

Dr. Pikó Bettina

A pszichoszomatikus szemlélet fontossága a családorvosi gyakorlatban

Összefoglalás

A pszichoszomatikus szemlélet hagyományosan a betegségek okaiként tartotta számon a pszichodinamikai tényezőket. Az ún. biopszichoszociális szemlélettel azonban világossá vált, hogy mind az okok, mind pedig a következmények szintjén számolnunk kell pszichoszomatikus jelenségekkel. A betegségfeldolgozási stratégiákra, a betegséggel való megküzdés módjaira és azok sikeres vagy kevésbé adaptív jellegére, valamint a betegségek okozta életminőségváltozásokra manapság már kiemelten figyelünk. A leggyakoribb pszichoszomatikus tünetek a következők: fáradtságérzés, a hát- és derékfájás, a fejfájás, a palpitációérzés, az alvási zavarok, a gyomorfájás, valamint az idegességéből eredő hasmenés. A krónikus, aspecifikus fáradtságérzés vezető tünet a felnőtt, valamint a serdülőkorú lakosság körében is. A fáradtság vagy gyengeségérzés hátterében legtöbbször nem specifikus, vegetatív kimerültség áll. A pszichoszomatikus tünetek stresszindikátorok, igen gyakran a munkahelyi stressz mutatójaként szerepelnek, és jelzik az egyensúlybeli zavart, gyakran még a klinikailag manifesztálódott betegség megjelenése előtt. A pszichoszomatikus tünetképzés igen szoros kapcsolatban áll egy másik egészségindikátorral, az egészség önértékelésével is. A családorvosi gyakorlatban a pszichoszomatikus tünetek előfordulását mindenképpen javasolt a differenciáldiagnosztikai szempontoknál figyelembe venni.

Biopszichoszociális szemlélet és pszichoszomatika

Magyarországon különösen nagy hagyománya van a pszichoszomatikának, hiszen alapítói magyar

tudósok voltak.¹ *Ferenczi Sándor*, a Budapesti Iskola vezető egyénisége, *Freud* barátja és közeli munkatársa a pszichoanalitikus szemlélet alapján értelmezte a psziché (lélek) és szóma (test) összefüggéseit, például a szomatikus konverzió vagy az érzelmi-indulati elfojtás alapján. A pszichoszomatikus tünetek megjelenését tehát konverziós tünetnek tekintette. *Franz Alexander*, akit a nemzetközi szakirodalom a „pszichoszomatika atyjaként” tart számon, szintén magyar származású. Ő szintén pszichoanalitikus volt, aki a pszichoszomatikus tüneteket a tudattalan, elfojtott konfliktusokkal hozta összefüggésbe. *Hans Selye* a stresszkutatásokkal a pszichofiziológiai alapokat rakta le. *Bálint Mihály* pedig, aki pszichoanalitikus és családorvos is volt, az érzelmi megterhelést okozó esetek feldolgozására fejlesztette ki a róla elnevezett módszert (Bálint-csoport). A pszichoszomatika terén a 70-es években történt egy áttörő szemléletváltozás a biopszichoszociális elméleti modell általánossá válásával.

Az ún. biopszichoszociális betegségmodellt *Engel* vezette be a klinikai gyakorlatba.² A modell lényege, hogy mind az okok, mind pedig a következmények szintjén számolnunk kell biológiai, pszichikai és szociális tényezőkkel egyaránt. A modell középpontjában egy olyan komplex rendszer áll, amelyben bármelyik szint képes valamennyi többi is befolyásolni. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy nemcsak a biológiai rendszer elemei befolyásolhatják például a pszichés struktúrát (hangulatot, érzelmeket, emlékezést, stb.), vagy a társas kapcsolatokat, hanem a társadalmi történések is kihatnak például a hangulati-érzelmi folyamatokra, majd pedig a pszichoszomatikus mechanizmusok révén képesek megváltoztatni az immunrendszer működését. Számos példát hozhatunk fel a biológiai és pszichoszociális folyamatok többirányú és bonyolult összefüggéseire. Köztudott például, hogy az *ulcus pepticum* patogenezisében szere-

pe van a *Helicobacter pylori* nevű kórokozónak. Azonban az infekció gyakorisága erősen függ a társadalmi helyzettől vagy az aktuális stressz-szinttől, amelyek a vegetatív idegrendszer átállításával járulnak hozzá a kórkép kialakulásához.³

