

A COVID-19-járvány miatt kialakult betegségorongás és depresszió kezelése kognitív viselkedésterápiával egy emlőrákos nő esete kapcsán

Szekeres Tamás¹ ■ Perczel-Forintos Dóra dr.¹
Dank Magdolna dr.² ■ Vizin Gabriella dr.^{3, 1}

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Onkológiai Profil, Budapest

³Eötvös Loránd Tudományegyetem, Klinikai Pszichológiai és Addiktológiai Tanszék, Budapest

A rosszindulatú daganatos megbetegedések, az orvosi vizsgálatok és kezelések jelentős testi-lelki kihívást jelentenek a betegeknek, hozzátartozóiknak és a kezelőszemélyzetnek egyaránt. Az adherencia és a compliance kritikus tényezőkké válnak az onkoterápiák során. A rosszindulatú daganatos betegséggel küzdő személyek lelkiállapota, a kezeletlen pszichés tünetek befolyásolhatják a túlélést azáltal, hogy fokozzák a distresszt és a megélt szenvedés mértékét, gyengítik az életminőséget, és csökkentik az adherenciát. A jelen tanulmány célja bemutatni egy emlőrákkal küzdő, 66 éves női páciens esetén keresztül a pszichoterápiás indikációt és a kognitív viselkedésterápia eszközeit a krónikus szomatikus betegség mellett megjelenő pszichés zavarok (a koronavírus-járványhoz kapcsolható betegségorongás-zavar és enyhe depressziós epizód) kezelésében. A pszichoterápia célja a páciens tüneteinek súlyos szervi betegséggé váló értelmezése helyett új, adaptívabb beállítódások és megnyugtatóbb értelmezések kialakítása, továbbá a másodlagosan megjelenő depresszió csökkentése volt. A 16 ülés kognitív viselkedésterápia elemei a viselkedésaktiváció, a tüneti viselkedés elemzése, a naplóvezetés, az új alternatívák kialakítása és viselkedési kísérletek, a konceptualizálás, a tanult technikák összefoglalása és a jövő tervezése voltak. A pszichoterápia hatékonyságát az állapotkövető kérdőívek eredményei alátámasztották.

Orv Hetil. 2022; 163(23): 895–901.

Kulcsszavak: onkológia, pszicho-onkológia, kognitív viselkedésterápia, depresszió, betegségorongás

A case study of cognitive behavioral therapy for illness anxiety and depression caused by COVID-19 in a breast cancer patient

Cancer and the various medical treatments and tests are a major physical and psychological challenge for patients, their relatives and for the medical staff as well. Adherence and compliance become critical factors during prolonged oncological therapies. The mental health of people with malignant cancer, untreated psychological symptoms can affect survival by increasing distress and suffering, weakening quality of life and reducing adherence. Furthermore, they have a particularly high comorbidity with psychiatric disorders. The aim of this study is to introduce the tools of cognitive behavioural therapy and the therapeutic indications in the context of mental disorders associated with chronic somatic illness. Our study presents the case of a 66-year-old woman with breast cancer. She was diagnosed with mild depressive episodes and hypochondriasis based on psychodiagnostic assessment. Instead of interpreting the patient's symptoms as a serious organic illness, the goal of psychotherapy is to develop new, more adaptive attitudes and more comforting perspective of the symptoms, and to reduce secondary depression. The elements of the 16-session cognitive behavioural therapy included behavioural activation, analysis of symptomatic behaviour, diary management, development of new alternatives and behavioural experiments, conceptualisation, and summarising learned techniques and future planning.

Keywords: oncology, psychooncology, cognitive behavioral therapy, depression, illness anxiety

Szekeres T, Perczel-Forintos D, Dank M, Vizin G. [A case study of cognitive behavioral therapy for illness anxiety and depression caused by COVID-19 in a breast cancer patient]. *Orv Hetil.* 2022; 163(23): 895–901.

(Beérkezett: 2022. február 22.; elfogadva: 2022. március 29.)

Rövidítések

BAI = (Beck Anxiety Inventory) Beck Szorongás Leltár; BDI = (Beck Depression Inventory) Beck Depresszió Kérdőív; COVID-19 = (coronavirus disease 2019) koronavírus-betegség 2019; DSM-5 = (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) Mentális rendellenességek kórmeghatározó és statisztikai kézikönyve; EMMI = Emberi Erőforrások Minisztériuma; NICE = (National Institute for Health and Clinical Excellence) az Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete (Egyesült Királyság); RS = Reménytelenség Skála; SCID-5-CV = (Structured Clinical Interview for DSM-5) Strukturált Klinikai Interjú a DSM-5 zavarainak felmérésére; SHAI = (Health Anxiety Inventory – short version) Egészségszorongás Kérdőív – rövid változat; STAI-S = (State-Trait Anxiety Inventory – State) Spielberger-féle Állapotszorongás Kérdőív; STAI-T = (State-Trait Anxiety Inventory – Trait) Spielberger-féle Vonásszorongás Kérdőív

