

VIII./2.: Pszichoterápiás technikák a krónikus betegséggel élők támogatásában

VIII/2.1.: A tagadó és panaszos attitűd együttműködőre fordítása motivációs interjú segítségével



Sorolja fel a motivációs interjú lépéseit!

A motivációs interjú módszerét Miller és Rollnick dolgozták ki, eredetileg függőségekben szenvedő – és így jellemzően bizonytalan motivációjú - betegek kezelésére. A módszer azonban jól használható minden olyan terápiás helyzetben is, ahol a cél a kliens aktív bevonódásának fokozása. Célja a bizonytalan motiváció mögött rejlő ambivalencia csökkentése (pl. „*meg szeretnék győgyulni, de az életmódomat és az étrendemet nem szeretném megváltoztatni*”). Fontos, hogy igyekezzünk a kliens ellenállását természetesnek felfogni. Ki akarja felborítani egyik pillanatról a másikra megszokott életmódját? A motivációs interjú lépései:

1. A beteg szempontjainak empatis meg hallgatása (a beteg győzködése ellenállást vált ki)

2. Diszkrepancia keltése: Mi a jó, és mi a rossz oldala annak, hogy a beteg ragaszkodik jól megszokott eddigi életmódjához? Nagyon fontos, hogy ne költői kérdést tegyünk fel, hanem igyekezzünk tényleg feltérképezni, milyen konkrét előnyök kötik a beteget eddigi életmódjához (pl. nem kell lemondania mindennapi nagy mennyiségű édességfogyasztásáról)

3. Ellenállás felgöngyölítése. Az ellenállás jelei: vitatkozás, félbeszakítás, tagadás, a beszélgetés elterelése. Az ellenállás felgöngyölítésének technikái:

Szókratészi kérdezés: pl. „*Milyen előnyei volnának ha kevesebb édességet enne?...*”

Reflexió: pl. „*Úgy tűnik, Ön szerint nem az a probléma, hogy idáig nem válogatta meg az ételeit, és esetleg túl sok kalóriát fogyasztott...*”

Felerősített reflexió: pl. „*Tehát maga szerint a kalóriadús és mozgásszegény életmód valamint az elhízás és a kettes típusú cukorbetegség kialakulása között nincs kapcsolat...*”

Kétoldalú reflexió: pl. „*Tehát azt akarja, hogy a cukorbetegség meggyógyuljon, úgy, hogy közben az eddigi életmódját is fenntarthassa*”

Fókuszváltás: pl. „*Én nem akarom lebeszélni az édességekről, csak próbálom megérteni az Ön gondolkodását az egészségével kapcsolatos kérdésekről*”

Egyetértés: pl. „*Az életmód megváltoztatása tényleg nagyon nehéz feladat, és nem szabad a nehézségét lebecsülni*”

4. A változásba vetett bizalom kifejezése, egyben a felelősség átkeretezése: pl. „*én, mint orvos mindössze tanácsokat tudok Önnek adni, de Ön ismeri jobban saját magát és a helyzetét, így feltehetően több ötlete van, hogyan tud fokozatosan alkalmazkodni a betegséghez*”. Mindenképpen kerülni érdemes az „*Önnek, mint betegnek az a dolga... nekem, mint orvosnak az a dolgom*” formulát.

VIII./2.2.: A betegséggel kapcsolatos edukáció,



problémamegoldó akcióterv létesítése

A.) A beteg félelmeinek átbeszélése. Éppen úgy, mint szomatizáció esetén, az egyszerű megnyugtató sokszor kevés, mert a testi betegségekkel kapcsolatban is számos tévhit kering a kultúrában, ill. olvasható az Interneten (amely a betegek fő információs forrása). A beteg megfelelő informálásával gyakran a testi betegségek esetén sem oldható a szorongás, ilyenkor kognitív terápiás technikák alkalmazására is szükség lehet, melyeket a következő fejezetben ismertetünk.

B.) Betegséggel kapcsolatos inadekvát hiedelmek felfedése és újrastrukturálása

Az inadekvát hiedelmek krónikus betegségekben kétfélek lehetnek:

A.) Szorongásos tartalmúak (pl. „szívbeteg vagyok, ez azt jelenti, pár éven belül úgyis meghalok infarktuszban”), és ezért a tünetek katasztrofizáló túlértékeléséhez vezethetnek (hasonlóan a szomatizációs zavarhoz). A szorongás elkerülő viselkedésekhez és túlzott betegségtudat kialakításához vezethet (pl. a beteg allergiás szezonban ki sem mozdul otthonról).

