

Pócza-Véger Petra és Csabai Márta:

Az idegsebészeti munka pszichológiai vonatkozásai

„A betegségek kezelésében a legnagyobb hiba az, hogy külön orvosai vannak a testnek és külön orvosai vannak a léleknek, noha a kettő egymástól el nem választható” (Platón)

Bevezetés

Az egyén számára a beteggé válás traumatikus tapasztalat. A különböző betegségek ennek traumatikusságában eltérnek ugyan, de minden betegség közös vonása, hogy egyfajta határhelyzetet teremt: az integritás, a saját testhez fűződő viszony, a testi, és a lelki tűrőképesség is megváltozik. A betegségtapasztalat olyan testi-lelki trauma, amely nem kívülről éri az egyént, hanem a saját teste felől. A betegség során változás áll be az addig jól működő testi funkcióinkban és a testünk ebben a folyamatban saját számunkra is lassan tárgyá válik, amely javításra szorul (Pintér, 2013). Betegség idején így a testkép (annak mentális leképeződése, ahogy fizikai funkcióinkat és megjelenésünket észleljük) negatív irányba változhat (Cash és Pruzinsky, 2004).

Ezen a ponton döntővé válik, hogy az egyén milyen módon képes azonosulni a „beteg testtel”, amely a megküzdését is meg fogja határozni az adott betegséggel szemben. Ez átvezet fejezetünk első részébe, amely a betegségreprezentációkat tárgyalja.

Betegségreprezentációk

Azokat a személyes jelentéseket, mentális képeket nevezzük betegségreprezentációnak, amelyet a beteg rendel a saját állapotához. Herzlich 1973-ban már vizsgálta, hogy a betegek milyen személyes jelentést tulajdonítanak betegségüknek. Herzlich két ilyen jelentést határozott meg a betegekkel készített mélyinterjúk tartalomelemzése alapján: betegség, mint ellenség és betegség, mint nyereség (ez utóbbi már sokkal korábban megjelent a pszichológiai diskurzusokban a pszichoanalitikus elméletekben).

De a betegségekről kialakított szimbolikus reprezentációk közé tartozik még: betegség, mint büntetés, veszteség és kihívás is.

A betegségrepresentációk vizsgálata kiemelten fontos a betegek viselkedésének megértése céljából, ugyanis ezek a betegek azon vélekedéseit tartalmazzák, amelyeket ők a saját betegségükről, sérülésükről alkotottak. Ezek a hiedelmek befolyásolják a felépülést, a gyógyulási időt és azt is, hogy a beteg milyen stratégiát választ a betegségével való megküzdés módjának (Petrie és Weinman, 2012). A betegségrepresentációk feltárására alkalmas módszernek bizonyulnak kórházi környezetben a non-verbális módszerek (Látos és mtsai., 2012), ugyanis a fizikai állapot miatt nehezen verbalizálható érzések (pl. szenvedés, fájdalom) így kifejezhetővé válnak. Ilyen nonverbális módszer a PRISM (Pictorial Representation of Illness Self-Measure, Büchi és Sensky, 1999) teszt, amelynek lényege, hogy a beteget arra kéri, hogy saját magához képest, amelyet egy sárga kör jelöl egy fehér mágnes táblán, piros kör formájában helyezze el a betegségét. A fehér mágnes tábla szimbolizálja a beteg aktuális életterét. A teszt rajzos változatát (PRISM-D) Havancsák és munkatársai (2013) dolgozták ki, amely lehetővé teszi, hogy a beteg betegségén kívül erőforrásait is részletesen megjelenítse, lerajzolja, ami a pszichológiai intervenció fontos részét képezi az orvosi terápia mellett (Isd. *Melléklet*). Ezeket az erőforrásokat szupportív terápia keretén belül megtámogatva elérhető, hogy a gyógyulási folyamatban fennakadást okozó megküzdés, kimondhatatlan érzés elbeszélhetővé és ezáltal integrálhatóvá váljon a szelfbe, amely a gyógyulási folyamat gördülékenyebb lefutását biztosítja.

A PRISM-D rajzteszt használata során megfigyeltük, hogy a betegek meghatározott térbeli formációban rajzolják fel a betegségüket és az általuk fontosnak vélt személyeket, dolgokat az életterükbe. Mind ezek alapján kialakítottunk egy kódrendszert, amelyben 6 térbeli formációt különítettünk el: 1. *Énpajzs* (a beteg a számára fontos dolgokat maga köré rajzolja), 2. *Betegségpajzs* (a beteg a fontos dolgokat a betegsége köré rajzolja), 3. *Védővonal* (a köröket vízszintes, vagy függőlegesen sorban rajzolja egymás mellé a beteg), 4. *Hálózat* (a fontos dolgok és a betegség szétszórva jelenik meg az életterben, hálózatot alkotva), 5. *Összeolvadás* (a fontos dolgok és betegség beleérnek az énbe, minden mindennel összefügg), 6. *Énrész* (beteg a betegségét saját énjébe rajzolja bele, fontos dolgokat pedig azon kívül, távolabb).

