

2014.
LXXXIX.
évfolyam,
3. szám

ORVOS- KÉPZÉS



Pszichoszomatika a fókuszban

- ▶ A pszichoszomatika **helyzete** a 21. század elején
- ▶ **Pszichoonkológia**
- ▶ A **pszichoimmunológia** klinikai horizontja
- ▶ Az **elhízás** pszichoszomatikája
- ▶ **Pszichonefrológia**: a krónikus vesebetegség pszichoszociális aspektusai
- ▶ A **női reprodukív egészség** pszichoszociális vetületeiről
- ▶ Pszichoszomatikus zavarok és **stressz orvosok körében**
- ▶ **Szívbeteg**ek pszichoterápiájának lehetőségei



FELELŐS SZERKESZTŐ

Merkely Béla
merkely.bela@kardio.sote.hu

FŐSZERKESZTŐK

Gál János
janos.gal67@gmail.com

Langer Róbert
roblanger@hotmail.com

Túry Ferenc
turyferenc@gmail.com

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG

Graduális képzés

Matolcsy András
matolcsy@korb1.sote.hu

PhD-képzés

Szél Ágoston
szel@ana2.sote.hu

Szakorvos-továbbképzés

Szathmári Miklós
szatmik@bel1.sote.hu

Rezidens- és szakorvosképzés

Préda István
predadr@gmail.com

Tagok

Ádám Veronika, Bereczki Dániel, Bitter István, Csermely Péter, de Châtel Rudolf, Dobozy Attila, Eckhardt Sándor, Édes István, Fazekas Árpád, Fejérdy Pál, Fekete György, Halász Béla, Karádi István, Kárpáti Sarolta, Kásler Miklós, Keller Éva, Kollai Márk, Kopper László, Ligeti Erzsébet, Losonczy György, Magyar Kálmán, Mandl József, Muszbek László, Nagy Károly, Nardai Sándor, Nemes Attila, Németh János, Noszál Béla, Palkovits Miklós, Papp Gyula, Papp Zoltán, Petrányi Győző, Répássy Gábor, Rigó János, Réthelyi Miklós, Romics Imre, Rosivall László, Sótonyi Péter, Szendrői Miklós, Szirmai Imre, Szollár Lajos, Telegdy Gyula, Tompa Anna, Tóth Miklós, Tulassay Zsolt, Tulassay Tivadar, Vasas Lívia, Vincze Zoltán, Zelles Tivadar

Az ORVOSKÉPZÉS megjelenik negyedévente. Megrendelhető a Kiadótól.

Szerzői jog és másolás: minden jog fenntartva. A folyóiratban valamennyi írásos és képi anyag közlési joga a szerkesztőséget illeti. A megjelent anyag, illetve annak egy részének bármilyen formában történő másolásához, ismételt megjelenítéséhez a szerkesztőség hozzájárulása szükséges.



ORVOSKÉPZÉS

A graduális és posztgraduális képzés folyóirata
2014; LXXXIX. évfolyam, 3:365-428.
Pszichoszomatikus zavarok a fókuszban

Orvosképzés Szerkesztőség:
1086 Budapest, Nagyvárad tér 4.

Kiadja és terjeszti:

Semmelweis Kiadó
1086 Budapest, Nagyvárad tér 4.

Telefon: 210-4403

Fax: 210-0914, 459-1500/56471

Internet honlap:

www.semmelweiskiado.hu

E-mail: info@semmelweiskiado.hu
orvoskepzes@semmelweiskiado.hu

Szerkesztő:

VINCZE JUDIT
vincze.judit@mail.datanet.hu

Illusztráció:

ÁNGYÁN GERGŐ

Kiadásért felel:

TÁNCOS LÁSZLÓ
tancos@mail.datanet.hu

Hirdetésszervező:

KOVÁCS VERONIKA
Telefon: 215-1401, 06 20/ 221-5265
kovver@net.sote.hu

ISSN 0030-6037

 **Semmelweis Kiadó**
www.semmelweiskiado.hu



ORVOSKÉPZÉS

A graduális és posztgraduális
képzés folyóirata
2014; LXXXIX. évfolyam, 3:365-428.
Pszichoszomatikus zavarok
a fókuszban

E-ORVOSKÉPZÉS

Töltse le a folyóirat korábbi számait is a
www.semmelweisikiado.hu/folyoiratok
oldaláról!

Tartalom – Pszichoszomatikus zavarok a fókuszban

Szerkesztette: Túry Ferenc, Novák Márta, Purebl György

	Túry Ferenc előszava	367
	ÖSSZEFOGLALÓ TANULMÁNYOK	
Túry Ferenc Novák Márta Purebl György	A pszichoszomatika helyzete a 21. század elején <i>Psychosomatic medicine at the beginning of the 21st century</i>	369
Dégi L. Csaba	Pszichoonkológia Psychooncology	374
Lázár Imre	A pszichoimmunológia klinikai horizontja <i>The clinical horizon of psychoimmunology</i>	381
Perczel Forintos Dóra Papp Ildikó	Az elhízás pszichoszomatikája <i>Psychosomatics of obesity</i>	391
Rónai Katalin Zsuzsanna Molnár Miklós Zsolt Szeifert Lilla Mucsi István Novák Márta	Pszichonefrológia: a krónikus vesebetegség pszichoszociális aspektusai <i>Psychonephrology: psychosocial aspects of chronic kidney disease.</i>	398
Szigeti F. Judit Konkolý Thege Barna Lőrincz Jenő	A női reprodukív egészség pszichoszociális vetületeiről <i>Psychological concerns of female reproductive health</i>	406
Széneyi Gábor Ádám Szilvia Gyórfly Zsuzsa Túry Ferenc	<i>Pszichoszomatikus zavarok és stressz orvosok körében</i> <i>Psychosomatic disorders and stress among doctors.</i>	415
Tiringer István	Szívbetegség pszichoterápiájának lehetőségei <i>Psychotherapy with cardiac patients.</i>	421



DR. TÚRY FERENC
*tanszékezető egyetemi tanár
Magatartástudományi Intézet,
Semmelweis Egyetem,
Budapest*

Pszichoszomatikus zavarok a fókuszban

Szerkesztők: Tury Ferenc, Novák Márta, Purebl György

Előszó

A pszichoszomatika a szomatikus orvostudomány képviselői által nehezebben elfogadható szubdiszciplínák közé tartozik. Ennek részben az lehet az oka, hogy a határterületek mindig „gyanúsak”: hová is tartoznak? Mennyiben a testi orvoslás felségterülete a pszichoszomatika, s mennyi lehet a szerepe a pszichológiának abban, hogy e zavarok magyarázatában fontos útmutatót adjon? Lényeges továbbá az is, hogy mi lehet a pszichoterápiák szerepe a kezelésben?

A jelen tematikus szám a pszichoszomatika mai fejlődését szeretné bemutatni néhány különösen érdekes terület exponálásával. A mai integratív gondolkodás különösen kedvezhet a modern pszichoszomatika elfogadásának: a test és lélek határait kutató biológiai és pszichoszociális szakterületek ma olyan közel kerültek

egymáshoz, mint még soha. A korábban jellemző dualista felfogás, amely a testet és lelket külön entitásként tételezte, ma már feloldódott a modern orvostudomány eredményei nyomán tért hódító integratív törekvésekben.

Reméljük, hogy e tematikus szám tartalma érdekes és gondolatébresztő lesz a legkülönbözőbb orvostudományi szakterületek számára.

Tury Ferenc
a Lapszám főszerkesztője



ORVOSKÉPZÉS folyóirat szerzői útmutatója

A folyóirat célja: Az 1911 óta megjelenő Orvosképzés legfontosabb célja a hazai orvoskollégák folyamatos graduális és posztgraduális képzésének támogatása. A lap elsősorban olyan munkák közlését tartja feladatának, amelyek az orvostudomány egy-egy ágának újabb és leszűrt eredményeit foglalják össze magas színvonalon úgy, hogy azok a gyakorlat orvoshoz, szakorvoshoz, klinikushoz és elméleti orvoshoz egyaránt szolgáljanak. Emellett lehetőség van eredeti közlemények és esetismertetések benyújtására, és az újság a Semmelweis Egyetem szakmai kötelező szinten tartó tanfolyamok előadási összefoglalóinak is teret ad. Az eredeti közlemények a rendszeres lapszámokban, vagy a témához kapcsolódó tematikus lapszámokban kapnak helyet. Fontos feladatunknak tartjuk, hogy rezidens kollégák tollából származó esetismertetések is közlőjünk, melyeket mentori ajánlással kérünk benyújtani. A beadott dolgozatokat a szerkesztőbizottság előzetes bírálatra adja ki, és a kézirat közlésére a bíráló eredményének függvényében kerül sor. Tudományos dolgozat benyújtására az alábbiak szerint van lehetőség:

- Esetismertetés (case report)
- Fiatal doktorok (PhD) tudományos beszámolója, új eredményeinek összefoglalása (nem tézisek vagy doktori értekezések!)
- Klasszikus összefoglaló közlemény az elméleti és klinikai orvostudomány bármely területéről, a legújabb irodalmi eredmények felhasználásával
- „Update” jellegű közlemény, azaz nem egy téma kidolgozása, hanem adott szakterület legújabb tudományos eredményeinek összefoglalása
- Előadási összefoglaló (a tanfolyamszervezők felkérése alapján)

A kézirat: A tudományos közleményeket elektronikusan, Word dokumentum formátumban kérjük eljuttatni a szerkesztőségbe. Az illusztrációkat, ábrákat és táblázatokat külön file-ként kérjük elküldeni. Az ábrák címzeit és az ábramagyarázatokat a Word dokumentumban külön oldalon kell feltüntetni, az ábra/táblázat számának egyértelmű megjelölésével. A digitális képeket minimum 300 dpi felbontásban kérjük, elfogadjuk tif, eps, illetve cdr kiterjesztésű file-okat. A kézirat elfogadása esetén az ábrákat a szerkesztőség nyomtatott formában is kéri elküldeni. Az orvosi szavak helyesírásában az Akadémia állásfoglalásának megfelelően, a latin írásmód következetes alkalmazását tekintjük elfogadottnak. Magyarosan kérjük írni a tudományágak és szakterületek, a technikai eljárások, műszerek, a kémiai vegyületek neveit. A szerkesztők fenntartják maguknak a stiláris javítás jogát. A mértékegységeket SI mértékrendszerben kérjük megadni.

A kézirat felépítése a következő: (1) címlap, (2) magyar összefoglalás, kulcsszavakkal, (3) angol összefoglalás (angol címmel), angol kulcsszavakkal, (sorrendben): magyar cím, angol cím, (4) rövidítések jegyzéke (ha van), (5) szöveg, (6) irodalomjegyzék, (7) ábrarajezék, (8) táblázatok, (9) ábrák. Az oldalszámozást a címlaptól kezdve kell megadni és az egyes felsorolt tételeket külön lapon kell kezdeni.

(1) A *címlapon* sorrendben a következők szerepeljenek: a kézirat címe, a szerzők neve, valamint a szerzők munkahelye, a kapcsolattartó szerző pontos elektronikus és postai címének megjelölésével. (2–3) Az *összefoglalást* magyar és angol nyelven kell beküldeni, külön oldalakon, a következő szerkezet szerint: „Bevezetés” („Introduction”), „Célkitűzés” („Aim”), „Módszer” („Methods”), „Eredmények” („Results”) és „Következtetések” („Conclusions”) lényegre törő megfogalmazása történjék. A magyar és az angol összefoglalások terjedelme – külön-külön – ne haladja meg a 200 szót (kulcsszavak nélkül). A témához kapcsolódó, maximum 5 kulcsszót az összefoglalók oldalán, azokat követően kérjük feltüntetni magyar és angol nyelven. (4) A kéziratban előforduló, nem általánosan elfogadott *rövidítésekről* külön jegyzéket kell készíteni abc-sorrendben. (5) A szövegtörzs szerkezete világos és az olvasó számára átlátható legyen. Eredeti közlemények esetén a „Beveze-

tő”-ben röviden meg kell jelölni a problémafelvetést, és az irodalmi hivatkozásokat a legújabb eredeti közleményekre és összefoglalókra kell szűkíteni. A „Módszer” részben világosan és pontosan kell leírni azokat a módszereket, amelyek alapján a közölt eredmények születtek. Korábban közölt módszereket esetén csak a metodika alapelveit kell megjelölni, megfelelő irodalmi hivatkozással. Klinikai vizsgálatoknál a kéziratához csatolni kell az illetékes etikai bizottság állásfoglalását. Állatkísérletek esetén a Magyar Tudományos Akadémia – Egészségügyi Tudományos Tanács – állatkísérletekre vonatkozó etikai kódexe érvényes, melyre a metodikai részben utalni kell. A statisztikai módszereket és azok irodalmát is meg kell adni. Az „Eredmények” és a „Megbeszélés” részeket világosan kell meg szerkeszteni. *Referáló közlemények* benyújtása esetén a szövegtörzs altémákra osztható, melyeket alcímek vezessenek be. *Összefoglaló referátumoknál* a szövegtörzs terjedelme ne haladja meg a 30 000 karaktert (szóközzel), *eredeti közleménynél* (klinikai, vagy kísérletes) ne haladja meg a 20 000 karaktert (szóközzel), *esetismertetésnél* ne haladja meg a 10 000 karaktert (szóközzel), *előadási összefoglaló* esetén pedig ne haladja meg a 8000 karaktert (szóközzel).

Irodalom: a hivatkozásokat (maximum 50, előadási összefoglalónál maximum 10) a szövegben való megjelenés sorrendjében tüntessék fel. A szövegben a hivatkozást a sorszáma jelöli.

Hivatkozás cikke: sorrendben: szerzők neve (6 szerző felett et al./és mtsai): cikk címe, folyóirat neve (Index Medicus szerint rövidítve) év; kötetszám:első-utolsó oldal. Példa: 1. Kelly PJ, Eisman JA, Sambrook PN: Interaction of genetic and environmental influences on peak bone density. Osteoporosis Int 1990; 1:56-60. **Hivatkozás könyvfejezetre,** sorrendben: a fejezet szerzői: a fejezet címe. In: szerkesztők (editors): a könyv címe. A kiadás helye, kiadó, megjelenés éve; fejezet első-utolsó oldala. Példa: 2. Delange FM, Ermans AM. Iodide deficiency. In: Braverman LE, Utiger RD, eds. Werner and Ingbar's the thyroid. 7th ed. Philadelphia, Lipincott-Raven, 1996; 296-316.

Ábrarajezék: a megjelenés sorrendjében, arab számmal sorszámozva egymás alatt tartalmazza az ábra címét és alatta rövid és lényegre törő ábramagyarázatot

Táblázatok: külön-külön lapokon kérjük, címmel ellátva és arab számmal sorszámozva. Törekedjenek arra, hogy a táblázat könnyen áttekinthető legyen, ne tartalmazzon zavaróan sok adatot.

Ábrák: külön-külön lapokon kérjük. Csak reprodukálható minőségű ábrákat, fényképek küldését kérjük (min. 300 dpi felbontásban), a korábban megjelölt file formátumokban. A kézirat elfogadása esetén a nyomtatott ábrát kérjük beküldeni a szerkesztőségbe és az ábra hátoldalán puha ceruzával kérjük jelölni a szerző nevét, arab számmal az ábra sorszámat és a vertikális irányát.

A formai hiányossággal beküldött kéziratokat nem tudjuk elfogadni. A gyors lektori és korrektúrafordulók érdekében kérjük a legbiztosabb levelezési, illetve e-mail címet, telefon- és faxszámot megadni. Elfogadás esetén külön levélben kérjük jelezni, hogy a szerzők a közleménnyel egyetértenek (és ezt aláírásukkal igazolják), valamint lemondanak a folyóirat javára a kiadási jogról. Írásbeli engedélyt kérünk mellékelni a már közölt adat/ábra felhasználása, felismerhető személy ábrázolása, szerzőnek nem minősülő személy nevének említése/feltüntetése esetén. A szerkesztőség az általa felkért szakértők személyét titkossággal kezeli. A kézirat tulajdonjoga a megjelenésig a szerzőt illeti meg, a megjelenés napján tulajdonjoga a kiadóra száll. A megjelent kéziratok megőrzésére szerkesztőségünk nem tud vállalkozni.

A kéziratok benyújtását a következő címre várjuk:

Prof. Dr. Merkely Béla főszerkesztő
Semmelweis Egyetem, Kardiológiai Központ
1122 Budapest, Városmajor u. 68
Tel: (06-1) 458-6810
E-mail: orvoskepzes@kardio.sote.hu

A pszichoszomatika helyzete a 21. század elején

Psychosomatic medicine at the beginning of the 21. century

Túry Ferenc, Novák Márta, Purebl György

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

E-levél: turyferenc@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÁS A 20. század orvostudománya óriási eredményekkel büszkélkedhet, mind több kóreltani folyamat megértésével kapcsolatban, mind pedig hatékony diagnosztikus és terápiás eszközök kifejlesztésében. Mégis úgy tűnik, ez a robbanásszerű fejlődés a betegségek többségében nem hozott átütő eredményeket – sok terápiás eljárás a gyakorlatban kevésbé hatékony, mint a bevezetését megelőző klinikai vizsgálatokban. Számos adatunk van ma már arra, hogy a terápiák hatékonyságát a hétköznapiakon számos tényező gátolja – ezen tényezők nagy része pszichoszociális, egyes esetekben spirituális tényező. Ma már egyre többet tudunk arról is, milyen pszichológiai, szociális és spirituális tényezők függenek össze a testi betegségekkel, és a robbanásszerűen fejlődő epigenetika segítségével egyre többet ismerünk meg azokból a mechanizmusokból, amelyek a biológiai folyamatokat a pszichológiai változásokkal összekapcsolják. Ezen túl hatékony módszerekkel képesek vagyunk befolyásolni a betegségekkel összefüggő pszichológiai folyamatokat. Mindezek miatt paradigmaváltás történik a medicinában. A korábban is hangoztatott pszichoszomatikus szemlélet immár az alaptudományokkal és bizonyítékokon alapuló módszerekkel támogatott új megközelítést jelent a gyakorlati orvostudományban.

KULCSSZAVAK biopszichoszociális-spirituális modell, egészséggléktan, epigenetika, pszichoszomatika

SUMMARY Medicine in the 20th century has achieved several landmark discoveries both in the understanding of the pathophysiology of diseases, and developing diagnostic tools and therapies. Despite of this, the management of most diseases did not result in drastic improvement, since many therapies are not as effective in everyday clinical practice as they were shown in the previous clinical trials. There are studies available which reflect that the effectiveness of therapies is limited by several factors, including many psychosocial and, at times, spiritual factors. We know more and more regarding which psychological, social and spiritual aspects relate to somatic disorders, and with the rapidly evolving field of epigenetics we have a better understanding of how biological and psychological processes relate to and impact each other. Furthermore, we are able to better manage and treat the psychological problems in relation to medical illnesses. Thanks to these advances, there is a new paradigm in medicine, where the psychosomatic aspects of diseases become more accepted with the support of research evidence from both basic sciences and evidence-based interventions.

KEY WORDS biopsychosocial-spiritual model, epigenetics, health psychology, psychosomatics

Bevezetés

Miközben a bizonyítékokon alapuló orvostudomány folyamatosan újabb és újabb terápiás eszközöket fejleszt, a hétköznapiakon nagyon gyakori az elvárhatónál szerényebb klinikai javulás és a részleges remisszió (1). Különösen igaz mindez a nagy népegészségügyi jelentőségű krónikus betegségekre. A kettes típusú cukorbetegség, a krónikus obstruktív tüdőbetegség, a szív- és érrendszeri betegségek, vagy a depresszió kezelése sokszor nem elég hatékony a mindennapi gyakorlatban. Úgy tűnik tehát, hogy a terápiás eszköztár fejlesztése önmagában nem elégséges: a hatékonyság érvényesítéséhez valami másra is szükség van a medicinában. Mindehhez érdemes végiggondolnunk, hogy milyen tényezők gátolhatják a hatékonyságot.

A terápiák hatékonyságának egyik gyakori gátját a társuló pszichés zavarok jelentik. A legtöbb krónikus betegség esetén előbb vagy utóbb megjelennek komorbid pszichológiai tünetek és/vagy pszichiátriai zavarok (leggyakrabban a depresszió). Amennyiben ezek figyelmen (és kezelésen) kívül maradnak, a legtöbb krónikus betegségben nem tudunk hosszú távú sikereket elérni (2, 3). További fontos gátat jelentenek az együttműködési nehézségek, melyek természetesen összefüggenek a pszichés komorbiditással is, de sokkal gyakoribbak és általánosabbak – vagyis nemcsak azoknak a betegeknek vannak együttműködési problémáik, akik pszichés tünetekkel is rendelkeznek. Hátterük sok esetben az, hogy nincs megfelelő együttműködés és konszenzus a beteg és az orvos között a betegségre és a kezelésre vonatkozóan. Ez a konszenzushiány korláto-

zódhat a gyógyszeresedésre (adherencia), de sok esetben az orvos és beteg közti általános összhang (konkordancia) hiányát jellemzik. Egyre több meggyőző vizsgálatot ismerünk arra vonatkozóan, milyen óriási problémát jelent mindez a hétköznapi életben – ezek szerint a betegek többsége nem követi megfelelően a terápiás ajánlásokat (1, 4, 5).

A hatékony terápiát gátló harmadik helyzet az, amikor van valamiféle konszenzus a beteg és az orvos között, de ez nem megfelelő. Ennek leggyakoribb példája a kváziterápia. Ez azt jelenti, hogy a beteg inadekvát kezelést kap a meglévő panaszára, mert ő is és az orvos is ódzkodik az adekvátabb kezeléstől. A panaszok enyhítése megtörténik ugyan, de a háttérben álló betegség nem oldódik meg. A kváziterápia gyakori lehet például a depresszió kezelésében: mivel a betegek megbélyegzőnek érzik a pszichiátriai kezelést, a depresszió különböző tüneteit kezelik – az alvászavart altatóval, az energiahányt vitaminokkal, a szorongást nyugtatóval, az alapbetegséget azonban nem (6). Mindez nemcsak mentális zavarok esetében létezik: sok cukorbeteg még akkor is orális antidiabetikumot szed, amikor már réggen inzulinkezelésre van szüksége. Valamennyi tüneti javulás elérhető kváziterápiával, de az alapbetegség kezeletlenül marad, a betegek életminősége csak kismértékben javul, a hosszú távú szövődmények pedig nem védhető ki ilyen módon. A kváziterápiához hasonló probléma a gyógyszerek nem megfelelő dózisban szedése: a betegek gyakran szinte automatikusan a legalacsonyabb (általában nem terápiás) dózissra törekszenek, különösen akkor, ha mellékhatásoktól tartanak, sokszor az orvos hallgatólagos beleegyezésével.

Mindezeket túl a betegség lefolyását sokszor nemcsak pszichés, hanem szociális tényezők is befolyásolhatják, valamint a beteg gondolkodása saját életéről és ennek spirituális dimenzióiról (ezek a kérdések súlyos, potenciálisan halálos betegségek esetén a betegek jelentős részénél fontossá válhatnak). Úgy tűnik tehát, hogy szemléletváltásra van szükség a hétköznapi orvosi gyakorlatban. Sokszor nem elég a tünetekkel és kezelésükkel foglalkozni – a pszichés háttértényezők és a betegségről való gondolkodás megértése nélkül nem tudunk tartós sikert elérni. Olyan szemléleti modellre van tehát szükség, amely igyekszik megérteni a beteg betegségről való gondolkodását, és a testi tünetekkel egységben kezeli a beteg pszichés háttértényezőit, szociális helyzetét, és spiritualitását – ehhez a szemlélet-hez járul hozzá nagyon is gyakorlatias eszközökkel a pszichoszomatika.

Mi a pszichoszomatika?

A *pszichoszomatikus szemlélet* hiánypótló szerepet tölt be a pszichiátria és a szomatikus orvostudományi szakágak között. A krónikus betegségekkel társuló magas pszichiátriai komorbiditás ellátása éppen a népegészségügyi méreteknél fogva nem hárítható át a pszichiátriára vagy a klinikai pszichológiára – az általános orvoslásnak kell olyan kompetenciákkal rendelkeznie, amelyek a pszichoszomatikus ellátás első lépcsőfokát biztosítani tudják (a lépcsőzetes ellátás modelljének megfelelően: az alapellátásban már fontos az ilyen szemlélet, az egyes orvosi szakterületek szakellátási hálózatában is, s a súlyosabb állapotú betegek kerülnek a pszichiátriai szakellátásba. Az, hogy a (súlyosabb állapotú) pszichoszomatikus betegek könnyebben eljussanak szükség esetén a pszichiátriai/pszichoterápiás ellátásig, az alap- és a szomatikus szakellátás szemléletén múlik. A pszichoszomatika tehát megkönnyíti a szomatikus szakorvosok helyzetét, egyben biztosítja az átmenetet a pszichiátriai ellátás felé is súlyosabb esetekben.

Számos olyan betegség terheli az általános orvosi praxis különböző területeit, amelyben a pszichológiai tényezők központi szerepet játszanak, és ezek célzott kezelése nélkül nem érhető el tartós javulás – ezek a hagyományos értelemben vett pszichoszomatikus betegségek. Ezek indokolatlanul terhelik az ellátás különböző területeit, magas költségeket generálnak, s a betegek életminősége alacsony. A teljesség igénye nélkül néhány ilyen betegség: szomatizációs zavar (számos részterületen), irritabilis bél szindróma, refluxbetegség (gasztroenterológia), fibromyalgia (reumatológia, ortopédia), tinnitus (fül-orr-gégészet), krónikus nem bakteriális prostatitis, krónikus fáradtság szindróma, szexuális diszfunkciók (urológia, nőgyógyászat), evészavarok (pszichiátria, nőgyógyászat, plasztikai sebészet), enuresis nocturna, gyermekkori hasfájás (gyermekgyógyászat). A pszichoszomatikus szemlélet tehát nem egyszerűen „alkalmazott pszichológia vagy pszichiátria az orvos hétköznapijában”. Részben általános szemléletmód, részben nagyon gyakorlatias készségek gyűjteménye, mely segítségével valóban a beteget, és nem csak betegségét tudjuk kezelni.

A *pszichoszomatika* az orvoslás egyik népegészségügyi jelentőségű, interdiszciplináris területe. Valószínűleg éppen ez utóbbi sajátossága miatt sok szakember nehezen fogadja el önálló problémakörnek. A fogalom kettős: egyrészt a pszichoszomatikus betegségekre, a gyógyító *gyakorlatra*, másrészt a test és lélek elválaszthatatlan kapcsolatát, azaz a holisztikus megközelítést

képviselő pszichoszomatikus orvostudomány *elméletére* vonatkozik (7). Ennek alapja a biopszichoszociális betegségszemlélet, amely a biológiai, pszichológiai és társadalmi-kulturális tényezőknek a betegségeknek játszott szerepét egyaránt figyelembe veszi. Ehhez újabban a spirituális tartományt is hozzákapcsolják. A pszichoszomatikához, mint szemlélethez gyakorlati/szervezeti síkon szorosan csatlakozik a konzultációs-kapcsolati pszichiátria (8, 9). Bár a két terület alapvetően eltérő alapokon nyugszik, mindkettőnek lényege a szomatikus és pszichés zavarok komplex szemlélete. Jelenleg nemzetközileg is megfigyelhető a két fogalomkör egyé válása szakmai szinten is (pl. szakképzések, szakvizsgák, társaságok működése). Ehhez az integratív szemlélethez illeszkednek a medicinában megjelent „új” paradigmák, holisztikus szemléletű irányzatok („whole person care”, narrative medicine”).

Ha a gyógyító gyakorlatot tekintjük, érdemes a pszichoszomatikus betegségek klinikai helyét megemlíteni. A pszichoszomatikus zavarok *klasszikus* felosztása három tünettani egységet különít el (10):

- ▶ konverziós tünetek (organikus eltérés nincs a tünetek szimbólumjellegűek, demonstratívák, lelki konfliktuson alapulnak);
- ▶ funkcionális szindrómák (egyes szervek funkciózavarára mellett organikus eltérés nincs);
- ▶ pszichoszomatózisok (ezek a szűkebb értelemben vett pszichoszomatikus betegségek, amelyekben kifejezett szervi elváltozások vannak). Ide tartozik a hét „szent” betegség is (anorexia nervosa, asthma bronchiale, colitis ulcerosa, esszenciális hipertónia, neurodermatitis, rheumatoid arthritis, ulcus duodeni). Lényeges, hogy nem dichotóm zavarokról van szó (vagy pszichés, vagy organikus), hanem a testi és lelki összetevők különböző mértékű egymásra hatásáról (is-is).

Történetileg érdemes felemlíteni a pavlovi reflexelméletet, vagy Selye stresszelméletét. Ezek a megfigyelések a test és lélek szoros kapcsolatát illusztrálták. A stressz testi hatásairól ma már közhelyszerű beszélni: ennek alapján vannak, akik a pszichoszomatikát egyenesen „stressz medicina”-ként kezelik. Ez túlságosan leegyszerűsítő volna. Ma azt mondhatjuk, hogy a lineáris okság helyett a cirkuláris okság kínál jó magyarázatot a zavarok kialakulására, fejlődésére (11, 12).

A test-lélek kapcsolatának legújabb kutatási területei ma a következőkben foglalhatók össze, részben *Novack és mtsai* (13) áttekintése nyomán:

- ▶ pszichoendokrinológia és pszichoneuroimmunológia;

- ▶ az idegtudományok fejlődése, például pszichológiai hatások nyomon követése agyi funkcionális képalkotó eljárásokkal; a szociális idegtudományok kialakulása;
- ▶ a tükroneuronok felfedezése, az emberi kapcsolatok (például az empátia) idegtudományi alapjai;
- ▶ szociális tényezők egészségre gyakorolt hatásainak vizsgálata;
- ▶ epigenetikai hatások vizsgálata;
- ▶ integratív terápiás megközelítés (pszicho- és farmakoterápiák kombinációja).

A következőkben e kutatási területeket mutatjuk be röviden. Természetesen számos más terület is szóba jöhetne, terjedelmi korlátok miatt azonban erre nincs mód.

A *pszichoendokrinológia és a pszichoneuroimmunológia* az 1980-as évektől kezdett erőteljesen kibontakozni. Számtalan kutatási adat utalt arra, hogy az endokrin rendszer, az idegrendszer és az immunrendszer igen szoros kölcsönhatásban működik. A korábbi klinikai megfigyelések például az immunbetegségek pszichológiai befolyásolhatóságáról evidencián alapuló tudományos tényné váltak. Egy adat: a depresszió az immunkompetencia csökkenését okozza (14). Az alap kutatások mellett számos klinikai, szakmai gyakorlatban megvalósult terület is elismertséget nyert, ennek legjobb példája talán a pszichoonkológia.

A *szociális idegtudományok* még újabb, mindössze két évtizedes területet jelentenek (15). A humán kutatások és az állatkísérletek hagyományainak intergrációja útján azoknak a biológiai mechanizmusoknak a megértésére törekszik, amelyek a szociális viselkedésekben szerepet játszanak. Biológiai folyamatokat és módszereket alkalmaz a társadalmi és viselkedéses elméletek megértésében, valamint társadalmi és viselkedéses elveket az idegi szerveződés és az idegi funkciók elméleteinek finomításában. A „szociális agy” fogalma is megjelent – egyes agyi területek szociális hatásokkal szoros kapcsolatban vannak. Igen érdekes például az az adat, amely szerint a „szociális fájdalom” (kapcsolat nehézségek, traumák stb.) a fájdalomérzés pályáival szoros kapcsolatban vannak (16). Nemcsak az agy hat a szociális viselkedésekre, hanem a szociális viselkedések is befolyásolhatnak agyi funkciókat. Pozitív szociális interakciók elősegítik az oxitocin felszabadulását az agyban, ami a szociális kötődést növeli és csökkenti a stresszérzékenységet (17).

A test-lélek kapcsolat kutatásában a legújabb idegtudományi módszerek is szerepet kapnak. A képalkotó eljárások a szociális viselkedések követésétől kezdve a

pszichoterápiák hatékonyságának vizsgálatában is megjelentek. Kiderült például, hogy a pszichoterápiák a farmakoterápiákhoz hasonló agyi változásokat okoznak (áttekintés: 18). A pszichoterápiáknak tehát meggyőző pszichobiológiai hatásuk is van.

E területhez szorosan kapcsolódik a *tükörneuronok* felfedezése – ez az érzelmek, az empátia, vagy a szociális kapcsolatok megértésének neurális alapjait biztosította (összefoglaló: 19). Kiderült ugyanis, hogy a mozgások, érzelmek pusztá megfigyelése is hasonló neuronális köröket aktivál, mint a mozgás végrehajtása, az érzelem átélése. Ez a „megtestesült szimuláció” mechanizmusa, mely a tudattalan kommunikáció idegélettani alapját is képezhetik. Vegetatív kommunikáció is zajlik tehát az emberi kapcsolatokban. Az érzelmek, az empátia közvetítésében egyéb idegi mechanizmusok is részt vesznek. A szinkronitás szerepe lényeges például az önszabályozásban és a szimbólumhasználatban, az idői függést mutató interakciók pedig az oszcillátor rendszerek funkciójától, a „biológiai órák”-tól is függenek (20).

A *szociális tényezők* egészségre gyakorolt hatásai igen jelentősek. Az érzelmi-hangulati állapot vegetatív idegrendszeri változásokban is megjelenik. Egy sokat idézett adat: a miokardiális infarktus hátterében az A-típusú személyiség (ennek jellemzői között legfőképpen az ellenségesség) szerepe lényeges. Az inkább egyénlélektani jellemzőkön túlmenően a szocioökonómiai helyzet, a társas támogatás, a társas hálózatok, vagy a vallásos hit egészségbefolyásoló hatását több vizsgálat megerősítette (21). A szociális izoláció például a kardiovaszkuláris kockázati tényezők között ugyanolyan hatású, mint a magas vérnyomás vagy a dohányzás.

Az *epigenetika* robbanásszerű változást hozott a biológiai és pszichoszociális tényezők kölcsönhatásának megértésében, a test és lélek tudományainak közelítésében. Az epigenetika azt vizsgálja, hogy a környezeti hatások milyen módon befolyásolják az egyes gének érvényre jutását (expresszióját). Egyes hatások csökkentik, mások pedig növelik egyes gének érvényre jutását. Számos pszichológiai tényező rendelkezik epigenetikus hatással, ilyenek például az anyai gondoskodás, illetve a kora gyermekkori hatások, a stressz (22), valamint terápiás szemszögből nézve egyes stresszcsökkentő beavatkozások (23). Úgy tűnik tehát, hogy az epigenetika segítségével kapunk választ arra, hogyan képesek pszichológiai hatások biológiai változásokat előidézni, vagyis választ kapunk Selye János klasszikussá vált kérdésére, „hogyan jut a stressz a bőrünk alá?”

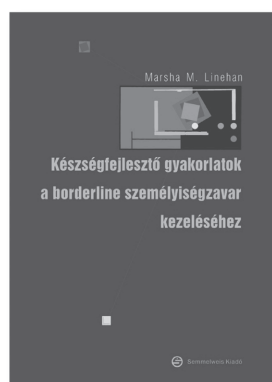
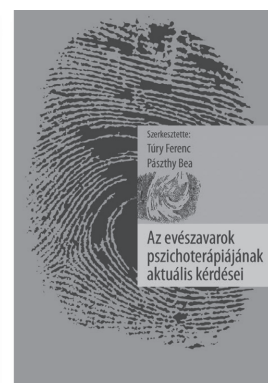
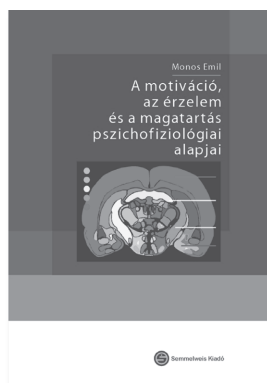
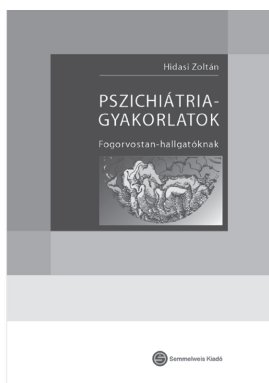
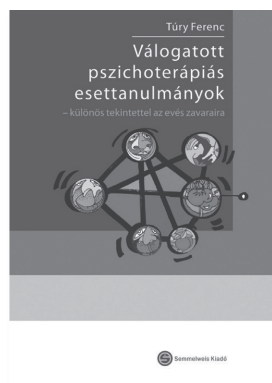
A tudományágak közeledésének egyik következménye az *integratív terápiás szemlélet* terjedése, amely a pszichoszomatikában alapvető. Korábban a lineáris ok-sági gondolkodás vezérelte a terápiás stratégiát: először egyféle modalitás próbáljunk ki, s ha nem hatékony, egy másik következhet. Ma már hatalmas irodalma van a pszicho- és farmakoterápiák kombinálásának, amely igen sokszor hatékonyabb lehet, mint az egyedüli módszer.

A jelenlegi összeállításban olyan írások látnak napvilágot, amelyek a pszichoszomatika néhány fontos területét mutatják be. Természetesen sok más témakör szóba jöhetett volna, mert olyan mértékű fejlődést tapasztalhatunk az orvostudomány e fontos ágában. Ehelyütt elsősorban azokat a témákat foglaljuk össze, melyekben fontos hazai kutatások is zajlanak.

Irodalom

1. Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, World Health Organization, 2003.
2. Hannah K, Marmot M, Hemingway H. Systematic review of prospective cohort studies of psychological factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Seminars in Vascular Medicine* 2002; 2:267-314.
3. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007; 370:851-858.
4. Kripalani S, Yao X, Haynes B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. A systematic review. *Arch Intern Med* 2007; 167:540-549.
5. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence (review). *The Cochrane Collaboration*, 2008. Epub: http://www.sefap.it/servizi_letteraturacardio_200807/CD000011.pdf
6. Wells KB, Katon W, Rogers B, Camp P. Use of minor tranquilizers and antidepressant medications by depressed outpatients: results from the Medical Outcome Study. *Am J Psychiatry* 1994; 151:694-700.
7. Blumenfeld M, Strain JJ. *Psychosomatic medicine*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
8. Wise MG, Rundell JR szerk. A pszichoszomatikus orvoslás kézikönyve. Útmutató a konzultációs-kapcsolati pszichiátriához. Léleklben Otthon Kft, Budapest, 2007.
9. Túry F, Novák M. *Pszichoszomatika – bevezetés*. In: Füredi J, Németh A, Tariska P szerk. A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest, Medicina, 2009; 689-693.
10. Luban-Plozza B, Pöldinger W, Kröger F. *Pszichoszomatikus betegek az orvosi gyakorlatban*. Budapest, Animula, 1994.
11. Tiringier I. A modern pszichoszomatika elmélete és gyakorlata. In: Kállai J, Kézdi B szerk.: *Új távlatok a klinikai pszichológiában*. Budapest, Új Mandátum Kiadó, 2003; 127-143.

12. Túry F. Az orvoslás szemléleti modelljei – a biopszichoszociális modell. In: Kopp M, Berghammer R. szerk. Orvosi pszichológia. Budapest, Medicina, 2009; 27-35.
13. Novack DH, Cameron O, Epel E, Ader R, Waldstein S, Levenstein S, Antoni M, Wainer AR. Psychosomatic medicine: the scientific foundations of the biopsychosocial model. Academic Psychiatry 2007; 31:388-401.
14. Lázár I. Gyakorlati pszichoimmunológia. Immunrendszeri megbetegedések. In: Kopp M, Berghammer R szerk.: Orvosi pszichológia. Budapest, Medicina, 2009; 388-413.
15. Singer T. The past, present and future of social neuroscience: a European perspective. Neuroimage 2012; 61:437-449.
16. Eisenberger NI. The neural bases of social pain: evidence for shared representations with physical pain. Psychosom Med 2012; 74:126-135.
17. Uvnäs-Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. Psychoneuroendocrinology 1998; 23:819-835.
18. Roffman JL, Marci CD, Glick DM, Dougherty DD, Rauch SL. Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy. Psychol Med 2005; 35:1385-1398.
19. Simon M, Herold R, Fekete S, Tényi T. A tükörneuronok – avagy újabb adatok az interszubjektivitás neurobiológiájáról. Psychiatria Hungarica 2007; 22:418-429.
20. Feldman R. Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. J Child Psychol Psychiatry 2007; 48:329-354.
21. Marmot MG. Understanding social inequalities in health. Perspectives in Biology and Medicine 2003; 46:Suppl 3:S9-S23.
22. Champagne FA. Epigenetic influence of social experiences across the lifespan, Developmental Psychobiology 2010; 52: 299-311.
23. Epel E, Daubenmier J, Moskowitz JT, Folkman S, Blackburn E. Can meditation slow rate of cellular aging? Cognitive stress, mindfulness, and telomeres. Ann N Y Acad Sci 2009; 1172:34-53.



