

BEVEZETÉS AZ ONKOPSZICHOLOGIÁBA

jegyzet

dr. Riskó Ágnes

Lektorok:

Prof. Dr. Eckhardt Sándor

Prof. Dr. Riskó Tibor

A jegyzet a Pro Renovanda Cultura Hungariae Alapítvány támogatásával készült

ELŐSZÓ

Örömmel indítom útjára ezt a jegyzetet, amely összefoglalja a daganatos betegek lelki megértésével és ápolásával kapcsolatos tennivalókat. Hézagpótló mű, eddig magyar nyelven nem született ilyen összeállítás. Szerzője alapos szaktudással és széleskörű gyakorlati tapasztalattal rendelkezik.

Megismerhetjük a betegek sokszor lelki bénultsághoz vezető tehetetlenségét saját betegségükkel szemben, olvashatunk agresszív magatartásformákról és a környezet eltorzult reakcióiról. Elénk tárul a beteget körülvevő személyzet pszichikai veszélyeztettségének problémája. Tanácsokat kapunk arra nézve, hogy miként lehet kivédeni a „kiégési szindrómát”.

Bőséges utalást találhatunk az egyes kezelési módszerek (sebészet, sugárkezelés, gyógyszeres terápia) mellékhatásainak lelki következményeiről és azok elhárításáról. A középpontban mindig a daganatos beteg áll, aki azt igényli, hogy az ápoló személyzet ne csak megértse nehézségeit, hanem át is vállalja problémái megoldásának jelentős részét.

A jegyzet minden egyes sora tükrözi annak szükségességét, hogy a daganatos beteg sorsa, „életminősége” ezen az együttműködésen alapul. Csakis közösen lehet hathatósan könnyíteni a kritikus helyzeten. A kitűnő szerzőtől ehhez minden hasznos tanácsot megkapunk.

Kívánom, hogy minél többen tanuljanak e jegyzetből.

Prof. Dr. Eckhardt Sándor
akadémikus

Budapest, 1999. január

TARTALOM

I. Bevezetés. Az onkopszichológia kialakulásának története. Pszichoszomatika és a daganatos betegség. A betegközpontú gyógyítás feltételei. A holisztikus szemlélet. A biopszichoszociális modell

II. A kórház, mint totális intézmény. Az onkológiai osztály pszichológiai légköre. Az onkológiai beavatkozások, kezelések pszichológiai vonatkozásai: sebészet, sugárterápia, kemoterápia, csontvelőtranszplantáció

III. A daganatos beteg. A megelőzés és a szűrővizsgálatok legfontosabb pszichológiai sajátosságai. A kivizsgálásra, a diagnózis közlésére adott leggyakoribb normális és kóros lelki reakciók. A daganatos betegségekhez való alkalmazkodás stádiumai, főbb típusai. A nem megfelelő alkalmazkodás. A visszaesés főbb lelki hatásai

IV. Az orvos. Az orvos - beteg kapcsolat sajátosságai, különös tekintettel az onkológiára. A klinikai pszichológus/pszichiáter feladatai, lehetőségei a daganatos betegek kivizsgálása, komplex terápiája és rehabilitációja során.

V. A nővér. A nővér-beteg kapcsolat. Az onkológiai nővér jellemző lelki stresszei. A nővér lelki egészségének védelmi lehetőségei. Az onkológiai gyógyító csoport. A „team-stressz” jellemzői, kezelése. A kiegészi tünetcsoport.

VI. A daganatos beteg fájdalma. Az akut és a krónikus fájdalom. A fájdalom kezelésének pszichológiai vonatkozásai.

VII. Az „életminőség” fogalma. Hányinger és hányás. Táplálkozási nehézségek. A daganatos betegek táplálkozási problémáinak pszichológiai vonatkozásai. Szexuális problémák. Szorongás, depresszió. Alkalmazkodási nehézségek: a Damoklész kardja szindróma. Pszichotikus tünetek. Kognitív zavarok.

VIII. A pszichoszociális megközelítés. Egyéni pszichoterápia. Csoportterápia. A kognitív-magatartásterápiás módszer. Pszichoanalitikusak orientált egyéni pszichoterápia. A fizikális terápia (body work). A Bálint csoport. A daganatos betegek rehabilitációjának főbb elvei

IX. A haldoklók sajátos lelki nehézségei. A haldoklók lelki védekezési mechanizmusai. Az „ösbizalom” kérdése. A terminális állapotban lévők gondozásának pszichológiai vonatkozásai. A haldokló családja. A halál és a büntudat. A gyermekek. Ismét a kiegészi szindrómáról

I. BEVEZETÉS.

AZ ONKOPSZICHOLÓGIA KIALAKULÁSÁNAK TÖRTÉNETE. PSZICHOSZOMATIKA ÉS A DAGANATOS BETEGSÉG. A BETEGKÖZPONTÚ GYÓGYÍTÁS FELTÉTELEI. A HOLISZTIKUS SZEMLELET. A BIOPSZICHOSZOCIÁLIS MODELL

BEVEZETÉS

A második évezred végén, évekkel a rendszerváltás után a magyar lakosságra a tartós egészségromlás még mindig jellemző. Hazánkban évente kb. 33.000 ember betegszik meg rosszindulatú daganatos betegségben. A halálloki statisztikákban a szív és keringési rendszer megbetegedései mögött a daganatos betegségek a második helyen állnak, férfiaknál 23%-os, nőknél 20%-os értékkel. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) nyilvántartása alapján hazánk a daganatos halálozást illetően a férfiaknál az első, a nőknél a harmadik helyet foglalja el. A daganatos betegek kezelhetőségét, gyógyíthatóságát sok tényező befolyásolja: a daganat szövettani típusa, a felismerés, beavatkozás/kezelés időpontja, milyensége, a beteg életkora, általános állapota, viszonyulása saját betegségéhez, egyéb betegségei, premorbid és aktuális pszichoszociális jellemzői, stb. Ahhoz, hogy a rosszindulatú daganatos megbetegedésekben szenvedők drámaian magas halálozási arányán csökkenteni tudjunk, jól szervezett munkára, hatékony megelőzésre, megfelelő tárgyi körülményekre és jól képzett, motivált, holisztikus szemléletű szakemberek multidiszciplináris együttműködésre van szükség. Azt, hogy a megelőzés eredményességének javítása mennyire összetett feladat, tanulmányok bizonyítják. Angliai vizsgálatok szerint a munkanélküliségtől való félelem korszakában nem tartozik a fontos életcélok közé az egészség megőrzése, bár már a 9-10 éves gyerekeknek és a serdülőknek is vannak ismereteik - elsősorban a népszerű televíziós sorozatokból, a szappanoperákból - a daganatos betegségekről, a megelőzés jelentőségéről. Nakagawa tanulmánya jól foglalja össze az elmúlt évtizedekben történt rohamos japán gazdasági fejlődés okozta főbb pszichoszomatikus tüneteket: túlevés, túlivás, túlzásba vitt munka (munka-alkoholizmus), mozgásszegény életmód és a családi, valamint a társadalmi kapcsolatok fokozatos elszegényedése. Hazai kutatók szerint a vezető betegségek (szív- és keringési betegségek, daganatos betegségek, de az összefüggések miatt ide sorolhatjuk a szenvedélybetegségeket is) hatékony megelőzése érdekében nagyon fontos lenne az egészség értékének helyreállítása a közgondolkodásban, a helyes életmód kialakításának és megtartásának elősegítése, valamint a rákkeltő tényezők távoltartása. Ezek az „elsődleges megelőzés” legfontosabb tényezői. A daganatos betegségek elleni küzdelem eredményességét növelné a „másodlagos megelőzés”, a lehetséges szűrési technikák kiterjesztése a rizikó csoportba tartozó lakosságra, méghozzá a megfelelő időben és a megfelelő módon. Schaff tapasztalatai szerint a jelenlegi rákszűrő programokra vonatkozó kormányrendelet és a megvalósítás feltételei között ellentmondások vannak.

Már néhány évtizede annak, hogy hazánkban orvosok, klinikai szakpszichológusok és pszichiáterek ugyan elszigetelten, szórványosan, de bátran és motiváltan foglalkozni kezdtek a daganatos betegek lelki és szociális problémáival. A teljesség lehetősége nélkül, de feltétlenül meg kell említenünk Császár Gyula, Eckhardt Sándor, Fleischmann Tamás, Gegesi Kiss Pál, Kovács Miklós, Levendel László, Mezei Árpád, Németh György, Polcz Alaine, Liebermann Lucy, Riskó Tibor és Ungár Imre úttörő munkásságát ezen a területen. A 90-es évektől kezdve a klinikai pszichológusokkal, pszichiáterekkel együtt a dietetikusok, a gyógytornászok, a

gondozó lelkészek, a logopédusok, az önkéntes segítők, a szaknővérek, a szakasszisztensek, a szociális munkások, stb. is tagjai lehetnek az onkológiai team-nek. Érdemes átgondolnunk az elmúlt néhány évtized történetét az onkopszichológia kialakulásának megértése érdekében.

AZ ONKOPSZICHOLÓGIA KIALAKULÁSÁNAK TÖRTÉNETE

J.C. Holland (1990) pszichoonkológiai kézikönyvében áttekinti a daganatos betegségekkel kapcsolatos attitűdöket, a korai kezelési erőfeszítéseket, azok fejlődését, a pszichológia, a pszichiátria és a szociológia speciális tanainak beáramlását az onkológiába, a multidiszciplináris együttműködés kialakulását és fentmaradását, beleértve az előbb említett szakemberek és az onkológusok közötti információcseréket. Ezek a folyamatok döntően hozzájárultak az onkopszichológia megszületéséhez az 1980-as években.

Az 1800-as években még nem volt hatékony kezelés a daganatos betegek számára. Általános volt a fertőzéstől való félelem. A leprához, a tuberkulózishoz, a szifiliszhez hasonlóan stigmatizálódás, szégyen, büntudat, halálfélelem kapcsolódott a daganatos betegségekhez. Az akkori elgondolások szerint „a beteg Isten kezében van”, az orvos legfőbb feladata a lehetséges komfort biztosítása volt. Az 1800-as években az emberek általában az otthonaikban, családtagjaik körében haltak meg. A temetés egyszerűen, fa-koporsókban történt.

A modern onkológiai gyógymódok kialakulását segítette az anesztézia és az antiszeptikus bevezetése és a sebészeti technikák erőteljes fejlődése. Az 1900-tól 1920-ig terjedő időszakban néhány daganatos beteget már sikeresen megoperáltak. A sugárterápia kezdeti alkalmazása bevezethette a palliatív célú kezelés fogalmát. Az Egyesült Államokban már 1890-től kezdve tanították a lakosságnak a rosszindulatú daganatos betegségek addig felismert figyelmeztető jeleit. A daganatos betegség diagnózisát általában nem közölték a betegekkel. Az emberek féltek orvoshoz fordulni, kórházba menni, háritották a daganatos betegség tényének megtudását. Az emberek az orvosoknak autoriter és paternalisztikus szerepet tulajdonítottak, akik visszasugározták: „higgy bennem és ne aggódj!”. Talán ide is visszavezethető a megbetegedett orvosok és más egészségügyi dolgozók sajátos beteg-magatartása: folyamatosan alábecsülték saját állapotukat, saját sorsukat, nem hitték, hogy ők is lehetnek valaha betegek.

1937-ben alapították meg az Egyesült Államokban a Nemzeti Rák Intézetet és a Nemzetközi Rákellenes Uniót. Az önkéntes beteglátogatók mozgalmának kezdete is ekkortól számítható. A halált „elalvás”-nak szépítették és a betegek már egyre gyakrabban a kórházakban haltak meg. Kialakult a temetések rítusa. Az általános kórházakból tömegével váltak ki az elmebetegeket gyógyító egységek. A pszichoszomatikus betegségek fogalma egyre ismertebbé vált. Az 1940-es évektől kezdve, a II. világháború folyamán felfedezték a mustárgáz egyik származékának daganatellenes hatását. Megtörténtek az első remissziók akut leukémiás betegek gyógyszeres terápiájának következtében. De ekkoriban még általános volt a pesszimizmus a daganatos betegek sikeres sebészeti és sugárterápiás kezelését illetően. A daganatos betegség diagnózisát általában nem a beteggel, hanem családtagjaival közölték. A közgondolkodásban ez a diagnózis még egyet jelentett a halállal. A hozzátartozók érzelmek kinyilvánítását - terápiás hatása miatt is - a szakemberek támogatták. A pszichodinamikus megközelítés, a pszichoszomatikus betegségszemlélet általánossá vált. Kutatások indultak a „rákbetegségre hajlamosító személyiség” és az ún. „életesemények” daganatkeltő hatásának bizonyítására. Rendszeresen tanulmányozni kezdték az akut gyászreakciókat. Az 1950-es éveket a kemoterápiás kezelések egyre szélesebb körűvé válása jellemezte és bekövetkeztek

az első remissziók. Az emberek számára egyre ismertebbé vált a vita a daganatos betegség diagnózisának közlési nehézségeiről. A gyógyíthatatlan beteg menthetetlenségét annak családtagjaival közölték. A New-York-i Memorial Sloan-Kettering Rákbetegeket Gyógyító Központjában 1950-ben létrehozták az első, pszichiáterek vezetése alatt álló klinikai- és kutatócsoportot. Az úttörő onkopszichológusok az első tudományos közleményeket a daganatos betegek diagnózisukra adott pszichés reakcióiról írták, valamint a daganatos betegség és a radikális sebészeti beavatkozások pszichoszociális következményeiről. A pszichiáterek kinyilvánították, hogy a rosszindulatú daganatos betegség diagnózisát közölni kell a betegekkel. Hozzáteesszük, hogy a tények száraz közlésének veszélyét már Hippokratész is megfogalmazta: „...Ne áruld el a betegnek a jövő veszélyeit, mert a küszöbön álló és bekövetkező dolgok elmondása már sok embert a végső kétségbeesésbe kergetett...”. A jelenlegi hazai helyzetet úgy jellemezhetjük, hogy az orvosok tudatában kialakulóban van a diagnózisközlés álláspontja. Elfogadott, hogy a helyes és humánus megoldás elsősorban empátikus figyelmet, sok bölcsességet kíván és nem lehet sematikus. Az 1960-as évektől kezdve beszélhetünk multimodális onkológiai terápiákról. Megvalósulhatott a Hodgkin kóros betegek sikeres onkológiai kezelése. A fejlett országokban a rosszindulatú daganatos betegség tabu jellege csökkenni kezdett, mert a betegségről és a halálról való kommunikáció nyíltabbá vált. Kübler-Rossnak a haldoklókkal, a haldoklás stádiumaival foglalkozó munkáinak hatására a thanatológiai mozgalom elindult az Egyesült Államokban, ugyanígy az angol Saunders által kifejlesztett hospice mozgalom is. A szakemberek egyre erőteljesebben hangsúlyozták a végstádiumba jutott betegek komplex gondozásának szükségességét. Az 1970-es évektől kezdve megújult a kemoterápia fejlődése, tovább tökéletesedtek az életmentő beavatkozások. A fejlett országokban megfogalmazták és közzé tették a betegek jogait. A kutatások szerint már a 70-es évek végén az amerikai orvosok 97%-a megmondta betegének, hogy daganatos betegsége van. Viták terjedtek el az ún. halálhoz való jogról, és a reménytelen állapotú betegek esetében a kezelések leállításának jogáról. A magatartásterápia és az egészségpszichológia elméletét és gyakorlatát egyre szélesebb körben kezdték alkalmazni a daganatos betegek komplex terápiája során. Az 1980-as évektől kezdve jelentősen nőtt a daganatos betegséget sikerrel túlélők száma: főként a kisgyermekkorú leukémiások, a Hodgkin kórban szenvedők és a rosszindulatú heredaganatos betegek köréből. Mindezzel egyidőben ismertté és szemponttá vált az optimális „életminőség” megtartása és a tünetek kontrollja, főként a fájdalomé, az aktív és a palliatív kezelés alatt egyaránt. Az évtized végén számos szerző ismét aktuálisnak tartja a daganatos betegek gyógyítási elveinek átgondolását. A daganatos betegségek szociológiai perspektívájának is egyre inkább kialakul a kutatógárdája. Az onkopszichológiai kutatások kiterjedtek a daganatos betegségek terápiájával kapcsolatos stressz pszichológiai, magatartásterápiás és gyógyszeres kezelési lehetőségeire, valamint a sikeres túlélők vizsgálatára. Megállapítható, hogy az elmúlt két évtizedben világszerte megszületett az onkopszichológia, mely tudományág a daganatos betegek, hozzátartozók és a gyógyító személyzet pszichológiai és szociális, azaz pszichoszociális terhelésével, sajátosságaival és teljes körű gondozásával foglalkozik, kiterjesztve a tevékenységet a célzott kutatásra és a prevencióra is.

Holland szerint a pszichoonkológia, - ill. a hazánkban az onkopszichológia elnevezés az elfogadottabb - az onkológia tudományának szubspecialitása és elsősorban a daganatos betegségek két fő dimenziójával foglalkozik:

1./ a daganatos betegség hatásai a beteg, a hozzátartozók és a gyógyító személyzet lelki működésére 2./ a pszichológiai és a viselkedésbeli tényezők szerepe a daganatos betegségek kialakulásában és a túlélésben.

Magyarországon az 1960-as évektől kezdve dolgoznak klinikai pszichológusok és pszichiáterek elsősorban, elszigetelten, de mégis folyamatosan az onkológiai területén. Az onko-

pszichológia fejlődésének megindulása szempontjából is fontos döntésként Eckhardt Sándor az akkori főigazgató 1988-ban megszervezte az Országos Onkológiai Intézetben a pszichológiai részleget. Az első szakember, aki a pszichoonkológiai részleget vezette Muszbek Katalin pszichiáter volt. Közvetlen munkatársai klinikai szakpszichológusok, pszichiáterek, gyógytornászok és szociális munkát végző szakemberek voltak. Jelenleg neurológus-elme-gyógyász vezeti a nagymértékű fluktuáció miatt lecsökkent létszámú pszichológiai részleget. Magyarországi szemléletünknek megfelelően onkológiai team-tagként dolgozik egy klinikai szakpszichológus és egy pszichiáter Intézetünkben. A gyógytornászok száma négyre emelkedett. A szociális munkás, valamint a gondozó lelkészek az Intézet valamennyi betegének rendelkezésére állnak. A pszichológiai részleg előbb ismertetett változásai tanulságosak, külön elemzést érdemelnének, de erre jegyzetünkben nincsen mód. Az Országos Onkológiai Intézet vezető munkatársai által 1994-95-ben kidolgozott Magyar Nemzeti Rákkontroll Program, majd a klinikai pszichológia 1998-as Szakmai Protokollja is az onkológiai team tagjának tekinti a klinikai pszichológust/ pszichiátert, ill. a szociális munkást, s megadja a lehetőséget a státuszok kialakítására az onkológia területén.

Meggyőződésünk szerint az oktatásnak alapvető szerepe van abban, hogy a mentálhigiénés szakemberek érdeklődését felkeltsük, ill. elmélyítsük a daganatos betegek pszichoszociális sajátosságai, problémái és az onkológia iránt. Ugyanígy az információcsere és a közvetlen kommunikáció segíthet az onkológusok érdeklődésének megerősítésében az onkopszichológia, a klinikai pszichológia és a pszichiátria iránt, utóbbiban kiemelt jelentőségű számunkra az addiktológia. Mivel az onkológia is különösen gyorsan fejlődő, komplex tudomány, és a multidiszciplináris együttműködés fontos, rendszeresen tudományos üléseket szervezünk az Országos Onkológiai Intézetben az onkológia iránt érdeklődő, vezető klinikai pszichológusok, pszichiáterek, belgyógyászok, nőgyógyászok, onkológusok és más szakemberek részvételével.

Az Országos Onkológiai Intézetben az onkológus szakorvosjelöltek és a családorvosok posztgraduális képzésében évek óta helyet kapnak az onkopszichológiai elméleti és gyakorlati alapismeretek. 1993 óta évente 40 órás gyakorlaton vesznek részt azok a III. éves orvostanhallgatók, akik a SOTE Magatartástudományi Intézete által meghirdetett „Bevezetés az onkopszichológiába” témájú gyakorlatot választják. A HIETE posztgraduális tanfolyamán onkopszichológiai képzésben vesznek részt az érdeklődő orvosok és alapképzésben részesülnek a leendő klinikai szakpszichológusok. Intézetünk gyógytornászai rendszeresen oktatják a HIETE Egészségügyi Főiskolájának gyógytornász hallgatóit a daganatos betegek speciális mozgásterápiájára és a limfödéma kezelésére.

Összefoglalva: az onkopszichológiai területén dolgozó mentálhigiénés szakemberek fő feladatai közé tartozik, hogy felhívják a figyelmet a rosszindulatú daganatos betegségek gyakori pszichológiai, szociális és magatartási következményeire. Elő kívánjuk segíteni, hogy a lehető legteljesebben vegyék figyelembe és szükség szerint kezeljék a daganatos betegeknek a vizsgálatokkal, a beavatkozásokkal, a különféle terápiákkal, valamint a daganatos folyamat-tal sokszor együttjáró fájdalmait, szorongásait, depresszióját, a lelki védekező mechanizmusok tudattalan fokozódását, a kognitív funkciók időszakos érintettségét a betegség lefolyása és az ellenőrzés időtartama alatt egyaránt. Betegeink és hozzátartozóik pszichoszociális helyzetét már kezdetben meg kell ismernünk azért, hogy preventív céllal, ill. szükség esetén minél gyorsabban pszichológiai/pszichiátriai/szociális/spirituális segítséget tudjunk adni a rászorulóknak.

Mivel „egy hajóban” vagyunk daganatos betegeinkkel és hozzátartozóikkal, a szakemberek köreiben a kiegészítő tünetcsoport gyakorisága és krónikussá válása különösen magas. Az onkopszichológia területén dolgozó szakemberek feladatai közé tartozik a gyógyító személy-

zet folyamatos, erőteljes lelki terhelésének, veszélyeztetett mentálhigiénés állapotának megismerése és a kiégés megelőzése, ill. kezelésének megszervezése.

PSZICHOSZOMATIKA ÉS A DAGANATOS BETEGSÉG

A pszichoszomatika, mint tudományos megközelítés, a 30-as évek óta az embert pszichikus-szomatikus egységnek tekinti. E szemléletmód alapján a testi változások nagy része, a betegségek egy csoportja csak akkor érthető meg, ha azokat az egyidejűleg zajló lelki történésekkel összefüggésben elemezzük. Ez a lehetőség az orvostudomány minden területére érvényes. Lipowski szerint a pszichoszomatika olyan tudományág, amely a szociális, a pszichológiai és a fiziológiai tényezőknek a betegség kifejlődésében, lefolyásában és kimenetelében játszott szerepét vizsgálja és kezdeményezi a betegek széleskörű ellátását.

A szakemberek évszázadok foglalkoznak a lelki alkat és a daganatos betegség kialakulása, valamint az aktuális pszichológiai problémák és a daganatos betegség manifesztációja közötti oki kapcsolat lehetőségével. Az ókorban Galenus azt figyelte meg, hogy a melankolikus nők hajlamosabbak emlőrákra, mint a szangvinikusok. A XVIII. században Gendron tapasztalatai szerint a szorongó, depressziós emberek veszélyeztetettek a daganatos betegség kialakulása szempontjából. Manapság a pszichológiai kivizsgálás során a betegek gyakran elmondják, hogy daganatos betegségük kialakulását megelőzően „alapvető hiányt” fedeztek fel önmagukban és kapcsolataikban. Anamnézisükben nem ritka az érzelmileg feldolgozatlan, így elfogadhatatlan válás, egy szeretett személy (un. tárgy) elvesztése, és a számukra emocionálisan integrálhatatlan események, konfliktusok összetorlódása. Lelki közérzetüket gyakran a krónikus, önerőből leküzdhetetlen szorongás és a tartós tehetetlenség élménye jellemzi. Meg kell említeni az elmúlt évtizedekben kidolgozott, un. rákra hajlamos személyiség kérdését is. A kutatók munkái alapján az ebbe a csoportba tartozó személyek elmondták, hogy gyermekkorukban gyakran éltek át lelki megrázkódtatásokat, csalódásokat. Érzelmileg magányosak voltak és azok is maradtak. Általában nem tudták felismerni, kifejezni, vagy elmondani érzéseiket, lelki szükségleteiket, problémáikat, mert szüleiket érzelmileg hidegnek/közömbösnek és távolságtartónak érezték. Főként az agresszióval és az ellenségességgel kapcsolatban voltak vakfoltjaik. A lehangoltság, a kétségbeesés és a reménytelenség érzése rejtetten, vagy nyíltan jellemző rájuk. Viselkedésük általában fegyelmezett, alkalmazkodó, de izolálódáshoz vezető. Emlékezetük szerint többségükben akkor keletkezett daganat, amikor a lelki megterhelések miatt kifejezett reménytelenséget és kilátástalanságot éreztek. Önmegfigyelésük alapján a lelki védekező mechanizmusok, mint pl. a tagadás, az elfojtás, a túlkompenzálás már nem bizonyultak hatékonynak. Le Shan azokban a csoportokban, ahol gyakoribb volt a daganatos betegség miatti halálozás, a csoporttagoknál statisztikailag nagyobb mértékű „tárgyvesztés”-t tudott kimutatni. Mai tudásunk alapján bizonyos, hogy a személyiség szerepe a daganatos betegség kialakulásában és lefolyásában nem kellően tisztázott. Ugyanis a kutatók a vizsgálandó személyeket különböző teszt módszerekkel elemzik, akik különböző kontrollcsoportokba sorolva, ezirányú eredményeiket tekintve, valójában nem is összehasonlíthatóak. A premorbid személyiség megbízható vizsgálata kialakult, ismertté vált daganatos betegség esetén már nem lehetséges, és egyre többet tudunk a daganatos betegség közlésének, a kezdeti vizsgálatok periódusának „fiziológiás” lelki krízist, tipikus pszichés reakciókat okozó hatásairól. Jess évtizedekre kiterjedő, a gyomorfekélyt megelőző időszakban, majd a megbetegedés után megismételt személyiségvizsgálatai alapján a gyomorfekélyes személyek lelki tünetei bizonyíthatóan a krónikus kezelési nehézségekre adott reakcióként alakultak ki, a betegség előtti időszakban nem léteztek. Jelentősek az utóbbi évtized onkológiai kutatási

eredményei a daganatos betegségek etiológiájának megértésében, melyeket a pszichés tényezők reális értékelésekor figyelembe kell vennünk. Haney értékelése megfontolandó: „A személyiség nem kapcsolódik a rákkal, de meghatározza, hogy milyen pszichés és szomatikus inzultusokra lesz érzékeny az egyén, és hogy számára e terheléseknek mi lesz a jelentősége.” Saját tapasztalataink szerint a pszichiátriai osztályokon sokszor kezelnek olyan betegeket, akik érzelmi krízisüket, veszteségeiket nem tudják önerőből feldolgozni és lelkileg megbetegszenek. Azok az emberek, akik eléggé érett, rugalmas személyiséggé fejlődtek életük folyamán, nagy valószínűséggel előbb, vagy utóbb sikeresen megoldják érzelmi kríziseiket, feldolgozzák veszteségeiket és nem kényszerülnek testi-, vagy lelki tünetképzésre. Ők, ha daganatos betegségük alakul ki, belső erőiket (azaz én-jüket) megfelelően mozgósítják, jól együttműködő, egyenrangú partnerek az orvos-beteg kapcsolatban és környezetüktől sem izolálódnak érzelmileg. Ezek a tényezők kedvező hatásúak gyógyulási kilátásaikra is. A klinikai tapasztalatok szerint a daganatos betegek sokfélék, pszichológiai szempontból is heterogén csoportnak tekintendők. Klinikai onkológusok megfigyelései és saját vizsgálataink, tapasztalataink alapján körülbelül a rosszindulatú daganatos betegek fele igényel(ne) lelki támogatást, vagy pszichoterápiát betegsége folyamán. Vannak közöttük olyanok, akik a lelki okot döntőnek tekintik daganatos betegségük kialakulásában. Ők általában eleve motiváltak a pszichológiai gondozásra, vagy a pszichoterápiára. Ugyancsak alkalmasak a pszichoszociális módszerekben való együttműködésre a már a daganatos betegség kialakulása előtt pszichésen megbetegedett emberek. Megint másoknál, akik a betegséghez, a kezelésekhez nehezen alkalmazkodnak, s tartósan súlyos lelki reakciókat mutatnak, a motiváció felkeltése és fenntartása a pszichológiai intervencióra az onkológiai team-ben dolgozó klinikai pszichológus/pszichiáter feladatai közé tartozik. A daganatos betegek másik fele személyiségüknek, addigi életútjuknak, kapcsolataiknak, életfilozófiájuknak tulajdoníthatóan önerőből, és hozzátartozóik, barátai és a jó orvos-beteg kapcsolat támaszának köszönhetően elviselik a szükségszerű bizonytalanságot, és előbb, vagy utóbb feldolgozzák a betegséggel kapcsolatos vizsgálatok, beavatkozások és kezelések lelki és szociális következményeit.

A BETEGKÖZPONTÚ GYÓGYÍTÁS FELTÉTELEI

A gyógyítóknak a betegek fizikális (testi) és emocionális (érzelmi) adottságait egyaránt figyelembe kell venniük, mert általános tapasztalat, hogy a pszichikum kedvező befolyásolása enyhítheti a testi panaszokat, és megfordítva, a testi bajok orvoslása megszüntetheti a társuló, vagy akár kiváltó pszichopatológiai zavart.

A mindennapi egészségügyi gyakorlatban azonban a szakemberek inkább a szomatikus vizsgálatokra, beavatkozásokra, kezelésekre képzettek, beállítottak és - gazdasági szempontok miatt - szinte kényszerítettek. Pszichés segítségnyújtás szüksége esetén leginkább a pszichofarmakonokat (pl. szorongáscsökkentők) alkalmazzák, ill. nem kérdőjelezi meg e gyógyszerek javaslatát. Kedvezőbb esetben pszichológiai beavatkozást kérnek más szakemberektől, akik általában a pszichoterápiát helyezik előtérbe, tehát megint elmarad a kombinált, egyszerre nyújtott pszichés és szomatikus eljárás. Meg kell jegyezni, hogy az ún. pszichoszomatoterápia még nem eléggé kidolgozott, sőt, a pszichoszomatikával elmélyülten foglalkozó Császár véleménye alapján a kombinált pszichés és szomatikus terápia szinte csak elméletben létezik.

A betegközpontú gyógyítás feltételeit Bálint a következőként határozta meg:

1. az orvosnak tudnia kell, hogy a kapott szomatikus leletekkel milyen lelki és szociális előtörténeti adatok állnak alapvető összefüggésben,
2. az orvosnak ki kell emelnie a fontos pszichés és szociális adatokat, ehhez sajátos anamnézis-feldolgozási technikát kell alkalmaznia,
3. az orvosnak a beteggel való kapcsolatát kezdettől fogva úgy kell formálnia, hogy kialakulhasson és fentmaradhasson közöttük a bizalom, mert ez „munkaszövetségük” alapfeltétele.

Tehát végső soron az orvos feladata az egyidejű klinikai objektivitás és a szubjektív megértés. Itt említjük meg, hogy mikor az orvos szerepét, feladatait, stb. elemezzük, az „orvos” fogalmát rugalmasan kiterjesztjük a beteggel szintén foglalkozó nővérré, asszisztensre, gyógytornászra, klinikai pszichológusra, pszichiáterre és egyéb szakemberekre.

HOLISZTIKUS SZEMLÉLET

A holizmus kifejezés (a görög „Holos”-ból) 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. Az egész ember megértése, kivizsgálása és gyógyítása sajátos feladatot jelent az orvosok, a nővérek, az asszisztensek, a gyógytornászok, a dietetikusok, stb. számára. A hagyományos egyetemi képzés az elmúlt évtizedekben sokat változott. Az eredendően holisztikus szemlélettel gyógyító szakemberek attitűdjét, magatartását és tevékenységét a technicizálódás és a tudományos fejlődés az elmúlt évtizedekben megváltoztatta. A közelmúltig, képzésük során a hallgatók elsősorban a szövetekről, a szervekről, az emberi szervrendszerről, a fiziológiai működésekről, stb. tanultak és nem az emberről, mint egészről, beleértve családját és társadalmi környezetét is. Reményt ad a jövőre nézve, hogy számos fórumon, egyre gyakrabban esik szó az orvos-beteg kapcsolat jelentőségéről. Az orvosok és más egészségügyi szakemberek közül egyre többen fejezik ki és valószínűsíthető, hogy érdeklődésüket, empátiájukat a betegek egyénisége, családi-, és szociális körülményei iránt. Számos jel szól amellett, hogy az egészségügyiek egyre jobban figyelnek betegeikre, emberileg közelebb akarnak hozzájuk kerülni, ők is le akarják dönteni a „kommunikációs falak”-at. A „kommunikációs falak”, a merev szerepek megszüntetésének legrealisabb módja a hiteles információcsere: ha betegeinkhez, mint méltóságukat birtokló egész emberekhez viszonyulunk. Következésképpen az orvos (nővér, pszichológus, asszisztens, gyógytornász, stb.) - beteg kapcsolatban átéljük magunk és a gyógyító team egészségét, egyben sérülékenységét is

A BIOPSZICHOSZOCIÁLIS MODELL

Legújabbban Drossman fejti ki, hogy a biomedikális, azaz a betegség-centrikus szemléletet teljesen meg kell változtatni. Számos kutatás szól amellett, hogy a beteg ember humánus és hatékony kivizsgálását, kezelését leginkább a rendszerszemléletű, integrált, ún. biopszichoszociális modell alkalmazása teszi lehetővé. Ezen szemlélet értelmében a biológiai, a pszichoszociális és a kulturális tényezők együtt hatnak az adott betegség klinikai kifejlődésében és lefolyásában. E modell alapján a megbetegedések egyidejű sejt-, szövet-, szerv-, interper-

szonális és környezeti interakciók következményének tekinthetők, de fontosak a biológiai és pszichés hajlamosító tényezők is. A környezeti hatások, a pszichoszociális és a kulturális jellemzők a klinikai megjelenést és a lefolyást befolyásolják. Drossman a jövő feladatának tekinti a pszichoszociális faktorok további kutatását és tekintetbevételét a gyógyításban és a gondozásban. A kivizsgálás során feltárt pszichoszociális adatok közül a feldolgozatlan, krónikus stresszt okozó életesemények, a kísérő pszichiátriai/pszichológiai tünetek és betegségek, a családi/társadalmi támogatás mértéke és a szociokulturális, valamint a gazdasági viszonyok figyelembevétele, majd szükség szerinti orvoslása nem tűr további halasztást. E feladatokat nem lehet megvalósítani az egészségügyi dolgozók korszerű, rendszeres oktatása és gyakorlati képzése nélkül.

Ajánlott irodalom:

A klinikai pszichológia és a mentálhigiéné szakmai protokollja. Szerk.: dr. Bagdy Emőke, Animula Egyesület, Budapest, 1998

Astrow, A. B.: Rethinking cancer. Lancet, 343:494-495, 1994

Az onkológia alapjai. Szerk.: Ádány R., Kásler M., Ember I., Kopper L., Thurzó L. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1997

Ádány, R., Boján, F. és mtsai: A daganatos betegségek etiológiája. In: Az onkológia alapjai. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1997

Bahnson, C. B.: Emotional and personality characteristics of cancer patients. In: Oncology Medicine. Sutnick, A. I., Engstrom, P. F. (eds.) Baltimore University Park Press, 1976

Baltrusch, H. J. F.: Persönlichkeitsstruktur und Erkrankung. Die Rolle emotionaler Faktoren im Krankheitsgeschehen. Med. Klin. 34:69-76, 1956

Bálint, M.: Az orvos, a betegek és a betegség. Animula Egyesület, Budapest, 1990

Cassileth, B. R.: Stress and the Development of Breast Cancer. A Persistent and Popular Link Despite Contrary Evidence. Cancer, 77:6, pp. 1015-1016

Costa, A.: Education and Training in Oncology. Eur. J. Cancer, 29/A, 5: 783, 1993

Császár, Gy.: Pszichoszomatikus orvoslás. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1980

Drossman, D. A.: Presidential Address: Gastrointestinal Illness and the Biopsychosocial Model. Psychosomatic medicine 60:258-267, 1998

Eckhardt, S.: Onkológia. Springer Verlag, Budapest, Berlin, Heidelberg, New York, 1993

Eckhardt, S.: A felnőttkori daganatos betegségek gyógyszeres kezelése. Medicina, Budapest, 1998

Engel, G. L.: The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 196: 129-136, 1977

Farkas, I.: A daganatos halálozás helyzete Magyarországon. Magyar Tudomány, 39(5): 524-539, 1994

Fox, B. H.: Premorbid psychological factors as related to cancer incidence. J. Behav. Med. 1:45-65, 1978

- Gegesi Kis, P., P. Liebermann L.: Testi (szervezeti, szervi) betegségeket követő személyiségzavarok gyermekkorban. MTA V. orvosi tudományok osztályának közleményei, XIV.: 3-4, pp. 291-323, 1963
- Geyer, S.: Psychological factors in the development and course of malignant diseases - review. *Cancer Journal*, 10: 238-243, 1997
- Ginsberg, A., Price, D. et alii: Life Events and the Risk of Breast Cancer: a Case-control Study. *Eur. J. Cancer*, 32/A:12, pp. 2049-2052, 1996
- Greer, S.: Cancer and the Mind. *Brit. J. Psychiat.*, 143: 535-543, 1983
- Haber, D. A., Fearon, E. R.: The promise of cancer genetics. *Lancet*. 351 (suppl II): 1-8, 1998
- Herzlich, C.: Coping with long term illness: a sociological perspective. *Bull. Cancer*, 85 (3): 251-253, 1998
- Holland, J.C., Rowland, J.H.: *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*. Oxford University Press, New York, Oxford, 1990
- Jess, P.: Personality pattern in peptic ulcer disease: a cohort study. *J Internal Med* 236: 271-274, 1994
- Kásler, M.: A daganatos betegek helyzete Magyarországon. *Háziorvos Továbbképző Szemle* 1:1-2 (1996)
- Kissen, D. M. Leshan, L. L.: *Psychosomatic Aspects of Neoplastic Disease*, Pitman med. Publ. Co. London, 1964
- Kopp, M.: *Orvosi pszichológia*. SOTE háziynyomda, Budapest, 1994
- Kovács, M.: Bevezetés a pszichoonkológiába. *Med. Universalis* XX/6:355-357, 1987
- Kulcsár, Zs.: *Pszichoszomatika*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 1993
- Kulcsár, Zs.: *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 1998
- Kübler-Ross, E.: *A halál és a hozzá vezető út*. Gondolat, Budapest, 1988
- Lane, D.: The promise of molecular biology. *Lancet*. 351 (suppl II): 17-21, 1998
- LeShan, L. L.: Psychological states as factors in the development of malignant disease: a critical review. *J. Nat. Cancer Inst.* 22, pp. 1-18, 1959
- LeShan, L.: *Cancer as a turning point*. Plume, London, 1990
- Levendel, L., Mezei, Á. és mtsai: Tüdőrákos betegek személyiségvizsgálata a Rorschach-próbával. *Magyar Pszichol. Szemle*, XXX.: 3, pp. 415-425, 1973
- Lipowski, Z. J. és mtsai: *Psychosomatic Medicine*. Oxford Univ. Press., New York, 1977
- Livingston, S. M. Foreword. *Lancet*, 351 (suppl II): 1, 1998
- Mezei, Á., Németh, Gy.: Untersuchungen zur Psychosomatik maligner Tumoren. *Z. Psychosomat. Med.* 9: 265-270, 1963
- Mezei, Á., Levendel, L.: Rorschach próbával diagnosztizált testvázlat-zavar prognosztikai értéke krónikus betegeknél. *Magy. Pszichol. Szle.* 27:78-89, 1970
- Nakagawa, T., Sugita, M.: Life-style changes and psychosomatic problems in Japan. *Homeostasis*, 35, 4-5: 180-189, 1994

Németh, Gy., Mezei, Á.: Personality traits of cancer patients compared with benign tumour patients on the basis of the Rorschach test. Psychosom. Aspects of Neoplastic Diseases. (Eds. Kissen, D. M. and LeShan, L. L.) Pitman, London, 1964

Oakley, A., Bendelow, G., Barnes, J.: Health and cancer prevention: knowledge and beliefs of children and young people. British Med. J. 310: 1029-1033, 1995

Ottó, Sz.: A rosszindulatú daganatok másodlagos szűrése, megelőzése. Háziorvos Továbbképző Szemle 1:3-5 (1996)

Riskó, Á.: Az onkopszichológia szakmai irányelvei. Psychiat. Hung. 13 (4): 455-468, 1998

Riskó, T. és mtsai: Ortopéd sebészi beavatkozások szerepe a primaer csontdaganatok és a csont-metastasisok ellátásában. Orvosi Hetilapí 114, 11:613-615, 1973

Riskó, T.: Gondolatok az ortopédiai műtétek indikációjának elvi kérdéseiről. MOTESZ Magazin, 5: 60- 62, 1997

Schaff, Zs.: „A helyzet egyszerűen tarthatatlan volt...” MOTESZ Magazin, 2: 48-51, 1998

Tannock, I. F.: Conventional cancer therapy: promise broken or promise delayed? Lancet. 351 (suppl II): 9-17, 1998

II. A KÓRHÁZ, MINT TOTÁLIS INTÉZMÉNY.

AZ ONKOLÓGIAI OSZTÁLY PSZICHOLÓGIAI LÉGKÖRE. AZ ONKOLÓGIAI BEAVATKOZÁSOK, KEZELÉSEK PSZICHOLÓGIAI VONATKOZÁSAI: SEBÉSZET, SUGÁRTERÁPIA, KEMOTERÁPIA, CSONTVELŐ-TRANSZPLANTÁCIÓ

A KÓRHÁZ, MINT TOTÁLIS INTÉZMÉNY

A megbetegedés, a kórházbekerülés, a kivizsgálás, a diagnózisközlés és a szükséges kezelések óriási stresszt jelentenek a megbetegedett személyek és hozzátartozóik számára. A kórházak, amelyekben ezek a folyamatok általában lezajlanak, gondoskodó intézménynek tekinthetők és kialakulásuk, működésük évszázadokon át a valláshoz kötődött. A későbbiekben a kórházakat az orvosok, a munkatársaik és a megbiztosítók számára szervezték, hiszen hozzájuk vitték, s egybegyűjtötték a betegeket. Korunk kórházait egyenesen a „totális intézmények” közé sorolják a szociológusok, éppúgy, mint pl. az iskolákat, a kollégiumokat, az elmeegógyintézeteket, a laktanyákat, a börtönöket, és a koncentrációs táborokat. Manapság a kórházakra is jellemző a gazdasági szempontok előtérbe kerülése, a felfokozott technicizálódás, a zsúfoltság, az állandó sietség, a pergő események egy részének kiszámíthatatlansága, a növekvő stressz, a saját érzelmekkel való foglalkozás lehetetlensége, az intimitás csökkenése, a komplikált helyzetekhez való gyors alkalmazkodás ismétlődő kényszere. Pedig a kórházakban mindenki hat mindenkire, különböző mértékben, de mindenki érzékenyebbé és sérülékenyebbé válik, mindenkivel történhetnek váratlan események, valamennyi betegnek át kell adnia a kontrollt a személyzetnek, mindenkinek foglalkoznia kell az élet és a halál kérdéseivel, miközben a betegek távol vannak családtagjaiktól, barátaiktól, megszokott környezetüktől, életmódjuktól. Egyes kutatók szerint a kórházban tartózkodók két csoportra oszthatók: a kényszerűen ottlévőkre és azokra, akik ezeket az intézményeket önként munkahelyüknek választják. A két csoport tagjai között óhatatlanul kialakul egy „kommunikációs fal”, amelyet a csoporttagok sajátos szóhasználatának, beszédstílusának, nem verbális kommunikációjának, viselkedésének és ruházatának különbözősége is épít, erősít, fenntart. Köztudott, hogy a kórházakban gyógyító, segítő szándékkal dolgoznak a szakemberek, a betegek pedig gyógyulni akarnak, ezért együtt kell működniük. Mégis, a betegek és a gyógyítók általában elkülönülnek egymástól. Ennek a jelenségnek tapasztalataink szerint az lehet az egyik rejtett oka, hogy az egészséges, vagy azt a benyomást keltő gyógyítók - önkéntelenül - meg akarják védeni saját határaikat, éppen ezért meg akarják tartani a távolságot a tudattalanul, vagy tudatosan velük azonosulni kívánó betegektől. Felmerül a kérdés, hogy köznapi értelemben lehetséges-e, kell-e megvalósítani a betegek és a gyógyító csoport tagjainak erőltetett egyenrangúsítását? Az bizonyos, hogy a kórházakban dolgozóknak az eddigieknél sokkal jobban át kell alakulniuk a beteg-centrikusság, a betegek segítségének irányába, miközben mindkét félnek meg kell tudnia tartani saját egyéniségét, emberi méltóságát és aktivitását.