Saját kutatásinkban azt találtuk, hogy a betegségrepresentációk jelentősen befolyásolják a betegség alatt átélt szorongást és depresszió mértékét. Ugyanis eredményeink alapján elmondható, hogy azok a betegek, akik a PRISM-D rajzteszten betegségüket és erőforásaikat egymást átmetsző körökként jelenítették meg (*Összeolvadás*) (Isd. *Melléklet* 1. ábra), szignifikánsan több jelét mutatták a depressziónak ($p=0,021$), mint azok a betegek, akik erőforásaikat saját énjük köré (*Énpajzs*), mintegy a betegségtől magukat megvédve rajzolták fel (Isd. *Melléklet* 2. ábra) (Havancsák és mtsai., 2013). Jelenleg is folyó kutatásunkban,

amely során lumbális gerincműtét előtt álló betegekkel vettünk fel egy rövid tesztbateriát (PRISM-D, Pszichológiai sérülékenység kérdőív, Kórházi Szorongás és Depresszió Kérdőív, Szomatoszenzoros Amplifikáció), valamint követtük a műtét után a kórházban bent töltött időt, kimutattuk, hogy azok a betegek, akik a gerincbetegségüket énjükbe rajzolták bele (Énrész, lsd. Melléklet 3. ábra), szignifikánsan (Énpajzs: $p=0,004$, Összeolvadás: $p=0,026$, Betegségpajzs: $p=0,008$, Védővonal: $p=0,036$, Hálózat: $p=0,004$) később mentek haza a többi beteghez képest, akik más térbeli elrendezésben jelenítették meg betegségüket, erőforrásaikat (Pócza-Véger és mtsai., 2015). Ezen eredmények értelmezésében használható elméletnek találjuk a fájdalom elméletének konstruktivista modelljét (Chapman és Nakamura, 1999), amely szerint a fájdalom az éni-identitást is átalakítja, mivel a fájdalomhoz kapcsolódó információk válnak elsődlegessé (Pincus és Morley, 2001). Ez akkor válik problémássá, ha az énséma nagy mértékben tartalmazza a betegség-, és fájdalom-sémát. Az Énrész térbeli formációban pont ezt látjuk megjelenni, vagyis elmondhatjuk, akiknél a fájdalom-, és betegség-séma veszi át az énséma jelentős részét, a gyógyulási folyamat lelassul. Gerinceredetű fájdalmak esetén gyakran találkozunk ezzel a jelenséggel.

A fájdalom pszichológiája

A fájdalom „egy kellemetlen szenzoros és emocionális élmény, amely összefügg aktuális, vagy potenciális sérüléssel, vagy azok keretében leírható” (Merskey és Bogduk, 1994), az International Association for the Study of Pain (IASP) hivatalos definíciója. Tehát a fájdalom kezelése csak holisztikus, bio-pszicho-szociális szemléletben történhet, mert ha a gyógyításban csak a szenzoros fájdalomcsillapítás dominál, a fájdalom csökkenése csak átmeneti lesz. Ezt támogatják azok a neuroanatómiai kutatások is (Brooks és Tracey, 2005), amelyek leírják az agyi struktúrák komplex hálózatát, amely a fájdalom élményét feldolgozzák (*fájdalommatrix*). A fájdalomingerből származó idegi impulzusok a nociceptorokon keresztül a gerincvelőn továbbhaladva jutnak el az első fontos átkapcsolási állomásig, az agytörzsig (itt főleg a nyúltvelő, a híd és a középagyi periaqueductális szürkeállomány szerepe fontos), majd innen a thalamusba haladnak tovább, ahol kettéválnak a fájdalom információt szállító rostok (*laterális és mediális út*). A laterális út (szomatoszenzoros területek) az inger intenzitását, lokalizációját határozza meg, míg a mediális út (insula, anterior cinguláris kéreg) az emocionális reakciókért és a motiváció kialakításáért felelős és valószínűleg ez hat ki a kognitív feldolgozásra is. Utóbbi így

modulálni is képes a szubjektív fájdalom tapasztalását a feldolgozás magasabb szintjein (Köteles, 2013). Az anterior cinguláris kéreg ezen túlmenően a szociális fájdalomért (kirekesztettség, magány) is felelős agyi régió, így a fizikai és lélektani fájdalom a közös agyi terület révén kölcsönösen egymásra vetül, így lehet a fizikai fájdalom a lélek fájdalmának színpada (Császár-Nagy, 2011).

A neurobiológiai háttér rövid áttekintése után folytassuk Pintér (2013) fenomenológiai-pszichológiai gondolatmentével, amely az előbb felvázolt agyi történéseket közel hozza, a beteg személyes, szubjektív jelentésszintjére. Szerinte a fájdalom, amit átélünk, befolyásolja a saját testtapasztalatunkat. Azonban, amikor a fájdalom miatt orvoshoz fordulunk, az orvos objektív nézőpontja is része lesz a saját testtapasztalatnak, a fájdalom egy betegség tünete lesz, a megélt szubjektív állapotból pedig egy diagnózis születik. Ezért kiemelten fontos, ahogy az orvos a betegével a tünetekről, a betegségről kommunikál, mert ugyanarra a dologra tekintenek, de más-más nézőpontból, ami az orvos számára egy tünet, az a betegnek maga a szubjektív valóság. Az orvos a beteg fájdalmát csak úgy értheti meg, ha rálátása van a páciens szubjektív jelentésrendszerére (Toombs, 1993), amit a beteg fájdalommal kapcsolatos korábbi élményei, szocializációja (Császár-Nagy, 2011) és az adott kultúra is meghatároz.

