

ELTE PEDAGÓGIAI
ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR

Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása II.

Klinikai egészségpszichológia

SZERKESZTETTE

Urbán Róbert – Demetrovics Zsolt – Rigó Adrien – Oláh Attila



ELTE EÖTVÖS KIADÓ
EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM



AZ EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIA ELMÉLETE ÉS ALKALMAZÁSA II.
KLINIKAI EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIA

Szerkesztette:
Urbán Róbert, Demetrovics Zsolt,
Rigó Adrien, Oláh Attila

Klinikai és Egészségpszichológiai Szakkönyvtár

Sorozatszerkesztők: Demetrovics Zsolt és Urbán Róbert

AZ EGÉSZSÉGPSZICHOLOGIA ELMÉLETE ÉS ALKALMAZÁSA II.

KLINIKAI EGÉSZSÉGPSZICHOLOGIA

Szerkesztette:

Urbán Róbert, Demetrovics Zsolt,
Rigó Adrien, Oláh Attila

Budapest, 2012



© Szerzők, 2012

Lektorálta: Dr. Buda Béla

II. kötet:

ISBN 978 963 312 108 5

I–II. kötet:

ISBN 978 963 312 106 1 ö

 **E L T E**
EÖTVÖS
KIADÓ www.eotvoskiado.hu

Felelős kiadó: az ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar dékánja

Felelős szerkesztő: Pál Dániel Levente

Tördelőszerkesztő: Bornemissza Ádám

Borító: Váraljai Nóra

Nyomdai kivitelezés: Prime Rate Kft.

Borítófotó: Europress Fotóügynökség / Thinkstock



TARTALOM

Urbán Róbert, Demetrovics Zsolt, Rigó Adrien, Oláh Attila:

Előszó 7

I. KLINIKAI EGÉSZSÉGPSZICHOLOGIA

Kököneyi Gyöngyi:

Egészségfejlesztési és terápiás lehetőségek szomatizációs kórképekben 13

Berkes Tímea:

A kardiovaszkuláris megbetegedések prevenciója és rehabilitációja 53

Pápay Nikolett:

A termékenységi problémák egészségpszichológiája 87

Szita Bernadett:

A menopauza egészségpszichológiája 125

II. A GYÓGYÍTÓ MUNKA EGÉSZSÉGPSZICHOLOGIAI VONATKOZÁSAI

Köteles Ferenc és Bárdos György:

Placebo- és nocebohatás a gyógyításban. 153

Riskó Ágnes:

Az onkológiai betegeket gondozó hozzátartozókra
ható kihívások és a megoldási lehetőségek 205

Mészáros Veronika:

A gyógyítók egészsége: a kiégés és a kiégés megelőzése, illetve kezelése 219

Rigó Adrien és Költő András:

Az önszorongás szerepe az egészség fejlesztésében
és az életminőség megőrzésében 251

Varsányi Péter és Köteles Ferenc:

Komplementer és alternatív módszerek – előnyök és hátrányok 285

ELŐSZÓ

A klinikai egészségpszichológia a pszichológia alkalmazásának kiterjesztése az egészséggel és betegséggel kapcsolatos problémák és jelenségek széles körére. Bár a közös terület a klinikai pszichológiával nyilvánvaló, ez utóbbi elsősorban a mentális zavarok és alkalmazkodási problémák felismerésével és kezelésével foglalkozik. A mentális zavarok ugyanakkor a betegségek nemzetközi osztályozásában egy csoportot képeznek csupán az egészségi problémák több tucat csoportja közül. A klinikai egészségpszichológia fókuszában ezzel szemben a pszichológia, a *nem mentális betegségek* megelőzésében, kezelésében, rehabilitációjában, illetve az életminőség javításában történő alkalmazása áll. Bár a két terület nem határolódik el élesen egymástól, alkalmazási terepük alapvetően más, továbbá mind a két területnek megvan a saját tudás- és kompetenciarendszere. Így a klinikai egészségpszichológusok ismeretei és készségei felölelik többek között a biopszichoszociális modell alkalmazását az egyes szomatikus problémákra specifikusan, az egyes betegségek, illetve a velük való megküzdés hátterében álló komplex hatásrendszereket, az adott problémakörre alkalmazott mérési módszereket és azokat a bizonyítékon alapuló intervenciós módszereket, amelyek illeszkednek a szomatikus orvoslás területének jellemzőihez. Ilyenek például a szűk időkeret adta korlátok, a programozott tevékenységek, a viselkedéses fókusz, a pszichoedukációs módszerek és a készségfejlesztési stratégiák preferenciája, a különböző szakemberekkel (pl. orvosok, ápolók, dietetikusok, gyógytornászok, szociális munkások) való együttműködésre való nyitottság, hogy csak néhányat említsünk.

Jelen kötet első nagy egysége néhány egészséggel kapcsolatos problémán keresztül mutatja be az egészségpszichológiai megközelítést. *Kökényei Gyöngyi* tanulmánya a szomatizációra vonatkozó elméleteket, kutatásokat és intervenciós módszereket tárgyalja. A szomatizáció jelenségek köre mindennap jelen van az orvoslás szinte minden területén, megnövelve ezzel az orvos-beteg találkozások számát és az egészségügyi ellátás költségeit. A téma tárgyalása jó példa arra, hogy az egyes jelenségeket, megközelítési módokat és intervenciókat hogyan lehet alkalmazni egy konkrét esetre, így a szomatizációra. *Berkes Tímea* a kardiovaszkuláris betegségek megelőzésének és

rehabilitációjának egészségpszichológiai aspektusait mutatja be. Ez a betegcsoport okozza az egyik legnagyobb betegségterhet a népességben, másrészt talán ennek a pszichológiai aspektusai tanulmányozottak a legszélesebb körben. A kardiovaszkuláris betegségek prevenciójában egyaránt szükség van az orvosi ismeretekre és a viselkedést meghatározó pszichológiai elméletekre, amelyek közül a társas kognitív modellek adják jelenleg a legtöbb segítséget a prevenciós programok tervezőinek. A tanulmány továbbá áttekinti a klinikai és a populációs szintű intervenciókat is. A dolgozat másik jelentős tematikus egysége a kardiovaszkuláris rehabilitáció szakirodalmának az áttekintése, amelynek során a Szerző kitér az életmód toxikus elemeinek (dohányzás, táplálkozási szokások, fizikai inaktivitás) megváltozásában nyújtott támogatási vagy terápiás módszerek kérdéseire, valamint a pszichoszociális rizikókat (ellenségesség, A típusú viselkedés) megcélzó intervenciókra egyaránt. *Pápay Nikolett* tanulmányában a reprodukciós egészségpszichológia alapfogalmait foglalja össze, valamint részletesen tárgyalja a meddőséggel kapcsolatos problémákat a biopszichoszociális modell szemléleti keretében. A meddőség viszonylag magas prevalenciája, a vele együtt járó stressz, a meddőség kezelésével együtt járó hosszas orvosi beavatkozások és ezek költségei szükségessé teszik, hogy minél jobban értsük a probléma pszichoszociális aspektusait is nem feledve azt, hogy itt rendszerint nem csupán az egyén, hanem a pár problémájáról van szó. Így ezen a területen az egészségpszichológia szorosan érintkezik a családi és a párkapcsolatok vizsgálatával. A tanulmány ezúttal is a probléma intervenciók lehetőségeinek áttekintésével zárul. *Szita Bernadett* tanulmánya a menopauza jelenségét vizsgálja. A menopauza sok szempontból érdekes jelenség, egyrészt tipikus példa a természetes jelenségek medikalizációjára, másrészt a menopauzával való megküzdés és az ezzel kapcsolatos pszichés állapotok, mint például testi tünetek és a depresszió nemcsak biológiailag determináltak, hanem a különböző kultúrák között meglehetősen variabilitást mutatnak. A menopauzával kapcsolatban továbbá felvetődik az a kérdés is, hogy miért alakult ki, mi az evolúciós előnye. A tanulmány kitér ezeknek az elméleteknek a bemutatására is. A fejezet végén tárgyalt változó kori depresszió pedig jó példa a klinikai és az egészségpszichológiai területek közötti átmenetekre. A fejezet ezúttal is az intervenciók stratégiákkal zárul.

A kötet második, nagyobb egysége a gyógyító munka egyes pszichológiai sajátosságát tárgyalja részletesen. Az első tanulmányban a placebo pszichológiai kutatásának hazai szakértői, *Bárdos György* és *Köteles Ferenc* igen részletes áttekintést nyújtanak a placebo- és a nocebojelenség tudományos kutatásaiból. A placebojelenség megértése kritikus a gyógyítás szempontjából, hiszen leegyszerűsítve mondhatjuk, hogy szinte minden kezelésnek van nem specifikus összetevője. Az a mód, ahogyan a gyógyítás zajlik, meghatározza azt is, hogy milyen mértékben érvényesülnek a kedvező, azaz a placebo-, illetve a kedvezőtlen következmények, azaz a nocebohatások. *Riskó Ágnes* fejezetében a rákbetegeket gondozók pszichológiai megterhelését vizsgálja. A krónikus stressz kutatásában a stressz indikátorának tekintik sokszor a krónikus beteg

– pl. daganatos beteg vagy Alzheimer-kórban szenvedő – családtag gondozását. A gyakorlat szempontjából az is jelentős, hogy ne csak a betegek, hanem a betegek hozzátartozóira is figyeljünk. A hazai szakirodalomban hiánypótló módon a neves szakember gyakorlati tapasztalataival együtt mutatja be a vonatkozó szakirodalmat. *Mészáros Veronika* a professzionális gyógyítók mentális egészségét veszélyeztető kiégés jelenségével foglalkozik fejezetében. A kiégés egyaránt fontos jelenség egyfelől az egészségügyben dolgozók mentális és fizikai egészsége miatt, másrészt a klienssel való munka hatékonysága, a kliens gyógyulása vagy jólléte szempontjából, harmadrészt a kezeléssel kapcsolatos hibák és az ezzel járó jogi következmények és kártérítési perek növekvő száma miatt. Ráadásul a kiégés megelőzése és kezelése az a speciális terület, ahol a pszichológusok kliensei maguk a gyógyítók, azaz például az orvosok, ápolók, vagy maguk a pszichológusok. *Rigó Adrién és Költő András* fejezetének középpontjában az önségítés, a személy és a kisebb közösségek saját erőforrásainak mozgósítása áll. Jól felhasználva az önségítés egyéni és csoportos formái az egészségügyben dolgozók és pszichológusok munkáját komolyan segíthetik. Az önségítő csoport formájában például a hasonló sorsban osztozók lehetőséget kapnak az önfeltáráshoz, tapasztalatokat oszthatnak meg egymással, a problémáik normalizálására nyílik mód, valamint lehetőségük van a csoporthoz tartozásra is. Az önségítő csoportok továbbá különösen hasznosak lehetnek a stigmatizálódással együtt járó krónikus betegségek esetében. A fejezet az önségítés történetét és jellemző formáit mutatja be. Végül a kötet második nagyobb egysége *Varsányi Péter és Köteles Ferenc* tanulmányával zárul, amelyben a szerzők az alternatív és komplementer medicina hatókörét vázolják fel. Az egészségügyi ellátórendszerrel szembeni elégedetlenség, valamint a gyógyulásban való aktív szerep igénye járult hozzá a hazánkban leginkább természetgyógyászatnak nevezett, rendkívül eklektikus és sokszor vitatható hatékonyságú eljárások iránti növekvő igényhez. Bármilyen álláspontot is foglalunk el a természetgyógyászati eljárásokkal kapcsolatban, ismeretük és az irántuk felmerülő igény pszichológiai hátterének feltárása elengedhetetlen. A természetgyógyászati vagy néha csak annak titulált eljárások ugyanakkor vetélytársai a bizonyítottan hatékony pszichoterápiás és tanácsadási intervencióknak, mivel esetenként könnyebb és gyorsabb utakat ígérnek adott probléma megoldására, valamint a kliensek számára könnyebben elérhetők ezek a szolgáltatások.

Jelen második kötet bevezetőként szolgál a *Klinikai és Egészségpszichológiai Szakkönyvtár* sorozathoz, amelyben a gyakorló és a kutató szakemberek számára gyors áttekintést nyújtunk az egészségpszichológia egyes kérdéseiből. Jelen válogatást az ELTE Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszékén, valamint a Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszékén dolgozó oktatók, kutatók, doktoranduszok, valamint e tanszékkel szoros kapcsolatban álló gyakorló szakemberek összefoglaló, áttekintő munkáiból állítottuk össze. Ennélfogva bár ez a kötet nem képezheti le a hazai egészségpszichológiai kutatás széles és igen színes horizontját, ugyanakkor a fejezetek bevezetésével egyes témákról akár hiánypótló összefoglalót tud nyújtani az olvasónak.

A kötet hasznos olvasmány lehet egyrészt a pszichológusképzés minden szintjén, de haszonnal forgathatják mindazok a szakemberek, akik az egészségtudományok és az orvoslás más területein dolgoznak és tájékozódni kívánnak a klinikai egészségpszichológia számukra is érdekes fejleményeiről. Így ajánlhatjuk a kötetet pszichológusoknak, orvosoknak, egészségügyi szakdolgozóknak és főiskolai/egyetemi hallgatóknak, illetve a szakpszichológus-képzések hallgatóinak egyaránt.

Budapest, 2012. március 31.

A Szerkesztők

I.

KLINIKAI
EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIA

EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI ÉS TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK SZOMATIZÁCIÓS KÓRKÉPEKBEN¹

Jelen tanulmány fókuszában elsődlegesen azok az edukációs és terápiás megközelítések állnak, amelyek a krónikus szomatizáció megelőzésében, illetve kezelésében elterjedtek és hatásosnak bizonyultak vagy kecsegtető eredményekkel járnak. Először a szomatizáció fogalmát, majd a zavar kialakulásában és fennmaradásában szerepet játszó tényezőket mutatjuk be, ezeket elsősorban a terápia (rehabilitáció) szemszögéből szemléljük.

A szomatizációs tünetek előfordulása az egészségügyi ellátás minden szintjén – az alapellátás, a másodlagos (ambuláns, szakorvosi) és a harmadlagos (fekvőbeteg intézeti) ellátásban – jelentős. Az orvosi konzultációk kb. 1/5-e szomatizációs panasz miatt jön létre (FINK et al. 2004; RAINE et al. 2002). A jelentős női túlsúllyal jellemezhető szomatizációs kórképekben (LI et al. 1997) magas a komorbid zavarok (pl. depresszió,² szorongásos kórképek) előfordulása (KATON et al. 1991; LEIKNES et al. 2010).

A szomatizációs kórképek nagyrészt kizárásos diagnózison alapuló meghatározása (lásd alább a definíciónál) és az ezzel összekapcsolódó negatív pszichés és szociális következmények jelentős terhet rónak a betegre, az orvosra, és az egészségügyi ellátórendszerre. Továbbá a fogalomhoz kapcsolódó pejoratív jelentés, az előítéletes gondolkodás jelentős mértékben nehezíti a betegek megfelelő kezelését (lásd KULCSÁR–RÓZSA 2004; KULCSÁR–KAPUSI 2004).

Jelen tanulmány célja a szemléletformálás, valamint az egészségpszichológia leendő vagy aktuális művelői számára olyan ismeretanyag átadása, amely a gyakorlati munkát is segíti.

¹ Szeretnék köszönetet mondani Kulcsár Zsuzsanna professzorasszonynak, amiért figyelmemet erre az érdekes kérdéskörre irányította. Köszönöm szemléletformáló tanítását, konzultációit, gondolatait.

² Jelen tanulmányban nem térünk ki a szomatizációs zavarok komorbiditásának kérdésére. Érdeemes azonban megjegyezni, hogy a depresszió és a szomatizációs zavarok pszichobiológiai jellemzői között jelentős eltérések vannak (lásd RIEF et al. 2010 áttekintő tanulmányát). Ezt azért fontos kihangsúlyozni, mert korábban a szomatizációs tüneteket – főként, ha azokhoz depresszív hangulat is társult – maszkolt depresszióknak tartották (KIELHOLZ 1973).

A SZOMATIZÁCIÓ

Szomatizációs kórképekként tartjuk számon azokat a kórképeket, amelyek orvosilag megmagyaráz(hat)atlan testi tünetekkel jellemezhetők, vagyis a tünetek hátterében szervi elváltozás nem mutatható ki, a tünetek nem tulajdoníthatók sem pszichés megbetegedésnek (KIRMAYER–ROBBINS 1991), sem valamilyen pszichoaktív szer hatásának, sem hipochondriának (KIRMAYER–ROBBINS 1991). További kritérium, hogy a testi panaszok klinikailag jelentős szenvedéssel járnak (KROENKE et al. 1997) és minimum fél évig fennállnak. A DSM-IV-TR szomatoform zavarai közül a szomatizációs zavart, a differenciálatlan szomatizációs zavart és a krónikus fájdalomzavart soroljuk a szomatizációs kórképek közé. A szomatizációs zavar ún. alternatív diagnózisait, a szubszindrómális szomatizációs zavart (ESCOBAR–CANINO 1987; ESCOBAR et al. 1998; lásd KULCSÁR–RÓZSA 2004) és a multiszomatoform zavart (KROENKE et al. 1997; lásd KULCSÁR–RÓZSA 2004), valamint a funkcionális stresszbetegségeket (például a fibromialgiát, az irritábilis bélszindrómát [IBS], a krónikus fáradtság szindrómát [CFS], krónikus alhasi fájdalmat, többszörös kémiai szenzitivitást, WESSELY et al. 1999) is a szomatizációs kórképek közé soroljuk (lásd KULCSÁR–RÓZSA 2004). Felhívjuk a figyelmet azonban arra, hogy az általunk alkalmazott *szomatizáció* fogalmat nem tartjuk egyenértékűnek a szomatizáló oktulajdonítással vagy a Derogatis-féle (1977) tünetlista szomatizáció felfogásával. Ez utóbbi ugyanis szomatizáló tendenciaként az utóbbi egy hétre jellemző gyakori tünet-percepciót jelöli meg. Megjegyezzük, hogy szomatizáció testi betegség megléte mellett sem kizárt, ha az nem magyarázza a tünete(ke)t, vagy ha a tünet intenzitása vagy a mindennapi életvitelre gyakorolt hatása jóval erősebb, mint azt az elváltozás indokolná.

Az orvosilag megmagyarázhatatlan testi tünetek kialakulására kidolgozott modellek a 19. század közepéig nyúlnak vissza. A jelenség értelmezése vitathatatlanul tükrözi azt a kort – és társadalmi közeget –, amelyben a szomatizációs tünetegyüttesek megfigyelhetők (KIRMAYER 1996; KIRMAYER–YOUNG 1998/2004). Míg a 19. század végi és 20. század eleji modellek többségét a pszichoanalitikus elképzelések dominálják, addig a szomatizáció és az ezzel összefüggő kórképek – funkcionális stresszbetegségek – újabb kutatásai a jelenség hátterében álló biológiai, pszichológiai és szociális tényezők szerepét és azok interakcióját elemzik. Az orvosilag megmagyarázhatatlan testi tünetekkel jellemezhető kórképek etiológiájának meghatározása tehát túllépte azokat a főképpen korai és pszichoanalitikus elképzeléseket, miszerint az orvosilag megmagyarázhatatlan tünet feldolgozatlan, pszichés konfliktus testi csatornán való megjelenése, vagyis konverziós mechanizmus eredménye. Ez természetszerűleg nem azt jelenti, hogy a mai modellek elvetik a pszichés problémák szerepét. Jól tükrözi ezt Lipowski megközelítése, aki szerint a szomatizáció „tendencia pszichológiai állapotok vagy lelki tartalmak testi élmények, funkcionális változások vagy szomatikus metaforák formájában való átélésére, konceptualizálására vagy kommunikálására” (LIPOWSKI 1968, 143), valamint az orvosi segítség igénybevételére (LIPOWSKI 1988).

Bár a tudomány meghaladta a konverziós modellt, s a betegeket hisztériás, primitív személyiségműködéssel felruházó korai elképzeléseket, a mai szakirodalom is bővelkedik olyan definíciókkal, amelyek a szomatizációs tünetek mögött elsődleges és másodlagos betegségelőnyöket sorakoztatnak fel. Bass és Benjamin szerint „a hangsúly a testi tünetekre tevődik, miközben a *pszichoszociális problémák tagadása jellemző*. Ez a folyamat általában *előnnyel jár*; vagy a *felelősség alóli mentesség* által (primer előny, negatív megerősítés), vagy azáltal, hogy gondoskodást vált ki (másodlagos előny, pozitív megerősítés) vagy mindkét összefüggésben” (BASS–BENJAMIN 1993/2004, 536; kiemelés – K. Gy.). Egyes megközelítések szerint a pszichoszomatikus tünetképződés és a szomatizációs tünetképződés közötti legfőbb különbség éppen abban keresendő, hogy a beteg akár tudatosan, akár félig-meddig tudatosan remél-e betegségelőnyt a tüneteiből (lásd BÁRDOS 2003, 193–200 áttekintését). Ford (1983) emiatt a szomatizációs kórképek közé sorolja a szimulálást, a tettetést és a Münchhausen-szindrómát is, *mi viszont ezeket nem tekintjük szomatizációs kórképeknek*, Kirmayer és Robbins (1991), valamint Brown (2004) megközelítésével konzisztensen.

A kurrens modellek számos biológiai, elsősorban *központi idegrendszeri funkcionális eltérést* feltételeznek a tünetek hátterében (lásd KULCSÁR–KÖKÖNYEI 2004; DANTZER 2005; RIEF–BARKSKY 2005; FRIES et al. 2005), amit pszichológiai és szociális folyamatok, működésmódok erősíthetnek (BROSSCHOT 2002; THAYER–BROSSCHOT 2005), vagyis a szomatizációs tünetek kialakulása és fennmaradása nem tekinthető kizárólagosan „mentális eseménynek” (RIEF–BARKSKY 2005).

A szomatizációs tüneteket többen *stresszfüggő tünetek*ként értelmezik (pl. KIRMAYER–ROBBINS 1991; KIRMAYER–YOUNG 1998; BROSSCHOT 2002; DANTZER 2005; KULCSÁR–KÖKÖNYEI 2004). A tünetek kialakulásának folyamatában elsősorban a fenntartott stressz és az ezzel összefüggő pszichés és fiziológiai arousal játszik döntő szerepet (ERIKSEN–URSIN 2004). Minden olyan pszichológiai, biológiai és szociális jellemző tehát, amely a stressz tartósságát eredményezi – az egyéni hajlam függvényében –, potenciálisan hozzájárul (többek között) a szomatizációs problémák kialakulásához.

A *fenntartott stressz* – ami szabályozási zavar jeleként is értelmezhető – azonban csak az első lépés a szomatizációs problémák kialakulásában. Kritikus, hogy a stresszel összefüggő testi tünetek (pl. fejfájás, hátfájás, fáradtság, gyomorfájás, szapora szívverés) értékelése és értelmezése hogyan történik. Ebben a megközelítésben mutatjuk be a szomatizációval kapcsolatos kurrens ismereteket és kutatási eredményeket, vagyis azokat a biológiai (genetikai, neurológiai, pszichofiziológiai, immunológiai) és pszichológiai (személyiségműködési, figyelmi, attribúciós, affektív, viselkedési), illetve szociális és interperszonális tényezőket és folyamatokat, amelyek a szomatizáció kialakulásával és fennmaradásával kapcsolatosak. A szomatizációra hajlamosító, a zavart kiváltó, illetve fenntartó tényezőket egy másfajta megközelítésben Kirmayer és Young (1998/2004), Brown (2004) vagy Deary, Chalder és Sharpe (2007) mutatja be.³ Megjegyezzük, hogy vannak olyan tényezők, amelyek a fenntartott stressz és a tünetek kóros értékelésében, értelmezésében egyaránt szerepet játszanak.

³ Általánosan a tünetpercepcióra Pennebaker (1982), Cioffi (1991), illetve Gijber van Wijk és Kolk (1997) kínál modellt (magyarul lásd RÓZSA–KÖ 2007; RÓZSA 2009).

A SZOMATIZÁCIÓ KIALAKULÁSA ÉS FENNMARADÁSA

SZOMATIZÁCIÓ ÉS A FENNTARTOTT STRESSZ

A *neuroticizmus* (vagy az érzelmi instabilitás), a *fokozott érzelmi reaktivitás*, az *érzelmi distressz* (pl. szorongás, lehangoltság) mint hajlamosító (és mint fenntartó) tényező szerepel a szomatizáció szakirodalmában (lásd DEARY et al. 2007 munkáját). Megjegyezzük, hogy ezek a tényezők elsődlegesen akkor járulnak hozzá a stressz és az ezzel összefüggő pszichés és fiziológiai arousal fennmaradásához, ha a *szabályozási képességek deficitesek*. A nem megfelelő szabályozás kialakulásában biológiai, pszichológiai és szociális történések egyaránt azonosíthatók. Ezek közül kitérünk az alexitímia, a perszeveratív kogníciók és katasztrofizálás, valamint a korai kedvezőtlen tapasztalatok jelentőségére. A személyiségjellemzők közül a perfekcionizmust és a hipnabilitást tárgyaljuk.

Érdeemes előrevetíteni, hogy a korai kedvezőtlen tapasztalatok mind pszichés, mind biológiai útvonalakon keresztül rontják a szabályozási funkciók alakulását. Az egyéni hajlam és a későbbi fejlődési tapasztalatok függvényében a szabályozás alterált módjai különböző patológiák kialakulásához, például szomatizációs problémákhoz vezethetnek.

A korai kedvezőtlen tapasztalatok olyan hajlamosító tényezőkként értelmezhetők, amelyek közősek lehetnek a különböző szomatizációs kórképekben (lásd PARAS et al. 2009 metaanalízisét a szexuális abúzus és a funkcionális szomatikus szindrómák kapcsolatáról), ugyanakkor vannak olyan specifikus triggerek (kiváltó tényezők), amelyek az adott szindrómára jellemzőek. Ismert, hogy bizonyos fertőzések megnövelik az irritábilis bélszindróma (IBS) és a krónikus fáradtság szindróma (CFS) kialakulását. Az IBS előfordulásának esélyét a bélfertőzés (*Campylobacter*), míg a CFS kialakulásának esélyét szisztémás vírusos fertőzés (mononucleosis) és a fokozott pszichés distressz átélése növeli meg (MOSS-MORRIS-SPENCE 2006).⁴

A korai kedvezőtlen tapasztalatok mellett a *genetikai sérülékenység*, nevezetesen bizonyos neuroendokrin rendszerek genetikai variációja is közös lehet a különböző szomatizációs kórképekben. Egy újabb populációs kohorszvizsgálatban a szerotoninrendszer és a hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg (HPA) tengely működésével kapcsolatos gének és a tünetbeszámoló között találtak kapcsolatot (HOLLIDAY et al. 2010).

⁴ Ez nem azt jelenti, hogy minden IBS-ben vagy CFS-ben szenvedő személynél tapasztalható fertőzés a szomatizációs betegség kialakulása előtt. Ezek a betegek feltehetően sajátos alcsoportot képeznek az adott kórképen belül. Bárdos (2008) például úgy véli, hogy az IBS keletkezésében az első lépés valamilyen, a vékonybélben keletkező ingerület (pl. fertőzés, motilitásfokozódás, gázképződés, lokális irritáció), amely diszkomfortérzetet okoz. Ez a diszkomfort egyeseknél figyelmen kívül marad, míg másoknál a figyelmet magára vonva elindíthat egy önrontó kört, ami az IBS kialakulásához vezethet.

BIOLÓGIAI RENDSZEREK MŰKÖDÉSI ZAVARAI

A funkcionális stresszbetegségeket összefüggésbe hozták az alacsony HPA-tengely-aktivitással, vagyis az alacsony kortizolszinttel, vagy más néven *hipokortizolizmussal* (HEIM et al. 2000/2004; FRIES et al. 2005). Az alacsony kortizolszint stresszérzékenységgel, fáradtsággal és fájdalommal társul, s ez a három tünet a szomatizációs kórképek közös metszetét alkotja. A hipokortizolizmus bizonyos immunrendszeri folyamatok felerősödéséhez vezethet, nevezetesen proinflammátoros citokinek (TNF-alfa, IL-1, IL-6⁵) fokozott termelődését és felszabadulását okozhatja, amely az ún. *betegségviselkedés* (sickness behaviour) tüneteit eredményezi: pl. hiperalgéziát, lehangoltságot, fáradtságot és fejfájást (CHROUSOS 2000; lásd KÖKÖNYEI–ÚRBÁN 2003 összefoglalóját). Dantzer (2005) az *agyi citokinrendszer szenzitizációját*⁶ tartja a szomatizáció biopszichológiai bázisának. Dantzer (2005) szerint a korai életévekben a gyakori veszélyjelzések és/vagy a későbbi életévekben az ismételt környezeti stresszorok képesek az agyi citokinrendszert szenzitizálni. Ennek az eredménye az lehet, hogy a szenzitizálódott aktivitás a veszély elmúltával továbbra is fennmarad, illetve nem immunkihívások is erőteljes citokinfelszabadulást okoznak. A citokin-termelődés következménye a már említett betegségviselkedés tüneteinek tartós jelenléte. A szenzitizációs mechanizmus az amygdala működésében (BELL et al. 1992) is feltételezhető. A *szenzitizált idegrendszeri munkamód* (lásd KULCSÁR 2004a összefoglaló tanulmányát) a pozitív feedback szabályozás folytán fokozott stresszérzékenységgel, a negatív élmények csökkent toleranciájával társul, ami – értelem-szerűen – kedvez a fiziológiai és érzelmi arousal fennmaradásának.

A szomatizációs kórképekben egyre többen felvetik a vegetatív idegrendszer, nevezetesen az *alacsony vagális tónus* (vagyis az alacsony paraszimpatikus aktivitás) szerepét (BROSSCHOT 2002; TAK–ROSMALÉN 2010). Egy tizennégy vizsgálatot magában foglaló metaanalízis szerint irritábilis bélszindrómában, fibromialgiában és krónikus fáradtság szindrómában a kontrollszemélyekhez képest alacsonyabb kardiális vagális aktivitás detektálható (TAK et al. 2009). A csökkent paraszimpatikus aktivitás eredménye a fokozott arousal, továbbá ismert, hogy a csökkent vagális tónus érzelemszabályozási deficitekkel járhat együtt (PORGES 2001; 2007; HASTINGS et al. 2008).

A kurrens modellek és ismeretek (pl. CAMERON 2001; PRICE 1999) alapján Kulcsár (KULCSÁR–KÖKÖNYEI 2004) feltételezi, hogy a szomatizációs kórképek hangulati, érzelmi és viselkedési jellemzői az alterált stresszválasz következtében kialakuló *torzult viszcerális reprezentációval* (saját szóhasználatával viszcerális fantommal) hozhatók

⁵ TNF-alfa: tumor-nekrózis-faktor-alfa, IL-1: interleukin-1, IL-6: interleukin-6.

⁶ Az időfüggő szenzitizáció jelenségét Antelman (1994; idézi KULCSÁR 2004) nyomán olyan válaszfokozódásként definiáljuk, amely idegen, potenciálisan káros inger újbóli bemutatásakor – vagy pusztán az idő múlásával – figyelhető meg.

oki kapcsolatba. Stresszhelyzetben emiatt a szomatizációra hajlamos személyeknél az erőteljes negatív érzelmek és a kognitív működésmódok (pl. katasztrofizálás, lásd alább) a viscerális információk torzult leképeződésének kedveznek.

Stresszhelyzetben a *gondoskodó-oltalmazó válasz* (TAYLOR et al. 2000) és az ezt megalapozó *oxitocinfelszabadulás*, amely egyben antistresszhatással is jár (AMICO et al. 2008; KIRSCH et al. 2005), kivédhetné az alterált biológiai működésmódok hatását. Feltételezzük, hogy a szomatizációs problémák kialakulásának hátterében a gondoskodó-oltalmazó válasz deficitje állhat, amely korai kapcsolati problémákból, traumákból fakadhat (KULCSÁR-KÖKÖNYEI 2004).⁷

KORAI TAPASZTALATOK

Ismert, hogy a szomatizációt hagyományosan a traumákhoz kapcsolják (BREUER-FREUD 1895/1955; VAN DER KOLK et al. 1996/2004). Emellett egyre többen foglalkoznak a család diszfunkciója, a rossz szülői bánásmód és szomatikus tünetek gyakoribb előfordulásának kapcsolatával (pl. TERRE-GHISELLI 1997; LACKNER et al. 2004). A korai kedvezőtlen történések és a kötődési problémák nonspecifikus rizikótényezőknek tekinthetők, amelyek más biológiai és pszichés jellemzőkkel (lásd alább) együtt járulnak hozzá a fenntartott stressz és a szomatizációs kórképek kialakulásához.

A nem kielégítő korai gondozó-gyermek kapcsolat szenzitizálhatja a központi idegrendszer működését (BELL et al. 1992), megváltoztathatja a stresszrendszerek, így a hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg (HPA) tengely (GUNNAR et al. 2001; GUNNAR-DONZELLA 2002; DOZIER et al. 2006; CICHETTI-ROGOSCH 2001; HART et al. 1995) és a LC-NE rendszer működését (DE BELLIS et al. 1999) és/vagy szabályozásukat és a gondoskodó-oltalmazó választ megalapozó, antistressz hatású oxitocin (TAYLOR et al. 2000) felszabadulását (lásd részletesebben KULCSÁR-KÖKÖNYEI 2004; KÖKÖNYEI 2008).⁸ Érdemes megjegyezni, hogy a gyermekkori abúzus hatással lehet a fájdalomfeldolgozásban érintett agyi területek működésére. A korai abúzus függvényében Ringel és munkatársai (2008) irritábilis bélszindrómában rektális inger alkalmazásával, Noll-Hussong és munkatársai (2010) multiszomatiform zavarban szenvedő páciensek mintáján fájdalmat ábrázoló képek segítségével detektáltak különbséget az agyi aktivitásban.

⁷ Érdemes megjegyezni, hogy az oxitocin receptor genetikai variációja kapcsolatban áll a stresszreaktivitással. Rodriguez, Salow, Garcia, John és Keltner (2009) azt találták, hogy a G alléllal rendelkező homozigóták – akusztikus összerezzelési (startle) paradigmát alkalmazva – magasabb fiziológiai stresszreaktivitást mutattak, valamint az affektív reaktivitást mérő kérdőíven is magasabb pontszámot értek el, mint az A alléllal rendelkező homo- vagy heterozigóták.

⁸ A kötődésben szerepet játszó neuroanatómiai és neurokémiai mechanizmusokról Nelson és Panksepp (1998), valamint Schore (1994, 2001ab) ad részletes tájékoztatást, az oxitocin kötődésben játszott szerepét magyarul Varga (2009) elemzi.

A biológiai szabályozáson túl a korai tapasztalatok a pszichés szabályozó mechanizmusokra, nevezetesen az önkontrollfunkciókra és érzelmszabályozási folyamatokra is hatással vannak (SCHORE–SCHORE 2008).⁹

ÉRZELEMSZABÁLYOZÁSI DEFICITEK

Újabban Waller és Scheidt (2004, 2006) a szomatiform zavarok kialakulásában és lefolyásában az affektusszabályozás deficitjeinek oki szerepet tulajdonítanak. Az affektusok észlelésének és differenciálásának, illetve adekvát és egészséges módon való kifejezésének sérülését elsősorban az alexitímia és szomatizáció kapcsolatának empirikus kutatási eredményeire építik.

Az alexitímiát az *érzelmek átélésének deficitjeként* konceptualizálták, amit újabban az érzelmek csökkent kognitív feldolgozásával és szabályozásával (TAYLOR et al. 1991; AFTANAS et al. 2003; FRAWLEY–SMITH 2001) kapcsolnak össze. Bár az alexitímia szó szerint az érzelmek kifejező szavak hiányára utal, a fogalom ennél többet, bizonyos jellemzők együttes meglétét jelenti: 1. nehézségek az érzelmek felismerésében (azonosításában) és leírásában (másoknak való kommunikálásában); 2. nehézségek az érzelmek és az emocionális arousal testi jelei közötti különbségtételben; 3. visszafogott képzeleti tevékenység, melyet a fantáziavilág szegényessége jelez; 4. kifelé orientált kognitív stílus. Az érzelmek átélésének deficitje azonban nem feltétlenül jelenti az érzelmi élmény teljes hiányát; az alexitímiás személyek átélnek pozitív és negatív érzelmeket is, de ezek differenciálatlanok (TAYLOR et al. 1991). Az érzelmi élmény differenciálatlansága miatt a személy védtelen lesz az emocionális arousal fokozódás differenciálatlan állapotából eredő feszültségnövekedéssel szemben (BAGBY–TAYLOR 1997), így a stressz hatása mind pszichés, mind testi szinten tartóssá válhat.

Megjegyezzük, hogy De Gucht és Heiser (2003) metaanalízise szerint elsősorban a DIF, vagyis az érzelmek azonosításának nehézségei, és érzelmi arousal és a testi jelzések közötti különbségtétel zavarai hozhatók kapcsolatba a szomatizáció jelenségével. Saját vizsgálatunkban is azt találtuk, hogy a fibromialgiás nők rheumatoid arthritisszel

⁹ Ismert továbbá, hogy a korai traumák a disszociációs mechanizmusok előfordulásának esélyét megemelik (LIOTTI 1999; HERMAN 1992/2003). A disszociáció Janet (1907) eredeti fogalma szerint a személyes szintézis kudarcát jelenti, ami nem a traumára való emlékezés elleni védekezés, hanem magának a traumának a következménye. A trauma pszichológiai következményeinek egyike, hogy az integrált érzet fenntartásában szerepet játszó adaptív folyamatokat ássa alá. A másik ehhez kapcsolódó aspektusa, hogy a traumatikus esemény emléke tudat alatti szintre süllyed, de nem a trauma emléktől való védekezés miatt, hanem azért, mert soha nem érte el a tudatosság teljes szintjét. Van der Kolk és munkatársai (1996) ezt a jelenséget a mai terminológiával a deklaratív memóriefunkció deficitjével írják le, amely a hippocampus súlyos stressz alatti működésének gátlásából fakadhat (lásd KULCSÁR 2004b). A szomatizációs tünetek ebben a megközelítésben a trauma testi élményének kifejeződésekként is értelmezhetők (SCAER 2001). Jelen tanulmány kereteit azonban meghaladja a disszociáció és a szomatizáció kapcsolatának részletes elemzése.

diagnosztizált nőkhez képest magasabb pontszámokat értek el a DIF-dimenzió, valamint az implicit automatikus érzelemszabályozási deficiteket mérő kérdőíven (KÖKÖNYEI 2008). Érdeemes megjegyezni, hogy a DIF-dimenzió elsősorban a fájdalom affektív dimenziójával mutat kapcsolatot (HUBER et al. 2009).

NEGATÍV ESEMÉNYEK KATASZTROFIZÁLÁSA

A katasztrofizálás többféleképpen jelenik meg a szakirodalomban. Ellis (1957) – elsőként – a negatív események jelentőségének és fontosságának eltúlzásaként definiálta. Az explátoros stílus elméleti keretében (PETERSON–SELIGMAN 1987) a katasztrofizálás a globális oktulajdonításnak feleltethető meg. A globális oktulajdonítással élő személy úgy véli, hogy a negatív esemény (pl. egy elégtelen vizsga) hatása minden életterületére, szerepére (pl. barátokkal való kapcsolat) kiterjesztheti hatását.

Wickramasekera (1986) a fenyegetésészlelés magas kockázati modelljében a katasztrofizálást automatikus negatív anticipációként és az énrre vonatkozó jelentéstulajdonításként kezeli. Ez a túltanult és nagyrészt tudatos pszichés működésmód a stresszor negatív aspektusára irányítja és fókuszálja a figyelmet, aminek következtében az esemény előzményei és lehetséges következményei közül is a negatív aspektusok kapnak hangsúlyt. Ismert, hogy Beck (BECK et al. 2001) a kognitív torzítások közé sorolja, és a katasztrofizálás meghatározása szerint az, amikor a személy a lehető legrosszabb kimenetelt valószínűsíti.

A definíciók bármelyikét is alkalmazva könnyen belátható, hogy a katasztrofizáló személy a negatív esemény felnagyításával annak hatását tartóssá teszi. A katasztrofizálás hatására a stresszrendszerek aktivitása is erősödik (QUARTANA et al. 2010).

PERSZEVERATÍV KOGNÍCIÓK

A perszeveratív kogníciókat (BROSSHOT 2002; BROSSCHOT et al. 2005; BROSSCHOT et al. 2006) a stresszel/stresszorról kapcsolatos tartalmak kognitív reprezentációinak ismételt vagy krónikus aktivációjaként definiálhatjuk (BROSSCHOT et al. 2005). A perszeveratív kogníciók aggodalom, rumináció vagy anticipátoros stressz formájában jelenhetnek meg, és egyszerre tekinthetők stresszornak és a pszichoszociális stresszor hatását medialisáló tényezőnek (BROSSCHOT et al. 2006).

A kognitív reprezentációk ismételt vagy krónikus aktivációja tartós arousallel (URSIN 2000) és negatív affektivitással (gyakorta szorongással) jár együtt, ezért nevezhetjük ezeket kognitív-érzelmi szenzitizációs mechanizmusnak (BROSSCHOT 2002).

A stresszorok reprezentációinak aktiváltsága tartós készenléti állapotot teremt mind fiziológiai, mind pszichés szinten. Fiziológiai szinten a prolongálódott stresszreaktivitás három formában mutatkozhat meg: 1. anticipátoros válasz a potenciális stresszorra; 2. lassú

felépülés a stressz hatásaiból; (3) múltbéli stresszorokhoz kötődő aktuális aktivitás (BROSSCHOT et al. 2005). Érdemes kiemelni, hogy Brosschot és munkatársai (2006) szerint anticipált stresszorok esetén, vagyis amikor a személy krónikusan aggódik valamilyen, a jövőben esetlegesen bekövetkező esemény miatt, az immunrendszer működés módja is megváltozik. Emellett Brosschot (2002) szerint a perszeveratív kogníció egészségre gyakorolt hatásában az alacsony vagális tónus (vagyis az alacsony paraszimpatikus aktivitás) lehet a fiziológiai mediátor. Egyes kutatások arra utalnak (ZAUTRA et al. 2007; KÖKÖNYEI 2008), hogy fibromialgiások hajlamosabbak régi stresszorokon, elsősorban veszteségeken rágódni, vagyis a fibromialgiás betegek jobban figyelnek arra, hogy mi hiányzik az életükből.

PERFEKCIONIZMUS

A teljesítménnyel kapcsolatos magas szztenderdek megléte, illetve az ezzel kapcsolatos „mindent vagy semmit” gondolkodás (csak a tökéletes az elfogadható, minden más kudarcnak tekinthető) – érthető módon – képes tartóssá tenni az aktuális stresszort. Emellett jövőbeli teljesítményekkel kapcsolatos aggodalmat és a régi kudarcokon való ruminálását valószínűsíthet, vagyis a perszeveratív kogníciók (lásd fentebb) előfordulását emeli meg. Továbbá feltételezhetjük, hogy a perfekcionizmus kudarc esetén, ami egyértelműen negatív eseménynek tekinthető, növeli a katasztrofizálás valószínűségét (FLETT–HEWITT 2007).

A perfekcionizmus meglétét és szerepét elsősorban krónikus fáradtság szindrómában vizsgálták. Úgy tűnik, hogy a perfekcionizmus a betegek premorbid személyiségében tetten érhető (LEWIS et al. 1994; SURAWY et al. 1995; WHITE–SCHWEITZER 2000), ugyanakkor a perfekcionizmus a zavar kialakulása után a tünetek fennmaradásában is szerepet játszik (lásd FRY–MARTIN 1996; SURAWY et al. 1995).

HIPNABILITÁS

A hipnabilitás Wickramasekera (1986) fenyegetettségészlelés magas kockázati modelljében jelenik meg. Véleménye szerint mind a magas, mind az alacsony hipnabilitású személyek hajlamosabbak a szomatizációra. Egy újabb vizsgálat azonban inkább arra utal, hogy a hipnabilitás és a testi tünetek gyakori előfordulása között inkább lineáris kapcsolat van (YOUNGER et al. 2007).

A magas hipnabilitással jellemezhető személyek hajlamosak olyan eseményeknek is jelentőséget tulajdonítani, amelyek véletlenek vagy jelentés nélküliek, vagyis többletmintázat észlelésére. Mindemellett a magas hipnabilitás többletempátiával társul, vagyis a személy gyakran abszorbeálja mások negatív érzelmeit, fájdalmait, és hajlamosabb a perifériás figyelmet és a kritikus analitikus gondolkodási módot gyakran felfüggeszteni, ami a negatív érzelmelek felnagyítását eredményezi (WICKRAMASEKERA 1986; 1995) és potenciálisan hozzájárul a fenntartott stressz kialakulásához.

Wickramasekera (1986) továbbá úgy véli, hogy a magas hipnabilitású személyek felnagyítják a testi tüneteket, így a hipnabilitás nemcsak a fenntartott stressz kialakulásában, hanem a tünetek értékelésében és értelmezésében is szerepet játszik.

A STRESSZFÜGGŐ TÜNETEK FENNMARADÁSÁBAN SZEREPET JÁTSZÓ TÉNYEZŐK

FIGYELMI ÉS ATTRIBÚCIÓS FOLYAMATOK

A (fenntartott) stresszhez kapcsolódó fiziológiai arousalra, az ezzel együtt járó szomatikus és viscerális jelzésekre irányuló fokozott figyelem, vagyis a testfókusz fontos szerepet tölt be a tünetek tartóssá válásában (BARKSKY et al. 1988; BROWN 2004). Ez problémát akkor okozhat, ha a testi szenzációk felnagyítódnak és kórosként címkéződnek, vagyis *szomatoszenzorosan amplifikálódnak* (BARKSKY et al. 1988). Ekkor a testi tünetek értelmezésére elérhető ún. *perceptuális hipotézisekből* a nem megfelelő kiválasztására kerül sor (BROWN 2004), *szomatikus oktatájdónítás* történik. Gyakori, hogy a szomatizáló az egészséget a tünetmentességgel definiálják (RIEF et al. 1998), így egy „minor” tünet is a betegségeimét aktiválhatja. Ezt részben szocializációs tapasztalatok eredményezhetik. A szülők vagy közeli hozzátartozók krónikus betegségei vagy szomatiform zavarai erőteljesen alakítják a gyermek egészséghiedelmét és a testi működésre irányuló figyelmi fókuszot is erősítik (MARSHALL et al. 2007).

A szomatoszenzoros amplifikáció miatt az ártalmatlan ingerre való odafordulást nem követi habituáció, így a személy a „nem fontos” ingerről (testi tünetről) nem tudja elfordítani a figyelmét, emiatt hipervigiláns, defenzív stílusú munkamódba kapcsol (THAYER–FRIEDMAN 2002) és a környezetből származó ingereket tartósan fenyegetőnek észleli. A neuroticizmus és a negatív érzelmi reaktivitás ebben a folyamatban fontos szerepet tölthet be. Az érzelmi reaktivitás figyelmi torzításhoz vezethet (KOLK et al. 2003). Szignáldetekciós szóhasználatlaltal élve az érzelmileg reaktívabb személyek hajlamosak lehetnek a téves riasztásra, és emiatt aktuálisan, illetve visszamenőleg is több testi tünetről számolnak be (ARONSON et al. 2006).

Az interoceptív és szomatikus jelzések kóros megélésének hátterében tehát nem fokozott (és nem pontos) érzékenységek, hanem inkább érzelmi és kognitív mechanizmusok állhatnak (STEPTOE–NOLL 1997; NAKAO et al. 2007; MAILLOUX–BRENER 2002). Hasonló mechanizmust feltételez Bárdos is (2008; KÖTELES–BÁRDOS 2009). Úgy véli, hogy az orvosilag nem magyarázott tünetek a mindenki számára megtapasztalható – elsősorban a stresszhez, illetve a szorongáshoz társuló – diffúz zsigeri és szomatikus érzetek felerősödésével és tartóssá válásával jönnek létre. Hasonló elképzelést fogalmaz meg Rief és Barsky (2005). Úgy gondolják, hogy a testből származó ritka, ártalmatlan testi jelzések

már amplifikálódtak (pl. a szenzitizáció vagy a HPA-diszfunkció miatt) vagy a neurális szűrőmechanizmusok elégtelensége miatt érik el a tudatosság szintjét. Normális esetben ugyanis a neurális szűrőmechanizmusok miatt a legtöbb testi érzés nem tudatosodik. A neurális szűrőmechanizmusok hatékony működését csökkenti például a depresszív hangulat, a szelektív figyelem, az egészségszorongás, a figyelmet elvonó egyéb ingerek hiánya.

TÜNETEK KATASZTROFIZÁLÁSA

Fentebb már jeleztük, hogy a negatív események katasztrofizálásának milyen következményei lehetnek. Nemcsak a negatív eseményeket, hanem a testi tüneteket is lehet katasztrofizálni, ezáltal azokat krónikussá tenni, illetve fenntartani.

A tünetek közül elősorban a fájdalom katasztrofizálásával foglalkoznak. A krónikus fájdalommal társuló kórképekben az egyik legjelentősebb kognitív – fenntartó – tényezőnek tekinthető a fájdalom katasztrofizálása. A katasztrofizálás olyan eltúlzott „mentális szettként” értelmezik, amelyet a személy aktuális vagy anticipált fájdalom esetén aktivál és tart fenn (SULLIVAN et al. 2001). Azok a személyek, akik a fájdalomra fókuszálnak (vagyis *ruminálnak*), azok a fájdalmi élményt *felnagyítva* a fájdalommal való megküzdés lehetetlenségét élik meg (*tehetetlenség*) (SEVEREIJNS et al. 2004). Könnyen belátható, hogy a tünetek katasztrofizálása fokozott érzelmi arousalhoz vezet (KIRMAYER–YOUNG 1998/2004) és a fiziológiai stresszválasz tartóssá válását eredményezheti, illetve a figyelmet a testre irányítja.

ÉRZELEMSZABÁLYOZÁSI DEFICITEK

Az érzelemszabályozási deficitek nemcsak a fiziológiai és érzelmi arousalt tudják tartóssá tenni, hanem a tünetekre is hatással vannak. A negatív érzelmek megfelelő – szociálisan elfogadható – kifejezése, valamint a pozitív érzelmek fenntartásának képessége a stressz megfelelő kezelése mellett, úgy tűnik, hogy a tünetek intenzitásával is kapcsolatot mutat.

A *megfelelő érzelmkifejezés* is értelmezhető érzelemszabályozási folyamatként (BRIDGES et al. 2004). Fibromialgiában például kiderült, hogy a negatív érzelmek feldolgozása és megfelelő kifejezésének képessége alacsonyabb fájdalomszinttel és fáradtságérzéssel társul (VAN MIDDENDORP et al. 2008). Ez az implicit érzelemszabályozási forma (lásd GREENBERG 2007) biztosíthatja továbbá azt is, hogy az intenzív negatív érzelmek se társuljanak káros következményekkel. Tartósan fennálló fájdalomtünetek például gyakran társulnak dühvel/haraggal (OKIFUJI et al. 1999), ha a személy hajlamos ezeket habituálisan elnyomni, akkor magasabb fájdalomról számol be (VAN MIDDENDORP et al. 2010). Az érzelmkifejezés elnyomása hátterében az a hiedelem állhat, hogy a negatív érzelmek átélése vagy kifejezése elfogadhatatlan (RIMES–CHALDER 2010).

Újabban krónikus fájdalomban a *pozitív érzelmek fenntartásának képességét* mint érzelmszabályozási mutatót vizsgálják. Kiderült, hogy fibromialgiában az interperszonális konfliktusok okozta stresszperiódusokban a betegek a pozitív affektusok korábbi szintjét nem tudják fenntartani (ZAUTRA et al. 2005), pedig a magasabb pozitív affektivitás prospektíven alacsonyabb fájdalmi szinttel társul (ZAUTRA et al. 2005). Ezzel konzisztensen az affektusok dinamikus modellje (ZAUTRA et al. 2001) szerint a negatív érzelmek és a tünetek (különösen a fájdalomtünetek) között akkor lesz erős kapcsolat, ha az átélt pozitív érzelmek előfordulása és/vagy intenzitása alacsony. Ezeknek az elképzeléseknek és eredményeknek egyértelmű terápiás relevanciái vannak.

SZOCIÁLIS REAKCIÓK

A testi tünetek tartóssá válása egyrészt egyértelműen befolyásolja a betegek interperszonális és tágabb kapcsolatait (KIRMAYER–YOUNG 1998), másrészt a tüneti viselkedésre adott szociális válaszok, valamint a kultúra „előírásai” (lásd KIRMAYER 1984a; 1984b) és az adott társadalmi közeg (CSABAI 2007) pedig hatással vannak a tünetek alakulására.

A tünetek és a társuló depresszív hangulat és a negatív érzelmek a családi kapcsolatokat is megterhelhetik. A betegek gyakran élnek meg pszichés távolságot családtagjaiktól, és gyakorta az addig fontos referenciacsoportjaikkal (munkatársak, barátok) is elveszítik a kapcsolatot (STRUNIN–BODEN 2004; KOPP et al. 1995). Ez szociális kirekesztettséget vagy csökkent megbecsültségérzést (kapcsolati devalválást) eredményezhet, ami pedig a fizikai fájdalom és más tünetek fokozódását eredményezheti. Ugyanakkor kvalitatív vizsgálatok utalnak arra, hogy például krónikus fájdalommal küzdők családjában a közelség és az izoláció szakaszai váltakoznak egymással¹⁰ (SMITH 2003; SMITH–FRIEDEMANN 1999). A betegek és családtagjaik is nagyon szorosnak, gyakorta szimbiotikusnak írják le a kapcsolatukat egymással. Emiatt a családtagok könnyen identifikálódhatnak egymás problémáival (SMITH–FRIEDEMANN 1999), amely a többletempátia révén (lásd fentebb) a fiziológiai és emocionális arousalt is fokozza. A szoros közelséget vagy a beteg fájdalma „töri” meg egy időre, így kimarad néhány családi programból, vagy pedig a családtagok átmeneti „lázadása” ellensúlyozza a közelséget. Ezt gyakran büntudat és helyreállítási kísérletek követik (SMITH–FRIEDEMANN 1999). A családi működésmód fentebb bemutatott változásai konfliktusokat generálhatnak, és a házastársi konfliktusok forrása lehet az is, hogy a krónikus fájdalom gyakran csökkenti a szexuális libidót (SIMON–FOLEN 2001; STRUNIN–BODEN 2004; SMITH 2003). A konfliktusok okozta pszichés distressz, illetve a szabályozási elégtelenség (lásd fentebb) szintén a testi tünetek tartóssá válását eredményezheti.

Mind a túlságosan féltő (GIARDINO et al. 2003), mind pedig az elutasító reakciók (BOOTHBY et al. 2004) a katasztrofizálási munkamódot „konzerválhatják”. A túlságosan együttérző szociális környezet a fájdalom aktuális intenzitásáról való folyamatos érdek-

¹⁰ Ezt a gondolatot Angyal (1965/1980) autonómia-homonómia törekvések elképzelésével rokoníthatjuk.

lődéssel megerősíti a fájdalom kommunikálását. Ezzel szemben az elutasító, büntető környezetben a küldő (a beteg) azt észleli, hogy az információt nem észlelték (vagy vették figyelembe), így újra megismétli az üzenetet, esetleg fokozottabb verbális és nonverbális jelzésekkel együtt. Ebben az értelemben tehát a fájdalomviselkedés nemcsak a fájdalom intenzitását, hanem a szociális környezet reakcióját is tükrözheti.

Érdemes megjegyezni, hogy a házastárs reakciójával való elégedettség a katasztrofizálás és a fájdalom közötti robusztus kapcsolatot is csökkenti, illetve kivédi a katasztrofizálás okozta negatív érzelmek felerősödését (HOLTZMAN–DELONGIS 2007).

AZ ORVOS-BETEG KAPCSOLAT ÉS KOMMUNIKÁCIÓ

A szomatizációt fenntartó tényezők között tartják számon az orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció jellemzőit.

A *kizárásos diagnózis* és a szomatizáció fogalomhoz kapcsolódott pejoratív jelentés sok esetben megalapozzák a rossz orvos-beteg kapcsolatot (KULCSÁR–RÓZSA 2004; KULCSÁR–KAPUSI 2006). Gyakori hiba, hogy az orvos az egyébként nehéz esetnek tartott, aggodalmat, frusztrációt és bizonytalanságot keltő beteget (ROSENDAL et al. 2005; REID et al. 2001) a negatív leletek birtokában – és megnyugtatósképpen – egészségesnek nyilvánítja. A páciensre ez a hír azonban nem megnyugtatóan hat, orvosával elégedetlen lesz, mivel úgy véli, nem tett meg mindent annak érdekében, hogy kiderítse a tünetei és szenvedése valódi okát. Ez gyakran vezet az ún. *doctor shopping* jelenséghez, vagyis a beteg újabb és újabb orvost keres fel, amivel a iatrogén ártalmak esélye is nő. A krónikus szomatizáció kivédésében, illetve a szomatizáció kezelésében így nagy szerepet kap az orvosi kommunikáció fejlesztése (lásd alább).

TERÁPIA

Előjáróban érdemes megemlíteni, hogy a szomatizációs kórképek kezelésében sokszor a cél nem a teljes tünetmentesség elérése, hanem a beteg számára megfelelő életvitel kialakítása, illetve a munkaképesség visszanyerése, ebben az értelemben sokkal inkább rehabilitációról beszélhetünk. A szomatizációs kórképek megfelelő kezeléséhez elengedhetetlen az érintett személyek – orvosok, betegek, családtagjaik, pszichológusok – edukációja. Úgy tűnik, hogy az alapellátásban elsősorban az orvosok edukációjával lehet a szomatizációt kezelni, illetve a súlyosabb szomatizációs problémákat megelőzni, míg a másodlagos, illetve harmadlagos ellátásban már specifikus, a betegek számára kidolgozott, multidiszciplináris és multimodális egyéni vagy csoportos terápiával lehet a tüneteket csökkenteni, illetve az életminőséget javítani. Ezt a megállapítást támasztja alá az a tapasztalat, hogy az alapellátásban orvosilag nem magyarázott tünetekkel megjelenő betegek a pszichológiai kezelést nehezen fogadják el (ARNOLD et al. 2004),

míg a másodlagos és harmadlagos ellátásban (pl. BLEICHARDT et al. 2004) a különböző terápiák (pl. kognitív viselkedésterápia, lásd alább) elfogadása és hatása biztató eredményekkel jár. Továbbá úgy tűnik, hogy az alapellátásban magasan képzett ápolók is segíthetik a szomatizáló páciensek kezelését (LYLES et al. 2003).

Fink és Rosendal (2008) a tünetek súlyossága alapján egy lépcsőzetes kezelési modellt képzelnek el. Az enyhe vagy közepes mértékű és tartósságú panaszok esetén az alapellátásban dolgozó vagy a szakellátásban dolgozó orvos látja el a beteget, míg a komplikáltabb zavarok és súlyosabb, tartósabb panaszok esetében pedig kollaboratív és multidiszciplináris kezelési metódus keretében különböző szakemberek (pl. orvosok, pszichológusok) terápiás terv elkészítése után együtt kezelik a beteget. Optimális esetben olyan multimodális kezelési program kerül kidolgozásra, amely szomatikus, pszichoterápiás és rehabilitációs kezeléseket egyaránt tartalmaz (TÚRY-ÚJSÁSZY 2000). Tehát a kezelés és a kezelő személy(ek) megválasztása attól is függ, hogy a tünetek enyhe, mérsékelt vagy súlyos mértéket öltenek-e (TÚRY-ÚJSÁSZY 2000). Eszerint a betegeket a tünetek súlyossága alapján érdemes alcsoportokba osztani. Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke és Sharpe (2005) multidimenzionális klasszifikációs rendszert javasolnak. A tünetek súlyossága mellett azok típusa, száma és lefolyása (akut, krónikus, visszatérő), a mentális állapot (pl. szorongás, depresszív hangulat, illetve pszichiátriai diagnózisok), a kogníció (pl. katasztrofizálás, egészséghiedelmek), a viselkedéses és szociális korrelátumok (pl. akadályozottság, munkanélküliség, betegségelőnyök) és a patofiziológia jelenléte regisztrálása mellett érvelnek. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének gyakorisága is fontos információkkal szolgálhat (HILLER-FICHTER 2004).

Egy legújabb áttekintő tanulmányukban Tak és Rosmalen (2010) úgy véli, hogy a stresszrendszerek működése – így a HPA-tengely diszfunkciójának vagy a csökkent paraszimpatikus aktivitásnak (csökkent vagális tónusnak) a megléte vagy hiánya is – a betegek alcsoportokba osztását és a megfelelőbb terápia megtalálását segítené.

EDUKÁCIÓS PROGRAMOK ORVOSOK SZÁMÁRA

Először az orvosok számára kidolgozott edukációs programokat vagy tréningeket mutatjuk be. Az orvos-beteg kapcsolat, illetve kommunikáció jellegzetességei egyértelműen befolyásolják a betegség alakulását. A szomatizációs kórképekben (és a szomatiform zavarokban általában) az orvosnak el kell kerülnie a konzultáció során azt a mondatot, hogy „ön egészséges”, hiszen ezzel a beteg tüneteinek validitása kérdőjeleződik meg. Ennek megfelelően a negatív vizsgálati eredmények közlése, a szavak megválasztása kritikus lehet. A szenvedés elismerése és elfogadása nagyban segítheti az orvos-beteg kapcsolat megfelelő alakulását, ezzel elkerülhető az orvosi rendelők indokolatlan látogatása, illetve számos más orvos felkeresése. Továbbá fontos, hogy a betegek megfelelő magyarázatot kapjanak a tüneteik kialakulására.

A megfelelő kommunikációhoz elsőként szükséges, hogy az orvosok felismerjék, hogy szomatizációs problémáról van szó, és megfelelő ismeretekkel rendelkezzenek a zavar etiológiáját és kezelését illetően. Ezek az alapellátásban dolgozó orvosok részére kidolgozott intervenciók mindegyikében helyet kapnak. A megfelelő információk és a tréningek gyakorlati tudásának biztosításától az intervenciók kidolgozói azt remélik, hogy az orvosok attitűdje pozitív irányba változik, a iatrogén ártalmak csökkennek, és az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele és az ezzel járó költségek egyaránt csökkennek. Magyarul Pilling és Cserháti (2005) mutatja be, hogyan kell a szomatizáló páciensekkel a mindennapi orvosi gyakorlatban kommunikálni.

Fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy előfordulhat, hogy a szomatizálónak tartott páciensről később kiderül, hogy tünetei organikus eredetűek. Mindez megerősíti a jó orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció fontosságát. A megfelelő kapcsolat kivédi a „doctor shopping” viselkedést, és a rendszeres konzultációk lehetőséget teremtenek arra, hogy kiderüljön ténylegesen szomatizációs eredetű-e a tünet vagy sem.

A KONZULTÁCIÓS LEVÉL

A szomatizáció kezelésére és az orvos-beteg kapcsolat javítására kidolgozott minimális intervenciót egy, az orvosnak szóló konzultációs levél képezi (SMITH et al. 1986; KASHNER et al. 1992). A levél a szomatizáló páciensek jellemzőit, illetve számukra javasolt megfelelő ellátás alapelveit tartalmazza, annak érdekében, hogy az orvos a szomatizáció kritériumainak megfelelő beteget azonosítani tudja. A levélben azt javasolják az orvosnak, hogy a szomatizáló beteggel a konzultációknak rövideknek, de rendszereseknek kell lenniük. Az orvosnak el kell érnie, hogy a beteg csak az előre megbeszélte találkozón jelenjen meg, és a beteg aggodalmának fokozódása ne vezessen egy előre nem egyeztetett találkozáshoz. Természetesen az orvosnak ki kell zárnia a testi betegséget, de minden vizsgálat, kórházba utalás, műtét csak indokolt esetben végezhető, csak a beteg megnyugtatója céljából nem szabad semmilyen vizsgálatot végezni. A levélben arra biztatják az orvost, hogy ne kezelje a beteg problémáját „képzeltnek”, vagyis olyanak, ami csak a beteg fejében létezik. Ez az egyszerű intervenció a páciensek fizikai funkcionálásának javulásával társult (SMITH et al. 1995; DICKINSON et al. 2003), de a randomizált kontrollvizsgálatok száma kevés (KROENKE 2007).

TRÉNINGEK

Az orvos-beteg együttműködést és kommunikációt javító ún. *reattribúciós tréning* alapelveit Goldberg, Gask és O'Dowd (1989) dolgozta ki. A kognitív viselkedésterápiás elvekre épülő módszer lényege az, hogy a páciens megfelelő segítséget és támogatást kapjon tünetei kialakulásának megértéséhez, és a tünetek fennmaradását

eredményező önrontó körök megszakításához. Ezt a modellt fejlesztette tovább Fink, Rosendal és Toft (2002). Ez az alapvetően edukációs program három céllal jött létre: 1. a funkcionális zavarokkal kapcsolatos korszerű tudás átadása; 2. az orvosok általános interjútechnikáinak fejlesztése és a funkcionális zavarok kezeléséhez szükséges speciális ismeretek átadása; 3. valamint a szomatizációval kapcsolatos attitűd megváltoztatása, formálása.

A *kiterjesztett reattribution és kezelési modell* (The Extended Reattribution and Management, a továbbiakban TERM) keretében kialakított tréning során tehát általános interjútechnikát tanítanak az orvosoknak, különös hangsúllyal az aktív hallgatás technikájára. A tréning során nagy hangsúlyt kap, hogyan kell mentális állapotokra, zavarra, funkcionálásra, elvárásokra rákérdezni, illetve hogyan kell az akut, szubakut, illetve krónikus szomatizálókat kezelni, illetve utánkövetni. A modell centrális eleme továbbá a szomatizáció biológiai alapjainak a megismertetése az orvosokkal. A reattribution modell, illetve kiterjesztett változatának hatékonyságvizsgálatára még alapvetően kevés példa van. Egy német randomizált kontrollvizsgálatban (LARISCH et al. 2004) a reattribution tréning hatását egy három hónapos utánkövetési periódusban elsősorban a fizikai tünetek javulásában tudták tetten érni, de a hatás kismértékűnek bizonyult. A TERM-modell keretében végzett tréning randomizált kontroll hatékonyságvizsgálatában a háziorvosok attitűdjének kedvező irányba történő változását detektálták (ROSENDAL et al. 2005). Emellett a tréninget követően az orvosok a funkcionális tüneteket nagyobb mértékben tudták azonosítani (ROSENDAL et al. 2003) és a tréninget elvégző orvosokkal a szomatizáló betegek is elégedettebbek voltak (FROSTHOLM et al. 2005).

Egy spanyol csoport (GARCÍA-CAMPAYO et al. 2002) Smith (SMITH et al. 1986) alapelveire építve az alapellátásban dolgozó családorvosok számára fejlesztett ki egy olyan tréninget, amely az *orvosok kommunikációs képességeit* javítva célozza meg a krónikus szomatizáló páciensek kezelését. A tréning során az orvosok megtanulják szerepjátékok, videovisszanézés, -elemzés segítségével, hogyan konzultáljanak a szomatizáló páciensekkel, hogyan támogassák a páciensek családját, és milyen módon lehet a beteget „továbbküldeni” pszichiáterhez, pszichológushoz.

A tréning célja, hogy tíz területen javítsa az orvosok kommunikációját, kérdéses technikáját, ezáltal javítva az orvos-beteg kapcsolatot, illetve együttműködést. A tréning során azt tanulják meg az orvosok, 1. hogyan derítsék ki a páciens elképzelését a betegségéről; 2. hogyan fejezzék ki, hogy a tüneteket valódinak tartják; 3. hogy elmondják, hogy ennek a betegségnek neve is van; 4. és egy jól ismert probléma; 5. amely azonban nem jár megnövekedett mortalitási rizikóval. Az orvosnak 6. el kell magyaráznia a zavar biológiai és pszichológiai alapjait, mindezt úgy; hogy 7. a beteget ne hibáztassa a panaszok kialakulásáért; 8. mégis elnyerje a beteg aktív együttműködését a panaszok kezelésében; 9. hangsúlyozva a stresszcsökkentő eljárások elsajátítását. Végül 10. az orvosnak nagy szerepe van abban, hogy a beteg elhiggye, van remény egy jobb életminőség kialakítására. A spanyol csoport úgy véli, hogy a programjuk több ponton különbözik a reattribution tréningtől. Ez utóbbi inkább az akut és szubakut szomatizáció, míg a sajátjuk a krónikus

szomatizáció kezelésében javítja az orvos-beteg együttműködést. Ugyanakkor érdemes megjegyezni, hogy a TERM keretében (FINK et al. 2002) már a krónikus szomatizáció kezelésére vonatkozó irányelvek is benne vannak.

A BETEGEK TERÁPIÁJA

A szomatizáló betegek kezelésében alkalmazott módszerek közül a legtöbb adat a *kognitív viselkedésterápia* hatékonyságával kapcsolatban van. De számos módszert kipróbáltak, többet, például a hipnoterápiát vagy a jelentudatosságra (mindfulness) épülő technikákat (lásd alább) biztató sikerrel alkalmazzák. Valamilyen *stresszcsökkentő eljárás* – például relaxáció, jelentudatosságra építő meditáció, expresszív írás – alkalmazása logikusnak tűnik, ha a szomatizációs tüneteket stresszfüggő tünetekként kezeljük. Ezeknek az eljárásoknak az egyik célja az érzelmi élet egyensúlyának megteremtése – a negatív érzelmek hatásának csökkentése és a pozitív érzelmek előfordulásának növelése.

Előljáróban érdemes megjegyezni, hogy a *multimodális terápiák* alkalmazása tűnik ígéretesnek. Krónikus fáradtság szindrómában például a kognitív viselkedésterápia, a fokozatos terhelés módszere és a jelentudatosságú meditáció (éberség-meditáció, lásd alább) együttesen jobb hatást eredményez, mint önmagában a relaxáció (THOMAS et al. 2008).

Ismert, hogy a *komorbid zavarok* – pl. depresszió, szorongásos zavarok, poszttraumás betegség – előfordulása magas, ezek megfelelő kezelése is szükséges a terápiában. Továbbá, ha a beteg élettörténetében valamilyen *trauma* azonosítható, akkor ennek a feldolgozása, a jelentésének elaborációja (ARND-CADDIGAN 2003), koherens narratívum megalkotásának segítése (VAN DER KOLK et al. 1996) elengedhetetlen a szomatizációs tünetek kezelésében.

KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIA

A szomatizációs kórképek esetében legtöbbször a kognitív viselkedésterápia (KVT) alkalmazhatóságát tesztelték. Kroenke (2007) a DSM szomatoform zavarai között szereplő szomatizációs kórképek terápiájának hatékonyságvizsgálatait tekintette át. Az 1966 és 2006 között lefolytatott randomizált kontrollvizsgálatok alapján úgy tűnik, hogy a szomatizációs zavar, illetve az alternatív diagnózisok (szubszindrómális szomatizációs zavar, multiszomatoform zavar) esetében a kognitív viselkedésterápia hatékonysága melletti bizonyítékok biztatóak.

Az egyes funkcionális stresszbetegségek (vagy funkcionális szomatikus szindrómák) esetében is a KVT kiemelt helyen áll. Például a krónikus fáradtság szindróma (lásd ASZALÓS 2005), irritábilis bélszindróma (DROSSMAN et al. 2003) kezelésében. Egyes

kórképekben – például pszichogén, nem epilepsziás rohamokban (LAFRANCE et al. 2009) – a KVT-t akár kézikönyv segítségével lehet végigvinni.

A terápiák esetében fontos szempont, hogy hosszú távon mennyivel csökkenthetők a zavarral összefüggő, az egészségügyi ellátást terhelő költségek. Hiller, Fichter és Rief (2003) a KVT-t értékelte ilyen szempontból. Azt találták, hogy szomatiform zavarban szenvedő harmadlagos ellátásban részt vevő betegek esetében a kórházi kezelést kapó mintán az egészségügyi költségek kétéves periódust figyelembe véve kb. 25%-kal, az ambuláns kezelésben részesülőknél kb. 37%-kal csökkentek. A munkaképtelen napok számának csökkenésével kb. 35%-kal csökkentek az indirekt szocioökonomiai terhek is.

A terápiákban alkalmazott módszerek közül érdemes néhányat külön kiemelni: például a *tünetnapló* alkalmazása hasznosnak tűnik. A betegnek bizonyos időszakon keresztül rögzíteni kell, hogy a tünetei milyen erősséggel és mikor jelentkeztek, milyen esemény történt éppen, milyen érzelmi állapotban volt. Értelemszerűen az adott zavarhoz igazodik a napló felépítése, például krónikus fáradtság szindróma kognitív terápiás kezelésénél a betegnek ún. energianaplót kell vezetni (lásd ASZALÓS 2005). Az energianaplóban a kliensnek rögzítenie kell, hogy mikor, mit, mennyi ideig csinált, és mennyi energiát érzett magában. Ezek a tapasztalatok segítik az aktivitások megtervezését, illetve rámutatnak arra, hogy a beteg fáradtságérzését milyen tevékenységek fokozzák, illetve csökkentik.

A terápia fontos része az átmeneti *visszaesésre való felkészítés*. Fontos, hogy ezt a beteg ne a kezelés kudarcának tekintse, hanem a gyógyulási, javulási folyamat szerves részének élje meg.

Flett és Hewitt (2007) szerint a *perfekcionizmus gátja* lehet a javulásnak, így a perfekcionista automatikus gondolatok azonosítása, illetve a tökéletes teljesítmény mint elvárás mögötti hiedelemmel és maladaptív sémával való foglalkozás fontos részét képezi a terápiának.

Egy újabb vizsgálatban az *internetalapú kognitív terápia* hatását tesztelték (HUNT et al. 2009). Az öthetes, öt modulra (edukáció, stresszkezelés, katasztrofizáló gondolatok, elkerülő viselkedés, illetve az IBS szociális következményeiről kialakított hiedelmek megkérdőjelezése) épülő beavatkozás IBS-ben a várólistás kontrollhoz képest statisztikailag és klinikailag is jelentőst javulást eredményezett a tünetekben és az életminőségben.

