

Daganatos megbetegedések incidenciája és mortalitása szkizofréniában, ellátórendszeri kihívások

Bohus Borbála Laura dr.^{1, 2}  ■ Kegye Adrienne dr.³

¹Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola, Rácz Károly Konzervatív Orvostudományi Tagozat, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

³Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

A szkizofréniában szenvedő betegek várható élettartama jelentősen elmarad az átlagpopulációtól, amihez az öngyilkosságok mellett a szomatikus betegségek, köztük a daganatos megbetegedések is számottevően hozzájárulnak. Áttekintő tanulmányunk célja a szkizofréniában szenvedő daganatos betegeknél megfigyelt incidencia- és mortalitási adatok áttekintése a normálpopulációhoz viszonyítva, az eltérések lehetséges biológiai, genetikai és ellátórendszeri magyarázatainak rendszerezése, valamint a kedvezőtlen kimenetelhez hozzájáruló tényezők bemutatása. Részletesen tárgyaljuk a diagnosztikus késedelem lehetséges okait, az onkológiai kezelésekhez való hozzáférés egyenlőtlenségeit, a terápiás döntéshozatalt befolyásoló beteg-, ellátói és rendszerszintű akadályokat, továbbá a kezelési gyakorlatban megfigyelhető eltéréseket. Noha a rosszindulatú daganatok incidenciájára vonatkozó epidemiológiai adatok ellentmondásosak, a rendelkezésre álló metaanalízisek alapján a daganatspecifikus mortalitás szkizofréniában következetesen magasabb. Az áttekintett adatok alapján a rosszabb onkológiai kimenetel nem egyetlen tényezőre vezethető vissza, hanem komplex, többszintű mechanizmusok következménye. A közlemény zárásaként olyan beavatkozási pontokat ismertetünk, amelyek az ellátásszervezés fejlesztésén, a szakmák közötti együttműködés erősítésén és a döntéshozatal strukturált támogatásán keresztül hozzájárulhatnak az onkológiai ellátás minőségének javításához és a mortalitás mérsékléséhez szkizofréniában.

Orv Hetil. 2026; 167(24): 930–936.

Kulcsszavak: szkizofrénia, onkológia, incidencia, mortalitás

Incidence and mortality of malignant diseases in schizophrenia, challenges in healthcare

Patients with schizophrenia have a markedly shorter life expectancy than the general population, to which, in addition to suicide, somatic illnesses, including malignant diseases, also contribute substantially. The aim of this review is to summarize data on cancer incidence and mortality among patients with schizophrenia compared with the general population, to systematize the possible biological, genetic, and healthcare-related explanations for the observed differences, and to outline factors contributing to unfavorable outcomes. We discuss in detail the possible causes of diagnostic delay, inequalities in access to oncological treatments, patient-, provider-, and system-level barriers affecting therapeutic decision-making, as well as differences observed in treatment practices. Although epidemiological data on the incidence of malignant diseases are inconsistent, available meta-analyses consistently indicate higher cancer-specific mortality in schizophrenia. Based on the evidence reviewed, poorer oncological outcomes cannot be attributed to a single factor but rather result from complex, multilevel factors. In the final section, we present potential points of intervention, which may contribute to better quality of cancer care and reduced mortality in patients with schizophrenia *via* improvements in care organization, strengthened interdisciplinary collaboration, and structured support for decision-making.

Keywords: schizophrenia, oncology, incidence, mortality

Bohus BL, Kegye A. [Incidence and mortality of malignant diseases in schizophrenia, challenges in healthcare]. Orv Hetil. 2026; 167(24): 930–936.

(Beérkezett: 2026. március 6.; elfogadva: 2026. március 29.)

Rövidítések

APC = adenomatosus polyposis coli tumorsuppresszor gén; CI = (confidence interval) konfidenciaintervallum; DNS = dezoxiribonukleinsav; miR-183 = mikroribonukleinsav-183; RR = relatív rizikó; TP53 = tumorprotein p53 (p53 tumorsuppresszor fehérjét kódoló gén); XRCC4 = (X-ray repair cross-complementing protein 4) DNS-kettősszál-törések javításában részt vevő fehérjét kódoló gén

A szkizofrén betegek egészségi állapotának vizsgálata során egyre nagyobb figyelmet kapnak a szomatikus komorbiditások, ezen belül is a rosszindulatú daganatok incidenciájával és mortalitásával kapcsolatos eredmények. A szkizofrén betegek várható élettartama az átlagpopulációhoz képest mintegy 15–20 évvel rövidebb, amiben az öngyilkosságok mellett a szomatikus betegségek – különösen a cardiovascularis és a daganatos megbetegedések – is meghatározó szerepet játszanak [1–4]. Noha a daganatos betegségek incidenciájáról szkizofréniában ellentmondásos epidemiológiai adatok állnak rendelkezésre, több vizsgálat és metaanalízis alapján a daganat-specifikus mortalitás következetesen magasabb az átlagpopulációhoz képest [1, 2].

Összefoglaló tanulmányunk célja a szkizofréniában szenvedő daganatos betegeknél megfigyelt incidenciá- és mortalitásadatok áttekintése, a potenciális biológiai és ellátórendszeri magyarázó tényezők rendszerezése, valamint a mortalitás csökkentését célzó lehetséges beavatkozási pontok bemutatása. A tanulmány narratív szakirodalmi áttekintésként készült, melynek célja a szakirodalom koncepcionális és tematikus integrálása volt. A bevont tanulmányok kiválasztása tematikus relevancia alapján történt, különös tekintettel azokra a munkákra, amelyek jelentős empirikus vagy elméleti hozzájárulást nyújtanak a vizsgált terület megértéséhez.

