

A KLINIKAI MUNKA AKTUÁLIS KÉRDÉSEI

A pszichoszociális állapot szerepe a vascularis egészség alakulásában

NEMCSIK János

Simmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest; NGNB Med. Orvosi Szolgáltató Kft.

ÖSSZEFOGLALÁS – A cardiovascularis betegségek kialakulásában és lefolyásában is szerepet játszanak a pszichoszociális és a szocioökonómiai tényezők. Az ezekkel kapcsolatos ismeretek már olyan mértékűek, hogy a pszichoszociális tényezők figyelembevételének fontossága a nemzetközi irányelvek szintjén is megjelenik. Ez a közlemény a szocioökonómiai tényezők közül az egyedüllét és a szociális izoláció káros hatásának bemutatását részletezi, míg a pszichológiai faktorok közül a depresszió és a cardiovascularis betegségek kapcsolatára fókuszál, kitérve az intervenciók lehetőségeire. Fontos lenne, hogy a kezelőorvos a pszichoszociális faktorok figyelembevételével mérje fel a cardiovascularis rizikót és ahol mód van rá, javasoljon olyan terápiás lehetőséget, ami egyaránt javít a pszichés és a cardiovascularis betegségek kimenetelén.

Kulcsszavak: cardiovascularis betegségek, pszichoszociális faktorok, egyedüllét, szociális izoláció, depresszió

The impact of psychosocial factors on vascular health

Nemcsik J.

Summary – Psychosocial and socioeconomic factors play role in the development and progression of cardiovascular diseases. The amount of data in this field have led to the involvement into the current guidelines the importance of the consideration of psychosocial factors. The subject of this review article includes loneliness and social isolation as socioeconomic factors and depression as psychological factor as risk factors of cardiovascular diseases providing possibilities of intervention where applicable. It would be important for the attending physician to consider the cardiovascular risk including the evaluation of psychosocial factors and if possible, use treatments which are beneficial both for the outcome of psychological and cardiovascular conditions.

Keywords: cardiovascular diseases, psychosocial factors, loneliness, social isolation, depression

Bevezetés

A pszichoszociális megközelítés az egyén fizikai és mentális teljesítőképességét a pszichológiai faktorok és az egyént körülvevő szociális környezet együttes hatásait figyelembe véve vizsgálja. A pszichoszociális faktorok felmérése magába foglalja az egyén pszichiátriai, pszichológiai és szociális státuszának megismerését, az egyéni és környezeti rizikófaktorok felmérését (1).

A 2023-as, Európai Hypertonia Társaság (European Society of Hypertension – ESH) által kiadott hypertoniagondozási irányelv a hypertóniás beteg cardiovascularis (CV) rizikóját meghatározó tényezők közé sorolja a pszichoszociális és szocioökonómiai faktorokat (2), de részletesen ezzel a terület-

tel a 2021-es CV prevenciók irányelv foglalkozik (3). Az irányelv szerint az atheroscleroticus CV betegségek kialakulásának és progressziójának az esélye 1,2-2-szeresére emelkedik a különböző pszichoszociális faktorok okozta pszichoszociális stressz következtében (3). Bár jelen közleménynek nem témája, de ismert a fordított összefüggés is, amikor major cardiovascularis esemény után jelentkezik depresszió, majd később pszichoszociális, szocioökonómiai stressz, végül akár egyedüllét és szociális izoláció.

A pszichoszociális és szocioökonómiai faktorok számos szereplője közül a jelen összefoglaló közlemény részletesen az egyedüllét, a szociális izoláció és a depresszió CV betegségekkel való kapcsolatát részletezi.

Levelezési cím:

Dr. Nemcsik János,
1085 Budapest, Stáhly utca 7–9.
E-mail: nemcsik.janos@semmelweis.hu

DOI: <https://doi.org/10.33668/hn.28.024>

Hypertonia és Nephrologia
2024;28(4):187-189.

Az egyedüllét és a szociális izoláció mint az emelkedett cardiovascularis rizikó forrása

Előregedő társadalmunkban egyre több idős embert érint az elmagányosodás és a szociális izoláció. Ugyanakkor az egyedüllét fiatalabb korosztályt is érinthet, például országon belüli vagy akár országhatáron túli munkahelyváltás vagy a családi kapcsolatok megromlása, vagy akár új jelenségek, mint az internetes bántalmazás módjaként az online közösségi kirekesztés, vagy felsőoktatásban az online oktatás, illetve egyéni kreditrendszer okozta „csoporttalanság” kapcsán.

