

Ocsovszky Zsófia, Tusor Lilla

## PSZICHOLÓGUSOK AZ INVAZÍV KARDIOLÓGIAI ELLÁTÁSBAN

---

A XX. század elején még a magasabb társadalmi osztályok „kiváltsága” volt a szívbetegség, mára azonban népbetegséggé vált. Habár a kardiovaszkuláris betegségek összesített halálozási mutatói sokat javultak az elmúlt évtizedekben, az iszkémiás megbetegedések (ISZB – iszkémiás szívbetegség) miatt még mindig vezető haláloknak számítanak az egész világon mindkét nem esetében. Magyarország az iszkémiás szívbetegségek tekintetében vezeti az Európai statisztikát, második helyen követve Litvániát, utánunk pedig Szlovákia és Lettország következik a sorban. Ezekben a posztkommunista országokban 3–4-szer nagyobb eséllyel hal meg valaki szívinfarktusban is, mint bárhol máshol.

### I. FŐBB KARDIOVASZKULÁRIS MEGBETEGEDÉSEK ÉS GYÓGYÍTÓ ELJÁRÁSOK, VALAMINT AZ EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGUS FELADATAI

A szív- és érrendszeri, vagy keringési megbetegedéseknek számos megjelenési formája létezik, amivel kardiológiai és érosztályokon pszichológusként találkozhatunk. Ezen betegségek alapos bemutatása nem tartozik jelen könyvfejezet illetékességi körébe, diagnosztikája, mélyreható orvosi ismerete pedig nem pszichológusi kompetencia. A főbb betegségekről és eljárásokról való alapvető tájékozottság azonban fontos a riport kialakításában, a páciens narratívájának megértésében. A betegség lefolyásának, tüneteinek ismerete támpontokat ad a várható pszichés státushoz, illetve a páciens reakcióinak és élményvilágának megértéséhez.

A szív szimbolikusan az érzelmek, a lélek lakhelye. Innen jön a szeretet, itt fáj a veszteség. Az élet motorja, központja. A fantasztikusan fejlődő gyógyító technikák ellenére a szív betegségei alapvetően megmozgatják az élethez való viszonyulás kérdését, tudatosan vagy tudattalanul. Aki szembesül a szívét érintő diagnózissal, minél súlyosabbal, annál inkább arra készíti, hogy vessen számot önmagával és az életével. Van, aki elfogadja ezt a kihívást, és van, aki igyekszik nem belenézni élete tükrébe. Sokféle módon tapasztalhatunk fejlődést, növekedést egy-egy betegség hatására klienseinkben. Átmenetileg vagy tartósan megjelenhet félelem, bizonytalanság vagy az élet örömeinek elvesztése, esetleg utóbbiakhoz való görcsös ragaszkodás. A betegség vagy komoly műtétek hatására meginoghat, változhat az énkép, a testkép. Az életben vitt szerepek átalakulnak, ez hatással van a kapcsolatokra. A szerepvesztéssel kapcsolatos aggodalmak, szorongások búvópatakként sodorhatják magukkal a beteg önbecsülését. Sok beteg elve-

szíti az alapvető biztonságérzetét, ami átmenetileg tekinthető természetes folyamatnak, de az is előfordul, hogy gyógyuláskor nem nyeri ezt teljes mértékben vissza pszichés támogatás nélkül.

### 1.1. A SZÍV BETEGSÉGEI ÉS A PSZICHÉS VEZETÉS

A szív funkcionálisan megbetegedhet a billentyűk, a beidegzés vagy a vérellátás tekintetében. Az egyes betegségek fizikai tünetei, hossza, beavatkozásai más-más lelki funkciókat érintenek, ezért eltérő fókusszal és technikákkal kell megközelítenünk ezeket. Az alábbi összefoglaló táblázat betekintést ad a megbetegedés fizikai manifesztációjába, bemutatja a betegekben megfigyelt főbb pszichés mozzanatokot, tüneteket, illetve az egészségpszichológus által megcélzandó főbb területeket. Természetesen ez az összefoglalás nem tud teljes képet adni és nem is törekszik rá, csupán orientációként szolgál a gyakorló szakembereknek. Két kiemelten fontos betegség ellátása bővebb kifejtésre kerül az 1. táblázat után.

<i>Körkép</i>	<i>Manifesztáció</i>	<i>Invazív eljárás</i>	<i>Pszichés tünetek</i>	<i>Lehetséges pszichológiai beavatkozások</i>
szívbillentyű megbetegedés	nem záródik jól vagy túl szűk	billentyűcsere műtét	lehet congenitális (veleszületett) betegség esetén előrevetített szorongás, gyász, a betegség visszatérésétől való félelem jelenhet meg	erőforrások mozgósítása a megküzdés érdekében; a betegség mint sorscapás, büntetés vs véletlen, a 'miért' pont én narratívájának finomítása
ritmuszavarok	lassú vagy gyors szívverés, pitvarfibrilláció	abláció, ICD vagy pacemaker beültetés	pánikrohamhoz hasonló tünetek, kialakulhat újabb rosszullettől való félelem, ami pánikot generál, összezavarja a beteget eleinte, hogy nem tudja, testi vagy lelki problémája van	dichotom gondolkodás átkezeletése test-lélek kettségéről, pánik, szorongás kezelése, ICD esetén a sokktól való félelem (school anxiety) csökkentése – élethelyzetek, forgatókönyvek átgondolása
miokardiális szívinfarktus	hirtelen fellépő érelzáródás	katéteres értágítás, stent beültetés	sokkhatás – hirtelen traumatikus esemény, értelenség élménye – hogyan lett? mitől? Pedig én...	trauma kibeszélése, élettörténetbe ágyazása, multifaktoriális kialakulásának átbeszélése, egészségmagatartás kialakításának támogatása, stresszcökkentés
ischémiás szívbetegségek	lassan alakul ki, plakkok rakódnak le az erekben, melyek a koszorúerek vérellátását csökkentve gyengítik a szívizomot, míg annak pumpafunkciója elgyengül. Ez akut infarktushoz vagy krónikus szívelégtelenséghez vezethet	CRT (Cardiac Resynchronisation therapy), VAD (Ventricular Assist Device = műszív) beültetés, szív transzplantáció	szívelégtelenség súlyos fizikai panaszokkal, ami a terhelhetőség csökkenésével, fulladással jár. Az ijesztő fizikai tüneteket hosszas vagy több kórházi kezelés követi. Regresszió, hospitalizációs szindróma alakulhat ki, megjelenik a harag érzése, sokszor az ellátó személyzetre projektálva	műtét előtti felkészítés, pszichés kísérés. Műtét után ITON-n pozitív szuggesztíók, lélegeztetőgép elviselése, leszokásban nyújtott támogatás. Kézőbb az elvesztett szerepek elgyászolása, új életmód kialakítása, compliance megtartása, növelése

1. táblázat. Főbb kardiovaszkuláris megbetegedések invazív kardiológiai és pszichológiai ellátása

