

EGY MOSTOHA BETEGSÉGCSOPORT: A FÉRFIEMLŐRÁK

MISLAI ATTILA*

Vasútegészségügyi KHT Egészségügyi Központ, Miskolc

(Béérkezett: 2006. november 16.; elfogadva: 2007. április 9.)

A férfiemlőrák előfordulását, kockázati tényezőit, valamint a pszichológiai sajátosságok etiológiai szerepét övező információhiány mellett az érintettek tájékozódását, gondozását és a betegséggel való megküzdésüket hamis hiedelmek is nehezítik. A szakirodalmi adatok áttekintését a nemi szerep szocializációjának rövid jellemzésével egészítettük ki, abban a meggyőződésben, hogy az interiorizált maszkulin sztereotípiák figyelembe vétele elengedhetetlen a betegek adekvát pszichés támogatásának tervezésében.

Kulcsszavak: emlőrák, kockázati tényezők, maszkulinitás és betegség, terápiás implikációk

A férfimell rákos megbetegedése (hasonlóan más, szórványosan előforduló kórképhez) kívül esik nemcsak a népesség és a média egészségügyi tájékoztatásának hatókörén, de jelentőségéhez mérten alulreprezentált az alap- és szakellátásban dolgozók tájékozódását segíteni hivatott forrásmunkákban is. Az Interneten található orvosi portálok nem igazítanak el, az onkopszichológia területét áttekintő kiváló kézikönyv (Horti és Riskó 2006) emlőrákról szóló fejezete pedig említést sem tesz a férfiak érintettségéről. Mindez hozzájárul a tudatlanság és az előítéletek konzerválásához egy olyan területen, ahol a gyógyító erőfeszítések eredményessége nagymértékben a korai felismerésen és a beavatkozások időzítésén múlik.

* Vasútegészségügyi KHT Egészségügyi Központ, 3527 Miskolc, Bajcsy-Zs. u. 45.
E-mail: waldentwo@freemail.hu

EPIDEMIOLOGIA ÉS MORTALITÁS

A férfi emlőrák viszonylag ritka, a felmérések általában 1%-ban határozzák meg részesedését az emlőrák előfordulásából, úgyszintén 1%-át adja a férfiakat érintő rákos megbetegedések teljes gyakoriságának (Ewertz és mtsai 2001; Rai és mtsai 2005; Saudade és mtsai 2001; Weiss és mtsai 2005; Auvinen és mtsai 2002).

2002-es adatok szerint az Egyesült Államokban 1500 új esetet diagnosztizáltak, az éves halálozási szám 400 körül alakult (Massie 2002). Mivel Magyarországon nem rendelkezünk megbízható mortalitási statisztikával, a fenti adatra épülő egyszerű becsléssel a halálozás nagyságát évente 22–25 főre tehetjük.

A ritka polietiológiás betegségek esetében, ahol a nagy elemszámú, szisztematikus kutatás lehetősége korlátozott, az epidemiológiai változások és a földrajzi, szociológiai megoszlás mintázatainak vizsgálata felértékelődik a betegség okaira, kockázati tényezőire, a rizikócsoportokra és a prevenció stratégiáira vonatkozó hipotézisek felállításánál.

A női emlőrák incidenciája a 90-es évekig folyamatosan emelkedett (az Egyesült Államokban például 1980 és 1987 között 32,5%-kal), a következő évtizedben stabilizálódott, az elmúlt 4–5 évben pedig lassú csökkenés figyelhető meg (Garfinkel 1993; Mettlin 1999). Mivel a változásokat a legtöbb kutató a rendszeres mammográfiai szűrés és az önvizsgálat gyakorlatának általános elterjedésével magyarázza, a férfipopulációban nem számíthatunk hasonlóan kedvező tendenciákra.

A női emlőrák mortalitása néhány fejlett országban (USA, Anglia, Kanada, Ausztria, Németország) a környezet fokozódó karcinogén szennyeződése ellenére csökken, a legtöbb európai országban (Spanyolország, Olaszország, Görögország, Lengyelország, Magyarország) hosszú idő óta változatlan (Mettlin 1999). Mivel a mortalitás az ázsiai régió országai-ban lényegesen alacsonyabb, nyilvánvaló, hogy környezeti, táplálkozási, kulturális és genetikai tényezők egyaránt befolyásolják a betegség előfordulását és alakulását. Bizonyítható például, hogy az Ázsiában kulturális szankciókkal sújtott nulliparitás növeli az emlőrák kialakulásának esélyét, és elfogadott az a hipotézis is, ami a táplálkozási szokásokkal (monoszaturált zsírok protektív hatásával) magyarázza az emlőrák alacsony előfordulási arányát Japánban (Mettlin 1999; Wynder és mtsai 1997; Clavel-Chapelon 1997).

KOCKÁZATI TÉNYEZŐK

Életkor. A férfiemlőrák minden életszakaszban előfordul. Hartman és Magris (1955) egy 6 éves fiú esettanulmányát közlik, Gill és mtsai (1984) vizsgálatában a legfiatalabb páciens 18 éves volt. A széles életkori szóródás mellett is egyértelmű azonban, hogy a jellemző érték a késői életszakaszra tehető. Rai és mtsai (2005) 30 férfi esetének retrospektív elemzése során a diagnózis megállapításakor 45 és 82 éves életkori tartományban az átlagéletkort 59 évben állapították meg. Hasonló értékről (59,6 év) számol be Circhlow és Galt (1990).

Saudade és mtsai (2001) 1970 és 1998 között dokumentált 90 eset áttekintésekor 66 éves, Nahleh és mtsai (2006) 612 eset mellett 67 éves átlagot kapott (1. táblázat). Ugyanez az érték nőknél legalább 10 évvel alacsonyabb. A mortalitás szempontjából fontosabb ennél, hogy jelentkezéskor a férfiak 43–51%-a III. és IV. stádiumban volt, ennek megfelelően jelentős a különbség a két nem között a túlélési ráta és az átlagos túlélés mértékét tekintve egyaránt (Saudade és mtsai 2001; Adami és mtsai 1985).

Genetikai tényezők. Férfiemlőrák esetén a pozitív familiaritás szerepe egyértelműen kimutatható. Friedman és mtsai (1997) a páciensek 17%-ánál, Hill és mtsai (1999) 15%-ánál talált az elsőfokú rokonoknál legalább egyszeri előfordulást. A hasonló vizsgálatokban körvonalazódó konszenzus azt sugallja, hogy a familiaritás mindkét nemnél 2–3-szoros kockázatnövekedést eredményez. Utalás található arra is, hogy az emlőrákban szenvedő férfiak genetikai hajlamukat továbbörökítik leánygyermekükre, növelve utódaikban a betegség kialakulásának kockázatát (Weiss és mtsai 2005).