FÓKUSZÁLT TERÁPIÁS MEGKÖZELÍTÉSEK

Fentebb láthattuk, hogy a fájdalomtünetek szinte mindegyik szomatizációs kórképben előfordulnak, és bizonyítékokat sorakoztattunk fel amellett (lásd KÖKÖNYEI 2008), hogy a fájdalomkatasztrofizálás a fájdalomélmény egyik jelentős magyarázótenyezője. A fájdalomkatasztrofizálás csökkentésére Thorn, Boothby és Sullivan (2002) elsősorban kognitív viselkedésterápiás elveken nyugvó, edukációs tréninget dolgoztak ki. A módszert a stresszmanagement tréning, a depresszió kognitív terápiája, a fájdalomkatasztrofizálás közösségi megküzdési modellje (lásd KÖKÖNYEI 2008) és az asszertív tréning

alapelvei mentén dolgozták ki. A tréning céljai: 1. a stresszes események címkézésének és értelmezésének megváltoztatása; 2. a fájdalom fellángolásait csökkentő eltérő gondolkodási módok elsajátítása; 3. a szociális és emocionális támogatás elnyerésének olyan adaptív formáinak az elsajátítása, amelyek nem fokozzák a fájdalom intenzitását vagy előfordulási gyakoriságát. A tréning üléseinek célját a szerzők nyomán az 1. táblázatban foglaljuk össze.

1. táblázat. A fájdalomkatasztrofizálás csökkentésére irányuló tréning elemei
Thorn és munkatársai (2002) nyomán

Cél	Javasolt eljárás, módszer
1. Kapcsolatteremtés és a terápia alapelveinek megbeszélése	1. Rapportépítés 2. A terápia alapelveinek és lehetséges hasznának megvitatása a tagok aktív részvételével
2. A stressz és fájdalom között fennálló kapcsolat megvitatása	3. Listakészítés a stresszhelyzetekről 4. A különböző stresszorok kihívásként, fenyegetésként és veszteségként való értékelésének lehetőségei 5. A kognitív folyamatok és az értelmezés szerepe annak meghatározásában, hogy mit tekintünk stressznek 6. Csoporttagok saját példái olyan esetekre, amikor a fájdalom fokozódott stresszélmény alatt
3. Katasztrófizáló gondolatok azonosítása	7. A katasztrofizálás koncepciójának bemutatása 8. Automatikus gondolatok feltárása, különös hangsúllyal a fájdalommal kapcsolatosakra 9. A negatív gondolatok, az érzelmek és a viselkedés közötti összefüggés megbeszélése
4. A katasztrofizáló gondolatok megkérdőjelezése és lecserélése	10. Negatív gondolatok érvényességének értékelése 11. A negatív gondolatok következtében fellépő következmények megvitatása 12. A Diszfunkcionális Gondolatok Napló bemutatása és a gondolatok lejegyzésének gyakorlása 13. Ösztönzés a gondolatok lejegyzésére aktuálisan az ülésen, illetve később, otthon
5. A katasztrofizáló gondolatok megkérdőjelezése és lecserélése	14. A katasztrofizáló gondolatok felváltása adaptívabb gondolatokkal 15. Adaptív gondolatok megfogalmazása a csoporttagok aktív részvételével 16. A Diszfunkcionális Gondolatok Napló használatának gyakorlása

6. *A katasztrofizálás mint megküzdési mód hasznosságának felderítése*

7. *Adaptívabb megküzdési módok elsajátítása az interperszonális szükségletek kielégítésére*

8. *A tanult készségek gyakorlásának elősegítése és a kezelés lezárása*

17. Megbeszélés – a katasztrofizálás alkalmazásának módjai a problémákkal való megküzdésben (pl. fájdalom vagy distressz jelzésére segítséget és támogatást kaphatunk másoktól)

18. Megbeszélés – a katasztrofizálás mint megküzdés előnyei és hátrányai

19. A csoporttagok bátorítása, alternatív megküzdési módok megfogalmazására, a problémák kezelésére vagy a fájdalom kommunikálására, és a különböző lehetséges módszerekből egy lista összeállítása

20. A megküzdési módokról összeállított lista felidézése az asszertivitástréning felvezetéséhez

21. Asszertív készségek egymás utáni bemutatása, olyan szituációk gyűjtése, amelyekben ezek jól alkalmazhatók

22. Asszertív készségek használatának gyakorlása szerepjátékkal

23. A résztvevők bátorítása arra, hogy fogalmazzák meg a tréning mondanivalóját (komponenseit)

24. Az észlelt javulás és a még fejlesztésre szoruló területek megbeszélése

25. A készséggyakorlás fontosságának hangsúlyozása

RELAXÁCIÓS MÓDSZEREK

A relaxációs módszerek – pl. autogén tréning, progresszív relaxáció – sokfélesége miatt nehéz a különböző eredményeket egymással összevetni. A relaxáció mint stresszcsökkentő eljárás alkalmazása önmagában, más módszerbe ágyazva vagy a multimodális kezelés részeként is elterjedt. A relaxációs módszerek alkalmazása az alapellátásban a betegek edukációja mellett hatásos lehet, ugyanis a „stresszkezelés” elfogadottabb a betegek körében, mint a pszichoterápia. A relaxáció hatását vizsgálták például nem kardiális eredetű mellkasi fájdalomban (LAHMANN et al. 2008), tenziós fejfájásban (D'SOUZA et al. 2008; ZSOMBÓK 2007; ZSOMBOK et al. 2003), gyermekkori visszatérő hasfájásban (WEYDERT et al. 2006).

A biofeedback eljárások különösen azokban a szomatizációs kórképekben lehetnek hasznosak, ahol az izomkontrakció hozzájárul a tünetek fennmaradásához, illetve exacerbációjához, például krónikus derékfájdalomban (KAPITZA et al. 2010) vagy tenziós fejfájásban (lásd NESTORIUC et al. 2008 metaanalízisét). A diszfunkcionális izomműködéssel jellemezhető kórképekben – pl. a krónikus prostatitis vagy a krónikus alhasi fájdalom egyes típusainál (CORNEL et al. 2005) – is hatásosnak tűnik ez az eljárás.

JELENTUDATOSSÁGRA ÉPÍTŐ TERÁPIÁS MÓDSZEREK

A jelentudatoságra¹¹ (vagy az éber figyelemre) alapozó stresszcsökkentő eljárásokat (mindfulness-based stress reduction; MBSR¹²) először a krónikus fájdalom kontrollálására alkalmazták (lásd KABAT-ZINN 2003), mára azonban számos zavar kezelésében bevett eljárás (TEASDALE et al. 2002; ROEMER et al. 2005). Újabban funkcionális stressz-betegségekben, így például fibromialgia (WEISSBECKER et al. 2002) és krónikus fáradtság szindróma (SURAWY et al. 2005) terápiájában is alkalmaznak jelentudatoságra építő technikákat, vagy kifejezetten a Kabat-Zinn által kifejlesztett MBSR-technikát. Bár a technika vagy eljárás hatékonyságának vizsgálata még csak az utóbbi időben kezdődött meg, és randomizált kontrollvizsgálatok nagy számban nem állnak rendelkezésre, de az eredmények biztatóak (lásd BAER 2003 áttekintését), például úgy tűnik, hogy ez a módszer a ruminatív gondolatok előfordulását csökkenti (JAIN et al. 2007).

Weissbecker és munkatársai (2002) az MBSR-t követően randomizált vizsgálatukban fibromiálisok körében a várólistás kontrollcsoporthoz képest a koherenciaérzék (ANTONOVSKY 1987) emelkedését detektálták. Sephton és munkatársai (2007) randomizált kontrollvizsgálatukban pedig szintén a várólistás kontrollcsoporthoz képest a depresszív hangulat csökkenését bizonyították. Úgy tűnik, hogy az MBSR-kezelés hatása hosszú távon is fennmaradhat. Egy német vizsgálat (GROSSMAN et al. 2007) fibromiálisok körében az MBSR-tréning (a szociális támogatásban részesülő kontrollfeltételhez viszonyítva) kedvező hatását azonosították a fájdalomélményre, a fájdalommal való megküzdésre, az életminőségre, a szomatikus panaszokra, valamint az érzelmi életre (szorongás és depresszió), amely a tréning után három évvel (!) is fennmaradt. A kedvező változások hatásmérete figyelemre méltó: a tréninget követően 0,40 és 1,10 közöttiek, míg három év múlva 0,50–0,65 között mozogtak. Egy újabb vizsgálatban (LUSH et al. 2009) az MBSR szimpatikus idegrendszerre gyakorolt hatását tesztelték. Bár a vizsgálat elemszáma alacsony volt ($n = 24$) és hiányzott a kontrollcsoport, érdemes megjegyezni, hogy a tónusos és a meditáció alatt mért bőrvezetési válasz csökkent a terápiát követően.

Egy kanadai vizsgálatban (SAMPALLI et al. 2009) fibromialgia mellett többszörös kémiai szenzitivitásban és krónikus fáradtság szindrómában a pszichológiai distressz csökkenését tapasztalták az MBSR-kezelést követően, illetve három hónappal később, míg a várólistás kontrollcsoportban a pszichológiai distressz mértéke nem változott.

¹¹ A mindfulness (jelentudatoság) egy nonelaboratív, ítéletmentes jelen élményeire összepontosító tudatosági mód, amelyben a figyelem terében felbukkanó gondolatok, érzések, szenzációk elismerése és elfogadása a maguk valójában történik (BISHOP et al. 2004; KABAT-ZINN 2003), a valóság torzítása nélkül. Ez a fajta mentális mód vagy ez a fajta pszichológiai folyamat lehetővé tesz egy sajátos önfigyelést és önmegismerést, megpedig úgy, hogy távolság iktatódik a percepció és az arra adott válasz közé, egyfajta decentrált tudással gyarapodik a személy (BISHOP et al. 2004), amely a nem reaktív módú működést erősíti. De a mindfulness nem egyfajta önmonitorozási feladat vagy folyamat (KABAT-ZINN 2003), inkább experientális nyitottságot tesz lehetővé a jelen pillanat élményére (és az ében zajló folyamatokra), amely csökkentheti az elkerülő válaszokat, a fájdalom és a kellemetlen gondolatok jobb elfogadásával s egyben jobb tolerálásával társul.

¹² A jelentudatoságra építő meditációt Kabat-Zinn (1994/2007) magyarul is megjelent művében (*Bárhová mérsz, ott vagy*) éber figyelmen alapuló meditációnak fordították.

Surawy és munkatársai (2005) krónikus fáradtság szindrómában a szorongás és a fáradtság érzésének csökkenését tapasztalták a vizsgálati csoportban a várólistás kontrollcsoporthoz viszonyítva. A csökkenés mindkét esetben nagymértékű volt (hatásméret 0,85, illetve 0,93). Egy újabb előzetes vizsgálatban (nem volt kontrollcsoport) irritábilis bélszindrómában is kedvező eredményekről számoltak be, a tünetek a terápiát követően csökkentek, s a kedvező eredmények hat hónap múlva is kimutathatóak voltak (LJÓTSSON et al. 2010).

Feltételezhetjük, hogy szomatizációban a jelentudatosságra építő meditáció lehetőséget teremt arra, hogy a zavaró szenzációk szemlélése a hozzájuk tapadt érzelmi és kognitív reakciókról (pl. katasztrofizálásról, lásd fentebb) leváljanak, így a tünetek átélése nagyfokú érzelmi reaktivitás nélkül válik lehetővé (lásd KABAT-ZINN 2003), amely jobb alkalmazkodást tesz lehetővé. Vagyis az interoceptív ingereknek való ismételt kitettség és a mindfulness mentális beállítódása együttesen jobb alkalmazkodást valószínűsít.

ÉRZELMI ÖNFELTÁRÁS (EXPRESSZÍV ÍRÁS)

Az expresszív írás során – az eredeti paradigma szerint – a személyeket arra kérik, hogy négy napon keresztül napi tizenöt percben életük legfontosabb, distresszelő eseményeivel kapcsolatban tárják fel gondolataikat és érzelmeiket, míg a kontrollcsoportnak valamilyen semleges témáról, pl. időbeosztásról kell írni. Amióta Pennebaker és Beall (1986) demonstrálta, hogy ez a minimális intervenció javítja a testi egészséget, azóta számos mintán alkalmazták ezt az eljárást. A módszert különböző módosításokkal is vizsgálták, például a személyeket arra kérték, hogy pozitív történeésekről (pl. LYUBOMIRSKY et al. 2006) vagy betegség esetén előnytalálásról (pl. DANOFF-BURG et al. 2006) írjanak. Az utóbbi pár évben kezdték el tesztelni az expresszív írás hatását funkcionális stresszbetegségekben. Krónikus alhasi fájdalomban szenvedő nőknek (N = 48) három egymást követő napon kellett az átélt fájdalommal kapcsolatos negatív következményekről (érzelmi önfeltárás), vagy valamilyen pozitív eseményről (kontrollfeltétel) írniuk (NORMAN et al. 2004). Két hónap múlva az önfeltáras csoportban a kontrollcsoportéhoz képest alacsonyabb fájdalomintenzitást detektáltak. Az érzelemkifejezés iránti ambivalencia, a katasztrofizálás és a negatív affektusok mértéke moderáló tényezőnek bizonyult: az érzelmi önfeltárás a magasabb kezdeti értékkel jellemezhető személyeknél vezetett a korlátozottság csökkenéséhez. Fibromialgiában azt tapasztalták, hogy az érzelmi önfeltárás a kontrollfeltételhez képest (semleges témáról való írás) egy hónap múlva rosszabb hangulathoz és alacsonyabb észlelt szociális támogatáshoz vezetett, csak három hónap múlva eredményezett kedvező változásokat: javult a betegek alvásminősége, csökkent a fizikai korlátozottság mértéke és az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele is (GILLIS et al. 2006). Egy újabb – előzetes – vizsgálatban (HALPERT et al. 2010) IBS-ben szenvedő betegeknek a betegséggel kapcsolatos gondolataikról, érzéseikről, illetve a betegség életükre gyakorolt hatásáról kellett írniuk négy egymást követő napon. A betegek körében a betegség

súlyosságának megítélése és a betegséggel kapcsolatos kogníciók terén tapasztaltak pozitív változásokat az érzelmi önfeltárást követő egy és három hónap múlva.

Lumley (2004) úgy véli, hogy az expresszív írás hatásosságát nagyban befolyásolja az alexitímia mértéke. Fentebb láthattuk, hogy szomatizációs kórképek esetében az érzelmek azonosításának és differenciálásának nehézségeivel kell számolnunk. Ennek megfelelően az ezzel a deficittel jellemezhető szomatizáló személyek nem biztos, hogy túl sokat profitálhatnak az expresszív írás gyógyító erejéből. Lumley (2004) ettől függetlenül amellet érvel, hogy nem feltétlenül kell elvetni ezt az eszközt alexitímia fennállása esetén sem, hanem több időt, gyakorlást kell biztosítani a személyek számára, didaktikus modulokkal – vagyis az érzelmi tudás fejlesztésével – megtámogatva az expresszív írást.

Érdemes megjegyezni, hogy az expresszív írás módszerére inkább úgy tekinthetünk, mint egy terápiás eszközre, amely szükség esetén beépíthető a terápiába.

HIPNOTERÁPIA

A funkcionális stresszbetegségek közül elsősorban az irritábilis bélszindróma, a funkcionális diszpepszia (CALVERT et al. 2002) és a nem kardiális eredetű mellkasi fájdalom (JONES et al. 2006) kezelésében alkalmazzák sikerrel a hipnoterápiát.

Whorwell és munkacsoportja (WHORWELL et al. 1984; WHORWELL 2008) kifejezetten a bélre fókuszáló tizenkét üléses hipnoterápiát dolgozott ki. A hipnotikus szuggesztiók és az egyéb technikák (pl. képzeleti képek) célja a bélrendszer működésének normalizálása és kontrollja. A hipnoterápia IBS-ben – a kontrollként alkalmazott támogató terápiához képest – nagyobb mértékben eredményezett javulást a bélműködés tekintetében, a fájdalom csökkentésében és a jóllét növekedésében (WHORWELL et al. 1984). Emellett az egyéb, nem a bélrendszerrel kapcsolatos tünetek – pl. fejfájás, hátfájás – is javultak (GONSALKORALE et al. 2002). A tünetek terén tapasztalt kedvező változások évekig fennálltak, akár a terápia után öt évvel is detektálhatók voltak (GONSALKORALE et al. 2003). A hipnoterápiát követően a depresszív és szorongásos tünetek csökkennek (GONSALKORALE et al. 2002) és annak ellenére, hogy a hipnoterápia eszköztárában nem szerepel a kognitív átstrukturálás, a maladaptív hiedelmek terén is kedvező változásokat tapasztaltak (GONSALKORALE et al. 2004). A hipnoterápia IBS-ben nemcsak a pszichológiai, hanem a fiziológiai működést is befolyásolja (lásd WHORWELL 2008 áttekintő tanulmányát), például a rektális szenzitivitást normalizálja (LEAET et al. 2003).

Érdemes megjegyezni, hogy Bányai Éva (2008) *szociál-pszichobiológiai hipnózis modellje* rendkívül jól alkalmazható mind az érzelemszabályozás, mind a krónikus fájdalom, különösen a szomatizációs eredetű krónikus fájdalom esetében. Az érzelemszabályozás fejlődését elősegítheti a terapeuta és a kliens között kialakuló terápiás kapcsolat korrekatív intra- és interperszonális élménye. A hipnózis hatását támogatja az, hogy mélynek ítéltető hipnózisokban – Bányai eredményei alapján – jobb féltekei túlsúly alakul ki, amely éppen a nem tudatos, implicit érzelemszabályozási folyamatok

újraírásának kedvez. A hipnózis alatt az automatikus információfeldolgozás változásai miatt a személy könnyebben verbalizálhatja a feldolgozott viszcerális érzéleteit. Az implicit érzelemszabályozásnak a szomatizáló csoportban felfedezett deficitjei, vagyis az érzelmek elfogadásának, hozzáféréseinek hiányosságai, az érzelmi tudatosság és kifejezés problémái miatt szomatizálóknál különösen hatékony lehet ez a terápiás technika. Az implicit érzelemszabályozást segítő terápiás technikák alkalmazása egyben a fájdalom elfogadását – és ezzel párhuzamosan a katasztrofizálás kivédését – is erősítheti. További érv szólhat szomatizációban a hipnózis alkalmazása mellett: hipnózis során bizonyos élettani válaszok is szabályozhatóvá válhatnak. A szomatizáció elméleti modelljei alapján arra következtethetünk, hogy a terápia fontos célja a stresszrendszerek, bizonyos immunfolyamatok (pl. citokin produkció) megváltozott működésének és a központi idegrendszer szenzitizációs „munkamódjának” pszichológiai módszerekkel történő felülírása lehet.

PLACEBO

A placebót ismert módon ezekben a kórképekben is alkalmazzák egyes gyógyszerek, illetve terápiás eljárások hatékonyságának mérésénél. Érdekesebb kérdés azonban az, hogy a placebo mint gyógyszer és mint önálló kezelési módszer, tehát a placebohatás alkalmazható-e szomatizációs kórképekben. Kevés olyan vizsgálat van azonban, ahol placebo – mint önálló „gyógyszer” – hatását vizsgálták a tünetekre, illetve a betegség alakulására (CZIBOLY et al. 2003), ennek többek között etikai okai vannak (lásd KÖTELES és mtsai. 2007 áttekintését).

Egyes vizsgálatokban arra keresték a választ, hogy a placebokezelés mely komponensei – a megfigyelésre és a tesztelésre adott válasz, a terápiás eljárásra adott válasz, illetve az orvos-beteg kapcsolatra adott válasz – eredményezik a legnagyobb javulást (KAPTCHUK et al. 2008). Irritábilis bélszindrómában három csoport eredményeit hasonlították össze: 1. várólistán szereplő betegek; 2. placebo akupunktúrás¹³ kezelésben részesülő, de az orvossal minimális interakciót folytató betegek; és 3. placebo akupunktúrás kezelésben részesülő és figyelmet, törődést és bizalmat sugárzó interakciót kialakító orvosi hozzáállásban részesülő betegek. A legnagyobb mértékű statisztikailag és klinikailag jelentős javulást tünetek és az életminőség tekintetében a harmadik csoportba tartozó személyek érték el. Ez ismételten az orvos-beteg kapcsolat minőségére hívja fel a figyelmet. Mindamellet érdemes megjegyezni, hogy egyéni jellemzők is szerepet játszanak ebben a folyamatban. Az említett harmadik csoportban a javulást tekintve az extravertió szignifikáns magyarázó tényezőnek bizonyult (KELLEY et al. 2009).

¹³ Itt az akupunktúrás tűket nem a megfelelő helyre szúrták.

PSZICHODINAMIKUS TERÁPIÁK

Németországban a szomatoform zavarok, így a szomatizációs kórképeknek a *pszichanalitikusan orientált, multimodális kezelése* zajlik. Kórházban bennfekvő, illetve ambuláns kezelésben részt vevő szomatizáló betegek terápiáját elsősorban a mentalizáció és a reflektív érzelmi tudatosság koncepciókra építik (BEUTEL et al. 2008). Az analitikus terápiát a betegek verbalizálási nehézségei miatt, vagy korábbi traumaélmények verbalizálási képtelensége miatt művészetterápiával vagy táncterápiával egészítik ki. Ez a multimodális megközelítés, a verbális és nem verbális módszerek együttesen a múltbeli és aktuális élmények kognitív és érzelmileg differenciált feldolgozását segítik elő. Láthattuk, hogy a szomatizáló betegek kognitív és érzelmi működésmódjára éppen a differenciátlanság jellemző, így könnyen belátható, hogy a tapasztalatok a több modalitást érintő terápiák sikerességét igazolják.

Kellermann (1996) szomatizációs zavarban a *pszichodráma* alkalmazása mellett érvel, úgy véli, hogy ebben a problémában a test-lélek dualizmus a kezelés szintjén sem tartható fenn, ezért olyan módszer alkalmazására van szükség, amely az érzelmi, kognitív, interszónális, képzeleti, viselkedési és nem specifikus gyógyulási folyamatokat egyaránt támogatja. Bár megjegyzi, hogy egyes esetekben a tünet rosszabbodását is eredményezheti egy addig elfojtott konfliktusnak a megjelenése a pszichodráma során.

Újabban Svédországban fibromialgiában szenvedő betegek kezelésében az ún. *terápiás színház* módszerét alkalmazzák (HORWITZ et al. 2010). A betegek hivatásos színészekkel valódi közönség előtt adnak elő egy színdarabot. Az előadás próbáit táncterapeuta és a krónikus fájdalomban jártas szakértők is segítik. A próbák során a hivatásos színészek segítik a betegeket abban, hogy a szereplők érzéseit hogyan jeleníthetik meg. A próbákról videofelvétel is készül, amely alkalmat ad arra, hogy a beteg maga is megfigyelje az érzelmkifejező gesztusokat, vokalizációt, mozgást stb. Ezáltal az érzelmi tudása – az érzelmek azonosításának és kifejezésének képessége – is gazdagodik. Ezt a módszert alkalmazva Horwitz és munkatársai (2010) – kis mintán ugyan (n = 7) – az önminősített egészség javulását és a fájdalom intenzitásának csökkenését tapasztalta a három hónapos „kezelést” követően, illetve az ezt követő három hónap múlva.

BIOLÓGIAI TERÁPIÁK

A leggyakrabban alkalmazott szerek az antidepresszánsok. Az egyes kórképeket tekintve lehet különbség abban, hogy melyik hat *kis dózisban* a legjobban. Fibromialgiában például tizenkilenc randomizált kontrollvizsgálat eredményei alapján (HÄUSER et al. 2009) úgy tűnik, hogy az antidepresszánsok – triciklikus szerek, szerotonin-visszavételt gátló szerek, norepinephrin-visszavételt gátló szerek, illetve MAO-gátlók – csökkentik a fájdalmat, a fáradtságot és depresszív hangulatot, valamint az alvásproblémákat, illetve javítják az életminőséget. Az antidepresszánsok közül a triciklikus szerek alkalmazása bizonyult a legnagyobb mértékű fájdalomcsökkentő eljárásnak.

Az antidepresszánsok alkalmazásánál fontos „szabály”, hogy ha rövid időn belül nem tapasztalható javulás, akkor az alkalmazásukat le kell állítani (KELEMEN 2001).

MULTIMODÁLIS TERÁPIÁK

A multimodális terápiára legjobb példákat irritábilis bélszindróma és fibromialgia kezelésében találunk. A bizonyítékon alapuló, a fibromialgia kezelésének alapelveit lefektető amerikai és a német útmutatók szerint a kognitív viselkedésterápia, az aerob fizikai aktivitás, az amitriptyline (egy triciklikus antidepresszáns) és a multikomponensű terápiák a leghatásosabbak (HÄUSER et al. 2010).

Az irritábilis bélszindróma terápiájának kialakításakor javasolják a tünete súlyos-
ságot figyelembe venni. Az enyhe tünetek kezelésében hatékony lehet az edukáció, a megerősítés, a diéta, illetve a gyógyszeres kezelés, míg mérsékelt tünetek esetében a tünetmonitorozás, a specifikus tünetek célzott gyógyszeres kezelése, a relaxáció, a hipnózis, a biofeedback, a viselkedés és kognitív terápiák, a dinamikus terápiák és a család vagy csoportterápiák lehetnek hatásosak. Súlyos tünetek fennállásakor pedig folyamatos rövid ellenőrzésekre, adott esetben antidepresszívumokra van szükség (TÚRY-ÚJSZÁSZY 2000), illetve a beteggel kialakított közös terápiás cél megfogalmazása után a betegséggel és a személyiségműködéssel egyaránt foglalkozni kell (ÚJSZÁSZY-TÚRY 2000).

A MEGELŐZÉS LEHETŐSÉGEI

A funkcionális testi tünetek kialakulásának megelőzése legalább olyan fontos lenne, mint a jelenséghez kapcsolódó negatív jelentés átírása és a megfelelő kezelés kialakítása. Néhány adat arra vonatkozóan van, hogy a testi tünetek előfordulása – amely vegyük észre, nem a szomatizáció definíciójának felel meg – csökkenthető az iskolai szinten alkalmazott, általánosan a jóllétre irányuló programok alkalmazásával (RUINI et al. 2009).

Bár az empirikus kutatások hiányoznak, a szomatizációval kapcsolatos elméleti tudás alkalmas arra, hogy a megelőzésre vonatkozóan megállapításokat tegyünk. Fentebb már jeleztük, hogy a kapcsolati traumák mind a biológiai, mind a pszichés szabályozó funkciók alakulását kedvezőtlenül befolyásolják. Ennek megfelelően a korai kapcsolati traumák megelőzésére irányuló programok a szomatizáció – és más patológiák – kialakulását is csökkentik. Nemcsak korai kapcsolati problémák, hanem későbbi traumák is okozhatnak szomatizációs problémákat, így a trauma feldolgozását megkönnyítő és segítő eljárások közvetetten a szomatizáció kivédésében is segíthetnek.

A funkcionális tünetek kialakulásának hátterében fontosnak tartottuk a fentartott fiziológiai és érzelmi arousalt. A különböző stresszkezelési technikák elsajátítása – a családon belül, illetve az intézményes oktatásban – prevencióssal bírhat. A differenciá-

latlan kognitív és érzelmi működés megelőzése például az érzelmi és szociális intelligencia fejlesztésével szintén – és ismét többek között – a szomatizációs problémák kialakulásának esélyét is csökkentheti.

KITEKINTÉS

Jelenleg nagy vita övezi a szomatizációs kórképek klasszifikációját és elnevezését. Jól példázza ezt a *Journal of Psychosomatic* című folyóirat 2006-ban megjelent második kötete. Megjegyezzük, hogy a somatoform zavarok kategória megszüntetése mellett is többen érvelnek (pl. MAYOU et al. 2005), mivel az ebbe a kategóriába tartozó kórképek – pl. szomatizációs zavar, hypochondriázis, testdizmorfiás zavar – lényegi jellemzője jelentősen eltérő. A hypochondriázis esetében például a lényeg nem az orvosilag megmagyarázatlan tünet, hanem az extrém mértékű egészségsszorongás (SCHROEDER–FINK 2010; lásd KÖKÖNYEI 2010 összefoglalóját).

Elgondolkodtató, hogy a szomatizációs kórképek különálló entitások vagy tulajdonképpen egy szindróma különféle megnyilvánulásai (WESSELY et al. 1999). A válasz valószínűleg az, hogy bizonyos értelemben mindkettő: vannak közös hajlamosító és fenntartó tényezők, és vannak az adott szindrómára jellemző specifikus tényezők. Továbbá fontos kiemelni, hogy az egyes szindrómákon belül különböző alcsoportok elkülönítése indokolt lehet. Például a korai kedvezőtlen tapasztalatok/traumák vagy a HPA-tengely diszfunkció az egyes kórképeken belül releváns differenciáló tényezőnek tűnik.

Az orvosilag megmagyarázhatatlan testi tünetek (lásd fentebb a definíciónál) terminusnak a használatát is néhányan megkérdőjelezzik,¹⁴ ugyanis eszerint vannak orvosilag megmagyarázott és nem magyarázott tünetek, vagyis a fogalom egyfajta dualizmust tükröz a tünetek és az eredetük szintjén is. Továbbá az orvosilag nem magyarázott terminus azt is implikálhatja, hogy az orvostudománynak nem kell és nincs mit foglalkoznia ezekkel a tünetekkel és betegekkel (CREED et al. 2010). Ez nem feltétlenül azt jelenti, hogy új terminusra van szükség. Megfelelő oktatásra van szükség azokon a területeken (pl. pszichológia, orvostudomány, szociális munkás), akiknek a képviselői nagy valószínűséggel találkoznak a tünetekkel és betegekkel.

A tanulmány célja volt, hogy meggyőzően érveljen amellett, hogy a szomatizációs tünetek eredete biológiai, pszichológiai és szociális tényezők interakciójára vezethető vissza, és a zavarok megfelelő kezeléséhez – az esetek többségében – csapatmunka szükséges, amelyben orvos és pszichológus (együtt) dolgozik.

¹⁴ Fink és Schröder (2010) például a testi distressz-szindróma (bodily distress syndrome) elnevezést javasolják.

IRODALOMJEGYZÉK

- AFTANAS, L. I. et al. (2003): Disruption of early event-related theta synchronization of human EEG in alexithymics viewing affective pictures. *Neuroscience Letters*, 230. 57–60.
- AMICO, J. A. et al. (2008): Corticosterone release in oxytocin gene deletion mice following exposure to psychogenic versus non-psychogenic stress. *Neuroscience Letters*, 442. 262–266.
- ANGYAL A. (1965/1980): Neurózis és kezelése; holisztikus elmélet. In: SZAKÁCS F. – KULCSÁR Zs. (szerk.): *Személyiséglélektani szöveggyűjtemény II.* Tankönyvkiadó, Budapest. 298–318.
- ANTELMAN, S. M. (1994): Time-dependent sensitization in animals: a possible model of multiple chemical sensitivity in humans. *Toxicology and Industrial Health*, 10. 335–342. (Idézi: KULCSÁR 2004a.)
- ANTONOVSKY, A. (1987): *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* Jossey-Bass, London.
- ARND-CADDIGAN, M. (2003): Maintaining an illusion: abuse, somatization, and the elaboration of meaning. *Clinical Social Work Journal*, 31. 107–121.
- ARNOLD, I. A. et al. (2004): Medically unexplained physical symptoms. The feasibility of group cognitive-behavioural therapy in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 57. 517–520.
- ARONSON, K. R. et al. (2006): Emotional reactivity and the overreport of somatic symptoms: somatic sensitivity or negative reporting style? *Journal of Psychosomatic Research*, 60. 521–530.
- ASZALÓS Zs. (2005): *Krónikus fáradtság szindróma.* Semmelweis Kiadó, Budapest.
- BAER, R. A. (2003): Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10. 125–143.
- BAGBY, R. M. – TAYLOR, G. J. (1997): Affect dysregulation and alexithymia. In: TAYLOR, G. J. et al. (eds): *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness.* Cambridge University Press, Cambridge, UK. 26–45.
- BÁNYAI É. (2008): A hipnózis szociálpszichobiológiai modellje. In: BÁNYAI É. – BENCZÚR L. (szerk.): *A hipnózis és hipnoterápia alapjai.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 379–445.
- BÁRDOS Gy. (2003): *Pszichovegetatív kölcsönhatások.* Scolar Kiadó, Budapest.
- BÁRDOS Gy. (2008): *Nem-specifikus egészségproblémák háttere és lehetséges modelljei.* MTA Doktori értekezés. ELTE TTK Biológiai Intézet, Élettani és Neurobiológiai Tanszék.
- BARSKY, A. J. et al. (1988): The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50. 510–519.
- BASS, C. – BENJAMIN, S. (1993): The management of chronic somatization. *British Journal of Psychiatry*, 182. 472–480.

- BECK, A. et al. (2001): *A depresszió kognitív terápiája*. Animula Kiadó, Budapest.
- BELL, I. R. et al. (1992): An olfactory-limbic model of multiple chemical sensitivity syndrome: Possible relationships to kindling and affective spectrum disorders. *Biological Psychiatry*, 32. 218–42.
- BEUTEL, M. E. et al. (2008): Psychoanalytically-oriented inpatient psychotherapy of somatoform disorders. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36. 125–142.
- BISHOP, S. C. et al. (2004): Mindfulness. A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11. 230–241.
- BLEICHARDT, G. et al. (2004): Cognitive-behavioral therapy for patients with multiple somatoform symptoms – a randomised controlled trial in tertiary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 56. 449–454.
- BOOTHBY, J. L. et al. (2004): Catastrophizing and perceived partner responses to pain. *Pain*, 109, 500–506.
- BREUER, J. – FREUD, S. (1895/1955): *Studies on Hysteria (1893–1895): Complete Psychological Works*, standard ed, vol 2. Hogarth Press, London.
- BRIDGES, L. J. et al. (2004): Definitional issues in emotion regulation research. *Child Development*, 75. 340–345.
- BROSSCHOT, J. F. (2002): Cognitive-emotional sensitization and somatic health complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43. 113–121.
- BROSSCHOT, J. F. et al. (2006): The perseverative cognition hypothesis: a review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research*, 60. 113–124.
- BROSSCHOT, J. F. et al. (2005): Expanding stress theory: Prolonged activation and perseverative cognition. *Psychoneuroendocrinology*, 30. 1043–1049.
- BROWN, R. J. (2004): Psychological Mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 130. 793–812.
- CALVERT, E. L. et al. (2002): Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy. *Gastroenterology*, 123. 1778–1785.
- CAMERON, O. G. (2001): Interoception: The Inside Story – A Model for Psychosomatic Processes. *Psychosomatic Medicine*, 63. 697–710.
- CICCHETTI, D. – ROGOSCH, F. A. (2001): The impact of child maltreatment and psychopathology on neuroendocrine functioning. *Development and Psychopathology*, 13. 783–804.
- CIOFFI, D. (1991): Beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, 109. 25–41.
- CHROUSOS, G. P. (2000): The Stress Response and Immune Function: Clinical Implications: The 1999 Novera H. Spector Lecture. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 917. 38–67.
- CORNEL, E. B. et al. (2005): The effect of biofeedback physical therapy in men of chronic pelvic pain syndrome type III. *European Urology*, 47. 607–611.

- CREED, F. H. et al. (2010): Is there a better term than “medically unexplained symptoms”? *Journal of Psychosomatic Research*, 68. 5–8.
- CZIBOLY Á. és mtsai. (2003): A placebohatás vizsgálata táplálékallergiás és táplálékaverziós betegekénél. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 58. 498–516.
- CSABAI M. (2007): *Tünetvándorlás. A hisztériától a krónikus fáradtságig*. Jászöveg Műhely Kiadó, Budapest.
- DANOFF-BURG, S. et al. (2006): Benefit finding and expressive finding in adults with lupus or rheumatoid arthritis. *Psychology & Health*, 21. 651–665.
- DANTZER, D. (2005): Somatization: psychoneuroimmune perspective. *Psychoneuroendocrinology*, 30. 947–952.
- DE BELLIS, M. D. et al. (1999): Developmental traumatology part I: Biological stress systems. *Biological Psychiatry*, 45. 1259–1270.
- DEARY, V. et al. (2007): The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 27. 781–797.
- DEGUCHT, V. – HEISER, W. (2003): Alexithymia and somatisation. A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54. 425–434.
- DEROGATIS, L. R. (1977): *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual for the Revised version*. John Hopkins University, School of Medicine, Baltimore.
- DICKINSON, W. P. et al. (2003): A randomized clinical trial of a care recommendation letter intervention for somatization in primary care. *Annals of Family Medicine*, 1. 228–235.
- DOZIER, M. et al. (2006): Foster children’s diurnal production of cortisol: an exploratory study. *Child Maltreatment*, 11. 189–197.
- D’SOUZA, P. J. et al. (2008): Relaxation training and written emotional disclosure for tension or migraine headaches: A randomized controlled trial. *Annual of Behavioral Medicine*, 36. 21–32.
- DROSSMAN, D. A. et al. (2003): Cognitive-behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 125. 19–31.
- ELLIS, A. E. (1957): *How to live with a neurotic: At work and at home*. Crown, New York.
- ERIKSEN, H. R. – URSIN, H. (2004): Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *Journal of Psychosomatic Research*, 56. 445–448.
- ESCOBAR, J. I. – CANINO, G. (1989): Unexplained physical complaints: Psychopathology and epidemiological correlates. *British Journal of Psychiatry*, 154. 24–27.
- ESCOBAR, J. I. et al. (1998): Abridged somatization: a study in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 60. 466–472.
- FINK P. et al. (2004): The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients. *Journal of Psychosomatic Research*, 56. 413–418.
- FINK, P. – ROSENDAL, M. (2008): Recent development in understanding and management of functional somatic symptoms in primary care. *Current Opinion in Psychiatry*, 21. 182–188.

- FINK, P. et al. (2002): Assessment and treatment of functional disorders in general practice: The Extended Reattribution and Management Model – an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics*, 43. 93–131.
- FINK, P. – SCHRÖDER, A. (2010): One single diagnosis, bodily distress syndrome succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 415–426.
- FLETT, G. L. – HEWITT, P. L. (2007): Cognitive and self-regulational aspect of perfectionism and their implications for treatment. Introduction to the special issue. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25. 227–236.
- FORD, C. V. (1983): *Somatizing Disorders*. Elsevier Biomedical, New York.
- FRAWLEY, W. – SMITH, R. N. (2001): A processing theory of alexithymia. *Journal of Cognitive Systems Research*, 2. 189–206.
- FRIES, E. et al. (2005): A new view on hypocortisolism. *Psychoneuroendocrinology*, 30. 1010–1016.
- FROSTHOLM, L. et al. (2005): The uncertain consultation and patient satisfaction: The impact of patients' illness perceptions and a randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills. *Psychosomatic Medicine*, 67. 897–905.
- FRY, A. M. – MARTIN, M. (1996): Fatigue in chronic fatigue syndrome: a cognitive phenomenon? *Journal of Psychosomatic Research*, 41. 415–426.
- GARCÍA-CAMPAYO, J. et al. (2002): Assessment of a pilot course on the management of somatization disorder for family doctors. *General Hospital Psychiatry*, 24. 101–105.
- GIARDINO, N. D. et al. (2003): Social environment moderates the association between catastrophizing and pain among persons with a spinal cord injury. *Pain*, 106. 19–25.
- GIJSBERS VAN WIJK, C. M. T. – KOLK, A. M. (1997): Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory. *Social Science and Medicine*, 45. 231–246.
- GILLIS, M. E. et al. (2006): The health effects of at-home written emotional disclosure in fibromyalgia. *Annals of Behavioral Medicine*, 32. 135–146.
- GOLDBERG, D. P. et al. (1989): The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. *Journal of Psychosomatic Research*, 33. 689–695.
- GONSALKORALE, W. M. et al. (2002): Hypnotherapy in irritable bowel syndrome: a large-scale audit of a clinical service with examination of factors influencing responsiveness. *American Journal of Gastroenterology*, 97. 954–961.
- GONSALKORALE, W. M. et al. (2003): Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Gut*, 52. 1623–1629.
- GONSALKORALE, W. M. et al. (2004): Cognitive change in patients undergoing hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 56. 271–278.
- GREENBERG, L. S. (2007): Emotion Coming of Age. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14. 414–421.
- GROSSMAN, P. et al. (2007): Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up in benefits of well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76. 226–233.

- GUNNAR, M. R. – DONZELLA, B. (2002/2004): Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*, 27. 199–220.
- GUNNAR, M. G. et al. (2001): Salivary cortisol levels in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology*, 13. 611–628.
- HALPERT, A. et al. (2010): Expressive writing is a promising therapeutic modality for the management of IBS: a pilot study. *American Journal of Gastroenterology*, doi: 10.1038/ajg.2010.246
- HART, J. et al. (1995): Salivary cortisol in maltreated children: Evidence of relations between neuroendocrine activity and social competence. *Development and Psychopathology*, 7. 11–26.
- HASTINGS, P. D. et al. (2008): Applying the polyvagal theory to children's emotion regulation: Social context, socialization, and adjustment. *Biological Psychology*, 79. 299–306.
- HÄUSER, W. et al. (2009): Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants. *JAMA*, 301. 198–209.
- HÄUSER, W. et al. (2010): Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome – A systematic review. *European Journal of Pain*, 14. 5–10.
- HEIM, C. et al. (2000/2004): The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 25. 1–35.
- HERMAN, J. (1992/2003): *Trauma és gyógyulás. Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig*. Háttér Kiadó, Kávé Kiadó, NANE Egyesület.
- HILLER, W. – FICHTER, M. M. (2004): High utilizers of medical care. A crucial subgroup among somatizing patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 56. 437–443.
- HILLER, W. et al. (2003): A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. *Journal of Psychosomatic Research*, 54. 369–380.
- HOLLIDAY, K. L. et al. (2010): Genetic variation in neuroendocrine genes associates with somatic symptoms in the general population: Results from the EPIFUND study. *Journal of Psychosomatic Research*, 68. 467–474.
- HOLTZMAN, S. – DELONGIS, A. (2007): One day at a time: The impact of daily satisfaction with spouse responses on pain, negative affect and catastrophizing among individuals with rheumatoid arthritis. *Pain*, 131. 202–213.
- HORWITZ, E. B. et al. (2010): Theater for, by and with fibromyalgia patients – Evaluation of emotional expression using video interpretation. *The Arts in Psychotherapy*, 37. 13–19.
- HUBER, A. et al. (2009): Alexithymia in fibromyalgia syndrome. Associations with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, 66. 425–433.
- HUNT, M. G. et al. (2009): Brief cognitive-behavioral internet therapy for irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 47. 797–802.
- JAIN, S. et al. (2007): A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination and distraction. *Annual for Behavioral Medicine*, 33. 11–21.

- JANET, P. (1907): *The major symptoms of hysteria*. Macmillan Publishing, New York, NY, US.
- JONES, H. et al. (2006): Treatment of noncardiac chest pain: a controlled trial of hypnotherapy. *Gut*, 55. 1403–1408.
- KABAT-ZINN, J. (1994/2009): *Bárhová mész, ott vagy. Éberségmeditáció a mindennapi életben*. Ursus Libris Kiadó, Budapest.
- KABAT-ZINN, J. (2003): Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10. 144–156.
- KAPITZA, K. P. et al. (2010): First non-contingent respiratory feedback placebo versus contingent feedback in patients with chronic low back pain: a randomized, controlled, double-blind trial. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, DOI: 10.1007/s10484-010-9130-1
- KAPTCHUK, T. et al. (2008): Components of placebo effects: a randomized controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ*, 336:999.
- KASHNER, T. M. et al. (1992): An analysis of panel data. The impact of a psychiatric consultation letter on the expenditures and outcomes of care for patients with somatization disorder. *Medical Care*, 30. 811–821.
- KATON, W. et al. (1991): Somatization: a spectrum of severity. *American Journal of Psychiatry*, 148. 34–40.
- KELEMEN J. (2001): A fibromyalgia kóreredete, előfordulása, tünettana, kórismézése és kezelése (irodalmi áttekintés). *Lege Artis Medicinae*, 11. 47–57.
- KELLERMANN, P. F. (1996): Concretization in psychodrama with somatization disorder. *The Arts in Psychotherapy*, 23. 149–152.
- KELLEY, J. M. et al. (2009): Patient and practitioner influences on the placebo effect in irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 71. 789–797.
- KIELHOLZ, P. (1973): *Masked depression*. Huber, Bern.
- KIRMAYER, L. J. (1984a): Culture, affect and somatization. Part I. *Transcultural Psychiatry*, 21. 159–188.
- KIRMAYER, L. J. (1984b): Culture, affect and somatization. Part II. *Transcultural Psychiatry*, 21. 237–262.
- KIRMAYER, L. J. (1996): Confusion of the senses: Implications of ethnocultural variations in somatoform and dissociative disorders for PTSD. In: MARSELLA, A. J. et al. (eds): *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications*. American Psychological Association, Washington, DC, US. 131–163.
- KIRMAYER, L. J. – ROBBINS, J. M. (1991): Introduction: Concepts of somatization. In: KIRMAYER, L. J. – ROBBINS, J. M. (eds): *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*. American Psychiatric Press, Washington, DC. 1–19.
- KIRMAYER, L. J. – YOUNG, A. (1998): Culture and somatization: Clinical epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60. 420–430.
- KIRSCH, P. et al. (2005): Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *Journal of Neuroscience*, 25. 11489–11493.

- KOLK, A. M. et al. (2003): A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social Science and Medicine*, 57. 2343–2354.
- KOPP, M. et al. (1995): Differences in family functioning between patients with chronic headache and patients with chronic low back pain. *Pain*, 63. 219–224.
- KÖKÖNYEI Gy. (2008): *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban*. Doktori értekezés. ELTE PPK, Budapest.
- KÖKÖNYEI Gy. (2010): Hipochondriázis. In: DEMETROVICS Zs. – KUN B. (szerk.): *Az addiktológia alapjai IV. Viselkedési függőségek*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 501–530.
- KÖKÖNYEI Gy. – URBÁN R. (2003): Citokinek és betegségviselkedés. In: URBÁN R. (szerk.): *Amagatartás, a lelki élet és az immunrendszer kölcsönhatásai. Pszichoneuroimmunológiai szöveggyűjtemény*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 87–113.
- KÖTELES F. – BÁRDOS Gy. (2009): Nil nocere? A nocebo-jelenség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 64. 697–727.
- KÖTELES F. és mtsai. (2007): A placebo terápiás felhasználásának etikai kérdései. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 62. 429–448.
- KROENKE, K. (2007): Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 69. 881–888.
- KROENKE, K. et al. (1997): Multisomatoform disorder? An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 54. 352–358.
- KULCSÁR Zs. (2004a): Többszörös kémiai szenzitivitás: a szenzitizált idegrendszer, szomatizációs stresszbetegségek és gyulladásos kórképek modellje. In: KULCSÁR Zs. és mtsai. (2004): *Megmagyarázhatatlan testi tünetek. Stressz, szomatizáció és funkcionális stresszbetegségek*. Szöveggyűjtemény. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 487–534.
- KULCSÁR Zs. (2004b): A szomatizáció. In: KULCSÁR Zs. és mtsai. (szerk.): *Megmagyarázhatatlan testi tünetek. Stressz, szomatizáció és funkcionális stresszbetegségek*. Szöveggyűjtemény. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- KULCSÁR Zs. – KAPUSI Gy. (2004): A szomatizáció problémája a családorvosi gyakorlatban I. *Családorvosi Fórum*, 6. 54–58.
- KULCSÁR Zs. – KÖKÖNYEI Gy. (2004) A szomatizáció biológiai modelljei. Összefoglaló. In: KULCSÁR Zs. és mtsai. (szerk.): *Megmagyarázhatatlan testi tünetek. Stressz, szomatizáció és funkcionális stresszbetegségek*. Szöveggyűjtemény. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 697–751.
- KULCSÁR Zs. – RÓZSA S. (2004): Bevezető. Hisztéria, szomatizáció és funkcionális stresszbetegségek. In: KULCSÁR Zs. és mtsai. (szerk.): *Megmagyarázhatatlan testi tünetek. Stressz, szomatizáció és funkcionális stresszbetegségek*. Szöveggyűjtemény. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 11–47.
- LAHMANN, C. et al. (2008): Efficacy of functional relaxation and patient education in the treatment of somatoform heart disorders: A randomized controlled clinical investigation. *Psychosomatics*, 49. 378–385.

- LACKNER, J. M. et al. (2004): Beyond abuse: the association among parenting style, abdominal pain, and somatization in IBS patients. *Behaviour Research and Therapy*, 42. 41–56.
- LAFRANCE, W. C. et al. (2009): Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 14. 591–596.
- LARISCH, A. et al. (2004): Psychosocial interventions for somatizing patients by the general practitioner. A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 57. 507–514.
- LEA, R. et al. (2003): Gut-focused hypnotherapy normalizes disordered rectal sensitivity in patients with irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 17. 635–642.
- LEIKNES, K. A. et al. (2010): Communalities and differences between the groups: Current somatoform disorders, anxiety and/or depression, and musculoskeletal disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 68. 439–446.
- LEWIS, S. et al. (1994): Psychosocial factors in chronic fatigue syndrome. *Psychological Medicine*, 24. 661–671.
- LIOTTI, G. (1999): Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In: SOLOMON, J. – GEORGE, C. (eds): *Attachment Disorganization*. Guilford Press, N. Y., London. 291–318.
- LIPOWSKI, Z. J. (1968): Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. III: theoretical issues. *Psychosomatic Medicine*, 30. 394–422.
- LIPOWSKI, Z. J. (1988): Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, Vol 145. 1358–1368.
- LIU, G. et al. (1997): Structural factor analyses for medically unexplained somatic symptoms of somatization disorder in the Epidemiologic Catchment Area study. *Psychological Medicine*, 27. 617–626.
- LJÓTTSSON, B. et al. (2010): Exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome – an open pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, in press. doi:10.1016/j.jbtep.2010.01.001
- LUMLEY, M. A. (2004): Alexithymia, emotional disclosure, and health: A program of research. *Journal of Personality*, 72. 1271–1300.
- LUSH, E. et al. (2009): Mindfulness meditation for symptom reduction in fibromyalgia: psychophysiological correlates. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16. 200–207.
- LYLES, J. S. et al. (2003): Using nurse-practitioners to implement an intervention in primary care for high-utilizing patients with medically unexplained symptoms. *Psychiatry and Primary Care*, 25. 63–73.
- LYUBOMIRSKY, S. et al. (2006): The Costs and Benefits of Writing, Talking, and Thinking About Life's Triumphs and Defeats. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90. 692–708.
- MAILLOUX, J. – BRENER, J. (2002): Somatosensory amplification and its relationship to heartbeat detection ability. *Psychosomatic Medicine*, 64. 353–357.

- MARSHALL, T. et al. (2007): Intergenerational transmission of health beliefs in somatoform disorders. *British Journal of Psychiatry*, 191. 449–450.
- MAYOU, R. et al. (2005): Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 162. 847–855.
- MOSS-MORRIS, R. – SPENCE, M. (2006): To „lump” or to „split” the functional somatic syndromes: can infectious and emotional risk factors differentiate between the onset of chronic fatigue syndrome and irritable bowel syndrome? *Psychological Medicine*, 68. 463–469.
- NAKAO, M. et al. (2007): Somatosensory amplification and its relationship to somatosensory, auditory, and visual evoked and event-related potentials (P300). *Neuroscience Letters*, 415. 185–189.
- NELSON, E. E. – OANSKEPP, J. (1998): Brain substrates of infant-mother attachment: Contribution of opioids, oxytocin, and norepinephrin. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 22. 437–452.
- NESTORIUC, Y. et al. (2008): Meta-analysis of biofeedback for tension type headache: efficacy, specificity, and treatment moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76. 379–396.
- NOLL-HUSSONG, M. et al. (2010): Aftermath of sexual abuse history on adult patients suffering from chronic functional pain syndromes: An fMRI pilot study. *Journal of Psychosomatic Research*, 68. 483–487.
- NORMAN, S. A. et al. (2004): For whom does it work? Moderators of the effects of written emotional disclosure in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatic Medicine*, 66. 174–183.
- OKIFUJI, A. et al. (1999): Anger in chronic pain: Investigations of anger targets and intensity. *Journal of Psychosomatic Research*, 47. 1–12.
- PARAS, M. L. et al. (2009): Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302. 550–561.
- PENNEBAKER, J. W. (1982): *The Psychology of physical symptoms*. Springer, New York.
- PENNEBAKER, J. W. – BEALL, S. K. (1986): Confronting a traumatic event: Towards an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95. 274–281.
- PETERSON, C. – SELIGMAN, M. E. P. (1987): Explanatory style and illness. *Journal of Personality*, 55. 237–265.
- PILLING J. – CSERHÁTI Z. (2005): A szomatizáció kezelése a mindennapi orvosi gyakorlatban. *Alkalmazott Pszichológia*, 7. 59–73.
- PORGES, S. W. (2001): The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social system. *International Journal of Psychophysiology*, 42. 123–146.
- PORGES, S. W. (2007): The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74. 116–143.
- PRICE, J. L. (1999): Prefrontal cortical networks related to visceral function and food. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 877. 383–396.
- QUARTANA, P. J. et al. (2010): Pain catastrophizing and salivary cortisol responses to laboratory pain testing in temporomandibular disorder and healthy participants. *Journal of Pain*, 11. 186–194.

- RAINE, R. et al. (2002): Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from secondary care be extrapolated to primary care? *British Medical Journal*, 325. 1082–1093.
- REID, S. et al. (2001): Medically unexplained symptoms – GPs’ attitudes towards their causes and management. *Family Practice*, 18. 519–523.
- RIEF, W. – BARSKY, A. J. (2005): Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 30. 996–1002.
- RIEF, W. et al. (2010): Psychobiological differences between somatization and depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 68. 495–502.
- RIEF, W. et al. (1998): Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107. 587–595.
- RIMES, K. A. – CHALDER, T. (2010): The Beliefs about Emotions Scale: Validity, reliability and sensitivity to change. *Journal of Psychosomatic Research*, in press.
- RINGEL, Y. et al. (2008): Effect of abuse history on pain reports and brain responses to aversive visceral stimulation: an fMRI study. *Gastroenterology*, 134. 396–404.
- RODRIGUEZ, S. M. et al. (2009): Oxitocin receptor genetic variation relates to empathy and stress reactivity in humans. *PNAS*, 106. 21437–21441.
- ROEMER, L. et al. (2005): Fear and avoidance of internal experiences in GAD: preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29. 71–88.
- ROSENDAL, M. et al. (2003): Diagnosis of somatisation: effect of an educational intervention in a cluster randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 53. 917–922.
- ROSENDAL, M. et al. (2005): A randomised controlled trial of brief training in assessment and treatment of somatisation: effects on GPs’ attitudes. *Family Practice*, 22. 419–427.
- RÓZSA S. (2009): *A mindennapos testi tünetek pszichológiája és mérésének módszertana*. Doktori disszertáció. ELTE PPK, Budapest.
- RÓZSA S. – KÓ N. (2007): A mindennapos testi problémák tünetpercepciók modellje. In: DEMETROVICS Zs. és mtsai. (szerk.): *Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig*. Trefort Kiadó, Budapest. 111–133.
- RUINI, C. et al. (2009): School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40. 522–532.
- SAMPALLI, T. et al. (2009): A controlled study of the effect a mindfulness based stress reduction technique in women with multiple chemical sensitivity, chronic fatigue syndrome, and fibromyalgia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2. 53–59.
- SCAER, R. C. (2001): Neurophysiology of dissociation and chronic disease. *Applied Neurophysiology and Biofeedback*, 26. 73–91.
- SCHORE, A. N. (1994): *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- SCHORE, A. N. (2001a): Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22. 7–66.

- SCHORE, A. N. (2001b): The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22. 201–269.
- SCHORE, J. R. – SCHORE, A. N. (2008): Modern attachment theory: the central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36. 9–20.
- SCHROEDER, A. – FINK, P. (2010): The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V: two steps forward and one step back? *Journal of Psychosomatic Research*, 68. 95–96.
- SEVEREIJNS, R. et al. (2004): Do we need a communal coping model of pain catastrophizing? An alternative explanation. *Pain*, 111. 226–229.
- SEPTON, S. E. et al. (2007): Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia. Results of a randomized clinical trial. *Arthritis Care & Research*, 57. 77–85.
- SIMON, E. P. – FOLEN, R. A. (2001): The role of the psychologist on the multidisciplinary pain management team. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32. 125–134.
- SMITH, G. R. Jr. et al. (1995): A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Archives of General Psychiatry*, 52. 238–243.
- SMITH, G. R. Jr. et al. (1986): Psychiatric consultation in somatization disorder: a randomized controlled study. *New England Journal of Medicine*, 314. 1407–1413.
- SMITH, A. A. (2003): Intimacy and family relationships of women with chronic pain. *Pain Management Nursing*, 4. 134–142.
- SMITH, A. A. – FRIEDEMANN, M-L. (1999): Perceived family dynamics of persons with chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 30. 543–551.
- STEPTOE, A. – NOLL, A. (1997): The perception of bodily sensations, with special reference to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 35. 901–910.
- STRUNIN, L. – BODEN, L. I. (2004): Family consequences of chronic back pain. *Social Science and Medicine*, 58. 1385–1393.
- SULLIVAN, M. J. L. et al. (2001): Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 17. 52–64.
- SURAWY, C. et al. (1995): Chronic fatigue syndrome: a cognitive approach. *Behavior, Research and Therapy*, 33. 535–544.
- SURAWY, C. et al. (2005): The effects of mindfulness training on mood and measures of fatigue, activity, and quality of life in patients with chronic fatigue syndrome on hospital waiting list: a series of exploratory studies. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 33. 103–109.
- TAK, L. M. et al. (2009): As good as it gets? A meta-analysis and systematic review of methodological quality of heart rate variability studies in functional somatic disorders. *Biological Psychology*, 82. 101–110.
- TAK, L. M. – ROSMALEN, J. G. M. (2010): Dysfunction of stress response systems as a risk factor for functional somatic syndromes. *Journal of Psychosomatic Research*, 68. 461–468.

- TAYLOR, G. J. et al. (1991): The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32. 153–164.
- TAYLOR, S. E. et al. (2000): Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-Befriend, not fight-flight. *Psychological Review*, 107. 411–429.
- TEASDALE, J. D. et al. (2002): Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70. 275–287.
- TERRE, L. – GHISELLI, W. (1997): A developmental perspective on family risk factors in somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 42. 197–208.
- THAYER, J. F. – BROSSCHOT, J. F. (2005): Psychosomatics and psychopathology: looking up and down from the brain. *Psychoneuroendocrinology*, 30. 1050–1058.
- THAYER, J. F. – FRIEDMAN, B. H. (2002): Stop that! Inhibition, sensitization, and their neurovisceral concomitants. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43. 123–130.
- THOMAS, M. A. et al. (2008): A multiconvergent approach to the rehabilitation of patients with chronic fatigue syndrome: a comparative study. *Physiotherapy*, 94. 35–42.
- THORN, B. E. et al. (2002): Targeted treatment of catastrophizing for the management of chronic pain. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9. 127–138.
- TÚRY F. – ÚJSZÁSZY L. (2000): A pszichoterápia szerepe az irritábilis bélszindróma kezelésében, *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 11. 57–66.
- ÚJSZÁSZY L. – TÚRY F. (2000): Az irritábilis bélszindróma diagnózisa és kezelése. *Lege Artis Medicinae*, 10. 327–331.
- URSIN, H. (2000): Psychosomatic medicine: state of art. *Annals of Medicine*, 32. 323–328.
- VARGA K. (2009): Szexualitás, szülés, kötődés: az oxitocin pszichoemotív hatásai. In: BAGDY E. és mtsai. (szerk.): *Polihistória. Köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából*. Akadémia Kiadó, Budapest. 447–474.
- VAN DER KOLK, B. A. et al. (1996): Dissociation, somatization and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(7S) Supplement. 83–93.
- VAN MIDDENDORP, H. et al. (2008): Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 64. 159–167.
- VAN MIDDENDORP, H. et al. (2010): Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: a diary study. *European Journal of Pain*, 14. 176–182.
- WALLER, E. – SCHEIDT, C. E. (2004): Somatoform disorders as disorders of affect regulation. A study comparing TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 57. 239–247.
- WALLER, E. – SCHEIDT, C. E. (2006): Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a developmental perspective. *International Review of Psychiatry*, 18. 13–24.
- WEISSBECKER, I. et al. (2002): Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9. 297–307.

- WESSELY, S. et al. (1999): Functional somatic syndroms: one or many? *The Lancet*, 354. 936–939.
- WEYDERT, J. A. et al. (2006): Evaluation of guided imagery as treatment for recurrent abdominal pain in children: a randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*, 6. 29.
- WHITE, C. – SCHWEITZER, R. (2000): The role of personality in the development and perpetuation of chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 48. 515–524.
- WHORWELL, P. J. (2008): Hypnotherapy for irritable bowel syndrome. The response of colonic and noncolonic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 64. 621–623.
- WHORWELL, P. J. et al. (1984): Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *Lancet*, 2. 1232–1234.
- WICKRAMASEKERA, I. (1986): A model of people at high risk to develop chronic stress-related somatic symptoms: Some predictions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17. 437–447.
- WICKRAMASEKERA, I. E. (1995): Somatization. Concepts, data, and predictions from the high risk model of threat perception. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183. 15–23.
- YOUNGER, J. W. et al. (2007): Hypnotizability and somatic complaints: a gender-specific phenomenon. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55. 1–13.
- ZAUTRA, A. J. et al. (2007): Daily fatigue in women with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. *Pain*, 128. 128–135.
- ZAUTRA, A. J. et al. (2005): Fibromyalgia: evidence for deficits in positive affect regulation. *Psychosomatic Medicine*, 67. 147–155.
- ZAUTRA, A. J. et al. (2005): Positive affect as a resource of resilience for women in chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73. 212–220.
- ZAUTRA, A. J. et al. (2001): Examinations of chronic pain and affect relationships: Applications of a dynamic model of affect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69. 786–795.
- ZSOMBÓK T. (2007): Szervformulával és mozgásterápiás elemekkel kombinált autogén tréning hatása a spontán és a provokált migrénes fejfájásra. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Budapest.
- ZSOMBOK T. és mtsai. (2003): Effect of autogenic training on drug consumption in patients with primary headache: An 8-month follow-up study. *Headache*, 43. 251–257.

A KARDIOVASZKULÁRIS MEGBETEGEDÉSEK PREVENCIÓJA ÉS REHABILITÁCIÓJA

BEVEZETÉS

Európában a halálozás legfőbb oka a szív- és érrendszeri megbetegedések csoportja; 2005-ben becslések szerint a halálesetek 52%-át ezek a megbetegedések okozták (WHO 2006). Ez így van Magyarországon is: az összes halálozás mintegy fele szív- és érrendszeri megbetegedések miatt következik be; 2007-ben a nők 55%-a, míg a férfiak 45%-a halt meg kardiovaszkuláris betegség következtében (KSH 2008). Az európai betegségteher 23%-át a kardiovaszkuláris megbetegedések okozzák; ez az egészségesen leélt életevekben (*disability-adjusted life years, DALY*) megmutatkozó csökkenést jelenti (WHO 2006).

A kardiovaszkuláris megbetegedések megelőzése ma már a köztudatban is elfogadott fogalom, ez azonban nem volt mindig így: a hatvanas évek elején, a rizikótényező elnevezés bevezetésével történt az a szemléleti váltás, ami „sorscsapás” helyett megelőzhető állapotnak tekinti a szív- és érrendszeri megbetegedéseket (O'DONNELL–ELOSUA 2008). A megelőzés gondolata tehát azon a feltételezésen alapul, hogy a megbetegedések kialakulása összefügg bizonyos életmódbeli vagy egyéb jellegű tényezőkkel, amelyek módosításával csökkenthető a betegség kialakulásának esélye. A krónikus betegségek rizikófaktorai átfedik egymást: a WHO dokumentuma szerint az európai betegségteher 60%-át hét rizikófaktor jelenléte okozza: ezek a magas vérnyomás (12,8%), dohányzás (12,3%), alkoholfogyasztás (10,1%), magas koleszterinszint (8,7%), túlsúly (7,8%), alacsony gyümölcs- és zöldségbevitel (4,4%) és fizikai inaktivitás (3,5%). A szív- és érrendszeri megbetegedések esetében ezek mellett a diabétesz is rizikófaktor (WHO, 2006). A szív-izominfarktus rizikótényezőit feltáró, 52 országban folytatott INTERHEART-tanulmány eredményei szerint kilenc rizikótényező jelenléte felelős a szívinfarktus populációnak tulajdonítható kockázatának a 90%-áért férfiak, és 94%-áért nők esetében

(YUSUF et al. 2004). Ez a kilenc rizikótényező a dohányzás, magas apolipoprotein B/A1 arány (ez leegyszerűsítve a vérsírok kedvezőtlen összetételét jelenti), magas vérnyomás, cukorbetegség, pszichoszociális tényezők (stressz, depresszió és alacsony észlelt kontroll), rendszertelen zöldség- és gyümölcsfogyasztás, rendszeres – mérsékelt – alkoholfogyasztás hiánya, valamint a rendszeres testmozgás hiánya. A kardiovaszkuláris megbetegedések tehát multifaktoriális eredetűek; a fenti rizikótényezők általában nem elszigetelten jelennek meg, hanem sokaknál több rizikótényező együttes előfordulása jellemző. A rizikótényezőknek ez a halmazott előfordulása különösen gyakori alacsonyabb gazdasági-társadalmi helyzet esetén. Van olyan életmódbeli jellemző is, amelyik önmagában is növeli a betegségek előfordulásának esélyét és más rizikótényezők előfordulásának valószínűségét is emeli. Például a dohányzás önmagában is rizikótényező, de erősíti az egyéb rizikótényezők hatását is, pl. megnöveli a magas vérnyomás előfordulásának az esélyét.

A leggyakoribb és legsúlyosabb következményekkel járó szív- és érrendszeri megbetegedések alapja az érlelmeszesedés, ami hosszabb idő során, évek, évtizedek alatt alakul ki. A betegségek megelőzése függ attól, hogy ennek a folyamatnak melyik szakaszában van az érintett személy – azonban a fenti rizikótényezőket kedvező irányba módosító életmódváltoztatás mindegyik szakaszban kiemelten fontos. A hagyományos orvosi szemlélet a krónikus betegségek esetében, így a szív- és érrendszeri megbetegedések esetében is elsősorban arra törekedett, hogy a már kialakult betegségek után a biológiai funkcionálást helyreállítsa, és az újabb betegségek megjelenésének esélyét csökkentse. E szemlélet szerint beavatkozásra akkor van szükség, ha már diagnosztizált betegségről van szó. A régebbi orvosi szakirodalom a megbetegedés utáni rehabilitációt nevezte másodlagos vagy szekunder prevenciónak. Ma már az orvosi irodalomban is megjelenik az elsődleges, másodlagos és harmadlagos megelőzés fogalma (BERÉNYI-VERES 2004), csakúgy, mint az egészségpszichológia szemléletében (VARGA 2007). Az elsődleges megelőzés célja az, hogy megőrizze az egészséget és csökkentse a betegségek kialakulásának esélyét, tehát egészséges embereket céloz meg, az életmód kedvező irányba történő megváltoztatásával igyekszik célját elérni. Az elsődleges prevenció nagyon gyakran, de nem kizárólagosan populációs megközelítést alkalmaz; ennek lényege, hogy az egész népességet eléri az intervenció, függetlenül az egyének adott pillanatban érvényes rizikószintjétől. A másodlagos prevenció elsősorban magas rizikójú személyek kiszűrésére és kezelésére irányul, tehát azokra, akiknél az adott megbetegedés jelentős kockázati tényezői megtalálhatók, vagy a betegség korai szakaszában vannak. A szív- és érrendszeri betegségek esetében magas rizikójúnak számít az, akinél cukorbetegség vagy hipertónia van jelen, magas a vérzsírszintje, dohányzik, illetve az is, akinek a családjában előfordult korai szív- és érrendszeri esemény. A másodlagos prevenció célja tehát a rizikótényezők mérséklésével, illetve a tünetek és rizikótényezők korai szűrésével a betegség teljes kialakulásának és progressziójának megakadályozása. A harmadlagos vagy terciér megelőzés, más néven rehabilitáció célja a már kialakult megbetegedés hatásainak enyhítése, a kiújulás megelőzése, valamint az optimális funkcionálás biztosítása, a beteg életminőségének javítása (VARGA 2007).

Tanulmányunk célja a kardiovaszkuláris megbetegedések, elsősorban az iszkémiás szívbetegségek megelőzésének és rehabilitációjának szerteágazó témájából néhány fontos kérdéskör bemutatása. Mivel a magas rizikójú csoportokban végzett intervenciók témája önmagában hatalmas téma, ezért jelen összefoglaló a hangsúlyt az elsődleges prevencióra és a rehabilitációra helyezi.

ELSŐDLEGES PREVENCIÓ

A SZÍV- ÉS ÉRRENDSZERI MEGBETEGEDÉSEK KOCKÁZATBECSLÉSE

A szív- és érrendszeri megbetegedések prevenciójával kapcsolatban az orvosi megközelítés alapja az, hogy az intervenció az egyénnél meglévő kockázat mértékétől függ (PEARSON et al. 2002; CZURIGA 2002). Kockázatbecslésre Magyarországon kétféle módszert használnak, az Európában használt SCORE-pontrendszert és az Egyesült Államokban használt Framingham-pontozást (NAGY 2006). A két pontrendszer eltér a vizsgált kimenet szempontjából: a SCORE a halálos szív- és érrendszeri megbetegedések rizikóját becsüli meg, a *Framingham Heart Study* kutatói pedig többféle kimenetre készítettek kockázatbecslést (<http://www.framinghamheartstudy.org/risk/index.html>), többek között a szívkoszorúér-megbetegedések, a sztrók és az általános kardiovaszkuláris megbetegedések rizikójára.

Nézzünk meg egy példát mindkét kockázatbecslő módszerrel! A SCORE-pontrendszer a nemet, a vér koleszterinszintjét, a szisztolés vérnyomást, valamint a dohányzási státust veszi figyelembe a kockázat meghatározásakor (SCORE kockázatbecslő tábla). Ennek alapján pl. egy 55 éves, nem dohányzó férfi esetében, akinek a szisztolés vérnyomása 140 Hgmm, a koleszterinszintje pedig 6 mmol/l, a következő tíz éven belül kialakuló halálos szív- és érrendszeri megbetegedés kockázata 4%. Ugyanez az érték hasonló jellemzőkkel bíró nő esetében 1%, míg ha dohányzó férfiról van szó, akkor a kockázat ugyanezekkel az egyéb jellemzőkkel 8%-ra emelkedik, dohányzó nő esetében pedig 2%. A Framingham-pontozás szintén figyelembe veszi a nemet, az életkort, a dohányzási státust és a szisztolés vérnyomást (utóbbi esetében azt is, hogy kezelt-e a vérnyomás vagy sem, tehát hogy vérnyomáscsökkentő gyógyszerelés mellett vagy anélkül mért értékről van-e szó). A koleszterinszint esetében a teljes, illetve a HDL-koleszterinszint is számít a kockázat kiszámításánál, valamint a diabétesz jelenlétét is számításba veszik. Mivel a koleszterinszintet laboratóriumi vizsgálattal lehet meghatározni, egyszerűbb számítási mód is létezik, ami a vérzsírszint helyett a testtömegindexet veszi figyelembe. Ennek alapján nézzük meg annak a kockázatát, hogy bármilyen szív- és érrendszeri megbetegedés alakul ki a következő tíz évben a fenti példák esetében. Tehát 55 éves, nem dohányzó férfi, 140 Hgmm szisztolés vérnyomás, vérnyomáscsökkentő gyógyszerelés

nélkül, testtömegindex 28, cukorbetegség nincs jelen. Az életkor 10 pont, a vérnyomás 2, a testtömegindex 1, egyéb rizikótényező nincs jelen. Az így kapott 13 pont alapján a bármilyen szív- és érrendszeri megbetegedés kialakulásának az esélye a következő 10 évben 21,7%. Ha dohányzik az illető, akkor az plusz 4 pontot jelent, a diabétesz jelenléte pedig 3 pontot. Ezekkel tehát az összes pontszám 17, illetve 16 pont – ami azt jelenti, hogy 30% fölé emelkedik a betegség kialakulásának az esélye, ha bármelyik kockázati tényező jelen van. Az előbbi paraméterekkel rendelkező nőnél az életkor szintén 10 pontot, a testtömegindex 1 pontot, a vérnyomás 3 pontot ér (ez összesen tehát 14 pont), így ha nincs egyéb kockázati tényező jelen, akkor a szív- és érrendszeri megbetegedés kialakulásának esélye 11,6%. Ha dohányzik, az plusz négy pont, 18 pont alapján pedig a kockázat 20,9%-ra emelkedik. Ha diabétesz jelen van, az 5 pontot jelent, így nem dohányzó nő esetében 19 pont, azaz 24% annak a valószínűsége, hogy a következő tíz éven belül kialakul valamilyen szív- és érrendszeri megbetegedés. A dohányzás és cukorbetegség együttes jelenléte pedig 30% fölé emeli a kockázatot.

A SCORE-pontozás fiatalabb életkorban alábecsli (NAGY 2006), a Framingham-pontozás viszont esetenként felülbecsüli a rizikót, azonban a rizikótényezők adott kultúrában való előfordulásához igazítva már megfelelően képes előrejelezni a különböző megbetegedések valószínűségét (D'AGOSTINO et al. 2001; MARRUGAT et al. 2007). A kockázat alapján nagy, közepes és kis kockázatú kategóriákat különböztetnek meg; természetesen a beavatkozás mindegyik esetében eltérő, azonban mindegyik kockázati kategóriában az életmód-változtatás a legfontosabb, amit szükség esetén gyógyszeres kezeléssel egészítenek ki (NAGY 2006).

