Emberi Erőforrások Minisztériuma
EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

Egészségügyi szakmai irányelv –
Az onkopszichológiai ellátásról

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002181
Megjelenés dátuma:	év. hónap. nap (Közlönykiadó adja meg)
Érvényesség időtartama:	2024. 10. 28
Kiadja:	Emberi Erőforrások Minisztériuma
Megjelenés helye	
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu

TARTALOMJEGYZÉK

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK ... 3
II. ELŐSZÓ ... 4
III. HATÓKÖR ... 4
IV. MEGHATÁROZÁSOK ... 5
1. Fogalmak ... 5
2. Rövidítések ... 7
3. Bizonyítékok szintje ... 7
4. Ajánlások rangsorolása ... 8
V. BEVEZETÉS ... 9
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása ... 9
2. Felhasználói célcsoport ... 11
3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel ... 11
VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE ... 12
VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ ... 37
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban ... 37
2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája ... 38
3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok ... 39
VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE ... 39
IX. IRODALOM ... 40
X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE ... 45
1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja ... 45
2. Irodalomkeresés, szelekció ... 45
3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték- vagy ajánlásmátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja ... 46
4. Ajánlások kialakításának módszere ... 46
5. Véleményezés módszere ... 46
6. Független szakértői véleményezés módszere ... 46
XI. MELLÉKLET ... 47
1. Alkalmazást segítő dokumentumok ... 47

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat
Dr. Kovács Péter, klinikai szakpszichológus, elnök, társszerző

Fejlesztő munkacsoport tagjai:
Ozvald Gabriella, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző
Kovács Ágnes Anna, klinikai szakpszichológus, társszerző
Kanjo Nada, klinikai szakpszichológus, társszerző
Koncz Zsuzsa, klinikai szakpszichológus, társszerző
Dr. Mailáth Mónika, pszichiáter, gyermekpszichiáter, társszerző
Dr. Riskó Ágnes, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző
Lacsán Katalin, klinikai szakpszichológus, társszerző
Horváth Dóra, klinikai szakpszichológus, társszerző
Kővári Réka Luca, pszichológus, társszerző
Esperger Zsófia, klinikai szakpszichológus, társszerző
Patyi Dániel, klinikai szakpszichológus, társszerző
Zsoldos Lili, klinikai szakpszichológus, társszerző
Palásti Flóra, klinikai szakpszichológus, társszerző
Maráz András, pszichológus, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Onkológia és sugárterápia Tagozat
Prof. Dr. Polgár Csaba, klinikai onkológus, elnök, véleményező

2. Pszichoterápia (szakorvosi képesítéssel) Tagozat
Prof. Dr. Németh Attila, pszichiáter, pszichoterapeuta, addiktológus, orvosi rehabilitáció szakorvosa, elnök, véleményező

3. Háziorvostan Tagozat
Dr. Szabó János, háziorvos, elnök, véleményező

Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.

Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt dokumentáltan egyetértenek.

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:
Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:
Nem került bevonásra.

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:
1. Magyar Onkológusok Társasága (MOT)
2. Magyar Pszichoonkológiai Társaság (MPOT)

Független szakértő(k):
Prof. Dr. Dési László Csaba, Nemzetközi Pszicho-Onkológiai Társaság (IPOS) főtitkár, véleményező

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör:	onkopszichológia, pszichoonkológia szakpszichológia pszichoterápia
Ellátási folyamat szakasza(i):	prevenció pszichodiagnosztika terápia, gondozás rehabilitáció
Érintett ellátottak köre:	felnőttkorú onkológiai betegek onkológiai betegek hozzátartozói ellátásban részt vevő szakszemélyzet
Érintett ellátók köre **Szakterület:**	6301 háziorvosi ellátás 7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia 7104 pszichoterápia 7106 neuropszichológia 7107 klinikai addiktológiai szakpszichológia 7108 alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológia
Ellátási forma:	J1 járóbeteg szakellátás, szakrendelés J3 járóbeteg szakellátás, jellemzően terápiás beavatkozás végző szakellátás J4 járóbeteg szakellátás, jellemzően nem orvosi szakfeladatot ellátó szakellátás J7 járóbeteg szakellátás, gondozás F1 fekvőbeteg szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás F2 fekvőbeteg szakellátás, krónikis fekvőbeteg-ellátás F4 fekvőbeteg szakellátás, rehabilitációs ellátás F5 fekvőbeteg szakellátás, nappali kórházi ellátás E3 egyéb szolgáltatás, önálló „megelőző egészségügyi ellátások”
Progresszivitási szint:	I-II-III. szint
Egyéb specifikáció:	Az egészségügy szakmai irányelv útmutató kíván lenni az onkológiai ellátás során tapasztalható pszichoszociális jelenségekkel szembesülő szakemberek és az onkológiai ellátásban, illetve kezelésében részt vevő társszakmák (onkológusok, sebészek, radiológusok, sugárterapeuták stb.) számára.

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

adherencia: Terápiahűség. Az egészségügyi szakemberrel egyeztetett ajánlások betartása a gyógyszerszedés, a diéta és az életmódváltozás területén. Azt fejezi ki, hogy a beteg mennyire hajlamos benne maradni az adott terápiában, illetve elköteleződni kezelés iránt (*időbeli elköteleződés*).
ágencia: Aktív hatóképesség, hatékonyság.
alacsony intenzitású pszichológiai intervenció: Személyhez és helyzethez egyaránt rugalmasan illeszthető, magas terápiás hatást rövid idő alatt elérni kívánó pszichológiai intervenció, technika. Az alacsony intenzitású beavatkozások jól illeszkednek a krónikus szomatikus betegségek specifikumaihoz (pl.: kiszámíthatatlanság, fluktuáló tüneti kép, hirtelen állapotváltozások, stb.), emiatt hatékonyan alkalmazhatóak az orvosi terápiákhoz kapcsolódóan (pl.: pszichoedukáció, relaxáció, műtétre való lelki felkészítés, stb.).
burnout: Kiégés szindróma. Hivatással, foglalkozással összefüggésben a nagyfokú érzelmi igénybevételből adódóan kialakuló fizikai, érzelmi, attitűdbeli stresszreakció. Fő tünetei: testi-lelki fáradtság, alvási problémák, csökkenő munkateljesítmény, irónia, cinizmus, társas beszűkülés.
compliance: Terápiás együttműködés. A beteg a számára előírt/javasolt terápiákkal való együttműködését, az együttműködés fokát jelenti (*minőségi elköteleződés*). A gyógyszerszedés pontosságát fejezi ki. Az adherencia fogalmi körébe tartozik.
Damoklész kardja szindróma: Állandósuló félelem a betegség kiújulásától vagy pl. ismert genetikai mutációval rendelkező személyek esetén a betegség kialakulásától
distressz: A National Comprehensive Cancer Network (NCCN) meghatározásában a distressz pszichológiai (érzelmi, kognitív, viselkedéses), szociális és spirituális természetű, multifaktoriális kellemetlen érzelmi tapasztalatokat jelölő és az általános szomorúságtól a hétköznapi funkcionálást ellehetetlenítő pszichopatológiákig terjedő kontinuum mentén kifejeződő jelenségkör és tapasztalat, amely megzavarhatja a betegséggel, illetve a betegség mellékhatásaival való hatékony megküzdést, valamint ronthatja az orvosi kezelésekkel való együttműködés valószínűségét. 2010 óta a distressz a hatodik életfontosságú vitális jel a fájdalom, a szívritmus, a hőmérséklet, a vérnyomás és a légzés mellett.
fájdalom: Olyan fizikai, emocionális, szociális és spirituális esemény, amely a diszkomfort érzéstől a mindennapi funkciók ellátásának súlyos limitációjáig vagy teljes cselekvőképtelenségig terjedhet. Elsősorban fizikai traumás behatásra (műtét, szövetroncsolódás stb.) alakul ki, azonban nem csak fizikai, hanem szociális, emocionális és spirituális dimenziókat is érinthet.
integrált ellátás: A kuratív és palliatív ellátás kombinált, minden esetben együttműködő modellje, amelyben a palliatív ellátásról mint a kuratív ellátást kiegészítő ellátásról gondolkodunk (pl. fájdalomcsillapítás, hányás csillapítás, tápláltság biztosítása).
komprehenzív (korábban: holisztikus) szemlélet: *A holizmus kifejezés (a görög „holosz" szóból) a teljesség figyelembevételét jelenti*. A komprehenzív (holisztikus) szemlélettel gyógyító szakember nemcsak a betegséget, a megbetegedett szervet vagy testrészt, hanem a beteg embert gyógyítja, egészségét kívánja helyreállítani és fenntartani. A komprehenzív szemléletet a különböző kezeléseket összehangoltan alkalmazó szakembercsoport valósíthatja meg a beteg számára leghumánusabban és leghatékonyabban.
krízis: Intenzív szorongással járó bizonytalan, de alapvetően átmeneti, sürgős beavatkozást szükségessé tevő lélektani állapot, mely időlegesen kognitív beszűkültséggel, fizikális, vegetatív és pszichés tünetekkel is járhat. A sokáig tartó intenzív krízis - intervenció nélkül - pszichiátriai betegségekben is rögzülhet, illetve szuicid viselkedést is eredményezhet.
megküzdés (coping): Azok a lelki műveletek, amelyekkel a személy a külvilágból jövő fenyegetéseket kezelni törekszik. A megküzdés tudatos folyamat és célja a külső fenyegetettséggel való szembeszállás és az egyén pszichológiai egyensúlyának védelme. A személy többféle megküzdési stratégiát is használhat: konfrontáció, érzelmek regulációja, problémaközpontú gondolkodás, pozitív gondolkodás stb.
multidiszciplináris/pluridiszciplináris (onkológiai) team: Az időben gyakran elhúzódó, szakmailag sokrétű és teljeskörű onkológiai ellátás során a különböző szakterületeken dolgozó szakemberek értő együttműködésére van szükség a betegközpontú gyógyítás megteremtéséhez. Ennek optimális közegét a prevenciós, diagnosztikai, kezelési és/vagy rehabilitációs intervenciók végzése során aktuálisan is kialakuló kezelési teamek jelenthetik. A motivált dinamikus együttműködés a jobb eredmény záloga, hiszen a közös célt a feladatok megoszthatósága és az erőforrások optimális beosztása is segíti.
onkopszichológia: Az onkológiai betegségek, az onkomedikális kezelések és beavatkozások, az onkoterápiák során és azok következményeként kialakuló, lélektani értelemben is speciális helyzetek, pszichoszociális nehézségek, pszichológiai, valamint pszichopatológiai állapotok és pszichiátriai betegségek azonosításával, kezelésével, terápiájával foglalkozó tudományos diszciplína, mely kiegészül a betegség prevenciójának egészségpszichológiai és szociálpszichológiai területeivel, illetve az onkomedikális kezelésben résztvevő személyek hozzátartozóinak, valamint az adott szakemberek mentális egészségének vizsgálatával, ellátásával és

edukatív jellegű gondozásával is, mind egyéni, mind pedig társadalmi szinten és szociológiai értelemben egyaránt.
onkopszichológus: Az a szakpszichológus (vagy jelölt), aki rugalmasan és fókuszáltan az adott rákbetegséggel, annak diagnosztizálásával, kezelésével, ellenőrzésével kapcsolatos onkológiai folyamat pszichoszociális aspektusaival foglalkozik. Érzelmi támogatást és segítséget ad olyan lelki problémák esetén, amelyek elsősorban a betegséghez és az onkoterápiákhoz való alkalmazkodásban, az együttműködésben, és az önelfogadásban, valamint az emberi kapcsolatokban jelennek meg. Az onkopszichológus az egyén számára legmegfelelőbb szintű pszichoszociális életminőség megvalósításának támogatója és elősegítője. Tekintettel a szakterület specifikusságára az onkopszichológus szakember feladatai közé tartozik az oktatás is.
onkopszichoterápia: A beteg szomatikus ellátásához térben és időben illesztett, fizikai állapotát szem előtt tartó módon, ahhoz alkalmazkdó keretrendszerrel és módszertannal végzett pszichoterápiás gyakorlat.
palliatív ellátás: A World Health Organization (WHO) meghatározása szerint az életet fenyegető betegséggel küzdő egyén és családja esetében a betegséghez kapcsolódó fizikális, pszichológiai, szociális és spirituális szenvedés megelőzését és enyhítését célzó támogató kezelések összessége. A palliatív ellátás az életminőséget kívánja javítani és magában foglalja a fájdalom, a szenvedés és a fizikális tünetek csillapítását, illetve azok megelőzését egyaránt, valamint a pszichoszociális és spirituális támogatást is mind a beteg, mind hozzátartozói számára. Célja nem elsősorban gyógyító, hanem tünetcsökkentő és szenvedés-csillapító.
pluridiszciplináris onkológiai team: ld. multidiszciplináris
poszttraumás növekedés (PTN, PTG: post-traumatic growth): Egy súlyos stresszes időszakot, vagy traumát nyereségtalálással feloldó pozitív pszichológiai folyamat. A személyes növekedés során, mind gondolkodásban, mind világnézeti viszonyulásban belső átértékeléssel is járó változás következik be.
prevenció pszichoszociális szempontból: A megelőzésben az onkopszichológusok fontos feladata a megelőzhető pszichoszociális kockázati tényezők azonositása és minél hatékonyabb uralásának elősegítése. Ide tartoznak: fokozott rizikót jelentő emberi magatartások és életmód, kedvezőtlen társadalmi hatások, bizonyos személyiségtényezők, krónikusan megterhelő érzelmi állapot és ezek kölcsönhatásai. A pszichoszociális megelőzés hatékonyságát az összes szakágazat (pszichológia, pszichiátria, szociológia stb.) irányított együttmüködése biztosíthatja.
pszichoedukáció: Olyan betegség- vagy terápiaspecifikus tájékoztatás, amely során a páciens a betegségével kapcsolatos információkat szerezhet. Pszichoszociális szempontú tájékoztatást kaphat az adott kezelésről, a kezelés technikai kivitelezéséről, a gyógyulást támogató teendőkről és a rizikófaktorokról egyaránt.
pszichológiai intervenciók/beavatkozás: Lélektani beavatkozások. Intervenciónak tekinthetjük a pszichodiagnosztikától (tesztfelvétel, anamnézis, heteroanamnézis) a különböző pszichoterápiás formákon (szupportív pszichoterápia, krízisintervenció stb.) keresztül a pszichoszociális prevencióban (dohányzásról való leszoktatás, pszichoedukáció stb.) alkalmazható és felhasználható eszközöket.
pszichoonkológia: ld. onkopszichológia. *A hazai szakmai gyakorlat ekvivalens terminusként alkalmazza a két fogalmat.*
pszichopatológia: Olyan a típusostól eltérő pszichológiai működés, amelynek hátterében biokémiai és/vagy anatómiai rendellenesség húzódik meg.
pszichoszociális: A rákbetegségeknek mentális, érzelmi, társadalmi és spirituális hatásai vannak. A rosszindulatú daganatos betegségeknek pszichoszociális hatásait felfedezhetjük a betegek gondolkodásmódjában, érzelmeiben, hangulatában, vélekedéseiben, megküzdési módjaiban, valamint a hozzátartozókkal, barátokkal, munkatársakkal való kapcsolatainak megváltozásában.
regresszió (lelki/pszichológiai): Visszaesés, visszacsúszás egy, a fejlődésben már meghaladott szintű személyiség-működésre pszichés túlterhelődés hatására. Az egyén számára elviselhetetlen helyzetben a regresszió által igyekszik kezelhetővé tenni a stresszt, a veszélyt, a szorongást. E lelki védekezés akaratlanul aktiválódik, fő feladata a személyiség védelme és működésének erősítése.
rehabilitáció: A rákbetegek komplex onkológiai rehabilitációja egyénre alakított, egymástól elválaszthatatlan, testi és lelki és emberi kapcsolati helyreállítási folyamatot jelent a normális, illetve közel normális állapot eléréséért. Magába foglalja a megfelelő, elérhető életminőség biztosítását is. Típusai: primordiális, primer, szekunder, tercier.
reziliencia: Rugalmas, alkalmazkodást segítő ellenállási képesség. A nehéz élethelyzeteket, traumákat, kríziseket követően a reziliens személy gyorsabban és kiterjedtebb körben tudja visszanyerni testi-lelki egyensúlyát.
stigmatizáció: Megbélyegzés. A betegséggel összefüggésben kialakuló, a beteget érő diszkrimináció, megkülönböztetés. A stigmatizáltságot a környezet felől érkező megkülönböztetett viszonyulás váltja ki, amely szubjektív élményként leggyakrabban halálszorongás, titkolózás, hallgatás, önhibáztatás, szemrehányás, szégyen és igazságtalanság érzések formájában jelenhet meg. A stigmatizációt az egyén betegséggel kapcsolatos tudása mellett szociológiai folyamatok is befolyásolják (pl. kirekesztés). A társadalmi környezet edukáltsága növelheti a betegséggel, a beteggel kapcsolatos elfogadást.

szorongás: Valamilyen veszély előérzetére vonatkozóan kialakuló tárgy nélküli félelem. Fizikai, vegetatív és érzelmi indulati állapot, amelyet nem pontosan meghatározható vagy körülírható fenyegetettség vált ki. A szorongást keltő veszély származhat a külvilágból, de intrapszichés (személyen belüli) eredete is előfordul. A szorongás patológiás mértékű, ha meghaladja az egyén toleranciaszintjét és akadályozza a hétköznapi életvitelt. Sokszor kísérőtünete egyéb (pszicho)patológiáknak.
szuper/intervízió: Tanulási folyamat, a betegellátásból is fakadó gyakorlati tapasztalatokból indul ki és oda visszacsatoló procedúra eset/jelenség megbeszélés segítségével. Célja a segítő szakmákban dolgozók mentális védelme és szakmai kompetenciájuk fejlesztése a problémára való rálátás fejlesztésével, külső szemszögből. Csoportos és egyéni formában történhet.
trauma (pszichotrauma): Súlyos életeseményre adott fiziológiás reakciókkal is kísért komplex érzelmi élmény, amelyet az adott személy képtelen érzelmileg feldolgozni. A pszichológiai traumára adott azonnali reakció lehet az érzelmi krízis. A lelki trauma – megfelelő kezelés nélkül akár hosszantartóan – megzavarja az adott személy érzelmi egyensúlyát és a lelki védekezési mechanizmusainak működését idézi elő.
túlélő: Onkológiai betegségek esetén túlélő az az ember, aki életben marad és funkcionál súlyos nehézségek vagy életveszélyes betegség leküzdése alatt és után. Onkológiai betegségekkel kapcsolatban a személyt túlélőnek tekintik a diagnózisközlés időpontjától az élet végéig.

2. Rövidítések

AKV: Addenbrooke's Cognitive Examination (Addenbrooke's Kognitív Vizsgálat)
BDI: Beck Depression Inventory (Beck Depresszió Kérdőív)
BNO-10: Betegségek Nemzetközi Osztályozása, 10. verzió
BNO-11: Betegségek Nemzetközi Osztályozása, 11. Verzió
CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale
DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (A Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve, 5. kiadás)
ECPC: European Cancer Patient Colaition (Európai Rákbetegek Koalíciója)
EPA: European Psychiatric Association
GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale (Kórházi Szorongás és Depresszió Skála)
HPV: humán papillomavírus
IPOS: International Psycho-Oncology Society (Nemzetközi Pszichoonkológiai Társaság)
MAWI: Magyar Wechsler Intelligenciateszt
MBCR: Mindfulness-Based Cancer Recovery
MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction
MMPI I.: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-1 (Minnesota Többfázisú Személyiségleltár-1)
MMPI II.: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (Minnesota Többfázisú Személyiségleltár-2)
MMSE: Mini-Mental State Exam
MOT: Magyar Onkológusok Társasága
NCCN: National Comprehensive Cancer Network
NICE: National Institute of Clinical Excellence (A kiváló klinikai minőség nemzeti intézete)
OOI: Országos Onkológiai Intézet
PHQ: Patient Health Questionnaire Screeners
PRISM: Pictorial Representations of Illness and Self Measure
PTG: post-traumatic growth (ld. PTN)
PTN: poszttraumás növekedés (ld. PTG)
PTSD: post-traumatic stress disorder (poszttraumás stressz zavar)
QoL: Quality of Life (Életminőség)
SDS: Support Dimension Scale (Caldwell-féle Társas Támogatás Kérdőív)
STAI: State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger Állapot- Vonás Szorongás Kérdőív)
WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale (Wechsler Felnőtt Intelligenciateszt)
WÉK: Williams ÉletKészségek
WHO: World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

3. Bizonyítékok szintje

A bizonyítékok mérlegelése az onkopszichológusi/szakpszichológiai döntéshozatalnak, bár fontos, de csupán egy komponensét jelenti. A beteg/páciens/kliens egyedi sajátosságai (pszichoszociális státusz, pszichopatológia, érzelmi és értelmi intelligencia, premorbid pszichopatológia, egyéb társuló betegségek, életkor és nem, várható élettartam, iskolázottsági szint, szocioökonómiai státusz, mozgáskorlátozottság, táplálkozási és tápláltsági

jellemzők, egyéni szükségletek, preferenciák, addikciók, lelki működések egyedi jellemzői és mechanizmusai, társas támogatottság stb.) olyan körülmények, amelyek az ajánlásokban megfogalmazott kezelési evidenciák és terápiás stratégiák alkalmazása során minden esetben figyelembe veendők és szakértő módon integrálandók.

A bizonyítékok elsődleges forrásai a közvetlen klinikai eredményeken alapuló randomizált kontrollált tanulmányok és nemzetközi, illetve hazai kutatások, valamint a széleskörű szakmai tapasztalaton alapuló szakértői konszenzusok. Az onkopszichológiai kutatások kivitelezése, az onkológiai betegség mentális egészségre gyakorolt hatásának/befolyásának vizsgálata rendkívül összetett és körültekintő megközelítést igényel. Bár születtek már a pszichoszociális intervenciók klinikai hatékonyságát alátámasztó vizsgálatok (pl. kognitív viselkedésterápiás beavatkozások) mégis azt mondhatjuk, hogy a beteg/páciens/kliens jelentős és viselkedési szempontból meghatározó egyedi jellemzői okán a gyógyszerkutatásoknál alapvetően alkalmazott kettősvak placebo kontrollált vizsgálatok alkalmazása a pszichoszociális tényezők egyetlen önkényesen kiemelt elemének tanulmányozása kapcsán kevéssé informatív, hiszen az onkopszichológiában nem pusztán az egyes tulajdonságok határozzák meg a mentális/pszichopatológiai és viselkedéses következményeket, hanem az érzelmi élet, a premorbid személyiség, a tudattalan motivációk/szorongások és sok egyéb a pszichés egységet dinamizáló tényező bonyolult és szövevényes egésze. Emiatt a tényeken alapuló gyakorlat elvének érvényesítése, a terápiás segítségnyújtás, a krízisintervenció és bármilyen egyéb pszichoszociális intervenció alkalmazása, illetve a területhez kapcsolódó tudományos kutatás az onkopszichológiai munkában speciálisan hozzáértő szaktudást és körültekintő, integratív szemléletű megközelítést igénylő folyamat és kihívás.

Bár születtek és születnek hatékonyságvizsgálatok, mégis fontos szem előtt tartani, hogy nem lehet minden onkopszichológiai vagy pszichoszociális beavatkozás létjogosultságát randomizált, (placebo) kontrollált klinikai vizsgálattal alátámasztani. A egészségügyi szakmai irányelv sohasem egy adott betegre/páciensre/kliensre vonatkozó, mérlegelés nélkül alkalmazandó útmutatás, hanem a fentiek értelmében egy alapvetően gyakorlati tapasztalatból fakadóan szakmai konszenzuson alapuló, nemzetközi irányelveket és vonatkozó kurrens hazai és külföldi szakirodalmakat is figyelembe vevő, illetve azokat adaptálóan alkalmazni kívánó szakmai javaslat és iránymutatás. A beteg/páciens/kliens individuális tulajdonságaira minden esetben tekintettel kell lenni, s az egészségügyi szakmai irányelvtől adott esetben - megfelelő indok alapján és dokumentált módon - el is lehet térni. Az onkopszichológiai ellátás, az onkológiai orvosi ellátás vagy gondozás bármely pontjához kapcsolódó pszichoszociális intervenció sohasem iktathatja ki és hagyhatja figyelmen kívül a gondos mérlegelés szükségességét, az etikai elvek teljeskörű érvényesítését és a „ne árts” imperatívuszát.

4. Ajánlások rangsorolása

A New Zealand Guidelines Group NZGG [1] által javasolt besorolási rendszer alapján.

Szint	Ajánlások
A	**Az ajánlást erősen megbízható bizonyítékok támasztják alá** (Hitelesített szakmai folyóiratokban publikált, megbízható statisztikán alapuló hazai környezetre adaptálható, klinikailag releváns vizsgálatok eredményei, mely evidenciákat és megállapításokat várhatóan újabb kutatás nem fogja módosítani.)
B	**Az ajánlást elfogadhatóan megbízható bizonyítékok támasztják alá** (Hiteles vizsgálatokon alapuló megállapítások, azonban a vizsgálatok nagyságával, relevanciájával, adott populáción kívüli egyéb populációra történő adaptációjával kapcsolatban bizonytalanságok merülhetnek fel.)
C	**Az ajánlást egységesen elfogadott nemzetközi szakértői vélemények támasztják alá** (Megbízható tudományos bizonyíték hiányában kiemelkedő nemzetközi szakértők konszenzusán alapul, amely saját populációra, hazai környezetre alkalmazható, de kutatási eredmény módosíthatja.)

D	**Az ajánlást hazai szakértői vélemények támasztják alá** (Megbízható tudományos bizonyíték, vagy nemzetközi konszenzus hiányában, vagy ha ezek saját populációra, hazai környezetre nem alkalmazhatóak, a hazai „legjobb gyakorlat" meghatározása az irányelvfejlesztő csoport tagjainak tapasztalatán vagy konzultációval szerzett szakmai visszajelzéseken alapul. Kutatási eredmény módosíthatja.)

