

Látos Melinda

TESTKÉP- ÉS ÉNKÉP VÁLTOZÁSOK SEBÉSZETI BEAVATKOZÁS UTÁN. EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI INTERVENCIÓ A ROSSZINDULATÚ EMLŐDAGANATBÓL GYÓGYULÓ NŐK SZÁMÁRA

Jelen tanulmány a súlyos szomatikus betegségből való felépülést elősegítő pszichés faktorokat vizsgálja, kiemelten a csonkolásos műtétek következtében létrejövő testkép változások és a betegség okozta trauma feldolgozásának lehetséges útjait. A sebészeti beavatkozással járó betegségek alkotják a pszichoszomatikus orvoslás és az egészségpszichológia legkiterjedtebb területét, hiszen akár a felépülés klinikai mutatóira, akár a pszichés ártalmakra gondolunk, a páciensek számára biztosított szakszerű pszichológiai segítségnyújtás létfontosságú a teljes értékű gyógyuláshoz (Johnston & Vögele, 1993). Célunk, hogy az olvasó átfogó képet kapjon a sebészeti beavatkozással járó betegségek lelki vonatkozásairól, majd egy célzott betegcsoport pszichológiai jellemzőit foglaljuk össze: a rosszindulatú emlődaganatból történő felépülés kihívásait és a gyógyulást elősegítő pszichés tényezőket tárjuk fel.

I. A SEBÉSZET LÉLEKTANA

A modern orvoslás nagyívű technikai fejlődést hozott, ami személytelenebb légkör kialakulásához vezethet az ellátásban. Az „egész ember” szemlélet egyre hátrébb szorul, a nagy betegforgalom miatt a megfelelő orvos-beteg kapcsolat kialakítása nehezebbé válik (Kabaa & Sooriakumaran, 2007). A sebészeti beavatkozások minden esetben érintik a páciens saját testével kapcsolatos érzéseit, élményeit és fantáziáit. Az operáció jelentős passzivitással jár a beteg számára, ami a gyógyulás későbbi szakaszában hátráltathatja a felépülés sikerességét, hiszen a páciens sokszor képtelen kilépni a tehetetlen beteg szerepből. A technológia robbanásszerű fejlődésével az emlőrák sebészeti kezelése is változott: a kezdetben radikális, csonkolásos beavatkozásokat felváltották a korszerű emlőmegtartó műtétek (Mátrai és mtsai, 2015). Jelenleg az onkoplasztikai operációk, a korszerű rekonstrukciós eljárások jellemzik a modern emlősebészetet, melyek jobb esztétikai eredményhez és gyorsabb fizikális felépüléshez vezethetnek. Sok esetben azonban a pszichés felépülés sokkal lassabb, és nem ritkán tapasztaljuk, hogy a lelki apparátus képtelen utolérni a drasztikus és gyors testi változásokat. A modern medicina által közvetített üzenetek azt az illúziót kelthetik, hogy pillanatok alatt, könnyedén újjászervez-

hetjük saját magunkat (Foucault, 2000). Ez a folyamat pszichológiai szempontból azonban problematikusá válhat. Hiszen a testi és/vagy lelki traumák hatására végbenő testkép változásokat nem tudjuk egyik pillanatról a másikra feldolgozni. Bár egy 1993-as tanulmány kisebb mértékű distresszt mutatott azoknál az emlőtumoros pácienseknél, akik jobb kozmetikai eredménnyel bírtak, vagyis a műtét után plasztikai sebészeti beavatkozáson is átestek (Schag és mtsai, 1993), az adatokat longitudinális vizsgálati elrendezésben már nem tudták reprodukálni, és hosszú távon nem mutatkozott különbség a két csoport között (Al-Ghazal és mtsai, 1999). A műtét utáni pszichés egyensúly tehát nem csupán a műtéti eljárástól függ, befolyásolják a páciens elvárásai, a betegségről kialakított reprezentációi, megküzdési stratégiái, a testkép sérülése és az, hogy a személy az új helyzetet mennyiben, hogyan tudja elfogadni, reintegrálni korábbi életébe (Broadbent és mtsai, 2004; Csabai & Molnár, 1999).

2. AZ ÉRZELMI DISTRESSZ HATÁSA A GYÓGYULÁSI FOLYAMATRA

A beteggé válás traumatikus élmény, a páciens megtapasztalja saját korlátait, a betegség erejét, megváltozott viszonyát a korábbi énjéhez. Radikális változások jelentkeznek az élet minden területén (fizikai veszteségek: testi erő, energia; érzelmi veszteségek: egészség/egészségesség, biztonság, kontroll, testkép, remény, önértékelés; szociális veszteségek: személyes tér, közösségi kapcsolatok, szerepek; egzisztenciális veszteségek: életcélok, jövőkép), melyek feldolgozása komoly lelki munkát igényel. A testi és a lelki megterhelés sajnos nem ér véget a tünetek kivizsgálása és a diagnózis után, hiszen a kezeléselek elkezdése (vagy megváltoztatása, befejezése), a betegség progressziója, az esetleges áttétek megjelenése súlyos kihívást jelent a páciens számára. A rosszindulatú emlőtumor diagnózisát követően először hitetlenség, zűrzavar és kábultság jelentkezik, majd következik a betegségből adódó fizikai és pszichológiai problémákkal, a családi következményekkel és a munkahellyel kapcsolatos aggodalmakkal való szembesülés, melyek mindmind hozzájárulnak a pszichológiai distressz kialakulásához és fennmaradásához (Enache, 2012). Ez a negatív érzelmi és hangulati állapot fontos szerepet játszik számos, a gyógyulással összefüggő folyamatban: befolyásolja a betegséggel való megküzdést és a betegség lefolyását is (McGregor & Antoni, 2009). Több vizsgálat metaanalízise szerint emlőtumoros pácienseknél a stresszel összefüggő pszichológiai faktorok és az alacsony életminőség összefüggésben állnak a rosszabb túlélési adatokkal (Reich és mtsai, 2008).

Pszichoneuroimmunológiai (PNI) kutatások igazolták, hogy a pszichológiai változók több módon is hatást gyakorolnak a gyógyulási folyamatra, hátráltathatják vagy elősegíthetik azt (Kiecolt-Glaser és mtsai, 1998). A negatív érzelmek alacsonyabb szintű immunfunkciókhoz vezetnek, lassítva a szervezet természetes gyógyulási folyamatait, ezen belül is például a sebgyógyulást (Broadbent és mtsai, 2003; Kiecolt-Glaser és mtsai, 1998; McGregor & Antoni 2009). Továbbá a rosszabb immunfunkciók következtében csökken a fertőzések és a daganatképzés elleni védelem (Boscolo és mtsai, 2008). Emlő-

daganatos betegek esetében is kimutatták, hogy a magas szorongás alacsonyabb sejtszintű immunműködéshez vezet (Levy és mtsai, 1987). Szorongás hatására a szervezetben csökken azoknak a NK (Natural Killer) sejteknek az aktivitása és a száma, melyek kiemelt jelentőséggel bírnak a gyógyulás terén azáltal, hogy roncsolják a tumoros és a ví-rusfertőzött sejteket, ráadásul küzdenek a daganatos sejtszaporulat ellen (Brittenden és mtsai, 1996). Az egészséges populáció pszichológiai jellemzőit mérve egy prospektív kutatási eredmény azt igazolta, hogy a depresszió jelenléte önmagában kétszeres kockázatot jelent a tumoros betegség miatti halálózásra nézve (Shekelle és mtsai, 1981).

Az érzelmi distressz befolyásolja továbbá a betegek átélt fájdalomának intenzitását, mely közvetve hatást gyakorol az endokrin- és az immunfunkciókra (Kiecolt-Glaser és mtsai, 1998). Számos vizsgálatban sikerült kimutatni, hogy azok a személyek, akik intenzívebb szorongásról számoltak be, nagyobb mértékű fájdalmat éltek át az operáció után (Mathews & Ridgeway, 1981). Kutatások eredményei szerint az érzelmi distressz és a szorongás hatására számos élettani változás mellett a fájdalom-rostok is aktiválódnak, melynek következtében emelkedettebb fájdalomérzet jelentkezhet (Kyranou & Puntillo, 2012). Továbbá a fájdalom következményeképpen gyakran csökken a betegek együttműködése, egészségviselkedése, mely tovább csökkentheti a gyógyulás eredményességét (Mathews & Ridgeway, 1981).