Pléh Csaba pszichológus megfogalmazása alapján a magányosság olyan érzelmi állapot, amelyben a személy erőteljes üresség- és kirekesztettség érzést tapasztal. A magányosság több, mint pusztán vágy a társaságra vagy egy másik személyre. A magány egy átmeneti vagy állandósult érzelmi állapot az ember életében. A magányos ember elvágva, elidegenítve érzi magát a többi embertől, számára nehézséget okozhat vagy lehetetlen is lehet értelmes emberi kapcsolatok kialakítása. Gyakran tapasztal szubjektív belső ürességérzetet és a világtól való elzártságot (4).

A társas támogatás hiánya vagy nagyon alacsony szintje esetén szociális izolációról beszélünk. Idetartozik, ha valaki egyedül él, nem házas és elenyésző számú és minőségű kapcsolata van rokonokkal, barátokkal vagy más külső személyekkel. A magány, a társas kapcsolatok hiánya vagy sérülése hosszú távon allosztatikus túltöltöttséget okoz, gyulladásos és egyéb kóreléptani folyamatokat indíthat el szervezetünkben, ami többféle betegség, például CV elváltozások kialakulásához vezethet (5).

Bu és munkatársai az English Longitudinal Study of Ageing vizsgálat két kohorszában tanulmányozták az egyedüllét és a szociális izoláció kapcsolatát a CV betegségek kialakulásával (6). 5850 egyénnél önbevallásos módon került meghatározásra a CV betegség, míg 4857 beteg esetében kórházi dokumentációk segítettek a diagnózist és a követést, ami átlagosan 9,6 éven át tartott. Azoknál az egyéneknél, akiknél az egyedüllét a legsúlyosabb mértékű volt, 30%-kal nagyobb volt az esélye a CV betegség diagnosztizálásának (rizikóhányados, HR: 1,05, 95%-os konfidenciaintervallum, CI: 1,01–1,09) és 48%-kal volt nagyobb a CV betegség miatti hospitalizációnak (HR: 1,08, 95%-os CI: 1,03–1,14) azokhoz képest, akiknél az egyedüllét felmérése a legenyhébb fokozatot mutatta (6). Ebben a vizsgálatban a szociális izolációval kapcsolatban csak gyenge bizonyítékot találtak a CV betegség diagnosztizálásával vagy az azzal összefüggő kórházi felvétellel kapcsolatban (6).

Az English Longitudinal Study of Ageing egy korábbi alvizsgálatában Steptoe és munkatársai 6500 alanyt követtek 7,25 éven keresztül és az egyedüllét és a szociális izoláció hatásaikat vizsgálták az összhálozásra (7). Eredményeik az mutatták, hogy a szociális izoláció korra, nemre, demográfiai és az egészséggel összefüggő faktorokra való illesztést követően is független kapcsolatban maradt az összmortalitással (HR: 1,26, 95%-os CI: 1,08–1,48), míg az egyedüllét esetében a kapcsolat bár a korra, nemre és demográfiai faktorokra való illesztést követően még szignifikáns volt (HR: 1,14, 95%-os CI: 0,98–1,34), de a végső modellben, amelyben a társbetegségek is helyet kaptak, a kapcsolat nem volt kimutatható (HR: 0,92, 95%-os CI: 0,78–1,09) (7).

A fenti két vizsgálat összességében azt igazolta, hogy a CV kimenetel és az összhálozás szempontjából mind az egyedüllét, mind a szociális izoláció rizikófaktorok képez, így a mindennapi gyakorlatban prevenciók szempontból fontos ezekkel a tényezőkkel is számolni. Az alkalmazott skálákon a hozzátartozókkal való kevesebb, mint havi egyszeri találkozás számított kritikusnak, bár a rizikó emelkedése folyamatos jellegű volt.