Megjegyzés: Kötelező érvénnyel erősen megbízható ajánlás („A" szint) és/vagy szakértői konszenzuson alapuló ajánlás („C" és „D" szint) bírhat – minden más esetben az ajánlás javaslatként értelmezendő, tehát az ellátó az ellátási körülményeket figyelembe véve, azok függvényében dönthet.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

A téma indoklása

A fejlett hazai onkológiai ellátás

A Magyarországon legmagasabb progresszivitási szinttel rendelkező és a kontinentális térségben egyedülállóan komprehenzív központ minősítéssel bíró Országos Onkológiai Intézet bázisán működő Nemzeti Rákregiszter adatai alapján kirajzolódó gyakorisági mutatók szerint az új daganatos esetek száma 2010 óta folyamatos emelkedést mutat (2014-ben 78413, a bőr tumoraival (C44) együtt 95034 új esetet azonosítottak), miközben a betegség következtében történő elhalálozások száma állandósulni látszik [2].

A növekvő esetszámok hátterében a javuló diagnosztikai metodikák, a lakosság részére kiterjesztésre kerülő kötelező szűrések tehát a hazai egészségügyi ellátórendszer innovációi és vívmányai, azon belül is a legmodernebb eszközökkel és szakértelemmel országosan kiépítésre került onkológiai ellátás áll. Egészségpszichológiai értelmezésben, ezen belül pedig onkopszichológiai vonatkozásban a növekvő esetszámok pszichoszociális okai között az alkohol és droghasználat, dohányzás, környezetszennyezés, túlsúly, egészségtelen életmód, edukálatlanság, alacsony szocioökonómiai státusz egyaránt felismerhetők.

A legkorszerűbb orvosi kezelések és diagnosztikai eszközök elérhetőségének köszönhetően tehát növekvő esetszámokat látunk, ugyanakkor a betegségek korai és korábbi felismerése lehetőséget nyújt a megfelelő és időben történő terápia mihamarabbi megkezdésére és biztosítására is. A stabilizálódó mortalitási adatokhoz hozzájárulnak többek között a fejlődő orvostechnikai módszerek (új sebészi beavatkozások) és eszközök (precíz sugárterápiás lehetőségek), illetve a Magyarországon is elérhetővé váló legmodernebb és leghatékonyabb terápiás lehetőségek (pl. célzott és immunterápiák, illetve kombinációk). Ezek következtében megvalósul tehát a hatékonyabb gyógyítás lehetősége növelve így a túlélési időt, de elősegítve immáron sok esetben a teljes gyógyulást is. Hasonlóképpen korszakos jelentőségű és a megelőzést alapjaiban meghatározó és biztosító rendelkezést jelentett a HPV oltás vagy a dohányzás elleni törvény bevezetése, valamint a vonatkozó szabályozások szigorítása [3]. Fontos továbbá, hogy a mortalitási adatok stabilan magas értékét a már említett pszichoszociális és társadalomlélektani okok is elősegíthetik és konzerválhatják: problematikus premorbid személyiség, addikciók, egészségtelen életmód, inaktivitás, edukálatlanság, érzékenyítés hiánya, elfáradó coping, csökkenő adherencia stb.

Az onkopszichológiai ellátás jelentősége

A fejlett egészségügyi és kiépült onkológiai ellátás által megnövekvő túlélési idő, a növekvő gyógyulási arányok az életminőség (QoL) kérdéseit, különös tekintettel pedig a pszichoszociális tényezőket, kiemelt jelentőséggel helyezik fókuszba. Központi kérdéssé válik, hogy az orvosi beavatkozásokkal nyert túlélési idő minősége nem csupán élhető életszínvonalat kell, hogy jelentsen, hanem a társas és társadalmi szerepekben történő teljes értékű funkcionálást is lehetővé tegyen. A túlélés és a gyógyulás mellett a társadalmi reintegráció is célként tételeződik. A nagy esetszámmal azonosított, népegészségügyi jelentőségű onkológiai betegség a lakosság nagy részét valamilyen formában élete során érinti: betegként, hozzátartozóként szinte minden állampolgár valamilyen formában kapcsolatba kerül onkológiai beteggel vagy onkológiai betegséggel.

Az onkológiai betegség, illetve az orvosi kezelések különböző időszakai jelentős testi-lelki kihívást jelentenek a betegek és hozzátartozóik számára egyaránt. Az adherencia és a compliance kritikus tényezőkké válnak az elhúzódó onkomedikális terápiák során. Az élhető minőségű élet egyik legjelentősebb feltétele, illetve mutatója a testi egészség mellett a lelki, pszichés és pszichoszociális *egész-ség* és jóllét. A rosszindulatú daganatos

betegséggel küzdő személyek lelkiállapota, a kezeletlen pszichés tünetek befolyásolhatják a túlélést azáltal, hogy fokozzák a distresszt és a megélt szenvedés mértékét, gyengíti az életminőséget és csökkenti az adherenciát.

A pszichológiai és mentális státusz vizsgálata, a pszichopatológiai állapotok kezelése és terápiája, a lelki értelemben is vett rehabilitáció és a mentálhigiénés gondozás jelentősége megnő. Az onkopszichológiai feladatok már a diagnózisközlést megelőzően megkezdődhetnek: a prevenció szempontjából például a dohányzásról való leszokás támogatása, de a társadalom széles körben megvalósuló pszichoedukációja is hosszútávon jótékony hatásokkal bíró prevenciós eszközök (primordiális és primer prevenció, társadalmi érzékenyítés, onkológiai betegségekkel összefüggő társadalmi programok, mozgalmak). Ide tartoznak az onkopszichológiai prehabilitáció intervenciói is, melyek az onkológiai diagnózis közlésétől a kezelések megkezdéséig tartanak és amelynek során egyénre szabott mentális felkészítésben részesül a beteg/páciens/kliens fokozva ezzel az adherenciát és felkészítve őt a kezelésekre. Az orvosi kezelésekhez és a testi folyamatokhoz kapcsolódóan a különböző módszereket alkalmazó onkopszichológiai ellátások a krízisintervenciótól, a szupportáción/támogatáson keresztül a rehabilitációig terjednek, sőt sok esetben a pszichotraumát jelentő betegségidőszakot követő években poszttraumás pszichopatológiák kialakulása okán válnak szükségessé.

Megállapítható tehát, hogy a teljeskörűségre törekvő, igazi modern és komprehenzív gyógyítói szemlélet nem nélkülözheti az onkopszichológiai ellátást.

A témakör nemzetközi és hazai helyzete

2017-ben egy 3724 onkológiai betegen végzett nemzetközi, multicentrikus vizsgálat során azt találták, hogy a daganatos betegek fele (52%) magas distresszel jellemezhető [4]. A distressz alapvetően a stressz spektrumának negatív aspektusát jelöli és többek között jellemzően tehetetlenségérzést, szorongást, depressziót, félelmet, szomorúságot, pánikreakciót, illetve egyéb fizikális és pszichés tüneteket foglalhat magába. A National Comprehensive Cancer Network (NCCN) meghatározásában a distressz pszichológiai (érzelmi, kognitív, viselkedéses), szociális és spirituális természetű, multifaktoriális kellemetlen érzelmi tapasztalatokat jelölő és az általános szomorúságtól a hétköznapi funkcionálást ellehetetlenítő pszichopatológiákig terjedő kontinuum mentén kifejeződő jelenségkör, amely megzavarhatja a betegséggel, illetve a betegség mellékhatásaival való hatékony megküzdést, valamint ronthatja az orvosi kezelésekkel való együttműködés valószínűségét [5].

A distressz tüneteinek vizsgálatakor daganatos betegek körében leggyakrabban fáradtságot/kimerültséget (fatigue, 56%) és alvási nehezítettséget (47%) találtak [4]. A vizsgálatból megállapítható volt, hogy három fizikális tünet fennállása esetén több mint 80%-os valószínűséggel kell súlyos mértékű szorongásos problémával és distresszel számolni az ellátás során az onkológiai betegek körében. A szomatikus betegségek kapcsán felmerülő és kialakuló distressz etiológiai tényezői között meghatározó szerephez jutnak a megváltozott testi funkcionalitással (pl. emésztési nehezítettség, alvási problémák stb.) összefüggő vagy fizikális tünetekkel, mellékhatásokkal (pl. ízérzés elvesztése, hányás, hányinger, fájdalmak stb.) is járó folyamatok és jelenségek. A szorongás különböző szintjeit azonosította továbbá egy metaanalízis, mely szerint a kezelést megelőzően 19%, a kezelés alatt 23%, a kezelést követően 26%-os a szorongás előfordulása petefészekrákos nők körében [6]. A kezelést követő magas szorongást a csökkenő számú orvosi kontrollidőponttal, a kiújulástól való fokozódó félelemmel, valamint a palliatív ellátásként folytatódó, a betegséget követő időszak feszültségével magyarázza egy vizsgálat [7].

Heterogén magyar mintán súlyos szorongást találtak a vizsgált minta 24%-ánál. 127 fős heterogén melanomás mintában az adjuváns interferon terápiát megelőzően enyhén emelkedett szorongásértékeket mértek, illetve a terápia egyhónapos kontrolljánál a szorongás szignifikáns emelkedését találták [8].

Magyar mintákon végzett vizsgálatok alapján férfiak esetében enyhe depressziós értéket a vizsgált minta 17,4%-ánál, közepes értéket 10,5%-nál, súlyos, klinikailag jelentős depressziószintet pedig 16,9%-nál találtak [9]. Hasonló nagyságrendeket írt le a kutatás magyar daganatos nők körében is: enyhe depresszió 20,3%-nál, közepes depressziós pontérték a női minta 10,9%-ánál, súlyos depresszió pedig 17,6%-nál volt kimutatható.

Összességében megállapítható, hogy tulajdonképpen a betegek fele (férfiak 44,8%-a, nők 48,4%-a) érintett valamilyen fokú depressziós tünetek vonatkozásában. Heterogén diagnózisú, magyar daganatos betegekkel végzett retrospektív kutatásban súlyos depressziót a vizsgált személyek 13,3%-ánál, közepes depressziós értéket pedig 18,4%-os előfordulással találtak. A heterogén minta 13%-ánál azonosítottak szuicid gondolatokat is [8].

Megnehezíti a pszichopatológiai problémák prevalenciájának megállapítását a meglévő kutatási paradigmákban vizsgált minták heterogenitása (mind stádiumban, mind daganattípusban, mind kezelésben stb.), valamint számolni szükséges az országonként eltérő mértékű előfordulással is [10].

A jelen Egészségügyi szakmai irányelv céljai:

- Meghatározni az onkológiai szakterületen dolgozó (szak)pszichológusok tevékenységének alapvető szempontjait és struktúráit, illetve az azokhoz kapcsolódó kompetenciákat az orvosi ellátási folyamat során és mellett.
- A pszichoszociális állapotuk miatt eleve veszélyeztetett vagy éppen az orvosi kezelésekhez kapcsolódóan átélt distressz vagy krízisállapot miatt kezelésbe kerülő betegek/páciensek/kliensek ellátása elismert, hatékony és biztonságos szakmai elvek mentén történjen.
- A mindennapi felelős hivatásgyakorlás a folyamatosan bővülő, hiteles és konszenzuálisan elfogadott közös szakmai tudás bázisán épülhessen ki.
- A szakmagyakorlás ellenőrizhetősége által elősegítse elő a legmagasabb szintű minőségbiztosítás lehetőségét is.
- Az onkopszichológiai ellátás minél szélesebb körben történő elérhetőségének elő- és megteremtése.

2. Felhasználói célcsoport

Az egészségügyi szakmai irányelv a megadott ellátók számára az ellátottak körére vonatkozó szakmai tevékenységük során javasolt felhasználásra, abból a célból, hogy az onkopszichológia szakterületén dolgozó szakpszichológus, pszichiáter és más pszichoszociális szakemberek tájékozódhassanak és iránymutatást találhassanak a hivatás-gyakorlás kihívásait jelentő főbb kérdésekkel összefüggésben. Az egészségügyi szakmai irányelv célja továbbá, hogy minden szakpszichológiai területen szaktevékenységet végző szakember számára ajánlásokat fogalmazzon meg a mindennapos gyakorlat szakmailag helyes, a gyógyítást a leghatékonyabb mértékben és legemberibb módon etikusan elősegítő kialakításában.
Az egészségügyi szakmai irányelv útmutató kíván lenni továbbá az onkológiai ellátás során tapasztalható pszichoszociális jelenségekkel szembesülő szakemberek és az onkológiai ellátásban, illetve kezelésében részt vevő társszakmák (onkológusok, sebészek, radiológusok, sugárterapeuták stb.) számára. Az egészségügyi szakmai irányelv célja a szakmai kompetenciák megfogalmazása, a szűrés és felismerés javítása, a korszerű kezelési lehetőségek megvalósításával pedig a terápiás hatékonyság növelése.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:
Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:
Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Azonosító: **Szerző(k):** **Cím:** **Tudományos szervezet:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	Version 2.2021 [5] Riba MB, Donovan KA et al. Distress Management National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®) 2021.01.05. https://www.nccn.org/
Azonosító: **Szerző(k):** **Cím:** **Tudományos szervezet:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	Version 2.2021 [11] Denlinger CS, Sanft T et al. Survivorship National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®) 2021.07.01. https://www.nccn.org/

Azonosító:	ISBN: 1-84257-579-1 [12]
Szerző(k):	
Cím:	Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer
Tudományos szervezet:	National Institute for Clinical Excellence
Megjelenés adatai:	2004.03.
Elérhetőség:	https://www.nice.org.uk/guidance/csg4/resources/improving-supportive-and-palliative-care-for-adults-with-cancer-pdf-773375005

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban.

Azonosító szám:	002085 [13]
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv – A major (unipoláris) depresszív zavar: diagnosztikai és terápiás irányelvek
Szerző(k):	Kéri Sz, Döme P, Rihmer Z, Bitter I, Gonda X, Herold R, Kurimay T, Osváth P, Purebl Gy, Szekeres Gy.
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, LXXI. évfolyam, 12. szám, pp. 970 - 1032; 2021.07.01.
Elérhetőség:	http://kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2021/12.pdf

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

Ajánlás1 - Az onkopszichológiai ellátás szükségessége

Az onkológiai betegséggel diagnosztizált emberek esetében a pszichoszociális és onkopszichológiai ellátás (vizsgálat, edukáció, gondozás, terápia, rehabilitáció) a komplex, holisztikus szemléletű és modern onkológiai ellátás integrált részét kell képezze. A szakterületi ellátásba a beteg hozzátartozóinak szakmailag indokolt mértékű pszichoszociális támogatása is szükségszerűen beletartozik [5, 11, 95, 96, 104]. (A)

A daganatos betegséggel küzdők érzelmi problémáinak jelentőségét, a minőségi daganatterápia részeként alkalmazásra kerülő onkopszichológiai ellátás fontosságát nemzetközi (IPOS) és hazai szervezetek (MOT) egyaránt deklaráltan elismerték, továbbá a daganatos distresszt vitális jelként azonosítják [14, 15].
Ennek megfelelően megállapításra került, hogy:
1. Az onkológiai pszichoszociális ellátás egyetemes emberi jog.
2. Az onkológiai betegek minőségi kezelésébe a szokványos terápia részeként kell integrálni a pszichoszociális ellátást.
3. A daganatos distressz vitális jel, melynek szükség szerinti mérése a hőmérséklet, légzés, pulzus, vérnyomás és fájdalom mellett elengedhetetlen.
A betegek mellett hozzátartozóik, illetve a kezelőszemélyzet pszichoszociális vonatkozású gondozása (edukációja, érzékenyítése) is kapcsolódik az onkopszichológiai ellátáshoz.
Kiemelt jelentőséggel bír az érintett gyermekek onkopszichológiai támogatása: mind a betegséggel küzdő gyermekek, mind a hozzátartozóként érintett fitalkorúak pszichológiai követése javasolt és indokolt.
Javasolt minden onkológiai központban, illetve onkológiai osztályhoz kapcsolódóan biztosítani a betegek és hozzátartozóik számára a pszichológiai segítségnyújtás lehetőségét.

Ajánlás2 – A pszichoszociális distressz kockázati tényezői

Az onkológiai ellátás során az intervenció kiválasztása, illetve a terápiás terv kialakítása során is minden esetben szükséges felmérni és figyelembe venni a pszichoszociális distressz kialakulását növelő speciális kockázati tényezőket és az ellátás során azonosítható jellemző vulnerábilis időszakokat [5]. (A)

A distresszre hajlamosító időszakok és tényezők figyelembevétele az onkopszichológiai ellátás során kiemelten fontos, hiszen ezek meghatározzák a helyzethez és a beteg/páciens/kliens karakterisztikájához kapcsolható intervenció típusát, adott esetben módszertanát is, illetve kijelölik a terápiás terv és a pszichoszociális együttműködés tárgyát és irányát.

1. táblázat: Pszichoszociális distressz kialakulását növelő kockázati tényezők és vulnerábilis időszakok
(NCCN Distress Management irányelv [5] alapján szerkesztve)

Distressz kialakulásának kockázatát fokozó ***tényezők***	Distressz kialakulásának és fokozódásának szempontjából kifejezetten vulnerábilis ***időszakok/történések***

• Korábbi pszichiátriai zavar vagy szerhasználat.
• Korábbi depresszió/ öngyilkossági kísérlet.
• Trauma és/vagy bántalmazás az anamnézisben (fizikai, szexuális, érzelmi, verbális).
• Kognitív zavar, kognitív diszfunkció.
• Kommunikációs zavarok, problémák.
• Komorbid betegségek.
• Szociális/szociológiai tényezők:
  • Családi konfliktusok,
  • nem megfelelő társas támogatás,
  • szociális elszigeteltség, izoláció,
  • egyedül élés,
  • pénzügyi problémák,
  • orvosi ellátásokhoz való korlátozott hozzáférés,
  • fiatalkorú és/vagy eltartott gyermek(ek),
  • fiatalabb életkor,
  • szexuális egészséggel, illetve termékenységgel kapcsolatos problémák,
  • diszkrimináció (faji, nemi),
  • stabil lakhatás elveszítése,
  • szerhasználat, addikció,
  • egyéb stresszorok.
• Lelki/vallási (bűntudati) konfliktusok.
• Kontrollálhatatlan tünetek/mellékhatások.
• Magasabb depresszió-kockázattal együttjáró daganatos megbetegedések: hasnyálmirigy-, fej-nyaki tumorok.
	• Daganat-gyanút keltő (testi) tünet kivizsgálásának időszaka.
	• Onkológiai diagnosztikai folyamat időszaka.
	• Diagnózisközlés.
	• Előrehaladott/áttétes daganatos betegség.
	• Genetikai hajlam felismerés és/vagy családi halmozódás lehetősége.
	• Kezelésre várakozás.
	• Tünetek okozta megterhelődés súlyosbodása során.
	• Alapvető kezeléssel kapcsolatos szövődmény(ek) jelentkezése esetén.
	• Felvétel a kórházba/Elbocsátás a kórházból.
	• Terápiákkal járó mellékhatások és tünetek megjelenése/fokozódása.
	• Kezelés sikertelensége, állapotrosszabbodás.
	• Aktív kezelés befejezésének szükségessége.
	• Orvosi utánkövetés és megfigyelés időszaka, illetve kontrollidőpontok.
	• Gyógyulás/rehabilitáció időszaka (Damoklész kardja szindróma).
	• Kiújulás/Progresszió/Visszaesés.
	• Palliatív kezelés(ek) szükségessége.
	• Hospice ellátás időszaka.

Ajánlás3 – Az onkopszichológiai kivizsgálás tartalmi elemei

A járó- és fekvőbeteg ellátás során végzett onkopszichológiai kivizsgálás, illetve a vizsgálatról készült dokumentáció az aktuális vizsgálati helyzethez, fennálló körülményekhez és lehetőségekhez (pl. beteg aktuális állapota, vizsgálatba vonhatóság lehetősége) illeszkedve, a szakember döntése alapján az alábbi tartalmi elemek teljeskörű figyelembevételével, adott esetben és szükség esetén több ülésben, javasolt, hogy történjen és megvalósuljon [19]: (D)

Az onkopszichológiai szakvizsgálat kiterjed: a [1] bekerülés körülményeire, a (kért) vizsgálat okára/indokára, az indikációkra [2] a beteg pszichológiai/pszichiátriai anamnézisére (ld. pl. a DSM5-ben [19] részletezésre kerülő interjú), [3] a beteg szomatikus anamnézisére, [4] a beteg jelenlegi panaszaira és a vizsgálat során megfigyelhető/megfigyelt aktuális pszichés státuszára, [5] jelentősebb korábbi és jelenlegi biográfiai tényezőkre, eseményekre, [6] az összefoglaló véleményalkotásra, illetve diagnózisra és a [7] terápiás javaslattételre egyaránt.

A betegvizsgálatról készülő egészségügyi dokumentáció (ambuláns lap, lelet, szakvélemény stb.) felépítésében magában foglalja, és javasoltan követi is a fentiekben ismertetett struktúrát, tartalmában pedig a kivizsgálás (interjú, tesztek stb.) során nyert adatok és információk értő és integráló összesítését tartalmazza.

Az onkopszichológiai exploráció során alábbi tényezők vizsgálata szükséges:

(a) *A bekerülés körülményei, illetve a vizsgálat oka:*

- Klinikai kérdés, a vizsgálat apropója/indoka,
- onkológiai diagnózis megjelölése,
- a vizsgálatot kérő kezelőorvos megjelölése,
- a beteg igénye a vizsgálattal kapcsolatban,
- a vizsgálat és az állapot szempontjából bármilyen fontos körülmény (pl.: diagnózisközlést követő állapot, krízis, műtét utáni/előtti állapot, agyi áttét, fennálló fájdalom erőteljes fájdalomcsillapítás, mentős szállítás, sürgősségi beutalás stb.),
- a vizsgálatot indikáló, illetve a fennálló (szubjektív) pszichológiai panaszok/nehézségek/problémák/látványos viselkedési és/vagy érzelmi tünetek.

(b) *Pszichológiai/pszichiátriai anamnézis, illetve a premorbid személyiség vizsgálata:*

- Pszichológiai és/vagy pszichiátriai anamnézis (korábbi hospitalizáció, pszichoterápia stb.),
- jelenlegi vagy korábbi gyógyszer szedés (gyógyszerelést végző személy),
- szükség esetén, illetve indokolt esetben heteroanamnézis,
- korábbi krízishelyzetek (fejlődési és akcidentális) feltérképezése, különös tekintettel az alkalmazásra került megküzdési módokra.

(c) *A fizikális állapot áttekintő felmérése (orvosi dokumentáció, vagy a beteg elmondása alapján)*

- Szomatikus anamnézis, korábbi hospitalizációk,
- onkológiai betegségtörténet,
- egyéb (fennálló, krónikus) betegségek,
- aktuális fizikai panaszok (hányinger, fájdalom, légszomj, alvási problémák, étvágytalanság stb.).

(d) *Pszichológiai status: készítése pszichopatológiai alapfogalmakkal leírtan történik, melyekből a beteg/páciens/kliens pszichiátriai kórtünetei egyértelműen megérhetőek, beleértve a pszichológiai működés legfőbb területeit is (Kogníció: tudati működés, figyelem, érzékelés, észrevevés, emlékezés, gondolkodás, Affektus: ösztönök, érzelmi élet, hangulat, indulaat, Magatartás: indíték, akarat, pszichomotilitás, kommunikáció, Globális jellegű működések: intellektus, személyiség, beállítódás):*

- A tudat vigilitása és integrációja, a tudat zavarai,
- auto-, allopszichés, illetve térbeli és időbeli orientáció,
- realitásban megtartottság, érzékcsalódásra vagy percepciózavarra utaló jegyek, illetve kóros tartalmak (delúziók, hallucinációk stb.) feltárhatósága, delírium,
- figyelem felkelthetősége, irányíthatósága, a célképzetet megtartása,
- észrevevési, érzékelési zavarok vagy erre utaló közvetett jelek észlelhetőek, vagy sem,
- gondolatok és a gondolkodás színvonala, intellektusa, a képzetek, a fogalmak használata az iskolázottsági szintnek megfelelő-e, vagy sem,
- a gondolkodás alaki és tartalmi épsége (kognitív funkciók),
- beszámíthatóság vizsgálata (döntéshozatalra való képesség),
- megjegyző, megtartó és felidéző emlékezés megtartottsága (mnesztikus funkciók),
- a hangulatának fekvése és jellege (normotív, alacsony, közepes, magas),
- érzelmi reakciók adekvátsága (a helyzethez, illetve a közölt tartalomhoz illeszkedik e minőségben és intenzitásban),
- szorongásos tünetek: szubjektív, magatartásbeli, vegetatív jelek, vagy szituációhoz illeszkedő mértékű szorongás,
- aktivitás és cselekvőkészség anamnézisben megismerthez képest történő változások (bénulás, lassultság, inaktivitás stb.),
- étvágy, tápláltság, cachexia, túlsúly, hányinger, testsúlyváltozás,
- el- és átalvás minősége, pihentető alvás mennyisége, bármilyen változás,
- szexuális élettel összefüggésben tapasztalt változások, panaszok (aszexualitás, meddőség, impotencia, lubrikációs problémák stb.),
- a pszichomotorium (felgyorsul, átlagos/normál, meglassult), formai zavartsága nem mutat,
- beszéd sebessége (meglassult, elkent, átlagos, felgyorsult stb.) és formai szabályozottsága (logikusan szervezett, célirányosan szőtt stb.),
- tekintet-kontaktust tartás (pontos, nem megtartott stb.),

- mimika, gesztusok (ezek illeszkedése a beszédhez, annak tartalmához),
- kritikai készség megtartottsága (helyzethez illő magatartás, magatartás megváltozása stb.),
- személyiség (változott, megtartott, karakterpatológiás jegyek) és önértékelés (megtartott, nem felismerhető stb.),
- szociális kapcsolatok mennyisége és minősége (rendezett, ép, izoláció stb.),
- betegségtudat (adekvát, reális, irreális, nem felismert, hárított),
- értékorientáció és személyes célok (helyzetnek megfelelően alakulóak, szocializációjához illeszkedőek, inadekvátak, bizonytalanok, elvesztek stb.),
- korábbi és/vagy jelenlegi addikciók (alkohol, drog, nikotin stb.).