A szakirodalom tehát rávilágít arra, hogy a páciensek pszichés állapota összefügg a műtét utáni felépülés sikerességével, így a rövid- és hosszútávú felépülés egyik meghatározó komponense lehet. Számos tanulmány született a pszichológiai intervenciók (pszichoterápia, kognitív viselkedésterápia, támogató csoportok) hatékonyságáról is, melyek meghosszabbíthatják a beteg túlélési idejét, javítják életminőségét (Andersen, 2002; Fawzy, 1999; Spiegel és mtsai, 1981). A pszichés vezetés csökkenteni tudja azokat a terheket és hatásokat, amelyeket a daganatos pácienseknél sokszor párhuzamosan fennálló negatív érzelmi és hangulati állapot okoz. A pszichológiai támogatás különösen fontos, hiszen a depresszióval is küzdő páciensek tovább maradnak a klinikán, nagyobb fájdalmat élnek át, és jelentősen rövidebb ideig maradnak életben (Dunn és mtsai, 2015; Watson és mtsai, 1999). Devine (1992) sebészeti beavatkozásokon átesett betegek körében végzett 191 tanulmány metaanalízisét végezte el, melyben az 1963 és 1989 között publikált pszichológiai intervenciók hatásosságát mutatta ki a gyógyulás, a csökkent posztoperatív fájdalom és az átélt stressz tekintetében.

3. TESTKÉP VÁLTOZÁSOK MŰTÉT UTÁN

A testkép igen képlékeny, dinamikus jelenség, magában foglalja az egyén saját testéhez fűződő tudatos és tudattalan érzéseit, attitűdjeit (Fisher & Cleveland, 1968), a személy érzelmi viszonyulását a testéhez és konceptuális tudását a saját testéről (Gallagher & Cole, 1995). Egyszerre rendelkezik érzelmi, kognitív, viselkedéses, illetve perceptuális sajátosságokkal. A testhez kapcsolódó szelférzet egyszerre mentális és szomatikus eredetű,

alapját a legapróbb testi mozgások és testi tapasztalatok alkotják. Testképünk betegség idején negatív irányba változhat, mely nem csupán az adott beteg szervre vagy testrésze vonatkozik, hanem az egész testtel kapcsolatos érzékelésre is rávetülhet (Csabai & Erős, 2000; Csabai & Molnár, 1999). A megváltozott testképhez való alkalmazkodás pedig akár egy évig is eltarthat (Taylor, 1983).

A negatív testkép és a testtel való elégedetlenség aránya a testi, az intrapszichés és az interperszonális folyamatok következtében ugrásszerűen megnő a műtéten átesett páciensek körében. Számos kutatásban igazolták az emlődaganat miatt operált nőknél a testkép torzulásait és pszichés ártalmakat, a megcsönkítés és a nőiesség elvesztésének érzését (Donovan-Kicken & Caughlin, 2011; Fairburn és mtsai, 2018; Falk Dahl és mtsai, 2010; Hopwood és mtsai, 2010). Már a betegség diagnosztizálásakor, majd a műtét és a kezelések során a beteg testében és a testképében olyan súlyos változások mehetnek végbe, ami pszichoszomatikus válságot provokálhat. Elég csak a műtėti hegre, az egyik vagy mindkét mell elvesztésére vagy deformálódására, a sugárterápia során keletkezett bőrelváltozásokra vagy a kemoterápia okozta hajhullásra gondolnunk. A negatív testkép pedig szignifikáns distresszként van jelen, negatív hatással bír az életminőségre, az interperszonális kapcsolatok alakulására és a munkahelyi teljesítményre egyaránt (Hughes & Gullone, 2011).

A gyógyulás sikeressége a kutatási eredmények alapján is nagymértékben függ a páciens testképének sérülésétől (Grogan & Mehan, 2017). Collins és munkatársai (2018) vizsgálata szerint a mastectomia utáni rossz életminőség legfőképp a testképen és a nőiségen esett sérüléssel hozható összefüggésbe. Az eredmények más betegcsoportnál is megerősítést nyertek: az alsó végtag elvesztése veszélyezteti az egyén testi integritását, a következményként kialakuló testképzavar pedig negatívan hat a páciens életminőségére (Breakey 1997; Holzer és mtsai, 2014; Rybarczyk és mtsai, 1995).

Meglepő módon a rosszindulatú emlődaganatból gyógyult nők között azok, akik mell-rekonstrukciós műtéten is átestek, szignifikánsan negatívabb testképpel rendelkeztek, szemben azokkal, akik nem estek át plasztikai beavatkozáson (Falk Dahl és mtsai, 2010). Más kutatások azonban arra utalnak, hogy azok a páciensek, akik mastectomia után rekonstrukciós műtéten is átestek, magasabbra értékelték az életminőségüket és bár önértékelésük nem változott szignifikánsan, vonzóbbnak, ismét „egésznek” érezték magukat, „hogy nem kell szégyenkezniük a testük miatt”, összehasonlítva azokkal a nőkkel, akik nem vettek igénybe plasztikai műtétet a melleltávolítás után (Tykkä és mtsai, 2000). Egy másik tanulmány azt bizonyítja, hogy azok a páciensek, akik több, mint egy évet vártak a helyreállító műtétre, kevesebb pszichés problémáról számoltak be, mint azok a nők, akik egy éven belül kaptak implantátumot (Schain és mtsai, 1985). Az adatok részletes elemzése alapján azt láthatjuk, hogy a pszichológiai státusz nagyjából hasonlóan alakul, amikor egyetlen kezelési alkalommal történik a kétfajta beavatkozás (a daganat eltávolítása és a rekonstrukció egyidőben zajlik) és amikor hosszabb időt (több, mint egy év) várnak a páciensek a plasztikai beavatkozásra. A leg-

rosszabb helyzetben azok a nők voltak, akik egy éven belül kaptak implantátumot, náluk jelentkezett a legtöbb pszichológiai probléma. A mastectomia súlyosan megbontja a személy testi integritását, és mint korábban jeleztük, a megváltozott testkép elfogadása egy évig is eltarthat (Taylor, 1983). Ha egy éven belül történik az egyik vagy akár mindkét mell elvesztése és a helyreállítása is, az olyan mértékű pszichológiai munkát igényel, mely túlterhelheti a lelki apparátust. Schain és munkatársai (1985) továbbá kiemelik, hogy a motivációt a rekonstrukciós műtetre egyrészt a szélesebb körű ruhatár viselésének és a protézistól való megszabadulásnak a lehetősége jelentette, míg a kielégítőbb szexuális kapcsolatokra vonatkozó vágy csupán elvétve jelent meg. A szerzők ezért felhívták a gyógyító szakemberek figyelmét, hogy a műtetre való felkészítés során a motivációk terén óvatosan járjanak el.

Az ambivalens kutatási eredmények értelmezése után úgy tűnik, a páciensek megfelelő felkészítése elengedhetetlen a teljes gyógyulás eléréséhez, ami magában foglalja a helyreállító műtét lehetőségét is, kiaknázva annak pozitív hatását. A klinikai tapasztalat és a kutatási eredmények (Izydorczyk és mtsai, 2018) is azt igazolják, hogy az emlődaganattal operált páciensek számára minél előbb, optimális esetben már a műtét után – amikor kevésbé tudják elviselni a negatív érzelmeket – lehetőséget kell biztosítanunk a professzionális pszichológiai támogatásra.