A fájdalom által a test és a lélek egysége megbomlik, a testi érzések válnak az emocionális élmények kifejezőjévé, minden a testi fájdalom köré összpontosul (ahogy ezt gyakran megfigyelhetjük krónikus gerincfájdalommal élők esetében). Ezért a szakembernek kitüntetett feladata, hogy a szomatikus és lelki funkciók reintegrációját segítse, hogy az énkép és a testkép fragmentáltsága (az ezekkel kapcsolatos összerendezetlenség, dezintegráció érzés) megszűnjön, és ezáltal a beteg megküzdési képessége is javuljon.

Számos kutatásokra alapozó szakirodalom számol be róla, hogy a megélt fájdalmat számos pszichológiai tényező meghatározza és befolyásolja, ezek azok a fókuszpontok, ahol a pszichológus be tud lépni az orvosi terápia mellett a beteg fájdalom menedzsmentjének javítása, korrigálása céljából, hogy az életminőség emelkedjen.

A fájdalmat befolyásoló pszichológia tényezők:

- *a fájdalommal kapcsolatos korábbi tapasztalatok,*
- *a fájdalomra irányuló figyelem* (növeli az átélt fájdalmat)
- *a fájdalommal kapcsolatos elvárások, szuggesztiók*
- *komorbid pszichiátriai zavarok* (depresszió, szorongás, személyiségzavarok, alkohol-, és drogfüggőség, neurotikus zavarok, szomatiform zavarok)

- *kognitív tényezők* (a fájdalom katasztrófizálása növeli a szubjektív fájdalmat, míg a fájdalom elfogadása csökkenti azt)
- *megküzdési módok* (az aktivitás segíti a fájdalom menedzsmenetet, a passzivitás általában továbbnöveli a szubjektív fájdalmat)
- *kora gyermekkori traumatikus élmények növelik felnőttkorban a krónikus fájdalom kialakulásának valószínűségét*
- *betegségelőnyök* (tudattalan, de lehet tudatos és anyagi érdekekhez fűződő is)
- *szociális tényezők* (társas támasz megléte segíti a fájdalommal való megküzdést) (Császár-Nagy, 2011).

Az elvárások szerepét szeretnénk külön kiemelni, mert a beteg kialakított elvárásai a szakemberrel való kapcsolatában alakíthatóak, így pozitív irányba befolyásolhatóak. Az, hogy a beteg milyen elvárásokat alakít ki egy vizsgálattal, beavatkozással, műtéttel kapcsolatban, befolyásolja annak kimenetelét. Ennek neurobiológiai hátterét is számos vizsgálat kimutatta (Benedetti és Amanzio, 1997; Colloca és Benedetti, 2007). Abban az esetben, amikor a beteg arra számított, hogy nagyobb fájdalommal fog járni a beavatkozás, akkor a kolecisztokinin nagyobb mennyiségét tudták kimutatni, azonban amikor a betegnek pozitív elvárásai voltak (minimalizálta a várható kellemetlenségeket), akkor az opiát-rendszer aktivitását mutatták ki, amely köztudottan fájdalomcsillapító hatású.

A fájdalommal foglalkozó alfejezet végén röviden felsoroljuk a teljesség igénye nélkül, hogy melyek azok a pszichológiai módszerek, amelyek a leghatékonyabbnak bizonyulnak a krónikus fájdalmak területén: *kognitív orientációs terápia, hipnoterápia, dinamikus pszichoterápia, figyelemelterelés, viselkedésterápia, relaxációs módszerek (pl. autogén tréning), biofeedback, irányított imagináció* (Kreitler és Kreitler, 2007).

Műtéti hatékonyságot és gyógyulást befolyásoló pszichológiai tényezők

A műtét előtt a betegek fokozottan érzékenyek a szuggesztiókra, amelyek rövid, általában verbális üzenetek és tudattalan módon hatnak az azt befogadóra (Varga, 2011). A felfokozott érzelmi megterhelés miatt a betegek „spontán módosult tudatállapotba” kerülnek, amely a betegség kezdetétől a gyógyulásig tart (Bejenke és Bloch-Szentágothai, 1998) és a műtétet

közvetlenül megelőző időszakban felerősödik. Ezzel egy időben megnövekszik az ismeretlentől, a fájdalomtól való félelem, amely révén a betegek gyermeki, regresszív állapotba kerülnek és a kezelő személyzet, különösen az orvos személye felértékelődik, mintegy omnipotens hatalommal ruházódik fel (Jakubovits és mtsai., 2011). Ezért különösen fontos, hogy mit és hogyan kommunikál a kezelő team a beteg felé, hiszen a pozitív szuggesztiók hatása a perioperatív időszakban is hatékony, kimutatottan javítja a betegek posztoperatív hangulatát, a fájdalomcsillapító igényüket pedig csökkenti (Jakubovits és mtsai., 1998). Ennek fényében eléggé kézenfekvő, hogy az éber állapotban adott szuggesztiók hatása még kifejezettebb.

Azonban, ha a betegeket a műtetre való felkészítése során megfelelő információval látják el a várható események, fájdalom tekintetében, akkor szintén csökken a fájdalomcsillapító igény és a fájdalom mértéke (Egbert és mtsai., 1964). Tehát, a negatív szuggesztiók, itt a fájdalomra való reális és nem túlzott felkészítés, is tudja segíti a beteg gyógyulását, mert tudja, hogy mi vár rá és csökken az ismeretlentől való félelme, így jobb lesz a kezelőszemélyzettel való együttműködése is. Ezért a műtét előtti informálás a beteg igényeinek megfelelően kulcsfontosságú.

