

A szív- és érrendszeri betegségek és a pszichoszociális tényezők kapcsolata, valamint a beavatkozás lehetőségei

Cserép Zsuzsanna dr.¹ ■ Batiz Ákos dr.¹ ■ Székely Andrea dr.²

¹Uzsoki Utcai Kórház, I. Belgyógyászati Osztály, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, Budapest

A fejlett országokban a szívbetegség és a morbiditás, mortalitás vezető oka a koszorúér-betegség. Az elmúlt évtizedekben számos tanulmány foglalkozott a koszorúér-betegség és a különböző pszichoszociális tényezők közötti összefüggés megértésével. A coronariabypassgraft-műtét a koszorúér-betegség kezelésének gyakori módja, és általában jelentős mértékű klinikai javulást eredményez. A szorongásos tünetek és az unipoláris depresszió gyakori pszichológiai eltérések a coronariabypassgraft-műtétre váró betegekben. Számtalan prospektív kohorsztanulmány foglalkozik a coronariabypassgraft-műtét rövid és hosszú távú kimenetelét befolyásoló tényezőkkel. A kutatások révén tudjuk, hogy nemcsak a klinikai jellemzők, mint például a cardialis állapot, a társbetegségek vagy az intraoperatív tényezők befolyásolják a műtét kimenetelét. A pszichoszociális tényezőkkel, illetve a hagyományos kockázati tényezőkkel (magas vérnyomás, LDL-koleszterin-szint, diabetes mellitus, dohányzás, elhízás és fizikai inaktivitás) összefüggő morbiditási és mortalitási adatok összehasonlításakor a pszichoszociális háttér szerepe is meghatározónak bizonyult. Szív-műtét előtt a betegek pszichológiai állapotának felmérése és szükség szerint terápiás beavatkozás alkalmazása emiatt előnyös lehet. A betegről kialakított átfogóbb ismeretek birtokában sokkal pontosabb terápiás tervet lehet kialakítani, illetve lehetővé válik a pszichológiai kezelésre szoruló betegek kiválasztása. A fentiek alapján a szív-műtétre kerülő betegek pszichológiai jellemzőinek szakember által történő szűrése és adott esetben kezelése ajánlott. *Orv Hetil.* 2023; 164(11): 411–419.

Kulcsszavak: coronariabypass-műtét, koszorúér-betegség, depresszió, szorongás, pszichoszociális tényező, kognitív viselkedésterápia

Associations between cardiovascular diseases and psychosocial factors and options for intervention

Coronary artery disease is a highly prevalent heart disease and the leading cause of morbidity and mortality in developed countries. During the last decades, numerous studies have focused on the comprehension of the relationship between coronary heart disease and different psychosocial factors. Coronary artery bypass graft surgery is a common treatment for coronary artery disease and is usually associated with improved clinical outcomes. Symptoms of anxiety and unipolar depression are common psychological disorders in patients awaiting coronary artery bypass graft surgery. Several prospective cohort studies have been carried out on the factors affecting the short- and long-term outcome of coronary artery bypass graft surgery. Scientific literature reports that not only clinical features, *e.g.*, cardiac state, comorbidity or intraoperative factors influence the outcome of cardiac surgery. In a comprehension of psychosocial factors over traditional risk factors (hypertension, LDL cholesterol level, diabetes mellitus, smoking, obesity and physical inactivity) on morbidity and mortality rates, the previously mentioned ones proved to be determinant. Gathering patients' psychological status before undergoing heart surgery and providing psychological interventions if they are indicated would be beneficial. A better understanding of whether and when psychological interventions affect specific outcomes may help design even more powerful interventions and make better predictions of which patients will benefit from which psychological intervention. Psychological assessment and intervention thus merit integration into routine surgical care.

Keywords: coronary artery bypass grafting, coronary artery disease, depression, anxiety, psychosocial factor, cognitive behavioral therapy

Cserép Zs, Batiz Á, Székely A. [Associations between cardiovascular diseases and psychosocial factors and options for intervention]. *Orv Hetil.* 2023; 164(11): 411–419.

(Beérkezett: 2022. december 30.; elfogadva: 2023. január 26.)

Rövidítések

CABG = (coronary artery bypass grafting) koszorúér-áthidaló műtét érgrafttal; ENRICHD = Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease; LDL = (low-density lipoprotein) kis sűrűségű lipoprotein; PCI = (percutaneous coronary intervention) percutan koszorúér-intervenció; PHQ = (Patient Health Questionnaire) Beteg Egészségi Állapot Kérdőív; SADHART = Sertraline Antidepressant Heart-Attack Randomized Trial; SSRI = (selective serotonin re-uptake inhibitors) szelektív szerotoninviszavétel-gátlók

A szív- és érrendszeri betegségek világszerte vezetnek a halálozási statisztikát, az összes halálozás egyharmadát felelősek. A cardiovascularis halálozások felét az ischaemiás szívbetegség okozza [1], és kialakulásának fő kockázati tényezője a hypertonia. Nemrég egy magyar munkacsoport bizonyította be, hogy független, pozitív irányú kapcsolat áll fenn az artériás érfalmerevségi index és a depresszív, illetve szorongó temperamentum között [2].

A cardiovascularis kórállapot és a szorongás, illetve a depresszió közötti összefüggés már régóta ismert: mindkét kórállapot a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának lehetséges kockázati tényezője, és/vagy épp azok következményeként válik szorongóvá vagy depresszióssá az egyén. A depressziós tünetek egyrészt egészséges személyeknél előre jelzik a szív- és érrendszeri betegségeket, másrészt a már szívbeteg körében növelik a morbiditást és a mortalitást, a meglévő szívbetegség súlyosságától függetlenül. A szorongás csökkent szívritmus-variabilitással, a coronariabetegségek fokozottabb előfordulásával jár együtt, és rontja a meglévő szívbetegség prognózisát. A depresszió és a szorongásos zavarok gyakran fordulnak elő egy időben: a depressziós betegek szoronganak is, és a szorongással küzdő betegek körében depressziós tünetek is megjelennek, így a szív- és érrendszeri betegek esetében gyakran komorbid hatásokról beszélhetünk [3]. A szorongás és a depresszió tünetei szív-műtét előtt felerősödhetnek: a bizonytalanság és a műtéttel kapcsolatos aggodalom nemcsak a betegek lelkiállapotát befolyásolja, hanem a beavatkozás pre- és posztoperatív kimenetelét is. Az aggodás a szimpatikus idegrendszer aktiválódása révén rontja az ischaemiás szívbetegség prognózisát, a lehangoltság pedig lassítja a felépülést (1. ábra). Munkacsoportunk a szív-műtétre váró beteget vizsgálva korábban azt találta, hogy a preoperatív önmaguk által rossznak ítélt egészségi állapot és a boldogtalanság hosszabb időtartamú intenzív osztályos kezeléssel járt együtt a műtét után [4]. Korábban már különböző utánkövetéses vizsgálatokban bizonyították, hogy a szorongás és a depresszió jelentős mértékben befolyásolja a szív-műtét klinikai kimenetelét a szövődmények kialakulása, a szívbetegség kiújulása és a mortalitás szempontjából [5, 6]. A rendelkezésre álló bizonyítékok ellenére a szív-műtétre kerülő betegeket pszichológiai szempontok alapján általában nem vizsgálják, pontosabban a szívelégtelen betegeknek csak kevesebb mint

15%-át szűrjük súlyos depresszió vagy depressziós tünetek irányában [7].