Az iszkémiás megbetegedés hosszútávú kimenete a szívelégtelenség, amely a XXI. század egyik legnagyobb gyógyászati kihívása. Igen nagyszámú beteget érint, általában súlyos prognózisú, krónikus, progrediáló betegség (Merkely & Becker, 2020). A diagnózistól számítva a betegek 50%-át elveszítjük 5 éven belül. Bizonyos esetekben gyógyszeres terápia mellett kamrai keringéstámogató eszköz beültetése szükséges. A „műszív” (VAD) mesterségesen segíti a szívműködést, a keringést. Nyitott mellkasi műtét során helyezik a testbe, mely után több napos vagy hetes intenzív osztályos ellátásra van szükség. A páciensek a keringéstámogató beültetése előtt igen súlyos fizikai tünetekkel élhetnek, ilyen a gyengeség, mellkasi szorítás, fájdalom, alvászavar, légszomj. Ez a tünetegyüttes lelkileg is megterhelő, ijesztő élmény. Saját problémái mellett a páciens fogékonnyá válik a betegársak szenvedésére is. Ha a kórteremben csak egy pozitívabb hozzáállású beteg van, az önmagában rengeteget tud segíteni a kórteremben fekvőknek lelki és akár fizikai szinten is. A szemléletformálás érdekében a kórterem falainak sivárságát érdemes lehet kihasználni pozitív és motiváló kulcsüzenetek, képek elhelyezésére. Kétségek, aggodalom mellett komoly frusztrációt jelenthet az öngondoskodás lehetőségének csökkenése, elvesztése. A hosszas kórházi tartózkodás regressziót válthat ki, bezúkulást, a kapcsolatokból való visszavonulást. A beteget semmi nem tudja lekötni igazán, hozzátartozóival ingerült, elutasító, miközben magányosnak érzi magát. Ilyenkor a műtétre való felkészülést, az erőforrások aktivizálását, a harag és ellenállás validálását, majd oldását vehetjük fókuszba. A kapcsolat kiépítése műtét előtt azért is fontos, mert az intenzív osztályon (ITO: Intenzív Terápiás Osztály) a pszichológus jelenléte képviselheti a folytonosságot, az ismerősséget, különösen az első időszakban. A határokat és szakmai kompetenciánkat szem előtt tartva edukálhatjuk a beteget azzal kapcsolatban, hogy milyen módon járul hozzá a gyógyuláshoz az ITO-n eltöltött időszak. Amikor mesélünk a környezetről, hangokról, az osztály életének ritmusáról, megismerhetőként állítjuk be, realitás képet adva a „segítő hely” narratívájával, ez mind hozzájárul az elvezettség, kiszolgáltatottság csökkenéséhez, erősíti a kompetencia érzetet (Varga & Diószeghy, 2011). Minél jobban megismerjük a páciens, annál adekvátabb motiváló célokat, biztatást tudunk neki adni, fenntartani a kapcsolatot abban az időszakban, amikor a lélegeztetés miatt nem áll rendelkezésre a verbalitás, esetleg nincs is tudatánál a beteg, vagy később, amikor a gyógytornával kapcsolatos esetleges ellenállásán dolgozunk.

A krónikus betegségek szinte mindig átrendezik a beteg életét, a családi, párkapcsolati működést, egyensúlyt. Jellemzőek a megváltozott vagy elveszített munkaképességgel, jövővel kapcsolatos aggodalmak, bűntudat vagy szorongás a családtagok terhelése és az aktivitás elvesztése miatt. Ezek az érzések mind meghatározzák a beteg gyógyulásának minőségét.

Más terápiákkal nem gyógyítható súlyos szívelégtelenség esetén szóba jöhet a szívtranszplantáció (HTX) lehetősége. Hazánkban a felnőtt-szívtranszplantációk a Városmajori Szív-és Érgyógyászati Klinikán történnek, amely Európa 3. legnagyobb szívtranszplantációs centruma, évi 50–60 szívtültetés történik itt. Szívtranszplantáció után

az egy éves túlélés 90%, az 5 éves túlélés 75% felett van. A gyermek-szívtranszplantációs központ a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet.

A várólistára kerülést alapos orvosi kivizsgálás előzi meg, amelynek része a pszichiátriai, pszichoszociális vizsgálat is. Jelenleg is zajlik a Városmajori Klinikán a szívtranszplantációt megelőző pszichológiai explorációs protokoll kidolgozása, amely során félig strukturált interjú és validált kérdőívek segítségével igyekszünk felmérni a beteg mentális állapotát, hogy célzott, személyre szabott támogatás keretében kísérhessük őt a gyógyulásig és azon túl. A döntést végül orvos-szakmai alapon a szívtranszplantációs bizottság hozza meg. A szervezetre való várakozás ideje alatt a páciens élheti korábban megszokott életét. Súlyosabb esetben a kórházi tartózkodás lehet a legbiztonságosabb számára az új szív beültetéséig. Amikor egy betegnek komoly esélye van arra, hogy szíve esetleg nem bírja majd a várakozást, ún. „bridge” (híd) terápiát választanak számára, azaz keringéstámogató eszközt (műszív, más néven VAD) vagy ICD-t kap addig, amíg a várólistán van. Ez azt jelenti, hogy viszonylag rövid időn belül akár két komoly szív-műtéten esik át, ami a fizikai és lelki erőtartalékokat elképesztő módon igénybe veszi. A kifáradás és a türelmetlenség megértése mellett dolgoznunk kell azért, hogy a beteg motivációját fenntartsuk akkor is, amikor nem érzi a haladást, vagy átmeneti visszaesést tapasztal. Az ehhez hasonló nagy műtétek után az altatás utóhatásaként a páciensek gyakran számolnak be furcsa élményekről, álmokról, melyek hatása sokáig rányomhatja bélyegét a beteg hangulatára.

A donor szív beültetése olyan lehetőség, ami számos életet megment. Ugyanakkor a folyamat az élethez elengedhetetlen szerv kivételével jár. Ez a helyzet olyan mély rétegeiben érinti az emberi lelket, amit talán soha nem tudunk igazán megismerni. A szív szimbolikája a szívtranszplantáltakkal folytatott munka során számos módon felmerül. Sok recipiens megküzd a műtét után azzal a gondolattal, hogy „miatta” halt meg valaki, azért, hogy ő élhessen. Vannak, akik attól félnek, hogy a szív cseréjével megváltoznak érzelmeik vagy személyiségük. Az új szív érzete, dobogásának megismerése, elfogadása olyan folyamat, melyet sokan utólag, akár évekkel később verbalizálnak. A műtét után nagyjából egy évvel sok transzplantált tapasztal érzelmi-hangulati hullámozást. Ez kapcsolódhat a „gyászév” leteltéhez, ami a korábbi élet, a saját szív elvesztését dolgozta fel, és lehet egyfajta nyitási krízis, az új életvitel tapasztalatainak szintézise. A műtét és a rehabilitáció során jellemző, hogy az „itt és mostban” dolgozunk, alkalmanként pozitív jövőorientációval. Ebben az időszakban nem javasolt mély, feltáró munka. A kórházi közeg regresszív és fogékony tudatállapotot indikálhat, a személyiség sokkal vulnérabilisabb, énvédő mechanizmusai gyengék. A gyógyulás folyamatához szükség van arra, hogy a fókusz a jelenben tartsuk, erőforrásait hatékonyan mozgósítsuk.

Bizonyos korlátozások a műtét után egy évig vannak érvényben, összességében szabad és tartalmas életet lehet élni szívtranszplantáció után is. Fontos, hogy a gyógyszerek szedése rendszeres legyen, a folyamatos immunszuppresszió miatt a higiénia fokozottan, de nem túlzottan figyeljen a páciens és környezete. Autoagresszió és szuicid szán-

dék jelei lehetnek a nem rendszeresen, nem megfelelően vagy egyáltalán nem szedett gyógyszerek. Depresszió/ hosszantartó hangulatzavar esetén, amely kihat az életvitelre, egészségviselkedésre is, meg kell fontolni a pszichiátriai konzílium kérését, pszichoterápiát. Transzplantáltak esetében a nem megfelelően szedett immunszuppresszív gyógyszerelés a szerv kilökődéséhez, végül halálhoz vezethet.

## **1.2. A KARDIOVASZKULÁRIS MEGBETEGEDÉSEK PSZICHOLÓGIÁJA**

A kardiovaszkuláris betegségek kialakulását számos szempontból vizsgálták, így bőséges szakirodalom áll rendelkezésünkre ezen a téren. A hagyományos fizikai rizikótényezők – úgy, mint magas vérnyomás, cukorbetegség, magas koleszterinszint és elhízás – önmagukban nem magyarázzák teljes mértékben a szív – és érrendszeri megbetegedések létrejöttét. Szakirodalmi adatok szerint a betegek minimum egy, úgynevezett hagyományos rizikótényezővel rendelkeznek. A Budakalász Epidemiológiai Vizsgálat eredményei is azt mutatják (Bagyura et al., 2014), hogy igen gyakori a rizikótényezők halmozott megjelenése. Ezek közül kiemelendő az elhízás, magas vérnyomás, illetve a dohányzás. A pszichoszociális tényezők szerepe 25–40%-ra becsülhető (Strike & Steptoe, 2004). Ezek főként az egészségre ható viselkedésen keresztül fejtik ki hatásukat. Ezek mellett az egyénre jellemző hangulati fekvés, a társas kapcsolatok minősége, önmagához való viszony, stresszre való érzékenysége stb. is alakítja a rizikótényezők és a vulnerabilitás hatásmechanizmusát.

A stresszre való fogékonyság számos személyiségvonással, valamint biológia, kémiai működési móddal, genetikával függ össze.