AZ ONKOLÓGIAI OSZTÁLY PSZICHOLÓGIAI LÉGKÖRE

Guex az onkológiai osztályokat örök mozgásban lévő rendszernek tekinti, mely rendszert a kommunikáció sajátos nehézségei, az állandó bizonytalanság, a kényes egyensúly, a folytonos, túlterhelő érzelmi jelenségek és a veszélyeztető ingerekre adott lelki védekező reakciók jellemezznek. De ugyanígy jellemzi a daganatos betegeket gyógyító osztályokat az új betegek folytonos jelentkezése, a betegek gyors forgása, a sorstársság kialakulása, a szavakkal és gesztusokkal kifejezett információ-zuhatag megállíthatatlan áramlása, a mindent átható aggodalmaskodás, az ismétlődő, nehezen feldolgozható kudarcok, a szeparációs szorongás, az aktiválódott halálfélelem, a magas halálozási arány és az elvesztés miatti gyász.

A napi gyakorlat alapján a betegek és a gyógyító csoport tagjai között kialakuló jellemző konfliktusok a következők:

1. A személyzet nehezen tudja értelmezni a betegek gyakori, „mindent, vagy semmit” típusú gondolkodásmódját. A gyógyítóknak sokszor az a benyomása, hogy a súlyos betegek túl optimistán viszonyulnak állapotukhoz, vagy ellenkezőleg, teljes mértékben tagadják azt. Sokan nehezen tesznek különbséget a „nem tudok a betegségemre gondolni, mert elviselhetetlen fájdalmat okoz” viselkedés és a kóros mértékű realitás-tagadás között. Pedig a gyógyítóknak tisztában kell lenniük a betegek időszakos, felfokozott lelki védekezésével, szelektív tagadásával ahhoz, hogy személyre szabott segítséget, támogatást tudjanak adni.
2. A gyógyító csoport tagjai számára gyakran kiismerhetetlen a betegek és hozzátartozóik közötti kapcsolat és annak tükröződése az aktuális viszonyban. Pl.: „ez a feleség nem úgy viselkedik, mint egy igazi társ, alig várja, hogy valamilyen indokot találva elszaladhasson beteg férje ágya mellől, stb.” Az ilyen, s ehhez hasonló helyzetek téves értelmezése miatt a team-en belül is kialakulhat konfliktus.
3. A személyzet általában nehezen birkózik meg a súlyos állapotban lévő, túlélésért küzdő betegek gyakran reális halálfélelmével. A gyógyítók azért is nehezen fogadják el a halálfélelem realitását és a gyakori halálozást, mert ez mintegy megkérdőjelezi napi munkájuk értelmét, folyamatos teljesíthetőségét és befolyásolhatja a betegekkel való érzelmi kapcsolatukat.
4. A team-tagok számára általában bonyolult feladat a betegek és hozzátartozóik gyakori - nyílt, vagy rejtett - agressziójának kezelése. Ismert, hogy a betegek fokozott érzékenysége és önkéntelen dühe alkalmazkodásukat is szolgálja, ugyanakkor kinyilvánítása a gyógyítókat sérti és megkérdőjelezi pozitív szándékaikat. Ritkán, de előfordulhat, hogy a beteg, vagy hozzátartozója önkéntelen, kontrollálatlan agresszivitása miatt szinte elfogadhatatlanná, vagy bűnbakká válik az intézményben.

A kórházi, ezen belül az osztályos légkör kialakításában az ott dolgozók a meghatározóak és az érzelmi hatásokat ők sem kerülhetik el. A személyzeti tagok tartós érzelmi túlterhelésének egyik forrása az, hogy a napi munka folyamán befogadott, főként nem verbális érzelmi hatásokat (pl. a kívülről sokszor egészségesnek tűnő új beteg első riadalmának észlelése, a súlyosan szenvedő ember testközelsége, erős érzelmi kisugárzása, rejtett, vagy nyílt lelki-támasz keresése, az aggódó hozzátartozók látványa, kétségbeesett kapcsolatkeresése, a visszaesett beteg fokozott lelki fájdalma, főként a fiatal nővérek, orvosok eszköztelensége, a szakemberek állandó túlterheltsége, stb.) valójában nem tudják tudatosítani, szavakba, mondatokba átfordítani, feldolgozni és igény esetén egy megfelelő személynek elmondani. Megfigyeléseink alapján az állandó halálközelség hatására aktiválódó halálfélelem miatt a személyzet - akaratlanul is - érzékennyé és „vevővé” válik a daganatos betegek folytonos „kisugárzásaira”, mely jelenségek hasonlóságot mutatnak a pszichotikus betegek nem verbális

kommunikációjával. A személyzet részéről a Bion által leírt, ún. lelki-konténer funkció vállalása jelentős segítség a betegek számára, hiszen feszültségeiket, félelmeiket „átrakhatják” az őket gondozókba, akik ugyanakkor nem automata lelki-konténerek. Erre a feladatra a személyzetet megfelelően fel kell készíteni és gondoskodni kell mentálhigiénés/pszichoszomatikus kondíciójuk karbantartásáról is. Emellett kiemelt tennivalónk a gyógyítók újra és újra aktiválódó halálfélelmének és a tárgyvesztésekkel való sikeres megküzdésének támogatása. Véleményünk szerint az onkológia területén gyakori, sajátos kommunikációs nehézségek (pl. sietség, zsúfoltság, személytelenség, egészségügyi szleng használata, stb.) csak a jéghegy csúcsát jelzik. A valódi nehézséget - az egyre javuló terápiás eredmények ellenére - az állandó halálközelség, a tehetetlenség élmények sorozata, a leggyakrabban feldolgozatlanul, egyedi fájó emlékként rögzülő tárgy-vesztések, a miattuk kialakult és összeadódó kudarcélmények, az elkerülhetetlen bizonytalanság és a büntudat jelentik. Ezen többé-kevésbé kimondatlan, de igen intenzív lelki folyamatok következtében ugyanúgy, mint a pszichiátriai osztályokon, az onkológiai team is széthasadhat a „jókra” és a „rosszakra”. Ezt a „hasadtságot” a személyzeti tagok mint önmaguk miatt keletkezett konfliktusok következményét élhetik át, ezzel további, krónikus, továbbra is tudattalan konfliktusforrást teremthetnek, büntudati érzéseiket fokozhatják. Itt lenne az ideje, hogy az ún. szomatikus osztályokon is legalább annyit törődjünk a szakemberek mentálhigiénés problémáinak elemzésével, feltárásával, megelőzésével, vagy ha már kialakult, a gyógyításával, mint a jól funkcionáló pszichiátriai osztályokon évtizedek óta tesszük.

A kórházi felvétel lelki vonatkozásai

A kórházbakerülésre sokféle módon reagál a sokféle ember. Van, aki kimondja: „ez az első eset az életemben, amikor fényes nappal is fekhetek az ágyban és nem kell semmit sem csinálnom, gondoskodnak rólam. Harminc éve dolgozok a munkahelyemen és vezetem a háztartást otthon, most nincs kötelezettségem, s ezt élvezem.” Van, aki már a kórházbakerülés miatt is megrendül: „egész életemben önállóan intéztem a dolgaimat. Most ide kerültem, erre a furcsa helyre, egész nap feküdnöm kell és engem irányítanak, kontrollálnak.” Ha nem is gyakran, de előfordul, hogy a kórházi felvétel nagymértékű lelki regressziót okoz az adott betegben, s ez a sajátos prepszichotikus állapot addig is eltarthat, amíg a beteg haza nem mehet. A lelki egyensúlyvesztésben számos „kórházi” tényező közrejátszhat: az ismeretlen környezet, a sajátos időrend, a közös kórterem, az idegen emberek gyakran túlzott közelsége, mondhatnánk testközelsége, az alvás, az étkezés és az ürítési funkciók körülményeinek megváltozása, esetleges katéterezés, beöntés, intim mosdatás elfogadása. A megszokott körülmények közé visszatérve a regresszióban lévő személy lelkiállapota általában gyorsan rendeződik.

Eset: „Lajos” (az esetismertetésekben a keresztnéveket megváltoztattuk)

Kemoterápiás osztályunkra felvételt nyert egy középkorú férfi, aki korábban nem feküdt kórházban. Feleségét egész nap nem engedte el a közeléből, de még így is nagyon megviselte az esti kényszerű elszakadás. Betegünk szokatlannak, ijesztőnek találta a kórházi környezetet. Éjszaka nem mert a kórteremben maradni, mert úgy vélte, furcsa, veszélyes tárgy került az ágya alá, ugyanis az éjszakai nővér a vizeletgyűjtés miatt egy zárt tartályt helyezett oda. Szobatársa viselkedését is félreértette, mert betegtársa hangtalanul tűrt fájdalmai miatt kicsire összegömbölyödve hol ült, hol feküdt az ágyában. Lajos egyre nyugtalanabbá vált, de nem tudta megmondani, mi a baja. Realitás érzékét részlegesen elvesztette, menekülési késztetését

nagyon nehezen kontrollálta. A nővér, felismerve elesett lelkiállapotát, ideiglenesen meg tudta nyugtatni. Végül a szükséges kezeléseket a szakemberek megértő támogatásával, felesége fáradhatatlan segítségével tudta megkapni.

Tapasztalataink alapján a kórházba kerülő felnőttek főként a számukra idegen, sokszor ijesztő, szorongást keltő kórházi körülményektől, eseményektől, a dependenciától, szeretteik hiányától, a napi rutin elvesztésétől, a mozgásszegény életmódtól, az alvás megváltozásától, az álmok hiányától szenvednek leggyakrabban. Ráadásul ezeket az élményeket a betegek önmagukba zárják és nem, vagy csak nehezen tudatosítják. Az érzelmi ventilláció sem gyakori, mert minderről sokszor nincs kinek, mikor és hol beszélni. Pedig a félelmek, a megoldatlan stresszek, a negatív élmények „tárolása” - a lelki integrálás helyett - elvesz energiáikból, gyengíti együttműködési kapacitásukat, sőt kihat későbbi aktivitásaikra is.

Az eddigiek alapján nyilvánvaló, hogy az onkológiai osztályok humánus, biztonságos, barátságos, beteg-centrikus, gyógyító légkörének megteremtése és fenntartása nehéz, összetett feladat. Sürgető felzárkóznunk azokhoz a fejlett országokhoz, amelyekben a kórház többé-kevésbé mindenki számára elfogadható, önmagában is terápiás légkörének kialakításával és megtartásával, az érzelmek jelentőségével erre képzett szakemberek foglalkoznak.

AZ ONKOLÓGIAI BEAVATKOZÁSOK, KEZELÉSEK FŐBB PSZICHOLÓGIAI VONATKOZÁSAI: SEBÉSZET, RADIOLÓGIA, KEMOTERÁPIA. CSONTVELÓTRANSZPLANTÁCIÓ

SEBÉSZET

A daganatos betegek gyógyításának történetében a sebészeti beavatkozás volt az első, és évezredekig az egyetlen hatékony kezelési módszer. A túlélést, a hátralévő időt elviselhetővé tevő, a komplikációkat (pl. bénulás, végtagelhalás, kifelélyesedés) elhárító műtétek a 19. század elejétől kezdve már egyre gyakoribbak lettek, mert a műtéti technika és az aneszteziológia fejlődésén túl az antiszeptikus bevezetése és a műtétek utáni fertőzések gyógyítása is sikeresebbé vált. Az onkológiai sebészet hatékonysága kezdetben sugárterápiával, majd a 60-as évek óta kemoterápiával, ill. a kettő kombinációjával fokozható.

A daganatos betegek műtétekre adott lelki reakcióit az 1950-es évektől kezdve kutatják. Ismét említjük, hogy az emlődaganat miatt sebészeti beavatkozásokon átesett nők lelki reakcióival foglalkozó amerikai kutatások az első tudományosan elfogadott vizsgálati eredmények az onkopszichológia történetében.

A műtét előtti időszak főbb lelki vonatkozásai

Napjainkban, ha egy rosszindulatú daganat operálható, a műtét szükségességének közlése megkönnyebbülést, de egyben félelmet, szorongást, halálfélelmet is okoz a betegekben. Ezek általános, normális reakciók. Ha ebben az időszakban lelki tünetek kezdenek kialakulni, azok annál erősebbek lesznek, minél nehezebben alkalmazkodik az adott beteg a stressz helyzetekhez, minél kevésbé birtokolja én-erejét (személyiségét), minél többször volt már operáció a beteg, ill. rokonai életében, de az is fontos tényező, hogy milyen mértékű és kockázatos a tervezett műtét. A következő reakciókat/tüneteket sorolhatjuk ide: kontrollálhatatlannak érzett halálfélelem, az elképzelt kiszolgáltatottság miatti intenzív szorongás, nem

enyhülő félelem a testi integritás megszűnésétől, a csonkításától, a test és/vagy a testi funkciók megváltoztatásától, az altatás és a fájdalom elképzelt kínjaitól, veszélyeitől. A betegek álmaiban is jelentkezhetnek ezek a szorongások. A műtét előtti szorongásos álmok jelzik, hogy az adott beteg lelki szinten, tudattalanul „készül” a műtetre, s a lidérces álmok jutalmaként feszültségeinek egy részétől legalább megszabadul.

Tanulmányok szólnak arról, hogy a műtét előtt passzív, normális érzelmi reakciókat sem nyilvánító betegek a műtét utáni szövődmények szempontjából veszélyeztetettek, mert háritásaik miatt hirtelenül, felkészületlenül, szinte brutális módon szembesülhetnek azzal, hogy mi történt velük, anélkül, hogy érzelmileg foglalkoztak volna az eseményekkel, s így szükségszerűen elmaradt a lelki feldolgozás is.

Az onkológiai team-tagok közül a legnagyobb felelősségű sebészek feladatai közé tartozik, hogy az operáció előtt, nyugodt, őszinte, kétszemélyes helyzetben, végig szem előtt tartva a beteg érzelmi állapotát, aktuális megértőképességét, elmagyarázzák: miért történik a műtét, milyen várható eredményekkel, következményekkel jár, milyen kockázati tényezőket kell figyelembe venni, melyek a várható testi problémák, funkcionális változások, s milyen maradandó károsodást okozhatnak. A betegek döntés-segítésében alapelv, hogy a betegek gyakran azt sem tudják, valójában miben kell dönteniük. A gyakorlott sebészek klinikai tapasztalataik alapján meglehetősen biztonsággal meg tudják ítélni, hogy az operálandó beteg félelmei, szorongásai, esetleges intellektuális gátoltsága normális reakcióknak tekinthetőek, vagy szükség van klinikai pszichológus/pszichiáter szakvéleményére, esetleges közreműködésére is. Ehhez a klinikai tapasztalatokon túl figyelemre, beszélgetésre, esetleg ismételt találkozássra van szükség a sebész és páciense között. Az empátiával jellemezhető kommunikációs kapcsolatot további szempontok is indokolják. Ha az operátor a műtét előtt nem hallgatja meg a beteg kétségeit, félelmeit és nem készíti fel a várható nehézségekre, s érzelmileg nem támogatja betegét, akkor a későbbiek folyamán, szervi eltérések nélküli, ún. funkcionális rendellenességek, hypochondriás szorongások, projekciók, agresszív késztetések nyilvánulhatnak meg a sebész, vagy akár az egész team ellen. Hertz tapasztalatai szerint az orvosok ellen irányuló perek többsége megelőzhető lenne őszinte, folyamatos, teherbíró orvos-beteg kapcsolattal. Tehát megfelelő körülményekre, időre, türelemre és élettapasztalatra van szükség az orvos részéről.

Az együttműködést elutasító magatartás lelki hátteréről

Nem túl gyakran, de előfordulhat, hogy a preoperatív időszakban kialakult súlyos szorongás pánik-állapotot provokál az operálandó betegben, következtében a szükséges műtét elutasítása is szóba kerülhet. Rendkívül komplikált helyzet alakulhat ki, ha egy előzetesen megbeszélt műtét-sorozat folyamán szakítja meg a beteg az együttműködést. Ezeknél a betegeknél - az anamnézis alapján - már korábban is súlyos szorongások, félelmek léteztek: pl. eltúlzott félelem az elszakadástól, az idegen helytől, az orvosi beavatkozásoktól, az altatástól, a műtétektől, az érzelmileg fontos családtagokkal, barátokkal kapcsolatos traumatikus kórházi tapasztalatok, stb. Ezeknek a betegeknek gyakran szükségük van pszichológiai/pszichiátriai konzultációra, szükség esetén szakszerű kezelésre. A megfelelő érzelmi támogatás, indokolt esetben a pszichológiai/pszichiátriai intervenció minden egyes betegnél kedvező hatású a posztoperatív időszakra is.

A posztoperatív periódus főbb pszichés jellegzetességei

A műtét utáni első egy-két nap általában jó érzést kelt a betegekben, hiszen úgy érzik, eltűnt a betegség, s közérzetük, erőnlétük javul. Az altatáshoz és a fájdalomcsillapításhoz szükséges gyógyszerek kiürülése után a változások kezdenek tudatosulni a betegekben, s újabb információkra, biztatásra, reményre van szükségük ahhoz, hogy aktuális állapotukat valóban elfogadják.

Az első aggodalmak arra vonatkoznak, hogy sikeres volt-e a műtét, el lehetett-e teljes egészében távolítani daganatot és az esetlegesen érintett környező nyirokcsomókat. A csendes betegekre is fel kell figyelni, bár előfordulhat, hogy ez a „latencia” mintegy lelki felkészülést biztosít az aktuális és a későbbi nehézségek megoldására. Fallowfield tapasztalatai alapján az emlődaganatos betegek gyakran csak hazamenetelük után reagálják le a műtét miatti szorongásaikat. Sokan egészen hazatértükig fegyelmezetten viselkednek, s néha csak hetek múltán nézik meg az operáció testi következményeit. Sok családban nagyon keveset, vagy egyáltalán nem beszélnek az adott családtag daganatos betegségéről, a kezelés eseményeiről. Bármilyen „titoknak” önmagában is számos negatív hatása van a családi kapcsolatokra, a család életére, s ráadásul a titok ugyanúgy növekszik, terjeszkedik a család életében, mint a kezeletlen daganatos betegség. Ismert, hogy a műtéthez és az aktuális állapothoz való alkalmazkodásban nagy szerepe van a beteg alap-személyiségének, érettségének, önértékelésének és az operált szerv, az elvesztett funkció pszichológiai jelentőségének az adott személy érzelmeiben. Tapasztalataink szerint a betegségről való kommunikációt a családban valójában az érintett személy engedélyezi, irányítja, tudatosan, vagy tudattalanul.

Eset: „Magdolna”

Magdolna egészségesnek tűnő, kisportolt, jó humorú, fiatalos nő volt, mikor megismertem abban a mozgás-csoportban, amit daganatos betegek számára szerveztünk az Onkológiai Intézetben. Nagyon megmaradt bennem, hogy beszélgetéseink folyamán Magdolna a tuberkulózist elegáns, emlődaganatát pedig nem-elegáns betegségnek tartotta. Valójában stigmatizáltak, halálosan fenyegetettnek érezte magát, pedig a rehabilitációra való kilátásai orvosa szerint kedvezőek voltak. Elmondta, hogy férjével minimális mértékben beszél betegségéről, serdülőkorú gyermekeivel egyáltalán nem beszélt emlődaganatáról, a kórházi tartózkodásokról, a csonkító műtétről, a kemoterápiás kezelésről, szinte állandó halálfélelméről. A kommunikációs zűrzavart, az elhallgatás-sorozatot saját elhatározásból alakította ki - „meg kell védenem a családomat önmagamtól” -, titkolózó magatartásának megváltoztatását illetően befolyásolhatatlannak bizonyult. Nem fogadta el, hogy a gyerekek előbb, vagy utóbb úgyis mindent megtudnak, s ilyen körülmények között még azt is kénytelenek megtanulni, hogy a bajokat titokban kell tartani. Férje észrevételeit hárította, gyermekei egyre neurotikusabb magatartását nem volt képes összefüggésbe hozni saját titkolózásaival, kökemény kommunikációs falával. Egy idő után a pszichoterápiás célzatú mozgásterápián kívül sportolni kezdett, „diétáját” egyre fokozta, mind több ételt, italt nyilvánított „mérgező”-nek. Az eltűlt mozgás, a csökkenő kalória-bevitel miatt fogyni kezdett, szinte megrészegett az elért „tisztaságtól”, viselkedésében egyre több irracionális elem jelentkezett. Sikeresnek, könnyűnek, akaraterősnek érezte magát. Erőfeszítéseim dacára, rohamosan erősödő elszemélytelenedése miatt a pszichoterápiás helyzetet is elutasította, szinte expressz-vonatként robogott a halálba. Gyermekei a halála előtti napokban tudták meg, hogy anyjuk évek óta a daganatos betegségével küzdött. A rendelkezésre álló rövid idő alatt nehéz volt megállapítani, hogy Magdolna kóros reakciónak milyen mélyen volt a gyökere, azaz mi volt előbb, a daganatos betegség okozta súlyos, megoldhatatlannak érzett lelki krízis, vagy a premorbid személyiség

sérülése, de ma is foglalkoztat, hogyan lehetett volna jobban segíteni Magdolnának, rajta keresztül családtagjainak.

A betegek életminősége gyakran hanyatlik a műtét után: sokan nem tudják folytatni hivatásukat, kedvteléseiket, megváltozik szerepük családjukban és a társadalomban. A daganatos betegek anyagi helyzetének romlása hazánkban szinte általános. Elsősorban a gége-, az emlő-, a vastagbél- és a hólyagoperáción átesett betegek szenvednek a látható, ill. könnyen tapasztalható csonkítások pszichoszociális következményeitől.

Azoknak a betegeknek, akik nem tudnak alkalmazkodni a valósághoz, azoknak van egy aktuális tapasztalatuk önmagukról és ugyanakkor tudatukban megőrzik változatlan testképüket. Esetükben a kétféle tapasztalatsor nem egyesül, sőt a betegtől az aktuális és a tárolt testkép egymástól való távoltartása külön energiát igényel. A realitás felismerésének és elfogadásának hiánya a lelki védekezés, a tagadás egyik formája.

A leggyakrabban amputáció után előforduló fantomfájdalomnak pszichológiai szempontból az a szerepe, hogy elfedi a testképben az elfogadhatatlan hiányt.

Magam is megfigyeltem a csonkító nőgyógyászati műtétek utáni kóros falást néhány, leginkább túlzott önszeretettel jellemezhető nőnél. Esetükben a kóros mértékű evésnek az az egyik tudattalan célja, hogy az elfogyasztott „jó” ételek és italok az üreget, a hiányt „betöm-jék”. Az erősen túlzott mértékű (napi 5-8 liter folyadék, gyakran valamilyen „ál-gyógyító víz”), gyakran kényszeres ivásról az érintett betegek elmondták, hogy szeretnék testüket kitisztítani, a daganattól megszabadítani a rítus-szerű „átmosással”. A szintén kórosnak minősíthető éhezés (ami nem egyenlő a szervi okok miatt kialakuló anorexiával) sem ritka jelenség a daganatos betegeknél. Pl. vastagbélműtét után táplálékmegvonással véli biztosítani a beteg az emésztési funkciók felfüggesztését, az adott testtáj tisztaságát, jó illatát, zajtalanságát. Az éhezés (pl. rögeszmésen eltúlzott mértékű „diéta”-val) a biokémiai változások segítségével kialakult hiperaktivitással elterelheti a daganatos beteg figyelmét a testsúlycsökkenés kockázatairól is.

A fenti esetekben az operált betegek nárcisztikusan, többé kevésbé irreálisan élik át a változást, általában túlértékelik jelentőségét és szenvednek következményeitől: megbélyegzettnek, csúnyának, szexuálisan taszítónak, emberi kapcsolatokban elfogadhatatlannak ítélik magukat, s ebben a hitükben gyakran csak klinikai pszichológus/pszichiáter tudja „megingatni”, kedvező változashoz segíteni őket.

Ugyanígy kitüntetett figyelmet érdemelnek a műtét után a depressziós, ritkábban agresszív, máskor súlyos, ingadozó lelki regresszióban lévő betegek. Közéjük tartozhatnak a különösen nehéz helyzetbe került betegek - pl. látási, helyzetváltoztatási, mozgási problémákkal, gyakran egyre rosszabbodó állapottal küzdő betegek. A helyzethez való alkalmazkodásuk, az esetleges további kezelésekhez, vagy a teljes rehabilitációhoz való támogatásuk a gyógyító team szükség szerinti kiegészítését igényelheti klinikai pszichológussal, pszichiáterrel, logopédussal, sztóma-terapeutával, dietetikussal, protetikussal, plasztikai sebésszel, gyógytornásszal és kórházi lelkésszel.

A beteg hazamenetele néha a gyógyító team részéről is körültekintést, szervezést igényel. A beteg a kórházban alkalmazkodó, akár gyermeki magatartású, függő is lehetett, mert ily módon tudta ellenállás nélkül elfogadni a beavatkozások, kezelések, az együttműködés szükségességét. Családjához visszatérve óhatatlanul, kölcsönösen szembesülnek a betegség tényével, bizonyos következményeivel, s ezek feldolgozása különösen az érzelmileg bizonytalan, vagy csonka családokban okozhat traumákat és működési zavarokat.

Az Országos Onkológiai Intézetben, a Holland által New Yorkban bevezetett módszerhez hasonlóan, évek óta működik, jelenleg gyógytornász-szociális munkás által vezetett betegcsoport az emlőműtéten frissen átesett nők számára. A tapasztalatok szerint az elsősorban tartásjavító, a testi változásokat tapintatosan, fokozatosan tudatosító, feszültségcsökkentő gyógytorna kedvezően vezeti be az edukációs célzatú beszélgetést. A klinikai tapasztalatok alapján bebizonyosodott, hogy azok a betegek, akik megfelelő, egyénre szabott információkban és támogatásban részesültek a műtét előtt és után, azok lelkiileg és fizikailag is képesek voltak a megfelelő időben a helyreállítás (pl. protetizálás, plasztikai műtét) megvalósítására.

SUGÁRTERÁPIA

A sugárterápia klinikai alkalmazásának kezdetét 1922-re teszik a szakemberek, mert Párizsban ekkor számoltak be először egy előrehaladott állapotban lévő daganatos beteg sikeres sugárterápiájáról.

Napjainkban a rosszindulatú daganatos betegségek kórlefolyása során az esetek mintegy kétharmadában van szükség a sugárterápia valamelyik formájára. Vannak olyan kórfolyamatok, amelyek esetén az elsődleges ellátás során nem nélkülözhető a sugárkezelés. A sugárkezelés kb. fele-fele arányban történik kuratív, illetve palliatív céllal. A kuratív sugárterápia eredményeként a kezelés után a betegben klinikailag nem lehet daganatot kimutatni. Palliatív sugárkezelés esetén nem várható a daganattömeg teljes eltűnése, ilyenkor a tünetmentes periódus, vagy az élettartam meghosszabbítása, illetve az életminőség javítása a cél.

A sugárterápia pszichológiai vonatkozásai

Mint általában az onkológiai kezeléseket, úgy a sugárterápiát is még mindig körülfonja a misztikum, a félelem és az értetlenség. Sok laikus gondolja, hogy a sugárterápia többet árt, mint használ, sőt egyesek szerint „az ördögöt kezelik az ördöggel”. Vannak, akik nagyon nehezen fogadják el, hogy a műtét után szükségük van erre a terápiára, főleg akkor, ha az operátor a műtét előtt fel sem vetette a kezelés lehetőségét. Pedig a sugárterápiára való felkészítésen sok múlik, még a későbbiekben is. Az informátlanság és a nem megfelelő kommunikáció miatt elégedetlenség, gyanakvás alakulhat, fokozódhat a betegekben és a potenciális támogatókban, a hozzátartozókban. Pszichológiai szempontból a betegekben az „emberi tényező” mulasztásai: a felkészítetlenség, a tájékozatlanság és a sugárkezelés technikai körülményei (csend, egyedüllét, idegen, szokatlan, esetleg rideg környezetben), gépparkja és a sugár láthatatlansága egyaránt kelthet kaotikus gondolatokat, fantáziákat vagy lelki regressziót.

A kezelésre adott tipikus lelki reakciók

A klinikusok tapasztalatai szerint a kezelésre megnyilvánuló leggyakoribb lelki reakciók a következők: szorongás, depresszió/ellenségesség, düh, bűntudat, pszichaszténiás tünetek.

Az elégtelenül informált betegekben a sugárterápiás kezeléssel kapcsolatban konkrét félelmek is kialakulhatnak: elégeti a bőrt, megváltoztatja a testet, alapvető fiziológiai funkciókat lehet elveszíteni, a későbbiekben nem lehet napozni, stb. Vannak, akik a szexuális funkciók csökkenésétől, a sterilitástól, a haj kihullásától, a testi gyengüléstől félnek leginkább. Megint mások az esetleges késői utóhatások miatt aggodalmaskodnak.

Hogyan lehet segíteni a téves hiedelmek, a félreértések, a kóros fantáziák eloszlatásában?

A sugárterápiás osztály szakemberei - tehát nemcsak az orvosok - fáradhatatlanul figyelmes, segítőkész, informáló és támogató magatartásukkal segíthetnek leginkább betegeiknek abban, hogy megértsék, elfogadják a kezelést és a szükséges tennivalókban együttműködjenek. Az egyénre szabott, pontos, a beteg számára érzelmileg elfogadható, intellektuálisan megérthető, szükség esetén akár többször is megismételt felvilágosítás a leghumánusabb, egyben a leghatékonyabb biztosítéka a megfelelő orvos-beteg kooperációnak. Gyakori panaszként halljuk a betegektől, hogy sokat kell várakozniuk a kezelésekre, érzelmileg nagyon megterhelő, ha a várakozás a nagyon rossz állapotban lévő sorstársak közelében történik. Ezen a napi problémán megfelelőbb szervezéssel sokat lehetne enyhíteni. El kell érünk azt is, hogy a kedvező változásokról, eredményekről is hírt kapjanak a betegek és hozzátartozóik: pl. „mi nagyon modern, igen pontosan irányítható készülékekkel rendelkezünk, amelyeknek hatása nem terjed ki az ép szövetekre”. Megelőzheti a szorongások és félelmek kialakulását és rögzülését a sugárterápiás osztály orvosainak és technikai személyzetének előzetes megismerése, a kezelő-helyiségek, a gépek megtekintése. Tény, hogy a sugárterapeuták a kezelés befejezése után, az ellenőrzés érdekében éveig, sőt évtizedekig rendszeres kapcsolatban maradnak betegeikkel. Ezen orvos/szakember-beteg kapcsolat pszichoszociális része ugyanannyira fontos, mint a szakmai. Sőt, valójában ezt a két aspektust nem is lehet elválasztani.

A betegek önkéntelen kóros lelki reakciói a sugárterápiával összefüggésben:

Néhány beteg esetében igen jelentős, önerőből kontrollálhatatlan distresszt tapasztalnak a sugárterápiás szakemberek: pánik állapot, súlyos tehetetlenségi élmény, kifejezett vegetatív tünetek, stb. A kóros lelki tünetek főbb okai: megelőző, érzelmileg feldolgozatlan családi/saját traumatikus élmények a sugárterápiával kapcsolatban, a visszaesés tényének megtudása a palliatív kezelés előtt, premorbid pszichiátriai tünet/betegség, pl. közlekedési fóbia, pánik-betegség, paranoid személyiségzavar, stb. Ezekre a betegekre, a kooperáció kialakítása és fenntartása érdekében, kezdettől fogva különös gondot kell fordítanunk. Szükség lehet klinikai pszichológus/pszichiáter vizsgálatára, szakvéleményére, intervenciójára is.

A sugárterápiás szakemberek tipikus stresszei

Az ezen a területen dolgozó szakemberek is nehéz lelkiállapotban lévő daganatos beteg emberekkel foglalkoznak: akik most tudták meg a diagnózisukat, műtét utáni állapotban vannak, vagy a visszaesés, akár egy további daganatos betegség tényét, ugyanakkor gyakran nincsenek felkészítve a sugárterápiás kezelés szükségességére, körülményeire, mellékhatásaira és lehetséges következményeire. A sugárterápiára kerülő betegek pszichológiai szűrése/ki-vizsgálása, szociális körülményeinek feltárása még a legtöbb helyen megoldatlan. A sugárterapeuta általában a kezelésre felkészítetlen, érzelmileg labilis állapotban lévő daganatos beteggel találkozik, s a több hétig tartó kezelés ellenére sincs általában kellő ideje, lehetősége a betegével hosszasan beszélgetni. Pedig a palliatív kezelésben részesülő betegek is ugyanannyira információ-éhesek, szeretnének minél többet megtudni az elérhető célokról, szeretnének folyamatosan „valóság-alapú” reményt és őszinteséget kapni kezelőiktől. Ez nem megy gyorsan, futószalagon.

Leginkább a fiatal sugárterápiás szakemberek igényelnek szakmai továbbképzést napi professzionális stresszeik miatt, főleg a következő témákban: hogyan beszéljünk a beteggel prognózisáról, milyen további konzekvenciákkal járhat, ha a beteg képzett egészségügyi dolgozó, hogyan lehet felismerni a betegek pszichológiai problémáit/tüneteit, hogyan lehet a szakemberek betegeikre adott érzelmi reakcióit „elrendezni”?

Összefoglalva a sugárterápiával kapcsolatos főbb onkopszichológiai ismereteket, kiemelendő, hogy az a beteg, aki megérti, hogy a sugárterápia a komplex onkológiai kezelések egyik alapvető eleme, kellően informált és a terápia folyamán elfogadottnak érzi magát, az reménnyel fog együttműködni kezelésében és a későbbi ellenőrzési folyamatban.

Kemoterápia

A rosszindulatú daganatos betegségben szenvedőket a szakemberek 50 éve gyógyítják kemoterápiával. Ugyanis klinikai kutatások alapján kiderült, hogy a daganatsejtek osztódásának megakadályozása nemcsak fizikai sugárzással, hanem vegyi anyagokkal is lehetséges.

A gyógyszeres kezeléssel már 1946 és 1959 között is elértek - egyes kórképekben - részleges javulást (palliatív hatás), de a toxicitás még nagymértékű volt. A kemoterápia kuratív hatásairól a 60-as évek óta beszélhetünk, a kutatók és a klinikusok együttműködésének köszönhetően „gyógyulás” következett be egyes kórképekben. A toxicitást sikerült tűrhetőre mérsékelni. A 70-es és a 80-as években egyre több kórképben valósult meg a „gyógyulás” és az életminőség javulását is tapasztalhattuk. A daganatos betegek kezelésének sikerességét tovább növelte a kemoterápia kombinálása más kezelési módszerekkel. A 80-as évek közepétől számítják a szakemberek a molekulárbiológiai időszakot. A kemoterápiás kutatásban a molekulárbiológia robbanásszerű fejlődése új irányt tett lehetővé. Az utóbbi évtizedben, indokolt esetben, már a kemoprevenció is megvalósulhat.

Tapasztalataink szerint az onkológia területén dolgozó mentálhigiénés szakembereknek is tudniuk kell, hogy a daganatos betegek gyógyszeres kezelése citosztatikumokból (sejt-osztódást gátló vegyületek), hormonhatású készítményekből, biológiai válaszmódosító szerek adásából, illetve ezek kombinálásából állhat. A megfelelő onkológiai alapismeretek birtokában, valamint az adott daganatos beteg orvosi kezelésének ismeretében jobban meg tudjuk érteni onkológiai betegeink pszichoszomatikus állapotát, problémáik és lelki tüneteik összetett hátterét.

A kemoterápiás kezelés leggyakoribb mellékhatási

A daganatos betegek gyógyszeres kezelése egyre hatékonyabb, de a mellékhatásokkal továbbra is számolni kell, olyannyira, hogy bizonyos esetekben a kontrollálhatatlannak tűnő mellékhatások miatt a terápia visszautasítása, illetve megszakítása is szóba kerülhet.

A leggyakoribb, számtalan variációban megnyilvánuló mellékhatások a következőek: hajhullás, vérképző szervi károsodások, hányinger, hányás, fáradékonyság, fogyás, száj- és nyálkahártya károsodások, ideg- és izomfájdalmak, irritabilitás, depresszió, koncentrációs zavarok és szexuális problémák.

A mellékhatások kialakulása nem törvényszerű, de igen gyakori és intenzitását számos tényező befolyásolhatja:

- a citosztatikum minősége, a kemoterápia dozírozása és időtartama, kombinálása sugárterápiával
- a beteg neme, életkora, előző életvitele, premorbid személyisége, bizonyos élet-eseményei, stb.
- bizonyos pszichológiai tényezők is jelentősek lehetnek a mellékhatások kialakulásában, fentmaradásában: a betegek egy részénél a kialakult feltételes reflexek közvetítésével már a kórházi környezetre/eseményekre való gondolás, a szakemberek, vagy a kórházra jellemző tárgyak megpillantása is előidézhethet hányingert, hányást, de meg kell említenünk az orvos-beteg kapcsolat minőségének jelentőségét a kemoterápia elfogadásában és végigvitelében is.

