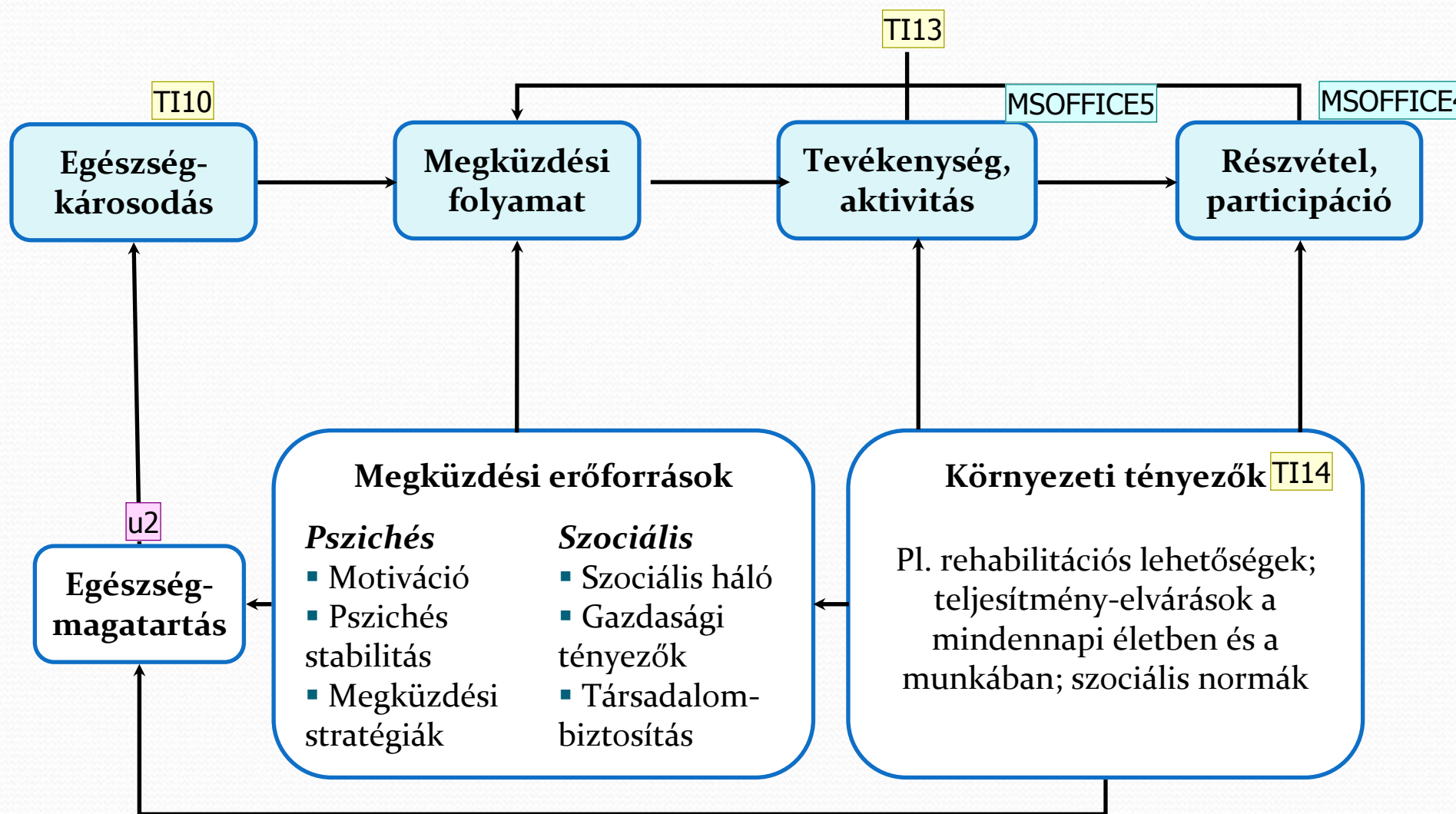


A kardiológiai rehabilitáció pszichológiai megközelítése

Dr. Tiringer István PhD
PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet

A rehabilitáció pszichoszociális modellje (Gerdes, 2000)



2. dia

MSOFFICE4 A rehabilitáció meghatározó célja a részvétel javítása
; 2013.03.21.