Incidencia

Az összefoglaló tanulmányok ellentmondásos eredményeket közölnek arra vonatkozóan, hogy az összes daganattípus előfordulása nagyobb arányú-e szkizofréniában [5–13]. Egyes vizsgálatok emelkedett incidenciát találtak az átlagpopulációhoz képest, míg mások hasonló vagy kisebb gyakoriságról számoltak be, továbbá az eltérések nemcsak irányukban, hanem nagyságukban is jelentősek az egyes összefoglaló vizsgálatok között [5–9, 11, 12]. Az eltérések hátterében több tényező állhat, így a vizsgált daganattípusok eltérő megoszlása, a bevont tanulmányok heterogenitása, ideértve többek között az eltérő populációkat, a kis esetszámokat, valamint a módszertani különbségeket [8]. Az eredmények daganattípusokra lebontva is jelentős heterogenitást mutatnak, és számos esetben egymásnak ellentmondóak.

Hasnyálmirigy- és prosztatarák esetében egyes vizsgálatok emelkedett incidenciát írtak le, míg mások csökkenést találtak [10, 12, 14]. Emlődaganatok vonatkozásában több ta-

nulmány egységesen emelkedett előfordulást jelzett [6, 7, 9, 10, 12, 14]. A nyelőcsődaganatok incidenciája egyes közlések szerint nem különbözött az átlagpopulációtól, míg mások emelkedést találtak [10, 12, 15]. A prosztatarák előfordulása következetesen kisebb arányúnak bizonyult több vizsgálatban is [7, 9, 10, 12, 16]. Tüdődaganatok esetében az irodalmi adatok kifejezetten ellentmondásosak: a szerzők jelentős része emelkedett incidenciát írt le, de volt csökkent, illetve az általános populációval azonos, valamint nemenként eltérő eredmény is [6, 7, 9, 10, 12, 14, 16]. Melanoma esetében csökkent incidenciát közöltek [7, 12]. A colorectalis daganatok előfordulása több tanulmány szerint kisebb arányú, míg egyes vizsgálatok nemenként eltérő eredményeket találtak [7, 9, 10, 12]. Gyomorrák esetén emelkedett, illetve csökkent incidenciáról is beszámoltak, valamint nemenként eltérő eredmények is megjelentek [9, 12, 14].

Az onkológiai betegségek szkizofréniában észlelhető eltérő incidenciadatainak lehetséges magyarázatai

Az emlőtumrok gyakoribb előfordulásában szerepet játszhat a szkizofrén betegek körében gyakoribb nulliparitás, valamint az antipszichotikum-kezeléssel összefüggő elhízás és hyperprolactinaemia [1]. A tüdődaganatok egyes vizsgálatokban megfigyelt emelkedett incidenciáját a szkizofréniában különösen gyakori dohányzással magyarázzák, amely számos más daganattípus esetében is jelentős kockázati tényező [1, 17].

A nem emelkedett incidenciáról beszámoló eredmények különös figyelmet érdemelnek, mivel szkizofréniában több, daganatokkal összefüggő klasszikus rizikófaktor gyakran halmozottan jelen van, így a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az elhízás [1, 7, 9, 16, 18–20]. A további feltételezett kockázati tényezők közé tartozik a kis születési súly, a kedvezőtlen táplálkozás, az alacsony szintű fizikai aktivitás, a hyperprolactinaemia, az alacsony szintű fertilitás és az antipszichotikus kezelés [7, 9, 16, 20]. Egyes szerzők ugyanakkor e tényezők egy részének – daganattípustól függően – potenciális protektív szerepet tulajdonítanak [16, 18, 20].

A nem emelkedett incidenciát magyarázó hipotézisként felmerült, hogy az antipszichotikumoknak közvetlen antitumorhatásuk lenne, ezt azonban az *in vitro* vizsgálatok nem igazolták [14, 18, 21]. Más szerzők a szkizofrén betegek kis foglalkoztatottsági arányával összefüggő csökkent foglalkozási-munkahelyi karcinogénanyag-expozíciót, illetve bőrdaganatok esetén a visszahúzódás, inaktivitás miatti kisebb napfény-expozíciót vetették fel lehetséges magyarázatként [14, 20, 22].

A szkizofréniában megfigyelt kisebb prosztatarák-incidencia kapcsán többször felmerült az antipszichotikumok által kiváltott hyperprolactinaemia feltételezett protektív szerepe, a gonadotropin- és tesztoszteronszint

csökkenésén keresztül [8, 9, 16]. Ezt az értelmezést azonban az endokrinológiai és onkológiai szakirodalom nem támasztja alá egyértelműen: humán és kísérletes adatok nem igazolták következetesen klinikailag releváns, tartós hormoncsökkenés kialakulását, és nagy prospektív vizsgálatok sem találtak szignifikáns összefüggést a keringő prolaktinszint és a prosztaták kockázata között [23, 24].

A közölt eredmények értelmezését nehezíti, hogy a vizsgálatok különböző relatív és standardizált kockázati mutatókat, különböző kovariáns-korrekciókat alkalmaztak, és eltérő populációkat vizsgáltak, ami jelentős heterogenitást okoz.