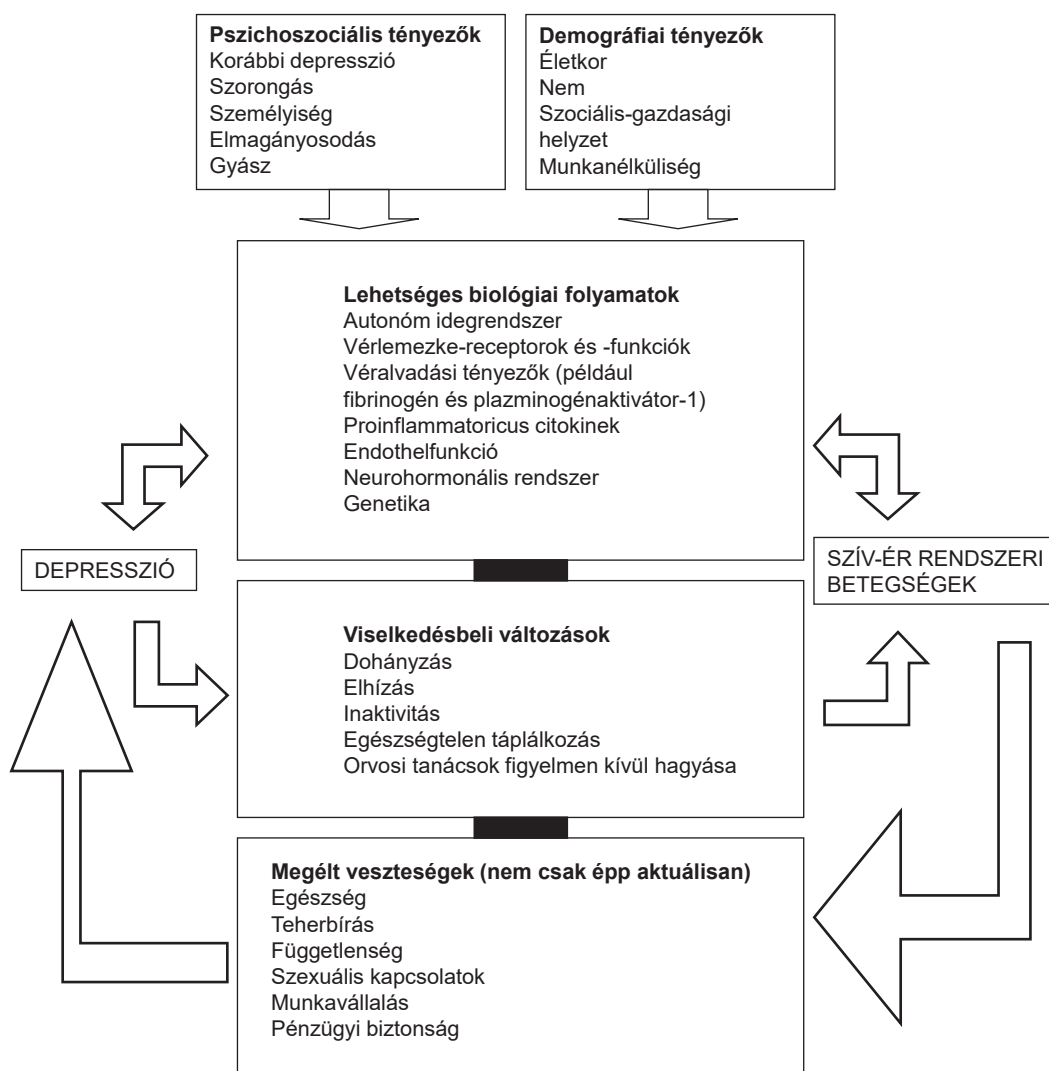
A továbbiakban a pszichés eltérések és a CABG kapcsolatát vizsgáló tanulmányok ismertetése olvasható, illetve az ez irányú beavatkozás lehetőségeit foglaljuk össze.

Depresszió és a CABG

A CABG-t gyakran alkalmazzák az ischaemiás szívbetegség kezelésében; a depresszió prevalenciája 20–25% között van a CABG előtt és után [8]. A kifejezett depressziós tünetek jelentős mértékben emelik a szív-műtét utáni halálozás és cardialis esemény bekövetkezésének valószínűségét [9]. *Connerney és mtsai* prospektív vizsgálatukban 309 CABG-műtött beteget követték a műtét után 1 éven át. Eredményeik alapján a depresszióban nem szenvedő betegekkel összehasonlítva a depressziósok több mint kétszer gyakrabban szenvedtek el valamilyen cardialis eseményt a szív-műtét után 12 hónapon belül, de halálozási kockázatuk nem volt nagyobb [8]. Egy másik, nagyobb betegszámú vizsgálatban (817 CABG-műtött beteg) 12 éven keresztül figyelték a depresszió hatását a CABG után bekövetkező halálra. A depresszió súlyosságát és gyakoriságát a kiinduláskor és 6 hónappal a műtét után is felmérték. A műtét előtti napon, illetve ettől kezdve még a műtétet követően 6 hónappal is fennálló közepes és súlyos depresszió a halálozási kockázatot 2–3-szorosára növelte a többi kockázati tényezőre történő illesztés után [5]. A szív-műtét utáni ismételt kórházi felvétel jelentős terhet ró az egészségügyre. Egy prospektív vizsgálatban 226 beteg a CABG előtt és 222 beteg a műtét után töltött ki egy depresszióra, szorongásra és stresszre vonatkozó önkitaltásos kérdőívet. A többváltozós elemzés alapján a preoperatív szorongás és a posztoperatív depresszió a társváltozóktól (cardialis jellemzők, társbetegségek, intraoperatív tényezők stb.) függetlenül több mint kétszer gyakrabban idézte elő azt, hogy a betegek újra kórházba kerültek [6]. Munkacsoportunk a depresszió, a szorongás, az iskolázottság, a szociális elszigeteltség és a mortalitás összefüggését vizsgálta 7,5 évvel a szív-műtét után, és azt találta, hogy a Beck-féle kérdőívvel mért depresszió szintje szignifikánsan különbözött a túlélők és a később elhalálozottak között a műtét előtt, a kórházból történő hazabocsátás után és a két időpont között [10].

