine* vezetésével. Rövidesen, 1992 tavaszán, Szombathelyen, *dr. Ruzsa Ágnes* vezetésével megalakult a következő szervezet is. Mindkét hospice a házigondozást szervezte meg először – az intézményi hátteret éveken át hagyományos kórházi osztályok biztosították. A szervezetek tevékenységének anyagi fedezetét a *Soros Alapítvány* biztosította, amely az ezt követő évek során is támogatta az újonnan alakuló és a már működő hospice szervezeteket – alapvető szerepet töltve be ezáltal a hazai hospice rendszer kialakulásában és fejlődésében.

Bár a hospice Magyarországon több évtizedes késéssel jelent meg, az első szervezetek még így is „megelőzték korukat". Az akkori egészségügyi rendszerbe ez a tevékenység még nehezen volt beilleszthető (a hospice fogalma egyetlen

jogszabályban sem szerepelt, a házigondozás törvényi szabályozása még nem volt kidolgozva, stb.) Ennek következtében – bár a már működő szervezetek mintájára az ország több városában is szerettek volna hospice gondozást kialakítani – az első években újabb szervezetek nem jöttek létre. Az első két szervezet ismétlődő beadványainak következtében először 1993-ban a Fővárosi Önkormányzat írt ki pályázatot hospice részlegek létesítésére, majd 1994-ben az Egészségbiztosítási Önkormányzat 145 millió, a Népjóléti Minisztérium pedig 60 millió forintos kerettel hirdetett meg pályázatot az otthoni ápolás és hospice szolgálat modellezésére. Bár az anyagi források hiányaival küszködő szervezetek igen nagy számban indultak ezeken a pályázatokon, a modellkísérletek folytatásának koncepciója részleteiben nem volt kidolgozott, ezért a pályázati összegek felhasználása után a legtöbb szervezet nem tudta folytatni a megkezdett tevékenységet.

A következő években azonban folytatódott a hospice fokozatos egészségügyi integrációja. A hospice házigondozást az Egészségbiztosítási Pénztárak az 1996-os, házigondozásról szóló NM rendelet alapján finanszírozták, a kialakuló fekvőbeteg részlegek tevékenységét a krónikus ellátásnak megfelelően támogatták. Az 1997 végén elfogadott új egészségügyi törvény 99§-a már nevesítetten foglalkozott a hospice ellátással.

Ezekben a változásokban már szerepet játszott a hazai hospice szervezetek képviselői által 1995-ben megalakított Magyar Hospice Egyesület is. Az országos szervezet főbb célkitűzései a következők voltak: a hazai hospice szervezetek együttműködésének elősegítése, érdekvédelmi feladatok ellátása, egységes elvek alapján működő hospice alap- és továbbképzések, konferenciák szervezése, nemzetközi hospice kapcsolatok kialakítása és fenntartása, állásfoglalások és standardok kialakítása. Az Egyesület évente országos hospice - palliatív konferenciát rendezett, számos kiadványt jelentetett meg (köztük a Hospice Beteggondozás című sorozatot, amelynek 2002-ig 8 kötete jelent meg, a hospice gondozás különböző kérdéseiről), az Egyesület által szervezett többszintű hospice képzéseken az elmúlt években több ezer ember vett részt.

A ’90-es évek második felében a hospice szervezetek száma tovább gyarapodott. 2002 végén az országban már 23 hospice szervezett működött (4 fekvőbeteg részleg, 13 házigondozási csoport, 2 nappali szanatórium és 1 mobil team), valamint 5 idősek otthonában végeztek hospice jellegű ellátást. A hospice szervezetek alakulásuktól 2002 végéig közel 11000 beteget gondoztak.

A média, a közvélemény és – a kezdeti, információhiányon alapuló gyanakvások után – a szakmai körök is nagyfokú szimpátiával fordultak a hospice felé. A civil szervezetek kezdeményezéseként megjelenő hospice fokozatosan részévé vált a hazai egészségügyi ellátási rendszernek. 2001-ben már az Egészségügyi Minisztérium rendelete rögzítette az új szakképesítésként megszerezhető „hospice szakápoló és koordinátor” képzés szakmai és vizsgakövetelményeit. Ugyanebben az évben – a Soros Alapítvány támogatásával, a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének koordinálásával – egy munkacsoport (mely a hazai orvosi egyetemek képviselőiből állt) kidolgozta a palliatív terápia orvosegyetemi oktatásának tervezetét. 2002 őszén megjelent A palliatív ellátás alapjai című, orvostanhallgatók számára készült szöveggyűjtemény.

A közeljövő egyik fő feladata további hospice szervezetek megalakítása, hiszen ez a gondozási forma jelenleg még nem érhető el az ország minden régiójában. Az alapok megteremtése után fontos feladattá vált a minőségbiztosítás is. A Magyar Hospice Egyesület, az Egészségügyi Minisztérium és az OEP képviselői 2000-ben ennek jegyében dolgozták ki A terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása címmel a hospice gondozás szakmai irányelveit. Ennek megjelenése remélhetőleg alapjául szolgál majd az egészségügyi törvény hospice-szal kapcsolatos részéről szóló minisztériumi rendeletnek is – amely a hospice egészségügyi integrációjának újabb, fontos lépcsőfoka lehet.

Megállapíthatjuk, hogy a hospice mozgalom Magyarországon is elterjedtté vált. Remélhetőleg a terminális állapotú betegek humánus, komplex és ingyenes gondozását végző hospice szolgáltatásai a továbbiakban az ország minden régiójában hozzáférhetővé válnak majd az ezt igénylők számára.

Ajánlott irodalom

1. Borbényi E. - Révész I.-né és mtsa: Súlyos betegek mindennapi gondozása. Magyar Hospice Egyesület, Budapest, 1996
2. Debrecenyi K. A spiritualitás mint híd. Magyar Hospice Egyesület Budapest, 1999
3. Donovan, K. A rossz hírek közlése. Kharón, 3 (1-2): 27-45, 1999
4. Hegedűs K. Az emberhez méltó halál. Osiris Kiadó, Budapest 2000
5. Hegedűs K., Szy I. (szerk.): A terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása. Szakmai irányelvek. Magyar Hospice Egyesület, Budapest, 2000
6. Horváth E.: Szociális munka a hospice-ban. Magyar Hospice Egyesület, Budapest 1999
7. Knight C., Barthel H.: Quality Hospice Care. A Hospice Staff Training Manual. EMBI Inc, Texas, 1993
8. Kübler-Ross, Elisabeth A halál és a hozzá vezető út (ford.: Blasszauer Béla). Gondolat, Budapest, 1988
9. Lévay Á.-né Súlyos betegek mozgásterápiája. Magyar Hospice Egyesület, Budapest, 1996
10. Pilling R.: Súlyos betegek táplálkozása. Magyar Hospice Egyesület, Budapest, 1996
11. Sporken, Paul Haldoklókkal való bánásmód. In: Szőnyi Magdolna - Túry Ferenc (szerk.): Orvosi pszichológiai szöveggyűjtemény II. DOTE, Debrecen, 1989
12. Ruzsa Ágnes Bevezetés a palliatív terápiába. Magyar Hospice Egyesület, Budapest, 1996

17. Rákellenes civil szervezetek létrejöttének okai és szerepük az egészségügyben

Farkas Ilona

Nélkülözhetetlenül fontos az egészségügy és a civil szféra együttműködése az egészség megőrzése, a beteg ember gyógyulásának segítése érdekében. Az együttműködés elengedhetetlen feltétele, hogy az egészségpolitika fogadja el a civil szférával való együttműködésben rejlő lehetőségeket.

Az egészségügyhöz kapcsolódó civil segítségnyújtás lehetőségei Magyarországon

A fejlett nyugat-európai országokban az iparosítás, a nagyvárosi élet okozta környezetkárosító tényezők csökkentésére és az egészség védelmére már az 1900-as évektől kezdve születtek a veszélyekre figyelmeztető érdekvédő szervezetek és a jobb minőségű betegellátást elősegítő civil kezdeményezések, azaz egymás mellett alakult ki az ártalom és a védelem.

A magyar egészségügyben is léteztek segítő szándékú civil szerveződések a háború előtt, de azokat ideológiai megfontolásokból 1945 után felszámolták, így az állampolgárok egészségügyi ellátása kizárólagos állami feladattá vált.

A hazai egészségvédő civil szervezetek újjászerveződése

Magyarországon az 1950-1970-es években igyekeztek nem tudomást venni az egészségromboló hatások jelenlétéről, és igyekeztek elhallgatni a problémákat. Az évtizedek alatt felhalmozódott ártalmak elhárítása nem történt meg, e közben a statisztikai adatok a lakosság egészségének jelentős romlásáról, a halálozás növekedéséről adtak hírt.

A 80-as évektől egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy az állam deklarált feladatainak számos tekintetben nem tud eleget tenni. Az egészségügy válságjelei, a költségek robbanása, a lakosság romló egészségi állapota a magyar egészségügy vezetőit arra késztették, hogy újragondolják az önsegítő csoportokkal szemben addig tanúsított fenntartásaikat is. Ehhez hozzájárultak a civil szervezetek tevékenységéről szóló kedvező külföldi tapasztalatok, főképp a rehabilitáció területén. A civil társadalom ébredező energiáját engedte működni a kormányzat és a 80-as években külföldi példák alapján alakultak az első, a betegek érdekvédelmét szolgáló civil szervezetek (Pl.: mozgássérültek, vesebetegek, sztomával élők egyesülete, majd szövetsége).

A civil szerveződés egészségügyi gyökerei

Antal Z. László egészség szocializációval foglalkozó kutató tapasztalatait érdemes mérlegelni ennél a kérdésnél: „A betegségükkel küzdő, küszködő emberek egyre gyakrabban érezték, hogy az egészségügyi intézmények nem azt nyújtják számukra, amit várnak tőlük, s az intézmények gyakran nem csökkentették, hanem növelték gondjaikat. Az egészségügyi szolgáltatásokkal szembeni kritika egyik megjelenési formájaként is interpretálható az önsegítő csoportok és szervezetek megjelenése. Az egészségügyi ellátással való elégedetlenség különösen akkor volt szembeszökő, amikor a betegek speciális problémákkal fordultak az intézményekhez. A nagy szervezetek a ritkán előforduló feladatok megoldására nehezen „álltak át". Ezeknek a feladatoknak egy része könnyebben és gyorsabban megoldható kisebb, rugalmasabb speciális igényekre szerveződő csoportokban, szervezetekben. Ezt támasztják alá a szakirodalomban elemzett példák azokból az országokból, ahol már hosszú ideje működnek önsegítő csoportok és szervezetek.

Az önsegítő csoportokkal szembeni ellenérzések fokozatosan csökkennek, s korábbi bírálóik is ma már elismerik, hogy sikeresen birkóznak meg azokkal a feladatokkal, amelyeket felvállaltak."