Több adat utal arra, hogy a szkizofrénia és a daganatok közötti kapcsolat részben genetikai tényezőkkel is magyarázható. Epidemiológiai vizsgálatok szerint szkizofrén betegek elsőfokú rokonainál kisebb daganatincidencia figyelhető meg az átlagpopulációhoz képest [7, 10, 13]. A genetikai asszociációkat vizsgáló tanulmányok heterogén eredményeket közölnek. Mendeli randomizációs és teljesgenom-társulási vizsgálatok szerint a szkizofrénia való genetikai fogékonyság kismértékben növelheti bizonyos hormonérzékeny daganatok – elsősorban emlő-, petefészek- és pajzsmirigyrák – kockázatát, feltehetően endokrin és epigenetikai mechanizmusokon keresztül [25, 26]. Ezzel párhuzamosan több vizsgálat a sejtciklus-szabályozás és az apoptózis útvonalainak érintettségét hangsúlyozza. Egyes tumorsuppresszor és DNS-javító gének – köztük a *TP53*, az *APC* és az *XRCC4* – variánsai szkizofréniaiban eltérő gyakorisággal fordulhatnak elő, és sejtszintű vizsgálatok fokozott apoptotikus aktivitásra utaló eltéréseket írtak le, amelyek egyes daganattípusokkal szemben protektív hatásúak lehetnek [21, 27–30]. Emellett a miR-183 expressziójának megváltozott mintázata is felveti tumorsuppresszív mechanizmusok jelenlétét szkizofréniaiban [31]. Összességében, a rendelkezésre álló adatok arra utalnak, hogy a genetikai háttér daganattípustól függően egyszerre hordozhat kockázatt növelő és protektív komponenseket.

Mortalitás

A rendelkezésre álló metaanalízisekből, amelyek szerint szkizofréniaiban a daganatos halálozás összességében emelkedett, és több daganattípus esetén is szignifikánsan nagyobb arányú az átlagpopulációhoz képest, az alábbiakat emelnénk ki.

Ni és mtsai metaanalízisükben szkizofrén betegek különböző daganattípusokkal kapcsolatos mortalitásának relatív rizikóját (RR) vizsgálták; tüdőrák esetén RR = 1,93 (95% CI: 1,46–2,54), vastagbél-daganatnál RR = 1,69 (95% CI: 1,60–1,80), emlőráknál RR = 1,97 (95% CI: 1,38–2,83) értékeket közöltek, míg a prosztatákhoz társuló mortalitás növekedése nem volt szignifikáns [32].

Correll és mtsai 135 vizsgálatot összegző metaanalízisben az összes daganatra vonatkozó mortalitási kockázat

RR = 1,33 (95% CI: 1,19–1,48) volt. Daganattípusonként colorectalis daganatok esetében RR = 1,48 (95% CI: 1,01–2,16), emlőráknál RR = 1,49 (95% CI: 1,22–1,82) értékeket találtak [33]. Ugyanakkor fontos, hogy a daganatos mortalitásnál is nagyobb relatív kockázatot figyeltek meg számos egyéb halálok – infekciók, respiratorikus, endokrin, gastrointestinalis és cardiovascularis betegségek – vonatkozásában.

Ezek az adatok összességében arra utalnak, hogy bár az incidencia tekintetében nem egységes a kép, a daganatos betegségekhez társuló halálozás szkizofréniaiban következetesen nagyobb arányú a normálpopulációhoz viszonyítva, különösen több, gyakori daganattípus esetében.

Az emelkedett mortalitás okai – az ellátórendszer különféle szintjein jelentkező akadályok

A nemzetközi adatok alapján a szkizofrén betegek körében a daganatos betegségekhez társuló halálozás megközelítőleg másfélszeres–kétszeres az átlagpopulációhoz viszonyítva [1]. A különbség kialakulása multifaktoriális, és a diagnosztikai folyamat, a kezelés, valamint a beteg, ellátói és rendszerszintű tényezők együttes hatásának tulajdonítható [1, 2].

Egy svéd kohorszvizsgálat, amely mintegy hatmillió főt – köztük nyolcezer szkizofrén beteget – követett hét éven keresztül, azt találta, hogy tüdő-, emlő- és colorectalis daganatok esetében az emelkedett mortalitás egyik fő oka a késői diagnózis volt. Annak ellenére, hogy a betegek rendszeres kapcsolatban álltak az egészségügyi ellátórendszerrel, kisebb arányban kaptak daganatdiagnózist a halálukat megelőző 30 napban, mint az átlagpopuláció [34].

Emlőtumoros szkizofrén betegek körében végzett klinikai vizsgálatok alapján a daganatos betegségek felismerése gyakran késik, így azokat sok esetben előrehaladottabb stádiumban diagnosztizálják. A vizsgált populációkban a betegek mintegy fele a daganat felismerését követően csak jelentős késlekedéssel vette igénybe az orvosi ellátást, gyakran hónapokkal vagy évekkel később, ami a kezelés megkezdésének számottevő elhúzódtához vezetett [35, 36]. A késlekedés hátterében a mentális betegséggel kapcsolatos tényezők – így a pszichotikus tünetek, a betegségbelátás hiánya, a kognitív működések zavara és az egészségügyi ellátórendszerrel szembeni bizalmatlanság –, valamint ellátórendszeri tényezők is szerepet játszanak [2, 15]. A késleltetett felismeréshez hozzájárulhat továbbá a korai tünetek félreértelmezése – különösen neuropszichiátriai panaszok esetén –, a kognitív hanyatlás, a fájdalomérzékelés zavara, valamint a pszichotikus tünetekhez társuló interakció-kerülés. Ennek következtében az alarmtüneteket – mint például a nyelési nehezítettséget nyelőcső-carcinoma esetén – is későn ismerhetik fel, ami közvetlenül rontja a túlélést [35–37].