Szorongás és a CABG

A műtét várólistán lévő betegek szorongása igen kifejezett mértékű, különösen azokban az esetekben, amikor a műtét időpontja még ismeretlen számukra [11]. A betegek jobban tartanak attól, hogy még a műtét előtt, mint hogy a műtét után meghaljanak, és ez a félelem erősen növeli szorongásuk mértékét. A szorongás rontja a koszorúér-betegség tüneteit, mert a szimpatikus és paraszimpatikus idegrendszert, illetve a cardiovascularis



1. ábra | A depresszió és a szív- és érrendszeri betegségek közötti összefüggés

rendszert aktiválja. A szorongás mértéke a műtét után a beavatkozás előtti szintre csökkenhet, de még ebben az esetben is lehet olyan súlyosságú, hogy kezelést igényel [12]. A Post-CABG Trial elnevezésű tanulmányban a szorongásos tünetek egyértelműen növelték a halálozás vagy a myocardialis infarktus valószínűségét a CABG után átlagosan 4,3 évvel. A depressziós tünetekre és egyéb változókra (életkor, nem, rassz, kezelési mód és a CABG óta eltelt évek) történő kontrollálás után szignifikáns, a súlyosságtól függő összefüggést figyeltek meg a szorongás és a halálozás között. A szorongás szintje és a halálozás vagy a myocardialis infarktus között megfigyelt összefüggés kiemeli az enyhe szintű szorongás jelentőségét is. A halálozás vagy a szívinfarktus kockázata a depressziós és szorongásos tüneteket egyszerre mutató betegekben akkora volt, mint amekkorát a független hatások együttesétől vártak [13]. Munkacsoportunk egy korábbi vizsgálatában a vonásszorongás (azaz a szorongás mint személyiségvonás) mértéke nagyobb halálozási aránnyal és gyakrabban előforduló cardiovascularis megbetegedéssel járt együtt. A vizsgált szívűtött populációban a

vonásszorongás a hazabocsátás után bekövetkező cardiovascularis események és a 4 éves halálozás független előrejelzője volt. A hazabocsátás után 6 hónappal mért vonásszorongás-pontszámok sokkal jobban jelezték előre a cardiovascularis események bekövetkezését, mint a műtét előtt mért értékek. Bár a vizsgált betegekben a szorongás és a depresszió között pozitív és szoros korrelációt figyeltünk meg, csak a szorongás függött össze a halálozással és a morbiditással. Emellett a vonásszorongás jelentősen nagyobb mértékű volt a szívritmuszavar, a pangásos szívelégtelenség vagy a myocardialis infarktus miatt kórházba került betegekben a szívűtétet (CABG vagy billentyű) követő 4 éves periódusban [14]. Korábban már igazolták, hogy a szorongás kétszeresére emeli a halálos kimenetelű koszorűér-betegség és több mint négyszeresére a hirtelen halál kockázatát [15]. Egy retrospektív vizsgálatban 17 885 beteg adatát dolgozták fel primer CABG után. A betegek körében a szorongás gyakorisága 27% volt. A szorongás a többi változótól (nem, etnikum, számos belgyógyászati társbetegség) függetlenül jelezte, hogy a kórházi ápolás elhúzódóbb, és a beteg

hazabocsátására a szokásosnál később lehet számítani [16]. A CABG után 6 hónapon belül cardialis okból ismételten kórházba kerülő betegeket vizsgáló prospektív vizsgálatban a posztoperatív szorongás a koszorúér-betegség és a sebészeti okból történő rehospitalizáció társvaltozóktól (cardiovascularis betegségek, műtéti idő, dohányzás, korábbi szívinfarktus stb.) független kockázati tényezőjének bizonyult [17].

Az egészségi állapot önértékelése

Az egészségi állapot önértékelése (self-rated health) egy egyszerű kérdéssel történik: „Hogyan minősíti egészségi állapotát?” Ötféle válasz lehetséges: nagyon jó, jó, közepes, rossz, nagyon rossz [18]. Az egészségi állapot önértékelése erős összefüggést mutat a halálózással, a morbiditással, a funkcionális hanyatlással, a rokkantsággal és az egészségügy igénybevételével több szociodemográfiai és egészségi mutatóra való kontrollálás után. Az összefüggés háromféleképpen magyarázható: 1) az önértékelés sokkal átfogóbb és érzékenyebb mérője az egészségi állapotnak, mint az elemzésekben szereplő egyéb pszichoszociális társvaltozók; 2) az önértékelés az egyén optimista vagy pesszimista hajlamát méri, és a túléléssel függhet össze; vagy 3) az önértékelés az egészségi állapoton kívül egyéb jellemzőket is mér, például családi anamnézis, egészséges életmód, szociális és lelki háttér [19]. Egy összefoglaló tanulmányban írták le, hogy az önértékelés aktív kognitív folyamatként fogható fel, mely független az egészség hivatalos meghatározásától. Az egészségi állapot önértékelése olyan szomatikus érzeteket foglal magában, amelyek csak az egyén számára érzékelhetők közvetlenül. Ezek az érzetek fontos élettani eltéréseket közvetíthetnek, például a testben zajló gyulladásos folyamatokat. Az önértékelés a halállal kapcsolódó egyéni és szubjektív felfogás, mely egymásba fűzi a társadalmi, lelki és biológiai folyamatokat. Mindezek alapján az egészségi állapot önértékelése az egészség legfontosabb és leginkább meghatározó egyéni vonatkozásait összegzi [20]. Az egészségi állapot önértékelése az egyik legfontosabb egészségügyi mutató: a betegségek kockázatmérésére ajánlott, az alapellátás indikátora, és a klinikai vizsgálatok gyakori alanya [21]. Több, különböző területről származó vizsgálat erősítette meg az egészségi állapot önértékelésének fontosságát, például azok a betegek, akik a PCI után 3 hónappal jónak tartották egészségi állapotukat, a beavatkozás után 4 évvel is kielégítő klinikai állapotban voltak [22]. Mások arról számoltak be, hogy az egészségi állapot önértékelése idős nőkben myocardialis infarktus után a hosszú távú halálózás független előrejelzője. Az általános egészségi állapotukkal elégedetlen betegek több mint hatszor gyakrabban haltak meg, mint az egészségükkel elégedett társaik [23]. A CABG és az egészségi állapot önértékelése közötti összefüggésről csak kevés adat áll rendelkezésre. *Oxlad és mtsai* konzekutív módon beválasztott, elektív CABG-n átesett betegekben önértékeléses módszerrel vizsgálták az optimiz-

must, a betegségtüneteket, az önértékelést, a társas támogatottságot, a problémákkal való megbirkózási stratégiákat, a depressziót, a szorongást és a poszttraumás stressz-zavart. A műtét után hat hónappal fennálló lelki működészavarok legfontosabb pszichológiai kockázati tényezői a műtét előtti súlyosabb depresszió, szorongás, rosszabb önértékelés és kisebb mértékű optimizmus voltak [24].