A múlt században kimutatták azt is, a fentiekkel összhangban, hogy a műtét előtti fokozott szorongás negatívan befolyásolja a felépülési időt, sőt több komplikációval jár együtt az erősen szorongó betegek gyógyulása (Johnston, Wallace, 1990), valamint, hogy a stressz csökkentése fájdalomcsillapító hatású (Beecher, 1960). Ebből következik, hogy a kezelések, műtétek során megjelenő potenciális stresszorok számát a kezelő személyzetnek fontos kontrollálnia és lehetőség szerint minimalizálnia (pl. a műtét tolodása, a kommunikáció hiányossága mind a feszültség és a stressz megélésének növekedéséhez vezet és ezáltal várható a fájdalom növekedése és a nagyobb fájdalomcsillapító igény).

Conrada és munkatársai (1994) a fentebb leírtakkal egyetértésben azt találták, hogy a műtétet megelőző pszichológiai felkészítés pozitív hatással volt a betegek műtét utáni pszichés és fizikai állapotára. Miró és Raich (1999) kutatásukban pedig kimutatták, hogy azok a betegek, akik a műtét előtt relaxációs technikákat tanultak stresszcsökkentés és feszültségkezelés céljából, a műtét után kisebb fájdalomról számoltak be, a fájdalom a napi tevékenységeiket kevésbé zavarta és a műtét után 3 héttel szignifikánsan aktívabbak voltak, mint a kontrollcsoport.

A korábbi szakirodalmi adatokra és saját tapasztalataikra támaszkodva Block és munkatársai (2001) kialakítottak egy preoperatív pszichológiai állapotot felmérő interjú-, és tesztbattériát,

amelynek célja az volt, hogy a gerincműtétek hatékonysága bejósolhatóvá váljon. A következő pszichológiai rizikófaktorokat találták, amelyek rontották a műtéti hatékonyságot:

- *folyamatban lévő bírósági ügy,*
- *állandó járandóságot kap a beteg betegségéből kifolyólag (bármilyen segély),*
- *a munkával való elégedetlenség,*
- *kemény fizikai munka,*
- *szerabúzus,*
- *házassággal való elégedetlenség,*
- *fizikai és/vagy szexuális abúzus az élettörténetben,*
- *a műtétet megelőzően részesült rendszeres pszichológiai ellátásban (nem vonatkozik ide a műtetre való pszichológiai felkészítés),*
- *fájdalom kontrolljának alacsony szintje,*
- az Minnesota Multiphasical Personality Inventory (MMPI) teszten magas pontszám *a hipochondria, a depresszió, a hisztéria, a pszichaszténia és a pszichopátia* skálákon.

Hasonló eredményekre jutottak LaCaille és munkatársai (2005), amikor gerincstabilizációs műtétek (interbody cage lumbar fusion, ICLF) hatásfokát vizsgálták: a depresszió, a dohányzás és a folyamatban lévő bírósági ügynek a veszélyeztető hatását hangsúlyozzák a műtéti hatékonyság csökkenésében. Eredményeik szerint a betegeknek több, mint fele a műtét után elégedetlen volt az állapotával, amennyiben ezek a tényezők jelen voltak a felépülési folyamat során. Ghogawala és munkatársainak (2014) összefoglaló munkája, amelyben irányelveket fogalmaznak meg a gerincstabilizációs műtétekkel kapcsolatban, szintén aláhúzza a beteg preoperatív pszichés státuszának a jelentőségét.

Ezen eredmények és saját tapasztalataink is azt erősítik meg, hogy a műtétekre való pszichológiai felkészítés, a műtét előtti szorongásoldás kiemelt szerepet játszik a műtétek sikerességben.

A műtéti hatékonyságot, a gyógyulást számos olyan tényező is jelentősen befolyásolja, amelyeket nem szoktunk általában számításba venni. Ilyen például az a tény, hogy a kórházi környezet alapvetően inkább stresszkeltő, így rendszerint jobban járnak azok, akiket otthon kezelnek, amennyiben ezt állapotuk megengedi (Csabai és Molnár, 2009). A kórházban eltöltött napok számára, az elfogyasztott fájdalomcsillapító mennyiségére olyan környezetpszichológiai tényezők is hatással vannak, mint a kórteremből nyíló kilátás. Ulrich

(1984) vizsgálatában azt mutatta ki, hogy azok a betegek, akik olyan kórteremben feküdtek, amelyből a természetre nyílt kilátás, szemben azokkal, akiknek ablaka tűzfalra nyílt, majdnem egy nappal előbb hazamehettek a kórházból epehólyag-műtétet követően. Valószínűleg nemcsak önmagában a természet látványa hat, hanem a változatosság is, amely kiemelten fontos a kórházi ingerszegény környezetben. A kontextuális tényezők szintén hatást gyakorolnak a gyógyulásra, idetartozik a gyógyszer formájától kezdve, az orvos hangnemén és attitűdjén keresztül a kezelés alatt állásnak (betegszerepnek) tulajdonított személyes jelentés is (Miller és Colloca, 2009).