A kedvezőtlen kimenetel betegsúlyú okai közé tartoznak a gyakori szomatikus komorbiditások – például szív-ér rendszeri, obstruktív tüdőbetegségek, egyes anyagcsere-betegségek –, a gyógyszer-interakciók, a gyakoribb dohányzás és alkohol-, illetve egyéb szerhasználat, valamint a negatív tünetek miatt késlekedő orvoshoz fordulás [1, 38]. További nehezítő tényezőt jelent az orvosi vizsgálatokkal és beavatkozásokkal szembeni bizalmatlanság és paranoia, a dezorganizáltság, valamint a kognitív tünetek miatti csökkent aktív részvétel a terápiában [1].

Az ellátás minőségét ellátói és rendszerszintű tényezők is jelentősen befolyásolják [39]. Kiemelt szerepe van a mentális betegségekhez társuló stigmatizációnak, amely nemcsak társadalmi szinten, hanem az egészségügyi ellátórendszerben dolgozók attitűdjeiben, sőt a betegekben internalizálva, önstigmatizáció formájában is megjelenhet [1, 38]. A szkizofrén betegek gyakran számolnak be diszkriminációról az egészségügyi ellátás során, ami csökkentheti az orvoshoz fordulás hajlandóságát, és rontja az együttműködést [1, 40].

Ellátói szinten a stigmatizáció egyik konkrét megnyilvánulása az úgynevezett „diagnostic and treatment overshadowing” jelenség, amelynek során a testi panaszokat a kezelőorvos a pszichiátriai betegség tüneteinek tulajdonítja, és emiatt szuboptimális kivizsgálás, illetve kezelés valósul meg. Ez különösen gyakran érinti az értelmi sérülteket és a pszichotikus betegeket, különösen azokat, akiknek anamnézisében korábban bizarr téveszmék szerepeltek, vagy akiknél a személyes higiéné fenntartása tartósan nehezített [40, 41]. Ezzel összefüggésben Jones és mtsai arra is rámutattak, hogy azok a klinikusok, akik nagyobb „kognitív komplexitással” rendelkeznek, nagyobb valószínűséggel ismerik fel a párhuzamosan fennálló pszichiátriai és szomatikus betegségeket. A „kognitív komplexitás” azt a képességet jelöli, hogy a klinikus a felmerülő problémákat többdimenziós módon, biológiai, pszichológiai és szociális tényezők együttes figyelembevételével képes értelmezni [41].

Egy retrospektív vizsgálatban a szkizofrén betegek daganatos betegségeit szignifikánsan gyakrabban diagnosztizálták sürgősségi osztályon, mint a normálpopulációban (36% vs. 26%) [8]. Ez felveti annak lehetőségét, hogy a szkizofrén betegek a korai tünetekkel kevésbé jelentkezik az alapellátásban vagy a járóbeteg-szakrendeleken, aminek okai között szerepelhetnek negatív tünetek és az önmagukról való gondoskodással kapcsolatos nehézségeik. Ezek következményeképpen a betegséget gyakran csak akkor ismerik fel, amikor tüneteik már annyira súlyosak, hogy sürgős ellátást igényelnek [8]. Rendszerszinten problémát jelenthet az is, hogy a pszichiátriai ellátás gyakran elkülönül fizikailag az általános kórházi struktúráktól, és eltérő informatikai rendszereket használ, ami akadályozza az onkológusok és a pszichiáterek közötti kommunikációt, és késleltetheti az ellátás megszervezését [1].

Kezelésbeli eltérések

A szkizofrén betegek onkológiai ellátása nemcsak a diagnosztika, hanem a kezelés tekintetében is gyakran eltér az átlagnépességtől. Egy nagy populációalapú vizsgálat szerint a szkizofrén betegek daganattípustól és stádiumtól függetlenül kisebb arányban részesülnek radikális, kuratív célú kezelésben, és gyakrabban kerülnek már a diagnózis időpontjában palliatív ellátásba [8].

A kezelésbeli eltérések hátterében több tényező állhat, köztük a pszichiátriai tünetek, a gyakori szomatikus társbetegségek, a potenciális gyógyszer-interakciók, az anamnézisfelvételt nehezítő dezorganizáltság, valamint az edukáció, a döntéshozatal és a tájékozott beleegyezés megszerzésének gyakorlati nehézségei [1, 38]. Bár a pozitív tünetek sok esetben jól kezelhetők, a hallucinációk és téveszmék megnehezíthetik a vizsgálatok és kezelések kivitelezését általános kórházi környezetben [36, 42].

A sebészeti ellátás tekintetében nyelőcső- és colorectalis carcinoma esetén ritkábban történik a szakmai irányelvek szerinti beavatkozás, és a posztoperatív kimenetel is kedvezőtlenebb: a komorbiditásokra és a műtét típusára történő korrekció után is közel háromszoros a 30 napos mortalitás, valamint gyakoribbak a súlyos szövődemények, például a szepszis, a légzési elégtelenség és a posztoperatív delírium [15, 36, 42].