Boldogság és optimizmus

A negatív érzelmi állapotok (például depresszió, szorongás) a cardiovascularis megbetegedések bizonyított kockázati tényezői, azonban sokkal kevesebb ismerettel rendelkezünk a pozitív érzelmi állapotok (például boldogság és optimizmus) és a cardiovascularis egészség közötti kapcsolatáról. Az étellel való elégedettség olyan kognitív folyamat, amelynek során a személy a szubjektív jóllétét értékeli, azaz véleménye szerint mennyire boldog vagy jellemzően mennyire elégedett az életével, valamint azon életterületekkel, amelyek fontosak számára [25].

Steptoe és mtsai feltételezték, hogy a pozitív érzelmekek közvetlen és előnyös hatással vannak a különböző neuroendokrin, gyulladásos, immunológiai és cardiovascularis élettani folyamatokra [26]. A lelki jóllét és a halálózás közötti összefüggés részben magatartásbeli tényezőkhöz keresztül valósul meg. A pozitív beállítódás például a jobb túlélést biztosító tényezőkhöz kapcsolódik: a dohányzás kerülése, rendszeres testmozgás, mérsékelt alkoholfogyasztás és jobb minőségű alvás. A lelkileg kiegyensúlyozott emberek feltételezhetően nagyobb eséllyel tartják be a terápiás előírásokat, mivel erre vonatkozóan ellentétes összefüggést találtak a depresszió és a beteg együttműködése között. Az egészségesek körében a pozitív érzelmekek halálózással szembeni védőhatása azonban a magatartásbeli tényezőktől függetlenül is megmaradt, jelezvén, hogy egyéb befolyásoló tényezők is jelen vannak. Az összefüggést közvetlen pszichológiai folyamatok is szabályozhatják. A lelki jóllét megváltoztathatja a betegségek iránti fogékonyságot a szimpatikus idegrendszeri aktivitás csökkentésével és a paraszimpatikus aktivitás növelésével. A pozitív hatások csillapíthatják a gyulladásos és az alvadási tényezők (fibrinogén, interleukin-6) szintjének stressz indukálta emelkedését – melyek döntő szerepet játszanak a cardiovascularis megbetegedésben –, és csökkenthetik a fertőzések iránti fogékonyságot. A lelki jóllét az egészségesekben egyértelműen csökkentette a cardiovascularis halálózást, és közel szignifikáns hatással bírt ugyanilyen vonatkozásban a bizonyítottan koszorúér-betegségben szenvedőkben is [27]. Az egyik prospektív epidemiológiai vizsgálatban a pozitív érzelmi töltettel rendelkező betegekben az ischaemiás szívbetegség kockázata jelentősen kisebb volt, és ez a hatás szignifikáns maradt az orvosi és a pszichoszociális tényezőkre történt kontrollálás után is [28]. Egy másik tanulmányban, ahol a CABG-t követő fél éven belüli ismételt kórházi felvételt vizsgálták, azt találták, hogy az

optimisták kisebb arányban kerültek vissza, és ez a hatás független volt a hagyományos szociodemográfiai és klinikai változóktól [29].

Kezelési lehetőségek

Az Amerikai Szívgyógyász Szövetség (American Heart Association) ajánlásában 2008 óta szerepel a rutinszűrés szükségessége a feltételezhetően depressziós, ischaemiás szívbetegségben szenvedő betegek diagnosztizálásában önkitöltéses kérdőív segítségével. A Patient Health Questionnaire (PHQ – Beteg Egészségi Állapot Kérdőív) az egyik, depressziót mérő kérdőív. A kérdőív a depresszió két fő, a diagnózishoz szükséges tünetére irányul: 1) a tevékenységekben nem talál örömet/nem érdekl, 2) lehangolt, reményvesztett. A pozitív választ adó betegeket tovább kell szűrni a kérdőív kibővített változatával (1. táblázat), és amennyiben a pontszám magas, szakemberhez (pszichológus/pszichiáter) kell küldeni őket (2. ábra) [30, 31].

A szív- és érrendszeri betegségek megelőzésére fókuszálva az Európai Irányelvek (European Guidelines, 2016) a negatív érzelmek korai felismerésére a következő kérdéseket javasolják bevezetni az anamnéziszfelvétel rutinkérdései közé:

Depresszió: Lehangoltnak, depressziósnak, reménytelennek érzi magát? Úgy érzi, hogy elveszítette az érdeklődését és életkedvét?

Szorongás: Előfordul, hogy hirtelen félelem vagy pánik lesz úrrá Önön? Gyakran előfordul, hogy képtelen megállítani vagy kontrollálni az aggodását? [3]

Az American Heart Association nemrégén napvilágot látott közleményében tovább hangsúlyozta a depresszió szűrésének fontosságát, valamint azt is, hogy a koszorúérbetegek vagy a cardiovascularis rizikóval rendelkező betegek lelki egészségét is figyelembe kell venni. Az ischaemiás szívbetegség nem különálló betegség, hanem a testet, lelket és szívet is érinti egyidejűleg [32].