A Semmelweis Kiadó ajánlata Pszichológia és Pszichiátria témakörben



Semmelweis Kiadó
1089 Budapest, Nagyváradi tér 4.
www.semmelweiskiado.hu

A kiadó könyvei megvásárolhatók könyvesboltjainkban vagy megrendelhetők honlapunkról.

■ **LEGENDUS KÖNYVESBOLT**
1089 Budapest, Nagyváradi tér 4.
Tel.: 210-4408, 459-1500/56141
Nyitva tartás: H-P: 9-16 óra
info@semmelweiskiado.hu

■ **EOK KÖNYVESBOLT**
1094 Budapest, Tüzoltó utca 37-47.
Tel.: 459-1500/60475
Nyitva tartás: H: 13-15 óra,
K-P: 9-13 óra

Pszicho-onkológia

Psychooncology

Dégi L. Csaba

Babeş-Bolyai Tudományegyetem, Szociológia és Szociális Munka Intézet, Kolozsvár

E-levél: d.csaba@socasis.ubbcluj.ro

ÖSSZEFOGLALÁS A daganatos megbetegedés és halandóság nem újkori, civilizációs jelenség, s világszerte a leggyakoribb betegségterhet és halálokat képezi. A pszicho-onkológia a daganatos betegek, családjaik és a kezelő személyzet pszichológiai terhelését és reakcióit vizsgálja a betegség minden szakaszában, illetve azokat a pszichoszociális tényezőket kutatja, amelyek hozzájárulnak az onkológiai betegségfolyamat és a túlélés megértéséhez. Jelenleg a daganatos folyamattal, illetve a prognózissal összefüggő pszichoszociális hatásokról sokkal meggyőzőbb adatokkal rendelkezünk, mint a daganat kialakulásával kapcsolatos pszichoszociális tényezőkről. Tanulmányunkban a pszicho-onkológiai vizsgálati modell alkalmazásának szükségességét hangsúlyozzuk, annak ellenére, hogy a daganatos kórfolyás és a pszichoszociális tényezők kapcsolatában még számos tisztázandó kérdés van.

KULCSSZAVAK daganatos distressz, életminőség, pszicho-onkológia, szupportív kezelés

SUMMARY Cancer morbidity and mortality are not considered incidents of civilization, and they are the most common burden of disease and cause of death worldwide. Psychooncology is dealing with the psychological responses of cancer patients, their families and caregivers, but it also examines the psychological, social and behavioural factors that contribute to cancer cause and survival. Earlier studies concluded that the role of disease-related psychosocial variables and effects in the cancer process and outcome is more convincing than the impact of psychosocial factors on cancer development. This study underscores the need for applying the psychooncologic approach despite the fact that there are still numerous unanswered questions in the interconnection between cancer process, progress and various psychosocial aspects.

KEY WORDS cancer distress, psychooncology, quality of life, supportive care

Transzlációs kutatás

A daganat egy szabályozatlan életforma, amelyet meg kell értenünk (1). A daganatok kórfolyamata szélsőségesen soktényezős valóság, melynek vitathatatlan előnye, hogy emlékeztet arra: a daganatos betegek emberek (2). A daganatos betegség a testet támadja, de attól a pillanattól, hogy az érintett erről tudomást szerez, pszichés és társas életterében is megindul a tumor pusztító hatása (3). A pszicho-onkológiai megközelítés szerint a multifaktoriális eredetű daganatos betegség kóroktanában a pszichoszociális tényezőknek kiemelt szerepük van, ugyanis ezek hozzájárulhatnak a krónikus betegség fennmaradásához vagy súlyosbodásához (4).

Az onkológián belül az egyik legdinamikusabban fejlődő ágazat a pszicho-onkológia vagy onkopszichológia. E tudományterület a daganatos betegségek megelőzésével, diagnosztikájával, kezelési és megküzdési le-

hetőségeivel, illetve a betegek pszichoszociális rehabilitációjával foglalkozik az életminőség javítása érdekében (5, 6). A pszicho-onkológiai megközelítés elterjedésének legfontosabb magyarázata, hogy az 1970-es években a fejlett nyugati országokban a daganatos betegséggel kapcsolatos megbélyegzés és tagadás annyira enyhült, hogy lehetővé vált a daganatos betegek pszichológiai reakcióinak a tanulmányozása (6).

A daganatos betegségek biopszichoszociális rendszerben való vizsgálatáról, illetve a genetikai/biológiai, lélektani és társas/környezeti tényezők hatásáról az onkogenézisben és prognózisban 70 prospektív pszicho-onkológiai kutatás eredményei alapján megállapítható, hogy a daganatos betegségekben a test-lélek-környezet kapcsolatának több alapkérdése is megválaszolatlan (7). Ez alapvetően azzal magyarázható, hogy a daganatos betegség könnyen emocionalizálódik és előítéletekkel telítődik, a rosszindulatú jelleghez társuló bűn, büntetés, bűnhődés és halálképzetek miatt (8).

Sőt, az elmúlt 20 évben a pszichoonkológia fejlődésével sem változott a daganatos betegek kielégítetlen pszichoszociális igényeinek az igen magas aránya (9), bár a fájdalom és a kezelések mellékhatásainak enyhítésében jelentős előrelépések történtek és tudatosult az, hogy a pszichoszociális tényezők befolyásolják a karcinogén növekedést és invazivitást serkentő élettani folyamatokat, illetve meghatározzák a daganatos betegek együttműködési készségét is (10). Ezt Greer (2) a kutatás és beavatkozás szakadéknak nevezi.

A pszichoonkológiát, bár egyre több onkológiai intézetben jelent elfogadható távlatot a daganatos betegek kezelésében, kevés országban sikerült integrálni a klinikai ellátásba, ami főképp azzal magyarázható, hogy általában (jellemzően a fejlett országokban) a daganatos betegségek medikális és biotechnológiai aspektusai hangsúlyosabbak, mint a pszichoszociálisak (11). Egy hatástanulmány szerint például az alacsony szocioökonomiai státussal rendelkező, etnikai kisebbségi csoporthoz tartozó és a beavatkozás előtt magas érzelmi distressz állapotról beszámoló daganatos nőknek használnak leginkább a szupportív pszichoszociális beavatkozások (12).

A pszichoonkológiai kutatások korszerűbb és összetettebb szemléletmódot, illetve megbízhatóbb módszertani minőséget képviselnek, ugyanis a daganatos betegségekkel kapcsolatos bio-pszicho-szocio-ökonomiai-spirituális tényezők szerepét általában együttesen vizsgálják. Ugyanakkor a hangsúlyt a translációs kutatásra helyezik, azaz az elmúlt évtizedek alapvető felfedezéseinek klinikai alkalmazásokba való átültetése központi jelentőségű. Ennek értelmében az immunológiai és endokrinológiai mechanizmusok szerepe a daganatos betegség folyamatában a pszichoszociális háttértényezők figyelembevételével értelmezhető (8).

Tanulmányunkban azokra a pszichoszociális szempontokra (pl. distressz, életminőség) helyezük a hangsúlyt, melyek a daganatos betegségek jelentős részében közösek, mert a tumor objektív jellegzetességei bizonytalan támpontot adnak annak a megértéséhez, hogy a páciensek hogyan alkalmazkodnak krónikus állapotukhoz. A krónikus betegségmagatartás részben független a szomatikus állapottól, illetve az objektív leletek jellegétől, súlyosságától, így többnyire olyan, a betegségfeldolgozásba bevont pszichoszociális tényezők alakítják, mint a depressziós tünetegyüttes, a szorongás, vagy a jóllét (13).

Daganatos distressz

A páciens által megtapasztalt érzelmi és szociális distressz (depresszió, szorongás, alkalmazkodási zavarok és stigmatizáció) a hatodik vitális tünet a hőmérséklet, légzés, pulzus, vérnyomás, és fájdalom mellett (6). Az érzelmi distressz felismerését és kezelését a Nemzetközi Pszichoonkológiai Társaság (IPOS) emberjogi kérdésnek tekinti és ennek elfogadásáért küzd.

A nemzetközi vizsgálatok összegző adatai szerint daganatos betegeknel a depresszív zavarok aránya 1,5%–60% között mozog, amelybe a major affektív és az alkalmazkodási zavarokat egyaránt beszámítják (14). A közelmúltban Polsky és mtsai (15) longitudinális kutatásukban a depressziós tünetegyüttes előfordulásának kockázatát vizsgálták a medikális diagnózis (daganatos, illetve szívérrendszeri betegségek, diabétesz, arthritis és krónikus tüdőbetegségek) függvényében, 8387 felnőtt (51–61 éves) személynél. A daganatos betegségek esetében volt a legnagyobb a depresszió előfordulásának kockázata, illetve a klinikailag szignifikáns depresszió aránya (13,1%) a többi betegséghez mérten. A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés eredményei szerint a klinikailag szignifikáns, kezelést igénylő depresszió (a Beck Depresszió Skálán 19 feletti pontérték) előfordulási gyakorisága a daganatos nők körében 28,5%, illetve a daganatos férfiak esetében 27,4% (16). Pszichiátriai epidemiológiai vizsgálatok szerint a szorongásos és a depressziós tünetegyüttes együttes előfordulása 50% körüli (17).

A depressziós tünetegyüttes átlagosan 25%-ban van jelen a tumoros betegek körében, azonban a daganatos kórlefolyás előrehaladtával ennek prevalenciája elérheti a 75%-ot (18). Korábbi vizsgálatok igazolták, hogy daganatos betegeknel a lokalizáció szerint 7%-tól 47%-ig (bőr 7%; tüdő 39%; gyomor-bél 47%) terjed a depresszióval összefüggő mortalitási rizikó (19). Egy frissen közölt vizsgálatban azonban nem találtak összefüggést a daganat lokalizációja és a depresszió között (20). Más pszichoonkológiai tanulmányok is hangsúlyozták, hogy a tumor lokalizációjától és a betegség stádiumától függetlenül hasonló distresszrel válaszolnak a daganatos betegek az onkológiai diagnózisra/betegségre, a hasnyálmirigy-daganat kivételével. Ez feltehetően azzal magyarázható, hogy a daganatos betegek esetében az objektív testi állapotnak nincs akkora jelentősége, mint a testi korlátozottságra vonatkozó szubjektív értékelésnek (21), vagyis a daganatos betegségek kapcsán nagyobb szerepe lehet a beteggel, mint a betegséggel összefüggő tényezőknek. A daganatos betegek

20–30%-ánál a depresszió és a szorongás szintje a diagnózist követően is változatlanul magas marad (22).

A daganatos betegek gondozásában sajátosan nehéz megkülönböztetni a természetes szomorúságot a klinikai depressziótól, amit *Keller és mtsai* (23) közelmúltban végzett vizsgálata is megerősít, melyben 47%-ban téves diagnózist határoztak meg a vizsgálatban résztvevő sebészek (n=181). *Passik és mtsai* (24) felmérése szerint a szubklinikai depresszió esetében 79%-ban, míg a közepes és súlyos depressziós tünetegyüttes esetében csak 33%-ban, illetve 13%-ban van összhangban a daganatos betegek és a kezelőorvosok becslése. Eredményeik szerint a kezelőorvosok súlyosan alulértékelik a depressziós tünetegyüttest a klinikailag depressziós daganatos betegeknél. A magyarázatok között fontos kiemelni azt, hogy a daganatos betegek viszonylag gyorsan alkalmazkodnak az egészségügyi rendszer sajátosságaihoz, így ha az onkológiai rendszer csak gyógyszerезésen alapul, akkor adott esetben a beteg csak technikai, szükségszerű kapcsolatban marad a kezelő orvossal/személyzettel, ami egyértelműen megnehezíti a pszichoszociális explorációt és intervenciót (25). Végül nem elhanyagolható szempont az sem, hogy nem minden páciens szeretné, ha felismernék depresszióját. A szükséges pozitív beállítódás, illetve a kötelező „harcos lélek” a daganatos betegségekkel szemben olyan kulturálisan megerősített jelenségek, amelyek az onkológiai páciensekben és hozzátartozóikban egyaránt kialakíthatják azt a téves meggyőződést, hogy a negatív érzések, a depressziós tünetek felvállalása/megosztása rontja az egészségi állapotot és/vagy a hatékonyabb kezelés esélyeit (26).

A depressziós tünetek önmagukban is jelentős életminőség-romlást, ugyanakkor krónikus betegségekhez társulva gyakran jelentős többlet-funkcióromlást idéznek elő (ez a betegség objektív súlyosságával magyarázható funkciókárosodáson túl jelentkező funkcióromlás), és ezáltal fontos mortalitási kockázatot képviselnek (27). *Onitilo és mtsai* (19) longitudinális és reprezentatív kutatásukban, melyben 10 025 felnőtt személyt vizsgáltak átlagban 8 évig, négy vizsgálati csoportot határoztak meg a daganatos betegségek és a depressziós tünetegyüttes előfordulása függvényében: a) nincs daganatos betegség és depresszió – ez a referenciacsoport; b) van depresszió és nincs daganatos betegség; c) van daganatos betegség és nincs depresszió, illetve d) van daganatos betegség és depresszió is. A klinikai szempontból releváns tényezőkre való kontrollálás után a daganatos és depressziós betegeknek 19%, 24%, illetve 70%-kal nagyobb volt a mortalitási kocká-

zata a daganatos vagy a depressziós betegekhez, illetve a referenciacsoporthoz viszonyítva. A mortalitási ráta a daganatos és depressziós betegek esetében volt a legmagasabb, illetve a hagyományos rizikófaktoroktól függetlenül a depressziós betegek mortalitása legalább kétszerese volt a nem depressziósokéhoz viszonyítva. Mindezek mellett az epidemiológiai vizsgálatok felhívják a figyelmet az enyhe, klinikailag nem jelentős depressziós tünetek fontosságára is, ugyanis a pszichiátriai szignifikancia hiánya miatt az érintettek túlnyomó része kezeletlen marad (28). A depressziós daganatos betegek esetében 4-szer nagyobb a sürgött halálvágy, mint a nem depressziós társaik esetében (47% vs. 12% [29]).

A depressziós daganatos betegek kezelését nagymértékben korlátozza a terápiás nihilizmus (30) és az onkológusok tájékozatlansága (24). A terápiás nihilizmus abból a téves előfeltevésebből indul ki, mely szerint a daganatos betegek esetében normális, elkerülhetetlen, kezelhetetlen a depresszió (30). Magyar reprezentatív minta elemzése során azt találtuk, hogy a depresszióban is szenvedő daganatos férfiak 33,9%-át, illetve a nők 29,5%-át nem kezelték depresszió miatt (16). A szocioökonómiai státus (SES) meghatározza a depressziós tünetegyüttes kezelésének esélyét. *Ell és mtsai* (31) vizsgálati eredményei szerint az alacsony SES-sel rendelkező major depressziós emlő- és nőgyógyászati daganatos nők 12%-a részesült antidepresszív kezelésben, szemben a magas SES-nek örvendő társaikkal, akiknek 80%-a. Itt fontos megjegyeznünk, hogy a kísérleti vizsgálatok által megfogalmazott feltételezést, mely szerint az antidepresszív kezeléseknak tumorprogressziós hatásuk lehet, az epidemiológiai kutatások eredményei nem igazolták egyértelműen (32).

Végül a pszichoonkológiai szakirodalommal és a klinikai tapasztalattal egybevágóan fontos hangsúlyoznunk, hogy bár az onkológiai betegségfolyamat jelentős pszichoszociális terheléssel/sérüléssel jár együtt, a daganatos betegek nem lelki betegek, hacsak nem létezik valamilyen premorbid pszichiátriai tünet vagy zavar (5). A daganatos betegségről való nyílt kommunikáció fontosságát az onkológiai mortalitás szempontjából is igazolták a közelmúltban. *Soler-Vila és mtsai* (33) prospektív vizsgálatukban azt találták, hogy az onkológiai mortalitás kockázatát kizárólag az növelte, hogy a diagnózis alatt a családtagokkal és a barátokkal nem lehetett szabadon és nyíltan beszélni a daganatos betegségről.

Életminőség

Az Egészségügyi Világszervezet az életminőséget úgy definiálja, mint az egyén észlelését az életben betöltött helyéről, illetve mint az egyén értékelését a saját állapotáról az adott kulturális és értékrendszerben, személyes céljai, elvárásai, érdekei és veszélyeztetettsége függvényében (34). Az önkitöltő kérdőív a leggyakrabban használt eszköz a daganatos betegek életminőségének mérésére.

A betegségek jellemzően befolyásolják az életminőséget, azonban a daganatos betegség már akkor alapvetően hozzájárulhat az életminőség leromlásához, amikor a betegség tünetei és a kezelések még nem is jelentkeztek, a stigmaszerű onkológiai diagnózis pillanatában (18). Daganatos betegeknél az élet hozzáadása az évekhez, az életminőség legalább annyira fontos feladat, mint az évek hozzáadása az élethez, a túlélés, mivel krónikus betegeknél önmagában az élettartam meghosszabbításának előnyei nem egyértelműek. Egy vizsgálat eredményei szerint például a pácienseknek csak 22%-a választja a kemoterápiát, ha három hónapos túlélési esélytöbblet remélhető, és 68%-a dönt a kemoterápia mellett, ha ennek segítségével jelentősen csökkenthető a betegséghez társuló tünetek, még akkor is, ha az élettartam növekedésére nincs kilátás (35).

Az életminőség tulajdonképpen a betegség és a kezelések hatásának értékelése a beteg egyéni és szubjektív szemszögéből, amely nem minden tekintetben függ össze az aktuális betegségi állapottal, fizikai funkcionálitással, illetve az orvosok értékelésével (36). Az életminőség megítélése a daganatos páciensek és az orvosok között leginkább a szubjektív tényezők (pl. gondolatok, érzelmek, fájdalom) és kevésbé az objektív állapotok (pl. mobilitás, önellátási képesség) esetében különbözik (0,54–0,77 vs. 0,79–0,94; [37]).

Cella és mtsai (38) eredményei azt igazolták, hogy az életminőség viszonylag kismértékű javulása klinikailag szignifikáns, szemben a hasonló szintű életminőség-romlással, csökkenéssel, ami klinikailag nem szignifikáns. Úgy tűnik, hogy a daganatos betegek több negatív változást viselnek el az életminőség kapcsán, azaz inkább minimalizálják az egészségi állapotukra vonatkozó negatív értékeléseket a perspektivikus előnyök reményében.

Az egészséges felnőttekkel összehasonlítva a daganatos betegek alacsonyabb testi (21,2 vs. 22,7) és érzelmi jóllétről (18,1 vs. 19,9) számolnak be, a szociális/családi (22,3 vs. 19,1) és a funkcionális jóllét (18,8 vs. 18,5), illetve az életminőség (80,4 vs. 80,1) tekintetében a daganatos betegeknek tendenciálisan magasabb a pontszámátlaguk, mint az egészségeseknek (38, 39). Ez azzal magyarázható, hogy az onkológiai diagnózis és kezelés következtében a daganatos betegek életminőségének belső mértékei megváltoznak, átrendeződnek (response shift/véleményváltozás; ún. „elégedettségi paradoxon” [8]), vagyis a daganatos páciensek megtanulnak együtt élni a betegséggel és a medikális beavatkozásokhoz társuló, gyarapodó tünetekkel, illetve a csökkent funkcionálitási szinttel, a többszintű akadályozottsággal (38). A daganatos betegek az egészségi állapot objektív változásaihoz úgy alkalmazkodnak, hogy az életminőség belső referenciáit (megítélés, elvárás, kritériumok, érték) átalakítják, csökkentik, és ennek következtében magasabb pontszámot érnek el az életminőség skálákon. Ez azt jelenti, hogy az életminőség pontszám nemcsak a krónikus betegség hatását tükrözi önmagában, hanem az új egészségi állapothoz, helyzethez való alkalmazkodást is. Részben ezzel magyarázhatóak más vizsgálati eredmények is, amelyek nem találtak szignifikáns különbséget az életminőség tekintetében krónikus betegek és egészséges személyek között (40).

A pszichoonkológiai vizsgálatok többsége szerint az életminőség a betegség progresszió, illetve a túlélés önálló, független prognosztikai tényezője annak ellenére, hogy az életminőséget befolyásoló tényezők különböző mértékben változnak a daganat lokalizációja, a tumor stádiuma és az alkalmazott kezelések függvényében (41). Ámbár a betegség stádiuma függvényében szignifikánsan csökken az életminőség, illetve a testi és funkcionális jóllét, *Cella és mtsai* (38, 39) eredményei szerint a szociális és érzelmi jóllét esetében nincs statisztikailag jelentős különbség a kezdeti és az előrehaladott stádium között, a negatív tendencia ellenére sem. A szerzők szerint ez feltehetően azzal magyarázható, hogy a betegség előrehaladtával növekedik a családi, társas támogatottság és a betegséggel való megküzdés hatékonysága. Továbbá fontos kiemelni, hogy a kutatások eredményei szerint a daganatos betegséget túlélők többségének az életminősége visszaáll a betegség előtti állapotra, kisebb részének javul a szubjektív életminősége a premorbid időszakhoz viszonyítva, azonban egy részének továbbra is jelentősen negatívan alakul az életminősége (42).

Montazeri és mtsai (43) összegezték a daganatos betegek körében végzett életminőség-vizsgálatok legfontosabb tanulságait:

1. Az életminőség multidimenziós, így a felmérésére használt eszközöknek is több területet kell érinteni-

- ük (általában a testi, emocionális, szociális, funkcionális és spirituális dimenziókat).
2. A résztvevő megfigyelők meglehetősen rosszul ítélik meg a daganatos betegek életminőségét.
 3. Az invazív, agresszív terápiáknak lehet életminőség-növelő hatásuk.
 4. A betegséghez társuló tünetek mérhetően csökkentik az életminőséget.
 5. A kezelés előtti életminőség előrejelzi a kezelés alatti életminőséget, illetve a túlélési esélyeket.

Az életminőség alapvetően személyes tapasztalatok, hiedelmek, elvárások, illetve percepciók által befolyásolható, és ugyanolyan fontos mutató, mint az objektív leletek (44). Annak ellenére, hogy a páciensek 97%-a azt állítja, hogy az életminőség-vizsgálat egyszerű képet nyújt funkcionális szintjükről, illetve jóllétükről, és 87%-uk szerint hasznos lenne a standard medikális eljárás részévé tenni, a klinikai gyakorlatban az orvosok kevesebb, mint 50%-a alkalmazza. Ez azzal magyarázható, hogy - bár az egészségügyben dolgozó szakemberek 80%-a értékesnek ítéli az életminőség skálák alapján szerzett információkat - azokat „lágy” adatoknak tekintik, amelyek nem alkalmasak „kemény” mérésekre, mint például a laboreredmények (45). 1995-ben a pszichoonkológiai szakirodalomban nagyon valószínűnek tartották, hogy a 21. század első évtizedében az életminőség vizsgálata rutineljárás lesz a daganatos betegek ellátásában.

A daganatos betegek kedvező életminőségének megtartása a kórfolyamat bármely szakaszában alapvető akkor is, ha az alapbetegséget nem lehet kezelni (18). Például *Lynch és mtsai* (46) adatai szerint a fizikailag aktív daganatos betegek 17%-kal nagyobb pontszámot értek el az életminőség skálán inaktív társaikhoz viszonyítva.

Szupportív kezelés

A daganatos megbetegedések viszonylag jelentős része krónikus betegségnek tekinthető, ugyanis megfelelő gyógykezelés mellett hosszú távú betegségfolyás, egyensúly érhető el a potenciális negatív következmények és a gyors progrediálás megelőzése által (13). Ennek részeként jelenleg a pszichoonkológia legfontosabb feladata, hogy áthidalja a bizonyítékon alapuló ismeretek és a tényleges klinikai ellátás között tátongó szakadékot (2).

A depressziós és szorongásos tünetegyüttes, illetve a kedvezőtlen életminőség előfordulására és pszicho-

szociális hatásaira két szempontból is különösen fontos szakmai, klinikai figyelmet fordítani. Egyrészt megnyugtatóan nem igazolható az a feltevés, mely szerint az onkológiai diagnózist követő időszakban egyre csökken a daganatos distressz, azaz a szorongás és a depresszió prevalenciája (47). Másrészt a kezelés alatt bekövetkezett életminőség-változás, elsősorban a testi jóllét tekintetében, a daganatos betegség progressziója, illetve a túlélési esély szempontjából igazoltan központi jelentőséggel bír (48). Természetesen a daganatos betegek viszonyulása a betegséghez, nevezetesen a tagadás, illetve a kommunikációs elvárások és nyitottság is meghatározzák az életminőséggel kapcsolatos pszichoszociális igények ellátásának a szintjét. Az onkológiai betegek 25%-a csak az orvos kezdeményezésére beszélne szívesen érzelmi életéről és a mindennapi tevékenységeiről, illetve 20%-a egyáltalán nem nyitott arra, hogy kezelőorvosával a családról, vagy a társas életéről beszélgessenek (49). A pszichoszociális beavatkozásokat a krónikus betegek közül általában azok utasítják vissza, akik súlyos testi állapotban vannak, csak szomatikus kezelésben részesültek, kevéssé informáltak, sajátos fejlődési pszichopatológiai tünetek jellemzi őket, vagy a terápiás motivációban korlátozottak (4).

Mindazonáltal a bizonyítottan megváltoztatható, így a páciens számára tudatosan kezelhető pszichoszociális tényezők hatását az életminőség szempontjából alapvető megvizsgálni, ugyanis a tények alapján megtervezhető és kivitelezhető azon terápiás beavatkozások, melyekkel elérhető a daganatos betegek egészséggel kapcsolatos életminőségének hosszú távú fenntartása - ez pedig egy fejlett egészségügyi ellátórendszerben a pácienssel kapcsolatos hatékonyságmutató. A pszichoszociális beavatkozások és az onkológiai rehabilitáció, a jelenlegi bizonyíthatósági szinten, határozottan csökkenti a daganatos distresszt, a betegek pszichoszociális sérülékenységét, növeli a rákbetegek életminőségét, és feltehetően túlélést fokozó hatásuk van az immunmoduláció során (50). A pszichoterápiás intervenció pozitív hatásainak bizonyíthatósága ellenére a daganatos páciensek részéről megfogalmazódott pszichoszociális szükségletekkel való munka, illetve az onkopszichológiai szakszolgáltatások alulreprezentáltak az onkológiai munkában. A jelenlegi helyzet javítása érdekében *Greer* (2) olyan attitűdváltást javasol az orvosoknak és az onkológiai osztályokon dolgozó más szakembereknek, amely elismeri/felismeri a pszichoszociális beavatkozás életminőség- és prognózisjavító hatását. Ebben segítenek az pszichoonkológia nemzetközi és magyar irányelvei (5, 6), illetve az

online is elérhető multidiszciplináris és többnyelvű pszicho-onkológiai képzések (IPOS, APOS és NASW).

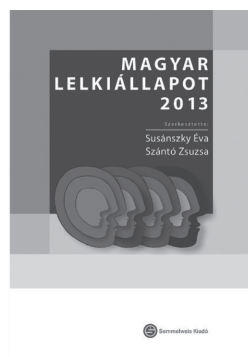
Köszönetnyilvánítás

A CNCS – UEFISCDI, PN-II-RU-TE-2012-3-0011 projekt támogatásával készült.

Irodalom

- Holland FJ. Are we winning the war against cancer? *Asia-Pac J Clin Oncol* 2012; 8(Suppl. 3):116-117.
- Greer S. Psychological intervention. The gap between research and practice. *Acta Oncol* 2002; 41:238-243.
- Komlósi P. A pszichoszociális rehabilitáció: csoport-pszichoterápia. In: Horti J, Riskó Á eds. *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina, 2006; 269-272.
- Riskó Á, Túry F. Pszichoterápia a pszichoszomatikus betegek kezelésében. In: Szőnyi G, Füredi J, eds. *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest, Medicina, 2008; 478-491.
- Horti J, Riskó Á. *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina; 2006.
- Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle R. *Psycho-oncology*. 2nd ed. New York, Oxford University Press; 2010.
- Garssen B. Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clin Psychol Rev* 2004; 24:315-338.
- Tiringer I. Pszichológiai szempontok az onkológiai betegek ellátásában. In: Kállai J, Varga J, Oláh A eds. *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina, 2007; 383-409.
- Barg FK, Cronholm PF, Straton JB, Keddem S, Knott K, Grater J, et al. Unmet psychosocial needs of Pennsylvanians with cancer: 1986-2005. *Cancer* 2007; 110:631-639.
- Kopp M. A pszichoszociális tényezők jelentősége, különös tekintettel a megelőzésre. In: Horti J, Riskó Á, eds. *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina, 2006; 42-50.
- WHO-IARC. *World cancer report 2008*. Lyon, World Health Organization; 2008.
- Taylor KL, Lamdan RM, Siegel JE, Shelby R, Moran-Klimi K, Hrywna M. Psychological adjustment among African American breast cancer patients: one-year follow-up results of a randomized psychoeducational group intervention. *Health Psychol* 2003; 22:316-323.
- Tiringer I, Varga J, Molnár E. Krónikus betegek ellátásának egészségpszichológiája. In: Kállai J, Varga J, Oláh A, eds. *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina, 2007; 305-331.
- Bailey RK, Geyen DJ, Scott-Gurnell K, Hipolito MM, Bailey TA, Beal JM. Understanding and treating depression among cancer patients. *Int J Gynecol Cancer* 2005; 15:203-208.
- Polsky D, Doshi JA, Marcus S, Oslin D, Rothbard A, Thomas N, et al. Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis. *Arch Intern Med* 2005; 165:1260-1266.
- Dégi CL. Pszichoszociális kockázati tényezők szerepe a daganatos megbetegedésekben. In: Kopp M, ed. *Magyar lelkiállapot, 2008*. Budapest, Semmelweis, 2008; 557-568.
- Rihmer Z, Szádóczky E, Füredi J, Kiss K, Papp Z. Anxiety disorders comorbidity in bipolar I, bipolar II and unipolar major depression: results from a population-based study in Hungary. *J Affect Disord* 2001; 67:175-179.
- Horváth Z, Telekes A. A daganatos betegek tüneteinek és azok kezelésének pszichoszociális vonatkozásai: a hányás és a hányinger. In: Horti J, Riskó Á, eds. *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina, 2006; 203-209.
- Onitilo AA, Nietert PJ, Egede LE. Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28:396-402.
- Lloyd-Williams M, Shiels C, Taylor F, Dennis M. Depression – an independent predictor of early death in patients with advanced cancer. *J Affect Disord* 2009; 113:127-132.
- Härter M, Reuter K, Aschenbrenner A, Schretzmann B, Marschner N, Hasenburger A, et al. Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient rehabilitation and outpatient treatment. *Eur J Cancer* 2001; 37:1385-1393.
- Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjöden PO. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer* 2001; 37:376-384.
- Keller M, Sommerfeldt S, Fischer C, Knight L, Riesbeck M, Lowe B, et al. Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. *Ann Oncol* 2004; 15:1243-1249.
- Passik SD, Dugan W, McDonald MV, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 1998; 16:1594-1600.
- Greenberg DB. Barriers to the treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 32:127-135.
- Fisch M. Treatment of depression in cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 32:105-111.
- Kovács M, Mészáros E. Életminőség és betegségteher a magyar lakosságot érintő leggyakoribb betegségekben a Hungarostudy 2002 adatai alapján. In: Kopp M, Kovács EM, eds. *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest, Semmelweis, 2006; 412-420.
- Purebl G, Kovács M. A depressziós tünetegyüttes kapcsolata a testi betegségekkel hatása az életminőségre. In: Kopp M, Kovács EM, eds. *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest, Semmelweis, 2006; 420-430.

29. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galiotta M, et al. Depression, hopelessness and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 2000; 284:2907-2911.
30. Pasquini M, Biondi M. Depression in cancer patients: a critical review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007; 3:1-9.
31. Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee PJ, Dwight-Johnson M, Lagomasino I. Depression correlates of depression and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23:3052-3060.
32. Steingart A, Cotterchio M, Kreiger N, Sloan M. Antidepressant medication use and breast cancer risk: a case-control study. *Int J Epidemiol* 2003; 32:961-966.
33. Soler-Vila H, Kasl SV, Jones BA. Prognostic significance of psychosocial factors in African-American and white breast cancer patients. *Cancer* 2003; 98:1299-1308.
34. World Health Organization. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL). Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41:1403-1409.
35. Di Maio M, Perrone F. Quality of life in elderly patients with cancer. *Health Qual Life Out* 2003; 1:1-44.
36. Patrick DL, Kinne S, Engelberg RA, Pearlman RA. Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions. *J Clin Epidemiol* 2000; 53:779-785.
37. Janse AJ, Gemke RJB, Uiterwaal CSPM, van der Tweel I, Kimpen JLL, Sinnema G. Quality of life: patients and doctors don't always agree: a meta-analysis. *J Clin Epidemiol* 2004; 57:653-661.
38. Cella D, Hahn E, Dineen K. Meaningful change in cancer-specific quality of life scores: Differences between improvement and worsening. *Qual Life Res* 2002; 11:207-221.
39. Brucker PS, Yost K, Cashy J, Webster K, Cella D. General population and cancer patient norms for the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). *Eval Health Prof* 2005; 28:192-221.
40. Schwartz C, Sprangers M. Adaption to changing health: response shift in quality-of-life research. Washington DC, American Psychological Association; 2000.
41. Kahán Z, Kovács Z. A daganatos betegek életminősége. In: Horti J, Riskó Á, eds. *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina, 2006; 309-320.
42. Linda EC, Bulz BD. Cancer distress screening: Needs models and methods. *J Psychosom Res* 2003; 55:403-409.
43. Montazeri A, Milroy R, Hole D, McEwen J, Gillis CR. Quality of life in lung cancer patients: as an important prognostic factor. *Lung Cancer* 2001; 31:233-240.
44. Kopp M, Pikó B. Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai szociológiai és kulturális dimenziói. In: Kopp M, Kovács EM, eds. *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest, Semmelweis, 2006; 10-20.
45. Detmar SB, Muller MJ, Schornagel JH, Wever LDV, Aaronson NK. Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288:3027-3034.
46. Lynch B, Cerin E, Owen N, Aitken J. Associations of leisure-time physical activity with quality of life in a large population-based sample of colorectal cancer survivors. *Cancer Causes Control* 2007; 18:735-742.
47. Mehnert A, Koch U. Psychosocial care of cancer patients-international differences in definition, healthcare structures, and therapeutic approaches. *Support Care Cancer* 2005; 13:579-588.
48. Eton DT, Fairclough DL, Cella D, Yount SE, Bonomi P, Johnson DH. Early change in patient-reported health during lung cancer chemotherapy predicts clinical outcomes beyond those predicted by baseline report: results from Eastern Cooperative Oncology Group Study 5592. *J Clin Oncol* 2003; 21:1536-1543.
49. Detmar SB, Aaronson NK, Wever LDV, Muller M, Schornagel JH. How are you feeling? Who wants to know? Patients' and oncologists' preferences for discussing health-related quality-of-life issues. *J Clin Oncol* 2000; 18:3295-3301.
50. Edelman SA, Craig AD, Kidman. Can psychotherapy increase the survival time of cancer patients? *J Psychosom Res* 2000; 49:149-156.



Megjelent Susánszky Éva és Szántó Zsuzsa szerkesztésében:

MAGYAR LELKIÁLLAPOT 2013

A kötet közvetlen előzménye 2008-ban jelent meg, hasonló címmel (Magyar lelkiállapot 2008). A jelenlegi kutatás szintén országos reprezentatív mintán készült, s a munkában elsősorban a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének kutatói, oktatói vettek részt. Hol állunk most, merrefelé tartunk? Mik az aktuális feladatok? Hová lenne szükség nagyobb erőforrásokat csoportosítani? Sok részterület megjelenik az alapos kötetben. Az adatok nem csupán a pszichológus szakemberek érdeklődésére tarthatnak számot, hanem az orvostudomány legkülönbözőbb ágaiban dolgozóik számára is szemléletformáló forrást jelenthetnek.



Semmelweis Kiadó
1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.
www.semmelweiskiado.hu

LEGENDUS KÖNYVESBOLT
1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.
Tel.: 210-4408, 459-1500/56141
Nyitva tartás: H-P: 9-16 óra
info@semmelweiskiado.hu

EOK KÖNYVESBOLT
1094 Budapest, Tüzoltó utca 37-47.
Tel.: 459-1500/60475
Nyitva tartás: H: 13-15 óra,
K-P: 9-13 óra

A pszichoimmunológia klinikai horizontja

The clinical horizon of psychoimmunology

Lázár Imre

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

E-levél: lazimre@net.sote.hu

ÖSSZEFOGLALÁS A szerző a neuroimmun biológiai szemlélet jegyében vizsgálja a klasszikus Alexander-féle pszichoszomatikus belgyógyászati kórképek pszichoimmunológiai vonatkozásait, és a pszichoimmunológiai hajlamosító tényezők egészséglélektani és gyakorlati klinikai kérdéseit. A pszichoimmunológia klinikai horizontjának bemutatása, illetve a pszichiátriai kórképek immunológiai vonatkozásainak utalásszerű megjelenítése, az egészséglélektani és terápiás eredmények ismertetése jelzi, hogy a belgyógyászat és a pszichiátria interdiszciplináris területének is tekinthető pszichoimmunológia az önálló intézményesülést igénylő pszichoszomatika központi és gyakorlati súlyú része.

KULCSSZAVAK allostázis, fejlődéstan neurogenomika, neuroimmunmoduláció, neuroimmun stressz, pszichoimmunológia, TH1/TH2 shift

SUMMARY The psychoimmunological and health psychological aspects of psychosomatic diseases listed by Franz Alexander are examined in the frame of neuroimmun biology with their special clinical relevance. The health psychological and clinical research data support the importance of clinical psychoimmunology as an interdisciplinary field between internal medicine and psychiatry. It has been evolving a central part of psychosomatics with clinical significance to be institutionalized.