MSOFFICE5 Az aktivitás növelése áll a legtöbb rehabilitációs program központjában. De! Nincs szoros összefüggés a tevékenység és a részvétel között
; 2013.03.21.

TI9 Gerge Engel 1977-ben írta le a betegségek biopszichoszociális modelljét.
A krónikus betegségek elterjedésére s a modern medicina kihívásaira reagálva a WHO új klasszifikációs rendszert dolgozott ki az egészségi állapot és a betegségek következményeinek komplex leírására (FNO).
A krónikus betegségek rehabilitációjának korszerű elméletei sok átfedést mutatnak a biopszichoszociális betegségmodellel.
Tiringer István; 2013.03.21.

TI10 A biopszichoszociális modellben is a páciens szomatikus állapotából, egészségkárosodásából indulunk ki, a lefolyás során azonban a figyelem egyre inkább arra terelődik, hogyan hat a betegség a páciens individuális valóságára.
A krónikus betegségmagatartás részben független a kezdeti tünettantól, illetve az objektív leletek jellegétől és súlyosságától, inkább következik az egyén károsodott önértékeléséből és biztonságérzetéből, valamint kapcsolatrendszere, társadalmi környezete sajátosságából.
Tiringer István; 2013.03.21.

TI11 Az egészségkárosodás és a képességzavar/korlátozottság kapcsolatában számos pszichoszociális tényező játszik közvetítő szerepet.
Tiringer István; 2013.03.21.

TI13 A tevékenység és a részvétel visszahat a megküzdés folyamatára, ami jelzi, hogy a megküzdés nem egyszeri esemény, hanem folyamat jellegű
Tiringer István; 2013.03.21.

TI14 A „környezeti tényezők” a rehabilitációs folyamat külső keretfeltételeit adják. Sokszor a környezeti tényezők jelentik a rehabilitáció korlátait (különösen akkor, ha a visszanyert aktivitás tényleges részvételbe történő fordítására törekszünk – pl., amikor a munkaerőpiaci lehetőségek gátat szabnak a rehabilitált emberek munkába állásának). A környezeti tényezőknek azonban pozitív hatása is lehet, pl. azáltal, hogy megkönnyítik a korlátozottsággal élő emberek részvételét a társadalmi életben (pl. a közlekedési és lakhatási feltételek révén).
Tiringer István; 2013.03.21.

u2 Az egészségmagatartás dimenziója szoros kapcsolatban áll a megküzdéssel. A folyamatnak ezen a pontján nyílik arra lehetőség, hogy az egészségkárosodást, illetve az alapbetegséget és annak lefolyását közvetlenül befolyásolni tudjuk
user; 2013.03.22.

A rehabilitáció kimenetét befolyásoló pszichológiai tényezők (FNO-modell)

- A szívbetegség megélése (infarktus) és tudata (krónikus szívbetegség) gyökeresen megváltoztatja a páciens önmagáról alkotott képét, testképét, *aktivitásának és társadalmi részvételének „értelmét”*.
- Az *aktivitás növelése* nem jelenti azt, hogy a beteg a mindennapokban is helytáll, s hogy családi, társadalmi életében, munkájában ténylegesen részt tud venni
- Az egyén *részvétele leginkább attól függ, hogyan képes megküzdeni betegségével és megváltozott élethelyzetével.*

Megküzdés szívbetegséggel

- *Alkalmazkodási feladatok* (érthetőség, kiszámíthatóság, kezelhetőség, negatív érzelmek)
 - *kevésbé átlátható helyzetek* → információgyűjtés
 - *intenzív negatív érzelmek* (pl. pánik, kétségbeesés, reménytelenség) szabályozása
 - *befolyásolható betegség* → compliance-stratégiák, *terápiás motiváció*, önkezelés, személyes hatékonyság – *hosszú távon túlterhelő lehet*
- *Krónikus szívbetegséghez* történő alkalmazkodás → a kezelés és az aktív betegszerep elfogadása, a munkahelyi karrier, a testi, szociális identitás, a személyes egzisztencia újraértékelése

4. dia

MSOFFICE2 a betegséghez történő alkalmazkodást jobban előjelzi az észlelt, szubjektív kontroll, mint a tünettan objektív befolyásolhatósága
; 2013.03.20.