Antidepresszánsok

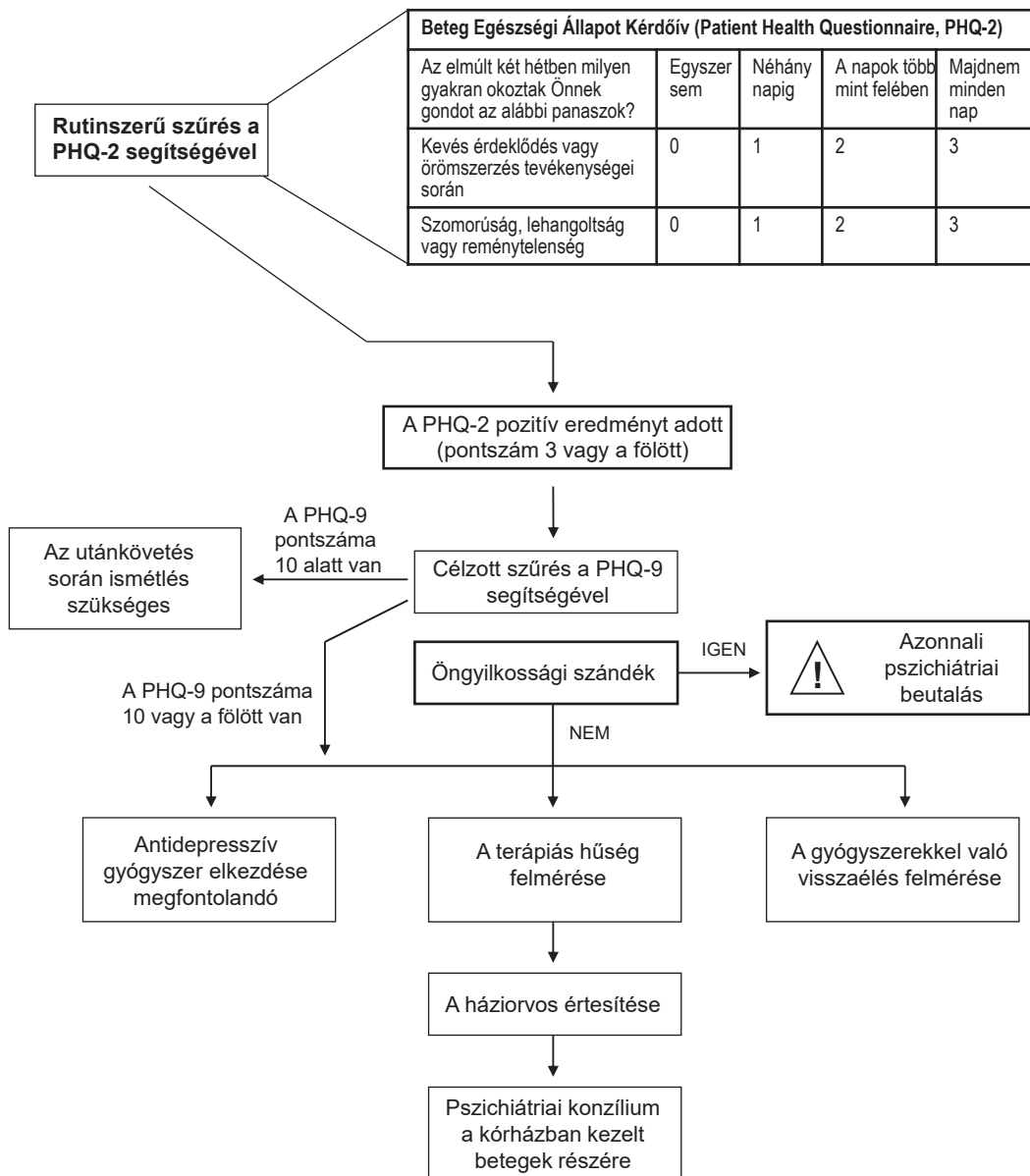
A depresszió kezelésének jelenleg számos, a klinikumban kipróbált és ellenőrzött válfaja ismert. Egy, az Egyesült Államokban kardiológusok, angiológusok bevonásával készült országos felmérés adatai alapján a kérdőívvel diagnosztizált depressziót az esetek 50%-ában kezelték a koszorúérbetegekben [33]. Jelenleg a szelektív szerotonininviszavétel-gátlók (SSRI) alkalmazását tartják a legbiztonságosabbnak ischaemiás szívbetegségben a triciklikus antidepresszánsokkal szemben, melyek proarrhythmias és cardiotoxicus mellékhatással rendelkeznek. Az SSRI-csoport feltehetően biztonsággal alkalmazható kardiológiai betegekben a szerotonintranszporter-affinitás és a trombocytafunkció gyengítése révén. A SADHART-vizsgálat a szertralin és placebo hatását hasonlította össze 24 héten át instabil anginás vagy a közelmúltban szívinfarktust elszenvedett major depressziós betegekben. Az SSRI-kezelés nem károsította a szív működését, és a legtöbb betegben biztonsággal alkalmazták [34]. Az ENRICHD-vizsgálatban azonban a depressziót csak közepes mértékben javította. Azokban a betegekben, akik anamnézisében legalább 1 korábbi depressziós

1. táblázat | Kérdőív az Ön egészségi állapotáról – 9 (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)

Az elmúlt 2 hétben milyen gyakran okoztak Önnek gondot az alábbi panaszok? (✓-val jelölje választát)	Egyszer sem	Néhány napig	A napok több mint felében	Majdnem minden nap
1) Kevés érdeklődés vagy örömrzés tevékenységei során	0	1	2	3
2) Szomorúság, lehangoltság vagy reménytelenség	0	1	2	3
3) Nehezen tud elaludni, éjszaka könnyen felébred, vagy túl sokat alszik	0	1	2	3
4) Fáradtság vagy kevés energia	0	1	2	3
5) Rossz étvágy vagy túlzott evés	0	1	2	3
6) Rossz érzések saját magával kapcsolatban, vagy olyan gondolatok, hogy Ön sikertelen, vagy csalódást okozott önmaga vagy családja számára	0	1	2	3
7) Koncentrációs nehézségek, például újságolvasás vagy tévénézés közben	0	1	2	3
8) Mozgása vagy beszéde annyira lelassult, hogy mások is észrevehették, vagy ellenkezőleg, olyan nyugtalan volt, hogy a szokásosnál sokkal többet mozgott	0	1	2	3
9) Olyan gondolatok, hogy jobb lenne meghalni, vagy hogy valamilyen módon kárt tehetne önmagában	0	1	2	3

Amennyiben bejelölt egy vagy több problémát, mekkora nehézséget okoztak ezek a problémák a munkahelyén, otthoni teendői ellátásában vagy más emberekkel való kapcsolatában?

Egyáltalán nem okoztak nehézséget	Kis nehézséget okoztak	Nagy nehézséget okoztak	Kifejezetten nagy nehézséget okoztak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



2. ábra | A szív- és érrendszeri betegek depresszió irányában történő szűrésének menete
PHQ = Beteg Egészségi Állapot Kérdőív

epizód vagy súlyos depresszió szerepel, a depresszió mértéke csökkent a kontrollhoz képest. Mindez arra enged következtetni, hogy az SSRI jó választás a depressziós koszorúérbetegek számára. Az ENRICHD-vizsgálat azt is kimutatta, hogy az antidepresszáns-kezelés javította a myocardialis infarktust elszenvedett betegek prognózisát, valamint csökkentette a halálozás és a reinfarktus kockázatát az antidepresszánt nem szedő betegekkel összevetve [35].