(e) *Szuicid ideációk/gondolatok/késztetések:*
- Korábbi szuicid kísérletek,
- jelenlegi szuicid ideációk/gondolatok/késztetések/tervek felmérése.

(f) *Biográfiai adatok, fontos életesemények áttekintő felmérése:*
Például: Születés körülményei, családi szerkezet, kisgyermek-, kamasz-, serdülőkor meghatározó történései, pszichoszexuális fejlődés szakaszai, testi-szellemi fejlődési szakaszok, iskolák, illetve tanulmányi eredmények, munkavállalás, munkahelyi teljesítmény, szabadidős tevékenységek, hobbik, jelenlegi család, családalapítás időszaka, korábban előforduló pszichés traumák (ld. később), jelenlegi élethelyzet meghatározó tényezői (munkahely, családi viszonyok stb.).

(g) *Az onkológiai betegség kapcsán kiemelten releváns biográfiai tényezők:*
- Korábbi veszteségek, betegségek, halálesetek, pszichés traumák,
- megoldott, elakadt vagy patológiás gyászfolyamatok az élettörténetből,
- korábbi betegséghez/hospitalizációkhoz kapcsolódó élmények (altatás, ébresztés, testi-lelki változások stb.),
- családban/ismerősi körben onkológiai betegség előfordulása,
- addikciók (alkohol, drog, nikotin, étel stb.),
- jelenlegi családi helyzet és viszonyok (pl.: válás, kisgyermek(ek) a családban).

(h) *A lehetséges protektív tényezők:*
- Társas támogatottság (család, egyéb szociális kapcsolatok stb.),
- asszertivitás, reziliencia,
- lelki elhárítómechanizmusok,
- lelki megküzdési módok és stratégiák,
- stresszkezelő technikák (relaxáció, jóga, MBSR stb.),
- sport, szabadidős tevékenységek,
- vallási és spirituális erőforrások, közösségek,
- betegszervezetekkel való kapcsolat.

(i) *A felvételre kerülő tesztek eredményei és értékelésük.*
(j) *A vizsgálat összefoglalása és (szak)vélemény.*
(k) *Diagnózis, iránydiagnózis.*
(l) *Terápiás terv és/vagy terápiás javaslat, további vizsgálatok indikálása.*
(m) *Következő időpont és a vizsgáló személy, terapeuta elérhetőségei.*

Az onkopszichológiai vizsgálat neurológiai problémák (pl. demencia kapcsán, vagy tünetet okozó agyi térfoglaló folyamatok, illetve például agyi besugárzás, vagy kemoterápiát követő kognitív működészavarok esetén) fennállása és kivizsgálása esetén neuropszichológiai eszközök alkalmazását (adott esetben neurológus, vagy neuropszichológiai szakpszichológus szakvizsgálatát) is magában foglalja. Az onkológiai betegek kezelése során, vagy azt követően fellépő neurokognitív zavarok (pl. chemobrain) jól ismert mellékhatások.

Az onkopszichológiai vizsgálatot és dokumentációt követően minden esetben javasolt konzultálni a beteg kezelőorvosával, indokolt esetben pedig további pszichiátriai/neurológiai/neuropszichológus kivizsgálást is szükséges (írásban is) javasolni.

Az onkopszichológiai ellátás keretében zajló hosszú távú gondozás során készülő betegdokumentáció szükséges, hogy teljeskörű kivizsgálással kezdődjön. A későbbiekben az obszerváció, a kontrollok és a pszichoterápiás folyamatok ellátási alkalmai esetében a rendszeres dokumentáció szintén szükséges és a beteg pszichés státuszában bekövetkező, a pszichológiai és orvosi ellátása szempontjából lényeges új információkat (pl. ismételten felvett teszteredmények, explorálható hangulatváltozás, mellékhatások megjelenése stb.) és eltéréseket ajánlott a kezdeti vizsgálatra történő visszautalással összevetve rögzíteni.

Ajánlás4 – Az alkalmazandó pszichodiagnosztikai nomenklatúrák

A diagnosztikus kivizsgálás során a BNO 10 (Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. Kiadás 1993), mely a diagnosztikus kódolás alapja [16] vagy a DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual fifth edition 2013) Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) [17] kritériumait kell figyelembe venni. (A)

A diagnosztikus kivizsgálás során a szakembereknek a BNO-10 [16] és a DSM-5 [17] kritériumait kell figyelembe venniük. Ez növeli a diagnózis megbízhatóságát a kevésbé tapasztalt szakemberek esetében is. Jelenleg Magyarországon a pszichopatológiai problémák diagnosztikai besorolása a BNO-10 klasszifikációs rendszer alapján történik. A DSM-5 a BNO-10-nél újabb besorolási rendszer, emiatt didaktikusabb, jobban követhető a pszichopatológiai problémák azonosítása és besorolása. Mindkét betegségosztályozó rendszer világszerte használatos a fekvő- és a járóbeteg ellátásban is, míg kutatási célokra elsősorban a DSM szolgál [18].

Ajánlás5 – Leggyakoribb pszichológiai problémák felismerése és ellátása

Onkológiai betegségek esetén fokozott figyelmet kell fordítani a pszichopatológiai jelenségek szűrésére, a specifikus tünetek azonosítására és mérlegelésére. A tünetek, a pszichoszociális szűrés eredményei és a pszichodiagnosztikai elemzés alapján szükséges mérlegelni a lehetséges onkopszichológiai intervenciós útvonalakat. Tekintettel kell lenni a hangulatot érintő problémákra, betegségekre különösképpen a szuicid veszélyeztetettségre, valamint a szorongásos zavarokra, illetve a pszichotikus állapotok és a személyiségzavarok felismerésére is [5]. (A)

Az ábrák az NCCN Guidelines Distress Management [5] irányelv alapján kerültek fordításra és adaptálásra.

1. ábra: A pszichiátriai/pszichológiai ellátás folyamatmodellje (*DIS-5 [5] alapján)*

Pszichológiai/pszichiátriai ellátás folyamatmodellje			
Jelek/tünetek/problémák/panaszok/viselkedés	**Értékelendő/mérlegelendő tünetek**	**Diagnosztika, pszichodiagnosztika**	**Utánkövetés**
Az onkológiai orvosi team referál a mentális egészségügyi teamnek, pszichológusnak.	• Distressz. • Viselkedésbeli változások. • Problémák a kapcsolatokban. • Pszichiátriai előzmények/gyógyszerek. • Szerhasználati zavar. • Fájdalom- és tünetkezelés. • Fáradtság. • Testkép. • Hangulat. • Szexuális egészség. • Károsodott kognitív funkciók. • Biztonság. • Öngyilkosság kockázata. • Pszichológiai/pszichiátriai komorbiditás Orvosi okok.	• Neurokognitív zavarok (delírium, demencia). • Trauma és stresszbetegségek. • Obszesszív-kompulzív zavar. • Szerhasználat, addikciók. • Depressziós zavarok. • Bipoláris és kapcsolódó zavarok. • Szkizofrénia spektrum és egyéb pszichotikus zavarok. • Szorongásos zavarok. • Személyiségzavarok. • Organikusés szimptómás mentális zavarok. • Nemi identitás és szexuális élet zavarai.	Utánkövetés és folyamatos kommunikáció/konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal, háziorvossal

2. ábra: A depresszió és a szorongásos zavarok ellátási folyamatmodellje (*DIS-11 [5] alapján)*

Depressziós és szorongásos zavarok				
Diagnózis	**Tünetek értékelése/mérlegelése**	**Önártalom veszélye**	**Kezelés**	**Utánkövetés**
<u>DEPRESSZIÓ</u> • Betegséggel összefüggésben kialakuló depressziós állapotok. • Depressziós epizód. • Major depresszió. <u>SZORONGÁSOS ZAVAROK</u> • Általános egészségügyi állapot miatti szorongás. • Generalizált szorongásos zavar. • Pánikbetegség. • Specifikus fóbia. • Agorafóbia. • Szociális szorongásos zavar. • Szerhasználat/gyógyszerek okozta szorongásos zavar. • Anticipált hányinger/hányás.	• Az alábbiakkal összefüggésben történő differenciáldiagnosztika: o Daganatos betegség, o kezelés, o gyógyszerek, o Orvosi okok. o elvonási tünetek, o fájdalom, o fáradtság, o alvászavarok, o anorexia, o anhedónia, o csökkent érdeklődés tevékenységek iránt, o halálvágy, o öngyilkossági gondolatok, o hangulatingadozás, o gyenge koncentrációs képesség, o demoralizáció, • Vegyük figyelembe a pszichoszociális és lelki tényezőket. • A döntéshozatali képesség mérlegelése/felmérése. • Család/otthoni környezet szempontjai. • Biztonságos környezet. • Alkohol és rekreációs szerhasználat felmérése. *Pszichoszociális szűrés/felmérés fontossága.*	***Nem jelent veszélyt önmagára vagy másokra***	• Pszichoterápia. • A depresszióval együtt járó testi tünetek kezelése. • Pszichotróp gyógyszerek: o Antidepresszánsok, szorongásoldók. • Mentális egészségügyi kezelés és utánkövetés. • Beteg és család edukációja szociális munkás, tanácsadó szolgáltatások vagy lelki pásztor bevonásának megfontolása.	Utánkövetés és konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal
		Önártalom veszélye, vagy mások veszélyeztetése fennáll	• Öngyilkosság vagy gyilkosság kockázatának mérlegelése. • Kórházi kezelés. • A betegbiztonság kialakítása: o Pszichiátriai konzultáció szükségszerűsége, o fokozott nyomonkövetés, o terápiás terv kialakítása, o fegyverek/veszélyes eszközök eltávolítása. • Mások/környezet biztonságának biztosítása. A szociális munkás, tanácsadó szolgáltatások, vagy lelkipásztor bevonásának megfontolása.	Utánkövetés és konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal

3. ábra: A személyiségzavarok ellátási folyamatmodellje (*DIS-22 [5] alapján)*

Személyiségzavarok			
Diagnózis	**Tünetek értékelése/mérlegelése**	**Kezelés**	**Utánkövetés**
Személyiségzavarok jelei és tünetei daganatos betegeknél: • Orvosi bevatkozásokhoz, vagy kezeléshez kapcsolódó, személyiségváltozás • borderline, • hisztrionikus, • skizoid, • kényszeres (OCD), • paranoid, • antiszociális, • nárcisztikus, • dependens, • skizotíp.	Az alábbiakkal összefüggésben történő differenciáldiagnosztika: • Daganatos betegség, • kezelés, • gyógyszerek, • orvosi okok, • elvonási tünetek, • fájdalom, • manipulatív viselkedés, • düh, • fenyegető viselkedés, • hisztrionikus viselkedés, • követelő viselkedés, • félelem, • adöntéshozatali képesség felmérése, • család/otthoni környezet figyelembe vétele, • önártalom veszélyének felmérése.	• Összehangolt viselkedés- és pszichológiai, illetve orvosi kezelés kidolgozása az egészségügyi teammel (alappszichoterápiás + gyógyszeres kezelés kombinálása). • Személyzet és vezetőség érzékenyítése, edukációja. • A pszichiátriai ellátás mérlegelése.	Utánkövetés és konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal

4. ábra: A szkizofrénia és a pszichotikus zavarok ellátási folyamatmodellje (*DIS-5 [5] alapján)*

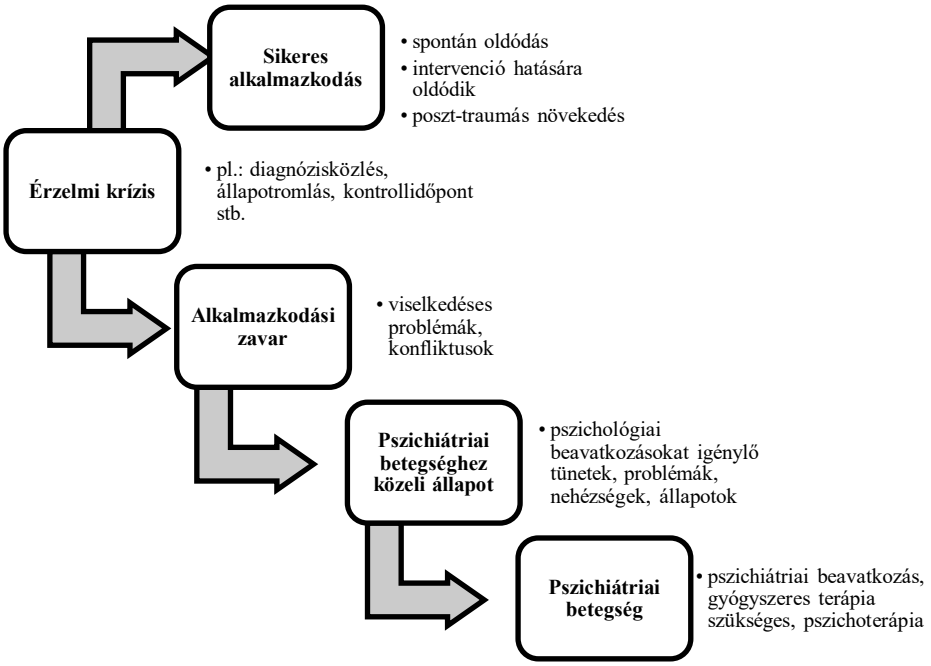
Szizofrénia és egyéb pszichotikus kórképek				
Diagnózis		**Vizsgálandó tényezők**	**Kezelés**	**Utánkövetés**
Pszichotikus epizód a daganatos megbetegedés/kezelés során vagy szkizofrénia/pszichotikus zavar az anamnézisben: • Pszichózis, • szkizofrénia, • affektív pszichózis, • szerhasználat, • gyógyszeres kezelés, • neurológiai státusz.	**Pszichotikus tünet nem áll fenn**	➔➔➔➔➔		Utánkövetés és konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal
	Pszichotikus tünetek fennállnak: • **Hallucinációk,** • **téveszmék,** • **stb.**	Mérlegelendő/vizsgálandó: ○ Daganatos betegség, ○ kezelés, ○ Gyógyszerek (szteroidok), ○ delírium, ○ demencia, ○ elvonási tünetek vagy szerhasználati zavar, ○ pszichotikus zavar új diagnózisa, ○ pszichotikus állapot kiújulása (pl. nem szedi az antipszichotikumot). • A döntés hozatali képesség kiértékelése. • A biztonság kiértékelése. A családi/gondviselői erőforrások felmérése, beleértve a fekvőbeteg pszichiátriai kórházi kezelés lehetőségét és a közösségi mentálhigiénés csapatot is.	• Betegbiztonság megteremtése. • Pszichiáter bevonása. • Antipszichotikumos gyógyszeres kezelés. Egyéb gyógyszer beállítás: • Hangulatjavító, szorongásoldó, • pszichiátriai beutalás, kórházi befektetés/befekvés • elektrokonvulzív terápia.	

Ajánlás6 – Az onkológiai betegség, mint súlyos krízis és pszichotrauma

Az onkológiai betegség kialakulásának/megjelenésének hatására létrejövő élettörténeti szempontból pszichotraumát jelentő eseményének következtében kialakuló krízisállapot olyan szorongással járó bizonytalan lélektani állapot, mely mihamarabbi célzott krízisintervenciós – szükség esetén javasoltan pszichiátriai és szakpszichológiai/onkopszichológiai – beavatkozást tehet szükségessé. (A)

Az egészségi állapot drasztikus megváltozása, a megbetegedés ténye, a betegség és a gyógyítási/gyógyulási folyamat következtében érzékelhető sokszor azonnali, de legalábbis rövid távon megjelenő testi-lelki változások traumaként azonosíthatók.
Ezek folyamatosan fennálló és ismétlődő úgynevezett ongoing jellege, a folyamat részeként átélt permanens bizonytalanság, illetve a kimenetel ismeretlenségének következtében krízishelyzet alakulhat ki [20].
A krízis intenzív szorongással járó bizonytalan, de alapvetően átmeneti lélektani állapot, mely időlegesen kognitív beszűkültséggel, fizikális és egyéb pszichés tünetekkel is járhat [21]. A sokáig tartó intenzív krízis – intervenció nélkül – pszichopatológiai tünetekben manifesztálódhat, pszichiátriai betegségekben is rögzülhet, illetve szuicid viselkedést is eredményezhet, emiatt igencsak kritikus a mielőbbi adekvát ellátás (pszichológiai intervenciós lehetőségek, pszichofarmakoterápiás eszközök).
Az általában akut stresszreakcióval induló, krízisként azonosítható megterhelő lélektani helyzetek a mentális stabilitást veszélyeztető állapotoknak a szomatikus gyógyászatban előforduló egyik leggyakoribb és egyben legkritikusabb kategóriáját jelentik. A krízist beszűkült figyelem, kommunikációs nehézségek, impulzív és ingadozó érzelmi állapot, csökkenő hatásfokú tevékeny aktivitások és kognitív tünetek is jellemezhetik [22].
Az érzelmileg kritikus állapotban tapasztalt krízis spontán vagy (krízis)intervenció (ld. vonatkozó ajánlás) hatására történő old(ód)ását követően sikeres viselkedéses és érzelmi alkalmazkodásról, hosszabb távon pedig poszttraumás növekedés (PTN/PTG) esetleges megjelenéséről is beszélhetünk.

5. ábra: Az érzelmi krízis lehetséges kimenetelei (készült: az Országos Onkológiai Intézet munkacsoportjának ábrája alapján [22])



Ajánlás7 – Szuicid veszélyeztetettség

Onkológiai betegségekhez társulóan azonosított hangulatzavarok, szorongásos zavarok, anamnézisben azonosított premorbid pszichiátriai kórképek, viselkedés alapján megfigyelhető súlyos karakterpatológiák esetén, továbbá kritikus élethelyzetek (negatív állapotváltozások, diagnózisközlés, állapotrosszabbodás) kapcsán a szuicid veszélyeztetettség vizsgálata kötelező, felmerülő szuicid késztetés vagy ideáció esetén pszichiáter szakorvos bevonása, adott esetben a beteg pszichiátriai hospitalizációja szükséges [23, 24, 25]. (A)

- *A szuicid fenyegetettség és veszély felismerésével, kezelésével, megelőzésével kapcsolatban általánosan irányadó az EPA 2012-ben közreadott [24], 2017-ben magyarra adaptált [25], irányelve a felnőttkori szuicid viselkedés kezeléséről és prevenciójáról.*

A súlyos, különösen a központi idegrendszert érintő, valamint a fájdalommal, fizikai korlátozottsággal és szenvedéssel járó szomatikus, valamint anticipált/valós életveszéllyel járó betegségek fokozzák az öngyilkosság kockázatát [25].
Az öngyilkossági kockázatot leginkább a neurológiai és a daganatos betegségek fokozzák. Ugyanakkor fontos, hogy megfigyelések szerint a rákbetegség esetén az öngyilkossági késztetés főképpen a fennálló major depresszióval és nem elsősorban a betegség súlyosságával, várható kimenetelével vagy a fájdalom intenzitásával függ össze [26, 27, 28].

Bizonyos tartósan fennálló személyiségvonások, mint például az impulzív, agresszív, hosztilis tulajdonságok csak az akut stresszor (jellemzően például súlyos élethelyzeti krízis) jelenlétében váltanak ki öngyilkos magatartást [25]. A fentieken kívül a depresszív, ciklotím, irritábilis, szenzitív és szorongó affektív temperamentum, a pesszimista alaptermészet, akárcsak az alacsony problémamegoldó készség, valamint a szorongó egyénekre jellemző negatív kognitív triád (negatív énkép, világkép és jövőkép) szintén hajlamosítanak szuicid magatartásra különösen pszichiátriai betegségek vagy igen súlyos, akut, élethelyzeti krízis fennállása esetén [24, 25].
Daganatos betegek körében 20%-al magasabb a kockázat az öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok vagy az öngyilkos magatartás megjelenésére az átlag populációhoz és más betegpopulációhoz viszonyítva egyaránt [29]. Egy 2018-as brit, 20 évig tartó utánkövetéses vizsgálat eredményei szerint, melyben 4,7 millió onkológiai beteg adatait vonták statisztikai elemzés alá 2491 esetben találtak befejezett öngyilkosságot, amely a minta 0,08%-át jelentette. Célzott protokollok segítségével megfelelő pszichológiai szűrés és kezelés mellett ezek az esetek nagy arányban megelőzhetőek lennének [30].

Onkológiai betegség esetében a diagnózist követő 5 évben nagyobb a kockázat, de 15 évvel később is jelentős marad a veszélyeztetettség. Betegségtípus szerint, csökkenő sorrendben a gége- és tüdőrák, a gyomorrák, illetve a fej-nyaki daganatokkal küzdők követnek el nagyobb valószínűséggel öngyilkosságot – jellemzően a jelentős életminőségromlással összefüggő betegségtípusokkal küzdők tehát.

A passzív öngyilkosság előfordulásának formái:
- Műtét/kezelés visszautasítása, együttműködés megszakítása.
- Váratlanul felbukkanó alkoholizmus/drogabúzus (prolongált öngyilkosság).
- Súlyos étkezési zavarok (pl. drasztikus diéta, „tisztítókúrák”).

Az öngyilkosság specifikus rizikófaktorai onkológiai betegeknél:
1. *Demográfiai változók*: 60-as 70-es éveikben járók és a férfiak rizikócsoport. A légzőszervi daganatban szenvedőknél magasabb az öngyilkossági rizikó (feltételezhetően ebben a csoportban nagyobb számban előforduló egyéb problémák miatt pl. alkohol, dohányzás, egyéb kezeletlen pszichés probléma).
2. *Depresszió*: Erős prediktor, az öngyilkosságot elkövetők 50%-a depresszióban szenved.
3. *Reménytelenség*: Kifejezetten erős prediktor, a depresszió ezen tünete erősebben korrelál az öngyilkossággal a depressziónál is.
4. *Kontrollvesztettség és tehetetlenség*: Erősebb kontrolligény például onkológiai betegség következtében kialakuló kontrollveszített állapot esetén a szuicid viselkedés, mint a kontroll visszaszerzésének egyik lehetősége jelenhet meg. Mind az önrendelkezés elvesztésének érzése, mind a tehetetlenség erős rizikófaktorok. A fizikai állapotromlás fokozza a tehetetlenséget.
5. Kontrollálatlan és/vagy permanens (adott esetben pszichogén) *fájdalom.*
6. *Egyéb fizikai tünetek.*
7. *Kognitív diszfunkció, delírium*: Hozzávetőlegesen az öngyilkossági kísérletet elkövetők harmada delirált állapotban kísérelte meg tettét, továbbá a kognitív diszfunkciók a helyzet következményeinek valós kiértékelését, reális megítélését is ellehetetlenítették. A fokozottá váló kognitív diszfunkciók pszichotikus tüneteket, organikus mentális zavarokat, depressziót okozhatnak.
8. *Társas támogatottság:* Protektív tényező, az alacsony szubjektív társas támogatottság nagyobb rizikót jelent.
9. *Pszichiátriai előzmény*: Kifejezetten erős prediktor, az öngyilkosságot megkísérlők fele karakterpatológiás működésű. Növelik a rizikót az egyéb mentális kórállapotok: depresszió, szorongásos zavarok, szenvedélybetegség, szkizofrénia, evészavarok.

10. *Spirituális és egzisztenciális válság*: Az élet értelmességébe vetett hit elvesztése felerősítheti a halálvágyat („Mi értelme bárminek?", „Miért éppen én?" stb.).
11. *Korábbi vagy családi öngyilkossági előtörténet:* Kifejezetten erős prediktor.
12. *Biográfiai tényezők*: Például negatív életesemények, korábbi/aktuális veszteségek (munkanélküliség, válás stb.).

A szuicid viselkedésre hajlamosító egyéb lényeges tényezők onkológiai betegek körében:
- Nagyfokú szorongás, agitáció.
- Nagyfokú beszűkültség.
- Realitás-kontroll elvesztése.
- Kognitív diszfunkció, delírium.
- Alkohol-drog-gyógyszerabúzus/dependencia.
- Kritikus évforduló (pl. közeli családtag halála), ünnepek.
- Spirituális és egzisztenciális nyugtalanság.
- Fokozódó testi tünetek, mellékhatások.
- Rosszul kontrollált fájdalom.
- Kifejezett mellékhatások.
- Száji, fejnyaki tumorok.
- Előrehaladottabb betegség.
- Delírium (kezelés következtében).
- Deficit tünetek/deficittel járó változások a betegség során (pl. amputáció, fatigue, béleltávolítás, evési nehézség, nyelési nehézség, mobilitás elvesztése, ürítési funkciók elvesztése).
- Mások megterhelésétől való szorongás.
- Bűnösségi érzések, gondolatok.

Fontos, hogy a szuicid veszély megállapítását a felsorolt rizikótényezők klinikai konstellációjára kell alapozni! Minden jelzést komolyan kell venni!

A szuicid hajlam/késztetés operacionalizált vizsgálatára a beteg alapos pszichológiai explorációját kiegészítendő a pszichodiagnosztikai célzattal is széles körben alkalmazott önkitöltős személyiségtesztek (MMPI és MMPI2), a projektív tesztek (Rorschach Projektív Próba bizonyos táblái, a képzetáramlás jellege, vagy az acting out levezetésének módja alapján, illetve: Tízjegyes szuicid konstelláció, Hertz-féle konfigurációs technika, Pietrowski féle predikciós skála, Szondi teszt: 2 és 10 profillal) egyaránt alkalmasak lehetnek [25, 31-35]. Hasonlóképpen kiegészítésül és nem a pontos kórisme kialakítását célzandó, de alkalmazható a szuicid késztetés/hajlam/rizikó felmérésére és szűrésére a 4 kérdést tartalmazó Beck Reménytelenség Kérdőív [36], illetve a 9 kérdéses Beck Depressziószűrő Skála is [37].