A „SZÍVBARÁT” ÉLETMÓD JELLEMZŐI ÉS MEGVALÓSÍTÁSUK

Az életmódra vonatkozó orvosi irányelvek a táplálkozásra, a testmozgásra, valamint a dohányzásra térnek ki; egészségesek számára a következő ajánlásokat tartalmazzák (NAGY 2006): Naponta öt alkalommal gyümölcs és zöldség, hatszor teljes értékű gabona, ezenkívül zsírszegény tej, tejtermék, sovány hús, diófélék (50 g/nap) fogyasztása javasolt. Érdemes hetente többször hüvelyeseket, két alkalommal tengeri halat fogyasztani, emellett fontos a növényi zsiradék felhasználása, a sóban gazdag táplálékok kerülése, mediterrán étkezés, illetve az alkoholfogyasztás mérséklése (férfiak esetében legfeljebb napi két ital, nők esetében maximum egy). A fizikai aktivitást illetően heti öt-hét alkalommal napi 30–60 perces mérsékelt, közepes intenzitású testmozgás, pl. gyaloglás csökkenti a szív- és érrendszeri megbetegedések kialakulásának kockázatát. Intenzívebb edzés erősítheti ezt a hatást, azonban betegségek esetén, valamint férfiak esetében 40, nőknél 50 éves életkor felett orvosi konzultációt tartanak szükségesnek intenzív edzés esetén. Ajánlott dinamikus jellegű, aerob mozgásforma (gyaloglás, kerékpározás, úszás, labdajátékok) végzése is. Végül a dohányzással kapcsolatban az irányelv leszögezi, hogy a dohányzás abbahagyása már egy éven belül csökkenti a kardiovaszkuláris események

előfordulását és a halálozást. Az irányelv része, hogy az orvos minden betegről kérdezze meg, hogy dohányzik-e és javasolja neki a dohányzás abbahagyását; ebben segítse a beteget, vagy küldje leszokást segítő rendelésre.

Láttuk tehát, hogy melyek azok az életmódbeli jellemzők, amelyek megvalósítása csökkentheti a szív- és érrendszeri megbetegedések kialakulásának kockázatát; ezek az életmódot érintő tanácsok a köztudatba is bekerültek. Végeztek kutatásokat arra vonatkozóan, hogy a népességben hogy alakulnak ezek az életmódbeli jellemzők, és ennek alapján a szív- és érrendszeri megbetegedés kockázata. Ezekből a kutatásokból az látható, hogy csekély azoknak az aránya, akik az életmódbeli jellemzők alapján alacsony rizikójúaknak számítanak. Ford, Li, Zhao, Pearson és Capewell (2009) azt vizsgálták meg, hogy az Egyesült Államokban végzett nemzeti felmérések adatai szerint mekkora az alacsony rizikófaktor-teher prevalenciája. Négy felmérés adatait használták fel, amelyekben a résztvevők 25–74 év közöttiek voltak. Az alacsony rizikóindexet a következőkből állapították meg: nem dohányzik, a teljes koleszterinszint 5,17 mmol/l alatt van, koleszterinszint-csökkentő gyógyszerelést sem alkalmaz, a szisztolés vérnyomás 120 Hgmm-nél, a diasztolés vérnyomás 80 Hgmm-nél alacsonyabb, vérnyomáscsökkentő gyógyszerelés nincs jelen, a testtömegindex 25-nél kisebb és nem diagnosztizált cukorbeteg. A kor kontrollálásával kapott alacsony rizikófaktor-teher előfordulása 1971 és 1975 között 4,4% volt, ez 1988 és 1994 között 10,5%-ra nőtt, azonban 1999 és 2004 között 7,5%-ra visszaesett. Ez a minta férfiaknál és nőknél hasonló volt, bár nőknél mindegyik felmérésben többen estek az alacsony rizikójúak csoportjába. Kaukázusiaknál magasabb az alacsony rizikójúak aránya, mint afro- vagy mexikói amerikaiaknál. Ezekből az adatokból látjuk, hogy kevesen tartoznak az alacsony rizikójúak számítók közé, és a 2000-es évek elején megfordult az 1980-as évek végén és 1990-es évek elején megfigyelt emelkedő tendencia.

Stampfer, Hu, Manson, Rimm és Willet (2000) 14 éves utánkövetés során vizsgálták a *Nurses' Health Study*-ban részt vevő 84 129 ápolónőnél, hogy az életmóddal kapcsolatos rizikófaktorok együttes jelenléte milyen összefüggést mutat a későbbi kardiovaszkuláris eseményekkel. Alacsony rizikójúak azokat tekintették, akik nem dohányzik, a testtömegindexe 25-nél kevesebb (bár a szerzők megjegyzik, a 25-ös határ magasabb az optimálisnál, ugyanis már 23–25 közötti testtömegindex esetében emelkedik a szív- és érrendszeri megbetegedések rizikója a 21-nél kevesebb testtömegindexűekhez képest), legalább napi fél ital alkoholt fogyaszt, legalább napi fél óra mérsékelt-erőteljes testmozgást végez, illetve az étrend jellemzői alapján képzett összpontszám felső 40%-ába tartozik. (Az étrend összpontszámában a következőket vették figyelembe: a rostfogyasztás [gabona], a tengeri omega-3 zsírsav és a folsav fogyasztásának mértéke, a többszörösen telítetlen és a telített zsírsavak aránya [ez akkor ideális, ha magas], a transzzsírok aránya alacsony és alacsony a glikémiás terhelés is.) Mindössze 3,1% volt azoknak az aránya, akik mind az öt kategória szerint az alacsony rizikójúak közé tartoztak. A koronáriaesemények rizikója kevesebb mint ötöde volt ebben a csoportban ($RR = 0,17$, 95% $CI = 0,07–0,41$), a koronáriaesemények és a sztrók együttes előfordulásának rizikója pedig negyedére

csökkent ($RR = 0,25$, $95\% \text{ CI} = 0,14-0,44$). Ebben a kohorszban a kardiovaszkuláris események 82%-a ($95\% \text{ CI} = 58-93\%$) annak volt tulajdonítható, hogy nem követték ezt az alacsony rizikójú életmódot.

Az eddigiekben tehát láttuk azt, hogy melyek azok az életmódbeli jellemzők, amelyek csökkentik a szív- és érrendszeri megbetegedések kialakulásának valószínűségét. Azt is láttuk, hogy kevesen valószínűsítik meg az ebből a szempontból ideális életmódot. A következő részben áttekintjük, hogy lehetséges-e ezt a helyzetet kedvező irányba befolyásolni.

POPULÁCIÓS SZINTŰ INTERVENCIÓK

A populációs szintű intervenciók alapja az az elképzelés, hogy ha az egész népességet megcélozzák az egészséges életmódra vonatkozó beavatkozások, akkor a rizikótényezőknek egy mérsékeltebb mértékű kedvező változása is nagymértékű változást jelenthet közegészségügyi szempontból (NISSINEN et al. 2001). Az első ilyen intervenciók az 1970-es évek elején kezdődtek. Közülük legismertebb az Észak-Karélia Projekt, amelynek egykori vezetője, Pekka Puska (2002, 5) a következőképpen fogalmazta meg az intervenciók tervezésének és végrehajtásának legfőbb kérdését: „Tulajdonképpen olyan sokat tudunk már, hogy a nem fertőző betegségek megelőzésének fő kérdése nem az, hogy mit kéne tenni, hanem az, hogy hogyan kellene azt megvalósítani.” A következőkben először az Észak-Karélia Projektet ismertetjük, majd a többi populációs beavatkozás tanulságait foglaljuk össze röviden.

A SIKERES BEAVATKOZÁS PÉLDÁJA: AZ ÉSZAK-KARÉLIA PROJEKT

Az 1970-es évek elején Finnországban, különösen Karéliában, egy alacsony gazdasági-társadalmi helyzetű, hagyományos életvitelű vidéken nagyon magas volt a szív- és érrendszeri okokból bekövetkező halálozás aránya. Az Észak-Karélia Projekt 1972-ben indult, öt éven keresztül tartott. A hetvenes évek elejére már elegendő tudás gyűlt össze a kardiovaszkuláris betegségek rizikótényezőiről, így ennek alapján határozták meg a beavatkozás céljait: az étrend módosítását, a dohányzás visszaszorítását, a magas vérnyomás csökkentését. Az intervenció több stratégiát alkalmazott: innovatív médiakampány mellett gondot fordítottak az egészségügy, különösen a háziorvosok és nővérek bevonására, valamint a társadalmi-gazdasági környezet megváltoztatására. Utóbbinak része volt egyrészt az élelmiszeriparral való együttműködés, másrészt pedig a közpolitika részvétele. A program elméleti alapját nemzetközi együttműködéssel (a WHO segítségével) dolgozták ki, és különleges hangsúlyt fektettek a helyi közösségek és informális vezetők bevonására (PUSKA 2002). 1972 óta a program következtében nagymértékű változások történtek a szív- és érrendszeri megbetegedések rizikófaktoráiban, elsősorban az étrend megváltozása, valamint a dohányzás arányának megváltozása miatt. 1972-ben

a 30–59 éves férfiak 52%-a dohányzott; ez az arány 1977-re 44%-ra, 2007-re 31%-ra esett vissza. Az átlagos szérum koleszterinszint ugyanebben az időszakban 6,9 mmol/l-ről 6,5-re, majd 5,4-re csökkent, míg az átlagos vérnyomás 149/92-ről előbb 143/89-re, majd 2007-re 138/83-ra. Ugyanebben az időszakban ugyanilyen életkorú nők esetében a vérnyomás és a szérum koleszterinszintje hasonló módon változott (az átlagos vérnyomás 153/92-ről 1977-ben 141/86-ra, majd 2007-ben 134/78-ra, míg a koleszterinszint 6,8-ről 6,4-re, majd 5,2-re), azonban a dohányzás az 1972-es és 1977-es 10%-ról 2007-re 18%-ra nőtt (PUSKA 2008). A rizikófaktorok változása – és természetesen az orvosi ellátás javulása – következtében pedig a koronáriabetegségek miatt bekövetkező halálozás 85%-kal csökkent ebben a régióban, az összes kardiovaszkuláris halálozás 79%-kal, míg a tüdőrák miatti halálozás 80%-kal lett kevesebb. A rizikótényezők a hetvenes években Észak-Karéliában sokkal nagyobb mértékben változtak kedvező irányba, mint Finnország többi, a program által nem érintett területén. A kezdeti ötéves időszak után a program eredményeit az egész országban felhasználták, így Finnország többi részében a nyolcvanas években kezdődtek hasonló változások (PUSKA 2008).

Puska (2002) az Észak-Karélia Projekt tanulságai alapján a következőképpen foglalja össze azokat a tényezőket, melyek egy intervenció sikeréhez vezethetnek. Az intervenció céljainak kiválasztásában a megfelelő orvosi-tudományos háttér szükséges, az intervenciók megtervezéséhez pedig viselkedéses-társas elméleteket érdemes figyelembe venni. A közösség megfelelő megértése kulcsfontosságú; a közösségi szervezetekkel való együttműködés, valamint az emberek részvétele nélkülözhetetlen. Jól megtervezett médiakampányok és kommunikációs üzenetek szükségesek, kiegészítve széles körű közösségi tevékenységekkel, melyeknek része az egészségügyi ellátás, az önkéntes szervezetek, az élelmiszeripar és az üzletek, valamint munkahelyek, iskolák részvétele is. A program sikeréhez mind a hivatalos döntéshozók, mind az informális vezetők támogatása szükséges. A sikeres intervenció tehát szilárd elméleti alapon nyugszik, elkötelezettséget és kitartást igényel, és elsősorban arra irányul, hogy a társadalmi és fizikai környezetet az egészséget és az egészséges életmódot támogatóvá tegye.

*INTERVENCIÓK AZ EGYESÜLT ÁLLAMOKBAN: STANFORD ÖT VÁROS PROJEKT,
PAWTUCKET SZÍVEGÉSZSÉG PROGRAM, MINNESOTA SZÍVEGÉSZSÉG PROGRAM*

A következőkben három, az 1980-as években az Egyesült Államokban lefolytatott intervenciót ismertetünk.

A Stanford Öt Város Projekt intervenciója (Farquhar et al. 1990) öt évig tartott, ennek során az intervenció városok felnőtt lakói 527 oktatási epizódot kaptak, az öt év alatt összesen mintegy 26 órányi oktatásban részesültek. Az egészséggel kapcsolatos edukáció nagyrészt a média közvetítésével zajlott (televízió, rádió, újságok, egyéb nyomtatott üzenetek), emellett közvetlen oktatást is végeztek (csoportokban, versenyek során, levelező kurzusokon), illetve az iskolákat is bevonták. A program eredményességét reprezentatív mintákon mérték a program kezdetekor, illetve három későbbi alkalommal.

A beavatkozások után nőtt a kardiovaszkuláris betegségekről való tudás, szignifikánsan csökkent a rizikófaktorok átlaga, ami a teljes mortalitás 15%-os csökkenésével, valamint a koronáriabetegség rizikójának 16%-os csökkenésével járt együtt. A szerzők következtetése az, hogy a több csatornán megvalósított, több tényezőre ható egészségoktatás hatékonyan csökkenti a rizikótényezőket, aminek jelentős hatása lehet a közegészségügyre.

A Stanford Öt Város Projekt tehát elsősorban a média részvételére épített, ezzel szemben a Pawtucket Szívegészség Program (CARLETON et al. 1995) médiakampány nélkül, a közösségek aktivizálásával zajlott. A programban 7 év alatt mintegy 500 közösségi szervezet vett részt (iskolák, munkahelyek, üzletek, éttermek), illetve több mint 3500 önkéntes segítette a program megvalósulását. Külön hangsúlyt fektettek arra, hogy az alacsony iskolázottságú embereket elérje a program. A program elméleti alapja a társas tanulási elmélet volt; igyekeztek egyrészt az egyéneknek segíteni a viselkedésváltoztatás megvalósításában, másrészt a támogató környezet létrehozására is hangsúlyt fektettek. A beavatkozás tervezése során három szempontot vettek figyelembe. Egyrészt a beavatkozás során a rizikófaktorokat célozták meg (koleszterinszint, vérnyomás, dohányzás, elhízás, fizikai inaktivitás). Másrészt igyekeztek a viselkedésváltozás szakaszait figyelembe venni, és azoknak megfelelően megválasztani a konkrét beavatkozást (például a viselkedéses készségek gyakorlása, stratégiák a viselkedésváltozás fenntartása érdekében). A harmadik szempont pedig, ahogy említettük, a közösségek aktivizálása volt. A program hatékonyságát két évente mérték fel; az intervenció és a kontrollvárosban a legtöbb mért jellemzőben nem volt szignifikáns különbség. A szisztolés és diasztolés vérnyomás mindkét helyen enyhe mértékben csökkent, csakúgy, mint a dohányzás előfordulása. A testtömegindex mindkét helyen nőtt. A kardiovaszkuláris megbetegedések előfordulása mindkét városban enyhén csökkent; az intervenció csúcán statisztikailag szignifikáns volt a különbség, az intervenció városban mintegy 20%-kal csökkent a szív- és érrendszeri megbetegedések aránya (95% CI = 0,63–1,00). Ez azonban három évvel az intervenció befejezése után 8%-os csökkenésre esett vissza (95% CI = 0,68–1,23). A kevésbé iskolázott rétegben azonban a szív- és érrendszeri megbetegedések rizikója több mint 35%-kal csökkent (RR = 0,63, 95% CI = 0,41–0,98). A programcsoport véleménye szerint az eredmények kevésbé támasztják alá azt a feltételezést, hogy a közösségi részvétellel megvalósított viselkedésváltozás csökkenti a kardiovaszkuláris megbetegedések rizikóját, illetve e betegségek előfordulását. Azonban arra is felhívják a figyelmet, hogy az intervenció településen megvalósult 8%-os csökkenés népegészségügyi szinten jelentős lehet. A program relatív sikertelenségének oka a szerzők szerint az, hogy az intervenció település lakóit is rengeteg ellentétes hatású üzenet érte a médiából (pl. dohányreklámok, illetve nem egészséges ételek elérhetősége), így a hatékonyabb beavatkozások érdekében nemcsak a közösségi, hanem az állami szint részvételére is szükség van. Ehhez azt tesszük hozzá, hogy fontos eredmény az alacsonyabb iskolázottságú rétegben elért kardiovaszkuláris rizikócsökkenés, mivel pontosan abban a rétegben gyakori a rizikófaktorok halmozódása. Emellett az ismertetett két intervenció alapján arra következtethetünk, hogy a média részvétele fontos az intervenciók sikere érdekében.

A Minnesota Szívegészség Program (LUEPKER et al. 1994) szintén 5–6 éves intervenció volt, három intervenció város és három kontrollváros részvételével. Ebben a programban is fontos szerepet kaptak a helyi közösségek, része volt intenzív médiakampány, valamint bevonták az egészségügyet is. A program részeként sor került a rizikótényezők szisztematikus szűrésére, valamint egészségedukációra. Az eredmények összességében szerények voltak: a rizikótényezők zömében – a testtömegindex kivételével – kedvező változást figyeltek meg az intervenció csoportban, azonban ezek az eredmények nem voltak szignifikánsak, mivel az általános trend is ebbe az irányba mutatott, tehát a kontrollcsoportban is hasonló változások történtek. A szerzők következtetése az, hogy a program nem tudott a kedvező általános trendhez további jelentős javulást hozzátenni. Azt is felvetik, hogy akkoriban politikai szinten még nem támogatták olyan jelentősen például a dohányzás korlátozását vagy az élelmiszerek megfelelő feliratozását, így hatékonyabb lett volna a program, ha az egészségedukációt kiegészítették volna a politikai döntéshozók kezdeményezéseivel.

Az eddig ismertetett intervenciók eredményeiből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy egy terület egész populációját megcélzó intervencióknál fontos, hogy a helyi közösségek bevonására alapuljon a program, emellett nélkülözhetetlen a média aktív részvétele, valamint a politikai döntéshozók támogatása is. Ha ezek adottak, akkor az intervenció sikeres lehet a szív- és érrendszeri megbetegedések rizikófaktorainak, ezzel a megbetegedések valószínűségének csökkentésében.

Azt is láttuk ugyanakkor, hogy a fent ismertetett intervenciók szerényebb eredményekkel zárultak, mint az Észak-Karélia Projekt. Winkleby, Feldmun és Murray (1997) tanulmánya a fenti három intervenció eredményének összesített elemzését végezte el. A dohányzási arány, a szisztolés és diasztolés vérnyomás, a vér koleszterinszintje, illetve a testtömegindex változását vizsgálták, illetve a tízéves koronáriabetegség miatt bekövetkező halálozás becslését is összehasonlították mindkét nem esetében az intervenció illetve a kontrollvárosok között. A tizenkét összehasonlítás közül kilenc eredménye a várt irányú volt, tehát az intervenció csoport mutatói kedvezőbben alakultak. (A három kivétel: mindkét nem esetében a koleszterinszint jobban csökkent a kontrollcsoportban, illetve a férfiak testtömegindexe nagyobb mértékben nőtt az intervenció csoportban.) Egyik különbség sem volt azonban szignifikáns, az összesített elemzés tehát nem tudta igazolni azt, hogy az intervenció hatására valóban jelentős kedvező változás történt a szív- és érrendszeri megbetegedések rizikótényezőiben a kontrollcsoporthoz viszonyítva. A szerzők azt is megvizsgálták, hogy mi lehet ennek a relatív eredménytelenségnek az oka. Szerintük nem az, hogy az intervenciók nem voltak hatásosak a viselkedés megváltoztatásában. Inkább két másik ok játszhatott szerepet ebben. Az egyik az, hogy az intervenciók kezdete után, az 1980-as években az amerikai társadalom egészében elterjedtebbé vált az egészségfejlesztés, illetve a rizikófaktorok elleni fellépés, így ez lehetett a fő oka annak, hogy nem tudtak kimutatni jelentős különbséget az intervenció és a kontrollcsoport között. A másik ok a szerzők szerint az, hogy az intervenciók tervezése során eredetileg várt 10–20%-os rizikófaktor-csökkenés túl optimista elvárás volt, és mivel a vizsgálatokat ennek a változásnak a kimutatására tervezték, azok statisztikai ereje nem volt elegendő ahhoz, hogy kisebb változásokat megbízhatóan kimutasson.

A POPULÁCIÓS SZINTŰ INTERVENCIÓK KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGA

Fontos szempont az intervenciók tervezése során, hogy a beavatkozás költségei hogyan aránylanak a későbbi várható költségmegtakarításokhoz. A megelőzéssel a későbbi kezelések költségei csökkenthetők, illetve kevesebb lehet a betegség miatt a munkából kieső időszak. Gaziano, Galea és Reddy (2007) tanulmánya szerint a fent ismertetett intervenciók költséghatékonyak tekinthetők. Legmeggyőzőbbek ilyen szempontból is az Észak-Karélia Projekt eredményei. A magas vérnyomást megcélzó program fejenként kb. öt dollárba került (1977-es árakkal számolva), e költségeknek mintegy 85%-át a gyógyszerelésre fordították. Ezzel mintegy 2100 életévet nyertek; a program összesített költséghatékonysági rátája 3600 és 4600 dollár között van életminőséggel korrigált életévenként. A többi beavatkozás is költséghatékonynak bizonyult azonban, mivel a szerényebb eredmények is jelentősek, ha az egész populációt vesszük figyelembe. A szerzők szerint akkor a leghatásosabbak a programok, és ezáltal a költséghatékonyságuk is akkor jelentősebb, ha a megcélzott rizikótényezőről csak korlátozott információ él a köztudatban.

A POPULÁCIÓS SZINTŰ INTERVENCIÓK JÖVŐBENI LEHETSÉGES IRÁNYA

A fentiekben vázlatosan áttekintettük a populációs szintű intervenciókat és megvizsgáltuk azok hatékonyságát. Feltűnhet, hogy ezek az intervenciók a hagyományos rizikótényezőkre koncentráltak, hiszen az intervenciók tervezésekor ezeknek az oksági szerepére volt tudományos bizonyíték. Ezek a rizikótényezők az egészségviselkedés módosításával befolyásolhatók, ez is szerepet játszhat abban, hogy az intervenciók rájuk irányulnak. Azóta a kutatások bebizonyították a pszichoszociális rizikótényezők és a szívbetegségek összefüggéseit is. A már idézett INTERHEART-tanulmány kimutatta, hogy pszichoszociális tényezők felelősek a szívizominfarktus populációnak tulajdonítható rizikójának a 32,5%-áért. Pszichoszociális stresszként definiálta a kutatás az anyagi, munkahelyi és otthoni stresszt, a szívinfarktust megelőző tizenkét hónapban átélt stresszes életeseményeket, a depressziót, valamint az életesemények feletti észlelt kontroll alacsony fokát. A pszichoszociális tényezőknek ez a szerepe a kedvezőtlen lipidösszetétel (populációnak tulajdonítható rizikó 49,2%) és a dohányzás (35,7) után a harmadik legjelentősebb hozzájárulást mutatja a szívinfarktus kialakulásához. Ennek ellenére nem tudunk olyan intervencióról, amely elsődleges prevenció célból ezeknek a pszichoszociális rizikótényezőknek a csökkentésére irányulna. Ez lehet a jövőben az elsődleges megelőzés egyik kiemelt iránya. Ennek megvalósítása annál is sürgetőbb lenne, mivel láttuk az ismertetett intervenciók kapcsán, hogy elsősorban akkor tud jelentős változást elérni egy intervenció, ha olyan célra irányul, ami a köztudatban még kevésbé elfogadott.

Eddig az elsődleges megelőzésről beszéltünk, melynek célja, hogy megelőzze a szív- és érrendszeri megbetegedések kialakulását. Láttuk, hogy nagyon nagy a magas rizikójúnak számító személyek (pl. magas vérnyomású, cukorbeteg vagy dohányzó személyek)

aránya. Léteznek olyan beavatkozások, melyek célzottan egy-egy magas rizikójú csoport tagjaira irányulnak, és a náluk jelen levő rizikótényezők kedvező befolyásolása a céljuk. Ezek az intervenciók a másodlagos megelőzéshez sorolhatók, céljuk az életmód módosításával a kockázat csökkentése és a szívbetegség tényleges kialakulásának a megelőzése. Tanulmányunk keretei nem teszik lehetővé, hogy ezeket az intervenciókat részletesen ismertessük. A következő részben azt vizsgáljuk meg, hogy mit lehet tenni, ha már kialakult a betegség, tehát a rehabilitáció témakörét tárgyaljuk.

REHABILITÁCIÓ

A kardiovaszkuláris rehabilitáció alapvető célja az újabb szív- és érrendszeri esemény bekövetkezésének megakadályozása. Mivel a szív- és érrendszeri megbetegedések létrejötte sok tényező függvénye, az azt követő beavatkozás is sok területre hat ki. A rehabilitáció során azon túl, hogy a módosítható rizikótényezőket kedvező irányba próbálják változtatni, a beteg életminőségének javítása, valamint a hétköznapi életbe való visszaintegrálása is cél. A kardiovaszkuláris rehabilitáció alapja eredetileg a testmozgás volt, így van olyan rehabilitációs program, amely csak testmozgást tartalmaz, léteznek azonban átfogó programok is. A következőkben azokat az intervenciókat tekintjük át, amelyeknek pszichológiai eleme van; az egyes rizikótényezők vagy pszichés jellemzők gyógyszeres kezelésére nem térünk ki.

DOHÁNYZÁSRÓL LESZOKÁST ELŐSEGÍTŐ INTERVENCIÓK

A dohányzás az első azonosított rizikófaktorok egyike volt, így viszonylag korán kezdtek intervenciókat a dohányzó szívbetegknél a leszokás támogatására. Ez azért is különösen fontos, mert a dohányzás szív- és érrendszeri hatásai (a vér csökkent oxigénszállítási képessége, a véralvadásra fogékony állapot kialakulása, a koronáriák összehúzódása, és a nikotin mediálta hemodinamikai hatások) mind megnövelik az újabb szív- és érrendszeri esemény kialakulásának veszélyét (LUDVIG et al. 2005), elsősorban a hirtelen szívhalál rizikóját. Ennek ellenére a standard rehabilitációs programoknak ritkán része a dohányzásról való leszoktatás elősegítése; ennek oka lehet részben, hogy a kórházi kezelőszemélyzet által biztosított rövid intervenciók viszonylag hatástalanok (DYER–BECK 2007).

Az *American Heart Association* 2007-es irányelvei a következőket tartalmazzák a dohányzással kapcsolatban (BALADY et al. 2007). A szívbeteg rehabilitációjának része a beteg dohányzási státusának a felmérése és dokumentálása. Jelenlegi dohányosnak tekintik azt is, aki az elmúlt tizenkét hónapban szokott le, a relapszus nagy veszélye miatt. Mind a naponta elszívott cigaretták számát, mind a dohányzás időtartamát rögzítik, emellett felmérik a passzív dohányzásnak való kitettséget is. Ezek után felmérik azt, hogy a beteg kész-e arra, hogy abbahagyja a dohányzást. Azok esetében, akik nem szándékoznak abbahagyni a dohányzást, rövid motivációs beavatkozást javasol az irányelv. Ha pedig a beteg kész leszokni a dohányzásról, akkor a megfelelő kezelésre irányítják tovább. A minimális intervenció

egyéni edukációt és tanácsadást tartalmaz, önségítő anyagok kiegészítésével, az optimális intervenció azonban hosszabb egyéni tanácsadáson vagy csoportfoglalkozáson alapul, szükség esetén farmakoterápiás kiegészítéssel. Az elvárt hosszú távú kimenet a dohányzás abbahagyása legalább tizenkét hónapon át. A dohányzás abbahagyása különösen fontos azoknál a betegeknél, akiknél magas vérnyomás vagy cukorbetegség is jelen van.

Wilson, Gibson, Willan és Cook (2000) szerint mintegy felére csökken az infarktus utáni halálozás esélye azoknál, akik abbahagyták a dohányzást (OR = 0,54, 95% CI = 0,46–0,62), Iestra és munkatársai (2005) konzervatív becsléssel mintegy 35%-os rizikócsökkenésről számolnak be (RR = 0,64, 95% CI = 0,58–0,71). Van Domburg és munkatársai (2008) 1041 bypassműtéten átesett betegnél vizsgálták a túlélés alakulását harminc éven keresztül. A betegek 43%-a volt absztinens a műtét utáni első évben. A megfelelő paraméterek kontrollálása mellett a dohányzás abbahagyása az alacsonyabb mortalitás független prediktora volt (HR = 0,60, 95% CI = 0,48–0,72). A Kaplan–Meier-görbe alatti területből megbecsülték a várható élettartamot mind az első évben leszokott betegek, mind a dohányzást folytató betegek esetében. Az összesített adat szerint három évvel éltek tovább azok a betegek, akik a műtét utáni első évben abbahagyták a dohányzást; ez a hatás nagyobb volt, mint a gyógyszeres kezelések hatása. A tanulmány korlátja, hogy önbeszámolás módszerrel mérte a dohányzási státust, azonban az objektív eszközök (pl. szén-monoxid-mérés) nem álltak rendelkezésre a hetvenes években, amikor a dohányzási státus adatait felvették.

Szakirodalmi áttekintések és metaelemzések adatai szerint infarktuson, illetve bypassműtéten átesett betegek esetében a kórházi tartózkodás során kapott intervenció növeli a leszokás esélyét (SEBREGTS et al. 2000; Aziz et al. 2008), ezzel csökkenti az újabb esemény kialakulásának és a mortalitásnak a veszélyét. Az intervenciók nagyon heterogének, így több tanulmány vizsgálta, hogy milyen jellemzők szükségesek ahhoz, hogy sikeres legyen a beavatkozás. Úgy tűnik, hogy a rutinellátás keretében nyújtott rövid (egy alkalmas), ápolónők által közvetített, nem intenzív intervenció nem csökkenti hatékonyan a dohányzást (MARTÍNEZ GARCÍA et al. 2009; HAJEK et al. 2002). A sikertelenségnek részben az volt az oka, hogy a nővérek – nyilván túlterheltségük miatt is – nem tartották be az intervenció menetét, fontos elemeket kihagytak belőle (HAJEK et al. 2002). Eredményesebbnek bizonyulnak azok az intervenciók, amelyek a kórházi tartózkodás alatt kezdődnek, és utána hosszabb időn (pl. két vagy három hónapon) keresztül telefonhívásokkal tartják a kapcsolatot a beteggel (SMITH–BURGESS 2009; MOHIUDDIN et al. 2007; AZIZ et al. 2008). Mohiuddin és munkatársai (2007) tanulmányában 209 beteg vett részt, 12 héten keresztül kaptak viselkedésmódosítási tanácsadást és személyre szabott farmakoterápiát. A szén-monoxid-tesztel igazolt 24 hónapos absztinencia 33% volt a kísérleti csoportban, 9% a kontrollcsoportban, a mortalitás rizikója is csökkent az intervenció csoportban (RRR = 77%, 95% CI = 27–93%).

A beavatkozás időtartama mellett annak intenzitása is fontos. Aziz és munkatársai (2008) metaelemzése szerint legeredményesebbek a hosszabb (legalább hat interakciót tartalmazó), nagyobb intenzitású beavatkozások (OR = 3,17, 95% CI = 1,34–3,28), illetve

eredményesebbek voltak azok az intervenciók, melyek megengedték, hogy nikotinpótló terápiával vagy egyéb gyógyszeres kezeléssel kiegészítsék a leszokástámogatást (OR = 2,13, 95% CI = 1,34–3,28). Smith és Burgess (2009) kutatása is alátámasztja azt, hogy a minimálintervenciónál eredményesebb az intenzív beavatkozás (jelen esetben ez a minimálintervenció mellett 60 perces tanácsadást, hazavihető anyagokat, valamint három hónapon keresztül biztosított telefonhívásokat jelentett). Szintén fontos kérdés az intervenció kiegészítése nikotinpótlással vagy nem nikotint tartalmazó gyógyszer (bupropion) alkalmazásával. Több tanulmány azt mutatta ki, hogy a farmakoterápia esetében nagyobb arányú volt a leszokás (Aziz és munkatársai 2008 már idézett eredményei), azonban a farmakoterápia alkalmazásáról nem egyöntetűek az eredmények. Smith és Burgess (2009) kutatásában az intervenciónak nem volt része farmakoterápia alkalmazása, viszont mind az intenzív intervenció csoportban, mind a minimálintervenció csoportban voltak betegek, akik segítségül hívták a gyógyszereket. Az eredmények azonban azt mutatták, hogy mindkét csoportban kisebb mértékben voltak 12 hónap elteltével absztinensek azok, akik gyógyszerrel egészítették ki az intervenciót (OR = 0,3, 95% CI = 0,2–0,5).

A dohányzásról való leszokást támogató intervenciók sikeressége eltérő lehet különböző típusú szívbetegекnél, azonban itt is különböző eredményeket hoztak az egyes kutatások. Sebreghs és munkatársai (2000) áttekintése szerint a leszokás valószínűsége a betegség súlyosságának függvénye, így infarktust átélt betegek nagyobb eséllyel szoknak le. Smith és Burgess (2009) azonban úgy találták, hogy a bypassműtéten átesett betegek nagyobb arányban mutattak 12 hónap alatt folyamatos absztinenciát, mint azok, akik infarktuson estek át (57% vs. 39%).

ÉTRENDVÁLTOZTATÁS

A megfelelő étrend követése, illetve az étrendmódosítás a szívbetegségek több rizikófaktorára is jótékony hatású lehet. Egyrészt kedvezően hathat a vérzsírok szintjére, másrészt fontos a magas vérnyomás, a cukorbetegség szempontjából, valamint az optimális testsúly elérése és fenntartása érdekében is. Az *American Heart Association* irányelvei a következőket tartalmazzák az étrendmódosítással kapcsolatban (BALADY et al. 2007). A beteg étkezési szokásainak felmérése után az orvos javasolja az étrend módosítását a telített zsírsavak és a koleszterin megfelelő mértékű csökkentése érdekében. A megfelelő lipidszint elérését és fenntartását több növényi sztanol/szterol (gyümölcs, zöldség, diófélék, magvak, hüvelyesek, növényi olajok), több oldódó rost (zab, árpa, szója, szárazbab, borsó, citrusok), több omega-3 zsírsav (len, dió, mogyoró, repce, tengeri hal) fogyasztásával lehet elérni. Emellett a vérzsírok szintjét kedvezően befolyásolja, ha az elhízott beteg fogyni tud, ha megfelelő testmozgást végez, ha abbahagyja a dohányzást, illetve mérsékli az alkoholfogyasztást. Az étrend kialakításában figyelembe kell venni a társbetegségeket és a többi rizikófaktorot is. Ha a testtömegindex 25-nél nagyobb, vagy a derékkörfogat férfiaknál 102 centiméternél, nőknél 88 centiméternél nagyobb, akkor

testsúlykezelésre van szükség, aminek része a táplálkozási szokások megváltoztatása és a testmozgás vagy testedzés is. Ebben az esetben a cél az energiabevitel csökkentése, az energiafelhasználás növelése, emellett a tápanyagok és rostok megfelelő mértékű bevitelének biztosítása. Magas vérnyomás jelenléte esetén a testmozgás mellett a testsúlyra figyelmet kell fordítani, emellett a só- és az alkoholfogyasztás mérséklése, valamint a friss gyümölcs és zöldség, valamint az alacsony zsírtartalmú tejtermékek fogyasztásának növelése javasolt. Cukorbetegség esetén a megfelelő diéta betartása szükséges.

Az étrendmódosítást vizsgáló korai, 1960–70-es években zajlott tanulmányok alacsony telített zsírsav- és koleszterintartalmú és magas többszörös telítetlen zsírsavtartalmú étrend hatását vizsgálták, azonban általában nem mutattak ki kedvező hatást (SEBREGTS et al. 2000). Ennek az lehetett az oka, hogy módszertani problémák jellemezték e tanulmányokat; alacsony rizikójú betegek vettek részt bennük, a kiinduló koleszterinszintet nem közölték, illetve nagy mennyiségű többszörösen telítetlen zsírsavat tartalmazott az étrend, így a teljes zsírbevitel elérte a 40%-ot. Később az étrendmódosítás nemcsak a koleszterinszint csökkentésére irányult, hanem az étrend több elemét is érintette. Singh és munkatársai (1992) kétféle étrend hatását hasonlították össze feltelezett infarktust vagy instabil anginát átélt betegeknél, egy hagyományos zsírcsökkentő, illetve egy szívérvédő étrendét. Az étrendváltozást az infarktus után 72 órával bevezették. Mindkét csoportnak a zsírbevitel csökkentését javasolták, tehát a hús, tojás, hidrogenizált olajok és vaj helyett vegetáriánus húspótlókat, szóját és növényi olajokat fogyasztottak a betegek. Az egyik csoportnak emellett több zöldség, gyümölcs, hüvelyesek, magvak és hal fogyasztását javasolták; ezek az élelmiszerek gazdagok oldódó rostban, antioxidánsokban és ásványi anyagokban. Emellett mindkét csoportnak egyéb életmódra vonatkozó tanácsokat is adtak: javasolták a dohányzás abbahagyását, az alkoholfogyasztás mérséklését, a stressz csökkentését és a testmozgás növelését. Annak a csoportnak, amelyik a komplexebb étrendmódosítást kapta, ezeket az egyéb tanácsokat többször említették, a másik csoportnak csak egyszer, és utána a szokásos kezelést kapták a betegek. A komplexebb intervencióban részesülő betegek esetében egyéves utánkövetés során a vér lipoprotein-tartalma és a testtömeg szignifikánsan jobban csökkent, mint a zsírcsökkentő diétát követő csoportban, alacsonyabb volt az újabb szív- és érrendszeri esemény (RR = 0,60, 95% CI = 0,31–0,75), valamint a bármilyen okból bekövetkező halálozás aránya (RR = 0,55, 0,34–0,75) is. A komplexebb intervenció csoporton belül azoknál a betegeknél, akik legalább 0,5 kg-mal csökkentették a testsúlyukat, szignifikánsan kevesebb betegnél következett be újabb szív- és érrendszeri esemény vagy halálozás, mint akiknél nem volt legalább ennyi testsúlyváltozás. A testsúlyukat legalább fél kilogrammal csökkentő betegek közül 17% esetében, azoknál a betegeknél azonban, akiknek a testsúlya nem csökkent legalább ennyivel, 34%-nál történt újabb kardiovaszkuláris esemény vagy halálozás. Ez a kutatási eredmény azt jelzi, hogy mérhetően tudja csökkenteni az újabb infarktus vagy egyéb szív- és érrendszeri történés, valamint a halálozás arányát szívbetegeknél az étrend komplex megváltoztatása, kiegészítve a testsúly legalább minimális csökkentésével.

Az étrenddel kapcsolatos javasolt módosítások azonban korántsem annyira egyértelműek, mint a fentiekből esetleg tűnhet. Burr (2007) két kutatás eredményeit ismerteti, az egyikben infarktuson átesett betegek vettek részt, a másikban anginás betegek. Az első tanulmány (*Diet and Reinfarction trial*; DART) résztvevőit (2033 infarktuson átesett férfi) három csoportba sorolták. Az egyikben azt a tanácsot kapták, hogy fogyasszanak olajos halat legalább hetente kétszer, vagy ha ezt nem szerették, akkor halolajkapszulát kaptak. A másik csoport azt a tanácsot kapta, hogy a zsírbevitelt a teljes energiabevitel 30%-ára csökkentse és növelje a többszörösen telítetlen zsírsavak mennyiségét, a harmadik csoport pedig azt, hogy a gabonából származó rostok bevitelét növelje. A hal és a rost bevitelét célzó intervencióval való együttműködés jó volt, a zsírbevitellel kapcsolatos compliance nem. A három intervenció közül a halfogyasztás növelését célzónak volt hatása: a két év során bármilyen okból bekövetkezett halálozás esélyét 29%-kal csökkentette, viszont ennél hosszabb távú hatása (12–16 évvel később vizsgálták újra a résztvevőket) nem volt. Ebből arra következtethetünk, hogy az olajos hal vagy a halolaj fogyasztása elfogadható a betegek számára, és hatásos is. Egy következő tanulmány azonban kétségeket vetett fel ezzel kapcsolatban (*Diet and Angina Randomized Trial*; DART-2). 3114 stabil anginás férfibeteg vett részt a vizsgálatban, külön vizsgált kimenet volt a hirtelen és a nem hirtelen halál, az utánkövetés ideje kilenc év. A hirtelen halál oka ugyanis a halálos aritmia; a vizsgálat arra irányult, hogy a halolajnak van-e védő hatása ez ellen. Az egyik csoport ugyanúgy a halolaj bevitelét növelte, de két módon: vagy olajos halat ettek, vagy halolajat (halolajkapszulát). A fő intervenciótól függetlenül randomizált módon a férfiak felének javasolták napi négy-öt adag gyümölcs és zöldség fogyasztását (a burgonya kivételével), illetve azt, hogy igyanak meg naponta legalább egy pohár természetes narancslevet, illetve növeljék a zabfogyasztást. A résztvevők által jelzett compliance mind a hal-, mind a gyümölcs- és zöldségfogyasztás esetében megfelelőnek minősíthető volt, a zöldség- és gyümölcsfogyasztás megemelkedését azonban nem erősítették meg objektív mérőeszközzel kapott eredmények, tehát itt a tényleges compliance nem valósult meg a szükséges mértékben. A várakozással ellentétben a halfogyasztást növelő csoportban magasabb mortalitást találtak, a szíveredetű, valamint a hirtelen halál aránya szignifikánsan magasabb volt ($p = 0,02$ mindkettőnél). Tovább vizsgálva az eredményeket, kitűnt, hogy a mortalitás megemelkedése a halolajat (halolajkapszulát) fogyasztók alcsoportjában történt, a szíveredetű halálozás esetében csaknem másfélszeresére ($HR = 1,45$, 95% CI = 1,05–1,99), míg a hirtelen halál esetében ennél is magasabb mértékben ($HR = 1,84$, 95% CI = 1,11–3,05). A halat fogyasztók csoportjában nem nőtt a halálozás aránya. A gyümölcs- és zöldségfogyasztás növelésére adott tanácsnak nem volt semmiféle következménye egyik vizsgált kimenetre sem; ennek oka lehet a nem megfelelő compliance. Ezek az eredmények azt jelzik, hogy az anginás csoportban nem járt semmiféle pozitív következményekkel sem a halolaj, sem a zöldség-gyümölcs fogyasztás, sőt előbbi még káros is volt. Emiatt elképzelhető, hogy a különböző magas rizikójú csoportokban más-más intervenciókra van szükség. A halolaj infarktus utáni védő hatását egy olasz vizsgálat is bebizonyította; a halolaj valószínűleg az infarktus után

gyakran halálos kimenetű aritmiák megelőzését segíti. Fontos tanulság az is, hogy az étrendkiegészítők hatása nem ugyanaz, mint a természetes formában bevitt anyagoké. Emellett fontos tényező, hogy a betegek milyen mértékben működnek együtt az előírt étrendi változtatásokkal – ezt pedig befolyásolhatja az, hogy mennyire érzik szükségnek az életmód-változtatást. Egy hirtelen jött, életet veszélyeztető infarktus után a betegek talán nagyobb valószínűleg változtatnak életmódjukon, mint egy olyan megbetegedésben, amelyben stabil az állapotuk és esetleg tünetmentesek.

TESTMOZGÁS

A testmozgás sokáig a kardiovaszkuláris rehabilitáció szinte egyetlen alapvető eleme volt. A szív- és érrendszeri megbetegedés több rizikófaktorára kedvező hatással van (THOMPSON et al. 2003; SEBREGTS et al. 2000). Csökkenti a vérnyomást mind normál vérnyomású, mind magas vérnyomású egyének esetében: az átlagos szisztolés és diasztolés vérnyomáscsökkenés 2,6 és 1,8 Hgmm normál vérnyomásúaknál, és 7,4 és 5,8 Hgmm magas vérnyomásúaknál (THOMPSON et al. 2003). Ez a hatás nem függ a heti edzések számától vagy az edzés intenzitásától. Ezek az adatok azt is jelentik, hogy a testmozgás önmagában elég lehet az enyhe magas vérnyomás kezelésére. A testmozgás szintén kedvező irányba befolyásolja a vérzsírok összetételét: metaelemzés adatai szerint növeli a HDL-koleszterin szintjét, és csökkenti az LDL-koleszterin, valamint a trigliceridek koncentrációját; ez a hatás normál és emelkedett vérzsírszintűeknél is jelentkezik (THOMPSON et al. 2003). A testmozgás továbbá csökkenti az inzulinrezisztenciát és a glükóztoleranciát; a testsúlycsökkentés és a testmozgás megakadályozhatja a diabétesz kialakulását. Hozzájárul az optimális testsúly fenntartásához is.

A testmozgás dohányzásról való leszokást segítő hatásáról ellentmondásos kutatási eredmények jelentek meg. Egyes, egészséges emberekkel végzett randomizált kontrollvizsgálat eredményei szerint az erőteljes testmozgást végzők nagyobb arányban szoktak le a dohányzásról (MARCUS et al. 1999); mérsékelt intenzitású testedzés esetében azonban nem találtak összefüggést (MARCUS et al. 2005), a kérdés tehát további vizsgálatot igényel. Szívbetegekkel folytatott vizsgálatok eredményei szerint a testmozgás csökkentheti a szorongást (d átlag = 0,3137) és depressziót (d átlag = 0,4569), az intervenciók átlagos hatásmérete közepesnél kisebb mértékű hatást jelez (KUGLER et al. 1994). A testmozgás a fáradtság és energiátlanság tüneteire is pozitív hatással van (Δ átlag = 0,51, 95% CI = 0,42–0,61) (PUETZ et al. 2006).

A csak testmozgást vagy testmozgást is tartalmazó rehabilitációs programok hatékonyságáról több metaelemzés is született. A korai metaelemzések (OLDRIDGE et al. 1988; O'CONNOR et al. 1989) olyan randomizált intervenciókat vizsgáltak, amelyek strukturált testmozgást tartalmaztak; a testmozgás mellett tehát egyéb összetevői is voltak. A két metaelemzés által vizsgált tanulmányok nagyrészt átfedték egymást, így eredményeik is nagyon hasonlóak voltak. Mindkét tanulmány azt mutatta ki, hogy a testmozgást is tartalmazó intervenciók a mortalitást csökkentették, a nem halálos

infarktus előfordulását azonban nem. O'Connor és munkatársai (1989) elemzése szerint átlag három év utánkövetés során a bármilyen okból bekövetkezett halálozás esélye 20%-kal csökkent (OR = 0,80, 95% CI = 0,66–0,96), a kardiovaszkuláris mortalitás esélye 22%-kal (OR = 0,78, 95% CI = 0,63–0,96), míg a halálos infarktus esélye 25%-kal (OR = 0,75, 95% CI = 0,59–0,95). Az utánkövetés első éve alatt a hirtelen szívhalál esélye is csökkent (OR = 0,63, 95% CI = 0,41–0,97), később azonban ez a csökkenés nem szignifikánssá változott. Jolliffe és munkatársai (2001) az 1998 végéig megjelent tanulmányokban külön vizsgálta a csak testmozgást tartalmazó rehabilitációs programok hatását, valamint azokat, amelyeknek a testmozgás csak az egyik eleme volt. A metaelemzés szerint a csak testmozgást tartalmazó programok 27%-kal csökkentették a bármilyen okból bekövetkezett halálozást (OR = 0,73, 95% CI = 0,54–0,98), a kardiovaszkuláris halálozást pedig 31%-kal (OR = 0,69, 95% CI = 0,51–0,94). Az átfogóbb programok hasonló irányú, de gyengébb eredményeket hoztak. A bármilyen okból bekövetkező halálozást 13%-kal csökkentették, a különbség nem is szignifikáns (OR = 0,87, 95% CI = 0,71–1,5), a kardiovaszkuláris halálozást pedig 26%-kal (OR = 0,74, 95% CI = 0,57–0,96). A korábbi metaelemzések eredményével összhangban a mortalitást csökkentette tehát az intervenció; a nem halálos infarktus esetében nem tudtak kimutatni hatást. Ezek az eredmények azt mutatják, hogy mind az átfogó, mind a csak testmozgást tartalmazó programok hatékonyan csökkentik a mortalitást, azonban az átfogó programok nem járnak nagyobb eredménnyel, mint a csak testmozgást tartalmazó programok. Ennek oka lehet az, hogy az átfogó programok rendkívül változatosak, mind összetevőik, mind a programot végző szakemberek tekintetében.

A testmozgás nemcsak koronáriabetegek számára előnyös. Szívelégtelenségben szenvedő betegeknek az 1970–80-as években még a tevékenységek korlátozását javasolták. Az azóta elvégzett vizsgálatok szerint azonban számukra is kedvező hatású, ha testmozgást végeznek (THOMPSON et al. 2003); randomizált vizsgálatok eredményein alapuló metaelemzés szerint a bármilyen okból bekövetkező halálozás 35%-kal csökkent a testmozgást végző betegeknél mintegy két év követés során. A perifériás artériás betegségben szenvedőknél (náluk már rendkívül rövid távú gyaloglás fájdalmat okoz) a testmozgás szintén jótékony hatású, a fájdalom jelentkezéséig megtett távolság nagymértékben növekszik (THOMPSON et al. 2003).

A testmozgás veszélyeiről is érdemes szót ejtenünk. Az egyik lehetséges probléma a sérülések előfordulása. Ezeknek az esélyét növeli a testmozgás túlzott mennyisége, az erőteljes testmozgásban való részvétel, illetve az obezitas, míg a nagyobb mértékű edzés, a felügyelettel végzett testmozgás, valamint a nyújtások végzése csökkenti a sérülésveszélyt. A szívbeteg fizikai aktivitásának megtervezésében fontos a fokozatosság betartása (THOMPSON et al. 2003). Az erőteljes testmozgással kapcsolatban felmerülő másik lehetséges veszély a testmozgás közben fellépő hirtelen halál. Ennek abszolút incidenciája kicsi, azonban az egyéb tevékenységekhez képest az erőteljes testmozgás mégis növeli annak esélyét (THOMPSON et al. 2003). Egészséges egyéneknél az erőteljes testmozgással összefüggésben fellépő hirtelen halál éves incidenciája 5,4/100000.

Ülő életmódot folytatók esetében a nyugalmi állapothoz viszonyítva nagyobb mértékben növekszik ennek veszélye, mint fizikailag aktívaknál, illetve férfiak esetében nagyobb mértékű ez a kockázat, mint nőknél (LAVIE et al. 2009). Az akut szívizominfarktusz rizikója is magasabb intenzív testmozgás közben, mint nyugalmi állapotban, mintegy 2–6-szoros az emelkedés (LAVIE et al. 2009), a szívinfarktuszok 5–10%-a következik be intenzív testmozgással összefüggésben (THOMPSON et al. 2003). A testmozgás előnyei azonban jóval nagyobbak, mint a veszélyei, amelyek elkerülése érdekében nagyon fontos, hogy a kevésbé edzettek fokozatosan növeljék a fizikai aktivitás intenzitását, és kerüljék el a hirtelen nagyon intenzív testmozgást.

PSZICHOSZOCIÁLIS INTERVENCIÓK

Az Egyesült Államokban érvényes orvosi irányelvek kimondják, hogy a betegek felmérésénél a pszichoszociális distresszre is figyelmet kell fordítani. Amennyiben jelentős mértékű depresszió, szorongás, harag/ellenségesség, társas izoláció, családi feszültség, szexuális diszfunkció, illetve alkohol vagy egyéb abúzus előfordul, úgy beavatkozásra van szükség. A beavatkozás lehet egyéni vagy csoportos, része lehet a szívbetegségekhez való alkalmazkodással kapcsolatos edukáció, stresszkezelés, valamint az egészséges életmód megvalósításához nyújtott segítség. A klinikailag jelentős distressz esetében pedig tovább kell irányítani a beteget megfelelő szakemberhez (BALADY et al. 2007).

A pszichoszociális beavatkozások nagyon heterogének. Tartalmazhatnak stresszcsökkentésre irányuló összetevőt valamilyen relaxációs technika alkalmazásával, lehet részük pszichoedukáció, ami a rizikótényezők megváltoztatása céljából szükséges életmódváltozást segíti elő. Lehetnek szupportív elemei, amelyek a betegséggel való megküzdést támogatják. Azoknál, akiknél klinikailag jelentős depresszió vagy szorongás van jelen, célzott pszichoterápiás beavatkozásra lehet szükség, illetve léteznek intervenciók az ellenségesség és harag csökkentésére is.

Dusseldorp, van Elderen, Maes, Meulman és Kraaij (1999) metaelemzése a stresszkezelésre épülő, valamint a pszichoedukációs programok hatékonyságát vizsgálta. Előbbibe sorolták a relaxációt és a szupportív intervenciókat, utóbbiba pedig az egészségviselkedés befolyására irányuló beavatkozásokat. Megkülönböztették a beavatkozások közeli célját, illetve a távoli kimenetet. Közeli cél volt a stresszkezelő programok esetében a pszichoszociális distressz csökkenése (szorongás, depresszió), míg az egészség-
edukációs programok esetében a rizikótényezők és az egészségviselkedés megváltozása; távoli kimenet pedig az újabb kardiovaszkuláris esemény, illetve a kardiovaszkuláris halálozás. A metaelemzés eredménye szerint mindkét távoli kimenet esetében akkor mutatkozott jelentős csökkenés, ha a közeli célokat eredményesen befolyásolta a beavatkozás. A kardiovaszkuláris halálozás esélye 31%-kal csökkent azokban az intervenciókban, amelyekben a közeli célok sikeresen megvalósultak, tehát a pszichoszociális distresszt sikeresen csökkentette az intervenció, illetve az egészségviselkedés kedvezően változott.

Abban az esetben, ha a közeli célokat nem érte el az intervenció, a kardiovaszkuláris halálozás 14%-kal nőtt. Az újabb infarktus esetében hasonló eredményt kaptak: a közeli célokat sikeresen megvalósító tanulmányokban 36%-kal, míg a csak részlegesen sikeres (nem az összes befolyásolni kívánt tényező esetében sikeres) vagy sikertelen beavatkozásoknál csak 2% volt a csökkenés mértéke. Az elemzésbe bevont tanulmányok alapján a beavatkozások összességében nem csökkentették a szorongás és a depresszió szintjét.

Linden, Phillips és Leclerc (2007) azokat a pszichológiai összetevőt tartalmazó intervenciókat vonták be metaelemzésükbe, amelyek elsősorban pszichológiai tényezőkre irányultak, és amelyek esetében az intervenciót képzett szakember végezte. Az ilyen pszichológiai kezelés 28%-kal csökkentette a rövid távú (két év vagy annál rövidebb idő alatti) mortalitást ($OR = 0,72$, 95% $CI = 0,56-0,94$); az intervenció hatása ennél hosszabb idő esetében nem szignifikánssá változott. Az újabb kardiovaszkuláris esemény rizikója rövid távon nem csökkent ($OR = 0,84$, 95% $CI = 0,70-1,02$), hosszú távon azonban 43%-kal lett alacsonyabb ($OR = 0,57$, 95% $CI = 0,37-0,86$). A metaelemzés lényeges eredménye, hogy a pszichológiai intervenció kedvező hatása csak férfiak esetében jelentkezett: a rövid távú mortalitás férfiaknál 27%-kal csökkent, nőknél viszont nem mutatkozott ilyen hatás ($OR = 0,73$ vs. $1,01$, 95% $CI = 0,51-1,05$ vs. $0,46-2,23$), és férfiak esetében is csak tendenciát láthatunk a rövid távú mortalitás csökkenésére. Fontos tényező a kezelés kezdete is: ha a kardiovaszkuláris eseményt követő két hónapon belül kezdődött az intervenció, akkor nem csökkentette sikeresen a rövid távú mortalitást (-13% , 95% $CI = 0,75-1,20$), míg ha ennél későbbi időpontban kezdték az intervenciót, akkor 72%-kal csökkent a két éven belüli mortalitás (95% $CI = 0,12-0,70$). Ez a metaelemzés megerősítette Dusseldorp és munkatársai (1999) elemzésének eredményét, miszerint azok az intervenciók csökkentették sikeresen a mortalitást, amelyek mérsékelni tudták a betegek által átélt pszichoszociális distresszt ($OR = 0,46$, 95% $CI = 0,28-0,75$), míg azok a beavatkozások, amelyek nem jártak ilyen hatással, nem befolyásolták kedvezően a kardiovaszkuláris kimenetet ($OR = 0,67$, 95% $CI = 0,27-1,65$). A fiziológiai változók közül a szívfrekvencia és a teljes koleszterinszint csökkentésében voltak eredményesek ezek a beavatkozások, a vérnyomást és a HDL-szintet azonban nem tudták kedvezően befolyásolni. A pszichológiai változók közül a társas támogatás és az életminőség változott kedvező irányba, azonban a depresszió, a szorongás, a distressz, a vitális kimerültség és a harag/ellenségesség nem mérséklődött. A két nem adatait külön vizsgálva azt mutatják az eredmények, hogy a társas támogatás mindkét nem esetében növekedett; a pszichés distressz a nők, a depresszió a férfiak esetében csökkent, a többi jellemző viszont egyik nem esetében sem módosult jelentősen. Idősebb betegek esetében kisebb mértékű pozitív változásokat tudtak elérni a programok.

E két metaelemzés adatai tehát azt mutatják, hogy azok az intervenciók sikeresek, amelyek a konkrét pszichoszociális vagy viselkedési jellemzőket meg tudják változtatni, és amelyek a kardiovaszkuláris eseményt követően későbbi időpontban kezdődnek. Az intervenciók hatékonysága eltér férfiak és nők esetében.

RELAXÁCIÓ

A szív- és érrendszeri betegségek rehabilitációjában alkalmazott pszichoszociális intervenciók egyik típusa a különböző relaxációs technikák alkalmazása. Van Dixhoorn és White (2005) metaelemzése a relaxációs terápiák hatékonyságát vizsgálták iszkémiás szívbeteg esetében. Külön vizsgálták a rövidített relaxációs beavatkozásokat, a teljes relaxációt, illetve azokat az intervenciókat, amelyekben a relaxáció mellett kognitív elemek is részei voltak a beavatkozásnak. A rövidített relaxációk az alapvető relaxációs technikákat tanították a betegeknek, kevesebb mint két óra egyéni vagy három óra csoportos foglalkozás során. A hagyományos, teljes relaxációs intervenció hosszabb volt (medián: kilenc óra), hosszabb oktatást, gyakorlást és megbeszélést tett lehetővé. A kibővített intervenciók a teljes relaxációs beavatkozás mellett kognitív elemeket is tartalmaztak, pl. a depresszió vagy az ellenségesség jellemzőire irányulva. Az eredmények szerint a fiziológiai változók egy részét kedvező irányba módosította a relaxációs intervenció: csökkent a szívfrekvencia (átlagok súlyozott különbsége = $-3,83$, 95% CI = $-6,43$ — $-1,84$, $p = 0,01$), nőtt a szívfrekvencia-variabilitás (átlagok standardizált különbsége = $0,35$, 95% CI = $0,0$ — $0,65$, $p = 0,03$). A szívfrekvencia-variabilitás három hónapos utánkövetés során még nagyobb mértékben változott (átlagok standardizált különbsége = $0,58$, 95% CI = $0,24$ — $0,93$, $p < 0,0005$). A fiziológiai jellemzők közül sem a szisztolés, sem a diasztolés vérnyomás nem változott. A rizikótényezők közül a teljes koleszterinszint nem változott a beavatkozásban részt vevőknél, azonban a HDL-koleszterin szintje esetében szignifikáns, bár kismértékű változás következett be (átlagok súlyozott különbsége = $0,006$, 95% CI = $0,01$ — $0,10$, $p = 0,08$). A pszichológiai jellemzők közül a depressziót tekintve nincs következetes eredmény. Az összes tanulmány eredményeinek összesítése közepes hatást mutatott, azonban a módszertanilag jó minőségű tanulmányok nem mutattak ki változást (átlagok standardizált különbsége = $0,10$, 95% CI = $0,32$ — $0,12$). Szintén nem történt jelentős változás a vonásszorongás esetében (átlagok standardizált különbsége = $-0,17$, 95% CI = $-0,40$ — $0,06$, $p = 0,15$), az állapotszorongást azonban jelentősen csökkentették ezek a beavatkozások (átlagok standardizált különbsége = $-0,35$, 95% CI = $-0,51$ — $-0,18$). A relaxáció típusát megvizsgálva legeredményesebbek a teljes relaxációt alkalmazó intervenciók voltak (átlagok standardizált különbsége = $-0,51$, 95% CI = $-0,71$ — $-0,31$); ezzel szemben mind a rövidített relaxáció (átlagok standardizált különbsége = $-0,08$, 95% CI = $-0,27$ — $0,09$), mind a kognitív elemekkel bővített teljes relaxáció (átlagok standardizált különbsége = $-0,24$, 95% CI = $-0,51$ — $0,04$) kevésbé mondható sikeresnek. Ezt az eredményt a szerzők azzal magyarázzák, hogy elképzelhető, hogy a teljes relaxációs intervenció elegendő kognitív elemet tartalmaz a betegek számára: megtanítja a pihenés fontosságát, a pihenés és erő kifejtés egyensúlyát, azt, hogy a mentális tényezők fontosak a testi működésre nézve, illetve meg tudják különböztetni a szíveredetű mellkasi fájdalmat a stressz következtében fellépő mellkasi fájdalomtól. A metaelemzés rendkívül fontos eredménye, hogy kardiovaszkuláris kimenetek mindegyikére jelentős pozitív hatást gyakorolt az inter-

venció. A nyugalmi angina előfordulása csökkent (átlagok standardizált különbsége = $-0,60$, 95% CI = $-0,96$ — $-0,23$, $p = 0,001$), csakúgy, mint az aritmia (OR = $0,22$, 95% CI = $0,10$ — $0,49$) esélye. Az egy éven belül bekövetkező kardiovaszkuláris események esélye kevesebb mint felére csökkent (OR = $0,44$, 95% CI = $0,23$ — $0,83$, $p = 0,01$), azonban ennél hosszabb idő során is megfigyelhető a kedvező hatás. Az összes kardiovaszkuláris esemény esélye mintegy 60%-kal (OR = $0,39$, 95% CI = $0,27$ — $0,57$, $p = 0,001$) csökkent, a szíveredetű halálozás rizikója pedig 70%-kal lett alacsonyabb (OR = $0,29$, 95% CI = $0,12$ — $0,70$, $p = 0,006$) e programok résztvevőinél. A betegek mindennapi életbe való visszailleszkedésének mércéje lehet a munkába való visszatérés, ami az intervenciókban részesülő betegeknél csaknem kétszeresére emelkedett (OR = $1,83$, 95% CI = $1,18$ — $2,81$, $p = 0,006$). Megállapítható tehát, hogy a relaxációs intervenció sokrétű pozitív hatást gyakorol az iszkémiás szívbeteg esetében. Azt is láttuk, hogy a teljes relaxáció hatékonyabb, mint a rövidített, és hogy – érdekes módon – a kognitív elemekkel bővített relaxáció nem hozott a teljes relaxációhoz képest jobb eredményeket. A relaxációs beavatkozás pozitív hatása akkor is megmutatkozott, ha a kontrollfeltétel testmozgást tartalmazó intervenció volt, ami, mint láttuk, szintén eredményes eleme a rehabilitációnak. Mivel a relaxációs technikák jótékony hatásúak voltak a betegek érzelmi (állapotszorongás) és fiziológiai (szívfrekvencia és szívfrekvencia-variabilitás) jellemzőire, azonban nem változtatták meg a rizikótényezők (magas vérnyomás, magas koleszterinszint) jelenlétét, a szerzők szerint hatékonyan kiegészíthetik a pszichoedukációs intervenciókat, amelyek e rizikótényezők csökkentésére irányulnak, viszont az érzelmi jellemzőket nem változtatják meg.

A relaxációs módszerek nemcsak a szorongás csökkentésére hatékonyak, hanem a speciálisan az A típusú viselkedésminta módosítására irányuló intervencióknak is részét képezik (erről részletesen lásd a következő részt).

AZ A TÍPUSÚ VISELKEDÉSMINTA ÉS AZ ELLENSÉGESSÉG MÓDOSÍTÁSÁRA IRÁNYULÓ INTERVENCIÓK

Noha az A típusú viselkedésminta és szívbetegségek kapcsolatáról szóló szakirodalomban vegyes eredmények olvashatók, e viselkedésminta módosítása fontos lehet a rekurrens kardiovaszkuláris események megelőzése szempontjából. Az A típusú viselkedésminta módosítására irányuló intervenciók általában több elemből állnak. Lehet részük a szívbetegségekkel vagy az A típusú viselkedésmintával kapcsolatos edukáció, relaxációs módszerek, kognitív átstrukturálás, amelyek az A típusú viselkedés során jelentkező jellegzetes gondolatokat módosítják, vagy a viselkedés módosítása, azaz a B típusú viselkedés begyakorlása (NUNES et al. 1987).

Az első kontrollált intervenciót (Rekurrens Koronária Prevenció Projekt) az A típusú viselkedésminta fogalmát megalkotó Friedman és kollégái végezték az 1970-es évek végén (MÖLLER 2006; SEBREGTS et al. 2000). Az intervencióban infarktuson átesett betegek vettek részt ($n = 1013$), közülük 270 beteg csoportos kardiológiai tanácsadásban részesült, 592 beteg pedig a kardiológiai tanácsadás mellett az A típusú viselkedésre

irányuló programban is részt vett. Az első év során 28 másfél órás ülést tartottak, majd utána 3,5 évig havonta találkoztak, így összesen 62 ülést tartalmazott a program. 4,5 évvel később a résztvevők 35%-ánál jelentősen csökkent az A típusú viselkedésminta, míg a csak a szívbetegséggel kapcsolatos tanácsadásban részesülőknél ez az arány 10% volt. 4,5 év alatt az intervenció csoportban szignifikánsan kevesebb kardiovaszkuláris esemény volt (13%), mint a kontrollcsoportban (21%), vagy a semmiféle intervencióban nem részesülő csoportban (28%), tehát 40%-kal kevesebb rekurrens esemény fordult elő, mint a kontrollcsoportban és 54%-kal kevesebb, mint az intervencióban nem részesülőknél (MÖLLER 2006). Az intervenció nemcsak az A típusú viselkedésre hatott kedvezően, hanem a depressziót is csökkentette, illetve növelte a társas támogatást és az énhatékonyságot, így a megfigyelt mortalitáscsökkenés részben ennek a következménye is lehet (SEBREGTS et al. 2000).

Möller (2006) ismerteti a Rekurrens Koronária Prevenció Projekt módosított változatát, amelyet 10–12 fős csoportos foglalkozásokra terveztek. Mivel az A típusú viselkedésű személyekre jellemző, hogy gyakran nincsenek tudatában annak, hogy ők ezt a viselkedésmintát valósítják meg, illetve kételkednek abban, hogy ennek bármi köze lenne a szívbetegségekhez, ezért az intervenciót az A típusú viselkedésmintának a bemutatásával kezdik, majd fokozatosan a résztvevők ezzel kapcsolatos saját élményeire helyeződik a hangsúly. Az érzelmeikhez nehezebben férnek hozzá, ezért a harag, ingerlékenység, bosszankodás és türelmetlenség (az angol rövidítés AIAI: *anger, irritability, aggravation, impatience*) érzéseiről és azok hosszú távú hatásáról van először szó, majd ezeknek a viselkedéseknek a monitorozására tanítják a résztvevőket. A türelmetlenséget és hiperkritikus gondolatokat kiváltó helyzetekben (pl. forgalmi dugó) a saját érzelmi distresszük felismerése, illetve külső szemlélő nézőpontjának (egyfajta „harmadik személy” nézőpont) felvételével egy kedvezőbb válasz kialakításának begyakorlása a cél. Ezután kezdik a relaxációs technikák elsajátítását, melynek célja, hogy a betegek meg tudják tapasztalni a különbséget az általában tapasztalt feszült állapot és az ellazult állapot között, és megtanulják létrehozni az ellazult állapotot. Általában több típusú relaxációt mutatnak be a résztvevőknek (pl. progresszív izomrelaxációt, autogén tréninget vagy meditációt), hogy a számukra megfelelő típust vagy azok kombinációját ki tudják választani. A B típusú viselkedés gyakorlása a türelmetlenség szándékos csökkentésére (pl. egyenek lassabban), az ellenségesség csökkentésére (pl. mondják, hogy „lehet, hogy tévedek”), valamint az önértékelés növelésére (pl. a pozitív eredmények felidézése) irányulnak, illetve céljuk a társas kapcsolatok javítása (pl. kérdezzenek meg egy családtagot arról, hogyan telt a napja). Megfigyeltetik a résztvevőkkel az idői sürgetettség jeleit, az ellenséges gondolatokat pedig kognitív átstrukturálással korrigálják. A program második felében sor kerül az önértékelés növelésére és a bizonytalanság csökkentésére: a karrier mellett az önértékelés egyéb forrásait is feltárják, illetve az elért eredmények realisabb értékelését és az önmagukkal szemben állított elvárások csökkentését célozzák meg. A kezelés végső célja, hogy a betegeket tágabb nézőpont felvételéhez, egészségesebb életfilozófia kialakításához segítse.

A fent ismertetett intervenció meglehetősen hosszadalmas, ezért a rutinellátásban nehézséget okozna a megvalósítása. Léteznek rövidebb, 10 alkalmas intervenciók is, melyek fő eleme a kognitív restrukturálás (MÖLLER 2006).

Nunes és munkatársai (1987) az A típusú viselkedésminta módosítására irányuló korai tanulmányok metaelemzését végezték el. Az elemzés szerint az intervenciók sikeresen csökkentették az A típusú viselkedést, az átlagos hatásméret 0,61 (95% CI = 0,41–0,81, $p < 0,001$). Módszertani problémát jelentett, hogy több esetben az A típusú viselkedés önbeszámolós módszerén alapulnak az eredmények, de strukturált interjúkat alkalmazó vizsgálatok is voltak a tanulmányok között, így azok eredménye megbízhatóbb. A kardiovaszkuláris mortalitást rövid távon (egy év alatt) nem csökkentették jelentősen ezek a beavatkozások, azonban három év utánkövetés esetében a mortalitás és az infarktus előfordulása mintegy 50%-kal csökkent. A szerzők azt is megjegyzik, hogy utóbbi eredményt óvatosan szükséges interpretálni, mivel csak két tanulmány adataiból származik.

Az intervenciók annál sikeresebbek voltak, minél több elemből álltak; a szerzők tehát azt javasolják, hogy érdemes egy edukációs elemet (akár a szívbetegségekről, akár az A típusú viselkedésről), egy megküzdési módot (relaxációt vagy kognitív átstrukturálást) és egy viselkedési elemet az A típusú viselkedés módosítására irányuló intervenció részévé tenni.

Az ellenségesség csökkentésére irányuló nyolchetes kognitív-viselkedési intervenciót végzett Gidron, Davidson és Bata (1999) infarktuson átesett betegekkel ($n = 22$). A beavatkozás nyolc, 90 perces ülésből állt, a bevezető ülés után háromszor két alkalommal a viselkedési, a kognitív és az affektív ellenségességgel foglalkozott, az utolsó alkalom pedig a relapszusprevencióval. A betegek megtanulták csökkenteni a cinizmust (pl. kognitív átstrukturálással), az antagonizmust (pl. meghallgatással), illetve a haragot (problémafókuszú megküzdéssel). Eredményeik szerint az intervenció után közvetlenül és két hónappal később is alacsonyabb mértékű ellenségességet mutattak mind önbeszámolós módszerrel, mind strukturált interjúval mérve, illetve mindkét alkalommal alacsonyabb nyugalmi diasztolés vérnyomást mértek náluk, tehát élettani jellemző is módosult a beavatkozás hatására. Az önbeszámolós ellenségesség változása korrelált a nyugalmi diasztolés vérnyomás változásával ($r = 0,49$, $p < 0,05$).

INTERVENCIÓK A DEPRESSZIÓ ÉS SZORONGÁS CSÖKKENTÉSÉRE

A depresszió és a szorongás a szívbetegknél gyakran jelentkezik; megfelelő kezelésük fontos a betegek jobb prognózisa és életminősége szempontjából. A nem célzottan a depresszió és szorongás csökkentésére irányuló rehabilitációs programok hatékonysága változó, annak ellenére, hogy azt gondolhatnánk, hogy a beavatkozások nem specifikus hatásai (például a társas támogatás magasabb szintje vagy az énhatékonyság esetleges pozitív változásai) kedvező hatással lehetnének mind a depresszióra, mind a szorongásra. Dusseldorp és munkatársai (1999) már idézett metaelemzésében láttuk, hogy a pszichoedukációs programok általánosságban nem voltak sikeresek a szorongás

és depresszió kezelésében, azonban a résztvevők szorongását és depresszióját sikeresen csökkentő intervenciók után csökkent a mortalitás, illetve az újabb infarktus előfordulási esélye. Goldston és Baillie (2008) szerint ez azt jelzi, hogy a pszichológiai intervenciókra nem válaszolók a betegek magas rizikójú csoportját jelentik, akiknél nagyobb arányban előfordul a kedvezőtlen prognózis. Az eddig tárgyalt speciális célú intervenciók közül a testmozgást tartalmazó intervenciók esetében Kugler és munkatársai (1994) meta-elemzése pozitív, a közepesnél valamivel gyengébb hatást mutatott ki mind a depresszió (átlagos $d = 0,4569$), mind a szorongás (átlagos $d = 0,3137$) esetében. Relaxációs intervencióknál láttuk, hogy az állapotszorongást csökkentették az intervenciók, azonban a vonásszorongást nem, a depresszió esetében pedig a módszertanilag jó minőségű tanulmányok nem mutattak ki kedvező hatást (VAN DIXHOORN-WHITE 2005). Blumenthal és munkatársai (2005) randomizált kontrollált vizsgálatukban az iszkémiás szívbetegségben szenvedő betegek vagy 16 hetes testmozgásos programban vettek részt, vagy ugyanannyi időn át kognitív elemeket és relaxációt egyaránt tartalmazó stresszkezelő programban, vagy a szokásos kezelést kapták. A depressziót és az általános distresszt mind a testmozgás, mind a stresszkezelés csökkentette a szokásos kezeléshez képest ($p = 0,02$), azonban a szorongásra és az ellenségeségre egyik intervenció sem volt hatással.