A kardiovaszkuláris betegségek pszichológiai faktorokkal, pszichiátriai kórképekkel (főként A-típusú személyiség, depresszió, szorongás) való összekötése már az 1960-as években felmerült. Az első publikációkat ebben a témában az 1950-es évekből találjuk a PubMed adatbázisban. Az ezzel kapcsolatos kutatások számának megszorodására még nagyjából 20 évet kellett várni. A nyolcvanas évektől egyre népszerűbbé vált ez a kutatási terület, a publikációk számának növekedése látványos.

A terület előretörésének egyik mérföldköve Friedman és Rosenman (1960, 1971) kardiológusok tanulmánya, amelyben azonosították a miokardiális infarktuszban szerepet játszó személyiségkonstrukciókat és megalkották az A-típusú személyiség fogalmát. Legfőbb jellemzői az állandó teljesítményigény, az állandó időhiány, időzavar és a fokozottan ellenséges reakciók. Ugyan mára ennek megalapozottságát megkérdőjelezték (Chida & Steptoe, 2009; Myrtek, 2001), de a hosztilitás komponens összetevői, úgy mint a cinikus bizalmatlanság vagy ellenségeskedés, sok további faktorral kiegészülve továbbra is megmaradtak a kutatások fókuszában mint a kardiovaszkuláris események megjelenésének független faktorai (Chida & Steptoe, 2009; Harmati et al., 2020; Miller et al., 1996), melyek a megnövekedett vérnyomáson, zsír felhalmozódáson, szívritmuson keresztül fejtik ki hatásukat.

Olson és munkatársai (2005) tanulmányukban 500, feltételezeten koronária beteg nő ellenségesség vonásait vizsgálva azt találták, hogy magasabb mértékű hosztilitás együtt járt kórházi ellátást igénylő koronária állapotokkal a vizsgálatot követő három-hat évben. Az egyéb rizikófaktorokat kontrollálva arra jutottak, hogy a hosztilitás független faktora a fenti megbetegedések előfordulásának.

Friedman és Rosenman (1960, 1971) kutatása ráirányította a figyelmet, hogy a viselkedéses faktorok és személyiségjegyek együttesen hozzájárulhatnak a kardiovaszkuláris megbetegedések kialakulásához. Mára egyre több kutatás igyekszik felderíteni a kapcsolatot a depresszió, a szorongás, a társas elszigetelődés, magányosság, düh, hosztilitás stb. és a szív- és érrendszeri megbetegedések kialakulása között. A legtöbb pszichológiai konstruktum a szív és keringési rendszer fiziológiájára hatva okozhat megbetegedéseket, illetve az egészségmagatartáson keresztül, rizikófaktorok formájában. Emellett a viselkedést, például az egészséggel kapcsolatos döntéseket és magatartást is befolyásolhatják. Egy megterhelő időszakban a szükséges megküzdési stratégiák hiányában gyakrabban fordulhat az egyén az alkohol, dohányzás, túlevés, passzivitás stb. felé. Emiatt bizonyos társas kapcsolataiban konfliktusai lehetnek, elmagányosodhat, vagy szívesebben keres olyan közeget, ahol megerősítik ezt a választást. Énképe negatívabbá válik a visszacsatolások vagy a közérzete romlása miatt, csökken az énerőbe vetett hit, ami visszavezet a kör elejéhez. A depressziót okozó diszfunkcionális neurotranszmitter működés egyrészt kognitív és viselkedéses reakciókért felelős (rizikóértés, észlelés, egészségmagatartás), másrészt a vegetatív idegrendszer kiegyenlített működését befolyásolja, így fejtvé ki hatását a keringésre és a szívre.

### 1.3. NEMI KÜLÖNBΣÉGEK A KARDIOVASZKULÁRIS MEGBETEGEDÉSEKBEN

Hosszú évtizedekig tartotta magát az a nézet, és a statisztika is alátámasztotta, hogy a szív megbetegedései, főként az infarktus „férfi” betegség. Mára azonban ezek a különbségek elmosódtak. A szív-és érrendszeri megbetegedések, főként az iszkémiás megbetegedések mindkét nem esetén vezető halálteki tényezők világszerte és hazánkban is. Azonban a betegség kialakulásában, lefolyásában és a rizikótényezők hatásainak szempontjából nemi különbségek felfedezhetők. Ennek jelentősége számunkra, egészségpszichológus szakemberek számára a prevenciós és edukációs programok tervezésében, valamint az egyéni munkában van.

Gupta és Wenger (2012) kutatási eredménye szerint a rizikófaktorok közül nőknél a dislipidémia és a pszichoszociális tényezők járulnak hozzá leginkább a kardiovaszkuláris betegség kialakulásához, míg férfiaknál inkább a dohányzás és a dislipidémia a fő rizikófaktorok. A gyermekkori traumák nők esetében inkább hajlamosítanak depresszióra és szívbetegségekre. Az alvásproblémák és a vitális kimerültség hozzájárul, a szociális kapcsolatok pedig nők esetében egyértelműen csökkentik a szívbetegség kialakulásának valószínűségét. Férfiaknál az elvárás-kontroll, a generalizált szorongás és a házastárs/társ elvesztése után átél gyász növeli a kardiális események előfordulásának valószínűségét (Low et al., 2004; von Känel, 2012).

**1.4. DEPRESSZIÓ ÉS SZORONGÁS KAPCSOLATA A SZÍV- ÉS ÉRRENDSZERI MEGBETEGEDÉSEKSEL**

A depresszió és szorongás kardiovaszkuláris megbetegedésekkel való összefüggéseinek vizsgálata régóta a releváns kutatások előterében áll. Kapcsolatukat mára evidenciaként kezelik mind a pszichiátria/pszichológia mind pedig a kardiológia szakemberei. Tettes mennyiségű kutatás (prospektív és retrospektív vizsgálatok) támasztják alá, hogy a mind a két kórkép független rizikófaktora a CVD-nek, valamint, hogy a kezeletlen depresszió rontja a megbetegedés kimenetét és fokozza a mortalitást. Az esetleges kezeletlenség egyik oka a manifesztáció hasonlósága. A heves szívdobogás, izzadás, fáradékonyság, mellkasi nyomás stb. gyakran kardiológia felé irányítják a beteget, így – ha ott nincs pszichológus – a pszichés tünetek kezeletlenek maradnak.

A szorongás és a depresszió nemcsak a betegség kialakulásában játszik szerepet, hanem a diagnózis vagy egy esetleges műtétet követően is kialakulhat. A körbeható folyamat során: 1) a rejtett, nem kezelt depresszió és szorongás kardiológiai problémát okoz 2.) a beteg a műtétet, beavatkozást követően továbbra is mentálisan ellátatlanul maradván fokozott pszichés terhelés hatására mélyülő tüneteket mutat, ami 3.) az együttműködés ellenében hat, így 4.) mind a testi mind a lelki állapota romlik, egymásra oda-vissza hatva.

Ebből a körforgásból kitörni kettős irányú és több támadáspontos kezeléssel lehet. A körforgásból való kilépésben kiemelkedő szerepe van a gyógyító team tagjaként a pszichológusnak is. A szorongás és depresszió műtét vagy beavatkozás előtti kezelése esszenciális. A beteg mentálhigiénés támogatásának már az ellátó rendszerbe kerülésekor meg kell kezdődnie. A pszichoedukáció, pszichés felkészítés, a megküzdési módok fejlesztése, célok kitűzése mind a műtét előtti szorongásoldást, mind pedig a műtét utáni gyorsabb felépülést szolgálják, és megalapozzák a hosszútávú együttműködést.

A depresszió a stresszhormonon keresztül fejti ki szív- és érrendszert romboló hatását. A depresszió szintje pozitívan korrelál a diagnózistól számított súlyos kardiális esemény bekövetkeztével és az akut miokardiális infarktus utáni elhalálózással is (Ahern et al., 1990; Barefoot et al., 1996; Bush et al., 2001; Carney et al., 1988, 1995, 2003, 2005; Denollet et al., 1995; Frasure-Smith et al., 1995; Irvine et al., 1999; Kaufmann et al., 1999).

Ezen kapcsolat patomechanizmusának megértésére a stresszhormon emelkedett szintjéből indult ki a legtöbb vizsgálat. Az autonóm idegrendszer működési módját megfigyelve hangulati zavarok esetén azt találták, hogy az idegrendszer diszregulációja állhat a megemelkedett stresszhormon szint mögött (Cameron, 1996; Carney et al., 1995, 2002; Glassman & Shapiro, 1998).