4. TESTKÉP REZILIENCIA MODELL

A sebészeti beavatkozások következtében létrejövő testkép sérülés és a test határával kapcsolatos reprezentációk stabilitása több változótól is függ. A Choate (2005) által bevezetett általános Testkép Reziliencia Modell segítségünkre lehet, hogy jobban megértsük a testkép változását emlőtumorról küzdő pácienseknél. Az elmélet értelmében a testkép sérülésével szembeni rezilienciát elősegítő protektív faktorok, amelyek védik a nőket a testképzavar kialakulásától a következők: a gyermekkorban szerzett pozitív tapasztalatok (biztonságos kötődés, nyílt kommunikáció, érzelmi támasz), a nemi szereppel való elégedettség, a pozitív fizikai énkép (fizikai megjelenésünkkel, erőnlétünkkel, általános egészségi állapotunkkal kapcsolatos attitűdök) a hatékony megküzdési stratégiák (kritikai gondolkodás képessége, asszertivitás) és a jóllét érzése. Bár a Testkép Reziliencia Modellt korábban nem alkalmazták emlődaganattal küzdő pácienseknél a testkép sérülésének bejósolására és kezelésére, a szakirodalom fényében úgy tűnik, hogy a korábban felsorolt faktorok valóban relevánsak lehetnek az emlőműtét utáni testkép rezilienciájában (Boquiren és mtsai, 2013; Cousson-Gélie és mtsai, 2007; Mushtaq & Naz, 2017). A nők körében a test alakjához kapcsolódó szociokulturális nyomás (superwoman ideál) tudatosítása kiemelt jelentőséggel bír a reziliens testkép kialakításához (Choate, 2005; Steiner-Adair, 1986). A kutatások szerint a pozitív testképpel rendelkező nők képesek olyan reális nemi szerepidentitás kialakításra, mely nem a kortárs perfekcionista elvárásokon (pl. „legyél tökéletes az élet minden területén”) nyugszik

(Gillen & Lefkowitz, 2006; Mensinger és mtsai, 2007; Sinclair & Myers, 2004). Egyre nyilvánvalóbb, hogy a nők körében a testükkel kapcsolatos normatív elégedetlenségről is beszélhetünk, mely negatívan befolyásolja életminőségüket (Rodin és mtsai, 1984). Azoknál az emlődaganattal kezelt pácienseknél, akik a hagyományos női nemi szereppel kapcsolatos attitűdöket internalizálták, nagyobb mértékű szegénység jelentkezett a saját testükkel kapcsolatban, és kifejezettebb testképzavarról, magasabb pszichológiai distresszről és alacsonyabb életminőségről számoltak be (Boquiren és mtsai, 2013). A protektív és a rizikófaktorok vonatkozásában a szakemberek számára további fontos tény, hogy a nők testmozgással kapcsolatos attitűdjei és sportolási szokásai nagyban hozzájárulnak a fizikai megjelenésre vonatkozó énkép alakulásához, mely döntő szerepet játszik a testtel való elégedettség kiépítésében (McKinley, 1999). Ezért az általunk továbbfejlesztett Testkép Reziliencia Modell az egészségmagatartást is magában foglalja. Az egészségvédő magatartás (pl. testmozgás) a kutatások szerint összefüggésben áll az alacsony stressz, szorongás és depresszió értékkel, melyet több emlődaganattal küzdő páciens körében alkalmazott intervenció program is igazolt (Loh és mtsai, 2009; Martinsen, 2008). Tudnunk kell azonban, hogy a testképpel, a kiegyensúlyozottabb érzelmi-és hangulati állapottal és az önelfogadással kapcsolatos pozitív hatás csak abban az esetben lép fel, ha a nők jóllétük, erőnlétük és általános egészségi állapotuk miatt sportolnak. Az Egyesült Államokban és Norvégiában végzett kutatások is megerősítik, hogy ha a kalória-égetés és a vágyott alak elérése a cél, a testmozgás egy fontos rizikófaktora a testtel való magasabb elégedetlenségnek (de Bruin és mtsai, 2009; Thome & Espelage, 2004).

A fentebb bemutatott eredmények kiemelt jelentőséggel bírnak a megfelelő intervenció megtervezéséhez, azonban még mindig nagyon keveset tudunk arról, hogy a pszichoszociális változók hogyan befolyásolják a rák diagnózisa utáni életmódváltoztatást. Az eredmények inkonzisztensek azzal kapcsolatban, hogy milyen módon hat a „Dámoklész kardja”-ként emlegetett, daganattal kapcsolatos szorongás az egészségmagatartásra. Azonban úgy tűnik, megállapítást nyert (30 vizsgálat metaanalízise alapján), hogy az általános szorongás gátolja, míg a daganattal összefüggő szorongás facilitálja a rákot túlélő pácienseket viselkedésük pozitív irányú megváltoztatására (pl. dohányzás elhagyása, testmozgás, egészséges életmód, étkezési szokások stb., Park & Gaffey, 2007). Tudjuk, hogy a tumoros megbetegedéseknél az egészségvédő magatartás fontos szerepet játszik a gyógyulási folyamat egészében (Brown és mtsai, 2003), azonban még mindig nagyon kevés azoknak a tanulmányoknak a száma, melyek emlődaganattal küzdő nők körében vizsgálják a pszichológiai intervenció egészségmagatartásra gyakorolt hatását. Továbbra is oda jutunk, hogy a megfelelő terápia kidolgozása korántsem egyszerű feladat a szakemberek számára. Az emlődaganattal diagnosztizált nők a betegség különböző szakaszában (korai stádiumú vagy már áttétes daganat) más és más problémákkal szembesülnek, azonban a megfelelő időben alkalmazott és jól felépített pszichológiai intervenciónak jelentős lelki és biológiai hatással lehetnek az életminőségre és az egészségügyi kimenetelre egyaránt (McGregor & Antoni, 2009). Hiszen ahogy fentebb is

ismertettük, a krónikus stressz és a betegség terhe által okozott pszichológiai problémák számos olyan biológiai változáshoz kapcsolódnak, melyek relevánsak az emlődaganatból történő felépülés szempontjából. Ilyen például a BMI (Connolly és mtsai, 2002; Wing és mtsai, 1991), a telomeráz-aktivitás (Epel és mtsai, 2004) és az immunfunkciók (Segerstrom & Miller, 2004).

5. ESETBEMUTATÁS

Több mint tíz éve foglalkozom sebészeti ellátást igénylő, súlyos szomatikus betegséggel küzdő páciensekkel. Mindig megrendít az a hatalmas erő, amit látok bennük. Szerencsére a szakmánk egyre közelebb kerül hozzájuk, egyre inkább nyitottabbá válnak a pszichológiai segítségnyújtásra, érdeklődnek a felépülést elősegítő lelki tényezők iránt. Sokan közülük már elhagyták a korábban gyakran megtapasztalt „*nem vagyok én bolond, minék nekem pszichológus*” attitűdöt, bár sokszor még ott bujkál a – jogos – értetlenség: „*hogy fog ez nekem segíteni, amikor nekem kézzel fogható, testi betegségem van?*” Ezért a jól felépített pszichoedukáció kulcsfontosságú, melynek során lehetőséget kell biztosítanunk, hogy a pácienssel közösen gondolkozzunk a test és a lélek egymáshoz való viszonyáról, vagy épp arról, hogy a negatív vagy a pozitív érzelmek milyen hatással vannak a testünkre; mindezt anélkül, hogy büntudatot keltenénk („*én vagyok az oka, hogy beteg lettem*”), vagy a páciens hibáztatnánk. Ezért a gyógyító szakember empátiája és a gyógyulással összefüggő attitűdje kiemelt jelentőséggel bír. A következőkben az emlőműtét utáni felépülés nehézségeit és az egészségpszichológiai intervenció lehetőségeit tekintjük át Dóra történetén keresztül.

Képzelden maga elé a kedves Olvasó egy kétségbeesett, megtört nőt! Első találkozásunkkor Dóra tartózkodóan viselkedett, a váróban nem viszonzta mosolyomat. Bekísértem a pszichológusi szobába. Leült, anélkül, hogy körbenézett volna, majd így szólt: „*rákos vagyok, és azt hiszem, depressziós*”. Ezt tényszerűen közölte, majd hosszasan ecsetelte betegségének történetét, az első tünetek jelentkezését (mell váladékozása), a diagnózis közlését (rákmegelőző sejteket találtak), a műtétre való várakozást; mindent az énvonatkoztatások és érzések megfogalmazása nélkül. A bal oldali emlőjét több mint egy éve eltávolították, majd pár hónappal később implantátumot kapott. A következő hónapokban esedékes a másik oldali mell esztétikai korrekciója. Dóra szemmel láthatóan belemerevedett a betegségbe, ami azzal járt, hogy nehezen tudta mozgósítani megküzdési energiáit, így szakemberként egy ideig két ember helyett kellett dolgoznom.

