

Onkodermato-pszichológiai szempontok a klinikai gyakorlatban

Psycho-dermato-oncology aspects in the clinical practice

KOVÁCS PÉTER DR.^{1,2}

Országos Onkológiai Intézet, Rehabilitációs Részleg, Onkopszichológiai Munkacsoport
és Nemzeti Tumorbiológiai Laboratórium, Budapest¹

Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet,
Személyiségpszichológia Tanszék, Budapest²

ÖSSZEFOGLALÁS

Az onkodermato-pszichológia (psycho-dermato-oncology) a bőr rosszindulatú daganatos megbetegedéseinek pszichológiai aspektusaival foglalkozó, mind az onkopszichológia, mind pedig az onkodermatológia szakterületéhez is kapcsolódó tudományterület. A daganatos betegek körében a pszichés problémák előfordulása jellemzően nagyobb arányú. A betegség következtében előálló trauma és krízisállapot, valamint a kialakuló pszichoszociális tünetek és pszichopatológiai kórállapotok a beteg életminősége szempontjából kiemelt jelentőségűek. A korszerű, holisztikus szemléletben végzett onkológiai ellátás kiterjed a distressz csökkentésére. Az onkopszichológiai intervenciók, mint például a pszichoedukáció, célzott segítséget jelentenek a betegséggel összefüggésben kialakuló pszichológiai problémák kapcsán.

Kulcsszavak:

onkopszichológia –
onkodermato-pszichológia – distressz –
onkodermatológia – pszichoedukáció

SUMMARY

Psycho-dermato-oncology belongs to the scientific field of psycho-oncology, and also to oncodermatology, and could be defined as the management of psychosocial, emotional and behavioural factors associated with the diagnosis of skin cancer and its treatment. Among cancer patients, the occurrence of psychological problems (such as anxiety and depression) is typically higher. Distress, in the context of skin cancer and skin cancer treatment, can be caused by multiple factors and has a significant impact on patients quality of life. Reducing distress is a necessary part and important goal of modern and holistic oncological treatment. Psycho-education for skin cancer patients has been found to be acceptable and effective support in patient adjustment.

Key words:

psychooncology –
psycho-dermato-oncology – distress –
oncodermatology – psychoeducation

Pszichológiai problémák előfordulása az onkodermatológia területén

A bőrt érintő tumoros megbetegedések incidenciája folyamatosan emelkedik és az egyik leggyakoribb daganatos diagnózissá vált az utóbbi években. Az általános populációhoz képest a daganatos betegek körében a pszichés problémák előfordulása jellemzően nagyobb arányú és függ többek között az általános fizikai állapottól, a betegség stádiumától, a kezelés típusától, valamint a megjelenő mellékhatásoktól, de a premorbid személyiség pszichológiai állapotától is (1). Onkológiai betegségek kezelése közben általánosságban 25-50%-ban alakulnak ki depressziós tünetek, szorongásos panaszokkal pedig 44%-ban kell számolni az aktív onkológiai ellátás

során és a palliációban részesülő személyek 33%-a szintén érintett (2). Egy nemzetközi, multicentrikus felmérés megállapítása szerint az onkológiai betegek 52%-a jellemezhető magas distresszrel (3,10). A vizsgálatban a fizikális állapottal összefüggésben azt találták, hogy három testi tünet fennállása esetén 80%-nál is nagyobb valószínűséggel kell számolni súlyos szorongással, megnövekvő distresszrel. Különösen magas rizikót jelentenek a funkcióvesztéssel járó betegségek, a funkciózavart okozó onkoterápiás beavatkozások, illetve mellékhatások. Az ilyen változások kritikussá növelhetik a betegben az átélt szorongás mértékét, a szuicid viselkedés valószínűsége is jelentősen megnő.

A melanomás betegek esetében azonosított szorongás és depresszió mértéke, a jelentősen eltérő fizikai ál-

lapotok és kialakuló mellékhatások okán, illetve a betegség előrehaladásával tapasztalható testi változások miatt meglehetősen széles skálán mozog. Klinikailag releváns szorongásértéket az áttekintő vizsgálatok a résztvevők 18-44%-ánál, depressziós tüneteket pedig az esetek 6-28%-ánál figyeltek meg (4). A fokozott szorongás rizikótényezői a női nem, a fiatalabb életkor, a házastárs vagy partner hiánya és az alacsonyabb iskolai végzettség voltak. A fizikai állapot leromlása, a látható testfelszínen azonosított betegség a testképváltozással összefüggésben növelik a szorongás mértékét (5,6). A szorongással összefüggésben továbbá a társas támogatottság hiánya, valamint a negatív kognitív önértékelés, illetve az elkerülő pszichológiai megküzdési stílus bizonyult relevánsnak (7,8).

Melanomás betegek mintájában a betegek közel felénél (47%) a szorongásértékek jelentős növekedését találták, és ez a pszichológiai ellátás fokozott igényével is együtt járt (5,9). A diagnózist követően, pszichológiai/pszichiátriai tünetek kialakulásának vonatkozásában mind a négyhetes, mind az egyéves utánkövetés során jelentős előfordulási értékeket találtak (39%, 42,4%) (10,11). A fej-nyaki régió betegségei, illetve az emlőrákos megbetegedést követően a melanoma esetén szükséges a legnagyobb valószínűséggel számolni pszichológiai tünetek kialakulásával (9). A diagnózisközlés körüli időszak fokozott szorongással jár a melanomás betegek számára, a terápiák mellett és a melanoma stádiumváltozásai során pedig az életminőség romlása, illetve a depresszív tünetképzés erősödik fel (12). Az életminőség jelentős romlása miatt, jellemzően IV. stádiumban, a társas és családi környezet támogatásának jelentősége megnövekszik (13). Az I. és a II. stádium életminőségéhez képest az áttétes betegség során tapasztalható tünetek, funkciózavarok, kezelésekkel összefüggésben kialakuló mellékhatások, valamint például a pénzkereseti lehetőségek esetleges elvesztésének következményével előálló egzisztenciális és megélhetési nehézségek előfordulásával az életminőség jelentős és generalizált leromlása figyelhető meg (14-16). A melanoma progressziójával párhuzamosan megfigyelhető testi változások, a lelki kifáradás (fatigue), fizikai tünetek és mellékhatások, a testképváltozás, az általános aktivitás csökkenése, a társas-társadalmi izolálódás a depresszió kialakulását is jelzik (17, 18).