Az öngyilkossági krízisben lévő beteg vizsgálatának mindig ki kell térnie a háttérben meghúzódó pszichiátriai, személyiség- és szomatikus zavarok detektálására, a beteg, illetve a családtagok esetében előforduló öngyilkos magtartás feltárására, az esetlegesen fennálló életuntság, halálvágy vagy szuicid szándék, valamint az implicit és explicit szuicid kommunikáció vizsgálatára. Az öngyilkossági kockázatot a beteg pszichológiai és társas funkcióját vizsgáló klinikai interjúk során is célzottan keresni kell [32]. A specifikus pszichometriai skálák hasznosak lehetnek az öngyilkossági rizikó meghatározásában, de nem helyettesítik a páciens szakszerű kikérdezését.

Ajánlás8 – Lehetséges onkopszichológiai vizsgálati eszközök

A típusos és legjellemzőbb pszichopatológiai állapotokat jelző pszichológiai tünetek operacionalizált felismerésében és lehető legkorábbi azonosításában önkitöltős vagy szakember által kitöltendő, de minden esetben lehetőség szerint validált és standardizált (szűrő) tesztek és interjúk használata javasolt [5]. (A)

Pszichodiagnosztikai kivizsgálásra önmagában és kizárólagosan kérdőív nem alkalmas, azokat szűrő jelleggel a korai, illetőleg a mihamarabbi felismerést segítő és azt célzandó érdemes és javasolt alkalmazni. A kérdőíveket a szakpszichológiai/onkopszichológiai kivizsgálást és interjút kiegészítendő, pszichoszociális szűrés esetén azt megelőzően javasolt felvenni.
Pszichodiagnosztikai, illetve a differenciáldiagnosztikai folyamat során, valamint a szakvélemény kialakításánál, és az ehhez kapcsolódó terápiás terv elkészítésénél mind az alkalmazott kérdőívek eredményei, mind pedig a vizsgálati interjú, a (szak)pszichológiai exploráció információinak integráló összesítése szükséges.

2. táblázat: Az onkopszichológiai állapotfelmérés/vizsgálat/szűrés alkalmazni javasolt eszközei *([66] alapján, saját szerkesztés)*

Problémakör, vizsgálni kívánt konstruktum	**Kérdőív**
Szorongás	STAI [47, 48], Zung [49], Hamilton [50], HADS [38], GAD-7 [39, 102], Betegségteher Index [51]
Depresszió	BDI (hosszú és rövid verzió) [40, 37], HADS [38], Zung [49], Hamilton [50], CES-D [52],
Distressz	Distress Thermometer [42], Érzelmi hőmérők [41]
Életminőség	FACIT [46], QLQ-C30[100],
Neurológiai tünetek, demencia	Óra teszt [53], MMST [55], AKV [54], Rey-szólista [43], Wisconsin kártyaválogatási teszt [57]
Személyiség komplex vizsgálata	Rorschach próba [58], Szondi teszt [59], MMPI I [60] és II [61]
Öngyilkosság	Reménytelenség skála [36], MMPI I [60] és II [61], Rorschach próba [58], Szondi teszt [59], Blazsek-Wernigg [101],
Intelligencia	MAWI [44, 45], WAIS és WAIS-R [62]
Társas támogatottság	SDS [63], Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás [64]
Trauma	PDS [65]
Komplex szűrőrendszerek	PHQ-Screener [103]
Egyéb	PRISM[105]

Minden esetben szükséges meggyőződni a felhasznált eszközök alkalmazhatóságáról jogdíjak és egyéb engedélyek tekintetében. Javasolt továbbá egészségügyi ellátás során az ágazatilag finanszírozásra kerülő battériák alkalmazása.

Ajánlás9 – Pszichoszociális szűrés fontossága és eszközei

Az onkopszichológiai ellátás keretében végzett pszichoszociális szűrésbe minden onkológiai gondozásba kerülő beteget javasolt bevonni. Szükség esetén (pl. nyomonkövetés, obszerváció céljából, onkológiai kontroll alkalmával vagy állapotváltozás, relapszus esetén stb) a (szűrő)vizsgálatot javasolt megismételni. A pozitívan kiszűrt beteget/pácienst/klienst minden esetben, a szűrővizsgálat során azonosított pszichoszociális állapota által indokolttá tett mértékben, a megfelelő szakterületi és módszertani gondozásba szükséges venni a beteg compliance és a rendelkezésre álló humán erőforrások figyelembevételével [5]. (A)

Az onkopszichológiai szűrés, a distressz, a szorongás, a depresszió (stb.) felmérése szükséges, hogy megfelelő módszertani vizsgálatok által hazai mintán is validált eszközökkel történjen (ld. lehetséges vizsgálati eszközök).

Az NCCN Guideline által alkalmazásra javasolt Distress Thermometer (DT) [5, 42] nevű ultrarövid szűrővizsgálati eszköz és a hozzá tartozó tünetlista magyar mintán történő együttes validálása jelenleg folyamatban van [72]. Az eszköz gyors szűrőeszközként azonban, a szakember körültekintő mérlegelését követően, jelenleg is használható.

A szűréshez is alkalmazható eszközöket (kérdőívek, tesztek) a vizsgálati eszközökről szóló ajánlás mutatja be.

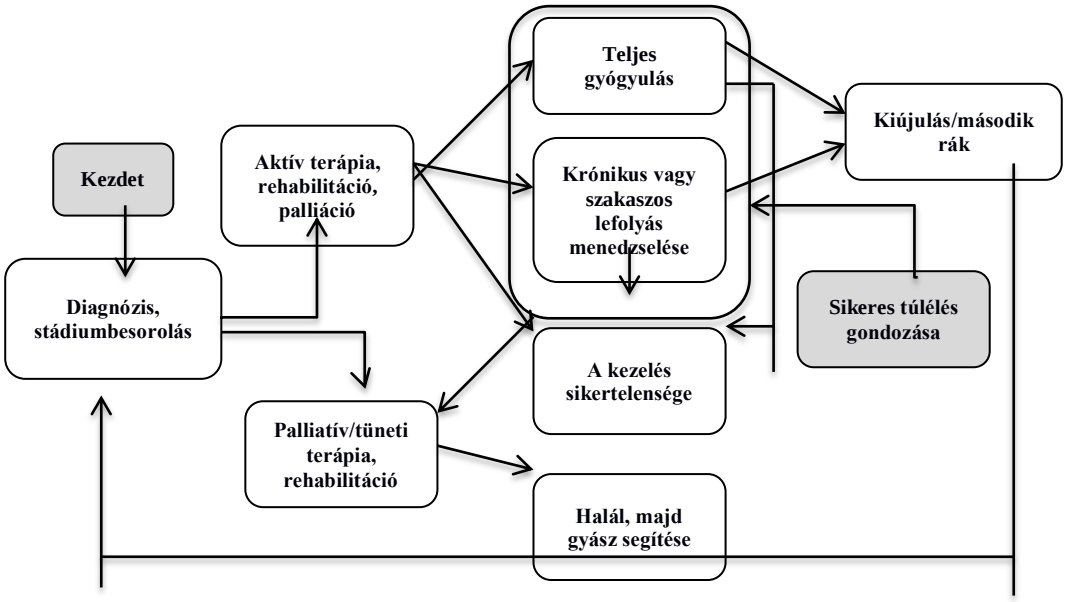
Ajánlás10 – Az onkopszichológiai intervenciók lehetőségei

Az onkopszichológiai intervenciók minden esetben az onkomedikális ellátás szakaszaihoz illesztetten, a beteg állapotát és ezirányú motivációját minden esetben integrálóan figyelembe vevő módon alkalmazandók. Ennek érdekében szoros együttműködés szükséges a kezelőorvos, a szakszemélyzet és a pszichoszociális ellátást végző szakember között, aki tehát szintén a gyógyító team tagja [5, 67, 68]. (A)

Az onkopszichológiai intervenciók a betegség változatosságához és a beteg aktuális állapotához, személyiség-működéséhez illeszkedve széles spektrumon helyezkednek el. Nonverbális terápiák, általános pszichés

szupportív betegvezetés vagy érzelmileg támogató tanácsadás, pszichoedukatív beavatkozások, krízisintervenció, egyéni vagy csoportos pszichoterápiás folyamatok, pár- és családterápia egyaránt az eszközkészlet részét képezi. Jellemzően kevéssé expresszív, feltáró jellegű az onkopszichológiai intervenció, mint inkább támogató, szupportív célzatú.

6. ábra: **A betegség lefolyásának és a kezelések hálózatos ábrája (készült [22, 67] alapján)**



A beavatkozásnak minden esetben illeszkedni szükséges a beteg fizikális állapotához is, kapcsolódva, így a gyógyulási/gyógyítási/betegséglefolyás folyamat legfőbb történéseihez is.

3. táblázat: Az onkológiai ellátás szakaszai és a jellemző tünetek, valamint az alkalmazásra ajánlott pszichoszociális intervenciók (készült [5, 22, 68, 69, 70, 71] alapján)

Betegséglefolyás és onkológiai ellátás szakaszai	Főbb onkológiai történések és a kapcsolódó pszichoszociális tünetek	Alkalmazásra ajánlott pszichoszociális intervenciók
Szűrővizsgálatok (sine morbo)	Sine morbo állapot, genetikai hajlam megléte, önvizsgálatok, normatív és rendszeres orvosi vizsálatok. *Jellemző pszichoszociális problémák:* halogatás, egészségszorongás, kommunikációs nehézségek, stigmatizációtól/betegségtől/genetikai hajlamtól való félelem, szorongás	Prevenciós beavatkozások, egészségtudatos életmód elősegítése, primordiális és primer prevenció, társadalmi érzékenyítés, pszichoedukáció, asszertivitás támogatása.
Onkológiai kivizsgálás	Célzott kivizsgálás, primer tumor és/vagy metasztázis keresés, korábbi vizsgálatok indukálják. *Jellemző pszichoszociális problémák:* Szorongás, egészségüggyel kapcsolatban szerzett tapasztalatok imprintingje, betegszerep, testi integritás elvesztésétől való szorongás, krónikussá váló stressz, szorongás mentén kognitív beszűkülés, deperszonalizáció.	Krízisintervenció, szupportív (pszicho)terápia, tanácsadás, orvos-beteg kommunikáció támogatása.
Diagnózis	Diagnózisközlés időszaka, terápiás terv kialakítása, további orvosi vizsgálatok (pl.: képalkotó vizsgálatok).	Intenzív krízisintervenció, stresszcsökkentő technikák (MBCR, MBSR, relaxáció), szupportív (pszicho)terápia,

	Jellemző pszichoszociális problémák: Krízis, kognitív folyamatok beszűkülése, diagnózis, mint pszichotrauma, halálszorongás, szorongásos és depresszív zavarok, érzelmi sokk, heves érzelmi reakciók, szuicid veszélyeztetettség.	tanácsadás, pszichodiagnosztika, pszichoszociális szűrés, orvos-beteg kommunikáció támogatása.
Onkológiai terápiák	Sugárterápia, kemoterápia, sebészeti beavatkozások. *Jellemző pszichoszociális problémák:* Frusztráltság, alkalmazkodási nehézségek, lelki regresszió, halálfélelem, belső/külső testképzavar, depresszív tünetek (pl. egészség elveszítése miatt, de biológiai/szer indukálta/központi idegrendszeri alapú is lehet), szorongás, pszichoszomatikus tünetek, PTSD, kapcsolati-szexuális problémák, pszichogén mellékhatások, kognitív kapacitás csökkenése (kemobrain), hányás, hányinger, alvászavarok, evészzavarok, addikciós problémák, premorbid pszichiátriai problémák eszkalálódása, emelkedő distressz szint, fáradékonyság, hospitalizáció, anticipált gyász stb.	Pszichoedukáció (terápiákra történő lelki felkészítés fokozott támogatása), disztressz csökkentése, szupportív (pszicho)terápiák, kognitív és viselkedésterápiák, párterápia, életvezetési tanácsadás, „imaginatív" terápiák.
Tünetmentesség	*Jellemző pszichoszociális problémák:* Alkalmazkodási nehézségek, kondicionálódott pszichogén mellékhatások fennmaradása, kognitív zavar, krónikus fáradtság, Damoklész kardja szindróma, PTSD, szexuális zavarok, szenvedélybetegség kialakulása, felerősödése; biztonságérzet elveszítése, pszichoszomatikus tünetek, hangulatzavar (depresszió), szorongásos zavar (pánikzavar, hipochondria, karcinofóbia), szuicídium veszélye.	Szupportív és/vagy expresszív (pszicho)terápiák, kognitív és viselkedésterápiák, pár- és családterápia, életvezetési tanácsadás, „imaginatív" terápiák, stresszcsökkentő technikák (MBCR, MBSR, relaxáció), adherencia növelése és támogatása.
Relapszus, állapotromlás, mellékhatások, visszaesés	*Jellemző pszichoszociális problémák:* Érzelmi krízis, düh, szorongás, depresszió, halálfélelem, alkalmazkodási/megküzdési nehézségek, bűntudat fokozódása, érzelmi labilitás, feszültség, harag, nyílt vagy rejtett ellenségesség, intellektuális gátlás, lelki regresszió, deperszonalizáció, pszichológiai/pszichiátriai jelenségek mint mellékhatások.	Krízisintervenció, pszichoedukáció, szupportív (pszicho)terápia, preventív lelkigondozás, tanácsadás, adherencia növelése.
Palliatív ellátás, haldoklás, halál, hospice	Halálfélelem, halálszorongás, elutasítás (tagadás), harag, alkudozás, depresszió, belenyugvás, feladás, anticipált gyász, gyász, hozzátartozók gyászreakciói.	Gyászterápia, szupportív (pszicho)terápia, preventív lelkigondozás, krízisintervenció, családtagok támogatása, tanácsadás, méltóságterápia, krízisintervenció, pszichoterápiába ágyazott gyászfeldolgozás, gyászcsoport, önsegítő gyászcsoport.
Gyógyulás, rehabilitáció	Damoklész kardja szindróma, PTSD, PTN.	PTN támogatása, stresszcsökkentő technikák

		(relaxáció, MBCR), expresszív és/vagy szupportív pszichoterápia, nonverbális terápiák.

Ajánlás11 – Az onkopszichológiai intervenciók típusai és fajtái

Az onkopszichológiai ellátás a pszichoszociális intervenciók többféle típusát és a pszichoterápiás módszerek kínálta lehetőségek széles spektrumát felölelheti. A pszichoszociális beavatkozás intenzitása, és a választott módszertan javasoltan szuper- és/vagy intervízióval kísérten, képzett szakértelmen alapuló körültekintő mérlegelés tárgya kell, hogy legyen [68, 70, 71, 73, 74, 97]. (D)

Az onkopszichológiai és pszichoszociális ellátás gyakorlatában leggyakrabban alkalmazott beavatkozások típusai:

- Non-verbális terápiák.
- Általános pszichés szupportáció.
- Pszichés edukáció (pszichoedukáció).
- Érzelmileg támogató tanácsadás.
- Krízisintervenció/krízisterápia.
- Egyéni szupportív fókuszú pszichoterápia.
- Pár- és/vagy családterápia.
- Csoportos (pszicho)terápia, csoportterápia.
- Csoportos edukáció, önsegítő csoportok.
- Egyéni expresszív fókuszú pszichoterápia.

Az onkopszichológiai és pszichoszociális ellátás gyakorlatában alkalmazott beavatkozások intenzitásuk spektruma szerint:

- Edukáció, pszichoedukáció, (hatékony) orvosi kommunikáció (küszöb alatti intenzitás).
- Alacsony intenzitású intervenciók betegséget kísérő gyakori pszichés problémák kezelésére (alacsony intenzitás).
- Rövid pszichoterápia (mentális zavarok esetén, alacsony intenzitású beavatkozások elégtelensége esetén) (közepes intenzitás).
- Hosszú (feltáró) pszichoterápia (intenzív).

Az onkopszichológiai és pszichoszociális ellátás gyakorlatában alkalmazott beavatkozások lehetséges pszichoterápiás/pszichológiai módszerei:

- Rogersi személyközpontú pszichoterápia.
- Pszichoanalitikusan orientált terápia.
- Kognitív viselkedésterápia.
- Hipnózis.
- Jungi analitikus komplex pszichoterápia.
- Relaxáció és szimbólumterápia (autogén tréning, katahym imaginatív képélmény, biofeedback, Simonton-tréning).
- Mindfulness.
- Egzisztenciális pszichoterápia.
- Williams ÉletKészségek módszer (WÉK módszer).
- Pszichodráma (elsősorban hozzátartozók és gyászt segítő csoportok esetén).
- Nonverbális terápiás (művészetterápia, mozgásterápia, játékterápia, irodalomterápia, testi dialógus stb.).
- Bálint-csoport (az ellátó személyzet számára tartott, az érzelmi nehézségek csökkentését és a munka során jelentkező konfliktusok megoldását célzó csoport).

Bármely elfogadott/akkreditált, a minimumfeltételekben is rögzített, pszichoterápiás módszer vonatkozó gyakorlata alkalmazható, amely a beteg támogatását, panaszainak enyhítését, azok megoldását biztosítja és bizonyítottan hatékony vagy széles szakmai konszenzus alapján a pszichoterápiás gyakorlatban elfogadott és alkalmazott terápiás intervenció, és amelyben az ellátást biztosító szakember megfelelő képzettséggel és jártassággal rendelkezik.

Az onkopszichológiai intervenciók várható pozitív hatásai:
- A fokozott lelki védekezések normalizálódása,
- realitásérzék növekedése,
- az önerőből feldolgozhatatlan, ongoing traumatizáció és krónikus stressz csökkenése, és a megküzdőképesség erősödése,
- az alkalmazkodóképesség, ezen belül a szakemberekkel való együttműködés erősödése,
- adherencia támogatása,
- az életminőség javulása,
- kedvező, egyre inkább mérhető pszichoneuroimmunológiai változások bekövetkezése,
- pszichológiai/pszichiátriai prevenció/kezelés megvalósulása.

Ajánlás12 – Az onkopszichológiai beavatkozások kötelező kívánalmai (D)

Az onkopszichológiai beavatkozás megválasztása során és alkalmazása esetén kötelezően érvényesítendő szempontok:
- A beavatkozás minden esetben a beteg érdekét szolgálja és az ő szempontjait védje. Ne árts!
- A beavatkozás során minden esetben tekintettel kell lenni a mentális állapot mellett a beteg aktuális testi állapotára és onkológiai kezelésének jellemzőire is.
- A beavatkozás szakmaiságát a szakember (ki)képzettsége, az etikus szakmagyakorlást a folyamatos továbbképződése garantálja.
- A beavatkozás hitelességét szuper- és/vagy intervíziós gyakorlat, a szakember hitelességét önismereti folyamata biztosítja.
- Az érzelmi támogatást nyújtani kívánó professzionális segítő jelenlét a burnout kialakulásának kockázatát jelentősen megnöveli.

Ajánlás13 – Nonverbális terápiák lehetőségei

Az onkopszichológiai ellátás során a non-verbális terápiák alkalmazása, a szakember végzettségének megfelelően, a betegséglefolyás időszakához és a beteg állapotához illesztett módon javasolt lehet. (D)

A nonverbális terápiás intervenciók előnyei:
- Lehetőséget ad a beszélni nem tudó páciensek kapcsolódására, segítésére.
- Együttműködési nehézségek esetén kapcsolatot teremt a gyakorlatok mentén pl. művészetterápia.
- Alexitímia és egyéb az érzelmek verbalizálását nehezítő állapot esetén kifejezési lehetőséget teremt.
- Gyakori csoportos forma a valahova tartozás élményét adja.
- Például: mozgásterápia, relaxáció, művészetterápia, zeneterápia, meditáció, stb.

Pszichoterápiás célzatú mozgásterápia indokolt:
- Testsémát és/vagy testfunkciót megváltoztató műtétek után.
- Rossz közérzet, érzelmi labilitás, szorongás, depresszió, pszichogén szexuális zavar/tünet kialakulása, fennmaradása esetén.
- A valósághoz való alkalmazkodás, és a lelki megbirkózó képesség javítása, valamint a kialakult szociális izoláltság csökkentése érdekében.

Ajánlás14 – Általános pszichés szupportáció és tanácsadás

Az általános pszichés támogatás, illetve tanácsadás az egyik leggyakrabban alkalmazott beavatkozási forma és egyben terápiás/segítő attitűd az onkológiai ellátás során. A jellemző hatótényezők elősegítése a szakember részéről speciális és alapos önismereti tudáson alapuló, tehát érzelmileg stabil jelenlétet kíván meg. (D)
- Non-specifikus hatótényezők: empátia, elfogadás, kongruencia
Aktív figyelem, ráhangolódás, szavak nélkül kifejezett empátia, barátságosság, bátorítás, a találkozás biztonságának nyújtása, az ősbizalom átélési lehetőségének erősítése.
- Hatótényező:
- A pszichológus mint "elég jó" tárgy és a beteg fragmentált belső világát pszichésen befogadó, azt reparálni szándékozó felületet nyújtó és azokat tartalmazni tudó személy („velem van" élmény),
- érzelmi konténer és holding funkciók [75, 94]: a terapeuta képes tartalmazni a beteg/páciens/kliens szorongásait. A terápia/intervenció során a beteg/páciens/kliens tudattalanul kivetíti szorongásait – a konténert

nyújtó szakember a beteg rossz közérzetét érzelmi értelemben befogadja, feldolgozza és visszatükrözi verbális/non-verbális eszközökkel/módon,

- a terápiás hatékonyság: terapeuta változók (empátia, elfogadás, kongruencia) és páciens-változók (pl. motiváltság) összhatásából áll. A terápiák hatására általában nő az önelfogadás, javul az önészlelés és a környezet észlelése, illetve csökken a szorongás.

Krízis-tanácsadás érzelmi támogatással
Szükség esetén (pl. rossz hír megtudása, kezelésváltás, hirtelen döntés szükségessége, krízishelyzet), a kivizsgálás, a sebészeti beavatkozások, a kezelések folyamán, illetve állapotromlás esetén stb. ***érzelmi szupportációval összekötött tanácsadás***sal segíthetünk a betegnek/hozzátartozóinak emocionális problémáik kifejezésében, megértésében és ezáltal a probléma önálló, tudatos rendezésében.
A körültekintő, megalapozott "megelőző tanácsadás" megfelelőbb lehet a betegek, hozzátartozóik és a kezelőszemélyzet számára, mint az aktuális, problémamegoldást segítő, érzelmileg támogatott tanácsadás.
A tanácsadók lehetnek szaknővérek, gyógytornászok, asszisztensek, szociális munkások, pszichológusok, erre kiképzett önkéntesek is stb.

A fokozott érzelmi igénybevétellel járó empatikus és tartalmazó jelenlét a szakember kiégésének kockázatát (burnout) jelentősen növeli!

Ajánlás15 – Onkopszichológiai krízisintervenció

A krízis a szomatikus, így az onkológiai ellátás során is gyakori, jellemző, ugyanakkor kritikus lélektani állapot, melynek felismeréséhez és kezeléséhez fokozott figyelem és körültekintő helyzetértékelés szükséges a szakember részéről. A krízisintervenció az egyik leggyakrabban alkalmazott sürgősségi pszichoszociális beavatkozási forma az onkológiai ellátás során, melynek alkalmazni tudása az onkopszichológiai és pszichoszociális ellátás alapvető, így szükségszerű elvárása. (D)

Az általában akut stresszreakcióval induló, krízisként azonosítható megterhelő lélektani helyzetek a mentális stabilitást veszélyeztető állapotok a szomatikus gyógyászatban – így az onkológiai ellátás során is – előforduló egyik leggyakoribb és egyben legkritikusabb kategóriáját jelentik.
A krízist beszűkült figyelem, kommunikációs nehézségek, impulzív és ingadozó érzelmi állapot, csökkenő hatásfokú tevékeny aktivitások és további kognitív tünetek is jellemezhetik [22].

A krízisintervenciót jellemzően kritikus időszakokban szükséges alkalmazni, lehetőség szerint sürgősséggel:

- Diagnózisközlést követően.
- Lelkileg is megterhelő orvosi beavatkozások kapcsán.
- Állapotromlás esetén.
- stb.

A krízisintervenció alapelvei:

- Azonnaliság.
- Elérhetőség.
- Elfogadó és támogató attitűd az intervenciót végző részéről.
- Konfrontáció késleltetésére törekszik.
- Az „*itt és most*"-tal foglalkozik.
- Probléma- és cselekvésorientált.
- Nem csupán pszichológus végezheti.

4. táblázat: A krízisterápia/krízisintervenció, illetve a pszichoterápia gyakorlati jellemzői és főbb különbözőségei

KRÍZISTERÁPIA/KRÍZISINTERVENCIÓ jellemzői	PSZICHOTERÁPIA* jellemzői

• Elsősegélynyújtó jellegű kezelés.
• Részcélra irányul.
• Fókuszában a kiváltó okok és az aktuális tünetek állnak.
• Jelenre koncentrál (nem hibáztat).
• Inkább intellektuális belátásra irányul.
• 1-6 ülés.
• Kötetlen időtartam.
	• Kiképzett szakember végezheti.
	• Egészségügyi beavatkozás/tevékenység.
	• Célja:
	  ○ Alapvető lelki konfliktusok tisztázása.
	  ○ A személyiség fejlesztése, rekonstrukciója.
	  ○ Az emocionális átélés

• Időpontja illeszkedik a krízishelyzethez (egyáltalán nem, vagy kevéssé halasztható). • Telefonon is történhet. • A szakember bevonódására a beteg által kívánt mértékben van szükség. • Direktív. • Családtagok, barátok bevonása is szükséges lehet. • Aktuális problémákra fókuszál. • Cselekvésorientáltság jellemzi. • Reflektív és empatikus jelenléttel bárki végezheti.	megváltoztatása. ○ Teljesítmény és képességfejlesztés. ○ Tartós személyiség-, élménymód és viselkedésváltozás elérése. • Rehabilitációs időszakra jellemzőbb. • Tervezett ülések. • Jellemzően hosszabb folyamat. • Módszerfüggően standard hosszúságú ülések. • Telefonon kevéssé célszerű. • Nondirektív. • Jellemzően kétszemélyes helyzet. • Kiváró attitűd. *A klasszikus pszichoterápia formális és tartalmi jellemzőit a vonatkozó szakirodalom részletezi* [76].