Az idegsebészeti munka onkopszichológiai vonatkozásai

Az idegsebészeti osztályokon a sebészi munka egy részét a gerinc és az agyi működés tumoros elváltozásainak műtéti úton való kezelése jelenti. Ezért fejezetünkben egy külön alfejezetet szentelünk annak, hogy felvetítsük a legfontosabb szempontokat, amelyet az orvosnak fontos szem előtt tartania, amennyiben betegét tumoros elváltozással kezel.

Sontag (1983) kiemeli a betegségek köré fonódó mitikus jelentések fontosságát. A mai, nyugati berendezkedésű társadalmakban a laikus reprezentációkban a rák diagnózisa negatív konnotációt von maga után, nagyon gyakran kapcsolódik össze a halál képzetével. Tehát egy daganattal összefüggő diagnózis esetén a betegnek ezzel a jelentéssel, reprezentációval is meg kell küzdenie. A kezelő orvos kommunikációja, ahogy a diagnózist közli, megbeszéli a beteggel azt, jelentősen befolyásolja a beteg átélt szorongásait. Azonban a diagnózissal való szembesülés után teljesen adekvát reakciónak tekintjük a betegek levert, kétségbeesett állapotát.

A diagnózis közlése után leggyakrabban a következő pszichés problémák fordulnak elő: *depresszió, szorongás, pánik, deperszonalizáció* (elszemélytelenedés érzés), *szociális izoláció, poszttraumás stressz szindróma, delírium, Damoklész kardja szindróma* (állandó fenyegetettség érzés). A kezdeti reakciók könnyen krónikussá válhatnak, ezek megelőzése a betegséggel való megküzdés és az életminőség szempontjából kiemelt fontosságú, a szakembernek elsődleges feladata (Riskó, 2005).

Az a hiedelem, hogy a tumoros betegségeket a stressz okozza, növeli a betegek büntudatát, így a terápiás munkában ennek oldása hangsúlyos. Korábban kutatták a C (cancer)

személyiség létezését, amely a rákra hajlamosíthat, de szakirodalmilag jelenleg nem alátámasztott és így nem is elfogadott empiria (Tiringer, 2014).

A tumoros elváltozások (különösen amennyiben rosszindulatú és áttéteket képző daganatról van szó) kezelése esetén szólnunk kell arról, hogy a haldokló beteg pszichés vezetése kardinális feladat, amelyben fontos fogalom a méltóság (egyébként is a betegellátásban, de ilyen esetben különösen hangsúlyossá válik), amelyet Chochinov (2014) munkájában hangsúlyoz. Az általa *méltóságterápiának* elnevezett módszer lényege, hogy a szakembernek felületet kell biztosítani ahhoz, hogy az élete végéhez közel járó beteg életét áttekintve, halálát is bele tudja építeni ebbe a narratívába – azaz a teljes élettörténetbe -, mintegy megélve önmaga azonosságát és egészségességét akkor is, amikor a betegség fizikai értelemben már beszűkítette életlehetőségeit, életterét.

A daganatos betegek kezelésére alakította ki a Simonton házaspár (2011) azt az imaginatív technikával dolgozó módszert, amely a képzeleti munka segítségével facilitálja a belső erőforrások megtalálását, hogy azokat a gyógyulás szolgálatába lehessen állítani. Számos beszámoló született azóta a módszer hatékonyságáról, amely megint csak azt emeli ki, hogy test és lélek különválasztása nem állja meg a helyét, még akkor sem, ha a szavak szintjén is nehéz megtalálni a megfelelő szót, amely kifejezi a kettő egységét és egymásra ható kölcsönösségét.

Összefoglalás

Ebben a fejezetben röviden, a terjedelmi korlátok szabta keretben, a teljesség igénye nélkül, igyekeztünk bemutatni azokat a lehetőségeket, ahol a pszichológus csatlakozni tud egy szomatikus beteg orvosi terápiájába, annak hatékonyságát növelve. Vázlatosan itt újra felsoroljuk a lehetőségeket, technikákat:

- szorongásoldás műtét előtt és a posztoperatív időszakban
- pszichoedukáció
- betegségrepresentációk feltárása a gyógyulás facilitálása végett
- a beteg aktivitásának, megküzdésének támogatása a saját gyógyulásában
- kezelő személyzettel való együttműködés segítése
- stresszoldó és feszültségkezelő technikák megtanítása
- haldokló beteg támogatása (hozzátartozók segítése is)

A fejezet végén újra hangsúlyozzuk az orvos attitűdjét hivatásának gyakorlása során. A szakirodalom és a klinikaintapaszlatok alapján úgy gondoljuk, hogy a felvázolt szempontok hatékonyabb sebészi munkát és gördülékenyebb orvos-beteg kommunikációt eredményeznek. Összefoglalóan újra felsoroljuk azokat a pszichológiai eszközöket, amelyek a mindennapi orvosi munkában hasznosnak bizonyulnak: - a beteg megfelelő informálása

- a beteg szubjektív valóságának a megismerésére tett törekvés
- pozitív szuggesztiók használata
- a beteg megnyugtató, szorongásoldás
- beteg önállóságának a támogatása, a kezelésével kapcsolatos döntésekbe való bevonása