KEY WORDS allostasis, developmental neurogenomics, neuroimmunomodulation, neuroimmun stress, psychoimmunology, TH1/TH2 shift

Rövidítések

BALT	bronchushoz asszociált nyirokszövet
COPD	krónikus obstruktív légúti betegség
CRH	corticotrop releasing hormon
DST	dexamethason szuppressziós teszt
GALT	gasztrointesztinális traktushoz asszociált nyirokszövet
HHM tengely	hypothalamus–hypophysis–mellékvesekéreg tengely
IBD	gyulladásos bélbetegségek: Crohn betegség, colitis ulcerosa
MALT	mucosához asszociált nyirokszövet
NK sejtek	természetes ölő sejtek
PNI	pszichoneuroimmunológia
PTSD	poszttraumás stressz betegség
TH1-TH2 shift	a natív T-lymphocytákból (Thp sejtek) differenciálódó helper T-sejtek két klonális csoportja közötti eltolódás, melynek nyomán a sejt immunitásért felelős helper1 T-sejtek visszaszorulnak és a humorális immunválaszt serkentő T helper2 sejtcsoport proliferációja erőteljesebbé válik

Bevezetés

A pszichoneuroimmunológia tudománya az idegrendszer, a belső elválasztású mirigyek és az immunrendszer közötti, evolúciósan rögzült, hálózatos információs kapcsolatokon alapul. Részét képezi a neuroimmunmoduláció vizsgálata, az idegtudomány, a viselkedésbiológia immunológiai vonatkozásaival foglalkozó alapkutató, a stressz kórtana és az e folyamatok

kal kapcsolatos egészséglélektani és klinikai jelenségek vizsgálata. A transzmitterek, citokinek, hormonok és neuropeptidek által többirányú szabályozási kört záró folyamatok összekapcsolódása csakúgy, mint a neuroimmun folyamatok szervezetszintű integráltsága igazolja, hogy egységes neuroimmun biológiai folyamatokról beszélhetünk. Ezek a folyamatok teszik lehetővé, hogy a nagyfokú, vagy tartósan megterhelő stresszok kórtani következményeit a szervezet az allostázis állapotában mérsékelni tudja (1), azonban az allostázis kimerülése további kórfolyamatokhoz vezet. Az allostázis kórtana a kontrollálhatatlan helyzetekre, veszteségre, vagy a társas hierarchiában beálló változásra adott, és az idegi, endokrin és immunhálózatok érintettségével zajló válaszfolyamatok túlterhelésén, diszfunkcióján alapul. Vizsgálata a biológia új kutatási területe lett neuroimmun biológia címen. A pszichoimmunológiai betegségek tehát a neuroimmun adaptáció zavarainak is tekinthetők. A pszichoszomatika részeként a pszichoimmunológia az immunológiai patomechanizmusú kórképek: autoimmun, allergiás, gyulladásos, daganatos és fertőző kórképek kialakulá-

sát, lefolyását a lélektani, idegi és immunfolyamatok közötti kölcsönhatásokban vizsgálja. Az ún. betegség-magatartás is az immunológiai és neurofiziológiai folyamatok összefüggéseiben tárul elénk, és az alvásélettan is neuroimmunológiai vonatkozásai miatt nyert fontos egészséglélektani jelentőséget.

A pszichoimmunológia helye a pszichoszomatikában

A gyakorlati pszichoszomatika kezdeteitől számon tartjuk azokat a kórképeket, amelyek kialakulását, zajlását a pszichodinamikusan szemponthoz elemzések személyiség-típusokhoz, hangulati, érzelmi zavarokhoz, életeményekhez kapcsolódó, vagy családdinamikai kontextusban értelmezett lelki tényezőkkel hozták összefüggésbe.

Az első átfogó belgyógyászati pszichoszomatikus munka, melyet a pszichoanalitikus Budapesti Iskola egyik emigráns kiválósága, Alexander Ferenc írt 1950-ben *Psychosomatic Medicine* cím alatt, olyan szomatikus kórképeket foglalt a Cannon-i neurovegetatív értelmezési keretbe, mint például a rheumatoid arthritis, a gyulladáshoz kötött bélbetegségek, hyperthyreosis, asthma bronchiale, neurodermatitis, ulcus ventriculi. Ezek a kórképek ma a pszichoimmunológia kórleletani értelmezési körébe sorolhatók úgy, hogy immunológiai kórleletüket mind a vegetatív idegrendszer, mind a mellékvesekéreg aktivitása befolyásolja. A pszichoszomatika más néven szereplő irányzatai, mint a magatartás-örvostan, klinikai pszichofiziológia, stresszmedicina, vagy az ún. „mind-body” gyógyítás számára is magyarázó modellt kínál a pszichoimmunológia és a neuroimmunomoduláció kórleletana. A neuroimmunomoduláció anatómiai és (kór)leletani alapjainak feltárását követően a PNI részévé váltak a magatartás-örvostani összefüggésben értelmezhető immunológiai patomechanizmusú kórképek, melyek klinikai horizontját összegző munkák a kilencvenes évek elején jelentek meg (2, 3).

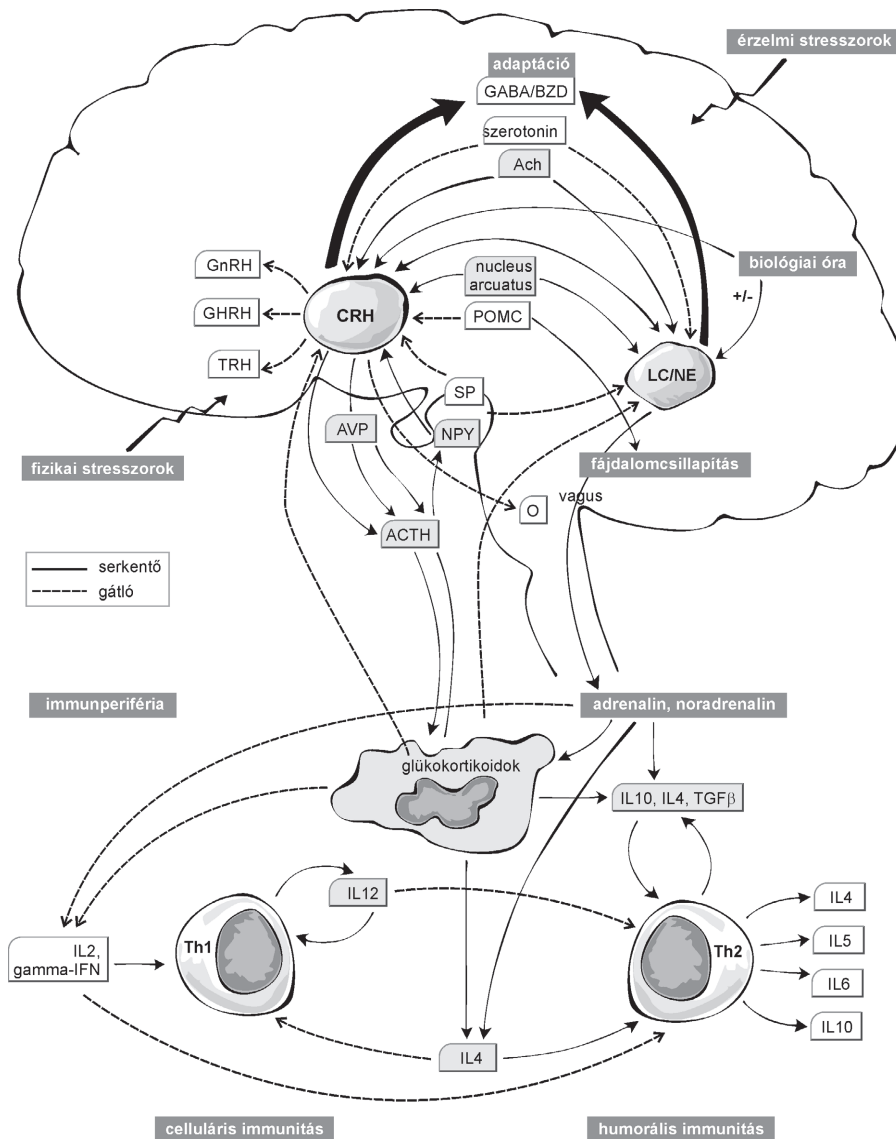
A klinikai pszichoimmunológia kórleletani alapjának és magyarázó modelljének meghatározó része a neuroimmun stressz modell. Ennek részét képezi a stresszhatás következtében, a traumatikus lelki tapasztalatok (anya-gyermek kapcsolati zavar, PTSD) nyomán a HHM tengely változásainak kórleletző szerepe (4), a tartós stresszfolyamat TH1-TH2 eltolódást kiváltó kórleletző hatása (5, 6), a stressz, illetve a negatív érzelmek és a depresszió idegi közvetítésű IL-6 szekréció fo-

kozó hatása (7) és a tartós stressz nyomán fellépő glükokortikoid rezisztencia (8), mely érinti az IL-6 termelő sejteket is (9). Ezek alapján a HHM tengely zavarának központi szerepe lehet az autoimmun szabályozási zavarok különböző elméleteiben is.

Bár az immunbetegségekre egyértelműen hajlamosító személyiség-típusról nem beszélhetünk, kockázati tényezőként kell tekintenünk azt, hogy a korai lélektani traumák (pl. anya-gyermek szeparáció) egész életre kiható, a viselkedést és a későbbi egészséget befolyásoló idegrendszeri változásokhoz, pszichopatológiai következményekhez vezethetnek. A glükokortikoidot kötő hippocampalis sejtek felelősek a stresszorra adott HHM válasz negatív feedback mechanizmusáért, és a korai elhúzódó stressz nyomán a hippocampus és a frontális kéreg felelős sejtcsoportjainak glükokortikoid receptor expressziója és a CRH, vasopressin szekréció negatív feedback-je csökken, a HHM aktivitás fokozódik. Emberen végzett megfigyelések szerint a prenatális anyai depresszió/szorongás epigenetikus folyamatot aktivál, és a glükokortikoid receptor expressziójáért felelős gén metilációja három hónapos csecsemőben is mérhetően emelkedett kortizolszekrécióhoz vezet (10). Az anyai negligencia, abúzus a hippocampalis GR17 promotor metilációja nyomán a glükokortikoid receptorok expresszióját csökkenti (11), mely a feedback gyengülése miatt fokozott stresszválaszt eredményez, és ez igaz a gyermekkori alacsony szocioökonómiai státusú és fokozott stressz választ tanúsító személyek esetében is (12). Ez kórleletani alapot teremthet a korai kötődési zavarok és a betegségesékenységet fokozó „pszichovegetatív” diszpozíciók, az ún. C típusú kockázati személyiség között feltételezett fejlődésleletani hipotézis számára (13).

A TH1/TH2 eltolódás miatt gyengült T sejt funkció a fertőzésekkel, daganatsejtekkel szembeni védelmet gyengíti, míg a felfokozott humorális mechanizmus hajlam esetén az allergiás, illetve autoimmun kórleletket erősítheti fel. Az utóbbira példa a szisztémás lupus erythematosus, mely TH2 irányú eltolódással és fokozott humorális válasszal jár együtt (14).

Elenkov és mtsai az autoimmunitás, a krónikus fertőzések, a major depresszió kapcsán a gyulladáskeltő és gyulladáscsökkentő tényezők, illetve a TH1/TH2 citokinek egyensúlyvesztésének meghatározó szerepére hívják fel a figyelmet (15). Bizonyos körülmények között helyi szövetszinten a stresszhormonok az IL-1, IL-6, IL-8, IL-18, TNF-alfa, és CRP termelés révén maguk is gyulladáskeltők lehetnek, de ilyen gyulladáskeltő hatásuk lehet a CRH-SubstanceP-hisztamin lán-



1. ábra. A stresszhatás nyomán fellépő TH1/TH2 shift (Lázár nyomán [50])

A TH1/TH2 sejtvonalak reciprok szabályozásban állnak egymással, mert TH1 sejtvonal termelte gamma-interferon gátolja a TH2 sejtvonalat, míg a TH2 által termelt IL4 és IL10 interleukinek a TH1 sejtvonal citokin termelését gátolják (6). A glükokortikoidok és a catekolaminok gátolják az IL-12, TNF-alfa és INF-gamma, továbbá fokozzák az IL-10, IL-4 és TGF-beta termelést, melynek védőszerepe a TH1 gyulladáskeltő citokinek termelésének fékezésében jelenik meg, de tartós emelkedése magyarázhatja a TH1 funkció meggyengülését és TH2 funkció fokozott működését (15).

colaton keresztül is (16). A Chrousos-féle stresszmodell (5) a 1. ábra tárja elénk.

Az allergiás kórképekben mint az atopiás dermatitis vagy az allergiás asthma esetén az TH2 fenotípusú sejtek játszanak szerepet. További pszichoimmun kontextusú kutatásokat igényelnek az IL-1 citokincsaládkhoz (17) tartozó interleukinek közül az asthma bronchialéban, COPD-ben, illetve az IBD-ben helyileg emelkedett és a tünetekért is felelős, mellesleg a TH2 klonális aktivitást is fokozó IL18, és IL33, illetve a psoriasisban fontos szerepet játszó IL 36 mediátorok.

A neuroimmun történések szinterei és dinamikája

A neuroimmun folyamatok gyakran zajlanak belső testfelületeken, így kapcsolódik az asthma bronchiale a BALT-hoz, mely a psicho-neuroimmun tengely integráns része (18). A GALT-hoz kapcsolódó neuroimmunmoduláció dinamikája is e körbe kapcsolja az IBD-t (19), vagy a bőrhöz kapcsolódó neuroimmun folyamatok révén ide sorolt pszichodermatológiai kórképeket (20). A rheumatikus folyamatok is egy sajátos belső felület, a szinovia körüli szövetekben zajlanak. Ezekben

a folyamatokban a tachykininek (asthma bronchiale), illetve a substance P (IBD, rheumatoid arthritis) játszanak neuroimmun hatásoknak kitett indító szerepet. A bélben és a bőrben is fontos szerepet játszik a somatostatin, valamint a vasointestinalis polipeptid stabilizáló és leállító hatása. A gyulladásos folyamatokban fontos szerepet játszik az IL18, IL33, a tüdőben, a bélben és a bőr psoriasisos kórfolyamatában ilyen szerepe lehet az IL 36 interleukineknek. Az IL 18 a TH1, NK és monocyta sejtaktivitást fokozza, illetve az IL4 jelenlétében a TH2 sejtvonal felé terelő szerepe van mind a BALT, mind a GALT területén. A bélben, bőrben, és a tüdőben az epithelialis sejtekben termelődő IL 33 szintén erősíti a TH2 indukált sejtfolyamatokat, az IL4, IL5 és IL13 mediátorok termelését fokozza, és in vivo a tüdőben bronchus-konstriktiót, a hörgők falának átépülését váltja ki.

A folyamat dinamikáját a stresszhatást közvetítő adrenerg befolyás, illetve a fent érintett HHM tengely aktivitásváltozása mélyrehatóan befolyásolja. Az agy és az immunrendszer közötti szabályozási hurkok sérülése megzavarhatja az immunrendszer harmonikus működését, és fokozhatja a gyulladásos és autoimmun betegségek iránti fogékonyságot (21).

A pszichoimmunológia „dialektikája”

A pszichoimmunológia központi fogalma a megküzdés és a kontroll, melyet segíthet a szociális támogatás és rangsorbeli helyzet, s gátolhat az elmagányosodás, szociális alávetettség. Mindezeket felerősíthetik az

érzelmi tényezők, mint a remény, optimizmus, szeretetlenni gondoskodás, öröm, humor. Ezzel szemben a negatív érzelmek, lelki mutatók (tehetetlenség, reménytelenség, szorongás, depresszió, magány) rontják a pszichoimmun kompetenciát. Mindez a pszichoimmunológiai válaszmódot a helyzet fölötti ellenőrzés és kontrollvesztés, az aktív vagy represszív coping (megküzdés) ellentétpárjában polarizálja, kijelölve a kockázati csoportok körét, és irányt mutatva az egészséglélektani beavatkozásoknak is. Ezt a kettősséget a neuroimmun következményekkel együtt az alábbi táblázatban érzékeltethetjük. *Kiecolt-Glaser és mtsai* (22) eredeti táblázatát kiegészítettük (23), mely további irodalmi tájékozódást kínál az elmélyülni kívánó olvasó számára (1. táblázat).

A klasszikus pszichoszomatikus kórképek pszichoimmunológiája

Vizsgáljuk meg az Alexander nozológiájából is ismert pszichoszomatikus kórképeket, s mellettük a lélektani hatásoktól szintén befolyásolt daganatos és fertőző betegségeket, melyek klinikai és népegészségügyi jelentősége egyaránt nagy, érintik a gasztroenterológia, endokrinológia, tüdőgyógyászat és a bőrgyógyászat klinikai gyakorlatát és ellátó hálózatait. Láthatjuk, hogy mind a személyiséglélektani, családindinamikai jellemzők, mind a PNI kórélettani jelenségek tekintetében számos átfedést, konvergenciát és hasonlóságot észlelünk.

1. táblázat.

Pszichoimmunológiai gátló és serkentő egészséglélektani tényezők (Kiecolt-Glaser és mtsai után módosítva, 22)

GÁTOLT PSZICHOIMMUN STÁTUS		HARMONIKUS PSZICHOIMMUN STÁTUS	
Elkerülő magatartás jobb frontális és prefrontális féltekei aktivitás túlsúly	depresszív tendenciák, az NK sejt aktivitás csökkent.	Közelítő magatartás bal frontális és prefrontális féltekei túlsúly, lelkesedés, büszkeség, indíték nélküli felajzottság, és a negatív élmények elfojtása	alacsony szorongás és depresszió érték, alacsonyabb kortizolszint, magasabb NK aktivitás értékek
C típusú személyiség agresszióvágy, fokozott megfelelési igény, érzelmek tudatosításának gátoltsága, belső feszültség	fokozott pszichoimmun kockázat	„Hardiness” fokozott elkötelezettség, kemény, szívós beállítódás	csökkent pszichoimmun kockázat
Passzív, represszív megküzdés	a represszív coping stílus az immunszabályozás zavarával társul, a mellékvesekéreg fokozott aktivitása jellemző.	Aktív megküzdés	agresszív állapotoknál a konfrontációkat követően az immunizációra fokozott CD+4 T helper szám növekedését észlelték, fokozott katekolaminerg aktivitás jellemző

GÁTOLT PSZICHOIMMUN STÁTUS		HARMONIKUS PSZICHOIMMUN STÁTUS	
Kontrollvesztés	a kikerülhetetlen és kontrollálhatatlan shock csökkenti a mitogénre adott T-sejt-proliferációt, az NK-sejt-aktivitását, citotoxicitását; a tumor gyorsabb növekedést mutat	Kontroll vagy a kontroll vélelme	a kontroll magas noradrenalin-szinttel, magas gonadotrop-, tesztoszteron-, oxitocin- és változatlan glikokortikoid-szinttel társul
Szubmisszív státus	a szubmisszív állatoknál szuppresszor (CD8+) T-sejtek emelkedése, csökkent IL2-termelés, a B-lymphocyták számának, és a T-sejtes citotoxicitás csökkenése észlelhető alávetett státusú cercófoknál a krónikus hiperkortizolizmus, a kortizol-CRF-HPA feedback elhangolódása miatt csökkent immunválasz jellemző	Domináns státus	a domináns állatnál fokozott IL-2-termelést, jelentősen megnőtt T helper/szuppresszor arányt, és a mitogénre (ConA, PHA) adott jelentősen fokozott T-sejtes válaszkészséget találtak
Gyász	csökkent lymphocytá proliferáció	Megfelelő személyi kapcsolatok és szociális támogatás	megnőtt blasztos transzformáció emlőkarcinómában magasabb NK-sejt-aktivitás támogató házastárs esetén
Pesszimista állapot	alacsony önértékelés, reménytelenség, csökkent lymphocytareaktivitás, csökkent T-sejt-hatékonyság, NK-sejt-aktivitás csökkenése, alacsonyabb CD4/CD8 sejt-arány	Optimizmus	a helyzet jó kimenetelét előrevetítő magatartásra jellemző a stresszhatásra adott hatékony válasz és jobb immunválasz a vizsgált joghallgatók között
Vizsgastressz	csökkent NK-sejt-aktivitás; csökkent T-sejt-szám, csökkent immunmediátor szint, fokozott fogékonyság a herpes vírus iránt; csökkent immunoglobulin A; az Epstein-Barr-vírus szintje nő	Humor és nevetés	megnőtt IgA szint; megnőtt lymphocytaszám és -aktivitás, NK-sejt-aktivitás, spontán lymphocytá blasztogenezis, a kortizol, az adrenalin, és a dopamin katabolitok (DOPAC) szintjei csökkennek
Depresszió	csökkent T-sejtszám csökkent lymphocytaszám és funkció; csökkent NK-sejt-aktivitás	Hípnózis és relaxációs gyakorlatok	megnőtt T-sejt-hatékonyság, megnőtt NK-sejt-aktivitás; csökkent stresszhormon, csökkent herpesvírus antitesttiter
Magány	csökkent NK-sejttaktivitás	Csoportszintű intervenció és támogatás	megnőtt NK-sejt-szám és aktivitás; megnőtt lymphocytaszám; csökkent T-helper-szám
Krónikus stressz	csökkent T-sejt-szám; csökkent NK-sejt-szám; csökkent B-sejtszám, megnőtt Epstein-Barr-vírus-szint	Fizikai megterhelés és aerob edzés	megnőtt fehérvérsejtszám, megnőtt az endorfinok és egyes interleukinok termelése; megnőtt NK-sejt-szám és -aktivitás, megnőtt T-sejt-szám
Válás/szeparáció/	rossz családi viszonyok, csökkent lymphocytá funkció; megnőtt Epstein-Barr-vírus szint; csökkent T-sejt-hatékonyság	A traumás lelki tapasztalatok feltárása és megosztása	megnőtt lymphocytaválasz, csökkent EBV ellenes antitesttiter, nő a Con A-ra adott T-sejtes proliferációs válasz, csökken az orvoshoz fordulás gyakorisága
Negatívisztikus magatartás a családi konfliktusok megbeszélése során	csökkent NK-aktivitás; csökkent macrophag aktivitás; megnőtt Epstein-Barr-vírus-szint; egyes T-sejtek megnőtt szintje; csökkent mitogénre adott proliferációs válasz		

Családdinamikai megfigyelések

Talán a legmarkánsabb és legvitatottabb képet a pszicho-onkológiai irodalom kínálja, ahol az ún. C típusú személyiség gyökerét a korai traumatizációban gyökereztetik egyes szerzők (13, 24). A tipikus anamnézisben a korai anya gyermek kapcsolat empátiahiányos, s kiszámíthatatlanság, ridegség miatt az anyával való megoldatlan érzelmi konfliktus gyakori. Az érzelmi elfojtó, túlkontrollált, szüleikkel kapcsolatot nem tartó diákoknál 20-30 év múlva a kontrollcsoport-

tal szemben szignifikánsan gyakrabban alakult ki onkológiai elváltozás. Más PNI kórképekben is megjelent ez a mintázat, így IBD-ben is beszámolnak arról, hogy a gyermek szociális támogatottságérzete alacsonyabb, és a szülők a mélyebb emberi kapcsolatok (attachment) iránt elhárítóan, negatívan viszonyulnak (25), a rheumatoid arthritisben pedig a domináns korlátozó és túlvédő szülői magatartással szembeni lázadás elfojtása, és eközben a szülők iránti függőség egyidejű kialakulása gyakori. Az allergiákat kísérő családdinamikai jelenségek is tanulságosak, ahol a szerzők az

éretlen, bizonytalan, szorongó, dependens, elutasító és túlvédő, tudattalanul agresszív anyák nagyobb arányáról számolnak be. Mindez a fent tárgyalt epigenetikai összefüggések tekintetében is újragondolandó adat.

A nagy pszichiátriai kórképek közül családdinamikai, a korai anya-gyermek kapcsolat minőségét hangsúlyozó példa lehet a depresszió, hiszen a korábban tárgyalt és tartós stressz-szabályozási zavarokhoz vezető epigenetikai mechanizmus, a hippocampalis glükokortikoid receptorok megfogycatkozása nyomán zavart ACTH-kortizol feedbacket épp a DST jelezte először, melyet az endogén depresszió azonosítására használt a pszichiátria.

Kockázati, „immunsuppression-prone” személyiségjellemzők

Asthma bronchialeben stresszhelyzet esetén gyakori a stresszorra adott represszív coping, paraszimpatikus válaszmód, míg a szintén allergiás kóreléttani mechanizmus mellett az allergiás bőrbetegéknél féltékenység, visszahúzódság, gátoltság, fokozott izomtónus, magasabb szintű vizelet-noradrenalin származékok és magas nyál kortizol szint észlelhető. A féltékenység és az azonnali túlérzékenység, a szorongásosság között többutas kapcsolat állapítható meg. A szénanátha, ekcéma, asthma bronchiale, urticaria arányos a túlzott kedvességgel, és introverzióval, fáradtsággal társul.

A legmarkánsabb és ezért is vitatott kockázati személyiségmodellt a daganatos betegek körében dolgozták ki („cancer prone” vagy C típusú személyiség). Követéses vizsgálatok is fölvetik e modell érvényességét (26). Az érzelmeket elfojtó, túlkontrollált és szüleikkel kapcsolatot nem tartó diákoknál 20-30 év múlva a kontrollal szemben szignifikánsan gyakrabban alakult ki onkológiai elváltozás. Az apatikus, depressziós, reménytelen onkológiai betegek túlélési aránya lényegesen rövidebb. Saját vizsgálatunkban, az 1996-os Hungarostudy vizsgálat mintegy tizenkétezer mintájában a közel félezer daganatos beteg a dohányzás tekintetében nem mutatott jelentős eltérést, míg a diszfunkcionális attitűd (DAS) skála számos – a C típusú személyiségmintázattal párhuzamot jelző – mutatóját tekintve szignifikáns különbséget találtunk (27). A rák gyakoribb az érzelmeiket elfojtó, önfeláldozó, fokozott megfelelésigényű, altruisztikus, magukat kedvesnek mutató személyek között, illetve azok körében, akik nem tudnak a stresszel megküzdeni, a tehetetlenség- és

reménytelenségérzés, majd a depresszió állapota alakul ki (28).

Veszteség, gyász, tárgyvesztés

Szinte általános PNI kockázati tényező a feloldhatatlan veszteség, mint a represszív coping mechanizmusokat aktiváló stresszor. A depresszióban látjuk, hogy a gyász, a kívánt teresség elvesztése, vagy a másik fél részéről kiereszkolt válás, elhagyás során jelentkező reaktív depressziós állapot esetén tartós szuppressziót észlelünk a mitogénre adott T sejt válaszreakció mutatójában. Ez gyász esetén 3 hónapos tartamú is lehet.

IBD-re is igaz, hogy a tünetek fellépésének, rosszabbodásának hátterében gyakran veszteségélmény, gyász fordul elő (29). *Radosavljevic és mtsai* (30) a magas pontértékű életeseményeknek, *Morillo és Gardner* (31) a gyásznak szerepet tulajdonít a hyperthyreosis fellépésében. Fertőző betegség kapcsán vizsgálatokkal igazolt tény, hogy az érzelmi állapotváltozások, distressz, veszteség, társas támogatás hiánya, kontrollvesztés kedvezőtlen hatást gyakorolhat a TBC, vagy az AIDS fellépésének dinamikájára, súlyosságára és lefolyására.

PNI kórtani folyamatok

A PNI kórmechanizmusok összevetése a pszichoszomatikus, illetve a szomatikus komorbiditással terhelt pszichiátriai kórképek esetében nem nélkülözheti a neuroimmun folyamatok ismeretét. Így a belső „felületi” immunfolyamatok párhuzamát kínálja az asthma bronchiale és a krónikus aspecifikus légúti betegségek köre. A külső irritánsok nyomán a BALT-hoz kapcsolódó mastocytá és tachikinin mediált folyamatokban a stressz miatt fellépő TH1/TH2 shift súlyosbíthatja a tünetek fellépését, zajlását, ebben az IL-4 függő fokozott IgE szint, a TH2 lymphocytá válaszkészség növekedése, és az IL-18, IL-33 szerepe tisztázandó. A GALT terében zajló IBD-s folyamatokban is neuro-immunmodulációs folyamatokat érint a fokozott arousal, a TH1/TH2 shift és a P-anyag fokozott szintje mellett (32). Az IL-33 fokozza az IL-4, IL-5, IL-13 szekréció révén a TH2 differentációt, és a gyulladáshoz kapcsolódó súlyossága korrelál az IL-18 szinttel. A stresszhatás a TH1/TH2 shift nyomán, IL-4 függő fokozott SP receptor expressziót okoz a fokozott IgE szint mellett, és a TH2 lymphocytá válaszkészség is nő.

Valójában a pszichoszomatikus bőrjelenségek hátterében is ilyen összefüggésrendszerben kereshetjük a kórtani logikát, mert az agy és a bőr közötti neuroimmunendokrin hálózat, vagy stressz–NGF–SP–hízósejt tengely áll fenn, ahol a hízósejt a központi „kapcsolótábla”, melyre a CRH, ACTH, SP, NGF serkentő, a kortizol és a katekolaminok gátló hatást fejtenek ki. Az atopiás dermatitis, a psoriasis, a seborrhoeás ekcéma, a prurigo nodularis, a lichen planus, a krónikus urticaria, az alopecia areata kialakulását, illetve súlyosbodását válthatja ki a stressz (33).

A szervezet egésze a színtere a fertőzéses és a daganatos folyamatok pszichoimmun kórtánának. A szervezetben spontán és állandóan képződő, illetve vírusos, vagy kémiai, fizikai provokáló hatásra fokozódó tumorképződéssel szemben a szervezet főképpen a természetes immunitásával fejt ki ellenállását. Az NK sejtek aktivitását csökkentő pszichoszociális befolyás a szervezet „tumor-őrjárat” képességét csökkenti, illetve a betegség progresszióját fokozza. Más mechanizmus is fokozhatja a kockázatot. Kiecolt-Glaser a distressz alatt álló, nem pszichotikus depresszívek esetében csökkent DNS repair kapacitást észlelt, szemben a kezelt időszakban észlelt vizsgálati lelettel (22). A rákellenes immunvédelemben meghatározó szerepet játszhat más pszicho-neuroendokrin szabályozás alatt álló hormon is, mint a tobozmirigy termelte melatonin (34).

Más PNI mechanizmus játszik szerepet a rheumatoid arthritisben és a hyperthyreosis autoimmun formáiban. Rheumatoid arthritisben a nem szűnő gyulladás a kórtényező, a HPA tengely csökkent aktivitása jellemző, de a stressz hatását közvetítheti a katekolaminerg rendszer, mely fokozza a perifériás gyulladást. A stressz befolyásolja a rheumatoid arthritis klinikai folyamatát, s ilyen betegekben a depresszió magasabb CD4 sejtaktivációval és emelkedett IL-6 szinttel jár együtt (35). Spontán thyreoiditistől szenvedő állattörzsben az IL-1 negatív feedback értékű kortizolszint-emelő hatása elmarad, és így mind az IL-2 fékezése, mind pedig a vazointesztinális polipeptidnek az immunfolyamatot lecsengető szerepe kiesik.

Pszichiátria és pszichoimmunológia

Túl a krónikus immunpatológiai betegségeket kísérő másodlagos depresszió, külön klinikai területet jelöl ki számunkra a pszichoimmunológia és a pszichiátria közötti összefüggésrendszer. Ezt indokolják egyes autoimmun kórképek, mint az SLE, vagy a coeliakia bi-

zonyos százalékában megfigyelt pszichotikus jelenségek, vagy a szkizofrén betegekben észlelt autoimmun eltérések, a depresszióban észlelt közel 30%-os komorbiditás, a DST pozitivitása, illetve az IL-6 depressziót keltő hatása. Itt is érvényre jutnak a PNI kórképeket kísérő egészséglélektani szempontok.

A szkizofrénia bizonyos formáit gyulladással központi idegrendszeri betegségnek (36) tekinthetjük, ezért itt lehet említeni a kórkép pszichodinamikai modelljében ismert ún. „double bind” szülői magatartás Bateson-i koncepcióját, mely nem áll távol a C típusú személyiség kialakulásához vezető bizonytalan, szorongáskeltő kötődési szerveződéssel. Immunpszichiátriai kórmechanizmust sejtet, hogy a szkizofrénia kialakulásában a prenatalis fertőzések rizikófaktornak tekinthetők, és az SLE és a coeliakia autoimmun betegségeiben szenvedők kis részében pszichózis jelentkezik.

A depresszió PNI összefüggései is széles körűek. Talán nem túlzás a depressziót rendszerbetegségnek tekinteni a kiváltott szisztémás, kórélettani, lélektani és viselkedéses hatások miatt, melybe a PNI jelenségek szerves elemként illeszkednek. A már említett DST pozitívitás is PNI jelenségre, a zavart glükokortikoid-HPA tengely feedback aktivitásra utal, melyre a napi kortizol szekréciós kiugrások számának megnövekedése, emelkedett plazmakortizol szint és TH1-TH2 eltolódás jellemző. Schleifer a mitogénre adott válasz csökkenését, a B és T sejtek alacsonyabb számát és magasabb kortizol plazmaszintet talált (37). *Herbert és Cohen* (38) metaanalízisükben lineáris arányosságot észleltek a depresszió súlyossága és a celluláris immunitás gátoltsága között. *Maes és mtsai* a depressziós kórkép során észlelt fokozott T sejt aktivációt, a CD4/CD8 arányt, a fokozott akut fázis reakciót és az IL-1béta, IL-6 citokinek nyomán másodlagosan fokozódó HPA választ tartják az immunszuppresszív jelenséget magyarázó tényezőnek (7). Az IL-6 citokin emelkedés a fokozódó TH1/TH2 eltolódással is magyarázható. Egyébként a depresszióban alkalmazott terápiák immunológiai hatással is rendelkeznek. Az antidepresszívumok serkentik az NK aktivitást a depressziós betegekben (39). A SSRI és a triciklikus antidepresszívumok a szerotonin, noradrenalin és dopamin receptoron hatva immunmoduláns, gyulladáellenes hatást gyakorolnak, melyet a gamma interferon és az IL-10 szabályozáson, illetve a TNF-alfa és az IL-6 szabályozáson keresztül fejt ki (40).

A szorongásos kórképek sem mentesek a PNI-i vonatkozásokról. Így például a pánikbetegek allergiával társuló komorbiditását 79 pánikbeteg esetében 70%-

osnak találták a kontrollcsoportnál talált 29%-kal szemben. A vizsgált összes allergiás beteg mintegy tíz százaléka bizonyult pánikbetegnek (41). *Brambilla és mtsai* (42) 17 pánikbetegnél az ACTH és a GH hormonszintet magasabbnak találták, míg a CRH hatásra csökkent érzékenységet észleltek az ACTH és a kortizol válaszbán. Mindez a terápiában is megfontolandó, mert az ACTH és a kortizol válasz CRH hatásra csökkent érzékenységét az alprazolam kezelés javítja, és a pánikrohamok csökkennek. Nemcsak a pánikbetegeknél észleltek PNI-i jelenségeket, ez más szorongásos betegcsoportban is észlelhető volt. *Koh és Lee* (43) 31 szorongásos kórképben szenvedő betegnél vizsgálta a természetes és adaptív immunitás mutatóit. A PHA mitogénre adott lymphocytá prolifерáció, és az IL-2 termelés jelentősen alacsonyabb volt a betegcsoportnál, ugyanakkor az NK sejt aktivitás tekintetében nem észleltek a kutatók eltérést.

Terápiás távlatok

A pszichoimmunológia fegyvertárába tartozik az ismertett egészséglélektani összefüggések fényében az eredményes aktív megküzdés személyiségtényezőit fejlesztő kognitív-viselkedésterápia (pl. autonómia tréning, stresszkezelő módszerek), az allosztázis állapotának rendezése, a túlterhelés oldása (relaxációs módszerek, hipnoterápia, biofeedback), a kontroll, a nevetés és derű, a személyes hatékonyság és optimizmus terápiába emelése, valamint mindazok a terápiás beavatkozások is, melyek más módon csökkentik a represszív coping tendenciát, a tehetetlenségérzetet, feladottságot, depressziót, pesszimizmust.

Ha kórképenként tekintjük át a terápiás alkalmazásokat, akkor is kirajzolódik a közös, a PNI következményekkel járó pszichofiziológiai stressz folyamat kiegyensúlyozására való törekvés. Asthma bronchialisben éppúgy a TH1/TH2 egyensúlyt helyreállító módszerek (kognitív-viselkedésterápia, aktív coping, úszás, gyógytestnevelés) mutatkoznak eredményesnek, mint az IBD-ben a stresszmenedzsmenttel összekapcsolt betegvezetés, kognitív-viselkedésterápia, autogén tréning, egyéni konzultáció, kommunikációs készségfejlesztés és a szupportív pszichoterápia, melyet az IBD stress index is igazolt.

Hasonló a helyzet a rheumatoid arthritisben, ahol a kognitív-viselkedésterápia befolyásolja a progressziót, a hospitalizáció gyakoriságát, s csökkenti a kezelési költségeit. A fájdalom kognitív viselkedésterápiája, il-

letve a „mindfulness meditáció”, az érzelemszabályozáson alapuló terápia egyaránt hatékonyak bizonyultak a krónikus depresszióval színezett RA-ban (44). A kognitív-viselkedésterápiát hatásosnak találták rheumatoid arthritisben szenvedő és rákos betegek kezelésében. *Miller és Cohen* (45) metaanalízise a hipnózis és az immunkondicionálás hatékonyságát emeli ki. A hipnózis és a relaxáció eredményes allergiában is, mert az azonnali és a késleltetett túlérzékenységi reakció vaszkuláris komponensét a hipnózis befolyásolja. 12 allergiás betegből nyolcnál hipnózissal gátolni lehetett a közvetlen túlérzékenységi választ.

A pszichoimmun terápiai lehetőségekre utaló legkihívóbb beszámolók főként a pszicho-onkológia köréből kínálnak példát a fenti terápiás logikára, bár a terápiás intervenciót illető megismételt vizsgálatok gyakori kudarca e terápiákat még a megerősítést igénylő klinikai jelenségek körében tartja. *Grossarth-Maticsek* (46) a pszicho-onkológiai kockázatot fokozó személyiségtényezők autonómia tréningjével jó eredményeket ért el emlőrákosok körében és számos ismételt vizsgálat bizonyította a terápiás intervenció értékét. *Fawzy* 66 melanómás beteget érintő vizsgálata alapján a betegoktatás, a stresszkezelés, a coping készségek fejlesztése csökkent pszichológiai distresszt, fokozott immunfunkciót (NK sejt aktivitást) eredményezett a kontrollcsoporthoz képest. A hosszú távú (hat év utáni) kontroll szerint is csökkentette a magatartásterápia a visszaesés gyakoriságát, és növelte a túlélést is (47). *Spiegel* (48) beszámolója alapján az áttétes emlőrákos nőbetegeknél heti egy alkalommal és egy éven keresztül folytatott magatartás-terápia a kontrollcsoporttal összevetve 18 hónapos többlet-túlélést eredményezett.

Összegzés

A betegségfolyamatra az adaptáció zavarai hatást gyakorolnak, és ez a kórfolyamatnak adott esetben pszichoimmunológiai jelleget kölcsönözhet. Ez számos immun-patodinamikájú kórképet a pszichoszomatikus nozológiához kapcsol. Az elmúlt évtized epigenetikai kutatásai a korai pszichoszociális traumák kései pszichobiológiai stresszérzékenységhez vezető mechanizmusait molekuláris szinten világították meg. Ezzel a korai traumák, illetve az alacsony szocioökonomiai státusz kedvezőtlen pszichobiológiai kockázatai, a személyiségfejlődés és a pszichoimmunológiai sérülékenység közötti hiányzó láncszemet „fejlődéstani neurogenomika” (49) néven illesztették a kutatók a PNI ma-

gyarázó modelljébe. Mindez a pszichoneuroimmunológiai szemlélet számára az új népegészségügyi szemlélettől a klinikai szakpszichológusi gyakorlaton át a belgyógyászatig ívelő érintettséget kölcsönöz, és ezzel mind a megelőzésben, mind a kiegészítő terápiában az egészséglélektani megközelítést a belgyógyászat részévé avatja, megerősítve a pszichiátria és a belgyógyászat közötti interdiszciplináris kötéseket.