Férfiaknál a becslések szerint 4% és 40% közé tehető az öröklött génmutációk etiológiai befolyása. Az azonosított gének közül a szakirodalom a BRCA2, a CYP17, a CHEK2 és az AR gének szerepét emeli ki (Saudade és mtsai 2001; Friedman és mtsai 1997; Hill és mtsai 1999).

Klinefelter-szindróma. A férfipopuláció egy ezrelékét érintő örökletes betegség, amelyben több mint egy X kromoszóma fordul elő. A páciensek tipikusan kicsi herékkel, sterilitással, eunuchszerű habitussal, gynecomastiával, fokozott gonadotropin-, FSH- és ösztrogénszекреcióval, s az androgének szintjének csökkenésével jellemezhetők. A szindróma az emlőrákosok 3–4%-nál megtalálható, ami az általános előfordulásra vetítve Klinefelter-szindrómások esetén az emlőrák kialakulási kockázatának 20–40-szeres emelkedését jelenti (Weiss és mtsai 2005; Mies és mtsai 1982; Evans és Circhlow 1987; John 2000).

Gynecomastia. A mirigyszövetek jóindulatú megnagyobbodása, ami előfordul serdülőkorban, 50 év feletti férfiaknál, prosztatatarák ösztrogénkezelésének mellékhatásaként, egyes triciklikus antidepresszívumok mellékhatásaként, s obligát tünete a Klinefelter-szindrómának. Férfi emlőráknál a szerepe nem egyértelmű. Heller emlőrákos páciensei 40%-ánál talált gynecomastiára utaló mikroszkopikus bizonyítékot, később azonban egészséges populáción szerzett eredményekkel összehasonlítva a különbség nem bizonyult szignifikánsnak (Massie 2002; Heller és mtsai 1978; Giordano és mtsai 2002).

Sugárzás. Sokszorosan igazolt, hogy a gyakori mellkasröntgen, vagy Hodgkin-szindrómánál mellkasi tájékon alkalmazott sugárkezelés jelentősen növeli az emlőrák kialakulásának kockázatát.

A férfi emlőrák szórványos előfordulása miatt különös figyelmet érdemel Ron és mtsainak Hirosima és Nagaszaki túlélői körében, több tízezres elemszámú mintán végzett felmérése. 32 411 azonosított dózisu sugárzást elszenvedett férfi adatait hasonlították össze 10 491 lakóéval, akik a bombázás idején nem tartózkodtak városukban. Többek között megállapították, hogy a sugárzás megsokszorozza az emlőrák előfordulási kockázatát, hogy annak mértéke a sugárzásnak kitett személyek életkorával fordítottan arányos, s hogy a hatás átlagosan 20 éves látenciaperiódust követően jelentkezett, de következményei akár 40 év elteltével is egyértelműen azonosíthatók (Ron és mtsai 2005).

Alkoholfogyasztás. Nőknél régóta feltételezik hormonális változások közvetítésével a fokozott alkoholfogyasztás kockázatnövelő hatását az emlőrák kialakulására. Férfiaknál két tanulmány krónikus alkoholisták körében kétszeres gyakoriságot talált, egy közelmúltbeli, európai populáción végzett vizsgálat pedig hatszoros kockázatnövekedést határozott meg. Nem nehéz azonban olyan kutatási beszámolót találni, amely a krónikus alkoholfogyasztás és az emlőrák kialakulása között nem igazol szignifikáns összefüggést (Weiss és mtsai 2005; Keller 1967; Guenel és mtsai 2004).

Májbetegségek. Sorensen és mtsai (1998) szerint cirrózis esetén az emlőrák kockázata férfiak esetén megnégyszereződik. A feltételezés szerint ennek hátterében a máj nemi hormonok metabolizmusában betöltött szerepének megváltozása áll. Cirrózisban ugyanis egyszerre jelentkezik excesszív ösztrogéntermelés és csökkentett androgénaktivitás. Mint látni fogjuk, a nemi hormonok arányának megváltozása számos kockázati faktor érvényesülésének közös háttérmechanizmusát jelenti (Lenfant-Pejovic és mtsai 1990).

Ösztrogénkezelés. Prostatarák kezelésében alkalmazott ösztrogénterápia következményeit a szakirodalomban széles körű vita övezi. Thellenberg és mtsai (2003), Sobin és Sherif (1980), valamint Kanhai és mtsai (2000) az összefüggést megalapozottnak tekinti, mások úgy vélik, hogy a tanulmányok nagy része súlyos metodológiai hiányosságon alapul, amennyiben a prostatarákban különösen gyakori metasztázisokat tévesen primer emlőrákként diagnosztizálják (Thellenberg és mtsai 2003).

Az összefüggés mellett érvelők álláspontját némileg erősítik a transzszexuálisok körében végzett vizsgálatok. Itt a kezelési rutin részeként hosszantartó női nemi hormon bevitel mellett műtéti és kémiai kasztrálást végeznek, ami a hormonháztartás változásai mellett az emlőszövet hisztológiai módosulását is eredményezi. Jóllehet epidemiológiai kapcsolatot kimutatására irányuló szisztematikus kutatásról nincs adat, feltűnő az emlőrákban szenvedő transzszexuálisokról szóló esettanulmányok nagy száma, és az a tény, hogy esetükben a látencia-időszak lényegesen rövidebb (5–10 év), rák diagnózisára pedig fiatalabb korban kerül sor (Symmers 1968; Ganly és Taylor 1995).

Fizikai inaktivitás és obesitás. A fizikai aktivitás mindkét nemnél csökkenti, az obesitás növeli az emlőrák kialakulásának kockázatát. Ennek magyarázata feltehetően az, hogy a zsírszövetek a férfi nemi hormonok egy részét ösztrogénekké alakítják, emellett csökkentik a nemi hormonokat megkötő globulinok arányát a véráramban, így az adott ösztrogénmennyiség nagyobb aránya válik biológiailag elérhetővé. Az obesitás mértékének az emlőrák kialakulása szempontjából releváns szintjét több szerző a BMI>30 értékében határozza meg (Ewertz és mtsai 2001; Mettlin 1999; Massie 2002).

Tesztikuláris betegségek. Minden olyan tesztikuláris diszfunkció és abnormalitás konzisztensen növeli az emlőrák kockázatát, ami érinti a herék androgéntermelő kapacitását. Az összefüggést igazolták tesztikuláris sérülésnél, chryptorcidismusnál, mumps orchitisnél, veleszületett inguinális sérvnél és orchiectomiánál egyaránt (Weiss és mtsai 2005).