**A pszichoterápia meghatározásában és a pszichoterápiás gyakorlat szabályozásában a vonatkozó szakterületi és ágazati törvénykezés a mérvadó* [98, 99]. Meghatározás szerint a pszichoterápia olyan gyógyító terápiás beavatkozás, amely pszichés, pszichoszomatikus, indokolt esetben pszichiátriai zavarok kezelésében, illetve az érzelmi és hangulati élet patológiás elakadásai és betegségei esetén egyéni vagy csoportos formában, meghatározott interakciós repertoár és kommunikációs eszközök révén (interakció, kommunikáció stb.), tudományosan és tapasztalatilag kialakult és pontosan definiált keretek között, meghatározott időtartamú és számú ülésben az élménymegélésben, az élményfeldolgozásban, az érzelmi inter- és intrapszichés életben és működésben, illetve a viselkedésben és magatartásban változást előidéző célzattal interveniál, és amelyet ráépített pszichoterapeuta szakvégzettséggel rendelkező szakorvos és/vagy szakpszichológus végezhet önállóan. Módszerspecifikus képzettséggel rendelkező szakorvos, vagy szakpszichológus által végzett pszichoterápia az adott módszer szakpszichoterápiája. A terápiás folyamat ellenőrzött, dokumentált, diagnosztikára épülő intervenciókon alapul és elvártan minőségbiztosítással valósul meg.

A krízisterápia végzése kifejezetten nagy érzelmi erőfeszítést és figyelmi koncentrációt igényel a szakember részéről. Az érzékeny helyzetértelmezés a krízisben lévő személy empatikus és feltétel nélküli elfogadását, szorongásainak, félelmeinek és sokszor irracionálisnak imponáló gondolatainak ítélkezésmentes meghallgatását is megkívánja.

Ajánlás16 – Csoportterápiák lehetőségei

Az onkopszichológiai ellátás során a csoportos beavatkozás, illetve csoportterápiák és családterápia alkalmazása a szakember végzettségének megfelelően, a betegséglefolyás időszakához és a beteg állapotához illesztett módon szintén javasolt lehet.

Az onkológiai ellátáshoz kapcsolódó csoportos intervenciók célkitűzése meghatározza a csoportfolyamat formális és tartalmi elemeit is.

A csoportos intervenciók célkitűzései lehetnek:
- Szocializációs csoport: életvezetés megújítása, új viselkedésmódok kialakítása.
- Problémafeldolgozó csoport: betegség következményeinek átdolgozása.
- Önismereti (kis)csoport: inadaptív reakciók hátterében lévő képzetek, gondolatok, minták korrekciója, tudattalan szorongások, sérült realitás percepció, diszfunkcionális kapcsolati működések tudatosítása stb.
- Önsegítő csoport: a tagok egymásnak nyújtanak érzelmi és gyakorlati segítséget, sorsközösséget (szabad interakciós csoportok).
- Pszichoedukációs csoportok.
- Pár- és családterápia.
- Egyéb pszichoterápiás önismereti (kis)csoport (pszichodráma, pszichoanalitkus csoport stb.).
- Gyászfeldolgozó csoportok, Hozzátartozói csoportok.

Hatótényezői:
- Hangulati állapot javítása.
- Információbővítés (hiteles források).
- Praktikus tanácsok szakember(ek)től, betegtársaktól.
- Ventillációs lehetőség.
- Kontrollérzés fokozódása.
- Korrekció (primer családi kapcsolatok, szocializációs hatások).
- Társas szerepek átlátása, tisztázása.
- Társas támogatottság élmény /*"Nem vagyok egyedül"* érzés/.

Onkopszichológiai ellátás során végezhető csoportos intervenciók: *Autogén tréning, Műtére való felkészítés, Sugárterápiás pszichoedukációs csoport, Kognitív-Viselkedésterápiás csoportok (MBCT, KLOE csoport), Hozzátartozói csoportok, Gyászfeldolgozás, Dohányzásról leszokást segítő csoport stb.*

Az onkopszichológiai ellátáshoz kapcsolódó csoportfolyamatok megkezdését megelőzően, a tagok beválogatását illetően minden esetben tájékozódó interjú, illetve körültekintő pszichoszociális felmérés szükséges (testi-lelki állapot felmérése, motiváció vizsgálata, csoport-homogenitás biztosítása stb.).

A csoportos intervenciók végzéséhez szükséges a szakember részéről:
- Megfelelő szakirányú végzettség,
- gyakorlatban elsajátított kompetencia,
- önismereten alapuló érzelmi stabilitás,
- lehetőség szerint: koterapeuta, kettős vezetés.

A csoportterápiás beavatkozásokkal kapcsolatban a pszichoterápiás szakirodalom vonatkozó iránymutatásai és az adott terápiás módszerek metodikai ismeretei mérvadóak.

Ajánlás17 – Alacsony intenzitású onkopszichológiai intervenciók hatékonysága

A daganatos megbetegedésekkel összefüggésben kialakuló pszichoszociális nehézségek kapcsán, illetve szubklinikai szintű mentális zavarok esetén az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia hatékonysága igazolt, emiatt alkalmazása is a betegséglefolyás időszakához és a beteg állapotához illesztett módon javasolt [73, 74, 77]. (A)

A folyamatosan mélyülő kapcsolat alakulása során, általánosságban és nagy gyakorisággal előforduló pszichológiai jelenségekkel foglalkoznak az alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók. Az alacsony intenzitás a pszichoterápiához való hozzáférhetőség sajátosságait fejezi ki: magas terápiás hatást kíván rövid idő alatt kiváltani gyors és rugalmas, helyzethez illesztett intervenciók alkalmazásával. Az alacsony intenzitású beavatkozások jól illeszkednek a krónikus szomatikus betegségek specifikumaihoz (kiszámíthatatlanság, fluktuáló tüneti kép, hirtelen állapotváltozások). A hatékony és empátián alapuló, figyelmes kommunikáció és az edukációt, illetve pszichoedukációt célzó speciális beavatkozások (pl. felkészítő csoportok) a kapcsolatteremtés felszíni, de igencsak lényeges fokozatát jelentik.

Az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia céljai:
- A célcsoport körének kiterjesztése olyanok felé is, akik a standard pszichoterápiákat nem tudják igénybe venni (pl. betegségükből fakadóan vagy távolságból adódóan).
- Magas terápiás hatékonyság elérése rövidebb idő alatt, gyorsabb és rugalmasabb intervenciók segítésével/a maximális változás elérése minimális intervenció alkalmazásával.
- Az egyén maladaptív helyzetértelmezéseinek korrekciója, önmagáról, világról, jövőről alkotott kép reális értelmezésének kialakítása, helyzet adaptívabb értelmezése.
- Önsegítő készség növelése (önmenedzselés, énhatékonyság fejlesztése).

Felépítése:
- Rövid (6-12 ülés), 30-35 perces időtartamban,
- strukturált,
- problémafókuszú,
- standardizált intervenciókat alkalmaz,
- edukatív,
- jellemzően házi feladat alapú,

- e-mail, telefon, csoportos, önsegítő anyagok alkalmazása,
- az ülések jellemzően inkább flexibilisek, támogatóak és nem feltáróak vagy szembesítőek,
- a beteg/páciens/kliens állapotához igazítottan olyan technikákat alkalmaz, amelyet a páciens fizikai állapota elbír,
- bevonhatók a családtagok és egyéb szakemberek is,
- a terápiás célok körülírtak.

Például:
- Mindfulness alapú stresszcsökkentés (MBSR- mindfulness-based stress reduction),
- kognitív viselkedésterápiás szemléletű csoportterápia- KLOÉ program.

Ajánlás18 – Pszichoedukációs beavatkozások jelentősége az onkopszichológiai ellátás során

Az onkológiai ellátáshoz kapcsolódóan végzett egyéni és/vagy csoportosan, személyesen vagy telemedicinális eszközök segítségével történő pszichoedukációs intervenciók alkalmazása a gyógyítási folyamat szakaszaihoz illesztetten, információadáson alapuló jelentős distresszcsökkentő hatásuk miatt, lehetőség szerint javasolt [74, 78]. (D)

A pszichoedukációt célzó egyéni vagy csoportos intervenciók alacsony intenzitású beavatkozásként széles körben, ugyanakkor célzottan és a lehető leggyorsabb onkológiai ellátási menethez igazodva tudnak pszichológiai szempontból is hatékonyak lenni. Az edukációs beavatkozások például az orvosi kezeléseket megelőzően segítenek praktikus megfontolások mentén információk átadásával a következő kezelési lépcsőre centrálva támogatni a betegeket gyógyulási folyamataikban. Műtétre, sugárterápiára vagy kemoterápiás beavatkozásra történő felkészítés során vizualizációval (pl. fotók, képek), információadással (pl. helyszín, térkép, kezelési menetrend), közvetlen stresszoldással (pl. relaxáció, mindfulness), a jellemző pszichoszociális tünetek vagy pszichogén eredettel is bíró jelenségek (pl. fájdalom, hányinger) tematizálásával és ventillációjával jó hatásfokkal lehet optimális lélektani állapotba segíteni a beteget. A preventív célzatú edukáció növeli az orvosi kezelésekkel való együttműködés valószínűségét, illetve javítja és gyorsítja a beavatkozások utáni pszichológiai rehabilitációt, ezáltal pedig a testi felépülés időszakát is jelentősen lerövidítheti, megkönnyítheti.

A gyakorlatban alkalmazni javasolt pszichoedukációs beavatkozási pontok az aktív szomatikus ellátás fő pontjaihoz illesztett onkopszichológiai intervenciók:
- Műtétre történő lelki felkészítés,
- sugárterápiás pszichoedukációs csoport,
- kemoterápiás kezelésre való lelki felkészítés,
- pszichés felkészítés a lelki adaptációra.

A pszichoedukációs fókuszú beavatkozásokat a társszakmák (pl. dietetika, gyógytorna, szociális munka stb.) vonatkozó, adott helyzethez specializált edukációs intervencióival kiegészítve, azokkal társulva javasolt végezni.

A pszichoszocális edukáció lehetséges pozitív hatásai:
- Biztonság- és magabiztosság érzetet megteremtése/növelése.
- Kezelésekhez kapcsolódó feszültség enyhítése.
- Orvosi kezelésekkel való együttműködés növelése.
- Ismeretek biztosítása az adott kezelés hatásairól, esetleges mellékhatásairól.
- Hozzátartozók bevonásával a bizalom, együttműködés fokozása.
- Adott esetben lehetőség nyílik a beavatkozás/terápia előtt (személyesen, vagy virtuálisan) ellátogatni a kezelés egyes állomásaira (kezelő helyiség, műtő, osztály stb.) csökkentendő a prekoncepciókat, félelmeket, szorongásokat és bizonytalanságot.
- Egyéb aktivitásra történő motiválás a kezelések alatt (séta, szellemi tevékenységek, egészségtudatos életvitel kialakítása, hobbik stb.).

Ajánlás19 – A teammunka jelentősége

Az onkopszichológiai ellátást szükséges a beteg/páciens/kliens onkológiai kezelésében érintett szakszemélyzettel, illetve az egészségügyi ellátónál elérhető pszichológus kollégákkal is szorosan együttműködve, közös teamet/teameket alkotva végezni [79, 80]. (D)

A pluridiszciplináris team-munkában megvalósuló gyógyítási és egyénre szabott gondozási folyamat a beteg számára a trauma és a krízisidőszak optimális integrációjának megteremtése által a diagnózisközléstől induló

holisztikus szemléletű rehabilitációját jelentheti, mely együttműködés az egészségügyi dolgozók számára az érzelmi élmény megoszthatósága és a betegek pszichés működésének jobb megértése által, az egészségügyi ellátórendszerben fenntartott szakmai elhivatottság és lélektani stabilitás előteremtésén keresztül a kiégés (burnout) prevenciójának egyik sarokköve is.
Kiemelten fontos, hogy az onkopszichológiai munka során a (szak)pszichológus kollégák saját teamként is kooperálni tudjanak. A mindennaposan jelentős érzelmi megterhelődést jelentő munkát támogató pszichológusi teammunka (intervízió, team-szupervízió, külső szakember által vezetett rendszeres esetszupervízió stb.) a burnout és a gyakori személyi fluktuáció hatékony megelőzésének záloga.

Ajánlás20 – Telemedicinális eszközök alkalmazhatósága

Az onkopszichológiai ellátás során a beteg érdekeit mindenkor és minden előtt szem előtt tartva, illetve a körülmények körültekintő mérlegelését követően, a szakember döntése alapján javasolt lehet telemedicinális eszközök alkalmazásának bevezetése. A személyes jelenléttel zajló onkopszichológiai intervenciók mellett az online megvalósuló segítségnyújtás lehetséges előnyei (távolság áthidalása, kimaradó alkalom pótlása, rendszeresség biztosítása, szűrőteszt kitöltése stb.) egyértelműen igazolják ezen eszközök alkalmazhatóságát [81- 84]. (D)

Az onkológiai betegek/páciensek/kliensek számára történő pszichoszociális intervenciók, azok közül is leginkább az alacsonyabb intenzitású, pszichoedukációt célzó beavatkozások hatékonyan megvalósulhatnak nem csupán személyes, face-to-face módon, hanem telemedicinális eszközökkel egyaránt.
A teleonkológia (teleoncology) nem csupán az internet alapú videó- vagy hangtovábbító platformokat jelenti, hanem applikációk, online adatbázisok (felhőtárhelyek), online konzultációt lehetővé tevő alkalmazások és programok használatát egyaránt.
Ezen eszközök széles tárháza és könnyű alkalmazhatósága lehetővé teszi azt, hogy a betegséghez kapcsolódóan megjelenő vagy éppen fokozódó mellékhatások, egyéb betegségek mellett, az ellátóhelytől való jelentős fizikális távolság esetén, kritikus, szorongást fokozó körülmények közepette (pl. pandémia) is indítható, illetve folytatható lehessen egy már megkezdett pszichológiai folyamat, terápia.
Az ellátás telemedicinálisan végzett tevékenységeire az adminisztrációs kötelezettség, a személyes jelenléttel megvalósuló beavatkozásokhoz hasonlóan, vonatkozik.

Ajánlás21 – Onkopszichológiai obszerváció

Az onkopszichológiai kivizsgálást (exploráció, diagnózis) követő monitorozás, obszerváció, későbbi felülvizsgálat/kontrollvizsgálat lényeges és kulcsfontosságú az onkopszichológiai ellátás minőségbiztosításához és ellenőrizhetőséghez, valamint a biztonságos betegvezetéshez. (D)

Az intervenció hatására bekövetkezett változások, eredmények összegyűjtésével és dokumentálásával a pszichológusok által végzett terápiás beavatkozás, a betegellátás minősége által a betegek/páciensek/kliensek életminősége egyaránt magasabb színvonalúvá válhat. A kimeneti eredményekben bekövetkezett változások detektálása és dokumentálása meghatározza a további terápiás beavatkozásokat és a betegedukáció további lépéseit. Az onkopszichoterápia egyes lépéseinek és eredményességének dokumentálása továbbá adatot szolgáltathat többek között a finanszírozóknak – például az elvégzett tevékenységekről is. Az elvégzett beavatkozások hatásosságát csak a folyamat lépéseinek és kimeneti pontjainak (eredményeinek, indikátorainak) következetes használata teszi mérhetővé.
Az obszervációt segítik az önvezérelhető (*self-managed care*), de akár távvezérelt módon monitorozást, követést lehetővé tevő (egészségügyi) applikációk (ld. telemedicinális onkopszichológia).

Ajánlás22 – A palliatív ellátáshoz kapcsolódó onkopszichológiai támogatás

Az aktív onkológiai ellátáshoz kapcsolódó palliatív onkopszichológiai gondozás a komprehenzív szemléletben történő pluridiszciplináris gyógyítás tekintetében a palliatív gondozás szempontjából az egészségügyi szolgáltatás szükséges és indokolt esetben, alkalmazandó eleme [85, 86, 87]. (A)

A hospice-palliatív ellátást és gondozást a kapcsolódó ágazati szabályozás rögzíti, mely jelen irányelvnek emiatt tehát nem képezi szorosan tárgyát.

A pszichoszociális prevenció, a célzott krízisintervenció, az edukációt célzó beavatkozások, a szupportív pszichológiai ellátás különböző típusai, valamint az expresszív pszichoterápiás folyamatok mellett a daganatos betegek lelki támogatásánál is felmerülnek a palliatív ellátás kihívásai. Az onkológiai ellátás vitathatatlan elemét

jelenti a palliatív ellátás, melyet kórházi konzultatív csoportok (úgynevezett mobil teamek), vagy hospice-palliatív ellátásra dedikált osztályok és intézmények, illetve otthonápolási szakellátói rendszerben működő teamek és szakemberek végeznek.
A palliatív mobil teamek a komprehenzív onkológiai ellátás során nélkülözhetetlen teammunka hatékony példái – működési, személyi és szervezeti feltételeit az ágazati szabályozás rögzíti.
A célzott palliatív ellátást elősegítő szakmai együttműködés integrálja a teljeskörű ellátáshoz szükséges orvosi, szakápolói, szociális és pszichológiai tevékenységeket egyaránt, illetve gyógytornász, dietetikus és egyéb társszakmák közreműködését is alkalmazza. A multidiszciplinaritás jelen esetben is a betegek holisztikus ellátásának záloga. Az időben sokszor már az aktív kezeléssel párhuzamosan megkezdődő palliatív ellátás előnyét a túlkezelés megelőzése által előálló egészségügyi költségcsökkentés mellett a jobb fizikális és pszichoszociális életminőség, a célzott és állapothoz igazodó fájdalomcsillapítás és egyéb tünetek csökkentésének lehetősége, a családok nagyobb fokú bevonhatósága, a támogatói rendszer elérhetőségének biztosítása és spirituális aspektusok megjelenése egyaránt jelenti.

Ajánlás23 – Szexuális rehabilitáció jelentősége az onkopszichológiai gondozás során

Az onkopszichológiai ellátásnak, különösen bizonyos onkológiai betegségek kapcsán, javasoltan érdemes kitérnie a beteg/páciens/kliens megváltozó szexuális viselkedésére és a szexushoz kapcsolódó egyéb változásokra (pl. meddőség, testképzavar stb.) egyaránt [88]. (D)

A szexualitás a szubjektív jóllétet jelentős mértékben meghatározó és befolyásoló tényező: hatással van az önképre, önértékelésre, személyiségre, testképre és a szociális szerepekre, párkapcsolatokra egyaránt. Ugyanakkor a daganatos betegség kezelési elsőbbsége mellett tabuként a szexus kevéssé kerül(het) előtérbe, és tematizálását sokszor a beteg/páciens/kliens részéről szégyen is kísérheti.
A megváltozó szexuális szokások okozói és tünetei is lehetnek az izoláció, a szégyen, a düh, magányosság és frusztráció érzései, az intimitástól való eltávolodás következtében kialakuló párkapcsolati elégedetlenség okán és rajtuk keresztül depresszív folyamatoknak, a depressziós kórállapotnak egyaránt. A folyamat önmagát tartja fenn: a cirkulárisan mélyülő depresszív állapot a partner számára tovább nehezíti a kapcsolódást.

Javasolt már a kezelés/rehabilitáció megtervezésénél felmérni:
- Korábban már meglévő szexuális és kapcsolati karakterisztikumokat: korábbi testkép, szexuális működés(zavarok), komorbiditás, kapcsolati erőforrások.
- Betegséggel és kezeléssel kapcsolatos specifikus hatások: fenyegetettség, roncsolódás, eltorzulás, szabályozászavarok, képességek/funkciók sérülése, gyógyszerek hatásai.
- Az egyén és a partner megküzdési mintázatai a betegséggel kapcsolatban: passzív/aktív megküzdés, partnerkapcsolati dinamika változásai, depresszió, szorongás, reménytelenség érzése.

Kiemelt jelentősége van a témát, illetve a probléma tematizálását illetően a párkapcsolatnak (intimitás, transzparencia, sz.e.: párterápia), illetve az orvos-beteg kapcsolat (kommunikáció) minőségének.

Szempont kell legyen továbbá az onkopszichológiai szexuális rehabilitáció vonatkozásában az (1) adott betegség jellege (nemi szerveket érintő folyamatok, meddőség, impotencia stb.), (2) a kezelések hatásainak és mellékhatásainak következményei (csonkító műtét, funkciózavarok, testkép változások stb.) is.

Ajánlás24 – Veszteség, haldoklás, halál, gyász

A szomatikus, különösen az onkológiai megbetegedés, az *egész-ség* és a kezelés következtében átélt számos egyéb változás (pl. hajzat elvesztése, testi változások stb.) veszteségélményt jelent, emiatt gyászreakciót vált ki, mely folyamattal az onkopszichológiai ellátást végzőnek szükségszerűen foglalkoznia kell. Az onkopszichológiai ellátás során a szakember a halál és a haldoklás kihívásaival, kérdéseivel is óhatatlanul találkozik, mely érzelmileg is megterhelő folyamatok kísérésére mind szakmailag, mind önismeretileg felkészültnek, szakmagyakorlásában pedig szupervideáltnak kell lennie [17, 85, 89, 90]. (D)

A gyász valamely érzelmi veszteség következtében létrejövő magatartási formák összessége (mély fájdalom, szomorúság, kiüresedettség, düh, tiltakozás, tehetetlenség, bűntudat): összetett és természetes folyamat, különböző szakaszait nem lehet egymástól élesen különválasztani. Megkülönböztethetünk normális és patológiás gyászt, illetve anticipált és reaktív gyászt.
A komplikált gyász krónikussá váló, időben elhúzódó vagy késleltetett formában megjelenő, intenzitásában pedig bagatellizáló, vagy éppen eltúlzott lehet.

A komplikált gyászra hajlamosító tényezők:
- Váratlan veszteség,
- dependencia (hozzátartozók esetében erős kötődés a halotthoz),
- ambivalens érzések,
- gyermek vagy fiatal halála,
- halmozott és/vagy feldolgozatlan korábbi veszteségek,
- egyidejűleg fellépő egyéb stresszhelyzetek,
- hiányos szociális kapcsolatok,
- a halál erőszakos úton következett be (pl. öngyilkosság),
- a baleset okozójaként veszít el valakit,
- rossz testi/lelki egészség,
- depresszió a gyászoló anamnézisében.

Fontos a gyász és a depressziós kórkép egymástól való megkülönböztetése.

5. táblázat: A gyász és a depresszió jellemző jelenségei és különbözőségei

GYÁSZ	DEPRESSZIÓ
Tünetkép: sírás, étvágyváltozás, csökkent libidó, szociális visszahúzódás, insomnia/hipersomnia, a koncentrálóképesség csökkenése, fokozott fogékonyság testi betegségekre	
• Üresség és veszteség, mint domináns affektus, • önbecsülés megtartott, • lehetnek pozitív érzelmek vagy humor, • normál mértékű identifikáció és enyhe ambivalencia az elhunyttal kapcsolatban, • az öngyilkossági gondolatok ritkák, • az önvád az elhunyttal való bánásmódra irányul, • az értéktelenség érzése nem általános, • a környezet empátiát, szimpátiát tanusít , • tünetek csökkenése, hangulati javulás általában 6 hónapot követően, • megnyugtatásra, bíztatásra reagál, • szociális kapcsolatokba vonható, • antidepresszívumok nem segítenek.	• Öröm érzésének képtelensége, • tartósan nyomott hangulat mint domináns affektus, • önkritikus, • pesszimista rágódás, • kóros túlazonosulás, • fokozott ambivalencia és tudattalan düh az elhunyttal kapcsolatban, • az öngyilkossági gondolatok gyakoriak, • az önvád széleskörű, ill. az egyén azt gondolja, hogy egészsében rossz vagy értéktelen, • gyakran ingerültséget, bosszúságot kelt interperszonális kapcsolataiban, • egyre súlyosbodó vagy stagnáló tünetek, • megnyugtatásra, bíztatásra nem reagál, • szociális kapcsolatoktól elzárkózó, • antidepresszívumok segítenek.

A beteg haldoklása, halála a kezelőszemélyzet számára is érzelmi megterhelődést jelentő folyamat, mely hatással lehet a kezelő-beteg kapcsolatra, a munkahelyen tapasztalható feszültségekre, emocionális folyamatokra, de a szakszemélyzet intra- és interperszonális érzelmi életére és kapcsolataira egyaránt, emiatt tehát szükséges lehet növelni a negatív folyamatokkal kapcsolatos (ön)reflektivitást.

Ajánlás25 – A szomatikus pszichoterápia (onkopszichoterápia) gyakorlata

Az onkopszichológiai ellátás során a klasszikus pszichoterápiás keretek adott helyzethez rugalmasan illeszkedően és szakmailag körültekintően, kreatív módon, de minden esetben reflektáltan módosítandók. Az onkopszichoterápia a beteg szomatikus ellátásához térben és időben illesztett, illetve fizikai állapotát szem előtt tartó módon, ahhoz alkalmazkodó keretrendszerrel és módszertannal végzett pszichoterápiás gyakorlat. (D)

Az onkológiai ellátás során a klasszikus pszichoterápiás keretek sérülhetnek, sokszor teljeskörűen nem is kialakíthatóak. A szakember felkészültségére és helyzetfelismerő szakértelmére, valamint a multidiszciplináris team együttműködésére van szükség ahhoz, hogy a beteg/páciens/kliens számára minden helyzetben meg tudja teremteni az érzelmileg biztonságot jelentő, az onkopszichológiai vizsgálat elvégzéséhez alkalmas körülményeket. Ezen körülmények szükség esetén javasolt, hogy kedvezzenek az interszubjektív pszichoterápiás kapcsolódás kialakulásának is.