A krónikus szomatikus betegségek, különösképpen a daganatos megbetegedések jelentősen igénybe veszik a páciens megküzdését, pszichés egyensúlyát, és próbára teszik mentálhigiénés kapacitását [1, 2]. Az onkológiai páciensek gyakran küzdenek reménytelenséggel, tehetetlenséggel, hangulatzavarral, szorongással vagy egyéb komorbid pszichés zavarokkal [3, 4]. A pszicho-onkológiai tevékenység további jelentős kihívása az elmúlt időszakban a COVID-19-világjárvány onkológiai betegek számára okozott lelki terhei. A koronavírus-fertőzés a legtöbb esetben enyhe vagy közepesen súlyos lefolyású betegséggel jár, ugyanakkor az immunszuppresszált vagy társbetegségben szenvedő betegeknél, mint például a daganatos betegeknél, fokozottabb a kockázata a súlyosabb szövődmények kialakulásának, nagyobb arányban van szükség kórházi kezelésre, nehezebben küzd meg a beteg a kialakult szövődményekkel, ezáltal a mortalitás is magasabb [5]. A fokozott sérülékenységgel mellett a járvány ismeretlensége, kontrollálhatatlansága és a tájékoztatás hiányából adódó bizonytalanság is jelentős negatív pszichés tényezők, melyek nemcsak szorongást, hanem haragot, reménytelenséget, ingerültséget, a hangulati élet nyomottságát [6], valamint betegségorongást is kiválhatnak. A betegségorongás kezelése azért különösen kiemelt jelentőségű, hiszen betegségorongással küzdő személyek gyakran járnak szűrővizsgálatokra [7], ezáltal egyrészt fertőzésveszélynek teszik ki magukat, másrészt további terheket rónak az egyébként is leterhelt egészségügyi ellátásra [8]. A daganatos betegek körében felmerülő pszichés nehézségek megkérdőjelezhetetlenné teszik az onkológiai betegek ellátásának interdiszcipliná-

ris jellegét a pandémia időszakában, melyben jelentős szerep jut a klinikai pszichológusoknak.

Hazánkban a teljességre törekvő ellátás részeként egyre gyakrabban találkozhatunk klinikai szakpszichológusokkal szomatikus osztályokon. 2013 óta a nemzetközi gyakorlathoz illeszkedően a törvényi szabályozás [73/2013. (XII. 2.) EMMI rendelet] minimumfeltételként írja elő a klinikai szakpszichológusok alkalmazását a betegellátás különböző területein, így a pszichiátriai ellátás mellett a belgyógyászati, neurológiai, pulmonológiai, szülészet-nőgyógyászati, koraszülött-, sürgősségi vagy onkológiai osztályokon. Empirikus bizonyítékaink vannak arról, hogy a pszichológiai és pszichoterápiás módszerek alkalmazása hozzájárul a daganatos betegek distresszének csökkentéséhez, életminőségének javításához, a kialakult depresszív vagy szorongásos állapotok kezeléséhez [2, 9]. Mindazonáltal Magyarországon a klinikai szakpszichológia még mindig alacsony humán erőforrással gazdálkodik az onkológiai ellátásban.

További nehézség, hogy bár a kognitív viselkedésterápiás beavatkozások bizonyítottan hatékony, rövid, időhatáros, jól fókuszált pszichológiai intervenciók, melyek kifejezetten effektívek onkológiai betegek pszichés állapotának kezelésében, mégis alulreprezentáltak ezen pszichoterápiás módszerek alkalmazása a pszicho-onkológia területén [10].

A kognitív viselkedésterápia aktív, direktív segítői hozzáállást, időhatáros, strukturált terápiás beavatkozásokat jelentő pszichoterápiás forma [11, 12], amely integratív megközelítésre törekszik, problémafókuszú, oktató jellegű intervenciókat foglal magában, és bizonyítottan hatékony többek között szorongásos és depresszív kórképek kezelésében [13–15]. A kognitív terápiás szemlélet célja az egyén maladaptív helyzetértelmezéseinek korrekciója, az egyén irreálisan negatív, torzító gondolatainak, attitűdjének módosítása [16]. A nemzetközi irányelvek (NICE-irányelv, illetve Cochrane-adatbázis) számos esetben az elsődlegesen választandó pszichoterápiás módszerként ajánlják a kognitív viselkedésterápia eszköztárát mentális zavarok és szomatikus megbetegedések lelki hatásainak kezelésében egyaránt. Mindazonáltal a mentális zavarral küzdők és a súlyos testi betegséggel küzdők kognitív viselkedésterápia-fókuszú pszichoterápiája között lényeges különbségekkel szükséges számolni. A súlyos krónikus szomatikus betegeknél – mint például a daganatos megbetegedések esetében – a veszély, amellyel a páciensek szembesülnek, gyakran reális, ezért kiemelten fontos felismernünk és elkülönítenünk az irreálisan negatív látásmódot a reális gondolatoktól.

