

راهنمای آکسفورد
درمان شناختی - رفتاری سرطان

فهرست مطالب

۷.....	پیش درآمد
۱۱.....	پیشگفتار نویسنده
۱۳.....	پیشگفتار برگرداننده

بخش اول

مبانی روان‌شناختی سرطان

۱۷.....	فصل اول: افراد مبتلا به سرطان چه احساس‌هایی را تجربه می‌کنند؟
۲۷.....	فصل دوم: مدل شناختی سازگاری با سرطان
۴۷.....	فصل سوم: آیا درمان شناختی رفتاری می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد؟
۷۱.....	فصل چهارم: آیا درمان روان‌شناختی می‌تواند بر طول عمر تأثیر بگذارد؟

بخش دوم

درمان شناختی - رفتاری برای افراد مبتلا به سرطان

۸۱.....	فصل پنجم: مروری بر درمان
۹۹.....	فصل ششم: جلسه درمان
۱۱۵.....	فصل هفتم: تجربه کردن و ابراز هیجان در روند روان‌درمانی تکمیلی
۱۳۱.....	فصل هشتم: تکنیک‌های رفتاری
۱۵۵.....	فصل نهم: تکنیک‌های شناختی ۱: تکنیک‌های شناختی اصلی
۱۷۶.....	فصل دهم: تکنیک‌های شناختی ۲: کارکردن روی اضطراب و افسردگی
۱۹۵.....	فصل یازدهم: کاربرد تکنیک‌های شناختی و رفتاری برای مشکلات متداول
۲۱۱.....	فصل دوازدهم: سرطان در بافت: کارکردن با باورها و فرضیه‌های زیربنایی
۲۲۷.....	فصل سیزدهم: کارکردن با زوجها
۲۴۳.....	فصل چهاردهم: درمان شناختی - رفتاری در بیماری‌های پیشرفته و غیرقابل درمان
۲۶۷.....	فصل پانزدهم: اختلال سوگ طولانی‌مدت در بین مراقبان داغ‌دیده
۲۷۷.....	فصل شانزدهم: گروه‌درمانی
۲۸۷.....	فصل هفدهم: نکات پایانی

۲۸۹.....	ضمیمه ۱: مقابله با سرطان
۲۹۵.....	ضمیمه ۲: خطاهای شناختی
۲۹۹.....	ضمیمه ۳: برنامه‌ریزی فعالیت هفتگی
۳۰۱.....	ضمیمه ۴: ثبت افکار
۳۰۳.....	ضمیمه ۵ الف: مقیاس سازگاری روانی با سرطان (MACS)
۳۰۷.....	ضمیمه ۵ ب: پرسشنامه مقابله با سرطان (نسخه ۲۱ سؤالی)
۳۰۹.....	ضمیمه ۵ ج: چک‌لیست نگرانی‌های مربوط به سرطان
۳۱۱.....	منابع
۳۴۵.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۳۴۹.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

پیش درآمد

من هم مانند خیلی از افراد فکر می‌کنم زمان مسافرت با هواپیما فرصت مناسبی برای مطالعه کردن است. هیچ ایمیل، مکالمه تلفنی و گفت‌وگویی با همکاران، دوستان و خانواده وجود ندارد و تمام این زمان در اختیار من است. اما این انتظارات من خیلی خوش‌بینانه است، مخصوصاً زمانی که کتاب‌هایی که مطالعه می‌کنم عنوان «استرس» یا «مقابله» را دارد. در چنین شرایطی، فردی که کنار من نشسته است، احتمالاً نگاه مختصری به آنچه در حال مطالعه آن هستم می‌اندازد، سپس رو به من می‌کند و با صدایی که کمی توطئه‌آمیز است، شروع به صحبت می‌کند. همچنین می‌خواهد که در مورد استرس‌های زندگی‌اش بگوید یا از من می‌خواهد که رازهای مقابله موفقیت‌آمیزم را تنها در چند کلمه و به‌طور مختصر به اشتراک بگذارم. من معمولاً به داستان استرس‌های دیگران گوش می‌دهم، نه فقط به دلیل اینکه مؤدب باشم، بلکه به دلیل اینکه من به چنین داستان‌هایی علاقه‌مندم و اغلب کاملاً تکان‌دهنده هستند. اما زمانی که از من خواسته می‌شود که رازهای مقابله موفقیت‌آمیزم را به اشتراک بگذارم، آشکار می‌کنم که من روان‌شناسی هستم که تحقیق می‌کند نه روان‌شناسی که بیمار می‌بیند. معمولاً این پاسخ من، یک بی‌علاقگی فوری را به جای می‌گذارد و من بار دیگر طرد شدن را با این صحبت آنان که وقت مطالعه و کار مرا نمی‌گیرند، تجربه می‌کنم.

فردی که کنار من نشسته احتمالاً فرض می‌کند، من به‌عنوان یک محقق تنها با داده‌ها می‌توانم خوب کارکنم و برای صحبت کردن در مورد مفهوم داده‌ها جهت کمک کردن به افرادی که درگیر روزهای سخت هستند، مهارت لازم را ندارم. درحقیقت این فرضیه، عمیقاً در فرهنگ‌های علوم رفتاری و اجتماعی از طرفی و کار بالینی از طرف دیگر جای گرفته است. به لحاظ تاریخی، این دو فرهنگ از ابتدا جدا بوده‌اند؛ آن‌ها به زبان‌های مختلفی صحبت می‌کردند و موضوعات متفاوتی داشتند. برای مثال علوم اجتماعی و رفتاری بر توصیف و حتی پیش‌بینی رفتار تمرکز دارند، درحالی‌که کار بالینی بر تشخیص و درمان مشکلات سازگاری و بیماری‌های روانی متمرکز است. اما در سال‌های اخیر هر رشته علمی در حال پیدا کردن دلایلی برای پر کردن شکاف موجود و ساختن پلی است که اجازه می‌دهد دانش جریان یابد و همکاری میان‌رشته‌ای ارتقا یابد.

یک مفهوم به‌ویژه نقش کلیدی در متصل کردن شکاف ایفا می‌کند: استرس. از نظر بالینی استرس به‌عنوان علت رفتارهایی مانند سیگار کشیدن، مصرف الکل، پرخوری و استفاده از داروهای غیرقانونی می‌تواند موجب بیماری و حتی مرگ شود. مطالعه چنین رفتارهایی عمده‌تاً توسط دانشمندان علوم اجتماعی و رفتاری انجام می‌شد. بدین ترتیب درمانگران نیازمند کمک گرفتن از محققین هستند.