Depressziós egyéneknél a stresszorokra adott válaszok magasabb szívritmusban is manifesztálódnak (Byrne et al., 2010; Ehrental et al., 2010; Lahmeyer, 1987), amely a hirtelen szívhalál egyik rizikófaktora (Jouven, Empana, et al., 2005; Jouven, Zureik, et al., 2001), továbbá a magasabb szívritmus megnöveli az arteroszklerózis, a kamrai aritmia, a miokardiális iszkémia és a plakk képződés kockázatát (Palatini, 2007, 2009; Palatini & Julius, 2004; Perret-Guillaume et al., 2009; Singh, 2003).

### 1.5. TÁRSAS TÁMOGATÁS ÉS KARDIOVASZKULÁRIS MEGBETEGEDÉSEK ÖSSZEFÜGGÉSEI

A szív- és érrendszeri betegségekre mutatott fogékonyság és a személyiségvonások további összefüggéseit vizsgálva született meg a D-típusú személyiség (distressz alatt lévő személyiség) leírása (Denollet, 2000). A negatív érzelmek átélése és elnyomása, szociális gátoltság, a társas kapcsolatok kerülése a vizsgálatok szerint ennél a személyiségtípusnál együtt jár az aggodalmaskodással, szorongással, dühvel.

A társas támasz hiányából adódó vulnerabilitásról számos tanulmányt találunk. Egyre több szakirodalom mutat rá, hogy felnőtt életünkben az egészségmagatartáshoz, az egészség fenntartásához, a jólléthez szinte elengedhetetlen a társas támogatás megléte (Berry et al., 2007). Az egészségmagatartással összefüggésben Ocsovsky és munkatársai (2020) azt találták, hogy a Társas támogatás skála egészségre adaptált verzióján mérve a társas támogatás összefüggést mutatott a mentális egészség mutatóival (depresszió, stressz-szint, jóllét), valamint tendenciaszerű összefüggést a testmozgással.

Heffner és munkatársai (2011), valamint Tay és munkatársai (2013) metaanalízise szerint a társas kapcsolatok igen erős indikátornak bizonyulnak bármely okból történő elhalálozást illetően. Az erős társas kapcsolatokkal rendelkező személyek bármely okból történő elhalálozása 50%-kal kisebb valószínűségű. A gyengébb kapcsolatokkal rendelkezőknek a szív- és érrendszeri okból történő elhalálozása is valószínűbb (22% a vizsgált mintából, míg erős társakapcsolatú személyek 9,7%) (Heffner et al., 2011; Tay et al., 2013). Ezt Lett és munkatársai (2005) metaanalízise is megerősítette. A társas támogatás alacsony szintje növeli továbbá a magas vérnyomás és a magas pulzusszám kialakulásának rizikóját (Creaven et al., 2013).

A felnőttkori szociális izoláció és a magány a krónikus stressz közös forrásai és egészséges (nem szívbeteg) személyeknél másfélszeres rizikót jelentenek az iszkémiás szívbetegség kialakulására, valamint a halálzásra (Everson & Lewis, 2005; Kamiya et al., 2010; Norekval et al., 2010). A társas támogatás alacsony szintje és a társas izoláció emeli a depresszió, a magas vérnyomás és az elhízás valószínűségét, ezáltal növelve a szív- és érrendszeri megbetegedések előfordulását is (Kamiya et al., 2010; Ramsay et al., 2008; Rosengren et al., 2004; Rutledge et al., 2008; Uchino, 2006).

## 2. ESETTENULMÁNYOK

Az alább bemutatott esetek nagy százalékban egy személyre épülnek, kisebb részben pedig több páciensünk sorsából, történetéből merítettünk, hogy minél nagyobb betekintést tudjunk adni a kardiopszichológiai ellátás sokrétűségébe. Az eseteleírásokat, bár a két szerző közös munkái és esetei, első szám első személyben közöljük a személyesség és az eseteleírások közlésmódjának stilisztikai kívánalmai szerint.



## 2.1. ZOLTÁN ESETE

Zoltán 50 éves, házas, egy gyermeke van. Szívtranszplantációs listára vétele után 3 hónappal kórházba került, és tünetei olyan mértékben súlyosbodtak, hogy orvosai végül a tartós hospitalizálás mellett döntöttek. Sürgősségi listára (HU-high urgent) került, a donor szív megérkezéséig nem mehetett haza. Az ellátó team ekkor kérte pszichés támogatását.

Zoltán korábban soha nem beszélt pszichológussal, ezért tisztáztuk a lehetőségeket, célokat és kereteket. Udvarias, de tartózkodó volt, azt mondta nincs semmi baja „lelkileg”, „most ez van”, „az lesz, aminek lennie kell”. Ezt a hozzáállást a jelen feladatra fókuszálásként kereteztem, ami segíti őt abban, hogy minden más, esetleg zavaró tényezőt kizárjon és megtegyen minden tőle telhetőt a cél, a gyógyulás érdekében. Élettörténetét ezek után szívesen megosztotta.

25 éves korában sportorvosi vizsgálat során derült ki, hogy szívizomzata megvastagodott. Orvosai akkori prognózisa szerint igen rövid élettartamra, nagyjából 4–5 évre számíthatott. Tüneteket nem észlelt magán, nem változtatott életmódján. A sportot kizsírította az életéből a munka, azonban továbbra is aktív volt. Sok helyen dolgozott, jellemzően fizikai munkákat végzett, megnősült. Néhány évvel később gyermekük született, ennek hatására Zoltán rendszeresebb, tervezettebb életmódra váltott. A szellemi munka felé fordult, vállalkozását építette. Önmagát úgy jellemezte, mint aki nem stresszel, inkább kimondja, ami a szívét nyomja. *A beszélgetések során egyre inkább kibontakozott kifelé dinamikus, befelé rágódásra, tépelődésre hajlamos személyisége, aki nehezen mondja ki félelmeit.* Ez aktív felnőtt életében sokáig szolgálta azt, hogy elérje céljait, elartsa a családját és a szívbetegség prognózisával kapcsolatos félelmeket legyőzze. Bizonyos idő után felmerült a transzplantáció lehetősége, ezt akkor elutasította. Utólag azt gondolja, mivel nem tapasztalt tüneteket, nem tudta vagy akarta elfogadni, hogy annyira beteg lehet, hogy ilyen komoly beavatkozásra lenne szükség. Az, hogy probléma nélkül túlélte az orvos által előrevetített 4–5 évet, szintén ezt a meggyőződést erősítette. Zoltán odafigyelt a súlyára, nem végzett megerőltető fizikai munkát, elhagyta a kávézást és az alkoholt, amit fiatal korában alkalmasszerűen fogyasztott.

Fokozatosan kezdte tapasztalni, hogy a szíve „rendetlenkedik”. Eljárt kontrollra, minden gyógyszert beszedett, részt vett a vizsgálatokon, de a transzplantáció lehetőségétől továbbra is idegenkedett. Egy meleg nyári napon vezetés közben Zoltán hirtelen úgy érezte, hogy rosszul van. Fulladt, felgyorsult a pulzusa. Automatikusan lehúzta az ablakot, azonban a kintről beömlő meleg csak fokozta a rosszullétet. Pánikba esve húzódtott félre és szállt ki a kocsiból. Az arra járóktól segítséget kapott, mentővel szállították kórházba. Innentől kezdve közel egy évig alig mert kocsiba szállni, egyáltalán nem vezetett. Hamarosan ICD készüléket kapott. Ekkorra már komolyan romlott fizikai állóképessége. Az ICD soktól való félelem rettegéssé fokozódott, ugyanis nem vesztette el az eszméletét, amikor a készülék kiütötte, éber tudattal élte meg a sokkot. Ennek hatá-

sára átértékelte azt, amit korábban a transzplantációról gondolt. Állapota a gyógyszerekkel együtt is tovább romlott, a szívtranszplantációs bizottság elé került. Családja teljes mértékben mellette állt, támogatta őt a folyamatban.