Ha a gondolatok irreálisak, akkor kognitív módszereket alkalmazhatunk (az irreálisan negatív, torzító gondolatok és attitűdök módosítása, segítve a helyzet szorongás-csökkentő értelmezését), míg ha reálisak, úgy az élethelyzet adta lehetőségek feltérképezésére, problémamegoldásra és a megküzdés erősítésére helyezhetjük a hangsúlyt, főként viselkedésterápiás eszközökkel, például stresszcökkentéssel, asszertív kommunikációs tréninggel [10, 17]. Daganatos betegségek esetén a komorbid pszichés zavarok kezelése messzemenőig indokolt olyan pszichoterápiás módszerek klinikai alkalmazása révén, melyek dokumentáltan hatékonyak, és számottevően mérsékelhetik a rákos megbetegedéssel küzdőknél a distresszt.

A fentiek tükrében a jelen tanulmány célja, hogy bizonyítsa a klinikai szakpszichológia szerepének indokoltságát és a kognitív viselkedésterápia alkalmazhatóságát és hatékonyságát a pszichoonkológiai ellátásban, egy emlőrákkal küzdő nőbeteg pszichológiai ellátásának bemutatásán keresztül.

Esetismertetés

Egy 66 éves, negatív pszichiátriai anamnéziséű nőbeteg 2017 óta jár onkológiai kezelésre, valamint rehabilitációra. Négy éve diagnosztizálták mell-daganattal, ezt követően kétszer műtötték: első alkalommal operáció előtt kemoterápiában részesült, majd bal emlőjében tumor-eltávolítás történt, az operáció után pedig sugárterápiát

kapott. 2020 végén a jobb oldali emlőjében is tumort találtak, emiatt újabb operációra került sor. Jelenleg daganatmentes, anasztrolozmedikációban részesül. Életvezetését tekintve jelenleg férjével él egy, a főváros közeli városban. Egyetemi végzettséggel rendelkezik, nyugdíjas.

Múlt év őszén onkológus szakorvos kolléga javaslatára jelentkezett pszichológiai ambuláns ellátásra, aktuális életviteli stresszhelyzetek, valamint emlődaganat diagnózisával és kezelésével kapcsolatban megjelenő szorongásos állapot és deprimált hangulat miatt. A járványhelyzet óta fokozottan aggódik egészségi állapota miatt, ezáltal élethelyzete jelentősen beszűkült, aktivitása csökkent, fokozott magányérzést tapasztal, mely mélyíti hangulatát. A COVID-19-járvány kitörése óta délelőtti rosszulléteket tapasztal magán, gyomor feszültséggel, bizonytalanságérzéssel, dekoncentrátsággal, enyhe szédüléssel és szorongással, mely hullámokban jelentkezik. Az utóbbi hónapban kb. 3 kg-ot veszített súlyából, mivel délelőtti szorongásos tünetei következtében étvágytalanságot tapasztal. Hullámszerű rosszullétei miatt gyakran konzultál háziorvosával, valamint egyre inkább aggódik állapota miatt annak ellenére, hogy semmilyen eltérést nem igazoltak az orvos által kért testi vizsgálatok. Pszichés statusából kiemelendő a fokozott szorongás, mely kifejezett szenvedésnyomással társult; ennek viselkedéses és magatartástünetei is megfigyelhetők, sokat aggodalmaskodik, „a legrosszabb forgatókönyvek” járnak a fejében, sokat aggódik családja miatt, továbbá fél a betegségektől. A betegségektől való félelme miatt kerüli