Irodalom

1. Bejenke, C, Bloch-Szentágothai, K. Hipnózistechikák a szomatikus orvoslás mindennapjaiban és az orvosi beavatkozások előkészítésénél. Műhely a Magyar Hipnózis Egyesület és a Hipnózis Alapítvány szervezésében 1998.
2. Benedetti, F, Amanzio, M. The neurobiology of placebo analgesia: from endogenous opioids to cholecystokinin. *Prog Neurobiol* 1997;52 (2), 109-125.
3. Block, AR, Ohnmeiss, DD, Guyer, RD, et al. The use of presurgical psychological screening to predict the outcome of spine surgery. *The Spine Journal* 2001;1:274-282.
4. Brooks J, Tracey I. From nociception to pain perception: imaging the spinal and supraspinal pathways. *J Anat* 2005;207 (1):19-33.
5. Büchi S, Sensky T. PRISM: Pictorial Representation of Illness and Self Measure: A brief nonverbal measure of illness impact and therapeutic aid in psychosomatic medicine. *Psychosomatics* 1999;40 (4):314-320.
6. Cash TF, Pruzinsky T. Body image. A handbook of theory, research and clinical practice. Guilford Press, New York 2004.
7. Chapman, CR, Nakamura Y. A passion of the soul: an introduction to pain for consciousness researchers. *Consciousness and Cognition* 1999;8:391-422.
8. Chochinov HM. Méltóságterápia. Oriold és Társai Kiadó, Budapest 2014.
9. Colloca L, Benedetti F. Nocebo hyperalgesia: how anxiety is turned into pain. *Current*

Opinion in Anaesthesiology 2007; 20 (5):435-439.

10. Contrada RJ, Leventhal EA, Anderson JR. Psychological preparation for surgery: Marshaling individual and social resources to optimize self-regulation. In S. Maes, H. Leventhal, & M. Johnson (Eds.), *International Review of Health Psychology*. New York: Wiley 1994;3:219-266.
11. Csabai M, Molnár P. *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Medicina, Budapest 2009.
12. Császár-Nagy N. A krónikus fájdalom biopszichoszociális megközelítése és kezelése In: Császár-Nagy, N., Demetrovics, Zs., Vargha, A. (szerk.). *A klinikai pszichológia horizontja. Tisztelgő kötet Bagdy Emőke 70. születésnapjára*. L'Harmattan Kiadó, Budapest 2011.
13. Egbert LD, Battit GE, Welch CE, et al. Reduction of postoperative pain by encouragement and instructions of patients. A study of doctor-patient rapport. *The New England Journal of Medicine* 1964;270:825-827.
14. Ghogawala Z, Resnick DK, Watters III WC, et al. Guideline update for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 2: Assessment of functional outcome following lumbar fusion. *J NEUROSURG* 2014;21:7–13.
15. Havancsák R, Pócza-Véger P, Csabai M. A PRISM-D rajzteszt kórházi betegek vizsgálatában és kezelésében. In: Csabai, M., Pintér, J. N. (szerk.). *Pszichológia a gyógyításban. Fenomenológiai, művészetpszichológiai és testkép-központú megközelítések*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest 2013.
16. Herzlich C. *Health and illness: a social psychological analysis*. Academic Press, London 1973.
17. Jakubovits E, Janecskó M, Varga K. Műtét előtti-alatti szuggesztiók hatása a betegek posztoperatív állapotára. *Anesztézia és Intenzív Therápia* 1998;1:3-9.
18. Jakubovits E, Janecskó M, Varga K, et al. A műtét előtti pszichés felkészítés és a narkózis alatti pozitív szuggesztiók hatékoynsága a perioperatív időszakban. In: Varga, K. (szerk.). *A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban*. Medicina, Budapest 2011.
19. Johnston M, Wallace L. (Eds.). *Stress and medical procedures*. Oxford, England: Oxford University Press 1990.
20. Köteles F. *A placebo-válasz*. Medicina, Budapest 2013.
21. Kreitler S, Kreitler M. *Psychological Approaches to Treatment of Pain: Sensory,*