A kemoterápia pszichológiai vonatkozásai

A kemoterápiás osztályokon különösen fontos a hasonló terápiás szemlélet, élet-filozófia és a team-megközelítés. Ez segíti a gyógyító csoport tagjai közötti hiteles, őszinte és folyamatos kommunikációt és együttműködést. Mielőtt a kemoterápiás kezelést elkezd az onkológus, ha szükség van rá, akár többször is, beszélgetnie kell a beteggel, hogy megérthesse, miért van szüksége erre a gyógymódra, melyek az előnyei, mit várhat hatásaitól, s hogyan történik technikailag. A kemoterápiás kezelés nagymértékben befolyásolja a betegek életminőségét és alkalmazkodási képességét. Nem elég csak azt elmondani a kezelendő betegeknek, hogy a kemoterápia átmeneti kellemetlenségeket okoz, de meghosszabbíthatja, vagy megmentheti az életüket, a betegeknek azt is tudniuk, érezniük kell, hogy a kezeléseik folyamán minden értük történik. Az alkalmazott gyógyszereket a betegek gyakran mint „idegen betolakodókat” élik át és féltik testi integritásukat. A kezeléseik előrehaladtával sokaknak az jelent nehezen feldolgozható érzelmi problémát, hogy „ideiglenesen, vagy véglegesen, de szemük láttára deformálódik, változik testük, testük funkcionálása, sokszor még a hangszínük is”.

Bálint szerint „a gyógyszer az orvos maga”. Ez az tapasztalat azt is jelenti, hogy ha az orvos-beteg kapcsolat „elég jó” és teherbíró, akkor a beteg elfogadja az orvos által előírt kezelést, bízik eredményességében, a tőle telhető legjobb módon együttműködik. Amennyiben az orvos és a beteg közötti kapcsolat kialakulatlan, labilis, vagy rossznak tekinthető, akkor a beteg elutasíthatja/megszakíthatja a kemoterápiát, miközben a mellékhatások egyre intenzívebbé válhatnak.

Klinikai tapasztalatok alapján, pszichológiai szempontból a hajhullás az egyik legkínzóbb mellékhatás, mert a kopaszság miatt megkérdőjeleződhet az önazonosság (identitás), főként érzékenyebb embereknél, valamint a serdülőknél és az időseknél.

A testi mellékhatások közül a hasmenés és szájüreg érzékenysége nyálkahártyájának érzékenysége táplálkozási problémákat, fogyást, rossz közérzetet, míg a fehérvérsejtszám csökkenése a védekezőképesség gyengülését és a kezeléseket elhúzódtatja. A hányinger/hányás a kemoterápia alatt, után, majd a kondicionálódás bekövetkezése miatt egyeseknél a kezelés előtt is, reális problémát jelent a betegek számára. Jónéhány betegnél feltételes reflex alakul ki a kemoterápia bármely összetevője között, s rögzül, akár hosszú évekre is. Ezeknek az embereknek elég arra gondolniuk, hogy menni kell a következő kezelésre, hogy újra jön a kórházi szag-élmény, a vérvétel, az infúzió bekötése, és máris jelentkezik a hányinger, vagy akár a hányás is. Az ún. deszenzitizációs (túlérzékenységet megszüntető) pszichológiai beavatkozással sok beteg ezirányú lelki szenvedéseit lehet segíteni.

A fiataloknál súlyos aggodalom betegségük esetleges öröklődésének lehetősége, az időleges, vagy végleges sterilitás kérdése. A nőknél a vérzések rendszertelenné válhatnak, vagy szünetelhetnek a kemoterápia alatt. A férfiak oligospermiát, ill. azoospermiát tapasztalhatnak. Férfiak esetében az un. spermabank kezelések előtti igénybevétele biztonságérzést jelenthet a későbbi gyermekvállalás szempontjából. Az utánkövetéses vizsgálatok alapján a gyógyult daganatos betegek kezeletlen szexuális problémái igen gyakoriak. Sok félreértés alakulhat ki e téren mindkét nemnél, így a pontos informálásnak, beszélgetéseknek, ill. indokolt esetben a szakkezelés (pl. orvosi rehabilitáció, egyéni pszichoterápia, családterápia, stb.) javaslatának és megszervezésének kiemelt jelentősége van.

A leírtak alapján nyilvánvaló, hogy a betegeknek az az alapvető érdekük, hogy a kezelőorvosuk/ellenőrző orvosuk mindvégig ugyanaz a személy maradjon, mert így a beszélgetéseknek, tapasztalatoknak, a szükséges speciális beavatkozások megszervezésének egyre biztosabb „bázisa” alakulhat ki.

A mellékhatások orvosi-pszichológiai kezelésével kapcsolatos tapasztalataink:

Az Országos Onkológiai Intézet „A” kemoterápiás osztályán onkológus kolléganőmmel 16 malignus lymphomás beteg kombinált kemoterápiás kezelése alatt kifejezett mértékű akut szorongásos reakciókat tapasztaltunk. Közvetlenül a kemoterápiás kezelés előtt, ill. alatt észlelt szorongásos tünetek gyakorisági sorrendben a következők voltak:

- hyperventillatio
- tachycardia
- hányinger, hányás a kezelés előtt
- remegés
- izzadás
- menekülési kényszer

Mit tehet ebben az esetben az orvos?

Megfigyeléseink szerint gyógyszeres kezelésben és lelki támogatásban részesítheti betegeit. A gyógyszeres kezelés összetevői:

- hányáscsillapítók
- enyhe nyugtatók
- tartós szorongásoldók

A támogató orvosi magatartás összetevői:

- az orvos az első, hosszabb időtartamot igénylő vizsgálatkor érdeklődését kiterjeszti a betegek betegségükkel, kezelésükkel kapcsolatos pszichológiai sajátosságaira is,
- az első vizsgálatnál kialakított nyílt, folyamatos, kölcsönös kommunikációt a későbbiekben is fenntartja a betegekkel,
- a betegek személyiségének megfelelő, részletes felvilágosítást ad a betegséggel, a kezelésekkal és annak esetleges mellékhatásaival kapcsolatban,

- kifejezett szorongásos panaszok esetén konzultál klinikai pszichológussal, ill. pszichiáterrel.

A kifejezett mértékű, akut szorongásos reakciókat mutató betegek pszichológiai kivizsgálásának főbb tapasztalatai:

Az un. első interjúk anyaga alapján:

- a vizsgált betegek többsége élete folyamán először betegedett meg komoly mértékben és először került kórházba. A vizsgálatok, a kezelések, a kórházi környezet, a bezártság érzése sokaknál érzelmileg sokkoló, szorongáskeltő hatású volt
- a betegekben a diagnózis közlése általában halálfélelmet keltett, vagy erősített fel, amit erősen hárítottak
- többségük túlzottan alkalmazkodott a kórházi és a megváltozott otthoni helyzethez, az új életmódhoz. Félelmeiket, szorongásaikat nehezen, vagy egyáltalán nem tudták megfogalmazni és kimondani, helyettük „a testük beszélt”
- a betegek az infúzió alatt a támogató-gondoskodó magatartást leginkább a nővérektől és a kezelőorvosuktól várták és tudták elfogadni.

A pszichológiai tesztek segítségével (Rorschach, Szondi) a következőket tudtuk meg:

- a vizsgált betegek döntő többsége ún. infantilis személyiségű
- hajlamosak a befeléfordulásra, a hipochondriára, az önerőből leküzdhetetlen félelmi állapotokra,
- fokozottan igényelnék az érzelmi „megkapaszkodást”, de ezt az igényüket nem merik kimutatni, sőt tagadják
- a számukra jelentős stressz-helyzetek megoldásában gyakran eszköztelenek, gátoltak

Mit tehet a klinikai pszichológus?

- az onkológiai team-ben együtt dolgozik a többi szakemberrel és onkológiai ismeretekkel bővíti tudását,
- folyamatos tevékenysége alapján megpróbálja elősegíteni a pszichológiai szűrés és gondozás integrálását a daganatos betegek összetett ellátásába,
- a premorbid neurotikus, borderline (határeseti) és pszichotikus daganatos betegek pszichológiai támogatását, gondozását, kezelését végzi. Szükség esetén (pl. akut pszichózis, gyógyszeres kezelés) pszichiáterrel konzultál, együttműködik
- aktív a prevenció (pl. mellékhatások kondicionálódásának megelőzése) területén.

Összefoglalva, azt mondhatjuk, hogy a kemoterápiás kezelés alatt lévő személy soha nem érezheti magát tartósan igazán jól, de igazán rosszul sem, s mindvégig igen nagy szüksége van a kezelőorvos, a team-tagok szakértelmére, edukációjára, érzelmi támogatására, egységes-

ségére, a segítségadók közé természetesen beleértve a családtagokat, és az elfogadott sorstársakat is.

Csontvelőtranszplantáció

Az utóbbi évtizedben a szakemberek egyre gyakrabban alkalmaznak csontvelőtranszplantációt az onkológiai betegek esetében is.

Jelen munkában a transzplantációs folyamat pszichológiai vonatkozásai közül csak a legfontosabbakat van módunk kiemelni:

- a csontvelőtranszplantációban való együttműködés vállalása komoly konzultáció-sorozatot igényel a kezelőorvossal, majd a transzplantációt irányító szakemberrel. A reménykedés és a szorongás egyidejűleg aktivizálódhat az érintett betegben, akinek általában előzetes onkológiai kezelés-sorozat után, fel kell készülnie az ismeretlen izolációra, az intenzív beavatkozásokra és mellékhatásokra, valamint a felépülésre, a fokozatos visszatérésre az eredeti környezetbe. A betegség kezelésének periódusát, különösen a transzplantációs időszakot, találóan nevezte az egyik beteg „belső emigrációnak”, hiszen nem utazott el sehová, mégis olyan érzése alakult ki, mintha hónapokra, messzire elutazott volna hozzátartozóitól, megszokott környezetéből, saját életéből.
- csíramentes/steril környezet: daganatos betegségek kezelése esetén ritkán, transzplantáció esetén mindig szükség van csíramentes, ún. védett környezetre. Ebben a beteg védett a fertőzések ellen, de el kell viselnie az izolációt a hozzátartozóktól, az otthontól, a tágabb társadalmi környezettől és a szoros kontrollt a kezelő csoport tagjai részéről. Ezen utóbbi kapcsolat pszichológiailag is nagy jelentőségű, mindkét felet érinti. Ugyanis csak rendkívüli helyzetben tapasztalható ez a nem verbális szinten, önkéntelenül zajló „átjárás, átfolyás” a résztvevők között. A tapasztalatok szerint a lelki problémák, tünetek dacára (depresszió, szorongás, a megváltozott testképpel kapcsolatos aggodalmak, alvászavar, fokozott dependencia, átmeneti lelki regresszió, ellenségesség, manipulatív tendenciák, szenzoros depriváció) a kezelő csoport tagjainak segítségével a betegek előbb vagy utóbb sikeresen alkalmazkodnak a változásokhoz, a nehézségekhez. Pozitív hatásokat is megfigyeltek, mint pl. önbizalom-erősödés, rohamos személyiségfejlődés, kreativitás kibontakozása.
- a transzplantáció a hozzátartozókat is érinti: főként a betegség kialakulása miatti önkéntelen bűntudat, az onkológiai kezelés stresszei és a jövőt illető bizonytalanság viseli meg a szülőket, a házastársakat, a testvéreket, a barátokat. Minden család „hozza” a saját kapcsolati (szexuális)-, anyagi-, hivatással/munkával, életmódváltozással kapcsolatos problémáit, főként ha a beteg gyermek-, serdülőkorú, illetve kisgyermekes szülő. Az onkológiai team szakembereinek a szükségleteknek megfelelően, de többféle szempontból is foglalkozniuk kell a közeli hozzátartozókkal.
- a transzplantációs team-tagok főbb lelki terhei: az onkológia területén a bizonytalanság, a „rossz hír”-ek közlésének nyomása, az orvosi kezelések bonyolultsága, a komoly döntéshozatali helyzetek gyakorisága, azaz a stresszel telített feladatok szinte folyamatos megoldásának szükségessége - általában jellemző, de különösen gyakori a csontvelőtranszplantációval foglalkozó szakemberek mindennapjaiban.

Mint már említettük, a kezelőcsoport tagjai, az érintett beteg és hozzátartozói szinte rendkívülinek mondható emberi közelségben élhetnek, ami azzal a veszéllyel is járhat, hogy a szakemberek túlvédővé, túlzottan „birtoklóvá” válnak, mintegy szülői szerepbe sodródnak, miközben erre a lelki folyamatra való belátásuk értelemszerűen csekély. Éppen ezért a team-

tagként dolgozó klinikai pszichológus/pszichiáter megfigyelései, szakszerű visszajelzései a megbeszélések alkalmával konstruktívan segíthetik a team-munkát és a kiegészítő szindróma megelőzését.

Ajánlott irodalom:

Az onkológia alapjai. Szerk.: Ádány R., Kásler M., Ember I., Kopper L., Thurzó L.

Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1997

Anderson, R.: The healing environment. In: Healing and the mind. Eds.: Flowers, B. S., Grubin, D., Doubleday, New York, 1993

Barona, J. L.: Cancer patients and medical practice. Some historical and medical practice. In: Communication with the cancer patient. Eds.: Surbone, A., Zwitter, M. Ann. New York Acad. Sci. 809: 17-39, New York, 1997

Császár, Gy.: Klinikai pszichoszomatikus ellátás. In: Pszichoszomatika a gyakorlatban. Pszichoteam, Budapest, 1989

Delbanco, Th.: The healing roles of doctor and patient. In: Healing and the mind. Eds.: Flowers, B. S., Grubin, D., Doubleday, New York, 1993

Eckhardt, S. (szerk.): A felnőttkori daganatos betegségek gyógyszeres kezelése. Medicina Könyvkiadó Rt., 1998

Guex, P.: An introduction to psycho-oncology. (First English revised edition). Routledge, London and New York, 1994

Holland, J. C.: Radiotherapy, chemotherapy, endocrine therapy and immunotherapy. In: Handbook of psychononcology. (2nd Edition). Edited by Holland, J.C., Rowland, J. H., Oxford Univ. Press, New York, Oxford, 1990

Jacobsen, P., Holland, J. C.: Psychological reactions to cancer surgery. In: Handbook of psychooncology. (2nd Edition). Edited by Holland, J. C., Rowland, J. H., Oxford Univ. Press, New York, Oxford, 1990

Kopp, M.: Orvosi pszichológia. SOTE Házinyomda, Budapest, 1994

Köves I., Farkas E. és mtsai.: Amit az emlőről és betegségeiről tudni kell. Kossuth Kiadó Rt., Budapest, 1998

Lesko, L. M.: Bone marrow transplntation. Protected environments. In: Handbook of psychooncology. (2nd Edition). Edited by Holland, J. C., Rowland, J. H., Oxford Univ. Press, New York, Oxford, 1990

Lederberg, M.: Psychological problems of staff and their management. In: Handbook of psychooncology. (2nd Edition). Edited by Holland, J. C., Rowland, J. H., Oxford University Press, New York, Oxford, 1990

Molassiotis, A., van den Akker, O. B. et alii: Psychological stress in nursing and medical staff on bone marrow transplant units. Bone Marrow Transplant, 15(3): 449-454, 1995

Molnár, L., Tahin, T.: Az egészségügyi szervezet szociológiája. In: Orvosi szociológia. Szerk.: Molnár I., Medicina, Budapest, 1989

Muszbek, K.: Emlődaganatos nők pszichológiai rehabilitációja. Lege Artis Medicinae, 3(3): 240-243, 1993

- Renneker, R., Cutler, M.: Psychological problems of adjustment to breast cancer. JAMA, 148:833-38, 1952
- Riskó, Á., Várady, E.: Akut szorongásos reakciók malignus lymphomával kezelt betegeknél. Poszter. MOT Kongr., Budapest, 1993
- Riskó, Á., Várady, E.: Az onkológiai osztályok pszichológiai légköre. Magyar Belorvosi Archívum, Suppl., 1, p. 31, 1997
- Rosenberg, S. A.: Principles of surgical oncology. In: Cancer: Principles and Practice of Oncology. Eds.: V. T. De Vita, Jr., S. Hellmann, S. A. Rosenberg. 2nd ed., Philadelphia, Lippincott, 1985
- Sobel, D. E.: Rethinking medicine: improving health outcomes with cost-effective psychosocial interventions. Psychosomatic Medicine 57:234-244, 1995
- Sutherland, A. M., Orbach, C. E., Dyk, R. B., Bard, M.: The psychological impact of cancer surgery: I. Adaptation to the dry colostomy: Preliminary report
- Szolcsenyicin, A.: Rákosztály. Árkádia, Budapest, 1990
- Tahin, T.: A kórházi szervezet szociológiája. In: Orvosi szociológia. Szerk.: Molnár L., Medicina, Budapest, 1989

III. A DAGANATOS BETEG.

**A MEGELŐZÉS ÉS A SZŰRÉS LEGFONTOSABB PSZICHOLÓGIAI SAJÁTOSSÁGAI.
A KIVIZSGÁLÁSRA, A DIAGNÓZIS KÖZLÉSÉRE ADOTT LEGGYAKORIBB
NORMÁLIS ÉS KÓROS LELKI REAKCIÓK. A DAGANATOS BETEGSÉGEKHEZ
VALÓ ALKALMAZKODÁS STÁDIUMAI, FŐBB TÍPUSAI. A NEM MEGFELELŐ
ALKALMAZKODÁS. A VISSZAESÉS FŐBB LELKI VONATKOZÁSAI**

A MEGELŐZÉS ÉS A SZŰRÉS LEGFONTOSABB PSZICHOLÓGIAI SAJÁTOSSÁGAI

A pszichoszomatikus szemléletű gyógyítás fő alapelve a betegközpontúság. A kivizsgálás folyamán szakszerű megértésünket, segítségünket igénylik a betegek, hiszen mire onkológushoz kerülnek, általában már sok mindenben átestek. Ugyanis a legtöbb betegnél hetekkel, hónapokkal, nem ritkán évekkel korábban jelentkeztek a betegség első tünetei. Gyakran előfordul, hogy rákbetegségekre gondolnak - hála a felvilágosító munkának -, s megfelelő módon orvoshoz fordulnak. De vannak, akik tüneteik ellenére halogatják az orvosok felkeresését. Ennek a magatartásnak többféle oka lehet, de abban megegyeznek a kutatók, hogy a halogatás időt adhat a lelki védekező mechanizmusok megfelelő mértékű aktivizálódásához is. A fokozott pszichés védekezésre egyes embereknek szükségük lehet annak érdekében, hogy alkalmazkodjanak a kórházba kerülés, a kivizsgálás, a diagnózisközlés, a kezelés előzetesen is elképzelt lelki terheihez. Különbséget kell tennünk az elfogadható mértékű halogató magatartás és a súlyos következményekkel járó, nagymértékű, nem ritkán kóros halasztás között. Az elfogadható mértékű időnyerés a stresszel telített helyzethez történő alkalmazkodás jele lehet. Fallowfield az emlőrák pszichológiai vonatkozásaival foglalkozó könyvében jellemzi azokat a nőket, akik emlődaganatuk felfedezése után halogatják az orvoshoz fordulást. Rájuk, mint veszélyeztetett csoportba tartozó emberekre, munkánk során fokozottabban kell figyelnünk.

A halogató magatartású nők jellemzői Fallowfield és saját tapasztalataink alapján:

1. idősök
2. általában nem szívesen fordulnak orvoshoz, bármilyen is a testi panasz,
3. alacsonyabb társadalmi réteghez tartoznak
4. kevésbé iskolázottak
5. krízishelyzetben ún. tagadó magatartásúak
6. depresszióra hajlamosak
7. szorongó típusúak
8. pesszimisták orvosi kezelhetőségüket illetően
9. alapvetően félnek a sebészeti beavatkozástól 10. félnek a daganatos betegségektől
11. testképük merev, tökéletessége kiemelt jelentőségű
12. gátlásosak

13. testi problémáik, tüneteik jelentőségét általában tagadják

14. különösen a rendszerváltás óta, a munkahely és az anyagi biztonság elvesztésétől való félelem további hárításokat erősíthet fel

A KIVIZSGÁLÁSRA, A DIAGNÓZIS KÖZLÉSÉRE ADOTT LEGGYAKORIBB NORMÁLIS ÉS KÓROS LELKI REAKCIÓK

A kivizsgálás folyamán kezd valóban kialakulni az orvos-beteg kapcsolat, és nagy jelentősége van az első rendelői, kórházi tapasztalatoknak is. Tapasztalataink szerint ugyanis a kezdeti élmények mélyen „bevésődnek” a kivizsgálás alatt lévő személybe. Ezek a későbbiek folyamán is hatással vannak az éppen aktuális orvos-beteg kapcsolatra és a betegnek az egészségügyi intézményekkel kapcsolatos általános attitűdjére is.

Eset: „Adél első diagnózisközlés élménye”

A fiatal, személyisége és megjelenése miatt a szakemberekből még inkább fokozott aktivitást, törődési késztetést kiváltó Adél, miután nem volt képes azonnal megérteni a kivizsgálást indító orvostól rosszindulatú daganatos betegségének diagnózisát és a kemoterápiás kezelés szükségességét, az orvos közölte: a betegsége miatt meg fog halni, de a kezeléssel a halál időpontja kitolható lenne. Belátható, hogy az orvos túlzott igyekezetében, a beteg érdekében, de kellő pszichológiai tájékozottság nélkül, túlzott nyomást gyakorolt betegére a diagnózis és a kezelés elfogadása érdekében. A beteg, sokkolódva a súlyos betegség tényétől, a beavatkozások elkerülhetetlenségétől, érzelmi krízisbe kerülve, akkor és ott nem volt döntésképesége birtokában. Elmenekült a helyzettől. Osztályunkra kerülve a kezelés szükségességét elfogadta, s egyre inkább együttműködővé vált. De az első orvossal történt beszélgetés azóta is visszatérő, kízó emléke. Ennek következtében bárki, bármikor, bármilyen életkilátást vázolva, a betegségről beszél vele, tudatát újra elárasztja és befolyásolja a diagnózisközlés első emléke.

Nyelvzavar a beteg és az orvos között a kivizsgálás folyamán

A kivizsgálást irányító orvostól és a személyzet többi tagjától ebben a kezdeti időszakban szeretné a legtöbbet megtudni a beteg. Ha a kezdeti vizsgálatok alatt kétes értékű megnyugtatót hall, („nincs semmi komoly baj”) és ráadásul tovább folytatódnak a vizsgálatok, akkor Bálintot idézve veszélyes „nyelvzavar” alakulhat ki a felek között. Ezalatt azt értjük, hogy mindkét fél „más nyelvet” beszél, amit a másik nem érthet meg, vagy könnyen félreérthet. A zavart tovább fokozza, ha a kimondott szavak és az egyidejű metakommunikáció (a beszédet kísérő, többé-kevésbé nem szándékos és nem tudatos közlés) között ellentmondás van. Megjegyzendő, hogy minél súlyosabb a beteg állapota, annál inkább a metakommunikációval közvetített üzenetekre érzékeny és nem a beszédre. Az orvos (nővér, pszichológus, gyógytornász, sőt adminisztrátor, takarítónő, stb.) tekintete, mimikája, hanghordozása, gesztusrendszere, testtartása, távolság-szabályozása, tehát metakommunikációja hitelesíti, vagy értékteleníti a szavakkal kimondottakat.

A „nyelvzavar” kialakulása szükségszerűen vitához, akár nyílt összeütközéshez, vagy csendes, akár azonnal elfojtásra kerülő fájdalomhoz, de mindenként csalódáshoz vezet. Ez kihathat minden későbbi egészségügyi személyzeti tag - beteg kapcsolatra is. Mi e nyelvzavar

pszichológiai alapja? A beteg, növekvő aggodalma, rémülete, tájékozatlansága miatt egyre hevesebben kérhet segítséget, akár a megszokott viselkedésétől eltérő stílusban is. Bálint szerint erre az orvos reakciója gyakran a bűntudat és a kétségbeesés, mert a leglelkiismeretesebb és a leggondosabban megtervezett vizsgálatok sem derítenek valódi fényt a beteg „betegségére”, és a legkorszerűbb legkörültekintőbben alkalmazott gyógymód sem hoz valódi megkönnyebbülést. Ez a megállapítás az onkológiai osztályok betegeire és szakembereire azért lehet különösen igaz, mert mindkét félnek el kell viselnie a bizonytalanságot, esetenként a vágyott, azonnali segítségadás lehetetlenségét, sőt a halálfélelem megjelenését és gyakori fentmaradását is.

A vizsgálati eredményekre való várakozás főbb pszichológiai nehézségei

A kivizsgálási periódus ugyancsak nehéz időszaka a vizsgálati eredményekre való, szükség-szerűen hetekre is elhúzódó időtartama. Ez a nehezen tűrt időszak gyakorlatilag mindenkit megvisel.

„Rémálom volt az a bizonyos három hét, amennyit várnom kellett a biztos diagnózisra. Mindaz, ami azóta történt (műtét, kezelése), közel sem annyira megterhelő érzelmileg, mint az a három hét. Állandóan az járt a fejemben, hogy rákos vagyok, és akadály nélkül terjedhet a testemben a betegség” - gyakran halljuk ezeket a mondatokat az onkológiai osztályokon. A betegeknél a szorongáson, a fluktuálóan tudatosuló rémületen kívül gyakori tünet a gondolkodási folyamatok és a koncentrációs képesség részleges, vagy szinte teljes gátlás alá kerülése.

A diagnózisközlés lelki vonatkozásai

A kezdeti vizsgálatokat követően az orvos - beteg - családja „team” tagjai, a szükséges leletek birtokában eljutnak a diagnózisról való beszélgetésig, mely elől egy idő után már nem is lehet kitérni. Ugyanis a kórismére egyaránt szüksége van az orvosnak, a betegnek és hozzátartozóinak, mert csak a pontos diagnózis ismeretében lehet elkezdeni a daganatos beteg orvosi ellátását. Az orvossal történő bizalmas beszélgetéssorozat a legmegfelelőbb lehetőség arra, hogy a betegben fokozatosan, személyiség-érettségének megfelelően, reá „szabottan” tudatos-sá tegye a betegséget és a szükséges tennivalókat. Alapelv ugyanis, hogy beteg beleegyezése a kivizsgálásba és kezelésekre a beteg megfelelő tájékozottságán alapszik. Az orvos mindvégig kiemelt helyzetben van, hiszen mint szakember, mindig többet tudhat a beteg jelenéről, lehetőségeiről és jövőjéről, mint az érintett beteg. Ez még az egészségügyben dolgozó betegek esetében is így van, fogalmazta meg egy orvosnő betegünk: „a saját betegségében mindenki kezdő.”

A daganatos betegek esetében az orvos szerepe még inkább meghatározó, hiszen ő mondhatja ki a főként kezdetben szinte kimondhatatlant a szorongó, érzelmi krízisben lévő, kommunikációs képességeiben gyakran gátolt betegnek: önnek rosszindulatú daganatos betegsége van.

Sontag irodalmi tanulmányokat írt annak érdekében, hogy a daganatos betegség, azaz a rák-diagnózist megfossza eddigi misztikus jelentésétől. Idézet egyik könyvéből: „Mert újra és újra alkalmam adódott megfigyelni azt a szomorú jelenséget, hogy azok a metaforák (szóképek), amelyek eltorzítják a rákbetegeknek a saját betegségükkel kapcsolatos tapasztalatait, veszedelmes kelepccék, és nagyon is valóságos következményekkel járnak az emberek életében: megakadályozzák őket benne, hogy idejében orvoshoz forduljanak, vagy hogy igazán komoly

erőfeszítéseket tegyenek annak érdekében, hogy valóban hatékony kezelést kapjanak. Ezek a metaforák és mítoszok - erről meg vagyok győződve - gyilkolni tudnak. (Például irracionális félelmet ébresztenek az emberekben bizonyos hatékony kezelési módszerekkel, például a gyógyszeres terápiával szemben, viszont bizalmat keltenek bennük a tökéletesen hatástalan gyógymódok, például bizonyos fajta étrendi szabályok, vagy a pszichoterápia iránt). Sontag, aki maga is gyógyult daganatos beteg, azt üzeni könyvében sorstársainak, „...hogyan tekintsék a rákot egyszerűen betegségnek, még ha rendkívül súlyos betegségnek is, de betegségnek, ne átoknak, ne büntetésnek, ne szégyennek! Hogy ne tulajdonítsanak „jelentést” neki. És hogy ne tekintsék feltétlenül halálos ítéletnek.”

A hosszú idézet is bizonyítja, hogy miért olyan nehéz és érzelmileg megterhelő feladat a beteg, a hozzátartozók és az orvos számára egyaránt a diagnózisról való beszélgetés:

1. Magát a „rák”, „rákbetegség”, „rosszindulatú daganatos betegség” szavakat is nehezen ejtjük ki hazánkban, mert tartunk jelentésétől, stigmatizáló, identitást „beszennyező” hatásától.

2. Még mindig nem terjedt el a köztudatban, hogy az idejében felismert és megfelelően kezelt daganatos betegek nagy százalékban meggyógyulnak és más esetekben is a daganatos betegségek sokkal inkább krónikus, mint gyors, fájdalmas halálhoz vezető betegségek.

3. Nincs még igazán követhető hazai modell a diagnózisközlés mikéntjére, hiszen a nyugati országokban kialakult, általánosan kötelező nyíltságot Sontag is „ízléstelenségnek, brutális diagnózisközlésnek” nevezi, ami a mi kultúránkban nem utánozható negatív következmények nélkül. Fontos, hogy a szándék már hosszabb ideje megvan bennünk arra, hogy betegeinkkel - biztonságos körülmények között - egyénre szabott, őszinte, nyílt, folyamatos kommunikációs kapcsolatban legyünk. Sokan ezt a szándékot már tettekben is megvalósítják.

4. A kommunikációt, az emberek közötti kapcsolatot befolyásoló szempont a diagnózisközlés, a kezelése és a rehabilitáció során az orvos (a nővér, az asszisztens, a pszichológus, a gyógytornász, stb.) tudattalan attitűdje a daganatos beteg, illetve betegsége iránt. Ezt a nem tudatos viselkedést számtalan tényező alakítja. A fontosabbak: személyiségtényezők, tudattalan pályaválasztási motiváció, az autoriter (tekintélyt parancsoló) szerephez való viszony, és az ún. kiégési szindróma hiánya vagy megléte.

A beteg személyiségének, megküzdőképességének jelentősége a diagnózisközlési folyamatban

A mindennapi klinikai gyakorlatban azt tapasztaljuk, hogy a daganatos betegek éppoly sokfélék, mint az emberek általában és ennek megfelelően reakcióik is különbözőek a betegség tényének közlésére. A diagnózisra való - tudatos és tudattalan - reakciót alapvetően a beteg premorbid személyisége és a stresszekkel, konfliktusokkal való, ún. megküzdőképessége határozza meg. Szerepe van még a hozzátartozóknak és az adott kulturális-társadalmi viszonyoknak is.

A diagnózis megtudása miatt kialakult tipikus félelmek

1. Halálfélelem: még akkor is, amikor a daganatos beteg prognózisa jó és teljes gyógyulása várható, akkor is szembesül azzal, amire nem szoktunk gyakran gondolni: az életünk véges. A halálfélelem leggyakrabban a betegség felismerésekor és a folyamat végén, általában szimbolikusan jelentkezik. Így a daganatos betegek gyakran félnek az emberi kapcsolataik megszakadásától, az izolálódástól, a visszautasítástól, az elidegenedéstől. Előfordul, hogy

egy-egy beteg fájdalmas őszinteséggel fogalmazza meg halálfélelmét a diagnózis megtudásakor: „Megtudtam, hogy kivégeznek, csak az időpont nem biztos még.” Tapasztalataink szerint a betegekben általában óriási szorongást kelt, hogy attól tartanak, nem tudják funkcióikat, kötelezettségeiket tovább folytatni a családjukban, tágabb környezetükben. Különösen nehezen viselik, ha esetleges irracionális döntésük miatt (pl. a „mindent, vagy semmit”, ill. a mágikus gondolkodás hatása alatt kuruzslók hitegetéseinek, „kúráinak” elfogadása, anyagi áldozathozatallal) egészségi állapotuk nem javul, vagy romlik.

2. Félelem a függetlenség elvesztésétől: a legtöbb embernél a lelki egyensúly fenntartásában szerepe van az addig elért önállóságnak, a hasznosság érzésének és az ún. kontrollálási képességnek (a történések jelentős részének ellenőrzése, irányítása). A daganatos betegek közül sokan szenvednek ezeknek a képességének még az elvesztési lehetőségétől is és attól a tudattól, hogy betegségük miatt mások gondoskodására szorulhatnak. Külön meg kell említeni, hogy a kontrollálási-képesség gyengülésére/elvesztésére adott tipikus reakciók közé tartozik a betegek kóros mértékű lelki regressziója (önkéntelen visszaesés korábbi lelki fejlődési szintre), hiperaktivitása (eltúlzott mértékű cselekvési késztetés, tevékenykedés) és az orvosilag nem elfogadható kezelés választása. Mindegyik reakció az elvesztett kontroll visszaszerzésére irányul.

3. Félelem a műtétektől, a kezelésektől, a testi integritás megszűnésétől, a testkép/testi funkciók megváltozásától: a műtéti-, a gyógyszeres-, ill. a sugárterápiás kezelések időleges, vagy végleges változásokat okozhatnak a betegek testében, külső megjelenésében, testi funkcióiban és ezen változások belső, érzelmi átélésében, az adott személy testképében. Már maga a daganatos betegség ténye is támadást szimbolizál az adott egyén testi integritása ellen. Bálint az elhárított belső „rossz” megtestesülésének, hatalomra jutásának példaként említi a daganatos betegségeket. A műtétek következményei közé tartozhatnak a csonkítások, az anatómiai átalakítások és a fiziológiai funkció változásai a beteg testében. A gyógyszeres- és a sugárterápia bizonyos esetekben hajhulláshoz, megkopaszodáshoz, bőr-elváltozásokhoz, testsúlyváltozáshoz, testi gyengeség érzéséhez, stb. járulhat hozzá, ami szintén a testkép időleges, vagy végleges átértékelését és érzelmi elfogadását teszi szükségessé. Szeretnénk hangsúlyozni, hogy a testképváltozás miatti lelki reakciók nem a változás mértékétől, láthatóságától függenek elsősorban, hanem az adott beteg ún. premorbid személyiségétől, ezen belül főként önszeretési képességének normalitásától, avagy eltúlzottságától (nárcizmus) és személyiségének alkalmazkodóképességétől. Az esetleges, vagy ténylegesen bekövetkező testkép- és testfunkció változások vannak leginkább összefüggésben a daganatos betegek gyakori kapcsolati- és szexuális zavaival.

4. Félelem a fájdalomtól: közismert, hogy a „rosszindulatú daganatos betegség” diagnózis gyakran a fájdalommal kapcsolódik össze az emberek tudatában, éppen ezért mindent meg kell tennünk a korszerű ismeretek, fejlődési eredmények átadásának érdekében. Valóban, a fájdalom fontos tünet az onkológiában és gyakorisága, intenzitása összefügghet a betegség-folyamat súlyosságával. A fájdalom összetett jelenség: organikus eltérés, egyes személyiségvonások, érzelmek, kultúra, a beteg aktuális körülményei egyaránt benne vannak és a fájdalom élményére hatást gyakorolnak. Klinikai tapasztalataink alapján egyetértünk abban, hogy az emberek sokkal könnyebben viselik el a diagnosztizált fájdalmat, mint az ismeretlen eredetűt. Segít, ha a fájdalom fiziológiai megértésén, farmakológiai enyhítésén, megszüntetésén túl a fájdalomtól szenvedő betegek gyógyítóik empátiás készségét, pszichológiai érzékenységét, „állandóságát”, azaz rendelkezésre állását tapasztalhatják. Az orvosi-, nővéri-, gyógytornászi segítségadás mellett a klinikai pszichológusok/pszichiáterek a különböző kognitív-magatartás-terápiás módszerekkel (relaxáció, biofeedback, ön-hipnózis, deszenzitizáció) enyhíthetik, vagy akár meg is szüntethetik az együttműködő betegek fájdalmát.

5. Félelem az alkalmazkodási nehézségektől: az onkológiai betegeknek alkalmazkodniuk kell a betegségükhöz, a szakemberekhez, a szükséges műtétekhez, a kezelésekhöz, a kórházi, vagy kórházon kiüli kezelési körülményekhez, önmagukhoz, e megváltozott helyzetben a családjukhoz, a sorstársaikhoz, majd a vágyott gyógyult állapothoz, az ellenőrző vizsgálatokhoz és az „életbe” való visszatéréshez. Kedvezőtlen esetben alkalmazkodni kell az állapotromláshoz, akár a terminális állapothoz, a halál bekövetkezésének lehetőségéhez, vagy a még ebben a stádiumban is lehetséges „spontán gyógyuláshoz”. Még felsorolni is sok volt a reális helyzetértékelést, érzelmi elfogadást, rugalmas alkalmazkodást feltételező helyzeteket! Ezekben a szituációkban a megértés, az elfogadás, az együttműködés rugalmas, aktív, „elég” érett személyiséget feltételez. Ez alatt elsősorban fejlődőképességgel, rugalmassággal, a realitást mérlegelni képes személyiségvonásokkal rendelkező embert értjük. Nem lehet ugyanis eléggé hangsúlyozni, hogy az élet folyamán a különböző krízishelyzetek (pl. a daganatos betegség megtudása) pozitív megoldásának az a kulcsa, hogy az érintett beteg személyisége eléggé érett-e, s mennyire rendelkezik élettapasztalattal, mobilizálható kreativitással.

A daganatos betegséghez történő alkalmazkodás két fő feladatcsoport megoldását jelenti:

1. megküzdés magával a betegséggel és a következtében kibomló problémákkal (fájdalmak, gyengeség, pszichoszociális változások, stb.), a kezelés következményeivel (mellékhatások, korlátozások) és kielégítő kapcsolat kialakítása a kezelőcsoport tagjaival
2. fel kell ismerni, hogy milyen változásokat idéz elő a betegség az adott személy életében és meg kell találni a legkedvezőbb egyensúlyt a családi kapcsolatokban, miközben el kell tudni viselni, hogy a jövő bizonytalan.

Nem tudatos testi reakciók, tudattalan lelki védekező mechanizmusok aktivizálódása a diagnózisközlés folyamán:

A betegség megtudására akaratlanul adott testi és lelki reakciók elsősorban az érintett megbetegedés előtti személyiségétől, lelki védekező mechanizmusainak sajátosságaitól függenek, de jelentősége van az emberi-technikai körülményeknek is.

Mint már említettük, a közlési folyamat módját és körülményeit az orvos tudja leginkább megszervezni és ő hivatott a diagnózist a beteggel közölni. Alapelv, hogy nem lehet alapvető információkat telefonon, a folyosón, ismeretlenek társaságában megmondani. Az orvos gondoskodhat arról, hogy biztonságos, nyugodt, empátiás érzelmi légkörben, a beteg számára érthető módon, pontos, őszinte információkat adjon. A betegeknek mindig szükségük van a reményre, amit leginkább figyelmünk, és a kezelési és/vagy segítségadási lehetőségek biztosítása fejez ki. Folyamatosan lehetőséget kell adni a beteg által igényelt további beszélgetésekre. Családi „összeesküvésekben”, hazugságokban, titkolózásokban nem helyes az orvosnak együttműködnie. Az „elég” jó orvos-beteg kapcsolat védelmében a betegek - előbb, vagy utóbb - képessé válnak a rájuk vonatkozó információk megértésére és feldolgozására. A felsoroltak a beteg saját erőinek mozgósításához és a vizsgálatok, beavatkozások, kezelések folyamán történő együttműködéséhez alapfeltételek.

A diagnózis megtudására adott válaszok közül elsőként említjük a tudattalan testi reakciókat.

Ezek a testi tünetek (pl. vérnyomásváltozás, lelki eredetű fájdalom, pszichoszomatikus szabályozás zavara, stb.) hozzájárulhatnak a keletkezett lelki feszültség a csökkenéshez. A testi reakciók „testbeszéd”-ként (a test révén történő, szavak nélküli közlés az adott személy lelkiállapotáról) értelmezve, bizonyos személyiségű embereknél helyettesíthetik a szavakkal

történő kommunikációt. Csak meg kell fejtenünk a testbeszédet, hogy meghalljuk a beteg közléseit.

Eset: „családi testbeszéd”

„Családi testbeszéd”-et tapasztaltam, amikor egy serdülőkorú leány, apja kíséretében, először hallott orvosától biztos információt betegségéről, onkológiai kezelésének szükségességéről. A kezelőhelyiségben, körben ültünk, a kamaszlány apja mellett. A leány eleinte figyelt, de egy szót sem szólt. Ugyanakkor az első mondat után, alig észrevehetően, de elkezdett dőlni az apja felé. A nem túl hosszú, mindannyiunk számára nagyon megterhelő beszélgetés végére a leány fejével elérte az apja vállát, ott megpihent. Szemét behunyta, arca fehérre sápadt, ajkait összeszorította. Nem kell pszichológiai előképzettség ahhoz, hogy megérezzük megrendülését, megdermedését, eszköztelenségét, támasz-keresését. Ez is egy olyan szituáció volt, amelyben az orvos nem tehetett meg, meg, hogy ne beszéljen, helyettünk a testünk beszélt.