Scholz, Knoll, Sniehotta és Schwarzer (2006) tanulmánya ($n = 198$) egy mindössze 15 perces, önszabályozó technikákat tanító intervenció hatását vizsgálta az egy évvel későbbi testmozgásra és depresszióra. Az intervenció arra irányult, hogy a betegek konkrét cselekvési terveket tűztek ki saját maguknak a testmozgást illetően (pl. „szerda reggel 30 percet sétálok a környéken”), valamint a lehetséges akadályok leküzdésére három megküzdési stratégiát kerestek („ha esik az eső, inkább úszni megyek az x utcai uszodába”). Az intervenció része volt az is, hogy az első hat hét során hetente kaptak a betegek egy rövid naplót, amire fel volt írva a személyes cselekvéstervük és a megküzdésre vonatkozó tervük, alatta pedig a terv megvalósítására vonatkozó kérdések voltak. Ennek célja a személyes tervek megerősítése volt. 4 és 12 hónappal később az intervenció csoportba tartozó betegek fél szórásnyival többet mozogtak, a depresszió szintje pedig 0,4 szórással volt alacsonyabb náluk, mint a kontrollcsoport tagjainál. A szakirodalmi adatokkal ellentétben a depresszió és a testmozgás között a tanulmány egyetlen időpontjában sem volt kapcsolat; a depresszió csökkenése sem magával a testmozgással volt kapcsolatban, hanem a testmozgásra vonatkozó célok észlelt elérése mediálta a testmozgás és a depresszió kapcsolatát. A tanulmány jelentősége az, hogy bemutatja, hogy egyszerű, az önszabályozó készségekre irányuló intervenció milyen jótékony hatással lehet a kardiovaszkuláris rehabilitációban is.

Annak ellenére, hogy a depresszió és a szív- és érrendszeri megbetegedések közötti kapcsolatról nagyon sok adat van már, meglepően kevés a szívbetegség körében célzottan a depresszió vagy a szorongás csökkentése céljából végzett vizsgálatok száma, noha mindkettőre léteznek elfogadott és hatékony kezelési módszerek. Az ENRICHD-vizsgálat (*Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease*) randomizált kontrollvizsgálat 2481 infarktuson átesett beteg részvételével zajlott, akiknél a DSM-IV kritériumai

alapján megállapított depresszió vagy alacsony észlelt társas támogatás volt jelen. (ENRICHD-kutatók, 2003). Kognitív viselkedésterápiát végeztek hat hónapon keresztül, az ülések számának mediánja 11 volt; az üléseket a Beck Intézet terapeutái vezették, az intézet minőségbiztosítást is végzett. Az intervenció a pszichoszociális jellemzőkre szignifikáns, de mérsékelt hatással volt: a Beck Depresszió Kérdőívén adott pontszám hat hónappal a randomizáció után 9,1 volt a kísérleti csoportban és 12,2 a kontrollcsoportban ($p < 0,001$); az átlagos depressziópontszám-csökkenés 49%, illetve 33% volt a két csoportban. A társas támogatás is növekedett: az intervenció csoportban 27%-kal, míg a kontrollcsoportban 18%-kal. A két csoport közti különbség hosszabb utánkövetéssel eltűnt, elsősorban a kontrollcsoportba tartozó betegek állapotának javulása miatt: a depressziópontszámban 30 hónappal később, a társas támogatás mértékében pedig 42 hónappal később már nem volt szignifikáns különbség a két csoport között. A pszichoszociális jellemzőkben tehát rövid távon hozott javulást a program; azonban a vizsgált kimenet nem ez volt, hanem az újbóli infarktus, illetve a halálozás. Ezekben a kimenetekben az intervenció nem volt hatásos; nem csökkentette sem az újabb nem halálos infarktus előfordulását ($HR = 0,90$, 95% CI = 0,71–1,14), sem a kardiovaszkuláris mortalitást ($HR = 0,83$, 95% CI = 0,64–1,10), sem a bármilyen okból bekövetkező halálozást ($HR = 0,98$, 95% CI = 0,79–1,21), sem a kardiovaszkuláris okokból bekövetkező újabb hospitalizálást ($HR = 0,95$, 95% CI = 0,83–1,08). Schneiderman és munkatársai (2004) megvizsgálták, hogy van-e különbség nemi és etnikai (fehérek, illetve kisebbségek) alcsoportokban az intervenció sikerességében. A bármilyen okból bekövetkezett halálozás vagy infarktus kimenete esetében egyik nemnél és egyik etnikumnál sem járt pozitív változással a program. A szíveredetű halálozás vagy infarktus kimeneténél egy alcsoportban, a fehér férfiak esetében volt szignifikáns csökkenés ($HR = 0,63$, 95% CI = 0,43–0,87, $p = 0,004$), a fehér nők és a kisebbségek esetében nem volt ilyen eredmény.

Ezek az eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy az intervenciók nem biztos, hogy mindkét nemnél egyformán hatásosak. Ezt Frasure-Smith és munkatársai (1997) vizsgálták, az M-HART-tanulmány is megerősíti. Az intervenció során infarktuson átesett betegeket ($n = 1376$, 903 férfi, 473 nő) havonta felhívták telefonon, és azok a betegek, akiknél magas distesszt találtak vagy újabb kórházi kezelés vált szükségessé, otthoni, ápolónő által nyújtott pszichoszociális intervencióban részesültek, mely szupportív és edukációs elemeket egyaránt tartalmazott. Az intervenció a depresszióra és szorongásra nem volt jelentős hatással; az intervenció csoport egészében a túlélésre sem gyakorolt hatást. A nemek szerint elvégzett elemzés férfiak esetében nem mutatott ki semmiféle hatást (szíveredetű halálozás 2,4% vs. 2,5%, $p = 0,94$, bármilyen okból bekövetkezett halálozás 3,1% mindkét csoportban, $p = 0,93$). Nők esetében azonban az intervenció csoportban *magasabb* volt a szíveredetű halálozás (9,4% vs. 5,4%, $p = 0,064$) és a bármilyen okból bekövetkezett halálozás (10,3% vs. 5,4%, $p = 0,051$). Ez a trend ötéves utánkövetés során is folytatódott (Frasure-Smith et al. 2002): a szíveredetű halálozás esetében tendencia ($p = 0,054$), az összes halálozás esetében azonban már szignifikánsan több volt az intervenció csoportban levő nők halálozása ($p = 0,041$), bár ezt

csökkentette a dohányzás és az életkor kontrollálása (ebben a két változóban volt különbség a kísérleti és a kontrollcsoport között). A szerzők igyekeztek feltárni, hogy ezt a meglepő eredményt milyen mintázat okozhatta, ezért megküzdési stílus szerint vizsgálták a résztvevőket. Az állapotszorongás és a társas kíváncsiság skálákon elért eredmények alapján valódi alacsony szorongásúakra (mindkét skálán alacsony pontszám), magas szorongásúakra (magas állapotszorongás) és represszorokra (alacsony szorongás, magas társas kíváncsiság) osztották a résztvevőket. Az ennek alapján elvégzett elemzés azt mutatta, hogy a represszorokra nemüktől függetlenül negatív hatással volt az intervenció ($HR = 1,95$, $95\% CI = 1,15-3,30$). Ezt az eredményt azzal magyarázzák a szerzők, hogy az intervenció beleavatkozott a betegek szokásosan alkalmazott megküzdési folyamatába, így a tanulmány fontos következtetése, hogy az intervenciók tervezésekor a betegek megküzdési stílusát érdemes figyelembe venni. Az alacsony szorongásúaknál jó prognózis volt megfigyelhető, a programnak nem volt náluk hatása ($HR = 0,55$, $95\% CI = 0,23-1,32$), a magas szorongásúak esetében azonban nemi különbség volt az intervenció hatását tekintve. Magas szorongású férfiak esetében az öt-éves utánkövetés során az intervenció pozitív hatással bírt, mintegy felére csökkentette a szíveredetű halálozás esélyét ($HR = 0,48$, $95\% CI = 0,26-0,89$). Magas szorongású nőknél azonban negatív hatása volt a programnak ($HR = 1,76$, $95\% CI = 1,01-3,05$), bár ezt is csökkentette az életkor és a dohányzás kontrollálása. A magas szorongású férfiaknál a pozitív eredményt nem befolyásolta egyéb változók kontrollálása. A részletesebb eredmények szerint ebben a csoportban a depresszió csökkenése, azon belül is elsősorban a szomatikus tüneteinek a javulása magyarázta az intervenció kedvező eredményét.

Az idézett tanulmányok azt mutatják, hogy annak ellenére, hogy a szívbetegség prognózisát bizonyítottan jelentősen rontja mind a depresszió, mind a szorongás, kevés a célzottan ezekre irányuló beavatkozás, és azok hatékonysága sem egyértelmű. Az eredmények arra is utalnak, hogy fontos lenne az intervencióknál a nemi különbségeket vizsgálni.

KOMPLEX PROGRAMOK: AZ ORNISH-PROGRAM

Az eddigi példákból is láttuk, hogy a kardiovaszkuláris rehabilitáció leggyakrabban többtényezős programokból áll. A komplex rehabilitációs programok közül az átfogó életmódváltást megcélzó Ornish-programot ismertetjük nagyrészt Billings (2000) tanulmánya alapján. Az Ornish-program csoportos intervenció; a csoport által biztosított társas támogatás rendkívül fontos. Egyhetes intenzív felkészítéssel indul a program, amikor a résztvevők megismerkednek magával a programmal, majd 11 héten keresztül hetente kétszer négyórás ülésen találkoznak. A program második szakasza 3, 6 vagy 9 hónapig tarthat, a beteg állapotától és motivációjától függően; ekkor heti egyszer találkoznak szintén négyórás ülésre (ALDANA et al. 2003). Ez tehát egy hosszú intervenció, melynek során természetesen erős csoportkötelékek alakulnak ki. A programot multidiszciplináris személyzet vezeti, akik a hagyományos orvos-beteg szerepből kilépnek,

maguk is a csoport részévé válnak, és lehetőség szerint ők maguk is ezt az életmódot élik. A program az életmód több alapvető elemének egyidejű megváltoztatására épül: megváltozik az étrend, a testmozgás mértéke, és az életmód részévé válik a stresszkezelés. Az étrend növényi étrend, az elfogyasztott kalóriamennyiség 10%-a zsír. Gyümölcs, zöldség, teljes kiőrlésű gabona és hüvelyesek szabadon fogyaszthatók, a főzéshez vagy fűszerezéshez használt olajat elhagyják, összetett szénhidrátokat fogyasztanak egyszerű cukrok helyett. Az állati eredetű ételek közül a tojásfehérje és napi egy pohár sovány tej vagy joghurt megengedett. Javasolt a szója fogyasztása naponta, az omega-3 zsírsavat lenfogyasztás és multivitamin segítségével fedezik. A sófogyasztást korlátozzák szív-élégtelenségben, vesebetegségben szenvedőknél és magas vérnyomásúaknál, az alkoholfogyasztás legfeljebb napi egy ital lehet, a koffeinfogyasztás nem javasolt. A testmozgás mértékét minden betegnél a terheléses vizsgálat eredményétől függően állapítják meg. Legalább heti három óra testmozgás javasolt, alkalmanként legalább 30 perces mozgással az előírt szívfrekvencia-tartomány vagy erő kifejtés-tartomány keretein belül. A legtöbb beteg sétál, bár egyéb mozgásformák (úszás, biciklizés, illetve tornaterem használata) is előfordulnak. A stresszkezelés alapvetően hatha jógára épül; nyújtás, progresszív relaxáció, légzéses technikák, meditáció és vizualizáció alkotja. A betegek legalább napi egy órát gyakorolják ennek az öt technikának valamilyen kombinációját. Ennek elősegítése érdekében a betegek kazettára rögzített gyakorlatsort kapnak.

A programban való részvételt részletes szűrés előzi meg; kizárási kritériumok bizonyos kardiológiai paraméterek, bizonyos pszichológiai jellemzők (szerabúzus esetén egyéves absztinencia, illetve pszichiátriai zavar esetén egyéves stabilitás szükséges), aktuálisan dohányzó státus (ők a dohányzás abbahagyása után csatlakozhatnak). Ezek mellett jó, ha az élettárs együttműködő. A programban való részvételhez magas motiváció szükséges; a részt vevő betegek jó részénél ezt az biztosítja, hogy akár többször is átestek már revaszkularizációs beavatkozáson, változtattak is az életmódjukon, mégis progrediál a betegségük. A program részei nem változtathatók meg, egyéni módosításokat nem engednek. Ha egy résztvevő úgy dönt, hogy nem folytatja, akkor másik kezelési módot tud választani.

A program hatékonyságáról már egy év elteltével biztató eredmények jelentek meg; ez a hatékonyság hosszú távúnak bizonyult, hiszen öt év elteltével is kedvező változásokat tapasztaltak (ORNISH et al. 1998). A programban részt vevők ($n = 18$) testsúlya az első év alatt 10,9 kg-mal lett kevesebb a kiindulási szinthez viszonyítva, öt év elteltével pedig 5,8 kg súlycsökkenés volt az alapszinthez képest. A kontrollcsoport ($n = 14$) csak mérsékelt életmód-változtatást valósított meg; náluk nem változott jelentősen a testsúly. Az LDL-koleszterinszintje egy év után 40%-kal, öt év elteltével 20%-kal volt alacsonyabb a kezdő szintnél. Ez a csökkenés ugyanakkora, mint a lipidcsökkentő gyógyszereléssel elérhető eredmény, noha a kísérleti csoport tagjai nem szedtek lipidcsökkentő gyógyszert. A kontrollcsoportban egy év elteltével 1,2%-os csökkenés volt, öt évvel később pedig 19,3%-os – utóbbi a lipidcsökkentő gyógyszerelésnek köszönhető. Az anginasz epizódok gyakorisága egy év elteltével 91%-kal, öt évvel később 72%-kal volt alacsonyabb

a kezdő szintnél. Az anginás panaszoknak ez a csökkenése olyan mértékű, mint amit bypassműtéttel vagy angioplasztikával érhetnek el. A kontrollcsoportban egy év alatt az anginás epizódok gyakorisága 186%-kal nőtt, öt év után 36%-os csökkenést mutatott, de ennek a csökkenésnek az volt az oka, hogy a kontrollcsoportban a nagymértékű anginás fájdalmat átélők közül többen revaszkularizációs eljárásen estek át. Különösen figyelemfelkeltő eredmény, hogy az érlemeszesedést vissza tudta fordítani az intervenció. Az átlagos átmérősztenózis egy év alatt 1,75%-kal, öt év alatt 3,1%-kal csökkent a kísérleti csoportban, míg a kontrollcsoportban egy év alatt 2,3%-kal, öt év alatt pedig 11,8%-kal nőtt. Az utánkövetés öt éve alatt a kontrollcsoportban az eredeti 20 betegnél 45 szív- és érrendszeri esemény történt (tehát betegenként 2,25 esemény), a kísérleti csoport 28 betegénél 25 esemény (betegenként 0,89). Az eredmények tehát azt mutatják, hogy átfogó életmódváltással lehetséges a koronáriák elmeszesedésének visszafordítása, illetve gyógyszerelés helyett az életmódváltozás a panaszokat és a rizikótényezők egy részét nagymértékben kedvező irányba befolyásolhatja. Az eredmények ugyanakkor nem reprezentatívak a szívbetegek populációjára: a betegek fele nem felelt meg a tanulmány beválasztási kritériumainak, a részvételre felkért betegeknek szintén fele visszatartotta a részvételt. A módszer nagymértékű együttműködést igényelt; ugyanakkor ezeknél a motivált betegeknél eredményesnek bizonyult.

A REHABILITÁCIÓ NEHÉZSÉGEI

A kardiovaszkuláris rehabilitáció irodalmát áttekintve láthattuk, hogy több területen sikerrel csökkenti a rizikótényezőket, illetve a kardiovaszkuláris morbiditást és mortalitást. Több probléma merül azonban fel ezen a területen, nemcsak Magyarországon, hanem a nyugati országokban is. Ezek egyike a betegek alacsony részvétele a rehabilitációs programokban. Bethell, Evans, Turner és Lewin (2007) adatai szerint 1998-ban az Egyesült Királyságban a betegek 25%-a részesült rehabilitációban, 1999–2003 között ez az arány 30% körül stagnált, majd 2004-ben visszaesett 28,5%-ra. Eltérőek az arányok az egyes betegcsoportokban: 2004-ben az infarktuson átesett betegeknek csak mintegy negyede (25,8%) vett részt rehabilitációban, a perkután koronáriaintervención átesett betegek közül pedig 18%. A bypassműtéten átesett betegek esetében nagyobb ez az arány: 2004-ben 71,5%. Általánosságban az mondható, hogy a betegeknek mintegy negyede-harmada vesz részt rehabilitációban (FRENCH et al. 2006). Az alacsony részvételnek több oka lehet: az orvos nem referálja rehabilitációra a beteget, jelen lehetnek társbetegségek, melyek megnehezítik a rehabilitációban való részvételt, a beteg kevésbé észlelheti a rehabilitáció előnyeit, illetve szintén csökkentheti a részvételi hajlandóságot a rehabilitáció nehéz megközelíthetősége (közlekedés, távolság), a társas támogatás hiánya vagy motivációs problémák (DALY et al. 2002). Ezek mellett befolyásolja a rehabilitációban való részvételt a betegség percepciója is (FRENCH et al. 2006). Ezeknek a problémáknak egy része megközelíthető pszichológiai módszerekkel, más része kevésbé.

Ha pedig a beteg eljutott a rehabilitációra, még mindig előfordulhat, hogy nem működik együtt megfelelően a kezeléssel (non-adherence), ahogy azt az eddigi tanulmányok egy részében is láttuk. Ez gyakrabban előfordul idősebbeknél, nőknél, alacsonyabb iskolázottságúaknál, azoknál, akik kevésbé aktívak szabadidejükben, anginás panaszai vannak, illetve a rehabilitáció észlelt hatékonysága is befolyásolja az együttműködést (DALY et al. 2002). A kezeléssel való együttműködés eltérő lehet az egyes területeken. Leong, Molassiotis és Marsh (2004) 52 infarktuson átesett betegnél vizsgálta, hogy mennyire valósítják meg a javasolt életmódbeli jellemzőket. Legnagyobb mértékben az egészséges étrendet követték a betegek (a betegeknek mintegy 80%-a), a fizikai aktivitást a betegeknek mintegy 65%-a valósította meg; legrosszabb volt az együttműködés a dohányzás abbahagyásával (mintegy 29%), a testsúlycsökkentéssel (25%), illetve az alkoholfogyasztás mérséklésével (19%) kapcsolatban.

A betegek rendszerbe kerülésével és együttműködésével kapcsolatos kihívások mellett egyéb nehézségek is adódnak a kardiovaszkuláris rehabilitáció területén. Ahogy láttuk, a rehabilitáció ideális esetben több szakterületen működő szakember együttműködésével valósul meg: orvosok, ápolónők, dietetikusok, fizioterapeuták és pszichológusok szükségesek a megfelelő színvonalú kezeléshez. Ez azonban jelenleg nem valósul meg, nemcsak Magyarországon, hanem a nyugati országokban sem. Kevés a szakember ezekben a csoportokban; Angliában végzett felmérés szerint a programok vezetői a legnagyobb problémának a pszichológusok hiányát tartják, de kevés a fizioterapeuták száma is (BATH et al. 2009). Szintén az Egyesült Királyságban tekintik a rehabilitáció akadályának azt, hogy nincs országos szinten intézményesítve, a kardiológusok nem vonódnak be a rehabilitációba, illetve nincs rá elegendő mennyiségű anyagi forrás (BETHELL et al. 2007). A kardiovaszkuláris rehabilitációnak ezek az akadályai hazánkban is jelen vannak.

IRODALOMJEGYZÉK

- ALDANA, S. G. et al. (2003): Cardiovascular risk reductions associated with aggressive lifestyle modification and cardiac rehabilitation. *Heart & Lung*, 32. 374–382.
- AZIZ, O. et al. (2008): Behavioural interventions for smoking cessation in patients hospitalised for a major cardiovascular event. *International Journal of Cardiology* doi:10.1016/j.ijcard.2008.05.029
- BALADY, G. J. et al. (2007): Core Components of Cardiac Rehabilitation / Secondary Prevention Programs: 2007 Update. A Scientific Statement From the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*, 115. 2675–2682.

- BATH, J. et al. (2009): *Cardiac Rehabilitation. A Workbook for use ith Group Programmes*. John Wiley & Sons.
- BERÉNYI I. – VERES G. (2004): Kardiológiai rehabilitáció. In: JUHÁSZ F. (szerk.) (2004): *Irányelvek a funkcióképesség, a fogyatékoság és a megváltozott munkaképesség véleményezéséhez*. Medicina, Budapest. 679–684.
- BETHELL, H. J. N. et al. (2007): The rise and fall of cardiac rehabilitation in the United Kingdom since 1998. *Journal of Public Health*, 29(1). 57–61.
- BILLINGS, J. H. (2000): Maintenance of Behavior Change in Cardiorespiratory Risk Reduction. A Clinical Perspective From the Ornish Program for Reversing Coronary Heart Disease. *Health Psychology*, 19. 1S, 70–75.
- BLUMENTHAL, J. A. et al. (2005): Effects of Exercise and Stress Management Training on Markers of Cardiovascular Risk in Patients With Ischemic Heart Disease. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 293. 1626–1634.
- BURR, M. L. (2007): Secondary prevention of CHD in UK men: the Diet and Reinfarction Trial and its sequel. *Proceedings of the Nutrition Society*, 66. 9–15.
- CARLETON, R. A. et al. (1995): The Pawtucket Heart Health Program: Community Changes in Cardiovascular Risk Factors and Projected Disease Risk. *American Journal of Public Health*, 85. (6). 777–785.
- CZURIGA I. (2002): *Az iszkémiás szívbetegség megelőzése*. Hippocrates IV. <http://www.medlist.com/HIPPOCRATES/IV/4/260main.htm> letöltés: 2010.01.16.
- D'AGOSTINO, R. B. et al. (2001): Validation of the Framingham Coronary Heart Disease Prediction Scores. Results of a Multiple Ethnic Groups Investigation. *JAMA*, 286. (2). 180–187.
- DALY, J. et al. (2002): Barriers to participation in and adherence to cardiac rehabilitation programs: a critical literature review. *Prog Cardiovasc Nurs.*, 17(1). 8–17.
- DUSSELDORP, E. et al. (1999): A Meta-Analysis of Psychoeducational Programs for Coronary Heart Disease Patients. *Health Psychology*, 18. (5). 506–519.
- DYER, J. – BECK, N. (2007): Psychocardiology: Advancing the Assessment and Treatment of Heart Patients. *Electronic Journal of Applied Psychology. Psychocardiology*, 3. (2). 3–12.
- ENRICHHD-kutatók (2003): Effects of Treating Depression and Low Perceived Social Support on Clinical Events After Myocardial Infarction. The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHHD) Randomized Trial. *JAMA*, 289. (23). 3106–3116. <http://www.framinghamheartstudy.org/risk/index.html> Különböző szív- és érrendszeri kimenetekre készített rizikóbecslés. (Letöltés ideje: 2009. november 28.)
- FARQUHAR, J. W. et al. (1990): Effects of Communitywide Education on Cardiovascular Disease Risk Factors The Stanford Five-City Project. *JAMA*, 264. 359–365.
- FORD, E. S. et al. (2009): Trends in the Prevalence of Low Risk Factor Burden for Cardiovascular Disease Among United States Adults. *Circulation*, 120. 1181–1188.
- FRASURE-SMITH, N. et al. (1997): Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *Lancet*, 350. (9076) 473–479.

- FRASURE-SMITH, N. et al. (2002): Long-Term Survival Differences Among Low-Anxious, High-Anxious and Repressive Copers Enrolled in the Montreal Heart Attack Readjustment Trial. *Psychosomatic Medicine*, 64. 571–579.
- FRENCH, D. P. et al. (2006): Illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 61. 757– 767.
- GAZIANO, T. A. et al. (2007): Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet*, 370. 1939–1946.
- GIDRON, Y. et al. (1999): The Short-Term Effects of a Hostility-Reduction Intervention on Male Coronary Heart Disease Patients. *Health Psychology*, 18(4). 416–420.
- GOLDSTON, K. – BAILLIE, A. J. (2008): Depression and coronary heart disease: A review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. *Clinical Psychology Review*, 28. 288–306.
- HAJEK, P. et al. (2002): Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomised controlled trial. *BMJ*, 324, 87–89.
- IESTRA, J. A. et al. (2005): Effect size estimates of lifestyle and dietary changes on all-cause mortality in coronary artery disease patients: a systematic review. *Circulation*, 112. 924–934.
- JOLLIFFE J. et al. (2001): Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001. Issue 1. Art. No.: CD001800. DOI: 10.1002/14651858.CD001800.
- Központi Statisztikai Hivatal (2008): A halálozások haláloki jellemzői, elvesztett életévek. *Statisztikai Tükör*, II. 176. <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/stattukor/halalozasok07.pdf> (Letöltés ideje: 2010. február 7.)
- KUGLER, J. et al. (1994): Effects of rehabilitation exercise programmes on anxiety and depression in coronary patients: a meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 33. (Pt 3). 401–410.
- LAVIE, C. J. et al. (2009): Exercise Training and Cardiac Rehabilitation in Primary and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. *Mayo Clin Proc.*, 84(4). 373–383.
- LEONG, J. et al. (2004): Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients: the role of health beliefs, locus of control and psychological status. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 8. 26–38.
- LINDEN, W. et al. (2007): Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *European Heart Journal*, doi:10.1093/eurheartj/ehm504
- LUDVIG, J. et al. (2005): Smoking cessation in patients with coronary artery disease. *American Heart Journal*, 149. 565–572.
- LUEPKER, R. V. et al. (1994): Community Education for Cardiovascular Disease Prevention: Risk Factor Changes in the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Public Health*, 84. 1383–1393.

- MARCUS, B. H. et al. (1999): The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. *Archives of International Medicine*, 159. (11). 1229–1234.
- MARCUS, B. H. et al. (2005): The efficacy of moderate-intensity exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. *Nicotine and Tobacco Research*, 7. (6). 871–880.
- MARRUGAT, J. et al. (2007): Validity of an adaptation of the Framingham cardiovascular risk function: the VERIFICA Study. *J. Epidemiol Community Health*, 61. (1). 40–47.
- MARTÍNEZ GARCÍA, L. et al. (2009): Brief Smoking Cessation Intervention in Hospitalized Patients With Cardiovascular Disease. *Rev. Esp. Cardiol.*, 62(4). 447–450.
- MOHIUDDIN, S. M. et al. (2007): Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest*, 131(2). 446–452.
- MÖLLER, A. T. (2006): Type A Behavior Pattern and Its Treatment. In: MOLINARI, E. et al. (eds) (2006): *Clinical Psychology and Heart Disease*. Springer-Verlag Italia, 413–434.
- NAGY V. (2006): Egyről a kettőre – A cardiovascularis betegségek megelőzése. A II. Magyar Terápiás Konszenzuskonferencia ajánlásával. *LAM*, 16(3). 253–256.
- NISSINEN, A. et al. (2001): Community-based noncommunicable disease interventions: lessons from developed countries for developing ones. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(10). 963–970.
- NUNES, E. V. et al. (1987): Psychologic Treatment for the Type A Behavior Pattern and for Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis of the Literature. *Psychosomatic Medicine*, 48(2). 159–173.
- O'CONNOR, G. T. et al. (1989): An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation*, 80. 234–244.
- O'DONNELL, C. J. – ELOSUA, R. (2008): Cardiovascular Risk Factors. Insights From Framingham Heart Study. *Rev. Esp. Cardiol.*, 61(3). 299–310.
- OLDRIDGE, N. B. et al. (1988): Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: Combined experience of randomized clinical trials. *Journal of the American Medical Association*, 260. 945–950.
- ORNISH, D. et al. (1998): Intensive Lifestyle Changes for Reversal of Coronary Heart Disease. *JAMA*, 280(23). 2001–2007.
- PEARSON, T. A. et al. (2002): AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002 Update Consensus Panel Guide to Comprehensive Risk Reduction for Adult Patients Without Coronary or Other Atherosclerotic Vascular Diseases. *Circulation*, 106. 388–391.
- PUETZ, T. W. et al. (2006): The effect of cardiac rehabilitation exercise programs on feelings of energy and fatigue: a meta-analysis of research from 1945 to 2005. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 13(6). 886–893.
- PUSKA, P. (2002): Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. *Public Health Medicine*, 4(1). 5–7.
- PUSKA, P. (2008): The North Karelia Project: 30 years successfully preventing chronic diseases. *Diabetes Voice*, 53. 26–29.

- SCHNEIDERMAN, N. et al. (2004): Psychosocial Treatment Within Sex by Ethnicity Subgroups in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Clinical Trial. *Psychosomatic Medicine*, 66. 475–483.
- SCHOLZ, U. et al. (2006): Physical activity and depressive symptoms in cardiac rehabilitation: Long-term effects of a self-management intervention. *Social Science & Medicine*, 62. 3109–3120.
- SCORE kockázatbecslő tábla. <http://www.mnsza.hu/szivbeteg/adattar/rizikotabla.htm>
- SEBREGTS, E. H. W. J. et al. (2000): Risk factor modification through nonpharmacological interventions in patients with coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 48. 425–441
- SINGH, R. B. et al. (1992): Randomised controlled trial of cardioprotective diet in patients with recent acute myocardial infarction: results of one year follow up. *BMJ*, 304. 1015–1019.
- SMITH, P. M. – BURGESS, E. (2009): Smoking cessation initiated during hospital stay for patients with coronary artery disease: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 180(13). 1297–1303.
- STAMPFER, M. J. et al. (2000): Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *New England Journal of Medicine*, 343. 16–22.
- THOMPSON, P. D. et al. (2003): Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease A Statement From the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Arterioscler Thromb. Vasc. Biol.*, 23. e42–e49.
- VAN DIXHOORN, J. – WHITE, A. (2005): Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 12(3). 193–202.
- VAN DOMBURG, R. T. et al. (2008): Three life-years gained from smoking cessation after coronary artery bypass surgery: A 30-year follow-up study. *American Heart Journal*, 156. 473–476.
- VARGA J. (2007): Kardiovaszkuláris prevenció és rehabilitáció. In: KÁLLAI J. és mtsai. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest. 409–437.
- WILSON, K. et al. (2000): Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Archives of Internal Medicine*, 160(7). 939–944.
- WINKLEBY, M. A. et al. (1997): Joint Analysis of Three U.S. Community Intervention Trials for Reduction of Cardiovascular Disease Risk. *J. Clin. Epidemiol.*, 50(6). 645–658.
- World Health Organization (2006): *Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Copenhagen: WHO. <http://www.euro.who.int/Document/RC56/edoc08.pdf> (Letöltés ideje: 2010. február 11.)
- YUSUF, S. et al. (2004): Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364. 937–952.

A TERMÉKENYSÉGI PROBLÉMÁK EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIÁJA

MI A REPRODUKCIÓS EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIA?

A reprodukciós egészség mentális és szociális aspektusait az utóbbi pár évtizedben kezdték el szisztematikusan kutatni egy új interdiszciplináris tudományág, a reprodukciós egészségpszichológia keretében. A reprodukciós életciklus valamennyi fázisát érintő, biopszichoszociális szemléletű megközelítés segítségével azokat a legfontosabb útvonalakat járhatjuk körbe, amelyeken keresztül a termékenységgel kapcsolatos egészség befolyásolhatja a mentális egészséget, illetve azokat is, ahogyan a kedvezőtlen pszichoszociális állapot hozzájárulhat a problémás reprodukciós státuszhoz (WHO 2009). A lehetséges rizikó- és védőfaktorok feltérképezése mellett a hatékony preventív intervenciók programok bemutatása is fontos feladat. Lényeges megfogalmazott cél párbeszédet kialakítani az egészségügyben dolgozó szakemberekkel annak érdekében, hogy a reprodukciós egészség kérdéséhez integratív szemléletben közelítsenek.

A reprodukciós egészségpszichológia számos területet érinthet. Ilyenek például a női reprodukciós életciklusok: a menstruációs ciklus (HAYWOOD et al. 2005), a terhesség (BRETT–BAXENDALE 2001; WEERTHA–BUIBELAAR 2005, VARGA–SUHAI–HODÁSZ 2002), a posztpartum periódus (BOATH et al. 2005; BOYD et al. 2005), a menopauza (AMOREA et al. 2007; BURGER 2007) mentálhigiéniai aspektusai; a terhességszabályozás pszichoszociális aspektusai (GRAHAMA et al. 2007; OINONEN–MAZMANIAN 2002); a spontán vetélés, halvaszülés következményei a mentális egészségre (CSÁSZÁR 2002; ENGELHARD et al. 2003; SIMMONS et al. 2006); nőgyógyászati megbetegedések, fertőzések, daganatos megbetegedések pszichoszociális következményei (BUTTOW et al. 2000; BREKELMANS 2003; RISKÓ–HORTI 2006; SMEDSLUND–RINGDAL 2004; KISSANE

et al. 2007); a reprodukciós mentális egészség az AIDS kontextusában (CLARK 1998); meddőség és asszisztált reprodukció (GREIL 1997; CWICKEL et al. 2004; BOIVIN 2003); férfiak reprodukciós mentális egészsége (POOK et al. 1999; 2005) stb.

Bár a kutatások száma napról napra nő, ugyanakkor sajnálatos módon e területekről sokszor hiányoznak az empirikusan jól megalapozott, összegző kutatási eredmények, vagy a pszichoszociális segítségnyújtás mikéntjére vonatkozó konszenzus. Ezeket a problémákat több okra is visszavezethetjük. Egyrészt a tudományos megközelítésekben a test-lélek dualizmus még mindig erőteljes, sokszor hiányzik a holisztikus szemlélet. Probléma az is, hogy a már meglévő kutatások egy-egy részterületre fókuszálnak, míg más fontos területek igen elhanyagoltak. Számottevő nehézséget okoz az is, hogy a különböző országokban végzett kutatások eredményeit nem összegezték, a fejlődő országokból pedig gyakorlatilag nem állnak rendelkezésre adatok. Az eddigi empirikus kutatások a reprodukciós egészség-betegség kérdését szűk kereteken belül tárgyalták. A vizsgált populációt leggyakrabban a házasság, termékeny korban lévő nők tették ki, míg a férfiak, az egyedülállók vagy a termékeny korban kívül esők problémáit kevésbé vizsgálták. Összességében tehát szükséges tágabb nézőpontból tekinteni a reprodukciós mentális egészség kérdéseire.

Ebben a fejezetben holisztikus, pszichoszociális megközelítésben tekintjük át a reprodukciós egészségpszichológia egyik fontos részterületét, a meddőségi problémákat. A hagyományos biomedikális definíció helyett új, pszichoszociális definíciót javasolunk. Felvázoljuk a legfontosabb pszichoszociális vonatkozású kutatások eredményeit. Különös hangsúlyt fektetünk a meddőség kezeléséből származó problémákra. Végül összegezzük azokat a terápiás lehetőségeket, melyek pillanatnyilag rendelkezésre állnak azok számára, akik akarataik ellenére kénytelenek a gyermektelenség állapotával szembenézni.

A MEDDŐSÉGI PROBLÉMA: MEGTERMÉKENYÍTÉSRE VÁRÓ GONDOLATOK

Mind laikusként, mind segítő szakemberként egyre gyakrabban találkozunk meddőségi problémával küzdő párral, s ezt a statisztikai adatok is alátámasztani látszanak. A világban évente több millió házaspár szembesül meddőségi problémával; a WHO álláspontja szerint a fogamzóképes lakosság kb. 10–15%-át érinti világszerte (WHO 1975; 2009). 1992-ben 60 millió pár küzdött meddőséggel (RABE et al. 1997), pillanatnyilag pedig 72,4 millió meddő nő van a világon; ebből 40,5 millió keres orvosi segítséget problémájára (BOIVIN et al. 2007). A megnövekedett gyakoriságra számos magyarázat szolgálhat. Fontos az utóbbi pár évtizedben végbement szociokulturális változásokat figyelembe venni, melyek hatására a gyermekvállalás ideje jelentősen kitolódott. Míg nagyanyaink általában húszas éveik közepéig már anyává váltak, addig a mai termékeny korban lévő nők, sok esetben, csak harmincéves kor felett kezdenek el a gyermekvállaláson gondolkodni. A biológiai reprodukciós apparátus pedig evolúciósan úgy van kalibrálva, hogy

a női reprodukcióért felelős hormonális funkciók 35 év felett lényegesen, 38 év felett pedig drasztikusan csökkennek (EVERS 2009). Így 35 év felett nehezebb teherbe esésre kell számítaniuk az egyébként egészséges nőknek is. Másik oka a megnövekedett esetszámnak a termékenységi probléma munkadefiníciójából is származhat. A következő fejezetben részletesen tárgyaljuk azokat a szempontokat, amelyek alapján egy jól operacionalizált pszichoszociális definícióhoz juthatunk. Végül említést érdemelnek azok az életmódbeli tényezők is, melyek reprodukciós rendszer működésére gyakorolt hatásmechanizmusai még sokszor ismeretlenek a számunkra. Ilyenek elsősorban a stresszes életforma, az egészségkárosító magatartás (dohányzás, alkohol- és kávéfogyasztás) vagy a táplálkozási szokásokból, testsúlyproblémákból fakadó nehézségek. Ezek fertilitásrontó hatásával kapcsolatos eddigi kutatások eredményei szintén megvitatásra kerülnek.

Mindezek mellett érthető, hogy a meddőségi problémák kezelése egyre inkább fókuszba került, nemcsak a hagyományos szülészet-nőgyógyászaton belül, hanem sokkal tágabb egészségügyi szempontból is. Ehhez persze fontos feladat tisztázni, mi az, amit kezelünk, vagyis mit értünk tulajdonképpen meddőségi probléma alatt. A konceptualizációs nehézség alapvetően abból fakad, hogy a meddőség oki tényezőinek beazonosításában történetileg alapvetően reduktív, egy okra visszavezető értelmezési keretek uralkodtak. A biomedikális szemlélet a meddőségi problémát testi diszfunkcióvá redukálja, test és lélek egységét mesterségesen kettéválasztja, a pszichoszociális tényezőket másodlagossá vagy teljesen zárójelezetté teszi. Ebből az is következik, hogy figyelmen kívül marad számos lehetséges pszichoszociális faktor, melyek a biológiai tényezőkkel interaktív, egymást előfeltételező kapcsolatban fejtik ki hatásukat. A mi értelmezésünkben a meddőségi probléma komplexitása pont abban rejlik, hogy egyszerre van biológiai, intrapszichés, társas, sőt kulturális eredője is.

A MEDDŐSÉGI PROBLÉMA PSZICHOSZOCIÁLIS DEFINÍCIÓJA

Meddőségről a hétköznapi és nőgyógyászati értelemben akkor beszélünk, ha rendszeres, legalább egy éve tartó, fogamzásgátlás-mentes nemi élet ellenére egy nő nem képes teherbe esni (American Society for Reproductive Medicine 1993. in: COVINGTON–BURNS 2006).

A fenti definíció sok tekintetben elnagyolt, annak ellenére, hogy a nőgyógyászati szakrendelőkben a legtöbb esetben ezt használják diagnosztikus kritériumként, illetve a párok önmaguk helyzetét is sokszor ez alapján definiálják. A definíció pontatlansága abból fakad, hogy nem számol a termékenységi probléma számos fontos aspektusával. Ahogyan már a fenti gondolatokból kiderült, érdemes a meddőségi problémát egy komplex, biológiai és pszichoszociális komponensekből álló problémaként definiálnunk. Hogy jobban megértsük komplexitását, nézzük meg, milyen aspektusokat kell számba venni egy differenciáltabb pszichoszociális definíció megalkotásához.

A MEDDŐSÉGI DIAGNÓZIS NEMEK KÖZÖTTI ELOSZLÁSA, A TERMÉKENYSÉGI PROBLÉMÁK PÁRKAPCSOLATI JELLEGE

Elsőként fontos észrevenni, hogy a definíció nőgyógyászati vonatkozásban közelít a meddőséghez. Ugyanakkor a meddőség korántsem pusztán nőgyógyászati probléma, hiszen az esetek kb. 30%-ában férfi eredetű biológiai faktort diagnosztizálnak. A háttérben meghúzódó női biológiai okok meglete szintén az esetek 30%-ában jellemző, míg kb. 15% annak a valószínűsége, hogy mindkét félnél találnak diszfunkciót (BERNARD–KRIZSA 2006). A fennmaradó esetek kb. 25%-a a megmagyarázhatatlan, vagy funkcionális meddőség kategóriájába sorolható. Megmagyarázhatatlan vagy funkcionális meddőségről akkor beszélünk, ha egyik félnél sincs diagnosztizálható biológiai probléma. Az előbbi megfogalmazás (megmagyarázhatatlan) inkább biomedikális szempontból közelít, azt sugalmazva, hogy az orvosi okot *még nem* találták meg, míg a másik klinikai nézőpontból tekint az orvosi magyarázat nélküli meddőségi problémára, a funkcionális, pszichoszomatikus betegségekhez sorolva azt.

A meddőség diagnózisának összetettségéből az is következik, hogy komplex egészségügyi-orvosi ellátást igényel már a diagnózis felállítása is, hiszen a nőgyógyászat mellett az andrológia, az endokrinológia (sok esetben hormonális okok állnak a háttérben), a genetika is fontos szerepet kap, s az orvosteam kooperatív munkája elengedhetetlen feltétele a sikeres kezelési terv felállításának.

Ami a férfi meddőséget illeti, jóval később került az érdeklődés fókuszába, kevesebb ismeret és pszichoszociális kutatás áll rendelkezésünkre. Ennek elsősorban kultúrtörténeti vonatkozásai vannak; a meddőségi problémáért az ótestamentumi időkől kezdve a nőket hibáztatták. Hosszú évszázadokon keresztül tartotta magát a nézet, hogy a nő életének legfontosabb feladata a terhesség és a szülés. Az anyaság a csúcspont és a viszonyítási alap, a közösség teljes értékű és elfogadott tagjává csak gyermekszüléssel válhat egy nő (DEÁKY–KRÁSZ 2005). A férfi meddőségnek kevésbé voltak társadalmi vagy erkölcsi vonatkozásai (illetve ezeket elpalástolta az a tény, hogy férfi meddőség esetében is a nő az, aki nem esett teherbe). Talán azt feltételezhetnénk, hogy ezáltal kevesebb érzelmi és pszichés problémát élnek át a férfiak meddőségi helyzetben. A férfi meddőséget kísérő pszichoszociális stresszt vizsgáló kutatások ezt a feltételezést sok vonatkozásban cáfolták meg (POOK–KRAUSE 2005).

A férfiak által átélt meddőségspecifikus stressz jelentőségét magyar vizsgálatban is kutatták (PÁPAY 2007). IVF-kezelés előtt álló párok vizsgálatakor kiderült, hogy a meddőségspecifikus distressz párkapcsolaton belüli alakulása annak függvényében változik, hogy milyen diagnózist kapnak a meddő párok. Bár a nők minden esetben több pszichés feszültséget élnek át, mint a férfiak; a férfi eredetű probléma esetén mindkét félnél közel másfélszer nagyobb a stressz mennyisége, mint női eredetű probléma esetén. Vagyis a férfimeddőség összességében nagyobb lelki terhet ró a párkapcsolatra, mellyel szükség esetén párterápia keretében is érdemes foglalkozni.

Másfelől, akármelyik félnél találnak rá a szervi vagy hormonális diszfunkcióra, a meddőség sohasem pusztán az egyik fél „betegsége”, hiszen mindig a pár mint egység

az, akinek nem lehet gyermeke. Éppen ezért minden esetben párkapcsolati rendszer a meddőségi probléma hordozója. Ennek fényében kell mind a kezeléseket, mind a pszichoszociális támasznyújtás lehetőségeit mérlegelni.

A PRÓBÁLKOZÁSI INTERVALLUM ÉS AZ ÉLETKOR SZEREPE

A MEDDŐSÉGI DIAGNÓZIS FELÁLLÍTÁSÁBAN

A fenti orvosi definícióban a diagnózis felállításához szükséges időintervallum nagysága – jelen pillanatban egy évben meghatározott próbálkozási idő – is vitatott kérdés. A WHO 1975 előtt még két év próbálkozási időt javasolt, amit azzal indokolt, hogy a hosszabb időtartam további létrejött terhességekre adhat lehetőséget (problémamentes körülmények között ilyen időtartam alatt az esetek 99%-ában létrejön a terhesség). Ugyanakkor a teherbe esés valószínűségének növekedése egy év és két év próbálkozási idő között nem jelentős (egy év után már 95%-os teherbe esési valószínűséggel számolhatunk), így az egy év próbálkozási idő elfogadható intervallumnak bizonyul a diagnózis felállításához.

Az eddigi felmérések szerint a reprodukciós életszakaszban lévő 25 év alatti nők 4%-ának, a 25–35 közöttiek 13%-ának, míg a 35–44 év közöttiek 30%-ának vannak meddőségi problémái (MOSHER 1991; idézi BERNARD–KRIZSA 2006). A sikeres asszisztált reprodukciós beavatkozások felső korhatára női oldalról negyven év körüli, amely életkor felett rohamosan csökken a teherbe esés valószínűsége (és nőnek a beavatkozások költségei, EVERS 2009) még lombikprogramok segítségével is. A nők esetében a biológiai életciklus is határt szab a megtermékenyülésnek. A menopauza beállta után nincs többé mód arra, hogy természetes körülmények között egy nő megfogadjon. Más kérdés, hogy az orvostudomány itt is, mint sok esetben, emberi mivoltunk határait feszegeti akkor, amikor az asszisztált reprodukciós beavatkozásokkal egyre több esetben képes menopauzában lévő nőknek menstruációs ciklust előidézni, így igen magas életkorban is van példa kihordott terhességre, elveszülésre. Izgalmas és egyelőre megválaszolatlan kérdés, hogy az ilyen egyszeri esetekből, ha tényleges gyakorlat válik, az milyen etikai, pszichológiai, társadalmi kérdéseket von majd maga után, s miképp alakítja át a jövő generációi közötti kapcsolatrendszereket.

Az életkori korlátokból az következik, hogy a meddőség definícióját érdemes átalakítani az idői feltételek szempontjából. Egyre gyakoribb a fertilizációs klinikák konszenzusa arra vonatkozóan, hogy 35 év felett a hat hónapos „próbálkozási idő” elégséges feltétel a meddőségi diagnózis felállításához és a szükséges kezelések megkezdéséhez.

A MEDDŐSÉG FAJTÁI

A meddőség fogalma nem homogén fogalom, bár hétköznapi vonatkozásban ezt a legtöbb esetben nem veszik figyelembe (HABBEMA et al. 2004; HOMBURG 2005; DAVIES et al. 2005). Valójában meg kell különböztetnünk a meddőség (infertility) fogalmát

a terméketlenség (infecundity) fogalmától (SCHMIDT–MÜNSTER 1995). A meddőség ebben a megkülönböztetésben azt jelenti, hogy a teherbe esés nem történik meg a definícióban leírt kondíciók mentén, míg a terméketlenség az elveszülés képtelenségére vonatkozik. Mindkét fogalmat tovább differenciálhatjuk elsődleges és másodlagos meddőségre/terméketlenségre. Az elsődleges meddőség/terméketlenség azt jelenti, hogy az illető egyszer sem volt képes a terhességre/élveszülésre, míg a másodlagos meddőség/terméketlenség a következő terhességre/élveszülésre való képtelenségre vonatkozik (SCHMIDT–MÜNSTER 1995).

Ez a fogalmi tisztázatlanság a gyakorlatban azért fordulhat elő, mivel a meddőség fogalma bizonyos értelemben magába foglalja a terméketlenség fogalmát, hiszen a teherbe esésre való képtelenség eleve kizárja az elveszülés lehetőségét. Ugyanakkor lényeges látni, hogy fordítva mindez nem igaz: a sikeres teherbe esés nem von maga után sikeresen kihordott terhességet is (HERSHLAG–LOBEL 2001). Ez a különbségtétel az IVF (in vitro fertilizáció) és egyéb ART- (asszisztált reprodukciós technológia) beavatkozások praxisának területén különösen lényegbevágó és klinikai értelemben is jelentős relevanciával bír, hiszen ennek alapján tudunk különbséget tenni az IVF-sikeresség és a sikeres terhesség között. Nem hagyható figyelmen kívül az a tény, hogy az összes terhesség kb. 25–30%-a – a természetes úton létrejött terhességeket is beleszámítva – vetéléssel végződik, és ezek a terhességek az esetek többségében, evolúciós értelemben, nem voltak „egészséges” terhességek. Az ART-beavatkozások arra szolgálnak tehát, hogy a megtermékenyülés folyamatát korrigálják, de arra nem, hogy a nem egészséges utódok kiszűrését szolgáló természetes szelekciót befolyásolják (HERSHLAG–LOBEL 2001).

A MEDDŐSÉG MOTIVÁCIÓS BÁZISA

Definíció szempontjából még van egy fontos tisztázandó vonatkozás, ez pedig a meddő pár gyermek iránti deklarált és ugyanakkor beteljesületlen vágyával kapcsolatos. A meddőség ugyanis nem feltétlen azonos a gyermektelenséggel. A legtöbb demográfiai és szociológiai megközelítésben a meddőség egyet jelent azzal, ha nincs elveszülés egy meghatározott időintervallumon belül, anélkül, hogy figyelembe vennék e gyermektelenség szándékolt vagy önkéntes voltát, illetve a születés feletti kontroll jelenlétét vagy hiányát (HOMBURG 2005). Annak, hogy egy pár miért gyermektelen, a meddőségen kívül számos egyéb oka lehet. Előfordul, hogy a pár nem akar gyermeket, vagy az is elképzelhető, hogy a gyermek társadalmilag nem elfogadott, illetve hogy egyéb életcélok felülírják a gyermekvállalás igényét. Vagyis a meddőség alapvetően akaraton kívüli gyermektelenség. Másfelől a gyermeket nem szült nők és partnereik közül sokan nem gyermek nélkül élik az életüket: lehet örökbe fogadott gyermekük, illetve élhetnek együtt egy háztartásban partnerük előző kapcsolatából származó gyermekkel is.

A MEDDŐSÉG PSZICHOSZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI

Lényeges kérdés az is, minek címkézzük a meddőséget. Betegségnek, a szervezet diszfunkciójának vagy komplex, biopszichoszociális értelemben vett működészavarnak, esetleg életkrízisnek? Azt semmiképp sem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy a meddőség krónikus természetű probléma, s éppen ezért indokolt holisztikus, pszichoszociális keretben értelmezni. Bár a legtöbb esetben organikus vagy hormonális diszfunkciót találnak a kivizsgálások során, időben elhúzódó jellege miatt intrapszichés, párkapcsolati és társas-környezeti színtereken egyaránt okozhat életminőséget tartósan rontó nehézségeket.

A fent leírt jellegzetességeket figyelembe véve, a meddőség komplex, pszichoszociális definícióját a következőképpen fogalmazhatjuk meg:

A meddőség olyan termékeny korban lévő, deklarált gyermekvállalási szándékkal rendelkező pár közös működészavara, akik esetében igaz, hogy a rendszeres, legalább egy éve tartó (35 éven felüliek esetében ez legalább hat hónap), fogamzásgátlás-mentes nemi élet ellenére sem történik meg a kívánt terhesség, illetve a terhességet nem sikerül élveszüléssel kihordani. Ez az időben elhúzódó működészavar intrapszichés, párkapcsolati és társas színtereken egyaránt kifejti hatását, s ennek értelmében csak egy biopszicho-szociális kontextusban értelmezhető.

NEMZETKÖZI ÉS MAGYARORSZÁGI PREVALENCIAADATOK

Schmidt és Münster 1995-ös metaanalízise alapján a fejlett ipari országokban meddőségi problémák előfordulási gyakorisága a következőképpen alakul:

- A deklarált gyermekvállalási szándékkal rendelkező nők 10–16%-a tapasztalja meg az elsődleges infertilitást (teherbe esésre való képtelenség);
- 16–17% a másodlagos infertilitást;
- körülbelül 24% tapasztal meg elsődleges és/vagy másodlagos infertilitást;
- körülbelül 4% egyáltalán nem képes élveszülést kihordani (elsődleges infekunditás);
- további 4–6% azok aránya, akiknek egy második terhességből nem következik élveszülés (másodlagos infekunditás).

Schmidt a fent leírt adatokat kiegészíti az 1995 utáni epidemiológiai kutatások eredményeivel (pl. MACONCHIE et al. 2004; LARSEN 2005; SCHMIDT 2006). Fontos megjegyezni, hogy a prevalencia megállapításában modifikáló tényező lehet, hogy milyen operacionalizált definíciót használnak a meddőségre, hogy milyen alcsoportra vonatkoztatva vizsgálódnak, illetve hogy melyik prevalenciát veszik alapul. Például ha csak azokat a nőket vesszük figyelembe, akik orvosi segítséghez fordulnak meddőségi problémájukkal kapcsolatban, akkor alacsonyabb prevalenciaértékek várhatóak, hiszen az orvos felkeresése számos esetben nem történik meg. Magasabb értékeket várhatunk akkor, ha nem a pillanatnyi

prevalenciát (*current prevalence*: egy adott időszakban jelentkező előfordulási gyakoriság), hanem az élettartam-prevalenciát vesszük figyelembe (*life-time prevalence*: a vizsgált személyek összes, akár múltbeli, akár pillanatnyilag fennálló meddőségi problémájának előfordulási gyakorisága az adatgyűjtés időpontjáig bezárólag). A definíció értelmében valós life-time prevalenciát csak a reprodukciós életszakaszukon túllépő nőktől kaphatunk (SCHMIDT–MÜNSTER 1995), illetve ha a családi állapotot figyelmen kívül hagyjuk (hiszen nem csupán a házasságban élő nők esetében fordulhat elő meddőség).

Larsen (2005) öt különféle meddőségdefiníció mentén 5,5–12,1% közötti prevalenciát talált, míg Marchbanks és munkatársai (1989) hasonló eljárással 6,1–32,6% között mozgó prevalenciaértékeket rögzítettek.

A magyarországi adatok bizonytalanabbak, mivel a KSH nem végez hivatalos statisztikai felmérést e tárgyban. Bánki 1980-ban publikált könyvében azt írja, hogy Magyarországon a gyermektelenség aránya a termékeny korban lévők közül kb. 20%, ebből szándékosan meddő mindössze 2%. Egy 1981-es tankönyvi adat ezt az értéket jóval alacsonyabbra, 8–10%-ra becsüli (idézi BERNARD–KRIZSA 2006). A magyarországi infertilitás prevalenciája Bernard és Krizsa (2006) szerint napjainkban emelkedő tendenciát mutat, és nagyjából a nemzetközi viszonylatokat tükrözi (10–15%).

PSZICHOSZOCIÁLIS NEHÉZSÉGEK A TERMÉKENYSÉGI PROBLÉMÁKBAN ÉS KEZELÉSÜKBEN

Nemzetközi vonatkozásban a pszichoszociális meddőségkutatás a kilencvenes évek óta intenzíven zajlik. Arthur Greil 1997-es áttekintő tanulmányában összefoglalót nyújt a meddőségkutatással kapcsolatos pszichoszociális tényezőket vizsgáló szakirodalomról. A kutatásokat tulajdonképpen két csoportra oszthatjuk annak alapján, hogy a pszichoszociális tényezők és a meddőségi probléma között milyen összefüggést feltételeznek.

A tanulmányok egyik csoportja az ún. *pszichogenikus hipotézist* támogatja. Ez a paradigma az 1980-as évek közepéig dominált a meddőségirodalomban, azon a feltételezésen alapul, hogy számos pszichológiai faktor oki szerepet tölt be a meddőség kialakulásában.

A tanulmányok másik csoportja, az előzővel ellentétben, azt a nézetet képviseli, hogy a pszichoszociális distresszfaktorok inkább a meddőségi állapot következményeként értelmezhetőek, ez az ún. *pszichológiai következmény hipotézis*.

PSZICHOGENIKUS HIPOTÉZIS:

A MEDDŐSÉG PSZICHOSZOCIÁLIS VONATKOZÁSÚ PATOGENEZISE

Bár igaz, hogy ebben a megközelítésben a pszichoszociális faktorokat a meddőség kialakulásában szerepet játszó oki tényezőkként értelmezik a kutatások, ugyanakkor e közös nevezőt leszámítva, tartalmilag, módszertanilag és empirikus validitásukat tekintve is igen heterogén elképzeléseket sorolhatunk ide. Először is fontos különbséget tenni a klinikai és az empirikus megközelítésű vizsgálatok között. A klinikai megközelítések legtöbbször modern pszichoanalitikus vagy rendszerszemléletű keretben

közelítenek meddőséghez (C. MOLNÁR 2006; BYDŁOWSKI 2003); megállapításaik azonban nehezen általánosíthatóak, esettanulmányokból táplálkoznak.

Az oki tényezőket feltáró empirikus kutatásoknak szintén számos módszertani problémával kell megküzdeniük. A nehézségek ellenére több olyan pszichoszociális faktort sikerült beazonosítani, melyekténylegesszerepetjátszhatnakazinfertilitási problémákfenntartásában.

A legfontosabb empirikus eredményeket a következő területekről kapták a kutatók:

- A stressz és a fertilitási problémák neuroendokrin összefüggései
- A depresszió és a szorongás szerepe a meddőség kialakulásában
- Az egészségmagatartás szerepe a meddőség patogenezisében

A STRESSZ ÉS A FERTILITÁSI PROBLÉMÁK NEUROENDOKRIN ÖSSZEFÜGGÉSEI

A stresszrendszer (hipotalamusz-hipofízis-mellékvese tengely, HPA-tengely) és a reproduktív rendszer (hipotalamusz-hipofízis-gonádikus tengely, HPG-tengely) egy integrált szabályozási rendszert alkotnak. Ez a közös szabályozási rendszer alapozza meg a környezeti feltételekről kapott információ és a reprodukciós folyamat beindításának összehangolását. A folyamat lényege, hogy stressz hatására a HPG-tengely minden szinten gátlás alá kerülhet a stresszrendszer különböző komponensei által (CHROUSOS et al. 1998; KOVÁTS–KRIZSÁN 2006). Mivel a stresszhormonok gátolhatják a reproduktív rendszer működését, aktivitásuknak fontos szerepe lehet a meddőség kialakulásában (CWIKEŁ et al. 2004). A hipotalamuszban termelődő CRH (corticotrop releasing hormon), és ennek hatására a mellékvesekéregben megjelenő legfontosabb stresszhormon, a kortizol megakadályozza azoknak a hormonoknak a termelődését, amelyek a reproduktív működéseket elindítják és fenntartják (gonádikus hormonok).

A stressz indukálta hormonális változások empirikus igazolása gyakran ütközött nehézségekbe, csak kevés vizsgálatban sikerült kontrollált körülmények között alátámasztani, hogy a módosult stresszválaszok összefüggésben állnak a reprodukciós mutatókkal. Ilyen értelemben eredményesnek bizonyult például Facchinetti, Tarabusi és Volpe (2004) kulcsfontosságú kutatómunkája. Facchinetti és munkatársai IVF-re váró nőket vizsgálva találtak összefüggést a distressz mértéke és a fertilitásmutatók között. Strooptesztrel nézték a stresszválaszok változékonyságát, majd ezeket összevetették a teherbe esések számával. Azt találták, hogy a magas kardiovaszkuláris reaktivitással rendelkező nők esetében az IVF-kezelés kevesebb sikert hozott. A szerzők azt állítják, hogy a stresszre adott túlzott kardiovaszkuláris reszponzivitás okozója lehet a meddőségnek. A stresszreaktivitás csökkenését célzó viselkedésterápiás intervenciójuk is sikeresnek bizonyult, növelve a teherbeesés valószínűségét az érintett nők körében (FACCHINETTI et al. 2004).

A DEPRESSZIÓ ÉS A SZORONGÁS SZEREPE A MEDDŐSÉG KIALAKULÁSÁBAN

A depresszió és a szorongás vizsgálatára specializálódott tanulmányok azt állítják, hogy e két pszichológiai faktor jelentős szerepet tölthet be a fertilitászavarok kialakulásában

(pl. WISCHMANN et al. 2001). Ugyanakkor ezeknek a vizsgálatoknak alapvető nehézséget okoz, hogy olyan kutatási designt kell megalkotniuk, melyben egyértelműen tükröződik a hatásmechanizmus útvonala, vagyis azt a hipotézist kell tesztelniük, hogy a pszichoszociális változók okozzák a meddőséget, és nem fordítva.

Ilyen kutatási keretben Lapane, Zierler és Lasater (1995) azt a kérdést feszegették, vajon a depressziós előtörténet összefüggésbe hozható-e a meddőség megnövekedett előfordulási gyakoriságával. Kontrollált vizsgálatukban azt találták, hogy az előzetes depresszív tünetekről beszámoló nőknek kétszer nagyobb volt az esélyük későbbi ovulációs meddőségi problémákra, mint az ilyen előtörténettel nem rendelkezőknek. Vizsgálati eredményeiket úgy értelmezik, hogy a meddőség patogenezisében fontos szerepet játszhat a depresszió megléte és az előzetes antidepresszáns-használat (LAPANE et al. 1995).

Fassino, Piero, Boggio, Piccioni és Garzaro (2002) 156 meddő és 80 termékeny párral végeztek kontrollált, prospektív vizsgálatot. Azt találták, hogy a szorongás, depresszió, illetve harag elfojtása változók segítségével a diagnózis megléte (meddő vagy nem meddő) és fajtája is (organikus vagy megmagyarázhatatlan eredetű) bejósolható. A csoportok közötti különbségek azt mutatták, hogy mind a szorongás, mind a depresszió, mind a harag elfojtása tekintetében az funkcionális meddő csoport a legsérülékenyebb.

Több kutatás is vizsgálta a meddőség és a magas szorongásszint összefüggéseit. Wasser, Sewall és Soules (1993) magas vonásszorongással rendelkező nőknél alacsonyabb megtermékenyülési arányt regisztrált. Vizsgálatukban az funkcionális meddő nők szorongásszintje szignifikánsan magasabbnak bizonyult az organikus okból meddővé vált nőknél, viszont megegyezett a gyermeket nem kívánó, de FHA-ban (a menstruáció megmagyarázhatatlan elmaradása) szenvedő nők szorongásszintjével. Vagyis a szerzők érvelése szerint mind a funkcionális meddő csoportnál, mind a funkcionális amenorrhéa csoportnál jelentkező reprodukciós zavar mögött a magas szorongásszint állhat.

Ezek a vizsgálatok felhívják a figyelmet arra, hogy a meddő csoporton belül különös figyelmet kell szentelni a depressziós előtörténettel vagy szorongásos tünetekkel rendelkező alcsoportnak, mivel ők jelentősen nagyobb sérülékenységgel rendelkeznek a tartósabban fennálló termékenységi zavarokra. Számukra ezért rendkívüli fontosságú lehet a segítségnyújtás akár meddőségspecifikus pszichoterápia keretében.

AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS LEHETSÉGES SZEREPE A MEDDŐSÉG KIALAKULÁSÁBAN

A reprodukív funkciót mindkét nem esetében negatívan befolyásolják bizonyos életmódbeli tényezők, környezeti hatások (VARTIAINEN et al. 1994). Bizonyított a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, a drogabúzus, a testsúlyingadozás fertilitást csökkentő hatása (BERNARD–KRIZSA 2006). Az életmódbeli tényezők közül különös figyelmet kell szentelni a testsúlyingadozásnak és a dohányzásnak, mivel ezek lényegi szerepét a meddőségi probléma fenntartásában empirikus vizsgálatok is bizonyították.

TESTSÚLYPROBLÉMÁK ÉS INFERTILITÁS

A testsúly zavarai és a reprodukciós problémák közötti összefüggést több vizsgálatban is elemezték. Zhang és munkatársai (1994; idézi TÚRY 2000) felvetették, hogy a testsúly-problémák és a meddőség közötti összefüggésekért a liposztatikus szabályozás felelős. Ez egy olyan hormonális szabályozórendszer, amely a szervezet által raktározott zsír mennyiségére érzékeny, s amelynek fő regulátora a leptin, egy 167 aminosavból álló polipeptid. Táplálékfelvételkor növekszik a zsírszövetek leptinszintje, s a leptin folyamatosan visszajelzéseket küld a tárolt zsír mennyiségéről a hipotalamusznak. A rendszer negatív visszacsatolásként működik, vagyis a magas leptinszint csökkenti az étvágyat, növeli az energialeadást, míg az alacsony leptinszint ezzel ellentétes folyamatokat indít be.

Míg a táplálékfelvétel képes serkenteni a gonadikus tengely működését, addig a táplálékhiány erős gátló tényezője lehet (súlyos evészavarban, mint amilyen az anorexia nervosa, az amenorrhoea, vagyis a menstruáció hiánya diagnosztikus kritériumként szerepel, TÚRY 2000). Mindezt a nemi éréssel kapcsolatos megfigyelések is alátámasztják: a szexuálisan korábban érő nők leptinszintje magasabb, mint a később érőké, illetve az első menstruáció jelentkezésének feltétele egy kritikus zsírmennyiség. A leptin tehát bizonyos értelemben „motorja” a reprodukciós készséggel szoros összefüggésben lévő nemi érés beindulásának (TÚRY 2000).

Obezitásban is gyakran megfigyelhető reprodukciós zavar, annak ellenére, hogy ebben az esetben a zsírszövet túlzott mennyisége jellemző. Az elhízás és a gonádok működése közötti negatív kapcsolatot centrális leptinrezisztenciával magyarázzák (MATKOVIC et al. 1997), ilyenkor a zsírszövetben lévő leptin mennyiségére a hipotalamusz rezisztens marad. Állatkísérletekkel is igazolták az elhízást kísérő leptinzavar reprodukcióra gyakorolt negatív hatásait. Beazonosítottak egy olyan egértörzset (ob/ob egér), amelyiknél génhiba következtében a leptinreceptor nem képes a leptin érzékelésére. A nagymértékű elhízás és anyagcserezavar mellett a reprodukzív funkciók súlyos zavarát is megfigyelték az egértörzsnél (ZHANG et al. 1994, idézi TÚRY 2000).

Humán vonatkozásban érdemes szem előtt tartani, hogy centrális leptinrezisztencia nemcsak elhízott nőknél okozhat meddőséget, hanem férfiaknál is csökkent spermium-termeléshez vezethet (STEINMAN et al. 2001). Másfelől, terápiás szempontból lényeges, hogy testsúlycsökkentő programokkal az obez személyek reprodukzív mutatói jelentős mértékben javíthatók.

DOHÁNYZÁS ÉS MEDDŐSÉG

Úgy tűnik, a dohányzás az egyik legfontosabb egészséget érintő, inadaptív magatartásforma, amely a reprodukciós zavarokkal összefüggésbe hozható. Egy nagy volumenű amerikai vizsgálatban (*The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine*, 2004) a meddőség kialakulásában szerepet játszó, alapvető rizikótényezőként tárgyalják. A vizsgálat legfontosabb eredményei a következőképpen foglalhatók össze:

- A dohányzás a fertilitásproblémák kialakulásának több mint 13%-ában szerepet játszhat.
- Gyorsítja a reprodukív funkciók elvesztését, a menopauza kezdetét 1–4 évvel előrehozhatja.
- Összefüggésbe hozható a spontán abortuszok és a méhen kívüli terhességek előfordulási gyakoriságának megnövekedett rizikójával.
- A dohányzás passzív formájának is vannak negatív következményei. Azoknak a nem dohányosoknak, akik rendszeresen ki vannak téve nagy mennyiségű dohányfüstnek, ugyanolyan negatív reprodukciós következményekkel kell szembenéznük, mint a dohányosoknak.
- A dohányzás a spermafunkciók mutatóinak értékeit negatív irányban befolyásolja.
- A dohányosoknak kétszer több asszisztált reprodukciós beavatkozásra van szükségük a sikeres teherbe esés eléréséhez, mint a nem dohányosoknak.

Az egészségmagatartással kapcsolatos vizsgálatokból azt a konklúziót vonhatjuk le, hogy a szubfertilitással rendelkező párok életmódváltással sok esetben maguk is javíthatnak fertilitási mutatóikon. Ez azért is lényeges, mivel a legtöbb kutató azon az állásponton van, hogy a meddő populációra jellemző magas distresszarány azzal is magyarázható, hogy számukra a helyzetük feletti kontroll lehetősége nem vagy csak kismértékben adott. Mindezeket figyelembe véve az egészségmegőrzés fertilitásjavító stratégiái egyúttal problémamegoldó megküzdési stratégiák lehetőségeként is szolgálhatnak a meddő párok számára (VARTIAINEN et al. 1994).

PSZICHOLOGIAI KÖVETKEZMÉNY HIPOTÉZIS: A MEDDŐSÉG MINT ÉLETKRÍZIS

Számos kutatás abból a munkahipotézisből indul ki, hogy a kedvezőtlen pszichoszociális faktorok nem a meddőség kiváltó oki tényezői, hanem a gyermektelen állapottal együtt járó, negatív pszichés következmények (GREIL 1997). Ebből a perspektívából a meddőséget életkrízisként definiálhatjuk, amit a fertilitással küzdő párok önbeszámolója is megerősít, hiszen legtöbbször a termékenységi problémát életük legmegrázóbb eseményének tekinti (pl. FREEMAN et al. 1985; KIKENDALL 1994). Az érintett párok akár 50–90%-a is szükségét érzi valamilyen pszichológiai támasznyújtásnak, éppen ezért alapvetően fontos a meddőség pszichoszociális következményeinek szisztematikus kutatásait folytatni.

Greil metaanalízisében (1997) két csoportra osztja a következmény hipotézisből kiinduló szakirodalmat. Megkülönböztet leíró jellegű tanulmányokat (ezek a klinikusi gyakorlatból származnak, illetve ilyeneket találunk általában infertilitással foglalkozó orvosi szakkönyvek alfejezeteként is, pl. BOXER, 1988), illetve empirikus tanulmányokat, melyek azt a feltételezést tesztelik, hogy a meddőség vagy annak kezelése pszichés distresszel jár együtt.

KLINIKAI, LEÍRÓ JELLEGŰ TANULMÁNYOK

A deskriptív tanulmányok inkább kvalitatív jellegűek, mivel a meddőség megtapasztalásának élmény jellegét kívánják megragadni, és a legtöbb esetben interjúkon elhangzott beszámolókra támaszkodnak. Egyöntetűen azt a nézetet képviselik, hogy a meddőség, főként a nők számára, megrázó tapasztalat, magas frusztrációval, reményvesztettséggel, lehangoltsággal, illetve sok esetben haraggal jár együtt.

Jelentős érdemük, hogy a meddőséget szociális kontextusba ágyazva értelmezik, különös tekintettel a nemi különbségekre, a párkapcsolati viszonyokra és a családstruktúrára, illetve hogy sikerül olyan distresszváltozásokat beazonosítaniuk, amelyek kedvezőtlenül befolyásolják a meddőséghez való alkalmazkodást.

A klinikai tanulmányok által legfontosabbnak ítélt pszichoszociális problémák a következők:

Nőket érintő identitással kapcsolatos problémák. Kikendall (1994) tanulmányában Higgins szelfdiszkrepancia-elméletének (1987) felhasználásával vázolja fel a meddőséggel együtt járó női szelfkonfliktusok természetét. Számos női identitásfejlődést vizsgáló modell (pl. OSSANA 1992; idézi KIKENDALL 1994) szerint a nők nemi identitásfejlődése a társadalom által előírt definíciótól (szabályok és szerepek prediktumai határozzák meg, hogy mit jelent nőnek lenni) az individuum által belsőleg irányított öndefiniáltság (személyes és flexibilis női identitás, saját belső motivációs készlettel) tartó folyamat. Következésképpen egy összetettebb identitásfejlődési stádiumban a nőknek internalizált vágyuk a gyermek akarása, abból a célból, hogy beteljesítsék személyes vágyaikat. Ezzel szemben egy alacsonyabb fejlődési szinten a vágy externális jellegű marad, s ezek a nők kötelességtudatból kívánnak gyermeket, azért, hogy megfeleljenek a társadalom vagy a család elvárásainak. Meddőségben tehát különböző okokból léphet fel szakadás az aktuális szelf (meddő vagyok) és a vágyott, vagy elvárt szelf (anyává lenni) között, s ez az eltérő, háttérben mozgósított motivációs rendszer eltérő érzelmi distresszválaszokat von maga után. A belső identitással rendelkezők inkább lehangoltság, elkeseredettség típusú negatív érzelmeket fognak átélni, mivel a beteljesületlen belső vágyak depresszióhoz vezethetnek. Eközben a külső okból gyermekekre vágyókra a bűntudat lesz jellemző, hiszen az elvárásnak való megfelelés kudarca („ha nincs gyermekem, nem vagyok igazi nő”) szorongást és attól való félelmet okozhat bennük, hogy diszkriminálják, megvetik vagy elhagyják őket (KIKENDALL 1994).