به عبارتی دیگر، دانشمندان علوم اجتماعی و رفتاری علاقه فزاینده‌ای دارند به اینکه چطور فرایندهای روان‌شناختی مرتبط با استرس بر سیستم‌های بدنی اثر منفی می‌گذارد و موجب بیماری می‌شود. پیشرفت فناوری، پیگیری چنین پرسش‌هایی را ممکن می‌سازد و به همین دلیل امروزه محققین می‌خواهند با درمانگران و جمعیت بیمارانشان ارتباط داشته باشند.

استرلینگ موری و استون گریر در این اثر، پرده از این فرآیند پل‌سازی بین درمانگر و بیمار برمی‌دارند. موری و گریر روان‌درمانی تکمیلی را جهت حمایت از بهزیستی بیماران مبتلا به سرطان توسعه دادند. آن‌ها سپس تحقیق بالینی را جهت تعیین اثرات درمان و تکرار یافته‌های اولیه‌شان در بین افراد دیگر اجرا کردند. در همان زمان و احتمالاً تحت تأثیر مطالعات پیشگامان موری و گریر، دیگران نیز تغییراتی در درمان شناختی-رفتاری برای بیماران مبتلا به سرطان طراحی و امتحان کردند. قبل از اواخر سال ۱۹۹۰، تعداد قابل قبولی از مطالعات، انجام شده بود که امکان فراتحلیل را فراهم می‌کرد. منافع و همچنین محدودیت‌های درمان‌های شناختی-رفتاری به‌طور کلی و روان‌درمانی تکمیلی به‌طور ویژه مشخص شدند.

این کتاب درک عمیقی از جمعیت بیمارانی که درمان‌های شناختی-رفتاری می‌تواند برایشان بیشترین اثربخشی را داشته باشد و موضوعاتی را که گروه‌های مختلف بیمار با آن روبه‌رو می‌شوند نشان می‌دهد. همچنین تجربه نویسندگان در مورد اینکه چطور درمانگر باید بیمار را نه فقط در بیماری بلکه در مراحل مختلف درمان، مانند ورود، میانه راه و خروج از درمان درگیر کند، آگاه می‌سازد.

در زمان ویراست اول کتاب گریر و موری، رشته روان‌شناسی سرطان در ابتدای راه بود. در دهه اخیر گسترش چشمگیری در مداخلات، شامل رشد درمان‌های مبتنی بر شواهد جهت حمایت از کیفیت زندگی و بهزیستی بیماران مبتلا به بیماری مزمن یا در حال مرگ شکل گرفت و کار موری و گریر در این دوره گسترش و ادامه پیدا کرد. فرآیندی که آن‌ها از طریق آن درمانشان را توسعه دادند، با استفاده از تجربه دست‌اولشان با بیماران مبتلا به سرطان بود که با تحقیق خودشان و همچنین پژوهش دیگران بهبود پیدا کرد و روشن کرد که شیوه تحقیق و کار بالینی می‌تواند متقابلاً مفید باشد.

با توجه به معمای هواپیمای من، دفعه بعد کتاب موری و گریر را در بالای محل مطالعه‌ام قرار می‌دهم، تا توجه کسانی که علاقه ویژه‌ای به سرطان دارند را جلب کند. از این پس به فرد کناری‌ام کتاب موری و گریر را برای طول دوره پرواز پیشنهاد خواهم داد؛ این کار دو فایده دارد: اول شناسی را جهت یادگیری در مورد پیچیدگی مقابله با سرطان برای او فراهم می‌کند و دوم باعث می‌شود وقت ارزشمند مطالعه من در هواپیما هدر نرود.

سوزان فولکمن

سان متئو

ژانویه ۲۰۱۱

همان‌طور که هیچ‌کس در سلامتی یکسان نیستند، بنابراین در بیماری هم یکسان نیستند و هیچ تشخیصی کامل نیست و یا دقیقاً دربرگیرنده تخمین دقیقی از ویژگی یا وضع طبیعی بیمار نیست ... برای درمان یک انسان بیمار فقط به تشخیص نیاز نداریم. بلکه نوع و درجه خصوصیت‌هایی که به نظر می‌رسد به وسیله وراثت، تغییرات شرایط زندگی گذشته و خیلی چیزهای دیگر در ایجاد آن نقش داشته است هم نیاز است.

جیمز پاجت (۱۸۸۵)

پیشگفتار نویسنده

زمانی که اولین نسخه این کتاب در سال ۱۹۸۹ منتشر شده بود، پروفیسور تیم مک الوین یکی از برجسته‌ترین سرطان‌شناسان بریتانیا در مقدمه نوشت:

«البته آنچه ما اینجا داریم کتابی است که در حال پیشرفت است و واضح است که به کار بیشتری نیاز دارد تا برای حمایت از درمان‌ها اصلاح، تکمیل و معتبر شود؛ اما من مطمئن هستم که این کتاب مهم برای هرکس که نگران مدیریت بیماران سرطانی است، ضرورتی ویژه خواهد داشت».

۲۰ سال پیش یعنی زمانی که این کتاب نوشته شد، درمان شناختی خودش را به‌عنوان یک درمان روان‌شناختی با قوی‌ترین شواهد مطرح کرد و روان‌شناسی سرطان خودش را به‌عنوان شاخه‌ای مستحکم از روان‌شناسی سلامت نشان داد. مطالعات ما از حوزه اولیه مرحله اولیه سرطان قابل‌درمان به زمینه درمان موقتی تغییر پیدا کرد و این تغییر در بخشی از فصل بیماری پیشرفته و فصل جدید درمان سوگ منعکس شد. مداخلات در روان‌شناسی سرطان پیچیده‌تر شد و ما هم‌اکنون توجه بیشتری به انطباق درمان شناختی - رفتاری با مشکلات و علائم ویژه سرطان داریم. هم فهم درمان شناختی - رفتاری از فرآیندهای روان‌شناختی مانند توجه انتخابی، رفتارهای امن و نقش نگرانی و نشخوار فکری در حفظ اختلالات افزایش یافت و هم ما برخی از این بینش‌ها را به درمانمان وارد کردیم. خواننده‌های نسخه‌های قبلی از وضوح و شفافیت متن قدردانی کردند و ما قصد نداریم متن را اساساً تغییر دهیم بلکه بیشتر می‌خواهیم مطالب را در سایه تحقیقات اخیر و پیشرفت‌های بالینی به‌روز کنیم. در این ویراست ساختار دوبخشی کتاب مثل قبل حفظ شده است. بخش اول، برخی از جنبه‌های عملی، نظری و بالینی و کلیدی روان‌شناسی سرطان را توصیف می‌کند. این بخش با بیان روایت‌هایی از تجارب افراد مبتلا به سرطان و واکنش‌های عاطفی رایج به بیماری آغاز می‌شود. در فصل ۲، این واکنش‌ها در بافتار شناختی - رفتاری قرار می‌گیرند و همچنین مدل شناختی سازگاری با سرطان را نیز در اینجا به‌روز کرده‌ایم. فصل ۳ و ۴ شواهد اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری بر افراد مبتلا به سرطان و اثر درمان بر خود فرایند بیماری را مرور می‌کند. بخش دوم شرح ویژه ما از درمان شناختی - رفتاری برای افراد مبتلا به سرطان معروف به روان‌درمانی تکمیلی را توصیف می‌کند. این بخش با مرور روان‌درمانی تکمیلی در فصل ۵ و به دنبال آن توصیف ساختار و طبیعت روابط درمانی در فصل ۶ شروع می‌شود. فصل‌های ۷، ۸ و ۹ تکنیک‌های هیجانی، رفتاری و شناختی را که در درمان مورد استفاده قرار می‌گیرد