Egyetemi végzettségével magas beosztásban, a pénzügyi szektorban helyezkedett el. Korábban szerette a munkáját, ám a betegség diagnosztizálása óta nem talál örömet ebben sem. Később kiderült, hogy a munkahely és a határidők miatt óriási stresszt és szorongást élt át. A negyvenhez közelít, férjével és két fiú gyermekükkel él. Sok programot tervez a családjával, mert úgy érzi, a figyelemelterelés segít. Korábban szeretett olvasni, kertészkedni, sütni és minden olyan tevékenységet, amikor egyedül (vagy inkább

saját magával) lehetett. *„Most is jó lenne, de nincs időm rá.”* Alvása kifejezetten rossz minőségű, hajnalban felébred, és nem tud visszaaludni. Némi összefüggést már lát az életében történt események és a tünetei között, de amikor megkérdezem, hogy mit szeretne elérni, a stresszkezelést említi, és hogy *„határozottabb legyek, vagy nem is tudom”*. Óhatatlanul is mosoly jelent meg az arcomon, amelyet Dóra nevetéssel viszonzott. Bizakodó voltam a megfelelő terápiás kapcsolat kialakításával kapcsolatban. 15 alkalomra szerződöttünk, célul tűztük ki, hogy a betegséggel, a gyógyulással és az ehhez kapcsolódó faktorokkal dolgozzunk. Az első alkalomok során felvettük a kutatócsoportunk által kifejlesztett és validált PRISM-D nonverbális rajztesztet (Sándor és mtsai, 2020), mely segítségünkre lehet a betegség hatásának és a lehetséges erőforrásoknak a felkutatásában. A teszt részletes bemutatásától itt eltekintek, de talán így is szembetűnő a vakító fehérség, amit Dóra rajztesztjén látni (1. ábra). Üresen hagyta az életterület nagy részét, ám a betegség (piros kör) központi helyet elfoglalva szinte bekebelezi a szelfet (sárga kör). Férjét és a házasságukat reálisan látja. Akadnak nézeteltérések (főleg a háztartás miatt), de ezeken hamar túllendülnek. Dóra lassan nyílik meg a terápia során, a betegség és a kezelések okozta párkapcsolati nehézségekről szemérmesen beszél. Testképe sosem volt túl pozitív, azonban a sebészeti kezelések okozta veszteségek, testi aszimmetria még jobban megtépázta önbizalmát. Nem szívesen néz tükörbe, nehezebbre esik megérinteni a saját testét, amivel kapcsolatban elvesztette bizalmát: *„Hogyan bízhatok újra a saját testemben, amikor így cserben hagyott?”*

A saját testhez való bizalomteli viszonyulás elősegítéséhez kulcsfontosság a megfelelő terápiás eszköz kiválasztása. A testkép és az énkép sérülésének vizsgálatára kiválóan alkalmasak azok a projektív mérőeszközök, melyek mélyebb betekintést engednek a páciens érzelmi világába. Dóra esetében a klasszikus emberrajz helyett egy előre kinyomtatott emberalakokkal dolgoztunk (tapasztalatom szerint vannak kliensek, akiknek sokat segít, ha nem egy üres lapot kapnak), és megkértem, hogy a sablont egészítse ki, rajzolja rá saját magát (a Dóra által készített képet /engedélyével/ a 2. ábra mutatja). Ahogy nézegette alkotását, egyre inkább feltűnt számára, hogy a női nemi jellegek teljesen hiányoznak a képről, majd a saját nőiségéhez és a saját testéhez való viszony került előtérbe. Dóránál épp nem alkalmaztuk, de sok esetben a testkép-szobor teszt is segítségünkre lehet, hogy még inkább facilitáljuk a mélyebb testi megélést, és mérsékeljük a testi élmény egységének sérülését (Fehér & Kecskés, 2011).

Dóra depressziója közepesen súlyosnak mutatkozott, az esetleges gyógyszeres segítséget elutasította. Egy ideig kimozdíthatatlannak tűnt, de próbáltam türelmes maradni. Megjelent egy sajátos dinamika: amikor jön, utána pár napig jól érzi magát, azonban a hatás nem tartós. Már túl voltunk a megbeszélte terápiás alkalomok felén, kicsit azt éreztem, egy helyben toporgunk, amikor végre megtört a jég. Dóra hétvégéje nagyon rosszszul telt: *„idegesített a férjem, a gyerekek, a főzés, a munka, egyszóval minden, és nem tudom, miért”*. Amikor jobban megvizsgáltuk ezt a helyzetet, az érzéseket, az idegesség valódi okát, a „nem tudom” hirtelen értelmet nyert. Elsírta magát. *„A betegség, még mindig...”* Az ülés

hátralévő részében Dórában nehéz kérdések fogalmazódtak meg: „*Mi a betegség értelme? Miért pont akkor jött? Milyen volt akkor az életem? Hogy jutottam el idáig?*” Elindulhatott egy belső munka, melynek hatására hétről hétre enyhült a depresszió szorítása, és az alvása is jobb lett. Esténként elkezdett naplót írni, az érzések elnyomása helyett kiírta magából a betegséghez kapcsolódó szorongató, fájdalmas emlékeket és a hozzájuk kapcsolódó testi érzéseket. Az írás jótékony testi és lelki hatásaival kapcsolatban ismerjük Pennebaker (1997) kutatásait, és ezt figyelhettük meg ebben a helyzetben is.

Több projektív technikával is dolgoztunk, hogy jobban megértsük a háttérben meghúzódó, sokszor kimondhatatlan érzéseket és gondolatokat. Megkértem, hogy rajzolja le a betegségét (3. ábra), amit nagyon nehéz feladatnak élt meg. Emlékezzünk vissza, hogy a munkánk elején Dóra még affektusok nélkül beszélt az őt ért traumáról, a betegség és a kezelések okozta fájdalmakról. Sokat töprengett, végül megragadta a fekete filctollat, majd egy emlőt behálózó sejtzaporulatot jelenített meg. Amikor megkérdeztem, hogy mi lehet az, ami segít, hogy a betegség elmúljon, még többet gondolkozott, majd lerajzolt egy Napot, „*hogy megvilágosodjak*” és egy emberi agyat, „*hogy elfogadjam*”. „*Valószínű, életem végéig elkísér...*(sír) *Beteg vagyok* – mondja.” Ami ezután történt, a mai napig megrendít. Egy ideig némán néztük hol egymást, hol a kis asztalt a rajzzal, miközben Dóra sírt. Kivételesen meghitt pillanat volt, mely minden bizonytalanságot elűzött. Ugye emlékszik a kedves Olvasó, hogy mivel indította az első ülést Dóra? „*Rákos vagyok, és azt hiszem, depressziós*” – mintha azt közölte volna velem, hogy holnap dolgoznia kell. Most annyit mondott: „*Beteg vagyok.*” Mindketten éreztük ennek a mondatnak a valódi súlyát. A lehasított félelem és fájdalom szinte kézzelfoghatóvá vált, a szavak és az érzések egybeolvadtak, és megértettük a probléma valódi okát. Amitől Dóra valójában fél, az a kiszámíthatatlan, ismeretlen jövő. Hogyan tudunk ezen változtatni? Sehogy. A jövő ismeretlen marad és kiszámíthatatlan. Nem ezt a választ várta Dóra sem, viszont belátta, hogy amin tudunk változtatni, az a betegséghez való hozzáállásunk. Sok mindent befolyásol, hogy hogyan gondolunk a saját betegségünkre, hogy miképp és meddig azonosulunk a betegszereppel. Egy idő után nem segít, sőt gátolhatja a mindennapjainkat és még inkább megbetegíthet, ha identitásunk szerves része a betegséghez kapcsolódik. Dóra orvosai nagyon pozitívak a jövőt illetően, gyógyultnak nyilvánították, kontrollra sem kell járnia, a kezelések egy éve befejeződtek, és bár ezt kognitív szinten felfogta, úgy tűnik, a psziché nem tudta követni ezeket a drasztikus változásokat.