Zoltán az első alkalmak során részletesen elmesélte élettörténetét. Többször hangsúlyozta, hogy szeretné, ha már műtenék. Mesélt céljairól és arról, hogy mit szeretne majd csinálni a felépülése után. *A visszatekintés egyfajta számvetesként is értelmezhető volt. Sikerei és eredményei elismerésével, tanulságai megfogalmazásával, konkretizálásával erőforrásait és tapasztalatait is sorra vettük, tudatosítottuk, hogy a későbbiekben felhasználhatóak legyenek.* Ilyen volt például a kitartása, amire nagyon büszke volt. Kerestünk rá egy *szimbólumot*, egy hegymászót. Ennek a szimbólumnak a felidézésével emlékeztethette magát a kitartás erejére és hatásosságára. Ahogy telt az idő, az ellátó team visszajelzése szerint kevesebbet kommunikált vagy foglalta el magát olvasással, a telefonjával. Cselekvésközpontú, dinamikus alaptermészetével *nehezen alkalmazkodott az inaktivitáshoz.* Az első időszakban beszélt félelmeiről, arról, hogy milyen statisztikákat olvasott a műtéttel kapcsolatban (*információ gyűjtés*), és nagyon bizakodó volt a kilátásait illetően. Ahogy az általa felvetett témák elfogytak, a *nonverbális módszerekre* kezdtünk fókuszálni. A *rajzolást* nem érezte testhezállónak, feszengett tőle, így inkább *belső képekkel* dolgoztunk, melyeket *pozitív szuggesztiókkal* egészítettünk ki. A légzéshez és a szívdobogáshoz kapcsolódó esetleges kellemetlen asszociációk elkerülése érdekében inkább izomlazítást és vizualizációt használtunk *relaxáláshoz*, pozitív, békés képeket állítottunk be. A képekhez olyan gondolatokat társítottunk, melyek *pozitívak, jövőorientáltak* voltak, *céllként* is működtek. Ezekben a vizualizációkban átélte a szabad mozgás, a munka és a kellemes fáradtság élményét – csupa olyan dolgot, amit ő sorolt fel mint vágyott célt és érteket, melyek hiányoztak korábbi életéből. Vizualizált egy békés képet, ahol pihenhetett és töltődött. Másik alkalom során olyan képet hívott elő, ahol egy nyugodt, de erős sodrású folyón evezett. Ereje elég volt arra, hogy haladjon és a képben megélte ennek örömét. A szuggesztiók arról szóltak, hogy békésen, nyugodtan ébred majd a műtét után, a gyógyulás és fejlődés pozitív képeit vetítették előre (Varga & Diószeghy, 2011).

Természetesen a hozzáállása nem volt mindig pozitív. Biztattam, hogy mondja ki, amit gondol és érez, és úgy tekintettünk ezekre az alkalmakra, hogy ha most nem is érzi teljesen, de a későbbiekben beérhet az eredménye annak, hogy elsajátítja a technikákat. Amikor megengedte magának, hogy kimutassa, mennyire megviseli a várakozás, normálisként, jogosként és határozottan egészségesként *kereteztem* számára ezeket az érzéseket. Fizikailag és lelkileg is hullámzó volt az állapota. Másfél hónapja volt a kórházban, amikor megérkezett a várva várt szív.

A műtét utáni időszakban rendszeresen látogattam Zoltánt. A korábban beállított pozitív képeket és szuggesztiókat alkalmazva beszéltem hozzá, amíg tudata feltisztult a műtét után. Elmondtam neki, hogy hol van, mióta van itt, mi az aznapi dátum. Hangsúlyoztam, hogy biztonságban van, figyelünk rá. A betűtáblát és az írást elutasította. Hangulata komor volt, napok elteltével sem változott ez a helyzet. A szíve jól mű-

ködött, azonban a lélegeztetőgépről való leszoktatás lassan haladt. A gyógytornászok visszajelzése szerint türelmetlen volt önmagával. Állapota javulni kezdett, azonban az ITO tartózkodás hosszabbra nyúlt, mint korábban remélte. Zoltán sokszor feküdt mozdatlanul, komoran, alig zökkentette ki ebből az állapotból családja látogatása. Egy-két szóval válaszolt a kérdésekre, találkozásaink pár percesekké rövidültek. Felmerült a pszichiátriai konzultáció szükségessége. Egy nap az ügyeletes orvos jelezte, hogy Zoltán felesége szeretne beszélni velem. Telefonon keresett meg és elmondta, hogy számára ijesztő a férje személyiségében beállt változás. Egyszer-kétszer célzott olyan beszélgetésre, amely nem történt meg, ez még inkább felkavarta az asszonyt. A következő alkalommal elmeséltem Zoltánnak, hogy beszéltem a feleségével, aki azzal kapcsolatban keresett meg, hogy mennyire aggódik érte, és várja, hogy újra úgy tudjanak beszélgetni, mint korábban. Zoltán hosszasan csendben volt, majd kissé ingerülten azt mondta, hogy azt ő is szeretné. Újabb csend következett, majd elmondta, hogy nem biztos benne, hogy mikor történt, de mintha az egyik nővér bement volna hozzá és azt mondta volna, a felesége azt üzeni, ha meghal, kidobálja a könyveit. Óvatosan kérdeztem tőle, hogy milyen körülményekre emlékszik. Feküdt vagy ült, amikor ez történt? Ki adta át az üzenetet? Milyen napszak lehetett? Először azt mondta, éjszaka volt, majd elbizonytalanodott. Megkérdeztem tőle, hogy úgy emlékszik, a felesége éjszaka üzent-e neki egy nővérrel? Zoltán könnyei folyni kezdtek, a zokogással küzdött. Elmondtam neki, hogy a műtét során használt szerek hatására előfordulhat, hogy olyan élményeket él meg, melyekben az idő, a személyek, a külső és belső világ összerosódik. Ilyenkor a félelmek és remények is más színezetet kaphatnak. Annak a bizonytalansága, hogy a posztoperatív állapotban megélt képzet valós vagy sem, hetekre gúzsba kötötte. Olyan gondolatokkal küzdött, hogy minek is gyógyuljon meg, ha a családja közben azt tervezgeti, mit kezdenek majd a holmijával. Ennek tisztázása után néhány napba telt, míg felszabadult, hangulata lassan javulni kezdett, beszédesebb lett, humora is visszatért.

Zoltán testi működése felett napról napra egyre több kontrollt szerzett. Ahogy csökkenni kezdett a nappali órákban alvással töltött idő és nőtt a mozgástere, szorongani kezdett szellemi frissességével kapcsolatban. Amikor nem tudott hosszabb távokat gyakorolni, lépcsőzni, koncentrációs és szervező képességére akkor is támaszkodhatott, ennek tulajdonította sikerei nagy részét. A MAWI (Wechsler, 1939) néhány részpróbáját vittem be neki egyenként, időmérés és értékelés nélkül „játszott” ezekkel. A motoros ügyességet igénylő feladatokkal a kézremegés miatt nehezebben boldogult, de teljesítette őket, a matematikai feladatok megoldását, amelyeket három részletben vittem, sikerélményként élte meg. Letakarva elé helyeztem tárgyakat, melyeket tapintás alapján kellett felismernie. A beszélgetés elején elmondtam neki egy történetet majd a végén kértem, hogy idézze fel. Úgy tűnt, egyre felszabadultabb, magabiztosabb. Újra olvasni kezdett, keresztretjtvényt kért a családjától.

Osztályra kerülésekor olyan szobatársat kapott, akivel nagyon jól megértették egymást. Beszéltünk a hazatérése utáni időszakról, a terveiről, pozitív volt ezekkel kapcsó-

latban és várta, hogy otthon legyen. A sok pozitívum mellett rálátott arra, hogy a türelmetlenség nem csak motiváló erő lehet, hanem rossz közérzet és elkeseredés forrása is. Kitaláltunk egyfajta *jelzőrendszert* számára, amely segít, amikor észreveszi magán a türelmetlenség jeleit, hogyan változtasson, esetleg kérjen segítséget.

Hazamenetele után abban maradtunk, hogy az előzetesen átbeszéltek szerint monitorozza magát, és megkeres, ha szükségesnek érzi a támogatást.

### **Mire tanít ez az eset?**

Sokszor nem tudunk arról, hogy a betegeknek milyen élményei vannak a műtéti altatás alatt és utána. A mesterségesen módosított tudatállapotban álmok, hallucinációk, keverednek a külvilágból beszűrődő információkkal, a tudatalattiból feltörő tartalmakkal, érzésekkel. Zoltán esete azt mutatta meg, hogy – nem túl közvetlenül – érdemes rákérdezni ezekre az élményekre. Bizarr vagy ijesztő jellegük miatt előfordul, hogy a betegek maguktól nem hozzák fel, de hatásaitól szenvednek.