معرفی می‌کنند. این فصل‌ها به‌جز برخی بروزرسانی‌های فصل ۷ براساس اندیشه‌های جدیدتر در مورد اجتناب تجربه‌ای، از آخرین ویرایش بدون تغییر باقی ماند. ما تکنیک‌های کارکردن با اضطراب و افسردگی (در فصل ۱۰ توصیف شده‌اند) را از تکنیک‌های مربوط به مشکلات رایج دیگر (که در فصل ۱۱ پوشش داده شده‌اند) جدا کرده‌ایم. بخش گسترده‌ای از این کتاب را به مدیریت اضطراب اختصاص داده‌ایم که شامل مطالب بیشتر در مورد نگرانی و ترس است. فصل ۱۱ هم‌اکنون اطلاعات جزئی‌تر در مورد چگونگی کار با بی‌خوابی، خستگی، درد و حالت تهوع و همچنین خشم را شامل می‌شود. فصل ۱۲ رهنمودهای بیشتری در مورد خلق مفهوم رشدی و چگونگی کار با باورهای زیربنایی می‌دهد. فصل ۱۳ توصیف می‌کند چطور شریک زندگی می‌تواند در جلسه درمان نقش داشته باشد. فصل ۱۴ کاربرد ویژه درمان شناختی - رفتاری برای افراد مبتلا به بیماری پیشرفته یا بیماری غیرقابل درمان را نشان می‌دهد. این حوزه کاری چالش‌برانگیز و بسزایی است که به‌طور سنتی بیشتر درمان‌های حمایتی و انسان‌دوستانه را حفظ می‌کند. ما در فصل ۱۵ کاربرد تکنیک‌های شناختی-رفتاری برای واکنش‌های غم و اندوه را توصیف می‌کنیم و همانند ویرایش قبلی، در فصلی در مورد کارکردن با گروه‌ها نتیجه‌گیری می‌کنیم. امیدواریم که این کتاب ادامه پیدا کند تا به آسانی قابل خواندن و آموزش‌دادن باشد و از همه بالاتر بلافاصله مورد استفاده عملی متخصصینی قرار گیرد که درگیر مراقبت بالینی از بیماران مبتلا به سرطان هستند. این کتاب احتمالاً مورد علاقه پرستاران و سرطان‌شناسانی است که می‌خواهند یاد بگیرند چطور یک رویکرد مسئله‌محور را برای نگرانی‌های روان‌شناختی بیماران به‌کارگیرند؛ و همچنین احتمالاً منبع مفیدی برای روان‌شناسان، روان‌پزشکان و دیگر متخصصین سلامت روان است که در محیط‌های پزشکی کار می‌کنند.

بدینوسیله می‌خواهیم از کتی برن^۱ و لین اسنودن^۲ برای بحث‌های بالینی که پایه برخی مطالب جدید در کتاب را تشکیل دادند، همچنین از مگدا موری^۳ بابت نکته‌های مفید برای پیش‌نویس اولیه و کارول سل^۴ برای حمایت بی‌وقفه در طول آماده‌سازی این کتاب تشکر کنیم. مانند همیشه بیماران ما بودند که بیشتر به ما آموختند و ما عمیقاً مدیون آن‌ها هستیم.

استرلینگ موری

استیون گریب

1. Kathy Burn
2. Lyn Snowden
3. Magda Moorey
4. Carol Sells

پیشگفتار بر گرداننده

به زبان آوردن واژه‌اش سخت است و سنگین

دلهره می‌آورد و وحشت

همین که می‌فهمند این بیماری را دارند، ته دنیا را می‌بینند و مرگ را تصور می‌کنند

غافل از این که اگر زودتر پی به بیماری خود می‌بردند، درمان‌پذیر بود

غافل از این که اگر کمی سبک زندگی خود را اصلاح می‌کردند، این بیماری را فرسنگ‌ها از خود دور می‌کردند.

بیماری سرطان سومین معضل سلامتی در ایران و دومین معضل سلامتی در جهان است و مسئول یک‌پنجم از مرگ‌ومیرها در کل دنیا به شمار می‌رود. هرچند بروز سرطان در ایران کمتر از آمار متوسط جهانی است، اما پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهند ابتلا به این بیماری در ایران به دلیل افزایش سن جمعیت، عوامل محیطی و تغییر در شیوه زندگی، سیر صعودی دارد.

گنجینه‌ای از شواهد وجود دارد که بر ارتباط سرطان با فشار روانی و آن دسته از عوامل هیجانی دلالت دارد که جزء لاینفک جوامع متمدن هستند.

علاوه بر تأثیر مسائل روان‌شناختی در شکل‌گیری سرطان، تشخیص و درمان سرطان نیز با استرس و اضطراب همراه است و سلامت فرد را به‌طور منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد.

افراد بزرگسال مبتلا به سرطان از شروع بیماری‌شان با مشکلات زیادی روبرو می‌شوند که اصلی‌ترین مشکل روان‌شناختی آن‌ها، اضطراب و افسردگی است. همچنین شواهد حاکی از این است که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان نیز افت قابل‌ملاحظه‌ای پیدا می‌کند.

امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان‌شناختی در روند بهبود بیماری‌های مزمن جسمی مورد تأیید قرار گرفته است و با گسترش روزافزون رشته روان‌شناسی سلامت، روان‌شناسان نقش فعال‌تری را در فرایند درمان این بیماری‌ها به عهده گرفته‌اند. در چند دهه اخیر پیشرفت‌های شایان توجهی در گسترش مداخلات روانی - اجتماعی برای بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفته است و یکی از درمان‌های روان‌شناختی مورد استفاده برای بیماران مبتلا به سرطان، درمان روان‌شناختی تکمیلی است.