Egy, a pszichiátriai ellátásban részesülő betegek tágabb populációjára kiterjedő vizsgálat alapján Nyugat-Ausztráliában kisebb volt a kemoterápiás kezelésben részesülő betegek aránya, továbbá emlő-, colorectalis és méhdaganatok esetén a betegek kisebb arányban részesültek radioterápiában [15]. Hasonló tendenciát mutat egy amerikai vizsgálat, amely szerint III. stádiumú coloncarcinomában a pszichotikus zavarban – köztük szkizofréniában – szenvedő betegek a szocioökonómiai státusz és a komorbiditások korrekciója után is kisebb eséllyel kaptak adjuváns kemoterápiát [43].

A szkizofrén betegeket kisebb eséllyel választják be klinikai vizsgálatokba, ami korlátozza hozzáférésüket új, potenciálisan hatékony onkológiai terápiákhoz [1]. Ennek okai között szerepelnek a bizalmi és kommunikációs nehézségek, a nagy szomatikus komorbiditási arány, valamint az, hogy a szkizofrén betegek kisebb eséllyel kerülnek olyan centrumokba, ahol aktív klinikai kutatás zajlik [44, 45]. Ugyanakkor szkizofrén betegek számára előnyös lehet a strukturáltabb ellátás, amelyet egy klinikai vizsgálat biztosít [46]. A tájékozott beleegyezési képesség meglétének kérdése gyakran vezet szükségtelen kizáráshoz, miközben ezt elsősorban a kognitív funkciók mértéke, és nem önmagában a pszichotikus tünetek jelenléte határozza meg [46]. A szkizofrén betegek beleegyezési képessége jelentős különbségeket mutat mind a betegek között, mind az egyes betegek életének időbeli lefolyása alatt. Strukturált kommunikációval és megfelelő idő biztosításával a döntéshozatal gyakran javítható, a vizsgálatok keretében végzett szoros követés és az onko-

lógiai személyzettel való fokozott kapcsolattartás pedig a terápiahűséget is elősegítheti [46].

Fontos ugyanakkor megjegyezni, hogy megfelelő infrastrukturális háttérrel és pszichiátriai támogatással a szkizofrén betegek onkológiai kezelése nem feltétlenül rosszabb kimenetelű, mint a normálpopulációé. *Sharma és mtsai* 37, mellrákos szkizofrén nő adatait elemezve azt találták, hogy megfelelően szervezett ellátás mellett a mentális betegség önmagában nem rontotta az onkológiai kezelés eredményességét [47].

A korábbiakban részletezett tényezők alapján a daganatos betegségek rosszabb kimenetele szkizofréniában nem egyetlen okra vezethető vissza, hanem a beteg, az ellátószemélyzet és az egészségügyi rendszer szintjén egyaránt megjelenő akadályok együttes hatásának tulajdonítható.

Lehetséges beavatkozási pontok az ellátás javítására és a mortalitás csökkentésére

Primer prevenció

Daganatos betegségek esetében kiemelt jelentőségű a primer prevenció, különösen a dohányzás visszaszorítása. A szkizofrén betegek 60–80%-a aktív dohányos, miközben az egészségügyi ellátórendszerben gyakran él az a feltételezés, hogy esetükben a leszokás kivitelezhetetlen, illetve a pszichiátriai tünetek romlásához vezethet. Ezzel szemben a leszokási szándék erőssége nem különbözik szignifikánsan a pszichiátriai betegséggel nem élő populációtól [48]. Randomizált vizsgálatok alapján a nikotinpótló kezelés, valamint a bupropion és a vareniklin – különösen strukturált tanácsadással kombinálva – hatékonyan támogathatja a dohányzásról való leszokást szkizofrén betegeknél is [49–51].

Szűrés és korai diagnózis

Szakirodalmi adatok szerint a szkizofrén betegek jövedelemtől és iskolai végzettségtől függetlenül ritkábban vesznek részt emlő-, méhnyak- és colorectalis szűrésen, még az alapellátásban való megjelenések gyakoriságának figyelembevételével is. Ennek okai közé tartozik az alacsony szocioökonómiai státusz, a kognitív zavarok (a figyelmi és a végrehajtó funkciók károsodása), a negatív tünetekből fakadó motivációhiány, valamint a pozitív tünetekhez társuló bizalmatlanság az ismeretlen vizsgálatokkal és az egészségügyi személyzettel szemben [36, 52, 53]. Minél súlyosabbak a szkizofréria pozitív tünetei, annál nagyobb a valószínűsége, hogy mind a beteg, mind az egészségügyi személyzet alábecsüli vagy figyelmen kívül hagyja a társuló szomatikus betegségeket és azok szűrésének szükségességét [1, 35, 36, 42, 52].

Kiemelt jelentőségű a pszichotikus betegségben szenvedő betegeket érintő stigmatizáció csökkentése, amely nem csupán a társadalomban, hanem az egészségügyi

ellátószemélyzetben és internalizálva még a betegekben is megjelenhet. A megbélyegzettség elkerüléséhez érzékenyítő programokkal, oktatással lehet hozzájárulni, valamint fontos lehet a pszichiáterek és a szomatikus orvosok közötti kommunikáció javítása is [1, 4].

A rendelkezésre álló adatok szerint a prevenció és a korai felismerés hatékonyságát jelentősen befolyásolja az ellátórendszer szereplőinek szemlélete és képzettsége. A pszichiáterek és az alapellátásban dolgozó orvosok primer prevenció iránti tudatossága, valamint az atípusos szomatikus tünetek iránti érzékenysége elősegíti a betegek hozzáférését a szűrési programokhoz és így a betegség gyors diagnosztizálását [1, 4, 8].