Depresszió: közvetítő állapot, rizikótényező a cardiovascularis betegségek felé

Az egyedüllét és a szociális izoláció CV betegségekkel való kapcsolatát jelentős mértékben a depresszió közvetíti (8). A depresszió a nyugati világ egyre növekvő népegészségügyi problémájává váló betegsége, amelynek a CV betegségekkel való kapcsolatára számos bizonyíték áll rendelkezésre (9). A depresszió és a CV betegségek kóreléptana sokrétű hasonlóságot mutat, beleértve a metabolikus és immunoinflammatorikus szabályozórendszerek, az autonóm idegrendszer és a hypothalamus-hypophysis-mellékvese tengely működésének patológiás jellegét (10).

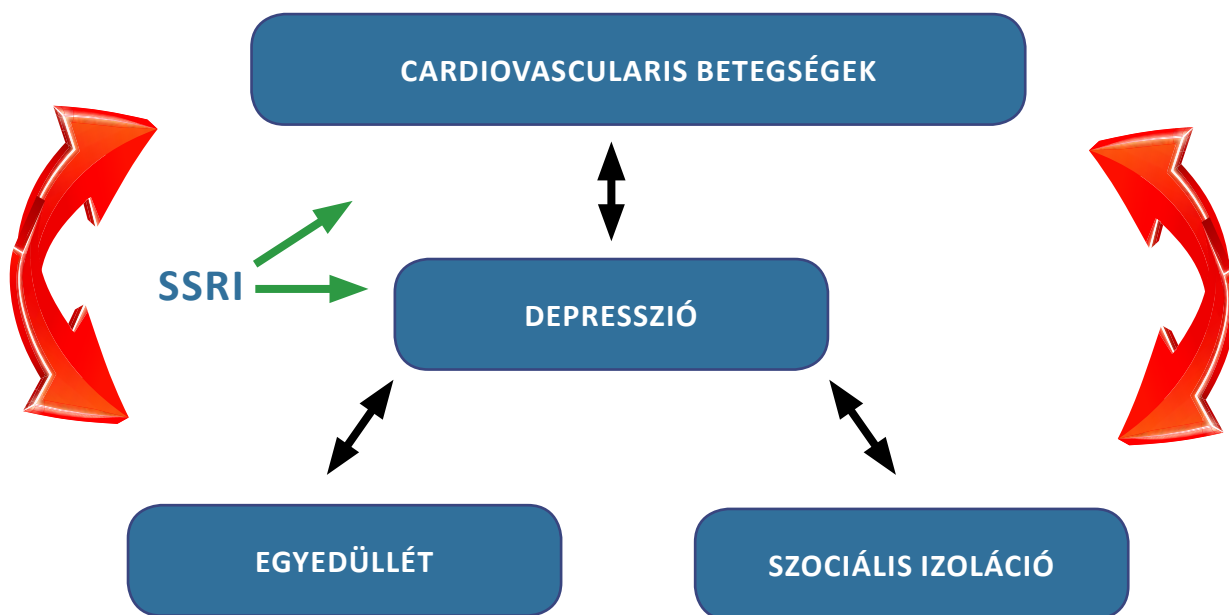
A depresszió CV betegségek kialakulására gyakorolt hatásáról nyújt ismereteket Seldenrijk és munkatársai vizsgálata (11). 2510, CV betegségtől mentes, depresszióval vagy szorongással diagnosztizált beteget követtek hat éven keresztül és a CV betegségek kialakulását vizsgálták a kohorszban. A többváltozós statisztikai modell szociodemográfiai, életmódbeli és társbetegségekkel összefüggő faktorokra illesztését követően azt találták, hogy a CV betegség kialakulásának esélyét növelte a depresszió és a szorongás együttes jelenléte (HR: 2,86, 95%-os CI: 1,49–5,49), az aktív depresszió (HR: 2,30, 95%-os CI: 1,10–4,80), míg önmagában az aktív szorongással és a remisszióban levő depresszióval nem találtak összefüggést. A depressziós tünetek súlyosságával is találtak pozitív összefüggést és a benzodiazepinhasználat is emelkedett rizikóval társult (HR: 1,95, 95%-os CI: 1,16–3,31) (11).

