

Dr. Égerházi Anikó

Krónikus betegségek lelki terhei

Összefoglalás

A krónikus betegségek megváltoztatják az egyén életminőségét, a család életvezetését és terhet jelentenek a társadalom számára is. A terhek mértéke függ a betegség sajátosságaitól, súlyosságától, kezelhetőségétől, fennállásának időtartamától. A bio-pszicho-szociális egészségmodell alapján a betegség kialakulásától az életminőség megváltozásáig komplex út vezet, melyet az orvosi tényezők mellett egyéni sajátosságok és a környezet jellemzőségei befolyásolnak. A krónikus betegség terhel a betegek: szenvedést okozhat, veszélyeztetheti az életet, munkaképtelenséghez, egzisztenciális nehézségekhez vezethet, felborul a családi egyensúly. A beteg részéről a betegség el nem fogadása, a betegszerep elutasítása, az új helyzethez való alkalmazkodás képtelensége fokozza a lelki megterhelést. A családra több anyagi terhelés hárul, a megváltozott helyzet több türelmet, toleranciát követel. A közvetlen környezet és a társadalom negatív viszonyulása a beteg emberhez tovább ronthatja a helyzetet. Krónikus betegségek esetén mind a betegnek, mind a családtagjainak nagyobb az esélye a depresszióra az átlagpopulációhoz viszonyítva. Az orvos, aki a személyiségével is gyógyít, az egyéb segítő szakmákban dolgozókhöz hasonlóan veszélyeztetett a „helfer szindrómára” és a kiégésre (burnout). A munkával kapcsolatos tartós stressz, amely eredhet a munka minőségi és mennyiségi jellemzőiből, az egyre nagyobb elvárásokból, a munkával kapcsolatos bizonytalanság érzéséből, a teljesítmények elismerésének hiányából, vezethet a kiégés állapotához. A „burnout” az egészségi állapotot befolyásoló tényező, fizikai, érzelmi és szellemi kimerülést jelent. Különböző súlyosságú szakaszai vannak, melyek jellegzetes tünetekkel járnak

és ennek megfelelő kezelést igényelnek. A tünetek korai felismerése lehetőséget adhat arra, hogy időben megtegyük azokat a lépéseket, melyekkel a teljes kiégés és annak súlyosabb következményei, a szövődésményként fellépő pszichiátriai vagy pszichoszomatikus betegségek elkerülhetővé válhatnak.

Bevezetés

Hippokratész már az ókorban hirdette a test és lélek egységét. Szerinte az egészség legfőbb feltétele az ember testi és lelki folyamatai és a környezet közötti harmónia megléte. A gyógyításnak a harmónia helyreállítására kell törekednie. A pszichoszomatikus szemléletmód szerint tehát az ember pszichikus-szomatikus egység, így a testi változások és a pszichikus összefüggések együttes vizsgálata szükséges az orvostudomány minden területén. A kapcsolat kölcsönös, a „szomatopszichika” szerint minden elsődlegesen testi betegségnek is lehetnek pszichikus vetületei.¹ Engel (1977) integratív modellje szerint a betegségre való hajlamosságnak, a beteglétnek és a betegség fennmaradásának mindig vannak szociális, pszichológiai és fiziológiai komponensei. A betegség különböző szinten bekövetkezett alkalmazkodási csőd, a beteg állapot legyőzéséhez a kezelésnek az alkalmazkodási fokot kell javítania.² A betegségről alkotott elképzelések között a dualisztikus biomedikális modell gyakran tért hódított. Ez az elképzelés egyenes ok-okozati összefüggést tételez fel fiziológiai zavarok és betegségek között. A biomedikális orvoslás betegségeket és nem beteget kezel. Nem alkalmas olyan krónikus betegségek értelmezésére, amelyeknek okai összetettek, lefolyásukra pedig külső és belső feltételek, így életfeltételek, az életsemények, az életmód, az élmények és a lelkiállapotok egyaránt hatást gyakorolnak. A rendszerszemlélet térdhódítása nyomán egyre inkább a cirkuláris okság elve, illetve az oki hálók alkalmazása vált elfogadottabbá. A bio-pszicho-szociális modell felismeri a pszichológiai,

szociális, kulturális faktorok szerepét a betegség kialakulásában és lefolyásában. Szerepet tulajdonít továbbá az orvosnak, az ápolónak és az egész beteggondozó rendszernek, azaz az egészségügynek. Ezzel párhuzamosan fejlődött ki az egészségpszichológia, mely minden olyan pszichológiai tevékenységet magába foglal, amely az egészség és a betegség kérdéseivel, és az egészségvédelemmel foglalkozik.³

Jelen közlemény célja, hogy a kórikus betegség okozta terheket komplex bio-pszicho-szociális rendszerben szemlélve tárgyalja a beteg, a környezete és az orvos szempontjából.