بعد از بررسی‌هایی که در زمینه درمان‌های روان‌شناختی موجود برای مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد و کمبودهایی که در این حوزه دانش در ایران احساس می‌شد، تصمیم گرفتیم که این کتاب را که مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری است، برای استفاده درمانگران و متخصصین سلامت روان که می‌خواهند بر روی مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان کار

کنند، برگردان کنیم.

برگرداندن این کتاب راهنما، برای هرکسی که نگران مدیریت بیماران مبتلا به سرطان با رویکرد مسئله‌محور است ارزش حیاتی دارد و به تجربه ثابت خواهد شد که این کتاب، راهنمایی‌های ارزشمندی در مورد اینکه چگونه درمانگران یا متخصصین سلامت روان می‌توانند به بیماران مبتلا به سرطان جهت مواجهه با مشکلات روان‌شناختی خود کمک کنند فراهم می‌سازد.

جا دارد از همه کسانی که مشوق ما در ترجمه این کتاب بودند و مخصوصاً انتشارات ارجمند که این افتخار را به ما داد تا بتوانیم این کتاب را در این انتشارات به چاپ برسانیم کمال تشکر و قدردانی را داشته باشیم.

از خداوند متعال برای همه بیماران مبتلا به سرطان، بهبودی و شفای عاجل را مسألت داریم که اوست شفادهنده حقیقی.

یا حق

وحید صادقی فیروزآبادی

دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت

عضو هیئت‌علمی گروه روان‌شناسی

دانشگاه شهید بهشتی

مردادماه ۹۷

بخش اول

مبانی روان‌شناختی سرطان

افراد مبتلا به سرطان چه احساس‌هایی را تجربه می‌کنند؟

جان، یک معمار ساختمانی ۲۶ ساله بود که زندگی فعالی داشت، زمانش را بین نامزدش، دوستانش و فوتبال تقسیم می‌کرد، البته لزوماً همیشه این‌گونه نبود. او مردی قوی و سالم بود، از زندگی‌اش لذت می‌برد و هیچ سابقه‌ای از بیماری جدی جسمی یا روان‌پزشکی نداشت. یک روز هنگامی که در حال رابطه جنسی با نامزدش بود، متوجه شد که بیضه چپش ورم کرده است. نامزدش او را وادار کرد که دکترش را ملاقات کند، پزشک او را به متخصص سرطان‌شناسی ارجاع داد و در نتیجه مشخص شد جان سرطان پروستات دارد. غروب همان روز، بعد از نوشتن یادداشتی برای مادر و نامزدش خودش را با انبوهی از داروهای با دوز بالا کُشت. تراژدی مرگ این مرد با دانستن این حقیقت که تومورهای سرطانی بیضه در مردان جوان به میزان زیادی قابل‌درمان هستند، ناراحت‌کننده‌تر می‌شود (هورویچ، ۱۹۹۵). خوشبختانه چنین موردی نادر است، اما این روایت‌ها آشفتگی عاطفی شدیدی را که سرطان ایجاد می‌کند، به تصویر می‌کشند.

ضرورت نیاز به تشخیص صحیح

شکی نیست که تشخیص سرطان، در بیشتر مردم بیش از دیگر بیماری‌ها - که به اندازه سرطان جدی هستند یا حتی پیش‌آگهی بدتری دارند - ترسی را به وجود می‌آورد (مک ایتوش، ۱۹۷۴). علی‌رغم این‌که پیشرفت‌های درمان سرطان به‌خوبی اطلاع‌رسانی شده است، بازهم برای تعداد زیادی از مردم واژه سرطان، تکثیر غیرقابل‌کنترل و وحشتناک سلول‌های نابودکننده بدن را تداعی می‌کند که منجر به مرگ تدریجی و دردناک می‌شود. جای تعجب نیست که تاکنون پزشکان مانع آگاهی بیماران از تشخیص سرطان می‌شدند. بیماران چه احساسی در این‌باره دارند؟ برای درک این‌که بیماران چه احساسی دارند، تصور کنید شما دچار سرطان پیشرفته هستید. پزشک شما گمان می‌کند که نمی‌توانید با حقیقت کنار بیایید، از گفتن تشخیص درست به شما سرباز می‌زند و به جای آن با کلمات زیبا شما را فریب می‌دهد. به همسر یا آشنای نزدیک شما گفته می‌شود که شما به سرطان مبتلا هستید و به آن‌ها

توصیه می‌شود که تشخیص را به شما نگویند و ظاهرشان را در برابر شما شاد نگه‌دارند. در همین میان نشانه‌های شما بدتر می‌شود و شما شک می‌کنید که ممکن است دچار سرطان باشید اما نه پزشک و نه نزدیک‌ترین و صمیمی‌ترین دوست شما، حقیقت را به شما نخواهد گفت. به شما گفته می‌شود که نیاز به عمل جراحی دارید. شما در بخش جراحی عمومی بستری می‌شوید. در اینجا شما به سختی از همه اعمال بسیار رایج آگاه می‌شوید؛ به عبارت دیگر گروه جراحی در پایین تخت شما می‌ایستد و به آهستگی درباره شما پی‌پی‌سی می‌کنند و شما متوجه می‌شوید که آن‌ها این کار را هنگام برقراری ارتباط با بقیه بیماران در اتاق عمومی انجام نمی‌دهند، شما احساس تنهایی، اضطراب و درماندگی زیادی می‌کنید، تحت عمل جراحی بزرگی قرار می‌گیرید. در این شرایط ترس و عدم اطمینان، شما به احتمال زیاد آشفتگی عاطفی شدیدی را تجربه خواهید کرد.

