

Dr. Túry Ferenc

Az evészavarok és a gasztroenterológiai megbetegedések magatartásorvoslási szemlélete

Összefoglalás

A pszichoszomatikus zavarok között az evészavarok (obesitas, anorexia nervosa és bulimia nervosa), valamint egyes gasztroenterológiai betegségek (például az irritábilis bél szindróma) magas prevalenciájuk miatt is kitüntetett helyen szerepelnek. Mindezekben a biológiai faktorok szerepe mellett a pszichológiai és kulturális tényezők is lényegesek, ezért a magatartásorvoslási módszereknek, a pszichoterápiáknak fontos szerepük van a kórképek kezelésében. Ma már számos, a bizonyítékokon alapuló orvoslásnak megfelelően végzett vizsgálat igazolja, hogy a magatartásorvoslási megközelítés hatékony, s részét képezi e zavarok integratív kezelési programjainak. Ez aláhúzza a belgyógyász-pszichiáter liaison fontosságát is a pszichoszomatika terén.

A klasszikus pszichoszomatikus zavarok között régóta említik az anorexia nervosát (AN) és a gasztrointesztinális (GI) rendszer egyes zavarait, így a fekélybetegséget vagy a colitist. E hagyományos megállapításon túl ma már azt mondhatjuk, hogy a pszichoszomatika inkább szemléletet jelent, a betegségek elemzésének komplexitására törekvő, a biológiai tényezők mellett a társadalmi-kulturális és a pszichológiai faktorok szerepét is figyelembe vevő, a magatartás befolyásolásának lényegi szerepét kiemelő (így magatartásorvoslási hangsúlyú) megközelítést. Az említett zavarokon kívül elsősorban epidemiológiai adatok alapján mondhatjuk, hogy a főbb típusok népbetegség-szintű problémaként jelennek meg az egészségügyi ellátó rendszerek különböző szintjein.

Célszerű az áttekintés elején rögzíteni, hogy a pszichoszomatika/-

magatartásorvoslás éppen biopszichoszociális szemléleténél fogva nem egyszerű, lineáris ok-következmény láncolatban, hanem cirkuláris okságban, a hajlamosító, kiváltó és fenntartó tényezők körkörös, oda-vissza kapcsolatokat tartalmazó konstellációjában gondolkodik. Ennek alapján az említett tényezőket változó korrelációjú, néha kisebb, néha nagyobb befolyást jelentő hatásként értékelhetjük.

Az evészavarok között az obesitást kell első helyen említenünk a hazai népesség mintegy harmadát érintő prevalenciája miatt; a két klasszikus zavar pedig az anorexia nervosa és bulimia nervosa (BN). Ez utóbbi mindössze két-három évtizede számít önálló betegségegységnek, a patomorfózis tehát igen gyors.^{1,2,3,4}

A funkcionális GI zavarok között, amelyekben a pszichoszociális tényezők jelentősek, ma az átlagnépességben 10-20%-os prevalenciájú irritábilis bél szindróma (IBS) jelenti a legnagyobb terhet.^{5,6,7} Emellett sok más GI betegségben találunk hasonló befolyást. A kiemelt kórképek néhány magatartásorvoslási szempontját tekintjük át a következőkben.

Obesitas

A szociokulturális tényezők szerepére a túlsúlyosságban a következő megfigyelések utalnak¹:

- a nők kövérebbek, mint a férfiak;
- a túlsúly az életkorral nő, majd idős korban csökken;
- a túlsúlyosság etnikai meghatározottsággal is bír (például az USA-ban a feketék kövérebbek, mint a fehérek);
- az alacsonyabb társadalmi státusú nők kövérebbek, mint a magasabb státusúak;
- a házas férfiak kövérebbek, mint a nőtlenek;
- a többgyermekes anyák kövérebbek, mint a gyermektelenek;
- a falusiak kövérebbek, mint a városiak.