Manapság már az is létjogosultságot nyert, hogy a pszichológiai faktorok igazolt rizikótényezőkként szerepelhetnek egy-egy betegség etiológiájában. Így például ismeretes, hogy a negatív affektivitás a primer hypertonia rizikófaktora, a depresszió pedig általában a cardiovascularis kórképek kialakulásában játszik hasonló szerepet.⁴ A gyakorlatban ez megmutatkozik abban, ahogyan a betegségek lefolyása eltér a betegek pszichoszociális körülményeitől függően. Ha például két azonos korú férfibeteg szívinfarktuszban megbetegszik, és a kórkép súlyossági foka szerint közel azonos prognózissal kellene az esetükben számolni, mégis jelentős eltérések állhatnak fenn a következményekben akkor, ha az egyik beteg depressziós és özvegy, a másik pedig boldog családban él és nincs depressziója. Az ilyen jellegű eltérés akár a halálozás valószínűségét is befolyásolhatja. Mindez azt igazolja, hogy a pszichoszociális jelenségekkel, illetve pszichoszomatikus hatásokkal számolnunk kell, még hozzá mint olyan tényezőkkel, amelyek nemcsak a patogenezisben, hanem a betegségek prognózisában is jelentős mértékben kifejtik a hatásukat.

Számos tanulmány hívja fel a figyelmet arra, hogy az orvoshoz forduló betegek tüneteinek hátterében mintegy 10–50%-ban nem igazolható organikus elváltozás, tehát lényegében pszichoszomatikus vagy funkcionális tünetről van szó.⁵ Ez komoly differenciáldiagnosztikai problémát vet fel, mert ugyanakkor a betegnek igen erős betegség-tudata lehet, ellenben legtöbbször nincs tisztában a pszichikai hatásmechanizmusokkal.

Pszichoszomatikus tünetek

Melyek a pszichoszomatikus tünetek legfontosabb sajátosságai?

Dr. Pikó Bettina

Szegei Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai Klinika
Magatartástudományi csoport
6722 Szeged, Szentháromság u. 5.

Legtöbbször organikus elváltozások nélküli, funkcionális tünetekről van szó, a háttérben gyakoriak a pszichikai jelenségek vagy szociális problémák. Lényegében az egészségi állapot egyensúlybeli zavaraira utalnak, tehát egészségindikátor jellegük van. Emiatt igen gyakran szerepelnek az orvoshoz fordulás okaiként, betegségtudat is társul hozzájuk, megnehezítik a differenciáldiagnózist. A nők már serdülőkortól magasabb előfordulást mutatnak a pszichoszomatikus tünetképzés terén. A serdülőkori tünetképzés jelentősége azért is igen nagy, mert befolyásolja a serdülők későbbi, egészséggel és betegséggel kapcsolatos attitűdjeit és magatartását.⁶

A lakosság körében előforduló leggyakoribb tünetek a következők: fáradtságérzés, hát- és derékfájás, fejfájás, palpitációérzés, alvási zavarok, gyomorfájás, valamint idegességből eredő hasmenés. A krónikus, aspecifikus fáradtságérzés vezető tünet a felnőtt, valamint a serdülőkori lakosság körében egyaránt. A fáradtság vagy gyengeségérzés háttérben legtöbbször nem specifikus, vegetatív kimerültség áll. Mint funkcionális tünet, napjaink egyik „népbetegségének” is tekinthető.⁷ Szervi károsodás nem igazolható a háttérben, mégis jelentősen befolyásolja nemcsak a pszichikai körézetet, hanem az erőnlétet és a mindennapi aktivitási szintet. Vitamin- és nyomelemhiány is hozzájárulhat az állapot kialakulásához. A depresszió bevezető tünete is lehet, ezért érdemes odafigyelni e tünetre. A pszichoszomatikus tünetek a civilizált életmód következtében összefüggést mutatnak a káros szenvedélyek gyakoriságával. Különösen a dohányzás és az alkoholfogyasztás jár együtt a szubjektív egészségromlással és tünetképződéssel már serdülőkortól kezdve.⁸ Ezek a magatartásformák a pszichoszomatikus tünetképzéssel összefüggésben a pszichoszociális problémák, például a munkahelyi stressz vagy családi problémák indikátorai is lehetnek. Ezért a tünetek jelentkezésekor a munkahelyi, illetve családi környezet felől érdemes az anamnézis során célzottan érdeklődni.

