

Az alacsony intenzitású, bizonyítottan hatékony kognitív viselkedésterápia Crohn-betegségben

Antal-Uram Dóra¹ ■ Harsányi László dr.² ■ Perczel-Forintos Dóra dr.¹

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, ¹Klinikai Pszichológia Tanszék,

²I. Sebészeti Klinika, Budapest

A gyulladással járó bélbetegségek (inflammatory bowel disease, IBD) olyan krónikus szomatikus betegségek, melyek prevalenciája világszerte növekvő tendenciát mutat. A tünetek megújíthatatlansága, a betegséggel járó megváltozott életminőség, testkép, énkép, valamint a lefolyás kiszámíthatatlansága miatt a betegséggel való alkalmazkodásban kiemelt fontosságú a pszichés tényezők, megküzdési stratégiák szerepe. A szomatikus tünetek mellett a kutatások a pszichiátriai kórképekkel (elsősorban hangulat- és szorongásos zavarok) való magas komorbiditást jelzik.

A jelen esettanulmány célja bemutatni az eseten keresztül az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia (low-intensity psychosocial intervention – LIPI) eszközeit, a terápiás indikációt a krónikus szomatikus betegséggel társuló pszichés zavarok kapcsán. Tanulmányunk egy serdülőkorban Crohn-betegséggel diagnosztizált 21 éves férfi beteg esetét ismerteti, aki a farmakoterápiás nonadherencia mentén került pszichodiagnosztikai célú kivizsgálásra. A diagnosztika diszruptív hangulatszabályozási zavar mellett elkerülő személyiségzavart jelzett (személyiségvizsgáló eljárások: SCID-II és MMPI személyiségteszt, valamint betegségspecifikus kérdőívek: Beck Depresszió Kérdőív, Beck Reménytelenség Skála, Szociális Kogníció Kérdőív, Harag és Düh Kifejezési Mód Skála, Kognitív Érzelemszabályozási Kérdőív, Rosenberg Önértékelés Kérdőív). A pszichoterápia elsődleges célja a Crohn-betegséggel való adaptív alkalmazkodás elősegítése és a farmakoterápiával való együttműködés kiépítése mellett az indulatszabályozás javítása volt, ezáltal pedig az adaptív megküzdési stratégiák kialakítása. A 25 üléses, alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia elemei között említhető a pszichoedukáció, a motivációs interjú, a kognitív terápia, a viselkedésterápiás intervenciók és a problémamegoldó tréning. A terápia krízisintervenciót és a szomatikus állapotrosszabbodás kapcsán szükséges operációra való felkészítést is magában foglalta. A terápia hatékonyságát az állapotkövető kérdőívek eredményei alátámasztották. A klinikailag jelentős szenvedést okozó pszichiátriai tünetek csökkenése a farmakoterápiás adherencia és az életminőség egyértelmű javulását eredményezték. Mindez alátámasztja tehát, hogy az alacsony intenzitású pszichoszociális intervenciók bizonyítottan hatékony pszichoterápiás formának tekinthetők. *Orv Hetil.* 2018; 159(9): 363–369.

Kulcsszavak: kognitív viselkedésterápia, alacsony intenzitású pszichoterápia, Crohn-betegség, nonadherencia

Low-intensity, evidence-based cognitive-behavioural therapy of a patient with Crohn's disease

Inflammatory bowel disease (Crohn's disease and colitis ulcerosa) is a chronic, long-term condition that causes chronic inflammation in the digestive tract, and shows an increasing incidence and prevalence worldwide. Changes in disease activity over time affect psychological distress which increases the risk of exacerbations. Beside somatic symptoms (such as abdominal pain, diarrhoea and weight loss), psychiatric comorbidity (in particular major depression, anxiety, social phobia) is common in patients with Crohn's disease. This case study illustrates the management and stabilization of a 21-year-old adult male patient with active Crohn's disease and with severe psychiatric comorbidity. The patient was diagnosed with avoidant personality disorder and disruptive mood dysregulation disorder based on the results of psychodiagnostics (SCID-II structured clinical interview, MMPI personality inventory and disease-specific clinical questionnaires such as Beck Depression Inventory, Beck Hopelessness Scale, Social Cognition Questionnaire, Anger Expression Scale, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, Rosenberg Self-Esteem Scale). The main aim of psychotherapy is to increase the adherence to pharmacotherapy, to promote psychosocial functioning, to improve well-being and to enhance adaptive coping strategies. Low-intensity cognitive-behavioural psychotherapy was used which included psychoeducation, motivational interview, behavioural activation, patient di-

ary, cognitive restructuring, problem-solving training, and family consulting. Twenty-five sessions were held weekly in outpatient form and 3 sessions of crisis intervention after the surgery at the hospital. The efficacy of the treatment was measured by self-reported questionnaires at baseline and at two follow-up sessions which corroborated a very significant decrease in the severity of depression, hopelessness, while emotional regulation and self-esteem became more adaptive. The remission of the above-mentioned psychiatric symptoms resulted in the improvement of the pharmacotherapy adherence and the quality of life. Low-intensity psychosocial interventions are proven to be an effective way of delivering evidence-based psychotherapy.