Egy 456 uveális melanomás beteget vizsgáló tanulmány a hosszú távú nyomonkövetésre és a túlélő-gondozás fontosságára hívja fel a figyelmet. A 60 hónapig tartó nyomonkövetés során azt figyelték meg, hogy az idő előrehaladtával a funkcionális problémák megjelenése, illetve a kiújulástól való félelem fokozódása miatt jelentős mértékben nő a stressz és a depresszió szintje a betegeknél. Az életminőséget jelentős mértékben befolyásoló pszichológiai problémák hatékony megelőzését a folyamatos állapot-monitorozás, kezelésüket pedig a megfelelő időben nyújtott pszichológiai intervenció jelentheti (19).

Melanomás és nem melanomás bőrtumoros betegeket összehasonlító életminőség vizsgálatában azt találták, hogy különbség van a két csoport között abban, hogy a melanomás betegek (65 fő) alapvetően a betegséggel és a

betegség funkcionális következményeivel összefüggésben szignifikánsan leromlottabb általános lelki egészségről számoltak be (GHQ-12 kérdőív), illetve a bőrrel összefüggő életminőséget vizsgáló eszközön a depresszió tekintetében mutattak magasabb értékeket a nem melanomás bőrtumoros betegek csoportjához képest. Ez utóbbi csoport (368 fő) ugyanakkor a bőrrel összefüggő életminőség tekintetében (Skindex-17 tünetleltár) szignifikánsan többféle problémát jelzett, mint a melanomás betegek (20).

Nem melanomás bőrtumoros betegek esetében egy 70 epitheliomás személyt vizsgáló ukrán tanulmány azt találta, hogy az egészséges populációhoz képest magasabb szorongásszinttel és markánsabb depresszív tünetekkel, valamint hipochondriáissal kell számolni. A vizsgált csoporton belül nők esetében gyakrabban voltak obszesszív-kompulzív gondolatok és a hipochondriázis is jelentősebb volt, férfiaknál pedig inkább ellenséges megnyilvánulások, opponáló viselkedés volt gyakrabban megfigyelhető (21). 56 basaliomás személy vizsgáló kutatás során azt találták, hogy a vizsgált nem melanomás bőrtumoros mintában a betegség kiújulásától és a műtétet követő heg méretétől/láthatóságától való aggodalom az, ami a leginkább megjósolja a kialakuló szorongás mértékét és a depresszív tünetek megjelenését (22). A közlemény rámutat a szakszemélyzet, köztük az ápolók kiemelt szerepére a pszichoszociális tünetek és problémák információnyújtás által történő megelőzése tekintetében. Bőrtumoros betegek körében szignifikáns szorongást jelentenek a hegesedéssel kapcsolatos gondolatok és elképzelések, azok számára, akiknek látható helyen (pl.: arcon) történik a műtéti beavatkozás: a hegek, különösen a fejen és a nyakon, megváltoztatják a fizikai megjelenést ez által negatívan befolyásolhatják az önértékelést és egyéb pszichoszociális tényezőkre is hatással van (pl.: testkép stb.). Beteg-beszámolóik összesítése alapján kulcsfontosságúnak tűnik a preoperatív időszakban történő tájékozódás és adekvát tájékoztatás a betegséggel, a műtéttel, illetve a kezelésekkkel összefüggő szubjektív elképzelések és elvárások tekintetében (23).

Onkodermato-pszichológiai jelenségek és a szubjektív betegségmegélés

Az onkodermato-pszichológia (psycho-dermato-oncology) a bőr rosszindulatú daganatos megbetegedéseinek pszichológiai aspektusaival foglalkozó, mind az onkopszichológia, mind pedig az onkodermatológia szakterületéhez is kapcsolódó tudományterület. A szakterület a diagnózisközlés, az onkológiai terápiák, valamint a megjelenő mellékhatások kapcsán kialakuló szorongással, a pszichológiai, pszichoszociális, érzelmi és viselkedéses változásokkal egyaránt foglalkozik (24).

A mindennapos klinikai gyakorlat során nehéz időt szakítani arra, hogy a páciensek szubjektív betegség-megélésével kapcsolatosan, a betegségről alkotott gondolataikról, naív/laikus elképzeléseikről és szubjektív betegségméleteikről tájékozódhasson a szakember. A személy betegségével kapcsolatos megélései, úgynevezett szubjektív betegségmélenye sokféle érzelmi összetevőből áll és

változatos képet mutat. Az onkodermatológiai diagnózishoz ráadásul sok leértékelő és hibáztató tévképzet is kapcsolódik: „napozás miatt alakul ki”, „csak ki kell vágni és kész”, „az csupán egy anyajegy”, „már nem is látszik”, „ha kivágták, akkor eltűnt” stb. Az ezekről történő érdemi kommunikáció éppen a devalváló minősítések mentén kialakuló önhibáztatás és az átélt szégyen miatt fokozódó distressz megelőzése is a holisztikus gyógyító szemlélet integráns részét kell, hogy képezze. A bőrdaganatos megbetegedéssel küzdő betegek több szempontból is heterogén csoportot alkotnak: különbség van a betegségek biológiai meghatározottságában (ld.: melanoma – laphámrák – basalioma) és a morbiditási és mortalitási tényezők és kockázatok, tehát a kimenetel és prognózis tekintetében is. Ezek mellett az egyének alapvető lelki megküzdési mechanizmusainak különbözőségei is jelentősek (25). Ezek az eltérések hatással lehetnek például az orvos-beteg kommunikációra és a terápiával való együttműködésre is. Különösen fontos tehát a betegséggel, diagnózissal és a kezeléssel kapcsolatos gondolatokra, fantáziákra rákérdezni és tájékozódni.