6. táblázat – A klasszikus pszichoterápia és az szomatikus pszichoterápia főbb különbségei

Klasszikus pszichoterápia	Szomatikus pszichoterápia (onkopszichoterápia)
Saját motiváción alapuló jelentkezés (nem küldött beteg).	ellátó team által „küldött", önszántából jelentkezett beteg (motiváció tisztázása szükséges).
45-50 perc időtartam heti 1 vagy több ülés.	Változó időtartamú és rendszerességű ülések.
Módszertani keretek követekezetes és pontos betartása.	A keretektől való eltérést fizikális állapot, vagy az onkológiai terápia erősen befolyásolhatja.
Ugyanazon helyen és időben történik.	Onkológiai kezeléshez illeszkedő rugalmas téri és idői keret.
Terápiás szerződésen alapul.	Orvosi kérésen vagy megegyezésen alapul.
Csak a megadott keretrendszerben történik találkozás.	A keretrendszer illesztett a beteg aktuális fizikális állapotához (sz.e.: ágy melletti konzultáció).
Családtagok és hozzátartozók nem kerülnek kapcsolatba a terapeutával (kivéve módszerspecifikus esetekben).	Családtagok és hozzátartozók bevonása/bevonódása sok esetben nem elkerülhető, adott esetben: javasolt is (pl.: kisgyermekes családok esetén, szexuális problémák kapcsán, családra is kiterjedő pszichoedukáció stb.).
Telemedicinális eszközök használata alkalomszerűen a terápiás szerződés kiegészítésével lehetséges.	Telemedicinális eszközök (teleonkológia) használata a beteg állapotát szem előtt tartva esetileg és rugalmas alkalmazással lehetséges és javasolt.
Más szakemberrel történő konzultáció csupán a beteg hozzájárulásával történhet (kivéve önveszélyes állapotok).	A szomatikus ellátókkal, az onkológiai team-mel konzultáció folyamatosan történik, illetve a beteg állapotát betegdokumentáció is rögzíti.
Találkozás jellemzően (a szakmai kívánalomnak megfelelően) csak a terápiás szituációban történik.	Találkozás történhet egyéb osztályos helyzetekben: vizit, referáló, onkoteam, kórházi folyósó/társalgó.

Ajánlás26 – Burnout

Tekintettel arra, hogy az onkológiai ellátás minden szintje, szakterülete és története, illetve a beteggel/pácienssel/klienssel való kapcsolattartás és kommunikáció érzelmileg is jelentős kihívást és komoly lelki nyomást gyakorol a kezelő- és szakszemélyzet minden tagjára, szükséges folyamatosan elősegíteni az önreflektív munkavégzés lehetőségét és megteremteni lelki értelemben is biztonságos szakmagyakorlás körülményeit. Az onkopszichológus saját kiégésén túl a munkakörnyezetében dolgozók burnoutjával kapcsolatban is kellően érzékeny és érzékenyítő, illetve szükség szerint támogatólag kompetens kell, hogy legyen [5, 91-93]. (A)

A burnout az adott személy érzelmi, lelki és fizikai kimerülésével, illetőleg csökkent teljesítményével és deperszonalizációval jellemezhető állapota, melyet a (foglalkozási) stressz és/vagy a (munkahelyen átélt) tartós érzelmi megterhelés vált ki, amit az egyén a szokásos módokon nem tud megoldani.

7. táblázat – A kiégés legfontosabb rizikótényezői és szempontrendszere

A kiégés legfontosabb rizikótényezői és szempontrendszere			
Az egyén szempontjai	***Kapcsolati szempontok***	***Szervezeti szempontok***	***Társadalmi szempontok***
• Idealisztikus munkakép. • Túlmotivált személy. • Nagy érzelmi bevonódottság. • Stresszkezelési technikák. • Copingtechnikák. • Hivatástudat. • Munka mint egzisztenciális	• Érzelmileg megterhelő interperszonális kapcsolatok. • Kompetitív munkakörnyezet. • Konkurencia. • Aszimmetrikus viszonyok. • Társas összehasonlítás jelentősége	• Intézményi szervezeti struktúra. • Kórház mint totális intézmény. • Munkahelyi elvárások és egyéni képességek diszkrepanciája. • Túlterhelődés. • Kontrollvesztés.	• Szociokultúrális jelenség. • Hagyományok átalakulása. • Támogató rendszerek eltűnése. • Társas/társadalmi értékválság: • Közöny,

megerősítés képzete (küldetéstudat). • Viszontáttételi jelenségek, szomatikus viszontáttétel. • Helfer szindróma.	*(emocionális fertőzés jelensége).* • Segítő és segített közötti kiegyenlítetlen kapcsolat – reciprocitás hiánya *(túlvállalás, túlgondoskodás, túltámogatás, hála nélküliség stb.).* • Deperszonalizáció. • Érzelmi áttételi jelenségek. • Vikariáló traumatizáció.	• Elismerés hiánya. • Közösség hiánya. • Méltányosság hiánya. • Értékkonfliktusok.	• idegesség, • kiábrándultság.

A burnout prevenció lehetőségei:
- Támogató rendszerek a munkahelyen: stábmegbeszélések, esetmegbeszélések, szakmai továbbképzések, szupervízió, kollegiális konzultáció.
- Anyagi-erkölcsi megbecsültség.
- Szakmai túlterhelődés szabályozása.
- Személyes motiváció monitorozása (önreflexió növelése).
- Szakmaválasztás előzetes átgondolása.
- (Reális) önértékelés kialakítása.
- Egyéni célok megfogalmazása/találása (részcélok).
- Motivációk rendszeres tisztázása.
- Örömet okozó tevékenységek megtalálása (személyre szabottan, időszakosan újragondolva).
- Bálint-csoport, önismereti egyéni/csoportos terápia.

Vész- és/vagy veszélyhelyzetben a segítséget nyújtó személy és a helyszín biztosítása, biztonsága az első! Csak ez után indulhat a segítés! Önmagában már a nehéz érzések verbalizálása és megosztása, tehát reflektálttá tétele is preventív jelentőségű! A teammunka jelentős protektív erővel bír!

Ajánlás27 – A szakmai szupervízió jelentősége

Az onkológiai betegekkel/páciensekkel/kliensekkel végzett bármilyen, de különösen a pszichoszociális/pszichológiai/pszichoterápiás, segítő munka folyamatos és rendszeres szupervíziót tesz szükségessé. Javasolt, hogy a szupervízió lehetőség szerint nem teamtag szakember által támogatott folyamat legyen. A szupervízió történhet csoportos formában, de javasolt egyéni módon is igénybe venni. A szakvizsgával nem rendelkező (képződés előtt álló vagy éppen képződő) pszichológus esetében a szakpszichológus/pszichoterapeuta által végzett szakmai felügyelet minden klinikai területen kötelező. (D)

A szupervízió olyan, szabályozott formában, szakmailag kiképzett (szupervizor) és képződő, vagy továbbképződő szakember (szupervideált) között, rendszeres időközönként végzett tanulási-tanítási folyamat és szakmai együttműködés, melynek során a szupervízor a szupervideált szakmai munkáját legjobb szakmai tudása szerint felügyeli, meglátásaival kiegészíti, tanácsaival támogatja, korrekciós javaslataival ösztönzi.
A szupervíziós kapcsolat szakmai kapcsolat és a szakmai szerepben történő működéssel foglalkozik.
A szupervízió során nem feltétlenül direktív problémamegoldásra kerül sor, hanem a szupervideált szakmai szerepének erősítésével, szakmai személyiségének kibontakoztatásával oktatási, szakmai személyiséget fejlesztő, szakmai hozzáértést kibontakoztató célokat szolgál.
Az onkopszichológus szakember számára munkája során személyisége és érzései jelentik a legfontosabb munkaeszközt – különösen igaz ez az intenzív szorongást és emocionális kihívást jelentő esetekben. Emiatt az onkopszichológiai ellátást támogató ***szakmai szupervízió*** az érzelmileg gyakran óhatatlanul is involválódó szakember számára nyújt a biztonságos, etikus és magas színvonalú szakmagyakorlás szempontjából létfontosságú segítséget.

Az ***intervízió*** a teamen belül megvalósuló, jellemzően külső szupervizor által nem kísért módon történő esetmegbeszélés.

A (nem teamtag) szakember(ek) által vezetett ***team-szupervízió*** a munkahelyi együttműködés során, a csoport és a szervezet működésének dinamikájából fakadó feszültségekkel, konfliktusokkal foglalkozik – a szupervízióhoz és a Bálint-csoporthoz hasonlóan protektív jelentőséggel, és burnout prevenciós hatással is bír.

Ajánlás28 – Onkopszichológiai vizsgálathoz beutaló és kérőlap fontossága és szükségessége

Az adott egészségügyi szolgáltató helyi eljárásrendjében és minőségbiztosítási rendszerében meghatározottak szerint a pszichológushoz szóló beutaló alapvetően szükséges az onkopszichológiai vizsgálat elvégzéséhez, az ellátás megkezdéséhez. A dokumentált betegút javítja a team munkát és a biztonságos betegellátás feltétele is. (D)

A szakpszichológusi ellátást illetően a szakmai minimumfeltételeket rögzítő rendelet [98, 99] vonatkozó szakaszai az irányadóak. A szakpszichoterápiás folyamat megkezdését a minimumfeltételekről szóló rendelet orvosi vizsgálathoz köti. Az orvosi vizsgálat ugyanakkor nem szükségszerűen célzott – tehát már ellátásban lévő onkológiai beteget az onkopszichológus kezelésbe/gondozásba vehet adott egészségügyi szolgáltató ellátórendszerében

Ajánlás29 – Az onkopszichológiai dokumentáció jelentősége és szükségessége

Szükséges, hogy a betegről az onkopszichológiai ellátása során születő adatok egységes szerkezetben és módon, a társszakmák számára is elérhetőek lehessenek, azok indokolt esetben zárójelentésben is megjelenjenek. (A)

A szakpszichológiai dokumentáció kötelező elemeit a szakmai minimumfeltételek határozzák meg, [98, 99], illetve annak javasolt tartalmi elemeit jelen egészségügyi szakmai irányelv vonatkozó ajánlása is részletesen és szakterületre specializáltan taglalja.

Ajánlás30 – Az onkológiai konszenzusok fontossága

A folyamatosan fejlődő onkológiai ellátás rendszeres szakmai konszenzusok kialakítása és kidolgozása mentén tud gyakorlati szinten is folyamatosan megújuló és a friss tudásanyagot is azonnal integráló maradni. Emiatt az adott onkológiai betegségekhez kapcsolódó onkológiai konszenzusok vonatkozó tartalmi (onkopszichológiai) részeit minden esetben figyelembe szükséges venni a pszichoszociális ellátás során. A pszichológusnak a beteg legmagasabb szintű ellátásának érdekében feltétlenül szükséges ismernie az orvosi kezelések szakterülete szempontjából releváns és legújabb ismereteit. (D)

Az egyes betegségekhez kapcsolódó protokollok és konszenzus anyagait a szakmai szervezetek honlapjain, illetve azok kiadványain keresztül ismerheti meg a szakember. Az onkopszichológiai ellátás során a pszichológusnak is szükséges követnie és ismernie az onkológiai ellátás legkorszerűbb vívmányait és legújabb eredményeit, tudását betege érdekében és a terápiás ellátás magas szintű művelése okán állandó továbbképződések által is szükséges naprakészen tartania.
A szakmai konszenzusok (külföldi és hazai) konferenciákon, szakmai szervezetek hitelesített kiadványaiból ismerhetők meg.

Az emlőrák onkoterápiájának, gondozásának, rehabilitációjának és pszichológiai ellátásának legfrissebb tudásanyagát, és a követendő szakmai ajánlásokat a IV. Emlőrák Konszenzus Konferencia alapján a Magyar Onkológia folyóirat 64. száma közölte 2020-ban [69].

VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

Szakpszichológusok: Az onkopszichológiai problémák, illetve a pszichopatológiai kórképek felismerésében, ellátásában és gondozásában, valamint a rehabilitáció során a fekvő-, és járóbeteg ellátásban dolgozó szakpszichológusok kompetensek. Ezen kívül számos más társszakma is érintett: pszichiátria, addiktológia, neurológia, belgyógyászat/intenzív betegellátás, de például a prevenció, a felismerés és az utógondozás szempontjából is kiemelt szerephez jut a háziorvosi praxis is. Az egészségügyi ellátásban egészségügyi tevékenységet végző szakpszichológus minden esetben csak és kizárólag működési engedély birtokában, kamarai (MOK) tagként végezheti munkáját. Egészségügyi tevékenységhez szükséges működési engedéllyel nem rendelkező pszichológus egészségügyi szolgáltatónál történő munkakezdését követő két éven belül köteles megkezdenie szakképzését és tevékenységét a szakvizsga megszerzéséig egészségügyi végzettségű szakpszichológus szupervíziója mellett végezheti, véleményt tutora/mentora/szupervizora ellenjegyzésével adhat ki. Szakpszichológusok önállóan, illetve szakpszichológus jelöltek felügyelettel többek között alappszichoterápiát, relaxációt, pszichoedukációs tevékenységet egyaránt végezhetnek. A szakpszichológusok tevékenységi köreit a minimumfeltételekről szóló rendelet részletezi.

Szakpszichológus pszichoterapeuták, orvos pszichoterapeuták: a pszichoterápia szakvizsgával rendelkező szakember módszerspecifikus szakpszichoterápia önálló végzésére jogosult. A módszerspecifikus pszichoterápiák körébe tartozó tevékenységeket a minimumfeltételekről szóló rendelet sorolja fel.

Onkológusok és az onkológiai szakszemélyzet: Az onkológiai beteg számára pszichológiailag problémát, vagy kihívást jelentő helyzetek onkológiai gondozás során történő felismerésében, szűrésében és a beteg megfelelő helyre történő irányításában kulcsszerepe van a kezelőorvosoknak és a szakszemélyzetnek, hiszen ezen szakemberek találkoznak rendszeresen és nagy gyakorisággal a beteggel/pácienssel/klienssel, de sokszor a hozzátartozó jelzése is rajtuk keresztül tud célt érni. Kiemelten fontos tehát a szakszemélyzet továbbképzése és érzékenyítése az onkopszichológiai jelenségek felismerésével kapcsolatosan.

Pszichiáter szakorvos: pszichopatológiai állapotok diagnosztizálása, gyógyszeres kezelése és egyéb biológiai terápiája, gondozása, pszichoedukáció nyújtása, közösségi pszichiátriai ellátás, posztgraduális képzés után családgondozás, stresszkezelés és más közösségi gondozás keretébe tartozó intervenciók, alappszichoterápiás megközelítés alkalmazása a kezelés során.

Társszakmák képviselői: Az onkopszichológiai jelenségek előfordulási köre széles spektrumú: az egészségügyi ellátórendszerben komorbiditások okán sokszor nem csak és kizárólag onkológiai osztályon találkozik a kezelő onkopszichológiai jelenségekkel, továbbá a különböző pszichopatológiai állapotok sem feltétlenül és mindig onkológiai etimológiájúak. Konzultatív szinten szinte minden orvosi szakmával együttműködést szükséges kialakítani.

Egyéb szakemberek, ellátók: A fentieken kívül szoros együttműködés szükséges még a mentálhigiénés szakemberekkel, a szociális ellátó szférában dolgozókkal (szociális munkások) és az egészségügyi ellátást segítő egyéb egyházi és civil szervezetekkel, valamint a médiával.

Oktatás

Az ellátók kompetenciájának bővítése érdekében javasolt az egészségügyi szakmai irányelv tartalmának oktatása:

- Pszichológus alap- és szakképzésben,
- pszichoterapeuta képzésben,
- orvos és/vagy szakorvos képzésekben,
- pszichiáter/háziorvos/klinikai onkológus szakképzésben és továbbképzésben,
- *továbbképzésben:* kötelező szintentartó tanfolyamokon szakpszichológusoknak, pszichoterapeutáknak, pszichiátereknek, háziorvosoknak, klinikai onkológusoknak stb.
- mentálhigiénés szakemberek képzésében
- szakápolók, gyógytornászok, szociális munkások képzésében és továbbképzésében,
- helyi képzéseken (pl. osztályos, illetve klinikai tudományos referálók, érzékenyítő oktatások),
- pszichológiai, rehabilitációs és orvostudományi kongresszusokon.

Az Országos Onkológiai Intézet, a Magyar Onkológusok Társasága és a Magyar Pszichoonkológiai Társaság, illetve vonatkozó és kapcsolódó társszervezetek, valamint pszichológus- és orvosképző egyetemek bevonásával, kooperációban, többnapos, rendszeres, akkreditált felnőttoktatást szerveznek az onkopszichológiai ismeretek és intervenciók oktatására, valamint a klinikai gyakorlatban történő alkalmazhatóságra.

Publikáció
Az egészségügyi szakmai irányelv rövidített változatát a szerzők szükségesnek tartják pszichológiai/pszichoterápiás/onkológiai szaklapokban (Psychiatria Hungarica, Magyar Onkológia, Magyar Pszichológiai Szemle, Pszichoterápia, Orvosi Hetilap) is megjelentetni a későbbiekben.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

A szakmagyakorlás tárgyi feltételeit a vonatkozó rendeletek, szabályozások és a minimumfeltételek nevesítik és rögzítik.

Kiemelt jelentőséggel bíró tárgyi feltételek:
- Egyéni (két-, vagy háromszemélyes) onko-pszichoterápiás intervencióra alkalmas iroda/helység,
- csoportos (családterápia, 10-15 fős csoport) onko-pszichoterápiás intervencióra alkalmas helység,
- terápiás ülés, vagy vizsgálat végzésére alkalmas bútorzat (pl. relaxáció tanítására alkalmas berendezés),
- számítógép, szükséges szoftverek (tesztekhez stb.),
- tesztek,
- hozzáférés nemzetközi szakirodalmakhoz.

Egyéb javasolt személyi feltételek:
- Szupevizor,
- adminisztrációs munkatárs/asszisztens.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai
Az ellátáshoz való egyenlő hozzáférés további javítása szükséges a hátrányos helyzetű régiótól a nagyvárosokig egyaránt: a primer prevenciótól a rehabilitációs lehetőségekig. A teljeskörű testi-lelki egészség szempontjából jelentős szerepe van az életmód mellett az életminőségnek, a pszichológiai és mentális egyensúly fenn- és megtartásának kritikus helyzetekben különösen. Az onkopszichológusnak szerepe van a megfelelő, bizonyítékon alapuló ismeretek átadásában, ami hozzájárul a lakosság egészségmagatartásának javításához, illetve a betegséghez kapcsolódó téves hiedelmek eloszlatásában, valamint a betegséggel járó stigmatizáltság csökkentésében, megszüntetésében. Az érzékenyítés során a társadalom szélesebb rétegei élhetnének egészségtudatosabb életet, illetve probléma, panasz észlelése esetén nagyobb valószínűséggel fordulhatnak megfelelő segítséghez, orvoshoz. Az időben igénybe vett egészségügyi ellátás költségcsökkentő hatással bír a betegséglefolyás során igénybevett egészségügyi szolgáltatások (pl.: (szak)pszichoterápia) szükséges mennyiségének (óraszám) csökkenése által.

1.4. Egyéb feltételek
Az egészségügyi szakmai irányelv hatását növelheti a társadalmi felvilágosítás, rövid tájékoztató anyagok készítése, mely eloszlatja az alaptalan hiedelmeket pszichológiai problémákkal, pszichiátriai betegségekkel kapcsolatban, helyette azonban korrekt és hiteles információt közvetít, megszűntetve a sztereotíp gondolatokat és csökkentve mind a mentális, mind pedig az onkológiai betegséghez kapcsolódó stigmatizációt.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája
2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok
Nincs.

2.2.Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok
1. adatlap: Alkalmazni javasolt vizsgálati eszközök.

2.3. Táblázatok
1. táblázat: Pszichoszociális distressz kialakulását növelő kockázati tényezők és vulnerábilisidőszakok *(NCCN Distress Management irányelv [5] alapján szerkesztve)*
2. táblázat: Az onkopszichológiai állapotfelmérés/vizsgálat/szűrés alkalmazni javasolt eszközei *([66] alapján, saját szerkesztés)*
3. táblázat: Az onkológiai ellátás szakaszai és a jellemző tünetek, valamint az alkalmazásra ajánlott pszichoszociális intervenciók (készült [5, 22, 68, 69, 70, 71] alapján).
4. táblázat: A krízisterápia/krízisintervenció jellemzői (saját szerkesztés)
5. táblázat: A gyász és a depresszió jellemző jelenségei és különbözőségei (saját szerkesztés)
6. táblázat: A klasszikus pszichoterápia és az onkopszichoterápia főbb különbségei (saját szerkesztés)
7. táblázat: A kiégés legfontosabb rizikótényezői és szempontrendszere (saját szerkesztés)

2.4 Algoritmusok

1. ábra: A pszichiátriai/pszichológiai ellátás folyamatmodellje (*DIS-5 [5] alapján*
2. ábra: A depresszió és a szorongásos zavarok ellátási folyamatmodellje (*DIS-11 [5] alapján)*
3. ábra: A személyiségzavarok ellátási folyamatmodellje (*DIS-22 [5] alapján)*
4. ábra: A szkizofrénia és a pszichotikus zavarok ellátási folyamatmodellje (*DIS-5 [5] alapján)*
5. ábra: Az érzelmi krízis lehetséges kimenetelei (készült: az Országos Onkológiai Intézet munkacsoportjának ábrája alapján [22])
6. ábra: A betegség lefolyásának és a kezelések hálózatos ábrája (készült [22, 67] alapján)

2.5. Egyéb dokumentum

Nincs.

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

A megfelelő szakmai ellátás indikátorai egyedi és statisztikai szinten ragadhatók meg.

Az ellátás egyedi indikátorai

Egyedi szinten a beteg állapotának javulását különböző pszichológiai (objektív, tehát a vizsgáló által kitöltött) becslőskálákon, vagy a beteg által megválaszolt, szubjektív, ún. önkitöltő kérdőíveken lehet rögzíteni.

A mindennapi klinikai gyakorlatban ezen módszerek (részben az időhiány miatt) nem alkalmasak az ellátás színvonalának objektiválására, azért sem, mert a beteg saját állapotának szubjektív értékelése (pl.: állapota romlott, változatlan, kicsit javult, sokat javult, teljesen tünetmentes) önmagában a legautentikusabb vélemény.

- Betegelégedettség.
- Szubjektív értékelő-skálák.

Az ellátás statisztikai indikátorai

- Onkológiai (szak)ellátásba kerülő betegek pszichoszociális állapotának felmérése és nyomonkövetése validált eszköz segítségével: rizikószűrés (kívánalom: 100%).
- A nagy rizikóval rendelkező kiszűrt betegek onkopszichológiai ellátásba kerülésének aránya (kívánalom 100%).
- Dokumentált onkopszichológiai eljárások (tesztvizsgálat, terápia, vizsgálat, konzultáció stb.).
- Pszichopatológiai diagnózisok (dgn, db).
- Pszichoszociális és pszichoterápiás intervenciók száma:
  - Terápiás ülések száma,
  - gondozott/ellátott betegek száma.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Tervezett felülvizsgálat: az egészségügyi szakmai irányelv érvényességének lejártakor esedékes.
Soron kívüli felülvizsgálat: az egészségügyi szakmai irányelv érvényességén belül bármikor, ha a szakmai irodalomban, vagy az ellátói környezetben olyan mértékű változás következne be, amely indokolná azt, hogy a felülvizsgálatra a tervezett felülvizsgálat időpontjánál korábban kerüljön sor.
A felülvizsgálat megkezdésének szükségességére az egészségügyi szakmai irányelvet benyújtó tagozat aktuális irányelvfejlesztő felelőse köteles emlékeztetni a fejlesztő csoport minden tagját, illetve a Tagozat elnökét, aki kijelöli a felülvizsgálatért felelős személyt/személyeket.
A fejlesztő csoport vezetői folyamatosan követik az egészségügyi szakmai irányelv alapjául szolgáló külföldi és hazai szakmai irányelveket és releváns szakirodalmi forrásokat.

IX. IRODALOM

[1] New Zealand Guidelines Group (NZGG). Management of Early Colorectal Cancer. Appendix 1: Guideline development Evidence and recommendation grading system. 2011;102.

[2] Központi Statisztikai Hivatal. Halálozások a gyakoribb halálokok szerint (1990-); 2019 https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i__wnh001.html Accessed August 7, 2021.

[3] Kásler M, Ottó S, Kenessey I. A rákmorbiditás és -mortalitás jelenlegi helyzete a Nemzeti Rákregiszter tükrében. Orv Hetil 2017;158:84-89.

[4] Mehnert A, Hartung TJ, Friedrich M, et al. One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. Psycho-oncology 2018;27:75-82.

[5] National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines Version 2. 2021-Distress Management; 2021 https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1431. Accessed August 7, 2021.

[6] Watts S, Prescott P, Mason J, et al. Depression and anxiety in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. BMJ Open 2015;5:e007618.

[7] Simard S, Thewes B, Humphris G, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. J Cancer Surviv 2013;7:300-322.

[8] Rohánszky M, Konkoly-Thege B, Bodoky Gy. „Akik túlélték a betegséget" – Daganatos betegek életminősége egy retrospektív vizsgálat tükrében. Magy Onkol 2011;55:193-198.

[9] Dégi LCs. Pszichoszociális kockázati tényezők szerepe a daganatos megbetegedésekben. In: Kopp M. Magyar lelkiállapot. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2008. p. 557-568

[10] Niedzwiedz CL, Knifton L, Robb KA, et al. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. BMC Cancer 2019;19:1-8

[11] National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines Version 2. 2021-Survivorshi; 2021 https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1466
Accessed August 7, 2021.

[12] National Institute for Clinical Excellence. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer; 2004 https://www.nice.org.uk/guidance/csg4/resources/improving-supportive-and-palliative-care-for-adults-with-cancer-pdf-773375005
Accessed August 7, 2021.

[13] Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a major (unipoláris) depresszív zavar: diagnosztikai és terápiás irányelvek. Egészségügyi Közlöny 2021;71(12):970-1301

[14] Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign–future directions in cancer care. Psycho-Oncology 2006;15:93-95.

[15] Holland JC, Bultz BD. The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. J Natl Compr Canc Netw 2007;5(1):3-7.

[16] WHO (World Health Organization). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. London: World Health Organization; 1992

[17] American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5) Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013

[18] Malhi GS, Mann JJ. Depression. Lancet 2018;392:2299-312.

[19] Perczel-Forintos D, Kiss Zs, Csigó K. A pszichológiai és laboratóriumi vizsgálatok. In: Füredi J, Németh A. A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2021. p.147-158.

[20] Schwartz LA, DeRosa BW, Kazak AE. Adult survivors of childhood cancer. In: Holland JC et al. Psycho-Oncology (2nd edition). New York: Oxford University Press; 2010. p. 562-568.