A következő alkalmak során a betegséghez való viszonyáról (Hogyan gondol a betegségre most?) és az egészségről alkotott elképzeléseiről (Mit jelent számára az egészség?) beszélgettünk. Dóra teste drámai események színhelyévé vált, a betegség okozta trauma kettéhasította az életét és az arról alkotott reprezentációit. Bár szemmel látható volt, mégis nagyon nehéz volt megragadni az a bizonytalanságot és a belső üresség érzését, amit Dóra átélt, ám amikor ez sikerült, és kellő bátorsággal szembenézett velük, a negatív érzések hirtelen csökkenni kezdtek. A szorongás, amit a súlyos betegség terhe okozott, végül radikális személyiségváltozást mozdított elő. Megvizsgálta saját szerepét a betegség

kialakulásában, és egy sokkal aktívabb, felelősebb álláspontot alakított ki egészségével kapcsolatban. Talán ez jelentette a fordulópontot, hiszen a daganattal küzdő páciensek gyógyításának egyik alapvető problémája a tehetetlenség és a kontrollvesztett állapot. Felelősek vagyunk azért az attitűdért, amit a problémáinkkal – adott esetben betegségünkkel – szemben vállalunk, mely a betegség bármely szakaszában segítségünkre lehet, fokozza az erő és a kontroll érzését (Yalom, 2019). A felelősség tudatosítása azonban nem könnyű feladat, a terapeuta csakhamar belebotlik egy hívatlan vendégbe, a bűntudatba, a felelősség sötét árnyékába. Mielőtt elmélyednénk az egzisztenciális pszichoterápia legfontosabb megállapításaiban, térjünk vissza Dórához, aki, miután ráébredt saját felelősségére, elindult a személyes beteljesedéshez vezető úton. Tisztában van vele, hogy a betegség kiújulhat, de már nem a bénító rettegés uralja az életét. A tudattalan vegetatív reakciók oldódtak, és a betegség okozta negatív élmények belesimultak az élettörténetbe. Szinte életre kelt, igyekszik minél jobb kapcsolatot kialakítani férjével és a gyerekeivel, elkezdett egészségesebben táplálkozni, aktívabban sportolni, és most már a munka miatt sem fog „megőrülni”, mert úgy érzi, övé a felelősség, és bár nem tud mindent kontrollálni, amit lehet, megtesz azért, hogy egészséges és kiegyensúlyozott maradjon.

6. DISZKUSSZIÓ

6.1. A TRAUMATIKUS ÉN-VESZTÉS MEGELŐZÉSE ÉS KEZELÉSE

Az első mondatokra mindig nagyon figyeljünk, hiszen sokszor előrevetítik a terápia sikerességét, de szakemberként ne akadjunk fenn azokon a szavakon és mondatokon, melyek téves utat nyithatnak meg előttünk, mint például a kezelési folyamat részletes elmesélése. Sokszor az önfeltárás első lépése ez, amikor a páciens testi panaszairól beszél, aminek legszemélytelenebb szintjén a kliens szinte nem is vesz részt abban, amit előad, csak külső eseményekről, más személyekről beszél. Legyünk türelmesek, mert hosszas folyamat lehet, mire a páciens képes lesz mélyrehatóan és differenciáltan foglalkozni saját belső élményeivel, majd ismeretei alapján megváltoztatni viselkedését (Tringer, 2007).

Számtalan tanulmány foglalkozik a traumára adott reakciókkal, de nem ismerjük pontosan, hogy a gyógyulás folyamatát milyen tudatos vagy tudattalan, explicit vagy implicit folyamatok segítik. Tudjuk, hogy egy súlyos betegség diagnózisa változásokat idéz elő a páciens érzékelésében, testi megélésében és képzeletében egyaránt. A páciens sokszor kényszeresen visszatérhet a múltba, ahhoz a pillanathoz, ahol legutóbb intenzív bevonódást és mély negatív érzéseket élt át: a diagnózisközlés és a műtét körüli eseményekhez. Mentális rugalmasság és képzelőerő nélkül azonban nincs remény, nincs lehetőségünk arra, hogy egy bizalomteli, optimista jövőt vetítsünk magunk elé, amiért érdemes élni és küzdeni (Stupiggia, 2016).

A betegségtörténet elmesélése közben a pszichológus empátiája, feltétel nélküli elfogadása segít a rapport kialakításában, de a részletes elmesélés sokszor még terápiás kontextusban sem segít: nem hoz megkönnyebbülést, hiszen van olyan fájdalom, amit nem

tudunk kibeszélni, helyette viszont kockáztatjuk az újratraumatizációt. Igazából nem is találunk szavakat a történetekre, hiszen a trauma jelenléte megfoszt bennünket az elbeszélhetőség okozta megkönnyebbüléstől. Persze előfordul, hogy előrukkolunk valamilyen publikus fedőtörténettel, azonban az érzelmi töltet és az élmény koherens narratívája helyett testi szintű reakciókat látunk (Stupiggia, 2016). Ezért a csak verbális terápiás technikák nem működnek, de zsákutcába kerülhetünk akkor is, ha a kezelés túlontúl a testre összpontosít. A relaxációs technikák okozta passzivitás például előidézheti a páciensben azt a tehetetlen állapotot, amit a sebészeti és onkológiai kezelések során átélt.

6.2. HOGYAN BÍZZAK ÚJRA A SAJÁT TESTEMBEN?

A súlyos testi betegséggel szembesülő páciensek többsége elmondja, hogy belül mély és fájdalmas bizonytalanságot él át a saját testével kapcsolatban. Általában a betegséggel való sikeres megküzdést követően, a gyógyulás utolsó fázisában fogalmazzák meg a páciensek szorongva a következő kérdést: „*Hogyan bízhatok újra a saját testemben?*” Sok esetben még akkor sem érkezik meg a várva-várt megkönnyebbülés, ha a páciens (testileg, az orvosok szerint) már meggyógyult. A betegséggel való megküzdés bármely szakaszában is jelentkezik ez az érzés, egészségpszichológusként óriási kihívás elé állít bennünket. Hogyan tudunk segíteni, hogy a kliens visszaszerezze vagy felépítse a saját testéhez való bizalomteli viszonyulást? A betegség-és élettörténet mellett a testi élményeket, a testtel való kommunikációt is bevonjuk a terápiás munkába. A testképünk, a testünkhöz való viszony olyan személyes élmény, amit nem elegendő csupán a verbalitás útján megszólaltatnunk. A trauma sokkal több, mint egy múltbeli esemény: nyomot hagy a testben és az elmében egyaránt. Mindegy, hogy pár napja, vagy több évtizede történt, a kliensek képtelenek áthidalni a jelenlegi élethelyzet és a traumatikus életesemény közötti szakadékot, hiszen csak annak az eseménynek van jelentése számukra, amely oly sok fájdalmat okozott (Tedeschi & Calhoun, 2004, van der Kolk, 2020). Bár nagyon sokat számít, ha a páciensek segítséget kapnak ahhoz, hogy szavakba tudják önteni a velük történeteket, ez többnyire nem elég a teljes gyógyuláshoz, hiszen a test még mindig ugyanolyan fizikális és hormonális válaszokkal reagál, mintha a trauma most történe, a jelenben. A gyógyulás elősegítése során ezért a test automatikus válaszait kell felülrírunk, el kell fogadnunk testi szinten is, hogy a fenyegetettség már a múlté, és meg kell tanulnunk a jelenben élni.

Óvatos testi intervenciókat javasolhatunk, melynek során testi érzetekkel dolgozunk azzal a céllal, hogy visszaállítsuk a saját testhez való pozitív viszonyulást. A figyelem fokozatosan mindinkább befelé, a test belseje felé irányul. A testi érzetekre való elfogadó figyelem, a jelenben létezés és a figyelem koncentrációjának megtanulása rengeteg lehetőséget rejt magában (Szondy, 2012). A testi állapotok megfigyelése és a légzésfigyelés önmagában (anélkül, hogy szabályozás, vagy bármilyen erre irányuló cselekvés történe) az érzelmi distressz megszűnéséhez vezethet (Perczel-Forintos, 2011). A testkép sérüléseit azonban sok esetben nehéz megragadni, hiszen a hozzá kapcsolódó érzések

és élmények sokszor szertefoszlanak, mielőtt tudatosulnának. A test mindig „többet tud” nálunk, érzékel és érzékelhető is, hiszen a testünk által ragadjuk meg a külvilágot (Merleau-Ponty, 2006). A testkép a megélt traumák térképévé válhat, ha a testi élmények egysége, a testi egészlegesség sérül, amely a fragmentált test állapotához, a testrészek hasításához vezet (Geerardyn & Wallegghem, 2005). Odáig vezethet ez, hogy a páciens adott esetben meg sem érinti a beteg testrészt vagy az operáció helyét (például a sztómáját vagy az emlő eltávolítása után a heget a mellkasán). Szerencsére ma már rendelkezünk olyan nonverbális, a testi élményeket felszínre hozó terápiás és diagnosztikus eszközökkel – például a testkép-szobor teszt (Fehér & Kecskés, 2011) vagy a projektív rajztesztek (Machover, 1951; Witkin, 1962) –, amelyek az én-integritás és az én-konstancia mértékének vizsgálatára alkalmasak, és segítenek a gyógyulási folyamat sikerességében. Legfrissebb tudásunk szerint a betegségfelfogás és a pszichés konfliktusok értékelésének legjobb módja a projektív rajztesztek alkalmazása (Broadbent és mtsai, 2006), mely az énkép és a testkép, az énerő, az elhárító mechanizmusok és a traumák vizsgálatára egyaránt alkalmas (Vass, 2011).