A bőr tumoros megbetegedéseinek terápiája során elsődleges a daganatos elváltozások (orvosi) kezelése (pl.: kimetszés), a kiújulás megelőzése és a hosszú távú túlélés elősegítése, támogatása. Előfordul, hogy a sebészi beavatkozás, a plasztikai sebészeti szintű lokális kezelés tulajdonképpen a teljeskörű gyógyultság garanciájaként értelmeződik, pedig a tumormentes állapot fenntartásához további terápiák, valamint hosszútávú állapotkövetés is szükségesek. A testi folyamatok elsődlegessége miatt könnyen elhanyagolódhat a diagnózis okozta pszichés trauma, valamint az aktív onkológiai kezelésekkal összefüggésben eszkalálódó szorongás és a generalizálódó, ez által tulajdonképpen permanensnek tekinthető krízisállapot jelentősége. A distressz mint úgynevezett „hatodik vitális jegy”, fontos állapotjelzője az életminőségnek (26). A korszerű, holisztikus szemléletben végzett onkológiai ellátáshoz kapcsolódó egyik elvárás a gyógyító, tünetcsökkentő hatás elérésén kívül a distressz csökkentésének elősegítése és támogatása, melyhez dedikált szakemberek és pszichoszociális eszközök állnak rendelkezésre. Az onkopszichológiai intervenciók célzott segítséget jelentenek a fizikális, testi kihívásokkal összefüggésben kialakuló pszichológiai problémák kapcsán. A (1) fizikai/fizikális tüneteken (pl.: fájdalom, fáradtság/fatigue, szexuális zavarok stb.) túl a (2) felmerülő érzelmi problémák (pl.: progressziótól, vagy kiújulástól való félelem, reménytelenség, pszichiátriai komorbiditások stb.), (3) a szociális problémák (pl.: megélhetés, lakhatás, munkahely elvesztése, gyermeknevelés, visszaintegrálódás stb.), (4) a családi rendszerben felmerülő problémák, (5) spirituális kérdések (pl.: az élet értelme, ok-keresés, halállal kapcsolatos elképzelések stb.), (6) általános egészségi állapot (pl.: életmód, táplálkozás, testmozgás, dohányzás, addikciók, stressz-kezelés stb.) (7) a kezelőkkel, kezelésekkal, vagy gyógyszerszedéssel kapcsolatos gondolatok és döntések egyaránt célját képezhetik és tárgykörét jelentik az onkodermato-pszichológiai beavatkozásoknak (24).

Distressz megjelenésére és fokozódására a betegút és az aktív onkológiai kezelés bármely szakaszában lehet számítani. Már a diagnózisközlést megelőzően, de utána különösen, a műtéti beavatkozás, de minden más terápia alkalmazása előtt és után, valamint kezelésváltások és kontroll időpontok, képzővizsgálatok kapcsán is növekedhet az átélt feszültség mértéke, fokozódhat a pszichogén tünetképződés, pszichopatológiai kórállapot és karakterpatológias működés provokálódhat. A trauma következtében előálló változás közepette a beteg önmagáról alkotott elképzelésének, önképének és testképének megingását tapasztalhatja, a helyzetet a korábban kitűzött életvezetési elvek feladását és az életcélok esetleges elvesztését is magában hordozza. Az egyén a krízis során értelemszerűen megpróbál megbirkózni a felmerülő pszichológiai kihívásokkal, azonban az adekvát megküzdéshez nem áll rendelkezésére megfelelő lélektani eszköz, korábbi módszerei és mechanizmusai kudarcot vallanak az újszerű helyzetben. Emiatt gyakran nem ritkán irracionális módokon, babonák, naív gondolatok, fantáziák mentén értelmeződik a betegség, vagy a gyógyulás, illetve az állapotrosszabbodás (pl.: „fejben dől el”, betegség mint stigma stb.), de a gyógyulás lehetősége is illuzórikus kontrollérzetet adó teóriák köré szerveződhet („ha ezt és ezt teszem, akkor biztosan meggyógyulok”), vagy éppen önhibáztató büntudati lélektani folyamatok indulnak meg (pl.: „nem gondolkodom eléggé pozitívan”, „az én hibám”).

A pszichológiai megküzdés kihívása és a betegdukáció intervenciók jelentősége

A korábbiakban vázolt jelenségek aláhúzzák a (1) hiteles forrásból történő tájékozódás és az egyéni tájékozottság/betegség-tudatos hozzáállás fontosságát, (2) a megfelelő tájékoztatás (orvos-beteg kapcsolat, kezelőkkel való kommunikáció) szerepét és (3) a hozzátartozók attitűdjének, de a (4) társadalmi-társas kontextus (megfelelő edukáltság) és a betegséghez kapcsolódó narratívák jelentőségét, valamint (5) a pszichológiai segítségnyújtás és a pszichoszociális tényezők megkerülhetetlenségét egyaránt. A felsorolt tényezők a testi-lelki megküzdést és a pszichoszociális jóllétet egyaránt támogatják például az által, hogy javítják a realitás érzékelést és növelik a kontrollérzetet. A tájékoztatás és az információátadás, a pszichoedukáció kulcsfontosságúnak bizonyult az elvégzett vizsgálatok során minden bőronkológiai betegcsoportban és az ellátással való elégedettség a betegség szubjektív megélése szempontjából is meghatározó volt számukra: fokozott szorongás volt megfigyelhető azoknál, akik kevésbé voltak tájékozottak a diagnózisukat illetően és akik úgy érezték, hogy nem magyarázták el megfelelően számukra a diagnózist (27, 28).