Az onkológusok képzése a szkizofréria klinikai tüneteinek, valamint a figyelmi és kognitív kapacitás zavarainak felismerésére növelheti annak esélyét, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő betegek is részesüljenek korszerű onkológiai ellátásban. Ezzel párhuzamosan a mentálhigiénés szakemberek onkológiai irányú képzése növelheti a szűrések arányát a pszichiátriai betegek körében [40, 53].

Onkológiai kezelés és a döntéshozatal támogatása

Az onkoterápia megtervezése során alapvető, hogy a döntések ne előítéleteken, hanem a beteg aktuális szomatikus és pszichés állapotának objektív megítélésén alapuljanak, szükség esetén pszichiáter bevonásával. Etikai szempontból fontos abból kiindulni, hogy a szkizofréria diagnózisa önmagában nem jelenti a döntéshozatali képesség hiányát. A beteg beleegyezési kompetenciája gyakran javítható strukturált kommunikációval és megfelelő támogatással, ami elősegítheti a szakmai irányelvek szerinti kezeléshez és a klinikai vizsgálatokhoz való hozzáférést is [1]. A gyógyszervizsgálatokban való részvételnél fontos figyelembe venni, hogy a beleegyezésnek nemcsak etikai, de jogi vetülete is van; mivel a szkizofréniával élő betegek gyakran gondnokság alatt állnak, ami érintheti a 2001. évi XV. törvényben szabályozott „egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlását” is.

Irwin és mtsai összefoglalták az onkológiai betegségben szenvedő szkizofrén betegek komprehenzív ellátásának főbb szempontjait [1]:

- a szakirodalom és a tapasztalatok rámutatnak arra, hogy a mentális beteg ellátása során már a diagnózis felállításakor fontos a pszichiáterrel való együttműködés a személyre szabott kezelési terv és annak kivitelezése érdekében;
- a pszichiáter bevonása segíti a bizalomépítést és a hatékony kommunikációt is;
- a beteg társas – családtagok, barátok – kapcsolatainak és ápolói ellátásmenedzsernek a bevonása, illetve a pszichoszociális támogatás lehetővé teheti a betegek számára, hogy végig együttműködjenek, és befejezzék az ajánlott kezelést.

A támogatói háló felmérése • Ki kíséri el a beteget a vizitre? • Kit hív a beteg sürgősségi helyzetben? • Ki kezeli a beteg gyógyszereit? • Kit szeretne bevonni a beteg a döntéshozatalba?	A komorbiditás feltérképezése • Milyen (pszichiátriai és szomatikus) betegségeiben szenved? • Kik a kezelőorvosai? Van-e pszichiátere, háziorvosa? • Pszichiátriai anamnézis és status felvétele (pszichózis, negatív tünetek, veszélyeztető magatartás, szerhasználat). • Milyen gyógyszereket szed? Gyógyszer-interakciók?
Szempontok az onkoterápiás terv felállításához • Jól kontrolláltak-e a pszichiátriai tünetek a daganatkezelés megkezdése előtt? • A beteg éber és figyelmes-e, képes-e zavaró tényezők nélkül részt venni a beszélgetésben? • A beteg pszichotikus, dezorganizált? Fennáll-e szuicid rizikó? • Milyen a beteg adherenciája? • Biztonságos-e a beteg otthoni környezete, vagy érdemes kórházi bent fekvést javasolni? • Melyek a legnagyobb akadályai az onkoterápiás terv megvalósításának? (Például utazás megszervezése, időpontok koordinálása, rendszeres gyógyszeresedés, egyedül tartózkodás kezelő- vagy vizsgálóhelyiségben.) • A beteget kezelő onkológiai személyzet állandósága (orvos, kemoterápiás nővér, sugárterápiás asszisztens, koordinátor).	

1. ábra | Speciális kommunikációs és ellátásszervezési szempontok szkizofrén betegek első onkológiai konzultációja során [1]

A gyors bizalomépítés kulcsfontosságú eleme a személyre szabott, a beteg kognitív képességeihez igazodó orvos-beteg kommunikáció [1]:

- tervezzünk a szokásosnál hosszabb, zavartalan időt az ajánlások átbeszélésére;
- használjunk konkrét, egyszerű gondolatokat, kifejezéseket;
- kerüljük a statisztikák és hipotetikus forgatókönyvek ismertetését;
- írjuk le a konkrét lépéseket;
- vonjuk be a támogatókat is;
- a kezelések és vizitek közötti időszakra alakítsunk ki olyan kommunikációs rendszert, amely a beteg számára jól érthető és áttekinthető módon határozza meg a szakemberek elérhetőségeit.

Az 1. ábra azokat a témákat gyűjti össze, amelyekre érdemes kitérni az onkológiai felvétel során a szkizofrén betegek esetében [1].

Következtetés

A szakirodalom nem egységes abban a tekintetben, hogy szkizofrén betegek között az összes daganatos kórkép incidenciája eltér-e az átlagpopulációétól, továbbá a vizsgálatok daganattípusonként és módszertanilag jelentős heterogenitást mutatnak. Ezzel szemben a metaanalízisek alapján a daganatos mortalitás összességében emelkedett, és több gyakori daganattípus esetében is magasabb az átlagpopulációhoz képest. A kedvezőtlen

kimenetel kialakulásában meghatározó szerepet játszhatnak beteg-, ellátói és rendszerszintű tényezők: a szomatikus komorbiditások, a társadalmi-gazdasági tényezők, a diagnosztikus késedelem, a kezeléshez való hozzáférés korlátozottsága, a szuboptimális terápiás döntések, valamint a stigmatizáció.

