

Állami Kórház, Balatonfüred

A PSZICHOSZOCIÁLIS STÁTUS ÉS DINAMIKÁJA MYOCARDIUM INFARCTUS UTÁN

BÖSZÖRMÉNYI ERNŐ, az orvostudományok kandidátusa, ITTZÉS LILLA,
BERÉNYI ISTVÁN és LUDWIG GÉZA

Közlésre érkezett: 1982. III. 30.

Általánosan elfogadott, hogy a myocardium infarctust (MI) szenvedett betegek rehabilitációjában a pszichológiai tényezők fontos szerepet játszanak. Jelen munkánkban bemutatunk egy olyan teszt-módszert, amely a pszichológiai munka segédeszköze.

Az akut myocardium infarctust (AMI) követő pszichés reakciókat Cassem és Hackett (1977) a következőképpen foglalja össze: az első nap a szorongás uralja az érzelmi életet, a 2—4. napon a tagadás és a 3—5. nap a depresszió jelenhet meg. Ez utóbbi reakciót észlelhetjük leggyakrabban még hónapokkal is az AMI után.

A konvaleszcens fázisban az érzelmeik skálája bővül és az akut fázisban jelentkezők állandósulhatnak. Ezen érzelmi reakciók a még normál és a már kóros mértéket érhetik el. A betegség mint krízisállapot velejárója a félelem, sőt halálfélelem, mely szorongássá alakulhat. Az újabb infarctustól való félelem szintén gyakori.

Az egész embert érő betegség-élmény a személyiség egyensúlyát bontja meg: így a bizonytalanságérzés, az indítékhiány, mind a magánélet területén, mind a munkába való visszaállásnál jelentkezhet. Az orvosi, pszichológiai interjúk gyakori témája a házassági- és a családi-életbe való újra beilleszkedés kérdése: a szexuális megfelelés-érzés hiánya, a hiperszenzitivitás és a tolerancia-csökkenés. Gyakori az életmódbeli változásokhoz, változtatásokhoz való alkalmazkodási zavar: az orvosi tanácsokat sokan az életük nagymérvű beszüntüléseként élik meg. Ezek az emberek vagy depresszióval vagy hipertímiás reakciókkal válaszolnak.

A munkába való visszaállásnál is a kettősség a jellemző: van aki munkájának újra felvételétől fél, mely nem mindig van összefüggésben az orvosi javaslattal; van aki állásának elvesztésétől, melyet függetlenségének elvesztéseként él meg (Acker 1978; Winter és Kellermann 1976).

Dolgozatunk célja: a pszichoszociális státus alakulásának vizsgálatára rehabilitációs programunk utánkövetéses rendszerében.

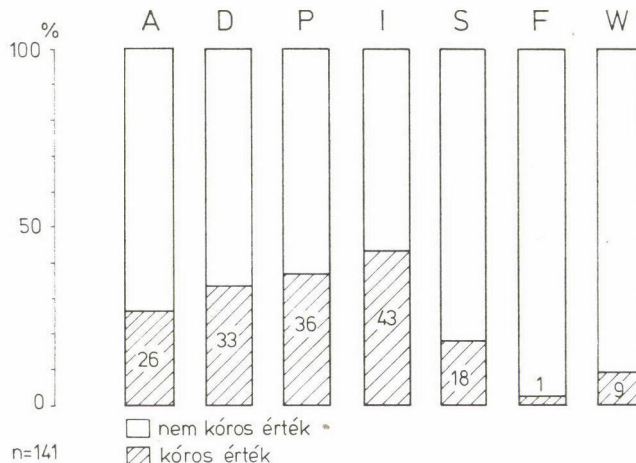
Módszer

A Veszprém megyei rehabilitációs programban részt vevő, 141 szívizom infarktust elszenvedett, 27 és 60 év közötti férfibeteget vizsgáltunk (Berényi és mtsai 1975; Böszörményi és mtsai 1981). Vizsgálatainkhoz Hoffmann és mtsai által (1976) alap és kontroll formában kidolgozott „BUDAPEST”-pszichoszociális mérőskálát használtuk.

Az alaptesztet a betegek Kórházunkba kerülésükkor, tehát az AMI-t követő 3—4. héten, a kontroll-tesztet a 3., 6. és a 12. hónapban töltik ki. Az Alapteszt (58 kérdésből áll) alkalmas a pszichoszociális rizikóstatus felmérésére, mivel elsősorban a betegség előtti állapotra kérdez. Természetesen a már megbetegedett ember értékel.

A teszt lehetőséget ad négy súlyossági fokban a szorongás (A), a depresszió (D), a személyiséget jellemző reakciómód (P) és a betegségtudat (I) mérésére. Vizsgálja továbbá a családi (F) és szexuális életben (Sx) meglévő, illetve keletkezett nehézségeket, a stressz-szituációk (S) előfordulását jelző mutatókat. Végül választ kapunk az alaptesztből a munkahelyi kapcsolatok (W) milyenségére a betegség előtt, a kontroll-tesztből (46 kérdés) a munkába álltaknál ugyanerről, valamint a leszázalékoltak, illetve a nyugdíjasok arányáról. 141 beteg töltötte ki az alap és a kontroll skálát egy évvel az AMI után. Ezek közül 74 betegnél volt módunk kontrollálni a 6. hónapban. Csupán 29 beteg esetében mértük fel a 3. hónapban is a pszichoszociális státust.