تجاری از این دست در طی سال‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ رایج بود. در یک مطالعه زمینه‌یابی از آمریکا آمده است که در آن زمان حدود ۹۰ درصد از پزشکان، تشخیص سرطان را به بیماران خود فاش نمی‌کردند (اوکن، ۱۹۶۱). این مسئله در انگلستان نیز امری مرسوم بود. بی‌تردید پزشکیانی که بیماران را از این تشخیص ترسناک بی‌اطلاع نگه می‌داشتند، بهترین نیت‌ها را داشتند؛ اما آیا حق داشتند این کار را انجام دهند؟ در آن جو حاکم بر انگلیس، مطالعه‌ای پیشگام و جسورانه انجام شد. در این پژوهش به یک سری از بیماران مبتلا به سرطان که برای پروتودرمانی در بیمارستان حضور داشتند، تشخیص سرطان گفته شد و واکنش‌های آن‌ها ۱ تا ۴ هفته بعد مورد ارزیابی قرار گرفت (ایتکن، سو آن و ای سون، ۱۹۵۹). نتایج آموزنده بود. آن‌ها نشان دادند ۶۶ درصد از بیماران با این حقیقت که به آن‌ها گفته شده بود دچار سرطان هستند، موافقت کردند، تنها ۷ درصد موافقت نکردند و به‌طور قابل توجهی، ۱۹ درصد حقیقتی که به آن‌ها گفته شده بود را انکار کردند (واکنش ۷ درصد باقی‌مانده مشخص و قطعی نبود). این یافته برجسته که اکثریت غالب بیماران مبتلا به سرطان می‌خواهند از تشخیص مطلع شوند، دگرگونی‌ای را در نگرش‌های پزشکی و فعالیت‌های بالینی آغاز کرد. اگرچه عمل آشکار نکردن تشخیص سرطان به بیماران تا به امروز در جنوب و شرق اروپا ادامه دارد، افشاگری تشخیص هم‌اکنون در غرب اروپا، شمال آمریکا و استرالیا امری رایج است (هول‌اند و مارچینی، ۱۹۹۸)؛ اما تغییر در نگرش‌های پزشکی به افشاگری تشخیص محدود نشد بلکه آغاز خوشایندی برای دگرگونی بعدی بود. دگرگونی بسیار عمده‌ای شکل گرفته است و نگرش پدرسالارانه تعداد زیادی از جراحان به سمت روابط حرفه‌ای مساوی‌تر که در آن بیمار کاملاً در مورد بیماری‌اش مطلع می‌شود یا به اندازه‌ای که تمایل دارد از بیماری‌شان آگاه می‌شوند، تغییر کرد و در این رویکرد جدید گاهی از بیمارها خواسته می‌شود تا نقشی در تصمیم‌گیری درباره درمان داشته باشند. حداقل این چیزی است که فکر می‌کنیم اتفاق افتاده است. در واقع تغییر، آهسته‌آهسته در سراسر انگلستان در حال

شکل‌گیری است. در گزارش زیر، بیماری تجاربخش را (در سال ۱۹۹۸) برای یکی از نویسندگان، توصیف کرده است:

«من در معده‌ام احساس درد می‌کردم و فکر کردم این فقط سوءهاضمه است. سپس یبوست شروع شد اما گاهی اوقات دچار اسهال هم می‌شدم. زمانی که شروع به بالا آوردن غذایم کردم، شوهرم مرا مجبور کرد تا به دکتر بروم و دکتر مرا به بیمارستان فرستاد. آن‌ها تعدادی آزمایش بسیار ناخوشایند انجام دادند اما هرگز به من در مورد نتیجه آن چیزی نگفتند. جراح از من خواست بیرون منتظر بمانم تا زمانی که او با شوهرم صحبت کند. در نهایت چیزی که من از آن‌ها دستگیرم شد این بود که مقدار کمی از روده من درست عمل نمی‌کند و من باید عمل جراحی داشته باشم و پس از آن مقداری دارو مصرف کنم. من کم‌کم نگران شدم که مسئله باید جدی باشد، من نمی‌توانستم این نگرانی را از ذهنم بیرون کنم.

فکر می‌کردم آیا ممکن است که این سرطانی بزرگ باشد؟ اما زمانی که سرانجام جرأت پرسیدن پیدا کردم، جراح فقط گفت: شما نباید نگران خودتان باشید، تنها مقدار کمی از روده به خوبی کار نمی‌کند و زمانی که ما آن را خارج کنیم، شما خوب می‌شوید. بعد از جراحی، به من داروهایی داده شد که در تمام مدت به من احساس ناخوشی می‌داد. من اشتهایم را از دست دادم، هر لحظه احساس درد بیشتری می‌کردم و فقط می‌ترسیدم. من تمام مدت نگران بودم و زمانی که تنها می‌شدم، بسیار گریه می‌کردم. شوهر و دخترم سعی می‌کردند با گفتن این‌که تو به زودی بهتر خواهی شد، مرا خوشحال کنند؛ اما بعد از مدت کوتاهی دیگر حرف آن‌ها را باور نمی‌کردم، من بیشتر و بیشتر ترسیده و ضعیف شدم و نمی‌توانستم غذا بخورم. کاملاً احساس تنهایی می‌کردم و بدترین قسمت این بود که چیزی نمی‌دانستم، نمی‌توانستم با کسی صحبت کنم. جالب است، حالا که شما به من گفتید که در واقع چه مشکلی داشتم، من به هر طریقی احساس نیرومندی بیشتری در خودم می‌کنم. من می‌دانم که این مسئله خیلی جدی است و هنوز هم می‌ترسم اما نه مانند قبل! من صادقانه احساس بهتری دارم چون حقیقت را فهمیدم، این نوعی تسکین است و مرا قادر می‌سازد تا در مورد آن صحبت کنم.»

اضطراب و افسردگی

ارائه تشخیص به بیمار به تنهایی کافی نیست. اثر آسیب‌زای تشخیص سرطان، نیازمند توجه زیاد به نیازهای عاطفی بیمار است؛ اما بعد از پیدایش پزشکی پیشرفته و تخصصی شدن فزاینده، این بخش مهم مراقبت پزشکی کمابیش مورد غفلت قرار گرفته است. اینکه بیماران از اینکه هیجان‌هایشان نادیده

گرفته می‌شود، چه احساسی پیدا می‌کنند را می‌توان در گفته‌های خودشان متوجه شد. مطلب زیر از پزشکی است که دچار بیماری لنفوم شده بود:

«امروزه نیاز است که متخصصین سرطان‌شناسی تشویق شوند همان‌طور که به کمیت و زنده ماندن بیماران توجه دارند به همان اندازه به کیفیت زندگی بیمار نیز بها بدهند تا به این طریق احساس عزت‌نفس و رضایت شغلی در بیماران تقویت شود. با کارکردن بر روی مشکلات هیجانی مرتبط با شیمی‌درمانی، آن‌ها می‌توانند احساس طردشدگی و خشم بیمار خود را کاهش دهند و از ناامیدی که بیماران از آن رنج می‌برند، پیشگیری کنند».

(کوهن، ۱۹۸۲).

بیماری مبتلا به بیماری هوچکین این‌گونه می‌نویسد:

«تجاربم به من آموخته است که سازگاری با زندگی همراه با بیماری هوچکین به نگرش‌های عاطفی و سازگاری به وضعیت‌های جسمانی بستگی دارد».

هنگامی که پزشکان از من می‌پرسیدند «چه احساسی داری؟» این‌گونه به نظر من می‌رسید که افزایش اتکا به تجهیزات تشخیصی پیشرفته موجب اهمیت ندادن به گزارش من از وضعیت بدنی‌ام شده است؛ به همین خاطر من از این پرسش متنفر بودم».