Ezek az adatok tehát főleg társadalmi nézőpontból érthetők meg. Ha mindehhez hozzátesszük azokat a közismert tapasztalatokat, hogy a túlsúlyosság kezdete sokszor egyértelmű összefüggést mutat környezeti-életmódbeli és lélektani változásokkal (ld.: gyász és „bánatzsír”), akkor egyértelműnek tartható, hogy a kezelésnek is komplexnek, többirányúnak kell lennie, a fiziológiai és pszichológiai változtatásokra egyaránt kell törekednie. A kezelés eredményességének feltétele, hogy ne az állapotot (elhízás), hanem a személyt kezeljük.^{8,9}

Anorexia, bulimia

Az evés zavarainak e klasszikus formái elsősorban a szubklinikai zavarokra vonatkozó morbiditási adatok, valamint az AN súlyos volta és magas mortalitási (a betegségkezdés után tíz évvel 8% körüli) mutatói miatt kerültek előtérbe olyannyira, hogy manapság szinte „divatos” betegségeké váltak, nem kis részben a karcsúságot reklámozó kulturális ideálok következtében.¹ A jellegzetesen női betegségeknek számító AN és BN együttes előfordulása fiatal nők között 1-4% körüli. Korábban azt hitték, hogy kultúrspecifikus, csak a nyugati civilizáció országaira jellemző zavarokról van szó, s ezért használták az előfordulás leírására a „3 W” megjelölést (white Western women = fehér nyugati nők). Kiderült azonban, hogy másutt (például hazánkban) is emelkedőben van a morbiditás.¹⁰ Igen gyakoriak a szubklinikai zavarok, egyes tünetek (például falásrohamok, koplalások) fokozott kockázatú csoportokban, így egyetemisták között a 60%-ot is eléri.

A tüneteket tekintve: az AN alap-tünete a súlyhiány, a súlyfóbia, a testképzavar és az amenorrhoea.¹ A súlyhiánynak legalább 15%-osnak kell lennie. A normális testsúlytartomány gyakran használt mutatója a testtömeg-index: a testsúly (kg) osztva a testmagasság négyzetével (m²), ennek normális tartománya

Dr. Túry Ferenc
Semmelweis Egyetem
Magatartástudományi Intézet
1085 Budapest, Nagyvárad tér 4.

18,5-25 kg/m², illetve férfiakban 20-25 kg/m² közötti. A súlyfóbia (más néven: obezitofóbia) az elhízástól való félelmet jelenti súlyos sovány-ság esetén is. Az AN-s testképzavart az jellemzi, hogy a betegek követnek tartják magukat soványan is, nem tudják reálisan észlelni testüket. Mások alakját azonban jól meg tudják ítélni, a testképzavar csak a saját testre vonatkozik. Ezek mellett sok testi tünet is van: lanugo, hajhullás, bradycardia, alacsony vérnyomás, a vitális funkcióik lelassulása, osteoporosis, hormonzavarok, emésztési zavarok, obstipatio, stb. A vitális funkciók lassulása ellenére a mozgásos hiperaktivitás gyakori. A betegek személyiségére a perfekcionizmus, teljesítmény-orientáció, túlkontrolláltság, kényszeresség, depresszió jellemző. Kerülik az érzelmeket, a szexualitást is.

A BN tünetei sokban hasonlítanak az AN tüneteihez, a két kórképp gyakran kevert formában is észlelhető (bulimarexia). Alaptünetek a falásrohamok, amelyekre a kontrollvesztés érzése jellemző, továbbá testsúlycsökkentő manipulációk (önhánytatás, hashajtás, vízajtás, koplalás, testedzés), a testképzavarnak megfelelő állandó aggodalmaskodás a testsúly és alak miatt, valamint a tünetek bizonyos gyakorisága (legalább heti két falásroham). A BN minden tápláltsági állapotban megjelenhet, általában azonban normális testsúllyal jár.

A BN tünetei gyakran rejtettek, ezért a betegség felismerésében fontos szerepe van a háziorvosoknak, a

belgyógyászoknak, a fogorvosoknak (ugyanis a hányás során a gyomorsav a fogak belső felszínén zománc-eróziót okoz). A BN egyik altípusa a „multiimpulzív” BN, melyben egyéb impulzuskontroll-zavarok is észlelhetők: alkohol-, drogfogyasztás, öngyilkossági kísérletek, önsebzések, kleptománia, promiszkuitás.