Bizonyos tünetek, mint például a gyomorfájás vagy a fejfájás, szorosan összefüggnek a szorongással vagy a depresszióval is.⁹ Az ún. tenziós típusú fejfájás a leggyakoribb

fejfájás típus, a lakosságban igen magas a prevalenciája, sőt, egyike a leggyakoribb pszichoszomatikus tüneteknek. Míg az epizodikus formák gyakran akut stresszre adott válaszreakcióként jelentkeznek, a krónikus formák esetében igen gyakori a komorbid pszichiátriai zavar. A komorbiditás jelentősen felerősíti a tünetek észlelését. A tenziós típusú fejfájás kihat a betegek életvitelére, szociális aktivitására, munkavégzésére, és rontja életminőségüket. Az életminőségromlásban nemegyszer éppen az affektív distressz, a depresszió vagy a szorongás szerepel mediátor tényezőként. A pszichoszomatikus tünetképzés ilyen módon az agressziókontroll hiányának tünete is lehet, ami arra utal, hogy az agresszív viselkedés nem adekvát konfliktusmegoldási mód. Az agresszív viselkedés vagy elfojtott düh, frusztráció különösen kitüntetett figyelmet érdemel, hiszen egy világszerte növekvő jelenségről van szó, amelynek adaptációs zavarra utaló hátterét igazolja a vele együtt járó, az átlagot jóval meghaladó pszichoszomatikus tünetképzés.

Stressz, adaptáció és pszichoszomatika

A pszichoszomatikus tünetek jelenléte nagymértékben befolyásolja az egészségi állapotunkról kialakított képet, hiszen lényege a test és a lélek kapcsolatának, azaz egyensúlyának zavara. Legtöbbször olyan pszichoszociális történések borítják fel az egyensúlyt, amelyek meghaladják a szervezet adaptációs kapacitását (1. ábra).

A stresszfeldolgozó kapacitásunk ugyanis könnyen kimerülhet, ha túl sok stressz ér bennünket, vagy pedig nem megfelelő konfliktusmegoldó stratégiákat alkalmazunk. Ilyenkor distressz keletkezik, és a pszichikai zavar szomatizálódik.

1. ábra



A stressz és a pszichoszomatikus tünetképzés összefüggése

dik, azaz testi tünetként jelentkeznek. Már az egészen kicsi gyermekeknél is megjelenhet ilyen formában az egyensúlyzavar, sőt, ilyenkor még fokozottabban, hiszen nincs lehetőség a pszichikai síkon a probléma verbalizálására, szóbeli megjelenítésére. Serdülőkorbán e tünetek gyakorisága különösen alkalmas az egészségi állapot monitorizálására, hiszen súlyosabb kórállapotok hiányában az egészség kritikus komponensévé válik. Emellett ebben az életkorban egy fokozott introspekció, befelé fordulás zajlik, s ennek következtében a serdülők hajlamosak válnak önmaguk megfigyelésére. Ez megmutatkozik a pszichoszomatikus tünetek gyakoribbá válásában is, különösen a lányok körében.¹⁰

A pszichoszomatikus tünetek gyakorisága a munkahelyi stressz egyik legfontosabb indikátora.¹¹ A nem megfelelő pszichoszociális munkakörnyezet vagy a munkatársak közötti kommunikáció problémái stresszt generálnak, amelyek kihatnak nemcsak a munkavégzők teljesítményére, hanem egészségükre is. Ennek egyik korai megnyilvánulása a pszichoszomatikus tünetek jelentkezése, illetve halmozódása, mintegy a problémák szomatizálása. A káros szenvedélyek, a dohányzás vagy a túlzott alkoholfogyasztás a másik leggyakoribb indikátora a munkahelyi stressz egészségre gyakorolt következményeinek. Az egészségkockázati magatartás ilyen értelemben szintén egészségiállapot-indikátornak tekinthető, amely a szervezet és környezete közötti egyensúly megromlására hívja fel a figyelmet.

Csongrád megyei nővérek (N = 218) körében 1998-ban végzett vizsgálatunkban a munkahelyi stressz-indikátorokat vizsgáltuk.¹² Az 1. táblázatban az egészség önértékelése, valamint az egészségkockázati magatartásformák előfordulását

1. táblázat

	I. Alacsony	II. Közepes	III: Magas
Egészség önértékelése***			
Kiváló	22,2	3,8	8,1
Jó	50,0	67,6	39,2
Elfogadható	27,8	24,8	41,9
Rossz	0,0	3,8	10,8
Alkoholfogyasztás**			
Naponta	0,0	0,0	2,7
Hetente	8,3	1,0	0,0
Alkalmanként	58,3	58,0	55,4
Soha	33,4	41,0	41,9
Dohányzás*			
>20/nap	2,8	2,9	10,8
10-20/nap	19,4	18,1	18,9
<10/nap	11,1	6,7	8,1
Alkalmanként	8,3	11,3	9,5
Soha	58,4	61,0	52,7
Nyugtatók szedése**			
Rendszeresen	0,0	1,0	8,2
Időnként	2,9	6,8	6,9
Soha	97,1	92,2	84,9
Altatók szedése*			
Rendszeresen	0,0	0,0	2,7
Időnként	0,0	2,0	2,8
Soha	100,0	98,0	94,5