Módosítható cardiovascularis rizikótényező: major depresszió

A depresszió sikeres kezelése jótékony hatással van a CV kimenetelre is. Kim és munkatársai 300, akut coronariaszindrómán frissen átesett, depresszióval diagnosztizált beteget randomizáltak az aktív karon a hagyományos kezelés mellett hat hónapon át tartó, napi 5, 10, 15 vagy 20 mg eszitalopramot kapó csoportra. Átlagosan 8,1 éves követés után azt találták, hogy azokban, akik az eszitalopramkezelésben részesültek, a major adverb CV események kialakulásának esélye szignifikáns mértékben csökkent (HR: 0,69, 95%-os CI: 0,49–0,96) (12). Pizzi és munkatársai metaanalízisükben, amely hat randomizált, kontrollált vizsgálat 2461 betegének bevonásával történt, azt találták, hogy depresszióval diagnosztizált coronariabetegekben a szelektív szerotoninviszavétel-gátlók (selective serotonin reuptake inhibitor – SSRI) adása csökkentette a coronariabetegség miatti hospitalizációt (HR: 0,63, 95%-os CI: 0,46–0,86) és a halálozást (HR: 0,56, 95%-os CI: 0,35–0,88) (13). Mindezek alapján a 2021-es CV prevenciók irányelv IIa/B evidenciaszinttel ajánlja az SSRI-k adását olyan coronariabete-

1. ábra.

Az egyedüllét, a szociális izoláció, a depresszió és a cardiovascularis betegségek komplex kapcsolata



piros nyíl = káros hatás; zöld nyíl = védőhatás; SSRI = szelektív szerotoninviszavétel-gátló

geknél, akik legalább mérsékelt súlyosságú major depresszióban szenvednek (3).

Összefoglalásul elmondhatjuk: fontos, hangsúlyos, hogy magányos, szociálisan elszigetelten élő betegeink CV prevenció szempontból is fokozott figyelmet kapjanak. A körükben gyakran jelen levő depresszió megfelelő kezelésével jelentősen javíthatunk életkilátásaikon. A közleményben tárgyalt rizikófaktorok komplex, egymásra kölcsönösen ható kapcsolatát az 1. ábra mutatja.

Irodalom

1. Trenoweth S, Moone N. Psychosocial Assessment in Mental Health. Sage Publications; 2017. <https://doi.org/10.4135/9781529714784>
2. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J Hypertens 2023;41(12):1874-2071. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480>
3. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2021;42(34):3227-337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
4. Pléh C. A lélektan története. Budapest: Osiris Kiadó; 2010.
5. Ocsovszky Z, Rafael B, Martos T, Csabai M, Bagyura Z, Sallay V, et al. Correlation of social support and healthy lifestyle. Orv Hetil 2020;161(4):129-38. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31625>
6. Bu F, Zaninotto P, Fancourt D. Longitudinal associations between loneliness, social isolation and cardiovascular events. Heart 2020;106(18):1394-9. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2020-316614>
7. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. Proc Natl Acad Sci U S A. 2013;110(15):5797-801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
8. Hagström E, Norlund F, Stebbins A, Armstrong PW, Chiswell K, Granger CB, et al. Psychosocial stress and major cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease. J Intern Med 2018;283(1):83-92. <https://doi.org/10.1111/joim.12692>
9. Penninx BW, Beekman AT, Honig A, Deeg DJ, Schoevers RA, van Eijk JT, et al. Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. Arch Gen Psychiatry 2001;58(3):221-7. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.3.221>
10. Pizzi C, Manzoli L, Mancini S, Bedetti G, Fontana F, Costa GM. Autonomic nervous system, inflammation and preclinical carotid atherosclerosis in depressed subjects with coronary risk factors. Atherosclerosis 2010;212(1):292-8. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2010.04.038>
11. Seldenrijk A, Vogelzangs N, Batelaan NM, Wieman I, van Schaik DJ, Penninx BJ. Depression, anxiety and 6-year risk of cardiovascular disease. J Psychosom Res 2015;78(2):123-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.10.007>
12. Kim JM, Stewart R, Lee YS, Lee HJ, Kim MC, Kim JW, et al. Effect of Escitalopram vs Placebo Treatment for Depression on Long-term Cardiac Outcomes in Patients With Acute Coronary Syndrome: A Randomized Clinical Trial. Jama 2018;320(4):350-8. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.9422>
13. Pizzi C, Rutjes AW, Costa GM, Fontana F, Mezzetti A, Manzoli L. Meta-analysis of selective serotonin reuptake inhibitors in patients with depression and coronary heart disease. Am J Cardiol 2011;107(7):972-9. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2010.11.017>