Foglalkozási-környezeti kockázat. A közelmúltban több olyan kutatást publikáltak, ami egyes foglalkozások körében az emlőrák gyakoriságának szignifikáns emelkedéséről számolt be. Így például Demers és mtsai (1991), Tynes és mtsai (1992) és Floderus (1994) 2–5-szörös emelkedést talált olyan foglalkozások esetén, ahol a személy tartós elektromágneses sugárzásnak volt kitéve. Feltételezések szerint a sugárzás befolyásolja az agyalapi mirigy működését, s a melatoninszekréció csökkenéséhez vezet.

Állatkísérletek mellett ma már emberi sejteken szerzett in vitro bizonyíték is szól a melatonin protektív szerepéről az emlőszövet rákos sejteinek ösztrogén által indukált burjánzásával szemben.

A másik, ismételten vizsgált környezeti tényező a tartósan magas hőmérséklet, amiről feltételezhető, hogy a tesztikuláris diszfunkción keresztül hozzájárulhat a hormonok arányának kedvezőtlen változásához. Ilyen értelmű adatokat közöltek a kohóiparban, a gépgyártásban dolgozók és a tűzoltók körében. Mivel ezek a kutatások figyelmen kívül hagyták más, ismert karcinogén potenciállal bíró anyagok magas koncentrációját a vizsgált populáció munkakörnyezetében (fémionok, nitrogénoxidok, policiklikus aromás hidrogénvegyületek stb.), a megállapított összefüggés érvényessége bizonytalan (Weiss és mtsai 2005).

Szakirodalomban említett egyéb tényezők, melyek kockázatnövelő szerepe erősen vitatott. A teljesség igénye nélkül: cukorbetegség, vörös húsok fogyasztása, zsiradék aránya az összesített kalóriefogyasztásban, stb.

1. táblázat. A férfiemlőrák kockázati tényezői

Igazolt	Valószínűsíthető	Bizonytalan
Életkor	Cowden-szindróma	AR, CHEK2 gének
Familiaritás	Cirrózis	EM sugárzás
Klinefelter-szindróma	Proszтатаkezelés	Magas hőmérséklet
BRCA2, CYP17		Gynecomastia
Obesitás		Alkohol
Tesztikuláris diszfunkciók		Cukorbetegség
Sugárzás		Táplálkozás
Ösztrogénkezelés		

PSZICHOSZOCIÁLIS ÉS SZEMÉLYISÉGTÉNYEZŐK

Személyiségtényezők. A magatartásorvoslásban ma már elfogadott az a megállapítás, hogy az összes daganatos halálozás 75%-a kapcsolatba hozható a viselkedéssel, az életmóddal, az egészségtudatossággal, a táplálkozási szokásokkal, az önkárosító magatartásformákkal stb. (Horti és Riskó 2006). A kijelentés igazsága azonban épp magától értetődősége, azaz a mindennapi, kevésbé reflektált gondolkodás intuitív és sommás tapasztalatával való összesimulása miatt, tartalmi kibontás nélkül könnyen semmitmondóvá, általánossága folytán pedig téves hiedelmek és önhibáztatások alapjává válhat. Ismereteink jelen állása szerint mindenekelőtt élesen meg kell különböztetnünk a pszichoszociális és személyiségtényezők

betegség kialakulásában játszott kauzális szerepét a betegségfolyamat lezajlásához, az adaptációhoz, a kezeléssel való együttműködéshez, a megküzdéshez, a túlélés idejéhez, a túlélők életminőségéhez való hozzájárulásuktól.

Az egyik első modern vizsgálatot Kissen és Eysenck (1962) végezte néhány személyiségvonás és a rákos megbetegedések közötti kapcsolat tisztázására. Úgy találták, hogy tüdőrákos páciensek szignifikánsan magasabb értéket értek el az extroverzió és alacsonyabb értéket a neuroticizmus alskálán, mint más, nem rákos kórházi kontrollpopuláció egyedei.

A következő évtizedek daganatos betegségek incidenciájára irányuló kutatásai ellentmondó következtetésre jutottak. Hat retrospektív tanulmányból négy statisztikailag érvényes összefüggést mutatott ki a magasabb extroverzió, az alacsonyabb neuroticizmus, az alacsonyabb vonásszorongás és az emlőrák fokozott kockázata között, a másik kettő azonban nem. Tíz prospektív vizsgálatból öt talált jelentős kapcsolatot a reménytelenség és az átfogó daganatos betegségek kockázat, valamint az antiemocionalitás (saját érzésekkel szembeni bizalmatlanság és az érzelmi viselkedés hiánya), az elfojtás és az emlőrák kockázata között. A többi nem mutatott ki korrelációt a személyiség jellemzői és az emlőrákos megbetegedésének incidenciája között (Nakaya és mtsai 2003).

A személyiségtípusokkal dolgozó kutatások gyakran hivatkoztak például Grossarth-Maticek és mtsai-nak vizsgálataira (1985, 1988), akik a személyiség négy altípusát határozták meg. Az I. típust leírásukban az alulstimuláltság, a II. típust a túlingereltség, a III. típust az ambivalencia, a IV. típust pedig a személyes autonómia dominanciája jellemzi. Jugoszláv és német mintákon végzett három prospektív kutatásuk során úgy találták, hogy az első típusú személyiség daganatos betegségekre, a második szívbetegségekre hajlamosít, a másik két csoportban pedig egészségüket megőrizni képes személyek találhatók a legnagyobb számban.

Ezeknek a beszámolóknak a nagy része sajnos módszertani hiányosságok (kis elemszámú minta, retrospektív jelleg, potenciális változók – dohányzás, alkoholfogyasztás, obesitás stb. – kontrollálásának elmulasztása) miatt nem értelmezhetők megnyugtatóan.

A metodológiai problémák szisztematikus kiküszöbölése mellett a legmeggyőzőbb Nakaya és mtsainak Japán északi területén élő 30 277 lakosra kiterjedő, hét éves utánkövetést tartalmazó, 671 prevalens és 986 újonnan diagnosztizált rákos esetet átfogó vizsgálata (Nakaya és mtsai 2003). Az életkor, a nem, a végzettség, a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a testtömeg-index és a familiaritás változóinak kontrollálása mellett a Cox-féle arányos kockázati regressziós modell alkalmazásával határozták meg az egyes rákos betegségek (gyomor-, tüdő-, vastagbél-, emlőrák) relatív

előfordulási kockázatát az Eysenck-féle módosított személyiség kérdőív négy alsóskálájára vonatkoztatva (neuroticizmus, pszichoticizmus, extroverzió és hazugság). A szerzők összegzése szerint nem tartható az a hipotézis, amely a személyiség meghatározott jellemzőinek általános kauszatív szerepet tulajdonít a daganatos betegségek kiváltásában. Úgy vélik továbbá, hogy a prevalens esetek körére jellemző emelkedett neuroticizmus nem oka, hanem következménye a diagnózisnak és a betegségállapottal járó kedvezőtlen változásoknak.