Chi-négyzet próba: * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Az egészségi állapot önértékelése és az egészségkockázati magatartás előfordulása mint stresszindikátor a nővérek körében (%)

láthatjuk három stresszterheltségi csoportban (alacsony, közepes és magas).

Látható, hogy jelentős különbségek vannak a stresszindikátorok előfordulásában a stresszterheltség szintje szerint. Az alacsony stresszterheltségű nővérek körében nem, vagy szinte alig fordul elő altatók és nyugtatók szedése. A rendszeres altatószedés például kizárólag a magas stresszterheltségű nővérekre jellemző. Az alkoholfogyasztás szintén nő a stresszterheltség mértékével, legkevésbé a dohányzás szerepel stresszindikátorként, bár itt is a magas stresszterheltségűek számoltak be legtöbbször napi 20 szál feletti cigarettafogyasztásról. Az egészség önértékelése szintén jelentős különbségeket mutatott, leginkább azok értékelték saját egészségüket rossznak, akik magas stresszterheltségnek voltak kitéve.

A 2. táblázatban a pszichoszomatikus tünetek gyakoriságát láthatjuk a stresszterheltség szerinti csoportokban.

Hasonlóan az előző stresszindikátorokhoz, itt is a magas stressz-

terheltség jelenti a leginkább veszélyeztető tényezőt, azaz ez a csoport különül el a másik kettőtől. A magas stresszterheltségű nővérek lényegesen gyakrabban számoltak be fejfájásról, krónikus fáradtságról, hát- és derékfájásról, alvászavarokról, palpítációról. Azok, akik az alacsony stressz-szintű csoportba tartoztak, lényegesen ritkábban tapasztalnak alvási zavarokat. A krónikus fáradtság azonban olyan gyakori, hogy senki nem válaszolta azt, hogy soha nem tapasztalja, függetlenül a stressz-szint mértékétől.

Az egészség önértékelése és a tünetképzés

A pszichoszomatikus tünetképzés igen szoros kapcsolatban áll egy másik egészségindikátorral, az egészség önértékelésével is. Az egészség önértékeléséből a szervezetnek mind a fizikális, mind pedig a mentális állapotára következtethetünk. Annak ellenére, hogy szubjektív egészségmutató, jól jellemzi a klinikai státuszt is, ezért alkalmas a gyógyulás különböző stádiumainak

monitorozására. Sőt, utánkövetéses vizsgálatokban a halálozás prediktorra, előrejelzője.¹³

Számos tényező befolyásolja azt, hogy milyenek ítéljük saját egészségi állapotunkat.¹⁴ A klinikailag megállapított státusz elsősorban akkor meghatározó, ha valakinek valamilyen betegsége van, hiszen az ebből fakadó következmények, korlátozások határozzák meg az önértékelést is. Krónikus vagy egyéb, jelentős korlátozottságot jelentő betegség hiányában azonban elsősorban a mentális egészség vagy a pszichoszomatikus státusz az, ami leginkább befolyásolja az egészség önértékelését. Ez fiatal korban még inkább így van, hiszen gyermekkorban és fiatal felnőttkorban a krónikus betegségek aránya még viszonylag alacsony. Emiatt más kritériumok is előtérbe kerülnek, mint például az egészségmagatartás, az egészséges életmód követése. Ha például valaki rendszeresen dohányzik, nem figyel oda táplálkozására, nem végez rendszeres fizikai aktivitást, nem érzi magát tökéletesen egészségesnek. Szintén jelentősége van a pszichoszomatikus tünetképzésnek is, a stressz vagy különféle pszichoszomatikus eredetű tünetek megjelenésének hatására is romlik az egészség önértékelése. Annak ellenére, hogy e tünetek legtöbbször nem jeleznek klinikailag is igazolható szervi elváltozásokat, az egészség önértékelésére mégis hatással vannak.

Az egészség önértékelését azonban számos egyéb tényező is befolyásolja, mint például az életkor, a nem, a társadalmi helyzet, az iskolázottság, az egészségről és betegségről alkotott sajátos elképzelések.¹⁵ A magasabb társadalmi helyzetűeknek nemcsak az objektív mérési módszerekkel megállapított egészségi állapota jobb, hanem saját egészségértékelésük is. A nem szintén meghatározó, hiszen a férfiak szinte minden életkorban jobbnak minősítik saját egészségüket, mint a nők, s ebben nagyrészt pszichikai és kulturális tényezők játszanak szerepet, kevésbé a tényleges egészségi állapot.

Következtetés

Míg a hagyományos pszichoszomatika leginkább az okok és a pathomechanizmusok szintjén érintette a pszichodimanikai és szociális hatásokat, manapság kiemelt figyel-

2. táblázat

	I. Alacsony	II. Közepes	III: Magas
Fejfájás***			
Gyakran	11,1	10,8	32,4
Időnként	11,1	25,5	26,7
Ritkán	50,0	47,0	31,0
Soha	27,8	16,7	9,9
Alvászavarok***			
Gyakran	0,0	9,7	37,0
Időnként	20,0	22,3	23,3
Ritkán	51,4	40,8	21,9
Soha	28,6	27,2	17,8
Hát és derékfájás*			
Gyakran	17,6	15,8	30,1
Időnként	17,6	24,8	30,2
Ritkán	35,3	42,6	19,2
Soha	29,5	16,8	20,5
Krónikus fáradtság***			
Gyakran	22,2	19,4	59,5
Időnként	33,3	41,8	31,0
Ritkán	44,5	38,8	9,5
Soha	0,0	0,0	0,0
Palpitáció***			
Gyakran	8,6	8,7	32,4
Időnként	25,7	23,1	29,7
Ritkán	37,1	41,3	21,6
Soha	28,6	26,9	16,3

A pszichoszomatikus tünetek gyakorisága mint stresszindikátor a nővérek körében (%)

met szentelünk a betegségfeldolgozási stratégiákra, a betegséggel való megküzdés módjaira és azok sikeres vagy kevésbé adaptív jellegére, valamint a betegségek okozta életminőségváltozásokra is. A családorvosi gyakorlatban a pszichoszomatikus tünetek előfordulása igen magas, ezért mindenképpen javasolt a differenciáldiagnosztikai szempontoknál

figyelembe venni az okok és következmények komplex rendszerét.

Irodalomjegyzék:

1. Piko B, Kopp M: *Behavioral medicine in Hungary: Past, present and future.* Behav Med 2002; 28, 72-78.
2. Engel GL: The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980; 137,

3. Levenstein S: *The very model of modern etiology: A biopsychosocial view of peptic ulcer.* Psychosom Med 2000; 62, 176-185.
4. Jonas BS, Land JF: *Negative affect as a prospective risk factor for hypertension.* Psychosom Med 2000; 62, 188-196.
5. Kellner R. *Somatization: Theories and research.* J Nerv Ment Dis 1990; 178, 150-160.
6. Pikó B, Keresztes N: *Pszichoszomatikus tünetképzés mint egészségindikátor a korai serdülőkorban: Magatartás-epidemiológiai elemzés.* Orv Hetil 2006; 147, 819-825.
7. Johnson PB, Richter L: *The relationship between smoking, drinking, and adolescents' self-perceived health and frequency of hospitalization: analyses from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse.* J Adolesc Health 2002; 30, 175-183.
8. Jason LA, Richman JA, Friedberg F, Wagner L, Taylor R, Jordan KM: *Politics, science, and the emergence of a new disease: The case of chronic fatigue syndrome.* Am Psychol 1997; 52, 973-983.
9. Perozzo P, Savi L, Castelli L, Valfré W, Lo Giudice R, Gentile S, Rainero I, Pinessi L: *Anger and emotional distress in patients with migraine and tension-type headache.* J Headache Pain 2005; 6, 392-399.
10. Pikó B: *Lelki egészség a modern társadalomban.* Akadémiai Kiadó, Budapest, 2003.
11. Tyler P, Cushway D: *Stress in nurses: The effects of coping and social support.* Stress Med 1995; 11, 243-251.
12. Pikó B: *Munkahelyi stressz a nővérek körében: Kik a legveszélyeztetettebbek?* Addict Hung 1999; 7, 272-281.
13. Idler EL, Benyamini Y: *Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies.* J Health Soc Behav 1997; 38, 21-37.
14. Barsky A, Cleary PD, Klerman GL: *Determinants of perceived health status of medical outpatients.* Soc Sci Med 1992; 34, 1147-1154.
15. Krause NM, Jay GM: *What do global self-rated health items measure?* Med Care 1994; 32, 930-942.