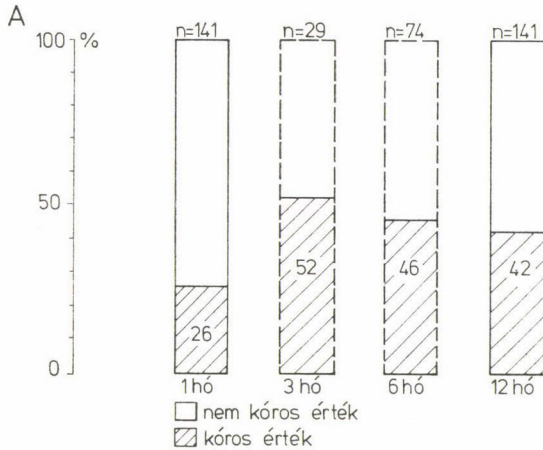
A statisztikai számításokhoz X^2 próbát használtunk.



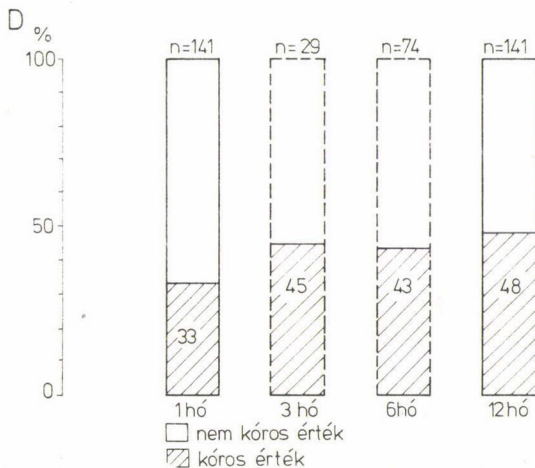
I. ábra. A „Bp-kérdőív” egyes mutatóinak alakulása M. I. után az 1. hónapban

Eredmények

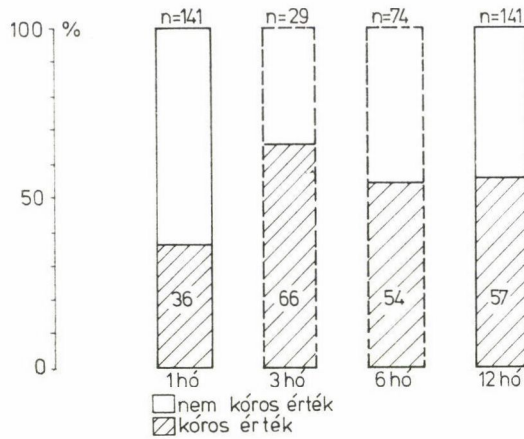
Az alapeszt kóros mutatói közül — nem számítva a betegség tudatot (I), mely teljes mértékben betegségfüggő — leggyakoribb a kóros személyiség reakciókra (P), majd a depresszióra (D), azután a szorongásra (A), a betegséget megelőző stresszhatásokra (S), a munkahelyi viszonyokra (W), végül a családi miliőre (F) utaló skálák előfordulása.



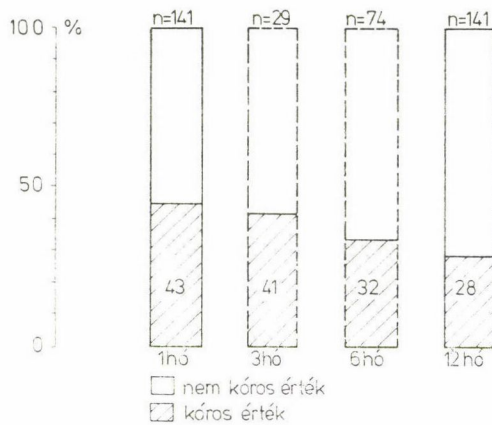
2. ábra. A szorongás gyakoriságának alakulása M.I. után a „Bp-kérdőív” szerint



3. ábra. A depresszió gyakoriságának alakulása M.I. után a „Bp-kérdőív” szerint



4. ábra. A személyiség faktorok gyakoriságának alakulása M.I. után a „Bp-kérdőív” szerint



5. ábra. A betegségtudat gyakoriságának alakulása M.I. után a „Bp-kérdőív” szerint

Vizsgálataink szerint a betegek szorongása (A) nő az egy éves időszak alatt és ez a változás szignifikáns ($p < 0,01$).

A kóros depresszió (D) gyakorisága a következőképpen alakul: az 1. és 12. hónap értékei különböznek egymástól, az eredmény a kóros érték irányába nő ($p < 0,05$).