B.) Olyan hiedelmek, melyek a betegség kezelésével való együttműködést gátolják (pl. „nyers (allergiát okozó) gyümölcsöt nem ehettek, de főttet vagy megsütöttek igen”, vagy „a magas vérnyomást a stressz okozza, a mozgás és táplálkozás nem játszik benne szerepet”).

(A katasztrofizáló szorongások feltárására találhatunk példát a mellékelt videón).

Az inadekvát vagy katasztrofizáló gondolatok átértékelése a gondolatok összegyűjtésével kezdődik. Ezután az újrastrukturálásban számos eszközt felhasználhatunk. A szomatizációhoz hasonlóan testi betegségek esetén is használhatjuk a standard kérdések módszerét (2. táblázat).

Standard kérdések az egészségügyi panaszokkal kapcsolatos aggodás megkérdőjelezéséhez

1. Mi a bizonyíték arra, hogy amit gondolok a panaszaimról, igaz?

- Milyen bizonyítékom van arra, hogy amit gondolok igaz?
- Milyen bizonyítékok vannak, amik viszont ellene szólnak?

2. Hogyan lehet a panaszaimat másképp nézni?

- Hogyan magyarázhatom másképp ezt a dolgot?

3. Mi a legrosszabb, ami történhet?

- Túl fogom élni?
- Mi a legjobb, ami történhet?
- Ha realisan nézem a dolgokat, mi fog valószínűleg történni?

4. Hogyan hat rám az, hogyha hiszek abban, hogy panaszaim háttérben valamilyen súlyos betegség van? Hogyan hatna rám az, ha megváltoztatnám a gondolkodásomat?

2. táblázat

VIII./2.3.: Az objektív tünetmonitorozás kialakítása

Mind a testi betegségek, mind a pszichológiai problémák esetén törekednünk kell arra, hogy a szubjektív panaszokat objektív adatokba fordítsuk. Előny, hogy számos krónikus betegség esetén a beteg aktuális állapotát amúgy is monitorozni kell egyszerűen alkalmazható eszközökkel (pl. vérnyomásmérés otthon, otthoni vércukor-ellenőrzés



diabéteszben, PEF használata aszthmában). Amennyiben ilyen mérőeszköz nem áll rendelkezésünkre, érdemes tünetnaplót használnunk (pl. fájdalom-napló, mozgáskorlátozottság-napló). A testi állapot objektív monitorozásának képessége önmagában szorongáscsökkentő hatású. A tünetmonitorozás kapcsán érdemes lehet egy háromfokozatú akciótervet kialakítani, mert a beteg számára nagyon megnyugtató az, ha tudja, hogy milyen tünetekhez milyen konkrét teendők társulnak:

A.) Milyen tüneteket tud a beteg maga is kézben tartani (pl. aszthmás roham kontrollja inhalációs készítménnyel, vércukor ingadozások)?

B.) Milyen tünetek esetén érdemes felkeresni az orvost (pl. az aszthmás rohamok gyakoriak, a vércukor gyakrabban ingadozik)

C.) Milyen tünetek esetén kell azonnal orvoshoz fordulni, vagy sürgősségi ellátást igénybe venni?

A B, és C pontok esetén érdemes rögzíteni, mit tegyen addig is, amíg orvoshoz fordul, illetve amennyire ez az adott betegség esetén lehetséges, számszerű mérési adatokhoz kapcsolni a teendőket. Az akcióterv kidolgozására mutat példát a [mellékelt videó](#).