Az evészavarok gyors változásainak köszönhetően új zavarok jelennek meg: mindössze egy évtizede írták le a férfiakra jellemző inverz anorexiát, vagy újabb néven *izomdiszmorfiát*, melyben az AN-ban észlelhető tünetek fordítottja észlelhető. A zavar testépítő férfiakban jelentkezik, akik igen izmos testük ellenére soványnak tartják magukat (fordított testképzavar), szteroidokat használnak annak minden szövődményével, a kényszeres test-edzés kitölti életüket. E formában a férfiakra az atléta-ideál gyakorol kulturális nyomást.¹

Az evészavarok *patomechanizmusát* tekintve a biológiai, pszichológiai és társadalmi-kulturális faktorok egyaránt lényegesek; ezek továbbá feloszthatók prediszponáló, precipitáló és fenntartó tényezőkre (1. táblázat).

A prediszponáló tényezők lehetnek egyéni, ezen belül biológiai (például genetikai), pszichológiai (például személyiségbeli) összetevők. A családi és szociokulturális kockázati tényezők között a jellegzetes nemi különbség, a kormegoszlás, a társadalmi rétegbeli különbségek (a középső és felső társadalmi osztálybeliek zavarai), egyes foglalkozási csoportok

(manökenek, táncosok) fokozott kockázata, a mai korra jellemző és nagy kulturális nyomást jelentő karcsúságideál említendő.

A precipitáló tényezők olyan stresszorok, amelyek diétázáshoz és fogyókúrához vezetnek. A betegséget fenntartó tényezők lehetnek biológiaiak: a malnutritio következményei, vagy a környezetből származó különböző megerősítések, a betegség másodlagos előnyei.

Az evészavarok betegségmodelljei valamilyen betegséggel való kapcsolódást emelnek ki. A depressziómodellje a depressziós tünetek, az önvád, a szuicidumok gyakori előfordulása, az antidepresszívumok néha előnyös hatásai alapján azt tetelezi fel, hogy az evészavarok a depresszió formakörébe tartoznak. Hasonló a kényszerbetegség-modell, amely a gyakori kényszeres tünetek alapján vél rokonságot a két zavartípus között. Az addikciós hipotézis az evészavarokat szenvedélybetegségként értelmezi, ami a BN esetében nyilvánvalónak tűnik, de az AN is felfogható egyfajta „negatív” szenvedélynek, sovány-ság-szenvedélynek. A feszültségredukciós modell a szorongásszabályozást állítja fókuszba: a BN-sok egy alcsoportja a hányás okozta katartikus megkönnyebbülés, feszültségcsökkentés érdekében eszi túl magát.

Egyes további részelméletek biológiai vizsgálatokon, vagy klinikai megfigyeléseken, pszichoterápiás tapasztalatokon nyugszanak. A biológiai elméletek az étvágy, éhség és telítettség bonyolult szabályozásában szereplő idegrendszeri struktúrákban, biokémiai tényezőkben talált elváltozások szerepét emelik ki. A pszichoanalitikus elméletek a mélylélektani tényezők szerepét, a kognitív-viselkedéslélektani teóriák a kognitív (ingerfeldolgozási, értékelésbeli) deficiensek, a testképzavar jelentőségét, a családdinamikai elképzelések a tünetek családi jelentését (az evés megtagadása igen gyakran a családon belüli dac megnyilvánulása lehet), a feminista modell a női szerepsajátosságok megváltozását, a szociokulturális modellek a karcsúságideált, az evészavarok társadalmi metaforikus jelentését hangsúlyozzák. Ezek a részelméletek segíthetik az adott beteg jobb megismerését, az evészavarok átfogó magyarázatára viszont nem alkalmasak.