Megküzdés szívbetegséggel

- *Befolyásolhatatlan szempontok → a görcsös tenni akarás feladása, a helyzet átértékelése → értelemtalálás*
- A megváltozott élethelyzetnek *megfelelő új célok* kialakítása
- *Előrehaladott, súlyos krónikus betegségek* esetében gyakori megküzdés a megterhelések kognitív és viselkedés szintű *elkerülése*, valamint a *negatív érzelmek kommunikálása*
- *Életminőség, elégedettség → megváltoznak az életminőség lényegi dimenziói, újrafogalmazódnak az élet fontosnak tekintett aspektusai, értékei → elégedettségi paradoxon*

Alkalmazkodási zavarok

- Az infarktus illetve a szívbetegség diagnosztizálása után kialakult pszichés zavarok részben a betegségre adott *reakciók*
- Az infarktus megghiúsíthatja a korábbi életfelfogást és *megküzdési stratégiákat* (teljesítménnyel történő kompenzációt, önkárosító magatartásformákat) TI1
- A szív vitális jelentősége → az infarktust követő *önértékelési krízis, pszichés trauma* („ego infarction”)
- *Tagadás, bagatellizálás* – a tagadás összeomlása → lehangoltság, szorongás és szomatoform tünetek u1

6. dia

TI1 a dohányzásnak és az evésnek hangulatjavító hatása van
Tiringer István; 2012.10.10.

u1 homecoming depression
user; 2013.03.22.

A szívbetegség depresszív feldolgozása TI2

- gyakoribb iszkémiás és másodlagos funkcionális *szívpanaszok*
- alacsonyabb *életminőség*
- kifejezett *elkerülő viselkedés*, csökkent *adherencia* (a rehabilitációs kezeléssel, a kockázati tényezők befolyásolásával és a gyógyszereszedéssel kapcsolatban)
- orvosi segítség gyakoribb *inadekvát igénybevétele*
- magasabb eü. költségek
- korai *nyugdíjazás*
- gyakoribb komplikációk, illetve idő előtti halálozás

Gyakran látunk hasonlóan kedvezőtlen klinikai képet D-típusú személyiségű pácienseknél

Tiringer István; 2012.10.10.

Pszichodiagnosztika (Albus, 2004)

1. A rutinszerű szomatikus anamnézishez kapcsolódóan néhány célzott *szűrő kérdést* teszünk fel. A szűrést kiegészíthetjük *önkitöltő kérdőívek* alkalmazásával (megbízhatóság, érvényesség, ökonomikus alkalmazhatóság)
2. Pozitív eredmények esetén *pszichodiagnosztikus interjú*.

A szívbetegek esetén használt pszichoszociális „szűrő-kérdések”

Alacsony szocio- ökonómiai státusz	Segédmunkás? Szakmunkás? Általános iskolát végzett?
Szociális izoláció	Egyedül él? Van egy vagy néhány személy, akiben megbízhat, és akinek a segítségére számíthat?
Munkahelyi és családi megterhelések	Mennyire befolyásolhatja saját maga a munkája menetét? Arányban van az elismerés/a fizetség az elvégzett munkával? Komoly nehézségei vannak a házastársával vagy a gyermekeivel?
Depresszivitás	Gyakran érzi magát lehangoltnak és reménytelennek? Képes érdeklődéssel és örömmel megélni az élete dolgait?
Ellenségesség, hajlam a dühösségre	Apróságok is könnyen felbosszantják? Ha valaki bosszantja, ezt kimutatja neki?