A beteg, egyfajta lelki megküzdési stratégiaként, törekszik arra, hogy a vele történő dolgokra logikus, racionális és követhető magyarázatot találjon, hiszen így válhat (talán) számára érthetővé az, hogy miért lett (éppen ő) beteg (szubjektív betegségelmélet, mint egyfajta megküzdési stratégia). A racionalizáció stratégiája által a kontrollérzet

fokozása is elérhető akár érzelmi értelemben (stressz redukció stb.), de a viselkedéses megküzdés elősegítése által is (pl.: napozási szokások megváltoztatása, egészséges életmód bevezetése stb.). Ilyen esetekben értelemszerűen szükséges, hogy például a viselkedéses megküzdés adekvát, de legalábbis semmiképpen se kontraproduktív, tehát az onkomedikális kezelések ellen ható legyen (pl.: el lehet kezdeni enyhe terhelést jelentő testmozgást beépíteni a mindennapi rutinba, de egy maratonfutásra a felkészülést ne a kemoterápiás kezelése alatt kezdje meg a személy, vagy táplálékkiegészítők alkalmazása stb.). Hasonlóan megküzdési módoknak tekinthető az információkeresésen kívül az információ elkerülése is, vagy az izoláció, de a társas támogatás keresése is (29). Bármilyen irányú viselkedésváltozás, legyen az elkerülés, vagy éppen túlzott közelítés az átélt distresszel történő egyéni megküzdést jelezheti a szakembernek, amely megbirkózás lehet aktuálisan adaptív, de a szélsőséges, a tartósság általi rigiditás miatt azonban sokszor maladaptív is. Maladaptív megküzdési stratégiaként tekinthető az is, ha valaki a jól látható bőrelváltozás ellenére sem fordul orvoshoz, vagy csupán a betegség előrehaladottabb állapotában megy el kivizsgálásra. A krízissel való érzelmi megküzdést és a betegség következtében előálló élethelyzethez történő megfelelő és realitáshoz közelítő alkalmazkodást segítheti elő a pszichológiai, onkopszichológiai támogatás.

A sebészi beavatkozás szinte mindig részét képezi az onkodermatológiai kezelésnek. A műtéti beavatkozás általában hatékony terápia és nagy elváltozást az esetek jelentős részében nem okozó intervenció. Előfordul azonban (pl.: orr részleges, vagy teljes eltávolítása, ajak megfelelő sebészi széllel történő műtétje stb.), hogy a bemetszés nagysága esztétikai defekttussal jár, ami markáns funkcionális, illetve életminőségbeli problémát is jelent. Ilyen esetekben a műtetre való felkészülésnek nagy szerepe van. A felkészítés során javasolt lehet tükör használatának a segítségével megmutatni, berajzolni a várható bemetszést, vagy korábbi hasonló beavatkozások eredményéről fotókat mutatni a betegnek. A pszichoedukáció hatása az információgyűjtés/információnyújtás által kontrollérzet erősítésén keresztül realizálódik elsősorban. A sebészi beavatkozások orvosi értelemben vett sikeressége objektív paraméterek mentén kimutatható, de a beteg elégedettsége széles és alapvetően szubjektív spektrumon mozog és sokszor a legkisebb méretű beavatkozások alig észrevehető következményeit kíséri nagyobb egyéni elégedetlenség-érzés, ez által fokozott distressz. Szükséges tehát tájékozódni a beteg saját elgondolásairól, reális vagy éppen irreális elvárásairól. Vizsgálatok során azt is találták, hogy a kevésbé összetett és kiterjedt rekonstrukciós műtétek kapcsán pozitívabb kilátásokat fogalmaztak meg a betegek. Ez azzal a téves elképzeléssel függött össze, hogy a kevésbé bonyolult műtét kevésbé súlyos betegséget jelez. Azt is találták, hogy a hegesezés már önmagában is, függetlenül nemtől, életkortól, a seb láthatóságától, a betegség súlyosságától és egyéb kontrollált tényezőtől, negatív hatással van a pszichoszociális életminőségre, depresszív hangulatot és szorongást okoz,

valamint izolációval és a testkép megváltozásával is jár és ezek által komoly alkalmazkodási kihívásokat támaszt (30). Az önbecsülés szorosan kapcsolódik a testképhez, a hegekkel rendelkező betegek gyakran dűhről, frusztrációról és alacsony önbecsülésről számolnak be. Bőrbetegségekhez gyakran kapcsolódik kínosság és szégyenérzet is, amelyek tovább fokozzák a testképpel, de akár az identitással, önértékeléssel kapcsolatos bizonytalanságot és növelik a kontrollvesztés élményét. Sokszor már a bőr kipirosodása (irradiációt követően mellékhatásként) is negatív érzéseket provokál, amelyek a frusztráció, tehetetlenség és kiszolgáltatottság által depresszív hangulathoz és szorongáshoz vezetnek.