## **2.2. SÁRA ESETE**

Sára 37 éves, vékony, sportos testalkatú nő, egyedül neveli gyermekét. Az őt kezelő kardiológus javasolta, hogy keressen fel ambuláns konzultáció formájában.

Sára 6 éve fordult orvoshoz váratlanul rätörő heves szívdobogások miatt. A kivizsgálások során szívbillentyű eltérés (mitrális prolapsus) gyanúja merült fel. Sára válása ezzel párhuzamosan zajlott, úgy gondolta, az érzelmi válságnak köze lehet tüneteinek. Gyermekkorától kezdve sportolt, korábban nem voltak egészségügyi problémái. Először a stressznek és a párkapcsolati krízisnek tulajdonította a szívdobogást, ami váratlanul tört rá különböző helyzetekben, akár pihenés közben is. A billentyűprobléma ebben a stádiumban nem igényelt gyógyszeres terápiát, a kivizsgálás után orvosával abban egyeztek meg, hogy ha változatlan az állapota, évente járjon kontrollra. Emellett folytathatja a sportolást és a megszokott életmódját.

Körülbelül két hónappal az éves kontroll előtt váratlanul erős szívdobogás, mellkasi fájdalom, szédülés és légszomj tört rá. Akkoriban nehéz időszakon ment keresztül. Munkájában lejárató határidők nyomasztották, stresszelt a teljesítménye miatt. Szorongását az is fokozta, hogy úgy érezte, sok időt elvesz a gyermekétől az, hogy feladatait teljesítse. A tünetek annyira hirtelen jöttek és múltak el, hogy magában pánikrohamként könyvelte el. Korábban betegsége kapcsán soha nem tapasztalt ehhez hasonlót. Utána olvasott a jelenségnek, ami megerősítette abban, hogy lelki okai lehettek a rosszulletnek. Mivel közeledett az éves kontroll ideje, nem jelentkezett kezelőorvosánál, hanem úgy döntött, kivárja az időpontját. *Úgy tűnt, mintha igyekezett volna bagatellizálni az*

átélteket, úgy fogalmazott, nem akart „alkalmatlankodni sem”. A kontrollig hátralévő hetek úgy teltek, hogy „figyeltem magam, miközben próbáltam nem figyelni magam”.

A vizsgálatok nem mutattak ki változást Sára állapotában, a következő kontroll időpontját 6 hónappal későbbre beszéltek meg.

*Az első találkozáskor úgy tűnt, Sára szorong, bizonytalan abban, mit is mondjon. Elhozta leleteit, mesélt a napi rutinjáról, szokásairól. Talán a kórházi környezetből adódóan úgy viszonyult a beszélgetéshez, mintha orvosnál lenne. Amikor röviden és lényegre törően elmondta a „tényeket”, aggodó arccal elhallgatott, mintha azt várta volna, hogy valamiféle diagnózist, címkét kapjon.* Arról kérdeztem, hogy hatott rá a legutóbbi kontroll eredménye. Szavai pozitívak voltak, arra fókuszált, milyen jó, hogy egyelőre nem kell gyógyszer, sportolhat, élheti az életét. *A jövőorientált, tényszerű és pozitív szavak mellett testbeszéde, mimikája továbbra is szorongásról árulkodott.* Arra a kérdésre, hogy szerinte miért gondolta a kezelőorvosa, hogy érdemes lenne beszélgetnünk, hosszasan hallgatott, majd lesütött szemmel annyit mondott, hogy talán a pánikroham miatt.

A beszélgetések során körvonalazódott, hogy Sára a *cselekvések szintjén* sok mindent megtesz egészségéért. Az orvosi ellenőrzés és a rendszeres sport mellett odafigyel, hogy jó minőségű, egészséges ételeket fogyasszon, vitaminokat szed. Minden olyannak, ami érinti az egészség témakörét utánaolvas, tájékozódik. Gyermeke miatt is odafigyel arra, hogy limitálja a számítógéppel, telefonnal töltött időt, és ha csak a munka miatt nem kényszerül másra, igyekszik eleget aludni. Kifelé azt *kommunikálja*, hogy elfogadta ezt a betegséget, megteszi, amit kell és bízik a legjobbakban. *Valódi viszonya* azonban merően más színezetű, mint amit mások felé mutat. A „*szívbetegség*” címke számára azzal a félelemmel jár, hogy esetleg nem tudja felnevelni a gyermekét, hogy bármikor felpöröghet a szíve, ami lehet akár fájdalmas, teljesen kontrollálhatatlan, hogy hirtelen meghalhat „ahogy szívbetegségben szoktak”. Kétségbeesést, szorongást élt meg, amikor elöntötték ezek a gondolatok. Rohamszerűen törtek rá, akár a pánik, ilyenkor hosszasan rágódott a félelmetes lehetőségeken. Arra kértem, figyelje meg önmagát, amikor beindul a félelem. Van-e valami jellegzetes, ismétlődő a helyzetben, a hangulatában vagy bármi egyéb körülményben. Azt figyelte meg, hogy amikor fáradt, vagy éppen más dolgok miatt tépelődik, előbb-utóbb ez a gondolati kör is felmerül. Javasoltam, hogy amikor sikerül észrevennie, hogy ilyen irányba csúszik, a VAKOG technika segítségével térjen vissza a jelenbe, változtasson testhelyzetet, kicsit mozgassa át magát, vegyen pár mély lélegzetet. Biztattam, hogy ilyenkor idézze fel, hogy ez az állapot le fog csendesedni és el fog múlni, ahogy eddig is történt, s amíg kellemetlen tünetei jelen vannak, gondoljon rájuk úgy, mint felhőkre az égen. Ott vannak és valóságosak, de a szél hátán előbb-utóbb elúsznak. *Mivel a betegsége kapcsán nem volt konkrét tennivaló, amiben a félelem motiváló ereje hasznosítható lett volna, inkább a szorongásoldást és normalizálást céloztam meg.* Fontos volt, hogy legyen számára megengedhető, hogy időnként aggódjon, de érezze, hogy ezzel kapcsolatban van kontroll, eszköz a kezében.

*Erőforrásai* a sport, a gyermekével töltött idő voltak. A visszajelzésre, hogy nagy belső erőről tanúskodik, hogy erős negatív érzelmek mellett is tartja magát a rendszeres életmódjához, pozitív szemlélethez, a következetességet is elfogadta erőforrásként.

*Párkapcsolata* nem volt a válás óta, nem tudta elképzelni, hogy ismerkedni kezdjen. Ennek részben az volt az oka, hogy egyedülálló anyaként a munkája mellett nem került fókuszba ez a téma. A kérdések nyomán körvonalazódott, hogy lenne segítsége ahhoz, ha találkozni szeretne valakivel. Más tényezők mellett az is visszatartotta, hogy úgy érezte a betegsége miatt „egy kicsit hibás áru”. Néha vágyott arra, hogy legyen valakije. A találkozóiinkkor mindig csinos volt, harmonikusan, jó ízléssel öltözött. Ezt visszajelvezve kértem tőle, kezdje megfigyelni, hogyan hat a férfiakra, neki milyen érzés látni a reakciókat. *A rossz tapasztalatok és félelmek ellenében annak a megélését céloztuk meg, hogy tud örülni annak, amikor tetszik az ellenkező nemnek. Ez jó lehetőségnek tűnt arra is, hogy a fókusz a normalitás felé terelődjön a betegségről, amellyel kapcsolatban éppen nem volt tennivaló. Baráti kapcsolatai* főleg a munkatársak közül lettek, ezeket nem élte meg annyira szorosnak, hogy nekik a problémáiról meséljen. *A családja* támogató volt, őket nem szeretne volna terhelni, megijeszteni saját félelmeivel. Arra a kérdésre, hogy a most körülötte lévők közül kiről tudja elképzelni, hogy őszintén érdeklődik iránta és nem lenne teher számára, ha mesélne neki, egy kolléganője jutott eszébe, akivel megosztotta a pánikkal kapcsolatos tapasztalatait, és a testvére, aki többször jelezte, hogy szívesen elkíséri orvoshoz és érdeklődik iránta. Eddig azért nem mesélt neki, mert házassági gondjai adódtak és nem akarta terhelni. Felvettem, hogy kölcsönösen is tudják egymást támogatni a testvérével, ez a gondolat megtetszett Sárának. *A körülötte lévő támogató háló erősödése az erőforrásokat növelte* (Csabai & Molnár, 2009). *Az, hogy őszintében kezdett kommunikálni az érzéseiről és a betegségéről, meghallgatta, amit a számára fontos emberek reagáltak, alakított az ő hozzáállásán is. Hatásukra elkezdte felvállalni a rossz érzéseket, megtapasztalta, hogy ezzel együtt is elfogadják, nem érzik tehernek.*