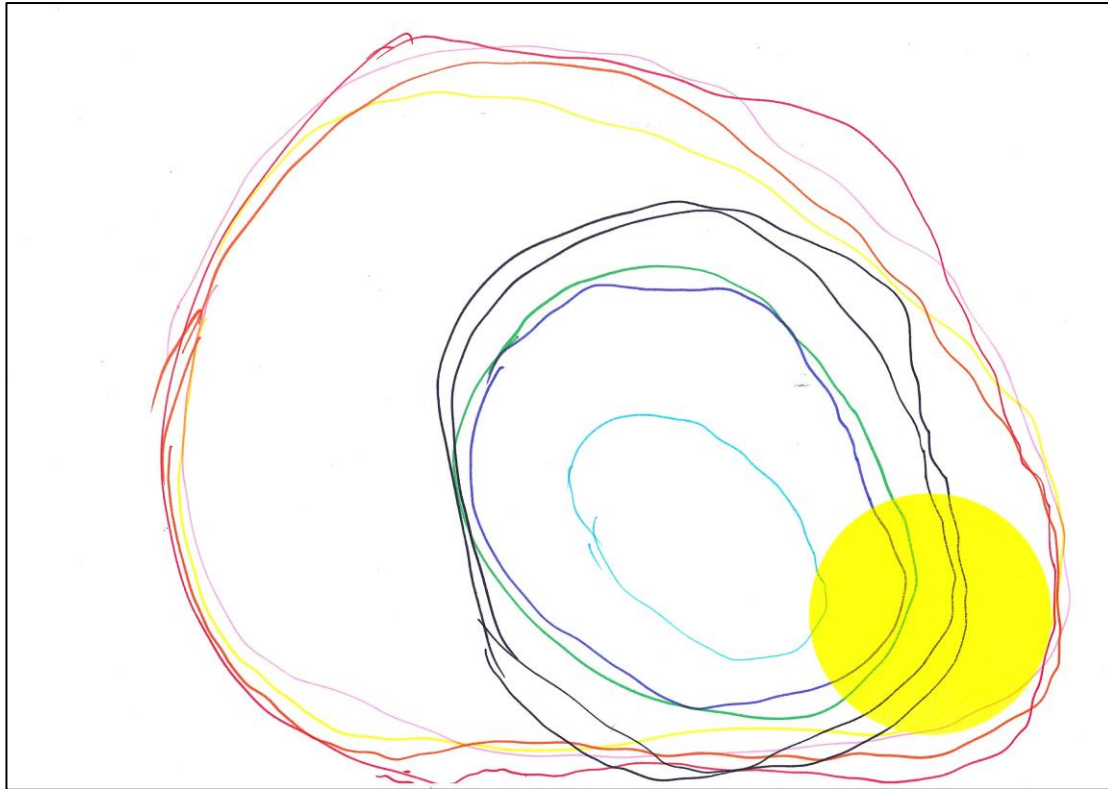
- Affective, Cognitive, Behavioural. In: Kreitler, S., Beltrutti, D., Lamberto, A., Niv, D. (eds.). *The Handbook of Chronic Pain*. New York, Nova Science Publishers, 2007;299-323.
22. LaCaille RA, DeBerard MS, Masters KS, et al. Presurgical biopsychosocial factors predict multidimensional patient: outcomes of interbody cage lumbar fusion. *The Spine Journal* 2005;5:71-78.
 23. Látos M, Barabás K, Lázár G, et al. Mental representations of the new organ and posttransplant patients' anxiety as related to kidney function. *Transpl P* 2012;44(7):2143-2146.
 24. Merskey H, Bogduk N. *Classification of Chronic Pain Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. 2nd ed. Seattle, IASP Press 1994.
 25. Miller FG, Colloca L. The Legitimacy of Placebo Treatments in Clinical Practice: Evidence and Ethics. *The American Journal of Bioethics* 2009;9:39-47.
 26. Miró J, Raich RM. Effects of a brief and economical intervention in preparing patients for surgery: does coping style matter? *Pain* 1999;83:471-475.
 27. Petrie KJ, Weinman J. (2012). Patients' perceptions of their illness: The dynamo of volition in health care. *Current Directions in Psychological Science* 2012;20(10):1-6.
 28. Pincus T, Morley S. Cognitive-processing bias in chronic pain: A review and integration. *Psychol Bull* 2001;127: 599-617.
 29. Pintér JN. A betegség fenomenológiai tapasztalata. In: Csabai M, Pintér JN. (szerk.). *Pszichológia a gyógyításban. Fenomenológiai, művészetpszichológiai és testkép-központú megközelítések*. Budapest, Oriold és Társai Kiadó 2013.
 30. Pócza-Véger P, Barzó P, Csabai M. Lumbális gerincműtét előtt álló betegek pszichológiai állapotfelmérése a gyógyulásra ható tényezők vizsgálata céljából. Absztrakt. Magyar Pszichológiai Társaság XXIV. Nagygyűlése 2015.
 31. Riskó Á. Az onkopszichológia szakmai protokollja. In: Bagdy E, Túry F. (szerk.). *A klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia szakmai protokollja*. Budapest 2005.
 32. Simonton OC, Matthews-Simonton S, Creighton JL. *A gyógyító képzelet. Belső erőforrásaink a rák ellen*. Egészségforrás Alapítvány, Nyíregyháza 2011.
 33. Sontag S. *A betegség mint metafora*. Európa Kiadó, Budapest 1983.
 34. Tiringier I. *Pszichoszomatikus koncepciók: a szubjektív betegségelméletektől a bizonyítékokon alapuló orvoslásig*. Előadás, Szeged 2014.
 35. Toombs SK. *The Meaning of Illness: A Phenomenological Account of the Different*

Perspective of Physician and Patient. Norwell, Mass: Kluwer 1993.

36. Varga K. A szuggesztív kommunikációban rejlő lehetőségek. In: Varga, K. (szerk.). A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesziók az orvosi gyakorlatban. Medicina, Budapest 2011.