A betegek szubjektív betegség elméletének, a betegséghez kapcsolódó élményeinek és gondolatainak ismerete kapcsolódási lehetőséget nyújt a szakemberek számára is, hogy ez által célzottabb és hatékonyabb kommunikációt folytathassanak. A bőrdaganatos betegségekre, a diagnózisra adott reakciók a krízis tüneteit hordozzák: sokk, félelem, bizonytalanság, aggodalom, büntudat és tehetetlenség (31). A krízisben átélt szorongás elsodró erővel bír, beszűkíti a figyelmet, rontja a kognitív képességeket, befolyásolja az információfeldolgozás kapacitását és módját, illetve érzelmi szempontból kiszolgáltatottságot idéz elő, ami befolyással van a mindennapos tevékenységekre, funkciókra egyaránt, szélsőséges esetben pedig szuicid ideációt is generál (32). Ehhez kapcsolódóan daganatos betegségeknél különösen erőteljesen az élettartammal összefüggő szorongások, félelmek, a halállal kapcsolatos gondolatok és fantáziák is a szubjektív megélés fókuszába kerülnek. A krízisállapot alapvetően átmeneti időszakot jelent, ugyanakkor a kimenetele kettős: eszkálálódása és kezeletlensége esetén az alkalmazkodási zavarok generalizálódnak és a betegnél pszichiátriai kórállapotok rögzülhetnek, a szuicid rizikó is, különösen a diagnózist követő első hat hónapban, megnövekszik (33). Optimális esetben a krízis pozitív kimenetellel zárul, a traumát pszichológiai értelemben vett növekedés követi (poszt-traumás növekedés), amely azt jelzi, hogy a beteg sikeresen integrálni tudja/tudta a betegséget és a betegséggel összefüggő változásokat az élettörténetébe. Pozitív hozadékként tekinthető, hogy a beteg érdemi változtatásokat, preventív célzatú, saját egészségét illető proaktív tényezőket vezet be: pl. rendszeres és tudatosabb naptej használat, napfényes helyek kerülése, nyaralási szokások átalakítása, fokozott figyelem a bőrelváltozásokra, rendszeres testmozgás, átgondolt táplálkozás stb. Egyfajta információ-hordozóként közvetett módon a családjára, vagy a környezetére is hatással lehet: az egészségtudatosabb viselkedést (pl.: bőrvizsgálatok, rákszűrés), és fokozott odafigyelést idézheti elő másokból.

Előrehaladottabb, áttétes betegségek (jellemzően pl. melanoma) esetén a betegek érzelmi támogatási és szupportív ellátási igénye megnő, nagyobb szükségük lesz az állapotukkal kapcsolatos információkra, illetve a részletesebb orvosi tájékoztatásra is (34). A melanoma áttétképző potenciálja magas, a hozzá kapcsolódó szorongás is megnő. A betegségekről való kommunikáció során, de már a

diagnózisközléskor is jelentősége van annak, hogy milyen szóhasználattal találkozik a beteg: a „rák” kifejezés például könnyen katasztrófizáló gondolatokhoz vezet, traumatizál, ezzel együtt a korrekt és transzparens kommunikáció természetesen minden esetben szükséges.

Összehasonlító vizsgálat során megfigyelték, hogy az onkodermatológiai betegséggel küzdők körében a leggyakrabban megjelenő problémák és az előforduló szorongást keltő gondolatok univerzálisan a következők: 1) a rossz diagnózis és félrediaosztizálás eshetőségének kérdése, 2) az alkalmazott onkológiai terápia hatékonysága, 3) alvászavar, 4) a hosszú és sokféle kivizsgálások terhei, 5) nem csillapítható információhiány, 6) növekvő fájdalomérzet, 7) a betegség észlelhető jelei (tapintható csomók), 8) klasszikus terápiás modalitásokkal kapcsolatos félelmek és elvárások, 9) szorongás a kísérleti fázisban lévő terápiák hatékonyságát illetően, 10) a betegség kiújulásának kérdései és prognózis, 11) mindennapi elfoglaltságok változásai, 12) funkcionális veszteségek (35).

Az onko(dermato)-pszichológiai beavatkozás módszerei és lehetőségei

Alapvetően hiányoznak az egyértelmű módszertani evidenciákat rögzítő kutatási paradigmák az onkopszichológiai ellátást és a lehetséges intervenciókat illetően. Tekintettel arra, hogy a onkológiai betegek közül minden második személynél a kezelési időszak valamely szakaszában klinikai szempontból jelentős distressz alakul ki, a pszichoszociális beavatkozások szerepe az aktuális lélektani állapot, de a hosszú távú túléléshez és rehabilitációhoz kapcsolódó életminőség tekintetében is jelentős. Melanómás betegekkel végzett áttekintő tanulmányok azt találták, hogy az onkopszichológiai intervenciók (jellemzően a pszichoedukációt célzó beavatkozások) érdemben csökkenteni tudták a kialakult szorongás és a betegséghez kapcsolódó distressz mértékét, illetve a depresszív hangulatot (32,34,36). Az onkodermatológiai betegek számára elérhetővé váló új típusú terápiás lehetőségekhez kapcsolódóan megjelenő pszichológiai problémák és onkopszichológiai kihívások további és folyamatos vizsgálatokat kívánnak. Mindazonáltal általánosságban az onkodermatológiai betegségek kapcsán megállapítható, hogy a kialakuló pszichoszociális nehézségek miatt minden enyhén szorongó, alacsony társas támogatottsággal rendelkező, evési- alvási- vagy egyéb funkcionális problémát jelző betegnek (de akár hozzátartozónak is) függetlenül a diagnosztizálható pszichopatológiai kórállapot meglététől, hasznos lehet a betegségük kapcsán a pszichoedukáció és a pszichoszociális támogatás, de hatékony erőforrást jelenthet számukra az önsegítő és stresszcsökkentő technikák (relaxáció, autogén tréning stb.) elsajátítása és a vonatkozó hiteles szakmai anyagok áttekintése is. Bár a klinikailag jelentős pszichológiai kórállapotokban a megfelelő segítséget a szakember (szakpszichológus, pszichiáter) bevonása jelentheti, a szubklinikai problémák esetén a támogatás sokszor nem kíván meg szakképzettséget, csupán odafigyelést, együttérzést, figyelmet és türelmet.