Irodalom

- McEwen BS. Stress, adaptation, and disease: allostasis and allostatic load. *Ann NY Acad Sci* 1998; 840:33-44.
- Ader R, Felten DL, Cohen N. *Psychoneuroimmunology*. New York, Academic Press, 1991.
- Lázár I. *Pszichoneuroimmunológia*. Budapest, Mens Sana Hungarica (Végeken) 1991.
- Francis DD, Diorio J, LaPlante P, Weaver S, Seckl JR, Meaney MJ. The role of early environmental events in regulating neuroendocrine development. Moms, pups, stress and glucocorticoid receptors. *Ann NY Acad Sci*, 1996; 794:136-152.
- Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nat Rev Endocrinol* 2009; 5:374-381.
- Kasakura S. A role for T-helper type 1 and type 2 cytokines in the pathogenesis of various human diseases. *Rinsho Byori* 1998; 46:915-921.
- Maes M, Meltzer HY, Bosmans E, Bergmans R, Vandoolaeghe E, Ranjan R et al. Increased plasma concentrations of interleukin-6, soluble interleukin-6, soluble interleukin-2, and transferrin receptor in major depression. *J Affect Disord* 1995; 34:301-309.
- Cohen S, Janicki-Deverts D, Doyle WJ, Miller GE, Frank E, Rabine BS et al. Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. *Proc Natl Acad Sci USA* 2012; 109:5995-5999.
- Miller GE, Cohen S, Ritchey AK. Chronic psychological stress and the regulation of pro-inflammatory cytokines: a glucocorticoid resistance model. *Health Psychology* 2002; 21: 531-541.
- Oberlander TF, Weinberg J, Papsdorf M, Grunau R, Misri S, Devlin AM. Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics* 2008; 3:97-106.
- Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR et al. Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci* 2004, 7:847-854.
- Miller GE, Chen E, Fok AK, Walker H, Lim A, Nicholls EF et al. Low early-life social class leaves a biological residue manifested by decreased glucocorticoid and increased proinflammatory signaling. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2009; 106:14716-14721.
- Lázár I. Szociálpszichoimmunológia. In: Buda B, Kopp M (szerk.). *Magatartástudományok*. Budapest, Medicina, 2001; 227-266.
- Del Rey A, Besedovsky HO. Sympathetic nervous system-immune interactions in autoimmune lymphoproliferative diseases. *Neuroimmunomodulation* 2008; 15:29-36.
- Elenkov IJ, Chrousos GP. Stress hormones, TH1/TH2 patterns, pro/anti-inflammatory cytokines and susceptibility to disease. *Trends Endocrinol Metab* 1999; 10:359-368.
- Calcagni E, Elenkov I. Stress system activity, innate and T helper cytokines, and susceptibility to immune-related diseases. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1069:62-76.
- Sims JE, Smith DE. The IL-1 family: regulators of immunity. *Nat Rev Immunol* 2010; 10:89-102.
- Nohr D, Weihe E. The neuroimmune link in the bronchus-associated lymphoid tissue (BALT) of cat and rat: peptides and neural markers *Brain Behav Immun* 1991; 5:84-101.
- Lázár I. Az idült gyulladásoos bélbetegségek (IBD) pszichoneuroimmunológiája. *Magyar Belorvosi Archívum* 1995; 48:335-341.
- Paus R, Theoharides ThC, Arck PC. Neuroimmunoendocrine circuitry of the "brain-skin connection." *Trends in Immunology* 2006; 27:32-39.
- Sternberg EM. Neuroendocrine regulation of autoimmune/inflammatory disease. *J Endocrinol* 2001; 169:429-435.
- Kiecolt-Glaser JK, Garner W, Speicher CE, Penn G, Vlaser R. Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosom Med* 1984; 46:7-14.
- Lázár I. Gyakorlati pszichoimmunológia. *Immunrendszeri megbetegedések*. In: Kopp M, Berghammer R (szerk.). *Orvosi pszichológia*. Budapest, Medicina, 2009; 388-413.
- Baltrusch HJ, Stangel W, Waltz ME. Cancer from the biobehavioral perspective: the Type C pattern. *Activitas Nervosa Superior*, 1988; 30:18-21.
- Engström I. Parenteral distress and social interaction in families with children with inflammatory bowel disease. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1991; 30:913-920.
- Larsson G, Nordstrom L, Ljunggren G, Nyborg A, Resare B, Schedwin G et al. The Grossarth-Maticcek and Eysenck personality types, health-related behaviour, and indicator of transitory ill-health. *Eur J Personality* 1995; 9:75-87.
- Kaszab Z, Lázár I, Szendi G, Szedmák S, Lőke J, Kopp M. Quality of life and psychosocial characteristics of cancer patients. *Quality of Life Research* 1997; 6:184.
- Eysenck H. Personality, cancer and cardiovascular disease: a causal analysis. *Personality and Individual Differences* 1985; 6:535-556.
- Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 1944; 101:141-148.
- Radosavljević V, Janković SM, Marinković JM. Stressful life events in the pathogenesis of Graves' disease. *Eur J Endocrinol* 1996; 134:699-701.

31. Morillo E, Gardner LI. Bereavement as an antecedent factor in thyrotoxicosis of childhood: four case studies with survey of possible metabolic pathways. *Psychosom Med* 1979; 41:545-555.
32. Mackner LM, Clough-Paabo E, Pajer K, Lourie A, Crandall WV. Psychoneuroimmunologic factors in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2011; 17:849-857.
33. Biro T, Ko MC, Bromm B, Wei ET, Bigliardi P, Siebenhaar F et al. How best to fight that nasty itch - from new insights into the neuroimmunological, neuroendocrine, and neurophysiological bases of pruritus to novel therapeutic approaches. *Exp Dermatol* 2005; 14:225-240.
34. Vigoré L, Messina G, Brivio F, Fumagalli L, Rovelli F, DI Fede G et al. Psychoneuroendocrine modulation of regulatory T lymphocyte system: in vivo and in vitro effects of the pineal immunomodulating hormone melatonin. *In Vivo* 2010; 24:787-789.
35. Zautra AJ, Yocum DC, Villanueva I, Smith B, Davis MC, Attrep J et al. Immune activation and depression in women with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2004; 31:457-463.
36. Müller N, Schwarz MJ. A psychoneuroimmunological perspective to Emil Kraepelin's dichotomy. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 2008; 258: 2(Suppl):97-106.
37. Schleifer SJ, Keller SE, Meyerson AT, Raskin MJ, Davis KL, Stein M. Lymphocyte function in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatr* 1984; 41:484-486.
38. Herbert TB, Cohen S. Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosom Med* 1993; 55:364-379.
39. Covelli V, Passeri ME, Leogrande D, Jirillo E, Amati L. Drug targets in stress-related disorders. *Curr Med Chem* 2005; 12:1801-1809.
40. Maes M. The immunoregulatory effects of antidepressants. *Hum Psychopharmacol* 2001; 16:95-103.
41. Schmidt-Traub S, Bamler KJ. The psychoimmunological association of panic disorder and allergic reaction. *Br J Clin Psychol* 1997; 36:51-62.
42. Brambilla F, Bellodi L, Perna G, Battaglia M, Sciuto G, Diaferia G et al. Psychoimmunoendocrine aspects of panic disorder. *Neuropsychobiology* 1992; 26:12-22.
43. Lee BK. Reduced lymphocyte proliferation and interleukin-2 production in anxiety disorders. *Psychosom Med* 1998; 60:479-483.
44. Zautra AJ, Davis MC, Reich JW, Nicassario P, Tennen H, Finan P et al. Comparison of cognitive behavioral and mindfulness meditation interventions on adaptation to rheumatoid arthritis for patients with and without history of recurrent depression. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76:408-421.
45. Miller GE, Cohen S. Psychological interventions and the immune system: a meta-analytic review and critique. *Health Psychology* 2001; 20:47-63.
46. Grossarth-Maticek R, Eysenck HJ. Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: description of treatment. *Behav Res Ther* 1991; 29:1-16.
47. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthrie D. Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival six years later *Arch Gen Psychiatr* 1993; 50:681-689.
48. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gotthel E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet* 1989; 888-891.
49. Francis DD. Conceptualizing child health disparities: a role for developmental neurogenomics. *Pediatrics* 2009; 124(Suppl 3):S196-S202.
50. Lázár I. Neuroimmunomoduláció és a stressz. In: Buda B, Kopp M (szerk.). *Magatartástudományok*. Budapest, Medicina, 2001, 177-226.

Pályázati Felhívás

A **Dr. Schaffer Károly Emlékére létesített Alapítvány** pályázatot hirdet *neurológus/pszichiátriai szakképesítéssel rendelkező, 35 évet be nem töltött orvosok számára*, akik a tudomány területén az elmúlt 5 évben elismerésre méltó teljesítményt nyújtottak. Pályázni lehet PhD-értekezéssel vagy tudományos közleményekkel.

A pályázathoz csatolni kell a szakmai önéletrajzot. Előnyben részesül az a pályázó, aki klinikai tevékenységgel összefüggő tudományos eredményeket ért el.

A pályázatot írásban, 2 példányban, 2014. augusztus 31-ig lehet benyújtani az alábbi címre:

Prof. Dr. Szirmai Imre, Semmelweis Egyetem, Neurológiai Klinika
1083 Bp. Balassa u. 6. fszt.

A borítékra írják fel: „Pályázat Dr. Schaffer Károly Emlékére”
Prof. Dr. Szirmai Imre kezéhez

A kuratórium a pályázatokat 2014. október 15-ig bírálja el.

A díj: díszoklevél és 700.000,- Ft pénzbeli juttatás.

Budapest, 2014. március 10.

Prof. Dr. Szirmai Imre
Kuratórium jelenlegi elnöke

Az elhízás pszichoszomatikája

Psychosomatics of obesity

Perczel Forintos Dóra, Papp Ildikó

Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszék, 1083 Budapest, VIII. Tömő u. 25-29.

E-levél: perczel@kpt.sote.hu

ÖSSZEFOGLALÁS Az elhízás igazi pszichoszomatikus zavarnak tekinthető, ahol kibogozhatatlanul összefonódnak a genetikai, biológiai, pszichológiai, magatartásbeli, szociológiai és kulturális tényezők. A jelen közleményben a legfontosabb specifikus humán tényezőket vesszük sorra. Mivel a pszichés jellemzők a módosítható kockázati tényezők közé tartoznak, az utóbbi évtizedekben a pszichoterápiák is egyre nagyobb hangsúlyt kapnak az enyhe és középsúlyos obesitas kezelésében. A kognitív viselkedésterápia ma már minden testsúlycsökkentő program nélkülözhetetlen része. A módszer célja, hogy a személyek felismerjék és korrigálják azokat a maladaptív szokásokat, amelyek hozzájárulnak az elhízáshoz. A közlemény második felében ismertetjük a saját klinikai munkánk során alkalmazott, önsegítő elemekkel kombinált kognitív viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoport felépítését.

KULCSSZAVAK elhízás, kognitív viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoport, motivációs interjú, transteoretikus modell

SUMMARY Obesity can be regarded as a classical psychosomatic disease with intertwined genetic, biological, psychological, behavioural, sociological, and cultural etiological factors. In the present article we focus on the most important specific human aspects of the disease. As psychological characteristics are modifiable risk factors, the role of psychotherapeutic methods in the treatment of mild to moderately severe obesity has gained great importance in the past decades. Cognitive behaviour therapy have become an essential part of all effective weight-loss programs. Aim of this method is to make patients aware, recognize and correct those maladaptive behaviours that lead to their weight problems. In the second part of the article we describe our own clinical work, which encompasses self-help elements combined with cognitive behavioural methods in a weight-reduction group setting.

KEY WORDS obesity, cognitive behavioural therapy for weight loss, motivational interviewing, transtheoretical model

Bevezetés

Általános vélemény szerint az obesitas kezelése jelentősen a XXI. században a klinikai pszichológia egyik legnagyobb kihívását. A probléma rendkívül súlyos, tulajdonképpen világméretű járványról beszélhetünk. Az elhízás számos súlyos, krónikus betegség rizikófaktora: különösen azért fontos odafigyelni rá, mert a módosítható tényezők közé tartozik. A szív- és érrendszeri betegségeknél a testsúly 10%-os növekedése férfiaknál 13%-kal, nők esetében 8%-kal emeli a koszorúér-betegség előfordulásának valószínűségét, a magas vérnyomásos betegek 77%-a, a 2-es típusú diabetesben szenvedők 85%-a elhízott. Az elhízás tulajdonképpen a nagy, népegészségügyi jelentőségű állapotok (stroke, kardiovaszkuláris és daganatos betegségek) kialakulásának rizikófaktora, továbbá a mozgásszervi panaszok, epekövesség és csonttritkulás kialakulásában is bizonyítottan szerepet játszik. Egy harminc éven át tartó

utánkövetéses vizsgálat szerint a túlsúlyos személyek halálzási aránya négyszerese a normális testsúlyúak halálzási arányainak, tehát kimondhatjuk, hogy az *ad libitum* evés káros az egészségre (1). A szövődmények további részletezésére nincs mód, de ezekről ma már könnyen lehet tájékozódni az interneten (2, 3).

Ezzel szemben számos vizsgálat szerint a táplálékcsökkentés egészség-növekedést eredményez: a normális alatti testsúlynál (BMI=19) csökken a vérnyomás, a koleszterinszint, a fehérvérsejtszám, valamint az éhgyomri vércukorszint, az élettartam pedig nő. Az erre vonatkozó leghíresebb vizsgálat az ún. Okinawa vizsgálat. Okinawán él a világon legidősebb emberek 15%-a – noha a japán szigetvilág a Föld lakosságának mindössze 0,0002%-át adja (4, 5). A japán Egészségügyi és Jóléti Minisztérium ennek nyomán elindította az Okinawai Százévesekkel Foglalkozó Kutatóprogramot, amelynek célja, hogy feltárja, igazolható-e a sok beszámoló, mely az okinawaiak megdöbbentő egészsé-

géről és hosszú életéről szól. A kutatás több mint harminc éve során elért eredmények a legoptimistább várakozásokat is felülmúlta. Mára tény, hogy Okinawán laknak a világ legegészségesebb és leghosszabb életű öregjei. Hosszú életük összefüggésben áll a családcentrikussággal, az emberi kapcsolatokhoz való pozitív viszonyulással, valamint azzal is, hogy a mozgás életük fontos részét képezi. Most azonban csak táplálkozási szokásaikra térünk ki.

Az Okinawai Százévesekkel Foglalkozó Kutatóprogram munkatársai szerint az étrend valóban kulcsszerepet játszik az itteni öregek egészségi állapotában. Kalóriaszegény táplálékokat fogyasztanak, amely gazdag szénhidrátokban, de ez főleg teljes kiőrlésű gabonából, zöldségekből és gyümölcsökből származik. Alig fogyasztanak iparilag előállított vagy forgalmazott élelmiszert és konzervet, ezzel szemben a friss és zsírszegény táplálékok adják ételük javát. Fehérjét elsősorban növényi forrásokból nyernek, sok hüvelyes és gabonafélélt fogyasztanak. Evési szokásaikban is nagyon mérték tartók, soha nem eszik tele magukat: abbahagyják az evést, amikor körülbelül 80%-ig érzik megtelve a gyomruk. Hogy mennyire egészséges ez a szokás, azt a tudomány is igazolta, mert kb. húsz perccel az étkezést követően válik érzékelhetővé a telítettségérzés az agyban a kolecisztokinin révén.

Az elhízás az anyagcsere-folyamatok genetikai, központi idegrendszeri, endokrin és környezeti hatásokra létrejövő zavara, amely az energiaháztartás egyensúlyának módosulását okozza (2). Napjainkban a túlsúly és az elhízás járványszerű előfordulása egyértelműen kihívást jelentő probléma mind egyéni, mind társadalmi szinten. 2008-ban az Egyesült Államokban az elhízás előfordulási gyakorisága 25% vagy annál nagyobb volt, néhol elérte a 30%-ot is (6). Magyarország lakosságának a fele túlsúlyos, s közülük 20% kifejezetten kövér s ezzel Európa országainak felső harmadában helyezkedünk el (2). Mit takarnak ezek a kategóriák? A testtömegindex (body mass index, BMI) a kg-ban kifejezett testtömeg és a méterben mért testmagasság négyzetének hányadosa; ha például egy 170 cm magas nő testsúlya 70 kg, akkor az ő testtömegindexe $70/1,7^2 = 24,22$, azaz a normális testsúly felső határán van. Normális testsúlynak a BMI=18,5-25 tekinthető, a BMI=25-30 a *túlsúlyt*, a BMI \geq 30 az *elhízást* vagy *kövérséget* jelenti, a BMI > 35 beteges elhízásra utal (7).

Kockázati tényezők

Felmerül a kérdés: ha jól ismert a túlsúly egészségre ártalmas hatása, akkor miért nem figyelnek erre jobban az egyének és miért ilyen világméretű a probléma? A témának hatalmas szakirodalma van (2, 8, 9, 10, 11), ezért a tömeges elhízás okait csak röviden tekintjük át. Az öröklődés és a metabolikus tényezők kb. 30%-ban játszanak szerepet, emellett az életkor előrehaladtával az endokrin rendszer változása természetes súlygyarapodáshoz (kb. évi 30 dkg) vezet. Az ételek könnyű elérhetősége, a pozitív ösztönzők (ínycsiklandozó ételhirdetések) tömeges jelenléte, ezen belül az energiagazdag táplálkozás, valamint a mozgásszegény életmód további súlyos kockázatot jelent (9). Végül nem lehet figyelmen kívül hagyni a szociokulturális tényezők közül a karcúságra irányuló társadalmi nyomás, valamint a kövérséggel szembeni negatív sztereotípiák szerepét sem (10). Ebből nyilvánvaló, hogy rendkívül összetett, igazi pszichoszomatikus jelenségről van szó, ahol kibogozhatatlanul összefonódnak a genetikai, biológiai, pszichológiai, magatartásbeli, szociológiai és kulturális tényezők

Pszichológiai kockázati tényezők

Az elhízás pszichoszomatikájáról szóló tanulmányban kiemelten fontos végiggondolni a pszichés tényezők szerepét. Érdekes, hogy az elhízást a diagnosztikai rendszerek nem sorolják sem az evészavarok, sem a pszichopatológiai jelenségek körébe, mert a folyamatos kutatások ellenére sem írható le jellegzetes pszichopatológiai vonásokkal. Ugyanakkor sérülékenységet jelent és oksági kapcsolatban lehet az elhízással az iskolai bullying (terrorizálás, megfélemlítés), a gyermekkorban elszenvedett testi és szexuális bántalmazás, az alacsony önértékelés, a szubklinikai depresszió vagy szorongás (12).

Egyes – ritka – esetekben a traumák szerepére is gondolni kell. A korai traumák és felnőttkori obesitas összefüggéseit vizsgálta egy olasz kutatócsoport (13). Kétszáz obes és ugyanannyi nem obes személynél végeztek pszichiátriai állapotfelmérést a DSM-IV szerinti strukturált interjúval, poszttraumás stressz betegség skálával, valamint korai traumatikus életesemények vonatkozásában. A két csoport eredményeit összehasonlítva azt találták, hogy a trauma (s ezen belül a korai trauma) előfordulása és súlyossága szignifikánsan előre jelezte az obesitást. Egy másik kutatásban (14) pedig

azt találták, hogy a gyermekkori elhanyagolás hosszú távon befolyásolja a lelki egészséget és az elhízást.

Az elhízásban további szerepet játszhat az örömforrások beszűkülése, a stressz, az érzelmi konfliktusok, a szorongás és a lehangoltság („bánatháj”), a kontroll, az elvárásoknak való fokozott megfelelés, valamint a negatív testkép. Az elhízott egyénekre sajátos evési stílus jellemző: a kínálásra és a „csábításokra” való nagyfokú fogékonyság, az étel látványának való ellenállás képtelensége és táplálékfogyasztás olyan helyzetekben is, amikor az illető nem éhes. Emellett a kövér emberek gyakran alulbecsülik a nassolás és a rendszeresen elfogyasztott étel mennyiségét (11).

A testsúlyszabályozás elméletei, azaz miért eszünk akkor is, ha jóllaktunk?

Jól tudjuk, hogy a táplálkozás alapvető a létfenntartás szempontjából, homeosztatis drive, ami egy fiziológiai szükségleten alapuló viselkedéses késztetés. Komplex központi idegrendszeri szabályozás alatt áll, amelyben részt vesz a hipotalamusz, a limbikus rendszer, bizonyos agytörzsi magvak és a frontális lebeny (11). A túlsúlyos emberek azonban a szükségesnél jóval többet esznek. A kövérség egyre növekvő drámai aránya rávilágít az életmód kiemelt szerepére. Tehát a *mennyit* eszünk mellett a *miért*, *mikor* és a *hogyan* eszünk kérdések is egyre fontosabbá váltak az elhízás megértésében és leküzdésében.

A „*kijelölt pont*” elmélet (11) szerint van egy biológiailag meghatározott testsúly, amelynél az egyén szervezete optimálisan működik. A szervezet önszabályozó rendszerei e testsúly megtartására vagy visszanyerésére törekednek, ha a testsúly ez alá csökken, akkor éhesek leszünk, ha fölötte van, jóllakottságérzésünk van. A *megállapodási pont modell* (15) szerint az energia-bevitelt és energialeadást befolyásoló tényezők egyensúlya esetében a testsúly stabilitást mutat. Ha azonban az energia-egyensúlyban változás történik, a testsúly új ponton állapodik meg. A testsúly megváltozik, ha bármilyen tartós fiziológiai vagy életmódbeli változás áll be az energiafelhasználásban, és fennmarad, ha a változásra ható tényezők fennmaradnak. Fontos szempontokat vet fel az *evolúciós* elmélet is (16). Eszerint őseink számára az életfenntartáshoz az volt az előnyös, ha az elérhető táplálékot mind elfogyasztották és tartalékokat is képeztek az ínséges időkre. Mivel a táplálék a környezetben csak korlátozottan volt elérhető, ezért az egyén akkor evett, amikor az elérhető volt s ebben kulcsszerepet játszott az adott élelem elővételezett él-

vezete, azaz pozitív ösztönző értéke. A *pozitív ösztönző elmélet* (16) szerint az ízletes ételt azért eszük meg, mert élvezetes, jó dolog, és örömforrás egyben. Mivel az embernek egészsége fenntartása érdekében szüksége van fehérjére, szénhidrátra, zsírokra, vitaminokra, ásványi anyagokra és nyomelemekre, az ember lényegében mindenevő. Evés után valamennyi (de különösen az aktuálisan fogyasztott) étel vonzereje csökken, azonban egy új íz még jóllakottság esetén is az evés folytatásához vezet, mert szükséges lehet a túléléshez. Ezért fordulhat elő, hogy egy háromfogásos karácsonyi ebéd után (leves, előétel, főétel) annak ellenére, hogy teljesen jóllaktunk, megesszük még az édességet, megisszuk a kávé, sőt egy kis alkoholt is.

Tehát azt láthatjuk, hogy a túléléshez szükséges ősi evési szokásokkal a mai ember nem képes ellenállni annak a folyamatos ingeráradatnak, amit a könnyen hozzáférhető ínycsiklandó ételek állandó reklámja jelent. Továbbá, ha a mai karcsúságideállal ellentétes és egészségtelen is a kövérség, évezredekken keresztül a termékenység, gondoskodás, gazdagság, erő és hatalom szimbóluma volt – és bizonyos értelemben ma is az (10).

Családi és társas hatások

Az emberi társadalmakban az evés nem pusztán a létfenntartáshoz szükséges, hanem társas esemény, amelyet a fiziológiai igények mellett az egyén szokásai, társas környezete, a család és a kultúra döntően befolyásol. Igazi humán specifikum például az időzítés kérdése: az egyes kultúrák rögzítik az étkezések idejét, amikor enni „kell”, és a személy csak az elfogyasztott étel mennyiségét befolyásolhatja. Időjelzés nélkül nagyobb fogyasztás után hosszabb szünet lenne indokolt a következő étkezésig, amit az egyének spontán szabályoznak, ha egyedül vannak, épp úgy, mint szubhumán szinten. Tehát élettanilag funkcionálisabb lenne az időzítés változtatása (a homeosztatis igényeknek megfelelően), de a kultúra ezt felülírja. Mivel a közös étkezés egyben a társas együttlét színtere, így ezen kötelező a részvétel függetlenül attól, hogy a személy éhes-e vagy sem. S hogy ez az ún. társas nyomás mennyire erős, láthatjuk a hatalmas családi feszültségekből, amikor például egy serdülő lány elkezd „kihagyni” a vacsorát.

További humán specifikum a szociális tényezők szerepe. A megfigyelések szerint az elfogyasztott étel mennyisége egyenes arányban áll a jelenlévők számára, azaz társaságban többet eszik az ember, mint egye-

dül (17). A vizsgálatok azt mutatják, hogy az elfogyasztott étel mennyisége és az előző étkezés óta eltelt idő között csak akkor áll fenn pozitív kapcsolat, ha az illető egyedül van és ő dönthet a következő étkezés idejéről. Emberi közösségekben, társas helyzetekben a szociális hatások tehát felülírják az anyagcsere törvényszerűségeit.

Ellentmondásos médiaüzenetek

A médiának közismerten óriási szerepe van az evészavarok kialakulásában (10), egyrészt a karcsúság-ideál sulykolásával, másrészt a tévében óránként akár tízszer megjelenő ételreklámokkal, amelyeknek a hatása alól nagyon nehéz kivonni magunkat. A „légy karcsú!” és a „fogyassz sokat!” üzenetek ellentmondásossága állandó billegést eredményez a két véglet között. Az „edd karcsúra magad!” szlogen is azt sugallja, hogy csak a fogyasztás további fokozásával lehet egészségesen étkezni (ami tovább növeli az amúgy is óriási hasznót jelentő fogyókúraüzlet bevételét). Az ilyen rendkívül ellentmondásos üzenetek hatása alól csak nagyfokú tudatossággal tudja kivonni magát az egyén.

Összefoglalva az eddigieket, a táplálékfelvétel szabályozása humán szinten komplex folyamat, központi idegrendszeri szabályozás alatt áll, amelyet biológiai, pszichés és szociokulturális tényezők döntően befolyásolnak, s ezek predisponáló, precipitáló és fenntartó hatásúak lehetnek (18). Láthatjuk, hogy az evéshez, a jóltápláltsághoz és kövérséghez több rendkívül ellentmondásos jelentés kapcsolódik. Ami évszázadokon át pozitív jelentést hordozott, az ma már negatív üzenetté vált. A kövérség archaikus, nem tudatos jelentése (biztonság, termékenység, a túlélés záloga, erő és gazdagság szimbóluma) ellentétbe került a mai értékrenddel, ahol a megítélése negatív. A túlsúly ellentétes a modern szépségideálokkal, a kövér embereket általában torznak és csúnyának tartják, sokan előítéllettel viszonyulnak hozzájuk, az elhízást a gyengeség és szegénység jelének tekintik (12). Ami régen a betegségek elleni védettséget jelentette, az ma már veszélyeztető, sérülékenységet jelentő testi állapot. A túlsúly és elhízás megértésére az evolúciós modell integrációs erővel bír a biológiai és a pszichológiai mechanizmusokat illetően. A túlélésre kialakult táplálék felvételi mechanizmus ma már maladaptív, pozitív incentivekkel teli modern korunkban elhízáshoz és az egészségre káros következményekhez vezet. Szerencsére azonban az is humán specifikum, hogy az ember képes ezt felfogni és

képes változtatni maladaptív viselkedésén tanulás és önkontroll segítségével.

Kognitív viselkedésterápiás testsúlycsökkentő módszerek

Az enyhe és középsúlyos elhízás hatékonyan kezelhető pszichológiai módszerekkel (8, 18, 19, 20, 21). A legtöbb fogyasztó módszer gyors, látványos eredményt ígér (gyógyszerek, formuladiéták, szélsőséges táplálék-arányokkal operáló diéták stb.). Hátrányuk azonban az, hogy a keservesen leadott súlyfölösleget az egyének gyakran gyorsan visszahízzák. *Hosszú távon fogyást csak az evési szokások megváltoztatásával, mozgástartás életformával, és az örömforrások bővítésével lehet elérni.* Ehhez az is fontos, hogy a személy el tudja fogadni önmagát és saját testét is. Az elhízás kezelésének fő pszichológiai módszere, a kognitív viselkedésterápia épp ezeket célozza meg s ezért ma már minden testsúlycsökkentő program nélkülözhetetlen része. A kognitív viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoportok célja, hogy a személyek felismerjék és korrigálják azokat a maladaptív szokásokat, amelyek hozzájárulnak a súlyproblémához, illetve a testsúlycsökkentő próbálkozások kudarcához (22, 23). Korábban ez leginkább az evési szokások megváltoztatására és a fizikai aktivitás növelésére vonatkozott (24). Mára azonban számos programot dolgoztak ki, amelyek egyre árnyaltabbá váltak, számos kognitív elemmel gazdagodtak (8, 20, 25). Jelenleg a viselkedésváltozás folyamatát számos eszközzel segíthetjük: táplálkozási és aktivitási napló vezetése (önmonitorozás), az évessel összekapcsolódott kiváltó ingerek kontrollálása (stimulus kontroll), reális célok felállítása, táplálkozási edukáció, fizikai aktivitás, problémamegoldás, stresszkezelés, kognitív átstrukturálás, társas támogatás és relapszus prevenció (19, 26).

A testsúlycsökkentő tréningek általában 10-20 fős csoportokban zajlanak, heti egy alkalommal, 16-26 héten át. Az ülések időtartama általában 60-90 perc, a csoportvezetők pszichológusok és dietetikusok (22, 27). A programokra jellemző, hogy a kezelés alapelvei világosan áttekinthetőek, az ülések menete protokoll alapján történik a jól ismert viselkedésterápiás alapelveknek megfelelően. A viselkedésterápiás módszereknek három meghatározó, közös jellemzőjük van (28).

1. *Célirányosság:* egyértelmű célokat határoznak meg, amelyek könnyen mérhetőek, pl. 30 perc séta hente négy alkalommal. A pontosan és világosan meghatározott célok lehetővé teszik a siker tiszta mérését.

2. *Folyamatorientáció:* amellyel, hogy segítenek pontosan meghatározni az egyéneknek, hogy mit szeretnének elérni, abban is segítenek, hogyan tegyék ezt. E megközelítés szerint a sikeres testsúlymenedzsment nem akaraterő kérdése, ami vagy van valakinek, vagy nincs, hanem olyan készségek tárházán alapul, amelyek megtanulhatók és begyakorolhatók, ugyanolyan módon, mint ahogy az ember megtanul biciklizni vagy egy hangszeren játszani.
3. *Fokozatosság elve:* a viselkedéses megközelítés a kicsi, egymást követő változásokat támogatja, nem a nagyokat. A lépésről lépésre elven alapul, mely szerint az egymásra épülő lépések segítségével könnyebben elérhető egy távolabbi cél. A kis célok teljesítése a siker élményét adja az egyén számára, amelyre lehet építkezni, míg a drasztikus változások általában nem tarthatók fenn hosszú távon.

Saját csoportunk bemutatása

Saját gyakorlatunkban az önsegítő elemekkel kombinált kognitív viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoport tematikája korábbi klinikai munkánkon alapul (19). Ezt bővítettük ki az eltelt huszonöt évben történt hatalmas fejlődésnek köszönhető tapasztalatokkal. A kis létszámú, 10-12 fős csoportos foglalkozásokat 24 héten át tartjuk heti egy ülésben, kétórás időtartamban, két pszichológus vezetésével. A csoport önállóvá válását, az ún. önsegítést fokozatosan vezetjük be, ezáltal is elősegítve a csoporttagok belső kontrolljának növekedését és a viselkedésváltozás tartóssá válását. Ennek megfelelően a 24 hetes program három fő blokkból áll. Az első 8 héten hetente, a második 8 héten kéthetente, az utolsó 8 hetes blokkban pedig már csak havonta vesznek részt a csoportvezetők a foglalkozásokon. A program a fentebb ismertetett kognitív és viselkedésterápiás elemeket tartalmazza, a terápiás folyamat felépítése a változás transzteoretikus modellje (29, 30) alapján a következő szakaszokból áll.

Előkészület szakasza (első interjú – 2. ülés). A program kezdetén az egyik legfontosabb cél a résztvevő motiválása, valamint a reális súlycélok felállítása. Greenwald (31) meghatározása szerint a sikeres testsúlycsökkentés első és alapvető feltétele az, hogy az egyénnek önmotiválnak kell lennie és felelősséget kell vállalnia a változásokért. Noha sok ember tisztában van az elhízás egészségügyi következményeivel, úgy véli, enni jó és túl nagy áldozat lenne változtatni az

evési szokásain. Éppen ezért a 24 hetes program kezdetén a motiváció felmérésének kiemelt szerepe van. A motivációs interjú egy kliensközpontú megközelítés, amelynek segítségével lehetőség van arra, hogy feltérképezzük és feloldjuk a személy változással kapcsolatos ellentmondásos érzéseit támogató és direktív stílusban (32). A motivációs interjú célja, hogy segítse előmozdítani a beteget a következő kontinuumon: 1) teljesen visszautasítja, hogy súlyproblémája lenne, 2) elismeri a problémát, de nem érzi azt, hogy kellene változtatni, 3) elkezd gondolkodni azon, hogy mit tehet, és végül 4) aktívan tesz is a változás érdekében (33). A motiváció hosszú távú fenntartásában és a sikeres testsúlyszabályozásban kiemelt szerepe van a reális súlycélok felállításának is, amelyre szintén a program elején kerül sor. Cooper és Fairburn (8) a visszahízásban szerepet játszó folyamatok elemzése során úgy találták, hogy az irreális súlycélok (pl. ha valaki 140 kg-ról 70 kg szeretne lefogni) és a fogyással elérni kívánt másodlagos célok (pl. sikeresebb társas kapcsolatok) megvalósulásának kudarca fontos szerepet játszanak a visszahízásban. Szintén ebben a szakaszban kerül sor az önmonitorozás bevezetésére, valamint a táplálkozási edukációra a helyes táplálkozási szokásokról. Ahhoz, hogy a résztvevő felelősségteljesen cselekedhessen és hatékonyan tudjon változtatni az életmódján, megfelelő ismeretek szükségesek; gyakori hiba a gyakorlati vonatkozások hiánya vagy az ismeretanyag felesleges túlbonyolítása. Mivel a résztvevők nagy része elméletben tisztában van az egészséges táplálkozás és a helyes életmód kritériumaival, ezért az edukáció során leginkább az ellentmondó információk tisztázására (pl. tipikus diéta-hibák), az alapismeretek rögzítésére és azok gyakorlati hasznosíthatóságára kell helyezni a hangsúlyt. Már az első szakaszban el kell kezdeni az önmonitorozást, hiszen az elfogyasztott étel-ital mennyiségének megfigyelése és a heti testsúlymérés a viselkedéses testsúlyszabályozás kulcskomponense. Ez segíti a személyt abban, hogy tudatában legyen a saját evési szokásainak, valamint hogy felismerje, mely magatartásformák, illetve környezeti vagy társas hatások játszanak szerepet a túlevésben. Ezenkívül az önfigyelés (pl. testsúlydiagram vezetése) fontos eszköz a változás folyamatának végigkövetésében, amely tovább növeli a résztvevő motivációját a további viselkedéses változásra.

Cselekvés szakasza (3. ülés – 16. ülés). Ebben a szakaszban az alapismeretek és a motiváltság talaján elkezdődik a közös munka, ahol a fő cél, hogy a résztvevők aktívan részt vállaljanak az életmódváltásban,

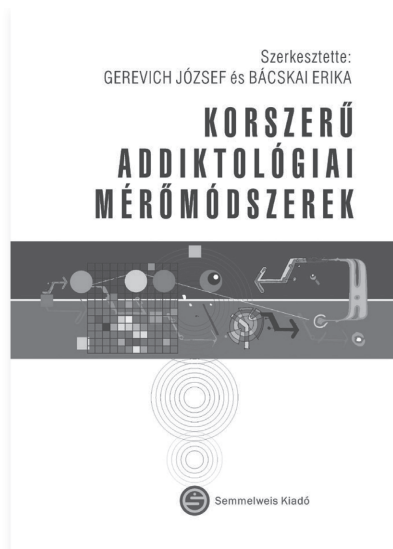
kompetensnek érzéik magukat, és felelősséget vállaljanak a változtatásokért. A viselkedésterápia alapelveinek megfelelően a fokozatosság elve alapján lépésről lépésre kerül sor a kalória csökkentésére, az egészségtelen evési szokások megváltoztatására és a fizikai aktivitás növelésére. Mivel a sikeres testsúlymenedzsment számos környezeti, pszichés és társas tényező is befolyásolja, ezért ebben a szakaszban külön figyelmet fordítunk azokra a tipikus helyzetekre, nehézségekre, környezeti ingerekre, valamint pszichés és társas befolyásoló tényezőkre, amelyek a leggyakrabban jelentik a tartós életmódváltozás akadályát. Ebben a szakaszban a legfontosabb elsajátítandó készségek a következők: stimulus kontroll, kognitív átstrukturálás, problémamegoldó lépcső, asszertivitás, relaxációs technikák, érzelmi evés elkerülése, illetve tudatos jelenlét technikák. Ez a szakasz már átvezet a második blokkba, ahol a készségek begyakorlásával és az ismeretek elmélyülésével párhuzamosan a csoportvezetők jelenléte ritkul, ezáltal is segítve a páciens belső kontrolljának és kompetenciaérzetének növelését. Az ülések ritkulása fontos visszajelzés a résztvevő számára, hogy a külső kontroll csökkenése mellett is fenn tudja tartani a fogyást. Ebben a szakaszban még lehetőség van arra, hogy a csoportvezetőkkel együtt oldják meg a felmerülő problémákat, illetve itt még rendelkezésre áll a csoport is, mint támogató közeg.

Fenntartás szakasza (17-24. hét). Az utolsó blokkban a legfontosabb cél a már elért viselkedésváltozások rögzítése, a motiváció fenntartása, a belső kontroll további erősítése és a visszaesés megelőzése. Ekkor a csoportvezetők már csak havonta egy alkalommal vesznek részt az üléseken. A testsúlycsökkentő csoportban a résztvevők motivációja természetes módon hullámozik. Éppen ezért érdemes ismételtén átbeszélni a motiváció témáját, a korábban kitűzött célok megvalósulását, valamint a program során elsajátított új készségeket (pl. problémamegoldó technikák, mozgástudatos életmód). Ez segít a motiváció fenntartásában és a belső kontroll megerősítésében. Szintén a program lezárásának fontos eleme a relapszus prevenció technikák alkalmazása. Ezeknek a segítségével a résztvevők egyrészt felismerhetik a lehetséges rizikóhelyzeteket és kiváltó ingereket (pl. éttermi étkezés, pékség a hazafelé útvonalon), másrészt a korábban megtanult módon hatékony stratégiákat alakíthatnak ki a nehéz helyzetek elkerülésére vagy optimális megoldására.

Irodalom

1. Garrison RJ, Castelli WP. Weight and thirty-year mortality of men in the Framingham study. *Annals of Internal Medicine* 1985; 103:1006-1009.
2. Halmy L. Az elhízás mai szemlélete. *Psychiatria Hungarica* 1996; 11:257-265.
3. Halmy L. Az elhízás kezelésének jelenlegi helyzete. In: Túry F, Pászthy B eds. *Évészavarak és testképzavarok*. Budapest, Pro Die, 2008; 397-413.
4. Sho H. History and characteristics of Okinawan longevity food. *Asia Pac J Clin Nutr* 2001; 10:159-164.
5. Willcox DC, Willcox BJ, Todoriki H, Curb JD, Suzuki M. Caloric restriction and human longevity: what can we learn from the Okinawans? *Biogerontology* 2006; 7:173-177.
6. CDC, 2009: U.S. Obesity Trends by State 1985-2008. <http://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html> (elérés: 2012. december 10.)
7. WHO (World Health Organization). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, WHO, 2000.
8. Cooper Z, Fairburn CG. A new cognitive behavioral approach to treatment of obesity. *Behavior Research and Therapy* 2001; 39:499-511.
9. Túry F, Szabó P. A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Budapest, Medicina, 2000.
10. Forgács A. Az ételfogyasztás mértékét szabályozó szociokulturális tényezők. In: Túry F, Pászthy B eds. *Évészavarak és testképzavarok*. Budapest, Pro Die, 2008; 341-352.
11. Atkinson RL, Hilgard ER. *Pszichológia*, Osiris, Budapest, 2005.
12. Friedman MA, Brownell KD. Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin* 1995; 117:3-20.
13. D'Argenio A, Mazzi C, Pecchioli L, Di Lorenzo G, Siracusano A, Troisi A. Early trauma and adult obesity: is psychological dysfunction the mediating mechanism? *Physiol Behav* 2009; 98:543-549.
14. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 373:68-81.
15. Bolles RC. Some functionalistic thoughts about regulation. In: Toates FM, Halliday TR eds. *Analysis of motivational processes*. New York, Academic Press, 1980; 63-75.
16. Pinel JPJ, Assanand S, Lehman DR. Hunger, eating and ill health. *American Psychologist* 2000; 55:1105-1116.
17. Castro JM, de Castro ES. Spontaneous meal patterns of humans: influence of the presence of other people. *Am J Clin Nutr* 1989; 50:237-247.
18. Túry F, Joó MN. Az elhízás pszichoterápiája. *Obesitologia Hungarica* 2004, Suppl. 4:72-88.