Életesemények szerepe. Régóta ismert, hogy a stresszhelyzetek a szervezet valamennyi funkcióját befolyásolják, s a környezet kontrollálhatatlannak minősített történései a központi idegrendszeri információfeldolgozás közvetítésével neurotranszmitter, neuropeptid és endokrinológiai mechanizmusokon keresztül egészségkárosodást eredményezhetnek (Horti és Riskó 2006).

Petticrew és mtsai (1999, 2002) a mellrák és a betegség fellépését megelőző időszak kedvezőtlen életeseményeit vizsgáló 15 kutatás metaanalízise során megállapították, hogy a rákos páciensek átlagosan kétszer annyi negatív életeseményről számoltak be, mint a kontrollcsoport tagjai. Eredményüknek a témánk szempontjából kiemelt jelentőségét az adja, hogy a férfiemlőrák a daganatos betegségek hormonális és immunológiai folyamatokra különösen érzékeny csoportjába tartozik.

Az emlőrák genezisének pszichoneuro-immunológiai vonatkozásai. A közvetítő immunológiai változások bonyolult szövedékének kísérleti feltárása az elmúlt 25 évben került a medicinális érdeklődés előterébe. A leggyakrabban vizsgált pszichoszociális változók közül (akut és krónikus stressz, a depresszió, a személyiségvonások, a negatív életesemények, a szociális támogatás és a pszichoterápia hatása) az emlőrák genezisében feltételezhetően szerepet játszó tényezőket emeljük ki.

Pszichoszociális tényezők immunszuppresszív hatásáról szóló közlemények konzisztensen csökkent limfocita mitogén választ, csökkent NK-sejt citotoxicitást és emelkedett kortizolszintet írnak le gyászreakcióban, munkahelyi stressz és válás következtében, ami rontja a szervezet tumorsejtek elleni védekezését. A nem-specifikus immunválaszok mellett a stresszorok közvetlenül hozzájárulhatnak abnormális sejtek termelődéséhez, gátló hatást fejthetnek ki a DNS-repair mechanizmusok működésére, inaktiválhatnak antionkogén tényezőket és az apoptózis modulálásával fokozott sejtöngyilkosságot válthatnak ki (Kiecolt-Glaser és Glaser 1992; Garssen és Goodkin 1999; Levy és mtsai 1987).

2. táblázat. Emlőráknál azonosított nemi különbségek

Tényezők	Férfiak	Nők
Életkor	60-70 év	50-60 év
Gyakoriság	A férfiak rákos megbetegedéseinek 1%-a	A nők rákos megbetegedéseinek 30%-a
Felismerés	Gyakran III. vagy IV. stádiumban	Inkább az I. és II. stádiumban
Ösztrogén-pozitivitás	85-90%	50-55%
Progeszteron-pozitivitás	75%	30%
Axilláris nyirok metasztázis	Gyakrabban	Ritkábban
Invazív ductalis típus	95-98%	80-85%
Mammográfia	Nem rutin	Rutin
Tipikus génmutáció	BRCA2	BRCA1, BRCA2
Nemtől függő kockázati tényezők	<ul style="list-style-type: none"> - Klinefelter-szindróma - Gynecomastia - Ösztrogénbevitel - Tesztikuláris zavarok - Bizonyos foglalkozások - Egyedülálló 	<ul style="list-style-type: none"> - Menstruáció a 12. életév előtt - Menopauza az 55. életév után - Első gyerek 35. életév után
		- Nulliparitás
Egészség-tudatosság	Nincs	Van

MORTALITÁS ÉS PROGNÓZIS

Napjainkban is tartja magát az a nézet, hogy az emlőrák férfiaknál előforduló változata veleszületett biológiai okoknál fogva agresszívebb, így a nőkkel szembeállítva a páciensek rosszabb prognosztikai kilátásra számíthatnak. Erősíti ezt a vélekedést azoknak a tanulmányoknak a nagy száma, amelyek egyértelmű, statisztikailag jelentős különbséget mutatnak ki a két nem között a túlélés átlagos időtartamában és a mortalitás arányában (2. táblázat).

Az eltérésre adott magyarázat kísérletek (kisebb szöveti állomány, gyakoribb centrális elhelyezkedés, receptor-státusz különbségei stb.) figyelmen kívül hagyják, hogy a hisztológiai és sejtpatológiai különbségeknek nincs igazolt közvetlen kapcsolata a túléléssel, hogy a férfiak idősebb korban válnak érintetté, hogy az első tünetek észlelése és az orvsnál jelentkezés között férfiaknál sokkal hosszabb idő telik el, hogy a primer ellátásban dolgozó orvosok (a páciens tagadás iránti tudattalan igényével összejátszva) nem ritkán bagatellizálják a korai jeleket, hogy a kezelés megkezdésére a férfiak jelentős aránya eléri a megbetegedés III-IV.

stádiumát, s figyelmen kívül hagyják a két nem között a gyógyítóval való együttműködés készségében tapasztalható eltéréseket is.

Hangsúlyozni kell tehát, hogy egyetlen olyan ismert kutatás sem létezik, amely az életkor, a stádium, a hisztológiai típus és a kockázati faktorok vonatkozásában illesztett kontrollminta esetén a két nem között a mortalitásban eltérést igazolt volna. A prognosztikai faktorok terén az alábbi, nemtől független tényezők szerepe nyert megerősítést: a rákos megbetegedés stádiuma, tumorméret, AN-státus (Ewertz és mtsai 2001; Rai és mtsai 2005; Massie 2002).

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy hamisnak tekinthetők a férfi-emplórát övező alábbi hiedelmek:

- az emlőrák „női betegség”,
- férfiaknál „agresszívabb”,
- a személyiség közvetlen kauzális szerepet tölt be,
- a diagnózis azonos a halálos ítélettel.

PSZICHOLÓGIAI SAJÁTOSSÁGOK

Szerencsére magyarul és angolul, könnyen hozzáférhető formában, kiváló áttekintést nyerhetünk a daganatos betegségekkel kapcsolatos pszichés reakciókról, tartós szövődményekről, a betegségfolyásban és az életminőségben szerepet játszó pszichoszociális tényezőkről, a pszichés segítség formáiról, lehetőségeiről, és a korszerű, integrált onkológiai ellátás bio-pszicho-szociális szemléletéről egyaránt (Horti és Riskó 2006; Holland 1998; Németh 1980; Riskó 1997a; 1997b; 1999a; 1999b; Straker 1998; Newell és Sanson-Fisher 2002; Redd és mtsai 2001; Bloch és Kissane 2000; Riba 2006; Chochinov 2002). (3. táblázat)

Ezért az alábbiakban néhány olyan, az irodalomban ritkábban megjelenő szempontra összpontosítunk, ami reményeink szerint hozzájárul a férfiemlőrákos páciensek ellátását jellemző, *nemre specifikus információhiány* csökkenéséhez, s némileg ellensúlyozza azt a tényt, hogy e kis számú populáció esetében az intervenciós protokollok – a különbségeket elfedve – a női páciensekkel szerzett tapasztalatok változatlan átvételével fogalmazódnak meg.