Alacsony önértékelés, presztízsvesztés, csökkentértékűség érzete. Az előbbi identitásproblémának egyik megnyilvánulási formája az a tény, hogy sok meddő pár a pillanatnyilag fennálló reprodukciós zavarokat a nemi szerepre, szexuális kompetenciára való teljes képtelenségként értelmezi. Ez az önértékelési probléma mindkét nemnél jelentkezhet, de főként férfiakra jellemző. A férfiak maszkulinitásukba vetett bizalmát alapjaiban rendítheti meg egy esetleges fertilitási probléma. Ez gyakran társul kommunikációs nehézségekkel is, mivel bizonyos társadalmi rétegekben érzelmekről beszélni nem számít férfiasnak (SHANGOLD–SCHREIBER 1988), s ebből az is következik, hogy az

elfojtott érzelmeknek még további negatív pszichés korrelátuma is megjelenhet. Ilyen lehet például a harag érzete (BOXER 1988). Féltekenység és negatív attitűdök épülhetnek ki a „másik oldallal”, vagyis terhesekkel és gyermekesekkel szemben, eljuttatva a meddőséggel küzdő személyeket a „nem meddő világtól” való elidegenedés, elszigetelődés állapotáig ('alienation from the fertile world', GREIL 1997). Ebből következően a meddőség közvetett úton, a nemi identitás sérülésén keresztül a szociális identitást is kedvezőtlenül érintheti. A csökkent kompetenciaérzés kihathat az élet számos területére, azt az érzetet keltve az egyénben, hogy képtelen megfelelni a társadalom által előírt szerepeknek.

Házastársi partnerkapcsolatot, illetve szexuális kapcsolatot érintő problémák. Sok leíró megközelítés állítja, hogy meddőségben gyakran találkozhatunk kapcsolati krízissel. A meddőség, legalábbis időszakosan, de együtt jár a családtervezés deficitjével. A szexuális élet privát jellege feletti kontrollvesztés, az intimitás, spontaneitás elvesztése frusztrációt okozhat a párnak. A párt mint privát egységet szétdarabolják az orvosi beavatkozások, és nőgyógyászati vagy andrológiai vizsgálati objektummá redukálódnak a felek. A kölcsönös vádaskodás, reményvesztettség, kommunikációs zsákutcák eltávolítják egymástól a férfit és a nőt (pl. SHANGOLD–SCHREIBER 1988; BOXER 1988).

Itt érdemes megjegyezni, hogy több vizsgálatban is azt találták, hogy a meddőséggel járó krízishelyzet sok esetben meg is erősítheti a párkapcsolatot (pl. LORBER–BANDLAMUDI 1993; SCHMIDT et al. 2005).

Jól körülírható, negatív érzelmi distresszreakciók. A fent felvázolt, többségében negatív hatású pszichoszociális történések következtében egy-két következetesen visszatérő, negatív emocionális állapotról számolnak be a leíró és klinikai tanulmányok. Ezek főként a szomorúság, a depresszió, illetve a szorongás, amelyek kiegészülnek a harag, a bűntudat, a sokk és az elfojtás érzéseivel (pl. DUNKEL–SCHETTER–LOBEL 1991).

PSZICHOLOGIAI DISTRESSZVÁLTOZÁSOKAT TESZTELŐ EMPIRIKUS VIZSGÁLATOK

A meddőségből fakadó distressz empirikus tesztelésére a kutatók a legtöbb esetben olyan kontrollált vizsgálatokat dolgoztak ki, amelyek standardizált mérőeszközökkel hasonlítják össze a meddő csoport distresszszintjét nem meddő kontrollcsoportokkal, vagy normatív értékekkel. Eredményeiket a következőképpen foglalhatjuk össze:

A distressz intrapszichés vonatkozásai. Depresszió és szorongásszint, illetve az önértékelés területén mutatott változások. A tanulmányok többsége nem talált distressz tekintetében jelentős szignifikáns eltérést a publikált normáktól (pl. ADLER–BOXLEY 1985). Ugyanakkor szinte valamennyi tanulmány beszámolt mérsékelt eltérésről vagy legalább egy-egy alsóskálában megmutatkozó különbségről. Ilyen volt pl. Connolly, Edelmann, Cooke és Robson (1992) vizsgálata, amelyben meddő csoport STAI-T-n (*State-Trait Anxiety Inventory*) és Beck-féle Depresszió Kérdőíven (*Beck Depression Inventory*) elért pontszámait hasonlították össze normatív értékekkel. Bár az infertil csoport több depressziós és szorongásos tünetet mutatott, és összességében nagyobb pszichés distresszről számolt be, ugyanakkor sem a szorongás sem a depresszió értékei nem mutattak klini-

kailag szignifikáns eltéréseket. Hasonló eredményeket kapott szinte valamennyi szerző, akár ugyanezen mérőeszközök segítségével (pl. DOMAR et al. 1992; illetve EDELMANN et al. 1994), akár más standardizált mérőeszközök használatakor (pl. DANILUK 1988: *Symptom Check List*; vagy Downey et al. 1989: *Mood Disorder Questionnaire*).

Az önértékelés tekintetében sem mutattak mást az eredmények. Vagy a normatív értékekkel megegyező értékeket kaptak (pl. EDELMANN 1994: *Rosenberg Self-Esteem Scale*), vagy ettől mérsékelten alacsonyabb, de nem szignifikáns eltérést tapasztaltak (pl. ABBEY et al. 1991: *Rosenberg Self-Esteem Scale*).

Interperszonális változások. Partnerkapcsolattal és szexuális élettel való elégedettség alakulása. Házastársi elégedettség tekintetében az előbbiekhöz hasonló eredményekről számoltak be a kutatók, azaz a legtöbb tanulmány nem talált különbséget a kontroll-csoportokhoz (ADLER–BOXLEY 1985: *Marital Adjustment Scale*), illetve normatív értékekhez (DANILUK 1988: *Relationship Change Scale*) képest. Ugyanakkor az is előfordult, hogy a partnerkapcsolat minőségét az átlagosnál kicsit jobbnak értékelte a meddő csoport (LEIBLUM et al. 1987: *Locke-Wallace Marital Adjustment Test*).

A szexualitás területén a standardizált mérőeszközök segítségével szintén nem regisztráltak eltérést meddő és nem meddő csoportok között (pl. DANILUK 1988: *Index of Sexual Satisfaction*), de az több esetben előfordult, hogy az infertilitással küzdők a meddőség szexualitásukra gyakorolt káros hatásáról számoltak be (pl. DOWNEY–MCKINNEY 1992: *Sexual Behavior Scale*).

A DESKRIPTÍV KONTRA EMPIRIKUS IRODALOM VITÁJA

Milyen következtetések vonhatók le ezekből az eredményekből?

Első ránézésre az a sajnálatos tény szembeűnő, hogy a leíró klinikai tanulmányokkal ellentétben az empirikus kutatásoknak nem sikerűlt a meddőséggel kapcsolatos distressz magas szintjeit egyértelműen dokumentálni. Ezt a tényt egyes szerzők, eltérő okokból, de alapvető szakadásként értelmezik a kutatás és a klinikum között. Dunkel-Schetter (1991) úgy érvel, hogy az empiria, a maga objektív eszközeivel, megcáfolta a kvalitatív, impresszió alapuló klinikai „eredményeket”, mivel a legtöbb tanulmányban nem mutatható ki szignifikáns pszichés distressz különbség meddő és nem meddő csoportok között. A másik oldalról, pl. Kikendall (1994) azt állítja, hogy az empirikus kutatás mind ez idáig nem dolgozott ki megfelelő mérőeszközöket, amelyek segítségével megragadhatná a klinikum által élményszerűen megragadott pszichés történeteket. Eközben más szerzők (pl. GREIL 1997 vagy CWIKEl et al. 2004) megpróbálják egységes keretben értelmezni az egymásnak látszólag ellentmondó eredményeket. Érvelésük a következő gondolatmenetet követi:

Egyrészt valóban elmondható, hogy a standardizált mérőeszközök nem mutattak ki klinikailag szignifikáns különbségeket a meddő és nem meddő populációk között. Ugyanakkor ebből a tényből mégsem következtethetünk arra, hogy a meddő csoportot nem érinti jelentős distresszhatás, akár intrapszichés, akár interperszonális vonatkozásban, hiszen a legtöbb esetben épp a meddőséggel küzdők maguk számolnak be erről.

A pszichológiai distresszt vizsgáló irodalom és a leíró, klinikai tapasztalatokon nyugvó irodalom közötti ellentmondásosság részben feloldható, ha figyelembe vesszük az empirikus vizsgálatokban megmutatkozó egy-két alapvető hiányosságot.

1. A vizsgálatok, amelyek nem mutattak ki distresszbeli eltéréseket, általában nagyon kis mintával dolgoztak (pl. DOWNEY et al. 1989).

2. A vizsgálati csoportok többnyire csak női páciensekből álltak (pl. ADLER–BOXLEY 1985).

3. A minták nem bizonyultak reprezentatívnak, mivel az adatgyűjtés szinte kizárólag meddőségi központokban történt, olyan személyekkel, akik meddőségi problémájuk kezelésére orvosi segítséget kerestek. Több vizsgálat is alátámasztja, hogy az IVF alatt a meddő párok átlagosan kevesebb (esetleg más természetű) distresszt élnek át a többi infertil csoporthoz képest (pl. CALLAN 1987). Ráadásul, miközben a meddőségi kezelésre nem jelentkező, de infertilitással küzdő személyek distresszállapotáról nagyon keveset tudunk, ezek a személyek a teljes meddő populáció jelentős százalékát, egyes tanulmányok szerint legalább a felét (MOSHER–PRATT 1990) teszik ki. A kapott eredményeket ezért nem általánosíthatjuk a szándékán kívül gyermektelenül maradt ('involuntary childlessness') populáció egészére.

4. Az adatgyűjtés önbeszámolós kérdőívek segítségével történt, ezért szembe kell nézni a szociális kíváncsiság torzító hatásával is. O'Moore, O'Morre, Harrison, Murphy és Carruthers (1983) tanulmányukban rámutatnak arra, hogy a szociális elvárásoknak való megfelelés igénye a meddő vizsgálati csoportra különösen jellemző lehet. Az infertilitással küzdő személyek jelentős százaléka ugyanis törekedhet arra, hogy pszichológiai értelemben ne mutasson eltérést a normál átlaghoz képest, bízván abban, hogy a pusztán orvosi eredetűnek címkézett meddőségi probléma jobban értelmezhető és kezelhető az egészségügyi ellátás keretében.

5. Fontos kiemelni még a mérőeszközök túlságosan általános jellegét. Az eddig tárgyalt kérdőíves vizsgálatok olyan mérőeszközökkel dolgoztak, amelyeket nem kifejezetten meddőséggel küzdők számára dolgoztak ki, hanem egyéb pszichés problémákkal küzdő populációknak, főként klinikai diagnosztizálás céljából. Világos, hogy sokkal inkább olyan mérőeszközökre volna szükség, melyek ténylegesen le tudják képezni a meddőség specifikus természetét. Ilyen meddőségspecifikus, distresszt mérő kérdőívekkel mind ez idáig kevesen dolgoztak, bár újabban ezekből is egyre több került kidolgozásra (pl. ABBEY et al. 1991; NEWTON et al. 1999; SCHMIDT 2006).

6. A legtöbb vizsgálat longitudinális helyett keresztmetszeti kutatási design-t alkalmazott, holott egyértelmű, hogy a meddőség pszichés konzekvenciáival foglalkozó tanulmányoknak feltétlenül számolniuk kellene az idő faktorával is. Ha nem vesszük figyelembe, hogy a meddőség nem egy stabil állapot, amelyben a distressz mértéke állandónak mondható, hanem egy bizonytalan kimenetelű folyamat, amelynek különböző stádiumaiban eltérő mennyiségű és minőségű pszichológiai hatások lépnek működésbe, akkor a kapott eredmények értelmezése félrevezetővé válik. Vagyis egyáltalán nem mindegy, hogy a meddőség megélésének folyamatába melyik ponton kapcsolódik be a keresztmetszeti vizsgálat. Vannak adatok arra nézve, hogy a meddőségi állapot

az idő előrehaladtával nem lineáris mértékben okoz pszichés problémákat. Domar és munkatársai (1992) szerint ez az összefüggés inkább fordított U alakú görbére emlékeztet, vagyis a meddőségi probléma két-három éves fennállásakor tapasztalható a legtöbb distresszprobléma, míg a meddőség kezdetén (egy-két éves előtörténet), illetve tartós fennállásakor (több mint hatéves előtörténet) lényegesen kevesebb. Ezt azzal magyarázzák a szerzők, hogy a meddőség kezdetén több a pozitív kimenetellel kapcsolatos elvárás, melyet még nem cáfoltak meg az esetleges kudarcok, s ez védelmet biztosít a depressziós és egyéb negatív pszichés következményekkel szemben. A hat évnél hosszabb ideje fennálló meddőségi probléma esetén pedig elképzelhető, hogy az állapotukhoz jobban hozzászokók egyéb életcélokat, adaptívabb megküzdési stratégiákat is képesek mozgósítani.

Érdemes elgondolkodni azon, hogyan lehet közéletben találni a meddőség pszichés konzekvenciáit tárgyaló deskriptív kontra empirikus irodalom vitájában (GREIL 1997). A két megközelítés talán csak látszólag mutat ellentétes eredményeket. Ez a látszólagos ellentmondás abból fakadhat, hogy a leíró tanulmányok a meddőséget *önmagában* vizsgálják, és az egyedi tapasztalati élményekből szűrik le következtetéseiket, míg az empirikus tanulmányok összehasonlításokból indulnak ki, és ezek alapján állítják, hogy a meddőség megtapasztalása *nem jár nagyobb* általános jellegű pszichés distresszrel vagy párkapcsolati konfliktussal egy referenciacsoporthoz képest. Bár empirikus eredményeikkel számolnunk kell, ezek mégsem cáfolják a tapasztalati tényt, hogy a meddőség stresszteli életesemény, illetve hogy nehézségeket eredményezhet a párkapcsolati és egyéb szociális struktúrában.

A MEDDŐSÉG KEZELÉSE

A termékeny életkor időszakában lévő párok körülbelül 15%-a keres orvosi segítséget meddőségi problémájával kapcsolatban (SCHMIDT–MÜNSTER 1995). Várakozásaik sok esetben nem kilátástalanok annak köszönhetően, hogy az utóbbi pár évtizedben a szülészet-nőgyógyászat az asszisztált reprodukcióval gazdagodott. Az ART (Assistant Reproductive Technology) gyűjtőneve az összes olyan professzionális orvosi beavatkozásnak, amelyek célzottan a meddőség kezelésére irányulnak. Az asszisztált reprodukció a meddő párok megsegítése érdekében magas szintű technológiai felkészültséggel évről évre célzottabb és hatékonyabb lehetőséget kínál a különféle reprodukzív problémák kezelésére.

Az ART-technikák válfajai igen széles palettán mozognak. Leggyakoribb az inszemináció (spermiumkoncentrátum felhelyezése a méhszájon keresztül egy vékony katéter segítségével), az IVF (*in vitro fertilizáció*: több lépésből álló, laboratóriumban végzett művi megtermékenyítési eljárás, melynek során a hormonstimuláció során nyert petesejteket leszívják [*punkció*], külsőleg megtermékenyítik, majd az embrió táptalajban való osztódása után 3–5 nap elteltével beültetik [*embrio transzfer*]). Egyre gyakrabban alkalmazzák az ICSI-t (*intracitoplasmic sperm injection*) is, melyet legfőképp a rossz spermakép indikál. Ilyenkor a kiválasztott spermiumot mikromanipulációs technikával

egyenesen a petesejtbe injekciózzák. Lehetőség van mikrosebészeti eljárással közvetlenül a mellékheréből (MESA) vagy herebiopsziából (TESE) hímivarsejtet nyerni. Ha beágyazódási problémát sejtene, akkor *asszisztált hatching* (AHA) javasolt, amely során az embrió burkának mikromanipulációs megmetszésére kerül sor a sikeres beágyazódás elősegítése érdekében. Végül van lehetőség a korábban be nem ültetett és lefagyasztott embrió (*FER – Frozen embryo transfer*), illetve donor petesejt- (*ED*) vagy embrióadományozással kombinált IVF-programban való részvételre is.

Az első sikeres lombikprogram gyümölcse Louise Brown volt, 1978-ban (STEPTOE–EDWARDS 1978). Azóta az ART segítségével megszületett gyermekek száma elérte a másfél milliót, holott ez a szám 1995-ben még csak 150 000 körül mozgott (GÁTI 1995; 2006).

2001-es adatok alapján, Magyarországon az asszisztált reprodukcióval született gyermekek száma az összes szülés 1,7%-át tette ki (Human Reproduction 2005).

Újabb adatok ezt megerősítik, 2004-ben Magyarországon az újszülöttek közel 2%-a fogant lombikban (GÁTI 2006). A 2001-es eredményességi mutatók alapján a szülések/beültetések aránya 23,9%-os volt, s e kimutatás alapján Magyarország az ötödik, tekintélyesnek mondható helyet foglalja el Európában a mesterséges megtermékenyítés sikerességének tekintetében (ANDERSEN et al. 2005).

Ugyanakkor fontos látni, hogy a sikeresen kihordott terhességek aránya nem csupán az ART-beavatkozást végző intézmények szakmai és technológiai felkészültségén múlik. A természetes szelekció folyamata a lombikban fogant terhességekre is vonatkozik, vagyis a spontán vetélés kockázata itt sem elhanyagolható, akárcsak a természetes úton létrejött terhességek esetében. Másfelől, mint azt már említettük, a lombikprogramban részt vevő nő életkora is jelentősen befolyásolja a kimenetel sikerességét (MOSHER 1991), valamint a sikeres kimenetel hátterében egyéb, főként pszichoszociális tényezők is szerepet játszhatnak.

A MEDDŐSÉG KEZELÉSÉBŐL FAKADÓ PSZICHOSZOCIÁLIS NEHÉZSÉGEK

A meddőségi probléma orvosi kezelése sajátos kontextust teremt a meddő állapoton belül, számos új pszichoszociális problémát felszínre hozva. Először is, a természetes reprodukciót helyettesítő művi beavatkozások elidegenítik a szülővé válás eredendően meghitt, zárt struktúrájú élményét, felparcellázzák az anyává válás spontán folyamatát. Másfelől a kezelés nem homogén helyzet elé állítja a párokat. A különböző stádiumok az orvosi beavatkozások függvényében más-más pszichés állapot dominanciáját hívhatják elő. A kezdeti, hormonstimulációs időszakban a gyógyszeres stimulációval együtt járó fájdalom, illetve a beavatkozások ismeretlen jellegéből fakadó félelem érzete okoz magasabb distressz-szintet (BALUCH et al. 1992; BOIVIN 2003). Később az embrió visszaültetésének napja a kognitív kiértékelések folyamatán keresztül valószínűsíthetően egy reményteljesebb lelkiállapotot von maga után, amelyben a jövővel szembeni pozitív elvárások dominanciáját várhatjuk el (PANAGOPOULOU et al. 2006). Végül az utána következő időszak inkább a kezelés kimenetelével kapcsolatos bizonytalanság érzésén

keresztül járhat együtt ismételten magasabb distressz-szinttel. Természetesen e változásokat számos háttérváltozó modifikálhatja, mint például a személyek megküzdési stratégiái, az előzetes IVF-ek száma, vagy a nemi különbségek.

A kutatók az utóbbi évtizedben számos vizsgálatot végeztek az IVF-et kísérő pszichoszociális hatások feltárása érdekében. Ezeknek a vizsgálatoknak kettős célja volt egyrészt a pszichoszociális változók reprodukciós mutatókra, terhességi rátára gyakorolt hatásának bejósolása, másrészt a meddőséggel küzdő párok distressz-szintjének csökkentése, illetve pszichés jóllétének növelése. Mindkettő a konzultációs és terápiás segítségnyújtás megfelelő módzatainak kidolgozására való igénnyel párosult.

AZ ART-KEZELÉS PSZICHÉS JÓLLÉTRE GYAKOROLT HATÁSA

Holter, Anderheim, Bergh és Möller (2005) az első IVF-kezelés pszichés jóllétre és házastársi kapcsolatra gyakorolt rövid távú hatását vizsgálták egy prospektív, longitudinális vizsgálatban. 117 meddő pár érzelmi válaszáinak változásait a kezelés három eltérő szakaszában regisztrálták: a beavatkozás előtt közvetlenül, az IVF alatt, majd egy hónappal a kezelés után. Legfőbb eredményük az a megállapítás, hogy az IVF-re adott rövid távú érzelmi reakció leginkább a kezelés sikerességétől függ. Azok a vizsgálati személyek, akiknél a beavatkozás eredményeképp nem jött létre terhesség, az IVF előtti érzelmi reakciójukhoz képest kedvezőtlenebb pszichés jóllétről számoltak be a kezelés után egy hónappal. Ezzel ellentétben csökkent a pszichés distressz mértéke a kezdeti értékekhez képest azoknál a személyeknél, akiknél a terhesség létrejött. Összességében a nők erősebb érzelmi reakciókról számoltak be, mint a férfiak, de a kezelés sikertelensége a férfiaknál is hasonló emocionális mintázatot eredményezett, ahogyan az a nőknél megfigyelhető volt. Klinikai szempontból fontos leszűrni e vizsgálatból fakadó konzekvenciákat. Különösen fontos tényezőnek tűnik a kezelésekre való felkészítés során a sikertelen beavatkozással kapcsolatos kogníciók, érzelmek átbeszélése. Sok pár ugyanis személyes kudarként éli meg az asszisztált reprodukció sikertelenségét, holott a spontán, természetes vetélések száma nem kevesebb az IVF-kezelések során sem.

A PSZICHOSZOCIÁLIS VÁLTOZÓK HATÁSA AZ ART-KEZELÉS EREDMÉNYESSÉGÉRE

Számos kutatót annak kérdése is foglalkoztatni kezdett, hogyan befolyásolják a distresszértékek az ART utáni teherbe esési gyakoriságot. Mumford (2005) metaanalízisben elsőként tekinti át az erre specializálódott irodalmat. Megállapítja, hogy miközben a legtöbb kutatás teoretikus értelemben egyetért azzal, hogy a stressz negatív hatással van az ART-kezelések eredményességének kimenetelére, a konkrét kutatási eredmények ellentmondásos konklúziókra jutottak. Mumford két alaphipotézist tesz-tel vizsgálatában:

1. A megnövekedett stressz-szint együtt jár az ART-beavatkozás sikerességének alacsonyabb valószínűségével.
2. A pszichoedukatív intervenciók enyhítik az ART-beavatkozás során átélt stressz hatását.

Mumford mindkét hipotézist hierarchikus lineáris regresszióanalízis segítségével tesztelte. A stressz és az ART-beavatkozások kapcsolatának vizsgálatára összesen 13 tanulmány 43 hatásértékét (effect size) vette alapul, míg a pszichoedukatív beavatkozások és a stressz összefüggéseit 4 tanulmány 12 hatásértékének felhasználásával vizsgálta. A regresszióanalízis azt mutatta, hogy a stressz és az ART-kezelés eredményessége között kicsi, de negatív összefüggés áll fenn (pl. DEMYTTEMAERE et al. 1998; SMEENK et al. 2001). A pszichoedukatív beavatkozások hatását nem sikerült statisztikailag szignifikáns módon kimutatni az elemzésekkel. Ugyanakkor Mumford (2005) rámutat arra, hogy a vizsgált tanulmányok mindegyike alacsony mintaelemszámmal dolgozott, így az eddigi kutatások alapján a pszichoedukatív beavatkozások hatékonyságára vonatkoztaóan nem vonhatunk le egyértelmű következtetést.

Ugyanakkor olyan eredményeket is kaptak kutatók, amelyek Mumford eredményeit nem támasztották alá. Anderheim, Holter, Bergh és Möller (2005) prospektív, longitudinális vizsgálatában 116, első IVF-kezelésén részt vevő nő töltött ki pszichológiai kérdőíveket két alkalommal. A szerzők egyetlen pszichológiai változó esetében sem tudták kimutatni, hogy az befolyással lenne az IVF utáni teherbe esés gyakoriságára (pszichés jóllét, a meddőségből fakadó emocionális distresszváltozások, a házastársi kapcsolat, a gyermek utáni vágyakozás intenzitása, az ideális és a valós élethelyzet közötti észlelt diszkrepancia, pesszimizmus versus optimizmus). Az IVF utáni sikeres terhességet kizárólag egyetlen nem pszichológiai változó, a jó minőségű beültetett embriók száma volt képes szignifikánsan bejósolni. Anderheim és munkatársai (2005) egyenesen azt javasolják, hogy érdemes volna az IVF-ciklust megelőző konzultáció alkalmával ismertetni a résztvevőkkel azt a tényt, hogy a pszichés distressz nem befolyásolja negatívan az ART sikerességet, s ezzel növelni lehetne a páciensek pszichés jóllétét a kezelés során.

Cooper, Gerber, McGettrick és Johnson (2006) új dimenzióval gazdagították a pszichés distressz és az ART-sikeresség közötti eddig tárgyalt összefüggéseket. 2002 és 2005 között minden első IVF-re jelentkező pár kitöltött intézetükben egy észlelt meddőségspecifikus stresszt mérő skálát (*Fertility Problem Inventory*, FPI, Newton et al. 1999). Azok a párok, akiknél létrejött a klinikai terhesség két pszichológiai változó tekintetében különböztek a nem terhes csoporttól: a szülővé válás iránti vágy mértéke náluk erősebbnek mutatkozott, míg a szexuális élettel való elégedettség mértéke alacsonyabbnak. Ezenfelül, azoknál a nőknél, akik esetében a terhesség elveszüléssel végződött, a gyermek nélküli életforma erőteljesebb negatív megítélése és az anyaság iránti szükséglet hangsúlyosabb mivolta volt megfigyelhető. Az ő esetükben szignifikánsan magasabb értékeket találtak az összesített pszichés distresszpontszám tekintetében is. Vagyis Cooper és munkatársai (2006) tanulmányában az ART-sikeresség együtt járt a pszichológiai

distressz bizonyos mértékű emelkedésével. A szerzők eredményeiket konzisztensnek érzik a Yerkes–Dodson-féle stresszelmélettel (1908), melynek értelmében az optimális hatékonyság eléréséhez szükség van közepes mennyiségű stressz átélésére. Vizsgálatuk nem cáfolja a túlzott meddőségspecifikus stressz negatív hatását, mivel mintájukban nagyon kevesen (összesen négy fő) került az FPI felső kvartilisébe, vagyis inkább a közepesen átélt distressz volt jellemző a vizsgálati csoportra.

A fenti vizsgálatok közötti inkonzisztenciákra számos magyarázat született. A legtöbbben módszertani érveket sorakoztatnak fel, vagyis hogy az ellentmondásos eredményekért a mérőeszközök közötti különbségek vagy a túl kicsi mintaelemszám tehető felelőssé. Van olyan szerző is, aki alapvetően a mért pszichológiai változó mint konstruktum problematikusságát emeli ki (EUGSTER et al. 2004). Ez utóbbi kutatás a vonás- és állapotszorongás konstruktumaitól megkülönböztet egy harmadik féle szorongást is, amely tipikusan az ART-kezelés alatt jellemző, de kevésbé átmeneti jellegű, mint az állapotszorongás. Eugster és munkatársai (2004) hipotézisének értelmében csak a harmadik, ún. epizodikus szorongás áll fordított arányú szignifikáns kapcsolatban az ART-kimennel sikerességével. A magas epizodikus szorongást úgy definiálták, mint két időpontban is megmutatkozó magas állapotszorongást: mind az IVF-beavatkozást megelőzően, és utána is. Eredményeik azt mutatták, hogy a magas epizodikus szorongással jellemezhető nők, akiknél ugyanakkor nem állt fenn sem akut állapot, sem vonásszorongás, kevésbé valószínűen estek teherbe a második IVF/ICSI beavatkozás után.

NEMI KÜLÖNBΣÉGEK

A pszichés distressz területén mutatott nemi különbségek feltérképezése szintén gyakran áll a vizsgálatok fókuszában. Newton és Houle (1993) irodalmi áttekintést nyújt a meddőségkezelésre adott pszichológiai válaszokban mutatott nemi különbségekről. Megállapítja, hogy a kedvezőtlenebb pszichés distresszértékek mellett (depresszióra, önértékelésre, pszichés jóllétre vonatkozóan kapott ilyen eredményeket) a kezelés során a nők általában:

- több információt gyűjtenek a meddőséggel kapcsolatban;
- nagyobb személyes felelősségről számolnak be;
- inkább vállalnak aktív szerepet a kezelés során;
- jobban megviseli őket a kezelés sikertelensége, mint a férfiakat.

A férfiak érzelmileg kevésbé érintettek, inkább elkerülő stratégiát folytatnak.

Egy spanyol vizsgálatban (SEGER–SEGER 2003) szintén azt találták, hogy közvetlenül a petesejtleszívás, illetve spermiumadás előtt a nők szignifikánsan magasabb szorongásszintet mutattak a férfiakkal szemben. Az eredmény számos demográfiai (pl. életkor, nemzetiség, foglalkozás, iskolai végzettség, vallási hovatartozás, havi jövedelem, családi állapot, házasság fennállásának időtartama) és reprodukciós előtörténetre

vonatkozó (a meddőség fennállásának időtartama, a már meglévő vér szerinti vagy adoptált gyermekek száma, a meddőség kezelésére eddig igénybe vett beavatkozások fajtái) háttérváltozó szűrésével is szignifikáns maradt.

Mindezekből az következik, hogy a stresszcsökkentő stratégiákat nemekhez illesztve kell kidolgozni.

AZ ART-KEZELÉS ÉS A HÁZASTÁRSI KOHÉZIÓ ÖSSZEFÜGGÉSEI

Egy-két tanulmány a meddőségből fakadó lehetséges pozitív pszichés következmények lehetőségét is felveti. Ezekben a szalutogenikus megközelítésű vizsgálatokban általában a házasság megerősödését, a párkapcsolati hasznot ('marital benefit') hangsúlyozzák. Schmidt és munkatársai (2005) vizsgálatában például a párok kétharmada számolt be házasságuk megerősödéséről az ART-kezelés során. Ezzel ellentétben más tanulmányok a párkapcsolati stressz felerősödését is regisztrálták. Oddens, den Tonkelaar és Nieuwenhuyse (1999) ezt a kettős eredményt úgy értelmezik, hogy a meddőséggel küzdők párkapcsolatára alapvetően a struktúraváltozás jellemző (akár pozitív, akár negatív irányban történik is az elmozdulás). Sydsjö, Ekholm, Wadsby, Kjellberg és Sydsjö (2005) longitudinális, prospektív vizsgálat keretében tanulmányozták a házastársi kapcsolat hosszú távú alakulását sikertelen IVF után. Konklúziójuk értelmében a meddőségspecifikus stressznek nincs jelentős hosszú távú negatív hatása a párkapcsolat alakulására, még véglegesen sikertelen IVF után sem. Az eredmény különösen akkor volt igaz, ha a párok képesek voltak alternatív életcélokat találni, mint amilyen az örökbefogadás. Az is bebizonyosodott, hogy a partnerkapcsolat jó minősége és az IVF-beavatkozások hatékonysága között is van összefüggés. Boivin (2009) hangsúlyozza, hogy a magas párkapcsolati feszültség több beavatkozást tehet szükségessé a sikeres terhesség eléréséig. Vizsgálatukban azt találták, hogy az alacsony párkapcsolati stresszel bíró pároknak átlagban kettő (medián = $2,0 \pm 0,17$), míg a magas párkapcsolati stresszel bíró pároknak három (medián = $3,0 \pm 0,2$) beavatkozásra volt szükségük a klinikai terhesség eléréséig. A hatásmechanizmus még nem igazán ismert, annyi mégis bizonyos, hogy a partnerkapcsolat jó minősége az egyik legfontosabb protektív tényező az IVF során.

PSZICHIOLÓGIAI ALKALMAZKODÁS A TÁRSAS TÁMOGATÁS FÜGGVÉNYÉBEN

Olyan esetekben, amikor az egyénnek egészségét veszélyeztető, krónikusan fennálló stresszszorral kell szembenéznie, a társas támogatás lényeges szerepet játszhat a pszichés alkalmazkodás létrejöttében. Több tanulmány is alátámasztotta (pl. DiMATTEO-HAYS 1981), hogy a szociális környezet a meddőség esetében is igen fontos tényező, hiszen mint már megállapítottuk, a meddőség alatt átélt pszichológiai distressz jelentős mértékben függ attól a társas miliótól, amelynek részese az infertilitással küzdő személy.

Mindes, Ingram, Kliewer és James (2003) longitudinális vizsgálatukban, 123 meddő nőt álló mintán a meddőségspecifikus nem támogató szociális interakciók (*Unsupportive Social Interactions Inventory*, INGRAM et al. 2001) és a megjelenő pszichológiai distressz közötti kapcsolatot vizsgálták. Eredményeik azt mutatták, valóban pozitív korreláció van a meddő nőt érintő negatív szociális interakciók mennyisége és a megküzdési nehézségek, a depressziós tünetek hosszú távú fennállása között, de csak azoknál a nőknél, akiknél az IVF sikertelennek bizonyult. Az alacsonyabb önértékelés szintén összefüggésben állt a kedvezőtlen társas támogatással, ráadásul ez az eredmény függetlennek bizonyult az IVF eredményességétől.

LONGITUDINÁLIS VIZSGÁLATOK

Fontos megemlíteni azokat a vizsgálatokat is, amelyek longitudinális prospektív kutatási designt alkalmazva az ART-kezelések hosszú távú hatását próbálták vizsgálni. Verhaak, Smeenk, van Minnen, Kremer és Kraaijmaat (2005) az utolsó kezelés (olyan párokat válogattak, akik a jövőben többször már nem kívántak beavatkozásokon részt venni) előtt, közvetlen utána, majd hat hónapos utánkövetéssel nézték a pszichológiai distressz-változásokat, elsősorban a szorongást és depressziót. Azt találták, hogy a nők kevésbé tudtak alkalmazkodni a sikertelen ART-kezeléshez, mint a férfiak, illetve hogy a nők közül sokan a kezelés után hat hónappal, szubklinikai szinten még mindig magas értékeket mutattak depresszió és szorongás tekintetében. A kutatás azokat a háttérváltozókat is vizsgálta, amelyek mediátorai lehetnek a negatív érzelmi válaszoknak egy végérvényesen sikertelen ART-sorozat után. Eredményeik alapján a többszöri sikertelen beavatkozásokhoz való alkalmazkodást befolyásolják: a neuroticizmus, és az optimizmus személyiségvonások (Eysenck-féle személyiségkérdőív, 1975); a meddőséggel kapcsolatos kogníciók közül az elfogadás és a reményvesztettség (*Illnes Cognitions Questionnaire*, EVERS et al. 2001); a megküzdés (COPE, CARVER et al. 1989); illetve a szociális támogatás különböző formái (házastársi és szexuális kapcsolat, illetve a szociális háló). Az eredmények értelmezéséhez szem előtt kell tartani, hogy a vizsgálat viszonylag rövid időintervallummal végezte az utánkövetést, így fontos kognitív védőmechanizmusok még nem indulhattak be. Más vizsgálatokban azt találták, hogy a megfelelő alkalmazkodáshoz legalább két év leforgása szükséges (BONNANO–KALTMAN 2001).

A leghosszabb longitudinális vizsgálat eredményeit a svéd Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad és Lalos 2007 februárjában publikálták. Félig strukturált interjú keretében tizennégy végérvényesen gyermektelenül maradt nőt kérdeztek pszichológiai állapotukra, alkalmazkodásukra vonatkozóan, húsz évvel az utolsó sikertelen IVF-kezelés után. Valamennyi nő úgy interpretálta meddőségét, mint élete legmeghatározóbb és legmegrázóbb eseményét. Beszámolóik alapján a végérvényes gyermektelenségnek individuális, párkapcsolati és társas vonatkozásai is vannak, s ezek negatív hatásai hosszú távon sem múlnak el teljesen. A megkérdezettek fele elvált, s valamennyiük esetében

jellemző, hogy a szexuális együttlét kevés örömforrást nyújt. Elmondásuk szerint a meddőségspecifikus distressz bizonyos életszakaszokban erőteljesebben jelen van, ilyen kritikus időszak például a nagyszülővé válás életkora. A meddőség kedvezőtlen hatását tehát húsz évvel az utolsó kezelés után is igen erősnek érezték a megkérdezettek, ezért a vizsgálat arra a konklúzióra jutott, hogy a meddőségi állapot pszichológiai következményének utánkövetése a teljes élettartamon át lényeges marad. Szükséges volna olyan terápiás segítségnyújtás elérhetővé tétele, amely a belső erőforrások mobilizálásában segítené a rászoruló párokat.

MEDDŐSÉGKÖZPONT MINT STRESSZFORRÁS

Jacky Boivin, a Cardiff Egyetem egészségpszichológusa, a meddőségi problémák pszichoszociális vonatkozásainak kutatója, az ESHRE 2009-es amszterdami konferenciáján tartott prezentációjában arra keresett választ, vajon hogyan lehetne a termékenységgel küzdő párokat segíteni a kezelés során átélt lelki stressz menedzselésén keresztül. Az előadás legfontosabb kérdésfeltevése, hogy vajon a meddőségi probléma során átélt pszichológiai stressznek mi a forrása. Az eddigi kutatási eredmények alapján úgy tűnik, hogy a személyes és párkapcsolati problémák mellett a klinika és a kezelés körülményei is jelentős stresszforrássá válhatnak (BOIVIN 2009).

Boivin azt is vizsgálja, vajon milyen okokra vezethető vissza, ha egy pár a kezelést idő előtt, a sikeres terhesség elérése nélkül félbeszakítja. A kezelés félbehagyásának okaként számos tényezőt megfogalmaztak a párok. Ilyen a kezelést kísérő párkapcsolati problémák, az újrafogalmazott életcélok (pl. örökbefogadás választása), vagy a rossz prognózis (pl. életkor vagy sok sikertelen próbálkozás). Meglepő eredmény mégis, hogy e fontos tényezők mellett a legfontosabbnak – a férfiak közel, a nők több mint 60%-ban – a kezelés körülményeiből fakadó stresszt (a klinika futószalag jellege, az orvosok, a személyzet gyakori változása, személytelen, nem támogató orvosi környezet, szervezetlen, kiszámíthatatlan kezelési ütemterv) jelölték meg a párok. Vagyis a kezelés pácienscentrikus jellege és a kevesebb pszichés teher együtt jártak a kezelés melletti perzisztenciával. Ez a kutatási eredmény a kezelés körülményeinek fontosságára, a személyközpontú klinika nélkülözhetetlen mivoltára hívja fel a figyelmet.

Azzal kapcsolatosan, hogy mi okoz igazán nehézséget a pároknak a kezelés során, más-más vélekedés jellemző a segítő személyzet oldaláról is. Míg az orvosok általában alulértékelik a páciensek a beavatkozások során átélt szorongásait, félelmeit, addig az asszisztensek a legtöbb esetben felülértékelik, vagyis eltúlozva gondolkodnak a páciensek által átélt stressz mértékéről. Éppen ezért fontos volna, hogy a segítő személyzet jobban képes legyen monitorozni a problémák valós mértékét, s ez leginkább mentálhigiénés szakemberek bevonásán keresztül valósulhat meg. Természetesen a klinika dolgozóinak visszajelzései, támogató vagy elutasító magatartása nagyon sokat számít a stressz feldolgozásában. A támogató orvosi környezet a negatív történések átvészelését is megkönnyítheti, ha szenzitíven, problémaérékenyen történik. A meddőségi klinikák-

nak gondoskodniuk kellene arról, hogy pácienseik számára minél átláthatóbb és követhetőbb legyen a kezelés, hogy minél több megküzdési stratégia álljon rendelkezésre a nehéz időszakban, illetve hogy a pár mind női, mind férfi oldalról támogatást kapjon. Mindezek megvalósítása érdekében rendkívül szükséges a pszichoszociális szolgáltatások kiszélesítése és sokrétűvé tétele a klinikákon.

TERÁPIÁS KÖVETKEZMÉNYEK

Az eddigiek alapján nem kételkedhetünk abban, hogy a gyermektelenség megtapasztalása stresszes életesemény, a meddőség kezelése pedig nemcsak a pár fizikai és pénzügyi, de pszichoszociális forrásait is kimerítheti. A gyermektelen párok számára sokszor utolsó lehetőségként adódik művi beavatkozáson keresztül eljutni a gyermekáldáshoz. A reményteljes várakozás mellett számos pszichés nehézséggel, csalódással is szembe kell nézniük a pároknak, mint ahogyan azt az előző fejezetekben láthattuk. A probléma időben elhúzódó, krónikus jellegéből fakad, hogy előbb vagy utóbb minden párnak szüksége lehet külső, professzionális támasznyújtásra is, mégha nem is egyforma mértékben. Éppen ezért az infertilitással küzdő párok pszichológiai megsegítésének szükségességét Európában számos kormányzati, egészségügyi és közösségi szervezet megfogalmazta már (BOIVIN 2003), és ezzel párhuzamosan kidolgozásra került jó pár illesztett pszichológiai intervenció is. Európa több országában nemzetközi konszenzus (esetenként törvényi szabályozás, pl. Svájcban) van arra vonatkozóan, hogy a meddőségi központoknak intézetük keretében biztosítaniuk kell a pszichológiai és emocionális támaszkeresés feltételeit a kezelés teljes időtartama alatt (BOIVIN–KENTENICH 2002; EMERY et al. 2003). A párok bizonyos országokban (pl. Svájc) a protokoll részeként vesznek részt legalább egy alkalommal pszichológiai konzultáción, míg máshol mindez opcionális módon elérhető (BOIVIN–KENTENICH 2002).

PSZICHOLÓGIAI SEGÍTSÉGNYÚJTÁSSAL KAPCSOLATOS ELVÁRÁSOK

A segítségnyújtás megtervezésekor fontos látni, vajon milyen fajta és milyen mértékű pszichológiai segítséget várnak el a meddőségi központoktól maguk a páciensek, vagyis mekkora a szubjektív igény az ilyen típusú szolgáltatásokra. Egy 2003-as nagyszabású dán vizsgálatban, Schmidt és munkatársai (2003a) 2250 páciens kérdeztek meg erről az ország öt meddőségi központjában. Eredményeik a következőképpen foglalhatók össze:

1. a megkérdezettek többsége az orvosi kezeléssel és beavatkozással kapcsolatos megfelelő mennyiségű információ (vizsgálatok eredményei, kezelési alternatívák megvitatása) és a pácienscentrikus ellátás iránti igényét fejezte ki;
2. a nők inkább érezték szükségesnek azt, hogy az ART-kezelés során igénybe vehető legyen szakszerű pszichológiai segítségnyújtás (pszichológussal való konzultáció: 20,8%; csoportterápia: 11,7%), illetve inkább ők vettek volna szívesen részt ilyesmiben (pszichológussal való konzultáció: 18,7%; csoportterápia: 10,0%);

3. a pácienscentrikus ellátás, illetve a szakszerű pszichológiai segítségnyújtás észlelt fontosságának legjobb prediktora az észlelt meddőségspecifikus stressz (személyes, partnerkapcsolati és szociális területeken) emelkedett szintje volt mindkét nemnél.

A COMPI-kutatócsoport (SCHMIDT 2003) egy másik vizsgálatban kiegészíti ezt az eredményt azzal, hogy a meddőségi központok orvosi és pszichoszociális szolgáltatásaival szignifikánsan azok voltak jobban megelégedve, akiknél az ART-kezelés sikeres terhességet/élveszülést eredményezett, illetve azoknál, akik meddőségi problémájuk következményeképp partnerkapcsolatuk megerősödéséről számoltak be. Végül az alacsonyabb szociális osztályhoz tartozás inkább járt együtt a kezeléssel való elégedettséggel.

Schmidt és munkatársai (2003b) arra a kérdésre is választ kerestek, milyen okból keresik fel a páciensek a meddőségi központokat. Míg szinte valamennyi résztvevő alapvetően motivált volt a terhesség létrejöttében, csupán 77%-ban választották azt, hogy számukra a meddőségi központ felkeresésének elsődleges oka a gyermekvállalás (*‘having a child’*) lenne. Az ellentmondást a kutatók úgy próbálták magyarázni, hogy mindez értelmezhető énvédő mechanizmusként, vagyis a párok a sikertelenségtől tartva nem várnak a kezeléstől gyermekszületést addig, amíg az valóban nem történik meg.

Nemi különbségek is megmutatkoznak a kezelés iránti motivációban. Míg a nők többsége mind saját maguk, mind a partnerük kedvéért vállalkozik a beavatkozásra, addig a férfiak főként partnerük kedvéért (79%). Mindkét nem esetében körülbelül a minta felére volt igaz, hogy a kezelést azért választották, hogy megtalálják meddőségük okát, illetve hogy elmondhassák, mindent megpróbáltak megtenni.

A PSZICHOLOGIAI TANÁCSADÁS IRÁNYELVEI

Boxer (1988) korai összefoglalója megmutatja, hogy már húsz évvel ezelőtt is alapvető fontosságúnak tartották az ART-kezeléseket megelőző, egyszerre preventív és szupportív jellegű pszichológiai tanácsadást.

Boxer álláspontja szerint a konzultáció multidimenzionális feladat, amelyet a meddő párok támogatása, tájékoztatása, illetve értékelése (pszichés érzékenység szempontjából, mint pl. érzelmi állapot, szorongásszint, depresszió, pszichiátriai előtörténet, elfogadási hajlam stb.) céljából végeznek. A konzultáció feladatkörébe tartozik:

- információközlés a vizsgálatok menetéről, segítségnyújtás döntéshelyzetekben;
- feltérképezni, milyen elvárásai vannak a páciensnek a kezeléssel kapcsolatban;
- az intrapszichés és interperszonális distressz mértékének megállapítása, illetve az azzal való megküzdés elősegítése (skillek átadása, párkapcsolati problémák megvitatása, kedvezőbb kommunikációs stratégiák kialakítása, megküzdési alternatívák illetve alternatív életcélok, pl. örökbefogadás felvázolása stb.);
- az orvos-személyzet-páciens viszonyrendszerének javítása;

- pszichoedukációs feladatok ellátása (pl. felkészíteni a pácienseket az esetleges pszichés változások természetére vagy az adaptív egészségmagatartás szükségességének hangsúlyozása).

A preventív tanácsadás módszertana az utóbbi pár évben még további eljárásokkal gazdagodott a meddő párok pszichológiai segítése érdekében. Ilyen például az RMU (Reproductive Medicine Unit) és más nemzetközi szervezet (Consultation Psychiatry Service) együttműködésével létrehozott preventív tanácsadási koncepció (EMERY et al. 2004). Az RMU-féle modell egy rutinszerűen végzett konzultációs helyzet (60–90 perces beszélgetés az első IVF előtt), amely a párok „narratív kapacitását” méri fel. Miért lehet erre szükség?

Számos, IVF-et kísérő, pszichés distresszt vizsgáló irodalom (pl. WISCHMANN et al. 2001) rámutatott arra, hogy a meddő csoporton belül – melynek distresszértékei nem különösebben térnek el a normatív értékektől, bár, mint láttuk, önmagukban nézve mégis jelentősek – körülhatárolható egy kisebb alcsoport, amely viszont nagyobb pszichiátriai vulnerabilitást mutat, elsősorban depresszió és szorongás tekintetében. A pszichológiai segítségnyújtás preventív formáinak kidolgozásakor különösen nagy figyelmet kell fordítani ennek az alcsoportnak a kiszűrésére, hogy a stresszre fokozottan érzékeny személyek megfelelő pszichológiai segítséghez juthassanak. Ezt a szűrési folyamatot segítené elő a narratív kapacitást felmérő preventív konzultációs helyzet, mégpedig a következő módon: a konzultációs helyzet során a pár mindkét tagjának el kell mesélnie saját történetét, különös tekintettel meddőségével kapcsolatos eseményekre, érzéseire, de családjával, barátaival való viszonyát, az eddig megtapasztalt különösen nehéz élethelyzeteket is fel kell vázolnia (DARWICHE et al. 2002). A modell kidolgozói feltételezik, hogy azok, akik saját történetüket képesek koherens egészként egy harmadik személy számára bemutatni, illetve képesek a saját érzelmi viszonyulásaikat ilyen keretek között interpretálni, lényegesen védettebbnek bizonyulnak a pszichés distresszsel szemben még egy nehéz élethelyzetben is, mint amilyen a meddőség. Ezek a személyek képesek jobban szabályozni érzelmi válaszaikat, kooperatívabbak az orvos-beteg viszonyban, és jobban felkészültek a szülői szerepre. Azok, akik ezzel ellentétben gyenge narratív kapacitást mutatnak, valószínűsíthetően inkább szorulnak célzott pszichológiai segítségre. A modell azért igen jelentős lépés a pszichológiai konzultációs praxisban, mivel nem az orvosra bízta a pszichés problémákra jobban hajlamos infertil személyek kiszűrését (EMERY 2003).

TERÁPIÁS MÓDSZEREK

Metaanalízis formájában elsőként Boivin (2003) nyújtott átfogó elemzést azokról a pszichoszociális intervenciókról, amelyeket meddőséggel küzdő személyek részére dolgoztak ki. Boivin kiindulási alapul minden publikált és nem publikált tanulmányt összegyűjtött az összes nyelvterületről (380 tanulmány). Ezekből, szelekciós kritériumának

megfelelően, kizárólag azokkal a tanulmányokkal foglalkozott, amelyek számszerűsített adatokkal rendelkeztek az adott beavatkozás hatékonyságára vonatkozóan (összesen 25 tanulmány). Az áttekintő tanulmány arra keresett választ, milyen hatékonysággal dolgoznak ezek a beavatkozások, vagyis elősegítik-e a meddő párok pszichés jóllétét és kedvezően tudják-e befolyásolni a teherbe esési rátát.

Pszichés jóllét tekintetében azt találta a szerző, hogy a beavatkozásoknak inkább a negatív érzelmek (pl. szorongás, aggódás) csökkentésében van jelentős szerepük – a kérdéssel foglalkozó tanulmányok 48,6%-a számolt be pozitív terápiás hatásról –, nem pedig a már meglévő személyiségvonások vagy a párkapcsolati struktúra megváltoztatásában (ilyen vonatkozásban a tanulmányok 27%-a számolt be pozitív terápiás hatásról). A Boivin metaanalízise (2003) óta eltelt utóbbi pár év hozott egy-két említésre méltó terápiás eredményt az interperszonális kapcsolatok területén is. Egy 2005-ös vizsgálatban, melynek egyik társszerzője szintén Boivin volt, azt találták, hogy a házastársak közötti kommunikációs stratégiák javítására, illetve a stresszkezelésre kidolgozott edukációs program (COMPI) szignifikánsan növelni tudta a házastársi hasznot (*marital benefit*) a programban részt vevő nők körében (SCHMIDT et al. 2005b).

Másfelől, szintén Boivin metaanalízise alapján (2003) a pszichológiai intervenció és a teherbe esési arány közötti pozitív kapcsolatot mindössze három tanulmány tudta megerősíteni, öt tanulmány viszont nem talált összefüggést. Az egyik legfontosabb pozitív eredmény Facchinetti és munkatársai már említett vizsgálatából származik. Kontrollált prospektív vizsgálatukban azt találták, hogy azoknál a személyeknél, akik kognitív-viselkedéses terápiában vettek részt 16 héten keresztül, csökkent a Stroop-teszt által kiváltott kardiovaszkuláris reaktivitás, szemben a kontrollcsoporttal, ahol nem volt változás. Ráadásul, azáltal, hogy a kognitív-viselkedéses terápia csökkentette a kardiovaszkuláris reaktivitás mértékét, képes volt növelni a teherbe esés valószínűségét is. A kognitív-viselkedéses terápia tehát Facchinettiék vizsgálatában (2002) elősegítette a nagyobb teherbe esési arányt.

Boivin (2003) létrehozta a pszichoszociális intervenciók csoportosítási rendszerét is, annak érdekében, hogy a beavatkozások hatékonysága összehasonlítható legyen. Három kategóriát különített el, a kategóriába tartozás kritériumát mindig az adott terápia célja határozta meg:

1. *Tanácsadás típusú intervenciók (counselling interventions)*. Ezek a terápiás eljárások elsősorban az érzelmek kifejezésére, az érzések, gondolatok megosztására specializálódnak. Idetartoznak pl. a rövid és hosszú távú pszichoanalitikus terápiák, a kognitív behaviorista terápiák, illetve az IVF-et kísérő pszichológiai tanácsadás különböző formái.
2. *Fókuszált edukatív intervenciók (focussed educational interventions)*. Ezek a beavatkozások egy fontos ismeret vagy skill átadására specializálódtak (pl. szexterápia, megküzdéstréning, stresszcsökkentő vagy relaxációs tréning, autogén tréning, pszichoedukáció stb.).
3. *Átfogó edukatív programok (comprehensive educational programmes)*. Ezek a programok egyszerre több ismeret, skill átadására törekednek, vagyis szervezett egységbe

integrálnak többféle edukatív intervenciót. Ilyen pl. a *Behavioral Medicine Program for Infertility*, a *Mind-Body Program* vagy a távol-keleti bölcseletből inspirálódó *Eastern Body-Mind-Spirit*. Az Alice Domar nevével fémjelzett *Mind-Body Program* (DOMAR et al. 1990) tízhetes csoportterápia párok számára, amely egyszerre tanít kognitív újrastrukturálást, érzelemkifejezési stratégiákat, relaxációs technikákat, valamint megpróbál táplálkozási és testmozgással kapcsolatos adaptív szokásokat kialakítani a stresszkezelésben megmutatkozó nemi különbségek figyelembevételével. Az *Eastern Body-Mind-Spirit* kínai csoportterápiás módszer (CHAN et al. 2006), melynek célja egy olyan „nyugalanságtól mentes övezet” megteremtése, ahol a meddőséggel küzdő pár szabadon újragondolhatja gyermektelensége jelentését. A terápia tartalmazza a következőket: tradicionális kínai orvoslással kapcsolatos szövegek olvasása a test-lélek harmóniájáról; tajcsi, meditációs és légzőgyakorlatok; a pozitív gondolkodás elősegítése különféle kreatív tevékenységeken keresztül (rajzolás, újságírás stb.); hagyományos kínai filozófia olvasása a szenvedésről, az élet értelméről.

A vizsgálat legfontosabb eredménye, hogy az EBMS szignifikáns módon csökkentette a programban részt vevők szorongásszintjét (STAI-S). Boivin (2003) azt találta a vizsgált tanulmányok összesítésekor, hogy az edukatív, gyakorlati tudást vagy technikát biztosító terápiás eljárások lényegesen hatékonyabbak a tanácsadászerű intervencióknál. Míg a tanácsadás típusú terápiák mindössze 30%-ban voltak pozitív kimenetelűek, addig a fókuszált és átfogó, edukatív intervenciók 70%-ban jártak pozitív eredménnyel. Ugyanakkor, ennek az eredménynek mérlegelésekor számolni kell azzal a ténnyel is, hogy a kategóriák sokszor átfedésben voltak egymással. Ráadásul a kategorizáció háttérében meghúzódott egy másik csoportosítási elv is, nevezetesen, hogy a tanácsadás típusú intervenció párterápia volt minden esetben, míg az edukatív jellegű programok az esetek 70%-ában csoportterápia formájában működtek.

Válaszképpen az itt felmerült problémákra egy másik átfogó tanulmányban (LIZ-STAUS 2005) a csoportos és egyéni pszichoterápia hatékonyságát hasonlították össze. A szerzőpáros azt találta, hogy a két beavatkozási forma egyformán hatékony lehet az ART-ciklusokat követő terhességi arány növelésében, ha legalább tíz héten át folyamatosan alkalmazzák azokat. Vizsgálatukban azt is megállapítják, hogy a célzott pszichoszociális intervenciók hatékonysága úgy is fokozható, ha a beavatkozásokat preventív célból a meddőség fennállásának kezdeti fázisára időzítik, mivel a depressziós tünetek a sikertelen beavatkozások számával egyre növekszenek, és az idő előrehaladtával egyre nehezebb negatív hatásait csökkenteni.

Összefoglalásképp elmondhatjuk, hogy a meddőség jobb megértése érdekében mindenképpen szükségesnek látszik a biomedikális, lineáris ok-okozati sémában gondolkodást lecserélni egy integratív, rendszerszemléletű gondolkodási keretre, melyben a biológiai, pszichológiai és szociális faktorok egyaránt szerepet kapnak, mégpedig reciprok kölcsönhatásaik révén. Ha a terápiás megközelítés nem merül ki a lehetséges biológiai okok beazonosításában, és figyelembe veszik azokat a pszichoszociális

faktorokat is melyeket a fentiekben tárgyaltunk, talán nem csupán több sikeresebb teherbe esés lesz regisztrálható, hanem kedvezőbb pszichés jóllétet is biztosítanak a fertilitásproblémákkal küzdők számára. Mindezek az irányelvek Magyarországon még nincsenek általános gyakorlati alkalmazásban. A meddőségi központok a legtöbb esetben biomedikális nézőpontból közelítenek a fertilitásproblémákhoz, a pszichoszociális velejárókat pedig a legjobb esetben is a központoktól független pszichológusok, alternatív gyógyászok látják el. A meddőségi probléma integrált szemlélete nem csak az egészségügy oldaláról hiányzik, de sokszor a fertilitásproblémával küzdők maguk is alultájékozottak. Éppen ezért első lépésben komplex pszichoeducációs munka vár a területen dolgozó mentálhigiénés szakemberekre, melynek során a meddőségi probléma természetét mind a klinikák dolgozói, mind a segítséghez fordulók megismerhetik. Másodszorban olyan összetett életmódprogramokat szükséges kidolgozni, melyek a test-lélek egységben gondolkodnak, figyelembe veszik a meddőségi probléma párkapcsolati dinamikáját, jól illeszkednek a páciensek elvárásaihoz, személyre szabott szükségleteihez. Bár még sok vonatkozásban gyerekcipőben járunk, próbálkozások vannak ezen a területen. Megfelelő szakmai összefogottsággal, a társadalmi nyitottság növelésével elérhető, hogy a meddőségi klinika ne pusztán gyerekgyár legyen, hanem olyan segítő közeg, ahol a gyermek után vágyakozók saját élethelyzetükre reflektálva, a döntéshelyzetekbe bevonva tudjanak átmeneti vagy végérvényes gyermektelenségükkel megküzdni.

IRODALOMJEGYZÉK

- ABBEY, A. et al. (1991): Gender's role in responses to infertility. *Psychology of Women Quarterly*, 15. 295–316.
- ADLER, J. D. – BOXLEY, R. L. (1985): The psychological reactions to infertility: sex roles and coping styles. *Sex Roles*, 12. 271–279.
- ANDERHEIM, L. et al. (2005): Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Human Reproduction*, Vol. 20. No. 10. 2969–2975.
- ANDERSEN, N. et al. (2005): Assisted reproductive technologie in Europe, 2001. results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, Vol. 20. No. 5. 1158–1176.
- AMOREA, M. et al. (2007): Sexual and psychological symptoms in climateric years. *Maturitas*, 56. 303–311.
- BALUCH, B. et al. (1992): What is stressful about in vitro fertilization? *Psychological Reports*, Vol. 71(3, Pt 2). 1187–1190.
- BÁNKI E. (1980): *Homológ művi inseminatio a meddő házasságban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- BERNARD A. – KRIZSA F. (2006): A meddőségről általában. In: KAÁLI S. G. (szerk.) (2006): *A meddőség korszerű diagnosztikája és kezelése*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 13–23.

- BOATH, E. et al. (2005): The prevention of postnatal depression: a narrative systematic review. *Journal of psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26(3). 185–192.
- BOIVIN, J. – KENTENICH, H. (eds) (2002): *Guidelines for Counselling in infertility*. ESHRE Monographs, Oxford University Press.
- BOIVIN, J. (2003): A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science and Medicine*, Vol. 57. Iss. 12. 2325–2341.
- BOIVIN, J. et al. (2007): International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 2007. 1–7.
- BOIVIN, J. (2009): *Helping Patients Achieve Success: Managing Patient Stress and Discontinuation. Optimizing success in ovarian stimulation protocols*. 25th ESHRE Annual Meeting, Amsterdam. 30 June 2009.
- BONNANO, G. A. – KALTMAN, S. (2001): The varieties of grief experience. *Clin. Psych. Rev.*, 21. 705–721.
- BOXER, A. S. (1988): Extracorporeal fertilization and embryo-transfer: counseling of the couple. In: *Current therapy of infertility-3*. B.C. Decker Inc, Toronto, Philadelphia. 296–299.
- BOYD, R. C. et al. (2005): Review of screening instruments of postpartum depression. *Arch Womens Mental Health*, 8. 141–153.
- BRETT, M. – BAXENDALE S. (2001): Motherhood and memory: a review. *Psychoneuroendocrinology*, 26. 63–68.
- BURGER, H. G. (2007): WHI risks: Any relevance to menopause management? *Maturitas*, 57. 6–10.
- BUTOW, P. N. et al. (2000): Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 49. 169–181.
- BREKELMANS, C. T. M. (2003): Risk factors and risk reduction of breast and ovarian cancer. *Gynecologic oncology and pathology*, 63–68.
- BYDŁOWSKI, M. (2003): Facteurs psychologique dans l'infertilité féminine. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, Vol. 31. Issue 3. 246–251.
- CALLAN, V. J. (1987): The personal and marital adjustment of mothers and of voluntary and involuntary childless wives. *Journal of Marriage and the Family*, 49. 847–856.
- CARVER, C. S. et al. (1989): Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56. 267–283.
- CLARK, A. S. (1998): HIV/AIDS: The emotional effects and psychotherapeutic implications for women. *Dissertation Abstracts International: Section B. The science and Engineering*, 59 (5-B). 2414.
- CHAN, C. H. Y. et al. (2006): Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: a randomized controlled study. *Fertility and Sterility*, Vol. 85, Iss. 2. 339–346.

- CHROUSOS, G. P. et al. (1998): Interactions between the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis and the Female Reproductive System: *Clinical Implications*. *Ann. Intern. Med.*, 129(3).
- C. MOLNÁR E. (2006): Reprodukciós zavarok. In: C. MOLNÁR E. és mtsai. (szerk.) (2006): *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 145–151.
- CONNOLLY, K. J. et al. (1992): The impact of infertility on psychological functioning. *Journal of Psychosomatic Research*, 36. 459–468.
- COOPER, B. C. et al. (2006): *Perceived infertility-related stress correlates with in vitro fertilization outcome*. Presented in part at the Conjoint Annual Meeting of the American Society for Reproductive Medicine and the Canadian Fertility and Andrology Society, Montreal, Quebec. 16–19.
- COVINGTON, S. N. – BURNS, L. H. (2006): *Infertility Counseling*. Cambridge University Press, New York. 20.
- CSÁSZÁR A. (2002): Virtuális sírok szerepe halvaszülést átélt szülők gyász munkájában. *Serdülő és gyermekpszichoterápia*, 2002/2. 118–131.
- CWIKEL, J. et al. (2004): Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, Vol. 117. Issue 2. 126–131.
- DANILUK, J. C. (1988): Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. *Fertility and Sterility*, 49. 982–990.
- DARWICHE, J. et al. (2002): Quelle assistance psychologique pour les couples requérant une aide médicale à la procréation? *Gynécol. Obstét. Fertil.*, 30. 394–404.
- DAVIES, M. J. et al. (2005): Toward less confusing terminology in reproductive medicine. Clarifying medical ambiguities to the benefit of all. *Human Reproduction*, Vol. 20. No. 10. 2669–2671.
- DEÁKY Z. – KRÁSZ L. (2005): *Minden dolgok kezdete. A születés kultúrtörténete Magyarországon*. Századvég Kiadó, Budapest. 47–57.
- DEMYTTENAERE, K. et al. (1998): Coping style and depression level influence outcome in in vitro fertilization. *Fertil Steril*, 69. 1026–1033.
- DIMATTEO, M. R. – HAYS, R. (1981): Social support and serious illness. In: GOTTLIEB, B. (ed.): *Social networks and social support*. Beverly Hills, CA. 117–148.
- DOMAR, A. D. et al. (1990): The mind/body program for infertility: A new behavioral treatment approach for women with infertility. *Fertility and Sterility*, 53. 246–249.
- DOMAR, A. D. et al. (1992): The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*, 58. 1158–1163.
- DOWNEY, J. et al. (1989): Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertility and Sterility*, 52. 425–432.
- DOWNEY, J. – MCKINNEY, M. (1992): The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62. 196–205.

- DUNKEL-SCHETTER, C. H. – LOBEL, M. (1991): Psychological reactions to infertility. In: STANTON, A. L. – DUNKEL-SCHETTER, C. H. (eds) (1991): *Infertility. Perspectives from Stress and Coping Research*. Plenum Press, New York. 29–57.
- EDELMANN, R. J. et al. (1994): Coping strategies and psychological adjustment of couples presenting for IVF. *Journal of Psychosomatic Research*, 38. 355–364.
- ENGELHARD, I. M. et al. (2003): The sense of coherence in early pregnancy and crisis support and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study. *Behavioral Medicine*, Vol. 29.
- EMERY, M. et al. (2003): Results from a prospective, randomized, controlled study evaluating the acceptability and effects of routine pre-IVF counselling. *Human Reproduction*, Vol. 18. N. 12. 2647–2653.
- EUGSTER, A. et al. (2004): The effect of episodic anxiety on an in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection treatment outcome: A pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. Vol. 25(1). 57–65.
- EYSENCK, H. J. – EYSENCK, S. B. G. (1975): *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. Hodder and Stoughton, London.
- EVERS, A. W. M. et al. (2001): Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 69. 1026–1036.
- EVERS, H. (2009): *How much does it cost to make one good embryo?* 25th ESHRE Annual Meeting, Amsterdam. 30. June 2009.
- FACCHINETTI, F. et al. (2004): Cognitive-behavioral treatment decreases cardiovascular and neuroendocrine reaction to stress in women waiting for assisted reproduction. *Psychoneuroendocrinology*, Volume 29. Issue 2. 162–173.
- FASSINO, S. et al. (2002): Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. Oxford. *Human Reproduction*, Vol. 17. Issue 11. 2986–2994.
- FREEMAN, E. W. et al. (1985): Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril*, 1985. 43. 48–53.
- GÁTI J. (2006): Hogyan lesz a gyerek? A lombikbébiprogramok sikermutatói. *Heti Világgazdaság*, 2006/febr. 109–111.
- GRAHAMA, C. A. et al. (2007): Does oral contraceptive-induced reduction in free testosterone adversely affect the sexuality or mood of women? *Psychoneuroendocrinology*, 32. 246–255.
- GREIL A. (1997): Infertility and Psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, Vol. 45. n. 11. 1679–1704.
- HABBEMA, J. D. F. et al. (2005): Toward confusing terminology in reproductive medicine. A proposal. *Human Reproduction*, Vol. 19. 1497–1501.
- HAYWOOD, A. et al. (2005): Psychosocial associates of Premenstrual symptoms and the moderating role of social support in a community sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 62. 9–13.
- HERSHLAG, A. – LOBEL, S. (2001): In Vitro Fertilization Basics, *Healthology*, 54.

- HIGGINS, E. T. (1987): Self-Discrepancy: A Theory Relating Self and Affect. *Psychological Review*, Vol. 94. Iss. 3. 319–340.
- HOLTER, H. et al. (2006): First IVF treatment–short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. Oxford. *Human Reproduction*, Vol. 21. Iss. 12. 3295.
- HOMBURG, R. (2005): Toward confusing terminology in reproductive medicine. A counter proposal. *Human Reproduction*, Vol. 20. No. 2. 316–319.
- INGRAM, K. M. et al. (2001): Unsupportive responses from others concerning a stressful life event: Development of the Unsupportive Social Interactions Inventory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20. 174–208.
- KIKENDALL, K. A. (1994): Self-discrepancy as an important factor in addressing women's emotional reactions to infertility. *Professional psychology: research and practice*, Vol. 25(3). 211–220.
- KISSANE, D. W. et al. (2007): Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 16. 227–287.
- KOVÁTS T. – KRIZSÁN M. (2006): A meddőség pszichés aspektusai. In: KAÁLI S. G. (szerk.) (2006): *A meddőség korszerű diagnosztikája és kezelése*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 249–254.
- LAPANE, K. et al. (1995): Is a history of depressive symptoms associated with an increased risk of infertility in women? *Psychosomatic Medicine*, Vol. 57(6). 509–513.
- LARSEN, U. (2005): Research on infertility: wich definition should we use? *Fertil Steril*, 83. 846–852.
- LEIBLUM, S. R. et al. (1987): The psychological concomitants of in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 6. 165–178.
- LIZ, T. M. – STRAUSS, B. (2005): Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Human Reproduction*, Vol. 20. N. 5. 1324–1332.
- LORBER, J. – BANDLAMUDI, L. (1993): The dynamics of marital bargaining in male infertility. *Gender and Society*, 7. 32–49.
- MACONOCHE, N. et al. (2004): *The National Women's Health Study: assembly and description of a population-based reproductive cohort*. BMC Public Health 4. <http://www.biomedcentral.com/1471-2548/4/35>.
- MARCHBANKS, P. A. et al. (1989): Research on infertility: definition makes difference. *Am. J. Epidemiol.*, 130. 259–267.
- MATKOVIC, V. et al. (1997): Leptin is inversely related to age at menarche in human females. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 82. 3239–3245.
- MINDES, E. et al. (2003): Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with infertility problems. *Social Science and Medicine*, Vol. 56. 2165–2180.
- MOSHER, W. D. – PRATT, W. F. (1990): Fecundity and infertility in the United States. 1965–1988. *Advance data from vital and health statistics*, No. 192. National center for health Statistics, Hyattsville, MD.

- MOSHER, W. D. (1991): Fecundity and infertility in the United States: incidence and trends. *Fertil Steril*, 56. 192. In: KAÁLI, S. G. (szerk.) (2006): *A meddőség korszerű diagnosztikája és kezelése*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 13–23.
- MUMFORD, K. R. (2005): The stress response, psychoeducational interventions and assisted reproduction technology treatment outcomes: A meta-analytic review. Dissertation Abstracts International: Section B: *The Sciences and Engineering*, Vol. 65(12-B). 666.
- NEWTON, C. R. – HOULE, M. (1993): Gender differences in psychological response to infertility treatment. *Canadian Journal of Human Sexuality*, Vol. 2(3). 129–139.
- NEWTON, C. R. et al. (1999): The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress, *Fertil Steril*, 72. 54–62.
- ODDENS, B. J. et al. (1999): Psychosocial experiences in women facing fertility problems – a comparative survey. *Human Reproduction*, Vol. 14. Iss. 1. 255–261.
- OINONEN, A. K. – MAZMANIAN, D. (2002): To what extent do oral contraceptives influence mood and affect. *Journal of Affective Disorders*, 70. 229–240.
- O'MOORE, A. M. et al. (1983): Psychosomatic aspects in idiopathic infertility: effects of treatment with autogenic training. *Journal of Psychosomatic Research*, 27. 145–151.
- PANAGOPOULOU, E. et al. (2006): Emotionally expressive coping reduces pregnancy rates in patients undergoing in vitro fertilization, *Human Reproduction*, Vol. 86. Iss. 3. 672–677.
- PÁPAY N. (2007): *A meddőség biopszichoszociális kontextusa*. ELTE Egészségpszichológiai Program. Szakdolgozat.
- POOK, M. et al. (1999): Coping with infertility. Distress and changes in sperm quality. *Human Reproduction*, Vol. 14. No. 6. 1487–1492.
- POOK, M. – KRAUSE, W. (2005): The impact of treatment experiences on the course of infertility distress in male patients. *Human Reproduction*, Vol. 20. No. 3. 825–828.
- The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2004): Smoking and infertility. *Fertility and Sterility*, Vol. 82. Suppl. 1. 62–67.
- RABE, T. et al. (1997): Assisted Reproduction. In: RUNNEBAUM, B. – RABE, T.: *Gynecological endocrinology and reproductive medicine*. Vol. 2. Reproductive Medicine. Springer-Verlag, Heidelberg. 297–343.
- RISKÓ Á. – HORTI J. (2006): *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina Kiadó, Budapest. 69–74; 134–139; 146–152.
- SCHMIDT, L. – MÜNSTER, K. (1995): Infertility, involuntary infecundity, and the seeking of medical advice in industrialized countries 1970–1992: a review of concepts, measurements and results. *Human Reproduction*, Vol. 10. No. 6. 1407–1418.
- SCHMIDT, L. et al. (2003a): Patients' attitudes to medical and psychological aspects of care in infertility clinics: finding from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human Reproduction*, Vol. 18. N 3. 628–637.
- SCHMIDT, L. et al. (2003b): High rating of satisfaction with infertility treatment are common: finding from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human Reproduction*, Vol. 18. N. 12. 2638–2646.

- SCHMIDT, L. et al. (2005a): Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient. Educ. Couns.*, 59. 244–251.
- SCHMIDT, L. et al. (2005b): Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient. Educ. Couns.*, 59. 252–262.
- SCHMIDT, L. (2006): *Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences*. Thesis for the degree of Doctor of Medical Sciences, University of Copenhagen.
- SEGER, J. – SEGER, L. (2003): El impacto emocional de la infertilidad en las fases de la reproducción asistida. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de las Salud.*, Vol. 11(1). 95–113.
- SHANGOLD, A. G. – SCHREIBER, J. R. (1988): Emotional needs in infertile couples. In: *Current therapy of infertility-3*. B.C. Decker Inc., Toronto, Philadelphia. 289–293.
- SIMMONS, R. K. et al. (2006): Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study. *Social Science & Medicine*, 63. 1934–1946.
- SMEDSLUND, G. – RINGDAL, G. I. (2004): Meta-analysis of the effects of psychosocial interventions on survival time in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 57. 123–131.
- SMEENK, J. M. J. et al. (2001): The effect of anxiety and depression on the outcome of in vitro fertilization. *Human Reproduction*, Vol. 16. 1420–1423.
- STEINMAN, N. et al. (2001): Serum leptin concentrations are higher in azoospermic than in normozoospermic men. *Fertility and Sterility*, 75(4). 821–822.
- SYDSJÖ, G. et al. (2005): Relationships in couples after failed IVF treatment: a prospective study. *Human Reproduction*, Vol. 20. N.7. 1952–1957.
- TÚRY F. (2000): Liposztatikus szabályozás. A leptin. In: TÚRY F. – SZABÓ P. (2000): *A táplálkozási magatartás zavarai: Az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Medicina Kiadó, Budapest. 160–162.
- YERKES, R. M. – DODSON, J. D. (1908): The relationship of strength of stimulus to rapidity of habit formation, *J. Comp. Neurol.*, 18. 459–482.
- VARGA K. – SUHAI-HODÁSZ G. (2002): *Szülés, születés*. Pólya Kiadó, Budapest.
- VARTIAINEN, H. et al. (1994): Psychosocial factors, female fertility and pregnancy a prospective study – Part I, Fertility. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 15. 67–75.
- VERHAAS, C. M. et al. (2005): A longitudinal prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, Vol. 20. N.8. 2253–2260.
- WASSER, S. K. et al. (1993): Psychosocial stress as a cause of infertility. *Fertility and Sterility*, 59. 685–689.
- WEERTHA, C. – BUITELAAR, J. R. (2005): Physiological stress reactivity in human pregnancy – a review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29. 295–312.
- WHO (1975): The epidemiology of infertility. *World Health organization Technical report Series*, No 582. WHO Press, Genf.