1. táblázat | A tüneti viselkedés kontextusa és a moduláló változók elemzése

Tünet	Testi tünetek súlyos testi betegségként – koronavírusos fertőzősége, illetve daganatos betegség kiújulása – való értelmezése, amit jelentős szorongás kísér. <i>Betegségviselkedés:</i> Megnyugtató keresése és biztonságkereső viselkedés – az otthonán kívüli szabadidős lehetőségeket kerüli, továbbá orvosi vizsgálatokat vesz igénybe.
(A) Antecedens változók	<i>Fiziológiai:</i> Megemelkedett arousal, hasi diszkomfort. <i>Kognitív:</i> Ruminatio, fokozott önfigyelés és testére irányuló szelektív figyelem. <i>Affektív:</i> Belső feszültség, szorongás, másodlagosan kialakuló hangulatzavar. <i>Viselkedéses:</i> Megnyugtató keresése orvosi vizsgálatok eredményei által, elkerülő viselkedés az élettér tudatos beszűkítésével.
(B) Hiedelmek, amelyek fenntartják	„Minden tünet súlyos betegségre utal.” „Ha eléggé monitorozom magam, megelőzöm a bajt.”
(C) Következmények	<i>Rövid távon:</i> Az önmonitorozás, az elvégzett teszteredmény (például COVID-teszt) és a szociális helyzetek elkerülése átmenetileg megnyugtatóan hat, és visszaadja a beteg kontrollérzetét, a vélt betegséggel kapcsolatos hiedelem ugyanakkor megerősödik. <i>Hosszú távon:</i> A tehetetlenség érzése erősödik, a szociális izoláció talaján pedig deprimált hangulat alakul ki nála. <i>Szituációelemzés:</i> A szorongásos tünet főként délelőtt jelentkezik, stressz-szituációhoz nem tudja kötni, de az otthonától való távolság és az emberekkel való fizikai kontaktus fokozza aggodalmát. <i>A környezet válaszképpen:</i> Családja fokozott törődéssel reagál. <i>Önkontroll-viselkedések:</i> Igyekszik figyelmét elterelni, minden lehetséges óvintézkedést megtesz, hogy elkerülje a fertőzést, elfogadja a pszichoterápiás lehetőséget. <i>Motivációelemzés:</i> Tünetével magyarázza, hogy miért keres orvosi vizsgálatokat, és miért távolodik el szociális kapcsolataitól. <i>A tünetek fenntartásában szerepet játszó tényezők:</i> A fokozott önmonitorozás és a ruminatio. A vélt betegséghez tartozó tüneteket katasztrofizáló gondolkodás mentén torzítja, a normalizáló attribúció hiányzik, vagyis hogy például a köhögést ne mint daganatot előre jelző tünetet értelmezze. <i>Tanulásméleti mechanizmus:</i> Korai életszakaszban tapasztalt overprotektív szülői attitűd és az általuk tapasztalt fokozott figyelem operáns kondicionálás révén kialakította a tüneti viselkedést, vagyis hogy észlelt veszély esetén valamilyen komoly probléma vagy betegség fennállása feltételezhető.

2. táblázat | A standardizált kérdőíveken mért eredmények a terápia során

Kérdőív	Pontszám a terápia elején	Pontszám a 10. ülésen	Pontszám a terápia végén
Beck Depresszió Kérdőív (BDI)	15 pont <i>enyhe</i>	7 pont <i>normálérték</i>	3 pont <i>normálérték</i>
Beck Szorongás Leltár (BAI)	7 pont <i>alacsony</i>	7 pont <i>alacsony</i>	2 pont <i>alacsony</i>
Spielberger-féle Állapotszorongás Kérdőív (STAI-S)	31 pont <i>átlag alatt</i>	31 pont <i>átlag alatt</i>	29 pont <i>átlag alatt</i>
Spielberger-féle Vonásszorongás Kérdőív (STAI-T)	46 pont <i>átlag</i>	45 pont <i>átlag</i>	45 pont <i>átlag</i>
Reménytelenség Skála (RS)	7 pont <i>enyhe</i>	4 pont <i>normálérték</i>	0 pont <i>normálérték</i>
Egészségsszorongás Kérdőív – rövid változat (SHAI)	21 pont <i>fokozott</i>	12 pont <i>átlag</i>	9 pont <i>sine morbo érték</i>

az interperszonális helyzeteket, szociálisan izolálódott. Hangulata deprimált, reggelente sokszor rosszkedvűen ébred, ilyenkor nehezebb esik kikelni az ágyból.