(کوپر، ۱۹۸۲).

بیشتر مردم هنگام روبه‌رو شدن با تشخیص سرطان، نخست با شوک و ناباوری، سپس با اضطراب، خشم و افسردگی واکنش نشان می‌دهند. در اکثر موردها در طول چند هفته واکنش سخت و دردناک، آن‌ها یاد می‌گیرند آهسته بر شرایط بیماری خود مسلط شوند. به بیماران می‌توان از طریق مشورت همدلانه و حساس پزشک‌شان و حمایت عاطفی خانواده و دوستان نزدیک کمک کرد تا این سازگاری صورت پذیرد؛ اما تعداد قابل توجهی از بیماران دچار اختلال‌های روان‌شناختی می‌شوند. در مطالعه ما بر روی ۱۲۶۰ بیمار مبتلا به سرطان‌های مختلف که در بیمارستان رویال مارسدن بستری شدند ۴ تا ۱۲ هفته بعد از تشخیص اولیه سرطان، به لحاظ روان‌شناختی غربال شدند، ۲۳ درصد به‌طور معناداری اضطراب (۱۵ درصد) یا افسردگی (۸ درصد) بالینی داشتند (گریور و همکاران، ۱۹۹۲). علاوه بر این تعدادی از بیماران که به‌خوبی با تشخیص اولیه کنار آمدند، با خبرهایی مبنی بر اینکه بیماری‌شان عود کرده یا تومورشان گسترش پیدا کرده به لحاظ روان‌شناختی درهم می‌شکنند. در بیشتر تخمین‌های محتاطانه ۲۵ الی ۳۰ درصد بیماران از اختلالات روانی مرتبط با سرطان رنج می‌برند. اگر این اختلالات

بدون درمان باقی بمانند، ممکن است برای سال‌ها حتی در غیاب هیچ شواهدی بیماری ادامه پیدا کنند (موریس و همکاران، ۱۹۷۷؛ فوبر و همکاران، ۱۹۸۶؛ ایروین و همکاران، ۱۹۹۱؛ کورن بلیت و همکاران، ۱۹۹۲). برای نمونه مطالعه‌ای آینده‌نگر بر روی یک سری بیمار مبتلا به سرطان سینه، ریه و کولورکتال که به‌طور غیرتصادفی انتخاب شدند، نشان داد که هیچ بهبودی در سازگاری روان‌شناختی در طول زمان ایجاد نشده است. در حقیقت کاهش معنی‌داری در نمره‌های سلامت روان بین ارزیابی خط پایه و ۱ تا ۲ سال بعد از تشخیص پیدا شده بود (آل و همکاران، ۱۹۸۹). بیشتر مطالعات اخیر این یافته‌ها را تأیید می‌کنند. مطالعه‌ای که ۲۲۲ زن دچار سرطان سینه را در طول ۵ سال بررسی کرد به این نتیجه دست‌یافت که میزان اضطراب و افسردگی هنگام تشخیص ۳۳ درصد، یک سال بعد (زمانی که بیشتر زنان به‌طور موفقیت‌آمیزی درمان شده‌اند و بدون بیماری هستند) ۱۵ درصد و زمانی که بیماری عود کرده بود ۴۵ درصد است (بورگس و همکاران، ۲۰۰۵).

در مراحل اولیه بیماری ممکن است خود درمان بیشتر از تأثیر بیماری موجب پریشانی شود. جراحی بیشتر به‌عنوان «شرّی ضروری» تحمل می‌شود، زیرا دیده‌شده که جراحی درمانی است که سرطان را ریشه‌کن خواهد کرد، اما کنار آمدن با شیمی‌درمانی و پرتودرمانی بعدی دشوارتر است خصوصاً اگر این روش‌ها به‌عنوان درمان‌های پیشگیری‌کننده برای بیمارانی که حال بهتری دارند، ارائه شوند. پژوهش‌ها نشان داده که ماستکتومی با سطوح بالای اضطراب و افسردگی همراه است (موریس و همکاران، ۱۹۷۷؛ ماگایر و همکاران، ۱۹۷۸؛ گراندی و همکاران، ۱۹۷۸) بیش از یک‌چهارم زنان یک سال بعد از عمل جراحی افسرده باقی می‌مانند؛ اما به نظر می‌رسد عوارض روان‌شناختی مشابهی در بیمارانی که تحت لامپکتومی و ماستکتومی قرار می‌گیرند، وجود دارد (فالوفیلد و همکاران، ۱۹۸۶؛ ون هرینگن و همکاران، ۱۹۹۰). حدود ۲۵ الی ۵۰ درصد از بیمارانی که عمل جراحی روده بزرگ را انجام دادند، مشکلات روان‌شناختی را تجربه می‌کنند (دولین و همکاران، ۱۹۷۱؛ ویرچینگ و همکاران، ۱۹۷۵؛ ایردلی و همکاران، ۱۹۷۶). میزان بالای افسردگی و مشکلات مربوط به کار در افرادی که تحت عمل حنجره (لارینجکتومی^۱) قرار گرفتند، دیده‌شده است (بارتون، ۱۹۶۵؛ دروموند، ۱۹۶۷).

پرتودرمانی عموماً موجب حالت تهوع و احساس خستگی می‌شود (پیک، ۱۹۷۲؛ گرین برگ و همکاران، ۱۹۹۲) و گاهی اوقات ممکن است تشخیص این نشانه‌ها از رخوتی که در واکنش‌های افسردگی تجربه می‌شود، دشوار باشد. بی‌قراری، گوشه‌گیری، درگیر نشدن در درمان و چشم‌داشت غیرواقع‌بینانه از درمان، به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های نتایج ضعیف در پرتودرمانی ذکر شده است (شیمیل و همکاران، ۱۹۸۲). در مطالعه‌ای جدید، مونگومری و همکاران (۱۹۹۹) گزارش دادند ۳۰ درصد از

بیمارانی که پرتودرمانی دریافت می‌کردند، توانایی سازگاری با اختلال اضطراب و افسردگی را پیدا نکردند. شیمی‌درمانی هم‌چنین با سطوح بالای اضطراب و افسردگی همراه است. برای نمونه ۴۰ درصد از بیماران در مطالعه میدل بو و همکاران (۱۹۹۵) با این موضوع درگیر بوده‌اند. زمانی که شیمی‌درمانی برای بهبود نشانه‌های بیماری ارائه می‌شود، بروز مشکلات روان‌شناختی ممکن است کمتر باشد، برای نمونه در سرطان ریه (هیوگس، ۱۹۸۵) نسبت به زمانی که به‌عنوان درمان پیشگیرانه ارائه می‌شود.