A civil egészségvédő szervezetek feladatai

Az *egészségvédő civil szervezetek* a betegek kiszolgáltatottságának ellensúlyozására többféle módon és mértékben vállalhatnak szerepet. A támogatás történhet az egészségügy intézményes keretein belül és azon kívül is. A segítségnyújtás irányulhat a betegellátás színvonalának javítására, például önkéntesek részvételével, akik a beteget a kórházi beilleszkedésben segítik. De épp ennyire fontos a beteg meghallgatása, apró gondjaival, lelkével való törődés, a különböző ellátási formák között való végigkísérés, a szociális és mentális gondok közös áttekintése és a beteg számára elfogadható, a gyógyulását elősegítő megoldási lehetőségek megkeresése.

Másik támogatási irány az *egészségtudatos magatartás kialakításával kapcsolatos ismeretterjesztés*. Egyre többen próbálnak ugyanis betegellátáson kívüli megoldást is keresni a betegségekből adódó nehézségeikre. Ezen a területen az életmódváltáshoz, az öngyógyítás különböző módjaihoz nyújthat szakmailag és gyakorlatilag értékes tájékozódási és tanulási lehetőséget egy betegsegítő civil szervezet.

Nem véletlen, hogy helyük és szerepük van tehát a legfejlettebb egészségügyi kultúrájú országokban is, hiszen kis szervezetek lévén közelebb vannak az egészségügy szolgáltatásait igénylő egészséges vagy beteg emberhez, és emiatt hamarabb érzékelik a problémát, gyakrabban tudnak reagálni. Nagyobb rugalmasságuk révén sok esetben hatékonyabbak, kicsiségük miatt olcsóbban tudnak megoldani egyes problémákat, mint a nagy bürokratikus szervezetek. Ez nem azt jelenti, hogy jobbak az egészségügyi intézményeknél, hanem azt, hogy mást

tudnak nyújtani, de szolgáltatásaik a lakosság számára ugyanolyan fontosak, mint az egészségügy szolgáltatása.

A rákellenes civil szervezetek létrejötte Magyarországon

Miközben az orvosok, nővérek a korszerű berendezések hiánya mellett a folyamatosan növekvő daganatos beteg létszámmal szembesültek, aközben szinte szóba sem jöhetett a felvilágosításban, tájékoztatásban, prevencióban és rehabilitációban végzett munka hatékony megindítása.

Annak felismerése, hogy az orvosi beavatkozások mellett a betegek maguk is sokat tehetnek egészségük megőrzéséért és visszaszerzéséért, hívta életre a rákellenes civil szervezeteket is. A jogszabályi feltételek 1987-től megkönnyítették a szerveződést. Ezt követően számos helyi klub, rákbetegeket támogató egyesület és két nagy országos civil szervezet alakult.

Már az induláskor sokszorosa fogalmazódott meg a kérdéseknek és a problémáknak a betegek, az érdeklődők részéről. Hogyan és milyen formában szerencsés segíteni a beteg embert az egészségügy intézményes kereti között? Kell-e és hogyan lehet összefogni a gombamód szaporodó önsegítő klubokat? A külföldi betegsegítő civil szervezetek tapasztalatai hasznosíthatók-e a mi viszonyaink között? Felmerült a nemzetközi kapcsolattartás igénye is. A következő részben az elsők között létrejött szervezeteket mutatjuk be. A növekvő társadalmi szükséglet hatására számos új szervezet jön létre napjainkban is.

„A rák ellen, az emberért, a holnapért!” Társadalmi Alapítvány

Az első rákellenes civil szerveződés és egyben az első nyitott társadalmi alapítvány adománygyűjtésből élő szervezetként 1985-ben született. Létrehozatalában jelentős szerepe volt annak, hogy a hét alapító közül három az Országos Onkológia Intézet Szervezési Osztályán dolgozott és így jól ismerte a hazai és nemzetközi halálozási helyzetet. Tudták, amit akkor még kevesen, hogy a daganatos halálozás tekintetében 1980-ban Magyarország világelső lett. Úgy gondolták, hogy ha anyagi értelemben jobbak lennének is az egészségügy lehetőségei, akkor is csak részben tudnának változtatni ezen a helyzeten, hiszen az emberek nem az egészségügyben lettek betegek. A különböző rákkeltő hatások évtizedeken keresztül naponta érik az embereket az élet egyéb területein. Az egészségügy a „végeredménnyel”, a már megbetegedett emberrel találkozik, gyakran későn.

Az Alapítvány fő célkitűzését a felvilágosításban, figyelemfelhívásban, a társadalom mozgósításában határozta meg. Az adományokból összegyűjthető összeg behatárolta tevékenységi körét. Csak olyan feladatokat vállalhatott, amelyek viszonylag kevés pénzből megoldhatók, ugyanakkor hatékonyak és széles lakossági körhöz eljutnak. Célkitűzéséhez híven felvilágosító, tájékoztató kiadványokat szerkesztett és terjesztett milliós példányszámban.

Tanfolyamokat szervezett elsősorban a prevenció rehabilitáció és a kiegészítő kezelések témakörökben. Több száz védőnő, dietetikus, civil szervezeti

munkatárs vett részt a gyógytáplálkozás, a feszültségoldó technikák, a támaszadás, a rákkeltő hatások megismerésével foglalkozó tanfolyamokon. Az Alapítvány képzései mára az Egészségügyi Minisztérium által elismert, akkreditált képzések. Számos orvos résztvevő is volt annak ellenére, hogy a képzés pontértékét ők nem tudják érvényesíteni.

Rendkívüli igény mutatkozott egy olyan közönségszolgálat létesítésére, ahol különböző képzettségű szakemberek segítségét vehetik igénybe az odafordulók, s ahol a betegek apró-cseprő gondjait is meghallgatják. A létrehozott Támaszadó Szolgálat folyamatosan növekvő forgalma a személyes kapcsolat segítő erejének a fontosságát igazolja. Az Alapítvány daganatos betegségből gyógyulók számára célzott ismeretekkel újságot is indított, amit az ország minden daganatos betegklubjához eljuttat.

Egészségforrás Alapítvány

Az Alapítvány 1989-ben alakult daganatos betegek és hozzátartozóik megsegítésére. Céljuk, hogy olyan holisztikus szemléletet ajánljanak betegeiknek, valamint a szakemberek számára, amely az embert testi-lelki-szellemi egységnek tekinti, s mindezeken a szinteken a beteget aktívan bevonja a gyógyulási folyamatba.

Szakembereik Szelíd Gyógymód Szolgálatot indítottak rákbetegek és hozzátartozóik számára, melynek keretében a hagyományosan alkalmazott rákterápiákat pszichoterápiával, diétával, életmódváltásra ösztönző tanácsadással egészítik ki s minden egyes esetben törekszenek a betegben rejlő öngyógyító energiák mozgósítására. Ebbe a munkába a családot is bevonják, hiszen támogatásuk a gyógyuláshoz nélkülözhetetlen. Ismeretterjesztő kiadványaikban eddig nem ismert testi, lelki gyógyító eljárásokat népszerűsítettek. Tanfolyamaikon az érdeklődők megismerkedhetnek az új módszerekkel. Általános egészségnevelő és prevenciós programjaik keretében meghonosították a modern pszichológia és az ősi bölcseletek ötvözetéből építkező transzperszonális önismereti tanfolyamsorozatot.

Rákbetegek Országos Szövetsége

A Szövetség 1990-ben alakult meg 18 magyarországi civil daganatos beteg klub összefogásával. Fő feladatát a klubok összefogásában és a területi irodákon keresztül (Napforduló Szolgálatok) a betegeknek nyújtott információs és egyéb segítségnyújtásban határozta meg. Budapesten az Országos Onkológiai Intézet adott helyet a szervezetnek, de ezen kívül négy nagyvárosban: Nyíregyházán, Szegeden, Szolnokon és Szombathelyen működtetnek irodát, ún. “Napforduló Szolgálatokat”. Ezekben az irodákban fogadják a daganatos betegeket és hozzátartozóikat.

Információkat adnak a gyógykezelésekkel kapcsolatos tudnivalókról, gyógyászati segédeszközökről, önsegítő csoportokról, szociális és betegjogi kérdésekről, stb. Anyagi lehetőségükhöz mérten különféle szolgáltatásokat nyújta-

nak még, (pl. gyógytorna, beszéd rehabilitáció, pszichológiai, életmód és diétás tanácsadás).

Ma Magyarországon körülbelül 80 daganatos beteg klub, önsegítő csoport létezik. Taglétszámuk 20-80 főig terjed. A Szövetség ma is ezeknek a kluboknak a működését igyekszik összefogni, támogatni, illetve jogi hátteret biztosítani működésükhöz. Ezt nem minden klub igényli, hiszen vannak más, pl. egyesületi vagy önálló klub formájában működő csoportok is az országban.

Magyar Rákellenes Liga

Az Országos Onkológiai Intézetben 1990 óta működő szervezet egyesületként a rák megelőzése, a gyógyítás, rehabilitáció és a kutatás elősegítése érdekében jött létre. Kiemelkedően fontos programjai közé tartozik az iskolai egészségnevelés. Jelentős feladatot vállalt a hazai rákellenes mozgalom segítésére azzal, hogy tagja lett a Nemzetközi Rákellenes Ligák Szövetségének (UICC).

Kiadványaikban és programjaikon a rák korai felismerésének fontosságára hívják fel a figyelmet. Ingyenes telefonos lelki segélyszolgálatot működtetnek. Minden évben a nemzetközi ajánlásnak megfelelő témával foglalkoznak. Támogatják a rehabilitációs lehetőségeket: segítenek a gyógyászati segédeszközök beszerzésében, használatuk megtanulásában. Rendszeresen ismertetik a kutatási eredményeket. Kiemelkedően közhasznú szervezetként az állami egészségügyi feladatok teljesítéséből is részt vállal.

A civil szervezetek működésének gazdasági alapja

Két országos szervezet: a Magyar Rákellenes Liga és a Rákbetegek Országos Szövetsége részben állami támogatásból, részben adományokból és pályázati támogatásból tartja fenn magát. „A rák ellen, az emberért, a holnapért!” Alapítvány és az Egészségforrás Alapítvány adományokból és pályázatokból biztosítja működési költségeit.

Hospice Magyarországon

A Magyar Hospice Alapítvány, az első hospice szervezet, *dr. Polcz Alaine* vezetésével 1991-ben jött létre. Az alapító asszony már előtte is sokat tett azért, hogy a halál és a haldoklás témája minél kevésbé legyen tabukérdés Magyarországon. Az egyetlen segítő szolgálat, amely az egészségügyi rendszerbe való integrálásával 1994-től annak intézményes részévé vált

Tapasztalatok szerint az önsegítő civil rákellenes szervezeteket többségében a műtét, illetve a kórházi kezelés utáni elbocsátást követően keresik fel a betegek. az operáció és a kezelések feldolgozatlan lelki vonatkozásai miatt. Sok esetben azért jelentkeznek, hogy információt gyűjtsenek, mert félnek a visszaeséstől és a haláltól. Számosan elmondják, hogy zavar támadt az emberi kapcsolataikban, és ezt megelőzően kommunikációs problémák jelentkeztek a családjukban. Sok beteg, illetve hozzátartozó kér segítséget a kiegészítő terápiákkal

kapcsolatosan. Növekvő számban jelentkeznek azért, mert találkozni szeretnének a "sorstársakkal". Ezekkel a gondokkal az orvosok idő és képzettség hiányában nem foglalkoznak és így a segítő szervezetek legfőbb feladataivá válhatnak.