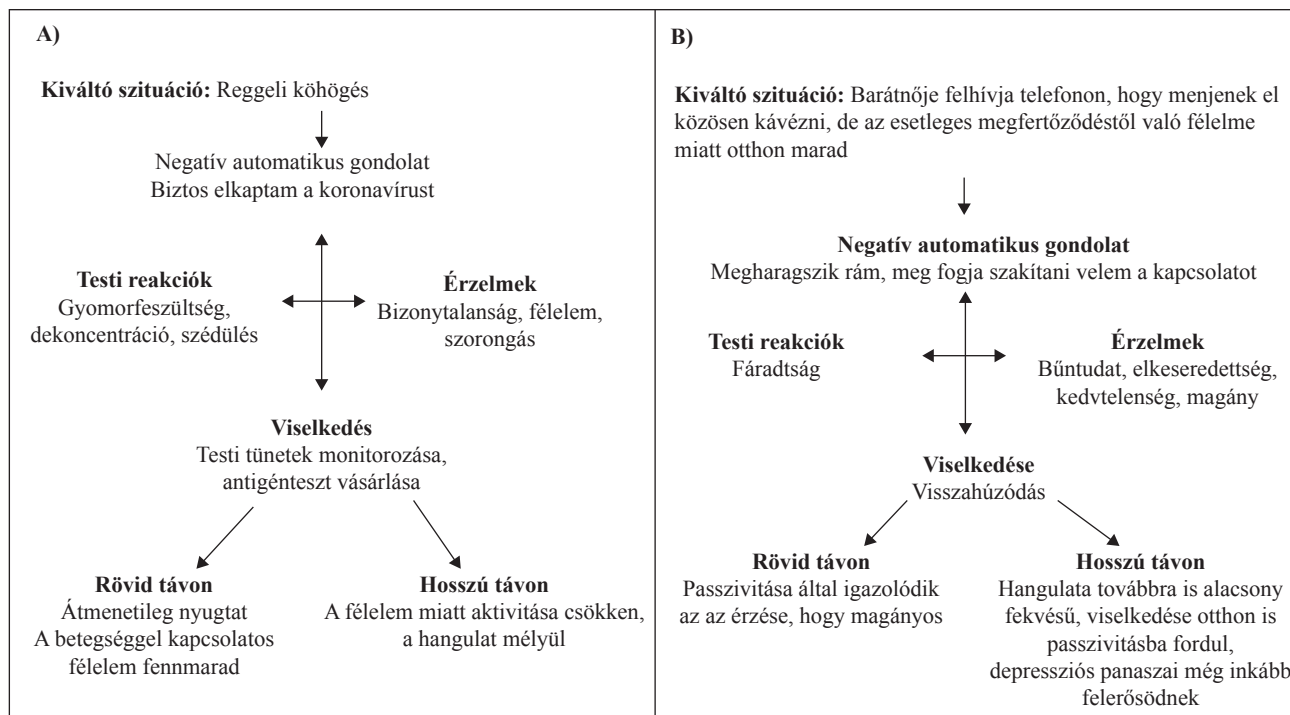
Az explorációt követően a pszichológiai állapotára vonatkozó klinikai kérdések a következők voltak: (1) A fel-tárt, egészségi állapotra vonatkozó szorongásos panaszok a klinikai szintet eléri-e? (2) Betegségsszorongás-zavar fennállása véleményezhető-e? (3) A panaszolt alacsony hangulati nívó kimeríti-e a major depresszív epizód kritériumait, súlyossági foka miként véleményezhető? (4) A diagnosztika alapján milyen intervenció indítása indi-

kált és kivitelezhető a panaszok gyors, költséghatékony, bizonyítottan hatékony módon történő megszüntetése érdekében?

A pszichológiai kivizsgálás fő eredményei: A pszichodiagnosztikai folyamat részét képezte a viselkedésdiagnosztikai elemzés, melynek elemeit az 1. táblázat tartalmazza. A részletes pszichodiagnosztika során alkalmazott általános és betegségsspecifikus kérdőívek és tünetbecslő skálák (BDI, BAI, STAI-T, STAI-S, SHAI, RS) közül a Beck Depresszió Kérdőív és a Betegségsszorongás Kérdőív eredményei utaltak klinikai szintű zavar meglétére (2. táblázat), melyet a SCID-5-CV Strukturált Klinikai Interjú eredményei alátámasztottak. A diagnosztikai folyamat alapján a páciens esetén enyhe depressziós epizód/major depresszív zavar, enyhe, egyszeri epizód (F32.0; 296.12) és hypochondriasis/betegségsszorongás-zavar ellátást kereső típusa (F45.2; 300.7) volt megállapítható.

A terápia folyamata

A bizonyítékokon alapuló módszerek közül a hatásvizsgálatok a kognitív és viselkedésterápia alkalmazását emelik ki a betegségsszorongás-zavar és a depresszió esetében is [18], így a terápiás terv elemei elsődlegesen a betegségsszorongás-zavar, valamint a hangulati tünetek kognitív viselkedésterápia protokolljának megfelelően kerültek meghatározásra. A 16 alkalomból álló fókuszált, kognitív viselkedésterápia-szemléletű pszichoterápiás folyamat fő célja az volt, hogy a tünetek súlyos szervi betegségként való értelmezése helyett új, adaptívabb beállítódá-



1. ábra | Keresztmetszeti konceptualizálás: szocializálás a páciens saját példáján keresztül

sok és megnyugtatóbb értelmezések alakuljanak ki, továbbá cél volt a másodlagos depresszió csökkentése. A terápiás terv kialakításakor a kognitív modell és terápiás felépítés szolgált alapul. A depressziós tünetek csökkentése érdekében az örömforrások és a pozitív élmények feltárása, a viselkedésaktiváció elősegítése képezte részét a terápiás tervnek, míg a betegségsszorongás vonatkozásában a terápiás terv elemei a kognitív konceptualizálás, a pszichoedukáció, a kognitív torzítások és logikai hibák azonosítása, önmegfigyelés és kognitív átstrukturálás, ingerkontroll, valamint a viselkedés próbák voltak.

A terápia bevezető szakasza során (1–3. ülés) került sor az első interjú, az anamnéziszfélével, a pszichodiagnosztikai tesztfelvétel, valamint a viselkedésterápiás szempontú diagnosztika elvégzésére. A terápia első szakaszában (4. ülés) a terápiára való *szocializálás* történt, amely a különböző, érzelmi tüneteket generáló helyzetek elemzésével, ún. keresztmetszeti konceptualizálás révén valósult meg [19]. A keresztmetszeti konceptualizálás lehetőséget kínál arra, hogy a páciensnek a problémájával kapcsolatos gondolatai, hiedelmei, érzelmei és viselkedése azonosítása révén bemutassuk a kognitív viselkedésterápia modelljét (1. ábra).

