

A Parkinson-kór biopszichoszociális ellátásának kritikus kérdései

Kincses Péter¹ ■ Kovács Norbert dr.²
Karádi Kázmér dr.¹ ■ Kállai János dr.¹

¹Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Pécs

²Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Neurológiai Klinika, Pécs

A jelen összefoglaló áttekintés a Parkinson-kór biopszichoszociális megközelítésének alapkérdéseit veszi számba, és a fizikális rehabilitáció kimenetelét nagymértékben meghatározó kognitív, affektív és egészségpszichológiai kérdésekkel foglalkozik. A betegek életminőségében bekövetkező változások lélektani terhei, az akadályoztatás, az affektív tónus megváltozása, a társas szerepek ellátásának beszűkülése változatlan kognitív státus ellenére is rontja az életminőséget, amelynek csillapításában az interdiszciplináris megközelítés a leghatékonyabb. Nemcsak a beteget, hanem a családját és a környezetét is súlyosan érintik a betegség tünetei és következményei. Az érintettek életminőségének fenntartásához vagy javításához szükséges kezelési és rehabilitációs alternatívák sokszínűek, amelyeket az egészségügyi ellátórendszer adottságai is jelentősen befolyásolnak. A szerzők meggyőződése szerint az egészségpszichológiai elveket hangsúlyozó nemzetközi áttekintés hozzájárulhat a klinikai és rehabilitációs területeken dolgozó szakemberek munkájához és rajtuk keresztül a betegek és családtagjaik életminőségének javulásához. *Orv. Hetil.*, 2015, 156(12), 472–478.

Kulcsszavak: Parkinson-kór, rehabilitáció, pszichoedukáció, életminőség, biopszichoszociális szemlélet

Critical issues of the biopsychosocial treatment of Parkinson's disease

This paper is a summary report on the basic questions of the biopsychosocial approach to Parkinson's disease. It deals with cognitive, affective and psychological health issues which significantly influence the outcome of the physical rehabilitation. In spite of the unchanged cognitive status, the psychological burden of the changes in the quality of life, the obstruction, the change in the affective tone, and the shrinking ability to fulfil social roles decrease the patient's quality of life. An interdisciplinary approach is best suited for mitigating these effects. Not only the patient but also his/her family and environment is seriously affected by the disease and its consequences. Treatment and rehabilitation options for increasing or maintaining the quality of life of the affected patients are diverse, and significantly depend on the features of the health care system. The authors believe that the following review emphasizing health psychological principles may contribute to the work of professionals working in clinical and rehabilitational fields and through them may increase the quality of life of patients and their family.

Keywords: Parkinson's disease, rehabilitation, psychoeducation, quality of life, biopsychosocial model

Kincses, P., Kovács, N., Karádi, K., Kállai, J. [Critical issues of the biopsychosocial treatment of Parkinson's disease]. *Orv. Hetil.*, 2015, 156(12), 472–478.

(Beérkezett: 2014. december 23.; elfogadva: 2015. január 26.)

A Parkinson-kór a második leggyakoribb neurodegeneratív megbetegedés az Alzheimer-kór után. Általában 65 év felett jelentkezik. Körülbelül 1,2 millió embert érint Európa-szerte. A betegség előrehaladtával fokozatosan csökken a betegek életminősége, munkateljesítménye és kognitív funkciói. Az egyre hatékonyabb gyógyszeres és műtéti beavatkozások eredményeként a betegek életkilá-

tásai megnövekedtek. A betegséggel jelentkező korlátok ellenére a betegek egyre jobban törekednek a megfelelő életminőség és munkaképesség elérésére, illetve a családi kapcsolataik gazdagítására. Az életvezetési nehézségek legyőzése érdekében egyre több betegklub szerveződik, és fokozottabb igény jelentkezik a társadalombiztosítás által kínált rehabilitációs lehetőségek igénybevételére.

Az alábbi összefoglalóban a betegség rövid bemutatását követően a kognitív, emocionális és társas funkciókban bekövetkező változásokat és a lehetséges rehabilitációs módszereket foglaljuk össze. Szándékunk szerint ezeknek a tényezőknek a bemutatása, valamint más országokban alkalmazott rehabilitációs gyakorlat leírása hozzásegít bennünket a hazai ellátás továbbfejlesztéséhez.

A Parkinson-betegség kialakulása

Az elsősorban a dopaminrendszer zavarával összefüggő betegség patológiai alapon hat stádiumra osztható [1]. Az első két stádiumban még nem észlelhetünk olyan motoros tünetet, ami alapján a Parkinson-kór klinikailag felmerülne (preklinikai állapot). Az esetek többségében a preklinikai állapotban nem motoros tüneteket észlelhetünk: szaglás képességének csökkenése, kockázatkerülő életmód, depresszió, szorongás, székrekedés, REM, magatartászavar, nyugtalan lábak szindróma és csökkent színkontraszt-érzékelés, valamint végtagfájdalmak. A harmadik és negyedik stádiumban már klasszikus motoros tünetek is megjelennek, a Parkinson-kór klinikai diagnózisa már felállítható. A nigrostriatalis dopaminerg rendszer degenerációján kívül a Parkinson-kór patológiai folyamatához hozzá tartozik a noradrenerg, a szerotoninerg, az opiaterg és kolinerg rendszer működésének megváltozása [2, 3]. A kórfolyamat progressziójával Lewy-testek jelennek meg a basalis ganglionokban, a limbicus rendszerben és a neocortexben is (5–6. stádium), ekkora tehető a súlyosabb kognitív teljesítményromlás kialakulása [4].

Motoros tünetek

A motoros tünetek a test egyik oldalán nyugalmi tremor, bradykinesis és rigiditás formájában jelentkeznek. Később tartási instabilitás alakul ki [5, 6, 7, 8, 9]. A tünetek aszimmetrikusak, csak évekkel később jelentkeznek mindkét oldalon. Az aszimmetria mellett a levodopakezelésre adott jó terápiás válasz a Parkinson-kór diagnózis alapja [2, 7].

Nem motoros tünetek

A Parkinson-kórban szenvedő betegek több mint 80–90%-a számol be neuropszichiátriai tünetről, depresszióról és szorongásról [10]. A korai szakaszban executive diszfunkció alakulhat ki, majd a későbbi stádiumban apátia, impulzivitáskontroll-zavar, kognitív károsodások és pszichózis jelenhetnek meg [11]. A motoros tünetek gyógyszeres terápiája hatással lehet a nem motoros tünetek megjelenésére, úgymint orthostaticus hypotensio, hallucináció, somnolentia, insomnia vagy alsó végtagi ödéma. A kognitív tünetek kapcsolatot mutatnak az in-

dulás aszimmetriájával [12]. A következőkben kitérünk a betegség kezelésének formáira.

A főbb nem motoros tünetcsoportok a neuropszichiátriai zavarokon kívül az alvási rendellenesség, autonóm diszfunkciók, szenzoros tünetek és a fájdalomélmény fokozódása [11, 13, 14].

Gyógyszeres terápia

A terápiás eljárások tárgyalásánál fontos leszögezni, hogy az integratív megközelítések, amelyek magukba foglalják a pszichoszociális ellátást, a gyógyszeres és esetenként a műtéti kezelés csak közös keretbe ágyazva hozza meg a várva várt eredményt [15]. A Parkinson-kór jelenleg is leghatásosabb, azonban a legtöbb hosszú távú mellékhatást okozó gyógyszere a levodopa. A levodopa a dopamintermelés előanyaga. Alkalmazásával főleg a mozgással kapcsolatos tünetek javíthatók. Rövid távú mellékhatásai közül kiemelendő a perifériás dopaminerg tünetek megjelenése (hányinger, hányás, szimptomás orthostasis, hypotensio), amelyek dekarboxilázgátló (carbidopa, benserazid) alkalmazásával, megfelelő titrálással és szükség esetén átmeneti domperidon adásával kivédhető. Ezenkívül idősebb betegek esetében hallucinációk és agitáltságot is provokálhat.

Többéves alkalmazása során a levodopa hatástartama lerövidül (wearing off): Kezdetben 4–5 órán keresztül szinte tünetmentes állapot érhető el, később már csak 3, aztán 2 órán keresztül képes a tüneteket javítani. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a gyógyszerbevitel után egy átmeneti jó mozgásállapot érhető el, azonban a gyógyszer kiürülésével párhuzamosan a mozgászavar visszatér (on-off fluktuáció). Ráadásul a későbbiekben a gyógyszerhatás alatt akaratlan túlmozgás (dyskinesia) is megjelenhet, ami fárasztó és megkeseríti a betegek életét. A jó és a rossz mozgásállapot váltakozása a legtöbb esetben előre nem prognosztizálható, ezért a beteg élete kiszámíthatatlanná válik, a saját testi állapot feletti kontroll elvesztésének lélektani terhét a beteg és a családja egyaránt viselik.

A késői levodopa-mellékhatások megjelenésének késleltetése, illetve a tüneti kontroll szempontjából kulcsfontosságú eszköz a dopaminagonista gyógyszerek alkalmazása. Kezdődő Parkinson-kór esetében monoterápiában, míg az előrehaladott esetekben levodopával kombinálva alkalmazhatók. A dopaminagonista gyógyszerek némelyike a klasszikus antidepresszánsokhoz hasonló antidepresszív hatással is rendelkezik [16, 17]. A gyógyszeres kezelési alternatívák közül a dopamin lebomlását gátló készítmények alkalmazása (MAO-B és COMT enzimgátlók) mellett az amantadin használata is javasolt.

A repetitív transcranialis mágneses stimuláció bár nem tekinthető gyógyszeres kezelésnek, a Parkinson-kór korai és késői stádiumában is eredményes a depresszió csökkentésében [18].

Az előrehaladott Parkinson-kór kezelése

Parkinson-kór előrehaladott stádiumának a per os gyógyszereléssel már nem megfelelően kezelhető motoros komplikációkkal jellemezhető állapotot értjük. Amennyiben az előrehaladott Parkinson-kór tünetei érdemben nem javíthatók a per os gyógyszerelés optimalizálásával, úgy az apomorfinpumpa, levodopa-carbidopa intestinalis gél (LCIG) és a mély agyi stimuláció alkalmazása jön szóba [19, 20].

A mély agyi stimuláció előnye, hogy a stimulációs paramétereket az aktuális állapothoz adaptálva a beteg saját maga is képessé válhat az optimális életminőség elérésére. A módszer évek óta Magyarországon is elérhető, biztonságos és költséghatékony alternatívát jelent a gyógyszeresen kellő hatékonysággal nem kezelhető esszenciális tremor, Parkinson-kór és primer dystonia tüneteinek enyhítésére.

A mély agyi stimuláció főleg olyan esetekben alkalmazható, amikor a betegség tünetei jól reagálnak a levodopakezelésre, de a késői mellékhatások (wearing off, fluktuáció, dyskinesia) a beteg életvitelét negatívan befolyásolják. Parkinson-kórban a subthalamicus mag kétoldali stimulációja során nemcsak a betegség bizonyos tünetei (meglassultság, izommerevség, remegés, levodopa-mellékhatások) enyhülnek, hanem az életminőség is javul [21, 22]. Újabb vizsgálatok szerint, ha a stimulatorbeültetés a munkaképesség elvesztése előtt történik, a beteg munkaképessége sokkal tovább fenntartható [23, 24]. A beteg együttműködése, a megfelelő tájékoztatásra épülő adherencia a hosszú távú eredményesség kulcskérdése.

A gyógyszeres terápia egy speciális formája a levodopa-carbidopa intestinalis gél (LCIG) kezelés, amelynek során a levodopát a vékonybélbe adagoljuk egy pumpa segítségével. Mivel így kiküszöbölhető az irreguláris gyomorürülés hatása, egyenletes vérszint és ezáltal egyenletes mozgásteljesítmény érhető el [20].

A Parkinson-betegek biopszichoszociális kezelésének és rehabilitációjának fő szempontjai

Az Európai Parkinson-kór Szövetség (European Parkinson's Disease Association – EPDA) 1997-es alapszabályának érvényesülése érdekében Európában számos előrelépés történt a Parkinson-betegek gyógyítása és rehabilitációja érdekében. A fő megvalósítandó törekvések szerint a betegek kerüljenek Parkinson-kór-specialista orvoshoz, részesüljenek megfelelő kezelésben, kapjanak hozzáférést a támogató rendszerekhez és legyen biztosított a folyamatos gondozás, valamint vegyenek részt aktívan a betegségük kezelésében. Az EPDA felmérése szerint a fentiek ellenére a két éven belül diagnosztizált betegek 43,8%-a számolt be arról, hogy sosem talál-

kozott Parkinson-specialistával. Annak ellenére, hogy egy specialista részvétele a kezelésben jobb eredményhez vezethet a Parkinson-kór gondozásában, jelenleg a betegek többségénél a gondozást általános neurológiai ellátással foglalkozó, valamint családorvosok felügyelik. További megállapítás szerint a betegek adherenciája, a betegség kezelésének folyamatában való felvilágosult aktív részvétele ebben a szakértő közegben kedvezőbb klinikai eredményekkel jár, az életminőség hatékonyabban javul, az egészségügyi ellátás költséghatékonyabbá válik és a családtagok egészségi állapota, illetve pszichoszociális jólléte is növekszik [25].

A támogató szolgáltatások, azaz a multidiszciplináris csapatok és a gyógyszeres kezelés együtt – különösen akkor, ha már a betegség korai időszakában támaszkodnak rá – hozzájárulnak a Parkinson-betegek életvitelének, munkaképességének, szociális aktivitásának megtartásához. Rendkívül fontos, hogy ezek a támogató rendszerek elérhetőek legyenek minden Parkinson-beteg számára. Az optimális multidiszciplináris megközelítésnek magába kell foglalnia a gondozók és ápolók továbbképzését és munkájuk minőségi szabályozását. Például a foglalkozással összefüggő terápia segíthet kooperálni a Parkinson-kóros betegekkel több komplex szituációban, késleltetve ezzel a szükséges asszisztált gondozást [26]. A hatékony ellátáshoz szükséges a rehabilitáció fejlesztése, rendszeres továbbképzésben részesülő interdiszciplináris team összeállítása és működtetése, amelynek tagjai különböző jogkörrel ugyan, de azonos szintű megbecsült résztvevői a betegek ellátásának.

Az elmúlt évek során a motoros, kognitív és emocionális tüneteket is fegyelembé vevő, neuropszichológiai tréningeket, sporttevékenységet, mozgásfejlesztést, társas és egyéni konfliktusmegoldási kapacitásokat gazdagító összetett fejlesztési rehabilitációs gyakorlat alakult ki [27]. A fejlesztési programok eredményességét, bemeneti és kimeneti értékeit nagyszámú populáción történt vizsgálatok során ellenőrizték [28]. A következőkben a terápiában alkalmazható folyamatokról teszünk említést, amelyek a rehabilitáció során rendkívül fontos szereppel bírnak.

A Parkinson-kóros betegek rehabilitációjában végzett feladatok sorából három fő témakör emelhető ki.

- A társas támogatás biztosítása rendkívül fontos tényező. A társas támogatás többdimenziós hatás, amely a pszichoszociális erőforrások minőségét biztosítja. Idesorolható a tehervállalás, a teherbíró családi struktúra, párkapcsolat és szexualitás témaköre is. A társas támogatás komplex segítségnyújtási alternatíva, amelynek kialakítását és igénybevételét szükség esetén meg kell tanítani. Főbb kategóriái: az érzelmi támogatás (szeretet kifejezése, közelség, elfogadás, látványtűnet: az érzelmek nem láthatók a betegek arcán), anyagi és gyakorlati segítség biztosítása (pénz, ajándékozás, tárgyak kölcsönzése) és a társas integráció segítése (csoporthoz való tartozás kialakítása, családi-baráti társa-

- ság) [29, 30]. Az esetek többségben a beavatkozás kiterjed a családtagokra is, amit a szakma medicinális családterápiaként definiál [31]. Ezen keresztül megszűrhető a család vállára nehezedő teher, valamint az edukációs programokon keresztül értelmezhetőbbé válik a beteg viselkedése és állapotváltozása. A beteg számára mindezek kifejezett haszonnal járnak a társas kapcsolatok erősítése, az érzelmi kiegyensúlyozottság, az önfogadás és a hangulati stabilitás tekintetében.
- A fizikai aktivitás fokozatos, tervszerű és egyénre szabott növelése, amely a tréningeken keresztül reménytelen perspektívát és időben programozható belátható rendszert visz a beteg életébe. Erősíti a környezetében történő események feletti kontrollérzést, lebontja a korábbi életvezetési és helyváltozásokkal kapcsolatos hátrányos viselkedési automatizmusokat (dekondicionálás), javítja a fitnesszt, a tettekrevalósságot, csökkenti a tevékenységre összpontosított kényszerű perceptuális kontrollt, lehetővé teszi mozgás közben is a figyelem megosztását, és részben felszabadítja a személy érdeklődését és figyelmét a betegség okozta korlátozó tényezők ellenőrzése alól. A neuropszichológiai rehabilitáció és a fizikai fittség az érzelmi terhelhetőséget erősíti. A posturalis bizonytalanság csökken, az önálló életvezetés lehetősége erősödik.
 - A kognitív értelmező tevékenység módosítása új megvilágításba helyezi a mindennapi életvitelt. A jelenre jövőre vonatkozó lehetőségek bővíthetők, új kompenzációs viselkedési és aktivitási alternatívák vetődnek fel. A fokozatosan felépített és társak által támogatott közegben zajló aktivitásbővülés elősegíti a téves vélekedések, attitűdök, a frusztráció és a reménytelenség, a borongós hangulat, mások negatív véleményével kapcsolatos félelmek legyőzését és növeli a korlátozottságok feletti kontroll érzetét. A krónikus fáradtság, erőfeszítés, kényszer, bizonytalanság és a mellőzöttség vagy a feleslegesség érzése mindezzel párhuzamosan csökkennek.

A betegség progressziója révén az életminőséget érintő hátrányos pszichoszociális változások következnek be. Ehhez kapcsolódik a beteg betegsége tudata, ahogy látja és érzi saját magát, különösen egy krónikus betegség esetén [32]. Az életminőséget a magyar nyelven is validált PDQ-39 skálával mérhetjük és monitorozhatjuk [33].

Hazai viszonylatban a Parkinson-kóros betegek részére speciális rehabilitáció kiépítése bővíthetné a multifunkcionális kezelési alternatívák tárházát, amely hozzájárulhatna nemcsak a betegek életminőségének javításához, hanem az orvosok, pszichológusok, gyógytornászok, szociális munkások és más egészségügyi szakemberek minőségi munkájának emeléséhez is. Nemcsak a kezelési lehetőségek száma válhatna színesebbé, hanem a rehabilitáció kialakításával járó szakmai teamek megalakulása is segíthetné a betegek hatékonyabb ellátását.

A neuropszichológiai vizsgálatoknak a célja és struktúrája attól függően kerül meghatározásra, hogy az adott

beteg a rehabilitáció mely szakaszában tart. Fontos kiemelni, hogy diagnosztikai és rehabilitációs tekintetben alapvető fontosságú a betegségbelátás hiányát és a betegségtagadást (elhárítási folyamat, amely az én védelmét szolgálja) elkülöníteni. Mindkét esetben különböző kezelési formák kerülnek előtérbe. Amennyiben a beteg még nem készült fel a problémákkal való szembenézésre, másfajta vezetési stratégiát igényel. Ennek során a motiváció megerősítése és felkeltése a cél. Ha a beteg úgy határoz, hogy ismerni szeretné az adott problémát, de nem tudja kezelni, szintén specifikus stratégia kialakítására van szükség. Fontos ez esetben figyelembe venni a beteg panaszait és annak mentén haladni a vizsgálat során. Az állapotkövetés lényeges eleme a folyamatnak. Már csak azért is fontos az utánkövetés, mert egyes gyógyszerek szenvedélyekhez kötődő függőséget okozhatnak. Megfelelő monitoring rendszer segítségével és szakértői támogatás biztosításával a beteg motivációja megfelelő irányba terelhető. A beteg és családtagjai számára hangsúlyozni kell a beteg azon képességeit, amelyekre a továbbiakban fokozottan támaszkodhat, és felvetni azokat az új lehetőségeket, amelyekkel az elvesztett képességei részben kompenzálhatóak [34].

A Parkinson-betegségben szenvedők rehabilitációs csoportjának összetétele

A Parkinson-betegség valamennyi szakaszában kiemelt szerepe van a rehabilitációnak. A neurorehabilitáció rendszerszemléletű, egyénre szabott, kereteit a biopszichoszociális és esetenként a kapcsolódó spirituális igények határozzák meg [35]. A várható eredmény kifejezetten kedvező, lassítja, hosszabb időn keresztül fel is tartóztathatja a betegség progresszióját. A Baylor College of Medicine, valamint a Michael E. DeBakey Veterans Affairs Medical Center rehabilitációs programjainak ismeretében az alábbiakban felsoroljuk a Parkinson-betegek rehabilitációs ellátásának főbb területeit.

A fizikai aktivitás javítása a beavatkozás egyik kulcskérdése, amelyhez megfelelő tréningekre, gyakorlópadokra, erősítőgépekre és szabad mozgástérre van szükség. Tudatában kell lennünk azonban annak, hogy a beteg motivált és tudatos részvétele nélkül nem várható megfelelő eredmény. A motiváció fenntartása a depressziós betegek szempontjából is fontos. Az adherenciát, a betegség természetével kapcsolatos felvilágosult személyes részvételt, csoportos és egyéni edukációval célszerű biztosítani, amelyet esetenként e betegcsoportra alkalmazott, gondosan megtervezett pszichoterápiás intervenciókkal lehet kiegészíteni. Ne várjuk meg a beteg elbizonytalanodását, mellőzöttségérzésének kialakulását és a reményvesztettség megjelenését! A terápia beállítását követően el kell kezdeni a rehabilitációt, amelynek a betegség során annak különböző fázisához alkalmazkodva kell történnie. A kapcsolati potenciál növelésében jelentős szerepet játszanak a Parkinson-betegek önszerveződése alapján létrejött klubok vagy egyesületek,

amelyek háttértámogatásából az egészségügynek ki kell venni a részét.

- A betegek rehabilitációja az alábbi programokat tartalmazza: izomerő és a flexibilitás növelése, aerobik fitneszaktivitás, az elesésből adódó balesetek megelőzését szolgáló mindennapi tevékenységek biztonságos körülmények között végzett gyakoroltatása (séta, székről való felállás, fizikai aktivitás közben végzett figyelemmegosztás).
- A finom motoros képességek gyakoroltatása (kézírás), gondolatok kifejezését elősegítő képességek fejlesztése (légzéskontroll, hangadás, beszéd, rajzolás, bar-kácsolás, komputerhasználat).
- A kognitív képességek (figyelem, képzelet, emlékezés, executive funkciók, vizuális térintegráció) és problémamegoldási formák fejlesztése.
- Stresszkontroll, önszabályozás, az autonómia, személyes döntésképeség fejlesztése és megtartása [36].

Pszichoterápiás intervenciók

A Parkinson-kór a beteget és a környezetét egyaránt érinti. A betegség velejárója a csökkent testi és szellemi teljesítőképesség. Az érintettnek nehéz elfogadnia ezt az új helyzetet és a betegségét. Mindez a környezet (házastárs/élettárs/gondviselő) számára erőteljes pszichés terhelést jelenthet. Rendkívül fontos szerepet játszhat a felek közötti kommunikáció segítése [37].

Kognitív viselkedésterápia

A kognitív viselkedésterápia (CBT) hatásmechanizmusából adódóan erőteljes empirikus bizonyítékai vannak a hangulati és félelmi zavarok kezelésében elért eredményeknek. A CBT alapja az érzelmeknek a gondolatokon és viselkedésen keresztüli szabályozása [38]. A Parkinson-kór egyik fő kísérő tünete a depresszió. A CBT a legtöbbet tanulmányozott pszichoszociális kezelési formája a depresszióknak, amely más neurológiai rendellenességek esetén (például epilepszia és sclerosis multiplex) és számos egyéb megbetegedésben jelen lévő depresszív tünetek kezelésére is adaptálható. Javasolható a gondviselő terápian való részvétele is [39].

Pszichodráma

A támogató csoportoknak pozitív hatása van a Parkinson-kóros betegek jóllétére [40]. A pszichodráma feltárja a drámai cselekményeket, a problémákat, vágyakat, továbbá az emberekkel és csoportokkal fenntartott kapcsolatokat. Többnyire csoportos módszerként használják, amiben minden résztvevő bevonódik, így kölcsönösen segítik egymást a problémák megoldásában. Egy tanulmány arról számol be, hogy a Parkinson-betegségben fellelhető depresszió és félelem tüneteinek a megjelenése a napi életvitel során gyakran tapasztalható.

A betegek úgy nyilatkoztak, hogy nehezebbé vált a napi életvitel, szégyenérzetről, elutasítottságról és szomorúság megéléséről, barátoktól és családtagoktól való függésről beszélnek. A napi rutin, étkezés, öltözködés, írás során és különböző szociális kapcsolatok fenntartásában is hasznavehetetlenséget élnek meg. A csoportnak nagy jelentősége van a betegség által degradált szociális szerepek helyreállításában. A depresszió mértékének szignifikáns változásáról számoltak be a szociális szerepek átértékelését követően, és a betegek jobban érezték magukat, ami mind a napi életvitelben, mind az interperszonális kapcsolatokban megmutatkozott [32].

Zeneterápia

A Parkinson-kór egyik modern rehabilitációs formája a zeneterápia, amely a szisztematikus beavatkozások során rendkívüli terápiás hasznot ígér. Alkalmazzák kórházakban, rehabilitációs központokban, speciális iskolákban és hospice-tevékenységek során is. Ajánlott a geriátriában való alkalmazása, mert javítja a szociális, pszichológiai, intellektuális és kognitív teljesítményt. Csökkenti a félelmet szívinfarktussal kezelt betegek esetén, valamint műtėti beavatkozás során, lévén, hogy relaxációs hatású. A zene szisztematikus alkalmazása során az érzelmi állapot, a motoros képesség, a bradykinesia megváltozik, mindez hozzájárul az életminőség javulásához [41, 42, 43].

Edukáció

A rehabilitáció rendkívül fontos területe az edukáció. A beteget és a hozzátartozót egyaránt be kell vonni a folyamatba. A „Patient Education Program Parkinson” (PEPP) nevű projekt egy strukturált, specifikus és pszichoszociális edukációs eljárás Parkinson-betegek és gondviselőik részére. A PEPP programot különböző diszciplínák területein dolgozó szakemberek fejlesztették ki: neurológusok és pszichológusok; hét különböző ország szakembereinek együttműködésével (Észtország, Finnország, Németország, Olaszország, Hollandia, Spanyolország és Egyesült Királyság). A program szisztematikus és professzionális módja a betegek és gondviselőik támogatásának (külön csoportokban) [44].

A program 8 részre bontható [45].

1. Információátadás: bevezetés a programba, alapinformációk átadása és a stratégiai javaslatok kidolgozása.
2. Önmonitorozás.
3. Az egészség előmozdítása: a jóllétre való figyelemirányítás, és annak megőrzési módja.
4. Stresszkezelés: képessé teszi a beteget a stresszel való megbirkózásra.
5. A depresszív hangulat és a félelem kezelése.
6. Szociális alkalmasság tanulása, a nehéz szociális szituációkkal kapcsolatos döntések gyakoroltatása.

7. Társas támogatás.

8. A program tapasztalatainak összegzése és értékelése. A résztvevőket felkészítik a gyógyszeres kezelés folyamatára és célul tűzik ki az életminőség megőrzését. A program, a résztvevőkben elért kognitív és viselkedéses változásokon keresztül, adaptálja az elsajátított tapasztalatokat a való élethez. Kognitív viselkedésterápiás technikákat tanulnak, amelyek segítségével képesek óvatosságukat megőrizni [45].

Következtetések

Ebben a tanulmányban elsődleges célunk a Parkinson-betegek rehabilitációs sokszínűségének bemutatása. A beteg jóllétének növelése, kognitív és motivációs képességeinek fejlesztése specifikus és egyben multidiszciplináris feladat. A rehabilitációs eljárást három, egymással szerves egységet alkotó részre tagoltuk: fizikai aktivitás fokozása, a társas támogatás és a kognitív értelmező tevékenység módosítása. A rehabilitációs programban való részvétel kifejtése lehetővé teszi a személyre szabott, állapotspecifikus, a családtagok és az egészségügyi ellátórendszer lehetőségeit is figyelembe vevő hosszú távú rehabilitációs programok kialakítását.

A hatékony ellátás alapfeltétele a rehabilitáció fejlesztését folyamatosan nyomon kísérő és rendszeres továbbképzésben részesülő interdiszciplináris team összeállítása és működtetése, amelynek tagjai különböző jogkörrel ugyan, de azonos szintű megbecsült résztvevői a betegek ellátásának.

Fontos kiemelni, hogy az idegtudományban zajló gyors ütemű fejlődés megköveteli, hogy a rehabilitációs gyakorlat során szerzett tapasztalatok összegyűjtése és közzététele utat mutasson a terápiás beavatkozások hatékonyságának növelése irányába. Mindezen törekvés hozzá fog járulni az egészségpszichológia idegtudományon belüli jelentősebb térhódításához. Nemcsak a rehabilitáció, hanem egyes betegségek biopszichoszociális etiológiájának részletesebb feltárásához is.

Anyagi támogatás: K. N. munkáját a Magyar Tudományos Akadémia Bolyai János Kutatói Ösztöndíja, a Nemzeti Agykutatási Program KTIA_13_NAP-A-II/10, az OTKA PD 103964 támogatta. Továbbá a munka megvalósulását az OTKA T-106176 is támogatta.

Szerzői munkamegosztás: K. P.: A kézirat első változatának kidolgozása, irodalmi áttekintés. K. N., K. J.: A kézirat szövegezése, irodalmi áttekintés. K. K.: A kézirat szövegezése. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Braak, H., Del Tredici, K., Bratzke, H., et al.: Staging of the intracerebral inclusion body pathology associated with idiopathic Parkinson's disease (preclinical and clinical stages). *J. Neurol.*, 2002, 249(3 Suppl.), iii1–iii5.
- [2] Kebabian, A. A., Barker, R. A., Robbins, T. W.: Neuropsychological and clinical heterogeneity of cognitive impairment and dementia in patients with Parkinson's disease. *Lancet Neurol.*, 2010, 9(12), 1200–1213.
- [3] Rommelfanger, K. S., Weinschenker, D.: Norepinephrine: The red-headed stepchild of Parkinson's disease. *Biochem. Pharmacol.*, 2007, 74(2), 177–190.
- [4] Braak, H., Rüb, U., Del Tredici, K.: Cognitive decline correlates with neuropathological stage in Parkinson's disease. *J. Neurol. Sci.*, 2006, 248(1–2), 255–258.
- [5] Sharma, S., Moon, C. S., Khogali, A., et al.: Biomarkers in Parkinson's disease (recent update). *Neurochem. Int.*, 2013, 63(3), 201–229.
- [6] Szirmai, I.: *Neurology. [Neurológia.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2001. [Hungarian]*
- [7] Komoly, S., Palkovits, M.: *Practical neurology and neuroanatomy. [Gyakorlati neurológia és neuroanatómia.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2010. [Hungarian]*
- [8] Herlofson, K., Larsen, J. P.: The influence of fatigue on health-related quality of life in patients with Parkinson's disease. *Acta Neurol. Scand.*, 2003, 107(1), 1–6.
- [9] Singh, N., Pillay, V., Choonara, Y. E.: Advances in the treatment of Parkinson's disease. *Prog. Neurobiol.*, 2007, 81(1), 29–44.
- [10] Antonini, A., Barone, P., Marconi, R., et al.: The progression of non-motor symptoms in Parkinson's disease and their contribution to motor disability and quality of life. *J. Neurol.*, 2012, 259(12), 2621–2631.
- [11] Truong, D. D., Bhidayasiri, R., Wolters, E.: Management of non-motor symptoms in advanced Parkinson disease. *J. Neurol. Sci.*, 2008, 266(1–2), 216–228.
- [12] Karádi, K., Lucza, T., Aschermann, Zs., et al.: Visuospatial impairment in Parkinson's disease: the role of laterality. *Laterality*, 2015, 20(1), 112–127
- [13] Sung, V. W., Nicholas, A. P.: Nonmotor symptoms in Parkinson's disease. Expanding the view of Parkinson's disease beyond a pure motor, pure dopaminergic problem. *Neurol. Clin.*, 2013, 31(3), S1–S16.
- [14] Poewe, W.: Non-motor symptoms in Parkinson's disease. *Eur. J. Neurol.*, 2008, 15(Suppl. 1), 14–20.
- [15] Varanese, S., Birnbaum, Z., Rossi, R., et al.: Treatment of advanced Parkinson's disease. *Parkinsons Dis.*, 2010, 2010, 480260.
- [16] Mah, L., Zarate, C. A. Jr., Nugent, A. C., et al.: Neural mechanisms of antidepressant efficacy of the dopamine receptor agonist pramipexole in treatment of bipolar depression. *Int. J. Neuropsychopharmacol.*, 2011, 14(4), 545–551.
- [17] Maj, J., Rogóz, Z., Skuza, G., et al.: Antidepressant effects of pramipexole, a novel dopamine receptor agonist. *J. Neural. Transm.*, 1997, 104(4–5), 525–533.
- [18] Pal, E., Nagy, F., Aschermann, Z., et al.: The impact of left prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation on depression in Parkinson's disease: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Mov. Disord.*, 2010, 25(14), 2311–2317.
- [19] Kovács, N.: Evidence-based treatment of Parkinson's disease. [A Parkinson-kór evidenciákon alapuló kezelése]. *Orvostovábbképző Szemle*, 2011, 18(Klmsz., július), 11–17. [Hungarian]
- [20] Takáts, A., Nagy, H., Radics, P., et al.: Treatment possibilities in advanced Parkinson's disease. [Kezelési lehetőségek a Parkinson-

- kór előrehaladott stádiumában.] Ideggyógyászati Szemle, 2013, 66(11–12), 365–371. [Hungarian]
- [21] *Fehér, G., Balás, I., Komoly, S., et al.*: Analysis of antiparkinsonian drug reduction after bilateral subthalamic deep brain stimulation. [A kétoldali subthalamikus stimuláció hatékonysága az antiparkinson gyógyszerelés változtatásának tükrében.] Ideggyógyászati Szemle, 2010, 63(9–10), 314–319. [Hungarian]
- [22] *Kovács, N., Balás, I., Janszky, J., et al.*: Special aspects of patient care after implantation of deep brain stimulator. [A mélyagyi stimulátor beültetését követő beteggondozás speciális kérdései.] Ideggyógyászati Szemle, 2008, 61(1–2), 4–15. [Hungarian]
- [23] *Deli, G., Balás, I., Komoly, S., et al.*: Earlier and more effective: Role of deep brain stimulation in preserving work capacity. [Korábban és hatékonyabban: A mély agyi stimulációs szerepe a munkaképesség megőrzésében.] Ideggyógyászati Szemle, 2015, in press [Hungarian]
- [24] *Deuschl, G., Schüpbach, M., Knudsen, K., et al.*: Stimulation of the subthalamic nucleus at an earlier disease stage of Parkinson's disease: concept and standards of the EARLYSTIM-study. *Parkinsonism Relat. Disord.*, 2013, 19(1), 56–61.
- [25] *Bloem, B. R., Stocchi, F.*: Move for change Part I: a European survey evaluating the impact of the EPDA Charter for People with Parkinson's disease. *Eur. J. Neurol.*, 2012, 19(3), 402–410.
- [26] The European Parkinson's Disease Standards of Care Consensus Statement. Volume II. EPDA, London, 2012.
- [27] *Sammer, G., Reuter, I., Hullmann, K., et al.*: Training of executive functions in Parkinson's disease. *J. Neurol. Sci.*, 2006, 248(1–2), 115–119.
- [28] *Reuter, I., Mehmert, S., Oechsner, M., et al.*: Cognitive rehabilitation in Parkinson's disease using neuropsychological training, transfer training and sports therapy. In: *Dushanova, J. (ed.): Diagnostics and Rehabilitation of Parkinson's Disease*. In Tech, Rijeka, 2011.
- [29] *Kállai, J.*: Health and social support. In: *Kállai, J., Varga, J., Oláh, A. (eds.): Health psychology in practice*. [Egészség és társas támogatás. In: *Kállai, J., Varga, J., Oláh, A. (szerk.): Egészségpszichológia a gyakorlatban*.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2007. [Hungarian]
- [30] *Kerekes, Zs., Kállai, J.*: Social support, social integration, loneliness and intimacy. In: *Kállai, J., Kaszás, B., Tiringner, I. (eds.): Health psychology of elderly*. [Társas támogatás, szociális integráció, magány és intimitás az időskorban. In: *Kállai, J., Kaszás, B., Tiringner, I. (szerk.): Az időskorúak egészségpszichológiája*.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2013. [Hungarian]
- [31] *Goldenberg, H., Goldenberg, I.*: Review on Family. Vol. 1. [Áttekintés a családról. I. kötet.] Animula Kiadó, Budapest, 2008. [Hungarian]
- [32] *Sproesser, E., Viana, M. A., Quagliato, E. M., et al.*: The effect of psychotherapy in patients with PD: A controlled study. *Parkinsonism Relat. Dis.*, 2010, 16(4), 298–300.
- [33] *Fazekas, G., Kulmann, L.*: Adaptation of the quality of life questionnaire for patients with Parkinson's disease (PDQ-39) in Hungary. [Parkinsonos betegek életminőségét vizsgáló kérdőív (PDQ-39) magyarországi adaptációja.] Ideggyógyászati Szemle, 2001, 54(1–2), 42–44. [Hungarian]
- [34] *Verseghi, A.*: Interpersonal context of neuropsychologic examination. In: *Kállai, J., Bende, I., Karádi, K., et al. (eds.): Introduction to neuropsychology*. [A neuropszichológiai vizsgálat interperszonális kontextusa. In: *Kállai, J., Bende, I., Karádi, K., et al. (szerk.): Bevezetés a neuropszichológiába*.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2008. [Hungarian]
- [35] *Kádári, K., Horváth, D., Kállai, J.*: Psychotherapeutic background of the rehabilitation of patients with traumatic brain injury. [Traumás agysérültek rehabilitációjának pszichoterápiás háttere.] *Pszichoterápia*, 2011, 20(1), 23–32. [Hungarian]
- [36] *Calleo, J., Burrows, C., Levin, H., et al.*: Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in Parkinson's disease: application and current direction. *Parkinson's Dis.*, 2012, 2012, 512892.
- [37] *Bereznai, B., Molnár, M. J.*: Genetics and present therapy options in Parkinson's disease: a review. [A Parkinson-kór genetikája és aktuális terápiás lehetőségei.] Ideggyógyászati Szemle, 2009, 62(5–6), 155–163. [Hungarian]
- [38] *Cully, J. A., Teten, A. L.*: A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy. Department of Veterans Affairs, South Central MIRECC, Houston, 2008.
- [39] *Farabaugh, A., Locascio, J. J., Yap, L., et al.*: Cognitive-behavioral therapy for patients with Parkinson's disease and comorbid major depressive disorder. *Psychosomatics*, 2010, 51(2), 124–129.
- [40] *Charlton, G. S., Barrow, C. J.*: Coping and self-help group membership in Parkinson's disease: an exploratory qualitative study. *Health Soc. Care Community*, 2002, 10(6), 472–478.
- [41] *Pacchetti, C., Mancini, F., Aglieri, R., et al.*: Active music therapy in Parkinson's disease: an integrative method for motor and emotional rehabilitation. *Psychosom. Med.*, 2000, 62(3), 386–393.
- [42] *Marwick, C.*: Leaving concert hall for clinic, therapists now test music's 'charms.' *JAMA*, 1996, 275(4), 267–268.
- [43] *Barnason, S., Zimmerman, L., Nieveen, J.*: The effects of music interventions on anxiety in the patient after coronary artery bypass grafting. *Heart Lung*, 1995, 24(2), 124–132.
- [44] *A'Campo, L. E., Spliethoff-Kamminga, N. G., Macht, M., et al.*: Caregiver education in Parkinson's disease: formative evaluation of a standardized program in seven European countries. *Qual. Life Res.*, 2010, 19(1), 55–64.
- [45] *Macht, M., Gerlich, C., Ellgring, H., et al.*: Patient education in Parkinson's disease: Formative evaluation of a standardized programme in seven European countries. *Patient Educ. Couns.*, 2007, 65(2), 245–252.

(Kovács Norbert dr.,
Pécs, Rét u. 2., 7623
e-mail: kovacsnorbert06@gmail.com)