A lelki védekező mechanizmusok

A lelki védekező mechanizmusok, abban az esetben, ha a kellemetlen/traumatikus érzések, külvilági történések erőteljesebbek annál, mint amit az ember segítség nélkül képes elviselni, akkor önkéntelenül, hatékonyan és gazdaságosan védik a beteg személyiségét. A lelki védekező mechanizmusok lehetnek normálisak és a sikeres alkalmazkodás szolgálatában állhatnak, de lehetnek kórosak is. Működésük többnyire tudattalan. Fő feladatuk a személyiség védelme, erősítése. Kóros esetben működésük merevvé válik, fixálódik

A daganatos betegeknél leggyakrabban tapasztalt lelki védekező mechanizmusok:

1. projektív identifikáció (kivetítő azonosítás): tudattalanul, gondolati úton, fantázia szinten, az adott személy önmagától elválasztott (lehasított) rossz érzéseit, kínjait, fájdalmait, félelmeit, szorongásait, bizonyos szándékait, stb. egy külvilágban lévő személybe vetíti (pl. anya, gondozó, terapeuta, stb.), mintegy nyomást gyakorol rá. A projektív identifikáció útján tudattalan, kölcsönös kommunikációs folyamat alakul ki a „kivetítő” és a „befogadó” személy között. Az onkológián, a betegektől és a hozzátartozóktól, a szakemberektől egyaránt gyakran halljuk az „átfolyás” kifejezést, ami alatt általában azt értik, hogy a szenvedő ember intenzív érzései és pszichoszomatikus tünetei - tudattalanul - „átfolynak” a vele foglalkozó, őt gondozó személybe. Így kerülhet egyszerre, minden résztvevő a projektív identifikáció állapotába. A projektív identifikáció eredménye: kapcsolatfelvétel, lelki védekezés és kommunikáció. Jelentősége: segíti az emberek közötti bonyolult viszonyok megértését és olyan klinikai eszközt biztosít, ami segít megérteni a nehéz helyzetben lévő emberek kommunikációs nehézségeit.

Eset: „Éva monológja”

Éva, a gyógytornászok számára szervezett Bálint csoport egyik résztvevője meg tudta fogalmazni a projektív identifikáció hatását, működését napi munkája elemzése alapján: „A munkám végzése során olyanná válok a betegek között, mint egy-egyre jobban felfűjt lufi. Szinte érzem, ahogyan nő bennem a feszültség. Tehetetlennek érzem magam a leküzdésében, de eredménynek tekintem, ha felismerem. Ezt a csoportnak köszönhetem. Mikor elmegyek az

utolsó beteg is, leengedek. Olyan ez, mintha egy gombostűvel kiszúrtak volna. Fáradtnak érzem magam, lelkiileg. Ezt nem olyan egyszerű kipihenni. Sokszor nem is sikerül.”

2. tagadás (denial): ezzel a háritással az adott személy a külső világ érzékelését megváltoztatja. A tagadással kizárhatóvá válik a kellemetlen, szorongáskeltő, félelmetes esemény, információ, probléma, stb. Tehát a daganatos betegek, kezdetben mintegy normális reakcióként, tagadhatják a betegség realitását, és ezzel időt nyernek a sikeres alkalmazkodáshoz.

3. regresszió (lelki visszaesés egy korábbi életszakaszra): az adott személy belső világában történik a változás. Gyakori, hogy az onkológiai betegek, tudattalanul, korábbi fejlődési szintre csúsznak vissza viselkedésükben, érzelmi viszonyaikban, helyzetmegoldó képességeikben. Pl. megváltoznak a felnőttek evési-, alvási szokásai, de akár a kialakult megküzdési módjaik is. Pl. a lelki regresszióban lévő személy érzelmi veszteség esetén, ahelyett, hogy kifejezné, elmondaná szomorúságát, magányosságát, elfojtja ezeket az érzéseket. Tehát visszatér egy korábbi, inkább gyermekkorára jellemző megküzdési módra, tudattalanul feladva a már elért fejlettségi szintjét. Klinikai tapasztalataink alapján a daganatos betegek regressziója általában fluktuáló.

Eset: „Zoli és a macskák”

Pszichoterápiája folyamán a 21 éves Zoli elmondta: „ahogy belépek a Kékgolyó utcai kapun, abban a pillanatban csecsemő leszek belőlem. Amint tehetem, elbújok az épület mögött, sírok és simogatom a macskákat. Eddig ilyen furcsa lelki összeomlás még soha nem fordult elő velem. Szégyellem magam, és félek, hogy megharagszanak rám emiatt az orvosok.” Zoli élményátadása jól mutatja, hogy az onkológián is mindent tudnak a betegek, hiszen megállapította saját regresszióját a kiváltó okkal együtt.

Megfigyeléseink szerint az önmagukat életveszélyben érző onkológiai betegek gyakran, fluktuálóan a testkép alakulásának kezdetére, kb. 3 hónapos korra regrediálnak azért, mert súlyosnak érzett testi betegségük keltette szorongásos fantáziáikat és halálfélelmüket nem képesek uralni. Van, akinél a regresszív állapot csak a kórházi időszakra korlátozódik, de az is előfordulhat, hogy a betegség folyamán fixálódik, mintegy beépül a lelki működésbe, különösen korai, szakszerű segítség hiányában.

4. elfojtás: a mindennapokban is előfordulhat, hogy a kínos tapasztalatokat felejtéssel, azaz elfojtással „tüntetünk el”. Lehetnek azonban olyan megterhelő élmények, amelyek aktív elfojtást igényelnek az arra rászoruló személytől. Különösen a daganatos betegség tényének elfogadása okozhat egyes embereknek szinte megoldhatatlan feladatot, akik emiatt hosszú időtartamú, lelki energiákat felemésztő érzelmi elfojtásra kényszerülnek. Ily módon tudják csak a valóságot elfogadni.

5. projekció (saját vágyak kivetítése a külvilágba, más ember vágyaként való átélése): klinikai tapasztalat, hogy a daganatos betegek, más súlyos krónikus betegekhez hasonlóan, általában tudattalanul, azzal csillapítják elviselhetetlennek érzett feszültségeiket, hogy rossz érzéseiket, gyötrelmeiket, agresszív késztetéseiket, stb. kivetítik, ezáltal másra ruházzák át, vagy erede-

tükként külső okokat feltételeznek. Az indulatok, vádak, rossz érzések kivetítése, pl. az egészségügyi személyzetre, a házastársra, családtagokra azzal az előnnyel jár, hogy a projekcióra kényszerülő ember továbbra is fenntarthatja addigi önértékelését és a fenti hibák okát másban vélheti megtalálni.

6. racionalizáció (ésszerűsítés): a tények utólagos átértelmezését jelenti annak érdekében, hogy a racionalizáló ember elfogadható okot találjon, pl. betegségének kialakulására, vagy állapotának romlására. Ez a lelki háritás segíthet a büntudat csökkentésében, amit gyakran éreznek azok a betegek, akik azon gondolkoznak, hogy miért éppen ők lettek betegek, vagy miért romlik az állapotuk. Külön figyelmet érdemelnek a büntudat felfokozottsága miatt azok a személyek, akik a daganatos betegség következtében szembesülnek káros szokásaik (pl. alkoholizálás, dohányzás, egészségtelen mértékű evés, stb.) következményeivel.

7. deperszonalizáció (elszemélytelenítés): általában diagnózisközléskor, ill. állapotromlás esetén kialakuló disszociatív zavar. Merev védekezés az önismeret és a betegséggel kapcsolatos események megértése és a halál lehetőségessége ellen.

Az ilyen elidegenedett személy úgy érzi, hogy elszakadt testi/mentális folyamataitól, vagy ezek külső szemlélője. Lehet az az élménye is, hogy automataként, vagy álomban él/cselekszik. Ez alatt a daganatos betegekre jellemző „funkcionális” deperszonalizációs epizód alatt az érintett realitáskontrollja megfelelő.

Eset: „a deperszonalizált anya és fia”

A huszonéves, örülni, szeretni és dolgozni tudó Pál rosszindulatú nyirokrendszeri daganatos betegsége drámai gyorsasággal alakult ki. Elég rossz testi állapotban volt, amikor osztályunkon elkezdtek intenzív kemoterápiáját. Az anya a diagnózis megtudásától kezdve mintegy árnyékként követte fiát, „szinte összenőttünk”, mondta. Pál betegsége miatt családjában egy csapásra minden megváltozott. Az anya nem tudott figyelni, dolgozni, érzelmeket átélni, éretten szeretni és Pálon kívül bárkire is tekintettel lenni. Éjjel-nappal szorongott és a fiával történt testi azonosításra utaló tüneteket tapasztalt magában. Pál elidegenedett állapotát a következő módon fejezte ki: „úgy érzem, mintha nem velem történnének az események. Mindent megértek, amit kérnek tőlem, együttműködök a szakemberekkel, de olyan az egész, mintha filmen látnám. Nem félek. Minden reggel csodálkozom, hogy itt ébredek. Az érzelmeimmel nem fogadom el, hogy beteg vagyok.” A pszichoterápiás kapcsolat igen gyorsan kialakult közöttük. Pál onkológiai kezelése és az egyéni, pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiája egyszerre fejeződött be. Az anyával ritkán, de mindvégig támogató pszichoterápiás beszélgetéseket folytattam. Több év eltelte után Pál testileg és lelkileg jól van, életminősége megfelelő. Az anya és a család élete lassan normalizálódott.

Az eddigiek alapján kitűnik, hogy a lelki védekező mechanizmusok végső soron nem a betegség folytonos tagadásának, háritásának szolgálatában állnak, hanem sokkal inkább időt, lehetőséget teremtenek arra, hogy az adott személy alkalmazkodjon betegségéhez: egyre inkább uralja önmagát, környezetét, a szó pozitív értelmében. Hasonlattanálva, olyan folyamat ez, mint amikor valaki megsebződik és a seben képződő var (azaz a lelki védekező mechanizmus) védi, elősegíti a gyógyulási folyamatot a var alatt. A gyógyulási folyamat után (példánk-

ban a sikeres alkalmazkodás az új helyzethez) a var önmagától lelökődik, hiszen nincs már funkciója.

Abban az esetben, amikor bizonyos elhárító mechanizmusokat - önkéntelenül - túlzottan, és hosszasan alkalmaz az adott beteg, akkor viselkedése merevebbé, személyisége színtelenebbé, energikusságát illetően fáradékonyabbá válhat. Mindez konfliktusokhoz vezethet az adott betegben és feszültségekhez a családtagjaival és a kezelőkkel való kapcsolataiban. Megemlítjük, hogy az átmenet a normális és a kóros mértékű lelki védekezési mechanizmusok között fokozatos és nagy egyéni különbségek vannak. Szükség esetén speciális segítségben (pl. pszichoterápia) kell részesítenünk a tudattalan lelki mechanizmust/mechanizmusokat önkéntelenül hosszán, mereven, már nem az alkalmazkodás érdekében alkalmazó betegeket.

A DAGANATOS BETEGSÉGEKHEZ TÖRTÉNŐ FŐBB ALKALMAZKODÁSI FORMÁK

1. A tagadók

Mint már említettük, vannak olyan daganatos betegek, akik első tüneteiket tagadják, figyelmen kívül hagyják, és nem fordulnak a lehető leghamarabb szakemberhez panaszukkal. Ez a valójában tudattalan stratégia a diagnózisközlés után is gyakran előfordulhat. A beteg meghallgatja a felvilágosító orvost, de a közölteket tagadja:

„Hallottam, értettem, amit az orvos mondott, de nem gondolok rá, nem foglalkozom vele.”

„Régebben azt mondták, hogy emlőgyulladásom van. Azt akarom hinni, hogy most is ez a baj. Egyébként sem vagyok kérdezősködő típus. Jobb lett volna, ha nem is mondják meg a diagnózist.”

2. A harcos lelkek

Az ebbe a csoportba tartozó személyek általában pozitívan, reménykedve, aktivitásra készen viszonyulnak az információkhoz, történésekhez. „A harcos lelkek” a diagnózis megtudása után megpróbálják megszerezni a lehető legtöbb információt a betegségről, a kezelésekről, a hasznos életmódbeli változtatásokról és igyekeznek megvalósítani azokat. Mottóik:

„Soha nem adom fel, bármi is történjék.”

„Mondtam az orvosnak, hogy az igazat akarom tudni a betegségemről, s kértem, mindent mondjon el arról, hogyan tudom túlélni a bajt.”

„Amint megtudtam a diagnózist, azonnal megszereztem az elérhető könyveket, tanulmányokat, újságcikkeket, kazettákat a betegségről. Soha nem gondolok a halálra. Csak az érdekel, hogyan tudnám minél hamarabb, minél gyorsabban leküzdeni a betegséget. Mindent megpróbálok megtenni ennek érdekében”.

3. A sztoikus elfogadók

A sztoikus elfogadók - a klinikai tapasztalatok szerint sok ember tartozik ebbe a csoportba - különösebb érzelmi vihar nélkül veszik tudomásul a diagnózist, s filozofikus bölcsességgel,

szinte érzelemmentesen, higgadtan viszonyulnak a jövőhöz, bármit is hozzon az. Gyakori mondataik:

„Tudtam, mit akar az orvos mondani. Fel voltam készülve erre a helyzetre és azt is tudom, hogy nem tőlem függ a jövő. Lesz, ami lesz. Nem érdemes aggódni, az nem segít.”

„A hallottak miatt nem sírtam, nem zokogtam. Elfogadom a helyzetet. Hívő vagyok, meg vagyok arról győződve, hogy ami történik, az Isten akarata.”

4. A szorongásos, depresszív reakciót nyilvánítók:

Gyakran tapasztaljuk, hogy a daganatos betegség tényének közlésére betegeink kifejezett szorongással, depressziós tünetképzéssel reagálnak. Fontos, hogy ez a viszonyulás ugyanakkor nem azt jelenti, hogy nem működnek együtt a szükséges tennivalókban. Korábbi, megszokott életvitelüket is képesek folytatni. Általában az e csoportba tartozó személyek korábban is pesszimisztikusan, szorongásos/depresszív tünetekkel reagáltak a rossz hírekre, a konfliktusokra. Idézünk tőlük:” Nem is tudom, hogyan bírtam ki ezt a hetet. Segített, hogy a gyerekeimmel, - mint mindig - most is sok tennivalóm volt. De ugyanakkor fokozta a szorongásaimat is gyermekeim közelsége. Állandóan az járt az eszemben, hogy ki fogja őket felnevelni.”

„Soha nem voltam betegállományban, mindig kitartottam. Ha intéznem kellett valamit, mindig izgultam, sokat aggodalmaskodtam. Sokszor eredménytelennek éreztem magam. Nem vagyok túlzottan szerencsés ember.”

5. Akik úgy érzik, nincs segítségükre senki, helyzetük reménytelen:

Az ebbe a csoportba tartozó betegeknek szinte a legnehezebb segítenünk, mert a tapasztalatok szerint rendkívüli pesszimizmus, magárahagyottsági- és reménytelenségi érzések öntik el őket a diagnózisközlés után, főleg a jövőt illetően. Emberi kapcsolataikban sajátos „működési zavar” jut érvényre. Önmagukat súlyos, halálos betegnek élik át és szinte befolyásolhatatlanul izolálódnak környezetüktől. Gyakran hangoztatott mondataik:

„Semmi jóra nem tudok gondolni. Szüleimnek szintén daganatos betegsége volt, gyorsan haltak meg. Úgy érzem, rám is ez a sors vár. Az egyetlen hely, ahol eddig jól éreztem magam, az a nyaralónk. De már nem megyek ki megnézni a sziklakertemet, már nem ültetek új virágokat.”

„Ebben az állapotban semmilyen segítségre sem számíthat az ember. Már elég csapás volt a magasvérnyomás és a cukorbetegség, de eddig még nem adtam fel. De daganatos betegként nem lehet élni, ennek a bajnak még a tudatát sem vagyok képes elviselni. Már nem veszek új ruhát, abbahagyom a hajam festését, még a lakásból sem kívánok kimenni.”

A NEM MEGFELELŐ ALKALMAZKODÁS ISMÉRVEI

Abból indulhatunk ki, hogy az emberi viselkedésnek olyan széles a repertoárja, hogy nehéz megmondani, mely reakciókat, milyen viselkedést tekintünk „rossz”-nak a diagnózishoz, a kezelésekhöz szükséges alkalmazkodás szempontjából. A „rossz alkalmazkodás” főbb ismérveiről mégis tudniuk kell a szakembereknek, hiszen ők azok, akik a korai segítségadás

érdekében felfigyelhetnek az alkalmazkodási zavarral küzdőkre. Ugyanis a „rossz alkalmazkodás” rontja a beteg életminőségét és gyógyulási esélyeit egyaránt.

A nem megfelelően alkalmazkodók sajátosságai

- a „rosszul alkalmazkodók” közé tartozó személyekre nem jellemzőek a korábban ismertett, diagnózisközlésre adott tipikus, általában átmeneti jellegű reakciók
- önálávetés, passzivitás, kóros „nyájasság” dominálja viselkedésüket, érzelmi reakcióikat
- egyes betegeknél az érzelmek felszínesnek tűnnek, jól ellenőrzöttek. Nem beszélnek problémáikról, és látszólag mindenbe beleegyeznek
- a betegek más része komoly érzelmi reakciót mutat (depresszió, szorongás, kishitűség, gondolkodási zavar), mely mintegy megmenti őket attól, hogy egyáltalán kérdezzenek. Esetükben a komoly érzelmi reakció elfedi az együttműködési zavart
- egyeseknél pszichiátriai rendellenességek is felszínre törhetnek: súlyos önértékelési válság, kommunikációs zavar, az információk félreértelmezése, suicid veszélyeztetettség.

Összefoglalva a fentieket, didaktikai szempontból volt fontos felsorolni a jellemző ismérveket, hiszen többször hangsúlyoztuk, hogy minden daganatos beteg önálló egyén. Pszichológiai szempontból sem tanácsos bárkire, bármilyen folyamatra sémát erőltetni. Az onkológusnak és a team többi tagjának fáradhatatlanul törekednie kell a beteg ember megismerésére, amit a beszélgetés segíthet elő leginkább. A dialógus-jellegű beszélgetés a beteg megismerésének és valódi megértésének legfőbb záloga, ami egyébként nem egyszerű feladat. Éppen ezért, a team-hez tartozó klinikai pszichológus szakszerű segítséget adhat a pszichológiai gondozásra, ritkábban pszichoterápiára javasolt betegek felismerésében és szükség szerint kezelésében.

A BETEGSÉGHEZ TÖRTÉNŐ ALKALMAZKODÁS STÁDIUMAI

Kübler-Ross foglalkozott leginkább azzal, hogy meghatározza a betegséghez, ill., ha bekövetkezik, a terminális állapothoz történő alkalmazkodás folyamatát és fokozatait. Többször szó esett már arról, hogy minden beteg más, s ennek megfelelően a betegsége adott reakciók és a betegség lefolyása egyaránt egyéni.

Abból indulunk ki, hogy Kübler-Ross munkássága alapján a végstádiumba jutott betegek terminális folyamatának a szakaszai a következők:

- Első stádium: elutasítás és izoláció
- Második stádium: düh
- Harmadik stádium: alkudozás
- Negyedik stádium: depresszió
- Ötödik stádium: végső belenyugvás.

Guex felvetette, hogy Kübler-Ross ezen tapasztalatainak alkalmazását nemcsak a haldoklókra, hanem a betegséggel küzdőkre is alkalmazni lehet. Guex hangsúlyozza, hogy sokfélék vagyunk, sokféleként éljük az életünket, esetleges betegségünket, s végül halálunkban is sokfélék maradunk. Mégis, Kübler-Ross tanainak elfogadása segítheti a gyógyító személyzetet a beteg helyzetének, alkalmazkodásának értékelésében, a beteg megértésében és támogatásában a kivizsgálástól a tünetmentességig, majd gyógyulásáig, illetve a haláláig.

A VISSZAESÉS FŐBB LELKI VONATKOZÁSAI

Klinikai munkánk során találkozunk olyan betegekkel is, akik az együttműködés, a reménykedés és a bizakodás után kénytelenek szembesülni a visszaesés tényével. Ilyenkor újra kell gondolniuk sok mindent, s előjönnek az első diagnózisközlés és kezelés emlékei is. Holland tapasztalatai szerint az érzelmi krízis mélyebb a visszaeséskor, mint amilyen a betegség megállapításakor és a kezelés megkezdésekor volt. Fallowfield vizsgálatai alapján azt találta, hogy a visszaeső betegek igen különbözően reagálnak erre a tényre. Vannak, akik mindvégig szorongtak a betegség újbóli megjelenésétől, s mintegy lezárta szorongásait a visszaesés. Egyébként Damoklész kardja tünetcsoportnak nevezték el a szakemberek az állandó félelmet, szorongást a daganatos betegség kiújulásától. Mások oly egykedvűnek mutatkoznak ugyanabban a helyzetben, hogy a kezelőkben felmerül a heves érzelmi megrázkódtatás gátló hatása. Valóban, ilyenkor a pszichiátriából ismert „intellektuális gátlás” jelenségét figyelhetjük meg: az érzelmi krízis teljesen gátolja a helyzet valódi megértését, értelmi feldolgozását.

Az előbb említett csoportokba tartozókkal együtt pszichológiai gondozást, esetenként pszichoterápiát igényelnek azok a betegek is, akik arról számolnak be, hogy a visszaesést megelőzően számukra súlyos, érzelmileg feldolgozhatatlan krízist, traumatikus „életeseményt” (pl. válás, gyász) éltek át.

A visszaesésre adott jellemző reakciók közé tartozik még a kifejezett érzelmi labilitás, feszültség, harag, ellenségesség érvényre jutása.

Saját tapasztalataink alapján a klinikai pszichológussal kiegészült team hatékony, többirányú segítséget tud adni a visszaeső betegeknek is, akiknél a pszichológiai támogatás, kezelés gyakran szükséges lehet. Ismét hangsúlyozzuk, hogy a daganatos betegek nem lelki betegek, de a betegség kivizsgálása és kezelése minden egyes beteget igénybe vesz, lelkileg is. Az osztályon dolgozó pszichológus azoknak is elérhető kezelési lehetőséget jelenthet, akik aktuálisan úgy érzik, hogy egyedül, ill. kezelőik, hozzátartozóik segítségével is meg tudják oldani pszichoszociális problémáikat. Ha ez valamilyen okból nem sikerül, a team-hez tartozó pszichológus segítséget adhat a problémákkal való megbirkózáshoz, a pszichoszomatikus egyensúly megtalálásához.

Ajánlott irodalom

Arai, Y., Kawakita, M.: Psychosocial aspects in long-term survivors of testicular cancer. J. of Urology, 155: 574-578

Bateman, A., Holmes, J.: Mechanisms of defence. In: Introduction to psychoanalysis. Routledge, London and New York, 1995

Bálint M.: Az orvos, a betege és a betegség. Animula, Budapest, 1990

Creagan, E.T.: Psychosocial Issues in Oncologic Practice. Mayo Clin. Proc. 68:161-167, 1993

Fallowfield, L.: Breast cancer. The experience of illness series. Routledge, London and New York, 1991

Flaskay G.: A projektív identifikáció fogalma és jelentősége a pszichoanalízisben és a pszichoterápiában. In: Függőség, tárgykapcsolat, viszontáttétel. Szerk.: Flaskay G. MPE-Animula, Budapest, 1994

- Guex, P.: An introduction to psycho-oncology. Routledge, London and New York, 1989
- Hawkins, M.M., Stevens, M.C.G.: The long-term survivors. Brit. Med. Bull. 52, 4:898-923, 1996
- Kovács, J.: A gyógyíthatatlan beteg felvilágosításának etikai problémái. In: Halálközelen. Magyar Hospice Alapítvány, Budapest, 1994
- Kübler-Ross, E.: A halál és a hozzá vezető út. Gondolat, Budapest, 1988
- Lumley, M.A., Norman, S.: Alexithymia and health care utilization. Psychosom. Med. 58: 197-202, 1996
- Michell, A., Gatta, G. et alii: Studying survival of cancer patients in different populations: its potential and role. Tumori, 83:3-8. 1997
- Muszbek, K.: Kommunikáció orvos és beteg között. A diagnózis közlésének dilemmái. In: Halálközelen. Magyar Hospice Alapítvány, Budapest, 1994
- Pető K.: Regresszió és nyelvezavar. In: Határhelyzetek. A pszichoanalízis elméleti és technikai dilemmái, alkalmazási területei. Animula, Budapest, 1998
- Riskó Á.: Non-verbal communication between cancer patients and others. IPA Congress, Budapest, 1990
- Riskó Á.: Bálint-csoport gyógytornászok számára. Végeken, 6, 2: 13-16, 1995
- Riskó Á., Fleischmann T., et alii: Influence of pathological psychological state of cancer patients on their decisions. Support. Care Cancer, 4(1): 51-55, 1996
- Riskó Á.: Változatok a deperszonalizációra. In: Határhelyzetek. A pszichoanalízis elméleti és technikai dilemmái, alkalmazási területei. Animula, Budapest, 1998
- Rowland, J. H.: Psycho-oncology and breast cancer: a paradigm for research and intervention. Breast Cancer Research and Treatment, 31: 315-324, 1994
- Sontag, S.: A betegség mint metafora. Európa Könyvkiadó, Budapest, 1983
- Thoma, H., Kachele, H.: A test és a pszichoanalitikus módszer. In: A pszichoanalitikus terápia tankönyve 2. Kiadja Harmatta J., Toma H., Kachele, H., Budapest, 1992

IV. AZ ORVOS.

AZ ORVOS-BETEG KAPCSOLAT FŐBB ISMÉRVEI AZ ONKOLÓGIA TERÜLETÉN. A KLINIKAI PSZICHOLÓGUS/PSZICHIÁTER SZEREPE, FELADATAI A DAGANATOS BETEGEK KOMPLEX TERÁPIÁJA ÉS REHABILITÁCIÓJA FOLYAMÁN

AZ ORVOS

Az orvos a daganatos betegeket vizsgáló, kezelő, központokban és osztályokon felelősséggel irányítja a kezelő csoportot, a betegek kivizsgálását, kezelését, rehabilitációját, ellenőrzését, valamint a haldoklók ellátását, miközben maga is részt vesz a napi feladatok megoldásában

Általános jelenség, hogy az elmúlt évtizedben intenzíven fejlődött a technika az egészségügyben, valamint az onkológiai terápiák hatékonysága, de még mindig szembesülünk betegeink egy részének gyógyíthatatlanságával, végstádiumba kerülésének összetett nehézségeivel és halálával. Főként az utóbbi évtized óta, egyre jobban felismerjük az onkológia területén is az orvosokra és a többi szakemberre ható emberi és környezeti stresszeket és a stresszek komplex következményeit. Mai tudásunk alapján halaszthatatlan a szakemberek „életminőségének” javítása, elsősorban a megelőzhető/gyógyítható mentálhigiénés és ártalmak csökkentése. Az intellektuális és fizikai túlterhelésen megfelelő szervezéssel lehetne segíteni. Minderre többféle lehetősége is van maguknak az érintetteknek és feletteseiknek.

Ismert, hogy az onkológusoknak napi munkájuk folyamán újabb és újabb ellentmondásokat és tartós bizonytalanságot kell elviselniük. Az ellentmondások közé tartozik, hogy a gyógyítás érdekében átgondoltan elő kell írniuk speciális vizsgálatokat, beavatkozásokat, kezeléseket és ugyanakkor meg kell felelniük a segítséget váró, sokszor félelmekkel, kaotikus gondolatokkal, kétségbeeséssel küzdő beteg emberek felfokozott, sürgető, egyedi elvárásainak. Egyszerűbben szólva, az orvosoknak mintegy „lökhárítóként” kell működniük a betegek felfokozott érzelmi áramlásaiban, ugyanakkor cselekedeteikben objektívnek, szakszerűnek, hatékornak kell lenniük, miközben szavakban és gesztusokban együttérzésüket is ki kell fejezniük. A folyamatos és egyenletes munkavégzéshez érett személyiségre, szakértelemre, megfelelő szakmai és emberi körülményekre, testi és lelki „karbantartásra”, a gyógyító ember méltóságának megőrzésére egyaránt szükség van.

A betegek orvosaiikkal kapcsolatos elvárásait nehéz röviden összefoglalni, mégis kiemelhető a folyamatos biztonságadás-, megértés- és a szakértelem igénye.

Aki beszélgetett már onkológiai betegekkkel, az tudja, hogy ők az orvost tartják a leginkább alkalmasnak arra, hogy elmagyarázza a diagnózist, a kezelési tervet, annak előnyeit és kockázati tényezőit. Az orvos, megszervezve a beteg számára alapvetően fontos beszélgetéssorozat körülményeit, biztosítva a nyugodt, őszinte érzelmi légkört, tapasztalatai birtokában, képes eldönteni, hogy milyen „adagokban” közölje a diagnózissal kapcsolatos tudnivalókat. Ebben a folyamatban is az orvos személyisége, érettsége, életfilozófiája, szakértelme, hivatástudata, klinikai gyakorlata, az adott beteggel kialakult kapcsolatának minősége a meghatározó.

Az orvos speciális felkészítésének szükségessége az onkológiai betegek ellátásában

Hosszú ideig az volt az elképzelés - és ez megszabta az elvárásokat is -, hogy a daganatos betegek kezeléséhez elengedhetetlenül szükséges érzékenységet és lelki nyitottságot eleve birtokolják a fiatal orvosok és szinte veleszületetten képesek a feszültségek, a kudarcok és a veszteségek folyamatos elviselésére.

Az onkopszichológia fejlődésének is köszönhetően egyre nyilvánvalóbb, hogy az orvos/többi szakember - beteg/hozzátartozói kapcsolat folyamán a „gondozó/k” és a „gondozott/ak” hasonló érzelmi terhelés alá kerülnek, minél súlyosabb betegekről van szó, annál inkább.

További stresszorok is kialakulhatnak, s a hatások összegződhetnek az onkológusokban és munkatársaikban:

A munkavégzéssel együtt járó stresszek (pl. konfliktus a főnökkel, kollégákkal, állandó túlteljesítés), krízisek a magánéletben (házastárs, gyerek), saját egészségi problémák, emberi veszteség miatti gyász (válás, haláleset), anyagi gondok miatti aggodalmaskodás. Az előbb említett stresszek, konfliktusok együtt is járhatnak, személyes és hivatásbeli következményeket okozva.

Tapasztalataink szerint addig, amíg az orvosokat képzésük során nem készítjük fel eléggé a korszerű pszichológiai ismeretek, készségek átadásával az egész ember gyógyítására, addig hiába várjuk el, hogy valamennyi orvos megfeleljen a holisztikus szemlélet elvárásainak és team-munkára is képes legyen.

Ismert tény, hogy az tud a beteg emberre valóban figyelni, aki tisztában van saját reakcióival, főként a szenvedés és a halál vonatkozásában, hiszen mint már említettük értelmi és érzelmi közvetítéssel, a gyógyítók ugyanazokat a kimondott és kimondatlan érzéseket élik át, mint betegeik. Ha a kezelőszemélyzet tagjai nem rendelkeznek kellő önismerettel és megfelelő erővel, akkor munkájuk során „kiégnek” (erről a tünetcsoportról a későbbiek folyamán lesz részletesen szó), maguk is sérülnek, de ami a betegek számára alapvetőbb, teljesen izolálódhatnak tőlük.

Sajátos célú, ún. posztgraduális tréningek segítségével a szakembereket speciálisan segíteni lehet abban, hogy betegeiket empátiával közelítsék meg, ugyanakkor tartsanak optimális távolságot a betegektől, a betegségtől az objektivitás biztosítása és a túlzott érzelmi azonosulás elkerülése érdekében. Mindez nem idézhet elő kedvezőtlen távolságot/elkerülést ill. „egybeolvadást” az orvos-beteg kapcsolatban, hiszen mindkét szélsőség gátolja a gyógyítást.

A daganatos betegek komplex, hatékony és humánus gyógyítása időt, érzékenységet és speciális jártasságot is igényel az onkológusoktól és a team tagjaitól. Az onkológia területén a főbb, érzelmi és értelmi feldolgozást igénylő pszichológiai, szociológiai és etikai problémák a következők: a megértésen alapuló felvilágosítás, a terápia kockázata, a fájdalom, a szenvedés, a csonkító műtétek, az izoláció, az eutanázia, a halál, a kutatás, a médián keresztül történő informálás.

Ezekkel a kérdésekkel, témákkal az onkológusnak magának is tisztába kell jönnie, de ugyanígy fontos az orvos, a kezelő csoport többi tagja, valamint a kórházon kívüli működő szakemberek közötti egyetértés a fenti problémák, események kezelését illetően.

AZ ORVOS - BETEG KAPCSOLAT FŐBB ISMÉRVEI AZ ONKOLÓGIA TERÜLETÉN

Schneider írta le az onkológia területén előforduló orvos-beteg kapcsolat főbb változatait:

- A tudományos kapcsolat: leginkább az egyetemi tanulmányok alatt kialakult modellhez hasonlít, amikor a leendő orvos megvizsgálja a beteg testét, megállapítja a szervi eltéréseket, és tekintetbe veszi a klinikai vizsgálatok eredményeit. Az ilyen típusú kapcsolat a kivizsgálás és a konzultációk idején gyakori, s arra az orvosra a jellemző, aki elsősorban a betegséget és nem a beteg embert veszi figyelembe.
- A krónikus kapcsolat: ebben az esetben néhány hét, vagy hónap után az orvos-beteg kapcsolat formalizálódik, merev egyformasággal ismétlődik. Pl. a betegben tudatosul, hogy a vizsgálat előtt mindig vérvétel és röntgenvizsgálat történik. Ha az eredmények változatlanok, akkor az orvos mindig ugyanazokat a kérdéseket teszi fel: pl. testsúly, a terápia mellékhatásai vonatkozásában, de soha nem kerül sor a részletek áttekintésére. Az ilyen típusú kapcsolat nem kíván alázatosságot a betegtől, aki fokról-fokra specialistává válik saját betegségének ellenőrzésében, s megtanulhatja, mikor, hogyan kérjen abban az esetben segítséget, ha bizonyos problémái alakulnak ki. A „krónikus kapcsolatban” mindez nyugodt légkörben történik, lecsendesítve a feszültséget, a bizonytalanságot. Az ilyen típusú kapcsolat nem jelenti azt, hogy a beteg tartósan megmenekül kétségeitől, félelmeitől, csak ezeket biztatás hiányában nem fejezi ki.
- A segítő, támogató kapcsolat: valójában két különböző kapcsolatot jelent. A hierarchia alapján történő segítségadás folyamán az egyik fél az aktívan segítő, s ez a ténykedés megelégedettség érzést okoz benne. A másik fél elfogadja az empátiával történő segítségnyújtást. Ezzel mintegy elismeri ezirányú szükségletét, gyengeségét, vagy tehetetlenségét. Az ilyen klasszikus pszichoszociális megközelítésre példa az az eset, amikor az előrehaladott fázisban lévő beteg az otthonában tartózkodik, s arra számít, hogy problémáit elrendezik (szociális szolgáltatások, szállítás megszervezése, gyógyászati segédeszközök biztosítása, stb.).

A támogató kapcsolatra az a jellemző, hogy a beteg maga veti fel, pl. a pszichológiai gondozásának szükségességét. Az orvos együtt érzően támogatja a beteget megoldási törekvéseiben. Ez az orvosi megközelítés erősíti a beteg önértékelését és fokozza a betegséggel szembeni lelki „hadviselését”.

A személyes, emberi kapcsolat: erre a viszonyra az a jellemző, hogy mindkét fél eredendően rendelkezik a bizalom képességével. Az orvos, beleérző hallgatásával lehetővé teszi a beteg megnyílását, elsősorban aggodalmai, érzései vonatkozásában. Az orvos ezzel az attitűdjével lehetőséget kap a beteg valódi „drámájának” megismerésére. Amennyiben sikerül megvalósítani az ún. emberi kapcsolatot az orvos és a beteg között, akkor az orvos mélyebb betekintést kaphat a daganatos betegségek pszichológiai vonatkozásaiba is. Az előbb említett előnyök együtt járhatnak kudarcokkal, a betegség esetleges előrehaladásának bekövetkezése miatti tehetetlenség érzésével, stb. Mindezt tudni kell kezelni. Az ilyen megközelítés esetén a beteg tapasztalja, hogy betegségének kezelése halad, s eközben emberileg teljes mértékben elfogadottnak érezheti magát.

A KLINIKAI PSZICHOLÓGUS/PSZICHIÁTER SZEREPE, FELADATAI A DAGANATOS BETEGEK KOMPLEX TERÁPIÁJA ÉS REHABILITÁCIÓJA SORÁN

A daganatos betegek pszichés állapotát vizsgáló és jellegzetes lelki problémáit kezelő klinikai pszichológusok és pszichiáterek tevékenységének története évtizedekre tekinthet vissza hazánkban is. A pszichiátria területén dolgozó szakemberek sokrétű ismeretanyagot gyűjtöttek össze a testi betegek lelki problémáiról és a pszichiátriai betegek testi panaszairól, tüneteiről. Az elmúlt időszak alatt kialakultak a csoportmunka lehetőségei az onkológusok, a nővérek, a betegek, a klinikai pszichológusok, a pszichiáterek, a kutatók, a gyógytornászok, az asszisztensek, a dietetikusok, a szociológusok és a kórházi lelkészek között. Meg kell említenünk a betegek önkéntes segítőkészségét saját élményeik, megfigyeléseik, tapasztalatik átadásában.

A mai helyzet előzményeit tekintetbe véve meg kell emlékeznünk néhány kiváló magyar szakember úttörő tevékenységéről a testi betegségeket megelőző, a betegségfolyamat alatt ható és a részleges, vagy teljes gyógyulást követő lelki reakciókkal, pszichés megbetegedések feltárásával és terápiájával kapcsolatban.

Ferenczi Sándor pszichoanalitikus az organikus megbetegedések következtében kialakult neurózisokra és ezek kezelési sajátosságaira már az 1920-as években felhívta a figyelmet. Rávilágított a beteg és kezelője között eredendően létező, működő, általában nem tudatos érzelmi (indulatáttételes) kapcsolatra, mely a gyógyulás fontos hatótényezője.

Bálint Mihály pszichoanalitikus „Az orvos, a betege és a betegség” c. könyvében megfogalmazta, hogy a képzett orvos pszichoterapeuta is egyszemélyben. Általánosan elismerik, - emeli ki - hogy a klinikus munkájának egynegyede-egyharmada tisztán és egyszerűen pszichoterápiából áll. Tény, hogy a jelenlegi orvospképzés nem készíti elő kellőképpen a gyakorló orvost jövőnk munkájának legalább negyedrésszére, írja Bálint 1956-ban. Felfedezte, hogy „az általános orvosi gyakorlatban a leggyakrabban alkalmazott „gyógyszer” az orvos maga, azaz nem csupán az orvosság, vagy a különféle pirulák számítanak, hanem az a mód is, ahogyan azt az orvos a betegnek adja, valójában az egész légkör, amelyben a gyógyszert adják és kapják.” Úgy véljük, hogy az onkológusok számára is megfontolandóak ezek a gondolatok, amelyek nemcsak a gyógyszerre, hanem pl. a sugárterápiára is vonatkozhatnak. A gyakran futószalagrendszerrel, egyre személytelenebb kapcsolatokkal, fokozódó technikai perfekcionizmussal, ápolás helyett inkább kezelésnek nevezhető ellátással jellemezhető mai kórházi légkörben nem csoda, ha egyes betegek fantáziájában a gyógyszer méregg válik át, s sokszor az orvos feladatkörét a kuruzslókra helyezik át a lelki regresszióban lévő, „minden, vagy semmi” gondolkodással és intellektuális gátlással jellemezhető betegek.

Hazánkban a 60-as évektől kezdve vált szélesebb körűvé a súlyos testi betegségben szenvedők pszichológiai vizsgálata. Gegesi Kis Pál és Liebermann Lucy ekkoriban számoltak be arról, hogy a Rorschach személyiségvizsgáló tesztet használták fel a testi betegségben szenvedő gyermekek lelkiállapotának, lehetséges pszichés megbetegedésének feltárására. A daganatos gyermekeknél azt tapasztalták, hogy a malignus folyamat személyiségfejlődési zavaruk kialakulását elősegítette. Megfigyelték, hogy a súlyos betegek igyekeztek elkerülni a pszichés feszültséggel járó lelkiállapotokat. A halál előtti személyiségképet elemezve azt találták, hogy a szomatikus állapot súlyosbodását a személyiség további, önkéntelen beszűkítése, a test-sémába zárkódás fokozódása követi. Mindez súlyos lelki regresszió felel meg: a beteg fokozatosan feladja a külvilággal való kapcsolatot. Gegesi Kis hangsúlyozta a személyiség-

fejlődés zavar kialakulásának megelőzését, ill. korrekcióját a pszichológiai kivizsgáláson alapuló pszichoterápiák segítségével.

Mezei Árpád és munkatársai szintén a Rorschach teszt segítségével malignus tüdődaganatos személyek testkép zavarának súlyosságát a betegség kimenetelét illetően prognosztikai jelentőségűnek találták és kidolgozták a malignitást jelző „testséma-indexet”. Véleményük szerint a testvázlat felbomlása, a valóságviszonyok destrukciója és a vizsgált betegek személyiség-struktúrája egyöntetűen a daganatos betegek katasztrofális helyzetét tükrözik. Pszichológiai segítségadás igénybevételét ajánlották betegeknek, ami akkoriban, hazánkban merész, de egyúttal korszerű javaslat volt.