مطالعات منظم از همبودی روان‌شناختی در بین بیماران مبتلا به سرطان، داده‌های آماری مفیدی فراهم می‌کند؛ اما هیچ‌کدام نمی‌توانند به روشنی‌ای که خود بیماران توضیح می‌دهند بیان کنند که به‌راستی آن‌ها چه احساسی دارند. مردی ۵۷ ساله به‌محض اینکه فهمید به سرطان ریه پیشرفته مبتلا است، احساس خود را توضیح می‌دهد:

«نخست نمی‌توانستم این مسئله را بپذیرم، باور نمی‌کردم ...، گاهی تمام بدنم بی‌حس می‌شد، فکر می‌کردم شاید دکترها اشتباه کرده باشند، شما همیشه در مورد آن می‌خواندید، اما الآن عمیقاً فهمیدم که سرطان دارم ...، من در ابتدا بسیار ترسیده بودم، سپس احساس غمگینی کردم. درون لاک خودم رفته بودم، نمی‌خواستم کسی را ببینم، نمی‌توانستم به همسرم بگویم چه احساسی داشتم، هنوز هم نمی‌توانم».

خانمی ۳۶ ساله که تحت عمل ماستکتومی قرار گرفته بود، شیمی‌درمانی را ادامه می‌داد و مدت طولانی تحت دارودرمانی قرار داشت. بعد از ۱۸ ماه متوجه بازگشت مجدد بیماری شد.

«توصیف اینکه چه احساسی دارم، کار سختی است؛ قطعاً احساس ترس، بدبختی کامل و درماندگی دارم. اولین بار هم به اندازه کافی سخت بود... من آن‌همه شیمی‌درمانی انجام دادم و سینه‌ام را برداشتند و حالا سرطانم بازگشته است و می‌بینم که همه آن کارها برای هیچ بود».

روابط آشفته

علاوه بر حالت‌های اضطراب و افسردگی، بیماران دشواری‌های دیگری را در زندگی‌شان خصوصاً بدکارکردی جنسی گزارش می‌دهند (موریس و همکاران، ۱۹۷۷؛ اندرسون، ۱۹۸۶؛ نورتوت و همکاران، ۱۹۹۸). تأثیر سرطان بر ازدواج و دیگر روابط صمیمانه بستگی به کیفیت قبلی این روابط دارد. تأثیر سرطان اغلب مشکلات قبلی را تشدید می‌کند. برای نمونه مردانی که مبتلا به بیماری را نقطه‌ضعف خود می‌دانند و کسانی که نیاز به کنترل دیگران دارند یا از مواجه‌شدن اجتناب می‌کنند، کنار آمدن با سرطان سینه شریک زندگی‌شان برایشان سخت‌تر است و این مسئله تعاملات زناشویی را

خراب می‌کند (کارت‌ر و همکاران، ۱۹۹۳). از طرفی دیگر روابط نزدیک قبلی به‌ندرت آسیب می‌بیند و حتی ممکن است موجب نزدیکی بیشتر این روابط شود، در واقع همان‌طور که سرطان زندگی را تهدید می‌کند، هر دو زوج می‌فهمند که چقدر برای هم مهم هستند (موریس و همکاران، ۱۹۷۷؛ زوکرو، ۱۹۹۸). روابط زناشویی خوب می‌تواند استرس سرطان را کاهش دهد و با کاهش آشفتگی روان‌شناختی در بیمار ارتباط دارد (رودریگو و پارک، ۱۹۹۶).

اثری که سرطان سینه ممکن است بر رابطه مادر-دختر بگذارد، کمتر از مشکلات زناشویی به رسمیت شناخته‌شده است اما به این معنا نیست که اهمیت کمتری دارد (لیچمن و تیلور، ۱۹۸۶؛ ولیچ و همکاران، ۱۹۹۲، زالیس و لوییس، ۱۹۹۸).

مادران دخترهای نوجوان خصوصاً واکنش‌های طرد عاطفی را گزارش داده‌اند. به گفته یک مادر مبتلا به سرطان سینه:

دخترم رفتارش را تغییر داد و برای من بسیار سخت بود، او به خانه می‌آمد و آشپزخانه را پر از ظرف‌های کثیف می‌کرد درحالی‌که می‌دانست من نمی‌توانم آن‌ها را تمیز کنم. یک‌شب او به‌راحتی یادداشت گذاشت که من از خانه خارج شدم و ما نمی‌دانستیم او کجاست! من کاملاً هیستریک بودم

(لیچمن و همکاران، ۱۹۸۵).

بدکارکردی جنسی

از عوارض شایع اما کمتر شناخته‌شده سرطان، بدکارکردی جنسی است (اسکوور، ۱۹۹۸). مشکلات جنسی می‌تواند پیامد اضطراب و افسردگی مرتبط با سرطان یا ناشی از آسیب جسمی و روان‌شناختی ناشی از درمان‌های اصلی مانند جراحی بدشکل‌کننده، جراحی تشخیصی، جراحی آسیب عصبی، پرتوافکنی لگنی شدید و عوارض جانبی شیمی‌درمانی و هورمون‌درمانی باشد.

مردی ۶۴ ساله بعد از جراحی برای سرطان روده دچار افسردگی شد:

«حقیقت را بگویم دکتر، من از فوریه گذشته (۸ ماه پیش) که جراحی کردم، افسرده شدم. فکر نکنید که من قدردان جراح نیستم، او کاری انجام داد که باید انجام می‌داد، او سرطان را برداشت، چیزی که من ازش متنفر بودم و نمی‌توانستم تحملش کنم، من می‌ترسیدم که روده‌ام سوراخ بشه یا بو بده. من نمی‌توانستم جایی بروم یا کاری انجام دهم (همسر شما چه احساسی در این باره دارند؟) خب ...! او خیلی خوب در این باره ... اما حقیقت را به شما بگویم ... برایم سخت است که این حرف را بزنم...! اما من دیگر مرد نیستم. این بیش از هر چیزی حالم را بد می‌کند، من در واقع در مورد این مسئله

ناراحتتم. همسرم می‌گوید مهم نیست، اما من می‌دانم که مهم است. او خیلی جوان‌تر از من است. ما همیشه رابطه جنسی خوبی داشتیم. حالا همه چیز تمام شد (اشک در چشمانش حلقه می‌زند).»