Mivel az egészségügyi intézmények kapacitás hiányában nem tudnak foglalkozni ilyen típusú utókezelésekkel, ezek a feladatok mind a segélyszervezetekre tevődnek át, és ez által rendkívül fontos szerepük van a rehabilitáció területén.

A rákellenes civil szervezeteknél jelentkező szükséglet a már beteg emberektől származik Ma még egészségesen ritkán kérnek segítséget, pedig a szervezetek egyik legfontosabb célkitűzése a prevenció, hiszen a legjobb az lenne, ha a megbetegedések száma csökkenne.

A fenti rövid bemutatásból látható, hogy az elmúlt tizenöt évben a rákellenes civil szervezetek értékes partnerei voltak az egészségügyi rendszernek. Működésük mutatja, hogy az önsegítés, az öntevékenység különböző formáinak megjelenése aktív alkotó válasz azokra a problémákra, amelyeket a beteg ember környezete nem tud megoldani, és amelyeket az egészségügyi és szociális gépezet nem tud kielégíteni.

Hiánypótló szerepüket igazolni látszik az is, hogy az önsegítő csoportokkal és szervezetekkel szembeni ellenérzések fokozatosan csökkentek, s korábbi bírálóik ma már elismerik, hogy sikeresen birkóznak meg azokkal a feladatokkal, amelyeket felvállaltak.

Ajánlott irodalom:

1. Bucher, J., Houts, P. S.: Telephone Counseling. In: Psycho-Oncology. Holland, J. C. ed. 758-766, New York,: Oxford Univ Press, 1998
2. Buda A.: Epilepsziával élők önsegítő csoportjai. Rehabilitáció, X. 4:100-103, 2000
3. Helgeson, V. S., Cohen, S: Social Ties and Cancer. In: n: Psycho-Oncology. Holland, J. C. ed. 99-109, New York,: Oxford Univ Press, 1998
4. Mastrovito, R., Moynihan, R., Parsonnet, L.: Self-help and Mutual Support Programs. In: Handbook of Psychooncology. J. C. Holland, J. H. Rowland, eds. 502-515, New York: Oxford Univ Press, 1989
5. Vekerdy Zs.: A civil szervezetek szerepe a gyermerehabilitációban. Rehabilitáció, 12, 2:22-24, 2002

18. Onkológiai alapfogalmak

Adjuváns kezelés

Kiegészítő kezelés, amelyet az elsődleges gyógykezelés hatásosságának növelése érdekében alkalmaznak. Ilyen lehet például a daganat műtéti eltávolítása után alkalmazott kemoterápia vagy sugárterápia.

Agresszív kemoterápia

Nagy dózisú, vagy a szokásosnál sűrűbben alkalmazott kezelés. A mellékhatások - vérszegénység, fehérvérsejt csökkenés, szájnyálkahártya gyulladás - a beteget gyakran nagyon megviselik.

Alopecia

Kemoterápiát, koponya-besugárzást követően kialakuló, reverzibilis változás. Általában a kezelés után 2-3 héttel kezdődik a haj, és/vagy a szőrzet kihullása. Lokális hypothermia megkísérelhető, de a lelki támogatás és a megfelelő paróka, sapka, kendő viselése a legfontosabb. Vannak olyan kemoterápiás készítmények, amelyek csupán 1-2%-ban okoznak hajkihullást (pl. Gemcitabine), mások alopeciát okozó mellékhatása közel 100%-os (pl. adriamycin, epiadriamycin).

Aspirációs biopszia

Olyan diagnosztikai eljárás, amikor egy tű segítségével a szervezet különböző, daganatgyanús részéből sejteket szívnak le mikroszkópos vizsgálat céljára. Természetesen ezeknek az elváltozásoknak csak egy része valódi daganat, és ezek között is gyakoribbak a jóindulatúak. A minimális fájdalommal járó vizsgálat ambulánsan végezhető, gyorsan tudnak eredményt közölni. A szövettani vizsgálat után a második legmegbízhatóbb vizsgálóeljárás.

Benignus tumor

Jóindulatú daganat, vagyis nem rák; nem szűri be, nem hálózza be (nem infiltrálja) környezetét, nem képez áttéteket.

Biológiai terápia

Olyan kezelés, amely a szervezet védekező rendszere, elsősorban az immunrendszer károsodott működésének helyreállítására, működésének serkentésére irányul. A terápia célja a fertőzések, betegségek leküzdése. Legjelentősebb ága az immunterápia.

Biopszia

Kis szövetdarab sebészi eltávolítása a test valamely szervéből, szövetéből mikroszkópos vizsgálat céljára; annak megállapítására, hogy jelen van-e rákos elváltozás. A rákdiagnosztikában alkalmazott legfontosabb és leggyakoribb beavatkozás.

Citológia

Üveglemezre felvitt és konzerváló oldattal rögzített, majd megfestett sejtek mikroszkópos vizsgálata. A vizsgálathoz a sejtek a szervezet legkülönbözőbb részeiből, pl. hüvelyből, gyomorból, húgyhólyagból stb. nyerhetők. Legelterjedtebb a hüvelykenet-vizsgálat, melynek során a méhnyakról vesznek mintát, annak megállapítása céljából, hogy van-e köztük rákos sejt.

Csontvelő

Felnőttben vörös és sárga (zsíros) csontvelőt különböztetnek meg. Sárga és zsíros csontvelő tölti ki a hosszú csöves csontok üregeit. Vörös csontvelő felnőttekben csak a lapos csontok szivacsos csontállományában (szegycsont, medencecsontok, csigolyák) található, s ez a vérsejtképzés helye.

Csontvelő-biopszia

Megfelelő előkészítés után vastag tűn keresztül a szivacsos csontállomány egy kis részének kivétele, rendszerint a medencecsontból. A csontállomány réseiben, üregeiben csontvelő található. A kivett anyag előkészítése után vékony metszeteket készítenek, és mikroszkóposan vizsgálják. A vizsgálat alkalmas a csontvelőt érintő kóros folyamatok, leukémia és egyéb vérképzőszervi megbetegedések diagnosztizálására.

Csontvelő-transzplantáció

Egy olyan eljárás, melynek során a beteg (leukémiás) csontvelőt nagy dózisú besugárzással vagy kemoterápiás kezeléssel elpusztítják. Ezután az elpusztult csontvelőt - a kezelések előtt levett és a leukémiás sejtektől megtisztított saját csontvelővel (autológ csontvelő transzplantáció), vagy más személytől származó csontvelő beültetésével (allogén csontvelő transzplantáció) - pótolják.

Daganatterápiák mellékhatásai

A daganatos betegségek terápiájaként alkalmazott módszerek korai és késői mellékhatásokat okozhatnak.

A mellékhatások az alkalmazott kezeléstől és a beteg egyéni reakcióitól függenek. A betegek különböző módon reagálnak a kezelésekre. A kezelést végzők mindent megtesznek az esetleges korai és/vagy késői mellékhatások megelőzése, vagy enyhítése érdekében.

Sugárterápia esetén a kezelések előrehaladtával a betegek szokatlan fáradtságot tapasztalhatnak. Ebben az időszakban a lehető legtöbb pihenés javasolt. A sugárterápiával kezelt területen bőrreakciók (kipirulás vagy bőrkiszára-

dás) jelentkezhetnek. A betegeknek óvatosan kell bánniuk a kezelt bőrfelületükkel. Az orvos megkérdezése nélkül nem tanácsos bőr-ápolószereket (folyadék, krém) alkalmazniuk. Ha a mellkas területén történik a sugárterápia, akkor a betegek gyakran tapasztalhatnak torokszárazságot, torokfájást és nyelési panaszokat. Néha a légzésük megnehezülhet, vagy száraz köhögés alakulhat ki.

A hasi terület sugárkezelése hányingert, hányást, hasmenést válthat ki. Előfordulhat még kézremegés, zsibbadás a végtagokban és/vagy a háton.

A sugárterápia befejezésével az említett tünetek fokozatosan megszűnnek.

A kemoterápia mellékhatásai leginkább az adott gyógyszerektől függenek. A kemoterápia általában a gyorsan osztódó sejtekre hat, így a csontvelőre, az emésztőrendszer felszínét alkotó sejtekre és a hajhagymákra is. Mindezek következtében a vér alakos elemeinek száma csökkenhet, hányinger, hányás, hasmenés és hajhullás fordulhat elő. Székrekedés is kialakulhat. Mivel ebben az időszakban az ellenálló képesség is kisebb mértékű, a fertőzésveszély is fokozottabb. A szintén lehetséges vérzésveszély is a vér alakos elemeinek változásaival függ össze. További lehetséges mellékhatás az ujjak zsibbadása, esetleg érzészavarok alakulnak ki.

A mellékhatások általában megszűnnek a kemoterápia befejeztével.

Étvágytalanság a kemoterápiás és a sugárkezelés alatt egyaránt előfordulhat. Tapasztalatok alapján a jól táplálkozó betegek jobban viselik el a kezelések mellékhatásait. Éppen ezért a táplálkozás minősége és mennyisége a kezelések alatt igen fontos.

A megfelelő táplálkozás kellő kalória bevitelt jelent a fogyás megelőzése érdekében, valamint elegendő fehérjefogyasztást a bőr, a haj, az izomzat és a belső szervek megújítása érdekében. Kedvezőbb többször kis mennyiséget fogyasztani, mint naponta háromszor, egyszerre nagyobb mennyiséget. Ugyanakkor vigyázni kell, hogy a javuló étvágy következményeként ne alakuljon ki jelentősebb testsúlynövekedés. A folyadékbevitel is figyelmet érdemel. Általában napi két liter folyadék fogyasztása ajánlott.

Azoknál a nőbetegeknél, akiknél a kezelés alatt terhesség következhet be, hatékony fogamzásgátlás szükséges. Ennek módja egyéni megbeszélést igényel a kezelőorvossal. A kezelések termékenységi problémákat is okozhatnak. A nők havi vérzése megszűnhet. Fiatalabbakban nagyobb esélye van a havi vérzés újraindulásának.

Férfiak esetében a kezelések potenciazavart általában nem okoznak. A termékenység (nemzőképesség) időleges, esetleg végleges változása miatt választható megoldás az ún. spermabank igénybevétele az első kezelés előtt.

Az onkológiai kezelésekkel együtt járó mellékhatások személyenként és kezelésről kezelésre is változnak. Az orvosok a kezelések megtervezésekor arra is gondolnak, hogy a lehetséges problémákat a minimumra csökkentsék. Az onkológusok és a szaknővérek elmondják a mellékhatásokat, és tanácsokat adnak leküzdésükre is.

Daganatterápia jövője

Az immunterápia az utóbbi években rohamos fejlődésnek indult, s jó kezdeti eredmények vannak más típusú daganatoknál is. Immunterápiás szereket alkalmaztak a klinikai gyakorlatban, például emlő tumornál, krónikus limfoid leukémiánál (CLL) és bizonyos T-sejtes limfómáknál.