[21] Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books; 1964.

[22] Kovács P, Konz Zs, Peti J, et al. Az onkopszichológiai rehabilitáció területei és kihívásai. Magy Onkol 1017;61:284-291.

[23] Zaorsky NG., Zhang Y, Tuanquin L, et al. Suicide among cancer patients. Nat Commun 2019;10:207. doi:10.1038/s41467-018-08170-1

[24] Wasserman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. Eur Psychiatry. 2012;27:129-41.

[25] Rihmer Z, Németh A, Kurimay T, et al. A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése. Psychiat Hung 2017;32:4-44

[26] Kalmár S, Németh A, Rihmer Z. Az öngyilkosság orvosi szemmel. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2012.

[27] Stenager E, Stenager E. Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman D, Wasserman C. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 293-299.

[28] Sokero P, Eerola M, Rytsala H, et al. Decline in suicidal ideation among patients with MDD is preceded by decline in depression and hopelessness. J Affect Disord 2006;95:95-102.

[29] Pessin H, Amakawa L, Breitbart W S. Suicide In: Holland JC, et al. Psycho-Oncology. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2010.

[30] Henson KE, Brock R, Charcock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitma A. Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. Jama Psychiatry; 2018 doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.3181.

[31] Chan MKY, Bhatti H, Meader N, et al. Predicting suicide following self-harm: Systematic review of risk factors and scales. Br J Psychiatry 2016;209:277-283.

[32] Perczel-Forintos D. A klinikai pszichológus szerepe az öngyilkossági veszélyeztetettség felismerésében és ellátásában. In: Kalmár S, Németh A, Rihmer Z. Az öngyilkosság orvosi szemmel. Budapest: Medicina Kiadó; 2012. p. 319-333.

[33] Perczel-Forintos D. Célzott pszichoterápiák és szuicid prevenció In: Kalmár S, Németh A, Rihmer Z. Az öngyilkosság orvosi szemmel. Budapest: Medicina Kiadó; 2012. p. 280-297.

[34] Rihmer Z, Torzsa P. A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének rövid módszere a háziorvosi gyakorlatban. Háziorvos Továbbképző Szemle 2016;21:584-589.

[35] Gonda X, Rózsa S. Diagnosztikus kérdőívek és tünetbecslő skálák. In: Füredi J, Németh A. A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2021. p. 159-172.

[36] Perczel-Forintos D, Rózsa S, Kopp M. A Beck-féle Reménytelenség Skála rövidített változatának vizsgálata Magyarországon egy országos reprezentatív felmérés tükrében. Psychiat Hung 2007;22:379-389.

[37] Rózsa S, Szádóczky E, Füredi J. A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. Psychiat Hung 2001;16:379-397.

[38] Muszbek K, Szekely A, Balogh E, et al. Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. Qual Life Res 2006;15:761-766.

[39] Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. Arch Gen Intern Med, 2006;166(10):1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092

[40] Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4(6):561-571.

[41] Harju E, Michel G, Roser K. A systematic review on the use of the emotion thermometer in individuals diagnosed with cancer. Psycho-Oncology 2019;28:1803-1818.

[42] Hinz A, Mitchell AJ, Dégi CL, et al. Normative values for the distress thermometer (DT) and the emotion thermometers (ET), derived from a German general population sample. Qual Life Res 2019;28:277-282.

[43] Kónya A, Verseghy A. Rey-Emlékezeti vizsgálati9 eljárások. Budapest: Pszicho-Teszt Szerviz; 1995.

[44] Wechsler D. Wechsler Adult Intelligence Scale - Revised. New York: The Psychological Corporation; 1981.

[45] Kun M, Szegedi M. Az intelligencia mérése. Budapest: Akadémiai Kiadó; 1996

[46] Webster K, Cella D, Yost K. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: properties, applications, and interpretation. Health and Quality of Life Outcomes 2003;1(1):1-7.

[47] Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1970.

[48] Sipos K, Sipos M, Spielberger CD. A STAI magyar változata. In: Mérei F, Szakács F. Pszichodiagnosztikai Vademecum (Vol. 2.) Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó; 1994. p. 123-148.

[49] Zung WWK. A Self-Rating Depression Scale. Arch Gen Psychiatry 1965;12:63-70.

[50] Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960;23:56-62.

[51] Divens, et al. Differences in illnes intusiveness across rheumatioid arthritis, end-stage renal disease and multiple sclerosis. Journal of Nervus and Mental Disaease 1994;181:377-381.

[52] Radloff LS. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement 1997;1(3):385-401.

[53]Brodaty H, Moore CM. The Clock Drawing Test for dementia of the Alzheimer's type: A comparison of three scoring methods in a memory disorders clinic. Int J Geriatr Psychiatry 1997;12(6):619-627.

[54] Mathuranath PS, Nestor PJ, Berrios GE, Rakowicz W, Hodges JR. A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. Neurology 2000;55(11):1613-1620.

[55] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. MMSE: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiatry Res. 1975;12:189-198.

[56] Stroop JR. Studies of interference in serial verbal reactions. J Exp Psychol 1935;18(6):643.

[57] Grant DA, Berg E. A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in Weigl-type card-sorting problem. J Exp Psychol 1948;38:404-411.

[58] Rorschach H. Psychodiagnostics, a diagnostic test based on perception, including Rorschach's paper, The application of the form interpretation test (published posthumously by Dr. Emil Oberholzer). New York: Huber; Grune & Stratton Inc.; 1942.

[59] Szondi L, Moser U, Webb MW. The Szondi Test. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1959.

[60] Hathaway SR, McKinley JC. A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. J Psychol 1940;10(2):249-254.

[61] Graham JR. MMPI-2: Assessing personality and psychopathology. New York: Oxford University Press; 1993

[62] Wechsler D. Wechsler adult intelligence scale. Arch Clin Neuropsychol; 1955.

[63] Caldwell RA, Pearson JL, Chin RJ. Stress-moderating effects: social support in the context of gender and locus of control. Pers Soc Psychol Bull 1987;13(1):5-17.

[64] Orsolya P, Zoltán K, Szilvia J. A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. Mentálhigiéné És Pszichoszomatika 2017;18(3):230-262.

[65] Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. Psychol Assess 1997;9(4):445.

[66] Perczel-Forintos D. Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2012.

[67] Holland J, Watson M, Dunn J. The IPOS New International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care. Psycho-oncology 2011;20:677-680.

[68] Teo I, Krishnan A, Lee GL. Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. Psycho-oncology 2019;28:1394-1407.

[69] Kahán Z, Szántó I, Dudás R, Kapitány Z, Molnár M, Koncz Z, Mailáth M. Emlőrák: gondozás, rehabilitáció, pszichoonkológia Ajánlás a IV. Emlőrák Konszenzus Konferencia alapján. Magy Onkol 2020;64:384-398.

[70] Riskó Á. Az onkopszichológia szakmai protokollja. In: Bagdy E, Túry F. A klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia szakmai protokollja (második, átdolgozott változat). Budapest: Animula Kiadó; 2005.

[71] Horti J, Riskó Á. Onkopszichológia a gyakorlatban. Budapest: Medicina Kiadó; 2006.

[72] Mailáth M, Laczkóné MR, Horváth Zs, Szabó GS. A pszichés morbiditások korai felismerése a pszichoonkológiai ellátás során. Magy Onkol 2017;61:276-283.

[73] Purebl Gy. Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban. Budapest: Oriold és Társai Kiadó; 2018.

[74] Vizin G, Farkas K. A kognitív viselkedésterápia lehetőségei az onkológiai ellátásban. Magy Onkol 2020;64:62-69.

[75] Finlay L. Relational Integrative Psychotherapy: Process and Theory in Practice, Chichester, Sussex: Wiley; 2015.

[76] Szőnyi G. A pszichoterápia tankönyve. Budapest: Medicina Kiadó; 2015.

[77] Moorey S, Greer S. Oxford guide to CBT for people with cancer. New York: Oxford University Press; 2011.

[78] Gődény A, Horváth D. A pszichoedukáció jelentősége sugárterápiában részesülő betegek ellátásában. In: Gerlinger L, Kovács P. Egy hajóban... Budapest: Medicina Kiadó; 2018. p. 123-136

[79] Tari A. Pszichoszociális folyamatok az onkológiai teamben. In: Horti J, Riskó Á. Onkopszichológia a gyakorlatban. Budapest: Medicina Kiadó; 2006.

[80] Kovács P, Esperger Z, Horváth D, Lacsán K, Patyi D, Stefanovits N, Zsoldos L, Horváth O. Pszichológiai jelenségek és tünetek, illetve az onkopszichológiai intervenciók lehetőségei a komprehenzív onkológiai ellátás során. Magy Onkol 2021;65:78-88.

[81] Hong YA, Hossain MM, Chou WYS. Digital interventions to facilitate patient-provider communication in cancer care: A systematic review. Psycho-oncology 2020;29:591-603.

[82] Kircher SM, Mulcahy M, Kalyan A, et al. Telemedicine in oncology and reimbursement policy during COVID-19 and beyond. J Natl Compr Canc Netw 2020;1:1-7.

[83] Lurie N, Carr BG. The role of telehealth in the medical response to disasters. JAMA Intern Med 2018;178:745-746.

[84] van Der Lee ML, Schellekens MP. Bridging the distance: Continuing psychooncological care via video consults during the COVID-19 pandemic. Psycho-oncology 2020;29:1421-423.

[85] Hegedűs K. A palliatív ellátás alapjai. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2009.

[86] Yennurajalingam S, Zhang T, Bruera E. The impact of the palliative care mobile team on symptom assessment and medication pro les in patients admitted to a comprehensive cancer center. Support Care Cancer 2007;15:471-475.

[87] Benyó G, Lukács M, Busa Cs, et al. A magyarországi palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitörési pontjai. Magy Onkol 2017;61:292-299.

[88] Peti J. Nőgyógyászati daganatos betegek pszichés vezetése. In: Pete I, Kásler M. Nőgyógyászati onkológi – gyakorlati kézikönyv. Budapest: Zafír Press; 2012. p. 3-10.

[89] Pilling J. A gyász lélektana. A normál és a komplikált gyász folyamata, a támasznyújtás lehetőségei. In: Hegedűs K. A palliatív ellátás alapjai. 2. kiadás. Budapest Semmelweis Kiadó; 2009. p. 178-191.

[90] Pilling J. Támasznyújtás a haldoklás és a gyász során. In: Füredi J, Németh A, Tariska P. A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2021. p. 935-941.

[91] Kovács M, Kovács Zs, Hegedűs K. Az érzelmi munka és a kiégés összefüggései egészségügyi dolgozók különbözô csoportjaiban. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 2012;13 (2):219-241.

[92] Szemerey M. A viszontáttétel és az empátia terhei. Budapest: Imágó 2016;5(3-4):25-40.

[93] Kollár, Cs. A munkahelyi kiégés (burnout szindróma) elméleti megközelítése, kutatási irányai és közgazdaságtudományi aspektusa. Fluentum-Nemzetközi gazdaság- és társadalomtudományi folyóirat 2014;1(3):1-19.

[94] Riskó Á. Pszichoanalitikus onkopszichológia. Budapest: Riskó Ágnes; 2021. https://en.calameo.com/read/0040046558df60cd08f43

[95] Nemzeti Rákellenes Program. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet 2006. http://www.oncol.hu/rtg/2016/nemzeti_rakellenes_program.pdf

[96] Riskó Á. Az onkológiai betegeket gondozó hozzátartozókra ható kihívások és a megoldási lehetőségek. In: Urbán R, Demetrovics Zs, Rigó A, Oláh A. Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása II. Budapest: Eötvös Kiadó; p. 206-217.
https://www.eltereader.hu/media/2020/12/Egeszsegpszichologia-II-1.pdf

[97] Stauder A, Balog P, Kovács M, Susánszky É. A Williams ÉletKészségek® stresszkezelő és pszichoszociális készségfejlesztő program magyar adaptációja és 10 éves tapasztalatai. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 2016:17(2), 81-95.

[98] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

[99] 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről

[100] Kaasa S, Bjordal K, Aaronson N, Moum T, Wist E, Hagen S, Kvikstad A. The EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30): validity and reliability when analysed with patients treated with palliative radiotherapy. Eur J Cancer 1995 Dec;31A(13-14):2260-3. doi: 10.1016/0959-8049(95)00296-0. PMID: 8652253.

[101] Blazsek P, Wernigg R. Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában. Budapest: Oriold és Társai Kiadó; 2015.

[102] Yang Y, Cameron J, Humphris G. The relationship between cancer patient's fear of recurrence and radiotherapy: a systematic review and meta-analysis. Psychooncology. 2017;26(6):738–746. doi:10.1002/pon.4224

[103] Patient Health Questionnaire (PHQ) https://www.phqscreeners.com/

[104] Márta C, Péter M. Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia. Medicina Kiadó, 2009

[105] Sándor Z, Csabai M. A PRISM-D rajzteszt alkalmazása a daganatos betegséggel összefüggő érzelmi és kognitív reprezentációk komplex vizsgálatára (Application of the PRISM-D drawing test to the complex examination of cancer-related emotional and cognitive representations). Orvosi Hetilap, 2018;159(48):2021-2030.

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

Az egészségügyi szakmai irányelv kidolgozását kezdeményezte az Egészségügyi Szakmai Kollégium Klinikai Szakpszichológia és Pszichoterapeuta Klinikai Szakpszichológus Tagozat a témaválasztási javaslat dokumentum kitöltésével és továbbításával.
Ezt követően az irányelvfejlesztői csoport kialakítása történt meg, valamint az összeférhetetlenségi és egyetértési nyilatkozatok kitöltése.
Az irányelvfejlesztés a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól szóló 18/2013. (III. 5.) EMMI rendeletben foglaltak alapján történt.
A munkafolyamatok során alkalmazott kötelező dokumentáció: Témaválasztási Javaslat, Tagozatok Nyilatkozata részvételi szintről és a delegáltakról, Irányelvfejlesztő csoport összeállítása, Kapcsolattartó és helyettesének delegálása, Egyéni Összeférhetetlenségi Nyilatkozatok és azok Összefoglalója, Csoportos Összeférhetetlenségi Nyilatkozat, Módszertani értékelések, konzultációk: szűrő- és részletes értékelés, konzultációs feljegyzés(ek), Tagozatvezetői Nyilatkozatok a egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal való egyetértésről.
A fejlesztőcsoport vezetője a fejlesztőcsoport tagjaival szóban egyeztetett, az elkészített egészségügyi szakmai irányelv tervzetet elküldte nekik. A csoport tagjai korrekciós javaslatot tettek, melyek a szövegbe kerültek, majd konszenzus alapján elfogadták a tervezetet.

Az egészségügyi szakmai irányelv tervzet összeállításának menete:

- Tájékozódás a hazai onkopszichológiai ellátás sajátosságairól, jelenleg alkalmazott lépésekről, dokumentált tevékenységekről a Klinikai Szakpszichológia és Pszichoterapeuta Klinikai Szakpszichológus Tagozat valamint a vonatkozó társtagozatok és a MOT, valamint az MPOT tagjainak bevonásával.
- Társszakmák egészségügyi szakmai irányelveinek tanulmányozása.
- Vonatkozó nemzetközi irányelvek (NCCN stb.) áttanulmányozása.
- A képzési, kimeneti követelmények, kompetenciák összegyűjtése, összehasonlítása a külföldi gyakorlattal.
- Irodalomkutatás: külföldi példák gyűjtése az onkopszichológiai ellátás folyamatáról.
- További kapcsolódó szakirodalom felkutatása.
- Az egészségügyi szakmai irányelv struktúrájának kialakítása-szerkezeti vázlat kidolgozása a szakirodalmi adatok felhasználásával.
- Konzultációk a szakmai szervezetek képviselőivel, az elkészült anyag véleményezése, javaslatok és ajánlások megfogalmazása és kidolgozása.
- Az egészségügyi szakmai rányelv tervezet részletes megfogalmazása, kiegészítése a megfogalmazott javaslatok figyelembevételével.
- Az elkészült egészségügyi szakmai irányelv szélesebb körű szakmai véleményezésre bocsátása.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irodalmi adatok keresése során a munkacsoport tagjai a PubMed, a Google Scholar, valamint a Cochrane adatbázisokban elsősorban az utóbbi 10 év (2010–2021) publikációit vizsgálta. A keresőszavak a következők voltak: psycho-oncology, oncopsychology, psychosocial screening, stress management, cancer related distress. Kizárólag angol, illetve magyar nyelvű publikációk átnézése történt meg.

A jelen egészségügyi szakmai irányelv elkészítéséhez a vonatkozó fejezetben említett külföldi és magyar irányelveket és az összes egyéb idézett szakirodalmat használtuk fel, mert ezek kompetens szintézisével és az irányelvkészülés során megjelenő szakmai konszenzussal a hazai ellátási gyakorlatban jól használható, a témát teljességében lefedő egészségügyi szakmai irányelv készíthető. A fejlesztőcsoport az angol nyelvű randomizált kontrollált tanulmányokból származó bizonyítékok mellett a magyar nyelvű hivatkozások esetén jogszabályokat, reprezantatív, validált módszertanon alapuló kutatások eredményeit, szakterületi konszenzusokat, szakkönyveket, szakfolyóiratokat, cikkeket is felhasználtak az iránylevhez.
A felhasznált irányelvekben és egyéb szakirodalmi forrásokban található információk és ajánlások egységesítése a fejlesztőcsoporton belüli konszenzusos döntések végeredménye.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték- vagy ajánlásmátrix"), bizonyítékok szintjének meghatározási módja
A felhasznált bizonyítékokat a fejlesztő csoport kritikus szemmel értékelte, kitérve az adott vizsgálat módszertanára, elemszámára, jellegére, tartalmára és klinikai relevanciájára.
A vonatkozó fejezetben bemutatott bizonyítékbesorolást módosítás nélkül vettük át. Azokon a szöveghelyeken, ahol külön nem jelöltük az evidenciaszinteket, a fejlesztőcsoport szakértői véleményén és klinikai tapasztalatán alapul az adott állítás. Az ajánlásokat alátámasztó bizonyítékokat az ajánlások szakmai részletezésénél tárgyaltuk.

4. Ajánlások kialakításának módszere
A felhasznált irányelvekben és egyéb szakirodalmi forrásokban található információk és ajánlások egységesítése a fejlesztőcsoporton belüli konszenzusos döntések végeredménye.
Az egészségügyi szakmai irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyítékháttér alapján történt. Jelen egészségügyi szakmai irányelv hatókörének megfelelő ajánlásai azok hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre. A felhasznált irányelvekben és egyéb szakirodalmi forrásokban található információk és ajánlások egységesítése (harmonizálása) a fejlesztőcsoporton belüli konszenzusos döntések végeredménye. A szövegben az információ forrása megjelölésre került.
Az ajánlásokat a ***New Zealand Guidelines Group NZGG által javasolt besorolási rendszer alapján*** a fejlesztőcsoport A, B, C, D kategóriákba sorolta. Általában minél magasabb szintű a bizonyíték, annál valószínűbb az erős (A szintű) ajánlás megfogalmazásának lehetősége, de a döntést az ajánlás erősségének meghatározását egyéb faktorok (pl. az ajánlás hazai alkalmazhatósága) is befolyásolták. Azon szöveghelyeken, ahol külön kiemeléssel nem szerepelnek ajánlások, az állítások fontosságát, illetve betartásuk kötelezőségét a szóhasználat fejezi ki.

5. Véleményezés módszere
Az egészségügyi szakmai irányelv szakmai tartalmának összeállítását követően, a kapcsolattartó megküldte a dokumentumot a korábban véleményezési jogot kérő és a fejlesztőcsoport véleményezői felkérését elfogadó Szakmai Tagozatoknak. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az egészségügyi szakmai irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum szerkezete, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával. Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltak megfelelnek a véleményezőkkel kialakított konszenzusnak.
Az egészségügyi szakmai irányelv az ellátásban érintett Szakmai Kollégium Tagozatok összegyűjtött javaslatainak és véleményének összegzésén alapul. A javasolt módosításokat a fejlesztő csoport áttekintette, véleményezte, majd az elfogadott módosítások beépítette, az elutasított módosításokat átvezette. A beillesztésről, ill. módosításról szóló döntést a fejlesztők egyhangúan hozták meg.
A módszertani szempontoknak való megfelelést a fejlesztési folyamat leírásával teljesítette a fejlesztőcsoport.

6. Független szakértői véleményezés módszere
A véleményezés során független szakértő is bevonásra került. Tekintettel arra, hogy a szakterületen korábban nem készült egészségügyi szakmai irányelv, a nemzetközi illeszkedést a nemzetközi szakmai világszervezet (IPOS) titkárának kiegészítései és meglátásai, valamint véleménye is szavatolja.
Ezen kívül a vonatkozó hazai szakmai szervezetek képviselői a fejlesztőcsapat tagjaiként társszerzőként vettek részt, teljesítve és megteremtve így a széleskörű szakmai konszenzus kívánalmát is.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Aktuálisan magyar nyelven, minden klinikai ellátóhelyen egységesen alkalmazott és szabadon hozzáférhető betegtájékoztató nem áll rendelkezésre.

Az egyes ellátóhelyek, valamint a vonatkozó betegszervezetek honlapjain szabadon hozzáférhetőek az onkológiai ellátáshoz kapcsolódó betegtájékoztatók – azon belül pedig az onkopszichológiai gondozás lehetőségeit bemutató információk.

A betegtáékoztaók, oktatási anyagok az alábbi honlapokon érhetőek el.
Rákellenes szervezetek:

- Magyar Rákellenes Liga - https://rakliga.hu/,
- Ráktúlélőkért, hozzátartozókért Egyesület - https://www.raktulelok.hu/hu,
- Rákbetegek Országos Szervezete - http://rakszovetseg.hu/test_jml2/index.php,
- Nézőpontváltó Egyesület - http://nezopontvalto.hu/hu/fooldal,
- Mellrákfórum – Nem vagy egyedül Alapítvány - https://mellrakforum.hu/,
- Mellrákinfó Egyesület - https://www.mellrakinfo.hu/,
- Mályvavirág Alapítvány - https://malyvavirag.hu/,
- Gyermekrák Alapítvány – www.gyermekrak.hu,
- CML és GIST Betegek Egyesülete – www.cmlgist.hu,
- Egészség Hídja Összefogás az Egészségért a Mellrák Ellen Egyesület – www.egeszseghid.hu,
- „Breath" Association – www.lelekzetegyesulet.hu,
- ***További, hitelesített és jegyzett, betegszervezetek az Európai Rákbeteg Koalíció (European Cancer Patient Coalition - ECPC) honlapján találhatók:*** www.ecpc.org.

1.2.Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Az alkalmazni javasolt vizsgálati eszközöket (teszteket és kérdőíveket) a vonatkozó ajánlás taglalja.

A vizsgálat/felmérés/szűrés során javasolt lehet egységes adatlapot alkalmazni, melynek tartalma, többek között, az alábbi információkra terjed ki:

1. Név:_____ 2. Kitöltés dátuma:_____ 3. Születési dátum:_____ 4.Végzettség: *Általános iskola – Középiskola – Egyetem/főiskola – Egyéb:*_____ 5.Családi állapota: *egyedülálló – párkapcsolatban élő – házas – elvált – özvegy egyéb:*_____ 6. Volt-e korábban bármiféle pszichiátriai/pszichés (lelki) panasza? igen – nem 7. Szedett-e korábban valamilyen pszichiátriai gyógyszert (pl. szorongásoldó, nyugtató, altató, antidepresszáns, antipszichotikum)? igen – nem 8. Van-e jelenleg bármiféle pszichiátriai/pszichés (lelki) panasza? (pl.: rossz hangulat, alvásproblémák, levertség, feszültség, pánik stb.)? igen – nem 9. Szed-e jelenleg valamilyen pszichiátriai gyógyszert (pl. szorongásoldó, nyugtató, altató, antidepresszáns, antipszichotikum)? igen – nem

1.3. Táblázatok

1. táblázat: Pszichoszociális distressz kialakulását növelő kockázati tényezők és vulnerábilisidőszakok *(NCCN Distress Management irányelv [5] alapján szerkesztve)*

Distressz kialakulásának kockázatát fokozó ***tényezők***	Distressz kialakulásának és fokozódásának szempontjából kifejezetten vulnerábilis ***időszakok/történések***
• Korábbi pszichiátriai zavar vagy szerhasználat. • Korábbi depresszió/ öngyilkossági kísérlet. • Trauma és/vagy bántalmazás az anamnézisben (fizikai, szexuális, érzelmi, verbális). • Kognitív zavar, kognitív diszfunkció.	• Daganat-gyanút keltő (testi) tünet kivizsgálásának időszaka. • Onkológiai diagnosztikai folyamat

• Kommunikációs zavarok, problémák.
• Komorbid betegségek.
• Szociális/szociológiai tényezők:
  • Családi konfliktusok,
  • nem megfelelő társas támogatás,
  • szociális elszigeteltség, izoláció,
  • egyedül élés,
  • pénzügyi problémák,
  • orvosi ellátásokhoz való korlátozott hozzáférés,
  • fiatalkorú és/vagy eltartott gyermek(ek),
  • fiatalabb életkor,
  • szexuális egészséggel, illetve termékenységgel kapcsolatos problémák,
  • diszkrimináció (faji, nemi),
  • stabil lakhatás elveszítése,
  • szerhasználat, addikció,
  • egyéb stresszorok.
• Lelki/vallási (bűntudati) konfliktusok.
• Kontrollálhatatlan tünetek/mellékhatások.
• Magasabb depresszió-kockázattal együttjáró daganatos megbetegedések: hasnyálmirigy-, fej-nyaki tumorok.
	időszaka.
	• Diagnózisközlés.
	• Előrehaladott/áttétes daganatos betegség.
	• Genetikai hajlam felismerés és/vagy családi halmozódás lehetősége.
	• Kezelésre várakozás.
	• Tünetek okozta megterhelődés súlyosbodása során.
	• Alapvető kezeléssel kapcsolatos szövődmény(ek) jelentkezése esetén.
	• Felvétel a kórházba/Elbocsátás a kórházból.
	• Terápiákkal járó mellékhatások és tünetek megjelenése/fokozódása.
	• Kezelés sikertelensége, állapotrosszabbodás.
	• Aktív kezelés befejezésének szükségessége.
	• Orvosi utánkövetés és megfigyelés időszaka, illetve kontrollidőpontok.
	• Gyógyulás/rehabilitáció időszaka (Damoklész kardja szindróma).
	• Kiújulás/Progresszió/Visszaesés.
	• Palliatív kezelés(ek) szükségessége.
	• Hospice ellátás időszaka.