19. Czeglédi E. Az elhízás Cooper–Fairburn–féle kognitív viselkedésterápiás megközelítésének bemutatása. *Alkalmazott Pszichológia* 2007; 9:174-197.
20. Perczel Forintos D, Czeglédi E. Az elhízás kognitív (és) viselkedésterápiás megközelítési lehetőségei. In: Túry F, Pászthy B. eds. *Az evészavarok terápiájának aktuális kérdései*. Budapest, Semmelweis Kiadó, 2011; 36-59.
21. Perczel Forintos D, Czeglédi E. Falánkság, túlsúly, elhízás. Az obesitas pszichoterápiás megközelítési lehetőségei. *Psychiatria Hungarica* 2010; 24:365-371.
22. Géczy A, Perczel D. Kísérlet egy új típusú fogyókúrás módszer kialakítására – beszámoló a viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoportmódszerről. *Ideggyógyászati Szemle* 1988; 41:266–276.
23. Wadden TA, Butryn ML. Behavioral treatment of obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 2003; 32:981-1003.
24. Wilson T. Behavioral approaches to the treatment of obesity. In: Brownell KD, Fairburn CG eds. *Eating disorders and obesity*. New York, Guilford Press, 1995; 479-483.
25. Wing RR. Behavioral weight control. In: Wadden TA, Stunkard AJ. eds. *Handbook of obesity treatment*. New York, Guilford Press, 2004; 301-316.
26. Brownell KD. *The LEARN program for weight management*. Dallas, TX, American Health Publishing, 2000.
27. Jones LR, Wadden TA. State of science: behavioral treatment of obesity. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition* 2006; 15:S30-S39.
28. Foster GD, Makris AP, Bailer BA. Behavioral treatment of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition* 2005; 82:S230-S235.
29. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 1992; 47:1102-1114.
30. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. *Valódi újrakezdés. Hatlépcsős program ártalmas szokásaink leküzdésére és életünk jobbá tételére*. Budapest, Ursus Libris, 2009.
31. Greenwald A. Current nutritional treatments of obesity. *Advances in Psychosomatic Medicine* 2006; 27:24-41.
32. Perczel Forintos D. (2010): A motivációs interjú. In: Perczel Forintos D, Mórotz K eds. *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest, Medicina, 2010; 223-228.
33. West DM, DiLillo V, Bursac Z, Gore SA, Greene PG. Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30:1081-1087.



A Semmelweis Kiadó könyvajánlata:

Gerevich József, Bácskai Erika:

KORSZERŰ ADDIKTOLÓGIAI MÉRŐMÓDSZEREK

A nemzetközi gyakorlatban használatos mérőmódszerek széles tárházával ismerkedhet meg ebben a könyvben az olvasó. A közreadott tesztek, interjúk és kérdőívek felölelik az alkohol- és drogproblémák diagnosztikáján kívül a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD), a szorongásos és viselkedési zavarok, valamint egyes személyiségvonások feltárását, sőt az iskolai terrorizálás megközelítéséhez is eszközöket kínálnak.



E-könyvként is rendelhető:

www.semmelweiskiado.hu/e_konyvek/



Semmelweis Kiadó
1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.
www.semmelweiskiado.hu

A kiadó könyvei megvásárolhatók könyvesboltjainkban vagy megrendelhetők honlapunkról.

■ **LEGENDUS KÖNYVESBOLT**
1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.
Tel.: 210-4408, 459-1500/56141
Nytva tartás: H-P: 9-16 óra
info@semmelweiskiado.hu

■ **EOK KÖNYVESBOLT**
1094 Budapest, Tűzoltó utca 37-47.
Tel.: 459-1500/60475
Nytva tartás: H: 13-15 óra,
K-P: 9-13 óra

Pszichonefrológia: a krónikus vesebetegség pszichoszociális aspektusai

Psychonephrology: psychosocial aspects of chronic kidney disease

Rónai Katalin Zsuzsanna¹, Molnár Miklós Zsolt^{1,2}, Szeifert Lilla³, Mucsi István^{1,4}, Novák Márta^{1,5}

¹Pszichonefrológia és Alvásmedicina Munkacsoport, Magatartástudományi Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest

²Department of Nephrology, University Health Network, University of Toronto, Toronto, Kanada

³I. Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

⁴Division of Nephrology, McGill University Health Centre, Montreal, Kanada

⁵Psychonephrology Unit, Department of Psychiatry, University Health Network, University of Toronto, Toronto, Kanada

E-levél: Dr. Novák Márta, marta@nefros.net

ÖSSZEFOGLALÁS A krónikus vesebetegség fennállása és esetleges progressziója a betegek életét nagymértékben meghatározza. Különösen igaz ez végstádiumú veseelégtelenség esetén, amikor vesepótló kezelésre (dialízis vagy vesetranszplantáció) van szükség. A bio-pszicho-szociális szemlélet, a pszichonefrológiai aspektusok szem előtt tartása minden beteg kezelése esetében alapvető fontosságú, hiszen életminőségüket, mindennapi jóllétüket a klinikai gyakorlatban szokásos laboratóriumi paraméterekkel nem lehet jól jellemezni. Ez a szemléletmód nagymértékben segíthet feltérképezni azokat a lehetőségeket, hogyan tudjuk a betegek életminőségét és esetlegesen életkilátásait is javítani. Közleményünkben röviden áttekintjük a krónikus vesebeteg életében előforduló fontosabb állomásokat és az ehhez kapcsolódó nehézségeket, valamint a betegek életminőségét meghatározó tényezőket, majd részletesebben ismertetjük a depresszióról és az alvászavarokról szóló eredményeket.

KULCSSZAVAK krónikus vesebetegség, pszichonefrológia, életminőség, depresszió, alvászavarok

SUMMARY Chronic kidney disease is a progressive condition with high illness intrusiveness. This is particularly true for patients with end-stage renal disease which requires renal replacement therapy (dialysis or transplantation). The biopsychosocial aspects of care („psychonephrology”) should be considered in the medical management of every patient, since the patients’ everyday well-being and their quality of life could not be described only by the widely used clinical laboratory markers. This approach could also help us to identify opportunities for interventions to improve the quality of life and even potentially survival of patients. In this paper we review briefly the most important stages of the progression of the disease and the factors which determine the quality of life of the patients, and we also describe the significance of depression and sleep disorders in patients with chronic kidney disease in more details.

KEY WORDS chronic kidney disease, psychonephrology, quality of life, depression, sleep disorders

Rövidítések

CKD	chronic kidney disease (krónikus vesebetegség)
ESRD	end-stage renal disease (végstádiumú vesebetegség)
KVB	krónikus vesebetegség
IS	immunszuppresszív
OSA	obstruktív alvási apnoe
PLMS	Periodic Limb Movements in Sleep (periodikus lábmozgászavar)
RLS	Restless Legs Syndrome (nyugtalan lábak szindróma)

A krónikus vesebetegségben (KVB) szenvedő betegek száma társadalmunkban egyre nő, amelynek oka egyrészt az életfenntartó kezelési lehetőségek (a dialízis és a transzplantáció) könnyebb elérhetősége, másrészt a krónikus vesebetegséghez vezető alapbetegségek (magas vérnyomás, cukorbetegség) növekvő előfordulása, illetve az ezen alapbetegségekben szenvedő

egyének javuló életkilátásai (1). A javuló életkörülmények és a viszonylag könnyen elérhető gyógyszeres kezelés miatt társadalmunkban a születéskor várható élettartam növekszik, így a kialakuló krónikus betegségek késői szövődésével is egyre gyakrabban találkozunk.

Jelen cikkünkben nem törekszünk a pszichonefrológia szerteágazó témaköreinek ismertetésére, hanem rövid áttekintés után munkacsoportjaink (Magatartástudományi Intézet Pszichonefrológia és Alvásmedicina Munkacsoportok) kutatásaihoz kapcsolódó témákat ismertetjük részletesebben.

A krónikus vesebetegség előfordulása

Az Egyesült Államok Vese Adatbázisa (US Renal Data System) szerint minden 570. ember végstádiumú vesebetegség (ESRD) miatti kezelés alatt áll, a krónikus vesebetegség előfordulása pedig 13,1% (2). Egy 2012-es kínai reprezentatív epidemiológiai vizsgálat szerint a felnőtt lakosság 11%-a beszűkült vesefunkcióval vagy albuminúriával rendelkezik (3). Magyarországon 2011 végén a vesepótló kezelésben részesülő betegek prevalenciája 903/millió fő volt; ekkor 5400 hemodialízis- és 892 peritoneális dialízis-kezelésben részesülő beteget tartottak nyilván (4). Vesetranszplantációt követően, működő beültetett vesével körülbelül 2500 beteg él hazánkban.

A vese kiválasztó, anyagcsere- és endogén funkciójának csökkenése esetén a szervezet jó ideig még képes kompenzálni, így a krónikus vesebetegség kialakulása és súlyosbodása gyakran lassú, észrevétlen folyamat, amely olyan, a vesebetegséggel laikus nézőpontból összefüggést nem mutató tüneteket produkál, amelyek könnyen elkerülhetik a páciens vagy akár a kezelőorvos figyelmét is. Egy 2005-ös amerikai vizsgálat szerint a betegek közel fele csak az ESRD kialakulásakor értesül betegségéről (5). Krónikus vesebetegségben a vese-funkció alapján 5 stádiumot különböztetünk meg, az 5. stádium az ESRD állapota, amelynek terápiája élet-hosszig tartó vese-pótló kezelést (dialízist vagy vesetranszplantációt) jelent.

A vese-pótló kezelések lehetőségei

A krónikus, végstádiumba progrediáló vesebetegek számára „jó hír”-ként értelmezhető a vese-pótló kezelések lehetősége. Dialízist elsőként sikeresen 1945-ben Willem Kolff alkalmazott, az első sikeres vesetranszplantáció 1954-ben pedig *Joseph Murray* nevéhez köthető. E két módszer fejlődése és széles körű elérhetősége az utóbbi több mint fél évszázadban a vesebetegek életét meghosszabbította ugyan, de sok más nehéz kérdést és dilemmát vetett fel.

A jelenkori helyzetet jól jellemzi, hogy a dialízis-kezelés alatt álló betegek éves mortalitása az Egyesült Államokban is mintegy 20-25% (6), és legtöbbször kardiovaszkuláris ok miatt halálozik el. Egy 2010-ben készült kanadai kérdőíves felmérés szerint a dialízis-kezelésben részesülő vesebetegek mintegy 61%-a megbánta, hogy a vese-pótló kezelésbe belekezdett (7). A megkezdett dialízis-kezelés esetleges leállítását, a palliatív

ellátás alkalmazása, és ennek etikai vonatkozásai újabb kérdéseket vethetnek fel a hazai ellátásban is. Emellett a végstádiumú vesebetegek kezelésekor a dialízis-kezelés megkezdésének elkerülése, a végstádiumú veseelégtelenség konzervatív kezelése idősebb betegekben akár kedvező hatású is lehet az életminőségre, amely például abban is megnyilvánul, hogy a dializált és dialízis-kezelést el nem kezdő betegcsoportokban a kórházon kívül eltöltött idő hasonlóan bizonyult (8).

A vesetranszplantált páciensek életkilátásai és életminősége jobb dializált betegtársaikénál, erről a populációról ugyanakkor viszonylag kevés adattal rendelkezünk. Legtöbbször a veseátültetés előtt hosszú ideig áll dialízis-kezelés alatt, majd a transzplantációt követően (amely nemcsak testi, hanem pszichés megterhelés is) élethosszig tartó immunszuppresszív (IS) gyógyszerelésben részesül, amelyet esetleg akkor függeszthetnek fel, ha a szervkilökődés miatt a beteg visszakerül dialízisre. A köztudatban a vesetranszplantált pácienseket gyakran „egészségesnek” tekintik, pedig ezen betegek az IS gyógyszerek mellett számos társbetegség (jórészt a vesebetegség okai vagy szövődményei) miatt is gyógyszeres kezelés alatt állnak. Emellett a krónikus veseelégtelenség és a korábbi dialízis-kezelés szövődményei is nyomot hagynak szervezetükben, és nem szabad elfelejtenünk azt sem, hogy a transzplantált (általában cadaver) vese funkciója is beszűkült.

A pszichonefrológia jelentősége

A pszichonefrológia egy multidiszciplináris tudományterület, amely a KVB-ben szenvedő betegek problémáit holisztikus módon, a maguk teljességében tekintti át, amelyben a nefrológián, a transzplantációs nefrológián és -sebészetben (a szomatikus medicinán) kívül a pszichés és szociális aspektusok is fontos helyet kapnak. E szemlélet szükségességére az előbb felvázoltakon túl több kutatás is felhívja a figyelmet, amelyek a mortalitás prediktorait, a hospitalizáció okait, az öngyilkosság prevalenciáját vagy a compliance-t gátló faktorokat mérték fel krónikus vesebetegekben.

Vizsgálatok igazolják például, hogy végstádiumú betegekben a szomatikus tényezők (magas életkor, diabétesz és egyéb társbetegségek) mellett számos pszichoszociális faktor (depresszió, alvászavarok, szociális támogatás és a páciens saját jól-létéről alkotott szubjektív véleménye) is a halálozás növekedésével jár (9, 10). Dializált betegek hospitalizációjának okát vizs-

gálva kimutatták, hogy a betegek mintegy 10%-a pszichiátriai diagnózissal (leggyakrabban depresszióval) kerül kórházba (11). Ismert az is, hogy az öngyilkosság prevalenciája sokkal magasabb dializált betegek körében, mint az átlagpopulációban (12). Vesetranszplantált betegek esetén a halállal és az öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok szintén igen gyakoriak, például egy 2009-es vizsgálatban a gyermek- és kamaszpopuláció 40%-ban jelen voltak (13). Az öngyilkossági gondolatok, a gyász, a veszteségélmény egy esetleges rejekció után különösen veszélyezteti a felnőtt vesetranszplantált betegeket is.

A KVB-hez vezető leggyakoribb okok között a magas vérnyomás és a cukorbetegség szerepelnek, amelyek (gyógyszeres, diétás, illetve életmódbeli) kezeléséhez, így a progresszió lassításához a beteg részéről szükséges lenne a megfelelő terápiás együttműködés, illetve az öngondoskodás („self-management”). Irodalmi adatok igazolják, hogy a „non-adherence” a betegek körében egyértelműen rosszabb klinikai kimenetellel jár, növeli a mortalitást (14).

A betegek élethelyzete és betegségükből adódó terheik a krónikus vesebetegség különböző kezelési stádiumaiban

Krónikus vesebetegek egészségügyi ellátása során tehát a pszichonefrológiai (biopszichoszociális és spirituális) nézőpont alapvető fontosságú lenne a betegek életminőségének és életkilátásainak javításához. A vesebetegséggel járó szerteágazó pszichoszociális nehézségek természetesen nemcsak a betegeket, hanem a családtagokat, gondozókat is nagymértékben érintik. Igen lényeges szempont továbbá, hogy a vesebetegek ellátása az egészségügyi személyzetre is speciális nehézségeket ró, melyek könnyen kiégéshez vezethetnek. A téma kérdéskörébe így beletartozik a krónikus vesebetegség során fellépő specifikus helyzetek, problémák menedzselése, amelyek megfelelő megoldásához a beteg megbirkózási képessége, a család támogatása mellett fontos szerep jutna az ellátórendszer által nyújtott támogatásnak is.

A krónikus vesebetegség diagnosztizálásakor felmerülő nehézségek

Egy páciens a krónikus betegség hosszú lefolyása során különféle kezelési stádiumokon mehet keresztül. Az első állomás a krónikus vesebetegség diagnosztizálása, amelyet követően a páciensek a korábban szedett

gyógyszereik mellé továbbiakat kaphatnak. A gyógyszerek mellett további diétás és életvezetési változtatásokat ajánlanak bevezetésre, amelynek megvalósítása gyakran nehézségekbe ütközik. Mindezek betartása, vagyis a komplex rizikócsökkentő terápia és az életmód változtatás a vesebetegség progressziójának lassítását eredményezhetné. Ezek megvalósítása ugyanakkor sokoldalú támogatást feltételez a beteg környezete és az ellátórendszer részéről is. Nagy szükség volna arra, hogy a klinikai vizsgálatokban már hatékonyan bizonyult eljárások (például multidiszciplináris munkacsoportok, integratív ellátás) alkalmazására megfelelő források álljanak rendelkezésre.

Végstádiumú vesebetegség kialakulása és a művesekezelés lehetősége

A betegség progressziójának következő állomásán, a végstádiumú vesebetegség kialakulásakor, egyrészt reménykeltő lehet az, hogy van további megoldás a vese egyes alapvető funkcióinak pótlására, másrészt a betegek valószínűleg nem látják előre, milyen terhet jelent valójában a vesepótló kezelés. Ha a művesekezelés elindításra kerül, a kezeléssel töltött idő teljesen átalakítja a betegek életritmusát, munkaképességét, társas szerepeit, tágabb szociális és szűkebb családi helyzetét. Hemodialízis esetén a kezelés hazánkban általában heti háromszor négy órát jelent, s a továbbra is részben fennálló urémiás tünetek szintén befolyásolják a betegek életvitelét. A peritoneális dialízis kezelésben részesülők nagyobb szabadsággal rendelkeznek ugyan, de ez a kezelési modalitás is megterhelő a betegek számára. Az otthon is végezhető peritoneális dialízis sikeres megtanulása a beteg életvitelét kevésbé befolyásolja, azonban otthoni dialízis esetén a betegnek magának vagy egy családtagnak kell megtanulnia a kezelés elvégzését és ezzel jórészt átvenni a kezelőszemélyzet szerepét. Az ilyen jellegű aktív részvétel a döntésben vagy a kezelésben, a korábbiakban esetleg alkalmazott passzív betegszereppel ellentétben (paternalisztikus modell) egy teljesen más hozzáállást igényel a beteg részéről, amelynek hiányában az otthoni kezelés sem lehet hosszú távon sikeres.

Vesetranszplantáció

A transzplantációs várólistára kerülés egyrészt reményre ad okot, hogy a dialíziskezelést nem kell élet-hosszig folytatni, másrészt a transzplantációra való állandó felkészültség vagy az attól való félelem, majd a transzplantáció bekövetkeztével a műtéti megterhelés,

az idegen szerv testi és pszichés integrációja, az újabb gyógyszerek és azok mellékhatásai mind-mind további nehézségeket támaszthatnak az egyén és a család életében. Az egyre gyakrabban alkalmazható élődonoros vesetranszplantáció lehetősége szintén új és a kívülálló számára nehezen átélethető helyzetet teremt, amelynek pszichés és etikai vetületéből adódó problémák megoldását az egészségügyi ellátásnak fel kell vállalnia és ehhez a pszichonefrológiai aspektust feltétlen szem előtt kell tartania.

Graft-kilöködés és palliatív ellátás

Egy esetlegesen sikertelen transzplantáció után dialízisre való visszakérés különösen érzékeny időszak a betegek életében, amely során a kontrollvesztettség érzése, a halandósággal való közvetlen szembesülés talán még inkább előtérbe kerül. Ilyenkor is felmerülhet a dialíziskezelés megszüntetése és a palliatív kezelés lehetősége (15). A betegség visszafordíthatatlanságával való szembesülés miatt a betegek gondolkodásában előtérbe kerülnek a halállal kapcsolatos gondolatok, az élet értelmét kutató, spirituális és egzisztenciális kérdések. Ez az egészségügyi személyzet számára is gyakran kihívást jelent, szembesíti őket is saját halandóságukkal, s gyakran előfordul, hogy erre érzelmileg nincsenek felkészülve (16).

Krónikus vesebetegek életminőségét meghatározó tényezők

A különböző kezelési stádiumokban a vesebetegek életminőségének felmérése, folyamatos monitorozása és annak a beteg számára megfelelő, elfogadható szinten tartása alapvető fontosságú lenne. A KVB progressziója során a betegségnek számos tünete, szövődménye alakul ki. A szövődmények egy része tünetszegény, de a beteg életkilátásait jelentős mértékben meghatározza (pl. magas vérnyomás). Más részük (pl. anémia, alvászavarok, csontbetegség) a mindennapi életvezetést is döntően befolyásolják, s az életkilátásokra, morbiditásra is dokumentált hatással rendelkeznek. Végül vannak olyan tünetek és szövődmények (pl. viszketés), amelyeknek az életkilátásra gyakorolt hatása talán elhanyagolható, de a betegek életét megkeseríthetik, életminőségét nagyban befolyásolják. Nem szabad elfelejtenünk, hogy a végstádiumú vesebetegség kezelése, akár dialízisről, akár transzplantációról beszélünk, igen invazív, és sok esetben a kezelés életminőségre kifejtett hatása hasonló mértékű lehet,

mint az eredeti betegség tüneteinek a hatása. Mindezek alapján talán érthető, hogy a szokásos klinikai, laboratóriumi markerekkel a betegek állapota csak részlegesen írható le, s a különböző kezelési modalitások összehasonlítása során nagy szerep jut a betegek szubjektív állapotának percepcióját is leíró egészséggel kapcsolatos életminőségnek.

Az életminőséget befolyásoló tényezők közül vesebetegekben a következők bizonyultak a leginkább lényegesnek: a beteg kora, neme, kísérőbetegségek, anémia, szociális tényezők, az alkalmazott kezelés módszere és hatékonysága, a tápláltsági állapot, a depresszió és az alvászavarok jelenléte (17-19). A társbetegségek életminőségre gyakorolt hatásának mértéke egyénenként, életszakaszonként, valamint az alapbetegség különböző stádiumaiban is változó. Azt, hogy az alapbetegség, vagy a különböző társbetegségek milyen mértékben befolyásolják az egyén életminőségét, a pszichológiai tényezők (pl. személyiség, coping stratégiák, depresszió fennállása) és szociális (társas támogatás, szociális státusz, kulturális és vallási háttér) faktorok is nagyban meghatározzák (19, 20). Ugyanakkor a fennálló társbetegségek között számos kezelhető kórképet (depresszió, alvászavarok, anémia) találunk, ezek felismerése és megfelelő kezelése javíthatja a betegek életminőségét (21).

Depresszió

A szorongás mellett a depresszió a leggyakoribb pszichiátriai zavar krónikus vesebetegekben, mégis aluldiagnosztizált kórkép. Előfordulási gyakorisága dializált betegeknél 10–50%, vesetranszplantációt követően 20–30% közötti (9, 10). A depresszió diagnózisa a veseelégtelen betegeknél ugyanakkor nem egyszerű, mivel a tünetek egy része átfedést mutat az urémia tüneteivel (levert hangulat, meglassultság, alvászavar, fáradtság, fájdalom, koncentrációzavarok, kimerültség).

A depresszió jelentősége, azon kívül, hogy fontos meghatározója a betegek életminőségének, összefüggésben áll a mortalitással, a hospitalizációval, illetve a graft-kilöködéssel is. A „Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study” (DOPPS) vizsgálatba bevont hemodializált betegek körében a depresszió magasabb mortalitással és magasabb hospitalizációs rátával járt (22), emellett a depresszió jelenléte csökkentette a transzplantációs várólistára való kerülés esélyét (23). *Kimmel és munkatársai* longitudinális vizsgálatában a depresszió szignifikáns prediktora volt a dializált bete-

gek túlélésének (10). Munkacsoportunk hazai vizsgálatában kimutatta, hogy a depresszió jelenléte magasabb várólistás vesebetegek esetében, mint transzplantáció esetén (33% vs. 22%), de a vesetranszplantált betegpopulációban is igen magas az előfordulása (24). Emellett kimutattuk, hogy vesetranszplantált betegekben a depresszió jelenléte megnöveli a halálozást és hátrányosan befolyásolja a graft-kilökődést (25).

A pszichés zavarok jelenléte több mechanizmus révén befolyásolhatja a klinikai kimenetelt. A depresszió fennállása egyrészt megváltoztatja az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutást, befolyásolja a terápiás együttműködést, rontja a tápláltsági állapotot, de ezek mellett módosíthatja a szervezet immunológiai és stresszre adott válaszreakcióit is.

A depresszió legsúlyosabb következménye az öngyilkosság, amely lényegesen gyakoribb dialíziskezelés alatt álló betegcsoportban, mint az átlagpopulációban (26). Krónikus vesebetegség esetében az öngyilkosság indirekt módon is megvalósulhat a kezelés módjából adódóan, hiszen ha a beteg nem tartja be a különböző orvosi előírásokat, vagy egyszerűen nem jelenik meg a dialíziskezelésen, esetleg jelentősen lerövidíti azt, rövid időn belül az életét veszélyezteti. Ismert, hogy a krónikus végstádiumú vesebetegek mintegy negyede idő előtt felfüggeszti a vesepótló kezelést (27). Ebből adódóan a depresszió felismerése és megfelelő kezelése az indirekt vagy direkt öngyilkossági szándék és öngyilkossági gondolatok csökkenését is eredményezheti, így a folyamatos pszichés támogatás ebben a betegcsoportban különösen fontos lenne.

Az antidepresszánsok hatásosságának vizsgálatára krónikus vesebetegek körében számos vizsgálat történt (28), azonban mindössze két befejezett (hemodializált betegcsoport) és egy folyamatban lévő (krónikus vesebetegek 3-5 stádium) randomizált, kontrollált vizsgálat létezik (28, 29). Vesetranszplantált betegekkel kapcsolatban irodalmi adatok nem ismertek e témában.

Számos pszichoterápiás forma (kognitív viselkedésterápia, csoportterápia, pszichoedukáció, interperszonális pszichoterápia, egyéni pszichodinamikus terápia) krónikus betegeknek is hatásos lehet. Ugyanakkor ESRD betegek körében igen kevés ilyen jellegű vizsgálat történt (30, 31), amelyek mindegyike dializált betegeket foglalt magában. A pszichoterápiák egy részét célszerű lenne a dialíziskezelés alatt végezni, mivel a dialízis önmagában is rendkívül sok időt vesz igénybe.

Alvászavarok

Az alvással kapcsolatos panaszok a leggyakoribb panaszok közé tartoznak krónikus vesebetegek körében, és ismert, hogy az alvászavarok jelenléte rosszabb életminőséghez vezet. A leggyakoribb alvásproblémák között az inszomniát, az obstruktív alvási apnoét (OSA), a nyugtalan lábak szindrómát (Restless Legs Syndrome, RLS) és a periodikus lábmozgászavart (Periodic Limb Movements in Sleep, PLMS) említhetjük.

Inszomnia

Az inszomnia elalvási, átalvási zavarban, vagy korai felébredésben nyilvánulhat meg, amelynek következményeként az egyén nappali panaszokkal is rendelkezik (például fáradtság, álmoság). Az átlagpopulációban a krónikus inszomnia 10% körüli gyakorisággal fordul elő (32), gyakoribb nőkben, alacsonyabb iskolai végzettségűeknél és rosszabb anyagi helyzettel rendelkezők körében. Hátterében állhatnak pszichiátriai és belgyógyászati betegségek, amelyek krónikus fájdalmat okoznak, valamint okozhatják egyéb alvászavarok is (OSA, RLS, PLMS).

Dialíziskezelés alatt álló vesebetegekben az inszomniás panaszok 30–50%-ban vannak jelen (33), hazai adataink a dializált betegek 49%-ánál jeleztek inszomniás tüneteket (34), amelyek jelenléte rosszabb életminőséggel és megnövekedett betegségteherrel járt. Hazai keresztmetszeti tanulmányunkban az inszomnia gyakorisága alacsonyabb volt transzplantált betegek körében, mint dializáltakban (8% vs 15%), a pszichés distressz, az RLS és az OSA szindróma jelenléte, a társbetegségek növekvő száma, valamint az anyagi helyzet az inszomnia független és szignifikáns prediktorai voltak (35). Az inszomniáról felnőtt magyar átlagpopulációban igazoltuk, hogy az egészségügyi szolgáltatások fokozott igénybevételével jár (36), emellett ismert, hogy a kezeletlen inszomnia depressziót okozhat (37), mely tovább rontja az inszomniás beteg életminőségét.

Az inszomnia kezelése lehet farmakológiai vagy pszichoterápiás, amelyek hatásosságáról vesebeteg populációban szintén kevés adat ismert. Egy 2008-es és egy 2010-es tanulmányban is beszámoltak arról, hogy az inszomnia kognitív viselkedésterápiás kezelésének hatásosságát az alvásregulációban is szereplő gyulladásos citokinek szintjének csökkenése követte peritoneális, illetve hemodializált vesebetegek körében (38). A dialíziskezelés során a bekövetkező immunológiai vál-

tozások az inszomnia kialakulásának mikro-gyulladásos eredetét támaszthatják alá, a vesetranszplantáltakban található alacsonyabb inszomnia prevalencia is megerősítheti ezt a feltevést, ám nem szabad elfeledkeznünk arról, hogy a transzplantáció után szükséges IS gyógyszerek mellékhatásaként is kialakulhat inszomnia (39).

Obstruktív alvási apnoe

Az obstruktív alvási apnoe (OSA) az alvás alatt jelentkező légzési áramlás-csökkenéssel vagy a légút teljes elzáródásával járó betegség, amelynek fennállásakor a légzészavarnak lehet nemcsak obstruktív, hanem centrális komponense is. Az OSA előfordulása dializált vesebetegekben kérdőíves és/vagy polyszomnográfias vizsgálattal felmérve is igen magas, 16–54% (40, 41), vesetranszplantált betegekben a transzplantációs várólistán szereplő ESRD betegekéhez hasonló prevalenciát igazolt munkacsoportunk kérdőíves felméréssel (27% vs 33%) (42), illetve polyszomnográfias vizsgálattal is kimutatta, hogy az obstruktív alvási apnoe előfordulása a dializált és a vesetranszplantált populációban is hasonló mértékű (43).

Az apnoéről igazolták, hogy ESRD betegekben a morbiditás és a mortalitás rizikófaktora; a mortalitás növelése főként a kardiovaszkuláris rizikó emelésén keresztül jön létre a dializált betegekben (44). Emellett az OSA vesetranszplantált betegekben összefüggésben állhat a rosszabb vesefunkcióval és a graftvesztéssel is (42, 45).

Nyugtalan lábak és periodikus lábmozgászavar szindróma

Az RLS egy mozgáskényszer, amely nyugalomban, elsősorban az alsó végtagokban jelentkezik, s mozgásra enyhül. Gyakran társul paraesthesiaikkal, valamint egy másik alvászavarral, a periodikus lábmozgászavar szindrómával, amely során az akaratlan végtagmozgás az alvás alatt jelentkezik. A két mozgászavar patogenezise nem teljesen tisztázott, de a központi idegrendszeri dopaminerg rendszernek, valamint a vas anyagcserének fontos szerepe van a kórképek kialakulásában.

E két végtagmozgászavar előfordulása vesebetegek körében szintén gyakori, dializált vesebetegekben akár a 80%-ot is elérheti (46), vesetranszplantált betegekben a prevalencia ennél alacsonyabb (47). A végtagmozgászavar jelenléte szintén rontja a betegek életminőségét, gyakran inszomniát okozva (48), és fennállása

összefüggést mutat nemcsak a depresszió fennállásával (49), hanem a mortalitással is (50).

A rendelkezésre álló irodalmi adatok alapján az elsőként választandó terápiás szerek a dopaminerg szerek (ropirinole, pergolide, L-DOPA), valamint a gabapentin. A vas-dextrán kezeléssel igazolták, hogy átmenetileg képes csökkenteni az RLS tüneteit veseelégtelen betegek körében.

Összefoglalás

A krónikus vesebetegek jólléte és egészsége sok komponensből tevődik össze. Kezelésük során nemcsak az élettartam meghosszabbítását, hanem a megfelelő életminőség biztosítását is szem előtt kell tartani. Láthattuk, hogy a dialíziskezelésben részesülő vesebetegek életminősége általában rosszabb vesetranszplantált társaikénál, a depresszió és az alvászavarok jelenléte is gyakoribb az ő esetükben. Azonban az életminőséget meghatározó társbetegségek, panaszok fennállása vesetranszplantált betegek körében is gyakoribb, mint az átlagpopulációban.

A KVB progressziója során a kezelési stádiumtól függően sokféle pszichés zavarral kell a páciensnek megküzdenie. Ilyenek lehetnek a depresszió, a szorongás, az aggodalom, vagy az alvászavarok jelenléte, a vesebetegség súlyosbodásától való félelem, a kezelési modalitásból adódó nehézségek, a halállal való szembesülés és haldoklás, a reménytelenség érzése, és ahogy krónikus betegség vagy palliatív állapot során általában megfigyelhető, előkerülhetnek az élet értelmét kutató spirituális és vallási kérdések is.

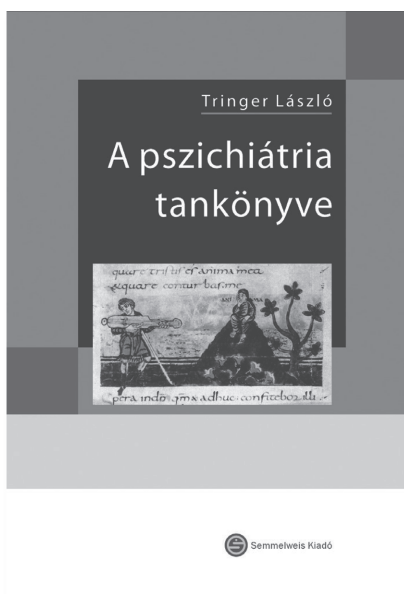
A pszichonefrológiai aspektusok szem előtt tartása elengedhetetlen a krónikus vesebetegségben szenvedő betegek gondozásánál. A megértő, támogató hozzáállás a család, a kezelőszemélyzet és a tágabb szociális közeg részéről, valamint a komplex, pszichonefrológiai szempontokat is integráló egészségügyi ellátás egyaránt lényeges. A depresszió időbeli felismerése és kezelése a betegek életminőségén túl a megfelelő terápiás együttműködés megtartása miatt is fontos, és ezáltal a vesebetegség progressziójára is pozitív hatással lehet, csakúgy, mint az alvászavarok felismerése és kezelése.

Irodalom

1. Coresh J, Astor BC, Greene T, Eknoyan G, Levey AS. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National

- Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Kidney Dis* 2003; 41:1-12.
2. Coresh J, Selvin E, Stevens LA, Manzi J, Kusek JW, Eggers P et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. *JAMA* 2007; 298:2038-2047.
 3. Zhang L, Wang F, Wang L, Wang W, Liu B, Liu J et al. Prevalence of chronic kidney disease in China: a cross-sectional survey. *Lancet* 2012; 379:815-822.
 4. Mogyrosy Z, I Mucsi, L Rosivall. Renal replacement therapy in Hungary: the decade of transition. *Nephrol Dial Transplant* 2003; 18:1066-1071.
 5. Coresh J, Byrd-Holt D, Astor BC, Briggs JP, Eggers PW, Lacher DA et al. Chronic kidney disease awareness, prevalence, and trends among US adults, 1999 to 2000. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16:180-188.
 6. U.S. Renal Data System, USRDS 2012 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2012.
 7. Davison SN. End-of-life care preferences and needs: perceptions of patients with chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010; 5:195-204.
 8. Carson RC, Juszczak M, Davenport A, Burns A. Is maximum conservative management an equivalent treatment option to dialysis for elderly patients with significant comorbid disease? *Clin J Am Soc Nephrol* 2009; 4:1611-1619.
 9. Christensen AJ, SL Ehlers. Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70:712-724.
 10. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I et al. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney Int* 2000; 57:2093-2098.
 11. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I et al. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med* 1998; 105:214-221.
 12. Kimmel PL. Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int* 2001; 59: 1599-1613.
 13. Ghanizadeh A, Mansoori Y, Ashkani H, Fallahzadeh MH, Derakhshan A, Shokrpour N et al. Major depressive disorder in children and adolescents after renal transplantation. *Transplant Proc* 2009; 41:1627-1629.
 14. Kaveh K, Kimmel PL. Compliance in hemodialysis patients: multidimensional measures in search of a gold standard. *Am J Kidney Dis* 2001; 37:244-266.
 15. Davison SN. Integrating palliative care for patients with advanced chronic kidney disease: recent advances, remaining challenges. *J Palliat Care* 2011; 27:53-61.
 16. Zalai D, Szeifert L, Novak M. Psychological distress and depression in patients with chronic kidney disease. *Semin Dial* 2012; 25:428-438.
 17. Barotfi S, Novak M, Mucsi I. Egészséggel kapcsolatos életminőség és krónikus veseelégtelenség. *Hypertonia és Nephrologia* 2004; 8:20-29.
 18. Molnar MZ, Novak M, Mucsi I. Sleep disorders and quality of life in renal transplant recipients. *Int Urol Nephrol* 2009; 41:373-382.
 19. Kovacs AZ, Molnar M Z, Szeifert L, Ambrus C, Molnar-Varga M, Szentkiralyi A et al. Sleep disorders, depressive symptoms and health-related quality of life – a cross-sectional comparison between kidney transplant recipients and waitlisted patients on maintenance dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2011; 26:1058-1065.
 20. Vazquez I, Valderrabano F, Fort J, Jofre R, Lopez-Gomez JM, Moreno F et al. Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Qual Life Res* 2005; 14:179-190.
 21. Mucsi I, Kovacs AZ, Molnar MZ, Novak M. Co-morbidity and quality of life in chronic kidney disease patients. *J Nephrol* 2008; 21:S84-91.
 22. Lopes AA, Bragg J, Young E, Goodkin D, Mapes D, Combe C et al. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int* 2002; 62:199-207.
 23. Szeifert L, Bragg-Gresham JL, Thumma J, Gillespie BW, Mucsi I, Robinson BM et al. Psychosocial variables are associated with being wait-listed, but not with receiving a kidney transplant in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrol Dial Transplant* 2012; 27:2107-2113.
 24. Szeifert L, Molnar MZ, Ambrus C, Koczy AB, Kovacs AZ, Vamos EP et al. Symptoms of depression in kidney transplant recipients: a cross-sectional study. *Am J Kidney Dis* 2010; 55:132-140.
 25. Novak M, Molnar MZ, Szeifert L, Kovacs AZ, Vamos EP, Zoller R et al. Depressive symptoms and mortality in patients after kidney transplantation: a prospective prevalent cohort study. *Psychosom Med* 2010; 72:527-534.
 26. Neu S, Kjellstrand CM. Stopping long-term dialysis. An empirical study of withdrawal of life-supporting treatment. *N Engl J Med* 1986; 314:14-20.
 27. Cohen LM, Germain MJ. The psychiatric landscape of withdrawal. *Semin Dial* 2005; 18:147-153.
 28. Nagler EV, Webster AC, Vanholder R, Zoccali C. Antidepressants for depression in stage 3-5 chronic kidney disease: a systematic review of pharmacokinetics, efficacy and safety with recommendations by European Renal Best Practice (ERBP). *Nephrol Dial Transplant* 2012; 27:3736-3745.
 29. Blumenfeld M, Levy NB, Spinowitz B, Charytan C, Beasley CM, Jr. Dubey AK et al. Fluoxetine in depressed patients on dialysis. *Int J Psychiatry Med* 1997; 27:71-80.
 30. Cukor D. Use of CBT to treat depression among patients on hemodialysis. *Psychiatr Serv* 2007; 58:711-712.
 31. Nozaki C, Oka M, Chaboyer W. The effects of a cognitive behavioural therapy programme for self-care on haemodialysis patients. *Int J Nurs Pract* 2005; 11:228-236.
 32. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002; 6:97-111.
 33. Sabbatini M, Crispo A, Pisani A, Gallo R, Cianciaruso B, Fuiano G et al. Sleep quality in renal transplant patients:

- a never investigated problem. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20:194-198.
34. Mucsi I, Molnar MZ, Rethelyi J, Vamos E, Csepanyi G, Tompa G et al. Sleep disorders and illness intrusiveness in patients on chronic dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2004; 19:1815-1822.
 35. Novak M, Molnar MZ, Ambrus C, Kovacs AZ, Koczy A, Rempert A et al. Chronic insomnia in kidney transplant recipients. *Am J Kidney Dis* 2006; 47:655-665.
 36. Novak M, Mucsi I, Shapiro CM, Rethelyi J, Kopp MS. Increased utilization of health services by insomniacs – an epidemiological perspective. *J Psychosom Res* 2004; 56:527-536.
 37. Staner L. Comorbidity of insomnia and depression. *Sleep Med Rev* 2010; 14:35-46.
 38. Chen HY, Cheng IC, Pan YJ, Chiu YL, Hsu SP, Pai MF et al. Cognitive-behavioral therapy for sleep disturbance decreases inflammatory cytokines and oxidative stress in hemodialysis patients. *Kidney Int* 2011; 80:415-422.
 39. Neuhaus P, McMaster P, Calne R, Pichlmayr R, Otto G, Williams R et al. Neurological complications in the European multicentre study of FK 506 and cyclosporin in primary liver transplantation. *Transpl Int* 1994; 7:S27-31.
 40. Kuhlmann U, Becker HF, Birkhahn M, Peter JH, von Wichert P, Schutterle S et al. Sleep-apnea in patients with end-stage renal disease and objective results. *Clin Nephrol* 2000; 53:460-466.
 41. Hui DS, Wong TY, Ko FW, Li TS, Choy DK, Wong KK et al. Prevalence of sleep disturbances in chinese patients with end-stage renal failure on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 2000; 36:783-788.
 42. Molnar MZ, Szentkiralyi A, Lindner A, Czira ME, Szabo A, Mucsi I et al. High prevalence of patients with a high risk for obstructive sleep apnoea syndrome after kidney transplantation – association with declining renal function. *Nephrol Dial Transplant* 2007; 22:2686-2692.
 43. Molnar MZ, Lazar AS, Lindner A, Fornadi K, Czira ME, Dunai A et al. Sleep apnea is associated with cardiovascular risk factors among kidney transplant patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010; 5:125-132.
 44. Zoccali C, F Mallamaci, G Tripepi. Nocturnal hypoxemia predicts incident cardiovascular complications in dialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 2002; 13:729-733.
 45. Szentkiralyi A, Czira ME, Molnar MZ, Kovacs CP, Rempert A, Szeifert L et al. High risk of obstructive sleep apnea is a risk factor of death censored graft loss in kidney transplant recipients: an observational cohort study. *Sleep Med* 2011; 12:267-273.
 46. Mucsi I, Molnar MZ, Ambrus C, Szeifert L, Kovacs AZ, Zoller R et al. Restless legs syndrome, insomnia and quality of life in patients on maintenance dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20:571-577.
 47. Molnar MZ, Novak M, Ambrus C, Szeifert L, Kovacs A, Pap J et al. Restless Legs Syndrome in patients after renal transplantation. *Am J Kidney Dis* 2005; 45:388-396.
 48. Molnar MZ, Novak M, Szeifert L, Ambrus C, Keszei A, Koczy A et al. Restless legs syndrome, insomnia, and quality of life after renal transplantation. *J Psychosom Res* 2007; 63:591-597.
 49. Szentkiralyi A, Molnar MZ, Czira ME, Deak G, Lindner AV, Szeifert L et al. Association between restless legs syndrome and depression in patients with chronic kidney disease. *J Psychosom Res* 2009; 67:173-180.
 50. Molnar MZ, Szentkiralyi A, Lindner A, Czira ME, Szeifert L, Kovacs AZ et al. Restless legs syndrome and mortality in kidney transplant recipients. *Am J Kidney Dis* 2007; 50:813-820.