Az ellátásszervezés javítása, a pszichiátriai és szomatikus szakmák közötti együttműködés erősítése, valamint a diagnosztikus és terápiás döntéshozatal strukturált támogatása érdemi szerepet játszhat a daganatos ellátás minőségének javításában szkizofréniában. Ezen intézkedések megvalósítása reálisan hozzájárulhat a késedelmes diagnózis, a szuboptimális kezelés és az ellátási egyenlőtlenségek mérsékléséhez és ezáltal a daganatos betegségekhez társuló mortalitás csökkentéséhez.

Anyagi támogatás: A tanulmány megírása nem részesült anyagi támogatásban.

Szerzői munkamegosztás: B. B. L. végezte az irodalomkutatást és írta a kézirat szövegét. K. A. a dolgozat egészét ellenőrizte, a kiegészítések írásában tevőlegesen is részt vett. A közlemény végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Irwin KE, Henderson DC, Knight HP, et al. Cancer care for individuals with schizophrenia. *Cancer* 2014; 120: 323–334.
- [2] Gaszner G, Barna G, Döme P. About the association between antipsychotic medication and cardiovascular morbidity: epidemiology and possible background mechanisms. [Az antipszichotikum kezelés és a kardiovaszkuláris morbiditás közötti kapcsolatrol: epidemiológiai összefüggések és azok lehetséges magyarázatai.] *Neuropsychopharmacol Hung*. 2017; 19: 106–116. [Hungarian]
- [3] Laursen TM, Plana-Ripoll O, Andersen PK, et al. Cause-specific life years lost among persons diagnosed with schizophrenia: is it getting better or worse? *Schizophr Res*. 2019; 206: 284–290.
- [4] Bitter I, Czobor P, Kakuszi B, et al. Psychiatric disorders are associated with high mortality rates: somatic comorbidity and mortality in autism spectrum disorder and schizophrenia. [A pszichiátriai betegségekre jelentős korai halálozási arányszámok jellemzők: szomatikus komorbiditás és mortalitás autizmus-spektrum-zavarban és szkizofréniában.] *Orv Hetil*. 2023; 164: 1287–1293. [Hungarian]
- [5] Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, et al. Association between mental disorders and subsequent medical conditions. *N Eng J Med*. 2020; 382: 1721–1731.
- [6] McGinty EE, Zhang Y, Guallar E, et al. Cancer incidence in a sample of Maryland residents with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2012; 63: 714–717.
- [7] Catts VS, Catts SV, O'Toole BI, et al. Cancer incidence in patients with schizophrenia and their first-degree relatives - a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2008; 117: 323–336.
- [8] Casanovas F, Dinamarca F, Posso M, et al. Cancer characteristics in patients with schizophrenia: a 25-year retrospective analysis. *Psychiatry Res*. 2024; 342: 116206.
- [9] Li H, Li J, Yu X, et al. The incidence rate of cancer in patients with schizophrenia: a meta-analysis of cohort studies. *Schizophr Res*. 2018; 195: 519–528.