Szintén a 60-as években figyelte meg az ortopéd-sebész Riskó Tibor, hogy a paraplégias bénultakkal való pszichés foglalkozás különösen fontos. A gyógyító team hiányos működése következtében a betegek közül többen vagy az öngyilkosság gondolatával foglalkoztak, vagy a kikövetelt nyugtatók rendszeres túlszedése miatt szinte befolyásolhatatlan narkomániás lényekké alakultak át. A szerző a csontdaganatos betegek műtéti kezelésének pszichológiai szempontjait is figyelembe veszi a 70-es években írt tanulmányában. Véleménye szerint az orvos még az áttétes beteg kezelése során sem veszítheti el a reményt, hiszen a lemondást az érzékennyé vált beteg megérzi és állapotát (gyógyulási esélyeit) ezen tapasztalatai kedvezőtlenül befolyásolhatják. A remény és a gyógyítási törekvés a kezelők rehabilitációs szemléletében és tevékenységében is tükröződik.

Ugyancsak a 60-as évek elejére tehető a hazai pszichoonkológia alapjainak lerakása, mely az említetteken kívül elsősorban Erdély Éva, Levendel László, Litvai Gizella, Mezei Árpád, Németh György és Polcz Alaine nevéhez fűződik.

A klinikai pszichológiai tevékenység megszervezésének folyamata az Országos Onkológiai Intézetben

Az „A” kemoterápiás osztályon 1991-től kezdve az onkológiai team tagjaival együtt dolgozik a klinikai pszichológus. A munkaszervezés első fázisában az osztályon biztosították a pszichológus munkakörülményeit. Az első évben közös gondolkozással, gyakori beszélgetésekkel az onkológusok, a nővérek, a pszichológus és a betegek együttműködésével kialakították a „közös nyelvet”, kidolgozták a fő feladatokat és az onkológiai pszichológus tevékenységi körének alapjait. Egy év után bevezették a betegek önkéntességén alapuló onkopszichológiai kivizsgálást, mely a következőket foglalja magába:

1. daganatos betegekre kidolgozott un. első interjú (50 perc)
2. személyiségvizsgáló tesztek (Rorschach, Szondi) alkalmazása (kb. 30 perc)
3. a MAWI intelligencia teszt felvétele (kb. 50 perc)
4. a kapott eredmények megbeszélése a vizsgálat személlyel (kb. 50 perc).

Az onkopszichológiai kivizsgálás fő céljai a kemoterápiás osztályon:

Az egyik fő cél az, hogy a diagnózisközlés okozta, általában súlyos érzelmi krízisben lévő betegeknek egyénre szabottan, szakszerűen segítsen: főként az önmegismerésben, a saját lelkierő mozgósításában, az aktuális helyzet elfogadható mértékű, reális értékelésében és az ahhoz való alkalmazkodásban. Vannak, akiknél ebből a szempontból elegendő a vizsgálatokat lezáró megbeszélés. Másoknál, indokolt esetben, segíthet az „elébemenően” felajánlott

pszichológiai gondozás. A daganatos betegség kialakulása előtt én-gyengeséget, pszichés tünetet/betegséget mutatóknál - megfelelő időben - biztosítjuk a pszichoterápiát, ill. szükség esetén pszichiáterrel együttműködve a pszichofarmakonok adását. A frissen diagnosztizált betegeken kívül bárki számára elérhető az osztályon dolgozó pszichológus. Leggyakrabban a kezelés során együttműködési zavarral küzdők és a visszaeső betegek kérnek, vagy fogadják el segítségét. Ritkábban, de előfordul, hogy már ellenőrzés alatt álló, ill. gyógyulnak tekinthető betegek - onkológusuk segítségével - veszik fel a kapcsolatot a pszichológussal lelki problémáik miatt. Arra is van példa, hogy hozzátartozók kérnek konzultációs lehetőséget a családban kialakult problémák miatt.

A daganatos betegekre kidolgozott első interjút felvevő klinikai pszichológus, alkalmazkodva az általában krízishelyzetben lévő betegek sajátos lelkiállapotához, elkezd feltárni 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.

A személyiségvizsgáló tesztekkel - megfelelő pszichiátriai gyakorlat birtokában - elsősorban az adott személy érzelmi állapotát, személyiségének erejét, lelki védekező mechanizmusait és értelmi működésének sajátosságait kívánják rögzíteni.

A MAWI intelligencia tesztet először az onkológiai kezelések előtt, másodszor azok befejezése után kb. 2 évvel végzik el vizsgált betegekkel. Az egyik cél az, hogy a kezelések előtti és utáni MAWI eredményeket egymással összehasonlítsák, s megfigyeljék a kemo- és sugárterápia esetleges hatásait az adott beteg verbális (beszédben megnyilatkozó) és performatív (cselekvéses) intelligenciaszintjére.

A megbeszélés lehetőséget ad a betegeknek arra, hogy a klinikai pszichológus segítségével, személyre szabottan többet megtudva önmagukról, megfontolják a pszichológiai segítségadás azonnali, vagy későbbi elfogadását. Tapasztalati tény, hogy a daganatos betegek nem lelki betegek, de a daganatos betegség jelenlegi onkológiai kezelése minden érintettet igénybe vesz, lelkileg is.

Ismert, hogy az én-erő (azaz a személyiség) megfelelő mozgósításának és a megváltozott élethelyzethez való sikeres alkalmazkodásnak jelentősége van a beteg gyógyulási kilátásai és megfelelő életminősége szempontjából egyaránt. Már a megbeszélés is segítheti a betegeket a kivizsgálás-diagnózisközlés-első kezelések periódusának optimálisabb kontrollálásában, az általában gátlás alá kerülő kommunikációs képességek normalizálásában, a kedvezőbb alkalmazkodásban, a szükséges döntések (pl. a kezelés szükségességének elfogadása) meghozatalában.

Az 1991 óta gyűjtött tapasztalatok szerint a kemoterápiás kezelést igénylő betegek kb. 50 %-nak szüksége van pszichológiai/pszichiátriai segítségre. A kezelt betegek negyedének segít a lelki gondozás, a pszichológiai tanácsadás, míg a másik 25 %-nak - panaszaik alapján - szakszerű egyéni pszichoterápiára van szükségük. Ritkán, de szükség van pszichofarmakonok adására is.

Mikor van szükség pszichológiai kivizsgálásra, klinikai pszichológussal, ill. pszichiáterrel történő konzultációra?

A daganatos betegség diagnózisának közlésére a szakemberek normális válasznak tekintik a betegek - átmeneti - szorongásos és depressziós tüneteit. Az onkológiai kezelések sikeres

alkalmazásához szükség van a betegek megfelelő én-erejére (azaz személyiségük érettségére), optimizmusára és folyamatos együttműködési képességére.

A daganatos betegségek onkológiai kezelésének esetlegesen lelki problémákat/tüneteket okozó mellékhatásai a következők:

- Hajhullás, megkopaszodás, szőrzet elvesztése
- Hányinger, hányás
- Anorexia, (tapasztalataink szerint a kóros falás is) gyengeség, fáradékonyság
- Fokozott vegetatív tünetek (pl. zsibbadás, hasmenés) csökkent libidó (félelem a sterilizációtól, a reprodukciós képesség esetleges elvesztésének gyásza, frigiditás, ejakulációs zavar, stb.)
- Testkép torzulása, a test korai öregedése
- Testi funkciók időleges/végleges megváltozása

Pszichológiai/pszichiátriai konzultáció ajánlott a következő esetekben:

- Önerőből feldolgozhatatlan halálfélelem
- Öngyilkossági krízis, ill. mások fenyegetése
- Megváltozott, vagy szokatlan magatartás (pl. ok nélküli düh, nagymértékű visszahúzódás, hipománia, kibontakozó delírium)
- A kezelés szükségességének visszautasítása, illetve együttműködési nehézségek
- Alkalmazkodási képtelenség az elhúzódó kezelésekhez
- Nem enyhülő, 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
- Elfedett zavarok (pl. intenzív, hagyományos módszerekkel nem csökkenthető kezelési mellékhatások)

A daganatos betegeknél alkalmazható főbb pszichológiai módszerek

Mint már említettük, daganatos betegnél elsősorban a diagnózis megtudása, a kezelések, a visszaesés, a betegség súlyosbodása, a terminális állapot okozhat olyan mértékű lelki problémákat, melyek kivizsgálást és megfelelő kezelést igényelnek.

Az onkológiai területre szakosodott klinikai pszichológus/pszichiáter sajátos lehetőségekkel rendelkezik a daganatos betegségek érzelmi vonatkozásainak megvilágításában és a betegek körülményeinek, szükségleteinek és személyiségének széleskörű megértésében, adott esetben kezelésében. Ezen szempontok megismerése és figyelembevétele fokozza az önmagában is pszichoterápiás jellegű onkológus-beteg kapcsolat további javulását.

A klinikai pszichológus/pszichiáter terápiás beavatkozási lehetőségeit két nagy csoportra oszthatjuk:

I. pszichológiai intervenciók (beavatkozások)

II. pszichofarmakonok adása (főként szorongáscsökkentők, ill. antidepresszánsok) pszichiáter javaslatára. Egyes premorbid pszichiátriai betegségben szenvedők kezelése (pl. schizofrénia, endogén depresszió esetén). Ezzel a témával e jegyzetben nem foglalkozunk részletesen.

I. A pszichológiai beavatkozások rövid ismertetése

1. tanácsadás: szükség esetén, a kivizsgálás, a sebészeti beavatkozások, a kezelések folyamán, ill. állapotromlás esetén tanácsadással is segíthetünk a betegeknek érzelmi problémáik kifejezésében, megértésében és rendezésében. A tanácsadók lehetnek kiképzett önkéntesek, ún. tanácsadók, szaknővérek, vagy szociális munkások. Fallowfield tapasztalatai szerint a „megelőző tanácsadás” sokkal megfelelőbb lenne a betegek, családjuk és a személyzet számára, mint a napi gyakorlatban sokkal gyakoribb „aktuális problémamegoldó tanácsadás”, amelyben a már krízisben lévő betegek részesülhetnek.

2. pszichoterápiás módszerek:

- Relaxáció (relaxálás tanítása, pl. a pszichoszomatikus egyensúly megtalálása és megtartása érdekében)
- Pszichoterápiás célzatú mozgásterápia (fő célok: testkép elfogadás támogatása, szorongásoldás, test feletti kontroll visszaszerzése, mellékhatások enyhítése)
- Oktató (pl. stresszkezelés), információnyújtó csoport (pl. rehabilitációs lehetőségekkel kapcsolatban)
- Támogató csoportterápia, klubmozgalom (problémamegosztás, biztatás, példanyújtás már gyógyult betegek részvételével)
- Krízis-intervenció (főként érzelmi feszültségek csökkentése érdekében)
- Verbális egyéni- vagy csoportos pszichoterápia (szakképzett terapeutával módszerspecifikus - kognitív, magatartásterápiás, ill. pszichoanalitikus - beszélgetéssorozat)

A különböző - onkológiai betegeknél alkalmazott - pszichoterápiás technikák hatékonyságának elemzése

Holland 18 különböző szerző munkáját ismerteti az általuk végzett, un. pszichoszociális intervenciókról, ami alatt néhány hetes időtartamú verbális csoportterápiát értenek. Az eredmények a következők:

- A résztvevők szorongásos és depressziós tünetei enyhültek, ugyanígy kapcsolati és szexuális problémáik
- Fokozott lelki elhárító mechanizmusaik (főleg a tagadás) normalizálódni kezdtek, realitás vizsgálatuk és önértékelésük pozitív irányba változott,
- Kezelőikkel való viszonyuk javult, betegségükről és a gyógy módokról való ismereteik bővültek, a szükséges beavatkozások mellékhatásai enyhültek és ők maguk együttműködőbbé váltak.

Greer foglalta össze a lelki problémákkal küzdő daganatos betegek számára szervezett un. adjuváns (segítő, erősítő) pszichoterápiával kapcsolatos tapasztalataikat. Ezek hasonlóak a nemzetközi adatokhoz. Az összegzés szerint az általában 8 hetesre tervezett verbális kis-csoport terápiában való részvételt a betegek 50-69 %-a visszautasította. A pszichoterápiás csoportokból való lemorzsolódás is nagymértékű volt. Figyelemreméltó, hogy a relaxációs tréningben való részvételt a betegeknek csak 12%-a utasította el. A daganatos betegek megfogalmazták, hogy a relaxációt a fizikális kezelésmódok közé tartozónak tartják és ezért jóérzésük e módszert elfogadta és aktívan részt is vett benne.

Saját tapasztalataink szerint az un. nem verbális (pl. mozgásos, relaxációs), pszichoterápiás célzatú terápiák jól előkészíthetik a verbális pszichoterápiát, amely hosszabb időtartamban, individuálisan alkalmazva tűnik a legeredményesebbnek a daganatos betegek számára.

Ajánlott irodalom:

Artiss, K. L., Levine, A. S.: Doctor-patient relation in severe illness. A seminar for oncology fellows. New Engl. J. Med. 288: 1210-1214

Buda B.: Empátia. A beleélés lélektana. Ego School, Budapest, 1993

Császár, N., Bereczki, É. és mtsai: A terápiás tervezést szolgáló komplex állapotfelmérés: egy új módszertani kezdeményezés bemutatása. Ideggyógyászati Szemle, 51(9-10): 343-350, 1998

Deber, R. B.: Az orvos-beteg viszony: döntéshozás, problémamegoldás és a közreműködés iránti vágy. MOTESZ Magazin, 2:30-36, 1995

Fallowfield, L.: Can we improve the professional and personal fulfilment of doctors in cancer medicine? Brit. J. Cancer, 71: 1132-1133, 1995

Farber, N. J., Novack, D. H. et al.: Love, boundaries, and the patient-physician relationship. Arch. Intern. MED. 157: 2291-2294

Ferenczi S.: Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében. Magvető Kiadó, Budapest, 1982

Kash, K. M., Holland, J. C.: Special problems of physicians and house staff in oncology. In: Handbook of psychooncology. Oxford Univ Press, New York, Oxford, 1990

Kulcsár Zs.: Egészségpszichológia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 1998

- Lindeman, S., Laara, E. et alii: A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Brit. J. Psychiat.* 168: 274-279, 1996
- Maguire, P., Booth, K. et alii: Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills - the impact of workshops. *Eur. J. Cancer*, 32A, 9: 1486-1489
- Matthews, D. A., Anthony, L. et alii: Making „connexions”: enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationship. *Ann. Intern. Med.* 118, 2: 973-977
- McCue, J. D.: The effects of stress on physicians and their medical practice. *New Engl. J. Med.* 306: 458-463
- Molnár P.: A gyógyítás pszichológiája. Springer Hungarica, Budapest, 1994
- Pikó B., Barabás K.: A szegedi orvostanhallgatói populáció egészség- és rizikómagatartásának cluster-analízise. *Végeken*, 6, 4:27-31
- North, C. S., Ryall, J. E. M.: Orvosnők pszichiátriai megbetegedései. *Orvostovábbképző Szemle*, 4(2): 127-134, 1998
- Pullen, D., Lonie, C. E. et alii: Medical care of doctors. *Med. J. Australia*, 162: 481-484
- Révész L.: Organikus betegségek a libidógazdaság szolgálatában. In: Lélekelemzési tanulmányok. Somló Béla Könyvkiadó, Budapest, 1933
- Riskó Á., Várady E.: Az onkológiai osztályok pszichológiai légköre. *Magyar Belorvosi Archívum. Suppl.* 1/1997
- Riskó Á.: Az onkológia területén dolgozó klinikai pszichológusok szakmai protokollja. In: A klinikai pszichológia és mentálhigiéne szakmai protokollja. Szerk.: Bagdy E., Animula, Budapest, 1998
- Riskó T., Kovács L., és mtsai: Ortopéd sebészi beavatkozások szerepe a primaer csontdaganatok és a csontmetasztázisok ellátásában. *Orvosi Hetilap*, 114, 14: 613-615, 1973
- Riskó T., Novoszel T. és mtsa: A paraplégias betegek rehabilitációjáról. *Orvosi Hetilap*, 104: 307-310, 1966
- Sharpe, M., Mayou, R. et alii: Why do doctors find some patients difficult to help? *Quarterly J. Med.* 87: 187-193, 1994
- Surbone, A., Zwitter, M.(eds.): Communication with the cancer patient. *Ann. New York Acad. Sciences*, 809, 1997
- Trone, G. A.: Humanities in medicine. *Yale J. Biol. Med.* 70: 183-190, 1997
- Várady E.: Daganatos betegek kezelésével kapcsolatos pszichológiai problémák. Pszicho-onkológia és együttműködés Szimpózium, MOT Kongresszus, Budapest, 1997
- Waitzkin, H.: Doctor-patient communication. *JAMA*, 2, 17: 2441-2446
- Zinn, W.: The empathic physician. *Arch. Intern. Med.* 153: 306-312

V. A NŐVÉR.

AZ ONKOLÓGIAI SZAKNŐVÉREK SAJÁTOS NEHÉZSÉGEI. A KIÉGÉSI SZINDRÓMA. MIÉRT KERESNEK ALTERNATÍV TERÁPIÁKAT A DAGANATOS BETEGEK?

A NŐVÉR

Field a haldoklók holisztikus szemléletű gondozásáról írt munkájában kiemelt szerepet tulajdonít a nővéreknek, akiket az ápolás női bázisának, az egész medicina alárendeltjének, valójában hierarchikus rendszerben dolgozó, önrendelkezés hiányával jellemezhető kórházi szakembernek tart. A nővéri hivatás bonyolultságának megértésében kulcskérdés, hogy tisztában legyünk e foglalkozás ellenmondásosságával: az orvos utasításainak és ellenőrzésének megfelelően számos „szakmai, technikai” feladatot kell ellátnia, ugyanakkor meg kell felelnie a „gondozó nő” tevékenysége iránti kifejezett elvárásoknak is. Megfigyelések alapján a fiatal nők közül sokan olyanok választják a nővéri hivatást, akik ezt elsősorban érzelmekkel átszőtt gondozó tevékenységnek, a „mama kis segítője” szerep kiélési lehetőségének tekintik. A pályaválasztási motivációtól függetlenül a nővéri hivatás a „nemi identitás átélésen alapuló foglalkozás”, un. „gendered job”.

A nővér tevékenysége a gondoskodási képesség megvalósítását jelenti, a gondozó személyek alapvetően arra törekszenek, hogy mások jól érezzék magukat. A nők általában, hagyományosan gondoskodnak a férfiakról, a gyerekekről, az idősekről és a betegekről, s ez a „láthatatlan hálózat” hozzájárul a társadalom működőképességének fenntartásához is. Az idők folyamán a nővéri gondozás az un. nem fizető szektorból áttért a fizető szektorba és hivatássá, foglalkozássá vált. A holisztikus gondozásra alkalmas nővér egyesíti a tradicionális, technikai/szakmai követelmények, feladatok ellátását a beleérzésre képes, támogató, egész embert figyelembe vevő szemlélettel és a gondozó funkcióval.

A mai kórházakban dolgozó személyzet problémáinak megértéséhez néhány további szempontot is érdemes felvetni. A nők egyenjogúságáért küzdő feminista szerzők arra az analógiára hívják fel a figyelmet, ami, egyrészt a nők és a férfiak között van a társadalomban, másrészt a nővérek és orvosok között az egészségügyben. A családot alkalmazva modellként, az orvost tekinthető a patriarchális apának, a nővér az alárendelt, „elég jó” anyának és a betegek a gondozásra szoruló gyerekeknek. Ezt a ma is többé-kevésbé létező modellt egyesek azzal egészítik ki, hogy az orvos-nővér kapcsolatban az erőteljes szexuális hatások működése is jellemző.

Az onkológiai szaknővérek képzése során, főleg a terminális betegek ellátását illetően, a képzők „a sötétben tapogatóznak”, hiszen kevés szakember rendelkezik tárgyilagos, elmélyült, hosszú távra visszatekintő, komplex tapasztalattal ezen a területen. A legújabb fejlődési irányzat a fokozódó technicizálódás a kivizsgálás, a különböző kezelések és gondozás folyamán. Következésképpen a nővéri munkában is egyre nagyobb szerepet játszik a „machine work”, a különböző műszerek és gépek működtetése, jelzéseinek állandó követése, figyelembevétele.

Szintén az utóbbi évtizedek fejlődésének következménye a személyzet szakosodása, így speciálisan képzett nővérek teljesítenek szolgálatot a speciális kezelési egységekben, ahol a

munka sokkal inkább a különleges szempontok figyelembevételére és a feladatok megoldására összpontosul, mint a beteg emberre, mint egészre. Így, óhatatlanul, a szaknővér inkább a gépek jelzéseire és teljesítményére figyel, mint a „műveletek tárgyra”, a beteg emberre. A beteg „rossz tárgy” válását a technicizálódáson kívül a korszerű pszichológiai ismeretek megismerésének, alkalmazásának nehézségei is elősegítik. A fokozódó technikai fejlődés, a nagyjelentőségű értékes eredményeken túl, néhány negatívum kialakulásához is hozzájárult:

- Megváltoztatta a kórházi környezetet: idegenebb, önmagában is szorongásokat keltő, zajosabb, rosszabb levegőjű, kellemetlenebb hőmérsékletű és illatú lett
- Hozzájárult az orvos/nővér-beteg kapcsolat kedvezőtlen változásához: személytelenebb, részletekre centráló, sokkal inkább a biztonságosságra, mint a betegek komfort-érzésének biztosítására irányul. Így az „egyéni összpontosító, gyengéd gondozás” nem kerülhet előtérbe, sőt, inkább háttérbe szorulhat.

Megemlítjük, hogy az egészségügy növekvő problémáinak megértéséhez tudnunk kell, hogy a kórházak vezetőinek meg kell oldaniuk a fent említett klinikai munka szervezését, azaz a megfelelő beteg-ellátást, beleértve a képzett személyzet továbbképzését, bérezését, megtartását, a kellő műszerezettséget és a megfelelő gyógyszerekkel való ellátottságot, a kórház „hotel funkcióját” (élelmezés, takarítás, mosoda, stb.), a kórház műszaki felszereltségét (laboratóriumok, radiológia, stb.), s nem utolsósorban a szakmai továbbképzés és a kutatás feltételeinek és megvalósításának feltételeit.

Az onkológiai osztályok pszichológiai légkörének hatása a nővérekre

Gux az onkológiai osztályokat örök mozgásban lévő rendszernek tekinti, amelyet a kényes egyensúly, a folytonos, túlterhelő érzelmi jelenségek és a veszélyeztető ingerekre adott lelki védekező reakciók jellemeznek. Részletesebben: kifejezett aggodalmaskodás, kudarcok, sikertelenség-élmények, szeparációs szorongások, halálfélelem, magas halálozási arány, a betegek gyors forgása, az új betegek folytonos jelentkezése jellemző. Nyilvánvaló, hogy az onkológiai osztályok biztonságos, mindenre egyaránt ható, gyógyító légkörének megteremtése és fenntartása nehéz feladat az itt dolgozók számára. A fejlett országokban is inkább az indirekt kérések jellemzőek a megfelelő szakemberekkel való konzultációra, semmint a közvetlen segítségkérés. Az onkológiai osztályok napi történései egy olyan halmaznak tekinthetők, amely halmaz összetevőit megismerni önmagában véve is sajátos szakértelmet, szívósságot, felelősségteljeséget és kíváncsiságot igénylő feladat. Tapasztalataink szerint a probléma már ott kezdődik, hogy igen nehéz a napi munka folyamán tapasztalt, főként nem verbális érzelmi hatásokat (a szenvedő beteg fizikai közelsége, az aggódó családtagok hatásai, az új beteg első riadalmának észlelése, a fiatal nővér eszköztelensége, stb.) hiteles szavakba áttenni és ki is mondani, és főleg: mikor? hol? kinek? További tapasztalatunk az, hogy főként az állandó halálközelség miatt az egészséges személyzeti tagok érzékenyebbé és „vevővé” válnak a daganatos betegek folytonos „kisugárzásaira”, melyek némi hasonlóságot mutatnak a pszichotikus betegek szavak nélküli „közléseivel”. Mindezek következtében, ugyanúgy, mint a súlyos betegeket gyógyító pszichiátriai osztályokon, az aktív, intenzív lelki folyamatok miatt az onkológiai team is könnyen széthasadhat, akár hosszú időre, „jókra” és „rosszakra”. Ezt a „hasadtságot” a személyzet, mint önmaga miatt keletkezett, személyek közötti összeütközést élheti át, ezzel számos további, adminisztratív eszközzel megoldhatatlan krónikus konfliktusforrást és szabadon lebegő büntudatot idéz elő. Az eddig leírtak következtében - maguk a team tagok, de főként a kívülállók - keveset tudhatnak a gyógyítók sebezhetőségéről, egyéni érzékenységéről, „érzelmi céltábla funkciójáról” és a betegek mindennapi lelki szükségletei-

ről, reakcióiról. Említettük, hogy a Bálint-csoport bizonyult eddig a legalkalmasabbnak a szakemberek "mi"-tudatának erősítésére, a gondok megoszthatóságának bizonyítására, a közös feszültségek felismerésére, feldolgozására, beleértve a szinte kimondhatatlannak ítélt negatív érzéseket.

AZ ONKOLÓGIAI SZAKNŐVÉREK SAJÁTOS NEHÉZSÉGEI

Az onkológiai osztályok, ambulanciák és gondozók mindennapjaiban a nővérek vannak leginkább közvetlen kapcsolatban a betegekkel, s így számos alkalom kívánczik a beszélgetésekre. A betegek az orvosokat általában felmentik az érzelmi problémák meghallgatása alól, mert mindenki tapasztalja, hogy „az orvosok túlterheltek, szervezési-, technikai nehézségekkel kell foglalkozniuk, stb.” A team hagyományosan női tagjainak, s elsősorban a nővéreknek szívesen beszélnek, panaszkodnak a betegek. De a nővérek, néha ugyanúgy mint az orvosok, - főként krónikus, fokozódó érzelmi túlterheltségük miatt - igyekeznek elkerülni a betegekkel való mélyebb kapcsolatot. Ugyanakkor büntudatuk, önválásuk is kialakul amiatt, hogy nem az önmaguktól elvárt módon cselekszenek. Ez túlzott távolságtartás kialakulásához vezethet a nővér-beteg kapcsolatban, ami pl. abban nyilvánulhat meg, hogy a nővér elvégzendő feladatának technikai részleteire összpontosítja a figyelmét a beteg ember egész állapotának figyelembevétele helyett.

A daganatos betegek gondozásával foglalkozó nővérek állandó, sokszor megoldatlan érzelmi terheivel foglalkozott budapesti előadásán 1994-ben Wagenaar holland onkológiai szaknővér.

Wagenaar tanmeséje: „A kölyök-sárkány esete”

A kis Billy egy reggel kölyök-sárkányt látott üldögelni az ágya szélén. Kiment az anyjához, hogy elmesélje, mi történt. De az anyja megszidta, hogy ne mondjon butaságokat, „hiszen sárkányok már régen nem léteznek”. Így Billy visszament szobájába, elkezdett öltözködni, s mindent megtett, hogy ne vegye észre a kis sárkányt, pedig az állandóan ügyeskedett, hogy felhívja magára a figyelmét. A mese úgy folytatódik, hogy az anya és Billy kitartóan hárította a sárkány jelenlétét, pedig az nemcsak együtt élt velük, hanem rohamosan növekedett. Egy idő után a sárkány már alig fért el a házban. A fejét kilógatta az ablakon, a farkát az ajtón, s ha enni akart, egyszerűen magával vitte a házat. Egy napon Billy apja, hazaérkezve, hűlt helyét talált csak otthonának, családjának. A szomszédok segítségével néhány utcával arrébb rájuk talált. Az anya továbbra sem vett tudomást a sárkányról, de Billy lelkesen elmesélte apjának, hogy vannak sárkányok és az övék egyre nagyobb. Billy önkéntelenül elkezdte simogatni a sárkányt, s csodák csodájára a hatalmasra nőtt sárkány fokozatosan visszaváltozott kölyök állattá. Ekkor az anya abbahagyta a sárkány tagadását, felvette az ölébe, és azt mondta: egy ekkora sárkánytól nem félek. De miért nőtt meg olyan nagyra? Billy tudta a választ: talán azt akarta, hogy figyeljünk rá! Wagenaar szerint a mese üzenete nyilvánvaló: figyelniünk kell mindennapi életünk kis sárkányaira, így még időben, hatékonyan megküzdhetünk velük.

Az onkológiai nővérek két legfontosabb „sárkánya” a következő:

1. a gyász sárkánya
2. a tehetetlenség sárkánya

A gyász sárkánya

Wagenaar saját élményét mondta el egy érzelmileg különösen fontos betegének elvesztésével kapcsolatban. Az idős hölgy életfilozófiája erős benyomást tett rá és megfigyelhette a betegséggel való küzdelmét is. Egy hétvége után, váratlanul, más beteget talált a hölgy ágyában. Az első kollégától, akit ijedtében megtalált, megkérdezte, hogy mi történt betegével. Kolléganője, abba sem hagyva a beszélgetést valaki mással, röviden azt felelte: ó, éppen tegnap halt meg. Ez volt minden, amit megtudott. Mindez néhány éve történt. Wagenaar úgy véli, van egy hasonlóság Billy anyjának és kolléganőjének reakciói között: a sárkányok már nem léteznek. Ugyanis a kolléganő valójában azt mondta: „ne végy tudomást a gyász sárkányáról”. Így is tett akkor, folytatta a munkát és az életet, nem érezte az események hatásait magában. Kiosztotta az ebédet, kérdezett és válaszolt, de mindent egy kis távolságtartással. Mint a mesebeli ház, ő is telített volt, a sárkány megnőtt és valójában nem hagyott helyet senkire, semmire.

Wagenaar szerint a nővéreknek, akik gyakran szembesülnek betegeik elvesztésével, tudatosan kell foglalkozniuk a saját gyászreakcióikkal. Kübler-Ross-tól tudjuk, hogy a gyász valójában egy munkafolyamat, mely a tagadástól az érzelmek tudatosításán/átélésén át az elfogadásig tart. A nővérek munkájába beletartozik a haldoklók ellátása, a velük való törődés, a halál bekövetkezése után a hozzátartozókkal való foglalkozás, a holttest elszállításának megszervezése, az ágy, az éjjeliszekrény és a kórterem rendberakása. Néha egy fél óra eltelte után már ott van a következő beteg, ugyanabban az ágyban. Mintha nem történt volna semmi! Jóllehet nagyon fontos, és minden alkalommal meg kell tennünk, hogy beszélgetünk a beteg elvesztése miatti érzéseinkről. S néhány dologgal valóban könnyíthetjük saját gyászmunkánkat. Például összeülhetünk egy kicsit a kollégákkal, s akárcsak néhány mondatban, de mindenki elmondhatja saját tapasztalatait, érzéseit a meghalt beteggel és hozzátartozóival kapcsolatban. Ugyanezt meg lehet tenni olyan csoportos beszélgetésen is, ahol a nővérek érzelmi problémái vannak a központban.

Wagenaar szerint érdemes megfontolni a következő műveletek megvalósítását az onkológiai osztályokon:

- Írjuk fel a meghalt beteg nevét egy táblára a nővérszobában, vagy a közös pihenőhelyen, s hagyjuk ott néhány napig, amíg önként, spontán, többször gondolkozhatunk elvesztésén,
- A haldokló mellett szolgálatot teljesítő nővér írja le röviden, hogy milyen körülmények között hunyt el a beteg. Aláírása alapján, a beszámolót elolvasó nővérek, akik akkor éppen nem voltak szolgálatban, utólag, ha akarnak, további információkat is kaphatnak kollégájuktól. A beszámoló leírása, illetve elolvasása segítheti a nővéreket az érzelmi ventillációban, s abban, hogy tudatosuljon: az adott beteg valóban meghalt.
- Egy végső megbeszélés és elbúcsúzás a családtagoktól kölcsönösen segítheti a halál tényének és körülményeinek tudatosulását, érzelmi tükröződését, így a későbbiekben nem kell tudattalanul energiát adni az események elfojtására.

A tehetetlenség sárkánya

Wagenaar további tapasztalatával illusztrálta a „tehetetlenség sárkányát”. Egy nap éppen bent volt a kórteremben, amikor a hozzátartozó jelenlétében a vizsgálatokat összegző orvos közölte

a beteggel: „Önök komoly betegsége van. Olyan rosszindulatú folyamat mellett szólnak a leletek, ami már megállíthatatlanul szétterjedt az Ön testében. Már nem tudunk semmilyen kezelést adni Önnek, annyira előrehaladott a betegsége. Nagyon sajnálom.”

Néhány kérdést tett fel a beteg, elhangzottak a válaszok, hosszú volt a csend. Az orvos elment. A nővér is legszívesebben elment volna, de úgy érezte, maradnia kell egy kicsit ezzel a megsemmisült párral. Kérték is jelenlétét, segítségét. Igyekezett néhány mondatot mondani - de minden szó üresen csengett. A nővér megpróbált gesztusokkal segíteni a zokogó feleségnek, de az érintés dacára minden mozdulat a légüres térben maradt. A nővér azt érezte, hogy semmivel sem sikerül segíteni, együttérzését, gondolatait nem tudta a cselekvés „nyelvére” lefordítani és átadni. A tehetetlenség sárkánya ismét teret nyert érzelmeiben.

Wagenaar szerint a tehetetlenség azt jelenti, hogy „nincs semmi erőm és nem is tudok semmit tenni”. Ez a meghatározás jól ráillik az onkológiai nővérek gyakori tehetetlenségi érzésére. A következő érzelmi állapotok, viselkedések tartoznak még ide:

- Megsemmisülés
- Lázadás düh/tombolás
- Elkerülő magatartás

Hogyan küzdhetünk meg a tehetetlenség érzésével?

Wagenaar azt javasolja, hogy a nővérek próbáljanak meg egymással beszélni a befolyásolhatatlanul romló állapotban lévő betegek és hozzátartozóik iránti érzéseikről. Sajnos, a betegről való beszélgetés önmagában nem segít a beteg állapotán, erre nincs hatása. De a tehetetlenség érzését megnevezni és beszélni róla, ennek van jelentősége. Így meg tudjuk határozni, mi az, amin nem tudunk segíteni, de mi az, amin enyhíteni, változtatni tudunk. Az élet minőségének kérdése mindenki számára fontos. Így a korábban leírt helyzetben nem lehetett változtatni azon, hogy a beteg gyógyíthatatlan és kezelhetetlen, halála valószínűleg elkerülhetetlen. De lehetett segíteni néhány dologban: javítani a beteg és felesége közérzetén, beszélni a kínzó tünetek enyhítésének lehetőségeiről. Ilyen helyzetekben mindent meg kell tenni annak érdekében, hogy megkülönböztessük egymástól az aktivitást és a tehetetlenséget, az érzelmi bevonódást a szakmai távolságtartástól. Az onkológián dolgozó nővéreknek hangsúlyozottan tudniuk kell, hogy minél erőteljesebb az érzelmi bevonódásuk az adott beteg helyzetébe, annál kisebb mértékű a szakmai távolságtartásuk, és fordítva.

Hazánkban az onkológiai szaknővérek hasonló, de még kifejezettebb nehézségekkel küzdenek napi munkájuk folyamán. A helyzet javítására, az eddigi szemlélet megváltoztatására való szándékunk megfogalmazása volt az első sikeres lépés. A személyes tapasztalatok, érzések, az emberi méltóság megtartásának tekintetbevétele, a szemléletváltás megvalósítása az egyik legfontosabb feladat az onkológia területén. A megoldási törekvésekben a nővérek eddig is partnernek bizonyultak. Ezt bizonyítja, hogy az 1993/94-es tanévben az onkológiai szakképzésben résztvevő nővérek kérdőívünk kitöltésével segítettek a hazai helyzet reális feltérképezésének elkezdésében.

A nővéri hivatással összefüggésbe hozott panaszaik gyakorisági sorrendben:

- Testi/lelki kimerültség
- Krónikus szorongás

- Feldolgozatlan, felerősödött halálfélelem
- Alvászavar
- „Munka-alkoholizmus”
- Fokozott dohányzás
- Alkohol problémák
- Gyomor- és emésztési panaszok
- Gyakori fejfájás

Az általuk kért segítség:

- Speciális oktatás (az alapképzésben és a posztgraduális tréningben egyaránt)
- Számukra szervezett esetmegbeszélő, un. Bálint-csoport működtetése

A KIÉGÉSI TÜNETCSOPORT

A kiégési tünetcsoport (burnout) hosszabb ideje fennálló érzelmi megterhelések és megoldatlan stresszek hatására alakulhat ki - többek között - emberekkel hivatásosan foglalkozó szakembereknél, laikus segítőknél, súlyos krónikus betegségben szenvedőknél és családtagjaiknál. A kiégési tünetcsoport kialakulása különösen gyakori az egészségügyi dolgozóknál, a pedagógusoknál és a rendőröknél. Ennek a tünet együttesnek nincsenek életkori határai, éppúgy kialakulhat gyakorlott szakembernél, mint pályakezdő fiatalnál. Külön meg kell említenünk az egészségügyben dolgozó nőket, akiknek egyaránt meg kell felelniük hivatásuk területén, a családi életben és személyes vágyaik, céljaik megvalósításában. Mindenkit hajlamosíthat a kiégésre, ha hosszabb időn keresztül, folyamatosan felgyorsult tempóban kell a betegeket vizsgálni, döntést hozni, kezelni, ellátni. A tapasztalatok szerint azok tartoznak a kiégési szindróma szempontjából a veszélyeztetett csoportba, akik igen tudatosak, energikusak, sikeresek, nélkülözhetetlenek, de eltúlzottak az önmagukkal és másokkal kapcsolatos elvárásaik, akik nem tudják, mikor kell egy kicsit megállni, lazítani. Azt is mondhatjuk, hogy a testi-lelki kiégésre hajlamos emberek kényszeresen töreksenek a tökéletességre és gyakran tűznek ki irreális célokat a munkahelyen és otthon egyaránt. Általában nem, vagy nehezen kérnek visszajelzést, segítséget, ha rászorulnának. Ezek a tulajdonságok többé-kevésbé jellemzőek a pszichoszomatikus betegségekre, elsősorban szívinfarktusra hajlamos, un. A típusú személyiségű emberekre.

A kiégési szindróma fő tünetei

- Testi tünetek: alvászavar, kifejezett testsúly változás, pszichoszomatikus tünetek jelentkezése, kipihenhetetlen fáradtság érzése, gyakori betegállomány szükségessége, stb.
- Magatartási tünetek: ingerlékenység, cinizmus, védekezés, nem tud örülni mások sikereinek, koffein-, nikotin-, alkohol-, drogfüggés, kóros táplálkozási szokások jelei

- Érzelmi tünetek: krónikus szorongás, depresszív reakció, hipománia, rögeszmesség, érzelmi távolságtartás az emberektől, ingerlékenység, gyakori balesetezés, koffein-, alkohol-, étel-, drogfüggés, táplálkozási zavar, stb. mentális tünetek: teljesítőképesség csökkenés, szakmai önértékelési problémák, stb.

A kiégési szindróma lehetséges szövődményei:

krónikus fáradtsági tünetcsoport jelei, fekélybetegség, „irritabilis bél” tünetcsoport, magasvérnyomás, angina, hajlam szívinfarktusra, agyvérzésre, gyakori hiányzás a munkából, nikotinizmus, koffeinizmus, alkoholizmus, drogfüggés, táplálkozási zavar, pszichiátriai megbetegedés (beleértve a depressziót és a krónikus szorongásos állapotokat), asztma, diabetes.

A kiégési szindróma kialakulásának főbb állomásai:

I. kezdet: túlzottan nagy lelkesedés, felfokozott energikusság, túlazonosulás a betegekkel

II. stagnálás állapota

III. frusztráció fázisa

IV. apátia stádiuma: védekezés a kudarcok ellen, elkerülő magatartás kialakulása a kihívásokkal, a betegekkel szemben

V. intervenciós fázis: a szakszerű beavatkozás történhet egyéni, vagy intézményi szinten

A kiégési szindróma kezelése:

Általában javasolható, hogy a konfliktust okozó stresszek kezelését mindenkinek érdemes megvalósítania, fejlesztenie. Az adott egyén számára elfogadható egészséges életmód kialakítása és fenntartása, ezen belül a testmozgás és a relaxáció alkalmazása (rekreáció) szintén általános javaslat.

A kávétól, a dohányzástól, az alkoholtól, a drogtól, a táplálkozástól való függést, a pszichoszomatikus tüneteket szakemberrel kell kivizsgáltatni és kezelteni. A kórházi gyógytornász és a klinikai pszichológus/pszichiáter együttműködése e téren sokat segíthet a mentálhigiénés védelem és gondozás megvalósításában, de nem lebecsülendő sportpályák, testépítő terem, stb. használatának biztosítása a dolgozók számára.

A kiégési szindróma prognózisa jó, ha a kórismét időben felismerik és az adott személyt megfelelően kezelik. Éppen ezért, minél szélesebb körben kell tudni e tünet együtteséről, gyakori előfordulásáról. Az is fontos tapasztalat, hogy a megelőzés minden szempontból egyszerűbb, mint a kezelés. A terápia csak akkor valósulhat meg, ha az érintett személy elfogadja az összefüggést a panaszai és a kezelés között, és motiváltan együttműködik az egyénre szabott terápiában.