Ezt követően protokoll szerint a depressziós tünetek csökkentésére helyeztük a hangsúlyt (5. és 6. ülés), melynek érdekében a *viselkedésaktiváció*n alapuló ellenkondicionálás szolgált a mindennapi aktivitás fokozására. A viselkedésaktiváció olyan kellemes tevékenységek beépí-

tését jelenti a hétköznapiakba, melyek a figyelemelterelés mellett sikerélményként, aktivitást és ágenciaérzést fokozó élményként hozzájárulnak a hangulati tünetek oldódásához. Betegünknel a viselkedésaktiváció részeként került sor olyan napirend kialakítására, továbbá örömteli tevékenységek beiktatására, mint például a kedvenc ételek elkészítése és közös családi ebéd, a távoli barátokkal való internetes kapcsolatfelvétel támogatása, a relaxációs napi szintű gyakorlása relaxációs hanganyag segítségével.

A szorongásos panaszokat kiváltó ingerek elemzését követően került sor (7. ülés) a kognitív *torzítások és logikai hibák azonosítására*, valamint az önmegfigyelés és átstrukturálás részeként a *naplózás* (3. táblázat) bevezetésére (8–10. ülés), ezáltal megkezdve a maladaptív helyzetértékelés átalakítását, reális gondolatokkal történő felülírását. Fontos különbség a mentális zavarokkal küzdők terápiájához képest, hogy a krónikus testi betegségekkel élők tipikusan katasztrófizáló gondolatainak átstrukturálása sosem jelenthet irreális reménykeltést, így mindig a páciens szomatikus állapotáról tájékozódva (egészségügyi dokumentáció, kezelőszemélyzet, kezelőorvossal való kommunikáció által), egészségi állapotához igazodva kell haladnunk a realitás felé. A terápiás folyamat ezen szakaszában került sor a pszichodiagnosztikai tesztek kontrollfelvételére (10. ülés) (2. táblázat).

A daganatos betegség kezelése együtt jár a különböző kontrollvizsgálatokkal és a leletek folyamatos monitorozásával, így gyakori, hogy a páciensek számos módon

3. táblázat | Hétköznapi gondolatnapló és kognitív átstrukturálás

Esemény	Negatív automatikus gondolat (NAG)	Érzés, testi tünet, viselkedés	Mi szól, amellelt, hogy a NAG 100%-ban igaz?	Mi szól amellelt, hogy a NAG nem 100%-ban igaz?	Milyen logikai hibákat használt a NAG-ban?	Esemény újraértékelése	Megváltozott-e az érzés, testi tünet, viselkedés?
Köhögés.	Biztos, hogy megfertőződtem.	Ruminatio, feszültség, szorongás, gyomorideg.	Tkp. semmi.	Már egy csomó negatív teszteredményem van.	Katasztrófizálás. Pozitívumok figyelmen kívül hagyása. Mentális szűrő.	Egyáltalán nem biztos, hogy megfertőződtem.	Megnyugtató a gondolat.
TV-ben az onkológiai ellátásról szólnak a hírek.	Biztos, hogy kiújul.	Félelem, düh, bizonytalanság, izomfeszülés, étvágytalanság.	Van rá tudományos magyarázat, hogy ennek egy kicsi esélye van.	A kezelések hatnak, és én megtettem mindent, amit az egészségemért és a gyógyulásért tehetek.	A pozitívumok figyelmen kívül hagyása. Katasztrófizálás. Mindent vagy semmit. Érzelmi érvelés.	Betartom az előírásokat, ezzel javítom a prognózist.	Büszke vagyok magamra. Megnyugtató a gondolat.
Kontrollra megyek.	Biztos, hogy találnak valamit. Most fogom elkapni a vírust.	Gyomorrángás, szorongás, szapora szívverés, félelem, aggodalom.	Tkp. semmi.	Évek óta csak jó eredményeim vannak, az összes leletem jó. Sokszor jöttem már kórházba a vírus óta, és mindig egészséges maradtam. Betartok minden óvintézkedést.	Katasztrófizálás.	Nehéz dolgokon mentem át, de semmi nem támasztja alá, hogy ez újra bekövetkezik.	Összességében megnyugtató ez a gondolat.

ellenőrzik saját magukat is, ami gyakran túlmutat a rutin-önvizsgálaton, például emlődaganat esetében. A fokozott önellenőrzés a páciens szokásává válik, ez a fokozott önmonitorozás pedig szorongáshoz vezethet. Betegünk esetében nemcsak a daganattal, annak esetleges kiújulásával kapcsolatos testi ellenőrzések, hanem a COVID-fertőzés okozta megbetegedés lehetséges tüneteinek fokozott monitorozása is szorongása fokozódásához vezetett.