3. táblázat. A betegséghez való pszichés adaptációt meghatározó tényezők

Társadalmi környezet	Személyiség	Betegség
Betegség-hiedelmek	Életkor	Stádium
Kezelésre vonatkozó ismeretek	Szocioökonómiai státus	Beavatkozás típusa
Az ellátórendszer „filozófiája”	Életszakasz	Mellékhatások
Foglalkozási és pénzügyi következmények	Pszichiátriai előtörténet	Több posztoperatív kezelés
	Társas támasz elérhetősége	A prognózis bizonytalansága
	Coping-stílus	A testkép érintettsége
	Szerabúzus	Az élet egészének érintettsége
	Általános életfilozófia	Döntési lehetőségek
	Kognitív orientáció	
	Kezeléssel való elégedettség	
	Daganatos betegségről szerzett tapasztalat	
	Közelmúltbeli veszteség	
	Emocionális érettség	

A nemi szerep szocializációjának különbségeiről

„A férfigép különleges lény. Különbözik a nőktől, a gyerekektől, s a férfiak egy (kisebb) részétől is. A férfigép funkcionális, azaz mindenekelőtt munkavégzésre tervezetett. Arra programozták, hogy nehézségeket küzdjön le, problémák fölött győzedelmeskedjen, akadályokat birkózzon le, s mindig egyenest szarva között ragadja meg az ellenséget, anélkül, hogy feladatai teljesítése közben zavartatná magát jelentéktelen személyes érzékenységei által.”

Így kezdődik Fasteau (1979) híres könyve az interiorizált maszkulin modell torzító hatalmáról, s ha eltekintünk a „gender issue” 1970-es évekbeli felbukkanását övező polemikus hangütéssel járó egyszerűsítéstől, az élmény-, és viselkedésmód nemi különbségeinek elismerésével számos, értetlenül fogadott hétköznapi jelenséget illetően értékes belátáshoz juthatunk.

Ebben az írásban nincs lehetőségünk a személyiségfejlődés bonyolult folyamatának mégoly vázlatos ismertetésére sem. Tárgyunk szempontjából elegendő, ha e kutatási irány néhány, a rászorulóknak pszichés segítségét érintő konszenzuális megállapításának összefoglalására szorítkozunk, az érdeklődő olvasót pedig olyan izgalmas, szociológiai és mélylélektani erudícióval felvértezett szerzőhöz irányítjuk, mint Nancy Chodorow,

Dorothy Dinnerstein, Lillian Rubin, Carol Gilligan vagy Heather Formaini.

A gyermek gondozását meghatározó hagyományos nyugati munkamegosztás nemek tekintetében eltérő lélektani következményeit a nemi identitás és az énhatárok megélése mentén tematizálhatjuk. Az anyával mint elsődleges gondozóval történő, individualizálódást megelőző primer azonosulás más fejlődési feladatot támaszt a közeledés-távolodás szeparációs játékában formálódó fiúkkal és lányokkal szemben. Előbbinél az

4. táblázat. A férfi psziché jellegzetességei

Konfliktusalakzat	Szorongások	Intrapszichés védekezés	Reakciómódok és akcentuálódott karaktervonások
Individualitás versus maszkulin elvárások	Elnyeletés	Hasítás pl. test/lélek/szellem	Resentment a másik nemmel
Intimitás versus identitás védelem	Sérülékenység	Tagadás	Szeparáció hangsúlya
Dependencia versus függetlenség	Megszégyenülés	Távolítás	Teljesítményorientáció
	Nemi identitás féltése	Intellektualizáció	Belső izoláció
		Racionalizálás	Externalizáció és acting out-tendencia
		Projekció	Személyes élmény kevésbé artikulált
		Kompartmentalizáció (pl. a szerepeké)	Sztoicizmus
			Gátolt expresszivitás
			Hierarchikus szemlélet
			A szelf a hatalom és az erő kategóriáiban reprezentálódik
			Érzékenység rejtése: harag az előtérben
			Intimitás kerülése (detachment)
			Versengés
			Dependencia tagadása, projekciója
			Segítség kerülése
			Szabályorientáció (jogos/jogtalan)

integrált szelfélmény fontos horgonypontjaként szolgáló nemi identitás megszilárdulása attól a feminin „világtól” való mind élesebb elhatárolódást kíván, amelyhez minden esendőségével, lassan tudatosuló szükségletével, vágyával és reményével, azaz potenciái eleven teljességével kapcsolódik. A mi kultúrkörünkben tehát a jobbára ellenazonosítással létrejövő maszkulin szelf a veleszületett teljesség jelentős részének belső lehasítása árán szerveződik meg, amelynek emlékét a tudattalanban folytonosan kísértő, önmagához, a másikhöz és a világhoz való viszonyát projekción és más elhárításokon keresztül meghatározó, nemére jellemző szorongásos vágyfantáziák és mindenkor könnyen aktiválódó introjektált konfliktusalakzatok őrzik. E „kulturális neurózis” feminin karakterváltozatát az én határainak diffúzabb jellege s az emocionális-kapcsolati orientáció nem minden helyzetben adekvát hangsúlya jellemzi. Ez az a lélektani-fogalmi keret, ami az alább ismertetett különbségek általános fejlődési háttereként szolgál (4. táblázat).

A férfi és a betegségállapot

Ha a fenti *ideáltípus* jellemzése tartalmaz igazságot, akkor arra számítunk, hogy a betegséghez és a segítségnyújtáshoz való viszony tekintetében általában, emlőrákosok körében pedig hangsúlyozottan a két nem között terápiás implikációk felé mutató, jelentős különbséget találunk a szakirodalomban.

Kulcsár (1998) az egészségmagatartás és a mortalitás viszonyának demográfiai vonatkozásait elemezve utal arra a megfigyelésre, hogy a férfiak sokkal ritkábban fordulnak orvoshoz, s megállapított diagnózis esetén is jóval kevesebb gyógyszerrel élnek állapotuk helyreállítása érdekében. Bond és Pilowsky (1966) úgy találta, hogy a férfiak, minden szóba jöhető tényező kontrollálása mellett is szignifikánsan kevesebb fájdalomtünetről számolnak be, ami Rachman és Philips (1978) szerint nem a szomatoszenzoros percepció biológiai különbségeivel, inkább a nemi szerepelvárások hatásával magyarázható.