Pszichoszociális kezelés

A koszorúérbetegek depressziójának kezelésére pszichoszociális módszereket (pszichoterápia, támogatás, stresszcsökkentés) is alkalmaznak. A kezelések célja a lelki fe-

szültség csökkentése, mely elméletileg javítja a klinikai kimenetelt [36]. A depressziós betegek a CABG után gyakran részben vagy teljesen elutasítják a cardialis rehabilitációt, ami akadályozza a szív működés további javulását [37]. Másrészt a magukba forduló, elszigetelődő betegek kezelése nehézségekbe ütközik, ugyanis nincsenek tudatában annak, hogy segítségre szorulnak. Ha pedig nem érzik ennek szükségét, akkor kevésbé motiváltak a változtatásra [38]. Számos randomizált, kontrollált vizsgálat foglalkozott a viselkedésterápia és a pszichológiai kezelések hatásosságával, s ennek eredményeként a kognitív viselkedésterápia, vagy más néven együttműködésen alapuló terápia, IIa ajánlást kapott (jelentős számú bizonyíték/vélemény a hasznosság/hatékonyág mellett) [37]. Az egyik randomizált, kontrollált vizsgálatban

a preoperatív szorongás és depresszió kezelésére irányuló rövid, személyre szabott kognitív viselkedésterápia mindkét kórkép és az életminőség javulását eredményezte, és lerövidítette a kórházi ápolás időtartamát [39]. Egy kanadai vizsgálatban a CABG előtt 8 héttel a kísérleti csoport hetente kétszer tornázott, a műtéttel kapcsolatban részletes tájékoztatást és megerősítést kapott, illetve havonta egyszer a nővér telefonon kereste meg a csoport tagjait. A műtét után minden betegnek felajánlották a cardialis rehabilitációs kezelést. A kísérleti és a kontrollcsoportban a műtét előtti szorongás mértéke nem különbözött, a kórházi ápolás időtartama azonban igen. A kísérleti csoport tagjai átlagosan 1 nappal rövidebb időt töltöttek a kórházban, és rövidebb volt az intenzív osztályon töltött idő is. A műtétet megelőző időszakban a kísérleti csoport tagjai jobb életminőségről számoltak be, mint a kontrollcsoport tagjai. Ez a különbség a műtét után 6 hónapig maradt fenn. A halálzási arányban nem volt különbség [40]. Egy másik prospektív, randomizált tanulmányban az otthon végzett kezelések hatását vizsgálták a szorongás és a depresszió tekintetében 6 hónappal a CABG után egy kísérleti és egy kontrollcsoportban. A szorongás és a depresszió súlyosságát a műtét előtt, a műtét után 6 héttel és 6 hónappal mérték meg. A 6 hetes és a 6 hónapos ellenőrzések során mindkét csoportban csökkent a szorongás és a depresszió mértéke is, vagyis nem volt különbség a kezelt és a kontrollcsoport között [41]. *Freedland és mtsai* a kognitív viselkedésterápia, illetve a támogatott stresszkezelés hatását hasonlították össze a szokásos kezeléssel, és 3 hónap után jelentős különbséget találtak a csoportok között a depresszió remissziójának mértékében. A kognitív viselkedésterápia a depresszió, a szorongás, a reménytelenség, a stressz és az életminőség tekintetében előnyösebb volt, mint a szokásos kezelés. A támogatott stresszkezelés pozitív hatása a szokásos kezeléssel szemben ennél kisebb volt. Mindkét pszichológiai módszer alkalmas a depresszió kezelésére CABG után, a kognitív viselkedésterápia azonban nagyobb mértékben és tartósabban csökkentette a depresszió és több másodlagos pszichológiai tényező mértékét [42].

A pszichoszociális tényezőket vizsgáló randomizált tanulmányok hátránya, hogy a CABG-re kerülő betegek közül a nagyon súlyos betegeket nem vonja be az elemzésbe. Ezért keveset tudunk azon betegek hosszú távú életkilátásairól, akikben a műtét után stroke, mély sternotomiás sebfertőzés, sternumszétválás, dialízist igénylő veseelégtelenség alakul ki, vagy hosszan tartó lélegeztetést, esetleg intenzív osztályos kezelést igényeltek. Az ilyen súlyos betegeknél nagyobb eséllyel alakul ki vagy romlik a már meglévő lelki zavar. Ezen túlmenően az affektív zavarok kezelése minden szempontból fontos, nincs azonban elegendő bizonyíték arra vonatkozóan, hogy a szívbetegek e téren történő kezelése elősegíti és fenntartja az egészséggel kapcsolatos kívánatos viselkedésbeli változásokat, például rendszeres fizikai aktivitás végzése [12]. A testmozgás mind primer, mind szekun-

der cardiovascularis prevencióban ajánlott, és az eddigi eredmények alapján a pszichoszociális kockázati tényezők (például depresszió) szempontjából is előnyösen hat. A betegek és az egészségesek körében végzett keresztmetszeti tanulmányok alapján a legtöbbet sportoló egyének egyértelműen a legkevésbé depressziósak [43]. Depressziós betegekben a szertralinnal (SSRI) végzett antidepresszív kezelés és a testmozgás hatását összehasonlító randomizált, kontrollált vizsgálatban 16 hét után mindkét csoportban jelentősen csökkent a depresszió mértéke, a szertralin-hidroklorid és a testmozgás hatása ebből a szempontból egyforma volt. A testmozgást végző csoportban azonban a visszaesés aránya kisebb volt 6 hónap után [44]. Egy közelmúltban publikált randomizált, kontrollált tanulmányban 115, szívműtétre váró beteg műtét előtti depressziójának mértékét vizsgálták, és azt találták, hogy azok a betegek, akiknek súlyosabbak voltak a tüneteik, és egy rövid (5 alkalomból álló) preoperatív pszichológiai előkészítésen vettek részt, 6 hónappal a szívműtét után a műtét előtti állapotukhoz képest kevésbé voltak depressziósak. A szerzők hangsúlyozzák a mérés fontosságát már kiinduláskor, hogy a műtét hosszú távú kimenetelét személyre szabottan lehessen javítani [45]. Egy magyar munkacsoport kardiológiai rehabilitációs osztályon fekvő, ischaemiás szívbetegek szorongásának és depressziójának kapcsolatát elemezte az egészség-magatartásokkal (táplálkozás, orvosi segítségkérés, fogászati kontroll, dohányzás, alkoholfogyasztás és testmozgás). A szorongó, valamint a depressziós hangulatú betegek nagyobb eséllyel táplálkoznak egészségtelenül, és kisebb eséllyel végeznek rendszeres testmozgást is. Eredményeik igazolták a pszichodiagnosztika és szükség esetén a személyre szabott pszichológiai és/vagy pszichiátriai beavatkozás (pszichoedukáció, kognitív viselkedéses terápia, gyógyszeres terápia stb.) szükségességét a szívbetegek körében [46].