A *terápia* áttekintését az AN ke-

1. táblázat

Prediszponáló tényezők	Precipitáló tényezők		Fenntartó tényezők
Egyéni →	Elégedetlenség a testsúllyal és az alakkal →	Diétázás az önértékelés és önkontroll növelésére →	Éhezési tünetek és változások az interakciókban
Családi →			
Kulturális →	↙	↙	↙

Az evészavarok többdimenziós patogenetikai modellje (Garner után)

zelésével kezdjük. Súlyos lefogás esetében a testsúly helyreállítása a terápia kezdeti célja. A kórházi felvétel eldöntésekor a súlyvesztés mértékét, a család kooperációját, a betegség tartamát és a beteg motívumait kell figyelembe vennünk. A gyógyszeres kezelésnek (leginkább az antidepresszívumoknak) csak korlátozott szerepe van. A pszichoterápiákon belül több módszer érdemel említést. A családterápia 18 éves kor alatti betegek számára hatékonyabb, mint az egyéni pszichoterápia, mely idősebb, krónikus betegek számára előnyösebb. A családterápia a tünetek kialakulásában szereplő családi diszfunkciók korrekciójában, az önállósodás elősegítésében nyújt segítséget. Az egyéni pszichoterápiában a legnagyobb szerepe a pszichodinamikus orientált terápia és a tüneti viselkedés korrekcióját célzó viselkedés- és kognitív terápia, továbbá a kapcsolati problémák megváltoztatását központba állító interperszonális terápia van. Emellett az érzelmi kifejezést és a testképzavar oldását elősegítő nonverbális terápia, testorientált terápia (például a mozgásterápia) a hatékony megküzdő viselkedés elsajátítását szolgáló csoportterápiás eljárások értéke említendő.

A BN kezelésében a fenti szempontokon túl az enyhébb esetekben a táplálkozási szokásokat célzó psychoeducáció, vagy az önsegítő katalógusok és csoportok is eredményt hozhatnak.¹¹ A gyógyszeres terápiaiban az antidepresszívumoknak van szerepük, függetlenül a depresszió egyidejű jelenlététől. A kórházi felvétel szükségességét a tünetek súlyossága és a családi diszharmónia mértéke határozza meg. Szomatikus veszélyeztetés, öngyilkossági veszély, az impulzuskontroll társuló súlyosabb zavarai (alkohol- vagy drogabúzus), teljesen kontrollvesztett táplálékfelvétel, vagy ambuláns kezelésre nem javuló makacs tünetek indokolják általában a felvételt. A kezeléssel való együttműködést leginkább az impulzus-kontroll zavarai nehezítik. BN-ban meglehetősen nagy (10% körüli) a terápiból való lemorzsolódás.

A BN kezelésében különösen fontos lehet egy viselkedésterápiás módszer, az expozíció és válaszmegelőzés módszere: a beteg túlévését nem akadályozzák meg, de a követ-

kezményes hányást igen.¹² A pszichodinamikus terápia fontosságát aláhúzza a szexuális abúzus gyakorisága evészavarokban (ez a betegek harmadára-negyedére jellemző!). A hipnózis azért hasznos, mert a BN-s betegek fogékonyak is a hipnotikus tudatállapot-módosulásra.

Mindezeket túl az evészavarok komplex volta az egyes terápiás módszerek kombinálását is szükségessé teheti, ezért a speciális evészavar-klinikákon ma döntően integratív szemlélettel folyik a kezelés. Ebben a farmakoterápia mellett az egyéni dinamikus terápia, a családterápia, a kognitív-viselkedésterápia, a csoportterápia van leginkább szerepük.

Irritabilis bél szindróma

Az IBS-ben szenvedők harmadánegyede nem fordul orvoshoz, s ez pszichoszociális tényezőkre is utal. A betegek negyede az alapellátásban marad, s csupán 5%-uk kerül a szakellátásba. Mivel az előtérben szervi lokalizációjú panaszok és tünetek állnak, a pszichés vonatkozások értékelése általában háttérbe szorul – ez a pszichoszomatikus zavarok csapdája. A betegek sem fogadják el mindig azt, hogy pszichoterápiával lehetne segíteni állapotukon.

A pszichológiai tényezők IBS-beli szerepére több érv utal^{5,6,7}:

- A tüneteket nem magyarázza elégségesen a motilitászavar.
- Komorbid pszichiátriai zavarok gyakoriak funkcionális GI zavarokban.
- Pszichológiai tényezők befolyásolják a betegviselkedést.
- Pszichológiai tényezők befolyásolják a viscerális érzékelést. Ebben a szerotonin szerepe felmerül, ezért a viscerális fájdalom kontrollálásában a szerotonerg antidepresszívumok hatékonyak lehetnek.
- Pszichológiai tényezők önállóan is vezethetnek testi tünetekhez.