Pszichodiagnosztika

- A pszichodiagnosztika nem elegendő egy alkalommal
- A lefolyás során változhat a pszichés tüneti kép – a szívbetegség változásai, kedvezőtlen szociális következmények, kezelési várakozási idők → újabb pszichés és pszichoszomatikus zavarok
 - érdemes az *akut esemény után két hónappal*,
 - jelentős élethelyzeti *változásokat* követően,
 - *invazív beavatkozások* előtt és után,
 - *krónikus lefolyás esetén évente* újabb vizsgálatot végezni

Szűrőkérdőív – a HADS példája (Tiringer, Simon, 2008)

- 14 tétel – 7 tétel a depressziót (örömtelenséget), 7 tétéle a szorongást (aggodalmat) méri
- Megbízhatóság > 0,80
- Az enyhébb zavarokat is figyelembe veszi
- Elkülöníti egymástól a pszichés zavar és a szívbetegség tüneteit
- Leválasztási pont: szorongás – 8, depresszió – 9
- Szenszitivitás: ~ 85 %, specifitás: ~ 70%

Premorbid pszichés zavar

- A páciens már *az akut koronária-szindróma előtt is* szorongásos vagy depressziós zavarban szenvedett
- A *premorbid pszichés betegség* gyakran kedvezőtlenül befolyásolja a szívbetegség alakulását
- A pszichés és szomatikus tünetek *aggravációja* (a betegség van a középpontban – önsajnálát, „szívfájdalmak”, légszomj, alacsony terhelhetőség)
- A *iatrogén fixáció* veszélye (biomedikális megközelítés)
- Javulás csak a *pszichoszociális tényezők* figyelembevételére és kezelésére alapján várható

A forszírozott szomatikus diagnosztika és kezelés csak tovább ront a tüneti képen

Tiringer István; 2012.10.11.

A poszttraumás zavar problémaköre

- Jellegzetes áttételi (tudattalan kapcsolati) viszonyulás:
 - kapcsolataikban távolságtartóak
 - a kórházi mindennapok során nem feltűnőek, kerülik a kezelőszemélyzettel történő szorosabb kontaktust
 - kitérnek a traumájukkal összefüggő témák és érzelmek megbeszélése elől, bagatellizálják élményeik súlyosságát
- Veszélye: a rehabilitációs kezelés, a hosszú távú ambuláns gondozás során nem ismerik fel a problémát
- Gyakori téves előítélet, hogy a poszttraumás zavar tüneteit „majd az idő megoldja”

Pszichoszociális intervenciók hatékonysága infarktust követően (Ladwig et al, 2008, Lichtman et al, 2008)

- A *multimodális terápiák* (edukáció, mozgásterápia, egyéni és csoportos pszichológiai intervenció) hatását egyértelmű eredmények támasztják alá (I A)
- A *posztinf. depresszió* gyógyszeres kezelése (SSRI) elsősorban akkor hatékony, ha az infarktus előtt kezdődött a középsúlyos vagy súlyos epizód (IIa B)
- A depresszió *pszichoterápiás* kezelése hatékony, de önmagában nem javítja a szívbetegség prognózisát (IIa C)

Idézett irodalom

- Ladwig KH, Lederbogen F, Völler H et al (2008)
Positionspapier zur Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie. *Kardiologe* 2:274–287.
- Lichtman JH, Bigger JT, Blumenthal JA et al (2008)
Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation* 118:1768–1775.

Idézett irodalom

- Tiringer I.: A krónikus betegségek pszichoszociális következményei, az alkalmazkodás lehetőségei. In: Vekerdy-Nagy Zs. (szerk.): *Rehabilitációs orvoslás*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2010. pp 466-472.
- Tiringer I., Simon A., Herrfurth Dóra, Suri Irén, Szalai K., Veress G.: A szorongásos és depressziós zavarok előfordulása akut kardiológiai állapotokat követő osztályos rehabilitáció során. A Kórházi Szorongás és Depresszió Skála szűrőtesztként történő alkalmazása. *Psychiatria Hungarica*, 2008, 23, 5: 430-443.