A beteg ember lelki terhei idővel a betegségben

Mindenki igyekszik kialakítani saját életritmusát, megtalálni azokat a célokat, ideálokat, amikért érdemes erőfeszítéseket tenni. Ha ebbe a folyamatba beleszól egy betegség az addigi egyensúly felborul. Vajon a betegség miatt borult fel a testi-lelki egyensúly, vagy a felboruló lelki egyensúly teremt alapot a betegség kialakulására? Feltehetően a kettő együttesen jelenik meg, szinte önröntő ördögi körré alakul és ez a betegség folyamatában is szerepet játszik. A testi betegségekhez gyakran társul depresszió és szorongás, ami rontja a beteg együttműködését a kezelésben és ez a testi tünetek rosszabbodását eredményezheti. A súlyosabb fizikális tünet növeli a betegség okozta terheket és ez a depresszió és szorongás súlyosbodásához vezet, jelezve a testi és pszichés tünetek közötti kétirányú kapcsolatot.⁴ A krónikus betegség a betegnek szenvedést okozhat, veszélyeztetheti az életet, munkaképtelenséghez vezethet. A betegség el nem fogadása, a betegszerep elutasítása, az új helyzethez való alkalmazkodás képtelensége súlyos életkrízist jelez. A krónikus betegség a beteg megküzdési (coping) képességét teszi próbára. A problémával való megküzdés megértéséhez szükség van a külső-belső kontroll attitűd ismeretére. Belső

Dr. Égerházi Anikó
Debreceni Egyetem OEC
Pszichiátriai Tanszék
4043 Debrecen, Bartók Béla út 2–26.

kontrollról beszélünk, ha a személy azt éli meg, hogy befolyást gyakorolhat élete eseményeire. Ez a viszonyulás jobb emocionális közérzettel, eredményesebb megküzdéssel, jobb egészségi állapottal, sikeresebb élet-helyzet-változtatásokkal és javuló teljesítménnyel jár. A coping lehet probléma-fókuszú és érzelmi-fókuszú. A probléma-fókuszú megküzdés a stresszt okozó problémára irányul, míg az érzelmi-fókuszú a problémára adott belső, emocionális választ igyekszik befolyásolni. A betegség, különösen a gyógyíthatatlan betegség, olyan helyzetet teremt, amelyben az oki (probléma-fókuszú) kontroll nem gyakorolható. Ebben a helyzetben a betegség okozta érzelmi állapot befolyásolható azzal, ha a beteg a betegségé következményei felett gyakorol kontrollt, vagy ha „áttolt” kontrollt képes alkalmazni. Az *áttolt kontroll* arra utal, hogy ilyenkor a beteg az élet olyan területein él meg belső kontrollt, amelyek nincsenek közvetlen kapcsolatban a betegséggel. A krónikus betegséggel való megküzdésben az áttolt kontroll kiemelkedő szerepet játszik. Ebben az értelemben a betegség okozta kisebbrendűség-érzés miatt fordít nagyobb figyelmet élete olyan területére, használja olyan képességét, amelyre a betegség nélkül kevesebb figyelem jutna. Erre a kompenzációs mechanizmusra számos példát láthatunk híres tudósok és művészek, alkotó személyiségek élettörténetében (pl. *Stephen Hawking*, világhírű fizikus, négy végtagot érintő bénulással). A nagy teljesítményekre képes krónikus beteg erőforrásaitól gazdálkodik. Kreatív periódusaiért sok esetben nagy árat fizet, súlyos kimerülés, a betegség relapszusa követheti. Kevésbé energia-igényes, de a beteget kiemelheti a betegség miatt beszűkült állapotából az élménybefogadó kapacitás felszabadítása, az esztétikai és vallási élmények felé való nyitottság (művészetterápiák, egyházi lelki gondozás).³ A *hatékonyság* kifejezés jelenti azt a hitet, hogy a személy képes olyan speciális viselkedésre, amellyel az általa kitűzött célt el tudja érni. Azok a személyek, akik életük során több sikert értek el, nagyobb eséllyel tekintik magukat hatékonyak, mint azok, akik mögött kudarcok sora áll. Az azonos betegségben szenvedők által szervezett önszolgáltató

csoporthoz tartozóknak egyaránt segíthet az, ha társaik állapotában pozitív változás következik be, és ha a csoport egyik vagy másik tagja rosszabb állapotba kerül. Az előbbi a beteget reménnyel tölti el, az utóbbi pedig saját jobb állapotának nagyobb megbecsülésére készíti és fokozhatja önértékelését.⁵ A krónikus betegséggel való megküzdésben a *szívósság* is fontos tényező lehet. Aki szívós, jól alkalmazkodik az élethelyzet változásaihoz, a stresszt okozó eseményeket képes kihívásként felfogni és jobban tudja alkalmazni a kontroll azon formáit, melyek krónikus betegség esetén is megvalósíthatók.³

Pszichés terhek a krónikusan beteg ember családjában

Az egyik családtag betegsége megváltoztathatja a család addigi gazdasági és pszichés egyensúlyát. Az anyagi terhek több ok miatt is nőnek: a betegség munkaképtelenné teheti az addig kereső családtagot, a beteg gyógykezelése költséges, a beteget ápoló családtag kieshet a munkából. A betegséggel való alkalmazkodás minden családtagtól fokozott türelmet és toleranciát igényel. Mindennek mértékét jelentősen befolyásolja a betegség természete (pl. belgyógyászati, mozgásszervi, pszichiátriai), kezelhetősége (egyensúlyban tartható-e kezeléssel, várható-e javulás vagy visszaesések), súlyossága (milyen mértékben befolyásolja az életvezetést), és a fennállásának időtartama. A beteg családtag támogatása, szükség esetén gondozása folyamatos felelősséggel, kipihihetetlen fáradtsággal járhat, a kialakult nehéz helyzet családi krízishez vezethet. A betegség természetét tekintve a pszichiátriai beteg családtagjainak *szubjektív terhei* (pszichológiai reakciók, a veszteség élménye, depresszió, szorongás és a szociális helyzetek zavara) a szomatikus betegségekben a családtagok *objektív terhei* nagyobbak (gyakorlati problémák, a családi kapcsolatok megszakadása, szabadidő, és anyagi gondok). A mentális és a fizikális betegségek okozta terhekben vannak közös vonások, mint pl. szorongás, depresszió, a gazdasági és a munkával kapcsolatos gondok. A pszichiátriai betegek (pl. szkizofrénia) családtagjait a diagnózissal együtt járó stigma is terheli, a csa-

ládtagok szociális kapcsolatai emiatt fellazulhatnak. A beteget ápoló családtag fontos szerepet tölt be a beteg betegséghez való alkalmazkodásában, a gyógykezelésben való együttműködésében és a várható gyógyulásban. A család hatása a krónikus betegségek klinikai és szociális kimenetelére több tényezőtől függ: a beteg és a család közötti kapcsolaton; a hozzátartozók betegséghez való viszonyulásán, mennyire képesek érzéseik kifejezésére és milyenek a megküzdési stratégiáik; milyen szakmai és szociális támogatást kap a család. A krónikus beteggel élő családok segítségére támogató intervenció látszik szükségesnek, mely magába foglalja: (a) a családtagok azon pszichés reakcióinak a kezelését, melyet a betegség váltott ki; (b) a betegség természetére, lefolyására és várható kimenetelére vonatkozó tájékoztatásukat; (c) annak megtanítását, hogy hogyan kezeljék a beteg tüneteit; és (d) a szociális hálózat megerősítését.⁶

Az idült beteggel foglalkozó orvos lelki terhei

„Az orvos személyiségével maga is gyógyszernek tekinthető. Mindazok a pszichológiai hatások, amelyek az orvos részéről érik a beteget az orvos-beteg kapcsolat során, befolyásolják a terápiát. Mint a gyógyszeres terápiában, itt is ügyelni kell a beteg érzékenységre, az orvossal szemben is kialakulhat tolerancia, dependencia.”⁷

Az orvos szerepe, a másokért való felelősségvállalás, a folyamatos döntéshozatali kényszer fokozott empátiát igényel. Mindezt sokszor nehezen teljesíthető társadalmi elvárások kísérik. Az empátiás kapacitás kimerülése kiégést (burnout) okozhat, mely minden segítő foglalkozást végző személyt veszélyeztet. A munkával kapcsolatos tartós stressz, amely eredhet a munka minőségi és mennyiségi jellemzőiből, az egyre nagyobb elvárásokból, a munkával kapcsolatos bizonytalanság érzéséből, a teljesítmények elismerésének hiányából, vezethet kiégéshez. Ez az állapot a reménytelenség és az alkalmatlanság érzésével jár, célok és ideálok elvesznek, a saját személyre, a munkára és másokra vonatkozó negatív attitűdök jelennek meg.⁸ Mindez szerepkonfliktust, szerepbizonytalanságot okoz. A kiégés szo-

ciálpszichológiai fogalom, a jelenléte a pszichoanalízis szempontjai szerint „helfer szindrómaként” írták le. Eszerint a segítő foglalkozásuk saját ingtag pszichés egyensúlyával függ össze a gyengéken való segítség szükséglete. Lényege, hogy a segítő kapcsolat egyben más típusú kapcsolatok, érzelmek elhárítását jelenti. A segítő túlterheltsége, magán és szakmai életük elkülönítésének nehézsége, összemosódása vezethet a burnout-hoz.⁹

A kiegészítés olyan esetekben jelenik meg, ahol folyamatos empátiát kell közvetíteni és állandó kapcsolatban kell lenni a beteggel, így a beteggel foglalkozó összes személyt veszélyeztetni, a családtagokat, az orvost, az ápolószemélyzetet.¹⁰ Befolyásolja a segítő egészségi állapotát, egyaránt jelent fizikai, szellemi és érzelmi kimerülést. A pszichés tünetek közül az *érzelmi kimerülés* az empátia kapacitás kimerüléséből ered, amelyből következik a *deperszonalizáció*, az érzéketlen viszonyulás a kliensekhez. A segítőhivatások pedig nem gyakorolhatók hatékonyan akkor, ha a szakember a beteget tárgyként kezeli, így *csökken a személyes hatékonyság*. A szellemi kimerültséget memóriazavar, koncentrációzavar, pontatlanság, szétzórtság és döntési bizonytalanság jellemzi. A testi tünetek fáradtságérzésben, izomfájdalmakban, fejfájásban, egyéb pszichoszomatikus tünetekben (hasmenés, hányás, gyomorfájdalom, szívdobogásérzés, légzési nehézség, izomrángások, fogyás/hízás) jelenhetnek meg. A magatartásban is kialakulhat változás, pl. türelmetlenség, ingerlékenység, bizalmatlanság, agresszivitás, fokozott nikotin-, koffein-, alkohol vagy droghasználat. A kiegészítés szakaszai: az idealizmus szakasza, melyet a realizmus, a stagnálás, a frusztráció, és végül az apátia fázisa követ. A különböző fázisokban más-és-más a teendő: a lelkesedés fázisában a realitások tudatosítása, a stagnálás fázisában a szakmai továbbképzés, a frusztráció fázisában a pozitívumok felismertetése, az apátia fázisában új célok keresése. A korai felismeréshez szükség van oktatásra (az egyén ismerje és önmagán felismerhesse a tüneteket) és pszichológiai szűrésre.¹¹ A kiegészítésnek további súlyos szövődményei lehetnek: egyrészt pszichoszomatikus betegségekhez

vezethet (magasvérnyomás, szívbetegség, fekélybetegség, cukorbetegség), másrészt pszichiátriai szövődményei is lehetnek (depresszió /szuicidium veszély!/, szorongásos zavar, szerfüggés). Nagy hangsúlyt kell fektetni a megelőzésre. A munkahelyen stábmegbeszélések, esetmegbeszélések, szakmai továbbképzések, szupervízió, konzultáció lehetőségének biztosítása segít a kiegészítés elkerülésében. A személy részéről a pályaválasztás személyes motivációjának tudatosítása szükséges annak tisztázására, hogy a segítség nem elsősorban pszichoterápiás szükséglet-e. A cél, hogy a tudatosítás és önismeret révén a segítség kreatív, kielégítő, fejlődésre lehetőséget adó tevékenység legyen. A saját mentálhigiéne ápolása szükséges, és annak elkerülése, hogy a segítő azonosuljon a hivatással és saját személyes kapcsolatait ennek túlzottan alárendelje.

Irodalomjegyzék:

1. Császár Gy: *Pszichoszomatika a gyakorlatban* Psychoteam Budapest, 1989.

2. Engel GL: *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine* Science 1977; 196. 129-136

3. Kulcsár Zs: *Egészségpszichológia* ELTE Eötvös Kiadó Budapest, 1998.

4. Katon W, Lin EHB, Kroenke K: *The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness* General Hospital Psychiatry 2007; 29(2). 147-155

5. Bandura A: *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change* Psychological Review 1977; 84. 191-215

6. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C et al.: *Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. Physical disorders* Social Science & Medicine 2005; 61(2). 313-322

7. Bálint M: *Az orvos, a betegek és a betegség* Animula Kiadó Budapest, 1991.

8. Freudenberg HJ: *Staff burn-out* Journal of Social Issues 1974; 30. 159-175

9. Fekete S: *Segítő foglalkozások kockázatai – helfer szindróma és burnout jelenség* Psychiatria Hungarica 1991; 6(1). 17-29

10. Hegedűs K, Mészáros E, Riskó Á: *A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota* Lege Artis Medicinae 2004; 14(11). 786-793

11. Ónody S: *Kiegészítő tünetek (burnout szindróma) keletkezése és megoldási lehetőségei* Új Pedagógiai Szemle 2001; 5