MIÉRT KERESNEK A DAGANATOS BETEGEK ALTERNATÍV KEZELÉSEKET?

Nemzetközi és hazai tapasztalatok alapján egyaránt az un. alternatív terápiák elterjedőben vannak. „Az alternatív terápiák” kifejezés tulajdonképpen egy gyűjtőfogalom és az „alternatív gyógy mód” az eddigi hagyományoktól eltérő, más alternatívájú módszer alkalmazását jelenti.

Elöljáróban elmondhatjuk, hogy eddig még nem ismerünk egyetlen olyan alternatív módszert sem, amely bizonyítottan, dokumentálhatóan a daganat végleges visszafejlesztését igazolta volna.

Számos kutató és klinikus felveti, hogy amennyiben a daganatos betegek kezelése megfelelő mértékben hatékony lenne, a betegekkel való bánásmódot pedig általánosan a holisztikus megközelítés jellemezné, akkor a betegek jóval ritkábban fordulnának az alternatív gyógy-módok felé.

Abból indulhatunk ki, hogy a hagyományos onkológiai beavatkozásokat, kezeléseket orvosok írják elő a daganatos betegeknek, természetesen megfelelő kivizsgálás és diagnózis alapján. A gyógyítás folyamán, különösen az onkológia területén, nagyon fontos a megfelelő orvos-beteg kapcsolat kialakítása és fenntartása.

Az alternatív gyógymódok alatt az eddig kialakult és elfogadott hagyományoktól eltérő gyógyítási módszereket értjük. Az alternatív gyógymódokat vagy a hagyományos terápiák kiegészítéseként, vagy a gyógyíthatatlan betegek esetében a tünetek enyhítése, átmeneti megszüntetése érdekében lehet alkalmazni. Ennek az a feltétele, hogy az adott eljárás ismert és ismételhető legyen. Nem helyettesíthetik a hagyományos gyógymódokat, de ebben a csoportban pl. a palliatív módszerek a betegek közérzetét javítják, kondícióját erősítik, fájdalmát csillapítják, az egyes tüneteket háttérbe szorítják, a panaszokat enyhítik, a betegség gyógyítása nélkül. Amennyiben a hagyományos terápia sikertelen, 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 kétségbeesett, halálfélelemmel küzdő beteg emberek gyógyulási törekvéseik megvalósítása érdekében néha úgy döntenek, hogy „fény-átadókra”, „energia-átvitellel” dolgozókra, „csodagyógyszert” adókra bízzák magukat. Olyan beteggel is találkoztunk, aki gyógyulása érdekében gyógymódként elfogadta, hogy például a saját vizeletét igya. Fontosnak érezzük, hogy a kuruzslók módszereivel kapcsolatban leírjunk néhány „üzenetet”, melyeket a betegektől kaptunk és kapunk. Számos daganatos beteggel találkoztunk az Onkológiai Intézetben, akik Lyonban jártak azért, hogy „vértelen”, gyors, mellékhatások nélküli, kórházi kezelést nem igénylő, igen drága kezelési móddal gyógyuljanak ki betegségükből. Elöljáróban meg kell említeni, hogy a varázslat előbb, vagy utóbb sikertelennek bizonyult, s ezeket a betegeket - a teljesen reménytelenre 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 érzelmi krízis esetén. Tapasztaljuk ugyanis, hogy a megbetegedettek a diagnózis megtudása után, de akár későbbi időszakokban is, de mindig az adott személy számára elviselhetetlen kudarcélmény hatására, pánikállapotban (üldöző, nem múló halálfélelem, csökkent valóságérzékelés, megzavart gondolkodás, diffúz félelem, önvádolás, nem megfelelő orvos-beteg kapcsolat) - gyakran irracionális megoldási kísérletet választanak gyógyulásuk érdekében.

Eset: „Pál”

Pál rokonszenves, energikus, nyíltszívű, családos, 30 év körüli férfi volt, mikor pszichoterápiás kezelésének megvalósítása érdekében felkeresett. Rosszindulatú melanómáját már 7 évvel korábban megállapították. Elmondta, hogy azért fordul pszichológushoz, mert a beteg-

sége elleni küzdelmében már sok mindennel próbálkozott, de lényegében véve eredménytelenül. Az volt a benyomásom, hogy túlértékeli a pszichológiai segítségadás lehetőségeit is, ettől a módszertől is csodát várt. Ekkor már testileg is, lelkileg is leromlott állapotban volt, s kapaszkodott volna az általa olvasott könyvekben túlhangsúlyozott ún. lelki kezelések hatékonyságában. Az elmúlt évek alatt kivizsgálták, megoperálták, kontroll vizsgálatokra járt, mégis, a betegségét illetően majdnem teljesen tájékozatlan és bizonytalan volt és az is maradt. Azt tapasztalta, hogy az orvosok állandóan elfoglaltak, s egyik kezelőjével sem alakult ki teherbíró, empátiával jellemezhető kapcsolata. „Aki nem tekint engem embernek, partnernek, attól nem fogadok el gyógyszert. Hiába mondják az orvosok, hogy azért a zsúfoltság és a sietség, mert sok a beteg ember, engem ez nem érdekel. Aki életveszélyben van, az nem tud tekintettel lenni másokra és a körülményekre.” Fájdalma, félelmei és tanácsstalansága voltak a fő összetevői annak az erőnek, ami kirepítette őt Lyonba. Ekkor már annyira legyengült, s annyira nem volt bizalma, hogy úgy érezte, csak valami csoda segíthet rajta. S ebben a csodában teljes mértékben bízott, ugyanakkor tudta, hogy nincs mellékhatása, nem fájdalmas, még ha komoly árat is kellett érte fizetni. Legelőször megismerhette az ázsiai „csodadoktort”, aki kellő időt, figyelmet és erőt adott önmagából, s ez döntő élmény volt Pál számára. Nyugodt, harmonikus körülmények között csak vele foglalkozott, s azt a benyomást keltette Pálban, hogy biztos a dolgában, a gyógyulás biztos ígérete tükröződött tekintetéből, mozdulataiból. A remény hal meg utoljára - ezt az érzést adta meg a csodadoktor Pálnak. Az ázsiai „doktor” előzetesen elmondta, hogy Pál rendszerbetegségének „materializált formáját” a testéből vértelen eljárássorozattal ki fogja venni. Maga a kezelés abból állt, hogy Pálnak egy szobában le kellett feküdnie egy asztalra. Meztelen testét leplekkel burkolták be. Fájdalmatlan, erőteljes nyomást érzett a testén Pál, s mindig megláthatta az eredményt: a testéből metszés, vérzés, fájdalom nélkül eltávolított nyers cafatok. Pál szerint szavakkal nehezen adható vissza az a hangulat, érzés és látvány sorozat, amit Lyonban átélt. A beavatkozások után egyre jobban érzete magát, a repülőutat visszafelé már igen jól bírta. A „csodadoktor” otthonra teljesen nyers zöldségekből álló diétát javasolt. Ezt 2-3 hónapig tudta Pál betartani, közben 10 kg-t fogyott. Mire belátta, hogy a „vértelen sebészet” nem hozott valódi eredményt, a testsúlyvesztés erővesztéssel is járt. Az is felmerült benne, hogy talán azért nem következett be a vágyott gyógyulás, mert valamit rosszul csinált. Ekkor jött el a Intézetünkbe, s kétségbeesésében tőlünk várta a csodát. Ez akkor derült ki, mikor jó néhány támogató beszélgetés után (hiszen ekkor erre volt alkalmas), megkérdezte: de mikor kezdődik a pszichoterápia? Később, csalódottan fejezte be az el sem kezdett pszichoterápiát. Nem tudom, nem is tudhatom, hogy hogyan alakult volna Pál sorsa, ha kezelése folyamatosan, szakszerű, átgondolt, kombinált onkológiai gyógymódokkal történik, de abban bizonyos vagyok, hogy testi/lelki állapotára, betegségének folyamatára az is kedvezőtlenül hatott, hogy nem érezte magát biztonságban, elfogadottnak az orvos-beteg kapcsolatban, s kezdeti negatív tapasztalatait fenntartotta, általánosította.

Sokat tudunk már egyes daganatos betegségek keletkezésének és lefolyásának lelki vonatkozásairól, de még sok tapasztalatot kell szereznünk e területről is 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 (diéta, relaxáció, mozgásterápia, egyéni pszichoterápia, stb.) összekapcsolása és alkalmazása a daganatos betegséggel való küzdelem sikerességét fokozza. Amíg nem tudunk kellő időt, figyelmet, érzelmet, energiát adni a hozzánk forduló betegeknek, addig sokszor hiába a szakértelmünk, hivatástudatunk, valójában mi is biztosítjuk a kuruzslók számára a lehetőségeket.

S ezzel elérkeztünk a „kuruzslók” népszerűségének főbb lélektani okaihoz.

Hazánkban az 1989 óta, még napjainkig is tartó nagy társadalmi változások egyik hatásaként az emberek tömegei kerülhetnek időszakosan és részlegesen lelki regresszióba. Ez az állapot emberek egy részénél szükségszerűen együtt járhat 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, ún. primitív idealizáció még erősebben működhet a feldolgozatlan társadalmi változások miatt már eleve lelki regresszióban lévő daganatos betegeknél, akik bizonyos személyeket a külvilágban könnyen felnagyítanak és „teljesen jó”-nak, mágikus hatalmúnak látják őket. Ez - a számos kedvezőtlen következménnyel járó - lelki védekező mechanizmus vágyaik szerint megvédi a beteg embereket a „rossz” emberektől, a „rossz” eseményektől, tehát a betegségektől is. A regresszióban lévő betegek hajlanak arra, hogy gondolkodási mechanizmusaik megváltozása miatt kockáztassanak, s kövessék a „mindent, vagy semmit” elvét, azaz akár elfogadják a csodadoktorok „gyógymódjait”.

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, a dolgozók köreiben gyakran tapasztalható „kiégési szindróma” megelőzésével, megállapításával, kezelésével nagyon kevesen foglalkoznak. Így a több ok miatt is bekövetkező regressziós folyamat hatásait, az ez irányban nem képezett és védett dolgozók sokaságának kiégését, legtöbbször akaratunk ellenére, magunk is fokozzuk.

Eckhardt gondolataival zárhatjuk ezt a fejezetet: „nagyon ingoványos talajra érkezünk 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.”

Ajánlott irodalom:

Delvaux, N., Razavi, D.: Psychological training for health-care professionals in oncology: a way to improve communication skills. In: Communication with the cancer patient. Surbone, A., Zwitter, M. (eds.) Ann. New York Acad.Sci., 809: 336-350, 1997

Eckhardt S.: Alternatív terápia. In: Onkológia. Háziorvos Könyvek. Springer Hungarica, Budapest, 1993

Fekete S.: Segítőfoglalkozásuk kockázatai. Helfer szindróma és burnout jelenség. Psych. Hung. VI.: 17-29, 1991

Field, D.: The organization of nursing. Hospitals as organizations. In: Nursing the dying. Tavistock/Routledge, London, 1989

Guex, P.: Nursing care. Complementary medicine. In: An introduction to psycho-oncology. Routledge, London and New York, 1994

Holland, J. C., Greary, N. et al.: Alternative cancer therapies. In: Handbook of psycho-oncology. Eds. J. C. Holland, J. H. Rowland, Oxford Univ. Press, New York, Oxford, 1990

Kulcsár Zs.: A segítőhivatások pszichológiája. Empátia, altruizmus és a „kiégési szindróma”. In: Egészségpszichológia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 1998

Lechky, O.: Nurses face widespread abuse at work, research team says. Can Med Assoc J 150 (5): 737-742, 1993

Moyers, B.: The healing environment. In: Healing and the mind. Doubleday, New York, London, Toronto, Sydney, Auckland, 1993

Rasmussen, B. H., Norberg, A. and ali: Stories about becoming a hospice nurse. Cancer Nursing 18(5): 344-354, 1995

Riskó Á.: Destruktív erők - rákbetegség - testkép - onkológiai osztály. In: Szeretet és harag az analitikus pszichoterápiában. Szerk.: Lukács Dénes. Animula, Budapest, 1997

Saunders, J. M., Valente, S. M.: Nurses, grief. Cancer Nursing 17(4): 318-325, 1994

Wagenaar, M. J.: How to take your losses. Verslagboek 12e Congres, Hollandia, 1993

VI. A DAGANATOS BETEG FÁJDALMA.

A FÁJDALOMMAL KAPCSOLATOS FŐBB PSZICHOLÓGIAI JELENSÉGEK, FOLYAMATOK. A DAGANATOS BETEGEK FÁJDALMAINAK TÍPUSAI. A FÁJDALOM KEZELÉSÉNEK PSZICHOLÓGIAI SZEMPONTJAI ÉS FŐBB MÓDSZEREI

A fájdalom olyan összetett jelenség, amelyet testi és lelki tényezők együttesen határoznak meg. A daganatos betegek talán leginkább a fájdalomtól rettegnek, pedig különösen a legújabb orvosi ismeretek és a bővülő kezelési módszerek lehetővé teszik a fájdalom csökkentését, sőt megszüntetését is. A daganatos beteg fájdalma összetett jelenség, amiben a testi eredet mellett a lelki tényezőknek (félelem, szorongás, depresszió, premorbid személyiség) is meghatározó fontosságuk van. Esetükben a fájdalom, premorbid személyiség, aktuális életkörülmények) is szerepe van. A fájdalomérzetet döntően szöveti izgalom, illetve károsodás váltja ki, de a fájdalomérzet átélését, mint említettük pszichológiai, tovább szociológiai és kulturális tényezők is módosítják.

Az onkológusok tapasztalatai alapján a kezelés alatt álló daganatos betegek 50 %-nak van fájdalma, és az előrehaladott állapotban lévő betegek 70%-nál ez a vezető tünet. Éppen ezért az onkológusoknak ismerniük kell a fájdalomérzékelés fiziológiai, farmakológiai, pszichológiai és kulturális jellemzőit, állandó figyelemmel kell kísérniük a kezelés eredményességét, és szükség szerint kell adagolniuk a fájdalomcsillapításhoz szükséges gyógyszereket. A daganat nagyságától és elhelyezkedésétől függő fájdalomon kívül a szükséges vizsgálatok és kezelések is okozhatnak ilyen érzéseket. Organikus károsodás nélkül is előfordulhat fájdalom, melyet pszichogénnek nevezünk. Onkológiai betegeknél a pszichogén fájdalom módosíthatja, színezheti az organikus eredetű fájdalmakat. Ma már tapasztalható az onkológusok és más szakemberek speciális, betegeikre vonatkozó edukációs tevékenysége is. A sikeres fájdalomcsillapításhoz nagymértékben hozzájárulhat a kellően, folyamatosan informált és „oktatott”, aktív partnernek tekintett beteg/hozzátartozói együttműködése. Az Egészségügyi Világszervezet fájdalomcsillapítással kapcsolatos ajánlása a Rákbetegek Szövetsége segítségével már nálunk is elérhető, segítve a hatékony közbeavatkozást a fájdalomtól szenvedő, beteg ember szenvedéseinek csillapítása, megszüntetése érdekében.

A FÁJDALOMMAL KAPCSOLATOS FŐBB PSZICHOLÓGIAI JELENSÉGEK

A fájdalom mindig szubjektív, valójában kellemetlen érzéki és érzelmi tapasztalat, amely a szövetek aktuális, vagy lehetséges megsértésével jár együtt. A fájdalom élményének emocionális tényezője a személy érzelmi állapotán, elsősorban közérzetén, életének megelőző élményein és értelmi fejlettségi szintjén/állapotán alapszik elsősorban.

Közérzet - fájdalom

Kulcsár a fájdalom pszichofiziológiai és egészségpszichológiai elemzésében elemzi az ún. közérzet és a fájdalom-élmény összefüggéseit. A közérzetet a belszervekből (viscerális szféra) származó jelzések és a frissesség, illetve a fáradtság érzése határozzák meg elsősorban. A

rossz közérzet (pl. kellemetlen, diffúz viscerális élmények, gyengeségérzés, stb.) és a fájdalom között, mintegy a fájdalmat megelőző átmeneti állapotot figyelhetünk meg pl. vesegörcs előtt.

A közérzettel kapcsolatban értékes, az onkológia területén is fontos megfigyeléseket, gondolatokat közöl Bálint. Véleménye szerint az anya és az újszülöttje között kialakuló elsődleges kapcsolat/elsődleges szeretet biztosítja a kielégülést, e két személy „összeillése” alapján a természetes, csöndes és nyugodt közérzetet. Ebben az időszakban az ismétlődő frusztráció, a két személy (anya és csecsemője) össze nem illése, bizonyos veleszületett okok, környezeti sajátosságok heves és krónikus következményekkel járnak, főként ha a kapcsolat a két fél között „töréssel” is jellemezhető. A „rossz” közérzet enyhítésének, a vágyott harmónia helyreállításának vágya fejeződik ki a szenvedélybetegek ismétlődő, destruktív tüneteiben. A daganatos beteg ún. pszichogén fájdalmának hátterében is előfordulhat (pl. komoly lelki regresszió miatt) az „östörés” következményeinek aktivizálódása, esetükben az orvosi kezelés mellett a lelki támogatásnak, az egyéni pszichoterápiának komoly indokoltsága van.

A fájdalomélmény lelki tényezői

A viscerális fájdalomban, a rossz közérzet és a fájdalom közötti átmeneti állapot élményében (pl. diffúz mellkasi, hasi szenzációk), és a kifejezett fájdalomélményben fizikai tényezők és lelki hatások egyaránt szerepet játszanak. Ebben a folyamatban is kölcsönösen függenek egymástól a testi és a lelki történések.

Melzack kapukontroll elmélete

A kidolgozott és ismert elmélet szerint a fájdalomélményt a központi idegrendszer szabályozza. A fájdalom-kapu valójában egy idegi mechanizmus, a gerincvelő hátsószarvában helyezkedik el, és növelni, vagy csökkenteni képes a perifériás idegrostokból a központi idegrendszerbe beérkező idegimpulzusok mennyiségét. Az ún. szomatikus input tehát még mielőtt fájdalom-érzékelést és fájdalmi választ váltana ki, a kapu módosító hatásának van kitéve. Minél nagyobb a gerincvelőből az agyba érkező output, annál erősebb a szubjektív fájdalom.

A kapu nyitásban és zárásban három tényező játszik szerepet:

1. a fájdalom rostok aktivitásának mértéke
2. más perifériás rostok párhuzamos aktivitása
3. az agyból érkező impulzusok

A tapasztalatok szerint a szorongás és az unalom hatására a kapu általában nyitottabbá válik, pozitív érzelmek és elterelés hatására zárul. Neuroanatómiai bizonyítékok is megalapozottabban teszik Melzack megállapítását, mely szerint a hátsószarvakban történő ingerülettovábbítást a kognitív folyamatok gyorsan és közvetlenül módosíthatják.

A fájdalom emléke

Ismert, hogy a fájdalom tanult jellegű. A fájdalom emléke a központi idegrendszerben őrződik ún. mnemonikus folyamatokban, és bizonyos helyzetekben felelevenedhet.

A fájdalomélmény felidézésének az ismétlődés és az eredeti tapasztalattal járó érzelmi kísérőjelenségek aktivizálódása kedvez. A fájdalom kondicionálódhat, mint ezt a fájdalommal

kapcsolatos szavak élettani válaszokat kiváltó hatásai bizonyítják. A vegetatív válaszok a fájdalomélmény hatása alatt kapcsolódnak össze, hasonlóan pl. a kemoterápiás események és a szubjektív élmények kondicionálódásához. Ugyanakkor a fájdalomélmény akaratlagosan nem idézhető fel, hanem különböző, fájdalommal társult ingerek hívhatnak elő fájdalmas élményeket.

Fájdalom és személyiség

Mint ahogyan újra és újra felmerül, hogy van-e daganatos betegségre hajlamos személyiség, ugyanúgy felvetődik, hogy van-e fájdalomra kifejezetten hajlamos ember. Vannak olyan pszichológiai vizsgálatok, melyek szerint a depresszió, a hisztéria és a hipochondriázis és a fájdalom együtt járó jelenségek. De ugyanúgy, ahogyan nem lehet kimutatni, hogy a gyomorfekély okozta-e a neurotikus reakciókat, vagy fordítva, itt sem lehet kellően tisztázni, hogy a nem jól kontrollált fájdalom okozza-e a neurotikusságot, vagy fordítva. Klinikai tapasztalat, hogy a nem megfelelően csillapított, hosszú időn keresztül fennálló fájdalom demoralizálhatja a személyiséget.

A FÁJDALOM TÍPUSAI DAGANATOS BETEGEKNÉL

- akut, daganatos betegség miatt kialakult fájdalom:
- a diagnózissal összefüggésben
- az alkalmazott terápiával összefüggésben (sebészet, sugárterápia, kemoterápia)
- krónikus, daganatos betegség miatti fájdalom:
- a daganatos betegség progressziója miatt
- az alkalmazott terápiával összefüggésben
- olyan betegek, akiknek a daganatos betegség előtt is volt krónikus fájdalma, s emellett a daganat miatti fájdalom
- drog-függő betegek, akiknek daganatos betegsége alakult ki
- haldokló betegek, daganatos betegségük miatti fájdalommal

A FÁJDALOM KEZELÉSÉNEK PSZICHOLÓGIAI SZEMPONTJAI DAGANATOS BETEGEK ESETÉBEN

A fájdalomcsillapításnak a daganatos betegek esetében számos gyógyszeres és nem gyógyszeres lehetősége van. A fájdalomcsillapítás oki módszerei közé tartoznak a különböző sebészeti, kemoterápiás és sugárterápiás kezelések. Szupportív terápiának tekintik a fájdalomcsillapítással foglalkozó szakemberek a bizonyos gyógyszerekkel történő fájdalomcsillapítást, a palliatív sebészeti megoldásokat, a palliatív céllal alkalmazott sugárterápiát, az aneszteziológiai kezelést és a lelki támogatást, valamint a szakemberek által alkalmazott pszichoterápiás módszereket.

A fájdalom kezelésének pszichológiai megközelítésében a magatartás- kognitívterápiás technikákkal és a pszichoanalitikus pszichoterápia lehetőségeivel foglalkozunk. Míg az elsőként említett magatartás-kognitív terápiás módszerek alkalmazása gyakori a fejlett országokban, főleg az angolszász területen, addig a mi kultúránkban a pszichoanalitikus szemlélettel és technikával végzett módszereknek vannak meg a gyökerei, hagyományai. Sajnos, egyik módszer képviselői sem dolgoznak még folyamatosan és kellő számban az onkológia területén, különösen felfedezetlen a fájdalomcsillapítás területe.

Kopp szerint a magatartástudomány lényege: az önkontroll, önmagunk megtartásának, helyzetünk kontrollálásának képessége a változó környezeti feltételek között. Ezt a tudományágat az orvostudomány, a pszichológia, a szociológia, a biológia, a neuroanatómia, a neurofiziológia, stb. eredményeire támaszkodva az integratív elméletalkotás igénye hozta létre. A magatartástudomány magába foglalja a pszichoanalízis és más pszichoterápiás irányzatok felismeréseit és a viselkedésterápia alapelveit.

A magatartásorvoslás lényege:

A magatartásorvoslás által kezelt panaszok, tünetek hátterében a központi idegrendszer működési zavara áll. Cél a zavarok feltárása és kezelése. A visszafordítható, tanult kóros reakciók tanulásméleti alapelvek szerint korrigálhatóak.

A kezelési alapelvek:

1. a tünetek hátterében álló pszichológiai zavar feltárása (a kognitív minősítés zavarai, speciális életesemények, coping mechanizmusok, korai és aktuális szociális zavarok, megismerése)
2. A tünetek hátterében álló vegetatív, fiziológiai zavarok feltárása, kontrolljának megtanulása

Pszichoanalitikai megfigyelések:

A pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiák tapasztalatai alapján a fájdalomtól szenvedő daganatos betegek gondolatai, fantáziái - általában súlyos lelki regressziójuk miatt - a testi történésekre, a közérzetre, a belső „rossz”-ra irányulnak elsősorban. Ebben a regresszív lelkiállapotban a libidó, a lelki energia a tárgymegszállás, azaz az emberi kapcsolatok megszállása helyett önkéntelenül a test/testi folyamatok nárcisztikus megszállásának foglya. A regresszív lelkiállapot megismerésén túl fel kell térképeznünk az adott beteg ún. pszichodinamikai hátterét (főként a feldolgozatlan traumatikus életeseményeket és az aktuális érzelmi kapcsolatokat) ahhoz hogy a fájdalomcsillapítás lelki tényezőin segíteni tudjunk.

Magatartás- és kognitív terápiák a fájdalom kezelésében

1. Alapelv, hogy a megfelelő fájdalomcsillapítóval való kezelést kíséri a magatartás-, kognitív terápiás módszer. A gyógyszerek alapvetők, de fontos az is, hogy hogyan, milyen információval és attitűddel adjuk át a betegeknek. A gyógyító személyzet hiteles magatartása, állandó elérhetősége a fájdalomtól szenvedő beteg számára igen jelentőségteljes.
2. Alkalmazhatunk ún. figyelem-elterelő módszereket: pl. padló kockák számolása, fejben számolás, rejtvényfejtés, televízió nézés, videojáték.

E technika lényege: az alkalmazó személy környezetének semleges ingerei felé fordul, vagy aktív, elterelő aktivitásba kezd, ami figyelmét leköti. Ez a stratégia enyhe, vagy közepes mértékű fájdalomban eredményes. Ide tartozik az ún. irányított fantáziálás: relaxálás, „utazás a csodaszőnyegen”, képek/élmények megfordítása (hideg/meleg, fáj/nem fáj), a fájdalommal össze nem egyeztethető élmények felelevenítése (családi kirándulás, egyéb kellemes élmények) és a körülmények képzeletbeli módosítása. Alapvető cél a stressz-csökkentés.

Az ebbe a csoportba tartozó hipnózis is a figyelem elterelést segíti.

3. A magatartásra ható műveletek: relaxálás, igenlő, pozitív állítások (bátor vagyok, nem fáj), kontrollált légzés (hogyan a hiperventillációt elkerüljük), hipnózis, biofeedback (pl. testi élmények visszacsatolása a testi tudatosság fokozása érdekében) és a deszenzitizáció (érzékenység csökkentés).

4. A fájdalom kognitív befolyásolásának módszerei közül a fájdalom redefiníciója a legkomplexebb és a tapasztalatok szerint erős fájdalom esetén is jól hat. Röviden ez a módszer azt jelenti, hogy a szenvedő ember a félelem vagy fenyegetettség gondolatai helyett konstruktív, illetve realisztikus gondolatokat kapcsol a fájdalomhoz. Ebben az orvos is segíthet a megfelelő információk átadásával, a téves elgondolások eloszlatásával. A belső párbeszéd is ide tartozik: a személy önmagát biztosítja a fájdalom elviselhetőségéről, vagy úgy, hogy önbizalmát, én-erejét hangsúlyozza, vagy a fájdalom kellemetlenségét hárítja.

Fontos, hogy a fájdalommal küzdő beteg környezete és érzelmi légköre kellemes legyen. A családtagok jelenléte és bekapcsolódása az ápolásba sokat segíthet a szenvedő betegnek. Alapvetően fontos az egészségügyi személyzet pozitív attitűdje a fájdalmak kontrollálása, a beteggondozás irányában. A fájdalomcsillapítással foglalkozó szakemberekre és a hozzátartozókra is vonatkozik az alapelv: a gondozók gondozását is biztosítani kell.

A fájdalom összetettségéből, életminőséget meghatározó sajátosságaiból adódóan a daganatos betegek számára is nagy segítséget jelentene az ún. fájdalom ambulanciák, vagy fájdalom-klinikák számának bővítése. A szakembereket a multidiszciplinaritás, az alkalmazott módszereket a komplexitás jellemzi.

Ajánlott irodalom:

Bálint M.: Az östörzés területe. In: Az östörzés. A regresszió terápiás vonatkozásai. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1994

Bodoky Gy.: Fájdalomcsillapítás. In: Az onkológia alapjai. Szerk.: Ádány R., Kásler M., Ember I., Kopper L., Thurzó L. Medicina, Budapest, 1997

Borsi M.: Tumoros eredetű fájdalmak gyógyszeres kezelésének lehetőségei Magyarországon. Rákbetegek Országos Szövetsége, Budapest, 1992

Borsi, M.: A fájdalomcsillapítás új módszerei. Tumoros betegek fájdalomcsillapítása. In: Halálközben. Magyar Hospice Alapítvány, Budapest, 1994

Borsi Máté: Gyógyszeres fájdalomcsillapítás. In: A felnőttkori daganatos betegségek gyógyszeres kezelése. Szerk.: dr. Eckhardt S. Medicina, Budapest, 1998

Embey-Isztin D.: A krónikus fájdalom csillapítása. In: Humán farmakológia. Medicina, Budapest, 1997

Fowle-Kerry, S.: Adolescent oncology survivors recollection of pain. Advances in Pain Research Therapy. 15:365-371, 1990

- Horváth Zs., Telekes A.: A Morfin kiskaté. EGIS, Budapest, 1997
- Keefe, F. J., Hauck, E. R.: Mammography pain and discomfort: a cognitive-behavioral perspective. *Pain*, 56: 247-260, 1994
- Kopp M.: A fájdalom magatartás-orvoslási szemlélete. In: Orvosi pszichológia. Az egészség-lélektan és a magatartásorvoslás alapjai. SOTE Házinyomda, Budapest, 1994
- Kulcsár Zs.: A fájdalom pszichofiziológiai és egészségpszichológiai elemzése. In: Egészség-pszichológia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 1998
- Melzack, R.: A fájdalom rejtélye. Gondolat, Budapest, 1977
- Morrison, R. S., Ahronheim, J. C. et alii: Pain and discomfort associated with common hospital procedures and experiences. *J. Pain Symptom Management*, 15, 2: 90-101
- Portenoy, R. K., Foley, K. M.: Management of cancer pain. In: Handbook of psychooncology. Eds. J. C. Holland, J. H. Rowland, Oxford Univ. Press, Oxford, New York, 1990
- Riskó T., Kovács L., és mtsai: Ortopéd sebész beavatkozások szerepe a primer csontdaganatok és a csont-metastasisok ellátásában. *Orvosi Hetilap*, 114, 11: 613-615, 1973
- Syrjala, K. L., Chapko, M. E.: Evidence for a biopsychosocial model of cancer treatment-related pain. *Pain*, 61:69-79, 1995

VII. „QUALITY OF LIFE” - A DAGANATOS BETEGEK ÉLETMINŐSÉGÉNEK FOGALMA.

HÁNYINGER ÉS HÁNYÁS. TÁPLÁLKOZÁSI PROBLÉMÁK. A DAGANATOS BETEGEK TÁPLÁLKOZÁSI ZAVARAINAK PSZICHOLÓGIAI VONATKOZÁSAI. SZEXUÁLIS PROBLÉMÁK. DEPRESSZIÓ, SZORONGÁS. ALKALMAZKODÁSI ZAVAROK. A DAMOKLÉSZ KARDJA SZINDRÓMA. PSZICHOTIKUS TÜNETEK. KOGNITIV ZAVAROK.

„QUALITY OF LIFE” - A DAGANATOS BETEGEK ÉLETMINŐSÉGÉNEK FOGALMA

Az onkológiai tanulmányok, kézikönyvek jelentős arányban foglalkoznak az életminőség kérdésével, ugyanígy az onkopszichológiai ismereteket összefoglaló munkák is. A rosszindulatú daganatos betegségeknek és a szükséges kezeléseknek komplex hatása van mind a beteg, mind a hozzátartozók életminőségére. Mióta a halálos daganatos betegségek döntő többsége krónikus betegségnek tekinthető a korai diagnosztizálás és a kezelés fejlődésének köszönhetően, azóta az életminőség fogalma és jelentősége még inkább az érdeklődés központjában van a fejlett országokban. Ma már a gyógykezelés és gondozás messze túlnő a bio-medikális eljárasmódokon, s a cél az „egész” beteg „totális jóllétének” megvalósítása. A 80-as évek óta megfogalmazott, hogy a szükséges onkológiai kezelések agresszív hatással vannak a betegek fizikális, érzelmi és szociális életére egyaránt. Ugyanis a sebészeti eljárások gyakran csonkítóak, különösen az emlő, a nemi szervek, az urogenitális rendszer és a végbél daganatos elváltozásaira vonatkozóan. A sugárterápiának még mindig jelentősek a mellékhatásai (bőr-problémák, kötőszöveti eltérések, legyengülés, szorongás és depresszió), a kemoterápiát tekintik többen a leginkább zavarónak a mellékhatások szempontjából (mert hosszú ideig tart és számos toxikus hatása van). A végstádiumba jutott betegek életminőségének problematikája is intenzíven kutatott, elemzett témává vált az elmúlt évtizedben. A legtöbb szerző, aki az életminőség kérdésével foglalkozik, hangsúlyozza, hogy fontosabbnak tartja az élet minőségét, mint a mértékét és tartamát.

Az életminőség fogalmába beletartozik a testi/lelki közérzet minősége, a mozgásképesség (önellátás) színvonala, a szociális körülmények milyensége. Ehhez a témához tartozik az anyagi színvonal minősége is.

HÁNYINGER ÉS HÁNYÁS

Az onkológiai kezelések folyamán legtöbb betegnél előfordul a hányás és a hányinger. A főbb okok a következők: agyi áttét, emésztőrendszeri eltérések, anyagcserezavar, ill. a beavatkozások, kezelések. Epizodikusan, vagy folyamatosan fordulhat elő a hányinger és a hányás, kiszáradást, rosszul tápláltságot, gyengeséget, izolációt, nem ritkán lelki problémákat, együttműködési nehézségeket okozva. Általánosságban ezek a tünetek kontrollálhatók, de az is előfordul, hogy nehezen, vagy egyáltalán nem szüntethetők meg. Ebben az esetben a fizikai és a szociális aktivitást egyaránt gátolhatják.

Amennyiben a tünetek kondicionálódnak (feltételes reflexszé válnak), akkor további szorongás és depresszió aktivizálódhat. Ezek a tapasztalatok a kezelés iránti ellenállást fokozhatják, vagy akár a kezelés megszakításához is vezethetnek.

A mellékhatásként jelentkező hányinger és a hányás pszichológiai okokból is fokozódhat, mert pl. a betegek körében közismert, hogy nemcsak a daganatos sejteket pusztítja el a sugár- és a kemoterápia, hanem károsító hatással lehet az ép szövetekre is. Hangsúlyozni kell, hogy a hányinger és a hányás nagymértékben a gyógyszerek kémiai összetételétől és a hatékony hányáscsillapítók alkalmazásától szűnik, melyeket az orvosok írhatnak fel a betegeknek.

Klinikai tapasztalatok szerint a hányinger és hányás időtartama és intenzitása kemoterápia alkalmazása esetén a különböző személyeknél különböző mértékű lehet. Néha a tünetek már a kezelés előtt is jelentkeznek, mintegy megelőlegezetten, bizonyítva a kondicionálódás bekövetkeztét. Utalunk korábban ismertetett vizsgálati eredményünkre a malignus lymphomás betegek kemoterápiára adott akut szorongásos reakcióival kapcsolatban. Vannak, akik azt hangsúlyozzák, hogy a gyakori hányingerrel, hányással jellemezhető betegek olyan fiatalok, akik hosszú távú kemoterápia alatt állnak, szorongásra hajlamosak, és érzelmileg labilisak.

A kezelőszemélyzet feladatai közé tartozik az e tünetektől szenvedő betegek megnyugtató, megfelelő ellátása, szükség esetén klinikai pszichológus/pszichiáter bevonásával.

A sugárterápiát követő hányinger és hányás a klinikusok szerint összefüggésben van az alkalmazott dózissal és a besugárzott területtel (pl. hasi terület), de itt is fontosak a lelki tényezők.

Általában a magatartás-, kognitívterápiás módszert ajánlják a kialakult tünetek megszüntetésére. Intézetünkben hatékonyan találjuk az egyénre szabott lelki gondozás biztosítását, ill. súlyosabb esetekben az egyéni pszichoterápiát.

TÁPLÁLKOZÁSI ZAVAROK

Daganatos betegeknél az étvágy csökkenése és a testsúlyvesztés gyakori tünet, kezdetben és bármely stádiumban. Az anorexia (testsúlycsökkenés) esetében az okok sokfélék lehetnek:

- Átmeneti anorexia a diagnózis közlésének érzelmi shockjára,
- Másodlagos anorexia a kezelések idején, a mellékhatások miatt,
- Étvágyvesztés, fogyás a betegség progressziójának idején, amiben szerepe lehet a szorongásoknak is.

Az anorexia gyakran depressziós állapottal jár együtt. A kutatások szerint a daganatos betegek depressziója az önértékelés csökkenésében, az értéktelenség érzésében és büntudati érzések megerősödésében nyilvánul meg elsősorban. Daganatos betegeknél a funkcionális zavarokat (anorexia, testsúlyvesztés, álmatlanság, kifejezett fáradékonyság, libidó csökkenés, érdeklődésvesztés a mindennapi feladatok iránt) nehéz megkülönböztetni a betegség progressziójának jeleitől. A cachexia (általános gyengeség) a táplálkozási elégtelenség leggyakoribb komplikációja, komoly fogyással jár együtt. Az oka nem könnyen igazolható, van, amikor a tumor (agyban, hasban) következményének tartják, máskor a kezelések mellékhatásainak. Mindenképp csökken a kalória-bevitel (főleg a fehérjék), csatlakozik a fájdalom, hányinger és hányás, valamint az ízlelés, a szaglás megváltozása.

Saját tapasztalataink szerint igen szívesen beszélnek a betegek a táplálkozási problémákról, a diétákról, s a megfelelő „taktikák” javaslatával (kis mennyiség fogyasztása gyakran, kedvenc ételek előtérbe helyezése) sokaknak lehet e problémákban segíteni. Felvetjük a dietetikusok tevékenységének fontosságát a betegekkel történő egyéni konzultációkat, tanácsadást illetően.

A daganatos betegek táplálkozási zavarainak pszichológiai/pszichiátriai vonatkozásai

A táplálkozási zavarok napjainkban a pszichiátria területén az anorexia nervosát (ideges soványság), a bulimia nervosát (önhányatással járó falásrohamok, melyek során igen nagy-mennyiségű, magas kalóriatartalmú ételeket és italokat fogyasztanak el az adott személyek, majd önhánytatást, és/vagy alkalmaznak) és a pszichogén obesitást (falásrohamok önhánytatás nélkül) foglalják magukba.

Pszichoanalitikusként elemezve a daganatos betegek gyakori táplálkozási zavarainak lelki vonatkozásait, és típusait, elsőként említjük, hogy az igen merev, szigorú diétát követő daganatos betegeknél önértékelés fokozódást, „vágyott üresség érzést, azaz a daganat-mentesség illúzióját”, esetenként eufóriát tapasztaltunk. A daganatos betegek közül sokan számolnak be arról, hogy főként a diagnózis megtudása utáni időszakban, de gyakran a kezelések közti szünetekben is „önteni” kezdik magukba a kíváncsnak tartott ételeket, italokat. Láttunk már olyan beteget, akinek a bőrszíne élénk sárgává változott az óriási mennyiségű sárgarépa-fogyasztás miatt. Az sem ritka, hogy egyesek 5-10 kg-t híznak igen rövid idő alatt, s ez a hízás nem valamelyik gyógyszer mellékhatásaként következik be. Daganatos betegek esetében a falás tudattalan motivációi közé tartozik a „belső jó” dominanciájának elérése, az evési örömek, mint pótcselekvés biztosítása, a szorongások csökkentése és a saját erők mozgósításának bizonyítása a betegség legyőzése érdekében. Ritkábban ezek a falások spontán hányást is okozhatnak. Néhány nőgyógyászati operáción átesett onkológiai beteg, illetve a kemoterápia miatt meddővé vált fiatal nő megfogalmazta, hogy „a jó ételek, italok túlzott mértékű fogyasztásával mintegy a belső hiányt akarja kitölteni”.

A klinikai tapasztalatok szerint a daganatos betegek egy csoportja a mértékét veszített evés-ivás miatt elhízik, alkoholfogyasztás esetén alkoholbeteggé (is) válik. Összefoglalva a táplálkozási zavarok pszichológiai elemeiről írtakat, ismét arra hívjuk fel a figyelmet, hogy az onkológiai team-tag klinikai pszichológus/pszichiáter feladatai közé tartozik a pszichogén táplálkozási zavar miatt szenvedő daganatos betegek minél korábbi felismerése és gondozása/kezelése.

SZEXUÁLIS PROBLÉMÁK

A daganatos betegek általában nem kérdezősködnek kezelőiktől arról, hogy betegségük aktuálisan, vagy a későbbiekben befolyásolhatja-e szexuális életüket. De az ezirányú érdeklődés szinte általános hiányát nem lehet úgy felfogni, hogy a betegeknek nincsenek ezen a téren szorongásai, problémái és hogy önerőből valamennyien megoldják azokat. A kutatások alapján nyilvánvaló, hogy a daganatos betegek a szexuális nehézségeikkel kapcsolatos kérdésfelvetéseket (pl. anatómiai és funkcionális változások hatásai a szexualitásra, az öröklődés lehetősége), a válaszokat, valamint a szükséges tennivalók megszervezését egyaránt kezelőorvosaiktól várják. Utánkövetéses vizsgálatok alapján a gyermekkori rosszindulatú betegségek túlélőinek többsége serdülőkorában a fontos személyekkel való emberi/érzelmi

kapcsolatok súlyos zavarával küzd és a pszichoszexuális fejlődésbeli elmaradásokkal jellemezhető.