Moynihan (1998) önjellemző kérdőívek és interjú segítségével vizsgálati személyeit „megélt férfiasságuk” mentén a maszkulinitás-feminitás pólusai által alkotott kontinuum mentén kategorizálta. Eredményei szerint minél több maszkulin sztereotípiát tekint önmagára nézve jellemzőnek valaki, annál inkább hajlamos tünetei alulbecslésére, s minél több feminin komponens található a megkérdezett férfiak identitásfogalmában, annál inkább közelít egészségtudatosságuk és magatartásuk a másik nem mintázatához, például növekvő gyakorisággal veszik igénybe az

egészségügyi szolgáltatásokat, s nyíltabban kommunikálnak emocionális-hangulati állapotukról. (Szórványos adatok találhatóak arról, hogy a férfipopulációt érintő általános változási tendenciákról van szó, amit nehéz nem párhuzamban látni a kulturális sztereotípiák és szerepelvárások területén leírt lassú kiegyenlítődéssel.)

Mind az elsődleges ellátás területén, mind hospitalizált vizsgálati min-tánál jelentősen jellemzőbb férfiakra a testi jelzések figyelmen kívül hagyásának általános tendenciája (Jackson és mtsai 2003; Kiss és Meryn 2001; Brain és mtsai 2006).

Winchester (1998) 218 férfi emlőrákos páciens betegségétörténetét áttekintve arra a megállapításra jutott, hogy tüneteik tudatos észlelése és az első orvoshoz fordulás között átlagosan 10 hónap telt el. Egy másik epidemiológiai felmérésben Facione (1997) női emlőrákosok 70%-ánál a halogatás intervallumát három hónapnál rövidebbnek találta.

Orvosokkal konzultálva a nők önmaguktól gyakrabban számolnak be állapotukat súlyosbító aktuális interperszonális és munkahelyi-egzisztenciális stresszhelyzetről, mint férfitársaik, emlőrákosok esetén a lelki tünetek említésében – célzott orvosi anamnézis mellett is – háromszoros eltérés tapasztalható. Férfi mellrákosok csoportjában az elfojtás és a tagadás mechanizmusait kifejezettebbnek találták, hasonlóan az antiemotionalitással és fokozott stresszreakciókkal jellemzett C-típusú személyiség előfordulási arányához (5. táblázat).

Ezzel összefüggésben hospitalizált emlőrákosoknál kimutatták, hogy súlyosabb mentális problémák és erős lelki szenvedés állapotában a férfiak a másik nemmel összevetve sokkal ritkábban kezdeményeznek és fogadnak el pszichológiai-pszichiátriai konzultációt (Jackson és mtsai 2003; Kiss és Meryn 2001; Brain és mtsai 2006). Ha ehhez hozzávesszük az alábbi tényezőket is, akkor még pontosabb képet nyerhetünk arról, hogy az interiorizált, s a pszichés segítségnyújtás kísérleteiben is többnyire reflektálatlanul maradó, merev nemi szerepmódellyel milyen mostoha helyzetbe sodorhatja a betegsége és az azt övező előítéletek miatt kétszeresen is meghasonlott emlőrákos férfi beteget:

- emlőrákos betegeknél a negatív emóciók elfojtása és a betegségállapottal járó distressz tekintetében pozitív korreláció áll fenn, azaz minél jellemzőbb az elfojtás, annál jobban növekszik a későbbi distressz mértéke,
- a férfiak később és súlyosabb stádiumban jutnak ellátáshoz,
- idősebb korban a szomatizációk gyakran elfedik a depresszió és szorongás állapotait,
- férfiaknál magasabb a depresszió-ekvivalensek gyakorisága,

- belső állapotuk monitorozása és differenciált leírásának képessége általában szerényebb,
- a férfiak hajlamosabbak érzelmi-hangulati problémáikat rejtegetni, illetve önkárosító, paraszucidális viselkedésformákban externalizálni,
- körükben a non-compliance aránya becslések szerint 1,5-2-szerese a nőknél megállapított egyébként is magas értéknek (női rákbetegeknél 15-30%-ra tehető),
- a gyógyszeres és pszichés segítségnyújtás, támogatás nem ritkán inkább az onkológiai személyzet percepcióján és becslésén, mintsem a tényleges betegségállapot felmérésén múlik, ami a szorongással ellentétben éppen a depresszió becslésében a legpontatlanabb, ezt ugyanis szisztematikusan alábecsülik (Meth és Pasick 1990; Lampic és Sjöden 2000).

A mondottak paradox, szomorúan ironikus megerősítése található abban a kutatási eredményben, amely szerint hospitalizált férfiemlőrákos páciensek a személytelen „bedside manner”-rel, a futó, intim közlésekre alkalmatlan orvosi találkozásokkal, a kérdéseknek, közös gondolkodásnak teret, időt nem engedő felületes tájékoztatással, a technicizált, információ-központú szemlélettel, azaz a biomedikális modellel, jóval elégettebbnek mutatkoznak, mint a női betegek (Jackson és mtsai 2003; Kiss és Meryn 2001). Aligha tévedünk nagyot, mikor úgy véljük, hogy ebben kétoldalú defenzív szükségletek szerencsétlen kollúziója is szerepet játszik.

5. táblázat. A sztereotip szerepelvárások ellentmondásai

Betegséghez társított jelentések	Maszkulinitás jelentései
Kontrollvesztés	Kontrolligény
Dependencia	Autonómia
Szükségleti állapotok előtérbe kerülése	Szükségleti állapotok tagadása
Tehetlenség	Dominancia
Sebezhetőség, végesség tudatosulása	Legyőzhetetlenség
Passzivitás	Aktivitás
Kiszolgáltatottság	Hatalom
Bizonytalanság	Kompetencia
Fizikai intimitás	Éles határok
Kooperáció és engedelmesség	Versengés és oppozíció
Receptivitás	Produktivitás
Felelősség csökken	Felelősségvállalás
Regresszió	Heroizmus

AJÁNLÁSOK FÉRFIEMLŐRÁKOS BETEGEK PSZICHOTERÁPIÁJÁHOZ

A betegségállapothoz társított feminin jelentés-attribúciók a nemi identitás formálódásának korai időszakából származó elemi félelmeket és tudattalan szorongásokat mozgósítanak, melyek az önértékelés és a szelf-élmény változásaiban érhetők tetten s olyan másodlagos védekezések felé terelnek, amelyek megnehezítik a férfi páciensek szükségleti-emocionális-hangulati állapotának pontos észlelését, s végeredményben adekvát pszichés gondozásuk és terápiás támogatásuk megtervezését. Az alábbi ajánlások az intervenciós stratégia mérlegelésének általános kereteként szolgáló dinamikai összefüggés elismerésén alapulnak:

- a „néma kérés” formáinak tudatos monitorozása
- az intellektualizálás csábításának elkerülése
- az autonómia-igény folyamatos elismerése
- a harag projekcióinak metabolizálása
- közelség/távolság érzékeny titrálása
- depresszió-ekvivalensek folyamatos monitorozása
- szavak nélküli intimitás fontossága
- az áttétel speciális kapcsolati formaként való meghatározása
- fizikai terminusok következetes átfordítása
- stigmatizáció tematizálása
- speciális viszontáttételi reakciók (versengés, „playing God”, paternalizmus, a „mindenható anya” kontrollálása)
- regressziós örvény ébresztette szorongás monitorozása
- diszfunkcionális viselkedés és maszkulin hiedelmek kapcsolatának tudatosítása
- maszkulinitás újrafogalmazásának fontossága
- önmenedzselés technikáinak fontossága

Az emlőrákos férfiak pszichoterápiájában tematizálandó főbb problémák: maszkulinitás, stigmatizáció, szociális izoláció, acting out.

Irodalom

- Adami, H. O., Holmberg, L., Malker, B., Ries, L. (1985): Long-term survival in 406 males with breast cancer. *British Journal of Cancer*, 52: 99–103.
- Auvinen, A., Curtis, R. E., Ron, E. (2002): Risk of subsequent cancer following breast cancer in men. *Journal of the National Cancer Institute*, 94: 23–31.

- Bloch, S., Kissane, D. (2000): Psychotherapies in psychooncology. An exciting new challenge. *British Journal of Psychiatry*, 177: 112-116.
- Bond, M. R., Pilowsky I. (1966): Subjective assessment of pain and its relationship to the administration of analgesics in patients with advanced cancer. *J Psychosom Res.* 10 (2): 203-208.
- Brain, K., Williams, B., Iridale, R., France L., Gray, J. (2006): Psychological distress in men with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 24: 95-101.
- Chochinov, H. M. (2002): Dignity-conserving care: a new model for palliative care. *Journal of the American Medical Association*, 17: 2253-2260.
- Circhlow, R. W., Galt, S. W. (1990): Male breast cancer. *The Surgical Clinics of North America*, 70: 1165-1177.
- Clavel-Chapelon, F. (1997): Diet and breast cancer: review of the epidemiologic literature. *Cancer Detection Preview*, 89: 426-440.
- Demers, P. A., Thomas, D. B., Rosenblatt, K. A., Jimenez, L. M., McTiernan, A., Stalsberg, H. (1991): Occupational exposure to electromagnetic fields and breast cancer in men. *American Journal of Epidemiology*, 134: 340-347.
- Evans, D. B., Circhlow, R. W. (1987): Carcinoma of the male breast and Klinefelter's syndrome: is there an association? *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 37: 246-251.
- Ewertz, M., Holmberg, L., Tretli, S., Pedersen, B. V., Kristensen, A. (2001): Risk factors for male breast cancer. *Acta Oncologica*, 40: 23-26.
- Facione, N. C., Dodd, M. J., Holzemer, W., Meleis, A. I. (1997): Helpseeking for self-discovered breast symptoms. *Cancer Practice*, 5: 220-227.
- Fasteau, M. F. (1979): *The male machine*. Dell Publishing Co., New York.
- Floderus, B., Tornqvist, S., Stenlund, C. (1994): Incidence of selected cancers in Swedish railway workers, 1961-1979. *Cancer Causes Control*, 5: 189-194.
- Friedman, L. S., Gaytner, S. A., Kurosaki, T., Gordon, D., Noble, B., Casey, G., Ponder, B. A., Anton-Culver, H. (1997): Mutation analysis of BRCA1 and BRCA2 in a male breast cancer population. *American Journal of Human Genetics*, 60: 313-319.
- Ganly, I., Taylor, E. W. (1995): Breast cancer in a trans-sexual man receiving hormone replacement therapy. *British Journal of Surgery*, 82: 341.
- Garfinkel, L. (1993): Current trends in breast cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 43: 45-58.
- Garssen, B., Goodkin, K. (1999): On the role of immunological reactions as mediators between psychological factors and cancer progression. *Psychiatry Research*, 85: 51-61.
- Gill, S. S., Saigal, R. K., Kaur, A. A., Gupta, A. K. (1984): Malignant tumours of the male breast. *Journal of Postgraduation Medicine*, 30: 38-41.
- Giordano, S. H., Buzdar, A. U., Hortobagyi, G. N. (2002): Breast cancer in men. *Annals of International Medicine*, 137: 678-687.
- Grossarth-Maticek, R., Bastiaans, J., Kanazir, D. T. (1985): Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: the Yugoslav prospective study. *Journal of Psychosomatics Research*, 29: 167-176.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J. (1988): Personality type, smoking habit and their interaction as predictors of cancer and coronary heart disease. *Perspective of Individual Difference*, 9: 479-495.
- Guenel, P., Cyr, D., Sabroe S., Lynge, E., Merletti, F. Ahrens, W. (2004): Alcohol drinking may increase risk of breast cancer in men: a European population-based case-control study. *Cancer Causes Control*, 15: 571-580.