A következőkben ezek közül ragadjuk ki a legfontosabbakat. A betegek személyisége általában depressziós, kényszeres, szorongásos, jellemzi őket a perfekcionizmus és az önérvényesítés hiánya is. A társuló pszichiátriai zavarok, a komorbiditás gyakorisága is fontos szempont. Leggyakrabban a depresszió különböző formái észlelhetők IBS mellett, erre utal az is, hogy az antide-

presszívumok hatékonyak a kezelésben. Gyakori még a szkizofrénia és a szorongásos zavarok (például pánikzavar, poszttraumás stressz zavar) együjtjárása IBS-sel.

A fentiekben túlmenően az életminőség IBS-ben jelentősen rosszabbodik.¹³ A testi aggodalmaskodás, a hipochondriás hiedelmek és a betegségfóbia, valamint az abnormis betegségviselkedés is jellemzi a zavart. Ebben a koragyermekkori tanulási folyamatok szerepe döntő (például az, hogy a szülők megerősítik a bélpanaszok miatti betegszept). Az IBS-betegek gyermekkorban betegesebbek, betegségük alatt fokozottabb szülői figyelemben részesülnek, többet hiányoztak az iskolából és gyakrabban járnak orvoshoz, mint a normális kontrollszemélyek. A stressz és a megbirkózó képességek („coping” stratégiák) terén is találtak jellemző vonásokat. A betegek nem tudják adaptív módon megoldani a stresszhelyzeteket, stresszre túlreagálnak, a feszültségek, indulatok a saját test felé fordulnak és szomatikus panaszokhoz vezetnek.

Láttuk az evészavaroknál is, hogy a pszichoszomatikus zavarok kialakulásában a traumatikus eseményeknek is szerepük van. A szexuális vagy fizikai abúzus a kórelőzményben gyakori, ezért az orvosnak meg kell kérdeznie a korábbi abúzus vagy más pszichés trauma (vesztés, gyász) lehetőségét. A szexuális abúzus nem specifikus, hanem általános sérülékenységet jelent. A különböző pszichiátriai és pszichoszomatikus kórképekben (IBS-ben is) a betegek egyharmadában deríthető ki; az általános népességben is 9%-os gyakoriságú nők között. A traumák feldolgozása a kezelés fontos eleme lehet. A szexuális abúzus kifejezetten rejtőzködő betegmagatartást okozhat, mind a szexuális abúzus tényére vonatkozóan, mind a fellépő szomatikus vagy pszichés zavarok tekintetében is.

A pszichoterápia szerepét áttekinthetve az IBS kezelésében tudni kell, hogy manapság már több kontrollált vizsgálat áll rendelkezésre.¹⁴ A tudattalan készítmények feltárását célzó pszichodinamikus terápiaiban ma a korábbi hosszú terápia helyett a rövid, fokális terápia kerül előtérbe. A kognitív terápia alapja az a feltételezés, hogy a személy tévesen értelmezi a helyzetek

és események jelentését. A terápiás cél a téves percepciók, ítéletalkotási torzulások korrekciója, a probléma következményeiről alkotott hiedelmek megváltoztatása és alternatív értelmezések nyújtása. A viselkedésterápiák a maladaptív viselkedés módosítását célozzák tanulási mechanizmusok útján (ilyen például az in vivo expozíció). Mivel jól mérhető és strukturált terápiaformákról van szó, a legkülönbözőbb zavarokban ezzel a módszerrel történt a legtöbb kontrollált vizsgálat. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy a többi módszer eredménytelen lenne. A viselkedés- és kognitív terápiák egyéni vagy csoportos alkalmazása során a betegek 50-80%-ában írtak le szignifikáns javulást a kontrollált vizsgálatok, s az eredmények a tartós hatékonyságot támasztják alá. A hipnoterápia, a relaxációs módszerek és a biofeedback is megemlítenődő. A relaxációs terápiák azért előnyösek, mert az izomtónus csökkentésének megtanulása csökkenti az arousal-szintet és általában a vegetatív tüneteket. A relaxáció része szokott lenni a stresszkezelő programoknak is, ezek hatékonyan javítják a megbirkózó képességeket. A családterápia hatékonyságának elemzésére még nem került sor, pedig sokszor tapasztalhatjuk, hogy a tünetek provokálásában jelentős szerepet töltenek be családi-párkapcsolati tényezők.