A felmérések alapján azt is tudhatjuk, hogy a betegek jelentős százalékának szexuális érdeklődése és tevékenysége csökken, ill. megszűnik a betegség kezelése alatt és/vagy után. A kutatók fő okként említik a testi problémákat, a kommunikációs nehézségeket, az önértékelés elbizonytalanodását, számos betegnél a testkép érzelmi jelentésének negatívvá válását, elfogadhatatlanságát. Három évvel a kezelések befejezése után a malignus lymphomás betegek jó része - kérdőíves vizsgálat útján - kaotikusság érzésről, krónikus fáradtságérzésről és tartós libidócsökkenésről panaszkodott. A leírtak értelmében a partnerrel megszokott testi közelség, a lelki elfogadás, a kölcsönös szeretet és a szexuális aktus átélése betegeink egy részénél időlegesen, vagy véglegesen megszűnik. Pedig a betegeknek ezeknek az érzéseknek az átélésére valójában igénye és igen nagy szüksége lenne. Külön vizsgálatot és ennek alapján preventív gondozást, szükség esetén pszichoterápiát igényelnének a serdülőkorú onkológiai betegek.

A daganatos betegek szexuális problémáinak kérdését átfogóan kevesen vizsgálják még a fejlettebb országokban is de a klinikai tapasztalatok alapján bizonyos, hogy a szexuális panaszok és tünetek általánosak. Fontosnak érezzük még megjegyezni, hogy nemcsak azoknál alakulnak ki, vagy súlyosbodnak, akiknél a szexualításban fontos szerepet játszó szervet, ill. testtáját érint a daganatos betegség. Ez ennél jóval bonyolultabb kérdés, aminek vizsgálata és terápiája speciális ismereteket igényel, hiszen a műtétek, kezelések organikus és funkcionális elváltozásokat is okozhatnak. A fiziológiai tényezőket meg kell különböztetnünk a pszichológiaiaktól, hiszen pl. a hormon-kezelések, ill. bizonyos sebészeti megoldások közvetlen hatással lehetnek a szexuális lehetőségekre és aktivitásra. Munkánkban a lelki vonatkozásokkal foglalkozunk elsősorban.

A nőgyógyászati műtétek pszichológiai vonatkozásai

Kiindulásként tisztázni kell a testkép fogalmát. A testkép az élet folyamán, kezdetben főként az anyával, majd a környezet egyre több tagjával történő nem verbális, majd verbális kapcsolat alapján alakul ki. A testkép pszichológiai szempontból tudatos és tudattalan élmények alapján kialakuló elképzelések összességét jelenti az egyén testének kinézetéről és funkcióiról. A saját testünkről, testi funkcióinkról kialakított képünket reális ismeretek és érzelmi tényezők egyaránt befolyásolják. A testkép az önértékelés bázisának tekinthető. A nők általában jobban aggodalmaskodnak testi kinézetük és testi integritásuk fenntartása miatt, mint a férfiak.

A nőgyógyászati műtétek gyakran befolyásolják a testképet, pl. csökkenthetik a nőiesség érzetét, ezzel befolyásolhatják az önértékelést és a partnerkapcsolatot egyaránt. Emlőműtét után gyakran előfordul, hogy a páciens úgy véli, hogy megváltozott kinézete miatt már nem felel meg a nőiesség képének. A méh eltávolítása, vagy a petevezeték sterilizálása azt a képzetet szülheti, hogy a nőiesség tartalmának már nem felel meg az adott nő többé. A menstruáció szünetelése, ill. a reprodukció képességének végleges elvesztése azt a szorongató érzést alakíthatja ki, hogy a teljes értékűség megszűnt, mely érzelmi állapot az elvesztésre adott gyász-reakciónak is megfelelhet.

A nőgyógyászati műtétek esetében gyakran zavar keletkezik a partnerkapcsolatban. Mivel az operált nők egy részében kialakulhat az az érzés, hogy a nőiesség képe már nem teljes, akár azonnal, akár később, szexuális nehézségeik támadhatnak. Az ilyen aggodalmaikkal küzdő nők, akár indoklás nélkül is, partnerüktől visszahúzódhatnak, elutasítónak válhatnak, hiszen elfogadhatatlanul csonkának, sérültnek érzik magukat. Mindezt szavakba foglalni és kimon-

dani igen nehéz feladat, gyakran csak szakember segítségével történik meg. Nem annyira köztudott, de klinikai tapasztalatok alapján kiderült, hogy a férfiak egy része - időlegesen, vagy akár hosszabb távon is - impotenssé válhat partnere csonkító műtete után. A szexuális zavarok elleni legbiztosabb védelmet a megalapozott, kiegyensúlyozott, már a premorbid időszakban is létező, „elég jól” működő partnerkapcsolat jelenti.

A nőgyógyászati műtétek lehetséges következménye, hogy az érintett betegeknél az addig rendben működő lelki védekező mechanizmusok rendszere összeomlik és fizikai dekompenzáció, depresszió, csalódottság, félelmekkel teli lelkiállapot válik uralkodóvá. Ezek a sérülések annál erősebbek, minél inkább jellemző az operált betegekre a premorbide megszilárdult csökkent önértékelés és a nárcisztikus-hipochonder (fokozottan önszerető, betegségekről képzelgő) személyiség szerkezet.

Az ilyen személyiségvonásokkal jellemezhető beteg túlzott figyelmet, állandó érdeklődést szentel testének, egyes testi funkciónak. Ez az állandó aggodalmaskodás, beállítódás egyébként ellensúlyozza a csökkent önértékelés miatti aggodalmakat. Szintén klinikai tapasztalatok alapján azoknál a nőknél, akiknél a saját nemi identitással (önazonosság) kapcsolatban tudattalan félelmek, kétségek és aggodalmak működnek, a különböző műtétek még könnyebben váltanak ki idegi zavarokat.

Az onkológusoknak tudniuk kell arról, hogy minél nagyobb a premorbid zavar a beteg személyiségében és emberi kapcsolataiban, beleértve a partnerkapcsolatot is, annál inkább számolni kell a posztoperatív elégedetlenségi érzésekkel, szexuális zavarokkal.

Normális reakció, ha bármiféle műtéti beavatkozás realitása félelmet, aggályoskodást vált ki az érintettekből. Vannak, akik ezeket az érzéseket lelkileg önállóan, vagy családi segítséggel fel tudják dolgozni. Amennyiben a beteg a félelmeket és az aggodalmakat hárítja (pl. tagadás, elfojtás), akkor a további pszichoszomatikus, ill. lelki tünetek keletkezésének valószínűsége növekszik.

Alapelve, hogy a legkisebb műtétet sem szabad rutinként kezelni és a beavatkozás előtt az orvosnak lehetővé kell tennie, hogy a beteg félelmeit a megfelelő mértékben átélje és kifejezze. Ha az orvos a megbeszélés során túl reálisan és logikusan kezeli páciensét, akkor gyakran az elvárttal éppen ellentétes eredményt érhet el. Ahelyett, hogy a beteg megnyugodna, az az érzése keletkezik, hogy az orvos távol van tőle, nem érti meg és problémáival magára hagyja. Ugyanis a sebésznek képesnek kell lennie megkülönböztetni az operációval és annak következményeivel összefüggő indokolt félelmeket az irracionális félelmektől. Ezek leginkább a testképpel kapcsolatos fantáziákból, a testi integritás elvesztése miatti szorongásokból indulnak ki. Ne feledjük, hogy a betegek gondolkodási színvonala, megértő képessége általában változik a diagnózis és a műtét miatt kialakult érzelmi krízis hatására. Ráadásul a sebészeti osztályokon, főleg a műtőben és az intenzív részlegen a beteg könnyen magányosnak és elhagyatottnak érezheti magát.

Egyes szerzők tapasztalatai alapján az emlőműtéteknek gyakran súlyosabb lelki következményei vannak, mint egy nemiszervi operációnak, mert kifejezett szociális szégyenérzet és undor alakulhat ki a megoperált testtel kapcsolatban. Az emlő a nőiesség, az anyaság, a szexuális vonzerő szimbóluma, idősebb korban is. A radikális műtétek inkább, az emlőmegtartó műtétek kevésbé keltenek szorongást a csonkítással kapcsolatos félelmek realizálódása miatt, de azt is tudnunk kell, hogy a műtét érzelmi jelentése elsősorban a beteg személyiségétől, testi önértékelésétől, addigi életútjától függ, s csak másodsorban a metszés mértékétől, láthatóságától. A megváltozott és elutasított testkép miatt gyakran az operált nők azok, akik elébbemenően elutasítják partnereiket, s nem fordítva. Pedig a műtét utáni kapcsolati zavarok

elrendezése, vagy mélyülése nagy befolyással van a beteg fizikai-, lelki-, szociális állapotára és teljesítőképességére, azaz egész életminőségére. A nőgyógyászati és emlőműtétek után elsősorban az onkológus az, aki segíthet érzelmileg feldolgozni és elfogadni a történeteket. Beszélgetéseikben leggyakrabban a testkép változásainak elfogadásáról, az emberi kapcsolatok rendbe hozásáról, vagy szinten tartásáról és a szexuális problémák megoldásáról eshet szó. Az orvossal folytatott beszélgetéseknek mindezen túl az adott beteg személyiségének megerősödését is szolgálniuk kell, hogy könnyebbé váljon a páciens számára az esetleges további nehézségekkel való szembenézés. A gyakorlott onkológus - minél korábban, annál kedvezőbb - felfigyelhet a lelkileg premorbide súlyos problémákkal küzdő betegekre, s őket klinikai pszichológussal/pszichiáterrel való együttműködésre készítheti. Egyszerű, de jól alkalmazható „teszt”, mely szerint azt a beteget szükséges pszichológiai kivizsgálás és kezelés felé irányítani, akinek társaságában az orvos ismételt és megváltoztathatatlanul rosszul, tehetetlenül érzi önmagát.

Összefoglalva, a daganatos betegség miatt kialakult, vagy súlyosbodott szexuális zavaroknak pszichoszomatikus, érzelmi és pszichés következményei vannak. Nagyon sok ember számára a szexualitás az ön-azonosságot igazolja újra és újra és támogatja a pozitív önértékelést. Következésként a szexuális zavar depresszióhoz és az életminőség csökkenéséhez vezethet. Mindez segítséget, tanácsadást, szükség esetén szakpszichoterápiát igényel.

DEPRESSZIÓ

A depressziós tünetek, a szorongásos zavarok meglehetősen gyakoriak a daganatos betegek körében. Már ismert, a daganatos betegek depresszióját és szorongását nem mindig egyszerű feladat diagnosztizálni, mert számításba kell venni a páciens alapbetegségéből adódó tüneteit és az onkológiai kezelés következményeit egyaránt. Itt is megemlítjük a pszichológiai/pszichiátriai szűrés és a szükséges kezelések biztosításának fontosságát,

A daganatos betegek tipikus depressziós tünetei a következők:

- Tartós depresszív hangulat (fontosak a nem verbális jelek is: üres arc kifejezés, szomorú tekintet, jellegzetes testtartás, lelassult mozgás)
- Csökkent önértékelés jelei (pl. önlekiáldozás kifejezése)
- Segítség nélküliség, reménytelenség érzése egyre uralkodóbb (szociális visszahúzódás, passzivitás tünetei)
- Bűntudat jelenléte (önmagát okolja betegségéért, önvádló)
- Öngyilkossági gondolatok (rejtetten, vagy nyíltan)

A daganatos betegek depressziója főként a következőkből származhat:

- A betegség okozta, önerőből feldolgozhatatlan stressz
- Külső stresszt okozó ingerek: pl. kapcsolati problémák, anyagi nehézségek
- Bizonyos gyógyszerek, pl. corticosteroidok
- Sugárterápia
- Anyagcserezavarok, pl. csökkent pajzsmirigyfunkció

- Korábbi érzelmi zavar visszatérése

A depresszió kialakulása szempontjából veszélyeztetettek:

- Azok, akik rossz testi állapotban vannak azok, akik visszaestek
- Akik előrehaladott stádiumban vannak
- Akiknek fájdalma nem megfelelően kontrollált
- Akiknek korábban is volt depressziója

A depresszió megállapítása után, a kezelésében a pszichoterápia mellett, esetleg helyett sokat segíthetnek a gyógyszerek, melyeket a legmegfelelőbben a teamhez kapcsolódó pszichiáter javasolhat és ellenőrizhet.

SZORONGÁS

Daganatos betegek esetében a szorongás általában szituatív, de olykor mélyen fekvő depresszió egyik tüneteként is felfogható. Eredményes kezelése (pszichoterápia és/vagy gyógyszeres terápia) a pontos pszichológiai/pszichiátriai kórisme megállapításától függ.

A daganatos betegség megállapítása és kezelése folyamán akit szorongást válthatnak ki a következő események, helyzetek:

- a diagnózisra várás időszaka,
- a kiszámíthatatlanság realitása
- vizsgálatra, beavatkozásra, kezelésre, befejezésre várakozás
- vizsgálati eredményre várakozás
- visszaesés megtudása
- kezelés-váltás szükségességének tudatosulása
- a betegséghez kapcsolódó események évfordulója

A szorongás megállapítása és adekvát kezelése a beteg számára azért fontos, mert ellenkező esetben rontja a megbirkózási képességet, gátolja az intellektuális színvonalat, a döntésre való képességet és megterheli az érzelmi kapcsolatokat.

ALKALMAZKODÁSI ZAVAROK. A DAMOKLÉSZ KARDJA SZINDRÓMA

A daganatos betegek alkalmazkodási zavarai kevésbé jellegzetesek, mint a pl. a depresszió megnyilvánulási formái, így nehezebb is diagnosztizálni, és megfelelően kezelni ezeket a tüneteket. Erre az egyik legtipikusabb példa az ún. Damoklesz kardja szindróma kialakulása és fentmaradása.

Valamennyien tudjuk, akik az onkológia területén dolgozunk, hogy a betegek jelentős része szenved - időlegesen vagy krónikusan - a betegség súlyosbodásától, illetve ismételt kialakulásától akkor is, amikor ennek nincs meg a realitása. Az ebben a szindrómában szenvedő betegek szinte csillapíthatatlanul szoronganak, s minden apró, sokszor lényegtelen tünet esetén is orvoshoz rohannak, akár naponta többször is. Valójában a betegségtől (azaz a haláltól) való félelmük tekintetében alig, vagy egyáltalán nem befolyásolhatóak a „józan ész” szintjén. Ez az állapot igen nehezen elviselhető a beteg és hozzátartozói számára, de az egészségügyi személyzetet is terheli az érthetetlennek tűnő gyanakvás és az általuk feleslegesnek ítélt vizsgálatok kérése, követelése. A Damoklész kardja szindróma kialakulása is függ a beteg premorbid személyiségétől, főként önértékelésétől, kudarctüresei- és megoldási képességének mértékétől, stabilitásától és aktuális érzelmi/szociális helyzetétől. Az onkológus, felfigyelve erre a jellegzetes tünetegyüttesre, ha nem tud hatékonyan segíteni, akkor klinikai pszichológus/pszichiáter segítségét célszerű kérnie. Ezt minél előbb teszi, annál kedvezőbb eredményre lehet számítani. Ugyanis az orvos-beteg kapcsolat romlásának hátterében, illetve a betegség alatt kialakuló, vagy súlyosbodó alkohol- és/vagy gyógyszer, drog-abúzus fő kiváltó okaként a kezeletlen Damoklész kardja szindróma igazolható klinikai tapasztalataink alapján.

PSZICHOTIKUS TÜNETEK

Frissen diagnosztizált daganatos betegek esetében magunk is tapasztaltunk súlyos lelki regressziót, sajátos prepszichotikus állapotot. A pszichotikus szintet közelítő lelki regressziót a súlyos testkép-zavar (a realitástól függetlenül testüket a daganatos betegségtől totálisan megtámadottnak, roncsoltnak érzik, a derealizáció (a valóságot eltávolodottnak tapasztalják) és a deperszonalizáció (a saját személyiségüktől elidegenedettnek érzik önmagukat) jellemzi. Mivel a súlyos lelki regresszió a daganatos betegek esetében általában fluktuáló jellegű, felismerése és kezelése szakértelmet igényel.

A más kutatók által, daganatos betegeknél tapasztalt további pszichotikus tünetek a következők:

- Vizuális, ritkábban hallásos hallucináció
- Fokozott dühreakciók, indokolatlan magatartási reakciók
- Intenzív, befolyásolhatatlan gyanakvás pl. megmérgezésről
- Irreális félelem a testi bántódástól
- Étél, kezelés visszautasítása különös, bizarr módon

A pszichotikus tünetek eredhetnek a beteg személyiségéből, okozhatja a testi betegség, vagy az orvosi kezelés. A daganatos beteg pszichotikus állapotának rendezése egyértelműen pszichiáter közreműködését igényli.

KOGNITIV (MEGISMERÉSI, GONDOLKODÁSI) ZAVAROK

A 60-as évektől kezdve használják gyűjtőfogalomként a kognitív lélektan kifejezést és következők tartoznak ide: gondolkodás, észlelés, aktiváció, akarat, emlékezés, tanulás.

Az onkológusoknak gyakran van szükségük arra, hogy értékeljék betegeik ítélőképességét, realitásérzékét a megfelelő anamnézis-felvétel, a panasz meghallgatás és a megfelelő együttműködés biztosítása érdekében. Egyes felmérések szerint az előrehaladott állapotban lévő daganatos betegek negyede szenved többé-kevésbé súlyos kognitív zavartól: memória problémák, koncentrációs zavarok, realitás vizsgálat gyengülése, zavartság. Ezekhez a tünetekhez a magatartás zavara is társulhat: ingerlékenység, megváltozott viselkedés, pszichomotoros zavarok.

A kognitív zavarok eredete a következőket foglalja magába:

- Mentális retardáció (kideríthető a beteg anamnéziséből)
- Agytumor, agyi áttét
- Demencia (elbutulás)
- Exogén pszichózisok
- Tumor okozta elsődleges toxinok
- Hipercalcémia, máj-érintettség, elektrolit háztartás zavara, trombózis endocarditis
- Bizonyos gyógyszerek toxikus hatása

Saját vizsgálataink is alátámasztják más kutatók tapasztalatait, melyek szerint a kognitív zavarok kapcsolódhatnak pszichológiai problémákhoz is. Számos beteg személyisége alapvetően sérülékeny, gyenge én-erővel jellemezhető. A daganatos betegség ténye és a szükséges vizsgálatok, - a kórházon kívül vagy belül megvalósított - kezelések különböző érzelmi és kognitív zavarokat is okozhatnak a betegeknél, nehezítve megküzdési képességük sikerességét és az alkalmazkodást a realitáshoz.

Összefoglalva ezt a fejezetet, az onkológusok és az egész team feladatai közé tartozik a daganatos betegek életminőségének megismerése és fejlesztése. Az elmúlt évtizedben számos országban több kutatógárda alakult ki, hogy tisztázza az életminőség fogalmát a minél kedvezőbb gyógyítási és rehabilitációs feltételek megteremtése és megvalósítása érdekében. Az ezirányú klinikai kutatás a közeljövőben remélhetőleg hazánkban is elkezdődik, hiszen nálunk a daganatos betegségek már népbetegségnek számítanak, s a betegek jelene és jövője az életminőség kutatás eredményein is múlik.

Ajánlott irodalom:

Barni, S., Mondin, R.: Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. Ann. Oncology, 8: 149-153, 1997

Begbie, S. D., Kerestes, Z. and ali: Patterns of alternative medicine use by cancer patients MJA 165: 545-548, 1996

Berard, R. M. F., Viljoen, G.: Psycho-oncology and the general practitioner. Continuing Medical Education Journal, 12, 9: 1175-1181

Cella, D. F.: Quality of life during and after cancer treatment. Comprehensive Ther. 14(5): 69-75, 1988

- Eisenberg, D. M.: Advising patients who seek alternative medical therapies *Ann Internal Med* 127(1): 61-69, 1997
- Fallowfield, L.: Psychosocial outcome of breast cancer treatment. In: *Breast cancer. The experience of illness*. Tavistock/Routledge, London, 1991
- Fugleholm, A. M.: „Damocles sword” Ph. D. dissertation Panum Bibliotek and Dept. Soc. Med. Panum Inst. Dánia, 1994
- Ganz, P. A., Rowland, J. H. et alii: Life after breast cancer: understanding women’s health-related Quality of Life and sexual functioning. *J. Clin. Incol.* 16(2): 501-514, 1998
- Guex, P.: The concept of „Quality of Life”. In: *An introduction to psycho-oncology*. Routledge, London and New York, 1994
- Dyer, K. A.: Recognizing the potential of alternative medical treatments. *JAMA* 275(8), 1996
- Hertz, D. G., Molinski, H.: *Psychosomatik der Frau*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1986
- Hoehn-Saric, R.: Psychic and somatic anxiety: worries, somatic symptoms and physiological changes. *Acta Psych Scand* 98(Suppl. 393): 32-38, 1998
- Kopp M.: A magatartásorvoslás alapjai. In: *Orvosi pszichológia*. SOTE Házinyomda, Budapest, 1994
- Lowenthal, R. M.: Alternative cancer treatments *MJA* 165:536-537, 1996
- Melnikow, J.: Patients wrestle with anxiety and fear in treatment choices affecting sexuality. *J. Nat. Cancer Inst.* 88(22): 1618-1619, 1996
- Miller, A. B., Berrino, F. et alii: Diet in the aetiology of cancer: a review. *Eur. J. Cancer.* 30A(2): 207-220
- Passik, S. D., Dugan, W. et alii: Oncologists, recognition of depression in their patients with cancer. *J. Clin. Oncol.* 16(4): 1-8, 1998
- Puukko, L. R. M., Hirvonen, E.: Sexuality of young women surviving leukaemia. *Arch. Dis. Childhood* 76: 197-202, 1997
- Riskó Á., Fleischmann T. et alii: Influence of the pathological psychological state of cancer patients on their decisions. *Support Care Cancer* 4: 51-55, 1996
- Ropponen, P., Siimes, M. A., et alii: Psychosexual problems in male childhood malignancy survivors. *Acta Psychiatr. Scand.* 85: 143-146, 1992
- Sutherland, H. J., Fyles, G. M. et alii: Quality of life following bone marrow transplantation: a comparison of patient reports with population norms. *Bone Marrow Transpl.* 19: 1129-1136, 1997
- Sutor, B., Rummans, T. A. et alii: Major depression in medically ill patients *Mayo Clin Proc* 73: 329-337, 1998
- Syrjala, K. L., Roth-Roemer, S. et alii: Prevalence and predictors of sexual dysfunction in long-term survivors of marrow transplantation. *J. Clin Oncol* 16(9): 3148-3157

VIII. A PSZICHOSZOCIÁLIS MEGKÖZELÍTÉS.

AZ EGYÉNI PSZICHOTERÁPIA. A CSOPORTTERÁPIA. A KOGNITIV -
MAGATARTÁSTERÁPIA. A PSZICHOANALITIKUSAN ORIENTÁLT EGYÉNI
PSZICHOTERÁPIA. A FIZIKÁLIS TERÁPIÁK (BODY WORK). A BÁLINT CSOPORT.
A DAGANATOS BETEGEK REHABILITÁCIÓJÁNAK FŐBB SZEMPONTJAI

Bármely súlyos betegség esetén az embernek alapvetően érzelmi elfogadásra, támogatásra és biztonságra is szüksége van. Számos tanulmány szól amellett, hogy az érzelmi és a szociális kapcsolatok fenntartása és működtetése növeli a daganatos betegek gyógyulásának esélyeit, illetve pozitív hatású az előrehaladott állapotban lévők pszichoszomatikus egyensúlyára. Az érzelmek átélése, kifejezése és megosztása segíti a szenvedőket abban, hogy a betegség okozta testi és lelki sokkot jobban elviseljék. Az érzelmi igények és kapcsolatok támogatása biztosítja az egészséges önérzet fenntartását akkor, amikor el kell fogadni a csonkító műtétet, az ún. agresszív kezeléseket, a családi-, anyagi- és társadalmi státusz megváltozását, az emberi kapcsolatok megterhelését.

Megterhelő viszonyok között a lelki egyensúly fenntartása - ami hatással van a pszichoszomatikus egyensúlyra is - nemcsak az adott személy érettségétől függ, hanem attól a környezettől is, amelyben fejlődik.

Ma már bizonyos, hogy az emberi kapcsolatok minősége hatékonyan védi az embereket a stressz-hatásoktól és segíti megelőzni a mentális és a testi zavarokat. Az onkológia területén is, a szakembereknek az egész beteget, mint önálló egyént kell figyelembe venniük, s tekintettel kell lenniük az adott beteg testi betegségének mértékére, életkorára, nemére, családi- és munkahelyi kapcsolataira, körülményeire, szociokulturális helyzetére. Pszichoszociális segítségadáskor figyelembe kell venni a realitást, ugyanakkor el kell fogadnunk az adott beteget, ami komoly nehézséget jelenthet, ha a beteg elutasító, gyanakvó, nyughatatlan, vagy agresszív.

A család, a rokonok, a barátok, a munkatársak szerepe mindvégig kiemelt jelentőségű, de különböző vizsgálatok alapján a beteg számára gyógykezelése folyamán általában az orvos a legfontosabb személy. Ugyancsak lényeges a sorstársakkal és az önkéntes segítőkkel való kapcsolat kialakítása és fenntartása.

Általában az onkológus ismerheti fel a klinikai pszichológussal/pszichiáterrel történő konzultáció szükségességét. Van már hazai tapasztalat azzal kapcsolatban is, hogy az onkológiai team-hez tartozó klinikai pszichológus/pszichiáter segít a betegeknek az „elébe-menően felajánlott” pszichológiai kivizsgálás, gondozás, ill. kezelés megszervezésében és megvalósításában. Manapság már nem ritka, hogy a daganatos betegek keresik fel a pszichológusokat, pszichiátereiket, szociális munkásokat, önkénteseket, kórházi lelkészeket. A Nemzeti Rákkontroll Program előírja, hogy a jövőben az onkológiai osztályok és gondozók kezelőcsoportjának már a mentálhigiénés szakemberek is tagjai lehetnek.

A daganatos betegek pszichoszociális megközelítésének, a módszerek indikációjának, időzítésének tisztázása és a terápiás forma kiválasztása fontos szakmai kérdés. Luban-Plozza szerint „terápiás melléfogás a rákbeteget rendkívüli lelkiállapota és szokatlan megterheltsége miatt pszichoterápiás esetnek nyilvánítani. De mindenestre nem kevés rossz prognózisú rákbeteg reagál a megbetegedés fájdalmas élményére életkésztetéseinek olyan erős regressziójával,

hogy az már szinte a pszichózis képére hasonlt. Így teljesen üresnek és kiégettnak érezhetik magukat. Ilyen helyzetben lehet a pszichoterápiás indikációt felállítani. Ezzel párhuzamosan azonban (a rákbeteg szomatopszichés adottságainak ismeretében) itt is a betegközpontú orvoslás szempontjai szerint kell a terápiás helyzetet alakítani.”

Gux összefoglalja a beteg un. pszichoszociális értékelésének szempontjait az onkológus számára:

1. megfigyelendő, hogy a beteg hogyan képes kifejezni érzéseit
2. ki kell alakítani egy elképzelést a beteg értékeiről, meggyőződéseiről (pl. van-e elgondolása a betegségéről, annak kezelési lehetőségeiről?)
3. a beteget támogatni kell érzéseinek, elgondolásainak szabad kifejezésében
4. elő kell segíteni az új, más információk megismerését, elfogadását
5. értékelní kell a beteg családi-, szociális- és munkahelyi kapcsolatait
6. támogatni kell probléma-megoldási tevékenységében, s abban, hogy indokolt esetben elfogadja a segítséget

A pszichoszociális beavatkozások időzítése a daganatos beteg megbetegedésétől a teljes testi-lelki gyógyulásig, ill. a halálig terjedő időszakban bármikor indokolt lehet.

A tapasztalatok alapján kialakultak a gyakran beavatkozást igénylő időszakok:

- A vizsgálatok elvégzésének periódusa, a diagnózisközlés időszaka
- A beavatkozások, kezelések periódusa
- Gyógyult állapotban lelki tünetek, ill. a Damoklész kardja szindróma kialakulása esetén
- A betegség progressziója esetén
- Terminális állapotban

A betegekkel, hozzátartozókkal való együttműködés és a kölcsönhatások miatt ide tartozik, hogy a daganatos betegekkel foglalkozó szakemberek az un. team-stressz miatt szintén igényt tarthatnak pszichoszociális intervencióra.

AZ UN. TEAM STRESSZ FŐBB ÖSSZETEVŐI:

- A súlyos betegek gyógyítása/ápolása következményeként a személyzetben felfokozott érzelmi stressz alakulhat ki, halmozódhat fel
- Az onkológiai osztályokon az általában hárított, de újra és újra aktiválódó halálfélelem „szabadon lebeg”, szorongásokat okozva a személyzetben is visszaesések, érzelmi veszteségek miatt keletkezett reakciók (kudarcélmény, bűntudat, gyász)
- A „problémás beteg”, a „problémás család” hatásai a team-re (érzelmi feszültség, tehetetlenségi érzések, stb.)

A SEGÍTSÉGADÁS MÓDJAIT PSZICHOLÓGIAI SZEMPONTBÓL TÖBB CSOPORTRA OSZTHATJUK:

1. pszichiátriai beavatkozások a megfelelő ténymegállapítás alapján, depresszió, súlyos mértékű szorongás, kognitív eltérések, pszichózis miatt, általában gyógyszeres kezeléssel, és/vagy pszichoterápiával
2. pszichoterápiás támogatás: klinikai pszichológus/pszichiáter - beteg együttműködése következtében javul a beteg testi/lelki közérzete, mélyül elfogadottság érzése. Támogatást kap abban, hogy teljes személyiségével, energiáival működjön közre gyógyulásában.

Formái:

- szelektív beavatkozások: pl. krízisintervenció, rövid, dinamikus pszichoterápia, stb.
- egyéni pszichoterápia
- csoportterápiák
- kognitív-magatartásterápiás módszerek: konkrét cél, feladat megoldása érdekében, ill. pszichoterápiás távlatok megvalósítása érdekében
- testi technikák (body work): relaxációs módszerek, pszichoterápiás célzatú mozgásterápia, stb.)

EGYÉNI PSZICHOTERÁPIA

A tapasztalatok szerint a daganatos betegek pszichoterápiájának megszervezése és megvalósítása bonyolult és gyakran siker-élmény nélküli feladat. A következő kérdéseket kell megfontolni: miben tudunk segíteni, hogyan tudjuk ezt megvalósítani, s milyen egyéb (orvosi, ápolási) szempontokat kell figyelembe vennünk. A részünkről megnyilvánuló szimpátia és a megértés önmagában nem elég, sőt közvetetten fokozhatja a beteg magányérzését és depresszióját. Tisztában kell lennünk a beteg szomatikus állapotával, reális kilátásaival, aktuális lelkiállapotával, s főként aggodalmaival a diagnózist, a progressziót és a perspektívákat illetően.

A pszichoterapeutának képesnek kell lennie a betegtől való az optimális távolság fenntartására, saját szorongásainak (pl. halálfélelem, szomorúság) és negatív érzéseinek (pl. tehetetlenségi érzés, düh) kontrollálására, s képesnek kell lennie elhelyezkedni a beteg családjának és kezelőcsoportjának „hierarchiáján” kívül, hogy a beteg valóban őszintén tudjon beszélni és reagálni a pszichoterápiás helyzetben. Mint LeShan is hangsúlyozza, a daganatos betegekkel foglalkozó pszichoterapeutáknak folyamatosan szakmai szupervízióban kell részesülniük, függetlenül szakmai tapasztaltságuktól. Tapasztalataink szerint számos tényezőt kell tekintetbe venni a daganatos betegek pszichés gondozása és pszichoterápiája során, s a helyzet bonyolultságának megfelelően a szakmai utunkon is könnyű „eltévelyedni”.

CSOPORTTERÁPIÁK

Sokféle módon lehet segíteni a daganatos betegnek és családjának, kezdve az ún. önsegítő csoportoktól egészen a szakemberek (szociális munkások, nővérek, orvosok, klinikai pszichológusok) által vezetett pszichoterápiás célzatú csoportokig.

A csoportterápiák egyszerre nagyszámú betegnek segíthetnek lelki egyensúlyuk megtalálásában és megőrzésében. Fontos szempont lehet a szakemberhiány ily módon történő ellensúlyozása, ill. az anyagi költségek tekintetbevétele.

Spiegel áttekintette, hogy mit várnak a daganatos betegek a csoportterápiáktól:

- A betegek és családtagjaik ily módon kívánnak sikeresebben megbirkózni a betegség okozta érzelmi krízissel, valamint több, speciális információhoz kívánnak jutni
- A hozzátartozók szeretnék jobban együttműködni családtagjaik gondozásában, és többet tudni a keletkezett érzelmi reakciók elrendezésének lehetőségeiről
- A stressz csökkentése érdekében csoportosan lehet megtanulni a relaxációt és a hatékony probléma-megoldó technikákat
- A csoportban együttesen lehet áttekinteni a mindennapi élet problémáit és jobb megoldásokat, újabb „taktikákat” keresni.

Az információ-cseréken és a problémamegoldások keresésén túl a csoportos beszélgetések folyamán a résztvevők megtanulhatják érzéseiket jobban felismerni, kimondani, s modellül szolgálhatnak egymás számára: kölcsönösen segíthetnek egymásnak, s ez a lehetőség növelheti hasznosság érzésüket, önmagukba vetett hitüket, visszailleszkedésüket családjukba, a társadalomba.

Vannak, akiknek az a véleménye, hogy lehangoló, sőt depressziót okozó olyan betegekkel beszélgetni, akik hasonló betegségen esnek át. A résztvevő betegek közül ugyanakkor sokan azt hangsúlyozzák, hogy a csoportos beszélgetés az egyetlen lehetőségük őszinte beszélgetésre legégetőbb problémáikról.

A KOGNITÍV - MAGATARTÁSTERÁPIÁS MÓDSZEREK

Ezek a módszerek (pl. relaxáció, gondolat-elterelés, vezetett fantáziálás, hipnózis), egyéni vagy csoportos formában alkalmazva, a daganatos betegség diagnózisa és kezelése miatt kialakult gyakorlati problémák, alkalmazkodást és együttműködést nehezítő tünetek megoldásában jelentenek elsősorban hatékony segítséget, mert:

- csökkentik a pszichoszomatikus tüneteket
- enyhítik a kezelések okozta mellékhatásokat
- az alkalmazott technikák kézzelfoghatóan megoldják a magatartás-problémákat.

Ehhez motivált betegekre, folyamatosan tevékenykedő terapeutákra, közös célkitűzésre és a terapeuta-beteg együttműködésre van elsősorban szükség.

Ezek a módszerek nem az egyéni pszichoterápiát helyettesítik, s valójában nem a lelki problémákkal és védekezésekkel foglalkoznak, hanem a magatartás közvetlen megváltoz-

tatásával kívánják az elégtelen alkalmazkodást, ill. a magatartási tüneteket megszüntetni. Leghatékonyabbnak a hányás/hányinger és a krónikus fájdalom megszüntetésében bizonyultak. Azt is figyelembe kell venni, hogy főként a daganatos betegség aktív szakaszában, általában sok beteg tiltakozik a pszichológiai beszélgetések ellen. Ugyanakkor saját osztályos tapasztalataink alapján, évek óta együtt dolgozva és „élve” a team-tagokkal, a betegekkel és hozzátartozóikkal, egészen más reakciókat és szándékot válthat ki a mentálhigiénés szakemberekkel való beszélgetés, terápia megismerhetősége, elérhető lehetősége.

PSZICHOANALITIKUSAN ORIENTÁLT EGYÉNI PSZICHOTERÁPIA

Mai ismereteink alapján tudjuk, hogy a pszichoterápia nem közvetlenül a betegségfolyamatot befolyásolja, hanem a beteg embert segíti energiáinak fokozottabb mozgósításában, énérejek fokozásában. A pszichoanalitikai megközelítés, a pszichoanalitikusan orientált egyéni pszichoterápia alkalmazása a daganatos betegek onkológiai terápiája során nemzetközileg is, hazánkban is elfogadott. Legújabbban a pszichoanalitikus Bateman hangsúlyozza, hogy a kombinált terápiák (pl. pszichoanalízis és antidepresszáns gyógyszeres kezelés) együttes alkalmazása szakmai szempontból lehetséges és indokolt. Így lehetővé vált további, speciális csoportba tartozó emberek (pl. súlyos testi betegek, időskorúak, táplálkozási zavarban szenvedők) pszichoanalitikus kezelése.

Intézetünkben az elmúlt évtizedben főként pszichoanalitikai megközelítéssel és módszerekkel foglalkozunk a hozzánk forduló daganatos betegekkel és hozzátartozóikkal. Tudjuk, hogy ez a terápiás módszer jól képzett szakembereket és megfelelő időt igényel, de bizonyított, hogy a lehető legkorábban alkalmazott, oki pszichoterápia hosszú távon is hatékony és költségkímélő.

Az „A” kemoterápiás osztályon, a team tagjainak egyetértésével és támogatásával 1992-1997 között 30 malignus lymphomás beteg részesült onkológiai kezelésével egyidőben egyéni, analitikusan orientált pszichoterápiában. Előfeltételek:

- egyéni pszichoterápia iránt érdeklődő, motivált, vagy azzá váló beteg
- az onkológiai betegek iránt érdeklődő team-tag pszichoanalitikus
- a pszichoterápia iránt érdeklődő, azt elfogadó team-tagok
- az onkológia iránt érdeklődő szupervízor

Az onkológiai kezeléssel egyidőben pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiában résztvevő beteg fő problémái, a terápia alapján:

- a kivizsgálás, a diagnózis, az orvosi kezelések, az ápolás, a kórházba kerülés és a kórházi tartózkodás érzelmi hatásai
- előzetes betegségek, korábbi kórházi élmények, halálesetek
- a betegség miatti büntudat, szeparációs szorongás, halálfélelem
- a koragyermekkori, szülőkkel kapcsolatos traumatikus élmények és esetleges lelki tünetek aktivizálódása
- problémák, konfliktusok, szeparációk az emberi kapcsolatokban
- a testkép, a testi funkciók lelki traumát/tünetet kiváltó változásai

- félelem az állapotromlástól, a visszaeséstől
- érzelmi élményeik és asszociációik alapján hasonlóságok az onkológiai betegek és a háborút, kényszermunkát, Holocaustot átéltek én-rendellenességeiben

Tapasztalataink alapján a pszichoanalitikusan orientált pszichoterápiával elért főbb eredményeink:

- enyhülő kommunikációs nehézségek
- belső energiák mobilizálódása, fokozódó én-erő
- lelki tünetek enyhülése, megszűnése
- az onkológiai team-tagokkal megfelelő együttműködés elérése, stabilizálódása
- hosszabb távon is csökken a pszichés megbetegedések kockázata

Mint a fentiekből kitűnik, az ismertetett pszichológiai módszer azért alkalmas a pszichoterápiára motivált, vagy motiválttá segíthető daganatos betegek lelki kezelésére, mert lehetővé teszi a szenvedő ember mély megismerését és megértését. Az analitikus a beteg hárított érzéseinek előhívójává, konténerévé és szakszerű tolmácsolójává válhat, s a terápiás segítségadáson túl, klinikai tapasztalatai alapján még „tudósítást” is adhat erről a ma még embrionális állapotban lévő új területről. Távlati célunk, hogy a folyamatosan végzett munkával és tapasztalataink, tudásunk bővülésével hozzájárulhassunk a pszichológiai munka integrálásához a komplex onkológiai ellátásba és gondozásba.

TESTI TERÁPIÁK (BODY WORK)

Holland kedvező tapasztalatokról számolt be az amerikai, frissen operált emlőrákos nők mozgásos elemeket tartalmazó csoportterápiás kezeléséről. A sebészeti osztályon naponta tartott foglalkozásokon a gyógytornász az egész testet, de főleg a törzset, a karokat mobilizáló gyógytorna gyakorlatokat tanított meg a résztvevőknek, különös hangsúlyt fektetve a limfödéma megelőzésére. A közös mozgás után a csoportos munka nővér közreműködője az orvosi területre vonatkozó kérdésekre válaszolt, a szociális munkás pedig az emlőműtét egyéb hatásairól.

Intézetünkben, mint már említettük, évek óta folyik hasonló a munka, jelenleg gyógytornász-szociális munkás vezetésével.

Több éves tapasztalattal rendelkezünk a daganatos betegek pszichoterápiás célzatú mozgásterápiájával kapcsolatban is. A foglalkozás két részből áll, az egész testre ható, gyógytorna jellegű gyakorlatok után a relaxáció közös gyakorlása következik. A résztvevők önként jelentkező, megoldatlan „határterületi panasszal” kínló daganatos betegek, akik egyébként nehezen beszélnek problémáikról, de gyakori, hogy nincs is módjuk rá.