VIII./2.4.: A beteg támogatása a betegség tüneteinek kontrollálásában

A krónikus betegségek kezdetén a betegeknek számos feladattal kell megküzdeniük, és gyakran azt érzik, képtelenek megbirkózni a feladataikkal. A terápia kezdetén a lehető legtöbb segítségforrást biztosítanunk kell számára, és egyben pontosan tisztáznunk kell, hogy kitől/milyen szervezettől milyen segítségre számíthat. Pontosán el kell mondanunk a betegnek, hogy kezelésében mi a feladata a szakorvosnak, a családorvosnak, a nővérnek, dietetikusnak stb, és milyen segítséget várhat az esetleges civil szervezetektől (pl. mozgáskorlátozottak szállítását segítő alapítványok, stb.) vagy betegszervezetektől. Ha a beteg szorongásának csökkentését össze tudjuk kötni a szükséges változások bevezetésével, az együttműködést nagymértékben javíthatjuk. A mellékelt videóban azt láthatjuk, hogyan köthető össze a beteg szorongásainak csökkentése a tünetkontroll bevezetésével – mindezt a szókratészi kérdés módszerével ([videó](#)).

VIII./2.5.: A betegség kezelésében szükséges életmódváltások támogatása

Az életmódváltások bevezetése a krónikus betegek gondozásának legnehezebb feladatai közé tartozik. A hirtelen, drasztikus változás („új élet kezdése”) általában ritkán tartós, mert a betegeknek és családjuknak túl sok dolgot kell egyszerre megváltoztatniuk, és túl sok hétköznapi örömforrásról kell lemondaniuk minden átmenet nélkül. Mindezek miatt – ha van rá idő – a betegek többségénél a fokozatos (szukcesszív) megközelítés módszere válik be a legjobban. Ennek során az életmódot kis, teljesíthető lépésekben alakítjuk át, és időt biztosítunk új, alternatív örömforrások kialakulására (pl. új, a hagyományos magyaros étrendtől egészséges ételek megkedvelése és örömforrássá válása a tapasztalatok szerint minimum három hónapot vesz igénybe). A cél az, hogy az életmódváltás tartós legyen.

A sukceszív megközelítés esetén összeírjuk a klienssel, milyen



Határozza meg az együttműködés és terápiahűség fogalmát!

területeken kell megváltoztatnia életmódját. Ezután minden területen elemezzük, milyen lépésekben valósítható meg a kitűzött cél. A lépéseknél fontos, hogy rövid, konkrét határidejük legyen, és objektívan megfigyelhetők, vagy mérhetőek legyenek (pl. nem mérhető jól a „csökkentem a vörös húsok fogyasztását”, de jól mérhető pl. „heti 1x fogyasztok csak vörös húst, heti 2x fehéret, a többi napokon zöldséget vagy halat eszem”). Itt is fontos rákérdezzünk, hogy a beteg milyen külső segítséget (pl. családtag, barátok, támogató civil vagy betegszervezetek) tud bevonni a lépések megvalósításához. Az életmódváltás támogatásában a betegek szaksegítségét (gyógytornász, dietetikus, személyi edző) is bevonhatnak.

VIII./2.6.: Együttműködés és terápiahűség (compliance és adherencia) hosszú távú fenntartása



A terápiahűség és az együttműködés változásai törvényszerűek krónikus betegségekben. A kezelés előrehaladtával, a betegséghez való alkalmazkodással a terápiahűség paradox módon csökken, számos vizsgálat adatai alapján 6 hónapos kezelés után a betegek mindössze kb. fele szedi az előírásnak megfelelően. Ennek hátterében számos ok állhat (a beteg személyisége, a betegség/állapot tünetmentessége, az ellátó rendszer kommunikációja, a társadalmi/gazdasági helyzet stb.), kommunikációs eszközökkel azonban az együttműködés a legtöbb helyzetben javítható. Az együttműködés javítására leginkább bevált technikák:

A.) A beteg bevonása a döntéshozatalba. Amennyiben lehetőségünk van rá, mindenképpen vonjuk be a beteget a terápiával kapcsolatos döntésekbe (pl. azonos hatóanyag-tartalmú gyógyszerekből melyiket részesíteni előnyben, milyen testmozgás formához volna leginkább kedve, stb.)