- Hartman, A. W., Magrish, P. (1955): Carcinoma of breast in children. Case report. *Annals of Surgery*, 141: 792–798.
- Heller, K. S., Rosen, P. P., Schottenfeld, D., Ashikari, R., Kinne, D. W. (1978): Male breast cancer: a clinicopathologic study of 97 cases. *Annals of Surgery*, 188: 60–65.
- Hill, A., Yagmur, Y., Tran, K. N., Robson, M., Borgen, P. I. (1999): Localized male breast carcinoma and family history. An analysis of 142 patients. *Cancer*, 86: 821–825.
- Holland, J. C. (1998): *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press
- Horti J., Riskó Á. (szerk.) (2006): *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest
- Jackson, J. L., Chamberlin, J., Kroenke, K. (2003): Gender and symptoms in primary care practices. *Psychosomatics*, 44: 359–366.
- John, L. (2000): Male breast cancer: an overshadowed diagnosis. *Breast Cancer Action Newsletter*, 59, May/June
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., Bloemena, E., Diest, P. J., Karim, R. B. (2000): Short-term and long-term histologic effects of castration and estrogen treatment on breast tissue of 14 male-to-female transsexuals in comparison with two chemically castrated men. *Journal of Surgical Pathology*, 24: 74–80.
- Keller, A. Z. (1967): Demographic, clinical and survivorship characteristics of males with primary cancer of the breast. *American Journal of Epidemiology*, 85: 183–199.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R. (1992): Psychoneuroimmunology: can psychological interventions modulate immunity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 569–575.
- Kiss, A., Meryn, S. (2001): Effects of sex and gender on psychosocial aspects of prostate and breast cancer. *British Medical Journal*, 323: 1055–1058.
- Kissen, D. M., Eysenck, H. J. (1962): Personality in male lung cancer patients. *Journal of Psychosomatics Research*, 6: 123–127.
- Kulcsár Zs. (1998): *Egészségpszichológia*. ELTE, Eötvös Kiadó, Budapest.
- Lampic, C., Sjöden, P-O. (2000): Patient and staff perception of cancer patient's psychological concerns and needs. *Acta Oncologica*, 39: 9–22.
- Lenfant-Pejovic, M.H., Mlika-Cabanne, M., Bouchardy, C., Auguier, A. (1990): Risk factor of male breast cancer: a Franco-Swiss case-control study. *International Journal of Cancer*, 45: 661–665.
- Levy, S., Herberman, R. B., Lippman, M., d'Angelo, T. (1987): Correlation of stress factors with sustained depression on natural killer cell activity and predicted prognosis in patient with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 5: 348–353.
- Massie, M. J. (2002): Male breast cancer: a review of the literature and a case report. *Psychosomatics*, 43: 14–23.
- Meth, R. L., Pasick, R. S. (eds.) (1990): *Men in therapy: The challenge of change*. New York: Guilford Press
- Mettlin, C. (1999): Global breast cancer mortality statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 49: 35–56.
- Mies, R., Fisher, H., Pfeiff, B., Winkelmann, M., Wurz, H. (1982): Klinefelter's syndrome and breast cancer. *Andrologia*, 14: 317–321.
- Moynihan, C. (1998): Theories in health care and research: Theories of Masculinity. *British Medical Journal*, 317: 1072–1075.
- Nahleh, Z., Srikantiah, R., Komrokji, R., Safa, M., Pancoast, J., Muhleman, A., Jazieh, A. (2006): Male breast cancer (MBC) in the VA population: a gender issue? *Journal of Clinical Oncology*, 24 (18S): 587.
- Nakaya, N., Tsubono, Y., Hosokawa, T., Nishino, Y., Ohkubo, T. (2003): Personality and the risk of cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 95: 799–805.

- Németh Gy. (1980): A carcinomás beteg pszichoterápiája. *Pszichiátriai Szemle*, 2: 4–11.
- Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W. (2002): Systematic review of psychological therapies for cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 94: 558–584.
- Petticrew, M., Fraser, J. M., Regan, M. F. (1999): Adverse life-events and risk of breast cancer: a meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 4: 1–17.
- Petticrew, M., Bell, R., Hunter, D. (2002): Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *British Medical Journal*, 325: 1066–1073.
- Rachmann, S. J., Philips, C. (1978): *Psychology and medicine*. Penguin Books
- Rai, B., Goskal, S., Sharma, S.C. (2005): Breast cancer in men: A PGIMER experience. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 1: 34–45.
- Redd, W. H., Montgomery, G. H., Duttamel, K. N. (2001): Behavioral intervention for cancer treatment side effects *Journal of the National Cancer Institute*, 93: 810–823.
- Riba, M. (2006): Breast cancer: what psychiatrists need to know. *Psychiatric Times*, 4: 3–9.
- Riskó Á. (1997a): Rákbetegség, destruktív erők, testkép, onkológiai osztály. In Lukács Dénes (szerk.): *Szeretet és harag az analitikus pszichoterápiában*. Animula, Budapest
- Riskó Á. (1997b): Pszichoanalitikus pszichoterápia onkológiai kezelés alatt álló rákos betegekkel. *Psychiatria Hungarica*, (12) 4: 525–534.
- Riskó Á. (1999a): Onkológiai betegek pszichoszociális rehabilitációja. In Katona F., Siegler J. (szerk.): *Orvosi rehabilitáció*. Medicina, Budapest.
- Riskó Á. (1999b): *Bevezetés az onkopszichológiába. A test, a lélek és a daganat*. Animula, Budapest.
- Ron, E., Ikeda, T., Preston, D. L., Tokuoka, S. (2005): Male breast cancer incidence among atomic bomb survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 97: 603–605.
- Saudade, A., Fonseca, I., Pinto, A. E., Cardoso, P., Pereira, T., Soares, J. (2001): Male breast cancer. *Acta Oncologica*, 40: 23–47.
- Sobin, L. H., Sherif, M. (1980): Relation between male breast cancer and prostate cancer. *British Journal of Cancer*, 42: 787–790.
- Sorensen, H.T., Friis, S., Olsen, J. H., Thulstrup, A.M., Mellekjaer, L., Linet, M., Trichopoulos, D., Vilstrup, H., Olsen, J. (1998): Risk of breast cancer in men with liver cirrhosis. *American Journal of Gastroenterology*, 93: 231–233.
- Straker, N. (1998): Psychodynamic psychotherapy for cancer patients. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7: 1–9.
- Symmers, W. (1968): Carcinoma of breast in trans-sexual individuals after surgical and hormonal interference with the primary and secondary sex characteristics. *British Medical Journal*, 2: 82–85.
- Thellenberg, C., Malmer, B., Tavelin, B., Grönberg, H. (2003): Second primary cancers in men with prostate cancer: an increased risk of male breast cancer. *Journal of Urology*, 169: 1345–1348.
- Tynes, T., Andersen, A., Langmark, F. (1992): Incidence of cancer in Norwegian workers potentially exposed to electromagnetic fields. *American Journal of Epidemiology*, 136: 81–88.
- Weiss, J. R., Moysick, K. B., Swede, H. (2005): Epidemiology of male breast cancer. *Cancer Epidemiology and Biomarkers Preview*, 14: 23–29.
- Winchester, D.J. (1998): Male breast carcinoma: A multiinstitutional challenge. *Cancer*, 83: 399–400.
- Wynder, E. L., Cohen, L. A., Muscat, J. E., Winters, B., Dwyer, J. T., Blackburn, G. (1997): Breast cancer: weighing the evidence for a promoting role of dietary fat. *Journal of the National Cancer Institute*, 89: 766–775.

MISLAI, ATTILA

**BREAST CANCER IN MEN:
A NEGLECTED GROUP OF DISORDERS**

There is a huge lack of knowledge on male breast cancer relating to the incidence, mortality, risk factors and the role that personality characteristics play in the development of this disorder. Additionally, one can find many false beliefs which prevent patients from coping with their isolating condition. Gender-specific characteristics originated in early socialization need to be accounted in designing psychotherapeutic intervention scheme.

Keywords: male breast cancer, risk factors, false beliefs, masculinity