A pszichoterápiás célzattal alkalmazott mozgásterápia pozitív hatásai a következők:

1. testkép tudatosítás, az érzelmi elfogadás elősegítése
2. feszültségcsökkentés, hangulatjavítás
3. pszichoszomatikus egyensúly kedvező befolyásolása
4. javítja a realitásérzéklet, az én-erő aktivizálódását

5. javítja az alkalmazkodást, fejleszti az emberi kapcsolatokat

6. a pozitív érzelmi kapcsolat („indulatátvitel”) a beteg és a mozgásterapeuta között átsugározhat más személyekre is, fokozhatja a beteg bizalmát, együttműködését.

BÁLINT CSOPORT

Az onkológia területén a gyógytornászok számára az elmúlt években sikerült megszervezni, és folyamatosan működtetni egy Bálint csoportot. Bálint az 50-es években kezdte el kutatni az orvosi gyakorlat lelki vonatkozásait egy pszichiáterekből és családorvosokból álló csoportban. Az elmúlt évtizedekben világossá vált, hogy a betegek egyes pszichológiai problémáinak megoldásában más egészségügyi szakemberek (pl. gyógytornászok, nővérek) is segítséget jelenthetnek, hiszen gyógyító/gondozó tevékenységük során sok időt töltenek a betegekkel. Ugyanakkor az említett szakemberek képzésük, majd munkavégzésük során egyaránt kevés szakszerű segítséget kapnak arra vonatkozóan, hogy mit és hogyan beszéljenek a rájuk bízott betegekkel, hozzátartozóikkal és a gyógyító team tagjaival az adott betegséggel és kezelésével kapcsolatosan, pedig az érintettek ezirányú igénye egyre fokozódik.

Az Onkológiai Intézetben három éven át működő Bálint csoport tapasztalataiból azokat emeljük ki, melyek hasznosak lehetnek más szakemberek számára is. A Bálint csoport-munka kiscsoportos formában, biztonságos érzelmi légkörben zajlott. A rendszeres beszélgetések un. szabad véleménycsere formájában történtek.

A résztvevő gyógytornászok leggyakrabban a munkájuk során kialakult érzelmi problémáikról számoltak be:

- Aktiválódott, feldolgozatlan halálfélelem
- Hárított, de időnként aktiválódó agresszív érzések a betegek iránt
- Saját érzelmi problémák (főként kapcsolati nehézségek) aktivizálódása
- Félelem a betegek bizonyos közléseitől és erős érzelmi kisugárzásaitól, azaz félelem az un. „konténer-funkciótól”

Ez a konténer funkció azt jelenti, hogy a betegek rossz közérzetüket, fájdalmaikat, „belső rossz”-ként átélte testi elváltozásait, hiányaikat, szorongásaikat, halálfélelmüket tudattalanul ki akarják magukból vetíteni, s valaki másba (gyógytornász, nővér, orvos, pszichológus, stb.) akarják áthelyezni. Erre a konténer funkcióra különösen alkalmas a gyógytornász, a nővér, stb. hiszen naponta többször is foglalkozik betegével, annak testével, testi funkcióival. A már korábban is ismertetett leírt lelki mechanizmus (projektív identifikáció) akaratunktól, tudásunktól függetlenül működik, - mondhatni, az állandó projektív identifikáció állapota a jellemző az onkológiára -, de segít, ha tudunk róla, mert ez növeli kontrollálási lehetőségeinket, azaz személyiségünk védelmét és növeli gyógyító kapacitásunkat is.

A DAGANATOS BETEGEK REHABILITÁCIÓJÁNAK FŐBB SZEMPONTJAI

A daganatos betegek rehabilitációja a diagnózis megismertetésekor kezdődik, egyénre szabott és folyamatosan történik a beavatkozások, a kezelések és a felépülés alatt. Az onkológiai team-nek felkészültnek kell lennie a súlyos betegekkel, ill. a haldoklókkal való rehabilitációs szemléletű foglalkozásra is.

A REHABILITÁCIÓ CÉLJAI

Minden betegnek el kell érnie a lehető legteljesebb fizikális, lelki, szociális, foglalkozási/képzési potenciálját. A célokat a realitás tekintetbevétele jellemzi, továbbá figyelembe kell venni a fiziológiai, a pszichológiai és a környezeti/társadalmi korlátokat.

A beteg és az onkológiai, valamint a rehabilitációs team közösen vállalnak felelősséget a célok megfogalmazásában és együtt dolgoznak a maximális függetlenség és önállóság megvalósításában. Eközben rugalmasan reagálnak a betegségfolyamatra, a tünetekre, a kezelési problémákra. Mivel az együttműködésben a beteg motiváltsága döntő, annak hiánya, vagy elégtelensége esetén a szakembereknek kell segítőleg közbeavatkozniuk.

A REHABILITÁCIÓNAK VÉGIG TEKINTETTEL KELL LENNIE:

- * az érintett anatómiai és funkcionális elváltozásokra
- * a szövettani típusra
- * a daganatos beteg stádiumára
- * az alkalmazott kezelésekre
- * a lehetséges áttétekre
- * a beteg életkorára
- * a beteg prognózisára.

A fenti szempontokat a rehabilitációs célok meghatározásakor különösen tekintetbe kell venni.

A REHABILITÁCIÓS KIVIZSGÁLÁS A KÖVETKEZŐKBŐL ÁLL:

- * funkcionális vizsgálat (fizikai állapot, mobilitás, stb.)
- * pszichológiai státusz (személyiségvizsgálat, az intellektus vizsgálata)
- * szociális szituáció feltárása
- * a betegség jellemzőinek, változásainak felmérése

A REHABILITÁCIÓVAL FOGLALKOZÓ SZAKEMBEREK

A betegség és a kórlefolyás jellege, sajátosságai miatt az onkológiai beteg kivizsgálását, kezelését és gondozását az onkológus irányítja. Az onkológusoknak a graduális és a posztgraduális képzés során a rehabilitációs szemlélettel és a gyakorlati tudnivalókkal meg kell ismerkedniük. Ugyanakkor a beteg aktuális állapotából kiindulva, jövőbeli szempontjait

figyelembe véve olyan szakemberekkel kell kiegészíteni az onkológiai team-et, akikre szükség van (pl. plasztikai sebész, ortopéd szakorvos, gyógytornász, sztóma-terapeuta, logopédus). Speciális rehabilitációs osztályokkal és intézményekkel is fel kell venni a kapcsolatot, s törekedni kell az együttműködésre, ha a beteg állapota ezt indokolja, pl. mozgásszervi rehabilitációs osztály, nőgyógyászati betegeket rehabilitáló szanatórium, pszichoterápiás osztály.

Az onkológusok és a rehabilitációs szakemberek együttműködése is példázza a multi-diszciplináris tevékenység fontosságát.

A REHABILITÁCIÓ KORLÁTAI

1. Az orvos nem ismeri fel a funkcionális hiányosságokat, a lelki problémákat
2. az orvos nem megfelelően tájékozott a rehabilitációs koncepciókat illetően
3. szakember hiány, szervezési problémák, intézeti hiányosságok.

Összefoglalva ezt a fejezetet, elemeztük a daganatos betegek lelki és szociális problémáinak feltárásával és megoldásával foglalkozó szakemberek lehetőségeit, feladatait. Hangsúlyt kapott a rehabilitáció kérdése is, mely speciális szempontok figyelembevételét és megvalósítását jelenti, a diagnózis közlésétől kezdve a beteg gyógyulásáig, ill. a tünetmentesség/terminális állapotban egyaránt.

Ajánlott irodalom:

Akechi, T., Okamura, H. et alii: Predictors of patients' mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. *British J Cancer* 77(129):2381-2385, 1998

Bateman, A., Holmes, J.: Clinical dilemmas. In: *Introduction to psychoanalysis*. Routledge, London and New York, 1995

Blanchard, Ch. G., Albrecht, T. L. et alii: The crisis of cancer: psychological impact on family caregivers. *Oncology* 11(2): 1-14

Bodoky Gy: A daganatos betegek rehabilitációja és palliatív ellátása. In: *Az onkológia alapjai*. Szerk: Ádány R., Kásler M., Ember I., Kopper L., Thurzó L. Medicina Rt Könyvkiadó, Budapest, 1997

C. Molnár E., Szánthó A., Tanyi J.: A nőgyógyászati onkopszichológia alapjai *Lege Artis Med* 7-8: 504-507, 1998

Dimeo, F., Bertz, H. et alii: An aerobic exercise program for patients with haematological malignancies after bone marrow transplantation. *Bone Marrow Transpl* 18: 1157-1160, 1996

Dimeo, F., Kumberger, B. G. et alii: Aerobic exercise therapy for cancer fatigue. *Med Sci Sports Exercise* 475-478, 1997

Forester, B., Kornfeld, D. S. et alii: Group psychotherapy during radiotherapy: effects on emotional and physical distress *Am J Psych* 150(11): 1700-1706, 1993

- Freud, S.: Elisabeth v. R. kisasszony. In: A Farkasember. Filum Kiadás, Felelős szerk.: Erős Ferenc, Budapest, 1998
- Greer, S., Moorey, S. et alii: Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *Br Med J* 304: 675-680, 1992
- Guex, P.: The psychosocial approach. In: An introduction to psycho-oncology. Routledge, London and New York, 1994
- Holland, J. C., Rowland, J. H.: Psychiatric, psychosocial, and behavioral interventions in the treatment of cancer: A historical review. In: Perspectives on behavioral medicine. Academic Press Inc. New York, 1981
- Jacobson, A. M., Hauser, S. T. et alii: Ego development in diabetics: a longitudinal study *Pediat Adolesc Endocr* 10: 1-8, 1982
- Johnson, J., Lane, C.: Role of support in cancer care. *Support Care Cancer* 1: 52-56, 1993
- Könczei, Gy.: „Mégis, kinek az érdeke?” A fogyatékkutatás és a fogyatékospolitika útja a rehabilitációtól a független életig. Akadémiai doktori értekezés. „A rák ellen, az emberért, a holnapért” Alapítvány kiadása. Budapest, 1994
- Kulcsár Zs.: A segítőhivatások pszichológiája. Empátia, altruizmus és a „kiégési szindróma”. In: Egészségpszichológia, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 1998
- Kühler, T., Wood-Dauphinée, S.: Working with people who have cancer: guidelines for physical therapists. *Physiotherapy Canada*, 43(4): 19-22, 1991
- Lévy, L.: Mire figyelünk a szívbeteg anamnézisében? In: Lélekelemzési tanulmányok. Dolgozatok a pszichoanalízis főbb kérdéseiről. Szerk.: Lenkei Júlia, Párbeszéd Kiadó, T-Twins Kiadó, Budapest, 1993
- Papageorgiou, C., Wells, A.: Effects of attention training on hypochondriasis: a brief case series *Psychological Med* 28: 193-200, 1998
- Pető K.: Empátia és projektív identifikáció. *Psychiat Hung* 12(4): 471-486, 1997
- Llop, R., Faig, M. S. C., et alii: Psychosocial interventions for patients undergoing bone marrow transplantation. *Topics on Supp Care in Oncol* 20:2-6, 1996
- Macrae, J.: Therapeutic touch. A practical guide. Alfred A. Knopf, New York, 1993
- Minerbo, V.: The patient without a couch. An analysis of a patient with terminal cancer. *Int J Psycho-Anal* 79: 83-93, 1998
- Nielsen, S. D., Storgaard, H. et alii: Prevalence of alcohol problems among adult somatic in-patients of a Copenhagen hospital. *Alcohol, Alcoholism* 29(5): 583-590, 1994
- Riskó Á.: A rákbetegeknél gyakran fellépő kóros lelkiállapotok pszichoterápiájáról. *Psychiat Hung* 5: 409-42 o, 1993
- Riskó Á.: Pszichoanalitikus pszichoterápia onkológiai kezelés alatt álló rákos betegekkel. Az intenzív szupervízió. *Psychiat Hung* 12(4): 525-534, 1997
- Riskó Á.: A daganatos betegek pszichoszociális rehabilitációja. In: Rehabilitáció szerk. Dr. Katona F., Medicina, 1998
- Riskó, Á.: Túlélők traumatikus élményeinek felelevenedése onkológiai kezelésük folyamán. A Holocaust, mint metafora. In: Társadalmi traumatizáció hatásai és pszichoterápiájának tapasztalatai. Szerk.: Virág T., Kút Alapítvány, Animula, 1999 Budapest

- Riskó, Á.: A rehabilitáció pszichológiája. In: Rehabilitáció az orvosi gyakorlatban. Szerk.: Huszár I., Tringer L., Kullmann L. SOTE háziynyomda, Budapest, 1999
- Risberg, T., Wist, E. et alii: Spiritual healing among Norwegian hospitalized cancer patients and patients, religious needs and preferences of pastoral services. Eur j Cancer 32/A 2:274-281, 1996
- Ross, M.: The gynaecological unit - a psychodynamic perspective. In: Psychodynamic counselling 1(2): 199-213, 1995
- Spiegel, D., Bloom, J. R. et alii: Group support for patients with metastatic cancer. A randomised outcome study Arch Gen Psych 38: 257-533, 1981
- Spiegel, D., Bloom, J. R.: Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. Psychosom Med 45: 333-339, 1983
- Spiegel, D., Bloom, J. R. et alii: Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer Lancet 2: 888-891, 1989
- Spiegel, D.: Psychosocial intervention in cancer. J Nat Canc Inst 85(15)? 1198-1205, 1993
- Spiegel, D.: Psychosocial aspects of breast cancer treatment. Seminars in Oncol 24(1): 5136-5147, 1997
- Stiller, C. A.: Cancer in adolescence. Special problems, special solutions. Brit Med J 308: 1382-1383, 1994
- Szabados M., Tamás Zs. és mtsai: Rehabilitáció műtét után: torna, fizioterápia, nyirokpangás (ödéma) kezelése. In: Amit az emlőről és betegségeiről tudni kell. Szerk.: dr. Köves István, Kossuth Kiadó Rt, Budapest, 1998
- Székács I.: Átlátszóság, kreativitás és értelmezés. In: Pszichoanalízis és természettudomány. Párbeszéd Kiadó, Budapest, 1991
- Székács I.: Én-rendellenességek háború idején. In: Pszichoanalízis és természettudomány. Párbeszéd Kiadó, Budapest, 1991
- Tschacher, W.: The dynamics of psychosocial crisis. J. Ner Ment Dis 1;172-179, 1996
- Trijsburg, R. W., van Knippenberg, F. C. E. et alii: Effects of psychological treatment on cancer patients: a critical review Psychosom med 54: 489-517, 1992

IX. A HALDOKLÓK SAJÁTOS LELKI NEHÉZSÉGEI.

A HALDOKLÓK LELKI VÉDEKEZÉSI MECHANIZMUSAI. AZ „ŐSBIZALOM” KÉRDÉSE. A TERMINÁLIS ÁLLAPOTBAN LÉVŐK GONDOZÁSÁNAK FŐ CÉLJAI. A HALDOKLÓ CSALÁDJA. A GYERMEKEK. ISMÉT A KIÉGÉSI SZINDRÓMÁRÓL

A terminális stádium az az általában néhány hónapos időszak, amelynek folyamán a minden valószínűség szerint gyógyíthatatlan betegségben szenvedő személy már nem kap aktív kezelést, de mindvégig lehetőség van testi és lelki támogatására, azaz tüneteinek enyhítésére, fájdalomnak csillapítására és életminőségének javítására. A támasznyújtás kiterjed a haldokló családjára is, amelynek tagjai aktívan részt vehetnek beteg hozzátartozójuk testi és lelki gondozásában.

A terminális gondozásra a gyógyíthatatlanul beteg haldoklóknak van szükségük. A gondozás magába foglal orvosi-, testi-, lelki- és szociális terápiákat és tennivalókat annak érdekében, hogy a végállapotba került személy és családja ebben az időszakban a lehető legkedvezőbb körülmények között éljen.

A tapasztalatok alapján a terminális gondozást sok szempontból kedvezőbb a kórházon kívül megvalósítani: vagy a beteg otthonában, vagy az erre speciálisan szervezett Haldoklók Házában. Az angol Saunders, a Haldoklók Házának egyik megszervezője, a hospice mozgalom egyik úttörője hívta fel a figyelmet arra, hogy a haldoklási periódus akár hosszú időtartamú is lehet, így a gondozóknak jól képzettnek, kezdeményező típusúnak és rugalmasnak kell lenniük.

A testi kényelem a terminális állapotban lévőknél azt jelenti, hogy nincs semmilyen jelentős fájdalmuk, nincs táplálkozási zavaruk, nincs nehézlégzésük és a székelés-vizelés kérdése megoldott. Sok haldokló szenved lelki rendellenességektől: szorongás, depresszió, álmatlanság, zavartság, nyugtalanság.

A haldokló betegeket gondozó team-nek (orvos, nővér, gyógytornász, pszichológus/pszichiáter, lelkész) nem a beteg életét kell meghosszabbítani, hanem ebben a fázisban is meg kell szabadítani a beteget a szenvedésektől. A „haldoklás minőségének” biztosítása éppen annyira fontos, mint az „életminőség” kérdésköre. Az öngyilkossági gondolatok és az eutanázia problémái akkor merülnek fel általában, amikor a betegnek intenzív, csillapítatlan fájdalmai és komoly lelki aggodalmai vannak a kellő kezelés/gondoskodás hiányában.

Amikor az onkológusoknak nincs többé módjuk kezelni a beteget, számos kérdés merül fel: Mit mondjon a betegnek? Ki fogja ezt neki megmondani? Hogyan fog reagálni a beteg, a család? Hogyan vonható be a család a gondozásba? Ha a beteg hazamegy, óhajtja-e a hospice ellátást (ha erre van egyáltalán lehetőség), vagy marad a kórházban? Ki fog segíteni a családtagoknak, különös tekintettel a 15 év alattiakra, akiket minden esetben igen súlyosan érint a közeli hozzátartozó halála? Hogyan lehet felkészíteni a beteget az eddigi orvosától való elbúcsúzásra? Mi lesz az új orvos szerepe? Ezekre, a minden haldokló esetében felmerülő kérdésekre, csak egyénileg lehet választ adni.

De Kübler-Ross javaslatai általános érvényűek:

- * össze kell vonni a segítő szolgáltatásokat
- * a team irányítójának kell gondoskodnia az ellátás stabilitásáról, folyamatosságáról
- * a haldokló számára a fentmaradó időt a lehető legjobbra kell tenni.

A HALDOKLÓK SAJÁTOS LELKI NEHÉZSÉGEI

Eset: „István”

A haldokló ember helyzetének bonyolultságát, nehézségét jól érzékelteti István története. A középkorú, sokat átélt, de már egyre nehezebben alkalmazkodó Istvánt osztályunkon, halála előtt néhány hónappal ismertem meg. A pszichológiai segítségadást burkoltan, de következetesen visszautasította. Az őt ápoló tapasztalt, kifejezetten együtt érző nővér egyik beszélgetésünk alkalmával elmondta, hogy István, a terminális állapotba kerülve, a testi fájdalmak mellett csillapíthatatlan lelki fájdalomtól is szenvedett, mert felesége nem vitte haza a kórházból meghalni. Testi ápolása közben alig lehetett Istvánhoz hozzáérni, hősiesen igyekezett mindvégig ellátni önmagát. Egyszer csak elmondta ápolónőjének, hogy amint megérinti valaki, azonnal zokognia kell, mert annyira hiányzik neki a gyengeség. De ezt csak a feleségétől várja. Még a 3 %-os morfium sem engedte, hogy közömbössé váljon, s elfelejtse, hogy nem viszik haza.

A tapasztalt és jó pszichológiai érzéssel rendelkező nővér megfogalmazta, hogy a terminális állapotban lévő betegeknek segíthet, ha választhatnak, hogy ki ápolja őket. Megfigyelte, hogy általában minél súlyosabb állapotba kerülnek a betegek, annál kevésbé tudják az érintést, a simogatást bárkitől, bármikor elfogadni, pedig nagyon vágnak rá. Mindez vonatkozik a lelki támogatásra is.

A HALDOKLÓK LELKI VÉDEKEZŐ MECHANIZMUSAI

Hertz szerint a halált illetően is a tagadás a vezető lelki elhárító mechanizmus a tagadás. A terminális állapotban lévő beteg lelki munkáját az intenzív, állandó tagadás szinte lehetetlenné teheti, de kihat az érintettek közötti kommunikációra és gátolja a szükséges döntéshozatalokat és az együttműködést. Hertz tapasztalatai alapján a tagadás először magára a betegségre vonatkozik: az érintett személy visszautasítja a tüneteket és azt gondolja, hogy a prognózis jó. A tagadás második és harmadik stádiuma azt jelenti, hogy a beteg elfogadja ugyan a betegséget, de tagadja következményeit. A tagadás, mint háritás már kezdettől fogva kiterjedhet a hozzátartozókra is. Így fordulhat elő, hogy - ilyen körülmények között - a halál hirtelenül és váratlanul következik be az érintettek számára.

A haldokló személyt úgy is tekinthetjük, mint aki fokról fokra deszocializálódik, hiszen betegsége és állapota miatt emberi kapcsolatai fokozatosan beszűkülnek. Pedig a haldoklónak folyamatosan szüksége van arra, hogy alapvető érzelmi kapcsolataiban megerősítés érje. Ezért a haldokló mindvégig érzékeny a környezetében lévők tudattalan üzeneteire.

AZ „ŐSBIZALOM” KÉRDÉSE

HERTZ kifejti, hogy a haldokló elsődleges igénye az, hogy eltűnő világában megtalálja, vagy megerősítse „ősbizalmát” és fontos emberi kapcsolatait. Ha a haldokló átélheti az „ősbizalmat” a világ, és elsősorban szerettei iránt, akkor szenvedései enyhülnek, még jelentős fizikai fájdalmak esetén is. A korábbi emberi kapcsolatok hitelességének, érzelemgazdagságának, jelentőségének átélése az, ami segítheti a haldoklót a halállal való megbirkózásban. A fokozatos eltávolodás és az alapvető emberi kapcsolatok „őrzésének” igénye egyidejűleg zajló folyamatok, jóllehet a haldoklás folyamán az eltávozó személy fokozatosan visszavonja érdeklődését az emberekről.

A fentiek alapján még inkább érthető, hogy a terminális állapotban lévő betegek holisztikus szemléletű gondozása a személyzettől megfelelő előképzettséget és folyamatos szupervízióban való részvételt kíván annak érdekében, hogy a haldokló életének utolsó periódusában minél kedvezőbb életminőségben élhessen.

A TERMINÁLIS ÁLLAPOTBAN LÉVŐK GONDOZÁSÁNAK FŐ CÉLJAI

A thanatológusok munkái alapján a terminális gondozás fő céljai a következők:

- az ápoltak jó közérzetének elősegítése
- fájdalmuk csökkentése, megszüntetése
- a gyakran kialakuló és szorongást keltő izolációs érzés oldása
- a megfelelő érzelmi légkör biztosítása.

LeShan, aki több évtizede foglalkozik a daganatos betegek pszichoterápiás támogatásával, tapasztalta, hogy a kórházakban a szakemberek számára érzelmileg már a haldokló pusztán látványa is megterhelő. Megfigyelte a „test-nyelvet” a vizitek alkalmával: a személyzet tagjai tudattalanul erős nyomás gyakorolnak a súlyos betegeknek annak érdekében, hogy hogyan viselkedjenek. Aki megterhelő dolgokat kimond, vagy szavak nélkül kifejez, attól - valamilyen indok alapján - gyakran elfordulnak, elmennek. A nyílt, vagy burkolt elutasítás a betegek helyzetét nagyon megnehezíti. LeShan szerint alapvető, hogy magatartásunk mindig az adott egyént figyelembe vevő legyen, ezzel is segítsük végső fejlődését és megnyugvását abban az ütemben, és úgy, ahogyan ez számára elfogadható és segítő. Tehát ezen az úton a beteg, a haldokló a vezető.

Addig, amíg tudásunk igen véges a haldoklás és a halál pszichológiájáról és nagyon sokszor nem tudunk kellő mértékben segíteni a hozzánk fordulókon, érdemes Freud-ot idézni. Freud szerint sajátságos attitűdöt alakíthatunk ki az éppen meghaló beteg iránt: egyfajta csodálatot érezhetünk az iránt a személy iránt, aki megoldott egy nagyon bonyolult feladatot.

A HALDOKLÓ CSALÁDJA

Kübler-Ross a haldoklásról és halálról írt alapmunkájában kifejti, hogy nem tudunk jelentősen segíteni a gyógyíthatatlan betegen, ha nem vonjuk be családját a gondozásba. Legelőször is a kommunikációs problémák a legáltalánosabbak a beteg és családtagjai között. A család felnőtt

tagjai bizonytalanok abban, hogy mikor, mennyit, hogyan közöljenek a beteggel és a gyermekekkel. Ugyanakkor a pszichológia területén dolgozók jól tudják, hogy a betegek és a gyermekek számára valójában nem léteznek titkok, hiszen a szavak nélküli kommunikációból - amelyre ők rendkívül érzékenyek - mindig, minden kiderül. Mindenkinek egyre növekvő terhet jelent, ha nem lehet beszélni az érzelmileg legfontosabb témáról: a haldoklásról és a halálról. Sok függ a betegség és a haldoklás folyamán a család „előéletétől”, struktúrájától, működésétől és egységétől, a kommunikációs sajátosságoktól és attól, hogy a családnak vannak-e valóban barátai.

A haldokló beteg végül is meghal, de a család problémái ezzel megmaradnak, sőt fokozódhatnak. A klinikai tapasztalatok alapján nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a családtag halála előtt még sokmindent meglehetne érteni és tenni. Nemegyszer tapasztaljuk, hogy a haldoklók segíteni kívánnak, vagy segítenek is a hozzátartozóknak abban, hogy halálukat elfogadják, feldolgozzák.

Eset: „Bátor szerelmesek”

A huszonéves Bálintot kezelőorvosa küldte pszichoterápiás kezelés elkezdése miatt Intézetünkbe. Bálint hasi daganata miatt műtéten, kemoterápiás kezelésen esett át, rövid panaszmentes időszak után hasi daganata kiújult. Nagyon jellegzetes kép és hangulat maradt meg bennem Bálinttal kapcsolatban: mielőtt leült volna, székét mindig egy kicsit közelebb húzta hozzám, arckifejezése egyre átszellemültebb lett, miközben vonásai élesedtek. Kopasz fejére sötétkék kendőt kötött, hátizsákját a lába mellé dobta, s ahogyan romlott az állapota, ebből vette elő a kortyolgatnivalót. Találkozásaink utolsó heteiben ebben szólalt meg a 8 percre felhúzott konyhai vekkere. Miután már nem kívánt enni, nem tudott fájdalom nélkül emésztetni és üríteni, akkor minden 8-ik percben ivott egy korty tápszert. „A háborús hősök sem akartak hősök lenni” - háritotta el pozitív visszajelzésemet.

Kezdetben csalódott volt, mert annyit olvasott és hallott a pszichoterápiáról, hogy nehezen fogadta el, hogy nem kezdett el látványosan javulni állapota. Rendszeres találkozásaink folyamán aztán felfedezte, hogy vannak sokat adó, katartikus óráink, s vannak felszínesnek tűnők is. „Rájöttem, az a lényeg, hogy hullámozik”. Közvetlenül a halála előtti időszakban felszínesen csevegett, „különbben nem bírnám”, jelezte, de ki-kibuggyanó könnyeivel mutatta a kimondhatatlant.

Legvégül megosztotta: „úgy élek, mintha nagyon belül lennék önmagamban, s robotpilótával manővereznék az élet dolgaiban”.

Bálint esetéből nagyon sokat lehet tanulni: ahogyan romlott testi állapota, úgy megoldatlan kisgyermekkorai konfliktusai, tünetei is újra megnyilvánultak - a testi progresszió lelki regressziót is kiváltott. Bálint legsúlyosabb lelki tünetei rendbe jöttek a pszichoterápiás kezelés segítségével. Számos kedvező, várva várt esemény is bekövetkezhetett: szerelmes lett, testi kapcsolata alakult ki. Bátor szerelmesével el is tudott utazni néhány napra. A családi hangulat is többször valóra vált: ő otthon a munkáját csinálta, szerelmese velük lakott és vasalt, a háttérben a befogadó, megengedő nagycsalád élte életét. Bálint állapotromlása hatására szerelmese mellett anyját is elhozta, bemutatta. Szerette volna még életében biztosítani számukra a pszichoterápia lehetőségét. Bálint halála után anyja elfogadta a pszichoterápia indokoltságát. Közös munkánkban együttműködött, megpróbált rendbe jönni, amennyire akkor lehetett.

A HALÁL ÉS A BÜNTUDAT

Mint Kübler-Ross írja: „talán a büntudat a legfájdalmasabb társa a halálnak”. Már a betegség megállapításkor is tapasztaljuk a büntudat jelentkezését - a betegben és családtagjaiban egyaránt, s újra fellángol ez az érzés az állapotromlásakor, majd a halál bekövetkezésének megsejtésekor. Pszichiátrián tapasztalható, hogy majdnem mindig kezelnek kóros gyászreakcióval küzdő beteget, aki veszteségét, büntudatát, bánatát nem tudta önerőből feldolgozni. Pedig ha még időben, az elvesztett személy halála előtt segítséget kaphattak volna a kommunikációs zavar, a gyakran háritott agresszió enyhítésére, a szakadék áthidalására, a súlyos félreértések tisztázására, akkor nem alakult volna ki a túlélők sokszor tragikus, kezelést igénylő állapota.

Pedig a családtagok az alkalmazkodás hasonló stádiumain mennek keresztül, mint amit a betegekkel kapcsolatosan már leírtunk. Először tagadják a betegséget, sokan abban bíznak, hogy a diagnózis helytelen. A kórisme cáfolatáért, biztatásért gyakran rohannak más specialista-hoz, vagy éppen a természetgyógyászokhoz. Azok, akik természetesen tudnak ebben a nehéz helyzetben viselkedni, azok szükség esetén beszélgetnek egymással, időnként sírnak, osztoznak a közös aggodalmakban, néha kikapcsolódnak a napi gondozás rítusaiból, ismétlődő tennivalóiból. Megszervezik és megengedik, hogy egy kicsit őket is gondozzák. Az érzelmek átélése és kifejezése után újra és újra képesek arra, hogy energiáikat összpontosítsák a következő feladatokra. Amikor a beteg a düh stádiumán megy keresztül, akkor a közvetlen családtagokra is ez az érzelmi állapot lehet a jellemző, a düh „átfolyt” a szenvedőből a gondozóba. Minél kimerültebbek a családtagok, dühüket annál gyakrabban a kórházi személyzetre vetítik ki. Ezután következik a büntudat stádiuma, s ezeket az érzéseket minél hamarabb tudatosítja és feldolgozza a beteg és családja, annál elviselhetőbb lesz a következő időszak, még akkor is, ha a beteg halála bekövetkezik.

A GYERMEKEK

Eset: „Klári, a férj és a két gyerek”

Klári halála után férje azonnal pszichoterápiás segítséget kért: „Most már szükségem van a pszichoterápiára. Nem bírom tovább. Úgy érzem, lelki problémáim, a bezártságtól való félelmem a feleségem betegségével és halálával vannak kapcsolatban. A gyerekekkel is gondban vagyok. A nagyobbik, a 3 éves úgy tesz, mintha nem történt volna semmi. A kicsit úgy érzem, nem tudom szeretni. Mindig megijed tőlem, állandóan folyik a nyála ... lehet, hogy azért nem szeretem, mert a vele való terhesség alatt betegedett meg az anyja?” A férj 10 alkalmas pszichoterápiában vett részt. Kifejezett deperszonalizáltsága enyhült, klausztrofóbiája megszűnt. Gyermekai pszichológiai gondozását megszerveztük. A halál okozta krízisben ennyit lehetett tenni Klári családtagjaiért.

Külön szót kell ejtenünk a gyermekekről, akiknek lelki segítése különösen nehezen szervezhető, mert ilyen esetekben nincsenek hagyományok és a családtagok különben sem, vagy nem könnyen beszélgetnek a gyerekekkel a halálról. Körülbelül három-ötéves kor tájékán a gyerekeket az elszakadás, a testi sérülés lehetősége foglalkoztatja, s a halált nem tekintik állandó, végleges ténynek. Ötéves kor után már tapasztaljuk a haláltól való félelmet: mint egy gonosz, külső erő cselekvését. A gondolkodás fejlődésével, a 8-10 év körül a gyermekek a halált, mint visszafordíthatatlant, mint biológiai folyamatot fogják fel.

A gyermekek különböző módokon reagálnak a szülő halálára: visszahúzódás, túl-alkalmazkodás, szótlanság, izolálódás, hangosság, dühreakciók, hiperaktivitás, csavargás, szomatikus tünetek, táplálkozási zavarok (anorexia, bulimia, obesitas), drog-addikció, deviáns tendenciák.

Annál súlyosabban a tünetek, minél inkább erős a gyermekekben az a büntudati érzés, hogy a szülő halála az ő rosszaságuk, rossz kívánságaik miatt következett be. Ugyanis minél kisebbek, annál kevésbé tudnak különbséget tenni a halálra irányuló kívánság és a bekövetkezett halál között. Így sokan felelősnek érzik magukat a szülő haláláért, s büntudattal, akár kényszeres reakciókkal küzdhetnek, gyakran évekig, sőt tapasztalataink szerint akár évtizedekig. Mindez amellet szól, hogy a daganatos betegeknél, különösen a nehezen, vagy nem gyógyuló betegek esetében elémemenően kell megszerveznünk a család, s különösen a gyermekek mentálhigiénés szűrését, prevencióját/gondozását.

ISMÉT A KIÉGÉSI SZINDRÓMÁRÓL

Azok, akik onkológiai osztályokon, vagy onkológiai gondozókban dolgoznak, a halál kérdésével elkerülhetetlenül és folyamatosan találkoznak. Hiszen a betegek felett állandóan ott lebeg az állapotromlás, a visszaesés, vagy esetleg egy újabb daganatos betegség kialakulásának lehetősége. Klinikai tapasztalataink alapján éppen ezért a pszichoterápiás helyzet sokszereplős az onkológián: a beteg, a terapeuta, a szupervizor és a halál. Ez az állítás nemcsak a pszichoterápiás helyzetre igaz. Munkánkban többször volt már szó arról, hogy az orvosokat, de különösen a nővéreket elméleti képzéssel és gyakorlati tréninggel kell segítenünk abban, hogy hogyan dolgozzák fel érzéseiket saját halálukkal kapcsolatban, hiszen ez az alapja annak, hogy milyen módon, milyen mélységben hat rájuk betegeik végstádiuma és halála. Az edukációt és a lelki segítségadást ki kell terjeszteni a családtagokra is. Valójában nem lehet megállapítani, hogy kinek mikor van „feldolgozva” a halálfélelme, de az elfogadott, hogy az érett személyiségű ember mindig valamilyen alkalom, történés kapcsán, de voltaképpen folyamatosan foglalkozik a halál kérdésével: tehát együtt tud élni saját, lehetséges halálának tudatával.

Az onkológiai betegek kezelése során valamennyien igen nagy terhelésnek vagyunk kitéve a kudarcok, a büntudat, a szeparációs szorongás, és a halál problémájának feldolgozása területén. Számos, több évtizedet ezen a területen eltöltött kollégától hallottam már: a betegek állapotának súlyosbodását, halálát nem lehet megszokni, ez csak kóros esetben következhet be. Minden elvesztett ember nyomot hagy bennünk, s a veszteség annál nagyobb, mélyebb nyomot hagy bennünk, minél kevésbé tudatosul. Amit saját lelki egészségünk megvédése, a kiégési tünetcsoport bekövetkezte ellen tehetünk, az azért nem kevés: mindennapi életünkben tudunk szeretni, örülni, dolgozni, s az őszinte, tartalmas helyzetekben megoszthatjuk tapasztalatainkat, érzelmi terheinket, miközben nem feledkezünk meg saját továbbképzésünkről sem. Talán ebben segít ez a jegyzet is.

Ajánlott irodalom:

Adams-Greenly, M., Moynihan, R. T.: Helping the children of fatally ill parents *Aner J Orthopsychiat* 53(2): 219-229, 1983

Bianchi, H.: Psychodynamics in psychiatry of old age: a psychoanalytic approach In: Innovative trends in psychogeriatrics. Interdiscipl Top Gerontol Eds.: Wertheimer, J., Baumann, P., Gaillard, M., Schwed, P. Basel, Karger, 26: 83-89, 1989

Blasszauer, B.: Eutanázia. Medicina, Budapest, 1997

Blasszauer, B.: Az élet végén esedékes döntések a XXI. század küszöbén. *Kharón. Thanatológiai Szemle*, 1(1): 17-25, 1997

Buda, B.: A halál és a haldoklás szociálpszichológiai tényezői és folyamatai. *Kharón. Thanatológiai Szemle* 1(1): 5-15, 1997

Burján, K.: Miben segíthet a gyógytornász a terminális állapotú beteg ápolása során? *Mozgásterápia* III. 2: 14, 1994

Carr-Gregg, M. R., Sawyer, S. M. et alii: Caring for the terminally ill adolescent *MJA* 166: 255-258, 1997

Chochinov, H., Holland, J. C.: Bereavement: a special issue in oncology. In: Handbook of psychooncology. Oxford Univ Press, New York, Oxford, 1990

Császár, Gy.: Idült, súlyos és haldokló betegek pszichoszomatikus terápiája. In: Pszichoszomatikus orvoslás. Medicina, Budapest, 1980

Field, D.: Nursing the dying. Tavistock/Routledge, London, 1989

Freud, S.: A lélekelemzés legújabb eredményei. *Ampelos Könyvek*, Debrecen, 1943

Freud, S.: A halálösztön és az életösztönök. *Múzsák*, Budapest, 1991

Freud, S.: Az ősvilági és az én. *Hatágú Síp Alapítvány*, Budapest, 1991

Hertz, D. G.: Confrontation with death effect and influence of the impending death on the therapeutic process - a clinical essay Lecture at 1st German Regional Meeting of the Internat College of Psychosom Med, 1974

Hegedűs, K.: Hospice Magyarországon. Hospice beteggondozási füzetek. Magyar Hospice Egyesület, 1996

Hofer, M. A.: Relationships as regulators: a psychobiologic perspective on bereavement *Psychosom med* 46(3): 183-197, 1984

Horowitz, M. J., George, A. et alii: Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosom Med* 55: 260-273, 1993

Horowitz, M. J., Siegel, B., et alii: Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Amer J Psych* 154(7): 904-910, 1997

Hunt, R., Bonett, A. et alii: Trends in the terminal care of cancer patients: South Australia, 1981-1990 *Aust NZ J Med* 23: 245-251-1993

Kast, V.: A gyász. Egy lelki folyamat stádiumai és esélyei. T-Twins Kiadó, Budapest, 1995

Klein, M.: A lelkiismeret kisgyermekkorai fejlődése. In: Függés-függetlenség. Szerk.: Kulcsár, Zs. Tankönyvkiadó, Budapest, 1992

- Koenig, H. G., George, L. K., et alii: Religiosity and remission of depression in medically ill older patients
- Kovács, J.: Eutanázia és bioetika. Világosság, XXXVI (7):28-41, 1995
- Kulcsár, Zs.: Terminális betegség, tanatológiai kérdések. In: Egészségpszichológia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 1998
- Kübler-Ross, E.: A halál és a hozzá vezető út. Gondolat, Budapest, 1988
- LeShan, L.: Cancer as a turning point. Plume Book, Penguin Group, London, 1990
- Murray Parkes, C., Sills, Ch.: Psychotherapy with the dying and the bereaved. In: The handbook of psychotherapy. Routledge, London and New York, 1994
- Nagy, Mária Ilona: A gyermek és a halál. Pont Kiadó, Budapest, 1997
- Pilling, J.: A haldokló pszichés gondozása a haldoklás különböző stádiumaiban. In: Halálközelen II. Magyar Hospice Alapítvány, Budapest, 1995
- Polcz, A.: A halál iskolája. Magvető, Budapest, 1989
- Polcz, A.: Meghalok én is? Századvég Kiadó, Budapest, 1993
- Polcz, A.: Együtt - a halálban és a gyászban. Kharón. Thanatológiai Szemle 1(1): 91-110
- Polcz, A.: Ideje a meghalásnak. Pont Kiadó, Budapest, 1998
- Riskó, Á.: A terminális állapotban lévő rákbetegek életminőségét javító nem verbális módszerek ismertetése. In: Halálközelen II. Magyar Hospice Alapítvány, Budapest, 1995
- Sonkodi, S.: A végstádiumba jutott vesebetegek rehabilitációja. Rehabilitáció V. 1: 374-377, 1995
- Tatelbaum, J.: Bátorság a gyászhoz. Pont Kiadó, Budapest, 1998
- Uhlmann, R. P.: Learning to let go. One physician's experience with cancer. Can Med Assoc J 156: 1029-31, 1997
- Yalom, I. D., Greaves, A.: Group therapy with the terminally ill Am J Psych 134(4): 396-400, 1977
- Onkopszichológia Online: <http://www.oncol.hu/indexopo.htm>