Következtetés és a jövőbeli irányzatok

A coronariabypassgraft-műtét bizonyított eljárás az angina pectoris megszüntetésében és az ischaemiás szívbetegek okozta halálozás mérséklésében, egyidejűleg csökkenti a szívinfarktuskok bekövetkezésének valószínűségét, és meghosszabbítja az élettartamot. A műtét másik célja az egészséggel kapcsolatos életminőség javítása és a lelki jóllét biztosítása. A boldogság és az elégedettség elősegítik a beteg megpróbáltatásokkal szembeni küzdőképességét, védelmet nyújtanak a problémák ellen, védik az egyén pszichés integritását, valamint támogatják a mentális és fizikális egészséget. Az eddigi eredmények arra utalnak, hogy a pozitív pszichológiai tényezők független módon kapcsolódnak a cardiovascularis előnyökhöz, nem csak egyszerűen a negatív állapotok hiányát jelentik. A sikeres műtét után a betegek többsége javulást érez a mindennapok területén: fizikailag erősebbek, a társas kapcsolatok és a szexualitás terén aktivitásuk megnő, emellett a depresszió, a szorongás, a kimerültség

mértéke csökken, az alvás minősége javul. Néhány esetben azonban a műtét utáni életminőség a beteg számára lehangoló, ezért egyre többen foglalkoznak a CABG után fellépő pszichológiai eltérésekkel [47]. A CABG után rövid időn belül gyakran alakul ki depresszió és szorongás, amely a betegek kb. 20%-ában a műtét után 1 évvel is kimutatható. A műtét után a nem megfelelő pszichológiai alkalmazkodás növeli az új cardialis események, a hospitalizáció vagy a halál gyakoriságát. Egy ezzel foglalkozó tanulmány szerint a betegek 30%-ának rossz az egészséggel kapcsolatos életminősége anélkül, hogy klinikai szempontból szorongónak vagy depressziósnek kellene őket tekinteni. Jellemző rájuk, hogy aktivitásuk beszűkül, félnek a váratlan helyzetektől, és feladják a korábban élvezetet jelentő hobbijukat. Az eddigi eredmények alapján az egészség önértékelése, a depresszió és a szorongás együttesen befolyásolják a CABG utáni rövid és hosszú távú felépülés folyamatát [48]. Ezen túlmenően az egészségi állapot szívbetegségekre vonatkozó önbecslése és a pszichoszociális tünetek pontosabban jeleztek előre a későbbi szövődmények bekövetkezésének valószínűségét, mint az orvosi prognózis [45]. A szövődmények és a szociális tényezők közötti összefüggés megértéséhez további vizsgálatok szükségesek, ami által a kezelési lehetőségekhez is közelebb kerülünk. Mivel jelenleg a legtöbb vizsgálat a depresszióra irányul, a többi tényező együttes vagy önálló hatását is vizsgálni kell.

Összefoglalva, koszorúérbetegekben a depresszió és a szorongásos zavarok gyakorisága az átlagpopulációhoz képest jelentősen nagyobb, a morbiditási mutatók is rosszabbak, bár az eltérést magyarázó viselkedésbeli és biológiai folyamatok csak részlegesen ismertek. A kutatók és a klinikusok egyaránt azt remélik, hogy a pszichoszociális kezelés csökkenti vagy megszünteti a depresszió és a szorongás morbiditását és mortalitását szempontjából kedvezőtlen hatását. A betegek lelki és szociális problémáinak pszichológiai szemszögből történő megközelítése a CABG-re kerülő egyének kezelési tervének részévé kell hogy váljon. Relaxáció segítségével nem invazív módon csökkenthető az aggodalom, ami egy sor káros mechanizmus ellen hatva pozitív érzelmeket generál, és el-lensúlyozza az aggódo beteg negatív beállítódását. Egyidejűleg, a pszichológussal történő beszélgetések során több, a műtéttel kapcsolatos tévhit is elosztható, és a pszichológus ösztönözni tudja a betegeket, hogy aktívan vegyenek részt a felépülésükben [49].

Anyagi támogatás: A tanulmány elkészítése anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: A szerzők egyenlő arányban vettek részt a közlemény megírásában. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Irodalom

- [1] Németh N, Endrei D, Elmer D, et al. Epidemiological disease burden and annual health insurance treatment cost of acute myocardial infarction in Hungary. [A heveny szívinfarktus okozta országos epidemiológiai és egészségbiztosítási betegségteher Magyarországon.] *Orv Hetil.* 2021; 162(Suppl 1): 6–13. [Hungarian]
- [2] Gyöngyösi H, Kőrösi BZ, Batta D, et al. Association between affective temperaments and arterial stiffness index in chronic hypertensive patients. [Az affektív temperamentumok és az artériás érfalmerevségi index kapcsolata krónikus hipertóniás betegekben.] *Orv Hetil.* 2022; 163: 312–318. [Hungarian]
- [3] Balog P. Negative emotions associated with cardiovascular diseases. [A negatív érzelmek és a szív- és érrendszeri betegségek összefüggései.] *Orv Hetil.* 2018; 159: 2005–2010. [Hungarian]
- [4] Cserép Z, Losoncz E, Tóth R, et al. Self-rated health is associated with the length of stay at the intensive care unit and hospital following cardiac surgery. *BMC Cardiovasc Disord.* 2014; 14: 171.
- [5] Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA, et al. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet* 2003; 362: 604–609.
- [6] Tully PJ, Baker RA, Turnbull D, et al. The role of depression and anxiety symptoms in hospital readmissions after cardiac surgery. *J Behav Med.* 2008; 31: 281–290.
- [7] Gorini A, Giuliani M, L'Acqua C, et al. Associations of preoperative self-rated symptoms of anxiety and depression on length of hospital stay and long-term quality of life in patients undergoing cardiac surgery. *J Cardiovasc Nurs.* 2022; 37: 213–220.
- [8] Connerney I, Shapiro PA, McLaughlin JS, et al. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study. *Lancet* 2001; 358: 1766–1771.
- [9] Mahoney JJ, Voelkel EA, Bannister JA, et al. Psychiatric factors which impact coronary heart disease and influence outcomes post-coronary artery bypass grafting surgery. In: Nazari S. (ed.) *Front lines of thoracic surgery.* [Internet] IntechOpen, London, 2012. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/26914> [accessed: 2022 Nov 11].
- [10] Cserép Z, Losoncz E, Balog P, et al. The impact of preoperative anxiety and education level on long-term mortality after cardiac surgery. *J Cardiothorac Surg.* 2012; 7: 86.
- [11] Koivula M, Tarkka MT, Tarkka M, et al. Fear and anxiety in patients at different time-points in the coronary artery bypass process. *Int J Nurs Stud.* 2002; 39: 811–822.
- [12] Tully PJ, Baker RA. Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. *J Geriatr Cardiol.* 2012; 9: 197–208.
- [13] Rosenbloom JL, Wellenius GA, Mukamal KJ, et al. Self-reported anxiety and the risk of clinical events and atherosclerotic progression among patients with coronary artery bypass grafts (CABG). *Am Heart J.* 2009; 158: 867–873.
- [14] Székely A, Balog P, Benkő E, et al. Anxiety predicts mortality and morbidity after coronary artery and valve surgery – a 4-year follow-up study. *Psychosom Med.* 2007; 69: 625–631.
- [15] Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, et al. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The normative aging study. *Circulation* 1994; 90: 2225–2229.
- [16] Dao TK, Voelkel E, Presley S, et al. Gender as a moderator between having an anxiety disorder diagnosis and coronary artery bypass grafting surgery (CABG) outcomes in rural patients. *J Rural Health* 2012; 28: 260–267.
- [17] Oxlad M, Stubberfield J, Stuklis R, et al. Psychological risk factors for cardiac-related hospital readmission within 6 months of coronary artery bypass graft surgery. *J Psychosom Res.* 2006; 61: 775–781.