B.) Biztassuk a beteget kérdések feltételére! A kétoldalú, szimmetrikus kapcsolat (nem csak mi kérdezhetünk, hanem a beteg is), részben erősíti az orvos-beteg kapcsolatot, részben pedig segíti az orvost abban, hogy megismerje a beteg gondolkodását a betegség és a kezelés felől, és képes legyen a hiedelmek módosítására

C.) Tegyük a beteget (a saját szintjén) szakértővé a betegségében! Magyarázzuk el (a beteg képzettségének és nyelvhasználatának megfelelő formában) mi játszódik le a szervezetben a betegség, és ennek kezelése hatására, hogyan hatnak pontosan a gyógyszerek, stb! Ha módunk van rá, használjunk szemléltető ábrákat és kiegészítő írásos vagy webes anyagokat, de legyünk tisztában azzal, hogy ezek nem pótolják a személyes konzultációt! Mindenképpen mi javasoljunk Internetes oldalakat a beteg számára!

D.) nyíltan beszéljünk a mellékhatásokról, és a betegtájékoztató papírkában foglaltakról (a legtöbb beteg ezt a doboz kinyitása után azonnal elolvassa)! A betegtájékoztatóban foglaltak szorongáskeltők lehetnek, és katasztrófizáló gondolkodás alapjai lehetnek (ne feledjük: a valóságnak vannak határai, az emberi fantáziának nincsenek!). Alakítsunk ki a beteggel konkrét stratégiákat a mellékhatások kezelésére vagy kivédésére.

E.) Mindig tisztázzuk a beteggel, konkrétan mit tudunk

elérni a kezeléssel, és mennyi idő alatt (a betegek többsége azonnali hatást vár a gyógyszerektől).

F.) A terápiahűséget időről-időre ellenőrizzük (Nem szerencsés kérdés: „*Rendesen szedte a gyógyszereit az utóbbi időben*”? Hasznosabb kérdés: „*az elmúlt héten mikor és milyen mennyiségben vett be gyógyszereket?*”).

G.) Feltárt együttműködés problémák esetén mutassunk rá, hogy ez természetes része a folyamatnak, és arra jó, hogy javítsunk a kezelésen és az együttműködésen!

H.) Ha a beteg nem szedi (vagy nem megfelelő dózisban) a gyógyszereit, tisztázzuk, milyen gondolatok, esetleg félelmek állnak e mögött, és foglalkozunk célzottan ezekkel!

Compliance problémák esetén fontos, hogy elkerüljük a beteg hibáztatását – fogjuk fel úgy, hogy ez a krónikus betegek gondozásában természetes jelenség. A problémák megbeszélésekor érdemes kiemelni azokat a pontokat, amelyek jól működnek. A szókratészi kérdés módszerével pedig megkérdőjelezhetők azok a gondolatok, információk, melyek az együttműködés-problémák hátterében állhatnak). ([Mindezekre láthatunk példát a mellékelt videóban](#)).

VIII./2.7.: Stressz-kezelés és terv a hétköznapi nehézségek kezelésére

A stresszkezelés általános eszközeit az inszomniáról szóló fejezetben már részleteztük, az alábbiakban – ahogy a szomatizáció fejezetben is – újra röviden felsoroljuk őket.

Rendszeres mozgásprogram kialakítása

Problémák hozzátartozókkal való megosztása

A konstruktív szorongás módszere: A beteg rendszeres napi tevékenységként, meghatározott időpontban iktasson be egy 10-20 perces időszakot, amikor átgondolja a problémáit, és leírja, mit tehet megoldásuk érdekében másnap, egy héten, egy hónapon stb. belül. Amennyiben a nap más időszakában, de különösen este, elalváskor észlel szorongásos gondolatokat, írja le őket egy papírra, és másnap, ebben az időszakban foglalkozzon velük.

Egyéb stressz-csökkentő módszerek (relaxáció és kognitív újrastrukturálás)

VIII./3.: Hatékonyság

A krónikus betegek pszichológiai támogatását végző beavatkozások számos irodalmi adat szerint jelentősen javítják a betegek életminőségét és az egyes betegségek prognózisát Mindezek miatt az elmúlt években számos irányelv jelent meg a krónikus betegségekben való kommunikáció témájában, mely a szomatikus orvoslás egyik kiemelt jelentőségű témájává vált az utóbbi négy évben.

Összehasonlítás céljából melléktünk egy, a beteg igényeit figyelmen kívül hagyó, nem támogató hatású ([beteg igényeit figyelmen kívül hagyó nem támogató beszélgetés](#)) és egy pszichoterápiás elemeket nem tartalmazó orvos-beteg kommunikációt is ([nem pszichoterápiás támogató beszélgetés](#))