- WHO (2009): *Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature*. WHO Press, Genf.
- WISCHMANN, T. et al. (2001): Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg Fertility Consultation Services. *Human Reproduction*, Vol. 16. No. 8. 1753–1761.
- WIRTBERG, I. et al. (2007): Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, Vol. 22. Iss. 2. 598–605.
- ZHANG, Y. et al. (1994): Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue. *Nature*, 372. 425–432.

A MENOPAUZA EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIÁJA

BEVEZETÉS

Korunkat sajátos kettősség jellemzi: egyrészt elfogadott az a nézet, hogy a jövő a fiatalság kezében van, másrészt közismert tény, hogy a világ népessége rohamosan öregszi. Napjainkban több objektív és szubjektív tényező is hátrányosan érinti az idősebb korosztályt. A test öregedésével előtérbe kerülnek az egészségügyi és esztétikai problémák, és ezzel egyidejűleg számos, sokszor kedvezőtlen változás történik az idősebbek társadalmi státuszában; a nyugdíjazással romlik anyagi helyzetük, a gyermekek önállósodásával pedig a családi hierarchiában is háttérbe szorulnak. A fejlettebb társadalmak tömegkommunikációja a fiatalság kultuszától hangos, ami az idősödőkben a kedvezőtlen életérzéseket erősítheti. A nőket az említett problémák fokozottan érintik. A biológiai változások esetükben jóval hangsúlyosabbak. A változókora lépve megszűnik nemzőképességük, a hormonális rendszer átalakulása pedig sok esetben zavaró testi és lelki tüneteket eredményez. A társadalom is negatívan viszonyul a nők korosodásához, hiszen a hölgyek megítélése sokkal inkább alapul a fizikai megjelenésükön, mint a férfiaké. A szépség fogalma is erősebben kapcsolódik a fiatalsághoz a nők, mint a férfiak esetén. A szociális szerepekben bekövetkező változások ugyancsak fokozottabban érintik őket, mivel az anya hagyományosan nagyobb mértékben vesz részt a gyermekek nevelésében. A menopause tehát a nők életében nem korlátozódik csupán szomatikus változásokra, hanem komplex biológiai, szociális és pszichológiai változásokkal járó folyamat, amely sok esetben zavaró testi, lelki panaszokat eredményez. A fejezet betekintést kíván nyújtani a változókor egészségpszichológiájának aktuális kérdéseibe. Mindenekelőtt a klimaktérium során lezajló endokrin változások és az azokat kísérő fizikai tünetek, majd a menopause szerepéről kialakított evolúciós és kulturális nézőpontok elméleti és empirikus megközelítései kerülnek bemutatásra. Ezután a változókor során felmerülő pszichés problémák lehetséges biológiai és pszichoszociális okairól, valamint az intervenciók lehetőségekről kerül szó a teljesség igénye nélkül.

A MENOPAUZA BIOLÓGIÁJA

A menopauza a női menstruációs ciklus és ezáltal a női termékenység végét jelenti. A nemzőképesség lezárultát, akárcsak annak kezdetét, az első havi vérzést, hormonális változások hozzák létre. Ezért mindenekelőtt érdemes röviden áttekinteni a női termékenység kialakulásának és a nemzőképesség elvesztésének hormonális hátterét.

A NŐI TERMÉKENYSÉG HORMONÁLIS HÁTTERE

Az ember neme genetikailag meghatározott: míg a nők XX, a férfiak XY nemi kromoszómákkal rendelkeznek. Ugyanakkor a nemi érés során a másodlagos nemi jellegek: a testalkat, a hangszín, az ivarszervek és a nemzőképesség kialakulásáért nagymértékben a nemi hormonok felelősek (RÁKÓCZI 1992). A női nemi hormonok legnagyobb része a petefészkekben termelődik. A petefészkek a születés után a pubertáskor eléréséig viszonylag nyugalomban vannak. A nemi érés kezdete a 10–14. életévre tehető, ekkor veszi kezdetét a petefészkek ivarsejt- és hormontermelése, az agyalapi mirigy (hipofízis) nemi serkentő hormonjainak (LH, FSH) hatására (KLEIN et al. 1996). A petefészkek kettős szereppel bír: női ivarsejteket (petesejteket) és női nemi hormonokat: ösztrogéneket és progesztagéneket termel. A nemzőképesség időszakában, a pubertáskortól a menopauzáig, a petefészkekben a női ivarsejtek fokozatos érési folyamaton mennek keresztül, és a petesejtből, valamint az azt körülvevő sejtekből kialakul az ún. tüsző (folliculus) (BURGER 1996). Ez a tüsző termeli az ösztrogéneket, amelyeket ezért tüszőhormonoknak is neveznek. A folyamat közepén a megérett petesejt kiszabadul a tüszőből, az ún. ovuláció során, majd bejut a petevezetékbe. Amennyiben ekkor hímivarsejttel találkozik, megtermékenyül, beágyazódik a méhbe, és létrejön a terhesség. Abban az esetben, ha nincs fogamzás, a petesejt 2–3 nap alatt elpusztul (RÁKÓCZI 1992). A tüszőből kijutott petesejt helyén képződő új sejtek termelik a progesztagént, más néven sárgatesthormont. Ennek egyik fő feladata, hogy előkészítse a méh nyálkahártyáját a megtermékenyült petesejt befogadására. Ha nem történik fogamzás, akkor ez a nyálkahártya leválik és a hüvelyen keresztül kiürül a szervezetből. Ezt a 28 naponként ismétlődő folyamatot nevezzük menstruációnak (RÁKÓCZI 1992).

HORMONÁLIS VÁLTOZÁSOK A MENOPAUZA SORÁN

A menopauza lezajlása során a petesejtek érése és a petefészkek hormontermelése befejeződik. Ez a folyamat ugyanakkor nem egyik pillanatról a másikra, hanem fokozatosan, éveken keresztül zajlik le. A reprodukzív élet során, amikor a rendszeres ovulációs ciklus jelen van, a folliculusstimuláló hormon (FSH) és a luteinizáló hormon (LH) folyamato-

san növekszik a kor előrehaladtával. Az FSH növekedését már 29–30 éves korban ki lehet mutatni, és a növekedés a nők harmincas évei során is folytatódik, legmarkánsabbá pedig a negyvenes éveikre válik. Az FSH növekedése a gátló szabályozás csökkenésének következménye, amely feltehetően a csökkent petesejt-készletnek köszönhető (KLEIN et al. 1996). Ezzel párhuzamosan a szervezet ösztrogénszintje csökkenő tendenciát mutat, LH-szintje pedig szintén növekszik, bár az FSH-nál kisebb mértékben, és a folyamat csak az ötvenes évektől veszi kezdetét (BURGER 1996). A nők negyvenes éveiktől kezdve jellemzően a menstruációs periódus rövidülését tapasztalják, és amikor a petesejt-készlet csökkenése elér egy kritikus pontot, a ciklusok rendszertelenné válnak, jelezve ezzel a menopauza közeledtét. Az LH- és FSH-szint emelkedése a menopauza lezajlása után is folytatódik (BURGER 1996). Gyakori tévhit, hogy a változókor során, a női hormonok csökkenésével párhuzamosan a férfi hormonok termelődése fokozódik. Valójában a női hormonok csökkenése miatt tolódik a korábbi arány az androgénhormon-produkció felé (ROUSSEAU 1998).

A MENOPAUZÁS STÁTUSZ

A menopauza akkor veszi kezdetét, amikor változások lépnek fel a menzesz gyakoriságában vagy erősségében, olyan nő esetében, aki korábban rendszeres menstruációs ciklussal rendelkezett. A menstruációs ciklus hossza a húszéves kori átlag 28 napról 26 napra csökken negyvenéves korra, elsősorban a ciklus peteérési fázisának hosszúságában bekövetkezett rövidülése miatt (BURGER 1996). A klimakteriumot megelőző néhány év az ún. premenopauza, amikor a tüszőérés folyamata még változatlan, de az ovuláció már elmaradhat. A premenopauza első figyelmeztető jelei (pl. fájdalmas vérzés, cikluszavarok, vérszegénység) 40–45 éves kortól kezdve jelentkezhetnek, amelyeket a kezdődő hormonális változások hoznak létre. A Massachusetts Women's Health Study kritériumai szerint a nemi hormonok vérben előforduló szintje és a menstruáció rendszeressége alapján perimenopauzáknak nevezzük azt az időszakot, amelyben a menstruációs ciklus szabálytalanná válik (az FSH-szint $>20\mu\text{g}$), posztmenopauzáknak, amikor a menzesz már tizenkét hónapja nem jelentkezett (az FSH-szint $>30\mu\text{g}$) (AVIS 1995). A menopauza kezdete átlagosan a 47,5-ik évre tehető, az átlagéletkor az utolsó menstruáció idején pedig 51,3 év. A kettő közötti mintegy 3,8 év alatt zajlanak le a menopauzát jellemző hormonális változások (AVIS 1995).

A MENOPAUZÁT KÍSÉRŐ TÜNETEK

A hormonszintekben (FSH, LH, ösztrogén, progeszteron) bekövetkező változások az egész szervezet működésére hatással vannak. Az ösztrogénszint csökkenése nemcsak a termékenység megszűnéséért felelős, hanem számos testi változás forrása is (RÁKÓCZI 1992). Az esetek többségében ezek a panaszok nem okoznak jelentős

változást a mindennapi életben, ugyanakkor nagy különbségek figyelhetők meg a tünetek gyakoriságában és súlyosságában a menopauzás nők között. A leggyakrabban előforduló tünetek: csonttriturálás, súlygyarapodás, szív- és érrendszeri megbetegedések, hőhullámok, éjszakai izzadás, alvászavarok, fáradékonyság, bőrelváltozások, húgyúti és genitális panaszok, libidócsökkenés, memória- és hangulati problémák (RÁKÓCZI 1992). A hőhullámokat, éjszakai izzadást és az alvászavarokat együttesen a menopauza vazomotoros tüneteinek szokták nevezni (BLÜMEL et al. 2004). Ezek a panaszok leggyakrabban a megváltozott hormonális működések következményei, de sok esetben kialakulásukért, illetve súlyosbodásukért az egészségtelen életmódbeli tényezők, mint a mozgáshiány, a nem megfelelő táplálkozás és a káros élvezeti cikkek túlzott fogyasztása felelősek (BINFA 2004; DENNERSTEIN 1996; KARACAM 2007). A nők jelentős része panaszodik memóriaproblémákra a változókorba lépve, ezért felmerül a lehetősége, hogy a menopauza során tapasztalható hormonális változások, elsősorban az ösztrogénszint csökkenése, a kognitív működésre is hatással vannak. Bár ezzel kapcsolatban ellentmondó eredmények születtek, annyi bizonyos, hogy az ösztrogén specifikus hatást fejt ki az agyműködésre, csökkenése tehát nem járhat globális mentális hanyatlással, csak egyes agyi funkciók lehetnek érintettek, mint a verbális memória (SHERWIN 1996).

A MENOPAUZA EVOLÚCIÓS SZEMLÉLETE

A menopauza során bekövetkező biológiai változások áttekintése után felmerülhet a kérdés, hogy miért veszítik el a nők reprodukciós képességüket az életük befejezése előtt. A menopauza meglehetősen ritka az állatvilágban, sőt, kifejezetten az emberekre jellemző jelenségnek tekintik (LAHDENPERÄ et al. 2004). A változókor szerepe a nők életében máig megválaszolatlan kérdéseket vet fel. A menopauza eredetére magyarázattal szolgáló evolúciós elképzelések döntően két csoportba sorolhatók: az adaptációs és a melléktermék-hipotézisek közé (KUHLE 2007). Az adaptációs elméletek szerint a menopauza az evolúció során, természetes úton választódott ki, mert őseink reprodukciós sikerét növelte. A melléktermék-hipotézisek szerint viszont a menopauza nem jár reprodukciós előnnyel, mindössze bizonyos körülmények hatására, mintegy mellékesen jött létre és maradt fenn.

A MELLÉKTERMÉK-HIPOTÉZISEK

A „lifespan-artifact” elmélet a menopauzát a nők élethosszában idővel bekövetkezett növekedés melléktermékének tekinti (SYMONS 1979; WASHBURN 1981; WEISS 1981). Az elmélet fogalmi és empirikus problémákat is magában hordoz; többek között nem ad magyarázatot arra, hogy a nők reprodukciós funkcióinak előregedése miért következik be annyival korábban, mint minden más testi működésé. Ezenkívül arra sincs bizonyíték, hogy őseink rövidebb ideig éltek volna (KUHLE 2007).

A „patriarchátuselmélet” szintén melléktermékként kezeli a menopauzát, amely szerint a változókor a férfiak élethosszában bekövetkezett növekedés miatt jött létre (MARLOWE 2000). A férfiak élettartama e szerint azért lett hosszabb, hogy reprodukcióval maradjanak erejük teljén túl is. Az elképzelés szerint a nők élettartama pedig azért nőtt meg, mert a releváns allél, amely a hosszabb életet biztosítja, nem Y kromoszómához kötött, tehát a férfiak továbbörökítették azt a lány utódoknak is. Ez az elmélet ugyanakkor, hasonlóan a „lifespan-artifact” hipotézishez, biológiailag nem alátámasztott (KUHLE 2007).

AZ ADAPTÁCIÓS HIPOTÉZISEK

Az adaptációs magyarázatok szerint a klimaktérium létrejöttének oka, hogy megakadályozza az anyai gyermekvállalást a késői életszakaszban, amikor a reprodukció ára sokkal nagyobb, mint annak előnye (PECCEI 2001). A reprodukció ráfordítás az emberek számára különösen költséges, mivel az utódok magatehetetlenül születnek meg, és sokáig rá vannak utalva a szülői gondoskodásra (HAWKES et al. 1997). A nagy ráfordítást növeli a születések között eltelt viszonylag rövid idő is, amely több magatehetetlen utódot eredményez, akiket a szülőknek egyszerre kell gondozni. A késői gyermekvállalás már csak azért sem járna sok előnnyel, mert a vetélés, halvaszületés, fejlődési rendellenesség és alacsony születési súly kockázata sokkal nagyobb az idősebb korú anyáknál (LAHDENPERÄ et al. 2004). Ezenkívül, ha az anya a szülés közben vagy nem sokkal azután meghal, akkor nemcsak az újszülött, hanem a többi gyermek életben maradását is kockáztatja (PECCEI 2001). A menopauza jelensége tehát azért alakulhatott ki, mert a későbbi reprodukció költségei felülmúlták az abból származó előnyöket, következésképpen azok a gének, amelyek a reprodukciót korán megszüntették, kiválasztódtak az evolúció során, szemben azokkal a génekkel, amelyek a kockázatos késői gyermekvállalást tették lehetővé (LAHDENPERÄ et al. 2004).

Kristen Hawkes (2003) elmélete szerint ugyanakkor nem a menopauza, hanem a hosszabb élettartam választódott ki az evolúció során. Az ún. „nagy-mama-hipotézisben” Hawkes kifejti, hogy a nők unokáik gondozásában nyújtott segítségükkel növelni tudják utódaik reprodukciós sikerét. Az olyan génekkel rendelkező nőknek, amelyek a termékenység lezárulta utáni hosszabb életet teszik lehetővé, több unokájuk lehet, és ezáltal több gént örökíthetnek át a következő generációra, mint azok a nők, akik meghalnak azelőtt, hogy részt vehetnének gyermekük utódainak gondozásában. Tehát a nő termékenységének elvesztésével utóda és ezáltal saját maga reprodukciós sikerét is növeli. Ezt az elméletet számos megfigyelés is támogatja. Gambiában a nagy-mama jelenléte javítja az unokák élelmezési helyzetét és növeli a túlélési esélyüket (SEAR et al. 2000). Németország és Japán történelmében jellemzően az anyai nagymamák jelenléte javította az unokák túlélési esélyeit (JAMISON et al. 2002).

Kuhle „adaptive onset” elmélete szintén a menopauza adaptív voltát hangsúlyozza, valamint magyarázatot ad a változókor kezdetében található különbségekre is (KUHLE 2007). Az elmélet szerint abban az esetben, ha a további gyermekvállalás veszélyeztetheti

a korábbi utódok életét, és nem valószínű, hogy túl sok nyereséggel járna, nagyobb reprodukzív előnyre lehet szert tenni a korábban kezdődő menopauzából. Elmélete alapján Kuhle a következő tíz faktort tekinti a relatív korai menopauza bejósolójának: 1. a rossz egészségügyi állapot; 2. a partner rossz egészségügyi állapota; 3. olyan partner, aki korábban már megcsalta a párját; 4. jelentősen idősebb partner; 5. a partner hiánya; 6. a teherbe eséshez szükségesnél alacsonyabb testsúly, illetve testzsírszázalék; 7. olyan hozzátartozók, akiknek még pár év van hátra a reprodukzív kor eléréséig és még nem önállóak; 8. magas kockázatú terhesség a korábbi életszakaszban; 9. rokonok hiánya, akik segíthetnének a későbbi utódok gondozásában; 10. korlátozott anyagi lehetőségek. Kuhle ezenkívül két olyan faktort állapított meg, amelyek viszont a menopauza későbbi kezdetét jósolják be, ezek: 1. olyan partner, aki várhatóan részt vesz a későbbi utódgondozásban; 2. gyermekek vagy unokák hiánya, akikről gondoskodni kellene. Kutatások során azt találták, hogy az alacsonyabb testtömegindex korábbi menopauzával jár együtt (AKAHOSHI et al. 2002; HARLOW 2000; HİDAYET et al. 1999), az elvált vagy külön élő nők pedig szintén a változókor korábbi kezdetéről számoltak be (HİDAYET et al. 1999), akárcsak a munkanélküli és az alacsony szocioökonómiai státuszú nők (BROMBERGER et al. 1997). Ezek az eredmények mind Kulhe hipotézisét támogatják.

Jelenleg a menopauza adaptációs elméletei az elfogadottabbak, amelyek szerint a változókor a természetes szelekció következtében alakult ki és adaptív funkcióval bír az egyén reprodukciós sikerének növelésében (KUHLE 2007). A menopauzával lezáruló termékenység pedig az utódok reprodukciós sikerén keresztül növeli az egyén génállományának fennmaradási esélyét. Ugyanakkor a kitolódott reprodukciós képesség olykor jövedelmező is lehet. A menopauza időpontja ezért olyan esetekben későbbre tolódik, amikor a születendő gyermekek túlélési és reprodukzív kort elérési esélyei jók. A menopauza tehát minden valószínűség szerint egy adaptációs stratégia, időzítése pedig – amelyet számos tényező határoz meg – a stratégia része.

A MENOPAUZA KULTURÁLIS SZEMLÉLETE

A menopauzát elsősorban hormonális változások által generált folyamatnak tartjuk, amelyet specifikus tünetegyüttes kísér minden nő életében. Ugyanakkor megfigyelések szerint a változókori tünetekben jelentős különbségek fedezhetők fel a különböző kultúrák, etnikai csoportok tagjai között (AVIS et al. 2001; BEYENE 1986; FLINT-SAMIL 1990; LOCK 1986). Emiatt sokan kétségbe vonják az univerzális menopauzás tünetegyüttes létezését, és felvetik annak a lehetőségét, hogy a klimaktérium nemcsak biológiai folyamatok összessége, hanem az adott kultúra reprezentációi által meghatározott társadalmi konstruktum (AVIS et al. 2001). A menopauza minden nő életében fordulópont, amely jelentheti az élet kiteljesedését, de az időskor kezdetét, a nőiség hanyatlását is. Megítélése nagyban függ az adott kultúra által hordozott értékektől az időskorral kapcsolatban.

KULTURÁLIS KÜLÖNBSEGEK AZ IDŐSKOR ÉS A MENOPAUZA MEGÍTÉLÉSÉBEN

Napjainkban az öregedés nyugati kultúrákban megjelenő reprezentációja gyakran kötődik a fiatalság megőrzéséért és a korosodás elkerüléséért tett erőfeszítésekhez. Az öregedés negatív megítélése elsősorban a fogyasztói társadalmak azon elvárásaihoz kötődik, amelyek a fiatalság, szépség és erőnlét megőrzését tűzik ki célul az egyén számára (WRAY 2007). A nők helyzete különösen nehéz, hiszen a nyugati társadalmakban az öregedést sokkal inkább tartják problémásnak a nők, mint a férfiak esetében (WRAY 2007). A középkorú férfiakra gyakran tekintenek úgy, mint akik életük teljében vannak, míg a nőkre, mint akik hanyatlásukat élik meg ebben az időszakban. A női korosodással kapcsolatos negatív elképzelések pedig a menopauza megtapasztalását is károsan befolyásolják (WRAY 2007). Kultúrközi kutatások szerint azokban a társadalmakban, ahol az öregedés pozitívabb reprezentációi vannak jelen, a változókor megélése könnyebb lesz.

KULTURÁLIS KÜLÖNBSEGEK A MENOPAUZA TÜNETMINTÁZATÁBAN

A klimaktérium kultúránként eltérő megítélése a menopauza tüneti mintázatában is eltéréseket produkálhat az egyes társadalmak között. A japán kultúrában a menopauzát a korral járó fiziológiai változásokhoz kapcsolódó komplex átalakulás részének tartják. Miközben a nyugati társadalmakban a hőhullámok és az éjszakai izzadás rendkívül gyakori jelenség a változókor alatt (ROBINSON 1996), a japán nők körében olyannyira ismeretlen, hogy nincs szavuk, ami leírná azt. Emellett a japán nők a többi tünetet, például a depressziót is kisebb gyakorisággal észlelik (LOCK 1986). Lock szerint az ország politikai és történelmi jellegzetességeiben kell keresni a magyarázatot az eltérő tünetmintázat jelenségére. Szintén különbségeket találtak egy Tajvanon végzett kutatás során, amely szerint a tajvani nők pozitívabb attitűddel rendelkeznek a menopauzáról, mint nyugati társaik és kevesebb kellemetlen tünetet tapasztalnak meg a változókor éve alatt (CHENG et al. 2005). Kutatások szerint egyes társadalmakban a menopauzás panaszok látszólag teljesen hiányoznak; így a maja indiánoknál (BEYENE 1986) és India Rajput közösségében (FLINT-SAMIL 1990). A fenti eredményekből arra lehetne következtetni, hogy a menopauza a nyugati jóléti társadalmak betegsége. Újabb kutatások azonban nem erősítik meg ezt a feltevést. Kowalcek, Rotte, Banz és Dietrich (2005) vizsgálatukban német és pápua új-guineai nők menopauzás panaszait hasonlították össze, és bár a két társadalom közti tünetmintázat eltérő volt, nem igazolódott be, hogy a kevésbé fejlett társadalomban élő nők kevesebb menopauzás panaszról számolnak be. Tovább árnyalja a képet, hogy az egyes országok etnikai csoportjai körében végzett vizsgálatok szintén eltérő tünetmintázatot mutattak ki (Avis et al. 2001). Mindezek alapján azt kell látnunk, hogy még azoknak a menopauzás tüneteknek az előfordulásában is vannak különbségek kultúrák és etnikai csoportok között, amelyek egyértelműen hormonális változások következményei. Az eltérések leginkább a különböző társadalmak egyedi értékrendszeréből, hagyományaiból,

kultúrájából fakadnak. A nők a változókor éveit jelentős mennyiségű stresszkeltő eseményt tapasztalnak meg, beleértve a termékenység elvesztését, a női szerepek újraértékelődését, a nőiesség elvesztését, a gyerekek leválását, a romló egészségi állapotot, az idős szülőkről való gondoskodás terhét és a társadalmi státuszban bekövetkező csökkenést. Az egyes társadalmakban és etnikai csoportokban a fent említett stresszorok előfordulásában meglévő különbségek adhatnak leginkább magyarázatot, a kulturális változók mellett, a nők eltérő tünetpercepciójára a klimaktérium alatt (Avis et al. 2001).

SZOCIÁLIS VÁLTOZÁSOK A MENOPAUZA SORÁN

A nők életében a menopauza időszakában a szociális szerepekben is változások következnek be, amelyek legerőteljesebben a szülői szerepkört érintik. Az „üres fészek szindróma” elmélet azzal magyarázza a klimaktérium során átélt nehézségeket, hogy a gyermekek éppen ebben az időszakban válnak függetlenné és hagyják el az otthonukat, hogy önálló életet kezdjenek (PARLEE 1976). Az anyai szerepkört érintő változások miatt a nők hasznavehetetlennek és értéktelennek érezhetik magukat, amely depresszióhoz és a menopauzás tünetekre fordított nagyobb figyelemhez vezethet. A változókor során, az anyaszerep ártékelődése mellett, a nőiség egyéb aspektusai is problémákat vehetnek fel. Többek között az idősebb nő sexualitása sem ugyanazon társadalmi megítélés alá esik, mint a fiataloké. Annak ellenére, hogy nyilvánvalóan élnek szexuális életet az idősebb párok is, a társadalmi attitűd sokkal kevésbé elfogadó velük szemben, mint a fiatalokkal, különösen a nők tekintetében (WRAY 2007). A menopauzás kort elérő nők ezért gyakran vonzerejük elvesztését élik meg, főként az olyan kultúrákban, ahol az öregedés egyet jelent a szépség és attraktivitás elvesztésével (STOTLAND 2002). A vonzerő leértékelődése gyakran párosul társtalansággal is, mivel ebben a korban a nők jelentős része veszíti el a partnerét, nem ritkán egy fiatalabb nő miatt. Sokan pedig a férfiak rövidebb várható élettartama következtében már ebben a korban megözvegyülnek. A menopauzás időszakban felmerülő számtalan nehézség ellenére ennek a periódusnak nem kell feltétlenül csak a veszteségek jegyében elteltetnie. Erikson pszichoszociális fejlődélméletében ezt az időszakot a generativitás vagy stagnálás szakaszának nevezte, (ERIKSON 1950) és úgy vélte, az emberek jellemzően ebben az életkorban a legproduktívabbak. Ebben az időszakban sokan átértékelik az életüket a prioritások szempontjából, és megpróbálnak új lehetőségeket és elfoglaltságokat találni. Amennyiben ez sikerül, Erikson szerint nyugodtan készülhetnek fel az öregedésre, és azt nem a hanyatlás, hanem az új lehetőségek korszakának élik majd meg. A pozitív kimenetel kulcsa tehát abban rejlik, hogy új célokat kell a régiek helyébe léptetni, és ki kell használni azokat a lehetőségeket, amelyek elsőre talán veszteségnek tűnnek, mint a gyermekek leválása. Erickson elméletéből kiindulva, ha a nő képes arra, hogy fokozatosan átirányítsa energiáit gyermekeiről más tevékenységekre, az jelentősen könnyebbé teszi a változókori nehézségekkel való megküzdést (DENNERSTEIN–BURROWS 1978). A „folytonos identitás” elmélet szerint az, aki elégedett a korábbi életszakaszában betöltött szerepeivel, továbbra is tud azono-

sulni azokkal, függetlenül attól, hogy milyen változások következtek be (BARNETT 1988). Az egyén főbb szerepeiben való eredménytelensége pedig könnyen az énkép leértékelődéséhez vezethet. Ennek az elképzelésnek megfelelően az üres fészek jelensége nagyobb problémát okoz, ha a nő úgy érzi, nem teljesített jól a szülői szerepkörben. Ezzel szemben, ha a nő hatékony és sikeres anyának tekinti magát és elégedett gyermekei eredményeivel, anyai identitása továbbra is erős marad, és nem tölti el szorongással a gyermekek leválása. Hasonlóképpen, azok a nők, akik sikeresnek tartják magukat a hivatásukban, nagyobb valószínűséggel élik át pozitívan a menopauzát. A gyermekek leválása tehát nemcsak negatív, hanem pozitív változásokat is hozhat. A gyermekneveléssel járó felelősségek és terhek csökkenése időt és energiát szabadít fel más elfoglaltságok számára. Fontosabbá válhat a munka, a hivatás és más önkifejezést szolgáló tevékenységek. A házastársi kapcsolat is átalakul, amely nemcsak krízishez, hanem a párkapcsolat javulásához is vezethet, mivel több idő jut egymásra és a közös tevékenységekre (SZADÓCZKY 2006). Ezenkívül erre az időszakra esik a nagymamaszerep megjelenése is, amely sok nő számára élete legszebb élménye. A menopauzás periódusban lezajló szerepváltozások tehát szerencsés esetben pozitív kimenetelűek is lehetnek, amennyiben a szerepek rugalmasak és az életmód-változtatás feltételei adottak. A szoros családi kötelékek és a megfelelő társas támogatás pedig védőfaktort jelenthet a változókori nehézségekkel szemben, amelyet kutatások is igazoltak (VINOUR-VAN RYN 1993; MAJOR et al. 1997; DENNERSTEIN et al. 2001).

PSZICHÉS VÁLTOZÁSOK A MENOPAUZA SORÁN

A menopauzás időszakot régóta összefüggésbe hozzák a pszichológiai problémák megjelenésével, főként a depresszióéval (AVIS 1995; MCKINLEY-JEFFREYS 1971; KAUFERT et al. 1988). A közvélekedésben is megjelenik az előítélet, amely a „klimaxos nőt” labilisnak, ingerlékenynek és hisztérikusnak ábrázolja. A nők egy része valóban átél pszichés problémákat ebben az időszakban, ám a jelenség korántsem szükségszerű és általános. Az átlagos populációra vonatkozó vizsgálatok eredményei szintén ellentmondanak annak a vélekedésnek, hogy a menopauza feltétlenül negatív hatással van a mentális egészségre (DENNERSTEIN 1996; KAUFERT 1996). Annak ellenére, hogy a nők többsége nem tapasztal depressziós tüneteket a változókör alatt (MORRISON et al. 2006), a klimaktérium megnövekedett kockázatot jelent egyes nők számára a hangulatzavarok kialakulására a menopauza előtti időszakhoz viszonyítva (SMITH et al. 2004; FREEMAN et al. 2004; COHEN et al. 2006). A változókori tünetek miatt orvosi segítséget igénybe vevő nőknél szomatikus és pszichés problémák is gyakrabban fordulnak elő (MORSE et al. 1994). A menopauza alatt megjelenő hangulatzavarok szintén gyakoribbak a depressziós előtörténettel rendelkező nők körében (BINFA et al. 2004; DENNERSTEIN et al. 2001; DESAI-JAHN 2000; MAARTENS et al. 2002; CALLEGARI et al. 2007).

Arról, hogy a menopauza miért jelent megnövekedett kockázatot a pszichés problémák kialakulása szempontjából, eltérő elméletek születtek. Sok szerző vallja azt a nézetet, hogy a menopauza szomatikus, elsősorban vazomotoros tünetei (pl. hőhullámok,

alvászavarok) és az ezek által okozott distressz vezetnek a depressziós hangulat kialakulásához (AVIS 1995; BAKER et al. 1997; BLÜMEL et al. 2004; BOSWORTH et al. 2001; REYNOLDS 2002). A Massachusetts Health Study eredményei szerint a depressziós előtörténettel nem rendelkező nők közül azok számoltak be a legsúlyosabb hangulati problémákról és szorongásról, akiknél a legtovább tartott a menopauza folyamata, és ezáltal a leghosszabb ideig tapasztalták meg a változókori szomatikus panaszokat (AVIS 1995). A fizikai tünetek szerepét igazolja az is, hogy a posztmenopauzás státuszt elért nők hangulata javuló tendenciát mutat (AVIS 1995), és a hormonterápia, amely a tünetek enyhüléséhez vezet, szintén a rossz hangulat és a szorongás visszaszorulását segíti elő (DEEKS 2003). A menopauzás panaszok tehát hozzájárulhatnak a depresszió kialakulásához, újabb kutatások azonban felvetik annak a lehetőségét is, hogy a pszichés és fizikai tünetek mögött közös fiziológiai folyamatok húzódnak meg (COHENET al. 2006).

A VÁLTOZÓKORI DEPRESSZIÓ

A VÁLTOZÓKORI DEPRESSZIÓ LEHETSÉGES BIOLÓGIAI OKAI

A menopauza alatti depresszió kialakulását magyarázó biológiai elméletek jellemzően a megváltozott női endokrin működést tekintik a hangulatzavarok közvetlen okának (DEECHER et al. 2008; MORENO et al. 2006). Klinikai és epidemiológiai vizsgálatok egyaránt arra utalnak, hogy a nők szignifikánsan nagyobb kockázatnak vannak kitéve életük során a hangulati és szorongásos zavarokat illetően, mint a férfiak, amely a pszichoszociális hatások mellett főként az eltérő hormonális működésnek köszönhető (PARRY-NEWTON 2001). A nők ugyanis életük során többször kerülnek olyan periódusba, amely jelentős hormonális változással jár, mint a terhesség, a posztpartumidőszak vagy a menopauza. Feltételezhető, hogy a hormonális változások a hipotalamusz működésén és a monoaminok metabolizmusán keresztül fejtik ki hatásukat az agyra (DENNERSTEIN-BURROWS 1978). A monoaminok metabolizmusában felfedezhető nemi különbségeket tekintik az egyik legjelentősebb tényezőnek a nők depresszióval szembeni sérülékenységeiben is (MORENOET al. 2006). Emellett a női endokrin működésben kiemelt szerepet játszó ösztrogénnek szintén jelentős hatása van a pszichés szabályozásra. Az ösztrogén direkt hatást fejt ki a központi idegrendszerre, a neurotranszmitter funkciókra, szabályozza a szinapszisok létrejöttét, növeli az 5-HT_{2A} kötőhelyek számát azokban az agyi régiókban, amelyek a hangulatot és a kognitív folyamatokat szabályozzák, valamint módosítja a β -amiloid-metabolizmust és modulálja a szerotoninfunkciókat is, amelyeknek szintén szerepük van a pszichés működésben (DEECHERET al. 2008). Smith és Studd (1994) szerint az ösztrogén hatása a neurotranszmitterekre és receptoraikra leginkább az antidepresszánsokéra hasonlít. A hormonális változások ezért hozzájárulhatnak a me-

nopauza alatti pszichés zavarok kialakulásához azoknál a nőknél, akiknek a szervezete nehezebben tud alkalmazkodni a megváltozott hormonális feltételekhez (DEECHER et al. 2008). Újabb kutatások arra is rámutatnak, hogy a hormonok és a depresszió közti kapcsolat kétirányú folyamat (DEECHER et al. 2008). A hormonális változásokkal szembeni sérülékenység megnövelheti a depresszió kockázatát, ugyanakkor azok a nők, akik depressziós előtörténettel rendelkeznek, nagyobb eséllyel fogják a menopauzás státuszt korábban elérni, mint a nem depressziós nők (HARLOW et al. 2003). Ez arra utal, hogy a depresszió hatással lehet a hormonális szabályozásra, ami korai menopauza kialakulásához vezethet. A hipotalamusz-hipofízis-mellékvese (HPA) tengelyaktivációja, ami a stresszválasz részének tekinthető, többek között a hipotalamusz-hipofízis-petefészek tengely reproduktív működését gátolhatja (MASTORAKOS et al. 2006). Krónikus stressz vagy hangulatzavarok esetén tehát a HPA-tengely megnövekedett aktivitása csökkentheti a reproduktív szervek, így a petefészek működését, és ezáltal a termékeny életszakasz lerövidülését okozhatja. Emiatt a változókori depresszió kialakulásában nem lehet figyelmen kívül hagyni azokat a tényezőket sem, amelyek a hormonális változásoktól függetlenül vezetnek a rosszabb hangulati állapot kialakulásához.

DEPRESSZIÓ ÉS MENOPAUZÁS STÁTUSZ

Egyes kutatók arról számoltak be, hogy mind a fizikai, mind a pszichés tünetek erőteljesebben jelentkeznek a perimenopauza, mint a posztmenopauza időszakában (BINFAET al. 2004; BLÜMELET al. 2004; MAARTENSET al. 2002; VANWSENBEECK et al. 2001). Továbbá, a depressziós tünetek legerősebben azoknál a perimenopauzás nőknél jelentkeztek, akik már korábban is átéltek depressziós epizódokat. Owens és Matthews (1998) kutatásuk során azt találták, hogy a perimenopauzában a leggyakoribbak az alvászavarok, ami szintén növelheti a depressziót, szorongást ebben a periódusban. Tehát a perimenopauza tekinthető a legkritikusabb időszaknak a változókori hangulatzavarok megjelenése szempontjából, ami annak köszönhető, hogy a legtöbb hormonális változás ebben a periódusban zajlik le a klimaktérium alatt (BINFAET al. 2004).

MENOPAUZA ÉS SZORONGÁS

Számtalan kutatás foglalkozott a depresszió és a változókori kapcsolatával, keveset tudunk ugyanakkor a szorongásról ebben az életszakaszban. Sok perimenopauzás nő megnövekedett szorongásról és több szorongásos tünetről számol be, ami feltehetően annak is köszönhető, hogy az egyes menopauzás panaszok (pl. hőhullámok, izzadás) hasonlítanak a szorongás fizikai tüneteire (DEEKS 2003). A vizsgálatok többségében nem mutattak ki korrelációt a hormonális státusz és a szorongás tünetei között; például Sagsoz, Oguzturk, Bayram és Kamaci (2001) kutatásukban nem találtak korrelációt a szorongás és a plazma FSH-, LH- és ösztrogénszintek között. Ugyanakkor azt találták,

hogy a hormonpótlásban részesülő nők kisebb szorongásról számoltak be, valószínűleg azért, mert a kezelés hatására a kellemetlen fizikai panaszok is enyhülnek (BOYLE–MURRIHY 2001). Valószínűsíthető tehát, hogy a változókori során tapasztalt szorongás összefügg a menopauzás tünetek súlyosságával. A menopauzás nő szorongását ugyanakkor egyéb tényezők is befolyásolják, mint például a korábbi pszichés problémák, pszichoszociális faktorok és az életmódbeli tényezők.

A VÁLTOZÓKORI PSZICHÉS PROBLÉMÁK KORRELÁTUMAI

Az endokrin változások ugyan hatást gyakorolnak a hangulatra, de ahogyan a fenti kutatásokból is kiderült, a menopauza alatti depressziót és szorongást nem lehet kizárólag a nemi hormonokban bekövetkező természetes változásoknak tulajdonítani, hanem a biológiai különbségek és a pszichoszociális tényezők együttes hatása vezethet a pszichés problémák kialakulásához egy olyan kritikus periódusban, mint a menopauza (RICHARDSON–ROBINSON 2000; DEEKS 2003). Kutatások szerint a következő faktorok tekinthetők a depressziós hangulat és a szorongás legkonzisztensebb bejósolóinak: a korábbi depresszió vagy nőgyógyászati problémák, rossz általános egészségügyi állapot, erőteljesebb menopauzás tünetek, nagyfokú stressz és negatív életesemények, negatív attitűd a menopauzával és az öregedéssel szemben, alacsony önértékelés és negatív testkép, fizikai inaktivitás, dohányzás, jelentős alkoholfogyasztás, alacsony társas támogatottság, párkapcsolati problémák vagy partner hiánya, alacsony szocioökonómiai státusz és munkanélküliség (AVIS et al. 2004; BLOCH 2001; DENNERSTEIN et al. 1999; HUNTER 1992).

KORÁBBI PSZICHOPATOLÓGIÁK

Kutatások szerint a korábbi életszakasz során felmerülő pszichés zavarok, főként a depresszió, szorongás és a premenstruációs szindróma bejósói a változókori depressziós hangulatnak (BINFLET al. 2004; DENNERSTEIN et al. 2001; DESAI–JAHN 2000; MAARTENSET al. 2002; CALLEGARIET al. 2007). Kuhl, Wadsworth és Hardy (1997) azt találták, hogy a 36 éves kori rossz mentális állapot bejósolta a menopauzás depressziót. Ezek az eredmények is megerősítik azt az elképzelést, hogy bár a menopauza önmagában nem vált ki szükségszerűen depressziós tünetegyüttest, lezajlása a depresszióval szembeni fokozott sérülékenység időszakának tekinthető (CALLEGARIET al. 2007).

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

A korábbi nőgyógyászati problémák, a korai menopauza és a rossz általános egészségi állapot jellemzően rosszabb hangulattal és több menopauzás tünettől (HUNTER 1992; KARACAM–SEKER 2007; LIAO et al. 2000), a jobb észlelt egészségi állapot viszont kisebb depresszióval, jobb életminőséggel jár együtt (CHOI et al. 2004). Különösen nehéz helyzetben vannak a korai változókort megtapasztaló, illetve a mesterséges meno-

pauzán keresztülmenő nők. Utóbbi esetben a fő probléma, hogy a szervezet nem kap elég időt arra, hogy a hirtelen megváltozott hormonális státuszhoz alkalmazkodjon, ezért ilyenkor hevesebb tünetek jelentkeznek. A túl hirtelen bekövetkező hormonális változások mellett a nő lelki egyensúlyát a szokásosnál is jobban megterheli a termékenység idő előtti vagy éppen túl hirtelen bekövetkező elvesztése.

NEGATÍV ATTITÜD A MENOPAUZÁVAL ÉS AZ ÖREGEDÉSSSEL SZEMBEN

Azok a nők, akik negatívabb attitűddel rendelkeznek a menopauzával kapcsolatban, gyakrabban számolnak be pszichológiai problémákról a változókor alatt (AVIS–MCKINLAY 1991; CHOI et al. 2004). Dennerstein és munkatársai (2001) vizsgálata szerint a hangulatra elsősorban az öregedésről alkotott vélekedések gyakorolnak hatást.

ÉLETESEMÉNYEK, SZEMÉLYISÉG, MEGKÜZDÉS

Azok a nők, akik olyan negatív életeseményeket tapasztaltak meg, mint a házastárs halála, krónikus betegség, párkapcsolati válság, magasabb pontszámot mutatnak a pszichológiai morbiditást vizsgáló teszteken (GATH et al. 1987; MAARTENS et al. 2002) és több menopauza alatti szomatikus tünetről számolnak be (BINFAET al. 2004; KARACAM–SEKER 2007). A nagymértékű stressz megtapasztalása a változókor évei alatt szintén összefüggésbe hozható a negatív hangulattal (AVIS et al. 2004; DENNERSTEIN et al. 1999). Bizonyos személyiségjegyek sérülékenyebbé teszik a nőket a menopauza alatt kialakuló pszichés zavarokkal szemben; a nagyobb neuroticizmus, az elkerülő személyiség, az alacsony együttműködési készség bejósolják a menopauza során felmerülő pszichés tüneteket (COLLINS et al. 1983; BOSWORTH et al. 2003). Mindezek mellett az is fontos tényező lehet, hogy a nők mennyire képesek megküzdeni a felmerülő nehézségekkel. Ballinger (1985) vizsgálatában azt találta, hogy a menopauza során hormonkezelésben részesülők kevésbé hatékony megküzdési képességgel rendelkeznek és következésképpen rosszabb hangulatról számolnak be. Ezzel szemben azok, akik aktív megküzdési stratégiákat használnak, kisebb mértékű hangulati problémákat jeleznek a menopauza során (NERI et al. 1997).

TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG

A diszfunkcionális család és az alacsony társas támogatottság a menopauza alatti depresszió bejósolója (BINFA et al. 2004), a házastársi kapcsolat hiánya pedig nagyobb kockázati tényező a kellemetlen fizikai tünetek megélését illetően (LI et al. 2005). Ezzel szemben a jó házastársi kapcsolat, a munkahelyi státusz és elégedettség, valamint a társas támogatottság mértéke pozitívan korrelál a menopauza alatti jókedvvel és negatívan a zavaró tünetek számával és mértékével (DENNERSTEIN et al. 2001). Az egyén szociális hálózatának tagjaitól: a partnertől, gyermekektől, rokonoktól

és barátoktól érkező érzelmi és információs támogatás szintén a depresszió védőfaktorának bizonyult (MAJOR et al. 1997; VINOKUR–VAN RYN 1993). Az empirikus vizsgálatok eredményei tehát arra utalnak, hogy a társas kapcsolatok pozitív hatással vannak a változókori testi, lelki panaszokra. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy a nem megfelelő minőségű kapcsolatok megnövelik a menopauza során tapasztalt depressziót és szorongást (CHOIET al. 2004).

ÖNÉRTÉKELÉS

Azok a nők, akiknek alacsony vagy instabil az önértékelésük, gyakrabban élnek át depressziós epizódokat vagy szorongást és fogékonyabbak az egészségügyi problémákkal szemben (HIGGINS 1987). Az önértékelés nagyban meghatározza azt is, ahogyan a menopauzás nő érez és gondolkodik önmagáról a klimaktérium időszakában (DEEKS 2003). Amikor a nők megtapasztalják a klimaktérium során bekövetkező változásokat, az önértékelés fontos tényezője lesz a felmerülő problémákkal való megküzdésnek (SHUA et al. 2007). Azok a nők, akik pozitívabb énképpel rendelkeztek, kevesebb problémáról számoltak be (BLOCH 2001; HUNTER–LIAO 1995), míg az alacsonyabb önértékelésű nők nehezebben tudnak megküzdni a klimaktérium során felmerülő nehézségekkel (KAUFERT 1982; REYNOLDS 2002).

TESTKÉP

Christler és Ghiz (1993) szerint a menopauzával összefüggő tünetek, mint a hőhullámok vagy a csontritkulás, negatívan befolyásolják a nők testképét és azt az üzenetet közvetíthetik feléjük, hogy az egykoron megbízható test fölött elvesztették a kontrollt. Az öregedés során megjelenő fizikai jegyek, mint például a ráncok, szintén hozzájárulhatnak a menopauzás nő negatív testképéhez, ami depresszióhoz vezethet (JANELLI 1993). Az egyik legjellegzetesebb menopauza alatt lezajló testi változás a zsírlerakódás eltolódása a test középső részére, a hastájékra és a derékra, anélkül, hogy a teljes testzsírtömeg változna, ami szintén a test fölötti kontrollvesztés érzetét közvetítheti (DEEKS 2003). A testkép jelentőségét a változókorban az is igazolja, hogy azok a nők, akik nem elégedettek a megjelenésükkel, több menopauzás tünetről számoltak be (BLOCH 2001). A negatív testkép tehát számos nő esetében jelent problémát a változókor során, sokaknak közülük csökken az önértékelése, és kontrollvesztést élnek meg a testük és egyben az életük fölött is.

ÉLETMÓD

Az életmódbeli tényezőknek fontos szerepük van a változókori tünetek megjelenésében és a mentális egészség megőrzésében. A fizikai aktivitás menopauzás tünetekre és jóllétre gyakorolt hatását sokan vizsgálták már, és az eredmények egyöntetűen azt sugallják,

hogy a rendszeres testmozgás a fizikai és mentális egészségre egyaránt pozitív hatással van. A rendszeres testedzés feszültségoldó, hangulatjavító, önbecsülést fokozó és szexuális funkciókat javító hatása mellett védelmet nyújthat a mozgásszegény életmóddal járó tartáshibákkal, az elhízással, az anyagcserezavarokkal, a szív- és érrendszeri problémákkal szemben is (TEREMI 2000). A fizikai aktivitásnak az életminőség javításában és az egészség megőrzésében ismert előnyei miatt különleges jelentősége van a menopauza életkorban is. Megfigyelések és epidemiológiai kutatások egyaránt igazolták, hogy a rendszeres fizikai aktivitást folytató nők ritkább vagy kevésbé intenzív menopauzás tüneteket tapasztalnak meg (ELAVSKY–MCAULEY 2005; LI et al. 2005; IVARSSON et al. 1998; NELSON et al. 2008; WILBUR et al. 1990), és jobb a hangulatuk és az életminőségük is, összehasonlítva a fizikailag inaktív nőkével (BOSWORTH et al. 2001; DENNERSTEIN 1999; HUNTER 1992). A rendszeres testedzés feltehetően menopauzás tünetek csökkenésén és a pozitívabb testkép és önértékelés fenntartásán keresztül biztosít jobb életminőséget a menopauzás nők számára (TEREMI 2000). A dohányzás a kutatások szerint rosszabb hangulattal és erősebb fizikai tünetekkel jár együtt a menopauza alatt (LI et al. 2005; HUNTER 1992). A dohányzás közismert egészségkárosító hatásain kívül ezt az is magyarázhatja, hogy a pszichés problémákkal küzdő nők nagyobb valószínűséggel dohányoznak a stressz csökkentése céljából. A nagymértékű alkoholfogyasztás szintén növeli a változókori problémákat, elsősorban azért, hogy a menopauza korábbi bekövetkeztét eredményezi (MIKKELSEN et al. 2007; HE et al. 2009). Kutatások szerint a magasabb testtömegindex (BMI) szintén kockázati tényező lehet a változókori pszichés problémák és fizikai panaszok szempontjából (LI et al. 2005; DALEY et al. 2007; PARAZZINI 2005), a súlytöbblet ugyanis sok egészségügyi problémával járhat, és negatív hatással van a nő testképére, önértékelésére (LI et al. 2005).

SZOCIOÖKONÓMIAI STÁTUSZ

Az alacsonyabb szocioökonómiai státusz, a munkanélküliség és az anyagi problémák a kutatások szerint megnövelik a változókori depresszió kockázatát (BOSWORTH et al. 2001; CHOI et al. 2004; KARACAM–SEKER 2007; MAARTENS et al. 2002). Az iskolázottság tekintetében ellentmondó eredmények születtek. A vizsgálatok többsége szerint az alacsonyabb iskolázottság rosszabb hangulattal és több menopauzás tünettől jár együtt (CHOI et al. 2004; KARACAM–SEKER 2007; PARAZZINI 2005), amit gyakran a képzetlenebb nők kedvezőbb egészségmagatartásával hoznak összefüggésbe. Ugyanakkor ennek ellentmondó eredmények is születtek, amelyeket a szerzők azzal magyaráztak, hogy az iskolázottabb nők nagyobb felelősséggel és elvárással, ennek megfelelően több stresszel járó pozíciót töltenek be a munkahelyükön (LI et al. 2005).

INTERVENCIÓK A MENOPAUZA SORÁN FELMERÜLŐ PROBLÉMÁKRA

A HORMONTERÁPIA

A változókori problémák kezelésére számos lehetőség van. Az orvosi gyakorlatban leggyakrabban a menopauzás panaszok fő okaként számon tartott ösztrogénhiányt kezelik hormonpótló terápiával (TÓTH 2000). A hormonkezelés egyik célja a kellemetlen fizikai tünetek csökkentése abban az átmeneti időszakban, amikor a hormonális változások történnek, a másik pedig az ösztrogénhiányból fakadó lehetséges szövődmények elkerülése (RÁKÓCZI 1992). A hormonpótló terápiát az ötvenes évektől kezdve alkalmazzák a változókori problémák kezelésében, az idők során pedig egyre hatékonyabb és kevesebb mellékhatással járó gyógyszereket fejlesztettek ki (PAP 2000). A hormonpótló kezelés elsősorban ösztrogénre és progeszteronra épül. Az ösztrogén a kellemetlen tünetek enyhítéséért, míg a progeszteron a vérzés, ezáltal a méhnyálkahártya leöklődéséért felelős, ami védelmet jelent a méhestrák kialakulásával szemben (PAP 2000). Gyakori és kellemetlen mellékhatásai miatt ritkán, elsősorban a zavaró mértékű libidócsökkenés esetén szoktak tesztoszteront is alkalmazni, de kizárólag csak más hormonokkal kombinálva (TÓTH 2000). Egy másik androgén hormon, a mellékvesekéregben termelődő dehidroepiandrosteron-szulfát (DHEA-S) hangulatjavító hatása miatt lehet a jövőben a menopauzás hormonterápia része, de egyelőre még csak szűk körben használják (SOARES et al. 2004). A gyógyszeres kezelés több alkalmazási módja ismert. A napjainkban legelterjedtebb hormonpótló eljárás, a bőrön át tapasz vagy zselé formájában bevitt hormon, hatékony a legtöbb menopauzás tünetre, viszont kevés mellékhatással jár, mivel a májat kikerülve szívódik fel (TÓTH 2000). Ugyanakkor minden hormonpótló kezelés járhat mellékhatásokkal is, amelyek közül leggyakrabban a méh- és emlődaganat kockázatát említik meg. A hormonpótló terápia veszélyei miatt a gyógyszerkutatás figyelme újabban a szelektív ösztrogénreceptor-modulátor (SERM) készítmények felé fordult, mivel e gyógyszerek megőrzik az ösztrogén pozitív hatását a csontszövetre, valamint a szív- és érrendszerre, de védőhatást nyújtanak sok potenciális mellékhatással, így az emlőkarcinómával szemben is (PAP 2000).

KIKBŐL LESZNEK A HORMONKEZELTEK?

A hormonpótló kezelés nem minden kockázattól mentes, ezért csak indokolt esetben, a javallatok és ellenjavallatok mérlegelése után, a legkisebb szükséges dózisban adható (PAP 2000). A menopauzás hormonpótló terápia legfontosabb indikációi: a súlyos panaszokat okozó ösztrogénhiányos állapot, amely rontja a nő életminőségét, az öröklött vagy szerzett csonttritkulás, valamint a romló fizikális és pszichés állapot (TÓTH 2000). A hormonpótló kezelés alkalmazása tehát egyrészt szakorvosi döntés következménye, másrészt maguknak a menopauzás nőknek is nagy szerepük van benne, hiszen ők fordulnak orvoshoz panaszaikkal, és az előnyök, hátrányok mérlegelése után ők

döntenekakezeléselfogadásáról. Vizsgálatokszerintaváltozókorsoránhormonterápiában részesülő nők jellemzően a kezelésből fakadó előnyöket a kockázatoknál magasabbra értékelik, pozitív attitűddel rendelkeznek a hormonpótlásról, de negatívvál a menopauzáról, és hajlamosabbak patológiásnak, mintsem természetes állapotnak tekinteni azt, magasabb végzettségűek és jövedelműek, valamint használtak már korábban fogamzásgátlót (BURUSANONT–HADSALL 2004; EKSTRÖM 2005; KEATING et al. 1999; LOMRANZ et al. 2000; NEWTON et al. 1998). A hormonterápiát igénybe vevő nők pszichés profilját vizsgáló kutatások pedig azt mutatják, hogy körükben gyakoribbak a mentális problémák vagy az arra hajlamosító személyiségjegyek (AVIS 2001; LOEKKEGAARD et al. 2002; EKSTRÖM 2005; MATTHEWS et al. 1996). Ennek az lehet a magyarázata, hogy a különböző személyiségvonások eltérő megküzdési stratégiához vezetnek, ezért bizonyos személyiségvonással rendelkező nők nagyobb valószínűséggel választják a hormonterápiát a menopauzával járó kellemetlenségek leküzdéséhez (LOEKKEGAARD et al. 2002). A hormonpótlást választó nők körében leggyakrabban talált személyiségvonás a neuroticizmus (HVAS et al. 2003; EKSTRÖM 2005; LOEKKEGAARD et al. 2002). A neuroticizmus gyakran jár együtt a fizikai tünetekről és az egészségügyi problémákról való gyakoribb beszámolóval (COSTA–MCCRAE 1987). A hormonterápiában részt vevő nők pedig jellemzően gyakrabban járnak orvoshoz, ami egyéb tényezők mellett köszönhető lehet annak is, hogy testi tüneteiket fokozott figyelemmel kísérik és hajlamosabbak másoknak beszámolni azokról (EKSTRÖM 2005). Ezenkívül a hormonpótlás egy olyan általános problémamegoldó stratégia része is lehet, amely a testi, lelki panaszok gyógyszeres kezelésére hajlamosít (EKSTRÖM et al. 2003; HVAS et al. 2003). Tehát a testi érzékelések nagyobb tudatossága és problémaként vagy betegséggént interpretálása hozzájárul a menopauza medikális felfogásához, ami a változókori panaszok gyógyszeres kezelésének előnyben részesítéséhez vezethet (EKSTRÖM 2005).

A VÁLTOZÓKORBAN MEGJELENŐ PSZICHOPATOLÓGIÁK KEZELÉSE

A hormonpótló terápia eredményesnek bizonyult a változókort kísérő fizikai tünetek kezelésében, de hatása a pszichés tünetekre korántsem ilyen egyértelmű. A hormonterápia hangulatra kifejtett hatását vizsgáló kutatások leginkább a mesterséges menopauzán keresztülmenő nők esetében találtak pozitív eredményeket, főként a depresszív hangulat javulásában és a szorongás csökkenésében (BAKSUA et al. 2005). A hormonpótlás sikerét ebben az esetben valószínűleg az okozza, hogy döntően endokrin változások állnak a pszichés problémák hátterében, mivel a szervezetnek nincs elég ideje arra, hogy a hirtelen megváltozott hormonális státuszhoz alkalmazkodjon. A természetes menopauza tekintetében ugyanakkor ellentmondásos eredmények születtek. Ugyan egyes kutatásokból arra lehet következtetni, hogy a hormonterápia, elsősorban a fizikai tünetek enyhítésén keresztül, hozzájárulhat az életminőség javulásához és a pszichés panaszok csökkenéséhez (BOYLE–MURRIHY 2001; HLATY–BOOTHROYD 2002; NACHTIGAL–NACHTIGAL 2004), de nem minden vizsgálat támasztja alá ezt a feltevést (HAINES et al. 2003). A hormonterápia

hangulatra gyakorolt hatása tehát nem teljesen tisztázott, de a jelenlegi eredmények arra utalnak, hogy a klinikai mértékű depresszió és szorongás esetében hormonterápiával önmagában nem érhető el javulás, ezért ilyenkor más kezelési módszereket kell alkalmazni (BELSŐ és mtsai. 2000). A depresszió gyógyszeres kezelése esetén elsősorban szelektív szerotonin-visszavételt gátló (SSRI) vagy reverzibilis monoamin-oxidáz-bénító (RIMA), illetve szelektív szerotonin-visszavételt fokozó, antidepresszív készítményeket használnak. Mivel a depressziós állapot gyakori velejárója a szorongás, ezért szükség esetén kiegészítő anxiolitikus kezelést is alkalmaznak, főként nagy potenciálú benzo-diazepin készítményeket (BELSŐ és mtsai. 2000). Vizsgálatok azt mutatják, hogy az antidepresszáns kezelés és a hormonpótló terápia együttes alkalmazása sikeresebb lehet, mivel az ösztrogén adagolása fokozza az SSRI-k iránti érzékenységet (BELSŐ és mtsai. 2000). A gyógyszeres kezelésen kívül fontos a pszichoterápiás vezetés is, elsősorban a pszichoedukáció, amelynek célja a menopauzával kapcsolatos információk átadása, az életmód-változtatás ösztönzése, a kapcsolati problémák feloldása, a pozitív énkép megerősítése és a stressz csökkentése relaxációs technikákkal, például autogén tréninggel (BELSŐ és mtsai. 2000). Kevés vizsgálat született eddig a változókori problémákra alkalmazott pszichés intervenciók hatékonyságáról. Figyelemreméltó eredményeket értek el ugyanakkor pszichoedukációval és kognitív-viselkedéses technikákkal, amelyek a menopauzával szembeni attitűd megváltoztatásán és a jobb megküzdési stratégiák kialakításán keresztül járultak hozzá a panaszok enyhüléséhez és az életminőség javulásához (LARROY GARCÍA-GUTIÉRREZ GÓMEZ-CALCERRADA 2009; ROTEM et al. 2005). A kognitív módszerek relaxációs technikákkal való kombinálásával a hőhullámok kezelésében értek el jelentős sikereket (STEPHENSON-DELPHRATO 1983). A relaxáció és biofeedback együttes alkalmazása pedig elsősorban a stressz fiziológiai válaszait mérsékelte (JEONG 2004). Ezek az eredmények arra hívják fel a figyelmet, hogy a pszichológiai intervenciók a gyógyszeres terápia mellett vagy ahelyett hatékonyak lehetnek a változókori panaszok kezelésében.

ALTERNATÍV GYÓGYMÓDOK

A változókori testi-lelki panaszok kezelésére számos alternatív gyógy mód létezik, amelyek között kiemelt szerepe van az életmód-változtatásnak. A rendszeres testmozgás csökkenti a csontritkulás, cukorbetegség, szívbetegség kockázatát, erősíti az izmokat és az ízületeket, javítja az agyműködést és az alvás minőségét és hatékonyabbá teszi az immunrendszert (TÓTH 2000). A helyes táplálkozásnak szintén nagy jelentősége van, mivel a megfelelő arányban fogyasztott élelmiszerek több betegséggel szemben is védelmet nyújthatnak. Különösen a megfelelő vitamin- és ásványianyag-bevitelre kell figyelni; így a kalcium és a D-vitamin pótlása a csontritkulás elkerülésében játszik szerepet (RÁKÓCZI 1992). A dohányzás és a nagymértékű alkoholfogyasztás kerülése szintén fontos része a menopauzás tünetek kezelését célzó életmód-változtatásnak. A változókori panaszok ellen hasznosak lehetnek a különböző étrendkiegészítők és gyógynövények.

A fitoösztrogének a gabonafélék öröletlen magvaiban, a szójababban és a lenmagban fellelhető ösztrogénekre emlékeztető kémiai szerkezetű anyagok. Valószínűleg szerepet játszanak abban, hogy a japán nők ritkábban szenvednek a hőhullámoktól, mivel fitoösztrogénekben gazdag táplálkozást folytatnak (TÓTH 2000). Ezenkívül számos gyógynövény enyhíti még a változókor tüneteit (RÁKÓCZI 1992). Napjainkban egyre terjedően vannak az egyéb természetes gyógymódok is a menopauzás panaszok kezelésében, mint az aromaterápia, az akupunktúra, akupresszúra, a vízterápia (szauna, ülőfürdő, gőzkamra), a masszázs és a jóga (REES 2009). A természetes gyógymódok hatékonyságát klinikai vizsgálatok egyelőre nem tudták igazolni (REES 2009), de a kutatások kis száma miatt további vizsgálatokra lenne szükség a következtetések levonásához.

ÖSSZEFOGLALÁS

A fejezetben áttekintést nyerhettünk a klimaktérium során jelentkező sajátos testi, lelki változásokról és az azokat kísérő problémákról, valamint a kezelési lehetőségekről. Mint láthattuk, a menopauzával járó panaszok korántsem egyforma mértékben érintik a nőket, mivel egyesek biológiai vagy pszichés sérülékenységük folytán fokozottan ki vannak téve a kellemetlen hatásoknak. Ezek a tényezők pedig nemcsak a klimaktérium során bekövetkező változások megélését, hanem az azokkal való megküzdést is befolyásolják. Gyakorta tapasztaljuk, hogy a változókorban felmerülő fizikai és pszichés panaszok kezelésében a gyógyszeres megoldások dominálnak, holott a megfelelő tájékoztatással és alternatív gyógymódokkal sok esetben kedvező változásokat lehetne elérni. Mindehhez nélkülözhetetlen a menopauza során jelentkező problémák összefüggéseinek további feltárása, ami komplex bio-pszicho-szociális megközelítést igényel.

IRODALOMJEGYZÉK

- AKAHOSHI, M. et al. (2002): The effects of body mass index on age at menopause. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 26. 961–968.
- AVIS, N. E. – MCKINLAY, S. M. (1991): A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas*, 13. 765–779.
- AVIS, N. E. (1995): The Massachusetts Women's Health Study: an epidemiologic investigation of the menopause. *Journal of American Medical Women's Association*, 50. 45–63.

- AVIS, N. E. et al. (2001): Longitudinal study of hormone levels and depression among women transitioning through menopause. *Climacteric*, 4. 243–249.
- AVIS, N. E. et al. (2001): Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Social Science and Medicine*, 52. 345–356.
- AVIS, N. E. et al. (2004): Quality of life in diverse groups of midlife women: Assessing the influence of menopause, health status and psychological and demographic factors. *Quality of Life Research*, 13. 993–946.
- BAKER, A. et al. (1997): Sleep disruption and mood changes associated with menopause. *Journal of Psychosomatic Research*, 43. (4). 359–369.
- BAKSUA, A. et al. (2005): Efficacy of tibolone and transdermal estrogen therapy on psychological symptoms in women following surgical menopause. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 91. 58–62.
- BALLINGER, S. E. (1985): Psychosocial stress and symptoms of menopause: a comparative study of menopause clinic patients and non-patients. *Maturitas*, 7. 315–327.
- BARNETT, E. A. (1988): La edad critica: The positive experience of menopause in a small Peruvian town. In: WHELEHAN, P. – BERGIN, M. A. (eds): *Women and health: Cross-cultural perspectives*. Bergin & Garvey, West Port, CT. 40–54.
- BELSŐ N. és mtsai. (2000): *Depreszió a változókorban, avagy a perimenopauzális depresszió felismerése és kezelésének lehetőségei*. Springer Hungária Kft., Budapest.
- BEYENE, Y. (1986): Cultural significance and physiological manifestations of menopause: A biocultural analysis. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 19. 47–71.
- BINFA, L. et al. (2004): Influence of psycho-social factors on climacteric symptoms. *Maturitas*, 48. 425–431.
- BLOCH, A. (2001): Self-awareness during the menopause. *Maturitas*, 41. 61–68.
- BLÜMEL, J. E. M. et al. (2004): Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric. *Maturitas*, 49. 205–210.
- BOSWORTH, H. B. et al. (2001): Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *Psychosomatic Medicine*, 63. 603–608.
- BOSWORHT, H. B. et al. (2003): Coping styles and personality domains related to menopausal stress. *Woman's Health Issues*, 13. 32–38.
- BOYLE G. J. – MURRIHY R. (2001): A preliminary study of hormone replacement therapy and psychological mood states in perimenopausal women. *Journal of Psychological Reproduction*, 88. 160–170.
- BROMBERGER, I. T. et al. (1997): Prospective study of the determinants of age at menopause. *American Journal of Epidemiology*, 145. 124–133.
- BURGER, H. G. (1996): The endocrinology of the menopause. *Maturitas*, 23. 129–136.
- BURUSANONT, M. – HADSALL, R. S. (2004): Factors associated with intention to use hormone replacement therapy among Thai middle-aged women. *Maturitas*, 47. 219–227.
- CALLEGARI, C. et al. (2007): Female psychopathologic profile during menopausal transition: A preliminary study. *Maturitas*, 56. 447–451.

- CHENG, M-H. et al. (2005): Attitudes toward menopause among middle-aged women: A community survey in an island of Taiwan. *Maturitas*, 52. 348–355.
- CHOI, H. et al. (2004): A Structural Model of Menopausal Depression in Korean Women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18. (6). 235–242.
- CHRISLER, J. C. – GHIZ, L. (1993): Body image issues of older women. *Women and Therapy*, 14. 67–75.
- COHEN, L. S. et al. (2006): Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard Study of Moods and Cycles. *Archives of General Psychiatry*, 63. 385–390.
- COLLINS, A. et al. (1983): Postmenopausal symptoms and response to hormonal replacement therapy: influence of psychological factors. *Journal of Psychosomatics and Obstetrics*, 2-4. 227–233.
- COSTA, P. T. Jr. – McCRAE, R. R. (1987): Neuroticism, somatic complaints, and disease: is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55. 299–316.
- DALEY, A. et al. (2007): Exercise participation, body mass index, and health-related quality of life in women of menopausal age. *British Journal of General Practice*, 57. 130–135.
- DEECHER, D. et al. (2008): From menarche to menopause: Exploring the underlying biology of depression in women experiencing hormonal changes. *Psychoneuroendocrinology*, 33. 3–17.
- DEEKS, A. (2003): Psychological aspects of menopause management, *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 17. (1). 17–31.
- DENNERSTEIN, L. – BURROWS, G. D. (1978): A review of the studies of the psychological symptoms found at menopause. *Maturitas*, 1. 55–64.
- DENNERSTEIN, L. (1996): Well-being, symptoms and the menopausal transition. *Maturitas*, 23. 147–157.
- DENNERSTEIN, L. et al. (1999): Mood and the menopausal transition. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187. 685–691.
- DENNERSTEIN, L. et al. (2001): Factors Contributing to Positive Mood during the Menopausal Transition. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(2). 84–89.
- DESAI, H. D. – JANN, M. W. (2000): Major depression in women: a review of the literature. *Journal of American Pharmacology Association*, 40(4). 525–537.
- EKSTRÖM, H. et al. (2003): Associations between attitudes toward hormone therapy and current use of it in middle-aged women. *Maturitas*, 46. 45–57.
- EKSTRÖM, H. (2005): Trends in middle-aged women's reports of symptoms, use of hormone therapy and attitudes towards it. *Maturitas*, 52. 154–164.
- ELAVSKY, S. – MCAULEY, E. (2005): Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. *Maturitas*, 52. 374–385.
- ERIKSON, E. H. (1950): *Childhood and society*. Norton, New York.
- FLINT, M. – SAMIL, R. S. (1990): Cultural and subcultural meanings of the menopause. *Annals of New York Academy of Sciences*, 592. 134–148.
- FREEMAN, E. W. et al. (2004). Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Archives of General Psychiatry*, 61. 62–70.

- GATH, D. et al. (1987): Psychiatric disorder and gynecological symptoms in middle aged women: a community survey. *British Medical Journal*, 294. 213–218.
- HAINES, J. G. et al. (2003): A prospective, randomized, placebo-controlled study of the dose effect of oral oestradiol on menopausal symptoms, psychological well being, and quality of life in postmenopausal Chinese women. *Maturitas*, 44. 207–214.
- HARLOW, B. L. – SIGNIRELLO, L. B. (2000): Factors associated with early menopause. *Maturitas*, 35. 3–9.
- HARLOW, B. L. et al. (2003): Depression and its influence on reproductive endocrine and menstrual cycle markers associated with perimenopause: the Harvard Study of Moods and Cycles. *Archives of General Psychiatry*, 60. 29–36.
- HARLOW, B. L. et al. (2004): Early life menstrual characteristics and pregnancy experiences among women with and without major depression: the Harvard Study of Moods and Cycles. *Journal of Affective Disorders*, 79. 167–176.
- HAWKES, K. et al. (1997): Hadza women's time allocation, offspring provisioning, and the evolution of long postmenopausal life spans. *Current Anthropology*, 38. 551–577.
- HAWKES, K. (2003): Grandmothers and the evolution of human longevity. *American Journal of Human Biology*, 15. 380–400.
- HE, L. N. et al. (2009): A polymorphism of apolipoprotein E (APOE) gene is associated with age at natural menopause in Caucasian females. *Maturitas*, 62. (1). 37–41.
- HIDAYET, N. M. et al. (1999): Correlates of age at natural menopause: a communitybased study in Alexandria. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 5. 307–19.
- HIGGINS, E. T. (1987): Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94. 319–340.
- HLATKY, M. A. – BOOTHROYD, D. (2002): Quality of life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone therapy. *Journal of the American Medical Association*, 287. 591–597.
- HUNTER, M. (1992): The south-east Eglbad longitudinal study of the climacteric and postmenopause. *Maturitas*, 14. 117–126.
- HUNTER, M. – LIAO, K. (1995): A psychological analysis of menopausal hot flushes. *British Journal of Clinical Psychology*, 34(4). 589–599.
- HVAS, L. et al. (2003): Discussing menopause in general practice. *Maturitas*, 46. 139–146.
- IVARSSON, T. et al. (1998): Physical exercise and vasomotor symptoms in postmenopausal women. *Maturitas*, 29(2). 139–146.
- JAMISON, C. S. et al. (2002): Are all grandmothers equal? A review and a preliminary test of the “grandmother hypothesis” in Tokugawa Japan. *American Journal of Physical Anthropology*, 119. 67–76.
- JANELLI, L. M. (1993): Are there body image differences between older men and women? *Western Journal of Nursing Research*, 15. 327–339.
- JEONG, I. S. (2004): [Effect of progressive muscle relaxation using biofeedback on perceived stress, stress response, immune response and climacteric symptoms of middle-aged women.] *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 34. (2). 213–224. absztrakt, MEDLINE.

- KARACAM, Z. – SEKER, S. E. (2007): Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas*, 58. 75–82.
- KAUFERT, P. (1982): Anthropology and menopause: the development of a theoretical framework. *Maturitas*, 4. 181–193.
- KAUFERT, P. A. et al. (1988): Researching the symptoms of menopause: an exercise in methodology. *Maturitas*, 10. 117–131.
- KAUFERT, P. A. (1996): The social and cultural context of menopause. *Maturitas*, 23. 169–180.
- KEATING, N. L. et al. (1999): Uses of hormone replacement therapy by postmenopausal women in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 130. 545–553.
- KLEIN, N. A. et al. (1996): Ovarian follicular development and the follicular fluid hormones and growth factors in normal women of advanced reproductive age. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 81. 1946–1951.
- KOWLACEK, I. et al. (2005): Women's attitude and perceptions towards menopause in different cultures. Cross-cultural and intra-cultural comparison of pre-menopausal and post-menopausal women in Germany and in Papua New Guinea. *Maturitas*, 51. 227–235.
- KUH, D. L. et al. (1997): Women's health in midlife: the influence of the menopause, social factors and health in earlier life. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104. 923–933.
- KUHLE, B. X. (2007): An evolutionary perspective on the origin and ontogeny of menopause. *Maturitas*, 57. 329–337.
- LAHDENPERÄ, M. et al. (2004): Fitness benefits of prolonged post-reproductive lifespan in women. *Nature*, 428. 178–81.
- LAHDENPERÄ, M. et al. (2004): Menopause: why does fertility end before life? *Climateric*, 7. 327–332.
- LARROY GARCÍA, C. – GUTIÉRREZ GÓMEZ-CALCERRADA, S. (2009): [Cognitive-behavioral intervention in menopausal symptomatology: short-term effects] *Psicothema*, 21(2). 255–261. absztrakt, MEDLINE
- LI, C. et al. (2005): Background factors influencing somatic and psychological symptoms in middle-age women with different hormonal status. A population-based study of Swedish women. *Maturitas*, 52. 306–318.
- LIAO, K. L. et al. (2000): Premature menopause and psychological well-being. *Journal of Psychosomatics and Obstetrics*, 21. 167–174.
- LOCK, M. (1986): Ambiguities of ageing: Japanese experience and perceptions of menopause. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 10. 23–46.
- LOEKKEGAARD, E. et al. (2002): Description of women's personality traits and psychological vulnerability prior to choosing hormone replacement therapy. *Archives of Womens Mental Health*, 5. 23–31.
- LOMRANZ, J. et al. (2000): Attitudes towards hormone replacement therapy among middle-aged women and men. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 93. 199–203.