Sára életében az elmúlt hat évben a családja, a munka és az egészsége voltak a legfőbb tényezők. Mindhárom területet pozitívként írta le, mégis volt benne hiányérzet. Elmondása szerint nem korlátozta semmiben az erősebb szívdobogástól való félelem, de visszanezve „olyan, mintha lett volna egy láthatatlan fal” körülötte. Többször felsorolta a beszélgetések során, amit a betegsége kapcsán tudott, így képet kaptam *betegségkogníciójáról*: nem súlyos, kezelhető, a tünetek ritkák és elviselhetőek, bízik az orvosában. Amikor arról kérdeztem, mi a fal és mi van azon kívül, azt mondta, nem tudja, mi a fal, de úgy érzi, az élmények és az öröm van kívül. Ez azt jelentette, hogy bár történnek vele jó dolgok, de mintha nem élné át, nem érezné őket. *Egy vizualizáció során a szívét mint az érzések és az öröm központját képzelte el és lépett vele kapcsolatba. Lebontotta a szívét körülvevő mohos, vastag és hideg köfalat, és egy fényes, átjárható védőburkot vont köré, ami beengedi a szép és jó érzéseket és élményeket.*

A további beszélgetések során a fókusz egyre inkább élete eseményein, élményein és tervein volt. Egyre kevesebb aggodalommal és tépelődéssel mesélt a rosszabb napjairól, úgy érezte több öröm van az életében.

**Mire tanít ez az eset?**

Számos kutatás vizsgálja, hogy a jól működő, támogató kapcsolatok védőfaktoroként funkcionálhatnak-e a testi-lelki jóllétben, illetve a betegségek lefolyására milyen hatással lehet az, ahogy a páciens gondolkozik a betegségről. Sára esetében a pozitív gondolkodás és a szorongó érzelmek ellentéte nem engedte, hogy igazán kapcsolódjon az erőforrásaihoz. A vele történő munkában nagyon látványos volt, hogy a pozitív kapcsolatok és élmények mekkora mértékben képesek javítani az életminőséget.

### 3. DISZKUSSZIÓ

A pszichológia történetét áttekintve láthatjuk, hogy hogyan vált a szomatikus gyógyítás részévé a mentális támogatás. Mint ahogy a pszichoanalízis, úgy a pszichoszomatika is orvosi tudományként működött, később mindkettő kikopott az orvosi szemléletmódból. A pszichoanalízisben és a pszichológia tudományában továbbra is érdeklődéssel fordultak felé. (Csabai, 2005). Ennek egyik manifesztációja a szemlélet egészségpszichológiában (klinikai gyakorlatban) történő alkalmazása.

A kardiológiai kórházi osztályokon történő munka során az egészségpszichológia két ágának, fő irányvonalának (klinikai és népegészségügyi) tudományos és gyakorlati ismereteit tudjuk hasznosítani, alkalmazni. Ahogyan ezen szemléletmódból és szakmaterületből tovább specializálódva létrejött az onkopszichológia, úgy fejlődik jelen pillanatban is a kardiopszichológia szakága. létjogosultsága megkérdőjelezhetetlen, hiszen ahogy egyre inkább képessé válik a tudomány egy betegség többszemponútú vizsgálatára és hatótényezőinek, kiváltó okainak meghatározására, úgy lép közelebb a pszichológia tudománya is egy-egy betegség lelki tényezőinek, pszichoszociális faktorainak megismeréséhez. Az egyre mélyebb ismeretekkel egyre inkább látjuk a betegcsoport speciális igényeit, szükségleteit, problémáit. A pszichokardiológia a szívbetegségek kialakulásának mentális hátterével, a betegség lefolyása közben megélt pszichés hatásokkal és azok kezelésével foglalkozik. Mind az elsődleges, mind a másodlagos prevencióban szerepet vállal, segítséget nyújt az életmódváltásban, a megküzdési módok elsajátításában és aktíválásában, stresszkezelésben, műtétek előtti felkészítésben, és a műtétek utáni rehabilitáció során. A betegséggel való szembenézésben, adaptív stratégiák kialakításában és a gyógyulást hátráltató életesemények feloldásában támogatja a beteget.

A szakterület megnevezése jelen pillanatban változatos képet mutat. Angol nyelvterületen a cardiac psychology, psychocardiology, behavioral cardiology elnevezésekkel ta-

lálkozhatunk, magyarul kardiopszichológiaként és pszichokardiológiaként keresi a helyét a szakmában. A kifejezést 1996-ban használta először Robert Allen.

A pszichokardiológia mint szakterület hazánkban is fel-felbukkan a szakmai diskurzusban, azonban rendszerszintű megjelenése még várat magára. A Városmajori Szív-és Érgyógyászati Klinikán két éve kezdődött meg és jelenleg is folyik a mentálhigiénés szemléletű ellátás rendszerszintű kialakítása, aminek szerves részét képezi a pszichokardiológiai-kardiopszichológiai ellátás kereteinek megteremtése, és kutatásokban való aktív részvétel.

## IRODALOM

- Ahern, D. K., Gorkin, L., Anderson, J. L., Tierney, C., Ewart, C., Capone, R. J., Schron, E., Kornfeld, D., Herd, J. A., Richardson, D. W., Follick, M. J. (1990). Biobehavioral variables and mortality or cardiac arrest in the Cardiac Arrhythmia Pilot Study (CAPS). *American Journal of Cardiology*, 66(1), 59–62.
- Bagyura, Zs., Kiss, L., Édes, E., Lux, Á., Polgár, L., Soós, P., Szenczi, O., Szelid, Zs. L., Bagdy, Gy., Merkely, B. P. (2014). Cardiovascularis szűrőprogram a közép-magyarországi régióban. Budakalász Vizsgálat. *Orvosi Hetilap*, 155(34), 1344–1352.
- Barefoot, J. C., Helms, M. J., Mark, D. B., Blumenthal, J. A., Califf, R. M., Haney, T. L., O'Connor, C. M., Siegler, I. C., Williams, R. B. (1996). Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 78(6), 613–617.
- Berry, J. D., Lloyd-Jones, D. M., Garside, D. B., Wang, R., Greenland, P. (2007). Social avoidance and long-term risk for cardiovascular disease death in healthy men: the Western Electric study. *Annals of Epidemiology*, 17(8), 591–596.
- Bush, D. E., Ziegelstein, R. C., Tayback, M., Richter, D., Stevens, S., Zahalsky, H., Fauerbach, J. A. (2001). Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 88(4), 337–341.
- Byrne, M. L., Sheeber, L., Simmons, J. G., Davis, B., Shortt, J. W., Katz, L. F., Allen, N. B. (2010). Autonomic cardiac control in depressed adolescents. *Depression and Anxiety*, 27(11), 1050–1056.
- Cameron, O. (1996). Depression increases post-MI mortality: how? [editorial]. *Psychosomatic Medicine*, 58, 111–112.
- Carney, R. M., Blumenthal, J. A., Catellier, D., Freedland, K. E., Berkman, L. F., Watkins, L. L., Czajkowski, S. M., Hayano, J., Jaffe, A. S. (2003). Depression as a risk factor for mortality following acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 92, 1277–1281.
- Carney, R. M., Freedland, K. E., Miller, G. E., Jaffe, A. S. (2002). Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 897–902.
- Carney, R. M., Freedland, K. E., Rich, M. W., Jaffe, A. S. (1995). Depression as a risk factor for cardiac events in established coronary heart disease: a review of possible mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 17(2), 142–149.