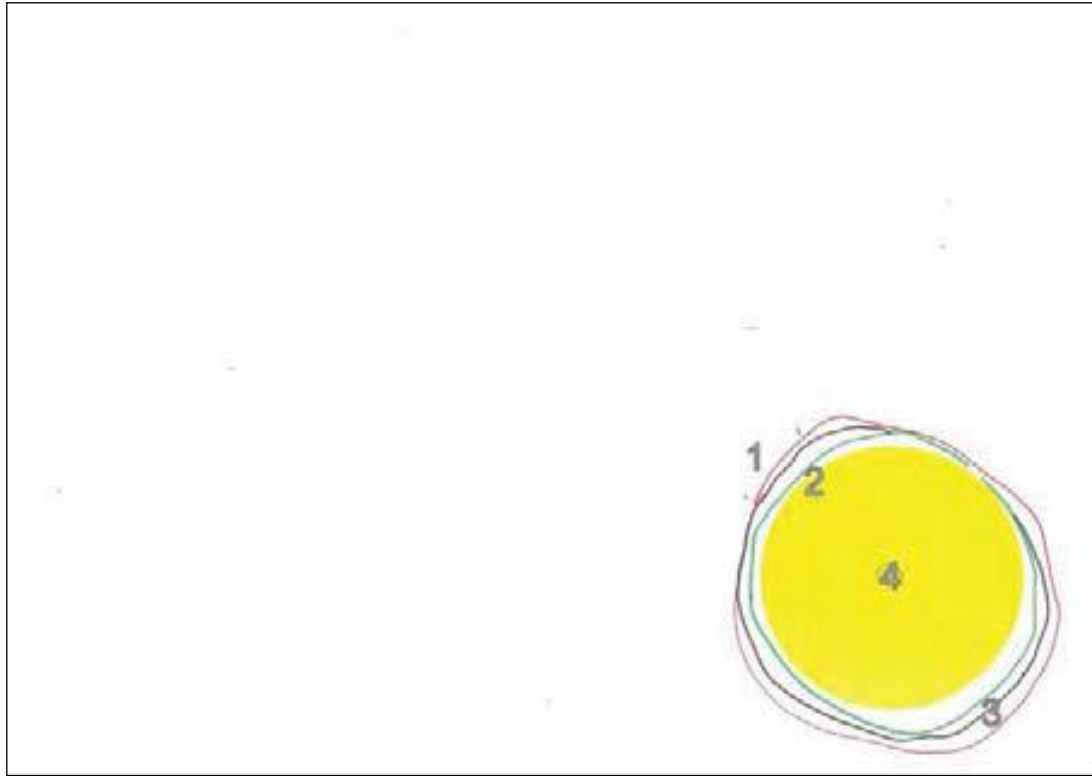
Melléklet

1. ábra: Összeolvadás térbeli formáció.



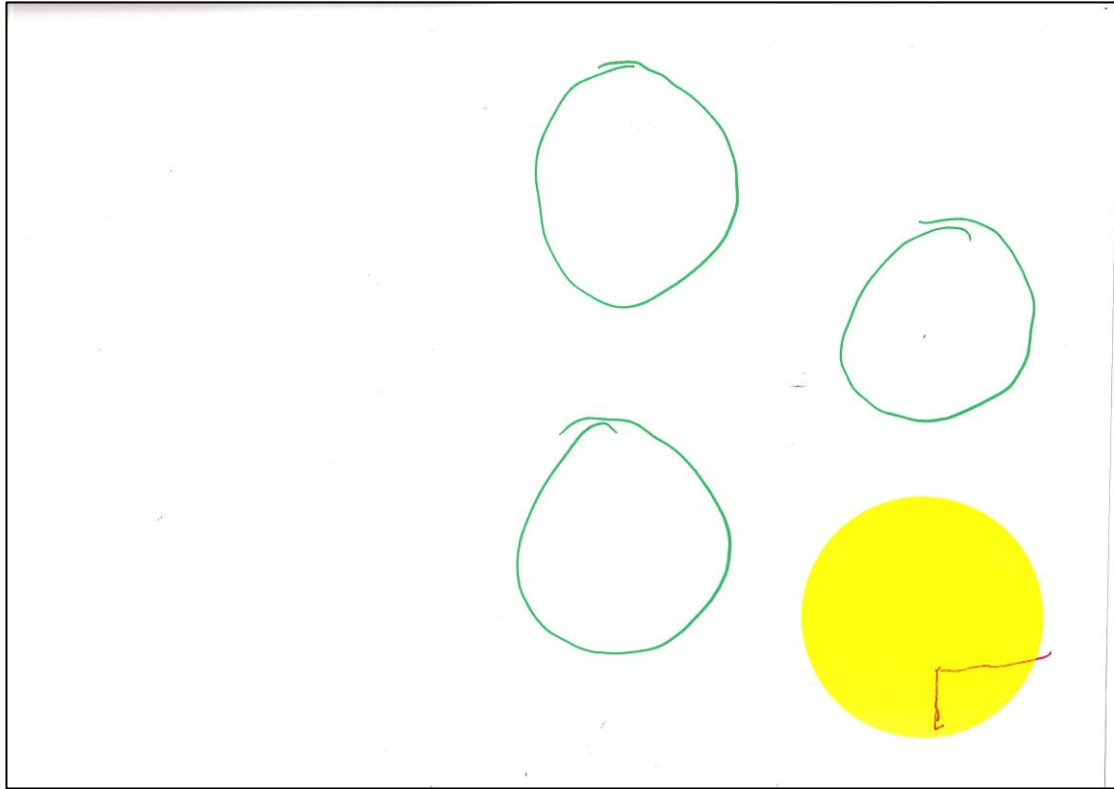
40 éves férfi PRISM-D-je agyműtétet követően (glioblastoma) a sugárterápia megkezdése előtt. A piros kör a betegséget, a többi fontos személyeket jelöl.

2. ábra: Énpajzs térbeli formáció.



A fiatal nő beteg (nyaki gerincműtétet követően) a köröket saját énje és a betegség köré rajzolta.

3. ábra: Énrész térbeli formáció.



A 35 éves férfi beteg lumbális gerincműtét előtti PRISM-D tesztje. A betegség az énen belül helyezkedik el, a zöld körök pedig gyermekeit és feleségét ábrázolják.