- MAARTENS, L. W. et al. (2002): Menopausal transition and increased depressive symptomatology: a community based prospective study. *Maturitas*, 42. 195–200.
- MAJOR, B. et al. (1997): Mixed messages: implications of social conflict and social support within close relationships for adjustment to a stressful life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(6). 1349–1363.
- MARLOWE, F. (2000): The patriarch hypothesis: an alternative explanation of menopause. *Human Nature*, 11. 27–42.
- MASTORAKOS, G. et al. (2006): The hypothalamic–pituitary–adrenal and the hypothalamic–pituitary–gonadal axes interplay. *Pediatric Endocrinology Revue*, 3. (1). 172–181.
- MATTHEWS, K. A. et al. (1996): Prior to use of estrogen replacement therapy, are users healthier than nonusers? *American Journal of Epidemiology*, 43. 971–978.
- McKINLAY, S. – JEFFREYS, M. (1974): The menopausal syndrome. *British Journal of Social Medicine*, 28. 108.
- MIKKELSEN, T. F. et al. (2007): Early menopause, association with tobacco smoking, coffee consumption and other lifestyle factors: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 7. 149.
- MORENO, F. A. et al. (2006): Sex differences in depressive response during monoamine depletions in remitted depressive subjects. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67. 1618–1623.
- MORRISON, J. H. et al. (2006): Estrogen, menopause, and the aging brain: how basic neuroscience can inform hormone therapy in women. *Journal of Neurosciences*, 26. 10332–10348.
- MORSE, C. A. et al. (1994): The treatment-seeking woman at menopause. *Maturitas*, 18. 161–173.
- NACHTIGALL, L. E. – NACHTIGALL, M. J. (2004): Menopausal Changes, Quality of Life, and Hormone Therapy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47. (2). 485–488.
- NELSON, D. et al. (2008): Effect of Physical Activity on Menopausal Symptoms among Urban Women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 40(1). 50–58.
- NERI I. et al. (1997): Coping style and climacteric symptoms in a clinical sample of post-menopausal women. *Journal of Psychosomatics and Obstetrics*, 18. 229–233.
- NEWTON, K. M. et al. (1998): The physician's role in women's decision making about hormone replacement therapy. *Obstetrics and Gynecology*, 92(4). 580–584.
- OWENS, J. F. – MATTHEWS, K. A. (1998): Sleep disturbance in healthy middle-aged women. *Maturitas*, 30. 41–50.
- PAP K. (2000): A hormonpótló kezelés korszerű módszerei, készítményei. In: CSEH I. és mtsai. (szerk.): *A menopauza időszzerű kérdései*. B+V Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest. 271–291.
- PARAZZINI, F. (2005): Progetto Menopausa Italia Study Group Factors associated with climacteric symptoms in women around menopause attending menopause clinics in Italy. *Maturitas*, 52. 181–189.
- PARLEE, M. (1976): Social factors in the psychology of menstruation, birth and menopause. *Primary Care*, 3. 477–490.

- PARRY, B. L. – Newton, R. P. (2001): Chronobiological basis of female-specific mood disorders. *Neuropsychopharmacology*, 25(5). 102–108.
- PECCEI, J. S. (2001): Menopause: adaptation or epiphenomenon? *Evolutionary Anthropology*, 10. 43–57.
- RÁKÓCZI I. (1992): *Klimax – avagy a változás kora. Egy nőorvos szemével*. Golden Book, Budapest.
- REES, M. (2009): Alternative treatments for menopause. *Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 23(1). 151–161.
- REYNOLDS, F. (2002): Exploring self-image during hot flashes using a semantic differential scale: associations between poor self-image, depression, flush frequency and flush distress. *Maturitas*, 42. 201–207.
- RICHARDSON, T. A. – ROBINSON, R. D. (2000): Menopause and depression: a review of psychologic function and sex steroid neurobiology during the menopause. *Primary Care Update for Obstetricians and Gynecologists*, 7. 215–223.
- ROBINSON, G. (1996): Cross-Cultural Perspectives on Menopause. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(8). 453–458.
- ROTEM, M. et al. (2005): A psycho-educational program for improving women's attitudes and coping with menopause symptoms. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing*, 34(2). 233–240.
- ROUSSEAU, M. E. (1998): Woman's midlife health. Reframing Menopause. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(3). 208–220.
- SAGSOZ, N. et al. (2001): Anxiety and depression before and after the menopause. *Archives of Gynaecology and Obstetrics*, 264. 199–202.
- SEAR, R. et al. (2000): Maternal grandmothers improve nutritional status and survival of children in rural Gambia. *Proceedings of Royal Society*, 267. 1641–1647.
- SHERWIN, B. B. (1996): Hormones, mood, and cognitive functioning in postmenopausal women. *Obstetrics and Gynecology*, 87(2). 205–65.
- SHUA, B.-C. et al. (2007): Self-concept and menopause among mid-life women: A survey in southern Taiwan. *Maturitas*, 57. 132–138.
- SMITH, L. J. et al. (2004): Effects of ovarian steroids and raloxifene on proteins that synthesize, transport, and degrade serotonin in the raphe region of macaques. *Neuropsychopharmacology*, 29. 2035–2045.
- STEVENSON, D. W. – DELPRATO, D. J. (1983): Multiple component self-control program for menopausal hot flashes. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 14(2). 137–140.
- STOTLAND, N. L. (2002): Menopause: Social expectations, women's realities. *Archives of Womens' Mental Health*, 5. 5–8.
- SYMONS, D. (1979): *The evolution of human sexuality*. Oxford, New York.
- SZADÓCZKY E. (2006): Perimenopauza. In: C. MOLNÁR E. és mtsai. (szerk.): *Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Medicina, Budapest. 93–99.

- TEREMI F. (2000): Egészséges testmozgás, életmód, étrend a menopausában. In: CSEH I. és mtsai. (szerk.): *A menopauza időszerű kérdései*. B+V Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest. 271–291.
- TÓTH K. S. (2000): A menopausalis hormonpótlás – lehetőségek és korlátok. In: CSEH I. és mtsai. (szerk.): *A menopauza időszerű kérdései*. B+V Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest. 249–270.
- VANWSENBECK, I. et al. (2001): Menopausal symptoms: association with menopausal status and psychosocial factors. *Journal of Psychosomatics and Obstetrics*, 22. 149–158.
- VINOKUR, A. D. – VAN RYN, M. (1993): Social support and undermining in close relationships: their independent effects on the mental health of unemployed persons. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2). 350–359.
- WASHBURN, S. L. (1981): Longevity in primates. In: MARCH, J. – MCGAUGH, J. (eds): *Aging, biology and behavior*. Academic Press, New York. 11–29.
- WEISS, K. M. (1981): Evolutionary perspectives on human aging. In: Amoss, P. – Harrell, S. (eds): *Other ways of growing old: anthropological perspectives*. Stanford University Press, Stanford. 25–58.
- WILBUR, J. et al. (1990): The relationship among menopausal status, menopausal symptoms, and physical activity in midlife women. *Family and Community Health*, 13(3). 67–78.
- WRAY, S. (2007): Women making sense of midlife: Ethnic and cultural diversity. *Journal of Aging Studies*, 21. 31–42.

II.

A GYÓGYÍTÓ MUNKA EGÉSZSÉGPSZICHOLOGIAI VONATKOZÁSAI

PLACEBO- ÉS NOCEBOHATÁS A GYÓGYÍTÁSBAN

BEVEZETŐ

Sokan és sok helyen elmondták már azt, hogy a modern orvostudomány túlságosan is biológiai szemléletű, aminek súlyos következményei vannak mind a kezelések megválasztásában és kimenetelében, mind a betegek és az orvosok hozzáállásában. A gyógyulás és a beteggé válás folyamatában ugyanis egyaránt nagy a pszichés faktorok jelentősége.

Ebben a fejezetben két olyan témakört tekintünk át, amely éppen e pszichés tényezők egyikével-másikával foglalkozik. A betegségek egy jelentős része spontán gyógyul, más esetekben hatékony kompenzációs mechanizmusok segítenek az adott állapot szinten tartásában. Az emberi szervezet tehát jelentős mértékű öngyógyító kapacitással bír, ami gyógyszeres kezelés esetén is működik, és ami pszichológiai oldalról is serkenthető, támogatható. A placebohatás nem más, mint e homeosztatisztikus-regenerációs folyamatok serkentése, így a placebokutatásnak fontos hozadéka lehet nemcsak az alapkutatások, hanem a klinikum területén is.

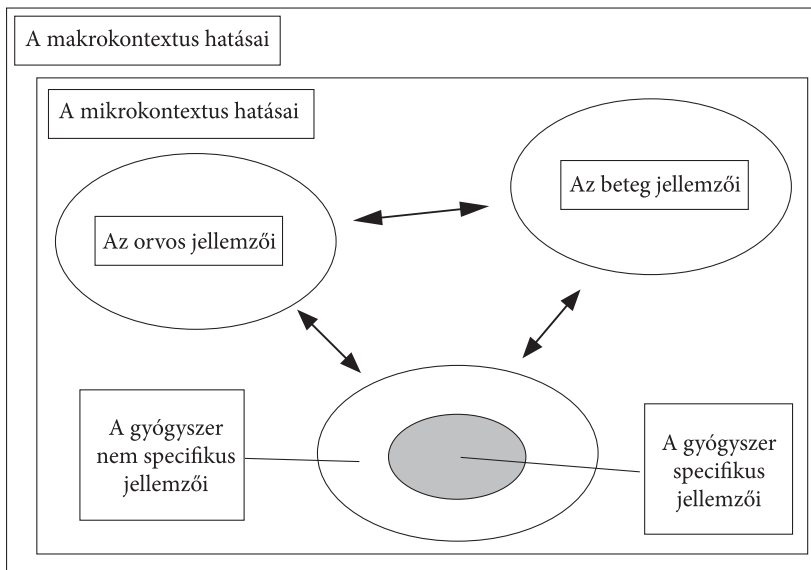
Manapság a kérdés több okból is időszerű. Egyrészt dűl az antidepresszánsokkal és a komplementer és alternatív orvoslás szereivel kapcsolatos vita, és az egyik tábor szerint e szerek esetében semmi másról nincs szó, mint humbugról, csalásról, „hatástalan” placebokról. Ugyanakkor az egyre fejlődő vizsgálati módszereknek köszönhetően egyre többet tudunk a placebohatás központi idegrendszeri mechanizmusairól, s számos betegség és panasz kapcsán kiderűlt az, hogy a placebo által kiváltott hatások nagyon is hasonlóak a gyógyszerek hatásához. Más szóval: a placebók működnek. Ha pedig működnek, akkor nem tarthatók fenn többet a placebók klinikai alkalmazását szigorúan tiltó irányelvek sem, hiszen az orvos legfőbb kötelessége a betegen való segítés. Az utóbbi évtizedben egyre több szerző jegyzi meg azt, hogy éppen eleget tudunk a placebohatásról ahhoz, hogy a gyakorlatban is kihasználhassuk.

Kevésbé ismert a placebo fogalma, mind az egészségügyben dolgozók, mind pedig a betegek körében. Bár a placebocsoportok tagjai által tapasztalt gyógyszer mellékhatások szintén az 1950-es évektől ismeretesek, a nocebokutatás inkább csak az utóbbi tíz esztendőben került előtérbe. Jóval kevesebbet tudunk a jelenség pszichofiziológiai hátteréről, a kiváltó okokról és ennek megfelelően a megelőzési lehetőségekről is, pedig egyre nyilvánvalóbb az, hogy a gyógyszerek mellékhatásainak egy része placebo típusú (ún. *nem specifikus* jellegű). Mivel a farmakoterápia sikerességének legfontosabb előfeltétele az adott gyógyszer megfelelő szedése, és ennek megszakítása (*non-compliance*) legtöbbször éppen a mellékhatások miatt következik be, e tudáshiánynak szintén hatalmas elméleti és gyakorlati következményei vannak.

A PLACEBOJELENSÉG

DEFINÍCIÓK

A gyógyszerek hatását és hatásosságát a legtágabb megközelítésben a következő tényezők eredőjére lehet visszavezetni (*a teljes gyógyszerhatás elve*; CLARIDGE 1970): (1) a hatóanyag(ok) farmakológiai hatása(i), (2) a gyógyító, (3) a beteg, (4) a gyógyszer (vagy másféle kezelés) és (5) a környezet tulajdonságai. Helman (2001) orvosi antropológiai modelljében mindezt (6) a makrokontextus (kultúra) hatásaival egészítette ki (1. ábra).



1. ábra. A teljes gyógyszerhatás komponensei (HELMAN 2001 alapján)

A (2)–(6) pontban felsorolt tényezők együttes hatását *nem specifikus* hatásnak vagy *placebohatásnak* nevezzük (bár az utóbbi kategóriába szűkebb értelemben csak a gyógyszerhez/kezeléshez közvetlenül kapcsolódó hatások tartoznak, a két kifejezést – nem egészen helyesen – gyakran szinonimaként használják). A „*nem specifikus*” kifejezés használata egyébként azért sem igazán szerencsés, mivel ezek a hatások irányukat (pl. serkentő vagy nyugtató) vagy a célszervet tekintve nagyon is specifikusak lehetnek (KIRSCH 1997), a fogalom mégis általánosan elfogadottá vált a placeboirodalomban.

Az 1. táblázat a tágabb értelemben vett placebohatás kiváltásáért felelős fontosabb faktorokat sorolja fel kissé részletesebben (források: ROSS–BUCKALEW 1985; DI BLASI et al. 2001).

1. táblázat. A tágabb értelemben vett placebohatás legfontosabb faktorai

Az orvos tulajdonságai	nem, státusz az orvos elvárásai és szükségletei gyógyító szuggesztiók tájékoztatás, információk
A beteg tulajdonságai	orvos-beteg kapcsolat (interakció) orvos-beteg kapcsolat (interakció) a beteg személyisége és pszichológiai állapota előzetes tapasztalatok hiedelmek a betegségről a betegség tünetei és súlyossága
a gyógyszer tulajdonságai	adherence presztízs gyógyszerforma adagolás alak/méret szín
mikrokontextus	egyéb (csomagolás, betegtájékoztató, reklám stb.) a személyzet jellemzői
makrokontextus	az adott kórház/terápiás környezet jellemzői betegség- és gyógyulásfogalom kulturális szimbólumok

Az idők során számtalan placebodefinitió született, amelyek mindegyike a jelenség egy-egy aspektusára koncentrál. Egyébként van néhány olyan szerző is, akik szerint elvileg sem lehetséges minden szempontból kielégítő meghatározást adni (pl. GÖTZSCHE 1994; HORNUNG 1994; KIENLE–KIENE, 2001). A továbbiakban néhány elfogadott, és témánk szempontjából használhatónak tűnő definíciót ismertetünk.

Kiindulásként nézzük meg a Shapiro házaspár sokat idézett meghatározását (1997: 41): „*placebónak nevezünk bármely olyan terápiát (ill. bármely terápia összetevőjét), amit szándékosan vagy tudatosan használnak nem specifikus, pszichológiai vagy pszichofiziológiai terápiás hatása miatt; vagy amit feltételezett specifikus terápiás hatása miatt alkalmaznak egy betegnél, tünetnél vagy betegségnél, de nem fejt ki specifikus aktivitást a kezelt állapotra.*”

Howard Brody definíciója a kontextuális elemeket jobban hangsúlyozó megközelítést képvisel (BRODY 2000: 9): „*A placeboválasz olyan testi (vagy testi-lelki) változás, amit a gyógyító környezetben található tárgynak, személynek vagy ott zajló eseménynek tulajdonított szimbolikus jelentés vált ki.*” Brody szerint a hatás kialakulása általános formában megfogalmazva úgy történik, hogy a beteg találkozik a gyógyítóval, ennek során a betegségének megítélése (jelentése) pozitív irányba változik, s ez indítja el a placeboreakció kifejlődését. A jelentésbeli eltolódásnak három fontos eleme van: a beteg (1) úgy érzi, hogy meghallgatták és elfogadható, teljes magyarázatot kapott betegségének egészére nézve; (2) úgy érzi, hogy személyes törődést kapott; és (3) észlelt kontrollja nő a betegség felett (saját maga és/vagy a kompetens gyógyító révén).

Hornung meghatározása (1994) nagyon tömör és pragmatikus: „*a placebo nem más, mint egy olyan hatástalan készítmény, ami aktív gyógyszernek tűnik.*” E definíció fő hátránya, hogy a medikációhoz kötődő, szűkebb értelmű meghatározás. Tágabb értelemben ugyanis a placebo nemcsak gyógyszer lehet, hanem bármilyen gyógyító beavatkozás (VICKERS-DE CRAEN 2000), sőt a terapeutával való találkozás vagy akár a diagnózis is (BRODY-WATERS 1980; BENEDETTI 2009). Ross és Olson (1981) még tovább tágítja az értelmezés körét és eltávolodik a gyógyító kontextustól, így definíciójukba már jól belefér pl. a placeboalkohol vagy a placebokávé témaköre is: „*placebónak nevezünk minden olyan anyagot vagy eljárást, ami az érintett tudomása szerint változtatni képes bizonyos tüneteket vagy külső-belső testi észleleteket, ám valójában nem bír az e változásokhoz szükséges farmakológiai vagy specifikus hatással.*”

Érdemes megjegyezni azt, hogy placebóként működhetnek természetesen olyan anyagok is, amelyeknek van valamilyen észlelt és/vagy farmakológiai hatása, ám az nincs közvetlen kapcsolatban a kezelni kívánt tünetekkel (pl. sok orvos ír fel vitaminokat fáradtság vagy stressz kezelésére) – ezeket nevezik *aktív placebo*-nak, mások *ál-* vagy *pszeudoplacebó*-nak (ANSCHÜTZ 1977). S végül, ha egy valóban adekvát hatású szert használunk a terápiásnál kisebb dózisban, az az ún. *tökéletlen* (impure) placebo (PIECHOWIAK 1991; STEINEGGER-HANSEL 1988).

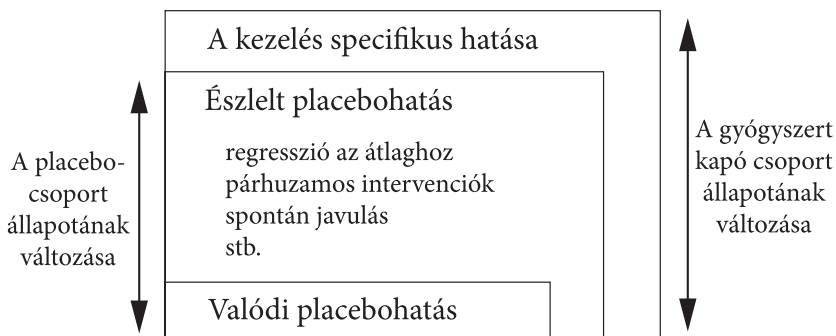
Csak az utóbbi tíz évben kezdik felismerni azt, hogy a különböző placebok hatásosságukban nem egyenértékűek (KAPTCHUK 1998), és akár a klinikai hatásvizsgálatok eredményeit is befolyásolhatja az, hogy a placebo csoport tagjai „gyengébb” vagy „erősebb” placebót (pl. injekciót vagy tablettát) kaptak-e. Ez utóbbit, vagyis a fokozott reakciót kiváltó tulajdonságokkal bíró placebót szokás *megaplacebó*-nak is nevezni (KAPTCHUK et al. 2000).

Ha felidézzük a *teljes gyógyszerhatás elvét*, akkor az nem mást mond, mint hogy minden terápiás beavatkozásnak szükségszerűen van egy placebokomponense is. Érdekes kérdés az, hogy hogyan viszonyul egymáshoz a *specifikus* és a *nem specifikus*

(placebo-)komponens. Branthwaite és Cooper (1981) arra volt kíváncsi, hogy egy jól ismert márkanév mennyiben képes fokozni a fájdalomcsillapítók hatásosságát. A vizsgálatban összesen 835 fejfájással küzdő nő szerepelt, a résztvevőket négy csoportra osztották (placebo vs. aszpirin x márkás vs. nem márkás csomagolás), a feladat a kapott szer fájdalomcsillapító hatásának értékelése volt. A négy szer észlelt hatásossága a következőképpen alakult: márkás aszpirin > nem márkás aszpirin > márkás placebo > nem márkás placebo. A statisztikai adatokból az derült ki, hogy a tényleges hatásosság kétharmadáért-háromnegyedéért a hatóanyag, míg negyedéért-harmadáért a jól ismert márkanév volt felelős. A konkrét arányok természetesen nem általánosíthatók, ám jól mutatják azt, hogy a mindennapi gyakorlatban is jelentős és figyelemre méltó tényezőről van szó.

Placeboreakciónak (vagy placeboválasznak) nevezzük a placebokezelés hatására egy egyénen tapasztalt változások összességét, míg egy adott csoport átlagos változása a *placebohatás* (a csoport tagjainak egyéni reakciója ettől jelentős mértékben eltérhet!). Maga a *placebohatás* sem egységes fogalom: amikor egy klinikai gyógyszerhatás-vizsgálatban a kontrollcsoport tagjai placebót kapnak, akkor az e csoporton mért változásokat szokás az egyszerűség kedvéért placebohatásként interpretálni, ám ebben az esetben számos tényező komplex hatásáról van szó (a legismertebb pl. az adott panaszok spontán gyógyulása, a tünetek hullámlása vagy a regresszió az átlaghoz; ERNST-RESCHL 1995; KLOSTERHALFEN-ENCK 2006). Mindezzel nincs is probléma a klinikai vizsgálatokban, hiszen itt a placebo csoport egyszerűen kontrollként szolgál (2. ábra). Ennek megfelelően a klinikai vizsgálatok placebo csoportján tapasztalt változások összességét *észlelt placebohatásnak* nevezzük (ERNST-RESCHL 1995).

Ezzel szemben akkor, amikor a placebohatás önmagában vett vizsgálata (pl. a terápiás hatásosság kimutatása) a cél, a felsorolt torzításokat és zavaró tényezőket is kontrollálni kell valahogyan, amit a leggyakrabban egy kezelést nem kapó csoport beiktatásával végeznek el. Első közelítésben a placebót kapó és a semmiféle kezelést nem kapó csoport paraméterei közötti változásokat tekinthetjük az ún. *valódi placebohatásnak*, ami az *észlelt placebohatásnak* csak egy része, annál rendszerint kisebb mértékű (2. ábra), sőt sok esetben talán nem is létezik (lásd később).



2. ábra. Az észlelt és a valódi placebohatás (ERNST-RESCHL 1995 alapján)

MIRE HATNAK A PLACEBÓK?

Hrobjartsson és Gøtzsche 2001-ben közzétett egy nagyívű metaanalízist, ami nem kezelt csoportot is használó klinikai és egyéb placebovizsgálatok eredményeit dolgozta fel. Az analízisben összesen 114 vizsgálat eredményeit vették figyelembe, ebből 32 bináris, 82 pedig folytonos változókkal dolgozott. Az eredmények szerint a bináris változók esetében egyáltalán nem sikerült szignifikáns placebohatást kimutatni, folytonos változók esetében igen, de a hatás a mintamérettel csökkent, ami a szerzők szerint egyértelműen torzításra utal. Ezen belül csak a műszeresen mérhető, ún. objektív változókat vizsgálva a hatás szintén eltűnt. Jelentősebb mértékű placebohatást a fájdalom vonatkozásában sikerült kimutatni. A szerzők értékelése szerint a valódi placebohatás, ha létezik egyáltalán, akkor is nagyon kis mértékű vagy más faktorokkal (pl. szubjektív panaszok esetén megfelelési igénnyel, szándékos torzítással) magyarázható. Az analízis eredményei és következtetései nagy felzúdulást keltettek, sokan sokféleképpen kritizálták módszertani és elméleti szempontból is (pl. KUPERS 2001; SHRIER 2001). Válaszképpen számos további analízis született (összefoglalás: BENEDETTI 2009), és mára elfogadottá vált az a tény, hogy sok betegség és panasz esetében létezik és kimutatható a *valódi placebohatás*.

Mindez átvezet ahhoz a kérdéskörhöz, hogy mire is hat tulajdonképpen a placebo. Pontosabban: hol tapasztalható *valódi placebohatás*? Néhány szkeptikust (pl. MARGO 1999) kivéve, akik szerint egyszerűen a megfelelési igényből fakadó torzításról van szó, a vita jórészt akörül forog, hogy csak a szubjektív (kizárólag önbeszámoló alapján elérhető) panaszokra és tünetekre hat vagy az objektívekre is. Korábban általános volt az a vélekedés, hogy placebóval kizárólag a szubjektív tünetek befolyásolhatók. Néhány szerző (pl. SPIRO 1998) a mai napig így gondolkodik, ami azért meglepő, mert az 1950-es évek óta vannak adatok a placebo objektív hatásairól, pl. a gyomorsavtermelés vagy egyes légzési paraméterek vonatkozásában, nem is beszélve a pszichoneuroimmunológia által nyújtott, az immunvédekezés számos paraméterét érintő bizonyítékokról. A kategóriáknak ez a merev elválasztása egy ilyen kényes esetben legalábbis nem szerencsés, hiszen a szubjektív belső változások (pl. érzelmek) sokszor egyértelmű és mérhető objektív (pl. zsigeri) változásokkal járnak együtt (BÁRDOS 2003).

A placebo egyik legfontosabb és egyben legősibb alkalmazási területe a fájdalomcsillapítás. Míg a legtöbb vizsgálatban a placebóra reagáló résztvevők aránya átlagosan 30–40%-nál nem több, a fájdalom tekintetében akár 55% is lehet (HARRINGTON 1997). Ugyanakkor – lévén a fájdalom szubjektív tünet – éppen e területtel kapcsolatban fogalmazódott meg a legtöbb kétely is a hatás „valódiságát” tekintve. A hatvanas évek végétől kezdve mind több bizonyíték gyűlt össze kezdetben a naloxon (opiátantagonista) „placeboantagonista” hatásáról, majd a placeboanalgészia és az endogén opiátrendszer kapcsolatáról (összefoglaló: LEVINE 1978; OH 1994; KULCSÁR 2002; BENEDETTI 2009), vagyis arról, hogy a reakció igenis lefordítható neurokémiai mechanizmusok és ingerületátvivő anyagok szintjére. A fájdalommal kapcsolatos placebo- és noceboválaszban részt vevő ismert anyagok köre közben kibővült a kolecisztokininnel, és számos tekintetben a közvetítő agyi mechanizmusok is ismertté

váltak (BENEDETTI–AMANZIO 1997; BENEDETTI 2006; BENEDETTI 2009). Ám még ha átsiklunk is azon a tényen, hogy a fájdalom önmagában, mintegy természeténél fogva is, „szubjektív” tünet, nem hagyhatjuk figyelmen kívül a placebo-terápia objektíven mérhető hatásaival kapcsolatos, folyamatosan növekvő irodalmat (pl. VOGEL et al. 1980; ERNST–RESCHL 1995; BENEDETTI 2009). A placebohatás mechanizmusával kapcsolatos minden modell (lásd később) esetében megvan a lehetőség az objektív változásokra is, pontosabban fogalmazva: e két kategória nem választható el önkényesen egymástól.

A 2. táblázat azokat a legfontosabb kórképeket foglalja össze, amelyek esetében több-kevesebb empirikus eredmény áll rendelkezésre a placebo-terápia hatásosságát illetően.

2. táblázat. A mai tudásunk szerint placebokezelésre jól reagáló állapotok összefoglalása (BENEDETTI 2009 alapján)

Szervrendszer	Szerv/funkció	Hatásosság	Hatásmechanizmus
Központi idegrendszer	fájdalomrendszer	bizonyított	jelentős részben feltárt
	Parkinson-kór	bizonyított	részben feltárt
	migrén	számos bizonyíték	ismeretlen
	alvászavarok	számos bizonyíték	ismeretlen
	depresszió	bizonyított	részben feltárt
	szorongás	számos bizonyíték	részben feltárt
	addikciók	számos bizonyíték	ismeretlen
Immunrendszer	egyes immunfunkciók, allergiák	bizonyított	részben feltárt
Endokrin rendszer	egyes hormonokra adott válasz	számos bizonyíték	részben feltárt
Keringési rendszer	magas vérnyomás	ellentmondó eredmények	ismeretlen
	szívműködés egyes vonatkozásai (pacemaker-aktivitás, szívritmus)	számos bizonyíték	részben feltárt
Légzőrendszer	asztmás panaszok, köhögés	számos bizonyíték	ismeretlen
Emésztőrendszer	IBS, funkcionális diszpepszia	számos bizonyíték	ismeretlen
	gyomorfekély	számos bizonyíték	ismeretlen
	colitis ulcerosa, Crohn-betegség	számos bizonyíték	ismeretlen
Kiválasztórendszer	alsó húgyúti panaszok	némi bizonyíték (szubjektív panaszok)	ismeretlen
Nemi szervek	nemi működés	némi bizonyíték	ismeretlen

HOGYAN HATNAK A PLACEBÓK?

Ha a beteg vagy kísérleti személy állapotában beállt változás nem (teljesen) magyarázható a beavatkozás specifikus hatásaival, akkor mivel magyarázható? Mi a fő lélektani és idegrendszeri kapocs a kezelés és a változás között? Erre a kérdésre számos válasz született, ám a különböző megközelítések egyáltalán nem zárják ki egymást. Ennek a fő oka az, hogy maga a placebo-jelenségkör sem egységes, vagyis a különböző szerveket és/vagy panaszokat érintő reakciók mögött is különböző pszichofiziológiai és neurobiológiai mechanizmusok húzódnak meg (BENEDETTI 2009). A placeboreakció kapcsán tehát nem az a megfelelő kérdés, hogy általánosságban melyik modell közelít a legjobban a valósághoz, hanem az, hogy milyen esetben melyik mechanizmus működhet. A továbbiakban a placeboreakciót magyarázni próbáló fontosabb pszichológiai és neurobiológiai modelleket tekintjük át.

PSZICHOLÓGIAI MEGKÖZELÍTÉSEK

Az elméletalkotók egy része az *orvos-beteg kapcsolatot* hangsúlyozza (BRODY 1982; THOMASMA 1983; BENSON–FRIEDMANN 1996): az orvos egyfajta apaszerepben van, aki védelmet és segítséget képes nyújtani a magát alárendelő betegnek. Ez az eredetileg pszichoanalitikus gyökerű megközelítés számos kritikát kapott, ugyanakkor tagadhatatlanul van benne igazság, gondoljunk csak Bálint Mihály „orvosgyógyszerére” (BÁLINT 1990). Tulajdonképpen ebből az elméletből vezethető le az a fajta megközelítés, amely szerint a placebo nem más, mint az orvos szimbóluma, ha úgy tetszik, pótléka vagy törődésének, segítő szándékának bizonyítéka. A gyógyszerzedés során tehát a beteg (nem feltétlenül tudatosan) minden egyes alkalommal felidézi az orvossal való találkozást és emlékezteti magát arra, hogy gyógyító beavatkozás alatt áll (WOLFF et al. 1946) – így az orvos pozitív hatása továbbra is érvényesülhet. Ebben a vonatkozásban a tablettá egyben egyfajta megerősítést is jelenti a gyógyulás irányába tett erőfeszítéseknek (PARK–COVI 1965). Modern szemszögből nézve e megközelítés mögött leginkább a betegséggel kapcsolatos szorongás csökkentése vagy az észlelt stressz redukciója állhat, vagyis akár besorolható a placeboválasz érzelemalapú modelljei közé.

Az érzelemalapú modellek bizonyos érzelmi-kognitív beállítódásokat (pl. *remény, hit*; FRANK 1961; LIPKIN 1984; SPIRO 1986; HUMPHREY 2002; EVANS 2004), illetve a csökkenő *szorongást* (BEECHER 1960; BUCKALEW et al. 1981; SHAPIRO–SHAPIRO 1997) tartják a placebohatás fő közvetítőjének. Legnagyobb hátrányuk az, hogy csak az egész szervezetet érintő, szisztémás változások magyarázatára alkalmasak, így számos jelenséget (pl. csak az egyik végtagon jelentkező fájdalomcsillapító hatást) nem képesek értelmezni. Lényegét tekintve az érzelemalapú megközelítések közé sorolható a placeboválaszt az agykéreg két féltekéje közötti munkamegosztásra, pontosabban a „holisztikus” működésű és inkább érzelmközpontú jobb félteke dominanciájára visszavezető elmélet is (KULCSÁR 2002).

A placebohatás pszichológiai komponenseit azonosítani próbáló elméletek következő generációja a (jórészt klasszikus, kisebb részben operáns) *kondicionálás* fontosságát hangsúlyozza (HERRNSTEIN 1962; ROSS–SCHNITZER 1963; PIHL–ALTMAN 1971; MONTGOMERY–KIRSCH 1987; VOUDOURIS et al. 1989; VOUDOURIS 1990; KLOSTERHALFEN–ENCK 2006). A klasszikus kondicionálás fogalmaival élve: a placebo nem más, mint a feltételes inger, míg a placeboreakció a feltételes válasszal egyenértékű. Ez a megközelítés a hatvanas és hetvenes években élte virágkorát, ambiciózus célkitűzése volt az, hogy minden placebohatásra érvényes magyarázatot nyújtson, amit főképpen az ingerek generalizációjának (pl. WICKRAMASEKERA 1980), illetve a társas tanuláselmélet komponenseinek (vikariáló tanulás, modellkövetés; összefoglalás: BOOTZIN–CASPI 2002) segítségével próbált elérni. Végző soron a tanulásalapú magyarázatok közé tartoznak azok a megközelítések is, amelyek szerint a testkép (ideértve a tudatosan nem észlelhető, illetve akaratlagosan nem befolyásolható zsigeri reprezentációkat is) jórészt tanulással alakul ki, illetve finomodik. Az így kialakult idegi reprezentációt nevezzük neuromátrixnak (MELZACK 1990). Amikor később a rendszer bármilyen okból kibillen a homeosztázisból, akkor e mátrix az, ami „visszaemlékszik” az egészséges állapotra (pontosabban: az aktuálisan kibillent állapot miatt disszonancia lép fel benne) és mintegy védekezésképpen törekszik annak visszaállítására (pl. MELZACK 1990; ÁDÁM 2004). Kevésbé kidolgozott, de lényegében nagyon hasonló elképzelést alkotott Benson az ún. *felidézett egészség* fogalmának megalkotásával (BENSON–FRIEDMAN 1996). E modellek nagy előnye, hogy számot tudnak adni a placebo specifikus (pl. csak egy szervet érintő) hatásairól is. A kondicionálásos elméletek közé sorolhatók azok a modellek is, amelyek az immunrendszer kondicionálhatóságát használják a placebohatás (részleges) magyarázatára.

Szintén a korai elméletek közé tartozott a *szuggesztiós* magyarázat, amely szerint a placeboterápia lényege a szuggesztió, maga a placebo csupán egyfajta emlékeztető, ha úgy tetszik: „tárgyasult szuggesztió” (pl. WOLFF et al. 1946; WOLF 1950; LASAGNA 1955; GRYLL–KATAHN 1978; LIPKIN 1984; MYERS et al. 1987). E megközelítés a mai napig tovább él, ám sok szempontból kritizálható, ezért kizárólagos magyarázatként egészen biztosan nem állja meg a helyét. Egyrészt számos különbség van a szuggesztióra adott válasz és a placeboreakció között (összefoglaló: VARGA 2006), másrészt placeboválasz nem verbális módokon is kiváltható (gondoljunk csak a gyógyszerek érzékszervi tulajdonságaira vagy az orvos-beteg kapcsolatra).

Allan és Siegel (2002) megközelítése szerint a kezelést követően a betegek az elvárásoknak és/vagy a korábban tanultaknak megfelelően képesek egyes tünetek észlelt súlyosságának „eltolására”, vagyis a szerzők lényegében a *szignáldetekciós elmélet* keretei között próbálják értelmezni a placeboreakciót (KLOSTERHALFEN–ENCK 2006).

A szuggesztiós és a szignáldetekciós modell egyaránt nagyon jól beintegrálható a jóval tágabb *elváralapú* megközelítésbe. A kognitív pszichológia előretörésével a kondicionáláselméletet átértelmezték, így a kondicionálásos magyarázatot (látszólag) kiszorította az *elvárások*, illetve az *expektanciák* fogalma (az előbbi kategória általában a jövőre, míg az utóbbi a saját reakciókra vonatkozik). Rotter eredeti definíciója szerint (1954)

az expektancia elvárás arra nézve, hogy valamely viselkedés a kívánt eredményre vezet. Ezt Irvin Kirsch tovább finomította a *válaszexpektanciák* fogalmának megalkotásával (1985, 1997). Meghatározása szerint a *válaszexpektancia* a nem akaratlagos (pl. zsigeri) válaszok megjelenésének várása, amit meg kell különböztetni az *ingerexpektanciáktól* (külső következmények várása), illetve az *intencióktól* (akaratlagos válaszok várása). A placebohatás kontextusában szinte minden esetben válaszexpektanciáról van szó. Kirsch szerint egyébként a válaszexpektanciák további tulajdonsága az önmegerősítő jelleg: emiatt fennmaradásukhoz nincs szükség külső megerősítésre.

A placeboirodalomban legalább harmincéves múltra tekinthet vissza a *kondicionálás* vs. *elvárások* vita, amit Stewart-Williams és Podd nemrégiben (2004) született összefoglalójában próbál összegezni és lezárni. Munkájukban elválasztják egymástól a tanulás nem tudatos és tudatos formáját, mint a placeboreakciót meghatározó tényezőket. Modelljük szerint a nem tudatos tanulás forrása kizárólag klasszikus kondicionálás lehet, míg tudatos esetben (*elvárások*) emellett verbális információ, szuggesztió, vikariáló tanulás stb. is szóba jöhet. Elvárásokat a személyes és a társas tanuláson kívül sok más módon is kialakíthatunk: pl. következtetéssel, érzelmi vagy intuitív alapon is. Kimenetként a kondicionálás útján szerzett tapasztalat és az elvárások egyaránt hozzájárulhatnak a placebohatások kialakulásához. Ezek szerint a kondicionálás és az elvárások nem ellentétes vagy egymást kizáró, inkább egymásra épülő és sok esetben egymás mellett működő lehetőségek (BENEDETTI 2009). Kirsch (1997) számos vizsgálati eredmény áttekintése alapján úgy fogalmaz, hogy amennyiben (humán esetben) ellentétbe kerülnek egymással a kondicionálás és az elvárások által meghatározott válaszok, akkor az utóbbi hatás lesz a döntő. Gondolatmenete szerint a tanulás tudatos formái nyilvánvaló evolúciós előnnyel bírnak az ősebb mechanizmusokkal szemben, ám mindez csak úgy használható ki, ha képesek a nem tudatos válaszok módosítására vagy akár felülírására is. Colloca és munkatársai friss (COLLOCA et al. 2008) vizsgálatában ugyanakkor az analgézikus (placebo) hatás kiváltásában a kondicionálás (saját tapasztalatok) hatása erősebb volt a verbálisan közölt szuggesztióval, míg az ellenkező irányban (hiperalgéria, azaz nocebohatás) inkább az utóbbiak működtek jól. Mindez nem szükségszerűen mond ellent az előző szakaszokban leírtaknak: humán esetben ugyanis nagyon nehéz elválasztani egymástól a kondicionálást és az elvárásokat (EVANS 2004; PETROVIC 2008; BENEDETTI 2009). Számos vizsgálatban kondicionálás alatt egyszerűen a személyes tapasztalatok megszerzését értik (az elvárásokat pedig rendszerint szuggesztióval manipulálják), amivel az a probléma, hogy ha e tanulás eredményei tudatosulnak, akkor máris befolyásolják az elvárásokat is. Ha viszont kondicionálás alatt kizárólag a nem tudatosuló tanulás eredményeit értjük, akkor a jelenlegi módszertani repertoárral nagyon nehézé válik a jelenség vizsgálata.

Összefoglalva, manapság a placeboreakció elvárásalapú magyarázatai számítnak a legelterjedtebbnek. Az elvárásokkal sok esetben jól magyarázható a placeboreakció specificitása, és valamilyen szinten összekapcsolhatók a többi megközelítéssel (pl. az érzelmalapú elméletekkel) is. Másrészt viszont empirikus vizsgálatokban az elvárások és

a tapasztalt változások közötti korreláció sokszor csak közepes erősségű, más szóval: az elvárások magyarázó ereje a placeboreakció vonatkozásában gyakran meglehetősen gyengének bizonyul.

Manapság talán a legmodernebbnek (de nem feltétlenül a legjobbnak, főképpen a kísérletes kutatás szempontjából) az orvosi antropológiai megközelítés számít. E megközelítés kulcsszava a jelentés, ami nem más, mint a különböző tárgyak, szituációk, történések szimbolikus értéke. Moerman ennek alapján definiálta a *jelentésválasz* fogalmát, ami nem más, mint *a betegség kezelése során a szituáció egyes elemeinek szimbolikus jelentése által kiváltott élettani és pszichológiai hatások összessége* (MOERMAN 2002a; 2002b). Elképzelése szerint a placebo (és ennek káros irányba ható ellenpárjaként a nocebo) hatások a jelentésválasz jóval átfogóbb fogalmának speciális a esetét jelentik, amikor a betegség kezelése biológiai vagy gyógyszeres értelemben hatásos szerek nélkül történik. Ez az alapvetően fenomenológiai megközelítés szimbolikus vonatkozásánál fogva minden korábbi elméletet integrálni képes. Természetéből fakadó hátránya viszont, hogy (legalább is a kutatás szempontjából) túlságosan komplex, inkább leíró, mint magyarázó jellegű.

NEUROBIOLÓGIAI HÁTTER

Minden pszichológiai működés mögött központi idegrendszeri háttértörténések állnak. Ennek megfelelően a placebohatás mechanizmusai egy más szinten neurobiológiai mód-szerekkel is vizsgálhatók (bár a pszichológiai és a neurobiológiai szintek közötti kapcsolatról vagy esetleges megfelelésekről nagyon keveset tudunk). Az 1970-es évek második felében egy opiátantagonista szerrel (naloxon) sikerült gátolni a placeboanalgéziát, és ezzel egyben bebizonyítani azt is, hogy a placebo-fájdalomcsillapítás mögött részben az endogén opiátrendszer működése húzódik meg (LEVINE et al. 1978). Az azóta eltelt több mint húsz évben a modern képalkotó eljárások és a neurofarmakológiai vizsgáló módszerek fejlődése jelentős előrelépést hozott a placebojelenség neurobiológiai hátterének megértésében is.

A legtöbbet a mai napig a fájdalomrendszerről tudunk. Placeboanalgészia esetén az agy fájdalomfeldolgozásért felelős egyes területeinek (pl. talamusz, anterior inzula, anterior cingulum; WAGER et al. 2004) aktivitáscsökkenése figyelhető meg, méghozzá az észlelt fájdalomérzet csökkenésével arányos mértékben. Más szóval: a placebokezelés és a gyógyszeres (opiátantagonista) kezelés lényegében azonos agyi változásokat indukál (CHUNG et al. 2007; BENEDETTI 2009). A fájdalomcsillapítással kapcsolatos pozitív elvárások egyes agyterületek (orbitofrontális és dorzolaterális prefrontális kéreg, rostrális anterior cingulum, PAG) aktivitásának fokozódásával jártak együtt (összefoglaló: BENEDETTI 2009). Mai tudásunk szerint a placeboanalgészia esetén nem a fájdalomérzet átértékeléséről, hanem a fájdalominger korai feldolgozásának megváltozásáról van szó, ami akár gerincvelői szinten is működhet (EIPPERT et al. 2009). A placeboanalgészia elsősorban az endogén opiátrendszer közvetítésével valósul meg, miközben a (nocebo) hiperalgésziát a kolecisztokininrendszer mediálja, bár a két rendszer szoros kölcsönhatásban áll egymással is, és a szorongáson keresztül a stresszrendszerrel is (BENEDETTI 2009).

Láttuk azt, hogy a pszichológiai elméletek jó része tanulási háttérrel feltételezi a placeboreakció mögött. Ha ez így van, akkor ésszerű a jutalmat közvetítő agyi központok (pl. a *nucleus accumbens*) és általában a dopaminrendszer részvételét is feltételezni. Mindezt sikerült is kimutatni (SCOTT et al. 2007), így jogosnak tűnik az a gyanú, miszerint az általában jutalomérzékeny (jól működő jutalomrendszerrel bíró) személyek a placebokezelésre is jobban reagálnak majd. A fájdalom esetében úgy tűnik, hogy az endogén opiát- és a dopaminrendszer összehangoltan működik (SCOTT et al. 2008).

Különösen erős placebohatás tapasztalható a dopaminrendszer alulműködésére visszavezethető központi idegrendszeri betegség, a Parkinson-kór esetében (a tünetek közül főleg a motoros rigiditás és a bradikinézia javul számottevően; SHETTY et al. 1999). Mai tudásunk szerint a placebokezelés (sőt, már az előzetes elvárások) hatására fokozott dopaminfelszabadulás figyelhető meg a leginkább érintett agyi központ (striatum) területén (összefoglaló: BENEDETTI 2009).

S végül egy placebokezelésre szintén nagyon jól reagáló probléma, a depresszió esetében is sikerült kimutatni a jutalomrendszer (*n. accumbens*) aktivációját, nemcsak a kezelés, hanem már az elvárások hatására (MAYBERG et al. 2002; BENEDETTI et al. 2005). Abban ugyanakkor nem értenek egyet a kutatók, hogy a placebo antidepresszáns hatásának mechanizmusa is megegyezik-e a gyógyszeres kezelésével (BENEDETTI 2008).

Összefoglalásképpen úgy tűnik, hogy bármiféle kezeléssel kapcsolatos pozitív elvárások, illetve a placebokezelés is első körből a jutalomrendszerrel kapcsolatos agyi változásokat indukál, és a homeosztatisz regenerációs mechanizmusok specifikus aktivációja talán ennek közvetítésével, másodlagosan következik be.

KIRE HATNAK A PLACEBÓK?

Vajon létezik olyan személyiség, akinél az átlagosnál nagyobb gyakorisággal figyelhető meg placeboválasz? Általában milyen kapcsolat van a személyiség és a placebo-válaszkészség között? A hetvenes évek közepétől néhány ellenvéleménnyel (pl. FISHER-GREENBERG 1997; BRODY 2000) ugyan, de lényegében elfogadottnak tűnt a szakmán belül az az álláspont, miszerint a placeboválaszt helyzeti tényezők (pl. szorongás, remény, a terápiába vetett hit, kifelé forduló figyelem stb.) határozzák meg, ezért (1) placebo reaktor személyiség nem létezik; és (2) a placebo adott reakció személyiségvonás-alapon nem bejósolható (SHAPIRO et al. 1973; BUSH 1974).

Egyre inkább úgy tűnik azonban, hogy a második pont revízióra szorul (részletesebben lásd KÖTELES-BÁRDOS 2008a; 2008b; BENEDETTI 2009). Az 1970-es és nyolcvanas évek kutatásai alapján többen valószínűsítik a *szociabilitás*, valamint a *társas konformitás*, pontosabban ennek egyik alskálája, a társas problémamegoldási készségként értelmezett *tradicionális* placeboreakcióra hajlamosító szerepét (FISHER-GREENBERG 1997; BRODY 2000).

További lehetőségként jön szóba a *szuggesztibilitás* (De PASCALIS et al. 2002), ám ezzel kapcsolatban sok az ellentmondó eredmény. Nem világos az sem, hogy maga a szuggesztibilitás mennyire vonás jellegű és mennyire szituációs meghatározottságú, bár az egyéni különbségek meglete általánosan elfogadott (VARGA 2006).

Az új évezredben a kutatásnak új lökést adtak a Geers-féle munkacsoport friss eredményei (GEERS et al. 2005; GEERS et al. 2007) is. Eredményeik szerint pozitív összefüggés áll fenn a *diszpozicionális optimizmus* és a placeboreakció között (miközben a nagyobb fokú pesszimizmus a nocebotünetek iránti fogákonyságot jelezte előre). Az eredményekkel óvatosan kell bánni, mivel egészséges egyetemistákon végzett vizsgálatokról van szó, ám mindenképpen jelzik azt, hogy ebben a témában még bőven lehet meglepetésekre számítani a következő években. A legvalószínűbbnek az látszik, hogy egyes vonások bizonyos helyzeti tényezőkkel interakcióba lépve képesek a placeboválasz kiváltására.

A PLACEBO TERÁPIÁS FELHASZNÁLÁSA – ETIKAI MEGFONTOLÁSOK

Az előző részben áttekintettük a placebojelenséggel kapcsolatos definíciós problémákat, a hatás és a hatásmechanizmus meghatározásának nehézségeit. Más okokból ugyan, de hasonlóan problematikusnak számít a placebo kutatási és terápiás alkalmazásának kérdésköre (összefoglaló: KÖTELES és mtsai. 2007). Amikor a biomedikális orvoslásban a placebo szót használják, akkor rendszerint több szempontból is erősen pejoratív felhang kapcsolódik hozzá: ha egy szer „csak placebo”, akkor minden bizonnyal „nem igazi”, (ön)becsapás vagy képzelődés áll a hatás hátterében, esetleg egyszerűen „képzelt betegségről” (vagy tünetekről) van szó, így a felhasználás eleve etikai aggályokat vet fel. Emellett a placebót kapó betegek eleshetnek egy hatásosabb kezeléstől is (egészségi hátrány), illetve az orvos becsapja őket (erkölcsi hátrány).

AZ EGÉSZSÉGI HÁTRÁNY KÉRDÉSEI ÉS LEHETSÉGES MEGOLDÁSUK

Ami a kutatási célú felhasználást (pl. placebo csoportok használatát a gyógyszer-hatás-vizsgálatokban) illeti, a Helsinki-nyilatkozatban deklarált, az irodalomban egyébként már korán (LASAGNA 1955) megjelent egyik legfontosabb alapelv az, hogy az egyén nem szenvedhet hátrányt a közösség érdekében, így (pl. a következő generációk érdekében hivatkozva) senkitől sem vonható meg az ismert leghatásosabb terápia (ROTHMAN-MICHELS 1994; BOK 2004). Ha tehát létezik az adott panaszok kezelésére bevált módszer, akkor az új szer hatásosságát azzal kell összevetni (a Helsinki-nyilatkozat edinburgh-i revíziója, World Medical Association, 2000; LEWIS et al. 2002). Ezek az ún. aktív vagy ekvivalenciaelvű vizsgálatok, amelyek viszont módszertani szempontból vetnek fel számos problémát (lásd EMANUEL-MILLER 2001; LEWIS et al. 2002).

Az ún. kiegészítő (adjuváns) felépítés esetében minden beteg megkapja az állapotának megfelelő kezelést, és emellett egy részük a vizsgált új szert, más részük a placebót is szedi. Míg az ekvivalenciaelvű vizsgálatokban a tesztelés alatt álló szert

kapó betegek esetében továbbra is fennáll a lehetősége annak, hogy nem hatásos a kezelés, addig az adjuváns felépítés ebből a szempontból megnyugtató. Emiatt elméletileg nemcsak a klinikai gyógyszervizsgálatok, hanem a terápiás placebohasználat egyik alapelvévé is válhatna (EVANS 2004), s mind a betegek, mind az orvosok részéről megfelelő biztosítékot nyújthatna az egészségi károsodások elkerülésére. Sajnos módszertani szempontból ez a felépítés is lényegesen több problémát hordoz, mint a placebokontroll.

AZ ERKÖLCSI HÁTRÁNY DILEMMÁI

A résztvevőket érő erkölcsi hátrány kérdésköre jóval szerteágazóbb és inkább filozófiai alapú, így nem csoda, hogy a szembenálló felek véleménye a mai napig nem közelít egymáshoz. Egyfelől autonóm emberi lényként mindenkinek joga van a valóban megalapozott döntéshez szükséges információk megismerésére, illetve a betegsége kezelésével kapcsolatos döntéshozatalra. Másrészt a megtevesztés önmagában is elítélendő, legalábbis az esetek döntő többségét tekintve (EMANUEL–MILLER 2001).

A résztvevők tájékoztatásának ma triviálisnak tűnő szempontja a klinikai gyógyszervizsgálatokban sokáig nem volt magától értetődő (BOK 1974), az ún. tájékozott beleegyezés (*informed consent*) követelménye csak a hetvenes évektől datálható (MEISEL–ROTH 1981). E viszonylag késői időpontért ismét csak a módszertan és az etika között feszülő ellentét tehető felelőssé. Kutatási szempontból ugyanis alapvető fontosságú az, hogy a résztvevők a különböző csoportokba véletlenszerűen kerüljenek beválasztásra. Etikailag viszont ugyanilyen szigorú az az elvárás, hogy mindenki megkapjon mindenfajta információt a különféle kezelési lehetőségekről, és ezt jól megfontolva hozzon döntést a részvételről. Ennek megfelelően egy modern gyógyszerhatásvizsgálat esetében kezdetben mindenki teljes körű tájékoztatást kap a kutatás felépítéséről (többek között a különböző csoportok által kapott terápiáról és a csoportba sorolás véletlenszerű jellegéről is). A mindebbe beleegyezőket ezután valóban véletlenszerűen osztják be a különböző csoportokba (SAMSON 1986). Ez a kompromisszum mind etikailag, mind metodikailag jórészt elfogadható.

A klinikai vizsgálatokkal ellentétben a placebo terápiás használata kapcsán az ellentét első látásra elméletileg is feloldhatatlannak tűnik, hiszen egyrészt mindenkinek minden információt biztosítani kell az autonóm döntéshez, másrészt viszont a placebohatásának alapja a megtevesztés, vagyis ha a beteg megtudja azt, hogy placebót fog kapni, a tájékoztatás megadásával nagy valószínűséggel egyben a várt hatást is leromboljuk (mindezt a későbbiekben még árnyalni fogjuk).

ETIKAI-FILOZÓFIAI MEGKÖZELÍTÉSEK

Ahogy az az előző részben említettük, etikai-filozófiai szempontból több lehetőség is van az említett problémák megközelítésére és feloldására (SILBER 1979).

Az egyik legismertebb megközelítés szerint egy cselekvés helyes voltát elsősorban annak erkölcsi elfogadhatósága határozza meg, s mivel a megtévesztés *a priori* morális szabályt sért, következményeitől függetlenül helytelen (*deontológiai álláspont*; BOK 1974). E nézet képviselői sem utasítják el teljes mértékben a placebo terápiás alkalmazását, azonban csak bizonyos szigorú feltételek (pl. orvosi diagnózis után; ha nincs más terápia stb.) teljesülése esetén, úgymond végső esetben tartják azt elfogadhatónak (pl. SILBER 1979).

Több szerző felvetette azt, hogy nem szükséges explicit módon hazudni a betegnek, s így a megtévesztés – legalábbis látszólag – elkerülhető. Ezt a fajta érvelést az orvosi etika egyik atyja, Richard C. Cabot már 1909-ben részletesen megvizsgálta (BRODY 1982), s arra a következtetésre jutott, hogy nem a szó szerint elhangzottak számítanak, hanem a betegre tett benyomás. Mivel egy orvosi rendelő kontextusában a társadalmi elvárások manapság a farmakológiailag hatásos szerre vonatkoznak, a beteg joggal érezheti magát megtévesztve akkor, ha kiderül, hogy placebót kapott.

A másik uralkodó megközelítés szerint a cselekvés helyességét annak következményei alapján érdemes elbírálni, ha tehát a placeboterápia hasznára válik a betegnek, akkor ez igazolhatja a megtévesztést (*utilitárius álláspont*; pl. COLLARD 1977). A placeboterápia egyik legkorábbi szószólója, Leslie (1954) egyenesen különbséget tett a jó szándékú megtévesztés és a megtévesztő érdekeit szolgáló „átvágás” között, és a használatot (bizonyos szabályok betartásával) általánosságban megengedhetőnek tartja. Többek szerint egyébként a placebo esetében nem is megtévesztésről, hanem a pszichoterápia egy speciális formájáról van szó (WOLFF et al. 1946; LESLIE 1954).

A placebo terápiás használata mellett érvelők között rendszerint többségben vannak a gyakorló szakemberek, főképpen a háziorvosok, akik tisztában vannak azzal, hogy nagyon sok esetben nem lehetséges az egyértelmű diagnózis és terápia, a beteg pedig mindenképpen segítségre szorul. Például Howard Spiro, a témakör egyik szaktekintélye, a következő esetekben tartja megengedhetőnek a placebo terápiás használatát (1986):

- csak teljes kivizsgálás, kezelési terv felállítása után, ha ez szükségesnek látszik;
- az orvos-beteg kapcsolat kiegészítésekképpen;
- gyógyszerekről (pl. nyugtatók, altatók) való leszoktatás céljaira;
- fájdalomcsillapítás céljaira ismeretlen eredetű vagy rákos fájdalom esetén;
- hipochondereknek, az orvos támogatásának érzékeltetésére.

Az utilitárius álláspont hívei egyébként nem feltétlenül támogatják a placeboterápiát. Richard C. Cabot érvelése szerint (BRODY 1980) ugyanis a rövid távú haszon mellett károkkal is számolni kell. Ilyen lehet az, hogy a beteg egyes esetekben rájön a megtévesztésre, emiatt megrendül a bizalma az orvoslás intézményében, és később olyan esetekben sem fordul orvoshoz, amikor pedig hathatósan segíthetnének neki.

Az érvek és ellenérvek harmadik csoportját a *finansziális* természetű megközelítés jelenti (pl. BRODY 1980; 1982; SPIRO 1998). Ha a placebokezelés túlságosan is olcsó (az előállítási költséggel arányos), akkor kevésbé lesz hatásos (WABER et al. 2008), hiszen

a betegek leértékelik magukban. Ha viszont a hatóanyagot is tartalmazó szerekhez hasonló árfekvésű vagy azoknál is drágább, akkor hatásosabb lesz, ám ez erkölcsi szempontból még problematikusabb.

Az etikai érvek negyedik csoportjának szószólói szerint a placebo használata nem azért káros, mert megtevesztés történik, hanem azért, mert gyermekként kezeli a beteget (vagyis *paternalista* vagy *parentalista* szemléletű), és így elveszi tőle a tudatos fejlődés lehetőségét. E tisztán elméleti érveléssel szemben számos gyakorló terapeuta (pl. INGELFINGER 1980) érvel meglehetősen meggyőzően azzal, hogy az orvos-beteg kapcsolat szükségszerűen nem egyenrangú, hiszen az egyik fél segítséget kér a másiktól, és ráhatározik annak tapasztalatára és tanácsára. Thomasma (1983) összefoglalása szerint pedig az autonómia minden áron való erőltetése egyrészt nem veszi figyelembe azt, hogy a beteg ember nem feltétlenül képes racionális és jó döntések meghozatalára, főképpen akut esetekben nem, másrészt szélsőségesen individualista: lényegében tagadja az egyének kölcsönös függését.

A VALÓSÁG – PLACEBOHASZNÁLAT A MINDENNAPI ORVOSI PRAXISBAN

A szigorodó etikai irányelvek ellenére a mindennapi orvosi praxisból soha nem sikerült száműzni a placebok használatát. Az utóbbi években számos olyan vizsgálatot végeztek el, amelyekben gyakorló orvosokat vagy nővéreket kérdeztek meg (pl. BERGER 1999; HROBJARTSSON–NORUP 2003; NITZAN–LICHTENBERG 2004; SHERMAN–HICKNER 2008; TILBURT et al. 2008) a placebok használatáról, hatásosságáról és ennek etikai hátteréről. A vizsgálati eredmények szerint a gyakorló orvosok 40–86%-a használt már placebót a klinikai gyakorlatban. A placeboterápia nagyjából 50%-uk szerint csak a szubjektív, egyharmaduk szerint a szubjektív és az objektív tünetekre egyaránt hat. Az orvosok döntő többsége etikai alapon nem zárkózik el a placebo használatától, indokolt esetekben elfogadhatónak tartja azt. Mindezt saját, hazai háziorvosok körében végzett vizsgálatunk eredményei messzemenően alátámasztják (FERENTZI és mtsai. 2010). Placebóként az orvosok leggyakrabban komplementer szereket és nyugtatókat használnak (vagyis aktív placeboikat), bár sokan említik a „klasszikusnak” tekinthető fiziológiás sóoldat-injekciót, vagy a gyógyszeres placebotablettát is.

TERÁPIÁS FELHASZNÁLÁS – MEGOLDÁSI JAVASLATOK

Az előző részekben láttuk azt, hogy a placeboterápia egyrészt számos panasz és betegség esetében hatásosnak bizonyult, másrészt pedig a tiltás ellenére sem száműzetett a mindennapi orvosi gyakorlatból. Régóta feszegetett kérdés tehát az, hogy miként lehetne a placebohatást az etikai követelményekkel összeegyeztethető módon a gyó-

gyítás szolgálatába állítani. A következőkben az évtizedek során felvetett különböző megoldási javaslatokat, illetve az ezekkel kapcsolatos fontosabb vizsgálati eredményeket foglaljuk össze.

AZ ORVOS-BETEG KAPCSOLAT JAVÍTÁSA

Számos neves szerző szerint tulajdonképpen nincs is szó semmiféle áthidalhatatlan problémáról, egyszerűen csak szét kell választani a placebo és a placebohatás fogalmát (BENSON–EPSTEIN 1975; BENSON–FRIEDMAN 1996; BRODY 2000). A terápiában ugyanis végső soron az utóbbira van szükségünk, s ez akár placebo nélkül is kiváltható, mégpedig etikus módon. A placebohatást kiváltani képes tényezők közül sokan a megfelelő gyógyító-beteg interakciót tartják a legfontosabbnak, annak minden vonatkozásával (a gyógyító személye, jó személyes kapcsolat, megbízhatóság, a beteggel töltött idő, gyógyító szuggerációk stb.) együtt. Többen (pl. SPIRO 1986; THOMPSON 2006) hangsúlyozzák az orvosi szemlélet és szerep megváltozása okozta károkat (nem vitatva természetesen az előnyöket sem). A korábbi, személyes alapú, „doktor bácsis” hozzáállás (*az orvoslás mint művészet*) ugyanis éppen e faktorokat volt képes kihasználni, miközben a modern, technokrata-specialista orvosnak (*az orvoslás mint tudomány* művelőjének) sem képzettsége, sem ideje nincs ilyesmire.

Az orvos szerepének fontosságát empirikus eredmények is alátámasztják. Thomas (1987) háziorvosi praxisában egyértelműen nem diagnosztizálható betegeknek pozitív, illetve objektív prognózist adott. Az előbbi esetben biztos diagnózist ismertetett és kifejezte azt a meggyőződését, hogy a beteg a kezelés hatására meg fog gyógyulni. A másodikban a valóságnak megfelelően elmondta kételyeit a diagnózissal és a prognózissal kapcsolatban is. Két héttel később az első csoportba tartozó betegek 64%-a, míg a második csoportnak csupán 39%-a számolt be javulásról (a különbség erősen szignifikáns).

Néhány vizsgálatban pozitív kapcsolatot találtak az orvosi vizitek száma és a gyógyulási arány között, pl. fekélyes vastagbélgyulladás vagy Crohn-betegség esetében (ILNYCKYJ et al. 1997; SU et al. 2004). Egy 160 betegen végzett vizsgálatban a szájsebészeti vagy fogászati műtét után adott placebo hatásosságát elsősorban a fogorvos barátságos és támogató attitűdje, valamint a szer hatásosságát hangsúlyozó szuggeráció fokozta (GRYLL–KATAHN 1978). Szintén a fogászati fájdalomcsillapítás területén sikerült kimutatni az orvos hatásossággal kapcsolatos elvárásainak placeboanalgéziát befolyásoló hatását, ami ebben az esetben metakommunikatív csatornákon keresztül érvényesült (GRACEY et al. 1985). Egy 21 korábbi vizsgálatot összefoglaló szisztematikus áttekintés alapján az orvos-beteg kommunikáció minősége mind az anamnéziszfelvétel, mind a kezelési terv kidolgozásának időszakában jelentősen befolyásolta a terápia kimenetelét (STEWART 1995).

Összességében tehát elmondható az, hogy az orvos-beteg kapcsolat javításával nem specifikus módon a terápia hatásossága is növelhető. Sajnos mindehhez nem kevés pénz és idő szükségeltetik, és éppen ezekből van a legkevesebb a modern egészségügyben.

Emiatt e funkciókat sok szempontból a komplementer és alternatív módszerek művelői vették át – többen megjegyzik azt, hogy az akadémikus orvoslás gyakorlói e szempontból sokat tanulhatnak az alternatív gyógyítóktól (THOMPSON 2006).

GYÓGYSZEREK HATÁSOSSÁGÁNAK FOKOZÁSA

Az orvos-beteg kapcsolat mellett a gyógyszerek és a gyógyszeresedés számos jellemzője önmagában is képes a placeboválasz fokozására (összefoglaló: KÖTELES–BÁRDOS 2009a). Vizsgálati eredmények szerint a naponta szedett több placebotabletta nagyobb arányú gyógyulást vált ki pl. nyombélfekélyes vagy IBS-es betegek esetében (DE CRAEN et al. 1999; PRITZ et al. 2005). A placeboinjekciók általában hatásosabbak a tablettáknál, nemcsak számos korai szerző (pl. LESLIE 1954; LASAGNA 1955; MORISON 1967) tapasztalatai, de egy migrénnel kapcsolatban elvégzett modern metaanalízis eredményei alapján is (DE CRAEN et al. 2000). Kevésbé egyértelműek az eredmények ugyanakkor a kapszulák és a tabletták közötti különbségek vagy a tabletták méretének hatása vonatkozásában (MOERMAN 2002a).

A placebohatás kiváltása szempontjából legtöbbet vizsgált és talán mechanizmusában is legjobban megértett tulajdonság a gyógyszerek színe. A gyógyszereszínekkel kapcsolatos szisztematikus kutatások két nagy csoportra oszthatók: a közvetlenül a hatásosságot, illetve a hatásossággal kapcsolatos elvárásokat vizsgáló munkákra (DE CRAEN et al. 1996). Összességében a gyógyszereszínek pszichofiziológiai hatásaival kapcsolatos kutatások eredményei alapján az mondható el, hogy hatások egyértelműen vannak, ám a kisszámú és nagyon különböző vizsgálatból nem bontakozik ki egyértelmű trend a színhatásirány kapcsolatok tekintetében. Ami az elvárásokat illeti, de Craen és munkatársai áttekintésükben (1996) a korábbi vizsgálatok eredményeit a következőképpen összegzik: a sárga, a narancs és a piros színű gyógyszerek stimuláns, míg a kékek, a zöldek és a fehérek nyugtató elvárásokat keltenek. Mindezt nagy vonalakban a hazai vizsgálatok eredményei is megerősítik (KÖTELES–BÁRDOS 2007; KÖTELES és mtsai. 2009c).

Emellett a terápiás előírások betartása (*compliance*) sem választható el egyértelműen a placebohatástól. A gyógyszer beszedése vagy be nem szedése végső soron mindig a beteg döntése, s Buckalew elmélete szerint (1982) e döntést befolyásoló faktor lehet az adott gyógyszer külalakja, pontosabban a szóban forgó hatás alapján várt és a valós kinézet közötti disszonancia: ha túl nagy a kettő között a különbség, akkor csökken a gyógyszer beszedésének valószínűsége is (COUTTS 1978; BUCKALEW–SALLIS 1986; COFFIELD–BUCKALEW 1988; BUCKALEW–ROSS 1991; OVERGAARD et al. 2001).

A gyógyszerek tulajdonságainak szerepét vizsgáló tanulmányok fontos tanulsága az, hogy egy adott készítmény várt hatásosságát nagyban javíthatja vagy ronthatja annak kinézete, csomagolása, egyéb jellemzői. Különösen erősek lehetnek a pozitív irányú nem specifikus hatások pl. a fájdalomcsillapítók vagy az altatók és nyugtatók esetében, ám ha a hatásosság meghatározói közé értjük a javasolt adagolás betartását is, akkor minden

szer esetében számolnunk kell e tényezőkkel. Jelenlegi tudásunk ebben a témakörben meglehetősen foghíjasnak mondható, ám annyi már jól látszik, hogy e faktorok mindenképpen az eddiginél nagyobb figyelmet érdemelnének. A nem specifikus módon ható tényezők figyelembevételét és célszerű felhasználását neveztük el korábban *intelligens gyógyszertervezésnek* (KÖTELES–BÁRDOS 2009a).

KOMPLEMENTER ÉS ALTERNATÍV MÓDSZEREK

A komplementer és alternatív gyógyító eljárások művelőit (vagyis a „természetgyógyászokat”) gyakran éri az a vád, hogy módszereik egyszerűen „csak” a placebohatást használják ki (placebohatás alatt itt elsősorban képzelt hatást vagy önbecsapást érve). E módszerek művelői gyógyító eljárásaik hatásosságának kulcsát rendszerint az emberi szervezet öngyógyító mechanizmusainak serkentésében látják (TAMASI 2000). Mivel ez a megközelítés valóban nagyon közel esik ahhoz, amit általánosságban a placebohatásról gondolunk (a szervezet regenerációs potenciáljának kihasználása; KÖTELES–BÁRDOS 2007; BENEDETTI 2009), és minden bizonnyal a neurobiológiai háttérmechanizmusok is hasonlóak (BENEDETTI 2009), a megfélemtetés korántsem tűnik légből kapottnak.

Korábban láttuk ugyanakkor azt, hogy a placebok számos esetben hatásosnak bizonyultak, ezért a pejoratív felhang sok esetben nem jogos. Ha egy beteg megkapja a betegségének megfelelő terápiát, és emellett (vagyis *komplementer* módon) saját döntése alapján valamilyen természetgyógyászati eljárást vagy készítményt is igénybe vesz, ami azután nem specifikus módon szintén hozzájárul a gyógyulásához, akkor a kiegészítő terápia létjogosultsága nehezen kérdőjelezhető meg (THOMPSON 2006). Placebo és placebo között ugyanis nagy különbségek lehetnek az egyéni hiedelmeknek, világnézetnek és tapasztalatoknak megfelelően (KAPTCHUK et al. 2000), így ezeket az eseteket tekinthetjük úgy is, hogy az egyénileg megválasztott komplementer terápia egyszerűen a placebo-reakció optimális kiváltását szolgálta. Más a helyzet természetesen akkor, hogy az adott kezelésre az adekvát orvosi terápia helyett (vagyis *alternatív* módon) kerül sor: ezekben az esetekben e módszerek használata akár ártalmas is lehet (pl. a terápia elmaradása vagy késedelmes elkezdése miatt).

Emellett nem érdemes megfélemedezni arról sem, hogy a „komplementer és alternatív eljárások” címszó alatt nagyon sok és sokféle módszert szokás összefoglalni, amelyek közül sok igazoltan hatásosnak tekinthető (ilyen pl. számos gyógynövény-terápia). A többi esetben is inkább *aktív placebo*ról érdemes beszélni, hiszen a kezelésnek van legalább valamilyen észlelt hatása. Ezekről az esetektől a gyógyszerek ún. *off-label* (nem a megadott panaszokra való) alkalmazása vagy egyes vitaminok nagy dózisú szedése már nem sokban különbözik – miközben mindkét módszer meglehetősen elterjedt az orvosok körében. Láttuk azt is, hogy e komplementer és alternatív szerek használata nem korlátozódik a természetgyógyászokra, hiszen a háziorvosok kifejezetten szívesen használnak ilyen készítményeket placeboként (FERENTZI és mtsai. 2010).

Összefoglalásul tehát azt lehet elmondani, hogy a komplementer és alternatív készítmények/eljárások használata – adekvát és személyre szabott alkalmazás mellett – bizonyos szempontból valóban a placebohatás klinikai alkalmazásának tekinthető (miközben természetesen számos eljárásnak lehetnek specifikus hatásai is).

PLACEBOTERÁPIA?

Az eddig felsorolt megoldási javaslatok tulajdonképpen olyan lehetőségek, amelyek a placeboterápiával kapcsolatos etikai problémákat próbálják valamilyen szinten kikerülni. Láthattuk, hogy a placebo klinikai használatával kapcsolatos fenntartások mögött egy (rejtett) axióma áll. Ez az axióma azt mondja ki, hogy a placeboterápia „nem igazi”, csupán a mindennek felett álló biológiai terápia valamilyen alacsonyabb rendű pótléka. Lényegében az egész megtevesztés probléma ebből nőtte ki magát: a beteg jórészt azért érzi magát becsapva, az orvosnak pedig azért van bűntudata, mivel „nem igazi” kezelést kap/ad (VARGA 2006). A helyzet ugyanakkor alapvetően megváltozik azokban az esetekben, amikor a placeboterápia igazoltan hatásosnak bizonyul.

Lássunk egy példát arra, hogy pontosan mire is gondolunk! Metodikailag nem kifogásolható vizsgálatból származó adataink vannak arra, hogy meghűlés esetén a placebokezelés a nem kezelt csoporthoz képest szignifikáns mértékben, 27%-kal csökkentette az orrváladék mennyiségét (DIAMOND et al. 1996). Ha ebben az esetben az orvos azt a tájékoztatást adja a placebotabletta mellé, hogy véleménye szerint a kezelés hatásos lehet, akkor pontosan miben téveszti meg a beteget? Ahogyan azt Evans is hangsúlyozza (2004): mivel a hitnek bizonyított egészségi következményei vannak, nehezen igazolható a pszichológiai faktorok ignorálása a gyógyítás során.