Az *ingerkontroll* alkalmazása során (11. ülés) felmértük, hogy a betegnek pontosan melyek azok a testi tünetei, amelyek túlzott monitorozása – jelen esetben a köhögés logikai hibák általi torzítása – szenvedéskeltő számára. Ezt követően fokozatosan elérhetővé vált az önellenőrzés kontrollja a *viselkedéses próbák* (12. és 13. ülés) alkalmazásával. A beteg esetében a naplózást követően a legfontosabb viselkedési kísérlet, melyben megállapodtunk, az antigéntesztek elvégzésének csökkentése volt, ami átmenetileg fokozta szorongását, ugyanakkor a naplózás során nyert belátására támaszkodva tudtuk őt kísérni a szorongásos tünetek enyhülése felé.

A terápia befejezése (14–16. ülés) a tanult technikák összefoglalását, a jövő tervezését és a tünetbecslő skálák ismételt felvételét foglalta magában.

A 16 üléses fókuszált, kognitív viselkedésterápia-szemléletű pszichoterápiás terápia hatékonyságát az objektív mérőeszközök eredményei mutatják (2. táblázat).

Megbeszélés

Esettanulmányunkban egy emlődaganat miatt onkológiai kezelés alatt álló, 66 éves nő esetén keresztül mutattuk be a krónikus betegségek kapcsán végzett klinikai pszichológiai munka egyes fázisait, pszichoonkológiai jellemzőit. A jelen esettanulmány vonatkozásában a fokozott fenyegetés észlelése – korábban az onkológiai betegségtől való félelem, jelenleg a kiújulástól, illetve a vírusfertőzéssel kapcsolatos aggodalom – a veszélyeztettség tudatát, illetve szubjektíven megélt tényét erősítették a betegben, amelyek felett ő a tünetek monitorozásával, illetve biztonságkereső viselkedéssel – például koronavírustesztek vásárlásával és elvégzésével – igyekezett kontrollt gyakorolni. A páciens az észlelt tüneteit – például köhögés – tévesen interpretálta, és katasztrofizálta azokat. A mechanizmus egyre fokozódó szorongáshoz és a viselkedés megváltozásához vezetett, aminek következtében fokozott betegségtudat és túlzott betegségviselkedés alakult ki. Mivel az irányelvek mind a betegségsszorongás, mind a depresszió vonatkozásában elsősorban a kognitív viselkedésterápiát ajánlják, mi is erre szerződöttünk, fókuszában a betegségsszorongással, valamint a hangulati tüneteket célzó viselkedésaktivációval. A komorbid pszichés zavar felismerése és megfelelő pszichológiai beavatkozás által az adherencia növelhető, a túlzott betegségviselkedés csökkenthető, és ezáltal közvetetten az életminőség javulását érhetjük el. Tanulmányunk felhívja a figyelmet arra, hogy a kognitív viselke-

désterápián alapuló pszichológiai beavatkozások hatékonyak a betegségsspecifikus maladaptív, irreális értelmezések korrigálásában, melyeken keresztül a komorbid pszichiátriai zavarok kezelését is elérhetjük, mindez pedig kiemelt jelentőségű, hiszen például a depresszió esetében ismert, hogy jelentősen rontja az életminőséget, továbbá tény, hogy számos krónikus betegségcsoportban növeli a morbiditást és a mortalitást.

Anyagi támogatás: Sz. T., P.-F. D., D. M.: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült. V. G.: A kognitív viselkedésterápián alapuló pszichoonkológiai ellátást célzó program kidolgozását az Innovációs és Technológiai Minisztérium Felsőoktatási Intézményi Kiválósági Programja finanszírozta, a Semmelweis Egyetem Neurológia tématerületi programja keretében.