A Semmelweis Kiadó könyvajánlata:

Tringer László:

A PSZICHIÁTRIA TANKÖNYVE

A pszichiátria tankönyve immáron negyedik átdolgozott kiadása jelzi, hogy nem csupán az egyetemi hallgatóság és a szakképzésben lévő orvosok használják szívesen. A könyv olvasmányos stílusa lehetővé teszi, hogy érdeklődő kívülállók is haszonnal forgathassák.



E-könyvként is rendelhető:

www.semmelweiskiado.hu/e_konyvek/



Semmelweis Kiadó
1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.
www.semmelweiskiado.hu

A női reprodukív egészség pszichoszociális vetületeiről

Psychological concerns of female reproductive health

Szigeti F. Judit¹, Konkoly Thege Barna², Lőrincz Jenő³

¹Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszék, 1083 Budapest, VIII. Tömő u. 25-29.

²Department of Psychology, University of Calgary; Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

³Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

E-levél: szigetifjudit@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÁS *Bevezetés.* A biológiai, pszichológiai és szociális tényezők együttes működése a nőgyógyászati megbetegedések előidézésében és fenntartásában is jelen van.

Célkitűzés. Összefoglaló közleményünk a női reprodukció néhány jellegzetesebb kórképének pszichés vonatkozásait tekinti át.

Módszer. Az angol nyelvű adatbázisokban elérhető újabb tanulmányokat tekintettük át szisztematikus kulcsszó-kereséssel, de a magyar szakirodalomra is támaszkodtunk.

Eredmények. A biomedikális tényezők mellett a pszichés és társas faktorok mindegyik áttekintett kórkép esetében bizonyítható jelentőséggel bírnak. Gyakran nem válaszolható meg, hogy körülbelül vagy okozatról van-e szó, de az egyre nagyobb teret kapó cirkuláris szemléletben ez a kérdésfeltevés túlháladottá is válik.

Következtetések. A női reprodukció elakadásainak felismerésében és kezelésében elengedhetetlen a pszichoszomatikus szemlélet. A gyakorlatban a nőgyógyász részéről ez holisztikus megközelítéssel, vagy pszichológus, pszichiáter, pszichoterapeuta partneri bevonásával valósítható meg.

KULCSSZAVAK krónikus kismencedei fájdalom, meddőség, nőgyógyászati pszichoszomatika, policisztás ovárium szindróma, premenstruális állapotok

SUMMARY Introduction. Biological, psychological and social factors are present in the predisposing, precipitating and perpetuating factors of gynaecological conditions, too.

Aim. The study aims at summarizing the most important or recent findings on psychological aspects of women's reproductive health.

Methods. Mostly the body of research available in English databases has been examined through a systematic keyword search, but Hungarian sources have also been consulted.

Results. Every reviewed gynaecological condition shows important psychological and social factors besides the biomedical ones. It is often unclear whether these represent a reason or a consequence, but in a circular approach this question becomes obsolete.

Conclusions. A psychosomatic approach is essential in the recognition and management of obstacles to women's reproduction. This can be realised through a holistic attitude on the part of the gynaecologist, or the inclusion and partnership of a psychologist, psychiatrist or psychotherapist in the curing process.

KEY WORDS chronic pelvic pain, gynaecological psychosomatics, infertility, polycystic ovary syndrome, premenstrual conditions

Rövidítések

ACT	adrenocorticotrop hormon
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV.
HPA-tengely	hipotalamusz-hipofízis-mellékvese tengely
HPG-tengely	hipotalamusz-hipofízis-gonádikus tengely
IL-6	interleukin-6
IVF	in vitro fertilizáció
LH	luteinizáló hormon
FSH	folliculus stimuláló hormon
SHBG	nemihormon-kötő globulin
KKF	krónikus kismencedei fájdalom
PCOS	policisztás ovárium szindróma
PMD	premenstruális dysphoria
PMS	premenstruális szindróma
SSRI	szelektív szerotoninviszavétel-gátló
SZNSZK	Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium

A termékenység a női identitás egyik legfontosabb része, melyben testi, lelki, társas és spirituális jelenségek (lásd a jungi Magna Mater archetípusa) szorosan összefonódnak. Ha a folyamatban zavar keletkezik, annak feloldása nem nélkülözheti az orvosi eszközök mellett a pszichológiai és kapcsolati elemeket sem. Ma már elavultnak tekinthető a pszichoszomatikus specificitás determinista elmélete, miszerint adott, jól körülírt, megoldatlan emocionális konfliktusok (pl. anyalány kapcsolat) jól körülírt betegségeket (pl. meddőség) okoznak (1). A hangsúly jelenleg inkább az organi-

kus betegségek következményeire (pl. distressz, szorongás, tehetetlenségérzés, depresszió) helyeződik, ami azonban nem jelenti azt, hogy a specifikusabb, disztális pszichológiai problémáknak (pl. párkapcsolati bizalmatlanság) ne lenne jelentősége az általánosabb, proximálisabb okok (pl. szorongás) mellett vagy mögött. A pszichoszomatikus megközelítés szerint egyszerre vesszük számításba a biológiai, pszichológiai és társas faktorokat, melyek hajlamosítanak egy betegségre, vagy kiváltják és fenntartják azt (2). Ez a szülészeti-nőgyógyászati betegségekre is igaz, sőt, egyes kutatók szerint a reprodukív egészség területén talán még jobban összefonódnak a társas, lelki és élettani tényezők, mint az egészségi állapotok bármely másik területén (3). A következőkben igyekszünk megmutatni, hogy napjaink kutatói nemcsak a korábbi determinizmus, de a hagyományos pszichoszomatikus szemlélet meghaladására is törekednek, egyre több nézőpont (legújabbban az epigenetikai kutatások) bevonásával.

Meglehetősen elterjedt felfogás szerint mind klinikai, mind normális mintában – a reprodukcióban részt vevő szervekre vonatkozó tünetek nélkül is – a nők intenzívebb, változékonyabb szervi szimptomákra panaszkodnak. Ha a nőgyógyászatot is szem előtt tartjuk, komplex modell körvonalazására kell törekednünk. A hierarchikusan szerveződő cortex-hypothalamus-hypophysis-mellékvesekéreg-ovarium (funkcionális) tengelyen biológiailag magyarázható lenne, hogy „lefelé” irányuló hatásokra visszaesés következik be (például stresszhatásokra a normális menstruáció akár az amenorrhoeáig regrediálhat). Pszichofiziológiai kutatásokra mindez ösztönzőleg hathat; ám a társadalmi, közösségi és individuális valóság valamennyi vonatkozása nélkül pusztán leegyszerűsítés, mely rendszer-szemlélettel meghaladható. A szisztémás megközelítés az egészlegettség, a körkörös szabályozás és a visszacsatolás elemeivel bővítve mintegy kínálja a keretet a nőgyógyászati gyakorlat számára is.

A Brit Pszichoszomatikus Szülészeti-Nőgyógyászati és Andrológiai Társaság nézőpontjából a pszichoszomatikus szülészeti-nőgyógyászat és andrológia a következő területeket foglalja magában (4):

- ▶ reprodukív egészség (menstruációs problémák, fogamzásgátlás, alhasi és szeméremtesti fájdalmak, szexuális rendellenességek, műtéti beavatkozások, gyermeknőgyógyászat, menopauza, a női reprodukív szervek daganatos megbetegedései stb.);
- ▶ termékenység, terméketlenség és magzatvesztés;
- ▶ várandósság, szülés és posztnatalis jelenségek;

- ▶ születési rendellenességek, halvaszületés, nemi erőszakot, illetve szerhasználatot követő terhesség;
- ▶ férfi terméketlenség, szexuális egészség, a férfi genitálék jó- és rosszindulatú megbetegedései; és végül
- ▶ a fentiekhez társuló mentális megbetegedések, pl. szorongás, depresszió, poszttraumás stressz zavar és testképzavarok.

Pszichoszomatikus jellegük szerint Lal (2) a következőképpen osztályozza a női reprodukció rendellenességeit:

- ▶ pszichoszomatikusként jellemzett vagy erős pszichés átfedésekkel járó állapotok: krónikus kismencedencei fájdalmak, dysmenorrhoea, dyspareunia, hyperemesis gravidarum;
- ▶ nem pszichoszomatikusként osztályozott, de pszichés felhangokkal járó állapotok: menarche, szabálytalan menstruációs ciklusok vagy amenorrhoea, policisztás ovarium szindróma, menorrhagia, premenstruális szindróma;
- ▶ szülészeti-nőgyógyászati következményekkel járó mentális állapotok: szorongás (tophobia, poszttraumás stressz zavar), depresszió, anorexia nervosa, bulimia nervosa;
- ▶ ún. „nőgyógyászati komorbid állapotok”, azaz fizikailag és pszichoszociálisan meggyengült egészség együttes következményei: meddőség és nőgyógyászati daganatos megbetegedések.

Összefoglaló közleményünk a fentiek közül a reprodukív egészség néhány jellegzetesebb kórképének pszichés vonatkozásait tekinti át a teljesség igénye nélkül, a nőgyógyászat és az egészség-/klinikai pszichológia érintkező területeinek feltérképezése céljából.

Krónikus kismencedencei fájdalom

A kismencedencei fájdalom mintegy 150 éve szerepel a nőgyógyászati szakirodalom tematikájában, mégis rejtélyes maradt (2). Ez az állapot képezi a nőgyógyászati járóbeteg-szakellátáson való megjelenés egyik leggyakoribb okát (5). Krónikusnak akkor tekinthető, ha hat hónapnál hosszabb ideje áll fenn (6). Bizonyítható organikus – nőgyógyászati (pl. endometriosis, összenövés, megelőző császármetszés, kismencedencei pangás), gastrointestinalis (pl. irritabilis bél szindróma), urogenitalis stb. – okot a háttérben 8% és 83% közti arányban sikerült bizonyítani. Pszichogénként akkor jellem-

zik, amikor szervi eltérés nem mutatható ki, vagy amikor a testi okok megfelelő kezelése ellenére a fájdalom tartósan fennmarad (2).

A krónikus kismencedei fájdalom (KKF) változó mértékben akadályozhatja a nőt mindennapi életvitelében a tevékenységi körök szűkülésétől az ágyba kényszerülésen át a kórházi felvételig; mindez pedig nemcsak ingerlékenységgel és frusztrációval, hanem bűntudattal is eltöltheti a szenvedőt. A KKF-ban foglalt fiziológiai minták lefutásába és értelmezésébe pszichológiai tényezők is bejátszanak, hiszen a fájdalom produkciója és érzékelése már magában is multifaktoriális, szubjektív tapasztalatokkal tarkított jelenség (7). A legfőbb diagnosztikai és terápiás módszer a laparoszkópia. A KKF kutatása kezdetben módszertani kívánnivalókat hagyott maga után; később a kontrollcsoportok bevonása javított ezen, de megalapozta a jelenleg is fennálló, ám *Fry és mtsai* szerint kevésbé gyümölcsöző törekvést, hogy a tünetek fizikai, illetve pszichés okát világosan elválasszák (5).

Jó néhány kísérlet történt arra, hogy az idiopátiás kismencedei fájdalom háttérében közös személyiségbeli, pszichopatológiai vagy élettörténeti – például traumás – elemeket azonosítsanak. *Walker és mtsai* (8) 100 nőt vizsgáltak, akik fele KKF-mal küzdött, másik fele petevezeték-elkötés, illetve meddőségi kivizsgálás keretében, fájdalmat nem tapasztalva várt laparoszkópiára. A módszertanilag megbízható vizsgálat azt hozta, hogy a fájdalomra panaszkodók szignifikánsan magasabb számban voltak szexuális visszaélés, illetve pszichiátriai zavarok – major depresszió, szerhasználat, fóbiák, illetve szexuális diszfunkciók – áldozatai. Magasabb arányban voltak szomatizációs tüneteik is, miközben az objektív laparoszkópiai leletek nem különböztek különösebben. Pszichiátriai zavarok vagy szexuális viktimizáció tekintetében semmilyen különbség nem adódott a pozitív, illetve negatív laparoszkópiai eredményekkel rendelkezők között. A fájdalomra panaszkodók mind szignifikánsan fiatalabbak, alacsonyabb társadalmi rétegből valók, kevésbé iskolázottak voltak, és kisebb arányban voltak férjnél, mint a fájdalmakat nem említők.

Kisebb mintán ugyan (30 panaszos, 30 panaszmentes), de a kontrollszemélyekénél szignifikánsan több szomatizációs tünetet talált a KKF-tól szenvedők körében *Magni és mtsai*, testi okoktól függetlenül. Az idiopátiás csoport magasabb depressziószámokat ért el mind az organikus, mind a kontrollcsoportnál, valamint jelentősen szorongóbbnak is bizonyult a kontrollszemélyeknél. Az életkor, a tünetek megjelenése óta eltelt idő és a szomatizációs, illetve depresszív

indexek között korreláció nem volt. A fenti eredmények alapján a szerzők azt feltételezik, hogy egyes idiopátiás kismencedei fájdalmak a depressziós zavar megnyilvánulásai lehetnek (9).

A különbségek azonban nem mindig ennyire nyilvánvalóak. Endometriózissal, illetve anélkül élő pácienseket hasonlított össze *Peveler és mtsai*: a két csoport sem hangulati tünetek, sem személyiségvonások alapján nem különíthető el. Mindkét csoport 35%-a azonban – más kórházi betegekhez hasonló arányban – hangulatzavarra utaló eredményeket mutatott. Az egyetlen szignifikáns különbség a szocioökonomiai státuszban adódott: az endometriózissal jellemezhető csoport magasabb társadalmi státuszú volt a meghatározhatatlan eredetű fájdalomtól szenvedő csoportnál. Számos megelőző kutatáshoz hasonlóan ebben a vizsgálatban is gyenge volt a korreláció a patológiás állapot foka és a fájdalom megtapasztalt szintje között, de az endometriózisos páciensek valamivel súlyosabb fájdalomról és nagyobb szociális diszfunkcióról számoltak be. A kutatók végkövetkeztetése szerint az a tény, hogy a pszichológiai problémák nem gyakoribbak a fizikai okokkal magyarázhatatlan, mint a magyarázható fájdalomtól szenvedők körében, azt sugallja, hogy a tágabb és részletesebb pszichoszociális kontextusú esetkezelés mindkét csoportban indokolt (10).

Számos kérdés még tisztázásra szorul: *Leserman és mtsai* például a KKF tipológiájának felállítását sürgetik, minthogy vizsgálatuk alapján a diffúz alhasi fájdalommal küzdő pácienseket nagyobb számban jellemezte trauma, valamint rosszabb mentális és fizikai egészségi állapot, mint a vulvovaginális és ciklusos fájdalomra panaszkodókat (11). A KKF osztályozásában magyarázó erejét tekintve ígéretes alcsoport lehet a kismencedei vénás pangás által determinált kategória (5).

Jelenleg egyre inkább elfogadott az az álláspont, hogy a KKF genetikai, szomatikus, gazdasági, szociális és pszichológiai tényezők összjátéka nyomán lép fel (6). *Fry és mtsai* metaanalízise szerint vannak ugyan közös nevezők a kutatásban, de a legújabb munkák megkérdőjelezték egyes faktorok (pl. a gyermekkori szexuális abúzus) egyenes oksági viszonyát a szindrómával (5).

Ami a KKF kezelését illeti, *Slade és Cordle* (2005) ajánlása szerint az érintettnek nem szabad azt éreznie, hogy fájdalmát lekicsinylik vagy kétségbe vonják, de meg kell értenie, hogy szenvedése nem mindig valamilyen szervi betegség bizonyítéka, hanem fiziológiai, szocioökonomiai és pszichológiai tényezők együttese, mely egyénről egyénre és időről időre változhat (7). Tájékoztatónk kell afelől is, hogy a KKF milyen hatást

gyakorol a beteg életvitelére, munkahelyi és családi életére (6). A KKF sikeres kezelése multidiszciplináris feladat, melyben nemcsak a szülész-nőgyógyász, a háziorvos, hanem a pszichológus is komoly részt vállalhat.

Premenstruális állapotok

A női ciklushoz köthető hangulati és viselkedéses eltérések modern kutatása Frank 1931-es munkájától számítható. Az állapot ekkor „premenstruális feszültség” néven szerepelt, ami az 1950-es években „premenstruális szindrómára” (PMS) változott (12). A súlyosabb, „premenstruális dysphoriaként” (PMD) emlegetett állapot 1994-ben került be a mentális zavarok nozológiai rendszerébe (DSM-IV) olyan tünetek gyűjtőfogalmaként, melyek hangulatingadozásban, nyomottságban, vagy például csökkent érdeklődésben nyilvánulnak meg; a luteális fázis utolsó hetében jelentkeznek, a menses első napjaiban múlnak el, és kihatnak a munkahelyi, iskolai vagy más általános tevékenységre. Ezekhez hőhullámok, emésztési zavarok és fájdalmas mellfeszülés is járulhat.

Az állapot epidemiológiai adatait befolyásolja, hogy milyen tüneteket veszünk alapul: a PMD előfordulása a DSM-IV kritériumai szerint 3–8%-ra tehető, a PMS azonban a nők 50-80%-át érinti (13). A PMS pontos diagnosztizálásához a tünetek legalább két menstruációs ciklusra kiterjedő prospektív rögzítésére van szükség (14). A kórismézést nehezítheti a diagnosztikai kategóriák körvonalazatlansága és az, hogy gyakran már meglévő hangulatzavarok ciklushoz kötött súlyosbodásáról van szó.

A PMD okai nem teljesen ismertek; a szerotonin, a reprodukzív hormonok, az endogén opiátok és a genetika szerepére gyűlt össze a legtöbb bizonyíték. Egyéb állapotokban is csökkent szerotoninszint jár együtt olyan tünetekkel, melyek a PMD egyes szimptomáival átfedést mutatnak, úgy mint gyengébb impulzuskontroll, alacsony önértékelés, agresszió, csökkent fájdalomküszöb, koncentrációs nehézségek, alvászavarok. A szerotoninhiány kauzalitása mellett szól az is, hogy a szelektív szerotonin visszavétel-gátló (SSRI) gyógyszerek nyolcszor hatékonyabbak a PMD kezelésében, mint a placebo (13).

Számos kutató szerint a PMS biopszichoszociális kórkép, melyet nagymértékben meghatároz az a negatív várakozás, amelyet az egyén a menstruációval kapcsolatosan támaszt, s amely a szocializáció során alakul ki. Feltűnő például a hasonlóság anyák és lányaik

premenstruális panaszai között (12). A premenstruális tenzió lehetséges pszichoszomatikus okai közt *Borsos* és *Urbancsek* a következőket sorolja fel: érzelmileg tagadó viszony a menstruációval, félelem a menstruációs fájdalomtól, mentesülés a nemi együttlét alól, szorongás a fogamzás utáni vágy megghiúsulásától, abortusz utáni tudat alatti önbüntetés stb. (15). A premenstruális változásokról kialakított feltételezések és kognitív értékelés azt is meghatározza, hogy a kellemetlenségeket a nő zavaró és aggasztó, vagy normális és kezelhető jelenségként észleli-e; a negatív gondolatok ördögi köre pedig felnagyíthatja a tüneteket, és súlyosbíthatja az állapotot (16).

A nők jelentős része a testi tüneteket sikeresen kezeli, a lelkiekkel viszont – különösen azokkal, melyek interperszonális konfliktusokhoz vezetnek – nehezebben veszi fel a harcot. Segítésük farmakológiai eszközökkel, például alacsony dóziszú SSRI szerek folyamatos, illetve megszakításos alkalmazásával (14), vagy a petefészkek működést elnyomó szerekkel is történhet, de számos más módszer is felmerült (tanácsadás, hipnoterápia, akupunktúra stb.). Tartós pszichoterápia is hatásosnak bizonyult: a legtöbb adat a kognitív viselkedésterápia sikeres egyéni (16) vagy csoportos (17) alkalmazására gyűlt össze. Összességében fontos, hogy a kezelés során elismerjük a PMD-ben szenvedő nők kellemetlen állapotát, mégse medikalizáljuk teljesen a menstruációs ciklust (13).

Policisztás ovárium szindróma

A policisztás ovárium szindróma (PCOS) – mely az érésben elakadt, apró cisztákká alakult tüszők gyöngyfüzérét tartalmazó petefészkekről kapta a nevét – sajátos helyet foglal el a női reprodukív egészség témájában. Miközben ugyanis a PCOS vezető meddőségi ok, elsősorban mégsem nőgyógyászati, hanem hormonális és anyagcserezavar eredménye. A betegség *Stein és Leventhal* 1935-ös leírásában jelent meg először (18), és azóta is vizsgálódások tárgyát képezi. A PCOS hátterében genetikai és életstílusbeli faktorok egyaránt előfordulnak, oka az esetek 60-80%-ában a hyperandrogenizmus, 50-80%-ukban pedig az inzulinrezisztencia (19).

Becslések szerint a reprodukív korban lévő nők 20%-a érintett (20), de mivel nem mindegyik mutat könnyen észlelhető tüneteket, sok esetben nem jutnak el a diagnózisig. A legfrissebb diagnosztikai rendszert „rotterdami kritériumokként” tartják számon; eszerint PCOS állapítható meg, ha három ismérv közül kettő je-

len van: rendszertelen menstruáció vagy peteérési zavar (esetleg teherbeesési képtelenség), férfihormon-túlsúly klinikai tünetei (szőrösödés, derék/has térfogat aránya) vagy laboratóriumi jelei (LH/FSH arány, SHBG), illetve ultrahangvizsgálat során policisztás jellegű petefészekkép (21). A klinikai kép igen heterogén: van, akinél a krónikus anovulatio, amenorrhoea vagy oligomenorrhoea dominál, és van, aki túlsúllyal vagy dermatológiai problémákkal küzd (hirsutismus, seborrhoea, acne) (22). A PCOS-betegek nagy százalékánál metabolikus szindróma, illetve 2-es típusú diabetes mellitus alakul ki, és a kiscukorú krónikus gyulladásnak megfelelő immunrendszeri elváltozásokkal is számolni kell (23).

A PCOS gyakran jár együtt szorongással és depresszióval (23), ami tovább emeli a metabolikus szindróma által okozott kardiovaszkuláris kockázatokat. A szindrómával asszociálódó túlsúly, pattanások és szőrösség rontja az érintettek nőiesség-érzését, testképét és önértékelését, ezáltal életminőségét és pszichés jóllétét (20, 22). *Rassi és mtsai* (2010) vizsgálatában 72 PCOS-páciens több mint felénél pszichiátriai megbetegedés, leginkább hangulatzavar volt diagnosztizálható. Ezen belül a legnagyobb arányt a major depresszió érte el (26,4%), de a bipoláris zavar is jelentős hányadot képviselt (11,1%) (24).

A testi tünetek és a mentális zavarok ok-okozati összefüggése nem egyértelmű. Vannak például adatok arra vonatkozóan, hogy a PCOS-páciensek erőteljesebb válaszokat adnak a pszichoszociális stresszre. *Benson és mtsai* vizsgálatában nyilvános előadás megtartása során – bár a helyzet minden alanynál szignifikáns állapotszorongás-növekedést okozott – a PCOS-páciensek hangsúlyosabb neuroendokrin (ACTH, kortizol) és immunsejtválaszt (IL-6) adtak, és szívfrekvenciájuk is szignifikánsan magasabb volt a demográfiailag, illetve testtömegindex és dohányzási szokások szerint illesztett egészséges kontrollszemélyekénél (a pszichiátriai diagnózissal rendelkező alanyokat kizárták a vizsgálatból). A szerzők szerint a stresszválasz zavara lehet a láncszem a PCOS és a vele gyakran együtt járó depresszió, túlsúly, illetve a megnövekedett cardiovascularis és diabetes-kockázat között (23).

A PCOS legnagyobb distresszt okozó következménye a meddőség (amit tanulmányunk következő részében tárgyalunk bővebben). *Shi és mtsai* vetették föl azt a kérdést, hogy az asszociálódó pszichés problémák PCOS-specifikusak-e, vagy a meddőséggel járnak együtt. Eredményeik arra utalnak, hogy a PCOS-betegek szorongásos és depresszív tünetei szignifikán-

san súlyosabbak a más okból meddőknél, és hogy a PCOS-re jellemző endokrin és pszichológiai zavarok mögött a neurotranszmitterek (elsősorban a szerotonin- és dopaminmetabolizmus) abnormalitása mutatható ki (25).

Bár a szimptomatológia ugyanaz, a PCOS megélésében jelentős kulturális különbségek is adódhatnak: *Schmid és mtsai* felmérésében például a betegség kedvezőtlenebbül befolyásolta az Ausztriában élő, bevándorolt, muszlim nők egészséghez kapcsolódó életminőségét, mint az Ausztriában születetteket, ami a női szerep és a gyermekvállalás összefüggésének eltérő szociokulturális és etnikai hangsúlyaiából eredhet (22).

A PCOS legalapvetőbb kezelése *Teede és mtsai* (2010) ajánlásában az életmódváltás: a táplálkozási szokások (kis mennyiségű, megfelelő minőségű és gyakori étkezés, alacsony glikémiás indexű táplálékok), a rendszeres (legalább heti háromszor legalább fél óra zsírégető típusú) testmozgás. A vizsgálatok szerint többféle életmódváltó stratégia is eredményes lehet, ha biztonságos és hosszú távon fenntartható. Mindez kiegészíthető, de nem helyettesíthető a jelenleg legelfogadottabb, bizonyítékokon alapuló gyógyszeres kezeléssel: a (Magyarországon off-label jelleggel adott) metforminnal az inzulinrezisztencia és fogamzásgátló tablettákkal a hyperandrogenismus ellen, amennyiben a gyermekvállalás (még) nem cél. Meddőség esetén a kezelést clomiphene-nel érdemes kezdeni (20). Látható, hogy nemcsak maga a szindróma, hanem annak kezelése is pszichés megterheléssel jár, hiszen míg a gyógyszerek bevétele viszonylag könnyen kivitelezhető, az életmódváltáshoz és a lelki következmények feldolgozásához gyakran pszichés támogatásra van szükség.

Meddőség

Meddőségről a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium (SZNSZK) protokolljának meghatározása szerint akkor beszélhetünk, ha a kívánt sikeres terhesség egy év rendszeres, ovuláció idejére eső szexuális élet ellenére is elmarad (26), függetlenül attól, hogy a párnak van-e már korábbról gyermeke vagy sem. Ez a krónikus zavar Magyarországon a párok 10-15%-át érinti (27). *Pápay* a meddőség meghatározását a következőképpen bővíti ki: olyan termékeny korban lévő, deklarált gyermekvállalási szándékkal rendelkező pár közös működészavara, akik esetében igaz, hogy a rendszeres, legalább egy éve (35 éven felüliek esetében hat hónapja) tartó fogamzásgátlás-mentes nemi élet ellenére sem történik meg a kívánt terhesség, illetve a terhes-

séget nem sikerül elveszüléssel kihordani. Ez a működészavar intrapszichés, párkapcsolati és társas szinteken egyaránt kifejti hatását, ezért csak biopszichoszociális kontextusban értelmezhető (28).

A meddőségnek számos szomatikus oka lehet; a leggyakoribbak férfioldalon (az infertilitas kb. 30–40%-ában) a spermiumtermelés abnormalitásai, női oldalon (ugyancsak kb. 30–40%-ban) az ovulációs diszfunkciók és a petevezeték betegsége, az esetek kb. 10–15%-ában pedig a női-férfi tényezők kombinációja (29). Újabban kb. 10%-ban nem sikerül organikus okot kimutatni az infertilitas hátterében (30). A terméketlenséggel járó stressz kedvezőtlenül hat a szubjektív jóllétre, azon belül az életminőségre, a személyes hatékonyságra és az énképre (31). A meddőség nagyobb terhet jelent a nők, mint a férfiak számára, mégis úgy tűnik, a klinikai méretű pszichopatológiai jelenségek nem feltétlenül gyakoribbak, mint a nem meddő nők közt (32).

Korántsem világos, hogy a terméketlenséggel együtt járó mentális jellemzők okai vagy következményei a nehezített fogamzásnak. A pszichés okok közül a legtöbb bizonyítékot a krónikus stresszre vonatkozó kutatások halmozták fel, mely hormonális úton, a HPA- és HPG-tengelyeken keresztül gyengíti a termékenységi funkciókat (33). Számos vizsgálat mégsem talált statisztikailag jelentős különbséget a termékenyek és terméketlenek stressz-szintje és mentális mutatói között. Ennek hátterében az is állhat, hogy a stressz nem feltétlenül jelenik meg szorongásban vagy depresszív tünetekben (34). A stresszen kívül a meddőség lehetséges háttereként intra- és interperszonális problémák (30), illetve bizonyos személyiségbeli tényezők is fölmerültek (35).

Ami a meddőség mentális hatásait illeti, a szorongást és a depressziót említik leggyakrabban, de arra is találunk példát, hogy a meddők szorongásának mértéke nem különbözik jelentősen a normatív adatoktól (36). A meddő nők depresszióértékei magasabbnak bizonyulnak a termékenyekénél (37). A beteljesületlen gyermekvágy negatív hatásai közt felsorolható még az élet fölötti kontrollvesztés érzése, az interperszonális érzékenység, izoláció, házastársi stressz és elégedetlenség (38).

Nemcsak pusztán maga a meddőség, hanem annak kezelése is meglehetősen megterhelő lelkileg a páciensek számára, nem kis részben a beavatkozások kis sikeraránya miatt. *Borsos* és *Urbancsek* adatai szerint in vitro fertilizációs (IVF) kezelések után a petesejtnyerésre vonatkoztatott születési arány Magyarországon

19,6% (39). A pszichoszociális nehézségek tehát általában súlyosbodnak, ha asszisztált reprodukcióra kerül sor, de a kontrollszemélyekénél rosszabb lelkiállapot itt sem nyert mindig bizonyítást.

Az idő előrehaladtával a meddőséggel összefüggő depresszió előfordulása nőhet, de ellenkező irányú változásra is van adat: akik régebb óta állnak in vitro fertilizációs (IVF) kezelés alatt, azok szorongás- és depressziószintje alacsonyabb lehet az asszisztált reprodukciós terápia elején járó párokénál (40), ami a meddőséghez, illetve annak kezeléséhez való hozzá szokás lehetőségére utal. Az ellentmondások abból is fakadhatnak, hogy egyes kutatók a meddőségi diagnózis kimondása óta eltelt időt, mások az időközben alkalmazott kezeléseket vették figyelembe. Ha mindkét változót figyelembe vesszük, akkor nem annyira az átélte beültetések száma, mint inkább a diagnózis óta eltelt idő hossza az, ami a meddőséggel való jobb megküzdéssel jár együtt (41).

A meddőség okozta pszichés károkat a megküzdési stratégiák is befolyásolják: a társas támasz keresése például csökkenti a meddőségi stresszt (32). A terméketlenség következményeinek és kontrollálhatóságának kognitív reprezentációi ugyancsak erősen hatnak a nők érzelmi alkalmazkodására (42). Akinek akarata ellenére sem születik gyermeke, az gyakran megkérdőjelezi élete értelmét; ez hatványozottan igaz a meddőségi kezeléseket folytatók körében, szemben az azokat abbahagyókkal vagy a sikeresen kezeltelkkel (43). A magasabb fokú spirituális jóllét és hit csökkenteni látszik a meddőségi stresszt, bár a vallásos megküzdési minták közt negatív formákat is számon tartanak (44).

A pszichoterápia kedvezően befolyásolja a meddők lelkiállapotát (38), és a várandóssági mutatókat is pozitív irányba billentheti (45). Mindeddig a stresszcsökkentő kognitív és viselkedésterápiák, valamint a támogató csoportterápiák bizonyultak a legsikeresebbeknek (46), de pszichodinamikus, megoldásközpontú, krízisintervenciós, valamint rendszerszemléletű párterápiás megközelítésekkel is jó eredményeket mutattak fel (47).

Miközben Magyarországon a meddőség szomatikus kezelésében az orvosi technológia egyre inkább lépést tart a gazdaságilag fejlettebb országokban alkalmazott eljárásokkal, a pszichológiai ellátás messze elmarad azoktól. A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiumnak a meddőség kivizsgálására és általános (in vivo) kezelésére vonatkozó protokolljában a pszichológiai aspektus teljességgel hiányzik (26). Az in vitro beavatkozásokra érvényes ajánlás is csak ivarsejt-dono-

rok számára javasolja „szükség szerint” a pszichológiai konzultációt (27). Fejlettebb országokban az in vitro kezelésben részt vevő minden fél számára biztosítandó a meddősegi centrumokban a pszichoszociális tanácsadás, a kezelés előtt és közben (48), ami hazánkban is kívánatos volna mind a pszichológiai jóllét, mind a megtermékenyülés valószínűségének növekedése szempontjából.

A nőgyógyászati betegségek pszichoszomatikus szemléletű ellátása

Az előző fejezetekben láthattuk, hogy jó néhány nőgyógyászati rendellenesség okai és következményei közt lelki elemek is szerepelnek, így a pszichés megközelítés a kezelésükből sem hiányozhat. A fentiekben részletezett, többé-kevésbé pszichoszomatikus jellegűnek tartott kórképek pszichoszociális szempontból a krónikus stresszel, a szorongással és a depresszióval mutatják a legtöbb összefüggést, de a szocioökonomiai státusz, az ezzel összefüggő életmód, a szomatizációs hajlam és – kisebb mértékben – a pszichés trauma társuló szerepére is léteznek adatok. Mindez azonban nem feltétlenül jelenti azt, hogy minden esetben szükség volna egy speciálisan mentális egészséggel foglalkozó szakember bevonására. Bierkens (1997) szerint a nőgyógyászati páciensek összes lelki problémáját a pszichológusokhoz delegálni szükségtelen elszegényítése volna a nőgyógyászati szakmának, hiszen az, hogy ilyen jellegű problémákkal is foglalkozni kell, az orvoslás elidegeníthetetlen része (1).

Az orvos-beteg kapcsolat minősége különösen fontos a szülészet-nőgyógyászatban, hiszen a nők a házi-orvosuk mellett a nőgyógyászt keresik föl a leggyakrabban (49). A nőgyógyászati vizsgálat *Szeverényi* szerint azért is kényes természetű, mert az orvos a nő intim szférájába hatol be, előbb verbálisan, majd feltáró eszközzel és manuálisan is, ami szorongást, kiszolgáltatottság-érzést és fájdalmat okozhat a páciensnek. Az orvos és a beteggel találkozó más személyek feladata az, hogy a szorongást ellensúlyozni képes, pozitív érzelmeket váltsanak ki a betegben (50).

Szakács meglátása szerint a nőorvosnak tulajdonított vélekedések a betegek önértékelésében, gyógyuláshoz való hozzájárulásában fontos szerepet játszanak. Türelem, érzelmi ráhangolódást, együttérzést igényel a nőgyógyásztól az a folyamat, amely során kibővíthetővé, átfordíthatóvá válik a szomatikus betegségtudat pszichoszomatikus formába. Fontos komolyan venni a

testi panaszokat és emellett felkínálni a lélektani tényezőkkel való foglalkozás lehetőségét, ha szükséges. Pszichiáter, pszichológus vagy pszichoterapeuta bevonása feltétlenül tanácsos két esetben: ha a szakorvos pszichiátriai betegséget gyanít, vagy ha a ginekológiai betegség javulása csak a pszichés állapot rendezésével érhető el. Lényeges, hogy a doktor a lélekgyógyászt konziliáriusnak, együttműködő kollégának tekintse, és akként is hivatkozzon rá, így a beteg nem fogja magát „elküldve”, vagy „lerázva” érezni (49).

A hazai egészségügyi ellátás legalábbis változó mértékben készült fel arra, hogy a reprodukív egészség komplex jelenségvilágával érdemben, minden vetületre kiterjedően foglalkozzék. Pedig a betegségek kezelésének pszichoszomatikus megközelítése növelheti a páciensek együttműködési készségét, csökkentheti a jogi útra terelődő panaszok számát, megelőzi az egészségügyi erőforrások indokolatlan igénybevételét, és ha rutinszerűen alkalmazzák, nem feltétlenül időigényesebb a hagyományos orvoslásnál (2). A pszichés vonatkozásokra is érzékeny gyógyítói hozzáállás végül növelheti annak esélyét, hogy a nőgyógyász is betölthesse Bálint Mihály-i „gyógyszer-funkcióját”.