Az emlékek szomatikus, testi szinten megélt reprezentációi kivetülnek a rajzba: az ebben rejlő lehetőségeket több kutatócsoport is felfedezte, hiszen nem csupán a pszichés állapotról, hanem a felépülés sikerességéről is árulkodnak. Kardiológiai betegek rajzain a szívre rajzolt sérülés nem csupán emelkedettebb depresszióval és a betegséggel kapcsolatos negatívabb attitűddel járt együtt, de a klinikai adatok (nátrium szint, BNP=igazolt neurohumoralis aktiváció) és a rajzteszt sajátosságai között is összefüggések mutatkoztak. A szívre rajzolt károsodás pedig jobban előre jelezte a páciens felépülését, mint bármely más orvosi mutató (Broadbent és mtsai, 2004; Petrie & Weinman, 2012; Reynolds és mtsai, 2007). Saját, szervátültetett páciensek körében végzett kutatási eredményeink szerint szorongó betegeknél a szerv mentális reprezentációja túl nagy hangsúlyt kap, ami egyrészt megakadályozza a szerv normális intrapszichés integrációját, másrészt összefüggésben áll a vesefunkciós értékekkel, és előre jelezheti a transzplantáció sikerességét is (Látos és mtsai, 2021).

A PRISM-D nonverbális rajzteszt szintén segítségünkre lehet, mely nem csupán kutatási eszköz, hanem az intervenció szerves része (Sándor és mtsai, 2020). A fenti páciens, Dóra rajztesztjén a betegség körbe öleli, mondhatjuk úgy is, hogy bekebelezi a szelfet. Saját vizsgálatunk eredményei és más kutatócsoport vizsgálatai is megerősítik, hogy minél nagyobb a betegség szubjektív képe, annál kifejezettebb a betegséghez kapcsolódó szorongás (Petrie & Weinman, 2012; Sándor és mtsai, 2020). A rajztesztek alkalmazásával egy olyan innovatív technikát dolgozhatunk ki, amelynek segítségével pontosabb képet kaphatunk a páciensek betegséggel kapcsolatos attitűdjeiről és hiedelmeiről, amelyek prediktívek a felépülés és a túlélés tekintetében. A verbalitáson alapuló kérdőíves technikákkal szemben a rajzok hatékonyabban alkalmazhatók továbbá a terápiák hatékonyságának vizsgálatában is (Horwitz és mtsai, 2006), ezért számos esetben a PRISM-D rajztesztet a terápia közepén és/vagy a vége felé újra felvesszük.

6.3. TERÁPIÁS CÉLOK ÉS LEHETŐSÉGEK: KOHERENS SZELF ÉS POZITÍV TESTKÉP

Az emlőműtét előtt és után alkalmazott pszichológiai támogatás, amely segíti a páciens a feltörő érzések és az új élethelyzet elfogadásában, nagymértékben segítheti a gyógyulási folyamatot is (McGregor & Antoni, 2009). A pszichológiai intervencióval kedvező irányba befolyásolható a páciensek együttműködése és megelégedettsége is, hiszen a páciensek jobban követik az orvosi utasításokat, pontosan szedik a gyógyszereket, és nem halasztják el a kontrollvizsgálatokon való megjelenést sem, melyet a klinikai tapasztalatok és a kutatások is megerősítenek (Andersen, 2002; Kahana és mtsai, 2008).

A testkép és az énkép helyreállításában a testtudati figyelem mellett a kapcsolati munka is erős hangsúlyt kap. A súlyos, akár sebészeti beavatkozást is igénylő betegséggel küzdő pácienseknél alkalmazott egészségpszichológiai intervenció során lehetőséget kell biztosítanunk a kliensek számára, hogy kifejezhessék esetleges negatív érzéseiket, aggodalmaikat saját egészségükkel és saját testükkel kapcsolatban. Megjelenhet a csalódottság, a düh vagy az irigység mások felé, akik egészségesek. Teret kell adnunk a jövő felé irányuló elvárásoknak, félelmeknek és az esetleges társas kapcsolatok átalakulása miatt érzett szorongásoknak is. A szakember feladata feltétel nélkül elfogadni a páciens élményeit és tapasztalatait, elősegítve a koherens szelf létrejöttét (Rogers, 2008). A kliens idővel introjektálja a segítő attitűdjét, ezáltal a korábban fenyegető, negatív érzések elfogadhatóvá, a szelf részévé válnak. Az új tapasztalatok integrációja révén az egyén komplexebb módon ismeri meg önmagát, újjáalakul a testkép, és a szelf korábbi struktúrája módosul. A gyógyulás további kulcstényezője, hogy egészségpszichológusként ne a tüneti viselkedéssel, hanem a beteg érdekével, az egészséges, gyógyulni vágyó énnel kössünk szövetséget. Ha a beteg aktív szerepet vállal felépülésében, megváltoztatja életmódját, részt vesz a rehabilitációjában, követi az orvosi javaslatokat, visszaveheti a kontrollt a betegsége és az élete felett, mely kiegyensúlyozottabb pszichés működést eredményezhet.

Mire tanít ez az eset?

A szomatikus betegséggel küzdő klienseknél megkerülhetetlen, hogy a testtel való munka figyelmet kapjon a terápiás munka során. A kizárólag verbális módszerekkel végzett kezelés szinte biztos, hogy nem hoz eredményt. A beteg én-azonosságának megtapasztalása nehezítetté válik, hiszen a megcsonkított test és az általa okozott pszichés problémák csak némileg emlékeztetik az egyént egykori önmagára. A testen okozott sérülés, a műtéti heg viszonylag gyorsan gyógyul, a testkép sérülése és a betegség okozta trauma azonban már kevésbé. Ezért kiemelt jelentőséggel bír egy jól felépített egészségpszichológiai intervenció, amelynek segítségével helyreállíthatjuk az énkép és a testkép sérüléseit, csökkenthetjük a fennálló depresszió és szorongás mértékét, a betegséghez kapcsolódó negatív attitűdöket, javulhat a páciens életminősége és pozitív irányba változhat egészségmagatartása.