Szerzői munkamegosztás: Sz. T.: Szakirodalom-kutatás, pszichoterápiás munka, a kézirat első változatának kialakítása, megszövegezése és véglegesítése. P.-F. D.: A pszichoterápiás intézményes háttér biztosítása, a kézirat véleményezése. D. M.: Az onkológiai intézményes háttér biztosítása, a kézirat véleményezése. V. G.: Az eset folyamatos szakmai felügyelete és szupervíziója, a kézirat véglegesítése, véleményezése. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Vincze Á, Perczel-Forintos D. Cognitive behavioral therapy interventions in chronic physical illness. In: Cognitive behavioral therapy. Perczel-Forintos D, Mórotz K. (eds.) [Kognitív viselkedésterápiás intervenciók krónikus testi betegségekben.] In: Kognitív viselkedésterápia. Perczel-Forintos D, Mórotz K. (szerk.) Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2019; pp. 299–321. [Hungarian]
- [2] Kovács P, Ozvald G, Kovács ÁA, et al. Ministry of Human Resources Health Professional Guidelines on Oncopsychological Care. [Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi irányelve az onkopszichológiai ellátásról.] Egész Közl. 2021; 71(19): 1955–2007. [Hungarian]
- [3] Mehnert A, Hartung TJ, Friedrich M, et al. One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. Psych Oncol. 2018; 27: 75–82.
- [4] Rohánszky M, Katonai R, Konkoly Thege B. Psychosocial status of Hungarian cancer patients. [Magyar daganatos betegek pszichoszociális állapota.] Orv Hetil. 2014; 155: 1024–1032. [Hungarian]
- [5] Shirke MM, Shaikh SA, Harky A. Implications of telemedicine in oncology during the COVID-19 pandemic. Acta Biomed. 2020; 91: e2020022.
- [6] Perczel-Forintos D. Look for the good, not the bad – coping with the pandemic. The psychological effects of COVID-19. [A jó keresd, ne a rosszat – megküzdés járvány idején. A COVID-19 pszichés hatásai.] Orvosképzés 2020; 95: 562–569. [Hungarian]
- [7] Salkovskis P, Bass C. Somatization. Physical symptoms and psychological illness. Backwell Scientific Publications, Oxford, 1990.
- [8] Tringer I, Osváth P, Ozsváth K, et al. Somatization. [Szomatizáció.] In: Füredi J, Németh A. (szerk.) Szomatofórm (szoma-

- tikus tünet) zavarok. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2015; pp. 313–325. [Hungarian]
- [9] Holland JC, Weiss TR. History of psycho-oncology. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, et al. (eds.) Psycho-oncology. 2nd edn. Oxford University Press, New York, NY, 2010; pp. 3–12.
- [10] Vizin G, Farkas K. Possibilities of cognitive behavioral therapy in the oncological care. [A kognitív viselkedésterápia lehetőségei az onkológiai ellátásban.] Magy Onkol. 2020; 64: 62–69. [Hungarian]
- [11] Beck A, Rush J, Shaw B, et al. Cognitive therapy of depression. Aust N Z J Psych. New York, 2002; 36: 272–275.
- [12] Perczel-Forintos D. Standard methods and factors of cognitive therapy. In: Cognitive behavioral therapy. Perczel-Forintos D, Mórotz K. (eds.) [A kognitív terápia standard módszerei és hatótényezői. In: Kognitív viselkedésterápia. Perczel-Forintos D, Mórotz K. (szerk.)] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2019; pp. 241–274. [Hungarian]
- [13] DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 409–416.
- [14] Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, et al. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2007; 2007: CD001848.
- [15] Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranzouli I, et al. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry 2014; 1: 368–376.
- [16] Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, et al. (eds.) Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide. Oxford University Press, New York, NY, 1989.
- [17] Moorey S. Cognitive therapy. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, et al. (eds.) Psycho-oncology. 2nd edn. Oxford University Press, New York, NY, 2010; pp. 402–407.
- [18] Weck F, Gropalis M, Hiller W, et al. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for patients with hypochondriasis (health anxiety). J Anxiety Disord. 2015; 30: 1–7.
- [19] Padesky CA, Greenberger D. A clinician's guide to mind over mood. The Guildford Press, London, 1995.

(Szekeres Tamás,
Budapest, Üllői út 25., 1091
e-mail: szekeres.tamas2@med.semmelweis-univ.hu)

A Márianosztrai Fegyház és Börtön álláslehetőséget hirdet az Egészségügyi Osztályra orvos beosztás betöltésére

A hivatásos szolgálati jogviszony időtartama: határozatlan idejű szolgálati jogviszony.

Foglalkoztatás jellege: Teljes munkaidő, vezényléses munkarend.

A munkavégzés helye: 2629 Márianosztra, Pálosok tere 1.

Feltételek:

- magyar állampolgárság,
- állandó belföldi lakóhely,
- büntetlen előélet, kifogástalan életvitel ellenőrzésének vállalása,
- egészségi, pszichikai, fizikai alkalmasság,
- államilag elismert nyelvvizsga,
- számítógép alkalmazási szintű ismerete (Word, Excel, Power Point, RZS),
- egészségügyi szakterületen szerzett egyetemi diploma,
- nemzetbiztonsági követelményeknek való megfelelés,
- vállalja a beosztással járó vagyonyilatkozat-tételi kötelezettséget,
- előnyt jelent foglalkoztatás-egészségügyi végzettség

Illetmény: az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) 1. mellékletében foglalt illetmény 106%-a szerint.

Egyéb juttatások: utazási költségtérítés, cafeteria, albérleti hozzájárulás, szolgálati lakás (egyeztetés szerint).

Jelentkezni önéletrajz leadásával lehet:

nosztra.uk@bv.gov.hu vagy a marianosztratoborzas@bv.gov.hu e-mail címeken vagy postai úton a Márianosztrai Fegyház és Börtön (2629 Márianosztra, Pálosok tere 1.)