Egyre több új receptort, azaz potenciális célpontot találnak, s az egyre pontosabban célba találó antitestekkel "halálos csomagokat" is lehet küldeni a tumor sejtekhez. Az antitestekhez ugyanis sejtmérgek vagy sugárzó anyagok köthetők, amelyek közvetlenül pusztítják el a rákos sejteket.

A kutatók előtt álló egyik legfőbb feladat a szelektivitás növelése. Minél több, a tumor sejtekre speciálisan jellemző receptort kell találni, s ezek ellen kell antitesteket gyártani - az immunterápia ezután válik igazán célzott daganatterápiává. Számos klinikai próba folyik több daganattípusnál (köztük a nagyszámú népességet érintő, gyakori tumoroknál, például tüdő- és bélráknál is), s a következő években rengeteg és egyre hatékonyabb immunterápiás szer fog megjelenni.

Az immunterápia, mint célzott daganatterápia az elmúlt évtizedek legfontosabb előrelépése a rák elleni harcban, amely - a célpontok és a hatóanyag-molekulák egyre szélesebb körének megismerésével, illetve kifejlesztésével - belátható időn belül igazi áttöréssé válhat.

Excisio, exstirpacio

Kimetszést, kiirtást jelent. Ez a műtét-típus a kóros elváltozás egészének eltávolítása a szervből, ép szöveti szegéllyel. Jóindulatú betegség esetén ez a műtéttípus teljes gyógyulást eredményez.

Életminőség

Az életminőség komplex jelenség, magába foglalja az élet fizikális, biológiai, pszichológiai, emocionális, kognitív, szociális és ökonómiai aspektusait.

Az onkológia területén e fogalomba beletartozik a mozgásképesség/önellátás színvonala, a testi/lelki közérzet minősége, az érzelmi/ lelki- és a mentális működés minősége, kiemelt kérdéskör a szexualitás, a szociális körülmények milyensége, és az anyagi viszonyok. Mióta a korábban halálos daganatos betegségek többsége krónikus betegségnek tekinthető a korai diagnosztizálásnak és a kezelés fejlődésének köszönhetően, azóta az életminőség fogalma és jelentősége még inkább az érdeklődés középpontjába került. Ma már a terápia és a gondozás messze túlnő a bio-medikális eljárásokon, és a cél az "egész" beteg "totális jólétének" megvalósítása.

Gyógyszer rezisztencia

A gyógyszerhatás elmaradása farmakokinetikai, illetve tumorbiológiai okokra vezethető vissza. Ez utóbbi lehet genetikai, vagy epigenetikai (genetikán túli, pl. dohányzás) eredetű. A szorosabb értelemben vett gyógyszer-rezisztencia mechanizmusában genetikai tényezők játszanak döntő szerepet. A tumor növekedés gátlásának elmaradásakor a klinikus jelenleg csak annyit tehet, hogy számba véve a kereszt-rezisztencia lehetőségét, új terápiás tervet készít.

Hormonterápia

A daganatos betegségek kezelésében alkalmazott eljárás, amely arra irányul, hogy megakadályozza a rákos sejteket abban, hogy a növekedésükhöz szükséges hormonokhoz hozzájussanak.

Immunrendszer

A szervezet azon szerveinek (csecsemőmirigy, lép, nyirokcsomók stb.), sejtjeinek és az általuk termelt anyagoknak az összessége, melyek a szervezet fertőzések és más betegségek elleni védelmében játszanak fontos szerepet.

Immunszupresszió

A szervezet immunválaszának csökkentése egy külső beavatkozással szemben, melyet gyógyszerekkel és egyéb módszerekkel idéznek elő. Immunszupresszióit alkalmaznak például szerv- vagy szövetátültetés esetén, annak megelőzésére, hogy a szervezet immunrendszere kilökje a beültetett idegen szervet vagy szövetet.

Immunterápia

Olyan gyógykezelés, amely a szervezet védekező mechanizmusait serkenti.

Az immunterápia célzott daganatterápiás eljárás, amelynek lényege, hogy a szervezet saját immunrendszerét mozgósítja a rák elleni hatékonyabb küzdelemre. Ezt elérhetik ún. aktív immunterápiával, más néven vakcinációs kezeléssel. Több módozata közül az egyik legreményteljesebb módszer, amikor a beteg véréből kinyert ún. antigénbemutató sejteket (dendritikus sejteket) és a daganatsejteket a szervezeten kívül inkubálják (összekapcsolják). A tisztított kész anyagot beoltják (vakcináció) a betegnek. Ezáltal a szervezet egészséges immunrendszerét megtanítják, és egyben stimulálják is a tumor sejtek felismerésére. E módszerek még klinikai kipróbálás fázisában vannak. A hagyományos kezelést követően, a maradvány kis daganat, az ún. minimális maradványbetegség kezelésére alkalmasak.

A másik lehetőség az ún. passzív immunterápia, amellyel kapcsolatban nagyobb tapasztalatok vannak, s amelynek már gyakorlati - klinikumban történő - alkalmazása is megkezdődött. A passzív immunterápia lényege, hogy azonosítják a tumor sejtek felszínén lévő molekulákat (főleg a "jelfogó készülékeket", azaz a receptorokat), s olyan ellenanyag-molekulákat (antitesteket) gyártanak, amelyek képesek ezekhez hozzákapcsolódni. Ilyen antitesteket - ún. immunglobulinokat - a mai technológiával gyakorlatilag "rendelésre" lehet előállítani, azaz bármilyen szerkezetben el lehet készíteni. A tumorsejthez kapcsolódó antitestek a szervezet immunválaszát váltják ki.

Inciziós biopszia

Incizió = bevágás, bemetszés. Tumor vagy tumor gyanús szövet egy részének eltávolítása, szövettani és mikroszkópos vizsgálat céljából. A daganat egy része visszamarad a szervezetben, melyet akkor távolítanak el, ha a vizsgálat a

szövetmintában rák jelenlétét mutatja. Exciziós biopsziának nevezik azt az eljárást, amikor a gyanús csomót egészben eltávolítják, a betegség pontos megállapítása érdekében.

Infiltratív növekedés

A rosszindulatú daganatok növekedési formája. Jellemzője, hogy a daganatszövet nyúlványokat, csápokat bocsát a környező ép szövetekbe, s beszűri azokat.

In szitu (természetes, eredeti helyén)

A rosszindulatú daganat korai stádiumának megjelölésére használt kifejezés. A daganat ilyenkor még a kiindulási szövet területére korlátozódik, nem szűrte be a környező, ép szöveteket.

Kiújulás (recidíva)

Egy betegség és annak tüneteinek újbóli megjelenése a kezelés után. A daganatos megbetegedések esetén a kiújulás történhet a rosszindulatú daganat eredeti helyén vagy annak környezetében, s távolabb, a szervezet más helyein. Előbbi esetében helyi kiújulásról beszélünk, az utóbbi esetben áttétekről (metasztázisok) van szó.

Klinikai kipróbálás

Leendő gyógyszerek, diagnosztikus eszközök, kezelési eljárások emberen - szigorúan ellenőrzött körülmények között - történő vizsgálata, melynek célja hatásosságuk, hasznosságuk igazolása a tudomány objektív módszereivel. A klinikai kipróbálás etikai bizottsági engedélyhez kötött. Az etikai bizottság „multidiszciplináris" csoport, tagjai: onkológus, szaknővér, klinikai pszichológus, gondozó lelkész, önkéntes (gyógyult beteg).

Karcinóma

Rák. A rákos megbetegedés megjelölésére szolgáló szakkifejezés. A köznapi nyelvben – helytelenül - mindenfajta rosszindulatú daganat (függetlenül attól, hogy honnan ered) megnevezésére szolgál.

Karcinogén

Rosszindulatú daganatos betegség kialakulásában szerepet játszó anyag, amely annak kialakulását elindítja (karcinogenezis). A környezeti ártalmakat forrásuk szerint három nagy csoportba oszthatjuk: kémiai, fizikai és biológiai (pl. vírusok) ártalmak. Az emberben bizonyítottan rákkeltő vegyületek és fizikai hatások rendkívül sokfélék. Ipari anyagok: arzén, benzol, kénmustár, stb. Biológiai ágensek: Epstein-Barr vírus, Helicobacter pylori (fertőzés), hepatitis C vírus (krónikus fertőzés), HIV, HPV, stb. Fizikai kórokok: azbeszt, napsugárzás, radon és bomlástermékei, stb. Gyógyszerek: orális fogamzásgátlók, ösztrogénterápia, szteroidok, stb. Táplálkozási tényezők: pl. penészgombák, csersavak, zsírok, al-

koholok, stb. Keverékek: alkoholos italok, dohányfüst, tubák, korom, sózott halak, ásványi olajok, stb. Expozíciós körülmények: alumínium előállítás, bútorgyártás, gumiipar, cipőgyártás és javítás, stb.

Kemoterápia

A daganatos beteg sejtpusztító vagy sejtszaporodást gátló gyógyszerekkel történő kezelése. A kemoterápia azt jelenti, hogy gyógyszert, vagy gyógyszerkombinációkat juttatnak be a beteg testébe a daganatos sejtek elpusztítása érdekében. A gyógyszerek beadása többféle módon történhet: tabletta formájában szájon át, injekcióként a visszérbe vagy az izomszövetbe. A gyógyszerek a vérkeringésbe kerülve szinte a test minden részébe eljutnak. A kemoterápiás kezelés általában periodikus, a kezelési időszak után pihenési/regenerálódási (megújulási) periódus következik, majd újra a kezelés, és így tovább.

Kriosebészet

Szövetek (pl. rákos szövet) elpusztítása, nagyon alacsony hőfokon történő fagyasztással.

Komputer tomográfiás vagy komputer axiális tomográfiás vizsgálat (CT vagy CAT)

Olyan vizsgáló eljárás, melyet egy komputerrel összekapcsolt röntgenkészülékkel végeznek. A vizsgálat alkalmával az emberi testről rendkívül részletes képek nyerhetők. A test vékony "szeletekben" történő feltérképezéséről van szó. Az eljárás az egyszerű röntgenvizsgálatnál sokkal érzékenyebb, így az elsődleges daganatok (primer tumorok) és az áttétek (metasztázisok) felderítésére igen alkalmas eljárás.

Kombinációs kemoterápia

Többféle daganatellenes gyógyszer együttes alkalmazása. Együttes hatásuk csökkenti a ráksejtek esélyét arra, hogy az egyes gyógyszerek által okozott károsodást kiheverjék, és sérüléseiket kijavítsák, vagy velük szemben ellenállást (rezisztenciát) fejlesszenek ki.

Komplex kezelés

A sebészi, sugár-, kemo- és immunterápiás lehetőségek együttes alkalmazása a rákos betegek gyógykezelésében, a lehető legjobb eredmény elérése céljából.

Kontroll vizsgálatok

Az onkoterápia befejezése után, előre megbeszélt időpontban elvégzett kontrollvizsgálat általában a következőkből áll: gondos fizikális orvosi vizsgálat, képalkotó vizsgálatok és laboratóriumi vizsgálatok. A betegeknek saját érdekükben szükséges együttműködniük az egészséges életmóddal kapcsolatos orvosi tanácsok betartásában és meg kell jelenniük az ellenőrző vizsgálatokon. Így az

esetlegesen felvetődő problémákat meg lehet beszélni, a lehető legkorábban ki lehet vizsgálni és szükség esetén azonnal el lehet kezdeni kezelni.

Limfómák

Limfómáknak a nyiroksejtekből - az immunrendszer ún. B- és a T-limfoid sejtjeiből - kiinduló rosszindulatú daganatokat nevezik, amelyeken belül megkülönböztetik a Hodgkin-limfómát (Hodgkin-kór) és az ún. non-Hodgkin-limfómákat. A limfómák 85-90%-át a B-sejtes, 10-15%-át pedig a T-sejtes limfómák teszik ki. A limfómák kialakulásának pontos okait nem ismerjük - eltekintve néhány ritka, vírus- vagy baktériumfertőzés hatására kialakuló típustól -, de több egymást követő mutációnak kell megtörténnie ahhoz, hogy egy nyiroksejt (limfoid sejt) tumor sejtté alakuljon át. A limfómák nem öröklődnek és nem is fertőznek.

Makrobiotikus diéta

Főként szemes gabonából, elsősorban barna rizsből álló étrend, melyet egyesek (nem onkológusok) a rák elsődleges kezelési módjaként is ajánlanak. Az étrend követőinek cukor, hús, vagy állati termékek fogyasztását tiltják. Szakmai testületek véleménye szerint a diéta sem a daganatos betegség kezelésére, sem megelőzésére nem alkalmas, sőt, szigorú betartása az egészségre nézve komoly kockázatot jelent.

Mágneses magrezonanciás vizsgáló eljárás vagy leképezés (angolul Magnetic Resonance Imaging, rövidítve MRI; Nukleáris Mágneses Rezonancia, rövidítve NMR-vizsgálat)

Viszonylag új, nagyhatású eszköz és eljárás a szervezet belső részeiről, szerveiről történő képalkotás céljaira. Olyan technológia, amely mágneses mezőket alkalmaz a test különböző részeinek leképezésére. Ezt nagyon erős elektromágneses és rádiófrekvenciás hullámok alkalmazásával és komputer segítségével érik el. Az MRI-vel nagy felbontású felvételek készíthetők. Olyan személyek esetében, akiknek szervezetében bármilyen fémtartalmú eszköz (pacemaker, ízületi protézis, mesterséges szívbillentyű stb.) van beépítve, vagy háborús sérülés következtében szilánk maradt testükben, a vizsgálat nem végezhető.

Malignus

Jelentése rosszindulatú. Egy daganat rosszindulatúsága abban nyilvánul meg, hogy beszűri a környező egészséges szöveteket, szerveket, és a nyirok- és véráram útján a szervezet távoli részeibe áttéteket ad.

Malignus tumor

Ráksejtekből álló kóros szövettömeg, mely beszűrheti a környező szöveteket és a szervezet távoli helyein áttéteket (metasztázis) képezhet.

Mammogramm

Az emlőkről készült röntgenfelvétel. Speciális készülékkel állítják elő, amely a vizsgálat során csak igen alacsony röntgensugár-dózissal terheli meg az emlőket.

Mammográfia

Az emlők alacsony sugárterheléssel járó röntgenvizsgálata, daganat felderítése céljából. Diagnosztikus és rákszűrő eljárásként is alkalmazzák. Segítségével olyan kis daganat is felderíthető az emlőben, melyet fizikális vizsgálattal a legtapasztaltabb orvos sem érzékel. A vizsgálat elvégzése 45 éves kortól szűrés céljából minden nőnél ajánlatos.

Mastectomia (subcutan mastectomia, adenectomia)

Az operáció során a bőr alól eltávolítják az emlőmirigy állományt.

Metasztázis

Jelentése áttét. A szervezet különböző helyein fellépő olyan rákos daganat, amely az eredeti, elsődleges (primer) daganatból származik, és onnan a nyirok-, és vérpályákon keresztül szóródik szét a szervezet különböző szerveibe.

Metasztatizál

Az elsődleges daganatból kiszabaduló ráksejtek a nyirok- és/vagy vérpályákon a szervezet egyik részéből a másik részébe terjednek, majd ott megtelepednek, és másodlagos tumorokat képeznek.

Mikrometasztázisok

Egy elsődleges (primer) rosszindulatú daganat szétszóródott sejtjeiből a szervezet különböző helyein képződő olyan kisméretű áttétek, amelyek a jelenlegi vizsgálóeszközökkel nem deríthetők fel.

Monoklonális antitestek

A sejtek (pl. ráksejtek) valamely igen jellegzetes összetevőjét felismerő és azt elpusztító, vagy ahhoz kötődő ellenanyag-molekulák. A daganatellenes terápiában tehát arra használják, hogy a hozzájuk kötött kemoterápiás szert, vagy sugárzó izotópot a ráksejtekhez szállítsák. Cél, hogy csupán a ráksejtekre fejtsék ki hatásukat, azokat öljék el, de kíméljék meg az egészséges szöveteket, amelyek ”a jellegzetes összetevőt” nem tartalmazzák.

Morbiditás

A megbetegedés arányszáma az összlakosság számához viszonyítva: azt fejezi ki, hogy egy bizonyos területen bizonyos idő alatt (egy év) 100 000 lakosból hány betegedett meg.

Mortalitás

Valamely betegségben bekövetkezett halálozás arányszáma az összlakosság számához viszonyítva (azt mutatja meg, hogy 100 000 lakosból egy év alatt hányan haltak meg egy bizonyos betegségben).

Neoadjuváns terápia (preoperatív, vagy primer)

A daganat nagyságának csökkentésére alkalmazott - az elsődleges sebészi beavatkozást megelőző - kemoterápiás kezelés. Főképp olyankor alkalmazzák, amikor a tumor nagy a sebészi eltávolításhoz. Elősegítheti a sebészi beavatkozás hatékonyságát (pl. a szerv megtartását). A gyógyszerhatás objektív módon értékelhető. A terápia eredményeként később a műtét elvégezhető.

Neoplazma

Jelentése daganat. Bármilyen új kóros szövetszaporulat megjelölésére szolgáló szakkifejezés. A neoplazma lehet jóindulatú (benignus) vagy rosszindulatú (malignus). Az orvosi gyakorlatban bármilyen eredetű rosszindulatú daganat-(rák-) féleség megjelölésére használatos kifejezés.

Onkogén

A proliferációt elősegítő legfontosabb géncsaládot a protoonkogének jelentik. Aktiválódásuk nyomán (génhiba kialakulásakor) keletkeznek onkogén formáik. Aktiváció alatt ebben az esetben azt értjük, hogy a protoonkogén szerkezetében/funkciójában változás áll be mutáció, transzlokáció, stb. révén. Az aktiváció a sejtploriferáció és/vagy sejtpusztulás szabályozási zavarához vezet, azaz a daganatkeletkezést és a progressziót elősegíti. Onkogéneket az emberi rosszindulatú daganatok kb. 15-20%-ban észlelik. Az onkogének, egyéb gének (pl. szupresszor gének) hibáival együtt a daganat kialakulásának/növekedésének, az egyre irreverzibilisebbé váló szabályozási zavarnak egy-egy lépcsőjét jelentik. Feltételezhető, hogy a daganatok több lépcsős genetikai betegségek.

*N*yirokrendszer

A nyirokrendszer az immunrendszer része. Feladata a betegségek és a fertőzések elleni védelem. A nyirokrendszer vékony, majd mind nagyobb törzsekké összeszedődő nyirokerekből áll, hasonlóan a vérerekhez. A nyirokerek behálózzák az egész testet. E speciális érrendszerben, a nyirokerekben nyirok (limfa) kering, ami színtelen, vízszerű folyadék és limfocitákat (a legkisebb fehérvérsejtek) tartalmaz. A limfociták a szervezet fertőzés elleni védekezésében vesznek részt. A nyirokrendszer mentén kicsi, bab formájú nyirokcsomók helyezkednek el, amelyek a nyirokban lévő idegen részecskéket kiszűrik. Nyirokcsomók találhatók a hónaljakban, a lágyékhajlatokban, a nyak és a mellkas területén, valamint a hasban. A nyirokrendszer további összetevői a lép, a csecsemőmirigy, a mandulák és a csontvelő. Nyirokszövet található még máshol is a testben, pl. a gyomorban, a belekben és a bőrben.

Palliatív kezelés

A gyógykezelésnek olyan formája, amely a tünetek (például a fájdalom) enyhítésére törekszik, de a betegség gyógyulását, lefolyásának megváltozását nem eredményezi. A palliatív kezelés elsődleges célja tehát a beteg életminőségének javítása.

Patológia

Az orvostudomány azon ága, melynek művelői a szervezetből vett szöveteket, szervrészleteket megfelelő előkészítés után mikroszkóposan vizsgálják. Ez az ún. kórszövettani vizsgálat. Az eltávolított szövetmintát mindig kórszövettani vizsgálatnak kell alávetni, mert csak így állapítható meg biztonságosan, hogy van-e benne rákos elváltozás.

Polipus

Különböző testüregek, üreges szervek (pl. vastagbél, orr vagy gége) hámbéléséből kiinduló szövetnövedék megjelölésére szolgáló szakkifejezés. A polipusok lehetnek jóindulatúak (benignusak) vagy rosszindulatúak (malignusak).

Prekancerozus

Daganatos betegséget megelőző állapot. Olyan, a szervezet bármely részében észlelt kóros elváltozás, amelyből tapasztalat szerint rák fejlődhet ki.

Prevenció

A megbetegedések számának csökkentése, megelőzése, ismert rákkeltő anyagok környezetből való eltávolítása által, vagy emberre való hatásának más módon történő kiküszöbölése. Ezt elsődleges (primer) prevenciónak nevezzük. Például a dohányzás elhagyása nagymértékben csökkenti tüdőrák és számos egyéb ráktípus kialakulásának kockázatát. Összességében a daganatok túlnyomó többségét „külső”, kivédhető, elhárítható tényezők okozzák. A szekunder prevenció (szűrések) a minél korábbi diagnózist jelenti, lehetőleg még kurábilis stádiumban. A tercier prevenció a gyógyult betegekben a visszaesést hivatott megelőzni, így a kontroll vizsgálatok és a rehabilitáció a metasztázisok, visszaesések kialakulásának megelőzését is célozza.

Prognózis

Valamely betegség várható lefolyására vonatkozó előrejelzés. A beteg gyógyulási kilátásainak az orvosi leletek alapján történő megítélése.

Radioterápia (sugárterápia)

A rosszindulatú daganat kezelése nagy energiájú ionizáló sugárzással. Sugárterápia használható a rák kiterjedésének, nagyságának csökkentésére műtét előtt vagy a műtét során, és az esetleg visszamaradt kóros sejtek elpusztítására a műtétet követően. Hasznos még a sugárterápia a kiújult rák kezelésére, kiterjedésének és az általa okozott tünetek (pl. fájdalom) csökkentésére is.

Radiokemoterápia

A sugárterápia és a kemoterápia együttes alkalmazása növeli a primer tumor pusztulásának esélyét, és korlátozza a daganat progressziójának lehetőségét. A kemoterápia célja a sugárrezisztens sejtek elpusztítása, az ionizáló sugárzást túlélő sejtek repopulációs képességének csökkentése, valamint a DNS-helyreállító mechanizmusok gátlása.

Recidíva

Az eredeti rosszindulatú daganatos elváltozás ismételt megjelenése, hosszabb-rövidebb idővel műtéti eltávolítása vagy sugárzással történő elpusztítása után. Megtörténhet az elsődleges daganat kialakulásának helyén, vagy közvetlen környezetében.

Regionális kemoterápia

Ígéretes kezelés az egészséges szövetek károsodásának elhárítására. A kezelés lehet intrathecalis, intrapleuralis, intraportalis, intraperitonalis, intraarterialis, és intravesicalis.

Rehabilitáció

Szinte valamennyi rosszindulatú daganatos betegség miatt kezelt személynek szüksége van valamilyen mértékű rehabilitációra. Az onkológia területén a rehabilitáció a diagnózis megállapításától kezdve szükséges lehet, a kezelések alatt, majd az orvosi ellenőrzések folyamán is fontos szempont a lehető legteljesebb fizikai, pszichés és szociális állapot elérése/fenntartása. A rehabilitáció multidiszciplináris feladat, magába foglalja a klinikai onkológus, a sugárterapeuta, a sebész, a sztóma-terapeuta, a gyógytornász, a dietetikus, a klinikai szakpszichológus, a pszichiáter, a szakápolók, a beszédterapeuta, a protetikus, a szociális munkás, a gondozó lelkész, az önkéntesek együttműködését.

Relapszus

Romlás, visszaesés. A betegség tünetmentes periódus után fellépő, újra történő megjelenését, kiújulását jelző orvosi szakkifejezés. A kezelőorvosok betegeiket több évig rendszeresen ellenőrzik. A visszaesés (relapszus) a terápiát követő első 2 évben a leggyakoribb. Ritka, késői mellékhatásként más típusú daganatos betegség alakulhat ki.

Remisszió

A kórtünetek ideiglenes megszűnése vagy csökkenése, átmeneti javulás. A betegség okozta tünetek kezelés hatására történő teljes (komplett remisszió) vagy részleges (parciális remisszió) eltűnésének, megszűnésének jelzésére szolgáló szakkifejezés. Jelzi azt a periódust, időtartamot is, ameddig a betegség a kezeléssel ellenőrzés alatt tartható. A remisszió azonban nem jelent egyben gyógyulást is.

Sugárkezelés

Sugárterápia, radioterápia. Lényege: nagy energiájú sugárzás irányítása és leadása adott testrészre. A sugárzások a test szövetein áthaladva biológiai hatást idéznek elő a sejtek DNS károsításán keresztül. A daganatos betegségek kezelésében alkalmazott besugárzások hatása abban áll, hogy a sugárzás elpusztítja a rákos sejteket és/vagy akadályozza azok további szaporodását. Ezáltal csökkentik a daganat méretét, illetve akadályozzák növekedését. A besugárzást kétféle módon lehet végezni, külsőleg vagy belsőleg. Külső besugárzásnál egy készülékből juttatják el a sugárzást a testben lévő rosszindulatú daganathoz. Belső besugárzásnál radioaktív anyagot tartalmazó kis tartályokat (kapszula, tű, drót) helyeznek el közvetlenül a tumorba, vagy annak közvetlen szomszédságába.

Szegycsont-punkció

Megfelelő előkészítés után csontvelőleszívás egy fecskendőhöz rögzített tűn keresztül, rendszerint a szegycsontból. A leszívott csontvelőt üveglemezre (tárgylemezre) kenik, megfestik, és mikroszkóposan vizsgálják.

Stádiumbeosztás (staging)

Stádiumba sorolás. A betegség (ez esetben a rosszindulatú daganatos betegség) pontos kiterjedésének és prognózisának megállapítására irányuló eljárás. A stádium meghatározása elősegíti a megfelelő kezelés megválasztását.

Szisztémás kezelés

Olyan kezelés, melynél az alkalmazott hatóanyag eléri a szervezet összes sejtjét, tehát a test egészére fejti ki a hatását. Ilyen például a rosszindulatú daganatok kezelésében alkalmazott kemoterápia.

Szupportív terápia

Támogató kezelés. A daganatos betegségek kezelésében alkalmazott kiegészítő terápia. Nem helyettesítheti a hagyományos gyógyító eljárásokat (a sebészi-, sugár- és/vagy kemoterápiás kezelést), de elősegíti és fokozza azok hatását, enyhíti a kísérő tüneteket (pl. fájdalom), ezáltal javíthatja a betegek életminőségét.

Szűrés

Valamely betegség (pl. rosszindulatú daganatos betegség) tünetmentes személyekben történő felderítése. Célja a betegség (pl. rák, vagy rákmegelőző állapot) korai szakaszban történő felderítése. Ennek érdekében a lakosság adott daganatos betegségre kiterjedő tömegszűrését végzik, különös tekintettel a veszélyeztetett korosztályokra.

TNM

A daganatok stádiumba sorolásánál használt nemzetközileg elterjedt osztályozási mód. A T a tumor (daganat), az N a nyirokcsomók (node), az M a metasztázis (áttét) szavak kezdőbetűi.

Transzplantáció

Olyan sebészi eljárás, melynek során egyik személyből (donor) eltávolított szervet vagy szövetet másik személybe (recipiens) ültetnek. Transzplantáció az is, ha a szövetátültetés (pl. bőr) ugyanazon személyben egyik helyről a másikra történik (autotranszplantáció).

Tumor

Jelentése duzzanat, daganat, szövetszaporulat. Lehet gyulladásos vagy daganatos természetű. A daganatos természetű szövetszaporulat (tumor, neoplazma) lehet jóindulatú (benignus), vagy rosszindulatú (malignus).

Tumor marker

A vérben, vagy más testfolyadékban jelenlévő anyag, melynek jelenléte vagy megszaporodása arra utal, hogy a vizsgált személynél rosszindulatú daganatos betegség áll fenn. A daganatos betegség kezelése folyamán csökkenése a rákos folyamat javulására utal.

Tumorszupresszor gének

Olyan gének, amelyek normális működésük esetén megakadályozzák rák kifejlődését azáltal, hogy a génhibás sejteket elpusztítják, vagy a génhibákat kijavítják.

Újabb primer daganat (második daganat)

Nem áttétről, vagy daganat kiújulásról van szó, hanem egy újabb elsődleges daganatos betegségről. Kialakulásában néha az első daganat eredményes kezeléséhez használt terápia mellékhatása (pl. citosztatikumok, vagy sugárzás mutagén hatása) játszik szerepet.

Források:

1. www.daganatok.hu/szomagyarazat
2. Az onkológia alapjai. Szerk. Ádány Róza, Kásler Miklós, Ember István, Kopper László. Medicina, 1997
3. Tabularium oncologiae szerk. Eckhardt Sándor, Melania Kiadó, Budapest, 2002
4. Onkológia. Szerk.: Kopper László, Jeney András, Medicina, Budapest, 2002

19. Pszichológiai alapfogalmak

Acting out

Egy személyről akkor mondjuk, hogy acting out cselekedetet hajt végre, amikor a gondolkozását cselekvés helyettesíti, és ez azt jelenti, hogy

- Az eljátszott impulzust soha nem fejezi ki szóval, szavakkal,
- Az impulzus túl intenzív ahhoz, hogy szavakban levezethető lenne,
- A beteg nem rendelkezik a gátlás képességével

Ambivalencia

Ugyanazon személlyel kapcsolatban ellentétes impulzusok és érzelmek egyidejű fennállása. Ez a fogalom általában a szeretet és a gyűlölet egyidejű létezésére utal.

Azonosítás

Lelki védekezési módszer, melynek során az utánzó beleélés csökkenti a feszültséget, a cselekvési minták, ítéletek elsajátításával gazdagítja/változtatja a személyiséget. Nemcsak feszültségcsökkentő mechanizmus, hanem értékes tulajdonságokat is megalapozhat.

Azonosulás (identifikáció)

Ez a mechanizmus a személyiség gazdagodását jelenti, és lehetővé teszi, hogy a szülők, később más személyek erkölcsiségének, viselkedésrendszerének elemei beépüljenek a fejlődő gyermek személyiségébe.

Áttétel (indulatáttétel)

Az a folyamat, amelyben az ember, a páciens áthelyezi érzéseit, elképzeléseit a másik emberre, egészségügyi dolgozóra, főleg azokat az érzéseket, amelyek életének korábbi szereplőitől származnak. Emiatt a másik emberhez, kezelőjéhez, stb. akaratlanul úgy viszonyul, mintha életének valamelyik előző „tárgya” lenne. Valójában egy akaratlan érzelmi viszonyulásról van szó.

Bálint-csoport

Bálint Mihály világhírű pszichoanalitikusunk az 50-es években kezdte el kutatni az orvosi gyakorlat lelki vonatkozásait egy pszichiáterből és családorvosokból álló munkacsoportban. Ugyanis az egészségügyi szakemberek (orvosok, nővérek, gyógytornászok, stb.) gyógyító/gondozó tevékenységük során sok időt töltenek betegeikkel, de képzésük során kevés segítséget kapnak abban, hogy hogyan beszéljenek a rájuk bízott betegekkel, hozzátartozóikkal és a gyógyító csoport más szakképzettségű tagjaival és hogyan ismerjék fel, illetve dolgozzák fel a munkájuk során keletkezett érzelmi gondjaikat. A Bálint-csoportmunkára

jellemző a rendszeres találkozás, a biztonságos pszichológiai légkör, az érzelmi reakciók megfogalmazása és kimondása, valamint a szabad véleménycsere.

A Bálint-csoportot - többek között - alkalmazzák az orvosok és más segítő foglalkozásúak mentálhigiénés állapotának "karbantartására", a lehetséges lelki tünetek megelőzésére, enyhítésére, a gyógytornászok betegeikkel történő verbális és nem verbális kapcsolatának elemzésére, a gyógyító kapcsolat fejlesztésére, de más területek is említhetőek: medikus-képzés, pedagógus továbbképzés, stb.

Betegségelőny

A másodlagos betegségelőny azokból a gyakorlati előnyökből áll, amelyeket a beteg –tudatosan, vagy tudattalanul - tünetét felhasználva mások manipulálására, befolyásolására elérhet.

Deperszonalizáció

Pszichiátriai tünet, amikor a beteg nem érzi valóságosnak önmagát.

Derealizáció

Pszichiátriai kifejezés, azt a tünetet jelenti, amikor a beteg arról számol be, hogy a világ valótlannak tűnik számára.

Disszociáció

Az a helyzet, amelyben két, vagy több lelki folyamat létezik együtt, anélkül, hogy összekapcsolódnának (nincs integráció)

Egy elhárítási folyamat, amely disszociációhoz vezet.

Elfojtás

Egy történés, egy impulzus kirekesztését a tudatból Freud elfojtásnak nevezte. Elfelejthetünk – tudattalanul - szavakat, gondolatokat, emlékképeket, élményeket azért, hogy a hozzájuk kötődő kínos feszültségektől, érzelmektől megszabaduljunk. Az emlékkép ilyenkor „lesüllyed”, de a hozzátartozó, szintén elfojtott érzelem „nem öregszik”. Az elfojtás jellemzője, hogy tovább terjed mindarra, amiről az adott emlék eszünkbe juthatna. Szubjektiv módon ugyanakkor meg vagyunk győződve, hogy nincs meg bennünk az elfojtott indulat, vagy impulzus. Az elfojtás fenntartása nagy lelki energiát igényel.

Ellenállás

Pszichoterápiás (pszichoanalízis, analitikus pszichoterápia) kezelés során a tudattalan folyamatok tudatossá tétele elleni védekezés.

Első szorongás

R. Spitz írta le az ún. „nyolchónaposok szorongás”-át, amely a későbbi szorongások, félelmek alapmintája. A csecsemő az anyja elmenetelére, távollé-

tére sírással, félelemmel reagál, ugyanis a legalapvetőbb szorongás az anyától való elszakadás következtében jelentkezik.

Empátia (beleélés)

A másik személy helyzetének átélésére való képesség. Ez a fogalom azt is jelenti, hogy valaki beleérzi magát a másik személy helyzetébe, viszont tudatában marad saját identitásának, mint különálló személynek.

Én

Az önmagunkról való tapasztalatok, ismeretek rendszere, a testünkről, képességeinkről, élményeinkről megőrzött tudás. Működése szabályozza lelki életünket. Az én azt képviseli, amit észnek, meggondoltságnak nevezhetünk. Az én-erő alatt belső erőt, belső érettséget értünk, például az, hogy ki, hogyan birkózik meg krónikus betegségének különböző vonatkozásaival, ez mutatja énerejét is. Az úgynevezett lelki apparátus külvilág felé forduló, tudatos részét nevezzük tehát én-nek. Az ösztönszükségletek uralma alatt áll az ösztön-én, melyben a szenvedélyek élnek. A felettes én tulajdonképpen a lelkiismeret. Fejlődésének során elsősorban a szülői követelményeket és tilalmakat internalizálja a gyermek.

Fóbia

Valamilyen speciális helyzetben, vagy valamilyen speciális tárgy jelenlétében érzett szükségtelen, vagy túlzott szorongási tünet.

- Fóbiás szorongás: valamilyen külső helyzet, vagy tárgy által kiváltott szorongás, mely nem áll arányban a valós veszéllyel.
- Fóbiás karakter: olyan személy, aki a feltételezhetően szorongást, vagy konfliktust okozó helyzeteket kerüli (életét korlátok közé szorítja, nem engedi, hogy elválasszák egy ideális, védelmező szülőtől, vagy szülői alaktól).
- Fóbiás elhárítás: védekező művelet, mellyel az egyén elkerüli a fóbiás szorongást növelő tárgyakat és helyzeteket.

Hallucináció

Egy valójában nem jelenlévő külső tárgy, vagy jelenség látszólagos érzékelése. Szubjektív kép, amelyet a beteg külső jelenségként él át. A hallucinálás során a valóságvizsgálat nem működik, ezért a hallucinációt gyakran tekintik pszichotikus tünetnek. De hallucináció felléphet láz, agyi megbetegedés, gyógyszerek, drogok, érzékszervi depriváció következtében éppúgy, mint pszichotikus okok miatt. Minden érzet hallucinációja lehetséges, a tapintási hallucinációkat haptikus-nak nevezzük. Az álmok normális hallucinációk.

Hasítás

Normális személyiségfejlődés esetén az első életévben működő lelki védekezés, kóros esetben a későbbiekben is aktív marad, vagy azzá válhat. Az ún. ko-

rai én nem rendelkezik integráló képességgel, emiatt „jó”-ra és „rossz”-ra választja szét – a szorongás szétterjedésének megakadályozása érdekében – a korai tapasztalatokat, élményeket. Felnőttkorban a hasítás akkor működik, amikor valaki például környezetének tagjairól „teljesen jó”, illetve „teljesen rossz” kategóriákban gondolkodik.

Határeset (borderline)

A borderline beteg olyan pszichiátriai páciens, aki a neurózis és a pszichózis közötti határon van. Ezeknek a személyeknek pszichotikusokra jellemző működési mechanizmusaik is vannak, de viselkedésük alapján mégsem kell pszichotikusként kezelni őket.

Holisztikus szemlélet

A holizmus kifejezés (a görög "holos" szóból) a teljesség figyelembevételét jelenti. A holisztikus szemléletű gyógyítás az embert egésznek tekinti, feltételezi testének, szellemének és érzelmeinek egységét. A holisztikus szemlélettel gyógyító szakember nemcsak a betegséget, a megbetegedett szervet, vagy testrészt, hanem a beteget gyógyítja, egészségét kívánja helyreállítani, fenntartani.

Hipománia

Olyan beteg, aki a mánia emelkedett hangulatának és a pszichomotoros nyugtalanságnak enyhe formáját mutatja.

Idealizálás

Akaratlan lelki elhárító folyamat. Ennek folyamán egy ambivalensen értékelt tárgy két részre hasad, eredményeként az egyik tárgyat ideálisan jónak, a másikat teljesen rossznak érezzük. Az idealizálás különbözik a csodálattól:

Az idealizáló embernek szüksége van egy tökéletes személy létezésére, és tagadja (nem veszi figyelembe) az idealizált személy azon tulajdonságait, amelyek nem illenek a képbe

Ez az idealizált személy iránti függőséghez, szolgai engedelmeskedéshez vezet, nem pedig versenyzéshez és utánzáshoz.

Identitás

Mindenki mástól megkülönböztethető, önálló entitásunk folyamatos létének tudata. A szülővel, különösen az azonos nemű szülővel történő azonosulás elmaradása csökkenti az identitás-tudatot, de az ellenkező nemű szülővel való azonosítás elmaradása serdülőkorban is hasonló hatással jár. Az identitás elvesztését legmarkánsabban szkizofréniás téves eszmékben tapasztaljuk.

Indulatáttétel

Az a folyamat, amikor a beteg - életének korábbi szereplőitől származó - érzéseit, elképzeléseit akaratlanul átteszi a pszichoterapeutájára, vagy akár orvosára. A múlt érzelmi, kapcsolati élményei éledhetnek újra az áttételben. Te-

hát az akaratlan érzelmi indulatáttétel segítségével a beteg analitikusához úgy viszonyul, mintha életének valamelyik korábbi, fontos szereplője lenne. Valójában a páciens analitikusa iránti érzelmi viszonyulásáról van szó.

Integráció

Az a folyamat, melynek segítségével a részek egy egésszé egyesülnek. A klasszikus pszichoanalitikus elmélet szerint az emberi lélek integrálatlan, szervezetlen ösztön-én-ként kezd el működni, és az én-fejlődés következtében válik integrálttá. Minden elhárítás (a szublimáció kivételével) az integráció kárára működik, mert azon az áron szabadít meg a szorongástól, hogy a potenciálisan integrált én részekre hasad, illetve egyes részei elfojtódnak. A pszichoanalitikus kezelés célja, hogy helyreállítsa az én elveszett részeit, és fokozza az integrációt.

Izoláció

Elhárító mechanizmus, amelyben az adott személy elkülönít egy történést, ezáltal meggátolja, hogy bekerüljön az élmények folyamatába. Az élményt az adott személy nem felejti el, viszont megfosztja azt indulatától, ezzel megmarad elszigetelt történésnek, és a gondolkodás átlagos folyamataiban reprodukálhatatlanná válik.

Kasztrációs komplexus

Freud kifejti, hogy az anatómiai különbségeknek kell, hogy legyenek lelki következményei is. A kasztrációs komplexus lényege a félelem a pénisz elvesztésétől. Pszichoanalitikus kezelések során kiderült, hogy a leány anyját teszi felelőssé hiányzó nemi szervéért (azaz hiányzó péniszéért, hiszen a nemi különbséget leginkább fürdés közben veheti észre), és ezen megkárosítást anyjának eleinte nem tudja megbocsátani. Fiúknál a kasztrációs komplexus akkor lép fel, amikor először pillantja meg a női nemi szervet és rájön, hogy nincs mindenkinek szükségszerűen pénisze. Ekkor ad hitelt azoknak a fenyegetéseknek, amiket addig hallott, és a kasztrációs szorongás befolyása alá kerül. A gyermekekben a nemi különbségek észlelése sajátos sejtelmeket kelt valamilyen félelmetes, csonkítással járó büntetéstől, amit feltehetően filogenetikus emléknyomok is támogatnak. Az onkológiai csonkító műtétek, sőt a kezelések következtében kialakuló megkopaszodás is kiválthat, vagy felerősíthet kasztrációs szorongásokat.

Klinikai szakpszichológus

Bölcsészettudományi karon végzett tanulmányok után (5 év pszichológia szak) szakpszichológusi diplomát (további 3, vagy 4 év) majd pszichoterapeuta szakvizsgát kell szerezniük azoknak, akik a klinikumban pszichodiagnosztikai munkával és pszichoterápiával kívánnak foglalkozni.

Komplexus

Egymással kapcsolatban álló – tudatos és tudattalan – elképzelések és érzések csoportja, amely dinamikus hatást gyakorol a viselkedésre (lsd. Ödipusz és kasztrációs komplexus).

Lelki elhárító mechanizmusok

A tudattalan lelki védekezés során az én elhárítani igyekszik a kellemetlen élményeket, késztetéseket és érzelmeket az én megóvása érdekében. Az elhárítás lehetősége nem korlátlan, nagy belső diszharmónia esetében csak tünet árán lehetséges. Az elhárítás kiváltó tényezői:

Ösztönfeszültség növekedése következtében fellépő szorongás

Rossz lelkiismeret okozta szorongás

Valós veszélyek

Főbb lelki elhárító mechanizmusok: tagadás, hasítás, projektív identifikáció, projekció, elfojtás, azonosítás, regresszió, racionalizáció, bagatellizálás, stb.

Lelki kiégés

A kiégési tünetcsoport (burn out) hosszabb ideje fentálló érzelmi megterhelések és megoldatlan stresszek hatására kialakuló pszichofizikai válasz, elsősorban emberekkel hivatásosan foglalkozó szakembereknél, laikus segítőknél, krónikus betegségben szenvedőknél és családtagjaiknál.

Fő tünetek

- **Testi tünetek**: alvászavar, kifejezett testsúlyváltozás, pszichoszomatikus tünetek jelentkezése, kipihenhetetlen fáradtság érzése, gyakori betegállomány, stb.
- **Magatartási tünetek**: ingerlékenység, cinizmus, fokozott lelki védekezés, koffein-, nikotin-, alkohol-, gyógyszer-, drogfüggés, kóros táplálkozási szokások, stb.
- **Érzelmi tünetek**: krónikus szorongás, reaktív depresszió, hipománia, rögeszmésség, elszemélytelenedés, ingerlékenység, gyakori balesetezés, stb.
- **Mentális tünetek**: teljesítőképesség csökkenés, indokolatlan szakmai önértékelési problémák, stb.