- [10] Lichtermann D, Ekelund J, Pukkala E, et al. Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 573–578.
- [11] Nordentoft M, Plana-Ripoll O, Laursen TM. Cancer and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2021; 34: 260–265.
- [12] Dalton SO, Møllemeijer L, Thomassen L, et al. Risk for cancer in a cohort of patients hospitalized for schizophrenia in Denmark, 1969–1993. *Schizophr Res.* 2005; 75: 315–324.
- [13] Ji J, Sundquist K, Ning Y, et al. Incidence of cancer in patients with schizophrenia and their first-degree relatives: a population-based study in Sweden. *Schizophr Bull.* 2013; 39: 527–536.
- [14] Mortensen PB. The incidence of cancer in schizophrenic patients. *J Epidemiol Community Health* 1989; 43: 43–47.
- [15] Kisely S, Crowe E, Lawrence D. Cancer-related mortality in people with mental illness. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 209–217.
- [16] Raviv G, Laufer M, Baruch Y, et al. Risk of prostate cancer in patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2014; 55: 1639–1642.
- [17] Gandini S, Botteri E, Iodice S, et al. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer* 2008; 122: 155–164.
- [18] Tran E, Rouillon F, Loze JY, et al. Cancer mortality in patients with schizophrenia: an 11-year prospective cohort study. *Cancer* 2009; 115: 3555–3562.
- [19] Hippisley-Cox J, Vinogradova Y, Coupland C, et al. Risk of malignancy in patients with schizophrenia or bipolar disorder: nested case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 1368–1376.
- [20] Hodgson R, Wildgust HJ, Bushe CJ. Cancer and schizophrenia: is there a paradox? *J Psychopharmacol.* 2010; 24(Suppl): 51–60.
- [21] Catts VS, Catts SV, McGrath JJ, et al. Apoptosis and schizophrenia: a pilot study based on dermal fibroblast cell lines. *Schizophr Res.* 2006; 84: 20–28.
- [22] Goldacre MJ, Kurina LM, Wotton CJ, et al. Schizophrenia and cancer: an epidemiological study. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 334–338.
- [23] Sackmann-Sala L, Goffin V. Prolactin-induced prostate tumorigenesis. *Adv Exp Med Biol.* 2015; 846: 221–242.
- [24] Stattin P, Rinaldi S, Stenman UH, et al. Plasma prolactin and prostate cancer risk: a prospective study. *Int J Cancer* 2001; 92: 463–465.
- [25] Yuan K, Song W, Liu Z, et al. Mendelian randomization and GWAS meta-analysis revealed the risk-increasing effect of schizophrenia on cancers. *Biology (Basel)* 2022; 11: 1345.
- [26] Tang M, Wu X, Zhang W, et al. Epidemiological and genetic analyses of schizophrenia and breast cancer. *Schizophr Bull.* 2024; 50: 317–326.
- [27] Yang Y, Xiao Z, Chen W, et al. Tumor suppressor gene TP53 is genetically associated with schizophrenia in the Chinese population. *Neurosci Lett.* 2004; 369: 126–131.
- [28] Cui DH, Jiang KD, Jiang SD, et al. The tumor suppressor adenomatous polyposis coli gene is associated with susceptibility to schizophrenia. *Mol Psychiatry* 2005; 10: 669–677.
- [29] Wang Y, Wang L, Li X, et al. Polymorphisms of XRCC4 are involved in reduced colorectal cancer risk in Chinese schizophrenia patients. *BMC Cancer* 2010; 10: 523.
- [30] Maqsood Q, Sumrin A, Mahnoor M, et al. Tumor suppressor protein p53 and association of its gene TP53 with schizophrenia patients. *Gene Rep.* 2021; 25: 101402.
- [31] Rizos E, Sifakas N, Koumariou A, et al. miR-183 as a molecular and protective biomarker for cancer in schizophrenic subjects. *Oncol Rep.* 2012; 28: 2200–2204.
- [32] Ni L, Wu J, Long Y, et al. Mortality of site-specific cancer in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2019; 19: 323–332. *BMC Psychiatry* 2019; 19: 323.
- [33] Correll CU, Solmi M, Croatto G, et al. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry* 2022; 21: 248–271.
- [34] Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, et al. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 324–333.
- [35] Hwang M, Farasatpour M, Williams CD, et al. Adjuvant chemotherapy for breast cancer in patients with schizophrenia. *Oncol Lett.* 2012; 3: 845–850.
- [36] Farasatpour M, Janardhan R, Williams CD, et al. Breast cancer in patients with schizophrenia. *Am J Surg.* 2013; 206: 798–804.
- [37] O'Rourke RW, Diggs BS, Spight DH, et al. Psychiatric illness delays diagnosis of esophageal cancer. *Dis Esophagus* 2008; 21: 416–421.
- [38] Réthelyi J, Sawalhe AD. Comorbidity of metabolic syndrome, diabetes and schizophrenia: theoretical and practical considerations. [A metabolikus szindróma, diabetes mellitus és szkizofrénia komorbiditása: elméleti és gyakorlati megfontolások.] *Orv Hetil.* 2011; 152: 505–511. [Hungarian]
- [39] Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 212–217.
- [40] González-Rodríguez A, Molina-Andreu O, Rubio RP, et al. Reproductive variables and gynecological consultation use in patients with delusional disorder. [Variables reproductivas y uso de consulta ginecológica en pacientes con trastorno delirante.] *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015; 8: 92–96. [Spanish]
- [41] Jones S, Howard L, Thornicroft G. “Diagnostic overshadowing”: worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand.* 2008; 118: 169–171.
- [42] Inagaki T, Yasukawa R, Okazaki S, et al. Factors disturbing treatment for cancer in patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2006; 60: 327–331.
- [43] Baillargeon J, Kuo YF, Lin YL, et al. Effect of mental disorders on diagnosis, treatment, and survival of older adults with colon cancer. *J Am Geriatr Soc.* 2011; 59: 1268–1273.
- [44] Murthy VH, Krumholz HM, Gross CP. Participation in cancer clinical trials: race-, sex-, and age-based disparities. *JAMA* 2004; 291: 2720–2726.
- [45] Unger JM, Hershman DL, Albain KS, et al. Patient income level and cancer clinical trial participation. *J Clin Oncol.* 2013; 31: 536–542.
- [46] Carpenter WT Jr., Gold JM, Lathi AC. Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 533–538.
- [47] Sharma A, Ngan S, Nandoskar A, et al. Schizophrenia does not adversely affect the treatment of women with breast cancer: a cohort study. *Breast* 2010; 19: 410–412.
- [48] Prochaska JJ. Smoking and mental illness – breaking the link. *N Eng J Med.* 2011; 365: 196–198.
- [49] Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 2013: CD007253.
- [50] Siskind DJ, Wu BT, Wong TT, et al. Pharmacological interventions for smoking cessation among people with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review, meta-analysis, and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 762–774.
- [51] Bekkering GE, Detraux J, López-López JA, et al. Smoking cessation for people with severe mental illness: systematic review and network meta-analysis. *BMJ Med.* 2026; 5: e002190.
- [52] Salsberry PJ, Chipps E, Kennedy C. Use of general medical services among Medicaid patients with severe and persistent mental illness. *Psychiatr Serv.* 2005; 56: 458–462.
- [53] Varga G, Horváth R, Buda Cs, et al. Assessment of anxiety, depression, and physical symptoms and understanding of their connections among cancer patients. [Szorongás, depresszió, valamint fizikai tüneti terhek felmérése és összefüggéseik megismerése daganatos betegek körében.] *Orv Hetil.* 2024; 165: 309–317. [Hungarian]

(Bohus Borbála Laura dr.,
Budapest, Balassa u. 6., 1083
e-mail: bohus.borbala@stud.semmelweis.hu)