IRODALOM

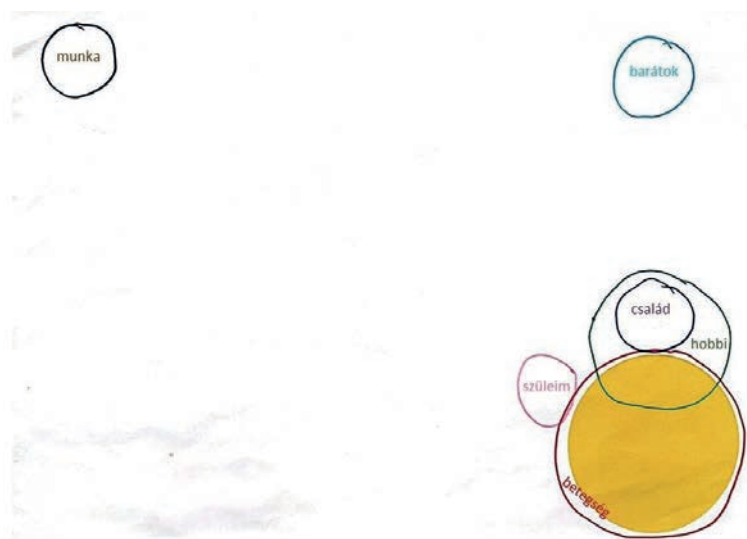
- Al-Ghazal, S. K., Fallowfield, L., Blamey, R. W. (1999). Does cosmetic outcome from treatment of primary breast cancer influence psychosocial morbidity?. *European Journal of Surgical Oncology*, 25, 571–573.
- Andersen, B. L. (2002). Biobehavioral outcomes following psychological interventions for cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 590–610.
- Boquiren, V. M., Esplen, M. J., Wong, J., Toner, B., Warner, E. (2013). Exploring the influence of gender-role socialization and objectified body consciousness on body image disturbance in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2177–2185.
- Boscolo, P., Youinou, P., Theoharides, T. C., Cerulli, G., Conti, P. (2008). Environmental and occupational stress and autoimmunity. *Autoimmun Reviews*, 7, 340–343.
- Breakey, J. W. (1997). Body image: the lower-limb amputee. *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 9(2), 58–66.
- Brittenden, J., Heys, S. D., Ross, J., Eremin, O. (1996). Natural killer cells and cancer. *Cancer*, 77(7), 1226–1243.
- Broadbent, E., Ellis, C. J., Gambl, G., Petrie, K. J. (2006). Changes in Patient Drawings of the Heart Identify Slow Recovery After Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine*, 68, 910–913.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Alley, P. G., Booth, R. J. (2003). Psychological stress impairs early wound repair following surgery. *Psychosomatic Medicine*, 65(5), 865–869.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Ellis, C. J., Yinga, J., Gambl, G. (2004). A picture of health—myocardial infarction patients' drawings of their hearts and subsequent disability. A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(6), 583–587.
- Brown, J. K., Byers, T., Doyle, C., Courneya, K. S., Demark-Wahnefried, W., Kushi, L. H., McTiernan, A., Rock, C. L., Aziz, N., Bloch, A. S., Eldridge, B., Hamilton, K., Katzin, C., Koonce, A., Main, J., Mobley, C., Morra, M. E., Pierce, M. S., Sawyer, K. A. (2003). Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: An American Cancer Society Guide for Informed Choices. *A Cancer Journal for Clinicians*, 53, 268–291.
- Choate, L. H. (2005). Toward a Theoretical Model of Women's Body Image Resilience. *Journal of Counseling & Development*, 83, 320–330.
- Collins, K., Gee, M., Clack, A., Wyld, L. (2018). The psychosocial impact of contralateral risk reducing mastectomy (CRRM) on women: A rapid review. *Psycho-Oncology*, 27, 43–52.
- Connolly, B. S., Barnett, C., Vogt, K. N., Li, T., Stone, J., Boyd, N. F. (2002). A meta-analysis of published literature on waist-to-hip ratio and risk of breast cancer. *Nutrition and Cancer*, 44(2), 127–138.
- Cousson-Gégélie, V., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, D. M., Jutand, M. A. (2007). Do Anxiety, Body Image, Social Support and Coping Strategies Predict Survival in Breast Cancer? A Ten-Year Follow-Up Study. *Psychosomatics*, 48(3), 211–216.
- Csabai, M., Erős, F. (2000). *Testthatárok és énhatárok*. Jászöveg Műhely.
- Csabai, M., Molnár, P. (1999). *Egészség, betegség, gyógyítás*. Springer.

- de Bruin, A. P., Woertman, L., Bakker, F. C., Oudejans, R. R. D. (2009). Weight-related sport motives and girls' body image, weight-control behaviors, and self-esteem. *Sex Roles: A Journal of Research*, 60(9–10), 628–641.
- Devine, E. C. (1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: A meta-analysis of 191 studies. *Patient Educational and Counseling*, 19(2), 129–142.
- Donovan-Kicken, E., Caughlin, J. P. (2011). Breast cancer patients' topic avoidance and psychological distress. The mediating role of coping. *Journal of Health Psychology*, 16(4), 596–606.
- Dunn, J., Holland, J., Hyde, M. K., Watson, M. (2015). Psycho-oncology and primary prevention in cancer control plans: an absent voice?. *Psycho-Oncology*, 24, 1338–1345.
- Enache, R. G. (2012). The relationship between anxiety, depression and self esteem in women with breast cancer after surgery. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 33, 124–127.
- Epel, E. S., Blackburn, E. H., Lin, J., Dhabhar, F. S., Adler, N. E., Morrow, J. D., Cawthon, R. M. (2004). Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(49), 17312–17315.
- Fairburn, L., Holcombe, C., Beesley, H. (2018). Breast Cancer Survivorship: Psychological Distress, Body Image, Sexuality and Importance of the Clinical Consultation. In L. Wyld, C. Markopoulos, M. Leidenius, E. Senkus-Konefka (Ed.), *Breast Cancer Management for Surgeons* (663–672. o.). Springer International Publishing.
- Falk Dahl, C. A., Reinertsen, K. V., Nesvold, I., Fossa, S. D., Dahl, A. A. (2010). A Study of Body Image in Long-Term Breast Cancer Survivors, *Cancer*, 116(15), 3549–57. 10.1002/cncr.25251.
- Fawzy, F. I. (1999). Psychosocial interventions of patients with cancer: what works and what doesn't. *European Journal of Cancer*, 35, 1559–1564.
- Fehér, P. V., Kecskés, B. (2011). A testkép pszichoanalitikus megközelítése és a testkép-szobor teszttel szerzett diagnosztikai és terápiás tapasztalatok pszichotikus páciensekkel. *Pszichoterápia*, 20(4), 272–277.
- Fisher, S., Cleveland, S.E. (1968). *Body image and Personality*. Dover Press.
- Foucault, M. (2000). *Elmebetegség és pszichológia – A klinika orvoslás születése*. Corvina.
- Gallagher, S., Cole, J. (1995). Body image and body schema in a deafferented subject. *The Journal of Mind and Behavior*, 16(4), 369–389.
- Geerardyn, F., Wallegem, P. (2005). “Françoise Dolto's clinical conception of the unconscious body image and the body schema”. In H. De Preester, V. Knockaert (Ed.), *Body Image and Body Schema: Interdisciplinary perspectives on the body* (299–310. o.). John Benjamins Publishing Company.
- Gillen, M. M., Lefkowitz, E. S. (2006). Gender role development and body image among male and female first year college students. *Sex Roles: A Journal of Research*, 55, 25–37. 10.1007/s11199-006-9057-4.
- Grogan, S., Mechan, J. (2017). Body image after mastectomy: A thematic analysis of younger women's written accounts. *Journal of Health Psychology*, 22, 1480–1490.
- Holzer, L. A., Sevelde, F., Fraberger, G., Bluder, O., Kickinger, W., Holzer, G. (2014). Body Image and Self-Esteem in Lower-Limb Amputees. *Plos One*, 9(3), e92943. 10.1371/journal.pone.0092943
- Hopwood, P., Sumo, G., Mills, J., Haviland, J., Bliss, J. M. (2010). The course of anxiety and depression over 5 years of follow-up and risk factors in women with early breast cancer:

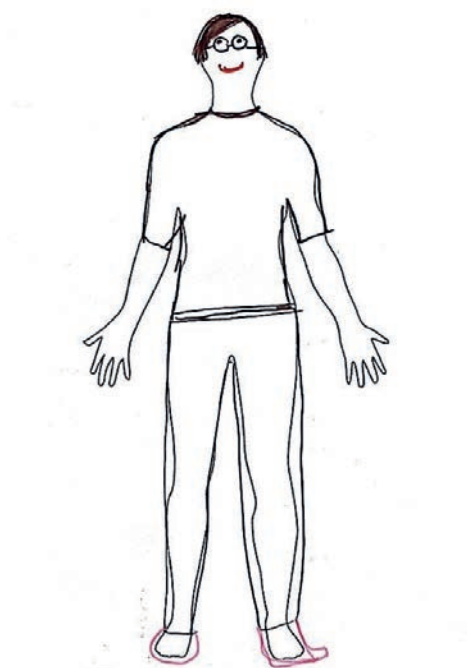
- Results from the UK Standardisation of Radiotherapy Trials (START). *The Breast*, 19(2), 84–91.
- Horwitz, E.B., Kowalski, J., Theorell, T., Anderberg, U. M. (2006). Dance/movement therapy in fibromyalgia patients: Changes in self-figure drawings and their relation to verbal self-rating scales. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 11–25.
- Hughes, E. K., Gullone, E. (2011). Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body Image*, 8(3), 224–231.
- Izydorczyk, B., Kwapniewska, A., Lizinczyk, S., Sitnik-Warchulska, K. (2018). Psychological Resilience as a Protective Factor for the Body Image in Post-Mastectomy Women with Breast Cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1181. 10.3390/ijerph15061181
- Johnston, M., Vögele, C. (1993). Benefits of Psychological Preparation for Surgery: a Meta-Analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 15(4), 245–256.
- Kabaa, R., Sooriakumarab, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 5(1), 7–65.
- Kahana, S., Drotar, D., Frazier, T. (2008). Meta-Analysis of Psychological Interventions to Promote Adherence to Treatment in Pediatric Chronic Health Conditions. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(6), 590–611.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Page, G. G., Marucha, P. T., MacCallum, R. C., Glaser, R. (1998). A műtét utáni felépülést befolyásoló pszichológiai tényezők pszichoneuroimmunológiai nézőpontokból. In R. Urbán (Ed.), *A magatartás, a lelki élet és az immunrendszer kölcsönhatásai* (305–323. o.). ELTE Eötvös Kiadó.
- Kyranou, M., Puntillo, K. (2012). The transition from acute to chronic pain: might intensive care unit patients be at risk?. *Annals of Intensive Care*, 2(1), 36. 10.1186/2110–5820–2–36
- Látos, M., Lázár, Gy., Ondrik, Z., Szederkényi, E., Hódi, Z., Horváth, Z., Csabai, M. (2021). Positive Psychology Intervention to Improve Recovery after Renal Transplantation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Contemporary Psychotherapy* (online). 10.1007/s10879–021–09515–6
- Levy, S., Herberman, R., Lippman, M., D'angelo, T. (1987). Correlation of stress factors with sustained depression of natural killer cell activity and predicted prognosis in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 5, 348–353.
- Loh, S. Y., Tan, F. L., Xavier, M. (2009). Depression, anxiety and stress in women with breast cancer: effect of a 4-week self management intervention. *Malaysian Journal of Psychiatry (online)*, 18, 1–9.
- Machover, K. (1951). Drawing of the human figure: A method of personality investigation. In H. H. Anderson, G. L. Anderson (Eds.), *An introduction to projective techniques* (341–369. o.). Prentice Hall.
- Martinsen, E. W. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(47), 25–29.
- Mathews, A., Ridgeway, V. (1981). Personality and surgical recovery: A review. *British Journal of Clinical Psychology*, 20(4), 243–260.
- Mátrai, Z., Gulyás, G., Kásler, M. (2015). *Az emlőrák korszerű sebészete*. Medicina.