Irodalom

1. Bierkens PB. The boundaries between obstetrics and gynaecology on one hand and psychology on the other hand. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997; 75:107-108.
2. Lal M. Psychosomatic approaches to obstetrics, gynaecology and andrology - a review. J Obstet Gynaecol 2009; 29:1-12.
3. Abou Zahr C. WBI Core Course on Population, Reproductive Health and Health Reform. Background paper on reproductive health. World Health Organization 1999; <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/48331/Background%20paper%20on%20RH.pdf>
4. British Society of Psychosomatic Obstetrics, Gynaecology and Andrology. Dátum nélkül. <http://www.bspoga.org/about>
5. Fry RPW, Crisp AH, Beard RW. Sociopsychological factors in chronic pelvic pain: a review. J Psychosom Res 1997; 42:1-15.
6. Szendei Gy. A krónikus kismencedei fájdalom. In: C. Molnár E, Füredi J, Papp Z, szerk. Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 2006; 121-134.
7. Slade P, Cordle C. Psychological aspects of the management of chronic pelvic pain. Curr Obstet Gynaecol 2005; 15:298-305.
8. Walker EA, Katon WJ, Hansom J, Harrop-Griffiths J, Holm L, Jones ML, Hickok LR, Russo J. Psychiatric diag-

- noses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatics* 1995; 36:531-540.
9. Magni G, Andreoli C, de Leo D, Martinotti G, Rossi C. Psychological profile of women with chronic pelvic pain. *Arch Gynecol* 1986; 237:165-168.
 10. Peveler R, Edwards J, Daddow J, Thomas E. Psychosocial factors and chronic pelvic pain: a comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. *J Psychosom Res* 1996; 40:305-315.
 11. Leserman J, Zolnoun D, Meltzer-Broy S, Lamvu G, Steege, JF. Identification of diagnostic subtypes of chronic pelvic pain and how subtypes differ in health status and trauma history. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:554-651.
 12. Lázár L. Vérézszavarok. In: C. Molnár E, Füredi J, Papp Z, szerk. Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 2006; 135-144.
 13. Di Giulio G, Reissing ED. Premenstrual dysphoric disorder: prevalence, diagnostic considerations, and controversies. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006; 27:201-210.
 14. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. *J Psychiatry Neurosci* 2000; 25:459-468.
 15. Borsos A, Urbancsek J. A női nemi szervek élettani működése és funkcionális zavarai. In: Papp Z, szerk. A szülészet-nőgyógyászat tankönyve. Negyedik kiadás. Budapest, Semmelweis Kiadó, 2009; 75-105.
 16. Blake F. Cognitive therapy for premenstrual syndrome. *Cogn Behav Pract* 1995; 2:167-185.
 17. Nazari NH, Birashk B, Ghasemzadeh A. Effects of group counseling with cognitive-behavioral approach on reducing psychological symptoms of premenstrual syndrome (PMS). *Procedia Soc Behav Sci* 2012; 31:589-592.
 18. Roe AH, Dokras A. The diagnosis of polycystic ovary syndrome in adolescents. *Rev Obstet Gynecol* 2011; 45-51.
 19. Legro RS, Castracane VD, Kauffman RP. Detecting insulin resistance in polycystic ovary syndrome: purposes and pitfalls. *Obstet Gynecol Surv* 2004; 59:141-154.
 20. Teede H, Deeks A, Moran L. Polycystic ovary syndrome: a complex condition with psychological, reproductive and metabolic manifestations that impacts on health across the lifespan. *BMC Medicine* 2010; 8:41-50.
 21. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2004; 81:19-25.
 22. Schmid J, Kirchengast S, Vystika-Binstorfer E, Huber J. Infertility caused by PCOS - health-related quality of life among Austrian and Moslem immigrant women in Austria. *Hum Reprod* 2004; DOI: 10.1093/humrep/deh432
 23. Benson S, Hahn S, Tan S, Mann K, Janssen OE, Schedlowski M, Elsenbruch S. Prevalence and implications of anxiety in polycystic ovary syndrome: results of an internet-based survey in Germany. *Hum Reprod* 2009; 24:1446-1451.
 24. Rassi A, Veras AB, Dos Reis M, Pastore DL, Bruno LM, Pinto de Ávila MA, Nardi AE. Prevalence of psychiatric disorders in patients with polycystic ovary syndrome. *Compr Psychiatry* 2010; 51:599-602.
 25. Shi X, Zhang L, Fu S, Li N. Co-involvement of psychological and neurological abnormalities in infertility with polycystic ovarian syndrome. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284:773-778.
 26. Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Meddőségről: kivizsgálásról és a kezelés általános lehetőségeiről (1. módosított változat). Hivatalos Értesítő. A Magyar Közlöny melléklete 2010; 30:6480-6484.
 27. Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Meddőség ellátásról - asszisztált reprodukcióról - in vitro fertilizációról (1. módosított változat). Hivatalos Értesítő. A Magyar Közlöny melléklete 2010; 30:6467-6478.
 28. Pápay N. A termékenységi problémák egészségpszichológiája. In: Demetrovics Zs, Urbán R, szerk. Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása II. Klinikai egészségpszichológia. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó 2012; 83-119.
 29. Kamel RM. Management of the infertile couple: an evidence-based protocol. *Reprod Biol Endocrinol* 2010; 8:21-27.
 30. C. Molnár E. Reprodukciós zavarok. In: C. Molnár E, Füredi J, Papp Z, szerk. Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 2006; 145-150.
 31. Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. Stress from infertility, marriage factors and subjective well-being of wives and husbands. *J Health Soc Behav* 1991; 32:238-253.
 32. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociol Health Illn* 2010; 32:140-162.
 33. Maeda K, Tsukamura H. The impact of stress on reproduction: are glucocorticoids inhibitory or protective to gonadotropin secretion? *Endocrinology* 2006; 147:1085-1086.
 34. Szendi G. A női funkcionális meddőség evolúciós értelmezése. *Mentálhig Pszichoszom* 2007; 8:5-48.
 35. Fassino S, Garzaro L, Peris C, Amianto F, Piero A, Abbate Daga G. Temperament and character in couples with fertility disorders: a double-blind, controlled study. *Fertil Steril* 2002; 77:1233-1240.
 36. Verhaak CM, Smeenk MJ, Evers AWM, Kremer JAM, Kraimaat FW, Braat DDM. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update* 2007; 13:27-36.
 37. Szigeti FJ, Konkol? Thege B. A meddőség pszichés velejárási egy hazai pilot-vizsgálat tükrében. *Magyar Pszichol Szemle* 2012; 67:707-725.
 38. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21:293-308.
 39. Borsos A, Urbancsek J. Meddőség és fogamzásgátlás. In: Papp Z, szerk. A szülészet-nőgyógyászat tankönyve. Negyedik kiadás. Budapest, Semmelweis Kiadó, 2009; 107-125.

40. Kee BS, Jung BJ, Lee SH. A study on psychosocial strain in IVF patients. *J Assist Reprod Genet* 2000; 17:445-448.
41. Ardeni R, Campari C, Agazzi L, Battista La Sala G. Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization: exploratory survey of an Italian sample. *Hum Reprod* 1999; 14:3126-3132.
42. Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E. On the self-regulation of a health threat: Cognitions, coping, and emotions among women undergoing treatment for infertility. *Cognit Ther Res* 2004; 28:577-592.
43. Su TJ, Chen HF, Chen YC, Yang YS, Hung YT. Factors related to meaning of life in Taiwanese women treated with in vitro fertilization. *J Formos Med Assoc* 2006; 105:404-413.
44. Domar AD, Penzias A, Dusek JA, Magna A, Merarim D, Nielsen B, Paul D. The stress and distress of infertility: does religion help women cope? *Sex Reprod Menopause* 2005; 3:45-51.
45. Hämmerli K, Znoj H, Barth J. The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Hum Reprod Update* 2009; 15:279-295.
46. Domar AD, Clapp D, Slawsby EA, Dusek J, Kessel B, Freizinger M. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril* 2000; 73:805-811.
47. Applegarth LD. Individual counseling and psychotherapy. In: Hammer Burns L, Covington SN, eds. *Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians.* New York and London, The Parthenon Publishing Group, 1999; 85-101.
48. Szigeti FJ, Konkoly Thege B. A meddőség pszichológiai aspektusai: szakirodalmi áttekintés. *Magyar Pszichol Szemle* 2012; 67:561-580.
49. Szakács K. Pszichoterápia. In: C. Molnár E, Füredi J, Papp Z, szerk. *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria.* Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 2006; 361-372.
50. Szeverényi P. Orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció. In: C. Molnár E, Füredi J, Papp Z, szerk. *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria.* Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 2006; 105-112.



Megjelent Lakatos Péter és Speer Gábor szerkesztésében:

**POLICISZTÁS OVARIUM SZINDRÓMA -
Gyakorlati útmutató**

Igen régóta nem jelent meg a policisztás ovarium szindrómával foglalkozó hazai kézikönyv. A betegség ismerete szakmai körökben is hiányos. Emiatt, illetve az utóbbi évek szemléletbeli változására tekintettel gondolták azt a szerkesztők, hogy egy rövid könyv formájában közzé teszik a legújabb ismereteket, mégpedig kifejezetten gyakorlat orientáltan. Munkatársainak olyan szerzőket sikerült megnyerniük, akik valóságban is olyan értően, odafigyeléssel segítenek Betegeiken, ahogyan ezt a könyvben vázolják.



Simmelweis Kiadó
1089 Budapest, Nagyvárud tér 4.
www.simmelweiskiado.hu

LEGENDUS KÖNYVESBOLT
1089 Budapest, Nagyvárud tér 4.
Tel.: 210-4408, 459-1500/56141
Nyitva tartás: H-P: 9-16 óra
info@semmelweiskiado.hu

EOK KÖNYVESBOLT
1094 Budapest, Tüszoltó utca 37-47.
Tel.: 459-1500/60475
Nyitva tartás: H: 13-15 óra,
K-P: 9-13 óra

Pszichoszomatikus zavarok és stressz orvosok körében

Psychosomatic disorders and stress among doctors

Széneyei Gábor, Ádám Szilvia, Gyórfy Zsuzsa, Túry Ferenc

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

E-levél: Túry Ferenc, turyferenc@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÁS Az orvosok egészségi állapota és egészségmagatartása fontos kutatási terület, s az egészségügy szervezeti működésében figyelembe veendő tényező, mert jelentősen befolyásolja az ellátás minőségét. Az orvosok körében a stressz, a mentális zavarok kockázata és a pszichoszomatikus zavarok gyakoriak. Ez a folyamat már a hallgatói korban is elkezdődik. Az irodalmi adatok alapján lényeges a prevenció. Ebben szerepe van az egészségügy strukturális változtatásainak, így a döntéshozatal mechanizmusainak, valamint a szűrésnek, stresszkezelő tréningeknek, már az orvosi tanulmányok során is.

KULCSSZAVAK pszichoszomatikus zavarok – munkahelyi stressz – kiégés – megelőzés

SUMMARY Physicians' health condition and health behavior represents a crucial research field and an important factor for the functioning of the health care system due to the high impact over the quality of the health care provided. The prevalence of physician stress and the risk of mental and psychosomatic disorders are high. The process behind the weakened health condition originates from the early medical student years. Based on previous research prevention is crucial. Even from the early years of medical studies the structural changes of the health care system play an important role together with the decision making mechanisms, screenings and stress management trainings.

KEY WORDS psychosomatic disorders – work stress – burnout – prevention

Az egészségügyben dolgozók, közöttük az orvosok egészségi állapotának, a különböző zavarok kockázati tényezőinek az ismerete fontos kérdés, mert az orvosoknak és ápolóknak megterhelő körülmények között kell optimális teljesítményt nyújtaniuk. Kulcsfontosságú kérdésről van szó, hiszen a testi-lelki egészség a gyógyítói munka alapfeltétele, hiányában kevésbé hatékony a betegellátás, a betegek elégedettsége és együttműködése, valamint gyógyulása. A gyógyítók jólléte befolyásolhatja a műhibákat, a szövődmények alakulását – így tágabb perspektívából tekintve tulajdonképpen hatással van az osztályadalmi morbiditás alakulására is (1-3).

Az orvosok egészségi állapota tehát igen fontos kutatási terület. Alapvetően azt várhatnánk, hogy az egészségtudatosság fokozott körökben, s ez jobb egészségmutatókhoz vezet. Bár egyes vizsgálatok szerint az átlaglakosságnál szomatikusán egészségesebbek, a pszichés zavarokat tekintve nagyobb kockázatnak vannak kitéve, mint az átlagnépesség (4). A jelen tanul-

mány áttekinteni igyekszik az orvosok körében előforduló pszichoszomatikus zavarokat – s ez nem választható el élesen az orvosi hivatással járó stressztől. Nem térünk ki részletesen az orvosok között detektált egyéb (nem pszichoszomatikus) betegségekre. Igen sok vizsgálatban nemcsak az orvosok, hanem egyéb egészségügyi dolgozók, például ápolók állapotát is elemzik. Ahol szükséges, ezt külön megemlítjük.

Nemzetközi és hazai adatok az orvosok egészségéről

Az Egyesült Királyságból származó egyik vizsgálat során a stresszel és a munkaelégedettséggel összefüggésben a kiégést és a pszichiátriai morbiditást mérték orvosok között (n=882), az utóbbit a General Health Questionnaire (GHQ) segítségével. A becslött pszichiátriai morbiditás 27% volt, a vizsgált négy orvosszakma között (gasztroenterológusok, onkológusok, radiológusok,

sok, sebészek) nem volt érdemleges különbség. A munkaelégedettség védő tényezőnek bizonyult a munkastresszel szemben (5). *Williams és mtsai* (6) 1411 háziorvos kérdőíves vizsgálatát végezték az USA-ban, hogy az orvosi stresszt, a munkaelégedettséget, a mentális és testi egészséget elemezzék. A munkastressz erősen befolyásolta a munkaelégedettséget, valamint a testi-lelki egészséget. A kiégésre vonatkozóan az orvosok mellett a betegágy mellett dolgozó ápolók helyzete is igen lényeges, s gyakran alábecsült tényező (7).

Lindo és mtsai (8) 212 orvost és ápolót vizsgáltak a GHQ segítségével. Az alanyok több mint fele (55%) mutatott stressztüneteket. Ezek között a leggyakoribbak a gasztrointesztinális zavarok (20%), az inszomnia (23%), s a palpitációérzés (54%) volt. A stressztünetek mellett a migrén volt a leggyakrabban detektált betegség (18,2%). Az asthma bronchiale, továbbá a magas vérnyomás egyaránt a populáció 5,7%-ára volt jellemző. A krónikus betegségek kombinált prevalenciája szintén 5,7% volt. A stressztünetekkel rendelkező személyek 37,7%-a a GHQ alapján mentális zavarban (első sorban: depresszió, szorongás) is szenvedett. Akiknek nem voltak stressztüneteik, azok között csak 13,3% volt a mentális zavarok prevalenciája. A vizsgált személyek érzelmi támogatást a barátoktól (56%-ban), a házastársaktól (36%-ban), valamint a kollégáktól (12%-ban) kapták. A nemek közötti különbségre utalóan feltűnő, hogy a nők könnyebben fordultak orvoshoz. A segítségkérés akadálya a bizalmatlanság, valamint az a késztetés, hogy az orvosok a kollégák, a betegek és a közösség előtt egészségesnek tűnjenek.

Zhang és mtsai (9) 336 egészségügyi dolgozó között vizsgálták a foglalkozással kapcsolatos pszichoszomatikus panaszokat Kínában. Az idősebb korosztályokban a látászavarok, a fejfájás, szédülés, a 30-39 éves korosztályban az alvászavarok, az ennél fiatalabbak között pedig a depresszió és az érzelmi instabilitás volt a leggyakoribb panasz. A regressziós elemzés azt tárta fel, hogy az életkor, a személyes élet szokásai, a családi állapot, a munkakörülmények függték össze ezekkel a panaszokkal. A barátságos munkahelyi atmoszféra és a munka iránti magas érdeklődés fordítva korrelált a pszichoszomatikus tünetekkel.

Stavem és mtsai (10) norvég orvosok egészségi állapotát vetették össze a hazai átlagpopulációval, valamint svéd és egyesült királyságbeli orvosokkal. Az egészségi állapot önmegítélése jobb volt az orvosok körében, mint az átlagnépességben, s a svéd és egyesült királyságbeli orvosokénál is. Ennek hátterében kulturális különbségek állhatnak (beleértve az egészségügyi

kultúrát, stílust is), valamint az alacsonyabb munkastressz is valószínű.

A hazai helyzetről egy háziorvosok között végzett felmérést említhetünk (n=540). Az átlagéletkor 51 év, s a válaszadók 53%-ának van valamilyen krónikus betegsége. A kardiovaszkuláris betegségek aránya 31%, a degeneratív betegségeké 29%, a daganatos betegségeké 4% volt (11). Egy korábbi, saját vizsgálat eredményei szerint az orvosokra (nemtől függetlenül) a túlterheltség, a hosszú munkaidő és az elégtelen alvásmennyiség jellemző (12). A diplomásokból álló kontrollcsoporthoz viszonyítva az orvosok és az orvosnők többet dohányoztak, több nyugtatót fogyasztottak, kevesebbet sportoltak. Az orvosok körében mért depresszió és az öngyilkossági gondolatok aránya is magasabbnak bizonyult a kontrollcsoporténál. A vizsgálatból érdemes kiemelni azt, hogy diplomás kontrollcsoporttal összehasonlítva az orvosok között gyakoribbak a krónikus megbetegedések (cukor-, májbetegség, magas vérnyomás, szívinfarktus, gyomor- és nyombélfekély, vesebetegség, daganatos és nőgyógyászati megbetegedések). E betegségek hátterében a pszichoszomatikus mechanizmusok szerepe jól ismert.

Szintén saját vizsgálat: *Ádám és mtsai* (13) pszichiáterek között végzett kutatása azt igazolta, hogy körükben az átlagnépességgel, illetve más orvoscsoporttal összehasonlítva a krónikus betegségek előfordulási gyakorisága magasabb. A férfiak között gyakoribb a daganatos betegség, cukorbetegség, májbetegség, depresszió, magas vérnyomás, egyéb szív- és érrendszeri betegség, egyéb fertőző betegség, asthma bronchiale, egyéb légzőszervi betegség, allergia, gyomor- és bélrendszeri betegség, izom- és csontrendszeri betegség, szembetegség, fül-orr-gégészeti betegség, urológiai megbetegedés. A nők között a daganatos megbetegedés, májbetegség, depresszió, magas vérnyomás, egyéb szív- és érrendszeri megbetegedés, egyéb fertőző betegség, asthma bronchiale, egyéb légzőszervi betegség, allergia, egyéb gyomor- és bélrendszeri betegség, izom- és csontrendszeri betegség, szembetegség, fül-orr-gégészeti betegség, nőgyógyászati betegség, valamint urológiai betegség volt gyakoribb, mint a kontrollcsoportokban. A gyakoribbnak talált betegségek között nem csupán pszichoszomatikus zavarokat találunk, de ismert a különböző stressztényezők általános betegséggyakoriságot fokozó hatása. A pszichés és szomatikus morbiditás a nem megfelelő egészségmegőrző magatartással hozható összefüggésbe.

A stressz és a pszichoszomatika kapcsolata – különös tekintettel az orvosi hivatásra

A pszichoszomatikus zavarok és a stressz közötti kapcsolat annyira közismert, hogy a pszichoszomatikát sokan „stressz medicina” -ként azonosítják. Ismert, hogy az egészségügyi intézményekben a munkahelyi stressz fokozott más munkahelyekkel összehasonlítva. Ez a stresszterhelés betegségkiváltó tényező lehet. A speciális, orvosokra (és más egészségügyi dolgozókra) jellemző stresszt több dimenzióra bontják (14). Ezek a következők: az orvosi hivatás jellegéből adódó fizikai és emocionális stressz, a munkaszervezet hatása, valamint a munkavégzés fölötti kontroll.

Kapocsi (15) nagy hatású áttekintést közölt „Boldogtalan orvosok – a jelenség és ami mögötte van” címmel. Ebben a szerző az orvosi boldogtalanság és stressz háttértényezőinek feltárásakor többek között kiemeli a deprofesszionalizáció jelenségét és az orvos-beteg kapcsolat megváltozását. E folyamatok eredményeképpen az orvoslás „varázstól való megfosztása” zajlik, jelentős autonómia-, monopólium- és presztízsvesztéssel. Az orvoslás mindinkább technicizálódik, egyre jelentősebb szereppel bírnak a paramedikális szakmák a gyógyítás folyamatában, a betegjogok általánossá válásával pedig az orvoslás autonómiájában is megfigyelhetők változások.

Az orvosi hivatással járó stressz részben az orvosszerepből adódik. Az orvosszerep ún. pervazív szerep, ami az élet számos területét áthatja, a személyiség számára normatív. Ennek folyamánya, hogy például az orvosi munkaidő igen hosszú, nehezen tervezhető. Mindez komoly stressztényező az orvosok számára – egyben azzal a szerepkonfliktussal is jár, hogy a családi életet és a munkabeli elvárásokat néha igen nehéz egyeztetni. A munkahelynek való megfelelés nehezíti a családi, rokoni és baráti kapcsolatok ápolását is (16).

A szerepkonfliktusok mellett egyéb munkahelyi stressztényezők is vannak. Az egészségügyi dolgozók magas stressz szintje főleg a munkahelyi stresszből fakad (17, 18, 19). A stressz és a pszichiátriai morbiditás (például a depresszió, a kiégés, a szorongásos megbetegedések) közötti ok-okozati kapcsolatot számos empirikus adat bizonyítja. A stressz és a különböző (pszicho)szomatikus megbetegedések (például a kardiovaszkuláris és gasztrointesztinális betegségek) közötti kapcsolat feltárása egyre több kutatás célja.

A munkaidő fölötti kontroll igen lényeges a hosszú munkaidő egészségkárosító hatásának kivédésében (20). A jelentős munkaterhelés mellett fontos kockázati

tényezőt jelent a döntésekben való részvétel hiánya, ami a kontrollvesztés érzésével jár. Ez a tényező az erősen hierarchizált orvostársadalomra alapvetően jellemző szociológiai sajátosság. A következő kockázatonövelő tényező a segítő hivatások jellegzetessége, a nagy érzelmi megterhelés. Mindezek a kiégési szindróma megjelenéséhez vezethetnek. Ez nem pusztán depresszió, hanem a kimerültség mellett teljesítménycsökkenéssel és az elszemélytelenedés érzésével (deperszonalizációval) jár. A nagy munkaterhelés nem feltétlenül vezet kiégéshez, mert a döntéshozatalban való részvétel és a megbecsültség, valamint a munkatársakkal való kapcsolat minősége is szerepet játszik (21, 22). Ha ezek a tényezők hátrányos formában állnak fenn, akkor a munkával való elégedettség csökken, s ez a kiégés alapja lehet (23).

A munkahelyi stressz körében végzett vizsgálatok során dolgozták ki az erőfeszítés–jutalom–egyensúlyhiány modelljét (24). Ennek az a lényege, hogy ha a munkahelyi erőfeszítések nincsenek arányban a jutalommal, akkor ez a feszültség egészségkárosodáshoz vezethet. A tartós stressz különböző szomatikus (például szív- és érrendszeri, gasztroenterológiai) és pszichés zavarok (például kiégés, depresszió, krónikus szorongás) kialakulásához járulhat hozzá (25). Japán egészségügyi dolgozók körében végzett felmérés (N=9137) azt mutatja, hogy a gyógyítók körében a lakossági adatokkal való összevetésben jelentősebb a stressz egészségre gyakorolt hatása (26).

A stressz és a pszichoszomatikus zavarok kapcsolatát elemezve meg kell említenünk egy hazai, pszichiátrerek körében végzett saját felmérést (18). A kifejezett munkastressz megmutatkozott objektív tényezőkben (például a munkahelyek, munkaórák számában), és szubjektívekben (túlterheltség érzése, a munkatársi támogatás hiánya, a jutalom-erőfeszítés egyensúlyának megbomlása). A kiégés tényezői között a teljesítményvesztés dimenziója volt a legfeltűnőbb. Ez tehát azt jelenti, hogy a munkastressz jelentősen befolyásolja az orvosok egészségi állapotát, s közvetetten a betegellátást. Ennek össztársadalmi hatásai lehetnek. A részletes eredményeket tekintve (s ez valószínűen nem csak a pszichiátrerekre vonatkozik) ki kell emelni, hogy a vizsgált minta csaknem fele több munkahelyen is dolgozott, s a vizsgált személyek mintegy 60%-a nyolc óránál többet dolgozik naponta. A kiégés faktorait elemezve: a közepes és magas szintű érzelmi kimerülés, valamint a deperszonalizáció aránya mintegy 50%. A közepes vagy magas szintű teljesítménycsökkenés a férfiak 75,9%-ára, míg a nők 71,3%-ára volt jellemző e vizsgá-

latban. Egy másik hazai kutatás arról számolt be, hogy a családorvosok és a rezidensek körében szintén magas a kiégés prevalenciája. A magas fokú emocionális kiemerülés prevalenciája mintegy 30%-os, a magas fokú deperszonalizációé 40–60%-os és a magas fokú teljesítménycsökkenése közel 100%-os volt (27).

Orvosnők egészsége – reprodukciós zavarok

Stresszterhelés szempontjából az orvosnői hivatás különösen nagy kihívást tartogat gyakorlóí számára – ezért az orvosnők egészségét, illetve reprodukciós zavarait kiemelten tárgyaljuk. A hosszú és kiszámíthatatlan munkaidő, a fizika és érzelmi megterhelés, a változó műszakbeosztás mind-mind potenciális veszélyeztető tényezőt jelenthet. Ugyanakkor az orvosnők reprodukciós zavarainak alakulásával kapcsolatban érdekes trend figyelhető meg a nemzetközi kutatásokban: míg a 1980-as és 1990-es évek végén megjelenő tanulmányok az orvosnők körében 40–50%-os arányú reprodukciós zavarokról számolnak be, addig a 2000-es évek kutatásai már nem jeleznek ilyen nagyarányú különbséget a lakosság más csoportjaihoz képest sem (28-33).

A reprodukciós zavarok pszichoszomatikája rendkívül szerteágazó terület. Számos nemzetközi kutatás tárgya a terhességi, teherbeesési, nőgyógyászati problémák és a stressz kapcsolatának vizsgálata (34). A stressztényezők közül meghatározó lehet például a munkahelyi stressz, amely *Mutambudzi és mtsai* (35) metaanalízise szerint igen jelentős szerepet játszik a spontán vetélések és az alacsony születési súly kialakulásában. Egy másik metaanalízis megerősítette, hogy a hosszú munkaidő szignifikáns kockázati tényező a koraszülések tekintetében (36).

Magyarországon is számos vizsgálat tárgyául szolgált az orvosnők reprodukciós egészségének kutatása. 2002-ben az első kvalitatív jellegű vizsgálat azt jelezte, hogy – a gyógyszerésznői csoporttal összehasonlítva – az orvosnők jelentős hányada számolt be terhességi és terhességek közötti zavarokról, valamint munkahelyi ártalmakról (fizikai, kémiai és stressz jellegűekről) a várandósság alatt. Szubjektív beszámolók szerint a problémák hátterében munkahelyi ártalmak, szorongás, intenzív stresszhelyzet állhatott (37).

Ugyancsak az egészségügyben dolgozó diplomás nők gyermekvállalással és terhességgel kapcsolatos problémáit mutatta meg egy országos, reprezentatív mintán végzett kvantitatív vizsgálat, melynek során 132, az egészségügyben dolgozó nőt, valamint más

szakmákban tevékenykedő diplomás nőt hasonlítottak össze. Az eredmények szerint az egészségügyben dolgozó diplomás nők körében nagyobb arányú volt a veszélyeztetett terhességek, meddőségi és teherbeesési problémák aránya, valamint magasabb volt a művi abortuszok száma. Fontos új elemként jelent meg a vizsgálatban, hogy a reprodukciós zavarok és a munkából fakadó stressz tényezői között is összefüggés volt: a munkastressz szignifikáns összefüggésben állt a meddőséggel és a művi abortuszok számával (38).

Egy hazai, reprezentatív mintán 2003-2004 folyamán végzett vizsgálat során 408 orvosnő testi-lelki egészségi állapotát mérték fel, és az eredményeket egy kor és településtípus szerint illesztett diplomás női mintával hasonlították össze. A reprodukciós morbiditás esetében a kontrollcsoporttal való összevetés után azt találták, hogy az orvosnőknél a művi abortuszok, a spontán vetélések és a veszélyeztetett terhességek száma szignifikáns többletet mutat. Fontos vizsgálati területként jelent meg a háttértényezők feltárása: az alvászavarok, az egészségre ártalmas anyagokkal való érintkezés, valamint a szerepkonfliktus fennállása fontos magyarázó tényezőnek bizonyult (39). Mindezen vizsgálati eredményeket tovább erősítette egy speciális orvosnői csoport, a pszichiáternők körében végzett felmérés: a pszichiáternői minta a művi abortuszok és a spontán vetélések tekintetében mutatott többletet a diplomás kontrollcsoportéhoz képest (40).

Amint láthatjuk, a reprodukciós morbiditás esetében egyfajta „lépeshátrányról” beszélhetünk: a magyarországi vizsgálatok egyelőre nem a csökkenő trendekről számolnak be. Mindezek fényében kiemelten fontos kérdés, hogy a külföldi példák alapján a megfelelő prevenciós és intervenciós technikákat kidolgozzák és alkalmazzák.

Orvostanhallgatók kiégése

Az egészségügyi dolgozók fokozott terhelése és különböző betegségek iránti kockázata már a hallgatói körben is nyomon követhető. *Bíró és mtsai* (41) vizsgálata alapján az orvostanhallgatók között is megjelennek az egészségromlás mutatói. A hallgatók 5%-a rossznak ítélete egészségi állapotát. Lényeges a kiégés szerepe is, amely már hallgatói korban is fellép. Egy pályakezdő orvosok, a Semmelweis Egyetem volt hallgatói körében végzett vizsgálat során az derült ki, hogy a válaszadók 30%-a tartozott a magas kiégettségi szinttel jellemzett csoportba, s a fiatalok egynegyedének vannak pszicho-

szomatikus jellegű panaszai (42). Az orvostanhallgatók kiégésének magas prevalenciája mögött az orvosi oktatás magas követelményei, vagy az ezt a hivatást választó egyének alkati tényezői (pl. neurotikus vagy A-típusú személyiség, a teljesítmény-alapú önbecsülés) húzódnak meg (43-47). *Voltmer és Spahn* (48) szerint a fokozott stresszterhelés már az orvosi tanulmányok elején is észlelhető, s ez is a megelőzést hangsúlyozza.

Mindezt fontos, hogy az orvostanhallgatók körében is meginduljon olyan prevenciók tevékenység, amely ezt az egészségromlás magas kockázatával jellemezhető hallgatói csoportot megvédi a nehéz hivatás gyakorlásával összefüggésbe hozható mentális és szomatikus betegségektől. Ezt a célt szolgálják a pályaszocializációs tréningcsoportok is, amelyre ígéretes hazai kezdeményezések vannak (49). Fontos a Bálint-csoportok szerepe e munkában – ezek már a hallgatók számára is elérhetőek.

Érdekes felhívni a figyelmet, hogy a modern telekommunikációs eszközökön alapuló új orvosi szakterület, a telemedicina is megjelent az egészségügyi dolgozók segítésében. *Yank és mtsai* (50) internet-alapú önmenedzselő tréninget ajánlottak egészségügyi dolgozóknak. Ennek a hatékonyság növelésében és a munkastressz csökkentésében volt szerepe.

Konklúzió

Az orvosok – illetve tágabb körben: az egészségügyi dolgozók – különböző veszélyeknek és betegségekkockázatnak vannak kitéve. Ezek között a pszichoszomatikus zavarok gyakoriak, s összefüggenek a kiégéssel és a magas munkastresszel. Mindez hozzájárul az orvosok életminőségének csökkenéséhez. Az adatok arra hívják fel a figyelmet, hogy az egészségügyben részben strukturális teendők vannak (például a döntéshozatal-hierarchia-autonómia kérdésében), részben erőforrásokat kell biztosítani a megelőzésre. Ezt szűrőprogramok, kommunikációs, stresszcsökkentő csoportmódszerek segíthetik. E tevékenységeknek már a hallgatói korban el kell kezdődniük, mert az orvostanhallgatók között is gyakoriak a kiégés és a pszichoszomatikus zavarok jelei.

Irodalom

1. Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L et al. Importance of work environments on hospi-

tal outcomes in nine countries. *Int J Quality in Health Care* 2011; 23:357-364.

2. Cimiotti JP, Aiken L, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout, and health care associated infection. *American Journal of Infection Control*, 2012; 40:486-490.
3. Dyrbye LN, Satele D, Sloan J, Shanafelt TD. Utility of a brief screening tool to identify physicians in distress. *J Gen Intern Med* 2013; 3:421-427.
4. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. *Am J Med* 2003; 114: 513-519.
5. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996; 347:724-728.
6. Williams ES, Konrad TR, Linzer M, McMurray J, Pathman DE, Gerrity M et al. Physician, practice, and patient characteristics related to primary care physician physical and mental health: results from the Physician Worklife Study. *Health Services Research* 2002; 37:121-143.
7. Gottlieb LN. Nurses: the first and last line of defence for not only patients but physicians as well. *Can J Nursing Research* 2012; 44:3-6.
8. Lindo JLM, LaGrenade A, McCaw-Binns A, Eldemire-Shearer D. Health status and health maintenance practices among doctors and nurses at two hospitals in Jamaica. *West Indian Med J* 2009; 58:539-545.
9. Zhang X, Smith DR, Zheng Y, Wang RS. Occupational stress and psychosomatic complaints among health professionals in Beijing, China. *Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation* 2011; 40:239-245.
10. Stavem K, Hofoss D, Aasland OG, Loge JH. The self-perceived health status of Norwegian physicians compared with a reference population and foreign physicians. *Scand J Public Health* 2001; 29:194-199.
11. Puber A. Az alapellátásban dolgozók egészsége. *Hippocrates* 2003; <http://www.medlist.com/HIPPOCRATES/V/3/202.htm>
12. Gyórfy Zs, Ádám Sz, Kopp M. A magyarországi orvostársadalom egészségi állapota - országos reprezentatív minta alapján. *Orvosi Hetilap* 2005; 146:1383-1391.
13. Ádám Sz, Gyórfy Zs, Harmatta J, Túry F, Kopp M, Szényei G. A magyarországi pszichiáterek egészségi állapota. *Psychiatria Hungarica* 2010; 25:55-61.
14. Sonneck G. Orvosok öngyilkossága és kiégettsége. *Szenvedélybetegségek* 1982; 2:28-31.
15. Kapocsi E. „Boldogtalan orvosok” - a jelenség és ami mögötte van. *Lege Artis Medicinae* 2011; 21:584-588.
16. Barnes-Farrell JL, Davies-Schriels K, McGonagle A, Walsch B, Milla LD, Fischer FMet al. What aspects of shiftwork influence off-shift well-being of healthcare workers? *Applied Ergonomics* 2008; 39:589-596.
17. Stewart DE, Ahmad F, Cheung AM, Bergman B, Dell DL. Women physicians and stress. *J Womens Health Gend Based Med* 2000; 9:185-190.
18. Harmatta J, Ádám Sz, Gyórfy Zs, Túry F, Szényei G. A munkamegterhelés és a munkával kapcsolatos

- stressztényezők a magyarországi pszichiáterek körében. *Psychiatria Hungarica* 2010; 25:417-424.
19. Siegrist J, Shackelton R, Link C, Marceau L, von dem Knesebeck O, McKinlay J. Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems. *Social Science in Medicine* 2010; 71:298-304.
20. Sparks K, Cooper C, Fried Y, Shirom A. The effects of hours and work-related stress. A meta-analytic review. *J Occup Organ Psych* 1997; 70:391-408.
21. Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Soc Sci Med* 2001; 52:203-213.
22. Arigoni F, Bovier PA, Mermillod B, Waltz P, Sappino AP. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are at most risk? *Supportive Care in Cancer* 2009; 17:75-81.
23. Escriba-Agüir V, Martin-Baena D, Pérez-Hoyos S. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2006; 80:127-133.
24. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psych* 1996; 1:27-41.
25. Van Vegchel N, De Jonge J, Schaufeli W. Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc Sci Med* 2005; 60:1117-1131.
26. Ito S, Fujita S, Seto K, Kitazawa T, Matsumoto K, Hasegawa T. Occupational stress among healthcare workers in Japan. *Work* 2013 (Epub ahead of print).
27. Ádám Sz, Torzsa P, Gyórfy Zs, Vörös K, Kalabay L. Gyakori a magas fokú kiégés a háziorvosok és háziorvosi rezidensek körében. *Orvosi Hetilap* 2009; 150:317-323.
28. Katz VL, Miller NH, Bowes WA Jr. Pregnancy complications of physicians. *West J Med* 1988; 149:704-707.
29. Miller NH, Katz VL, Cefalo R. Pregnancies among physicians. A historical cohort study. *J Reprod Med* 1989; 34:790-796.
30. Frank E, Cone K. Characteristics of pregnant vs. non-pregnant women physicians: findings from the women physicians' health study. *Int J Gynecol Obstet* 2000; 69:37-46.
31. Heinonen S, Saarikoski S. Reproductive risk factors, pregnancy characteristics and obstetric outcome in female doctors. *BJOG: Int J Obstet Gynaecol* 2002; 109:261-264.
32. Finch SJ. Pregnancy during residency: a literature review. *Academic Medicine* 2003; 78:418-428.
33. Pal BR, Hussein NR, Howlett A, Harun YE, Rajaratnam R. Protective medical legislation. Deficient knowledge of maternity (health and safety) rights for work-adjustment exists amongst flexible trainee doctors: is there a risk to maternal and foetal health? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 127:79-87.
34. Arck PC, Rose M, Hertwig K, Hagen E, Hildebrandt M, Klapp BF. Stress and immune mediators in miscarriage. *Human Reproduction* 2001; 16:1505-1511.
35. Mutambudzi M, Meyer JD, Warren N, Reisine S. Effects of psychosocial characteristics of work on pregnancy outcomes: a critical review. *Women and Health* 2011; 51:279-297.
36. Mozurkewich EL, Luke B, Avni M, Wolf FM. Working conditions and adverse pregnancy outcome: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2000; 95:623-635.
37. Ádám Sz, Gyórfy Zs. Orvosnők az anyaságról. *Esély* 2003; 3:86-92.
38. Gyórfy Zs, Mészáros E, Ádám Sz, Kopp M. Az egészségügyben dolgozó nők gyermekvállalással és terhességgel kapcsolatos mutatói országos reprezentatív minta alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2004; 5:321-333.
39. Gyórfy Zs. Az (orvos)egészséghez való jog anomáliái - morbiditás és stressztényezők a magyarországi orvosnők körében. Budapest, Emberi Jogok Magyar Központja Közalapítvány, 2010.
40. Gyórfy Zs, Ádám Sz, Harmatta J, Túry F, Szényei G. Pszichiáternők életminősége és egészségi állapota. In: Kopp, M. (szerk.). *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest, Semmelweis Kiadó, 2008; 356-365.
41. Bíró É, Balajti I, Ádány R, Kósa K. Az egészségi állapot és az egészségmagatartás vizsgálata orvostanhallgatók körében. *Orvosi Hetilap* 2008; 149:2165-2171.
42. Papp Sz, Túry F. A pályakezdő orvosok jövőképe és egészségi állapota. *Lege Artis Medicinae* 2010; 20:423-429.
43. Clark DC, Zeldow PB. Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. *JAMA* 1988; 260:2521-2528.
44. Caplan RP. Stress, anxiety and depression in hospital consultants, general practitioners and senior health service managers. *British Medical Journal* 1994; 309:1261.
45. Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom* 2000; 69:329-334.
46. Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Acad Med* 2002; 77:918-21.
47. Tjia J, Givens JL, Shea JA. Factors associated with undertreatment of medical student depression. *Journal of American College Health* 2005; 53:219-224.
48. Voltmer E, Spahn C. Studeinbezogenes Erleben und Verhalten, Selbstaufmerksamkeit und soziale Unterstützung zu Beginn des Medizinstudiums. *Zeitschr Med Psychol* 2007; 16:127-134.
49. Rosta E, Almási Zs, Karácsony I, Konkol?-Thege B, Hegedűs K. Orvostanhallgatók egészség-magatartása. Mentálhigiéné és készségfejlesztés a hazai orvosképzésben. *Orvosi Hetilap* 2012; 153:1153-1157.
50. Yank V, Laurent D, Plant K, Lorig K. Web-based self-management support training for health professionals: a pilot study. *Patient Education & Counseling* 2013; 90:29-37.

