

PSYCHOSOCIALE BEGELEIDING VAN DE ONCOLOGISCHE PATIËNT

Murly Tan

GZ-psycholoog



Erasmus MC
Universitair Medisch Centrum Rotterdam



Gespecialiseerde psychosociale zorg

Voor overleg, consultatie, medebehandeling en deskundigheidsbevordering zijn de diverse disciplines van de afdeling Psychosociale Zorg & Consultatieve Psychiatrie laagdrempelig aanspreekbaar.

Psychiater & Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundige

GZ-Psycholoog

Maatschappelijk Werk

Geestelijke verzorging



Emotionele verwerking van kanker in fasen

De tijd rond:

- de diagnose (ongeloof en schok)
- begin van de behandeling (afleiding, overleven, er wordt iets gedaan, confrontatie hulpverleners)
- afsluiting van de behandeling (verlies veiligheid, verwerking begint)
- vaststelling van terugkeer van de ziekte of uitzaaing
- gevorderde ziekte en leven met uitzicht op de dood
- overleving (heroriëntatie op het leven, leven met kanker)

geeft extra spanning en vraagt veel van het aanpassingsvermogen van de patiënt en zijn naasten.



Stress in de acute fase

(De Jong & Van Weezel, IKA 1997)

Somatisch niveau

- het eerste vermoeden
- diagnostisch onderzoek en uitslagen
- de klachten, aard, het stadium en de prognose van de tumor
- behandeling en gevolgen

Psychisch niveau

- aantasting van zelfbeeld
- verlies van rollen en taken
- luxatie van oud leed

Sociaal niveau

- verstoring van het evenwicht in het eigen steunsysteem
- (gedeeltelijk) verlies van werk/ sociale activiteiten
- confrontatie met medisch steunsysteem



Knelpunten in de chronische fase: verder leven met kanker

Somatisch niveau

- kans op terugkeer van de ziekte/ recidief
- lichamelijke gevolgen van de ziekte en behandeling
- terugkeer van de ziekte en (palliatieve) behandelingen

Psychisch niveau

- verwerking van de kanker
- herstel van (geschonden) zelfbeeld

Sociaal niveau

- herstel van evenwicht in het eigen steunsysteem
- hervatting van werk/ sociale activiteiten
- terugtreden van medische hulpverleners

Knelpunten in de palliatief-terminale fase (IKA, 1997)

1. Somatisch niveau

Lichamelijke klachten ten gevolge van de tumorgroei en/of palliatieve behandeling

Beheersbaarheid van lichamelijke klachten

Pijnbestrijding: angst voor autonomieverlies en verslaving

Keuze voor palliatieve behandelingen

Knelpunten in de palliatief-terminale fase (IKA, 1997)

2. Psychisch niveau

Aanpassing aan de slechte prognose en het naderend overlijden

Vaak onverwacht en niet te bevatten

Beleven en ontkennen

Sprong voorwaarts

Integratie naderend levenseinde in zelfbeeld

Afscheid van het leven

Zingevingsvragen

Confrontatie met het sterven (angst voor aftakeling) en de dood

Knelpunten in de palliatief-terminale fase (IKA, 1997)

3. Sociaal niveau

Aanpassing van eigen steunsysteem

Emotionele reacties van alle betrokkenen rond afscheid

Omgaan met (verstoorde) relaties in de familie

Toenemende afhankelijkheid van de patient

Copingstijlen veranderen meestal niet

Samenwerking met medische hulpverleners

Te grote gehechtheid/ te weinig distantie om moeilijke beslissingen zorgvuldig af te wegen

Wrok over falende behandelingen/ teleurstellende ervaringen met behandelaars



Risicofactoren psychosociale problematiek

Persoonsgebonden:

- Jonge leeftijd
- Alleenstaand, gescheiden, weduwe/
weduwnaar
- Alleenwonend
- Relatieproblematiek
- Met kinderen jonger dan 21
- Financiële problemen
- Gebrek aan sociale steun
- Psychiatrische/ psychologische
behandelvoorgeschiedenis
- Opeenvolgende levensgebeurtenissen
- Middelenmisbruik (alcohol/ drugs)

Ziekte gebonden:

- Ten tijde van de diagnose en
terugkeer van de ziekte
- Gevorderde ziekte
- Slechte prognose
- Meer bijwerkingen van behandeling
- Vermoeidheid
- Functionele beperkingen
- Chronische pijn
- De arts wordt niet als steun beleefd

Utrechtse copinglijst (UCL): coping stijlen

Actief aanpakken, confronteren

De situatie rustig van alle kanten bekijken, de zaken op een rijtje zetten, doelgericht en met vertrouwen te werk gaan om het probleem op te lossen

Afleiding zoeken

Zich met andere dingen bezighouden om niet aan het probleem te hoeven denken, proberen zich wat prettiger te voelen door bijv. te roken, te drinken of zich wat te ontspannen

Vermijden, afwachten

De zaak op zijn beloop laten, de situatie uit de weg gaan of afwachten wat er gaat gebeuren

Sociale steun zoeken

Het zoeken van troost en begrip bij anderen, zorgen aan iemand vertellen of hulp vragen



Utrechtse copinglijst (UCL): coping stijlen Vervolg:

Passief/ depressief reactiepatroon

Zich volledig door de problemen en de situatie in beslag laten nemen, de zaak somber inzien, zich piekerend in zichzelf terugtrekken, niet in staat zijn om iets aan de situatie te doen, piekeren over het verleden

Expressie van emoties

Het laten blijken van ergernis of kwaadheid, spanningen afreageren

Geruststellende en troostende gedachten hanteren

Zichzelf geruiststellen met de gedachte dat na regen zonneshijn komt, dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben of dat er nog wel ergere dingen gebeuren, jezelf moed inspreken



Wisselwerking: patiënt, familie, behandelaars

Pt

Familie

Wij

Ontkent



De emotionele betrokkenheid van de behandelaar

- De optimale relatie kan worden bedreigd door:

Confrontatie met (eigen) existentiële problematiek

Identificatie met de patiënt (leeftijd, levensstijl, persoonlijkheid etc.)

Interferentie met eigen herinneringen / ervaringen / problemen, leed

Betrokkenheid, teveel of te weinig

Grenzen overschrijden