- McGregor, B. A., Antoni, M. H. (2009). Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer: A review of stress pathways and biological mediators. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23, 159–166.
- McKinley, N. M. (1999). Women and objectified body consciousness: mothers' and daughters' body experience in cultural, developmental, and familial context. *Developmental Psychology*, 35, 760–769.
- Mensing, J. L., Bonifazi, D. Z., LaRosa, J. (2007). Perceived gender role prescriptions in schools, the superwoman ideal, and disordered eating among adolescent girls. *Sex Roles: A Journal of Research*, 57, 557–568. 10.1007/s11199-007-9281-6.
- Merleau-Ponty, M. (2006). *A látható és a láthatatlan*. Szabó Zsigmond. L'Harmattan.
- Mushtaq, M., Naz, F. (2017). Body Image Satisfaction, Distress and Resilience in Women with Breast Cancer Surgery: A within Group Study. *Journal of Postgraduate Medical Institute*, 31, 39–43.
- Park, C. L., Gaffey, A. E. (2007). Relationships Between Psychosocial Factors and Health Behavior Change in Cancer Survivors: An Integrative Review. *Annals of Behavioral Medicine*, 34(2), 115–134.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing About Emotional Experiences as a Therapeutic Process. *Psychological Science*, 8(3), 162–166.
- Perczel-Forintos, D. (2011). A kognitív terápia fénykora: a második és a harmadik hullám. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(1), 11–29.
- Petrie, K. J., Weinman, J. (2012). Patients' Perceptions of Their Illness: The Dynamo of Volition in Health Care. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 60–65.
- Reich, M., Lesur, A., Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, 110, 9–17.
- Reynolds, L., Broadbent, E., Ellis, C. J., Gamble, G., Petrie, K. J. (2007). Patients' drawings illustrate psychological and functional status in heart failure. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 525–532.
- Rodin, J., Silberstein, L., Striegel-Moore, R. (1984). Women and weight: a normative discontent. *Nebraska Symposium on Motivation*, 32, 267–307.
- Rogers, C. (2008). *Valakivé válni. A személyiség születése*. Edge 2000.
- Rybarczyk, B., Nyenhuis, D. L., Nicholas, J. J., Cash, S. M., Kaiser, J. (1995). Body Image, Perceived Social Stigma, and the Prediction of Psychosocial Adjustment to Leg Amputation. *Rehabilitation Psychology*, 40(2), 95–110. 10.1037/0090-5550.40.2.95
- Sándor, Z., Látos, M., Pócza-Véger, P., Havancsák, R., Csabai, M. (2020). The drawing version of the pictorial representation of illness and self measure. *Psychology & Health*, 35(9), 1033–1048.
- Schag, C. A., Ganz, P. A., Polinsky, M. L., Fred, C., Hirji, K., Petersen, L. (1993). Characteristics of women at risk for psychological distress in the year after breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 11, 783–793.
- Schain, W., Wellisch, D., Pasnau, R., Landsverk, J. (1985). The sooner the better: a study of psychological factors in women undergoing immediate versus delayed breast reconstruction. *American Journal of Psychiatry*, 142, 40–46.
- Segerstrom, S. C., Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601–630.

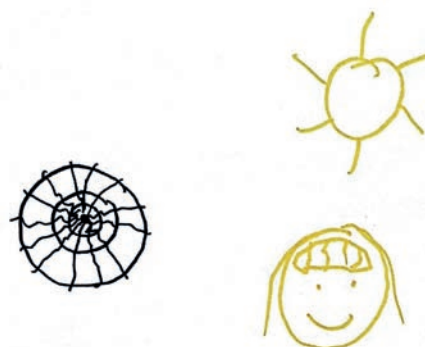
- Shekelle, R. B., Raynor, W. J. Jr., Ostfeld, A. M., Garron, D. C., Bieliauskas, L. A., Liu, S. C., Maliza, C., Paul, O. (1981). Psychological depression and 17-year risk of death from cancer. *Psychosomatic Medicine*, 43, 117–25.
- Sinclair, S. L., Myers, J. E. (2004). The relationship between objectified body consciousness and wellness in a group of college women. *Journal of College Counseling*, 7, 150–161.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Archives Of General Psychiatry*, 38, 527–533.
- Steiner-Adair, C. (1986). The body politic: normal female adolescent development and the development of eating disorders. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 14(1), 95–114.
- Stupiggia, M. (2016). *A bántalmazott test. A trauma-munka szomato-pszichoterápiás megközelítése*. Oriold és társai.
- Szondy, M. (2012). *Megélni a pillanatot – Mindfulness, a tudatos jelenlét pszichológiája*. Kulcslyuk Kiadó.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161–1173.
- Tedeschi, R., Calhoun, L. W. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.
- Thome, J., Espelage, D. L. (2004). Relations among exercise, coping, disordered eating, and psychological health among college students. *Eating Behaviors*, 5, 337–351. 10.1016/j.eatbeh.2004.04.002.
- Tringer, L. (2007). *A gyógyító beszélgetés*. Medicina.
- Tykkä, E., Asko-Seljavaara, S., Hietanen, H. (2002). Patient satisfaction with delayed breast reconstruction: A prospective study. *Annals of Plastic & Reconstructive Surgery*, 49, 258–263.
- van der Kolk, B. (2020). *A test mindent számontart – Az agy, az elme és a test szerepe a traumafeldolgozásban*. Ursus Libris.
- Vass, Z. (2011). *A képi kifejezéspszichológia alapkérdései. Szemlélet és módszer*. L'Harmattan.
- Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S., Davidson, J., Bliss, J. M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: A population-based cohort study. *The Lancet*, 354, 1331–1336.
- Wing, R. R., Matthews, K. A., Kuller, L. H., Meilahn, E. N., Plantinga, P. (1991). Waist to hip ratio in middle-aged women. Associations with behavioral and psychosocial factors and with changes in cardiovascular risk factors. *Arteriosclerosis and Thrombosis*, 11(5), 1250–1257.
- Witkin, H. A. (1962). Articulation of the Body Concept. In H. A. Witkin, R. B. Dyk, H. F. Faterson, D. R. Goodenough, S. A. Karp (Eds.), *Psychological Differentiation* (115–133. o.). Wiley.
- Yalom, I. D. (2019). *Egzisztenciális pszichoterápia*. Park Kiadó.



1. ábra. PRISM-D nonverbális rajzteszt, ahol a sárga kör szimbolizálja a Szelf-et, a fehér lap pedig a kliens életterét, ahová először betegségét, majd a számára fontos személyeket, tevékenységeket rajzolta fel egy-egy körrel ábrázolva.



2. ábra. Dóra által készített kép önmagáról.



3. ábra. Rajz a betegségről és a gyógyulást elősegítő tényezőkről.