A személyiségreakciókat jelző (P) mutató szintén szignifikánsan változik a kóros értékek irányába ($p < 0,01$).

Az idő múlásával a kóros betegségtudat (I) szignifikánsan csökken ($p < 0,05$).

Az eredmények értelmezése

Az AMI súlyos pszichoszomatikus kórkép, melyről a betegek legtöbbször már megbetegedése előtt hallott. Leginkább egyre növekvő halálökként. Majd nyilvánvalóvá válik számára, hogy életveszélyben van és az akut fázis lezajlása után tudomására jut betegségének krónikus jellege. Eredményeink értelmezésekor ezen tényeknek az emberi személyiségre gyakorolt hatásából indulunk ki.

Az anxiétás, a depresszió és a kóros személyiségreakciók tesztben mutatott lényeges romlását a szomatikus betegség pszichopatológiai következményének tartjuk.

Egy olyan kórkép esetén, mint a MI, mely leggyakrabban rohamszerűen indul és a betegek egy része a rosszuléttel együttjáró halálfélelemlről számol be, melyet elsődleges szorongásnak nevezünk, érthető az anxiétás fennmaradása. Ez utóbbi jelenséget másodlagos szorongásnak tartjuk (Hoffmann 1977).

Eredményeink mutatják, hogy a tesztben kórosnak ítélt anxiétás a 3. hónapban a legnagyobb, ettől kezdve azonban egyenletesen csökken. Minden valószínűség szerint együtt a veszélyhelyzet csökkenésével.

A szomatikus betegségek gyakori pszichés következménye a depresszió. Eredményeinkben a kóros depresszió az idő függvényében egyenletesen emelkedik. Itt gondolnunk kell a krónikus betegség kiváltotta lelki reakciókra és a betegség által létrehozott életforma korlátozásainak hatására.

A post-morbid személyiség létezését mint pszichopatológiai következményt kell látnunk, ha a perszonalitás skála eredményeit vizsgáljuk. A kóros személyiségreakciók növekedéséről a betegek maguk is beszámolnak. Feltételezhető, hogy a betegséggel kapcsolatos testi és lelki tünetek rontják vagy tovább rontják a személyiség elhárító és védekező mechanizmusait és így rosszul alkalmazkodó magatartáshoz vezetnek (Császár 1980).

A betegségtudat kóros értékeinek csökkenése jó jelnek tekinthető. Az intellektus szintjén a betegség állapotá válásának elfogadását jelentheti. Egyeseknél azonban jelenthet tagadást, illetve elfojtást tudati szinten, melyet nem követnek az emocionális változások. Ezt a „pszichés”-skálák jól mutatják.

Eredményeink felhívják a figyelmet a szervezett és folyamatos pszichológiai utógondozás fontosságára myocardium infarctus után, melynek lehetőségei ma igen kevés helyen adóttak.

Összefoglaló

A szerzők beszámolnak 141 myocardium infarctust elszenvedett beteg pszichés állapotának változásáról az akut eseményt követő 1., 3., 6. és 12.

hónapban. Vizsgálataikhoz Hoffmann és mtsai által alap és kontroll formában kidolgozott „BUDAPEST”-pszichoszociális mérőskálát használták.

A pszichés skálák statisztikailag változtak az idő függvényében. A szorongás (A), a depresszió (D), a kóros személyiségreakció (P) mutatóiban lényeges romlást, a betegségtudatban (I) jelentős javulást tapasztaltak.

A teszt szociális állapotot jelző mutatói: a család (P), a stressz (S) és a munka (W) nem változtak.

IRODALOM

- Acker, J. E.*: In: *Advances Cardiology* Vol. 24, pp. 116—119. Basel, Karger, (1978).
- Berényi I., Debrőczy T., Endersz F., Kopasz E., Ludwig G., Mikes L. és Rupert R.*: *Népegészségügy* **56**, 140 (1975).
- Böszörményi E., Ludwig G., Berényi I., Mikes L., Ittzés L. és Molnár J.*: *Balneol. Rehab. Gyógyfürdő.* **2**, 63 (1981).
- Böszörményi, E., Ludwig, G., Berényi, I., Mikes, L., Ittzés, L. és Molnár, J.*: *Z. Physiother.* **33**, 181 (1981).
- Cassem, N. N. és Hackett, T. P.*: *Med. Clin. North. Amer.* **61**, 711 (1977).
- Császár Gy.*: *Pszichoszomatikus orvoslás Budapest, Medicina*, (1980).
- Hoffmann, A., Hajtman, B., Gara, I. és Paál, I.*: In: *Psychological Approach to the Rehabilitation of Coronary Patients* (Ed: Stocksmeier, V.) Springer, Berlin, pp. 20—25. (1976).
- Hoffmann, A. és Hajtman, B.*: *Cardiol. Hung.* **6**, 249 (1977).
- Winter, I. és Kellermann, J. J.*: *Psychological Approach to the Rehabilitation of Coronary Patients.* (Ed: Stocksmeier, V.) Springer, Berlin, pp. 156—172. (1976).