خانمی ۴۲ ساله احساس‌های خود را یک سال بعد از عمل ماستکتومی توصیف می‌کند:

«من دیگر زنی کامل نیستم، شریک زندگی‌ام سعی می‌کند به من قوت قلب بدهد اما من هنوز حس می‌کنم جذاب نیستم ... من زشت به نظر می‌رسم؛ یک‌بار به جای زخمم نگاه کردم و فوراً از آینه فاصله گرفتم. دیگر هرگز به قفسه سینه‌ام نگاه نکردم. زمانی که حمام می‌روم بالاتنه‌ام را می‌پوشانم. هرگز به جیم اجازه نمی‌دهم من را برهنه ببیند و از زمان جراحی دیگر ما باهم رابطه عاشقانه نداشتیم، این مسئله فشار بزرگی به رابطه ما وارد کرده است. جیم می‌گوید: عاشق من است و مرا می‌خواهد اما من نمی‌توانم تحمل کنم که مرا لمس کند و ببیند که چقدر اکنون زشت هستم.»

در متون تخصصی عوارض درمان‌های سرطان، به‌جز چند مورد استثناء، عملکرد جنسی بیماران کاملاً نادیده گرفته شده‌اند یا خیلی کوتاه به آن اشاره کرده‌اند. به نظر می‌رسد که بسیاری از درمانگران، بحث در مورد مسائل جنسی در زمینه سرطان را نامناسب می‌دانند و بسیاری از بیماران خصوصاً مسن‌ترها از ذکر این مسائل بیش از اندازه شرم می‌کنند. اگر درمانگران به‌طور عادی در مورد عملکرد جنسی به‌عنوان بخشی از ارزیابی‌شان از کیفیت زندگی بیماران سؤال کنند، بر چنین احساس شرمی می‌توان به‌راحتی مسلط شد. این مسئله که در مورد بدکارکردی جنسی اطلاعاتی به دست آوریم، به دو دلیل اهمیت دارد. اول اینکه این اطلاعات توسعه روش‌های جراحی عصبی را تشویق خواهد کرد- برای نمونه جایگزینی بُرش پرنیال شکم با برش کوچک اسفنکتر در سرطان روده (ویلیامز و جانسون، ۱۹۸۳). دوم درمان اثربخش برای ناکارآمدی جنسی که هم‌اکنون در بسیاری از موردها محتمل است (فصل ۱۱ را ببینید).

وضعیت‌های پریشانی حاد

تاکنون ما اختلالات روان‌شناختی مزمن در بین بیماران مبتلا به سرطان را توصیف کردیم. اگرچه آشفتگی‌های حاد رایج نیستند، ممکن است به شکل حالت‌های گم‌گشتگی دیده شوند. بیماران بی‌قرار، مشکوک، پرسروصدا، عصبانی و سردرگم می‌شوند ضمن اینکه تمرکز، حافظه و جهت‌یابی زمانی و مکانی آن‌ها هم تضعیف می‌شود. خُلق آن‌ها معمولاً غیرعادی است و بین افسردگی و شادی در حال تغییر است. حالت‌های گم‌گشتگی حاد اغلب در شب بدتر می‌شوند. مسکن‌های مخدر رایج‌ترین دلیل این حالت هستند. دلایل دیگر شامل آستروئیدها، مواد شیمی‌درمانی خاص (برای نمونه سیک-

پلاتینیوم، اینترفرون و وین کریستین)، تومورهای مغزی اولیه یا ثانویه و آنسفالوپاتی به دلیل اختلالات متابولیکی مانند هایپرکلسمی (افزایش کلسیم) و عدم تعادل الکترولیتی، تومورهای کارسینوئید و سندرم پارانئوپلاستیک است. وضعیت‌های آشفتگی خصوصاً در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته رایج هستند. در حدود ۵۰ درصد از موارد، علت حالت‌های گم‌گشتگی قابل تعیین نیست (بروئر و همکاران، ۱۹۹۰).

تاکنون رایج‌ترین اختلالات، حالت‌های افسردگی و اضطراب بوده که می‌تواند ناشی از تأثیر هیجانی سرطان اولیه و عود آن باشد. به‌رحال دشوار است که بین تأثیر هیجانی سرطان از عوارض جانبی درمان تمایز قائل شویم. نمونه‌ای واضح برای این مسئله خانمی است که به سرطان سینه پیشرفته مبتلا بود، آسیب روان‌شناختی حاصل از اینکه متوجه شد که مبتلا به سرطان است، با سوگواری برای از دست دادن تمام یا بخشی از سینه‌اش همراه شد.

یادآوری این مسئله مهم است که نزدیک به دو سوم بیماران مبتلا به سرطان درگیر اختلالات روان‌شناختی مزمن نمی‌شوند. این تجربه درمانی رایجی است که دو فرد با نوع و مرحله سرطان مشابه که هر دو تحت درمان یکسانی قرار گرفته‌اند، پاسخ‌های روان‌شناختی متفاوتی خواهند داشت.

نمونه‌های زیر نمونه‌های متداول هستند:

«بتی، خانم ۴۱ ساله متأهلی است که به‌عنوان اپراتور کامپیوتر کار می‌کند، هنگام دوش گرفتن متوجه توده‌ای در سینه‌اش شد، او با دکتر خانواده‌اش مشورت کرد، پزشک او را به یک متخصص سرطان‌شناسی ارجاع داد تا اینکه تشخیص سرطان سینه داده شد. بعد از شوک اولیه تشخیص، او مضطرب و ناراحت شد و دائم گریه می‌کرد. برایش سخت بود که از خواب بیدار شود، اما ۳ هفته بعد به دنبال عمل جراحی و فراغت از شیمی‌درمانی و داروی تاموکسیفن، اضطراب و افسردگی بتی کاهش پیدا کرد و او گزارش داد (و همسرش هم تأیید کرد) که به‌خوبی با بیماری سازگار شده است و به حالت قبلی‌اش بازگشته است.

جین، خانم ۴۳ ساله مطلقه‌ای بود که به‌عنوان مددکار اجتماعی کار می‌کرد. او نیز توده‌ای در سینه‌اش کشف کرد که سرانجام به تشخیص سرطان رسید؛ مانند بتی، سرطان او در مرحله اول بود و هنوز پخش نشده بود. جین دقیقاً درمانی مشابه با بتی را دریافت می‌کرد اما برخلاف این تشابه‌ها، پاسخ روان‌شناختی جین به تشخیص سرطان کاملاً متفاوت بود او به‌طور فزاینده‌ای مضطرب و گرفتار ترس از بازگشت سرطان بود. او بدنش را ۴ یا ۵ بار در روز برای چک کردن توده بررسی می‌کرد، او پرتنش و بی‌قرار بود و به خاطر افکار مزاحم در مورد سرطان نمی‌توانست به زندگی طبیعی‌اش ادامه دهد. همیشه از خواب و اشتها کم شکایت می‌کرد، حداقل هفته‌ای یک‌بار با پزشک خانواده‌اش مشورت می‌کرد و از دکتر می‌خواست به او اطمینان دهد که سرطان عود