Keywords: cognitive behavioural therapy, low-intensity psychotherapy, Crohn's disease, non-adherence

Antal-Uram D, Harsányi L, Perczel-Forintos D. [Low-intensity, evidence-based cognitive-behavioural therapy of a patient with Crohn's disease]. *Orv Hetil.* 2018; 159(9): 363–369.

(Beérkezett: 2017. október 21.; elfogadva: 2017. november 24.)

Rövidítések

CBT = (cognitive behavioural therapy) kognitív viselkedésterápia; CD = (Crohn's disease) Crohn-betegség; CU = colitis ulcerosa; IBD = (inflammatory bowel disease) gyulladós bélbetegség; IBS = (irritable bowel disease) irritábilisbél-szindróma; LIPI = (low-intensity psychosocial intervention) alacsony intenzitású pszichoterápia; MAWI = Magyar Wechsler Intelligenciateszt; MMPI = (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) Minnesota Többtényezős Személyiségleltár; NAG = negatív automatikus gondolat; NICE = (National Institute for Health and Clinical Excellence) az Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete; SCID = (Structured Clinical Interview for DSM-5) strukturált klinikai interjú a DSM-5 zavarainak felmérésére

A krónikus szomatikus betegségek jelentősen próbára teszik a páciens megküzdési kapacitását, kikezdehetik pszichés egyensúlyát, és megterhelhetik mentálhigiénés kapacitását, emiatt kezelésük az interdiszciplináris szemléletű gyógyítás keretein belül valósítható meg a leghatékonyabban. A jelen tanulmány célja, hogy bemutassuk egy Crohn-beteg fiatal férfi esetén keresztül a klinikai szakpszichológus szerepét a krónikus betegség lefolyását súlyosbító nonadherenciaproblémákban, valamint az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia eszköztárát és a beavatkozás lehetőségeit a fennálló komorbid pszichiátriai zavarok tekintetében. A szomatikus osztályokon végzett szakpszichológusi munka már hazánkban is lehetővé vált, ugyanis 2013 óta a nemzetközi trendekhez illeszkedő törvényi szabályozás [73/2013. (XII. 2.) EMMI rendelet] minimumfeltételként előírja a szakpszichológusok alkalmazását a betegellátás számos területén – így a pszichiátria mellett többek közt a belgyógyászati osztályokon, a neurológián, a kardiológián, a szülészet-nőgyógyászatban vagy a tüdőgyógyászatban. A szomatikus kórképekhez társuló komorbid pszichiátriai állapotok kapcsán a klinikai szakpszichológusok szerepe tehát kiemelten fontos, a jelen esettanulmány fókuszában ez áll.

A Crohn-betegség (CD) és a colitis ulcerosa (CU) képezi a krónikus gyulladós bélbetegségek (IBD) két altípusát: mindkettő a bélfal gyulladásával járó immunmediált állapot, mely remissiók és relapsusok váltakozásával jellemezhető. Míg a colitis ulcerosa a vastagbelet érinti, addig a Crohn-betegség a gastrointestinalis traktus bármelyik részére kiterjedhet, de akár a teljes terjedelmét érintheti [1]. Az életkor a diagnóziskor bimodális megjelenést mutat: az első csúcsa a 20–30-as évekre, a második pedig a 60 év feletti életkorra vonatkozik [2, 3]. Az IBD jelentős hatást gyakorol a mentális egészségre, a komorbid pszichiátriai zavarok pedig együttjárást mutatnak a betegség lefolyásának súlyosságával [4–6], valamint a farmakoterápiás nonadherenciával (1. táblázat).

A komorbid pszichiátriai állapotok felismerése és kezelése az adherencia szempontjából kiemelten fontos. A vizsgálatok szerint a farmakoterápiával való együttműködést akadályozó pszichés zavar a Crohn-betegek 28%-ánál áll fenn. Ezen túl 18%-uk részlegesen vagy egyáltalán nem működik együtt a kezeléssel, s közülük 75%-nál fennáll a fenti pszichiátriai zavarok valamelyike [7]. Hazai vizsgálatok is alátámasztották, hogy a bélbetegek életminőségét és pszichés státuszát az érzelmi problémákkal, a társas élet nehézségeivel és a béltünetekkel való megküzdés határozza meg a leginkább [8].