A placeboterápia bizonyított hatásosságának ténye tehát megkérdőjelezi a klasszikus deontológiai álláspont érvrendszerét: az orvos megfelelő instrukció esetén a beteget a lényegét tekintve nem téveszti meg, sőt, hozzásegítheti a gyógyulásban való aktív részvételhez. Ha nem történik megtevesztés, akkor viszont erkölcsi hátrányról sem beszélhetünk. A placebo terápiás alkalmazása közvetlen előnyt is jelenthet a betegek számára, ami pl. a klinikai vizsgálatok placebo csoportjainak tagjairól nem mondható el (LEVINE 1987). Mindezt az 1990-es évek közepe óta egyre többen látják be, így az utóbbi évtizedben egyre nő a terápiás felhasználás korlátozott engedélyezésének lehetőségét szorgalmazók száma (pl. DE SAINTONGE–HERXHEIMER 1994; ERNST–HERXHEIMER 1996; SIMMONDS 2000; MOERMAN 2002a; EVANS 2004).

Ha a hatásossággal nincs is gond, a megtevesztés problémája részben megmarad, hiszen a beteg a gyógyszer mibenlétéről nem kap pontos tájékoztatást. Milyen áthidaló lehetőségek ismertek? Howard Spiro (1986) leírja, hogy kezdőként saját családorvosi praxisában teljesen jóhiszeműen és sikeresen alkalmazott ismeretlen eredetű fájdalomra placebóként B₁₂-vitamint injekció formájában, a következő tájékoztatással: *„Ez a szer már sok embernek segített, de nem tudom miért és azt sem, hogy az Ön esetében használ-e. Szerintem érdemes kipróbálni.”*

Mások még tovább mennek, és a teljes tájékoztatás lehetősége mellett érvelnek. Mindez első hallásra talán meglepőnek tűnik, ám néhány vizsgálati eredmény mellette szól. Park és Covi 1965-ös, neurotikus betegeken végzett egyhetes vizsgálata a következőképpen megfogalmazott betegtájékoztatón alapult: *„Számos, az Önéhez hasonló panaszoktól szenvedő betegen segítettem már placebo tablettákkal, s úgy érzem, hogy ez a módszer az Ön esetében is beválhat. Tudja, hogy mi az a placebo tabletta? Egy olyan tabletta, ami egyáltalán nem tartalmaz gyógyszert. Azt gondolom, hogy ez a tabletta segíteni fog Önnek is, ahogyan annyi más embernek is segített. Ki akarja próbálni?”* A felkért 15 betegből 14 vállalta a részvételt (a 15-ödiket férje lebeszélte, amit a beteg később megbánt). A résztvevők az egy hét elmúltával figyelemre méltó javulást mutattak. A kutatók felmérték azt is, hogy ki mit gondolt a szedett tablettáról, és úgy tűnt, hogy a legnagyobb javulást azok esetében lehetett tapasztalni, akik biztosak voltak vagy abban, hogy placebót, vagy pedig abban, hogy valódi gyógyszert kapnak. Összességében tehát úgy tűnt, hogy a szilárd hit jóval fontosabb a racionális megfontolásoknál.

Vogel és munkatársai (1980) ugyancsak azon a véleményen vannak, hogy a placebo megtevesztés nélkül is használható. Ennek feltétele a beteg és az orvos közötti bizalmi kapcsolat, ami lehetővé teszi a fentiekhez hasonló őszinte tájékoztatást. Tapasztalatuk szerint bizonyos esetekben ez a lehető legjobb választható terápia, főleg akkor, ha a gyógyszeres kezelés valamiért (paradox reakciók, mellékhatások, túlérzékenység stb.) nem javallott, és az adott panaszra (gyomorpanaszok, fájdalom, szorongás) placebóval bizonyítottan hatni lehet.

Chung és munkatársai 2007-ben publikált vizsgálatukban olyan placebokezelésen átesett betegeket, illetve egyetemistákat vizsgáltak, akik utólag megtudták, hogy „nem valódi” terápiát kaptak. Eredményeik szerint mindez nem hatott sem a betegek hangulatára, sem a kezeléssel kapcsolatos attitűdjeire, ráadásul a placebohatás azután is kimutatható volt, hogy a betegek megtudták az igazságot. Ezek az eredmények tehát erősen megkérdőjelezzik azt a sokat hangoztatott (ám korábban nem tesztelt) álláspontot, miszerint a betegek rosszul reagálnak arra, ha megtudják az igazságot a placebokezeléssel kapcsolatban.

ÖSSZEFOGLALÁS

Áttekintésünk első részében összefoglaltuk a placebojelenséggel kapcsolatos mai tudást. Láttuk azt, hogy a placebo hatások lehetnek bizonyos betegségek vagy panaszok kezelésében, ám a terápiás felhasználás elsősorban etikai okokból a mai napig nem megengedett. A következő évtized várhatóan jelentős előrelépést hoz majd mind az alap kutatások (pszichológiai és biológiai háttérmechanizmusok, a placebokezelésre jól reagáló panaszok köre), mind a terápiás gyakorlat vonatkozásában.

A NOCEBOJELENSÉG

DEFINÍCIÓK

A „ne árts!” (*nil nocere*) elve Hippokratész óta az orvostudomány egyik legfontosabb, ám maradéktalanul nem megvalósítható alapelve. Az orvos okozta károkat *iatrogén ártalom* néven szokás összefoglalni, és többek között e kategóriába sorolják a gyógy-szerzés nem kívánt mellékhatásait is.

A gyógyszerek káros hatásainak egy része (a placebohatásokhoz hasonlóan) nem vezethető le a hatóanyagok farmakológiai tulajdonságaiból (összefoglaló: KÖTELES-BÁRDOS 2009b). A legkorábbi placebokontrollos vizsgálatok óta ismert az, hogy a placebo csoportok tagjai is sokféle mellékhatásról számoltak be (pl. GREINER 1950; WOLF-PINSKY 1954; GREEN 1962; 1964). A jelenség végül nevet is kapott: a latin *nocere*, azaz ártani igéből képeztek a placebo ráimelő kifejezést, a nocebót (KENNEDY 1961). Az eredeti meghatározás szerint a nocebohatás nem más, mint a placebo-körülmények között tapasztalt mellékhatások összessége. Ennek alapján napjainkig szokás megkülönböztetni egy-egy gyógyszer *specifikus* (farmakológiai alapon megérthető) és *nem specifikus* (a farmakológiai hatásokból le nem vezethető) mellékhatásait (BARSKY et al. 2002).

Pogge (1963) 67 kettősvak-vizsgálat placebo csoportjának eredményeit összegezte, eredményei szerint a placebót kapó betegek 23%-a jelentett mellékhatást. Lényegében a modern adatok is ehhez hasonlóak (pl. 19%; ROSENZWEIG et al. 1993), s kiderült az is, hogy a hatás sok esetben „dózisfüggő”, vagyis a több placebót kapók több mellékhatásról számolnak be (HONIGFELD 1964; ROSENZWEIG et al. 1993).

Mivel a gyógyszervizsgálatok során felfedezett jelenség nemcsak elméleti, hanem gyakorlati fontossággal is bír, egész sor vizsgálatot végeztek el, részben egészséges személyeken (pl. GLASER 1953; GLASER-WHITTOW 1953; BEECHER 1955; GOWDEY-HAMILTON 1967; REIDENBERG-LOWENTHAL 1968), részben betegeken (WOLF-PINSKY 1954; BEECHER 1955). Az eredmények alapján a fejfájás, az álmodás, a fáradtság és a koncentrációs problémák tartoznak a leggyakoribb nem specifikus mellékhatások közé (3. táblázat).

A nocebo fogalmát az 1990-es években az orvosi antropológusok némileg átértelmezték. A kulturális antropológia ugyanis számos olyan esetet ismer, amikor pl. a megrontásba vetett hit betegséget, vagy akár halált is okozott (pl. vuduhalál). Emiatt Hahn (1997) azt javasolta, hogy nocebohatás alatt csakis és kizárólag az eleve károsnak tartott és valóban károsnak bizonyult hatásokat kell érteni: eszerint míg a placebo esetében a pozitív elvárások pozitív hatást váltanak ki, addig a nocebohatás a negatív elvárások megvalósulását jelentené (HAHN 1997; BENSON 1997; BRODY 2000).

3. táblázat. A legfontosabb placebo-mellékhatások gyakorisága néhány korai vizsgálat eredményei szerint

	Glaser 1953	Beecher 1955	Reidenberg és Lowenthal 1968	Rosenzweig et al. 1993	Preston et al. 2000
Fejfájás	20%	25%	14%	3,6–8,5%	15,5%
Álmosság	28%	9,7%	23%	3,7–12,5%	6,6%
Fáradtság	24%	50%	39%	4%	7,5%
Koncentrációs problémák	10%	15%	26%	0,8–1,5%	–
Gyengeség		17,5%	–	2,5–12,5%	2,1%
Hányinger, hányás	20%	9,8%	–	0,4–1,9%	2,7%
Szájszárazság	18%	9,1%	–	1,5%	6,4%
Szédülés	–	–	5%	0,4–3,1%	5,3%
Ingerlékenység	–	–	19%	2,3%	–
Alvászavarok	–	–	–	0,4%	3,7%

A modern világban viszont, ahol szinte mindenki tud (és elvileg mindenkinek tudnia kell) a gyógyszerek mellékhatásairól, korántsem egyértelmű az, hogy a beteg milyen elvárásokkal veszi be a gyógyszert – az orvos gyógyító szándékától függetlenül (BARSKY et al. 2002; 2004). Emiatt újabban azt javasolják, hogy a nocebohatás tekintetében érdemes volna egy tágabb definíciót használni, és idesorolni minden olyan panaszt, ami nem vezethető le az adott szer farmakológiai hatásaiból (pl. BARSKY et al. 2002). Bootzin és Bailey (2005) a nocebofogalom különböző értelmezéseit áttekintve szintén arra a következtetésre jut, hogy gyakorlati szempontból érdemes tágabb értelemben használni a kifejezést. Ezt az érvelést elfogadva a nocebohatást mi is ebben az átfogóbb értelemben használjuk.

MIBEN KÜLÖNBÖZIK A NOCEBO- ÉS A PLACEBOJELENSÉG?

Amint az a definíciós nehézségekből is kiderült, a placebo- és a noceboreakció viszonya elméletben és gyakorlatban sem könnyen megválaszolható probléma. A korai irodalomban sokszor összemosták a placebóra nem reagálókat (semleges reaktorok) a negatívan reagálókkal (az eredeti tünetek rosszabbodnak) és/vagy a mellékhatásokat produkálókkal (SHAPIRO et al. 1973, SHAPIRO et al. 1980). Pszichiátriai betegek tünetbeszámolóinak sokváltozós módszerrel történő elemzése során végül az derült ki, hogy a placeboreaktorok és a mellékhatásokat produkálók egyértelműen két külön faktoron helyezkednek el (SHAPIRO et al. 1980). Emiatt legalábbis óvatosan érdemes kezelni azt a modern irodalomban is sokszor tényként hangoztatott megállapítást (pl. GEERS et al. 2005), hogy a nocebo- és a placebohatás mögötti élettani és/vagy pszichológiai mechanizmusok megegyezőek volnának, vagyis a két jelenség lényegében tükörképe egymásnak (ENCK et al. 2008).

A placebo- és a noceboreakció kapcsolatáról a legtöbbet a fájdalom vonatkozásában tudunk (pl. BENEDETTI et al. 2007; COLLOCA–BENEDETTI 2007). Korábban láttuk azt, hogy központi idegrendszeri szinten a fájdalomcsillapító placebohatásért az endogén opiátrendszer felelős. Ezzel szemben létezik egy kolecisztokininalapú rendszer is, amelynek serkentésével a fájdalomérzet fokozható (összefoglaló: BENEDETTI 2009). A két rendszer egymást is gátlás alatt tartja, vagyis pl. az opiátrendszer elnyomása egyben a kolecisztokininrendszer aktivációját (gátlástalanítását) is jelenti, ami némi hiperalgéziás hatást vált ki. A két mechanizmus tehát neurobiológiai szinten az átfedések ellenére is jól elkülönül egymástól.

Colloca és munkatársai vizsgálatában (2008) a placebo vonatkozásában a kondicionálás (saját tapasztalat) hatása erősebbnek bizonyult a verbálisan közölt információénál, míg a noceboirányban a kondicionálás szinte egyáltalán nem, míg a szóbeli információ kiváltotta elvárás jól működött.

Mindez arra utal, hogy a placeboanalgészia és a nocebo-hiperalgészia semmilyen szinten nem tekinthető egymás tökéletes tükörképének (PETROVIC 2008), ennek megfelelően a placebokutatás eredményei sem általánosíthatók automatikusan a placeboóra.

A 4. táblázat néhány fontos szempontot sorol fel a placebo- és a nocebo-jelenségkör elválasztásához.

4. táblázat. A placebo- és a nocebo-jelenségkör közötti fontosabb különbségek

	Placebo	Nocebo
<i>Hatásirány</i>	kedvező	káros
<i>Nemi különbségek</i>	rendszerint nincsenek	inkább a nők érintettek
<i>Fő háttérmotivációk</i>	– a panaszok csökkentése – szorongáscsökkentés – együttműködés a gyógyítóval és/vagy a gyógyítónak való megfelelés – az egészséges énkép védelme	– kontrolligény/oktulajdonítás – terápiás rezisztencia – másodlagos betegségelőnyök
<i>Fő személyiségvonások</i>	– szociabilitás, konformitás (tradicionálizmus) – optimizmus/pesszimizmus – szuggesztibilitás	– negatív affektivitás – testi folyamatokra irányuló fokozott figyelem – optimizmus/pesszimizmus
<i>Fontosabb pszichológiai és pszichofiziológiai mechanizmusok</i>	– klasszikus kondicionálás – kifelé forduló figyelem – disszonanciaredukció – elvárások különböző típusai – homeosztatisztikus mechanizmusok	– befelé forduló figyelem – elvárások különböző típusai – stressz, szorongás – szomatizáció – klasszikus kondicionálás

HOGYAN ALAKULNAK KI A NOCEBOTÜNETEK?

A nem specifikus gyógyszer mellékhatások kialakulásának pszichológiai és pszichofiziológiai mechanizmusaival kapcsolatos elméletgyártás már az ötvenes években megindult (lényegében a placeboelméletekkel párhuzamosan), és azóta is töretlenül folyik. Annyi biztosra vehető, hogy többféle mechanizmusról van szó, amelyek rendszerint kölcsönhatásban is állnak egymással, így az újabb megközelítések inkább integratív jellegűek. A következőkben a manapság legfontosabbnak tartott tényezőket próbáljuk bemutatni (részletesebben lásd KÖTELES–BÁRDOS 2009b).

TÜNETBESZÁMOLÓK ÉS TÉVES ATTRIBÚCIÓ

Az 1970-es évek második fele óta tudjuk azt, hogy számos panasz (pl. fejfájás, hányinger, gyengeségérzés stb.) jelentkezése nem feltétlenül utal patológiás háttérre, átmeneti jelleggel a legtöbb egészséges ember is rendszeresen megtapasztalja bármelyiküket (összefoglaló: PENNEBAKER 1982; RÓZSA–KŐ 2007). E tünetbeszámolónak nevezett vizsgálatok érdekes hozadéka az a felismerés, hogy a résztvevők által jelentett tünetek rendszerint csekély együttjárást mutatnak a mért élettani változókkal, vagyis többnyire nem tekinthetők konkrét élettani háttértörténesek reflexióinak (PENNEBAKER 1982). Ez természetesen nem feltétlenül jelenti azt, hogy nincs semmilyen élettani háttérük, ám e háttérrel sokkal inkább a zsigerek felől érkező diffúz ingerként, semmint egy adott szerv vagy funkció konkrét működését tükröző, egyértelmű információként lehet elképzelni.

Témánk szempontjából különösen izgalmasnak tűnik az, hogy a tünetbeszámolók és a placebo-mellékhatások során leggyakrabban jelentett tünetek meglehetősen hasonlóak egymáshoz. Felmerülhet tehát az a gyanú, miszerint a betegek sokszor a szervezet normális működésének egyes jeleit (vagy éppen más betegségek tüneteit; GREEN 1964; ROSS–OLSON 1981; BARSKY et al. 2002) értelmezik gyógyszer mellékhatásként. Ezekben az esetekben tehát nem másról van szó, mint attribúciós problémáról vagy más néven téves címkézéstről. A folyamatot elsőként Nisbett és Schachter (1966) írta le. Két csoportra osztott kísérleti személyeik enyhe elektrosokkot és placebotablettát kaptak. Az egyik csoport tagjai úgy tudták, hogy a beszédett szer mellékhatásként palpitációt, izomremegést és egyéb (az elektrosokra is jellemző) tüneteket okoz, míg a kontrollcsoport nem kapott efféle tájékoztatást. A kognitív címkézési elméletnek megfelelően az első csoport jóval kevésbé fájdalmasnak élte meg, és jobban is tolerálta az elektromos áramütéseket, hiszen ezek hatását részben a beszédett szernek tulajdonította.

Az attribúció fogalma témánk szempontjából többszörösen is fontos. Egyrészt ha a tüneteket (hibásan) súlyos betegség jeleinek tulajdonítjuk, akkor könnyen bekerülhetünk a szorongás – fokozódó tünetek – fokozódó figyelem ördögi körébe (lásd később). A hibás oktatás mellett fokozhatja a tünetekre irányuló figyelmet,

aminek következménye a tünetekkel való fokozott foglalkozás (*rumináció*; BROWN 2006), valamint a súlyos, mindent megváltoztató betegség feltételezése (*katasztrofizálás*) is (BARKSLEY-BORUS 1999). Egy biztos diagnózis ilyenkor önmagában is drámai javulást hozhat a beteg közérzetében és állapotában. Másrészt a hibás attribúció (súlyos betegség feltételezése) önmagában is felelős lehet a fokozott szenvedésért és az életminőség csökkenéséért. Számos észlelt zsigeri változásnak nincs egyértelműen azonosítható oka, ugyanakkor ezek számunkra jelentőséggel bírnak, ezért hajlamosak vagyunk „minden-áron” keresni egyet. A modern életmód eleve bővelkedik arousalnövelő eseményekben, és többek között a sajtó, az összeesküvés-elméletek (vagy éppen a betegtájékoztatók) útján, tálcán kínál olyan „potenciális okokat”, amelyeket kényelmesen felhasználhatunk belső változásaink magyarázatára. Bizonyítottan ilyenek pl. a modern életmód vélt vagy valós veszélyei (PETRIE et al. 2001; 2005).

Emellett a zsigeri érzéketek „jól felhasználhatók” kudarcok magyarázatára vagy kontrollszerzésre (lásd másodlagos betegségelőnyök) is, mivel az aktuális motiváció erősen torzítja a kogníciót (KUNDA 1990). Mivel az elfogadott betegségek és tünetek köre, illetve a különböző, bizonytalan testi érzetek értelmezése és fontossága is társadalmi konszenzus eredménye, a magát betegnek érző személy szükségképpen válogatni fog a tünetek közül, és eleve az orvos vagy a társas környezet számára elfogadhatónak tartott panaszokat prezentálja (BÁRDOS 2003).

KLASSZIKUS KONDICIONÁLÁS

A klasszikus kondicionálás segítségével jól értelmezhetők azok a tünetek, amelyek eredetileg specifikus mellékhatásként lépnek fel, később azonban már a gyógyszer vagy akár a kezelő személyzet látványára anticipátorosan is jelentkeznek. A jelenség tankönyvi példája a kemoterápia tipikus mellékhatásának tartott hányinger és hányás (ANDRYKOWSKI-REDD 1987; ANDRYKOWSKI et al. 1988; BENEDETTI 2009). MacKenzie sokat idézett vizsgálatában (1896) virágpor-allergiás személyek esetében mesterséges virágokkal is képes volt kiváltani allergiás reakciót. A pszichoneuroimmunológia sokszor leírt eredményeinek egy része (pl. kondicionált immunszuppresszív hatás; ADER-COHEN 1975) szintén felfogható tanulásalapú noceboreakcióként.

TÁRSAS TANULÁS

A társas tanuláselmélet legalább két fontos tekintetben lép túl a klasszikus megközelítésen. Egyrészt társas természetű megerősítést, illetve büntetést is elfogad, másrészt a tanulást mások megfigyelésével, azaz behelyettesítő (vikariáló) módon is képes értelmezni. Lipowsky (1988) a szomatizációs problémák kialakulásának egyik fontos tényezőjeként említi a gyerekkori élményeket: a gyerekek mintegy a problémakezelés egy lehetséges módjaként tanulhatják meg a szülőktől a szomatizáló stílust vagy általában a testi folyamatokra fordított fokozott figyelmet (modellálás). A betegséggel járó fokozott

odafigyelés is értelmezhető társas megerősítő tényezőként (BÁRDOS 2003). Mindez a nocebo kontextusában is érvényes lehet, vagyis a nem specifikus gyógyszer mellékhatásokra való érzékenység hasonlóképpen tanulható a sokat panaszkodó szülőktől vagy rokonoktól.

STRESSZ, SZORONGÁS

Régóta ismert, hogy a nem specifikus tünetek jelentős átfedésben állnak a stressz és a szorongás testi vetületeivel, így korán megfogalmazódott az az elmélet, hogy tulajdonképpen a szorongás (és/vagy a depresszió) sajátos interpretációjáról, a jelentkező testi panaszok felerősítéséről van szó (BARKSKY 1979). Árnyalja a képet az a tény, hogy krónikus panaszokhoz eleve gyakran társul szorongás és/vagy depresszió (WHITEHORN 1958), így az ok és okozat már nem választható el egyértelműen egymástól. Mindenesetre számos vizsgálati eredmény erősíti meg a nocebohatás és a szorongás közötti kapcsolatot. Szorongásos panaszokkal küzdő betegeknél a szokásosnál gyakoribbak a nem specifikus mellékhatások vagy a spontán észlelt tünetek, amelyek sokszor valóban nem mások, mint a szorongás testi jelei (FERGUSON 1993; PENNEBAKER 1994). Uhlenhuth és munkatársai (1998) olyan szorongásos betegeket vizsgáltak, akik egy új gyógyszerformára tértek át (miközben a hatóanyag és a dózis változatlan maradt). A mellékhatások gyakorisága 24%-ról 60%-ra ugrott fel, és a legtöbb tünet a szorongással volt összekapcsolható. A nocebo típusú információ szorongást kelt és aktiválja a stresszrendszert és a HPA-tengelyt, illetve a stresszrendszer aktiválásán keresztül számos immunfunkciót is módosítani képes (BENEDETTI 2009).

ELVÁRÁSOK

Az 1970-es és nyolcvanas években többen is vizsgálták azt, hogy placebo hatására hogyan változnak felnőtt asztmás betegek légzési paraméterei. Butler és Steptoe eredményei (1986) szerint hörgőszűkítő hatásúnak beállított desztillált víz belélegzésével a légzési térfogat valóban csökkenthető volt, ami azóta is a szűkebb értelemben vett nocebohatás (negatív elvárás – negatív hatás) tankönyvi példájának számít. Egy friss esettanulmány (REEVES et al. 2007) egy klinikai vizsgálat egyik résztvevőjének történetét írja le: a 26 éves férfi vérnyomása olyan mértékben esett, hogy intravénás folyadékpótlással kellett a normális tartományban tartani. Miután az illető megtudta, hogy placebót kapott, a tünetek hamar elmúltak. Több más, hasonló vizsgálati eredményt is ismerünk (pl. dermatológiai hatások vonatkozásában), ami arra utal, hogy (elsősorban már meglévő és bejáratott effektoros idegrendszeri kapcsolatok megléte esetén) a résztvevőknek adott instrukciók szuggesztívként működhetnek és kiválthatják az elvárt élettani változást.

Úgy tűnik, hogy a fájdalomérzet és főképpen a fájdalomtolerancia megfelelő elvárások keltésével szintén bármilyen irányba nagyon könnyen módosítható, sőt, megfelelő instrukcióval az eredetileg nem fájdalmas bőrérzetek is fájdalmassá tehetők (allodínia; COLLOCA et al. 2007; COLLOCA–BENEDETTI 2007). Mivel a fájdalom a betegek körében

a legtöbb szenvedést okozó faktor és egyben a leggyakoribb panasz is, ez a témakör tekinthető a nem specifikus gyógyszer mellékhatások talán legfontosabbjának. Colloca és munkatársai eredményei szerint (2008) a placebo (hiperalgéria) vonatkozásában az elvárások (verbális szuggesztió) hatása jóval erősebb a kondicionálásénál (saját tapasztalaténál).

A gyógyszerek külalakja (színe, mérete, alakja) nemcsak placebo-, hanem placebo-elvárásokat is kelthet (KÖTELES–BÁRDOS 2007; 2009c). Piros színű tabletták elsősorban serkentő-aktiváló (pl. szívdobogásérzés, nyugtalanság), a fehérek pedig nyugtató típusú (pl. erőtlenség, álmoság) elvárásokat gerjesztenek, amelyek nem specifikus mellékhatások formájában is megjelenhetnek. A betegek általában is, és különösen az emésztőszervi mellékhatások (hányinger, hasmenés) vonatkozásában az oblong tablettaformát tartják a legveszélyesebbnek (KÖTELES–BÁRDOS 2009c).

INTROSPEKCIÓ, FÓKUSZÁLT FIGYELEM, AMPLIFIKÁCIÓ

A tünetbeszámolóknál során jelentett panaszok jelentős része esetében nem minden körülmények között tudatosodó, de elvileg tudatosítható (ún. *epikritikus*; ÁDÁM 1998; BÁRDOS 2003) viszcerális ingerről van szó. A tudatosulás mértéke, később pedig a tünetek tartóssága és erőssége részben éppen e diffúz ingerekre irányított figyelem múlik (JOYCE 1959; PENNEBAKER 1982; WILLIAMS et al. 1998). Mivel az emberi figyelem korlátozott terjedelmű, a különböző ingerforrások folyamatosan versengenek: ingergazdag környezetben e bizonytalan érzetek teljesen eltűnhetnek, míg a figyelem befelé fordulásával felerősödhetnek (PENNEBAKER 1982; CIOFFI 1991; GEERS et al. 2006).

Úgy tűnik, hogy míg a placebohatás esetében inkább a külső ingerekre (pl. gyógyító szuggesztió) figyelünk, addig a placebo esetén a befelé forduló figyelem dominál (DUNCAN–LAIRD 1980). Annyi kiegészítést mindenesetre érdemes tenni, hogy a figyelem irányát már részben külső tényezők határozzák meg (pl. a gyógyszer mellékhatások lehetőségének ismerete eleve irányt szab a befelé forduló figyelemnek). Mindezt jól megerősíti Geers és munkatársai 2006-os kísérletes vizsgálata, amelyben sikerült kimutatni a placebo-tünetek és a testi folyamatokra irányuló figyelem összefüggését. A kezdetben átmeneti és enyhe tünetekre való figyelem fokozhatja a szorongási szintet is, ami egyrészt rögzíti a figyelmet, másrészt tovább erősíti a tüneteket. Az egészséggel/betegséggel kapcsolatos irreális aggodalmak egyrészt szintén növelik a szorongási szintet, másrészt folyamatos befelé figyelést indukálnak (KEELEY 2002).

E jelenséget Barsky összefoglalóan szomatoszenzoros amplifikációnak (1979) nevezte el, ami a testi tünetekre fordított fokozott figyelemmel, egyes gyenge érzetek szelekciójával és az ezekre adott érzelmi és kognitív reakcióval jellemezhető. Fontos látni azt, hogy a két utóbbi pont esetében elsősorban top-down folyamatok működnek: a korábbi tapasztalatok és kulturális tanulás során kialakult sémák határozzák meg azt, hogy mire kell odafigyelni (*hipotézisvezérelt szelektív keresés*; PENNEBAKER 1982) és ez mit jelent az egyén számára (CIOFFI 1991). Az amplifikáció során kialakult

érzelmi és kognitív reakció iránya és intenzitása határozza meg végül azt, hogy milyen mértékű szenvedést él át a beteg és mindez krónikus esetben mennyire változtatja meg az életét (BARKSKY et al. 1988; CIOFFI 1991).

Az amplifikáció minden bizonnyal működik a nem specifikus gyógyszer mellékhatások esetében is, hiszen a betegek sokszor pontosan tudják, hogy mellékhatások lehetségesek, és azt is, hogy mire kell figyelniük (vagyis megfelelő sémákkal és elvárásokkal is bírnak). Érdemes megjegyezni azt, hogy e hatások orvosi szempontból nézve rendszerint közvetlenül nem veszélyesek (de közvetve igen, amikor pl. a gyógyszeresedés felfüggesztését okozzák), ám ehhez mérten szintén aránytalanul nagy szenvedést okoznak.

TRAUMA, DISSZOCIÁCIÓ, KONVERZIÓ, SZOMATIZÁCIÓ

Mind a tünetbeszámolók, mind a nem specifikus (vagy orvosilag megmagyarázatlan) tünetek kapcsán kiderült az, hogy a korábbi (főképpen a korai gyermekkorra vagy a vizsgálatot megelőző egy-hat hónapra datálható) traumatikus események hajlamosító tényezőnek tekinthetők (LIPOWSKY 1988; PENNEBAKER 1994; BROWN 2006). A traumatikus esemény megváltoztatja a stresszrendszer aktivitását és speciális énvédő mechanizmusokat indukál. A *disszociáció* esetében a tudatból kiszorult testi érzetek újbóli megjelenéséről van szó, míg a *konverzió* a traumatikus élmény testi tünetekké való átalakítását és kifejeződését, s ezáltal a negatív affektus csökkentését jelenti. Némileg komplexebb a *szomatizációs* megközelítés: szintén a pszichológiai distressz testi tünetek formájában történő megjelenítéséről van szó, ám multifaktoros etiológiával (biopszichoszociális megközelítéssel; BROWN 2006). A szomatizáció esetében rendszerint (bár nem mindig) feltételezik a másodlagos betegségelőnyök meglétét is (BARKSKY 1979).

E megközelítések közös gyenge pontja egyrészt a distressz és a tünetképzés közötti pontos kapcsolat leírásának hiánya, másrészt az a mindennapi tapasztalat, hogy sok esetben nem húzódik meg trauma e jelenség(ek) hátterében. Brown 2006-os modellje mindkét problémát megoldja azzal, hogy a traumát a hibás kognitív reprezentációk kialakulását elősegítő (de azok kialakulásához nem feltétlenül szükséges) tényezők közé sorolja. E modell alapján egyébként értelmezhetővé válik a mindenfajta élettani háttértörténet nélküli tünetképzés is.

TERÁPIÁS REZISZTENCIA

A placebo-mellékhatásokat az 1960-es évektől kezdve gyakran tulajdonították a terápiával és/vagy az orvossal szembeni ellenállás nem tudatos kommunikációjának (pl. HANKOFF et al. 1960; BARKSKY 1983; KRADIN 2004; OLSHANSKY 2007). Downing és Rickels vizsgálata szerint (1967) a mellékhatások a gyógyszeres kezeléssel szembeni ellenérzések rejtett megjelenési formái lehetnek, és azoknál a betegeknél gyakoriak, akik hosztilitásukat nem közvetlen módon fejezik ki. A gyógyszer mellékhatások egyébként jó ürügyet jelentenek a nem preferált terápia megszakítására is (BARKSKY et al. 2002; SHEA 2006).

MÁSODLAGOS BETEGSÉGELENYÖK

Másodlagos betegségelényök alatt azon pozitív dolgok összességét értjük, amelyeket a beteg a betegségéből kifolyólag szerez meg. Ilyen pl. egyfajta hatalom a környezet felett, a fokozott törődés és figyelem, a kellemetlen kötelezettségek alóli felmentés (JENSEN–KAROLY 1991; MINTZ 2002) vagy éppen az anyagi előny egy kártérítési perben (WILLIAMS et al. 1998). A legtöbb esetben nem vagy csak részben tudatos motivációkról van szó. Tanuláselméleti szempontból a másodlagos betegségelényök megerősítésként foghatók fel, ami lehet közvetlen (saját előny szerzése) vagy behelyettesítő (pl. gyermekkorban annak megfigyelése, hogy a beteg testvér több törődést kap; BARSKY 1979; LIPOWSKY 1988) jellegű is.

A FOGÉKONYSÁG KÉRDÉSE

A placeboakcióhoz hasonlóan a nocebojelenség kapcsán is felötlik az a kérdés, hogy – a helyzeti tényezőkön túl – léteznek-e esetleg olyan stabil személyiségjellemzők, amelyek hajlamosítanak a tünetképzésre, vannak-e a noceboakciónak „pszichológiai rizikófaktorai”? E változók megismerésével nemcsak a jelenség háttéréről tudhatnánk meg többet, hanem a nem specifikus gyógyszer mellékhatások bizonyos mértékig előrejelezhetővé is válnának. Egyértelműen úgy tűnik, hogy léteznek ilyen jellemzők, és hatásuk a placebo vonatkozásában látottnál jóval erőteljesebben érvényesül.

Láttuk azt, hogy a noceboakciót tekinthetjük a tünetbeszámolók speciális esetének is, így a tünetképzést magyarázó modellek (pl. PENNEBAKER 1982; GIJSBERS VAN WIJK–KOLK 1996; KOLK et al. 2003) is alkalmazhatóvá válnak. A tünetek percepciója szükségszerűen aktív folyamat, amit korábbi tapasztalataink, elvárásaink és kognitív sémáink is befolyásolnak (PENNEBAKER 1982; CIOFFI 1991; BARSKY–BORUS 1999). A tünetpercepciót elősegítő egyik legfontosabb tényező a női nem, a személyiségvonások közül pedig a negatív affektivitás, a szomatizációs hajlam, a diszpozicionális optimizmus, a szomatoszenzoros amplifikáció, valamint az abszorpció kerül gyakran említésre.

NEM

A nocebo-válaszkészség és a tünetbeszámolók tekintetében a legtöbb vizsgálati eredmény a nők fokozott érintettségét mutatta ki (pl. GREEN 1962; 1964; RICKELS 1965; PENNEBAKER 1994; STRÖHLE 2000; PASSALACQUA et al. 2002; LICCARDI et al. 2004). Gisjbers Van Wijk és munkatársai szerint (1996) a jelenség több okra vezethető vissza: egyrészt a nők biológiai alapon is több tünetet produkálnak és észlelnek (menstruációs ciklus változásai, terhesség stb.), másrészt a nemi szerepből adódó elvárások is inkább kedveznek a tünetek megfigyelésének, illetve az azokról való beszámolásnak. Tünetbeszámolók esetében egyébként a nők sokszor csak retrospektív helyzetben számolnak be több tünetről, a pillanatnyilag észlelt tünetek monitorozása esetén a nemi különbség

eltűnik (PENNEBAKER 1982). Érdekesség, hogy a nocebo vonatkozásában a nők inkább a saját tapasztalatból tanulnak, míg a férfiakra erősebb hatást gyakorol a verbális szuggeráció (KLOSTERHALFEN et al. 2009).

A NEGATÍV AFFEKTIVITÁS ÉS KORRELÁTUMAI

Knowles és Lucas 1960-ban tünetbeszámolón alapuló, a csoportos és a magányos helyzetet összehasonlító kísérletes placebovizsgálatot tervezett. Csoportos kitöltés esetén a noceboválasz erősen korrelált a neuroticizmussal, míg magányos helyzetben inkább az extraverzióval állt kapcsolatban. Mint azt a szerzők is megjegyzik, egy kórházi osztályon pl. így nagyon könnyen, mintegy járványszerűen elterjedhetnek egyes gyógyszer-mellékhatások, első körben a magasabb neuroticizmussal jellemezhető betegek körében.

A negatív affektivitás és a tünetbeszámolók közötti szoros kapcsolat régóta ismert: a fokozott neuroticizmus több észlelt testi tünettel jár együtt, ezeket azonban inkább a testtel kapcsolatos aggodalmak hatásának, semmint betegségek okának lehet tekinteni (COSTA-McCRAE 1985; BARSKY et al. 1988). Fény derült többek között az A típusú személyiség (DRICI et al. 1995), valamint a fájdalomtól való szorongás (STAATS et al. 2001) és a tünetképzés közötti kapcsolatra is. Davis és munkatársai (1995) pedig egy klinikai gyógyszervizsgálat során kifejezetten a placebo-mellékhatások száma és a neuroticizmus közötti kapcsolatot mutatták ki.

A negatív affektivitás rendszerint együtt jár a szubjektíven értékelt egészségi állapottal is, a kettő közötti kapcsolatot biztosíthatja többek között a fokozott fájdalomérzékenység, a folyamatos belső keresés vagy a befelé irányuló fokozott figyelem is (WATSON-PENNEBAKER 1989; CIOFFI 1991). Mint azt Costa és McCrae megjegyzi (1987), a neuroticizmus és a fokozott tünetészlelés együttjárása nem feltétlenül jelent oki kapcsolatot: minden bizonnyal itt is cirkuláris oksággal kell számolni, esetleg egy harmadik változó is lehet a háttérben.

INTROSPEKCIÓ, BEFELE FORDULÓ FIGYELEM

A noceboreakcióban szerepet játszó személyiségváltozók egy másik csoportját azok a konstruktumok alkotják, amelyek a testi folyamatok fokozott észrevételére és/vagy felerősítésére való hajlamot próbálják megragadni, ilyen pl. a testi tudatosság (JOYCE 1959; McNAIR-BARRETT 1979), a tünetbeszámoló-pontszám (PENNEBAKER 1982) vagy a szelffókusz (CARVER-SCHEIER 1981). Talán mind közül a legismertebb konstruktum a Személyes Éntudatosság (FENIGSTEIN et al. 1975). A belső állapotok felerősítésének tendenciáját sikerült kísérletes úton is igazolni (pl. MILLER et al. 1981), az azonban korántsem egyértelmű, hogy mi az, amit ilyenkor felerősítünk: a valós szenzoros bejövő információ vagy a pillanatnyilag a tudatban található tünetek?

SZOMATOSZENZOROS AMPLIFIKÁCIÓ (SSA)

A két fenti változóhalmaz egyfajta metszeteként fogható fel a szomatoszenzoros amplifikáció konstruktuma (BARKSKY 1979; KÖTELES–BÁRDOS 2009b). A Szomatoszenzoros Amplifikáció Skálát (*Somatosensory Amplification Scale*, SSAS) Arthur Barsky és munkatársai fejlesztették ki az 1980-as évek második felében (BARKSKY et al. 1988; BARKSKY–WYSHAK 1990). Az eredeti definíció szerint a szomatoszenzoros amplifikáció a testi érzetek intenzívként, károsként és zavaróként való megélésének tendenciáját jelzi (BARKSKY et al. 1988). A tételek többsége tudatosan nem patológiás folyamatokra vagy betegségekkel kapcsolatos érzetekre kérdez rá, mivel a konstruktum megalkotása azon az elméleti megfontoláson alapult, hogy a szomatoszenzoros amplifikáció esetében a korábbi dichotóm (pl. egészséges vs. hipochonder) klinikai megközelítésekkel ellentétben egy olyan kontinuumról van szó, aminek mentén minden ember jellemezhető és ami időben többé-kevésbé stabil (vonás jellegű).

A szerzők elképzelése szerint az amplifikátorok a normális zsigeri működéssel járó érzeteket, az érzelmek élettani korrelátumait, a nem jelentős, átmeneti jellegű testi érzeteket, valamint a súlyos betegségek tüneteit egyaránt hajlamosak felerősíteni. Ennek alapján a skála és maga a konstruktum nagyon ígéretesnek tűnt többek között a hipochondriázis és a szomatizációs zavarok patomechanizmusának magyarázatában is (BARKSKY–WYSHAK 1990; BARKSKY et al. 1990; NAKAO–BARKSKY 2007). A későbbi vizsgálatokból viszont egyre inkább az derült ki, hogy nincs szó a testi/viszcerális érzetek alacsony (szenzáció)-szintű felerősítéséről (NAKAO et al. 2007), sőt, a magas amplifikációs pontszámmal jellemezhető személyek sokszor egyértelműen rosszabbul teljesítenek pl. szívdobogás-detekció vagy taktilis ingerek detekciója esetén (BARKSKY et al. 1994; MAILLOUX–BRENER 2002; BROWN et al. 2007). A mai elképzelések szerint a szomatoszenzoros amplifikáció inkább a tudatossá váló tünetek felerősítésével kapcsolatos (vagyis *percepció*s típusú) folyamatokat takar (egyes szerzők *speciális kognitív torzítás*ról beszélnek; MAILLOUX–BRENER 2002), ami egyrészt a perifériás bemenetre adott fokozott kognitív-emocionális reakcióban, másrészt akár perifériás bemenet nélküli tünetképzésben (*elvárás-hatás*) nyilvánul meg (SCHMIDT et al. 1994). Mindezek alapján az SSA és a nocebohatás közötti kapcsolat meglehetősen valószínűnek tűnik (BARKSKY–BORUS 1999; BARKSKY et al. 1999; BARKSKY et al. 2002).

SZOMATIZÁCIÓS HAJLAM

Szomatizációnak hívjuk az érzelmi diszfória testi tünetekként való kifejezését (LIPOWSKI 1988). Egyes szerzők a fogalom helyett az orvosilag megmagyarázatlan testi tünetek fogalmát javasolják (SPINHOVEN–VAN DER DOES 1997), és a jelenség multikauzális eredetét hangsúlyozzák (magáról a jelenséggörőről, a definíciós és diagnosztikai problémákról lásd KULCSÁR–RÓZSA 2004). Mint azt már a definícióból is sejteni lehet, a szomatizációs hajlam szintén szoros kapcsolatban áll a negatív affektivitással (LIPOWSKI 1988;

UHLLENHUTH et al. 1998) és valamennyire a szomatoszenzoros amplifikációval is. Spinhoven és van der Does vizsgálati eredményei (1997) alapján a szomatizáció sokkal inkább a szorongás szomatikus megélésének, semmint az amplifikációs folyamat termékének tekinthető.

Összességében tehát úgy tűnik, hogy a nem feltétlenül klinikai értelemben vett, inkább vonás jellegűként definiált szomatizációs hajlamnak önállóan is szerepe lehet a noceboreakcióban, és erre vonatkozóan némi empirikus bizonyítékkal is rendelkezünk (BARKSKY et al. 1999).

DISZPOZICIONÁLIS OPTIMIZMUS

A diszpozicionális optimizmusról mint az események kedvező jövőbeli kimenetére vonatkozó generalizált elvárásról már esett szó a placeboreakció személyiség hátterének kapcsán. Geers és munkatársai vizsgálatában (2005) optimista és pesszimista (a LOT-R skálán magas, illetve alacsony pontszámot elérő) résztvevők enyhe mellékhatásokat okozó szernek beállított placebotablettát (vagyis nocebót) kaptak. A vizsgált időszakban tapasztalt kellemetlen tünetek száma a pesszimisták körében valóban szignifikánsan nagyobb volt, mint az optimistáknál. Így ebben az elegáns kísérletben bizonyították az optimizmus/pesszimizmus lehetséges szerepét a nocebohatások kialakulásában, ám úgy tűnik, hogy az optimizmus szintén nem választható el egyértelműen a neuroticizmustól (SZONDY 2006).

ABSZORPCIÓ

Az abszorpció a szenzoros (szagok, hangok, képek stb.) vagy misztikus élményekbe való belemerülés, illetve a módosult tudatállapotokba való kerülés hajlamát jelenti (Tellegen–Atkinson 1974). Közeli kapcsolatban áll többek között a tapasztalatokra való nyitottsággal, a szuggesztibilitással, az imaginációs készséggel, a fantáziálással, valamint a disszociáció jelenségével is (WITTHÖFT et al. 2008). Az abszorpció esetében tehát elméleti alapon feltételezhető a nocebojelenséggel való kapcsolat, amit Barsky és munkatársai (1999) egy reumatoid arthritiszes betegeken végzett elővizsgálatban sikeresen demonstráltak is. Emellett egy rokon témakör, az orvosilag megmagyarázatlan tünetek rizikófaktorának is tartják (WITTHÖFT et al. 2008). Bailer és munkatársai (BAILER et al. 2008) az idiopátiás környezeti intolerancia (*Idiopathic Environmental Intolerance, IEI*), korábbi nevén többszörös kémiai szenzitivitás (*Multiple Chemical Sensitivity, MCS*) vonatkozásában longitudinális vizsgálatban mutatták ki azt, hogy a magasabb abszorpciópontszám alapján jól elkülöníthetők az IEI-betegek a szomatoform zavaroktól szenvedőktől, illetve az egészséges kontrollcsoporttól is. Elméletük szerint az abszorpció egyrészt fokozza az IEI-vel kapcsolatos meggyőződések átvételére (szuggesztióra) való hajlamot, másrészt a kognitív-imaginatív reprezentációk felerősítésével a nem specifikus tünetek és a vélt kiváltó okok összekapcsolását is. Másképpen megfogalmazva, az

abszorpció hajlam felerősíti a már korábban sokat emlegetett attribúciós hibát, így egyfajta sérülékenységi faktornak tekinthető (BAILER et al. 2008). Watten és munkatársai (WATTEN et al. 1997) vizsgálatában az abszorpció pozitívan (bár csak gyengén) korrelált a szubjektív tünetekkel.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az eddig elmondottak alapján nyilvánvalónak tűnik az, hogy bizonyos személyek fokozottan hajlamosak a noceboreakcióra. Jelenlegi tudásunk szerint három-négy olyan személyiségváltozó-csoport van, ami ebből a szempontból szóba jöhet. A legfontosabb és egyben a legátfogóbb a negatív affektivitás (vagy az ennek legfontosabb megjelenési formájaként számon tartott *vonássonorogás*), emellett a *szomatoszenzoros amplifikáció* (ami egyben az introspekciónak, a belső folyamatok fokozott mértékű észlelésével is kapcsolatban áll), a *diszpozicionális optimizmus*, a *szomatizációs hajlam*, valamint az *abszorpció* potenciális szerepét érdemes kiemelni.

HOL JELENTHET PROBLÉMÁT A NOCEBOREAKCIÓ?

A következőkben a nocebojelenséggel kapcsolatos két legfontosabb gyakorlati problémakört foglaljuk össze. Az első problémakör (ami részben etikai természetű) arról szól, hogy hogyan lehetne elkerülni vagy csökkenteni a nem specifikus tünetek jelentkezését, illetve hogy ennek milyen ára van. A második pedig a gyakorló orvos dilemmáját tükrözi: hogyan érdemes és hogyan nem érdemes kezelni a gyaníthatóan nem specifikus eredetű gyógyszer mellékhatásokat?

BETEGTÁJÉKOZTATÁS ÉS NOCEBOHATÁS

Loftus és Fries már a hetvenes évek végén (1979) felhívta a figyelmet arra, hogy a betegek minél teljesebb körű tájékoztatásának nemcsak előnyei, hanem veszélyei is vannak. Miután a klinikai vizsgálatokban részt vevő betegek részletes tájékoztatást kaptak többek között a vizsgált szer mellékhatásairól és veszélyeiről is, a placebo csoportok tagjainak egy része is a szerre jellemző (vagy jellemzőnek vélt) mellékhatásokat kezdett produkálni (LEVINE 1987). Egy három klinikán párhuzamosan zajló gyógyszervizsgálat során pl. véletlenül nem azonos beteg tájékoztatókat használtak, az egyik klinikán kiosztott tájékoztatóból ugyanis kimaradt a gasztrointesztinális irritáció mint lehetséges mellékhatás, és az ottani résztvevők valóban jóval kevesebb ilyen panaszról számoltak be (MYERS et al. 1987). Mi több, a másik két klinikán hatszor többen léptek vissza a részvételtől emésztőszervi panaszok miatt.

Mondaini és munkatársai (2007) hasonló jelenséget tapasztaltak, amikor jóindulatú prosztatamegnagyobbodással kezelt betegek egyik csoportjának részletes felvilágosítást adtak arról, hogy a hatóanyag mellékhatásként potenciazavarokat válthat ki, míg a kontrollcsoport tagjai nem kaptak ilyen információt. Egyéves szedést követően az erekciós problémák relatív gyakorisága 43,6% vs. 15,3% volt a két csoportban – a különbség mögött szintén a nocebojelenség rejtőzik.

Lang és munkatársai (2005) eredményei szerint a betegek előzetes figyelmeztetése szignifikánsan növelte mind az átélt fájdalmat, mind a szorongási szintet. A jelenség létezését több más vizsgálat is megerősítette (pl. DAHAN et al. 1986; LEVINE 1987), bár nem mindegyik (pl. HOWLAND et al. 1990). Itt érdemes még egyszer hangsúlyozni azt, hogy a jelenség természetesen nem csak a placebót szedőket érinti, hiszen a vizsgálatokban (vagy bármilyen terápiában) valódi szert kapó csoport panaszainak egy része szintén a nocebo témakörébe tartozik és nehezen különíthető el az adott szer farmakológiai alapú mellékhatásaitól (RIEF et al. 2006).

Arról van tehát szó, hogy a klinikai vizsgálatok résztvevői (és minden beteg, hiszen a gyógyszerek betegtájékoztatóinak szintén kötelező részét képezi a mellékhatások és kontraindikációk felsorolása) nem specifikus mellékhatások formájában esetenként komoly árat fizetnek az etikai alapon olyannyira üdvözölt nagyobb információs szabadságért és döntési autonómiáért. Márpedig ha valóban a kísérletekben részt vevők és a betegek érdekeit tartjuk szem előtt, akkor az effajta ártalmak elkerülésének lehetőségeit is meg kellene fontolni (SKOVLUND 1991). A klinikai gyógyszervizsgálatok résztvevőinek védelmére független bizottságok felállítását javasolják, amelyek felméri egy adott vizsgálat általános rizikóját, és erről adnak egy igazolást, a részletek ismertetése nélkül. Részletes információt ezután csak azok a résztvevők kapnának, akik ezt kifejezetten igénylik, ez viszont kiterjedne a nocebohatás részletes ismertetésére is, ami önmagában is részben megvédhet a káros mellékhatásoktól. Mások az információk jóval szofisztikáltabb, de minden etikai és jogi elvárásnak megfelelő átfogalmazását javasolják (pl. LEVINE 1987) – kérdés, hogy ez lehetséges-e egyáltalán.

Láthatjuk tehát, hogy a minél teljesebb körű betegtájékoztatás és a nem specifikus mellékhatások jelentkezésének lehetőség szerinti elkerülése között feszülő dilemmára a mai napig nem sikerült megnyugtató megoldást találni. A betegtájékoztatással kapcsolatban egyébként sokszor alapvetően különbözik a gyakorló orvosok és a betegek álláspontja: miközben az orvosok (pl. a terápia megszakításától, vagy éppen a nem specifikus mellékhatások jelentkezésétől tartva) nem szívesen sorolnak fel minden ismert mellékhatást, a betegek összességében mégis a teljes körű tájékoztatást tartják jobbnak (KEOWN 1984). Általános tapasztalat az, hogy a betegek tájékoztatása javítja az együttműködést (HOWLAND et al. 1990). Sokszor egyszerűen más szempontok hangsúlyozását tartja fontosnak az orvos és a beteg (SMITH-HENDERSON 2000), ráadásul a gyógyszerhez mellékelte betegtájékoztatókat egy harmadik fél, a gyártó állítja össze (egy negyedik, a gyógyszer-engedélyező hatóság instrukciói, illetve szabályai alapján), akinek az érdekei az előző kettőétől eltérőek.

A NEM SPECIFIKUS TÜNETEK KEZELÉSE

A noceboreakció (a placebohoz hasonlóan) csak statisztikai alapon, számos megfigyelés összegzéseként mutatható ki (GÖTZSCHE 1994). Egyetlen (elemi) eseményről ugyanis soha nem tudjuk biztosan megállapítani azt, hogy a változás (a nocebo esetében: az állapot romlása vagy új tünetek megjelenése) specifikus vagy nem specifikus jellegű-e. Mindez a gyakorlatban azt jelenti, hogy egy adott beteg pillanatnyi panaszairól soha nem lehet teljes bizonyossággal megállapítani azt, hogy nocebo típusúak vagy sem. Az orvosi gyakorlatban rendszerint a tünetet „objektívnek” tekintik, ha van mögötte valamilyen „valódi” betegség, és szubjektívnek akkor, ha nem sikerül ilyet találni (BARSKY 1979). Ennek megfelelően már a tüneti kezelés is különbözhet, még teljesen megegyező tünetek esetében is. Mindez nyilvánvalóan nincs rendben így, de mit tehet a gyakorló orvos, ha valamiért (pl. a beteggel kapcsolatos korábbi tapasztalatait vagy a fokozott szorongási szintet alapul véve) azt gyanítja, hogy a beteget nem specifikus tünetek képzésére hajlamos?

Elsőre hasznos tanácsnak tűnik (és a laboratóriumban be is válik) a figyelem elterelése (PENNEBAKER–LIGHTNER 1980). Ám a valóságban ez egyrészt nem mindig lehetséges, másrészt könnyen feszültséget szül, mivel a beteg úgy érzi, nem veszik komolyan és ez veszélyeztetheti a további terápiát is. Mindent figyelembe véve a legjobb módszernek a nocebojelenséggel kapcsolatos általános tájékoztatás, és ezzel párhuzamosan a jelentett panaszok komolyan vétele, adott esetben tüneti kezelése tűnik (pl. SHEA 2006).

Barsky és munkatársai (2002) kétlépéses gyógyszerfelírási stratégiát javasolnak azon betegek esetében, akiknél nem specifikus mellékhatások jelentkezése valószínűsíthető (lásd még EVANS–ROGERS 2003). Az első lépésben alacsony (szubterápiás) dózissal érdemes próbálkozni, majd, miután a beteg megszerezte első tapasztalatait az új gyógyszerrel, át lehet térni a terápiás adagolásra. Érdemes megbeszélni a mellékhatásokat kiváltó lehetséges mechanizmusokat is. Mellékhatások jelentkezése esetén egyrészt meg kell próbálni segíteni a betegnek a panaszok elviselésében (mindenképpen ellenjavallt a tünetek bagatellizálása; EVANS 2003; EVANS–ROGERS 2003), másrészt pedig fokozottan kell érdeklődni azzal kapcsolatban, hogy elégedett-e az ellátással és egyetért-e a szóban forgó gyógyszer felírásával (BARSKY et al. 2002; SHEA 2006). Mindez egyébként azért is jó megközelítésnek tűnik, mert a panaszok és főként az esetleges élettani változások részben pszichés eredete egyáltalán nem jelenti azt, hogy pszichológiai eszközökkel visszafordíthatóak lennének. Mivel a betegségek okozta szenvedés egyébként is nem kis részben azok szubjektív reprezentációnak függvénye, a kezelés során az orvosi szempontok mellett a pszichoszociális vonatkozások átlátása és figyelembevétele is fontos volna.

Úgy tűnik, hogy a nocebojelenség (a placeboval ellentétben) eleve meglehetősen kevésbé ismert, egy felmérés szerint csupán a betegek 23%-a és a nővérek 24%-a tudta, hogy létezik ilyesmi (BERTHELOT et al. 2001), és talán éppen ez lehet a probléma egyik oka. Egészségesen nyilvánvalóan mindenki jóval nyitottabb a tájékoztatással kapcsolatosan, mint betegen, főképpen akkor, ha ez a tájékoztatás a fokozott felelősségvállalással kapcsolatos (SPIEGEL 1997). Ennek megfelelően tehát érdemes volna többet foglalkozni

a nocebojelenséggel, és nemcsak a gyógyszer mellékhatások, hanem számos más kapcsolódó probléma (pl. az összefoglalóan idiopátiás környezeti intolerancia néven emlegetett jelenségkör) vonatkozásában is.

Érdemes megjegyezni azt, hogy komoly egészségi következményei lehetnek annak is, ha a tájékoztatás miatt a másik irányba billennek át a betegek, és súlyos betegségekre utaló tüneteket bagatellizálnak el (minimalizáció; BARSKY 1979). Végso soron és az esetek döntő többségében ugyanis a betegségeket kísérő tünetek adaptívak és cselekvésre szólítanak fel. Számos népbetegség (hipertónia, diabetes mellitus vagy éppen a legtöbb rosszindulatú daganat) esetén éppen az a probléma, hogy az észlelhető tünetek túlságosan későn, már visszafordíthatatlan elváltozásokat követően jelennek meg.

A beteg által tapasztalt és jelentett mellékhatásokat tehát – függetlenül azok valószínűsíthető eredetétől – mindenképpen érdemes komolyan venni. Ellenkező esetben megrendülhet a beteg orvosába vetett bizalma, ami könnyen a terápia elhanyagolásához vagy akár félbehagyásához vezethet.

ÖSSZEFOGLALÁS

A placebohoz hasonlóan a nocebojelenség is átszövi mindennapjainkat, nemcsak a gyógyszeresedés vonatkozásában, hanem számos más tekintetben is (pl. a modern életmód veszélyeivel kapcsolatban, PETRIE et al. 2005). Láthattuk azt, hogy a nem specifikus mellékhatásokat teljesen eltüntetni biztosan nem lehetséges, mindenképpen érdemes viszont tudni a létükről. A nocebojelenség és következményei teljesen biztosan nem tüntethetők el mindennapjainkból, ám megfelelő tájékoztatással jelentősen csökkenthetők.

KITEKINTÉS

A placebojelenség pontosabb ismerete számos ponton segítheti a gyógyító tevékenységet. Mindenekelőtt fontos lehet abban a tekintetben, hogy – noha a pontos mechanizmus még nem minden részletében ismert – sikeresen aktiválhatja az öngyógyító mechanizmusokat, márpedig ezek a gyógyulási folyamat kritikus elemei. Ebből a szempontból szinte mindegy, hogy milyen elrendezésben kapja a beteg a placebokezelést, azaz az etikailag legkevésbé aggályos hozzáadott típusú (*add-on*) alkalmazás is hatásos lehet. Mivel ezekben az esetekben nem vizsgálatról, hanem terápiás beavatkozásokról van szó, a módszertani problémák kevésbé fontosak, ezért az ilyen típusú beavatkozás egyre szélesebb körű gyakorlati alkalmazásának tág tere nyílik.

Vannak olyan betegségek, amelyek esetében a placebokezelés kiemelkedő fontosságú lehet, különösen a terápia első fázisában. Olyan gyógyszer például még nemigen ismert, amellyel a Parkinson-kóros betegek striátumában lévő neuronok

dopamintermelése specifikusan növelhető, a placeboterápiának azonban van ilyen hatása, és ez jól észlelhető javulást okoz a betegek mozgásában (BENEDETTI 2009). Ugyancsak hatásosnak bizonyul a placebokezelés a depresszió esetében, ami például akut esetekben jelentős mellékhatásoktól óvhatja meg a beteget azáltal, hogy kevesebb antidepresszánsra van szükség (RIEF et al. 2009); igaz viszont, hogy tartós adagolás esetében csökken a placebohatás.

Különleges helyet foglalnak el az olyan kórképek, amelyek mögött nincs, vagy gyenge a biomedikális háttér. Táplálékaverziós betegeknél, akiknek tünetei hasonlóak a táplálékallergiásokéhoz, de nincs jelen az immunológiai háttér, szignifikáns javulás érhető el megfelelő instrukciókkal kísért placeboadagolással (CZIBOLY et al. 2003). Ilyen jelenséget más allergiás jellegű betegségek esetében is találtak. Úgy tűnik, hogy a placebo- (és nocebo)-jelenség szinte minden olyan esetben működik, amikor a tünetek elsősorban pszichés úton keletkeznek és szöveti/szervi elváltozás nem mutatható ki; ilyenkor a placeboterápia akár az elsődleges választás is lehet.

A teljes gyógyszerhatás elemeinek vizsgálata is sok tanulsággal szolgál. A kezelés módjának alkalmas megválasztása már önmagában is fokozhatja a hatást (pl. injekció tabletta helyett), amire ráépülnek a gyógyszerek érzékszervi tulajdonságai. Ha a beteg olyan alakú, nagyságú és színű tablettát kap, ami megfelel az adott gyógyszerrel kapcsolatos elvárásainak, nemcsak a szer hatása lesz erősebb, hanem jelentősen javulhat a terápiás együttműködés (*compliance*) is (KÖTELES-BÁRDOS 2009a). Méltatlanul elhanyagolt terület a gyógyszerek mellé kötelezően behelyezett betegájékoztatók vizsgálata, pedig kimutatható, hogy ezek – a szabványok adta kereteken belül is – jelentősen eltérnek egymástól, és befolyásolják már a gyógyszerválasztást is (KOMSA és mtsai 2009). Jelentős különbség van a hagyományos, illetve az alternatív-komplementer készítmények betegájékoztatói között a pozitív, gyógyhatást illető szuggesztíók vonatkozásában az utóbbiak javára, és a gyógyszerválasztásban – különösen a szabadon kapható (OTC) készítmények esetében – a betegájékoztatók (és más szöveges utalások, például hirdetések) milyensége jelentős szerepet játszhat. Végeredményben tehát a gyógyszerek hatóanyagán kívül azok megjelenési formája és kísérői is befolyásolják a terápiás hatást, de ezeket a tényezőket a gyártók egyelőre kevésbé veszik figyelembe (ezt neveztük el az intelligens hatóanyagtervezés mintájára *intelligens gyógyszertervezésnek*; KÖTELES-BÁRDOS 2009a).

Végül külön figyelmet érdemelnek az adverz mellékhatások, vagyis a nocebohatás. Igaz, hogy az európai és világszabványok kötelezően előírják a lehetséges mellékhatások részletes ismertetését, a gyártók pedig ezt még gyakran meg is felelik az esetleges műhibaperek elkerülése céljából, de azzal, hogy e közléseknek lehet szuggesztív és kevésbé szuggesztív formája, senki sem foglalkozik. Pedig valószínű, hogy megfelelő fogalmazás esetén jelentősen csökkenne az adverz mellékhatások száma, és ezzel együtt a betegek szenvedése, és javulna a terápiás együttműködés is. Fontos lenne a gyakorló orvosokban is tudatosítani a nocebohatás tényét és lehetséges mechanizmusait, hiszen ezáltal felismerhetnék, és megfelelően figyelembe vehetnék a lehetséges nocebohatást a terápia tervezésénél.

Mindezt úgy is összefoglalhatjuk, hogy a gyógyítási és gyógyulási folyamatban igen jelentős az *emberi tényező*, aminek jó és rossz következményei egyaránt lehetnek. Ha tudatosabban figyelünk a placebo- és nocebohatásra, fokozhatjuk a jó és csökkenthetjük a rossz irányba mutató folyamatok hatékonyságát, végső soron tehát javíthatjuk a betegek jóllétét és elősegíthetjük a gyógyulási folyamatot.

IRODALOMJEGYZÉK

- ÁDÁM Gy. (1998): *Visceral perception: Understanding Internal Cognition*. Plenum Press, New York.
- ÁDÁM Gy. (2004): *A rejtőzködő elme*. Vince Kiadó, Budapest.
- ADER, R. – COHEN, N. (1975): Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosomatic Medicine*, 37. 333–340.
- ALLAN, L. G. – SIEGEL, S. (2002): A signal detection theory analysis of the placebo effect. *Evaluation & The Health Professions*, 25. 410–420.
- ANDRYKOWSKI, M. A. et al. (1988): Prevalence, predictors, and course of anticipatory nausea in women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Cancer*, 62. 2607–2613.
- ANDRYKOWSKI, M. A. – REDD, W. H. (1987): Longitudinal Analysis of the Development of Anticipatory Nausea. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55. 36–41.
- ANSCHÜTZ, F. (1977): Placebo: Wirkung und Indikation. *Diagnostik*, 10. 3–6.
- BAILER, J. et al. (2008): Modern health worries and idiopathic environmental intolerance. *Journal of Psychosomatic Research*, 65. 425–433.
- BÁLINT M. (1990): *Az orvos, a betegek és a betegség*. MPT, Budapest.
- BÁRDOS Gy. (2003): *Viselkedéstudomány I: Pszichovegetatív kölcsönhatások*. Scolar, Budapest.
- BARSKY, A. J. (1979): Patients who amplify bodily sensations. *Annals of Internal Medicine*, 91. 63–70.
- BARSKY, A. J. (1983): Nonpharmacologic aspects of medication. *Archives of Internal Medicine*, 143. 1544–1548.
- BARSKY, A. J. – BORUS, J. F. (1999): Functional Somatic Syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 130. 910–921.
- BARSKY, A. J. et al. (1994): Panic disorder, palpitations, and the awareness of cardiac activity. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 182. 63–71.
- BARSKY, A. J. et al. (1988): The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50. 510–519.
- BARSKY, A. J. et al. (1999): Somatic style and symptom reporting in rheumatoid arthritis. *Psychosomatics*, 40. 396–403.
- BARSKY, A. J. et al. (2002): Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon. *Journal of the American Medical Association*, 287(5). 622–627.

- BARSKY, A. J. et al. (2004): Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon. *Science and Engineering Ethics*, 10. 133–134.
- BARSKY, A. J. – WYSHAK, G. (1990): Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 157. 404–409.
- BARSKY, A. J. et al. (1990): The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24. 323–334.
- BEECHER, K. K. (1960): Increased stress and effectiveness of placebos and „active” drugs. *Science*, 132. 91–92.
- BENEDETTI, F. (2006): Placebo analgesia. *Neurological Sciences*, 27. 100–102.
- BENEDETTI, F. (2008): Mechanisms of placebo and placebo-related effects across diseases and treatments. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 48. 33–60.
- BENEDETTI, F. (2009): *Placebo effects. Understanding the mechanisms in health and disease*. Oxford University Press, Oxford.
- BENEDETTI, F. – AMANZIO, M. (1997): The neurobiology of placebo analgesia: from endogenous opioids to cholecystokinin. *Progress in Neurobiology*, 51. 109–125.
- BENEDETTI, F. et al. (2007): When words are painful: unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience*, 147. 260–271.
- BENEDETTI, F. et al. (2005): Neurobiological mechanisms of the placebo effect. *Journal of Neuroscience*, 25. 10390–10402.
- BENSON, H. – EPSTEIN, M. D. (1975): The placebo effect: a neglected asset in the care of patients. *Journal of the American Medical Association*, 232. 1225–1227.
- BENSON, H. (1997): The nocebo effect: history and physiology. *Preventive Medicine*, 26. 612–615.
- BENSON, H. – FRIEDMAN, R. (1996): Harnessing the power of the placebo effect and renaming it „remembered wellness”. *Annual Reviews of Medicine*, 47. 193–199.
- BERGER, J. T. (1999): Placebo medication use in patient care: a survey of medical interns. *The Western Journal of Medicine*, 170. 93–96.
- BERTHELOT, J.-M. et al. (2001): Interindividual variations in beliefs about the placebo effect: a study in 300 rheumatology inpatients and 100 nurses. *Joint Bone Spine*, 68. 65–70.
- BOK, S. (1974): The ethics of giving placebos. *Scientific American*, 231. 17–23.
- BOK, S. (2002): Ethical issues in use of placebo in medical practice and clinical trials. In: GUESS, H. A. et al. (eds): *The Science of the placebo. Toward an interdisciplinary research agenda*. BMJ Books, London. 53–74.
- BOOTZIN, R. R. – BAILEY, E. T. (2005): Understanding Placebo, Nocebo, and Iatrogenic Treatment Effects. *Journal of Clinical Psychology*, 61. 871–880.
- BOOTZIN, R. R. – CASPI, O. (2002): Explanatory mechanisms for placebo effects: cognition, personality and social learning. In: Guess, H. A. et al. (eds): *The Science of the placebo. Toward an interdisciplinary research agenda*. BMJ Books, London. 108–132.
- BRANTHWAITE, A. – COOPER, P. (1981): Analgesic effects of branding in treatment of headaches. *British Medical Journal*, 282. 1576–1578.

- BRODY, H. (1980): *Placebos and the philosophy of medicine*. The University of Chicago Press, Chicago, London.
- BRODY, H. (1982): The lie that heals: the ethics of giving placebos. *Annals of Internal Medicine*, 97. 112–118.
- BRODY, H. (2000): *The placebo response*. Harper Collins, New York.
- BRODY, H. – WATERS, D. B. (1980): Diagnosis is treatment. *Journal of Family Practice*, 10. 445–449.
- BROWN, R. J. (2006): Medically unexplained symptoms: a new model. *Psychiatry*, 5. 43–47.
- BROWN, R. J. et al. (2007): Somatoform dissociation and somatosensory amplification are differentially associated with attention to the tactile modality following exposure to body-related stimuli. *Journal of Psychosomatic Research*, 62. 159–165.
- BUCKALEW, L. W. (1982): A cognitive dissonance perspective on the patient compliance problem. *The Psychology Bulletin*, 3. 28–33.
- BUCKALEW, L. W. – ROSS S. (1991): Medication property effects on expectations of action. *Drug Development Research*, 23. 101–108.
- BUCKALEW, L. W. et al. (1981): Nonspecific factors in drug effects: Placebo personality. *Psychological Reports*, 48. 3–8.
- BUCKALEW, L. W. – SALLIS, R. E. (1986): Patient compliance and medication perception. *Journal of Clinical Psychology*, 42. 49–53.
- BUSH, P. J. (1974): The placebo effect. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 14. 671–674.
- BUTLER, C. – STEPTOE, A. (1986): Placebo Responses: An Experimental Study of Psychophysiological Processes in Asthmatic Volunteers. *British Journal of Clinical Psychology*, 25. 173–183.
- CARVER, C. – SCHEIER, M. (1981): *Attention and self-regulation*. Springer, New York.
- CHUNG, S. K. et al. (2007): Revelation of a personal placebo response: Its effects on mood, attitudes and future placebo responding. *Pain*, 132. 281–288.
- CIOFFI, D. (1991): Beyond attentional strategies: cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, 109. 25–41.
- CLARIDGE, G. (1970): *Drugs and Human Behaviour*. Praeger Publishers, New York, Washington.
- COFFIELD, K. E. – BUCKALEW, L. W. (1988): A study for color preferences of drugs and implications for compliance and drug-taking. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 34. 28–36.
- COLLARD, J. (1977): A sociopsychological approach to the placebo effect. *Revue Médicale de Liege*, 32. 334–339.
- COLLOCA, L. – BENEDETTI, F. (2007): Nocebo hyperalgesia: how anxiety is turned into pain. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 20. 435–439.
- COLLOCA, L. et al. (2008): The role of learning in placebo and nocebo effects. *Pain*, 136. 211–218.

- COLLOCA, L. et al. (2007): Hyperalgesic and allodynic effects of placebo suggestions. *European Journal of Pain*, 11(S1). S59–S20.
- COSTA, P. T. – McCRAE, R. R. (1985): Hypochondriasis, neuroticism, and aging. When are somatic complaints unfounded? *American Psychologist*, 40. 19–28.
- COSTA, P. T. – McCRAE, R. R. (1987): Neuroticism, somatic complaints, and disease: is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55. 299–316.
- COUTTS, K. W. (1978): Compliance-oriented pharmacy programs. *Military Medicine*, 143. 639–641.
- CZIBOLY Á. és mtsai. (2003): A placebohatás vizsgálata táplálékallergiás és táplálék-averziós betegeknél. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 58. 498–516.
- DAHAN, R. et al. (1986): Does informed consent influence therapeutic outcome? A clinical trial of the hypnotic activity of placebo in patients admitted to hospital. *British Medical Journal*, 293. 363–364.
- DAVIS, C. et al. (1995): The Role of Personality Factors in the Reporting of Side Effect Complaints to Moclobemide and Placebo: A Study of Healthy Male and Female Volunteers. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 15. 347–352.
- DE CRAEN, A. J. et al. (1999): Placebo effect in the treatment of duodenal ulcer. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 48. 853–860.
- DE CRAEN, A. J. et al. (2000): Placebo effect in the acute treatment of migraine: subcutaneous placebos are better than oral placebos. *Journal of Neurology*, 247. 183–188.
- DE CRAEN, A. J. et al. (1996): Effect of colour of drugs: systematic review of perceived effect of drugs and of their effectiveness. *British Medical Journal*, 313. 1624–1626.
- DE PASCALIS, V. et al. (2002): The contribution of suggestibility and expectation to placebo analgesia phenomenon in an experimental setting. *Pain*, 96. 393–402.
- DE SAINTONGE, D. M. C. – HERXHEIMER, A. (1994): Harnessing placebo effects in health care. *Lancet*, 344. 995–998.
- DECHARMS, R. (1968): *Personal causation: The internal affective determinants of behavior*. Academic Press, New York.
- DI BLASI, Z. et al. (2001): Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 357. 757–762.
- DIAMOND, L. et al. (1995): A dose-response study of the efficacy and safety of ipratropium bromide nasal spray in the treatment of the common cold. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 95. 1139–1146.
- DOWNING, R. W. – RICKELS, K. (1967): Self-report of hostility and the incidence of side reactions in neurotic outpatients treated with tranquilizing drugs and placebo. *Journal of Consulting Psychology*, 31. 71–76.
- DRICI, M. D. et al. (1995): Influence of the behavior pattern on the placebo response of healthy volunteers. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 39. 204–206.
- DUNCAN, J. W. – LAIRD, J. D. (1980): Positive and Reverse Placebo Effects as a Function of Differences in Cues Used in Self-Perception. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39. 1024–1036.

- EIPPERT, F. et al. (2009): Activation of the Opioidergic Descending Pain Control System Underlies Placebo Analgesia. *Neuron*, 63. 533–543.
- EMANUEL, E. J. – MILLER, F. G. (2001): The ethics of placebo-controlled trials - a middle ground. *New England Journal of Medicine*, 345. 915–919.
- ENCK, P. et al. (2008): New Insights into the Placebo and Nocebo Responses. *Neuron*, 59. July 31. DOI 10.1016/j.neuron.2008.06.030
- ERNST, E. – RESCHL, K. L. (1995): The concept of the perceived and true placebo effect. *British Medical Journal*, 311. 551–553.
- ERNST, E. – HERXHEIMER, A. (1996): The power of placebo: let's use it to help as much as possible. *British Medical Journal*, 313. 1569–70.
- EVANS, D. (2004): *Placebo. