

Egészségkontrollhit és krónikus betegség: hogyan hatnak egymásra?

POGÁNY LÁSZLÓ^{1,2} ÉS LAZÁRY JUDIT¹

¹ Nyírő Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest

² Szentágotthai János Idegtudományi Doktori Iskola, Semmelweis Egyetem, Budapest

Az egészségkontrollhely (Health locus of control, HLOC) észlelését széles körben vizsgálták krónikus testi betegek különböző populációiban, mivel jelentős hatással van az együttműködésre és az adherenciára hosszútávú kezelések esetében. Annak ellenére, hogy a pszichiátriai betegek gondozásában is kulcskérdés az adherencia, a HLOC-t csak nagyon kevés esetben vizsgálták. Összefoglaló tanulmányunkban áttekintést nyújtunk a szomatikus kórképekben szenvedő betegek HLOC kutatási eredményeiről és bemutatjuk a pszichés betegek egészségkontrollhitével kapcsolatos vizsgálatokat. Konklúzióként megállapítható, hogy általában a krónikus testi betegségek esetében az erős belső kontroll kevesebb depressziós tünettől jár együtt és jobb adherenciával, életminőséggel társul. Ugyanakkor a lényegesen alacsonyabb számban publikált követéses vizsgálatok arra utalnak, hogy a belső kontrollról a külső kontrollhelyre való váltás protektív lehet rossz prognózisú betegségek vagy a terápia ineffektivitása esetén. A pszichiátriai betegek esetében az egészségkontrollhely megfelelő felmérése és monitorozása a beteg vezetése során fontos támpontot jelenthet abban, hogy a kezelőorvos milyen irányba segítse a változást. Tekintettel arra, hogy a kontroll észlelése általánosságban is gyakran sérült a pszichés betegség jellegéből adódóan, ez nem könnyű feladat, ezért felvetjük az egészségkontrollhelyet meghatározó pszichobiológiai változók vizsgálatának lehetőségét is az intervenciók megfelelő megtervezése céljából.

(Neuropsychopharmacol Hung 2020; 22(2): 48-55)

Kulcsszavak: egészségkontroll hely; HLOC; MHLOC; adherencia; krónikus pszichiátriai betegség

BEVEZETÉS

A kontrollhely-elmélet alapjait Julian B. Rotter fektette le 1954-ben a szociális tanulás teória kidolgozása során [1]. A külső- és belső kontroll fogalmát a 60-as évek közepén vezette be, a kontrollhely jelentősége már a tuberkulózissal kapcsolatos kutatások során felmerült [2]. Az elmélet az egyén azon meggyőződését írja le, hogy a történéseket mennyiben hozza összefüggésbe saját magatartásával, vagy tőle független, külső tényezőkkel. Amennyiben úgy érzi, hogy az eseményekre ő maga bír befolyással, belső kontrollt jelent. Ha azonban az eseményeket a saját hatáskörén kívülinek véli, érzése szerint a vele történeteket más személyek vagy külső tényezők alakítják, akkor az egyénre a külső kontroll jellemző.

Az elméletet később Wallston az egészséggel kapcsolatos kérdéskörre adaptálta, mely szerint az egészségkontroll helye (Health Locus of Control, HLOC)

jelenti az egyik olyan tényezőt, amely meghatározza az egyén egészséggel kapcsolatos magatartását és befolyásolja az egészségi állapotot [3]. Ugyanakkor az egészségi állapot is meghatározhatja a személy egészségkontrollhitét (egyidejűleg több krónikus betegségben szenvedők kontrollhite nagyobb mértékben külső orientációjú). Az egészségi állapotra vonatkozó meggyőzések az élet folyamán a szerzett tapasztalatoknak megfelelően változhatnak [4]. Az egészségkontrollhit összefüggésben van az egészséggel kapcsolatos attitűdökkel, érzelmekkel, megküzdési módokkal, észlelt énhatékonysággal, észlelt kontrollal. Az egészségtudatosság növelését célzó népegészségügyi programokban a Wallston által 1976-ban kidolgozott belső kontrollhely erősítését célzó kontrollhely-modellt alkalmazták [5].

Eredetileg a belső kontrollt pozitív egészségmagatartásokkal, pozitív érzelmekkel, a társas külső kontroll és a véletlen külső kontrollt egészségtelenebb

viselkedésmódokkal hozták összefüggésbe. A korai vizsgálatok szerint a belső kontrollos személyek nagyobb eséllyel oltatták be magukat influenza ellen [6], általában tájékozottabbak voltak állapotukkal kapcsolatban a külső kontrollalóknál, a tuberkulózisban szenvedők inkább igyekeztek elkerülni az ismert kockázati tényezőket [7].

Wallston az egészségmegtartással kapcsolatos vizsgálatában többdimenziós skálát javasolt (Multidimensional Health Locus of Control, MHLC skála): 1. Belső kontroll (általános belső orientáció), 2. Mások hatalma (a külső kontroll megfelelője), 3. Szerencse vagy a véletlen. Az MHLC skálához kezdetben egy A és egy B kérdőívet készítettek, amelyeket a későbbi kutatásokban alternatív kérdőívekként használtak. 1994-ben a kérdőív C változatát is létrehozta, itt a 2-es dimenziót (mások hatalma-külső kontroll) tovább bontották 2a. Orvos hatalma és 2b. Más személyek hatalma dimenzióira [8]. A MHLC alkalmazása a gyakorlatban más skálákkal együttesen történik, azok értelmezéséhez nyújt többletinformációt, az attitűdváltozást célzó beavatkozások hatékonyságát növelheti. A skála az egészségi állapottal kapcsolatos kontrollhely értékelését teszi lehetővé különböző betegségek esetén, könnyen adaptálható a tanulmányozott kórfolyamathoz. Az alsóskálák különböző klaszterelemzései alapján Wallston nyolc [9], míg Rock és mstai hat különböző mintázatot tudtak elkülöníteni [10]. Utóbbi modellben megkülönböztetnek „Pure internal” (magas belső, alacsony társas külső és alacsony véletlen), „Pure powerful others external” (magas társas külső, alacsony belső, alacsony véletlen), „Pure chance external” (magas véletlen, alacsony belső, alacsony társas külső), „Double external” (magas véletlen, magas társas külső, alacsony belső), „Yea Sayer” (mindhárom skálán magas), „Nay Sayer” (mindegyik skálán alacsony), „Believer in control” (magas belső, magas társas külső, alacsony véletlen) és „Type VI” (magas belső, magas véletlen, alacsony társas külső) csoportokat. Az utóbbi előfordulását Wallston, bár elméletileg lehetségesnek tartotta, a gyakorlatban való előfordulását azonban ellentmondásos volta miatt nem tartotta valószínűnek. [10]

Bár eredetileg az egészségkontrollhitet az életemben át stabilnak, a személyiség részének tekintették, megállapítást nyert, hogy változtatható, sőt, az egészségkontrollhely változása a betegségfolyás során az egyén alkalmazkodásának egyik feltétele. A helyzet feletti kontroll percepciójának változása fontos lehet a betegség progressziója vagy kiújulása miatt szükséges alkalmazkodás szempontjából [11]. A személyes kontroll percepciója fokozódhat megter-

helő események, fenyegetettség esetén, ez segíti hozzá az egyént ahhoz, hogy képes legyen megküzdeni a krónikus betegséggel járó stresszel [12].

Krónikus szomatikus betegségben szenvedők egészségkontrollhitével kapcsolatos kutatások

Egy asztmában, diabéteszben és kardiovaszkuláris betegségben szenvedőkből álló mintát elemeztek az HLOC és az adherencia összefüggéseit illetően. Az eredmények arra utaltak, hogy a nők szignifikánsan magasabb „orvos hatalma” (Doctor HLOC, D-HLOC) pontszámmal, és markánsan alacsonyabb „más személyek” (Powerful others, P-HLOC) pontszámmal rendelkeznek. Az alacsony „véletlen” (Chance, C-HLOC) hit jobb adherenciával járt együtt. A legkevesbé hatékony együttműködés az alacsony D-HLOC és magas P-HLOC pontszámmal korrelált. A legjobb gyógyszereszedők a „Yea Sayer” és a „Pure Internal” csoportba tartozók, míg a legrosszabb gyógyszereszedés a magas P-HLOC csoportba tartozókra volt jellemző [13].

Subkután inzulin pumpával kezelt 1-es típusú diabéteszben szenvedő páciensek esetén azt találták, hogy a szuboptimális vércukorszinttel rendelkező csoport (HbA1C > 5,8mmol/l) „belső” (Internal, I-HLOC) pontszáma szignifikánsan alacsonyabb az optimális vércukorszinttel rendelkező csoporthoz (HbA1C < 5,8mmol/l) képest. Magas I-HLOC pontszám alacsonyabb HbA1c szinttel és magasabb Diabetes Treatment Satisfactory pontszámmal járt együtt, viszont gyakoribb volt a hipoglikémiás epizód [14].

Hemodialízissel kezelt betegek esetén azt vizsgálták, hogy milyen különbség található a megfelelő adherenciával és a gyenge adherenciával jellemezhető páciensek attitűdje és pszichés állapota között. A vizsgálatból az derült ki, hogy a két csoportban az I-HLOC teljesen egyforma, a D-HLOC magasabb a gyenge adherencia csoportban, de a legmarkánsabban a depressziópontszám különbözött a két csoport között. A depresszió annál kifejezettebb volt, minél alacsonyabb volt a I-HLOC pontszám [15].

A daganatos betegségek kezelése és az egészségkontrollhit összefüggésével kapcsolatban több tanulmány is található az irodalomban. Ovárium- és uterus tumor miatt kezelt nők pszichés állapotának vizsgálata során arról számoltak be, hogy a depressziópontszám negatívan korrelál az I-HLOC pontszámmal. A szorongáspontszám nem függött az MHLC alsóskálától, viszont az önhibáztatással és a ruminációval szoros összefüggést mutatott, míg a depresszióérték a mások hibáztatásával korrelált. Érdekes módon a kezelés jellege és a HLOC között

szintén kapcsolat volt kimutatható. A C-HLOC jelentősen különbözött a kizárólag sebészi beavatkozásokon átesett, illetve a kombinált terápiában (sugaraterápia, kemoterápia és sebészi beavatkozás) részesültek között [16]. Egy másik tanulmányban emlőrákos páciensek HLOC vizsgálatáról olvashatunk. A betegeket aszerint csoportosították, hogy a tünetek jelentkezését követően időben, vagy késve jelentek meg orvosuknál. Meglepő módon arról számoltak be, hogy szignifikáns különbség nem mutatkozott az MHLC skálák pontszámai között. Ugyanakkor a tételenkénti elemzés során kiderült, hogy 3 tétel esetén („Ha megbetegszem, én tehetek róla”; „Ha rendszeresen felkeresem az orvost, kisebb eséllyel lesz probléma az egészségemmel” és „Ha betegnek érzem magam, tudom, hogy ez azért van, mert nem vigyáztam magamra eléggé”) szignifikánsan magasabb pontszámot ért el a későn jelentkezők a többiekhez képest [17]. Ez a részeredmény felhívja a figyelmet arra, hogy az egészségért vállalt saját felelősség, a büntudat és a segítségkérés konfliktusba kerülhet egymással. További közlemény arról számol be, hogy tumoros betegekben szenvedőknél a magas „külső” (External, E-HLOC) pontszám predikciós erővel bír a jobb terápiás adherenciára nézve [18].

Egy HIV pozitív betegek körében végzett keresztmetszeti vizsgálatban mind a fizikai állapot, mind pedig a életminőség egyértelműen jobb volt magas I-HLOC esetén [19]. Egy másik munkacsoport követéses vizsgálatában a HIV fertőzött betegek egészségkontrollhitét mérték. A kutatás eredményei azt erősítették meg, hogy a kezelés során az hatékonyság mértékétől függően változhat az egészségkontrollhit. A kezelés elején az életminőség a magas I-HLOC pontszámúaknál volt jobb, míg 44 hónap elteltével a még mindig magas vírusszámmal rendelkezőknél a C-HLOC járt együtt jobb életminőséggel [20]. Tehát a kontrollhit „váltás” az adaptáció szempontjából protektívnek bizonyult az eredménytelen terápia okozta stresszel szemben.

Koronáriabetegségben szenvedő páciensek egészségkontrollhely jellemzőiről számol be egy érdekes tanulmány. Azt vizsgálták, hogy a perkután koronária intervención, illetve koronária bypass műtéten átesett betegek a beavatkozást követő 3-15 hónapban milyen arányban tudtak visszatérni a munkahelyükre. Az elemzés alapján elmondható, hogy a magas I-HLOC pontszám rövidebb időn belüli visszatéréssel járt, illetve a magas E-HLOC negatívan korrelált a munkába álláshoz szükséges idővel [21]. Szívelégtelenség miatt kezelt betegeknél azt találták, hogy az állapot súlyosságától függetlenül az I-HLOC

és az E-HLOC volt egyformán magas, míg a C-HLOC nem volt jellemző. Az eredmények azt is megerősítették, hogy a magas I-HLOC pontszám a depresszióval negatívan korrelál. Érdekes adat, hogy az implantátummal rendelkező betegeknél szignifikánsan magasabb volt a E-HLOC skála pontszám [22].

Különböző típusú és eltérő időtartamú krónikus fájdalom esetén is folytattak vizsgálatot az MHLC skálával. Az eredmények arra utalnak, hogy azoknál a pácienseknél kifejezett az D-HLOC, akik kevesebb mint 3 hónapja szenvednek a fájdalomtól, ennél hosszabb idő óta fennálló fájdalom esetén ez a hit eltűnik. A fájdalom típusától a HLOC független volt [23].

Térdprotézis-implantáción átesett betegek műtét utáni fájdalom, elégedettség, mobilizálhatóság, depresszió és egészségkontrollhit összefüggéseit elemezték. A vizsgálat alapján a szerzők arról számoltak be, hogy alacsony I-HLOC magasabb depressziópontszámmal járt együtt, illetve kifejezettebb a fájdalom, az elégedetlenség és gyakoribb a mozgás javulásának elmaradása. A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy az elégedetlenség annál nagyobb, minél enyhébb volt a műtét előtti arthrózis, ami a viszonyítás jelentőségére és a helyes műtéti indikáció fontosságára utal a beavatkozás pszichés következményei szempontjából [24].

Asadi-Pooya és mtsai arról számoltak be, hogy epilepsziában szenvedő betegek körében magasnak találták az E-HLOC és alacsonynak az I-HLOC pontszámot. A szerzők felvetették, hogy az epilepsziával élő páciensek kevésbé sajátítják el az egészségtudatos magatartást, illetve a betegségelőnyével összhangban álló viselkedésminták alakulnak ki [25].

Krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek esetében az I-HLOC magas pontszáma esetén a depresszív tünetek intenzitása alacsonyabb volt. Sikertelen vesetranszplantációt követően azonban magas I-HLOC esetén voltak intenzívebbek a depressziós tünetek. Feltételezhető, hogy az észlelt kontroll és a kontroll tényleges mértéke közötti jelentős különbség a betegséghez való alkalmazkodás hiányát jelzi [26]. Ugyancsak krónikus vesebetegségben szenvedők részvételével folytatott vizsgálatban azt találták, hogy az I-HLOC fokozódása azoknál a betegeknél járt együtt az utánkövetéskor enyhébb depressziós tünetekkel, akiknél a vizsgálat időtartama alatt vált szükségessé a dialízis elkezdése. Ilyen összefüggést nem lehetett kimutatni azokban az esetekben, amikor a dialízis nem vált szükségessé (a betegség nem progrediált jelentősen a vizsgált periódusban). A kiinduláskor mért I-HLOC mértéke nem, a kontroll változásának mértéke, azonban előrejelezheti a kró-

nikus, progresszív betegséghez való alkalmazkodás lehetőségét [12]. Az egyén a kontroll megtartásának vagy visszaszerzésének élményével igyekszik emocionálisan alkalmazkodni a tartósan negatív helyzethez [11].

Az idősek egészségkontrollhit-mintázatáról is megjelentek tanulmányok. A közösségekben élők, az önszántukból átmeneti otthonba vonulók és a végleges otthonba költözők életminőségét összehasonlítva azt találták, hogy az E-HLOC és a C-HLOC pontszám szignifikánsan magasabb az átmeneti otthonban élőkénél, míg a végleges otthonban lakóknál az I-HLOC dominált. Az életminőség az I-HLOC pontszámmal korrelált szorosan, míg a mozgáskorlátozottság, krónikus fájdalom, szorongás és depresszió az E-HLOC-vel mutatott összefüggést. Érdekes módon a dohányzás magasabb I-HLOC pontszámmal járt együtt [27].

Krónikus pszichiátriai betegségben szenvedők egészségkontrollhitével kapcsolatos kutatások

A pszichés betegségben szenvedők körében lényegesen kevesebb vizsgálati adat áll rendelkezésre az egészségkontrollhite vonatkozásban. Ez részben összefügghet azzal, hogy az általános egészség fogalmába viszonylag későn került be a mentális egészség. A krónikus testi betegség miatt gondozott betegek vizsgálatának többségében a depressziós és szorongásos tüneteket is mérték, ezek alapján az erősebb I-HLOC konzekvensen magasabb depressziópontszámmal járt együtt. Egy kilencéves követéses vizsgálatban, ahol depressziós, szorongásos és egészséges kontroll személyeket vontak be, azt találták, hogy viszonylag stabil az egészségkontrollhit. Idővel valamivel magasabbá váltak a pontszámok, de elsősorban a „belső” skála javára. Magas depressziópontszám és gyakoribb negatív életesemény a külső kontroll pontszám emelkedését valószínűsítette. A szerzők limitációként megemlítik, hogy a kutatásban a kezelés hatását nem vizsgálták, és fontosnak tartanának olyan vizsgálatokat, amelyekben elemezhető lenne a terápia előtt és után mért egészségkontrollhit [28].

Szkizofrénia miatt kezelés alatt álló páciensek C-HLOC pontszáma magasabb volt elsőfokú rokonaihoz képest egy indiai tanulmányban. Ezzel részben egybehangzóan a betegek elsőfokú rokonainál a „belső” skála pontszáma bizonyult magasabbnak [29]. Combes és mtsai szintén szkizofréniában szenvedő betegcsoportban vizsgálták, hogy milyen összefüggés van a betegség tudat, az egészségkontrollhit és az adherencia között. Az eredmények azt erősítették meg, hogy a jelentős I-HLOC és D-HLOC jó adherenciával

korrelál, míg a magas C-HLOC vagy P-HLOC gyenge adherenciával jár együtt a betegség tudat mértékétől függetlenül [30].

De las Cuevas és munkatársai 667 ambuláns pszichiátriai beteget vontak be egészségkontrollhellyel kapcsolatos vizsgálatukba [31]. Azt találták, hogy az életkor előrehaladtával a pszichiátriai betegek külső (orvos hatalma és más személyek hatalma) kontrollja fokozódott, a belső kontroll pedig csökkent. Ez arra utal, hogy az idősebb pszichiátriai betegek az egészségükkel kapcsolatos kérdésekben inkább kezelőorvosukra, illetve más, számukra fontos személyekre hagyatkoznak, mint önmagukra. A véletlen szerepében a magasabb iskolai végzettségű betegek kevésbé hittek, mint az alacsonyabb végzettségűek. A kezelés időtartama szintén pozitív korrelációt mutatott a külső kontroll mértékével. Az egyidejűleg szedett gyógyszerek száma is a külső kontrollal korrelált olyan módon, hogy a több gyógyszert szedők kevésbé érezték magukat kompetensnek egészségükkel kapcsolatban, inkább orvosaikra hagyatkoztak. Nemi különbség is megállapítható volt, a férfiak esetében magasabb volt a belső kontroll, a nők pontszáma a „társas külső” dimenzióban volt magasabb. Nem találtak nemi különbséget a C-HLOC és D-HLOC dimenziók tekintetében. Nem volt szignifikáns különbség a kontrollhely tekintetében a különböző diagnosztikai csoportokba sorolt betegek között (szkizofrénia, bipoláris zavar, major depresszió, személyiségzavarok) [31]. Diagnózistól függetlenül a pszichiátriai betegek pontszáma az D-HLOC alsóskálán volt a legmagasabb, ezt követte az I-HLOC, a P-HLOC, végül a C-HLOC skála pontszáma. Ez arra utal, hogy a pszichiátriai betegek gyógyulásukat elsősorban a kezelőorvossal hozzák összefüggésbe. A viszonylag magas belső kontroll-pontszám azt jelzi, hogy a páciensek abban is bíznak, hogy önmaguk is képesek lesznek befolyásolni tüneteiket [31].

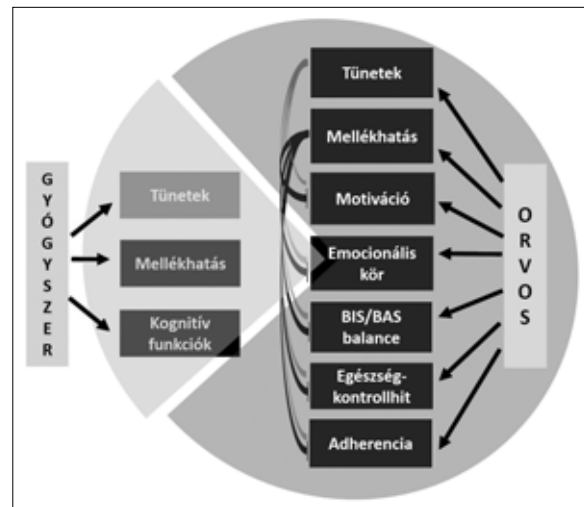
Az egészségkontrollhely skála használatával előrejelezhető a pszichiátriai betegek számára tervezett pszichoedukációs programok sikeressége, emellett a kezelés alatt álló pszichiátriai betegek egészséghitének változása is követhető.

Saját vizsgálatunkban az D-HLOC skálán értek el szignifikánsan magasabb pontszámot az addiktológiai zavarban szenvedők a pszichotikus zavar és az affektív zavar csoportokhoz képest. Ugyanakkor az I-HLOC alsóskálán szintén jelentősen több pontot értek el az összes többi alcsoporthoz képest. Fontos kiemelni, hogy a szenvedélybetegségben szenvedők csoportja különösen motivált, önként jelentkező, motivációs interjúban átesett betegcsoport volt [32].

MEGBESZÉLÉS

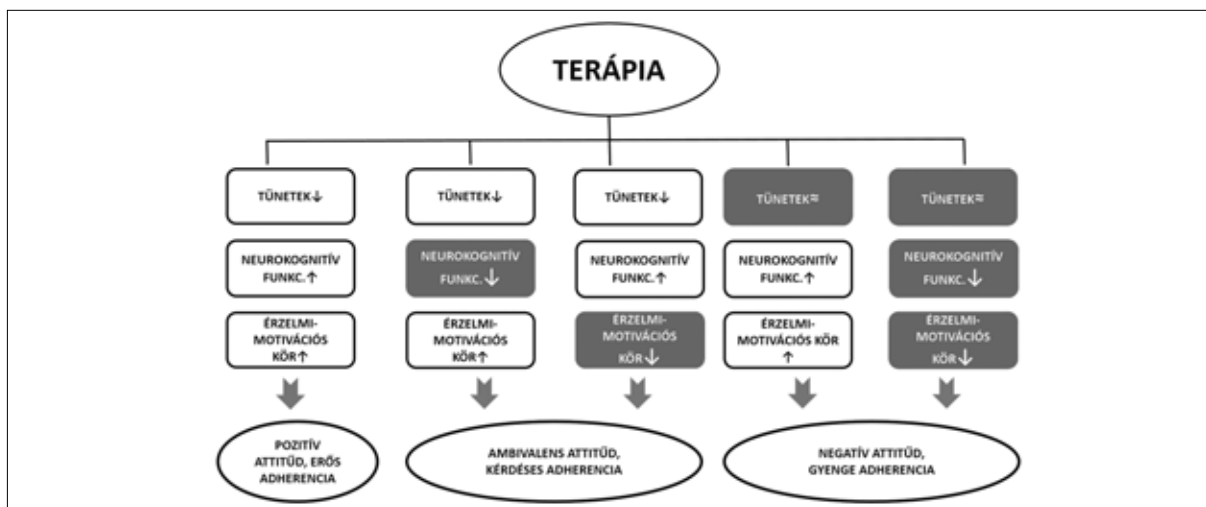
Az egészségkontrollhit jelentősége kétségtelen a kezeléssel való együttműködés szempontjából. A szakirodalmat áttekintve jól látható, hogy a testi betegségek esetén az egészségkontrollhit elemzését széles körben elvégezték, számos tanulmány olvasható a témában. A pszichiátria területén, ahol az adherenciával kapcsolatos problémák még kifejezettebbek, kevés adat áll rendelkezésre. Ez részben azzal magyarázható, hogy a mentális egészség sokáig nem képezte részét az általános egészségről alkotott fogalomnak, másrészt a pszichés betegek kezelésével kapcsolatos, a szomatikus betegségek gyógyításában kevésbé jellemző ellenállás, stigmatizáció, betegségelátás hiánya más irányba terelte a klinikusok figyelmét a betegvezetéssel kapcsolatban. A pszichiáternek azzal kell szembesülnie az esetek többségében, hogy a beteg nem fogadja el, hogy kezelésre van szüksége, vagy ellenkezőleg, fokozott betegségtudata miatt inadekvát kezelést és kitüntetett figyelmet követel. Mindkét esetben egy torzított és módosításra szoruló viszonyulást kell korrigálnia a terapeutának. Az egészségkontrollhit esetében felmerül a kérdés, hogy milyen szinten végezhető ez a korrekció; lehet-e az egészségkontrollhit változtatására törekedni kezelőorvosként a megfelelő adherencia elérése céljából. A szomatikus betegségekkel foglalkozó vizsgálatokból kiderül, hogy a depressziós tünetek a gyengébb belső kontrollal járnak együtt és közvetlenül, vagy a depressziós állapoton keresztül rontják az adherenciát is. Nem kellően tisztázott kérdés azonban, hogy a gyenge belső kontroll a depresszió következménye-e, vagy ezeknél a személyeknél a hiányzó belső kontrollhit olyan stabil személyiségvonás, amely a depresszióra hajlamosító személyiségstruktúrához szorosan kapcsolódik, de nem ok-okozati összefüggés mentén. Fontos kérdés, hogy az egészségkontrollhit milyen mértékben változtatható, és milyen irányú változtatása lehet célravezető. A megfelelő adherencia kialakítása a pszichiáterek egyik legfontosabb feladata, így az egyes betegek egészségkontrollhitével kapcsolatos ismeretek bővítése szükséges. A pszichiátriai betegek kezelése során kiemelt fontosságú a megfelelő betegvezetés, a hatótényezők helyes megválasztása, tudatos tervezése a gyógyszeres kezelés hatásának kiaknázása mellett. Ezen tényezők jelentősége a hosszútávú kezelés során folyamatosan növekszik, a gondozómunka szerepe még inkább előtérbe kerül (1. ábra). A kutatások arra utalnak, hogy a krónikus betegséghez való alkalmazkodás mértékét inkább a belső egészségkontroll változása határozza meg, és nem a kiinduláskor mérhető értéke. A belső egészség-

1. ábra A gyógyszer és a kezelőorvos hatótényezői



kontroll változása és a betegséghez való alkalmazkodás közötti összefüggés ismeretében a súlyos, rapidan progrediáló betegségekben szenvedők számára tervezhető pszichológiai intervenciók (a kontroll fokozásának támogatása, a fókusz áthelyezése a betegség befolyásolhatatlan aspektusairól arra, hogy mit tehet önmagáért a páciens) [12]. Annak ellenére, hogy az észlelt kontroll jelentőségét krónikus pszichiátriai betegségekben szenvedők életminősége, jólléte, funkcionálása tekintetében is kimutatták, korábban alig foglalkoztak az ezt befolyásoló tényezőkkel és kerestek ennek javítását célzó intervenciók lehetőségeket [33]. A pszichiátriai betegségekkel foglalkozó közleményekben a kezelés hatására változó kontrollhitről kevés adat van. Ugyanakkor a súlyos szomatikus betegségek esetén arról számoltak be, hogy a gyógyulás elmaradása esetén a belső kontrollhitet felváltja a külső kontrollhit azoknál a betegeknél, akik mentálisan sikeresebben alkalmazkodtak betegségükhöz. Ez arra utal, hogy a kontrollhit változtatható, sőt, úgy tűnik, hogy a változás a jobb alkalmazkodás feltétele az esetek egy részében. További értékes példa, hogy az életkorral is változik a kontrollhit (a belső kontroll helyét a külső veszi át) [34; 35], valamint a szülővé válás [36] vagy sebési beavatkozási típus [16] is hatással lehet rá.

Fontos összefüggés továbbá, hogy negatív életeseemények a külső kontrollt [37; 38], míg pozitív életeseemények a belső kontrollhitet erősítik [39]. Kézenfekvő lenne tehát, hogy a belső kontroll támogatása alapvető célkitűzés lehet a terápiás folyamat során. A kérdés azonban összetett, hiszen a belső kontrollhit a pszichés betegek esetén sokszor azzal is együtt jár, hogy a külső segítséget nem fogadják el, vagy éppen a külső kontroll elutasítása, az orvossal szembeni bizalom hiánya

2. ábra A kezelés során észlelhető különböző pszichobiológiai mintázatok eltérő attitűdöt, adherenciakészséget eredményeznek.

nehezíti a terápiás folyamatot. A korábban már idézett, konkrétan a gyógyszereszedést vizsgáló hosszútávú tanulmányban a „külső kontroll” pontszám korrelált pozitívan a jobb adherenciával [18]. Mindez felveti annak a lehetőségét, hogy nem célszerű egyetlen kontrollhite fókuszálni, hiszen az egyes alsókálak által reprezentált hitek egymással párhuzamosan, egymást kiegészítve, dinamikusan illeszkednek egymáshoz. Hatékonyabb modellnek tűnik, ha a kiindulási állapotban felmérés készül az egészségkontrollhitról, elemzést készítünk ennek komponenseiről és azt határozzuk meg, hogy szükség van-e változtatásra, és ha igen, ez milyen irányban történjen. Tekintve, hogy az egészségkontrollhitet meghatározó tényezők között kiemelkedő fontosságú a tanulási képesség, valamint az érzelmi-motivációs rendszer, az ezekkel a funkciókkal kapcsolatos részfelmérések hasznosak lehetnek. A 2. ábra szemlélteti az egyes komponensek szerepét az egészségkontrollhit, valamint az adherencia kialakításában pszichés betegség esetén.

KONKLŰZIÓ

A pszichiátriai betegségek esetében az egészségkontrollhittel kapcsolatos ismeretek bővítése szükséges, mivel az adherencia kialakulásában a kontrollhit szerepe kiemelkedő jelentőségű. A legtöbb testi betegségekkel kapcsolatos keresztmetszeti vizsgálatban a belső kontrollhittel a depressziós tünetek negatívan korrelálnak és jobb életminőség társul hozzá. Ugyanakkor a követéses vizsgálatok alapján a terápia hatékonyságától függően a belső kontrollról a külső kontrollra való váltás jobb megküzdést eredményezhet. Fontos továbbá, hogy a gyógyszereszedési hajlandóság a külső

kontrollal mutatott szorosabb összefüggést. A pszichés betegségek esetén az egészségkontrollhit felmérése és óvatos, egyénre szabott módon történő korrekciója javasolható a hatékonyabb együttműködés kialakítása érdekében. A mentális betegségek kezelését érintő egészségkontrollhit részletesebb és behatóbb vizsgálata feltétlenül indokolt lenne.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS: A kutatás az FK 131315 OTKA pályázati forrásból valósult meg.

LEVELEZŐ SZERZŐ: Dr. Pogány László

Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet
1135 Budapest, Lehel utca 59.

E-mail: pogany.laszlo.dr@gmail.com

IRODALOM

1. Rotter JB. Social learning and clinical psychology. Prentice-Hall (1954).
2. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological monographs (1966) 80: 1-28.
3. Wallston KA. Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. Cognitive Therapy and research (1992) 16: 183-199.
4. Baum A, Aiello, J.R., Calesnick, L.E. Crowding and personal control: social density and development of learned helplessness. Journal of Personality and Social Psychology (1978) 36: 1000-1011.
5. Rafael B, Konkoly Thege, B, Kovacs, P, and Balog, P. [Anxiety, depression, health-related control beliefs, and their association with health behavior in patients with ischemic heart disease]. Orvosi hetilap (2015) 156: 813-22.

6. Dabbs JM, Jr., and Kirscht, JP. "Internal control" and the taking of influenza shots. *Psychological reports* (1971) 28: 959-62.
7. Lowery BJ, and DuCette, JP. Disease-related learning and disease control in diabetics as a function of locus of control. *Nursing research* (1976) 25: 358-62.
8. Wallston KA, Stein, MJ, and Smith, CA. Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. *Journal of personality assessment* (1994) 63: 534-53.
9. Wallston KA, Wallston, B.S. Health locus of control scales. In *Research with the Locus of Control Construct* Edited by Lefcourt H. M. Academic press (1981) Vol.1.
10. Rock DL, Meyerowitz, BE, Maisto, SA, and Wallston, KA. The derivation and validation of six Multidimensional Health Locus of Control Scale clusters. *Research in nursing & health* (1987) 10: 185-95.
11. Taylor SE, Kemeny, ME, Reed, GM, Bower, JE, and Gruenewald, TL. Psychological resources, positive illusions, and health. *The American psychologist* (2000) 55: 99-109.
12. Cvenegros JA, Christensen, AJ, and Lawton, WJ. Health locus of control and depression in chronic kidney disease: a dynamic perspective. *Journal of health psychology* (2005) 10: 677-86.
13. West LM, Borg Theuma, R, and Cordina, M. Health locus of control: Its relationship with medication adherence and medication wastage. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP* (2018) 14: 1015-1019.
14. Indelicato L, Mariano, V, Galasso, S, Boscari, F, Cipponeri, E, Negri, C, et al. Influence of health locus of control and fear of hypoglycaemia on glycaemic control and treatment satisfaction in people with Type 1 diabetes on insulin pump therapy. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association* (2017) 34: 691-697.
15. Theofilou P. Medication adherence in Greek hemodialysis patients: the contribution of depression and health cognitions. *International journal of behavioral medicine* (2013) 20: 311-8.
16. Kulpa M, Zietalewicz, U, Kosowicz, M, Stypula-Ciuba, B, and Ziolkowska, P. Anxiety and depression and cognitive coping strategies and health locus of control in patients with ovary and uterus cancer during anticancer therapy. *Contemporary oncology* (2016) 20: 171-5.
17. Marijanovic I, Pavlekovic, G, Buhovac, T, and Martinac, M. The relationship between health locus of control, depression, and sociodemographic factors and amount of time breast cancer patients wait before seeking diagnosis and treatment. *Psychiatria Danubina* (2017) 29: 330-344.
18. Lima MP, Machado, WL, and Irigaray, TQ. Predictive factors of treatment adherence in cancer outpatients. *Psycho-oncology* (2018) 27: 2823-2828.
19. Mostafavian Z, Abbasi Shaye, Z, Faraj Pour, A, and Hosseini, G. The data on health locus of control and its relationship with quality of life in HIV-positive patients. *Data in brief* (2018) 18: 1967-1971.
20. Preau M, Vincent, E, Spire, B, Reliquet, V, Fournier, I, Michelet, C, et al. Health-related quality of life and health locus of control beliefs among HIV-infected treated patients. *Journal of psychosomatic research* (2005) 59: 407-13.
21. Bergvik S, Sorlie, T, and Wynn, R. Coronary patients who returned to work had stronger internal locus of control beliefs than those who did not return to work. *British journal of health psychology* (2012) 17: 596-608.
22. Siennicka AE, Goscinska-Bis, K, Wilczek, J, Wojcik, M, Blaszczyk, R, Szymanski, FM, et al. Perception of health control and self-efficacy in heart failure. *Kardiologia polska* (2016) 74: 168-178.
23. Bonafe FSS, Campos, LA, Maroco, J, and Campos, J. Locus of control among individuals with different pain conditions. *Brazilian oral research* (2018) 32: e127.
24. Dhurve K, Scholes, C, El-Tawil, S, Shaikh, A, Weng, LK, Levin, K, et al. Multifactorial analysis of dissatisfaction after primary total knee replacement. *The Knee* (2017) 24: 856-862.
25. Asadi-Pooya AA, Schilling, CA, Glosner, D, Tracy, JJ, and Sperling, MR. Health locus of control in patients with epilepsy and its relationship to anxiety, depression, and seizure control. *Epilepsy & behavior : E&B* (2007) 11: 347-50.
26. Christensen AJ, Turner, CW, Smith, TW, Holman, JM, Jr., and Gregory, MC. Health locus of control and depression in end-stage renal disease. *Journal of consulting and clinical psychology* (1991) 59: 419-24.
27. Kostka T, and Jachimowicz, V. Relationship of quality of life to dispositional optimism, health locus of control and self-efficacy in older subjects living in different environments. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* (2010) 19: 351-61.
28. Hovenkamp-Hermelink JHM, Jeronimus, BF, van der Veen, DC, Spinhoven, P, Penninx, B, Schoevers, RA, et al. Differential associations of locus of control with anxiety, depression and life-events: A five-wave, nine-year study to test stability and change. *Journal of affective disorders* (2019) 253: 26-34.
29. Thakral S, Bhatia, T, Gettig, EA, Nimgaonkar, VL, and Deshpande, SN. A comparative study of health locus of control in patients with schizophrenia and their first degree relatives. *Asian journal of psychiatry* (2014) 7: 34-7.
30. Combes C, and Feral, F. [Drug compliance and health locus of control in schizophrenia]. *L'Encephale* (2011) 37 Suppl 1: S11-8.
31. De Las Cuevas C, Penate, W, Betancort, M, and Cabrera, C. What do psychiatric patients believe regarding where control over their illness lies? Validation of the multidimensional health locus of control scale in psychiatric outpatient care. *The Journal of nervous and mental disease* (2015) 203: 81-6.
32. Pogany L, and Lazary, J. [Pharmacological treatment and health control beliefs from the perspective of psychiatric patients: differences in attitudes]. *Neuropsychopharmacologia Hungarica : a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesület lapja = official journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology* (2019) 21: 170-178.
33. Wagner EH, Austin, BT, Davis, C, Hindmarsh, M, Schaefer, J, and Bonomi, A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health affairs* (2001) 20: 64-78.
34. Lachman ME. Perceived control over aging-related declines: adaptive beliefs and behaviors. *Curr Dir Psychol Sci* (2006) 15: 282-286.
35. Lang FR, and Heckhausen, J. Perceived control over development and subjective well-being: differential benefits across adulthood. *J Pers Soc Psychol* (2001) 81: 509-23.
36. Nowicki S, Ellis, G, Iles-Caven, Y, Gregory, S, and Golding, J. Events associated with stability and change in adult locus of control orientation over a six-year period. *Personality and individual differences* (2018) 126: 85-92.
37. Barlow DH. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *The American psychologist* (2000) 55: 1247-63.
38. Darshani RKND. A review of personality types and locus of control as moderators of stress and conflict management. *Int J Sci Res Publ* (2014) 4: 2250-3153.
39. Cobb-Clark D, Schurer, S. Two economists musings on the stability of locus of control. *Econ J* (2013) 123: F358-400.

Health control beliefs and chronic illness: how do they relate?

The health locus of control has been extensively analyzed in different patient populations suffering from chronic somatic illnesses due to its influence on adherence to long-term therapies. Despite of the fact that adherence is one of the most important factors which needs to be taken into consideration in the outpatient care of psychiatric patients, there is a scarcity of studies regarding HLOC in this population. In this review we provide an overview of study results regarding HLOC in somatic and psychiatric patients. Based on these results we conclude that in the case of patients suffering from chronic illnesses, a higher internal HLOC is associated with less severe depressive symptoms and better adherence and quality of life. Nevertheless, the results of the follow-up studies indicate that change of HLOC (from internal to external) can be adaptive when the outcome is not favourable or the treatment is not effective. The continuous evaluation of HLOC of psychiatric patients in treatment may provide necessary information for the planning of interventions to help this process. Taking into consideration that the patients' perception of control is often impaired due to the nature of psychiatric illnesses we propose evaluation of psychobiological factors influencing health locus of control in order to facilitate the planning of these interventions.

Keywords: health locus of control; HLOC; MHLOC; adherence; chronic psychiatric disorder