Kognitív viselkedésterápia

A kognitív viselkedésterápia a bizonyítottan hatékony pszichoterápiák élvonalába tartozik, a nemzetközi irányelvek (például a NICE-irányelv) az elsődlegesen választandó pszichoterápiás módszerként ajánlják. A kognitív terápiás szemlélet célja az egyén maladaptív helyzetértelmezéseinek korrekciója, az önmagáról, a világról, a múlttól és a jövőről alkotott kép reális értelmezésének kialakítása. A kognitív viselkedésterápia viszonylag rövid pszichoterápiás módszernek tekinthető, átlagosan 12–20 ülés már jelentős javulás hoz depresszióban és szorongásos kórképekben [9, 10]. A terápia hatékonyságát biztosítja, hogy az intervenciók standardizáltak, a terápia fo-

1. táblázat | Pszichiátriai betegségek előfordulási gyakorisága Crohn-betegségben

Diagnózis	Előfordulási gyakorisága Crohn-betegségben	Előfordulása a teljes népességben (éves prevalencia)
<i>Hangulatzavarok</i>		
Major depresszió	10–30%	2–6%
Egyéb hangulatzavar (bipoláris, dysthymia)	30–45%	1,5–10%
<i>Szorongásos zavarok</i>		
Pánikzavar	8%	3%
Szociális szorongás	6–30%	7%
Egyéb szorongásos zavar (fóbia, generalizált szorongás, OCD, PTSD)	3–15%	1–10%

lyamata jól strukturált, problémaorientált, és a folyamatos állapotkövetés lehetőséget nyújt a korrekcióra. A terápia eredményeképpen felismerhető, hogy az egyén hogyan értelmezi félre, katasztrofizálja a helyzeteket, valamint módosíthatóak a diszfunkcionális viselkedést fenntartó mechanizmusok (például a hipochondriával társuló Crohn-betegségben az egyén egy apró testi jelből túlértékeli állapota súlyosságát, és gyomor-bél rendszeri daganatra gondol).

Az *alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia (LIPI – low-intensity psychosocial intervention)* a kognitív viselkedésterápia legújabb, hazánkban még alig ismert irányzata. Elsődleges célja a célcsoport körének kiterjesztése olyanok felé is, akik a standard pszichoterápiákat nem tudnák igénybe venni (akár a fizikai távolság, akár szomatikus betegségeikből adódó korlátaik következtében) [11]. Az „alacsony intenzitás” tehát a pszichoterápiához való hozzáférés küszöbének csökkentését jelenti – vagyis a magas terápiás hatékonyság elérését célozza rövidebb idő, gyorsabb és rugalmasabb intervenciók révén. Jól illeszkedik tehát a krónikus szomatikus betegségek specifikumaihoz (kiszámíthatatlanság, fluktuáló tüneti kép, hirtelen állapotváltozások). A kontaktórák száma a hagyományos kognitív viselkedésterápiához képest alacsonyabb (6–8 ülés), az ülések hossza rövidebb (30–35 perc), emellett az öngyógyító anyagok (könyvek, internetalapú technikák) használatát részesítik előnyben. Az intervenciók strukturáltak és tömörek, s rugalmasan kivitelezhetők: a személyes találkozás mellett lehetőség van e-mail-váltásra, a telefonalapú intervenciók és a csoportos munka lehetőségeinek beépítésére [11]. A hatékonyságvizsgálatok rámutatnak, hogy az online alkalmazások elősegítik a kezelés mihamarabbi megkezdését, hozzájárulnak a relapsusok rövidebb időtartamához, s javítják az adherenciát és az életminőséget [12, 13].

Az Európai Crohn–Colitis Szervezet ajánlása [14] alapján a NICE [15] nemzetközi irányelve a pszichoszociális beavatkozások kapcsán a következő megállapításokat teszi: 1) Az aktív betegségfázisban lévők és a remissio

idején hasi fájdalomtól szenvedők esetében javasolt felmérni a szorongás és a depresszió szintjét. 2) A vizitek során fontos a betegség pszichoszociális konzekvenciájának megítélése és az egészséggel összefüggő életminőség monitorozása. 3) A felállított pszichiátriai diagnózishoz legjobban illeszkedő, evidenciákra alapuló pszichoterápiát pszichoterapeuta vagy a pszichopatológiában és a pszichoszomatikus orvoslásban jártas klinikai szakpszichológus végezze.