- Carney, R. M., Freedland, K. E., Veith, R. C. (2005). Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease. *Psychosomatic medicine*, 67, S29-S33.
- Carney, R. M., Rich, M. W., Freedland, K. E., teVelde, A., Saini, J., Simeone, C., Clark, K. (1988). Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 50(6), 627–633.
- Chida, Y., Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American college of cardiology*, 53(11), 936–946.
- Creaven, A. M., Howard, S., Hughes, B. M. (2013). Social support and trait personality are independently associated with resting cardiovascular function in women. *British Journal of Health Psychology*, 18(3), 556–573.
- Csabai, M. (2005). Az elbeszélhetetlen történet. Szomatizációs tünetek és szelfszerveződés. *Thalassa*, 16(1), 25–30.
- Csabai, M., Molnár, P. (2009). *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Medicina Könyvkiadó.
- Denollet, J. (2000). Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 255–266.
- Denollet, J., Sys, S. U., Brutsaert, D. L. (1995). Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 57(6), 582–591.
- Ehrental, J. C., Herrmann-Lingen, C., Fey, M., Schauenburg, H. (2010). Altered cardiovascular adaptability in depressed patients without heart disease. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(3), 586–93.
- Everson-Rose, S. A., Lewis, T. T. (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annual Review of Public Health*, 26, 469–500.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Talajic, M. (1995). Depression and 18 month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 91(4), 999–1005.
- Friedman, M., Rosenman, R. H. (1960). Overt behavior pattern in coronary disease: Detection of overt behavior pattern A in patients with coronary disease by a new psychophysiological procedure. *Journal of the American Medical Association*, 173(12), 1320–1325.
- Friedman, M., Rosenman, R. H. (1971). Type A Behavior Pattern: its association with coronary heart disease. *Annals of Clinical Research*, 3(6), 300–312.
- Glassman, A. H., Shapiro, P. A. (1998). Depression and the course of coronary artery disease. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 4–11.
- Gupta, D., Wenger, N. K. (2012). Guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women: international challenges and opportunities. *Expert review of cardiovascular therapy*, 10(3), 379–385.
- Harmati, L., Szili, I., Rhimmer, Z. (2020). Pszichiátria és kardiológia – a cardiovascularis betegségek kapcsolata a depressziós és szorongásos kórképekkel. In B. Merkely, D. Becker (szerk.), *Szív- és Érgyógyászat* (740–748. o.). Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió.
- Heffner, K. L., Waring, M. E., Roberts, M. B., Eaton, C. B., Gramling, R. (2011). Social isolation, C-reactive protein, and coronary heart disease mortality among community-dwelling adults. *Social Science and Medicine*, 72(9), 1482–1488.

- Irvine, J., Basinski, A., Baker, B., Jandciu, S., Paquette, M., Cairns, J. (1999). Depression and risk of sudden cardiac death after acute myocardial infarction: testing for the confounding effects of fatigue. *Psychosomatic Medicine*, 61(6), 729–737.
- Jouven, X., Empana, J. P., Schwartz, P. J., Desnos, M., Courbon, D., Ducimetière, P. (2005). Heart-rate profile during exercise as a predictor of sudden death. *New England Journal of Medicine*, 352(19), 1951–1958.
- Jouven, X., Zureik, M., Desnos, M., Guérot, C., Ducimetière, P. (2001). Resting heart rate as a predictive risk factor for sudden death in middle-aged men. *Cardiovascular research*, 50(2), 373–378.
- Kamiya, Y., Whelan, B., Timonen, V., Kenny, R. A. (2010). The differential impact of subjective and objective aspects of social engagement on cardiovascular risk factors. *BMC Geriatrics*, 10(1), 81.
- Kaufmann, M. W., Fitzgibbons, J. P., Sussman, E. J., Reed, J. F., Einfalt, J. M., Rodgers, J. I., Fricchione, G. L. (1999). Relation between myocardial infarction, depression, hostility, and death. *American Heart Journal*, 138, 549–554.
- Lahmeyer, H. W., Bellier, S. N. (1987). Cardiac regulation and depression. *Psychiatry Research*, 21(1), 1–6.
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Strauman, T. J., Robins, C., Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 869–878.
- Low, C. A., Thurston, R. C., Matthews, K. A. (2010). Psychosocial factors in the development of heart disease in women: current research and future directions. *Psychosomatic medicine*, 72(9), 842.
- Merkely, B., Becker, D. (2020). Bevezetés. In B. Merkely, D. Becker (szerk.), *Szív-és Érgyógyászat* (1–2. o). Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió.
- Miller, T. Q., Smith, T. W., Turner, C. W., Guijarro, M. L., Hallet, A. J. (1996). Meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological bulletin*, 119(2), 322.
- Myrtek, M. (2001). Meta-analyses of prospective studies on coronary heart disease, type A personality, and hostility. *International journal of cardiology*, 79(2–3), 245–251.
- Norekval, T. M., Fridlund, B., Rokne, B., Segadal, L., Wentzel-Larsen, T., Nordrehaug, J. E. (2010). Patient-reported outcomes as predictors of 10-year survival in women after acute myocardial infarction. *Health and Quality Life Outcome*, 8, 140.
- Ocsovszky, Z., Rafael, B., Martos, T., Csabai, M., Bagyura, Z., Sallay, V., Merkely, B. (2020). A társas támogatás és az egészséges életmód összefüggései. *Orvosi Hetilap*, 161(4), 129–138.
- Olson, M. B., Krantz, D. S., Kelsey, S. F., Pepine, C. J., Sopko, G., Handberg, E., Rogers, W. J., Gierach, G. L., McClure, K., Bairey Merz, N. C., WISE Study Group. (2005). Hostility scores are associated with increased risk of cardiovascular events in women undergoing coronary angiography: a report from the NHLBI-Sponsored WISE Study. *Psychosomatic Medicine*, 67(4), 546–552.
- Palatini, P. (2007). Heart rate as an independent risk factor for cardiovascular disease: current evidence and basic mechanisms. *Drugs*, 67(Suppl 2), 3–13.
- Palatini, P. (2009). Elevated heart rate: a “new” cardiovascular risk factor?. *Progress in cardiovascular diseases*, 52(1), 1–5.

- Palatini, P., Julius, S. (2004). Elevated heart rate: a major risk factor for cardiovascular disease. *Clinical and Experimental Hypertension*, 26(7–8), 637–44.
- Perret-Guillaume, C., Joly, L., Benetos, A. (2009). Heart rate as a risk factor for cardiovascular disease. *Progress in cardiovascular diseases*, 52(1), 6–10.
- Ramsay, S., Ebrahim, S., Whincup, P., Papacosta, O., Morris, R., Lennon, L., Wannamethee, S. G. (2008). Social engagement and the risk of cardiovascular disease mortality: results of a prospective population-based study of older men. *Annales of Epidemiology*, 18(6), 476–483.
- Rosengren, A., Wilhelmsen, L., Orth-Gomer, K. (2004). Coronary disease in relation to social support and social class in Swedish men. A 15 year follow-up in the study of men born in 1933. *European Heart Journal*, 25(1), 56–63.
- Rosenman, R. H., Friedman, M. (1974). Neurogenic factors in pathogenesis of coronary heart disease. *Medical Clinics of North America*, 58(2), 269–279.
- Rutledge, T., Linke, S. E., Olson, M. B., Francis, J., Johnson, D., Bittner, V., York, K., McClure, C., Kelsey, S., Reis, S. E., Cornell, C. E., Vaccarino, V., Sheps, S.D., Shaw, L. J., Krantz, D. S., Parashar, S., Bairey Merz, N. C. (2008). Social networks and incident stroke among women with suspected myocardial ischemia. *Psychosomatic Medicine*, 70, 282–287.
- Singh, B. N. (2003). Increased heart rate as a risk factor for cardiovascular disease. *European Heart Journal Supplements*, 5(supplG), G3-G9.
- Strike, P. C., Steptoe, A. (2004). Psychosocial factors in the development of coronary artery disease. *Progress in Cardiovasc Disease*, 46(4), 337–347.
- Tay, L., Tan, K., Diener, E., Gonzalez, E. (2013). Social relations, health behaviors, and health outcomes: a survey and synthesis. *Applied Psychology: Health and WellBeing*, 5(1), 28–78.
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377–387.
- Varga, K., Diószeghy, C. (2011). A lélegeztetett beteg pszichés vezetése In K. Varga (szerk.), *A szavakon túl – Kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban*. Medicina Kiadó.
- Von Känel, R. (2012). Psychosocial stress and cardiovascular risk-current opinion. *Swiss Medical Weekly*, 142, w13502 10.4414/smw.2012.13502
- Wechsler, D. (1939). *The measurement of adult intelligence*. Williams & Wilkins Co.