Mindezeket túl a *terápiák integrá-*

ciójára törekvő komplex terápiás programok a szomatikus (farmakoterápiás), pszichoterápiás és rehabilitációs kezeléseket egyaránt tartalmazzák. A kezelésben lépcsőzetes és többkomponensű stratégiát javasolnak, melynek alapja a jó orvos-beteg kapcsolat. A kezelési fozakatokat tekintve: az enyhe tünetek kezelésében az edukációt, diétát és gyógyszeres kezelést, mérsékelt tünetek esetében specifikus tünetekre célzott gyógyszeres kezelést, relaxációt, hipnózist, biofeedbacket, valamint viselkedés- és kognitív terápiát, dinamikus pszichoterápiát, család- vagy csoportterápiát javasolnak. Súlyos tünetek kezelésére a pszichoterápia már nem jön szóba, folyamatos rövid ellenőrzések jelentik a kapcsolattartást, antidepresszívumok alkalmazása, fájdalomcentrumokhoz történő beutalás jelenthet segítséget.

A részletesebben tárgyalt IBS mellett több GI kórképben komoly szerepet játszanak a pszichoszociális tényezők, így a fekélybetegségben, a gastrooesophagealis reflux betegségben, stb. Ezek áttekintésére terjedelmi okok miatt nem kerül sor ezúttal, ki kell azonban emelnünk, hogy az IBS-ben leírtakhoz hasonló megállapítások többsége ezekre is vonatkozik.

Irodalomjegyzék:

1. Túry F, Szabó P: *A táplálkozási magartás zava-*

rai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Medicina, Budapest, 2000.

2. Túry F: *Anorexia – bulimia. Az evés zavarai.* B+V Kiadó, Budapest, 2001.
3. Túry F: *Anorexia és bulimia: az evés zavarai a mindennapos gyakorlat szemszögéből.* Hippocrates 2002; 4, 110-114.
4. Túry F: *A táplálkozási magartás zavarai (evési zavarok).* In: Füredi J, Németh A, Tariska P szerk.: *A pszichiátria rövidített kézikönyve.* Medicina, Budapest, 2003, 347-355. old.
5. Drossman DA: *Irritable bowel syndrome: The role of psychosocial factors.* Stress Medicine 1994; 10, 49-55.
6. Újszászy L, Túry F (szerk.): *Irritabilis bél vagy irritabilis személyiség.* Consensus füzetek. MGT - MPT - Medicom, Budapest, 1998.
7. Lonovics J, Simon L, Tulassay Zs, Újszászy L, Wittmann T: *Funkcionális gastroenterológiai kórképek.* Medicom, Budapest, 1999.
8. Halmi I: *Az elhízás mai szemlélete.* Psychiatria Hungarica 1996; 11, 257-265.
9. Túry F: *A túlsúly mint pszichoszomatikus zavar.* Praxis 2000; 9, 17-21.
10. Rathner G, Túry F, Szabó P: *Evészavarok a rendszerváltás utáni, az ún. keleti blokk országában.* Orvosi Hetilap 2001; 142, 1331-1333.
11. Cooper PJ: *Farkaséhség (bulimia).* Springer, Budapest, 1994.
12. Tölgyes T, Simon L, György S: *A táplálkozási magartászavarok kognitív és viselkedésterápiája.* Psychiatria Hungarica 1996; 11:299-309.
13. Újszászy L, Udvardy M, Kupcsulik P (szerk.): *Életminőség és vizsgálata a gasztroenterológiában.* Mediszter, Budapest, 2001.
14. Túry F, Újszászy L: *Pszichológiai vonatkozások, pszichoterápiás lehetőségek irritabilis bél szindrómában.* Lege Artis Medicinae 2000; 10, 336-343.

Koza Mondano az orvosi munkaruházatban



MONDANO

Koltai Zalán

kereskedelmi igazgató
06-30/957-5740

Januártól új üzletünk:
1111 XI., Budapest,
Budafoki u. 43.
Tel./fax: 06-1/209-5456
www.koza.hu