Szívbetegség pszichoterápiájának lehetőségei

Psychotherapy with cardiac patients

Tiringer István

Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet
E-levél: istvan.tiringer@aok.pte.hu

ÖSSZEFOGLALÁS A szívbetegségek pszichoszomatikus összefüggéseinek kutatása a modern pszichoszomatika egyik paradigmaticus területének tekinthető, melyben a biopszichoszociális megközelítés jelentőségét számtalan empirikus kutatási eredmény támasztja alá. A tanulmány összefoglalja a koszorúér-betegségek kialakulásával és lefolyásával összefüggésben lévő pszichoszociális kockázati tényezőket, s emellett érvel, hogy ezeket érdemes az individuális páciens életútját figyelembe véve valószínűsíthető kölcsönhatásaikban vizsgálni. Akut koronária szindrómákat követően a leggyakoribb pszichés problémának az alkalmazkodási nehézségekkel összefüggő emocionális zavar tekinthető. Az ilyen jellegű szorongásos és depressziós tünetek prognózisa jónak mondható, mivel idővel részben spontán, részben a betegséggel történő megküzdés támogatásával oldódnak. Az akut kardiológiai állapot rendeződését követően tartósan fennmaradó pszichés zavarok közül a major depressziós epizód és a poszttraumás stressz zavar emelendő ki, mivel ezek kezelés nélkül gyakran krónikus lefolyást mutatnak és jelentősen rontják a beteg életminőségét és negatív hatásuk lehet a szívbetegség kimenetelére is. Szívbetegség esetében a pszichoszociális intervenciók indikációs spektruma lényegesen szélesebb, mint a pszichopatológiai tünetektől szenvedő betegek köre. A szívbetegség rehabilitációjának gyakran részét képezik magatartásorvoslási megközelítést alkalmazó stresszkezelő tréningek, s életmódváltozást elősegítő programok. Ezen intervenciók ma már bizonyítékokon alapulónak tekinthetők, s egyre inkább az átfogó kardiológiai rehabilitáció standard részeként működnek.

KULCSSZAVAK alkalmazkodási zavarok pszichoterápiás megközelítése, biopszichoszociális modell, magatartásorvoslási intervenciók, pszichoszociális kockázati tényezők

SUMMARY Researches of the biobehavioural associations of heart diseases can be considered as a paradigmatic field of modern psychosomatic medicine, in which the importance of the bio-psycho-social approach is supported by many empirical investigations. The following review summarizes psychosocial risk factors related to the onset and course of coronary artery diseases. The author argues for considering the interplay of risk factors during the lifespan of the individual patient. The most frequent psychological problems after acute coronary events are emotional disorders related to difficulties of adjustment to cardiac illness. The prognosis of such anxiety and depression symptoms can be regarded as good, because they often resolve either spontaneously or with support of coping with illness. Psychological disorders often become chronic after the recovery from acute disease. The most common are major depressive episodes and posttraumatic stress disorders. They are especially important, because they frequently result in decreased quality of life and worse outcome of cardiac disease as well. However indications of psychosocial interventions for cardiac patients are broader, than in psychotherapies focused only on psychopathology. Stress management trainings and programs for the support of changing risk behaviours and lifestyle are integral parts of cardiac rehabilitation. Many of these interventions are supported by evidences, and can be considered as standard modules of comprehensive cardiac rehabilitation.

KEY WORDS bio-psycho-social model, interventions in behavioural medicine, psychosocial risk factors, psychotherapeutic approach of adjustment disorders

A szívbetegségekkel kapcsolatos pszichoszociális tényezők vizsgálata az elmúlt néhány évtizedben a pszichoszomatikus kutatások egyik meghatározó területévé vált. A terület fejlődését tükrözi, hogy az utóbbi években gyakran önálló névvel, mint új szubdiszciplína jelenik meg: angol nyelvterületen találkozhatunk a „behavioural cardiology”, a „cardiac psychology”, német nyelvterületen pedig a „Psychokardiologie” kifejezésekkel, s több monográfia is megjelent a kardiológiai

pszichoszomatika elméleti és gyakorlati kérdéseiről (pl. 1, 2).

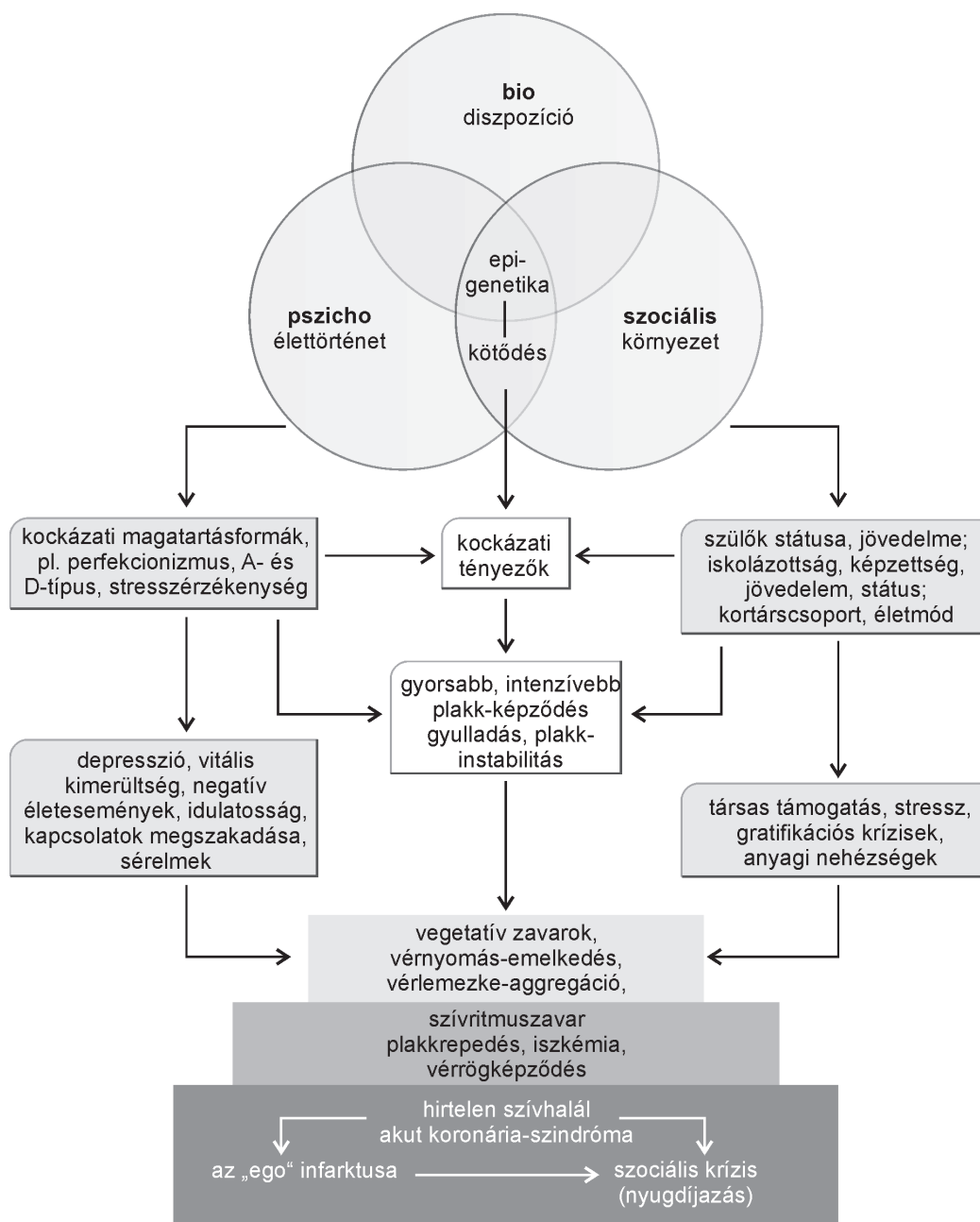
Pszichoszociális kockázati tényezők szerepe szívbetegségekben

Pszichoszomatikus szempontból kiemelő, hogy az intenzív kutatások eredményeként több pszicho-

szociális tényezőről bebizonyosodott, önálló – a klasszikus kockázati tényezőktől független – rizikófaktornak tekinthető a szívbetegség kialakulásában. A szomatikus kockázati tényezők – mint például a magas vérnyomás, magas koleszterinszint, cukorbetegség – többnyire nem önállóan, hanem együtt fejtik ki hatásukat. Hasonló a helyzet a pszichoszociális kockázatok esetében is, melyek többnyire klaszterekben fordulnak elő: a depresszió, a dohányzás és a mozgásszegénység gyakran összefügg egymással. A pszichoszociális tényezők markáns korrelációt mutatnak: például a stressz növeli a negatív érzelmi állapotok valószínűsége-

gét, ami ugyanakkor összefügg a stresszel szembeni érzékenységet meghatározó személyiségtényezőkkel és/vagy a társas támogatás hiányával. A pszichoszociális kockázati tényezők lényegesen gyakrabban fordulnak elő az alacsony szocioökonómiai státuszban lévők esetében.

A kockázati tényezők hatása nem egyszerűen összeadódik, hanem egymást potenciózzák – több rizikófaktor hatása hatványozottan érvényesül. A pszichoszociális kockázati tényezők patogenetikus hatása részben közvetett, összefüggésben van a gyakoribb önkárosító magatartásformákkal, dohányzással, egészség-



1. ábra. A koszorúér-betegség pszichoszociális kockázati tényezőinek lehetséges kölcsönhatásai

1. táblázat. A bizonyított pszichoszociális kockázati tényezők időbelisége

Krónikus	alacsonyabb pszichoszociális státusz, nem, stressz-érzékenység, ellenségesség; <i>klasszikus kockázati tényezők</i> : dohányzás, zsírban gazdag táplálkozás, mozgásszegénység, elhízás, magas vérnyomás
Epizodikus	depresszivitás, vitális kimerültség, krónikus mentális megterhelés, munkahelyi gratifikációs krízisek + tartós munkahelyi túlterheltség
Akut (kb. 10-20%-ban rekonstruálható)	késői segítségkérés (tagadás); trauma vagy gyász évfordulója, extrém mentális megterhelés, szélsőséges dühroham, pszichés traumák, pl. vereségek, katasztrófák
A betegség kezdetét követően	depresszivitás, vitális kimerültség, distressz mutató (D-típusú) személyiség; krónikus mentális megterhelés, csekély társas támogatás, megküzdési nehézségek (alkalmazkodási + poszttraumás stressz-zavar); rosszul működő párkapcsolat, alacsonyabb pszichoszociális státusz, klasszikus kockázati tényezők

telen táplálkozással, mozgásszegénységgel, rosszabb compliance-szel (3). A károsító hatás a szívbetegségek kialakulásában kórélettani mechanizmusokon keresztül közvetlen is, például a depresszió esetében (4).

A kockázati tényezőket csoportosíthatjuk aszerint, hogy milyen időtávon fejtik ki hatásukat (1. táblázat) (5). A fenti pszichoszociális kockázati tényezők hatása statisztikailag egymástól függetlennek tekinthető: általában azonban a páciens életútját követve több kockázati és szomatikus patogenetikus tényező interakcióját láthatjuk. A kockázati tényezőkkel kapcsolatos bizonyítékok populáció szinten érvényesek, ezért az individuális beteg megértése szempontjából célszerűbbnek tűnik egy integratív, biopszichoszociális betegségmodell követése (1. ábra).

Hermann-Lingen (6) modellje abból indul ki, hogy a későbbi szívbetegség esetében sok esetben már gyermek- és kamaszkorban jellegzetes sajátosságokat láthatunk (bizonytalan kötődést, az önértékelés szabályozásának problémáit), melyek különösen a szegényebb társadalmi rétegekben gyakoribb önkárosító magatartásformákhoz, túlzott teljesítményorientáltsághoz és később munkahelyi krónikus túlterheltséghez vezetnek. A kompenzáló megoldások gyakran csak átmenetileg képesek biztosítani a szociális elismeréseket és a személyiség működésének egyensúlyát. Hosszú távon többnyire maladaptívnek bizonyulnak, az érrendszer károsodásához vezetnek, pszichológiai szempontból is növelik az időszakos vagy akut, krízisszerű dekompenzációk kockázatát. A szívbetegség kialakulását követően hozzájárulnak a szubakut, stabil anginás tünetek, vagy az akut koronária-szindrómák (szívizom-infarktusz, instabil angina vagy malignus ritmuszavar) kialakulásához is.

Az infarktust vagy a szívbetegség diagnosztizálását követő hetekben a pácienseknek elsősorban a szorongás jelent problémát. Az infarktust követő kockázati tényezők közül kiemelkedik a major depressziós zavar jelentősége. A depresszió prevalenciája a betegséget követően 20–48% között váltakozik a különböző mérés-

si módszerekkel végzett vizsgálatok alapján. A kezeletlen depresszió a betegek egy részénél spontán megszűnik, azonban jelentős arányban tartósan fennmarad. A depresszió lefolyása szempontjából jelentős tényezőnek tűnik a beteg társas támogatása. A depresszió kapcsolatban áll több más pszichoszociális tényezővel:

- ▶ a vitális kimerültséggel,
- ▶ az alacsonyabb életminőséggel (a testi vonatkozások tekintetében is),
- ▶ a gyakoribb szubjektív szívpanaszokkal,
- ▶ az életmód-változtatás kifejezettebb nehézségeivel,
- ▶ az infarktus utáni újbóli munkába állás esélyének romlásával (7).

A tartós depressziós hangulatzavar a szívbetegség kialakulását követően előrejelzi a magasabb kardiális morbiditást és mortalitást. Ez a többszörösen igazolt összefüggés vezetett ahhoz, hogy az újabb kardiológiai útmutatókban egyértelműen ajánlják a depresszió szűrését, diagnosztizálását és kezelését (8, 9).

Alkalmazkodási problémák infarktust követően

Az érzelmileg súlyosan megterhelő életeseményeket követően – mint pl. a szívizominfarktusz, vagy a koszorúér-betegség diagnózisa – az alkalmazkodási zavarok prevalenciája kb. 20–25%, az akut és poszttraumás stressz zavar gyakoriságát pedig maximálisan 11%-ra becsülik (10).

A pszichológiai krízissel összefüggő diagnózisok megállapítása nem egyszerű, és nagy klinikai tapasztalatot igényel. A nehézség abból adódik, hogy a különböző pszichés tünetek és zavarok – például alvászavar vagy szorongás – önálló diagnózist kapnak, valójában azonban egy az alkalmazkodási vagy stressz-zavarral összefüggő szindróma részét képezik. Az infarktust követő depressziós zavarok jelentős része szintén inkább depressziós alkalmazkodási zavarnak tekinthető.

A szívbetegség kialakulását követően a klasszikus szomatikus kockázati tényezők mellett az orvosnak fontos figyelnie néhány pszichoszociális szempontra: a negatív affektivitásra (különösen a depresszióra, a fóbiás szorongásra, és a vitális kimerültségre), valamint a társas visszahúzódásra (gátoltságra), melyek megfelelő intervenció nélkül többnyire tartós problémákat okoznak, és valószínűleg hozzájárulnak a szívbetegség rosszabb prognózisához (magasabb morbiditásához és mortalitásához).

A pszichológiai kezeléseket ebből adódóan képzett szakorvosoknak és pszichoterapeutáknak kell indikálnia és végeznie, s a kezelésnek igazodnia kell az individuális páciens sajátosságaihoz. Pszichoterápiás kezelések során az individuális sajátosságok figyelembe vétele sokkal hangsúlyosabb, mint más orvosi terápiák során.

A pszichoszociális intervenciók a szívbetegség esetében különböző terápiás elrendezésben és eltérő célokkal történhetnek. Szívbetegség kezelése során a pszichológiai segítség a klasszikus pszichoterápiához képest többnyire „alacsony küszöbű” intervenciót jelent, ahol az indikációs spektrum sokkal szélesebb, mint a pszichopatológiai értelemben vett zavarok esetében. Többnyire az alábbi ellátási formák fordulnak elő:

- ▶ a kezelő háziorvos vagy belgyógyász/kardiológus által végzett pszichoszomatikus alapellátás;
- ▶ az akut ellátás során történő pszichoszomatikus konziliáriusi rövid intervenció;
- ▶ a megküzdést támogató csoportos kezelés az osztályos vagy ambuláns rehabilitáció keretében;
- ▶ stresszkezelő-tréning;
- ▶ a viselkedéses kockázati tényezők módosítására irányuló pszichoedukációs valamint magatartásorvoslási intervenciók;
- ▶ a potenciálisan kockázati tényezőnek tekinthető személyiségvonások (pl. az ellenségesség) módosítását célzó programok;
- ▶ egyéni gyógyszeres vagy pszichoterápiás kezelés a diagnosztikus kritériumokat kimerítő komorbid pszichés zavarok kezelésére.

A felsorolt terápiás lehetőségek ideális esetben egy multimodális kezelési koncepcióba illeszkednek, melynek keretében a pszichoszociális intervenciókat szomatikus és mozgásterápiás kezelési programok egészítik ki. A terápia indikációjának specifikusan a páciens egyéni problematikájához kell illeszkednie, és a terápiás team többi tagjával történő egyeztetésen kell alapulnia – ez a gyakorlatban sokszor nem valósul meg.

A szívbetegség kezelésének részletes biopszichoszociális anamnézisen kell alapulnia. A diagnosztikus folyamatba érdemes bevonni a páciens partnerét is, aki gyakran szolgálhat olyan információkkal, melyeket a páciens (tudattalanul) hárít. A szívbetegség kapcsán a családtagok is jelentős pszichés megterhelést élnek meg, mely adekvát támogatás és segítség nélkül a pácienssel szembeni túlóvó attitűdhez vezethet.

Pszichoterápia kardiológiai betegekkel

A pszichoterapeuta jellegzetes helyzetben találja magát, amikor olyan szívbeteggekkel kerül kapcsolatba, akik az életüket fenyegető betegség kapcsán éltek át először pszichés dekompenzációt. Ezeknek a betegeknek a pszichológiai segítséghez történő viszonyulása más, mint azoké, akik korábban már valamilyen lelki zavar miatt kezelés alatt álltak. A pszichológiai problémákkal küszködő kardiológiai páciensektől a betegségük előtt gyakran távol állt a gondolat, hogy pszichiátert vagy pszichoterapeutát keressenek fel.

A koszorúérbetegekkel a kapcsolatfelvétel leginkább a betegségélmény és a betegséggel történő megküzdés témái felől lehet eredményes. A terapeuta érdeklődhet a betegség történetéről és következményeiről, a páciens családi vagy munkahelyi helyzetéről, a kórházi kezelés során tapasztaltokról, a korábbi kezelőorvossal való kapcsolatáról, valamint a szívbetegségével kapcsolatos elképzeléseiről. A páciens elbeszéléseiből támpontokat kaphatunk személyiségéről, esetleges diszfunkcionális viszonyulásairól és viselkedésformáiról (11). A terápiás kapcsolat során központi téma a betegséggel történő megküzdés:

- ▶ Tisztában van-e a beteg azzal, hogy lehetősége van az egészségi állapota befolyásolására, vagy inkább passzív, fatalisztikus attitűd jellemzi?
- ▶ Markáns tagadást mutat a betegségéhez történő viszonyulásában?
- ▶ Elegendő a társas támogatása, vagy inkább professzionális segítségre szorul?
- ▶ Milyen prognózist rontó tényezők és viselkedésformák tapasztalhatók?

Orvosi betegvezetés, pszichoszomatikus alapellátás

Az orvosokba vetett bizalom az egyik legfontosabb megküzdési mód a szív- és érrendszeri betegségben szenvedők esetében (12). A betegek többnyire fontos támaszként élik meg az önszolgáltató csoportban történő

részvételt is. Az átélt vitális fenyegetettséget követően a betegek keresik a biztonságot, amit természetesen inkább a kardiológustól, mint pszichológustól várnak.

Ebből adódik, hogy a szívbetegséggel kapcsolatos pszichoszociális problémákra első körben valamelyik orvosi kezelés keretében derülhet fény. Ha az orvosnak megfelelő pszichoszomatikus képzettsége van, pszichoszociális tanácsadóként segítheti a betegséggel történő alkalmazkodást és a kockázati tényezők módosítását. Az orvosnak meghatározó szerepe lehet a beteg és a hozzátartozók szorongásának csökkentésében. Szükség lehet segítségre a munkahelyi és az otthoni krónikus megterhelések kezelésében is. Az orvosi kezelés során szóba kerülhetnek a szívbetegség körében nem ritkán előforduló szexuális problémák is, melyek megbeszélésének tehermentesítő hatása lehet. Fontos továbbá a szívbetegség *következtében* kialakuló pszichés vagy pszichoszomatikus zavarokra is gondolni, s az adekvát diagnózis és indikáció után a beteget megfelelő szakemberhez irányítani.

Konziliáriusi intervenciók

Sok szívbeteg nem hozza szóba pszichoszociális problémáit a kezelőorvosával történő megbeszélések során. Mivel az akut kezelési időszakban megjelenő – és viszonylag gyakran előforduló – pszichés komorbiditásnak prognosztikus jelentősége van, egyértelmű ezen problémák szűrésének fontossága (9). A lehetséges pszichés zavarokat tisztázó beszélgetések már az intenzív osztályon megtörténhetnek. Több vizsgálat is igazolta, hogy viszonylag egyszerű intervenciók is növelhetik a betegség befolyásolhatóságának érzését – amit akár egy krízisintervenció módszerben képzett nővér is hatékonyan végezhet (13). A betegség korai fázisában a páciensek többnyire szívesen beszélgetnek a betegségük okairól és következményeiről, valamint azokról a lehetőségekről, melyek elkerülhetővé teszik az újabb akut események kialakulását. A konziliáriusi szolgálatok kevésbé az alkalmazkodási zavarok megelőzésére, mint inkább korai felismerésére és kezelésére alkalmasak. Az enyhébb alkalmazkodási zavarok esetében néhány rövid krízisintervenció beszélgetés is jelentős szubjektív megkönnyebbülést és a betegséggel történő adaptívabb viszonyulást eredményezhet. Az aggodalommal, szorongással megélt további kivizsgálások vagy szívsebészeti beavatkozások elviselésében szintén szerepe lehet a konziliárius támogatásának – a kiszolgáltatottság és a bizonytalanság elfogadásában, s az időnkénti „tehermentesítő” regresszív állapotok kezelésében.

A betegséggel történő megküzdést támogató csoportterápia

A rehabilitáció időszakában elsősorban csoportos intervenciók jellemzők. Ezek célja, hogy a betegek a terápiásan vezetett csoportban megküzdésükben támogatást kaphassanak hasonló helyzetben lévő betegtársaitól. A pszichoedukatív mozzanatok (informálás a betegségről, a kockázatokról és a következményekről) mellett kognitív-viselkedésterápiás vagy klienscentrikus-erőforrásorientált technikák is fontos szerepet kaphatnak a betegséggel kapcsolatos szorongások feldolgozásában és a betegséggel kötődő élmények „normalizálásában”. Optimális esetben a betegek egyensúlyt találnak a masszív tagadás és a hipochondriás túlzott „testi éberség” között (14). További terápiás cél lehet annak kerülése, hogy a beteg a megterhelő élethelyzetekkel a korábbi önkizsákmányoló módon küzdjön meg (krónikus túlvállalás, a lazítás hiánya, függőségek). Az ilyen programokban a rehabilitációs célok mellett másik súlypont a kockázati tényezők és a stressz csökkentése.

Stresszkezelés és a kockázati tényezők megváltoztatása csoportterápia keretében

A stresszkezelő tréningek általában kognitív-viselkedésterápiás megközelítésben működnek. A program részét képezi a jellegzetes stresszhelyzetek azonosítása és a megküzdések alternatív lehetőségeinek a keresése. Ezt általában kiegészíti valamilyen relaxációs módszer – például a progresszív izomrelaxáció (Jacobson szerint) – megtanulása. A megterhelő helyzetek kognitív újraértékelése mellett a programok egyfajta „öngondoskodás” kialakulását támogatják, különösen a relaxációs képességek tekintetében. (Hasonló programok alkalmazhatók a magas vérnyomás nem gyógyszeres csökkentésére is.)

A diétás tanácsadás és a dohányzásról való leszokás programjai döntően pszichoedukációs keretben működnek.

A csoportos programok a magyar kardiológiai rehabilitációs gyakorlatban többnyire osztályos programok keretében működnek, ami azt jelenti, hogy rövid távú kezeléssel van szó, mely három hét alatt néhány (3-6) alkalmat biztosít. A nemzetközi irodalomban hasonló terápiás lehetőségek ambuláns, hosszabb távú formája is ismert (12-16 dupla óra formájában). Az elmúlt években kitüntetett figyelem kísérte *Dean Ornish* munkacsoportjának intenzív, radikális életmód-változtatási programjának reménytelni eredményeit (15).

A koszorúér kockázatát növelő személyiségvonások pszichoterápiája

A szívbetegségek kockázatát növelő személyiségvonásokat – pl. a krónikus dühre való hajlamot, ellenségeséget – általában kognitív viselkedésterápiás kezelési programokkal igyekeznek befolyásolni. Ezek az intenzív, évekig tartó, költséges programok azonban nem valósíthatók meg a kardiológiai ellátás mindennapi körülményei között.

Az alkalmazkodási és poszttraumás zavarok specifikus szempontjai

A szívbetegek különböző csoportjaiban számolni kell az alkalmazkodási zavarok, valamint az akut, illetve poszttraumás stressz zavar gyakoribb előfordulásával: például a beépített defibrillátorral élő betegek esetében – ezt gyakran szívmegeállást követően alkalmazták –, valamint a transzplantáción, bypass-műtéten átesett betegek körében. Az elmúlt időszakban a poszttraumás tünetek kezelésére több hatékony módszer is elterjedt, melyeket pszichodinamikus, tanulásméleti, kognitív viselkedésterápiás vagy neurobiológiai koncepciók alapján dolgoztak ki. Ezek közé tartoznak például imaginatív pszichoterápiás technikák, a kognitív-viselkedésterápiás átstrukturálás módszere, a viselkedésterápiás expozíciós stratégiák, s a szemmozgással történő deszenzitizáció és átdolgozás (EMDR).

Terápiás koncepció

A terápiás megközelítés lényege, hogy a traumatikus élmények (melyek a személyiségben gyakran elfojtva, lehasítva léteznek) és az azok következményeként kialakult tünetek (tolakodó emlékek, disszociációk, érzelmi tompultság, intenzív vegetatív feszültség, szomatizációs tünetek) a terápiás kapcsolatban újraélhetőek, feldolgozhatóak, szimbolizálhatóak és „normalizálhatóak”. A korábban rettegést és „bénultságot” kiváltó események, melyek az érintett személy feldolgozási kapacitását meghaladták, a terápiás dialógusban fokozatosan integrálhatóvá válnak. A terápiás eljárás alapvetően három összetevőből áll:

- ▶ a beteg pszichés stabilizálása,
- ▶ a szűkebb értelemben vett traumafeldolgozás,
- ▶ a beteg rehabilitációja, illetve reintegrációja mindennapi életébe.

Kardiológiai betegekkel egyelőre nem ismert a poszttraumás stressz zavar kezelésére irányuló intervenciók kutatás, inkább szakértői tapasztalatok és eset-tanulmányok jelentek meg (16).

A poszttraumás stressz zavar problematikája

Az akut és poszttraumás stressz zavart mutató infarktusos betegek központi problémája jellegzetes áttételi (tudattalan kapcsolati) viszonyulásuk, melyhez hasonló a szorongásos-depressziós alkalmazkodási zavar esetében is megfigyelhető: kapcsolatainkban távolságtartóak, a kórházi mindennapok során nem feltűnőek, kerülnek a kezelőszeméllyel történő szorosabb kontaktust. Kitérnek a traumájukkal összefüggő témák és érzelmek megbeszélése elől, bagatellizálják az ezzel kapcsolatos élményeiket. Mivel a traumatizált betegek többnyire nem kérnek pszichológiai segítséget, fennáll a veszély, hogy az akut vagy rehabilitációs kezelés, a hosszú távú ambuláns gondozás során nem ismerik fel a problémát. Gyakran inkább a barátok és családtagok veszik észre a változásokat.

A mindennapokban sokszor találkozunk azzal a téves előítélettel, hogy a poszttraumás zavar tüneteit „majd az idő megoldja”. A tapasztalatok alapján azonban spontán rendeződésre csak az első félévben van remény, ezt követően már nemigen.

Terápiás viszonyulás

A pszichoterápia kezdeti időszakában különösen fontos a fentebb vázolt specifikus tudattalan kapcsolati (áttételi és viszontáttételi) viszonyulásokra odafigyelni. Nem célszerű támogatni a betegek a bagatellizálását, még akkor sem, ha ezt tudattalanul el is várják a kezelés során. Már a korai pszichoanalitikus kezelések (17) is rámutattak arra, hogy a szívbetegség általában jól kezelhető pszichoterápiával, de emellett éppen a jókedvű, sportos és a betegséghez ironikusan viszonyuló férfiak esetében magasabb az újabb infarktus kockázata. Az orvosnak mindenképpen szóba kell hoznia a helyzet reális komolyságát. Az ősbizalom megrendülése, valamint a sérthetetlenség illúziójának elvesztése hangsúlyos téma a pszichoterápia során. Szintén központi téma az infarktust átélte betegek tartós halálfélelme és annak elhárítási módja. A közvetlen életveszélyt átélő betegek gyakran még házastársukkal sem beszélnek élményeikről és az azokhoz kapcsolódó gondolataikról. Ezért fontos a beteg számára, hogy van egy hely, ahol az „ijesztő gondolatait” megbeszélhetőek, anélkül,

hogya a beszélgetőtárs meginogna, elbizonytalanodna. Az életkilátások bizonytalanságát, az infarktus ismételt kialakulásának a veszélyét a személyiség tartós fenyegetésként és megterhelésként éli meg. A terapeutának tehát nyitottnak kell lennie a beteg egzisztenciális félelmeire, ugyanakkor azt sem szabad szem elől tévesztenie, hogy melyek a szükséges következő lépések a mindennapok szintjén. El kell fogadnia a páciens halálfélelmét, de emellett az örömteli életperspektívák fejlődését is támogatnia kell.

A megfelelő terapeutai viszonyulás azt jelenti, hogy nem azonosul teljesen a páciens által felajánlott szereppel, ugyanakkor nem túlzottan távolságtartó a páciens tudattalan áttételi vágyaival szemben. A viselkedésterápiás megközelítés jól használható abban, hogy a betegek jelentős részénél tapasztalható elkerülő viselkedést következetesen leépítsük, aminek során a család aktív támogatására is érdemes építeni. A betegeknek meg kell tanulniuk, hogy tevékenységi körüket fokozatosan bővítsék, hogy ne csak akkor érezzék magukat biztonságban és teherbíróknak, ha orvos elérhető közelségében tartózkodnak. Meg kell tapasztalniuk, hogy testi terhelhetőségük szintjét maguk is képesek helyesen megbecsülni.

Érdeemes a beteggel az infarktust kiváltó helyzetet ismételtelen is részletesen átbeszélni. Hasznos a páciens személyes betegségmodelljének az explorálása, mivel az infarktus az élettörténet alapján specifikus jelentést kaphat (pl. büntetés, vereség, haladék, megváltás, megszabadulás). A kiváltó helyzet és az oksági magyarázatok megbeszélése sokat segíthet a páciens mélyebb megértésében, pl. akkor, amikor az infarktus traumáját tudattalanul összefüggésbe hozza más, hasonlóan súlyos megterhelő életeseményekkel. A személyes oksági magyarázatokkal történő terápiás munka segít abban, hogy a páciens alkalmazkodni tudjon a betegségéhez, segít a tartós halálfélelem és bizonytalanság elviselésében, valamint az életmóddal összefüggő kockázati tényezők megváltoztatásában. A betegek többsége intenzíven dolgozik életmódjának megváltoztatásán, amiben kevésbé előnyös az orvos szigorú tekintélye, mint a gyászmunka és a megküzdési erőforrások támogatása.

Ebben a vonatkozásban a pszichoterápiás szemléletmód alapvetően eltér a szívgyógyászatétól: nem az intések és fenyegetések jellemzők, inkább a beteg saját céljainak kidolgozása és a szorongás, bizonytalanság és veszteségélmények integrációja állnak a középpontban. Sok esetben nagy jelentősége van a partner bevonásának a terápia folyamatába. Gyakran a partnerek is vonakodnak a betegség fenyegető aspektusairól beszé-

ni, mert attól tartanak, hogy ezzel a páciens megterhelődik.

A szívbeteg esetében alkalmazott pszichoterápiás módszerek értékelése

Elsősorban a stresszkezeléssel, a pszichoedukációval és a dohányzás-leszoktató pszichológiai programokkal kapcsolatban állnak rendelkezésre szisztematikus értékelések (metaanalízisek).

Stresszcsökkentő intervenciók

Linden két metaanalízisében is (18, 19) igazolni tudta, hogy a stresszcsökkentő intervenciók nemcsak a pszichés distresszt csökkentették jelentősen, hanem a kardiális kockázati tényezőket (vérnyomást, koleszterinszintet), s még a középtávú halálozást is (közel 40%-kal).

Pszichoedukációs programok

Dusseldorp és mtsai (20) metaanalízise kevésbé egyértelmű eredményeket mutat: bár a – túlnyomórészt – pszichoedukációs programok csökkenteni tudták a kockázati tényezőket, a pszichés állapotra történő hatásuk azonban nem bizonyult szignifikánsnak. Ez tulajdonképpen nem meglepő az alapján, hogy az elemzett programok elsősorban a kockázati magatartásformák csökkentésére irányultak és többnyire átlagos pszichés terhelésnek kitett betegek vettek bennük részt. Az elemzett intervenciók nem tekinthetők szűkebb értelemben vett pszichoterápiáknak. A vizsgálatok eredményeiben jelentős szórás mutatkozott: azok a vizsgálatok, melyekben sikerült rövidtávon megváltoztatni a közvetlen célokat, jelentős csökkenést tudtak felmutatni a kardiológiai események és a halálozási arányok tekintetében is (kb. 36%-os csökkenés volt igazolható). Az elemzés alapján ugyanakkor nem volt tisztázható, hogy a különböző intervenciók mely szempontjai lehetnek felelősek a hatásért.

Orvosi pszichológiai dohányzás-leszoktató kezelések

Tromp-Beelen és Hellemans (21) összefoglalója szerint a dohányzás-leszoktató programok hatékonyak, még akkor is, ha az akut kardiológiai eseményeket követően a kontrollcsoportok absztinencia aránya viszonylag magas (30–45%) – amit az intervenciók cso-

portok eredményei csak mérsékelten múlnak felül (45–55%-os hosszú távú absztinencia). Az egyedi páciensek esetében kevésbé jósolható be a program eredményessége. Az sem világos egyelőre, hogy a számos, és gyakran kombinációban alkalmazott intervenció közül (orvosi tanácsadás, önsegítő csoport, mozgásprogram, viselkedésterápiás csoport, pszichofarmakonok) melyik részesítendő leginkább előnyben.

A pszichés komorbiditás pszichoterápiája

A pszichés komorbiditás pszichoterápiája az eddigi vizsgálatok alapján inkább bizonytalanak mondható. Úgy tűnik, hogy az infarktus után tartósan és komolyabban depresszióssá váló betegek kevésbé profitálnak a kognitív viselkedésterápiás kezeléssel (pl. 22). A betegek közel felénél a pszichés állapot spontán javulást mutat, míg a többieknél a közel félévig tartó kognitív terápia csak enyhe javulást eredményez. Mivel a kognitív-viselkedésterápia bizonyítottan hatékony módszere a depresszió kezelésének, elképzelhető, hogy a depressziós szívbeteg pszichoterápiája során egyéb szempontokat is figyelembe kell venni (D-típusú személyiség, alkalmazkodási zavarok), ami alapján a pszichoterápiás megközelítést módosítani kell. Ebben leginkább az individuális páciens gondos diagnosztikája és megalapozott terápiás indikációja segíthet.

Irodalom

1. Dornelas EA. Stress proof the heart. Berlin, Springer, 2012.
2. Hermann-Lingen Ch, Albus Ch, Titscher G. Psychokardiologie. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag, 2008.
3. Kopp M. Szív-érrendszeri megbetegedések. In: Kopp M, Berghammer R eds. Orvosi pszichológia. Budapest, Medicina, 2005; 414–420.
4. Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab RG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. The emerging field of behavioral cardiology. Journal of the American College of Cardiology 2005; 45:637–651.
5. Kop WJ: The integration of cardiovascular behavioral medicine and psychoneuroimmunology: new developments based on converging research fields. Brain, Behavior, and Immunity 2003; 17:233–237.
6. Hermann-Lingen C. Biopsychosoziale Faktoren in Genese und Manifestation der koronaren Herzkrankheit. Zsch Psychosom Med 2000; 46:315–330.
7. Hermann-Lingen C, Buss U. Angst und Depressivität im Verlauf der koronaren Herzkrankung. Reihe Statuskonferenz Psychokardiologie (Jordan J, Barde B, Zeiher AM eds.). Frankfurt, VAS, 2002.
8. Ladwig KH, Lederbogen F, Völler H, Albus C, Herrmann-Lingen C, Jordan J et al. Positionspapier zur Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie. Kardiologe, 2008; 2:274–287.
9. Lichtman JH, Bigger JT, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufman PG, Lespérance F et al. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. Circulation 2008; 118:1768–1775.
10. Bennett P, Owen RL, Koutsakis S, Bisson J. Personality, social context and cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in myocardial infarction patients. Psychology and Health 2002; 17:489–500.
11. Unoka Zs. A betegségre adott pszichés válaszok pszichoterápiás szemléletű megközelítése. In: Unoka Zs, Purebl Gy, Túry F, Bitter I eds. A pszichoterápia alapjai. Budapest, Semmelweis Kiadó, 2012; 143–152.
12. Muthny FA. Krankheitsverarbeitung im Vergleich von Herzinfarkt, Dialyse und MS-Patienten. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 1992; 21:372–391.
13. Thompson DR, Meddis R. A prospective evaluation of in-hospital counselling for first time myocardial infarction men. J Psychosom Res 1990; 34:237–248.
14. Herrmann-Lingen Ch. Trauer und Belastung – von der Reaktion zu Störung. In: Hermann-Lingen Ch, Albus Ch, Titscher G eds. Psychokardiologie. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag, 2008; 91–99.
15. Ornish D, Scherwitz LW, Billings JH, Gould L, Merritt TA, Sparler S et al. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. JAMA 1998; 280:2001–2007.
16. Jordan J, Hermann-Lingen Ch. Herzerkrankungen. In: Senf W, Broda M eds. Praxis der Psychotherapie. Stuttgart, Thieme, 2011.
17. Dunbar F. Psychiatry in medical specialties. New York, Hoeber, 1959.
18. Linden W, Stoessel C, Maurice, J. Psychological interventions for patients with coronary artery disease. Arch Intern Med 1996; 156:745–752.
19. Linden W, Phillips MJ, Leclerc J. Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. Eur Heart J 2007; 8:2972–2984.
20. Dusseldorp E, van Elderen T, Maes S, Meulman J, Kraaij W. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. Health Psychology, 1999; 18:506–519.
21. Tromp-Beelen TPG, Hellems I. Treatment of tobacco dependency. In: Perk J ed. Cardiovascular prevention and rehabilitation. Berlin, Springer, 2007; 256–268.
22. Carney RM, Blumenthal JA, Freedland KE, Youngblood M, Veith RC, Burg MM et al. Depression and late mortality after myocardial infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH) study. Psychosom Med 2004; 66:466–474.