2. táblázat: Az onkopszichológiai állapotfelmérés/vizsgálat/szűrés alkalmazni javasolt eszközei *([66] alapján, saját szerkesztés)*

Problémakör, vizsgálni kívánt konstruktum	**Kérdőív**
Szorongás	STAI [47, 48], Zung [49], Hamilton [50], HADS [38], GAD-7 [39, 102], Betegségteher Index [51]
Depresszió	BDI (hosszú és rövid verzió) [40, 37], HADS [38], Zung [49], Hamilton [50], CES-D [52],
Distressz	Distress Thermometer [42], Érzelmi hőmérők [41]
Életminőség	FACIT [46], QLQ-C30[100],
Neurológiai tünetek, demencia	Óra teszt [53], MMST [55], AKV [54], Rey-szólista [43], Wisconsin kártyaválogatási teszt [57]
Személyiség komplex vizsgálata	Rorschach próba [58], Szondi teszt [59], MMPI I [60] és II [61]
Öngyilkosság	Reménytelenség skála [36], MMPI I [60] és II [61], Rorschach próba [58], Szondi teszt [59], Blazsek-Wernigg [101],
Intelligencia	MAWI [44, 45], WAIS és WAIS-R [62]
Társas támogatottság	SDS [63], Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás [64]
Trauma	PDS [65]
Komplex szűrőrendszerek	PHQ-Screener [103]

3. táblázat: Az onkológiai ellátás szakaszai és a jellemző tünetek, valamint az alkalmazásra ajánlott pszichoszociális intervenciók (készült [5, 22, 68, 69, 70, 71] alapján)

Betegséglefolyás és onkológiai ellátás szakaszai	**Főbb onkológiai történések és a kapcsolódó pszichoszociális tünetek**	**Alkalmazásra ajánlott pszichoszociális intervenciók**
Szűrővizsgálatok (sine morbo)	Sine morbo állapot, genetikai hajlam megléte, önvizsgálatok, normatív és	Prevenciós beavatkozások, egészségtudatos életmód

	rendszeres orvosi vizsálatok. *Jellemző pszichoszociális problémák:* halogatás, egészségszorongás, kommunikációs nehézségek, stigmatizációtól/betegségtől/genetikai hajlamtól való félelem, szorongás.	elősegítése, primordiális és primer prevenció, társadalmi érzékenyítés, pszichoedukáció, asszertivitás támogatása.
Onkológiai kivizsgálás	Célzott kivizsgálás, primer tumor és/vagy metasztázis keresés, korábbi vizsgálatok indukálják *Jellemző pszichoszociális problémák:* Szorongás, egészségüggyel kapcsolatban szerzett tapasztalatok imprintingje, betegszerep, testi integritás elvesztésétől való szorongás, krónikussá váló stressz, szorongás mentén kognitív beszűkülés, deperszonalizáció.	Krízisintervenció, szupportív (pszicho)terápia, tanácsadás, orvos-beteg kommunikáció támogatása.
Diagnózis	Diagnózisközlés időszaka, terápiás terv kialakítása, további orvosi vizsgálatok (pl.: képalkotó vizsgálatok). *Jellemző pszichoszociális problémák:* Krízis, kognitív folyamatok beszűkülése, diagnózis, mint pszichotrauma, halálszorongás, szorongásos és depresszív zavarok, érzelmi sokk, heves érzelmi reakciók, szuicid veszélyeztetettség.	Intenzív krízisintervenció, stresszcsökkentő technikák (MBCR, relaxáció), szupportív (pszicho)terápia, tanácsadás, pszichodiagnosztika, pszichoszociális szűrés, orvos-beteg kommunikáció támogatása.
Onkológiai terápiák	Sugárterápia, kemoterápia, sebészeti beavatkozások. *Jellemző pszichoszociális problémák:* Frusztráltság, alkalmazkodási nehézségek, lelki regresszió, halálfélelem, belső/külső testképzavar, depresszív tünetek (pl. egészség elveszítése miatt, de biológiai/szer indukálta/központi idegrendszeri alapú is lehet), szorongás, pszichoszomatikus tünetek, PTSD, kapcsolati-szexuális problémák, pszichogén mellékhatások, kognitív kapacitás csökkenése (kemobrain), hányás, hányinger, alvászavarok, evészzavarok, addikciós problémák, premorbid pszichiátriai problémák eszkalálódása, emelkedő distressz szint, fáradékonyság, hospitalizáció, anticipált gyász stb.	Pszichoedukáció (terápiákra történő lelki felkészítés fokozott támogatása), disztressz csökkentése, szupportív (pszicho)terápiák, kognitív és viselkedésterápiák, párterápia, életvezetési tanácsadás, „imaginatív” terápiák.
Tünetmentesség	*Jellemző pszichoszociális problémák:* Alkalmazkodási nehézségek, kondicionálódott pszichogén mellékhatások fennmaradása, kognitív zavar, krónikus fáradtság, Damoklész kardja szindróma, PTSD, szexuális zavarok, szenvedélybetegség kialakulása, felerősödése; biztonságérzet elveszítése, pszichoszomatikus tünetek, hangulatzavar (depresszió), szorongásos zavar (pánikzavar, hipochondria, karcinofóbia), szuicídium veszélye.	Szupportív és/vagy expresszív (pszicho)terápiák, kognitív és viselkedésterápiák, pár- és családterápia, életvezetési tanácsadás, „imaginatív” terápiák, stresszcsökkentő technikák (MBCR, relaxáció), adherencia növelése és támogatása.

Relapszus, állapotromlás, mellékhatások, visszaesés	*Jellemző pszichoszociális problémák:* Érzelmi krízis, düh, szorongás, depresszió, halálfélelem, alkalmazkodási/megküzdési nehézségek, bűntudat fokozódása, érzelmi labilitás, feszültség, harag, nyílt vagy rejtett ellenségesség, intellektuális gátlás, lelki regresszió, deperszonalizáció, pszichológiai/pszichiátriai jelenségek mint mellékhatások.	Krízisintervenció, pszichoedukáció, szupportív (pszicho)terápia, preventív lelkigondozás, tanácsadás, adherencia növelése.
Palliatív ellátás, haldoklás, halál, hospice	Halálfélelem, halálszorongás, elutasítás (tagadás), harag, alkudozás, depresszió, belenyugvás, feladás, anticipált gyász, gyász, hozzátartozók gyászreakciói.	Gyászterápia, szupportív (pszicho)terápia, preventív lelkigondozás, krízisintervenció, családtagok támogatása, tanácsadás, méltóságterápia, krízisintervenció, pszichoterápiába ágyazott gyászfeldolgozás, gyászcsoport, önsegítő gyászcsoport.
Gyógyulás, rehabilitáció	Damoklész kardja szindróma, PTSD, PTN.	PTN támogatása, stresszcsökkentő technikák (relaxáció, MBCR), expresszív és/vagy szupportív pszichoterápia, nonverbális terápiák.

4. táblázat: A krízisterápia/krízisintervenció, illetve a pszichoterápia gyakorlati jellemzői és főbb különbözőségei

KRÍZISTERÁPIA/KRÍZISINTERVENCIÓ jellemzői	**PSZICHOTERÁPIA* jellemzői**

• Elsősegélynyújtó jellegű kezelés.
• Részcélra irányul.
• Fókuszában a kiváltó okok és az aktuális tünetek állnak.
• Jelenre koncentrál (nem hibáztat).
• Inkább intellektuális belátásra irányul.
• 1-6 ülés.
• Kötetlen időtartam.
• Időpontja illeszkedik a krízishelyzethez (egyáltalán nem, vagy kevéssé halasztható).
• Telefonon is történhet.
• A szakember bevonódására a beteg által kívánt mértékben van szükség.
• Direktív.
• Családtagok, barátok bevonása is szükséges lehet.
• Aktuális problémákra fókuszál.
• Cselekvésorientáltság jellemzi.
• Reflektív és empatikus jelenléttel bárki végezheti.
	• Kiképzett szakember végezheti.
	• Egészségügyi beavatkozás/tevékenység.
	• Célja:
	  ○ Alapvető lelki konfliktusok tisztázása.
	  ○ A személyiség fejlesztése, rekonstrukciója.
	  ○ Az emocionális átélés megváltoztatása.
	  ○ Teljesítmény és képességfejlesztés.
	  ○ Tartós személyiség-, élménymód és viselkedésváltozás elérése.
	• Rehabilitációs időszakra jellemzőbb.
	• Tervezett ülések.
	• Jellemzően hosszabb folyamat.
	• Módszerfüggően standard hosszúságú ülések.
	• Telefonon kevéssé célszerű.
	• Nondirektív.
	• Jellemzően kétszemélyes helyzet.
	• Kiváró attitűd.
	
	A klasszikus pszichoterápia formális és tartalmi jellemzőit a vonatkozó szakirodalom részletezi [76].

5. táblázat: A gyász és a depresszió jellemző jelenségei és különbözőségei

GYÁSZ	DEPRESSZIÓ
Tünetkép: sírás, étvágyváltozás, csökkent libidó, szociális visszahúzódás, insomnia/hipersomnia, a koncentrálóképesség csökkenése, fokozott fogékonyság testi betegségekre	
• Üresség és veszteség, mint domináns affektus, • önbecsülés megtartott, • lehetnek pozitív érzelmek vagy humor, • normál mértékű identifikáció és enyhe ambivalencia az elhunyttal kapcsolatban, • az öngyilkossági gondolatok ritkák, • az önvád az elhunyttal való bánásmódra irányul, • az értéktelenség érzése nem általános, • a környezet empátiát, szimpátiát tanusít , • tünetek csökkenése, hangulati javulás általában 6 hónapot követően, • megnyugtatásra, bíztatásra reagál, • szociális kapcsolatokba vonható, • antidepresszívumok nem segítenek.	• Öröm érzésének képtelensége, • tartósan nyomott hangulat mint domináns affektus, • önkritikus, • pesszimista rágódás, • kóros túlazonosulás, • fokozott ambivalencia és tudattalan düh az elhunyttal kapcsolatban, • az öngyilkossági gondolatok gyakoriak, • az önvád széleskörű, ill. az egyén azt gondolja, hogy egészsében rossz vagy értéktelen, • gyakran ingerültséget, bosszúságot kelt interperszonális kapcsolataiban, • egyre súlyosbodó vagy stagnáló tünetek, • megnyugtatásra, bíztatásra nem reagál, • szociális kapcsolatoktól elzárkózó, • antidepresszívumok segítenek.

6. táblázat – A klasszikus pszichoterápia és az szomatikus pszichoterápia főbb különbségei

Klasszikus pszichoterápia	Szomatikus pszichoterápia (onkopszichoterápia)
Saját motiváción alapuló jelentkezés (nem küldött beteg).	ellátó team által „küldött”, önszántából jelentkezett beteg (motiváció tisztázása szükséges).
45-50 perc időtartam heti 1 vagy több ülés.	Változó időtartamú és rendszerességű ülések.
Módszertani keretek következetes és pontos betartása.	A keretektől való eltérést fizikális állapot, vagy az onkológiai terápia erősen befolyásolhatja.
Ugyanazon helyen és időben történik.	Onkológiai kezeléshez illeszkedő rugalmas téri és idői keret.
Terápiás szerződésen alapul.	Orvosi kérésen vagy megegyezésen alapul.
Csak a megadott keretrendszerben történik találkozás.	A keretrendszer illesztett a beteg aktuális fizikális állapotához (sz.e.: ágy melletti konzultáció).
Családtagok és hozzátartozók nem kerülnek kapcsolatba a terapeutával (kivéve módszerspecifikus esetekben).	Családtagok és hozzátartozók bevonása/bevonódása sok esetben nem elkerülhető, adott esetben: javasolt is (pl.: kisgyermekes családok esetén, szexuális problémák kapcsán, családra is kiterjedő pszichoedukáció stb.).
Telemedicinális eszközök használata alkalomszerűen a terápiás szerződés kiegészítésével lehetséges.	Telemedicinális eszközök (teleonkológia) használata a beteg állapotát szem előtt tartva esetileg és rugalmas alkalmazással lehetséges és javasolt.
Más szakemberrel történő konzultáció csupán a beteg hozzájárulásával történhet (kivéve önveszélyes állapotok).	A szomatikus ellátókkal, az onkológiai team-mel konzultáció folyamatosan történik, illetve a beteg állapotát betegdokumentáció is rögzíti.
Találkozás jellemzően (a szakmai kívánalomnak megfelelően) csak a terápiás szituációban történik.	Találkozás történhet egyéb osztályos helyzetekben: vizit, referáló, onkoteam, kórházi folyósó/társalgó.

7. táblázat – A kiégés legfontosabb rizikótényezői és szempontrendszere

A kiégés legfontosabb rizikótényezői és szempontrendszere			
Az egyén szempontjai	***Kapcsolati szempontok***	***Szervezeti szempontok***	***Társadalmi szempontok***
• Idealisztikus munkakép. • Túlmotivált személy. • Nagy érzelmi bevonódottság. • Stresszkezelési technikák. • Copingtechnikák. • Hivatástudat. • Munka mint egzisztenciális megerősítés képzete (küldetéstudat). • Viszontáttételi jelenségek, szomatikus viszontáttétel. • Helfer szindróma.	• Érzelmileg megterhelő interperszonális kapcsolatok. • Kompetitív munkakörnyezet. • Konkurencia. • Aszimmetrikus viszonyok. • Társas összehasonlítás jelentősége *(emocionális fertőzés jelensége).* • Segítő és segített közötti kiegyenlítetlen kapcsolat – reciprocitás hiánya *(túlvállalás, túlgondoskodás, túltámogatás, hála nélküliség stb.).* • Deperszonalizáció. • Érzelmi áttételi jelenségek. • Vikariáló traumatizáció.	• Intézményi szervezeti struktúra. • Kórház mint totális intézmény. • Munkahelyi elvárások és egyéni képességek diszkrepanciája. • Túlterhelődés. • Kontrollvesztés. • Elismerés hiánya. • Közösség hiánya. • Méltányosság hiánya. • Értékkonfliktusok.	• Szociokultúrális jelenség. • Hagyományok átalakulása. • Támogató rendszerek eltűnése. • Társas/társadalmi értékválság: • Közöny, • idegesség, • kiábrándultság.

1.4. Algoritmusok

1. ábra: A pszichiátriai/pszichológiai ellátás folyamatmodellje (*DIS-5 [5] alapján)*

Pszichológiai/pszichiátriai ellátás folyamatmodellje			
Jelek/tünetek/problémák/panaszok/viselkedés	**Értékelendő/mérlegelendő tünetek**	**Diagnosztika, pszichodiagnosztika**	**Utánkövetés**
Az onkológiai orvosi team referál a mentális egészségügyi teamnek, pszichológusnak.	• Distressz. • Viselkedésbeli változások. • Problémák a kapcsolatokban. • Pszichiátriai előzmények/gyógyszerek. • Szerhasználati zavar. • Fájdalom- és tünetkezelés. • Fáradtság. • Testkép. • Hangulat. • Szexuális egészség. • Károsodott kognitív funkciók. • Biztonság. • Öngyilkosság kockázata. • Pszichológiai/pszichiátriai komorbiditás Orvosi okok.	• Neurokognitív zavarok (delírium, demencia). • Trauma és stresszbetegségek. • Obszesszív-kompulzív zavar. • Szerhasználat, addikciók. • Depressziós zavarok. • Bipoláris és kapcsolódó zavarok. • Szkizofrénia spektrum és egyéb pszichotikus zavarok. • Szorongásos zavarok. • Személyiségzavarok. • Organikusés szimptómás mentális zavarok. • Nemi identitás és szexuális élet zavarai.	Utánkövetés és folyamatos kommunikáció/konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal, háziorvossal

2. ábra: A depresszió és a szorongásos zavarok ellátási folyamatmodellje (*DIS-11 [5] alapján)*

Depressziós és szorongásos zavarok				
Diagnózis	**Tünetek értékelése/mérlegelése**	**Önártalom veszélye**	**Kezelés**	**Utánkövetés**
DEPRESSZIÓ • Betegséggel összefüggésben kialakuló depressziós állapotok. • Depressziós epizód. • Major depresszió. SZORONGÁSOS ZAVAROK • Általános egészségügyi állapot miatti szorongás. • Generalizált szorongásos zavar. • Pánikbetegség. • Specifikus fóbia. • Agorafóbia. • Szociális szorongásos zavar. • Szerhasználat/gyógyszerek okozta szorongásos zavar. • Anticipált hányinger/hányás.	• Az alábbiakkal összefüggésben történő differenciáldiagnosztika: o Daganatos betegség, o kezelés, o gyógyszerek, o Orvosi okok. o elvonási tünetek, o fájdalom, o fáradtság, o alvászavarok, o anorexia, o anhedónia, o csökkent érdeklődés tevékenységek iránt, o halálvágy, o öngyilkossági gondolatok, o hangulatingadozás, o gyenge koncentrációs képesség, o demoralizáció, • Vegyük figyelembe a pszichoszociális és lelki tényezőket. • A döntéshozatali képesség mérlegelése/felmérése. • Család/otthoni környezet szempontjai. • Biztonságos környezet. • Alkohol és rekreációs szerhasználat felmérése. *Pszichoszociális szűrés/felmérés fontossága.*	***Nem jelent veszélyt önmagára vagy másokra***	• Pszichoterápia. • A depresszióval együtt járó testi tünetek kezelése. • Pszichotróp gyógyszerek: o Antidepresszánsok, szorongásoldók. • Mentális egészségügyi kezelés és utánkövetés. • Beteg és család edukációja szociális munkás, tanácsadó szolgáltatások vagy lelki pásztor bevonásának megfontolása.	Utánkövetés és konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal
		Önártalom veszélye, vagy mások veszélyeztetése fennáll	• Öngyilkosság vagy gyilkosság kockázatának mérlegelése. • Kórházi kezelés. • A betegbiztonság kialakítása: o Pszichiátriai konzultáció szükségszerűsége, o fokozott nyomonkövetés, o terápiás terv kialakítása, o fegyverek/veszélyes eszközök eltávolítása. • Mások/környezet biztonságának biztosítása. A szociális munkás, tanácsadó szolgáltatások, vagy lelkipásztor bevonásának megfontolása.	Utánkövetés és konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal

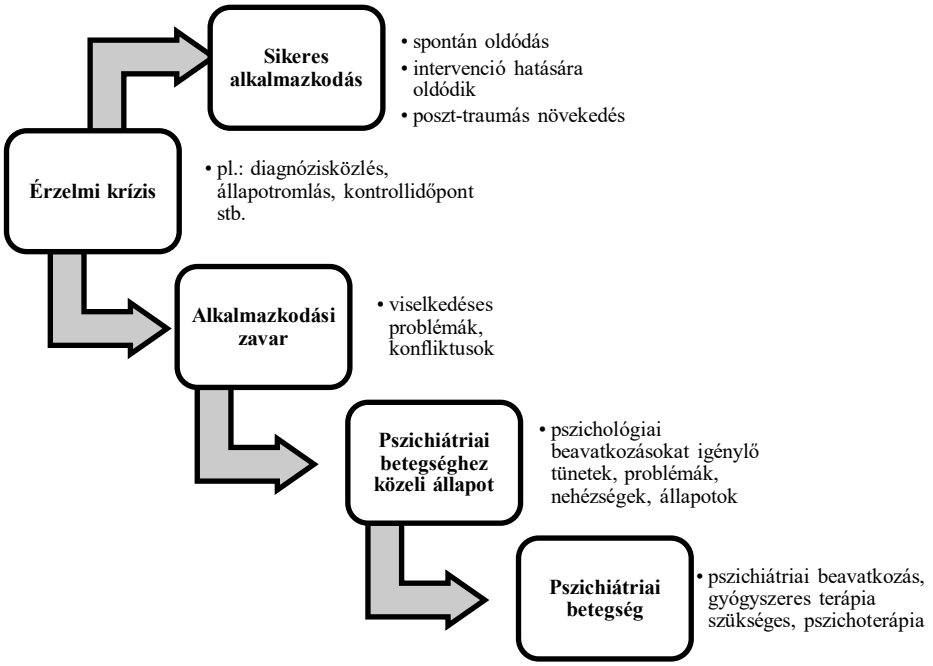
3. ábra: A személyiségzavarok ellátási folyamatmodellje (*DIS-22 [5] alapján)*

Személyiségzavarok			
Diagnózis	**Tünetek értékelése/mérlegelése**	**Kezelés**	**Utánkövetés**
Személyiségzavarok jelei és tünetei daganatos betegeknél: • Orvosi bevatkozásokhoz, vagy kezeléshez kapcsolódó, személyiségváltozás • borderline, • hisztrionikus, • skizoid, • kényszeres (OCD), • paranoid, • antiszociális, • nárcisztikus, • dependens, • skizotíp.	Az alábbiakkal összefüggésben történő differenciáldiagnosztika: • Daganatos betegség, • kezelés, • gyógyszerek, • orvosi okok, • elvonási tünetek, • fájdalom, • manipulatív viselkedés, • düh, • fenyegető viselkedés, • hisztrionikus viselkedés, • követelő viselkedés, • félelem, • adöntéshozatali képesség felmérése, • család/otthoni környezet figyelembe vétele, • önártalom veszélyének felmérése.	• Összehangolt viselkedés- és pszichológiai, illetve orvosi kezelés kidolgozása az egészségügyi teammel (alappszichoterápiás + gyógyszeres kezelés kombinálása). • Személyzet és vezetőség érzékenyítése, edukációja. • A pszichiátriai ellátás mérlegelése.	Utánkövetés és konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal

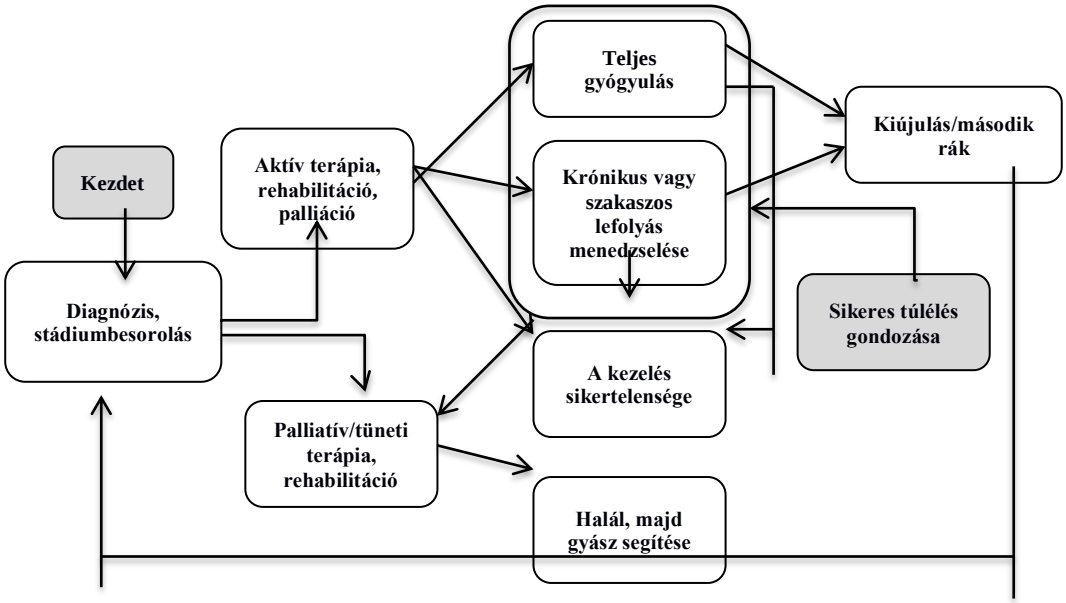
4. ábra: A szkizofrénia és a pszichotikus zavarok ellátási folyamatmodellje (*DIS-5 [5] alapján)*

Szizofrénia és egyéb pszichotikus kórképek				
Diagnózis		**Vizsgálandó tényezők**	**Kezelés**	**Utánkövetés**
Pszichotikus epizód a daganatos megbetegedés/kezelés során vagy szkizofrénia/pszichotikus zavar az anamnézisben: • Pszichózis, • szkizofrénia, • affektív pszichózis, • szerhasználat • gyógyszeres kezelés, • neurológiai státusz.	**Pszichotikus tünet nem áll fenn**	□□□□□		Utánkövetés és konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal
	Pszichotikus tünetek fennállnak: • **Hallucinációk,** • **téveszmék,** • **stb.**	Mérlegelendő/vizsgálandó: ○ Daganatos betegség, ○ kezelés, ○ Gyógyszerek (szteroidok), ○ delírium, ○ demencia, ○ elvonási tünetek vagy szerhasználati zavar, ○ pszichotikus zavar új diagnózisa, ○ pszichotikus állapot kiújulása (pl. nem szedi az antipszichotikumot). • A döntés hozatali képesség kiértékelése. • A biztonság kiértékelése. A családi/gondviselői erőforrások felmérése, beleértve a fekvőbeteg pszichiátriai kórházi kezelés lehetőségét és a közösségi mentálhigiénés csapatot is.	• Betegbiztonság megteremtése. • Pszichiáter bevonása. • Antipszichotikumos gyógyszeres kezelés. Egyéb gyógyszer beállítás: • Hangulatjavító, szorongásoldó, • pszichiátriai beutalás, kórházi befektetés/befekvés • elektrokonvulzív terápia.	

5. ábra: Az érzelmi krízis lehetséges kimenetelei (készült: az Országos Onkológiai Intézet munkacsoportjának ábrája alapján [22])



6. ábra: A betegség lefolyásának és a kezelések hálózatos ábrája (készült [22, 67] alapján)



1.5. Egyéb dokumentumok

Nincs.