Esetismertetés

Balázs (fiktív név) 21 éves férfi beteg; 12 éves korában Crohn-betegséggel diagnosztizálták, ezt követően iskoláit magántanulóként folytatta. Az érettségit követően különféle egyetemi tanulmányokat kezdett, melyeket betegségére hivatkozva felfüggesztett. Crohn-betegsége folyamatosan romló progressziót mutat: szinte szünet nélkül jelentkeznek lázzal, heves gastrointestinalis panaszokkal (hasmenés, puffadás, görcsös fájdalmak) járó állapotai. Gyógyszerei: meszazalin (Pentasa 1000 mg), tiopurin (Imuran 100 mg), infliximab (Remicade). Alacsony adherenciája a gyógyszereszedés elhanyagolásában, a diétatartás hiányosságában, az önkárosító egészségmagatartásban (alkoholfogyasztás, felborult bioritmus) mutatkozik meg. Belgyógyász kezelőorvosa ennek kapcsán kérte pszichológiai vizsgálatát és szükség esetén adjuváns pszichoterápiás ellátását.

Pszichés statusából kiemelendő, hogy hangulata szinte mindennap irritált, dühös, ingerlékenység jellemzi; emellett jelen vannak súlyos, ismétlődő hangulati kitörések, melyek szóban (gyakori veszekedés, vitatkozás az édesanyával) és viselkedésben (a tárgyak felé irányuló fizikai agresszió) is manifesztálódnak. El- és átalvási zavar áll fenn, bioritmus és életvezetése kiegyensúlyozatlan; jövőképe perspektívátlan. Abulia, motiválatlanság jellemzi, tartós erőfeszítést igénylő helyzetekből kilép. A kritikától és a visszautasítástól való félelme miatt kerül az interperszonális helyzeteket, önmagát társasan alkalmatlannak, másokhoz képest alacsonyabb rendűnek tartja. Mater: 45 éves, egészségügyi dolgozó; pater: 50 éves, középfokú végzettség. A szülők a páciens serdülőkorában elváltak, ezt követően Balázs az édesanyához, bátyja pedig az édesapához költözött.

Klinikai kérdés: Az indulatszabályozási zavarok, hangulati kitörések, valamint az abuliával és irritabilitással járó tünetképzés milyen háttéren alakult ki, és hogyan befolyásolja a Crohn-betegség kapcsán megfigyelhető nonadherenciát? A szociális visszahúzóds és elkerülő magatartás a szomatikus betegség mentén kialakult következményes tünetképzés, vagy a személyiség szerveződés talaján indult?

Pszichodiagnosztika: A részletes pszichodiagnosztika (általános és betegség-specifikus kérdőívek, személyiségvizsgáló eljárások – MMPI, SCID-II –, MAWI) mentén diszruptív hangulatszabályozási zavar (F34.8) és elkerülő személyiségzavar (F60.6) volt diagnosztizálható, vala-

A gyógyszeresedés szabályai

- a gyógyszerek kikészítése az adagolódobozba minden vasárnap
- a napi gyógyszerbevétel ideje
 - reggeli gyógyszer: 10:00
 - esti gyógyszer: 20:00
- napi 1 adag probiotikum
- napi 200 ml tápszer
- a gyógyszerek és az étkezés rögzítése a telefonos applikációban minden este

Az étkezés szabályai

- az étkezések időpontjai:
 - reggeli: 10:00–11:00
 - ebéd: 13:30–14:30
 - uzsonna: 15:30–16:30
 - vacsora: 18:00–19:00
 - pótvacsora: 20:30–21:30
- mindennap 1 adag gyümölcs és zöldség
- gyorséttermi étel: max. havi 1 alkalommal

1. ábra | A gyógyszeresedésre és az étkezésre vonatkozó viselkedésterápiás szabályok rendszere

mint a Crohn-betegség lefolyását súlyosbító, a rossz adherenciát magyarázó súlyos (kórházi felvételt igénylő), más betegséghez társuló pszichológiai tényezők és viselkedésformák (F54.00).

A terápia folyamata

A *pszichoedukáció* az Engel-féle [16] bio-pszichoszociális modell alapján zajlott, érintette a Crohn-betegség tünettantát, pszichés velejárait, valamint a kognitív modellre történő szocializálást (érzelmek, gondolatok, testi tünetek és a viselkedés összefüggései). Az edukáció részét képezte a betegségelfogadás facilitálása. A betegség elfogadásának folyamatát az alábbi fázisokra bonthatjuk: a diagnózist követő sokk – dermedtség – figyelmen kívül hagyás – harag – szorongás – reménytelenség – veszteségek miatti aggodalom – fokozatos elfogadás – adaptáció és internalizálás [17]. A páciens számára könnyen megérthetővé vált, hogy az előtérben álló problémát (nonadherenciát) a betegségelfogadás hiánya, az ún. „figyelmen kívül hagyás” fázisában való megrekedés magyarázza. A motivációs interjú technikája szolgált a fennálló problémaviselkedés és a páciens céljai (egészséges élet, továbbtanulás) közti diszkrépancia felkeltésére, amelynek talaján a viselkedésváltozás elérhetővé válhat.

A viselkedésterápiás intervenciók célja a megfelelő adherencia kiépítése, melyet a krónikus betegekkel folytatott CBT-munkafüzet [17] alapján építettünk fel. A viselkedésterápia keretében primeren viselkedésformálás (shaping) zajlott differenciált megerősítéssel: étrend, napirend, bioritmus kialakítása kezdetben minden pozi-

tív megnyilvánulás jutalmazásával (verbális dicséret), később csak bizonyos, specifikus elemek pozitív megerősítésével. Az aktivitásfelépítés következő lépését a gyógyszeresedésre és az étrendre vonatkozó közös viselkedési szabályok megalkotása képezte, ezt az 1. ábra szemlélteti.

A viselkedésterápiában használatos zsetonmódszer az önjutalmazást szolgálta: a módszer a pozitív megerősítésen alapul, az adaptív viselkedés (jelen esetben a farmakoterápiás adherencia) megjelenési valószínűségét növeli. A páciens esetében a fenti szabályok betartása (kívánt viselkedés) a számára örömteli tevékenységgel (számítógépes játék) töltött idő növelését (jutalom) vontta maga után. A „zseton” (jutalom) értéke egyenes arányban állt a kívánt viselkedéssel: minél magasabb százalékban tartotta be a szabályokat – tehát volt adherens –, annál több időt tölthetett a játékkal.

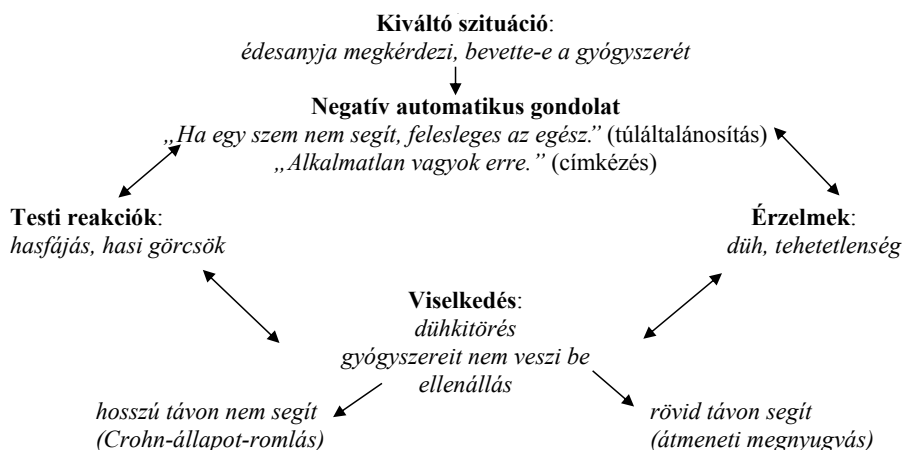
A viselkedésaktiváción alapuló ellenkondicionálás (ugyanazon ingerhez más érzélem társítása) szolgált a mindennapi aktivitás fokozására, kellemes élmények beépítésére: ennek részeként sor került a napirend kialakítására, örömteli tevékenységek beiktatására. Ezáltal lehetővé vált, hogy az addig megszokott ingerkörnyezet és kondicionálódott nonadherens viselkedés kioltódjon, helyette pedig adaptívabb viselkedés jelenhessen meg. Az önmonitorozás (a tünetek, a gyógyszeresedés, az étkezés naplózása) elősegítette az önkontroll és az énhatékonyosság javulását. A viselkedésváltozás fenntartásában a Crohn's Assistant nevű, magyar nyelvű mobiltelefonos applikációt alkalmaztuk, mivel ez lehetővé teszi a tünetek, a diéta, a gyógyszeresedés monitorozását és a beépített emlékeztetők alapján a viselkedésváltozás fenntartását. Az operáns kondicionálásra épülő technikák révén lehetőség nyílt új viselkedésformák és készségek kialakítására, melyek az érzelmszabályozást, a frusztrációs tolerancia javítását szolgálták. A folyamat részét képezte az *ingerkontroll*: a nonadherens viselkedés külső triggerinek csökkentése (ne legyen otthon olyan étel/ital, amelyet nem fogyaszthat; csak olyan baráttal találkozzon, aki előre megbeszélten nem dohányzik a társaságában; korlátozott mennyiségű zsebpénzt kapjon, csak annyit, amennyiből nem tud cigarettát vásárolni).

A viselkedésterápia révén kialakított új egészségmagtartási elemek megszilárdulása mellett megkezdtük a probléma kognitív konceptualizálását, hogy a páciens képessé váljon felismerni maladaptív helyzetértelmezéseit és negatív automatikus gondolatait (2. ábra).

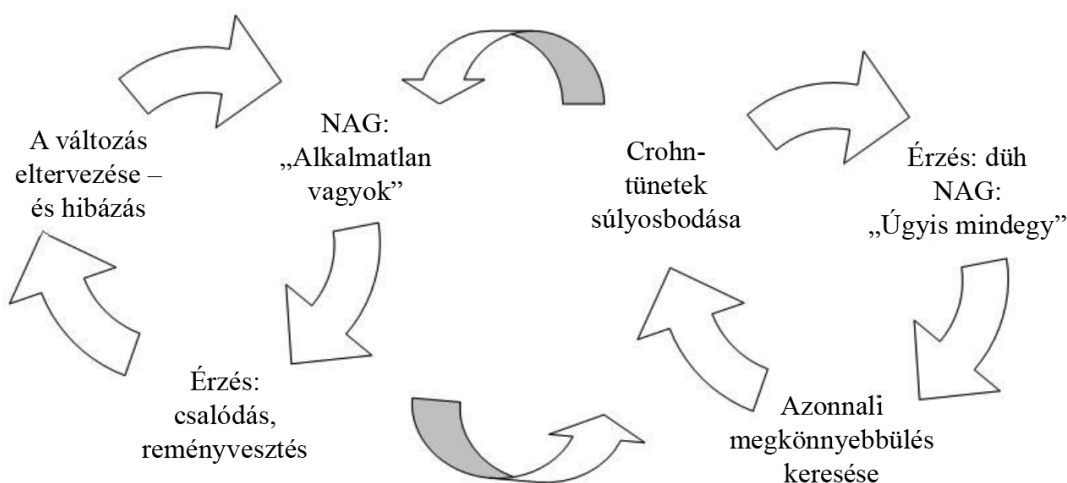
A negatív automatikus gondolatok (NAG) által létrehozott önrontó kört a 3. ábra szemlélteti.

Az ellenállást és nonadherenciát kiváltó triggererek azonosítását követően sor került a leggyakoribb kognitív torzítások és logikai hibák azonosítására, ezt követően pedig a korábbi maladaptív helyzetértékelés átstrukturálására, adaptív, reális gondolatokkal történő felülírására. Ezt foglalja össze a 2. táblázat.

A krónikus betegekkel folytatott terápia sajátossága a rugalmasan módosítható terápiás tervben rejlik: az egyes



2. ábra | A páciens fő problémájának (nonadherencia) kognitív értelmezése



3. ábra | A téves helyzetértelmezések által létrehozott ördögi körök
 NAG = negatív automatikus gondolatok

technikáknak és intervencióknak illeszkedniük kell a betegség lefolyásához. Az állapotromlással indikálttá válhat a krízisintervenció, mely Balázs esetében a bélreszekcióval járó műtétre való felkészülést jelentette. Ennek eszköze a progresszív relaxáció, a szuggesztív kommunikáció és a hatékony fájdalomkontroll-stratégiák tanítása. A 25 üléses terápia hatékonyságát az objektív mérőeszközök eredmé-

nyei mutatják. A legfőbb terápiás eredmény, hogy a farmakoterápiás adherencia a kezdeti 20%-hoz képest 78%-ra emelkedett (az önbeszámoló és az elsődleges környezet monitorozása szerint), mindezek hatására pedig a páciens Crohn-betegsége remisszióba került, gyógyszereinek mennyisége csökkenthetővé vált. A standardizált kérdőíveken [18] mért eredmények a 3. táblázatban láthatók.

2. táblázat | Kognitív torzítások átkezeztése, reális gondolkodásmód kialakítása

Esemény	Automatikus gondolat	Kognitív torzítás	Reális gondolat
Gyógyszer bevitelére szólítja fel édesanyja	„Felesleges bevenni, úgysem használ semmit.” „Már teljesen mindegy az egész.”	Fekete-fehér látásmód Mindent-vagy-semmit típusú gondolkodás	A gyógyszer nem azonnal csökkenti a tüneteimet, hanem hatása hosszú távon összeadódik, ezért érdemes minél többször törekednem a bevitelére.
A betegség után újra iskolába kellene mennie	„Teljesen kiestem, nem fogom tudni felvenni a fonalat.” ↓ „Képtelen leszek rá, alkalmatlan vagyok.”	Jövendőmondás Címkézés	Lehet, hogy tényleg nehezebb lesz felvenni a fonalat, de ha kitartóan próbálkozom, kiderülhet, hogy képes vagyok rá.

3. táblázat | A standardizált kérdőíveken mért eredmények

Kérdőív	Pontszám a terápia elején	Pontszám a terápia végén
Életminőség-kérdőív (SF-36, 0–100%):		
– fizikai mobilitás	50%	73%
– szociális funkcionálás	41%	62%
– vitalitás	35%	57%
– általános egészségi állapot	65%	76%
Beck Reménytelenség Skála	14 (súlyos)	7 (enyhe)
Rosenberg Önértékelés Kérdőív	7 (alacsony)	17 (elfogadható)
Szociális Kogníció Kérdőív	87 (magas szociális szorongás)	42 (elfogadható)
Harag és Düh Kifejezési Mód Skála	32 (súlyos indulatszabályo- zási zavar)	18 (elfogadható)
Kognitív Érzelemszabályozási Kérdőív:		
– adaptív stratégiák (tervezés, pozitív átértékelés)	46 (alacsony)	65 (átlagos)
– maladaptív stratégiák (ruminatio)	49 (magas)	40 (átlagos)

Megbeszélés

Esettanulmányunkban egy Crohn-betegséggel élő fiatal férfi esetén keresztül mutattuk be a szomatikus betegekkel végzett klinikai pszichológiai munka (pszichodiagnosztika és alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia) egyes fázisait, specifikumait. Az eset felhívja a figyelmet az interdiszciplináris teammunka alapvető szükségességére, valamint a betegellátás bio-pszichoszocio-spirituális szemléletére. A krónikus betegség könnyen válik az identitás és az önmeghatározás alappillérvé, befolyásolja a testképet, az önértékelést. A páciens saját egészségi állapotáról alkotott kognitív reprezentációja kiemelten fontos, mivel megjósolja az egészségviselkedésének és a bizalomteli orvos–beteg kapcsolatnak. Alátámasztották emellett, hogy a szomatikus tünetek exacerbációjához és a késleltetett felépüléshez hozzájárulhat a hangulati labilitás, az indulat- és érzelemszabályozási deficit, a csökkent énhatékonyság és az alacsony észlelt belső kontrollhit, valamint a reménytelenségérzés [19]. A komorbid pszichés zavar felismerése és megfelelő terápiája mellett lehetővé válik tehát a megfelelő farmakoterápiás adherencia kiépítése és ezáltal közvetetten az életminőség javulása. A pszichoterápiás hatékonyságvizsgálatok eredményeinek összesítése és az evidenciaalapú nemzetközi irányelvek ajánlása szerint nemcsak az aktív fázisban, de a remissio idején is szükséges a komorbid pszichiátriai zavarok (depresszió, szorongás) és az életminőség felmérése [20]. Az eredmények – ahogy a jelen esetismertetésünk is példázza – azt mutatják, hogy a pszichoterápiák a szomatikus tünet aktivitására (a gyulladás mértéke, immunológiai és fiziológiai paraméterek)

kevésbé hatnak, ugyanakkor a kognitív viselkedésterápián alapuló intervenciók hatékonyak a betegségspecifikus maladaptív, irreális értelmezések korrigálásában, ezen keresztül pedig a komorbid pszichiátriai zavarok kezelésében és hosszú távon a hospitalizáció arányának csökkentésében.

Mindezek mellett a terápia számos kihívást hordoz: a beteg ingadozó szomatikus állapota okán a terápiás szerződés megkötésekor és a célok kijelölésekor törekedni kell arra, hogy a célok közeli, rövid távúak legyenek, elérésük a változó fizikális status mellett is kivitelezhető legyen. Ezt a problémát hidalja át az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia, amelynek a keretein belül megvalósul az alacsonyküszöbűség, vagyis bővül az intervenciókhoz való hozzáférés köre és a beavatkozási formák spektruma. Így lehetővé válik a beteggel való kapcsolattartás az aktív fázisok és az esetleges hospitalizáció ideje alatt is (például e-mail, rövid telefonos intervenciók formájában), ami segít elmélyíteni a kapcsolatot, mivel azt az üzenetet hordozza, hogy a betegség nem akadály a kezelésnek. Az eset kapcsán alátámasztást nyert, hogy a szomatikus területeken a komorbid pszichiátriai kórképek szűrése, diagnosztikája és bizonyítottan hatékony pszichoterápiája kapcsán a klinikai szakpszichológusokkal való együttműködés elengedhetetlen a hatékony, interdiszciplináris szemléletben végzett gyógyításhoz.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó munka anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: A.-U. D.: Terápiás munka, a cikk megírása. P.-F. D.: A közlemény kritikai átdolgozása, valamint az eset folyamatos szakmai felügyelete és szupervíziója. H. L.: A sebészeti intézményes háttér biztosítása. A cikk végleges változatát mindhárom szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Lakatos L, Lakatos PL. Is the incidence and prevalence of inflammatory bowel diseases increasing in Eastern Europe? *Postgrad Med J.* 2006; 82: 332–337.
- [2] Lakatos PL. Recent trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases: up or down? *World J Gastroenterol.* 2006; 12: 6102–6108.
- [3] Loftus EV Jr, Schoenfeld P, Sandborn WJ. The epidemiology and natural history of Crohn's disease in population-based patient cohorts from North America: a systematic review. *Aliment Pharmacol Ther.* 2002; 16: 51–60.
- [4] Mittermaier C, DeJaco C, Waldhoer T, et al. Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study. *Psychosom Med.* 2004; 66: 79–84.
- [5] Mikocka-Walus AA, Gordon AL, Stewart BJ, et al. 'Just to get it off my chest': Patients' views on psychotherapy in inflammatory bowel disease. *Counsell Psychother Res.* 2013; 13: 227–234.

- [6] Reigada L, Briggie A, Hoogendorn C, et al. Comorbidity of IBD and anxiety in children and adolescents. *Inflamm Bowel Dis.* 2011; 17: S56–S57.
- [7] Nigro G, Angelini G, Grosso SB, et al. Psychiatric predictors of noncompliance in inflammatory bowel disease: psychiatry and compliance. *J Clin Gastroenterol.* 2001; 32: 66–68.
- [8] Nagy B, Laczkóné Majer R. Specific quality of life factors in patients with inflammatory bowel disease. [Specifikus életminőség-jellemzők egészségpszichológiai szempontú vizsgálata gyulladásos bélbetegségben szenvedő betegek körében.] *Orv Hetil.* 2012; 153: 1511–1519. [Hungarian]
- [9] Perczel-Forintos D, Mórotz K. (eds.) *Cognitive behaviour therapy.* [Kognitív viselkedésterápia.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2010. [Hungarian]
- [10] Beck AT, Rush J, Shaw B, et al. *Cognitive therapy of depression.* [A depresszió kognitív terápiája.] Animula Kiadó, Budapest, 2001. [Hungarian]
- [11] Purebl Gy. Low intensity psychosocial interventions – quick and easy psychological support. [Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók – pszichológiai támogatás gyorsan, egyszerűen.] *E Consilium*, 2017. júl. 19. Available from: <http://econsilium.hu/tag/alacsony-intenzitasu-pszichologiai-intervencio/> [accessed: October 10, 2017]. [Hungarian]
- [12] Bennett-Levy J, Richards AD, Farrand P. Low intensity CBT interventions: a revolution in mental health care. In Bennett-Levy J, Richards AD, Farrand P, et al. (eds.) *Oxford guide to low intensity CBT interventions.* Oxford University Press Inc, New York, NY, 2010.
- [13] Elkjaer M. E-health: Web-guided therapy and disease self-management in ulcerative colitis. Impact on disease outcome, quality of life and compliance. *Dan Med J.* 2012; 59: B4478.
- [14] Van Assche G, Dignass A, Panes J, et al. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis* 2010; 4: 7–27.
- [15] National Institute for Health and Clinical Excellence. Crohn's disease. Management in adults, children and young people. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg152/evidence/full-guideline-248633677> [accessed: March 10, 2017].
- [16] Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129–136.
- [17] Sage N, Snowden M, Chorlton E, et al. *CBT for chronic illness and palliative care: A workbook and toolkit.* John Wiley & Sons Ltd, Chichester, England, 2008.
- [18] Perczel-Forintos D, Ajtay Gy, Barna Cs, et al. (eds.) *Questionnaire, scales in clinical psychology.* [Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2012. [Hungarian]
- [19] Häuser W, Moser G, Klose P, et al. Psychosocial issues in evidence-based guidelines on inflammatory bowel diseases: a review. *World J Gastroenterol.* 2014; 20: 3663–3671.
- [20] Knowles SR, Monshat K, Castle DJ. The efficacy and methodological challenges of psychotherapy for adults with inflammatory bowel disease: a review. *Inflamm Bowel Dis.* 2013; 19: 2704–2715.

(Antal-Uram Dóra,
Budapest, Tömő u. 25–27. III. emelet, 1085
e-mail: uram.dora@med.semmelweis-univ.hu)

A **MAZSIHISZ Szeretkórház** (1145 Budapest XIV., Amerikai út 53–55.) orvos igazgatója **álláspályázatot hirdet egy fő belgyógyász szakorvos,** vagy közvetlenül szakvizsga előtt álló kolléga részére.

Gerontológiai szakvizsga, vagy ilyen irányultságú munkatapasztalat, illetve érdeklődés előnyt jelent.

Nyugdíjas szakorvos jelentkezését is várjuk, teljes munkaidős foglalkoztatásban.

Ügyelet havonta 2, maximum 3 alkalommal. Munkaidőkedvezmény, szociális juttatások, támogatott továbbképzések és egyéb motivációs juttatások adottak.
Lakhatás megoldható.

A pályázatokat a fenti címre, *Dr. Deutsch Zsuzsanna* orvos igazgató nevére kérjük küldeni.

Telefon: (06-1) 251-9568 • E-mail: drdeutschzs@szertetkorhaz.hu