Rutin pszichoszociális szűrővizsgálatok alkalmazásával hatékonyan azonosíthatók a pszichés problémákra érzékeny személyek, így ők célzottan már az orvosi ellátás elejétől kezdve pszichológiai támogatásban részesülhetnek, megelőzendő a tünetek további eszkalálódását. A szűrést vizuális analóg skálákkal, vagy célzott tünetspecifikus vagy általános pszichológiai és életminőség kérdőívekkel is gyorsan el lehet végezni [pl.: Distressz Termométer / Distress Thermometer (37), Skin Cancer Index (38), Kórházi Depresszió és Szorongás Skála / Hospital Anxiety and Depression Scale – QIQ C30 (39), FACT-M (40)]. Fontos, hogy ezzel együtt tulajdonképpen szűrés már az empatikusan végzett orvosi tájékoztató során is történik, hiszen ott nyílik interperszonális és kommunikációs tér arra, hogy a beteg érzelmi reakciói, vagy pszichés állapotával összefüggő panaszai és problémái artikulálódni tudjanak. Kiemelt jelentősége van tehát annak, hogy az orvosi vizsgálat során a klinikus rákérdezzen az érzelmi jólétre, hiszen a betegek jellemzően nem merik (adott esetben szégyellik), nem tartják szükségesnek, vagy nem tudják jelezni pszichoszociális életminőségükkel összefüggő nehézségeiket. Bár sokszor a kezdeti pszichológiai tünetek szubklinikai intenzitásúak, a célzott segítség lehetőségét érdemes mégis felajánlani és alkalmazni. Előfordulhat, hogy a kezdeti krízis kihívást jelentő érzelmi reakcióit, a pszichotraumához kapcsolódó aktuális érzelmi sokkot alapvetően ugyan maladaptív, de kezdetben még hatékonyan tekinthető lelki megküzdési mechanizmusok segítségével a személy sikeresen leküzd: komplettálja a szükséges kivizsgálásokat és túl lesz a gyorsan megszerveződő orvosi beavatkozásokon is a pszichés egyensúly megingásának látszata nélkül. A történetekhez kapcsolódó érzelmi élmények az elhúzódó kezeléseknél mentén kezdenek később újra előtérbe kerülni, amelyekkel kapcsolatban az eleinte alkalmazott maladaptív megküzdési lehetőségek a továbbiakban már nem lesznek hatékonyak és a személy kénytelen lelkileg is konfrontálódni az őt ért történésekkel. Ebben a folyamatban a szupportív pszichoterápia eszközei hatékonyan segíthetik a beteget, vagy akár hozzátartozóit is abban, hogy megfelelő módon integrálni tudja ezt az élettörténetileg is jelentős eseményt úgy, hogy később, az orvosi kezelése (gyógyulás) után se okozzon pszichológiai problémákat (ld. poszttraumás stressz betegség).

A pszichológiai támogatás visszautasítása több okból is megtörténhet. Előfordulhat, hogy a személy gyengeségnek véli, akár az érzelmi állapotról való kommunikációt, de akár azt is, hogy a megbirkózáshoz segítséget vegyen igénybe és inkább saját erőforrásaira, családjára stb. apelál. Előfordulhat továbbá, hogy a szubklinikai szintű pszichés panaszok szubjektív panaszmentes megélésben tulajdonképpen indokolatlanná, vagy feleslegessé teszik a pszichológiai segítség igénybevételét. Támogathatja a célzott segítség igénybevételét, ha a kezelőorvos az elérhető pszichológiai támogatásról tájékoztatást nyújt, adott esetben szakembert vagy konkrét elérhetőséget és lehetőséget is megjelöl, beutalót ír.

Módszertani szempontból a pszichoedukációt célzó intervenciókat, illetve a kognitív viselkedésterápiák harma-

dik hullámához tartozó beavatkozásokat (pl.: mindfulness, elfogadás-terápia) találták kifejezetten hatékonyak a fizikai egészséggel kapcsolatos pszichés problémák enyhítésében. Az integratív szemléletű és eklektikus módszertani elemeket alkalmazni tudó terápiás beavatkozások az érzelmi önszabályozás készségének, aktív probléma megoldási stratégiáinak kialakítását, vagy fejlesztését segíthetik elő a páciensek számára (41). Az alkalmazkodás elősegítésében a pszichoterápiás lehetőségeken túl az akár személyes akár online formában megvalósuló önsegítő és támogató csoportok is hatékonyak bizonyultak kifejezetten melanomás betegek körében (42). Az alacsony intenzitású pszichológiai beavatkozások (LIPI – Low Intensity Psychological Interventions) személyhez és helyzethez egyaránt rugalmasan illeszthető, magas terápiás hatást rövid idő alatt elérni kívánó pszichológiai intervenciókat, technikákat (pl. pszichoedukáció, relaxáció, önsegítő technikák) jelentenek. Az alacsony intenzitású beavatkozások jól alkalmazhatók a hagyományos pszichoterápiás rendelői helyzettől eltérő körülmények között (pl. szomatikus kórképekhez társuló pszichés problémák, sürgősség, beteg-együttműködési problémák, szubklinikai állapotok esetén stb.) és adott esetben nem csupán szakpszichológus végezheti őket.

Az onkológiai betegséghez kapcsolódóan megjelenő stressz és szorongás, a felmerülő negatív érzések normatívnak tekinthetők, validálásuk az alkalmazkodást segíti elő. A negatív érzések feltárása, felismerése és kifejezése már önmagában is terápiás hatással bír, a pszichés teher csökkenthető általa. A betegség és az általa bekövetkező változások kiesnek az egyén kontrollja alól, ugyanakkor a kontrollálhatatlan tényezőkre adott reakció és viselkedés választható, terápiásan szervezhető/elősegíthető, támogatható. Az onkopszichológiai ellátás nem az onkológiai betegség pszichoterápia általi gyógyítását célozza, hanem az (ön)reflektivitás elősegítésén keresztül kívánja a beteg megküzdőképességét, alkalmazkodási készségét, érzelmi kapacitását növelni és ez által a realitáson alapuló én-működését támogatni és segíteni (43).

IRODALOM

- Hartung T. J., Brähler E., Faller H. és mtsai.: The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *Eur J Cancer*. (2017) 72, 46–53. DOI: 10.1016/j.ejca.2016.11.017
- Goerling U., Foerg A., Sander S. és mtsai.: The impact of short-term psycho-oncological interventions on the psychological outcome of cancer patients of a surgical-oncology department – A randomised controlled study. *Eur J Cancer*. (2011) 47, 2009–2014. DOI: 10.1016/j.ejca.2011.04.031
- NCCN – National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines Version 2. 2023-Distress Management (2023) <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1431> Accessed: June 27., 2023.
- Wiens L., Schäffeler N., Eigentler T. és mtsai.: Psychological Distress of Metastatic Melanoma Patients during Treatment with Immune Checkpoint Inhibitors: Results of a Prospective Study. *Cancers*. (2021) 13(11), 2642. DOI: 10.3390/cancers13112642
- Loquai C., Scheurich V., Syring N. és mtsai.: Screening for Distress in Routine Oncological Care—A Survey in 520 Melanoma Patients. *PLoS ONE* (2013) 8, e66800. DOI: 10.1371/journal.pone.0066800
- Kasparian N. A., Sansom-Daly U., McDonald R. P., és mtsai.: The nature and structure of psychological distress in people at high risk melanoma: A factor analytic study. *Psychooncology*. (2012) (8), 845–56. DOI: 10.1002/pon.1976
- Roberts N., Czajkowska Z., Radiotis G. és mtsai.: Distress and coping strategies among patients with skin cancer. *J Clin Psychol Med Settings*. (2012) 20(2), 209–14. DOI: 10.1007/s10880-012-9319-y
- Atkinson T. M., Noce N. S., Hay J. és mtsai. Illness-related distress in women with clinically localized cutaneous melanoma. *Ann Surg Oncol*. (2012) 20(2), 675–9. DOI: 10.1245/s10434-012-2635-5
- Meiss F., Loquai C., Weis, J. és mtsai.: Psycho-oncological care of melanoma patients in certified skin cancer centers. *J Dtsch Dermatol Ges*. (2018) 16(5), 576–582. DOI: 10.1111/ddg.13521
- Mehnert A., Brähler E., Faller H. és mtsai.: Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol* (2014) 32(31), 3540–6. DOI: 10.1200/JCO.2014.56.0086
- Kuhnt S., Brähler E., Faller H. és mtsai.: Twelve-Month and Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Cancer Patients. *Psychother Psychosom*. (2016) 85(5), 289–96. DOI: 10.1159/000446991
- Vojvodić, A. R., Dedić, G.: Depression, anxiety and quality of life in patients with melanoma. *Vojnosanit Pregl*, (2020) 77(12), 1318–1322. DOI: <https://doi.org/10.2298/VSP180414185V>
- Beesley V. L., Smithers B. M., Khosrotehrani K. és mtsai.: Supportive care needs, anxiety, depression and quality of life amongst newly diagnosed patients with localised invasive cutaneous melanoma in Queensland, Australia. *Psychooncology*. (2015) 24, 763–70. DOI: 10.1002/pon.3718
- Hinz A., Singer S., Brähler E. European reference values for the quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30: Results of a German investigation and a summarizing analysis of six European general population normative studies. *Acta Oncol*. (2014) 53(7), 958–65. DOI: 10.3109/0284186X.2013.879998
- Hamel J. F., Pe M., Coens C. és mtsai.: A systematic review examining factors influencing health related quality of life among melanoma cancer survivors. *Eur J Cancer* (2016) 69, 189–98. DOI: 10.1016/j.ejca.2016.10.008
- Tesio V., Ribero S., Castelli L. és mtsai.: Psychological characteristics of early-stage melanoma patients: a cross-sectional study on 204 patients. *Melanoma Res*. (2017) 27(3), 277–80. DOI: 10.1097/CMR.0000000000000348
- Pereira M. G., Ponte M., Ferreira G. és mtsai.: Quality of life in patients with skin tumors: the mediator role of body image and social support. *Psychooncology*. (2017) 26(6), 815–21. DOI: 10.1002/pon.4236
- Nowe E., Stöbel-Richter Y., Sender A. és mtsai.: Review article: cancer-related fatigue in adolescents and young adults: a systematic review of the literature. *Crit Rev Oncol Hematol*. (2017) 118, 63–9. DOI: 10.1016/j.critrevonc.2017.08.004
- Brown S. L., Fisher P. L., Hope-Stone L. és mtsai.: Predictors of long-term anxiety and depression in uveal melanoma survivors: A cross-lagged five-year analysis. *Psycho-Oncology*. (2020) 29(11), 1864–1873. DOI: 10.1002/pon.5514
- Sampogna F., Paradisi A., Iemboli M. L. és mtsai.: Comparison of quality of life between melanoma and non-melanoma skin cancer patients. *Eur J Dermatol*. (2019) 29(2), 185–191. DOI: 10.1684/ejd.2019.3523
- Venger O., Zhulkevych I., Mysula Y.: Psychological and psychopathological features of patients with skin cancer. *Georgian Med News*. (2021) (315), 29–33. PMID: 34365421
- Radiotis G., Roberts N., Czajkowska Z. és mtsai.: Nonmelanoma skin cancer: disease-specific quality-of-life concerns and distress. *Oncol Nurs Forum*. (2014) 41(1), 57–65. DOI: 10.1188/14.ONF.57-65

23. *Sobanko J. F., Sarwer D. B., Zvargulis Z. és mtsai.*: Importance of physical appearance in patients with skin cancer. *Dermatol Surg.* (2015) *41*(2), 183-188. DOI: 10.1097/DSS.0000000000000253
24. *Affleck A. G., Howells L.*: *Psycho-Dermato-Oncology: Psychological Aspects of Skin Cancer.* (2021) 151-172. Springer, Cham. DOI: 10.1007/978-3-030-54307-5_13
25. *Kasparian N. A., McLoone J. K., Butow P. N.*: Psychological responses and coping strategies among patients with malignant melanoma: a systematic review of the literature. *Arch dermatol.* (2009) *145*(12), 1415-1427. DOI: 10.1001/archdermatol.2009.308
26. *Holland J. C., Wiesel T. W.* (2016). *Principles of psycho-oncology.* Holland-Frei Cancer Medicine, 1-6. ISBN-10: 1-55009-213-8
27. *Winterbottom A., Harcourt D.*: Patients' experience of the diagnosis and treatment of skin cancer. *J Adv Nurs.* (2004) *48*(3), 226-233. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03191.x
28. *Dieng M., Butow P. N., Costa D. S. és mtsai.*: Psychoeducational intervention to reduce fear of cancer recurrence in people at high risk of developing another primary melanoma: results of a randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* (2016) *34*(36), 4405-4414. DOI: 10.1200/JCO.2016.68.2278
29. *Roberts N., Czajkowska Z., Radiotis G. és mtsai.*: Distress and coping strategies among patients with skin cancer. *J Clin Psychol Med Settings.* (2013) *20*(2), 209-214. DOI: 10.1007/s10880-012-9319-y
30. *Brown B. C., McKenna S. P., Solomon M. és mtsai.*: The patient-reported impact of scars measure: development and validation. *Plast Reconstr Surg.* (2010) *125*(5), 1439-1449. DOI: 10.1097/PRS.0b013e3181d4fd89
31. *Burdon-Jones D., Thomas P., Baker R.*: Quality of life issues in nonmetastatic skin cancer. *Br J Dermatol.* (2010) *162*(1), 147-151. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2009.09469.x
32. *Kovács P., Esperger Zs., Horváth D. és mtsai.*: Pszichológiai jelenségek és tünetek, illetve az onkopszichológiai intervenciók lehetőségei a komprehenzív onkológiai ellátás során. *Magy Onkol.* (2021) *65*, 78-88. <https://huon.hu/2021/65/1/0078/0078a.pdf> Accessed: December 30., 2023.
33. *Wang S. M., Chang J. C., Weng S. C. és mtsai.*: Risk of suicide within 1 year of cancer diagnosis. *Int J Cancer.* (2018) *142*(10), 1986-1993. DOI: 10.1002/ijc.31224
34. *Dunn J., Watson M., Aitken J. F. és mtsai.*: Systematic review of psychosocial outcomes for patients with advanced melanoma. *Psycho-Oncology.* (2017) *26*(11), 1722-1731. DOI: 10.1002/pon.4290
35. *Kaufman H. L., Dias Barbosa C., Guillemin I. és mtsai.*: Living with Merkel cell carcinoma (MCC): development of a conceptual model of MCC based on patient experiences. *The Patient.* (2018) *11*(4), 439-449. DOI: 10.1007/s40271-018-0301-0
36. *McLoone J., Menzies S., Meiser B. és mtsai.*: Psycho-educational interventions for melanoma survivors: a systematic review. *Psycho-Oncology.* (2013) *22*(7), 1444-1456. DOI: 10.1002/pon.3165
37. *Cuttillo A., O'Hea E., Person S. és mtsai.*: NCCN Distress Thermometer: Cut off points and clinical utility. *Oncol Nurs Forum.* (2017) *44*(3), 329-336. DOI: 10.1188/17.ONF.329-336
38. *Rhee J. S., Matthews B. A., Neuburg M. és mtsai.*: The skin cancer index: clinical responsiveness and predictors of quality of life. *Laryngoscope.* (2017) *117*(3), 399-405. DOI: 10.1097/MLG.0b013e31802e2d88
39. *Zigmond A. S., Snaith R. P.* The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* (1983) *67*(6), 361-370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
40. *Chernyshov P. V., Lallas A., Tomas-Aragones L. és mtsai.*: Quality of life measurement in skin cancer patients: literature review and position paper of the european Academy of dermatology and venereology task forces on quality of life and patient oriented outcomes, melanoma and non-melanoma skin cancer. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2019) *33*(5), 816-827. DOI: 10.1111/jdv.15487
41. *Dieng M., Kasparian N. A., Mireskandari S. és mtsai.*: Psychoeducational intervention for people at high risk of developing another melanoma: a pilot randomised controlled trial. *BMJ open.* (2017) *7*(10), e015195. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015195
42. *Banerjee S. C., D'Agostino T. A., Gordon M. L. és mtsai.*: „It's Not JUST Skin Cancer”: Understanding Their Cancer Experience From Melanoma Survivor Narratives Shared Online. *Health commun.* (2018) *33*(2), 188-201. DOI: 10.1080/10410236.2016.1250707
43. *Riskó Á., Tari A.* Egyéni pszichoterápia. *Onkopszichológia a gyakorlatban.* Budapest: Medicina Könyvkiadó (2006) 265–269. ISBN: 9632260171

Érkezett: 2024.01.04.

Közlésre elfogadva: 2024.01.10.