- [18] Kopp MS, Skrabski Á, Réthelyi J, et al. Self-rated health, subjective social status and middle aged mortality in a changing society. *Behav Med.* 2004; 30: 65–70.
- [19] Jylhä M, Volpato S, Guralnik JM. Self-rated health showed a graded association with frequently used biomarkers in a large population sample. *J Clin Epidemiol.* 2006; 59: 465–471.
- [20] Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med.* 2009; 69: 307–316.
- [21] Arnadóttir SA, Gunnarsdóttir ED, Stenlund H, et al. Determinants of self-rated health in old age: a population-based, cross-sectional study using the international classification of functioning. *BMC Public Health* 2011; 11: 670.
- [22] Schroeder S, Baumbach A, Herdeg C, et al. Self-rated health and clinical status after PTCA: results of a 4-year follow-up in 500 patients. *Eur J Intern Med.* 2001; 12: 101–106.
- [23] Norekvål TM, Fridlund B, Rokne B, et al. Patient-reported outcomes as predictors of 10-year survival in women after acute myocardial infarction. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8: 140.
- [24] Oxlad M, Wade TD. Longitudinal risk factors for adverse psychological functioning six months after coronary artery bypass graft surgery. *J Health Psychol.* 2008; 13: 79–92.
- [25] Lin XJ, Lin IM, Fan SY. Methodological issues in measuring health-related quality of life. *Tzu Chi Med J.* 2013; 25: 8–12.
- [26] Steptoe A, Wardle J, Marmot M. Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proc Natl Acad Sci USA* 2005; 102: 6508–6512.
- [27] Steptoe A, Dockray S, Wardle J. Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *J Pers.* 2009; 77: 1747–1776.
- [28] Kubzansky LD, Thurston RC. Emotional vitality and incident coronary heart disease: benefits of healthy psychological functioning. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 1393–1401.
- [29] Scheier MF, Matthews KA, Owens JF, et al. Optimism and re-hospitalization after coronary artery bypass graft surgery. *Arch Intern Med.* 1999; 159: 829–835.
- [30] Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, et al. 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* 2008; 118: 1768–1775.
- [31] Jha MK, Qamar A, Vaduganathan M, et al. Screening and management of depression in patients with cardiovascular disease: JACC State-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol.* 2019; 73: 1827–1845.
- [32] Levine GN, Cohen BE, Commodore-Mensah Y, et al. Psychological health, well-being, and the mind-heart-body connection: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2021; 143: e763–e783.
- [33] Feinstein RE, Blumenfeld M, Orlowski B, et al. A national survey of cardiovascular physicians' beliefs and clinical care practices when diagnosing and treating depression in patients with cardiovascular disease. *Cardiol Rev.* 2006; 14: 164–169.
- [34] Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM, et al. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA* 2002; 288: 701–709. Erratum: *JAMA* 2002; 288: 1720.
- [35] Berkman LF, Blumenthal J, Burg M, et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) randomized trial. *JAMA* 2003; 289: 3106–3116.
- [36] Richards SH, Anderson L, Jenkinson CE, et al. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 4: CD002902.
- [37] Hillis LD, Smith PK, Anderson JL, et al. 2011 ACCF/AHA guideline for coronary artery bypass graft surgery: Executive summary a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines developed in collaboration with the American Association for Thoracic Surgery, Society of Cardiovascular Anaesthesiologists, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol.* 2011; 58: 2584–2614.
- [38] Brummett BH, Barefoot JC, Siegler IC, et al. Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosom Med.* 2001; 63: 267–272.
- [39] Dao TK, Youssef NA, Armsworth M, et al. Randomized controlled trial of brief cognitive behavioral intervention for depression and anxiety symptoms preoperatively in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2011; 142: e109–e115.
- [40] Arthur HM, Daniels C, McKelvie R, et al. Effect of a preoperative intervention on preoperative and postoperative outcomes in low-risk patients awaiting elective coronary artery bypass graft surgery. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 2000; 133: 253–262.
- [41] Lie I, Arnesen H, Sandvik L, et al. Effects of a home-based intervention program on anxiety and depression 6 months after coronary artery bypass grafting: a randomized controlled trial. *J Psychosom Res.* 2007; 62: 411–418.
- [42] Freedland KE, Skala JA, Carney RM, et al. Treatment of depression after coronary artery bypass surgery: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 387–396.
- [43] Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999; 99: 2192–2217.
- [44] Babyak M, Blumenthal JA, Herman S, et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosom Med.* 2000; 62: 633–638.
- [45] Horn N, Laferton JA, Shedden-Mora MC, et al. Baseline depressive symptoms, personal control, and concern moderate the effects of preoperative psychological interventions: the randomized controlled PSY-HEART trial. *J Behav Med.* 2022; 45: 350–365.
- [46] Rafael B, Konkoly Thege B, Kovács P, et al. Anxiety, depression, health-related control beliefs, and their association with health behavior in patients with ischemic heart disease. [Szorongás, depresszió, egészségkontrollhit és az egészség-magatartással való kapcsolatuk ischaemiás szívbetegség körében.] *Orv Hetil.* 2015; 156: 813–822. [Hungarian]
- [47] McKenzie LH, Simpson J, Stewart M. A systematic review of pre-operative predictors of post-operative depression and anxiety in individuals who have undergone coronary artery bypass graft surgery. *Psychol Health Med.* 2010; 15: 74–93.
- [48] Cserép Z, Losoncz E, Malik A, et al. Psychosocial factors determining life expectancy of patients undergoing open heart surgery. [Nyitott szívműtéten átesett betegek életkilátásait meghatározó pszichoszociális tényezők.] *Orv Hetil.* 2008; 149: 1549–1554. [Hungarian]
- [49] Savio MT, Hariharan M. Impact of psychosocial intervention on prognosis of cardiac surgery patients. *Health Psychol Res.* 2020; 8: 8887.

(Cserép Zsuzsanna dr.,
Budapest, Uzsoki u. 29–41., 1145,
e-mail: cserepszuzs@gmail.com)

(Szekely Andrea dr.,
e-mail: andi_szekely@yahoo.com)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)