A lelki kiégés főbb szövődményei: krónikus fáradtság, fekély- betegség, "irritabilis bél" tünetcsoport, pszichogén magasvérnyomás, angina, infarktusra való hajlam fokozódása, táplálkozási zavar, pszichiátriai betegség.

A lelki kiégés kialakulásának fő állomásai az egészségügyben:

- Kezdet: túlzottan nagy lelkesedés, felfokozott energikusság, túlazonosulás a betegekkel
- Stagnálás állapota
- Frusztráció fázisa

- Apátia stádiuma: védekezés a kudarcok ellen, elkerülő magatartás kialakulása a kihívásokkal szemben
- Intervenciós fázis: a szakszerű beavatkozás történhet egyéni, vagy intézményi szinten

A lelki kiégés kezelése:

A megelőzés humánusabb és egyben költségkímélőbb, mint a kezelés. Éppen ezért általában javasolt, hogy a konfliktust okozó stresszek kezelését mindenki tanulja meg, s a körülményeknek megfelelően fejlessze. Mindannyiunknak egyéni felelőssége az egészséges életmód kialakítása és fenntartása. A kiégési tünetcsoport prognózisa jó, ha a kórismét időben felismerik és az adott személyt, motiváltsága alapján megfelelően kezelik.

Libidó

A pszichoanalitikus gondolkodásban a libidó a tárgyra (személyre) irányuló szexuális ösztön ereje, energiája.

Magatartászavar

Pszichiátriai diagnosztikus kategória: a pszichopátiát, a perverziókat és a szenvedélybetegségeket foglalja magába. Ezen állapotok közös vonása, hogy a tüneteket alkotó magatartásformákat a társadalom helyteleníti. Elméletileg a neurózis ellentétének is tekinthetők, hiszen nem a gátlás, hanem annak hiánya a jellemző.

Mánia

A pszichózisok egyik formája, emelkedett hangulat és pszichomotoros nyugtalanság jellemzi (a testi és a lelki tevékenység felgyorsulása, izgatottsághoz, gondolati csapongáshoz és álmatlansághoz, valamint az önkritika gyengüléséhez vezet). Akut és krónikus formáját különböztetjük meg és a mániás-depressziós pszichózis egyik fázisának tekinthető.

Mániás elhárítás

A lelki hárítás egyik formája olyanoknál, akik a szorongás, a bűntudat és a depresszió ellen védekeznek. Ezen lelki védekezés során az adott személy tagadja a bűntudatot, a depressziót, a szorongást, omnipotens elképzelései vannak, és minden rossz-at a külvilágba vetít.

„Mintha” (as if) személyiség

A szkizoid karakter egyik típusa. A „mintha” személyiség úgy viselkedik, mintha különböző helyzetekben normális reakciói lennének.

Nárcizmus (önszeretet)

A fogalom Narcissusra, az ókori mitológiai alakra utal, aki önmagába lett szerelmes. Halálát akkor lelte, amikor a vízben tükröződő képével akart egyesülni és vízbe fulladt. Életünk folyamán önmagunkat épnek, sérthetetlennek, elpusztíthatatlannak, fontosnak, és szeretetre méltónak érezzük. Az élet, a valóság sokszor nincs harmóniában ezzel az érzéssel. Fejlődésünk és érett életünk során nárcizmusunk (önszeretet, a nemi ösztön energiája a saját személyt szállja meg) újabb, és újabb sérüléseket szenvedhet. Van egészséges nárcizmus is: a megfelelő önbecsülést értjük alatta, megkülönböztetve az én-túlértékeléstől.

Neurózis

A kifejezés a XVIII. században keletkezett, eredetileg az idegek megbetegedését jelentette. A XIX. században a „funkcionális" megbetegedéseket jelentette, azaz organikus elváltozások nélküli, funkcionális idegrendszeri zavarokat neveztek így. Freud híres felfedezései közé tartozik, hogy a neurózisok egyik formája, a hisztéria nem az idegek rendellenessége, hanem a személyiség egy tünete.

Omnipotencia

Az omnipotens fantáziákban az adott személy mindenhatónak, azaz omnipotensnek érzi magát. A gondolatok mindenhatósága azt a meggyőződést mutatja meg, mely szerint pusztán a gondolatok is megváltoztathatják a világot.

Ödipusz komplexus

Olyan, nagyrészt tudattalan elképzelés- és érzéscsoport, amely az ellentétes nemű szülő birtoklásának, és az azonos nemű szülő kiiktatásának vágya köré összpontosul.

Egyetemes jelenségről van szó. A 3-5 év közötti kisgyermekekben - normális fejlődés esetén – erős vágy támad, hogy az azonos nemű szülőt háttérbe szorítva az ellenkező nemű szülőt egyedül birtokolja. Ez az agresszív indulat ütközik a szülők iránt érzett szeretetével és a büntetéstől való félelemmel. Egészséges fejlődés esetén a prepubertás idején a gyermek (az ellenkező nemű szülő támogatásával, az azonos nemű szülő barátságosságának segítségével) egyre inkább azonosulni kezd az azonos nemű szülővel. Az ellentétes nemű szülőt később, felnőttkori szerelmi kapcsolatában fedezheti fel újra.

Paranoid szorongás

Valójában rettegés egy rossz tárgy támadásától, amely lehet belső-, vagy külső tárgy. Az onkológiai betegek esetében a rosszindulatú daganatos betegség és/vagy kezelése gyakran vált ki paranoid szorongást.

Projekció

Irodalmi jelentése: valaki maga elé szór valamit. Pszichiátriai értelemben azt jelenti, hogy egy lelki képzetet az adott személy objektív realitásnak tekint.

Projektív identifikáció (kivetítő azonosulás)

Az élet korai időszakában normálisnak tekinthető lelki védekezési mechanizmus. Fő célja, hogy a teljes mértékben rossz és agresszív tartalmakat külsővé tegye, kivetítse a külvilágba. Emiatt az adott személy a külvilágot veszélyesnek érzékelheti és másodlagosan védekezni kényszerül ellene.

Projektív teszt (Rorschach, Szondi, TAT)

Pszichológiai vizsgálat esetén a klinikai szakpszichológus felkéri a vizsgált személyt, hogy a képzelőereje segítségével határozatlan formákat (például tintafoltokat), fényképeket, vagy képeket értelmezzen.

Pszichoterápia

A pszichoterápia gyakorlata („beszélgetéses" kezelés) az elmúlt 100 évben alakult ki a nyugat-európai kultúrkörben az egészségügyi ellátás részeként. A pszichoterápia lényege a kapcsolat, a terápia szereplői közötti kölcsönhatás. A terápiás kapcsolatban megvalósuló sajátosságok és a hozzájuk kapcsolódó elméletek adják az egyes terápiás eljárásokat. A rendszeres találkozások és beszélgetések (terápiás ülések) sorozata terápiás folyamattá áll össze. A pszichoterápia vezetője a pszichoterapeuta, aki megfelelő szakvizsgával rendelkezik, orvosi, vagy klinikai szakpszichológusi diploma megszerzése után. Miután a pszichoterapeuta sikeresen teljesítette az előírt képzést, ezért e tevékenység végzésére jogosult, a tevékenység szakmailag megfelelő végzéséért felelős, és felelősségre vonható – ez a páciensek, és a terapeuták társadalmi védelmét egyaránt szolgálja.

Pszichózis

Lelki betegség, melyre a valóságvizsgálat hiánya a leginkább jellemző. A beteg nem látja be betegségének tényét. Organikus pszichózis esetén szervi megbetegedés alapján fejlődik ki a pszichózis, funkcionális pszichózis esetén nincs szervi eltérés.

Regresszió (lelki)

Freud szerint ez az a folyamat, amelynek esetében a személyiség - valamilyen oknál fogva - lelkileg részben, vagy teljesen egy korábbi fejlődési fokozatra csúszik vissza. A lelki regressziót kóros tünetek kísérik, pl. az adott életkorhoz nem illő „primitívebb" magatartás.

Szkizoid karakter

Olyan személy, aki visszahúzódó, másoktól elkülönül, illetve akinek intellektuális és érzelmi funkciói egymástól elkülönülni látszanak.

Szublimáció

Átszellemülést jelent a szó. Ez alatt azt értjük, hogy egy adott személy valamely alacsonyabb rendű ösztönét szublimált, magasabb rendű formában, indirekt módon éli ki. Például erős agresszív tendenciákkal jellemezhető személy intenzív feszültségeit hasznos, szociális formájú tevékenységgé szublimálja: gyógytornász, nővér, vagy sebész lesz.

Tagadás

Ez a lelki elhárító működés megnyilvánulhat abban, hogy a szóban forgó személy szubjektív élményeiben a külvilág valamelyik területét egyszerűen figyelmen kívül hagyja. Bizonyos nyomásra a személy jelét adja, hogy tudatában van a tagadott területnek, de ezt a részt képtelen integrálni érzelmi életébe. Onkológiai területen nagyon gyakori, hogy érzelmi szempontból kritikus helyzetekben az érintettek önkéntelenül tagadják a diagnózis, a kezelés, vagy az ellenőrzés szükségességét.

Tárgy

Pszichológiában, különösen a pszichoanalízisben a tárgy általában egy adott személyt jelent.

Testkép

Korai csecsemőkorban a gyermek saját belső világát még csak cönesztéziás és kinesztéziás percepcióin keresztül képes felfogni, alapvetően az extrapiramidális rendszer működése által nyújtott érzeteket felhasználva. Ezek az észlelések határozatlanok. A fejlődés folyamán az optikai percepció fokozatosan uralomra jut a diffúz cönesztéziás és kinesztéziás érzékelés fölött. Az optikai észlelés jól meghatározott, és a külvilágról olyan képet közvetít, amely független a belső világtól. Az optikai percepció, a kinesztéziás-cönesztéziás percepció és a testi mozgások együttese teszi lehetővé a percepciók összerendeződését és a testsémába való integrációját. A testkép érzelmi értékelésben döntő szerepe van a külvilág visszajelzéseinek, elsősorban az anya és az apa megerősítéseinek. A kisgyermek úgy reagál önmagára, mint egy tárgyra, és elfogadja az értékeléseket. Ezek a korai visszajelzések alapozzák meg testképünk pozitív, vagy negatív értékelését, ami egyben az önbizalom alapja.

Valóságvizsgálat

Az a képesség, amellyel különbséget tudunk tenni lelki képzetek és külső érzetek, a fantázia és a külső valóság között.

Viszontáttétel

Az analitikus, a pszichoterapeuta érzelmi viszonyulása pácienséhez, beleértve a páciens viselkedésének egyes elemeire adott reakcióit is.

Források:

A pszichoterápia tankönyve. Szerk.: Szőnyi Gábor, Füredi János. Medicina, 2000
Rycroft, Ch.: A pszichoanalízis kritikai szótára. Párbeszéd Könyvek. Budapest, 1994

Jegyzetek.

Kiadja: Riskó Ágnes.
Felelős kiadó: Riskó Ágnes
Felelős szerkesztő: Riskó Ágnes
Nyomdai előkészítés:
Bárdos(-Féltoronyi) Gábor

ISBN: 9632260171

Megjelent online formában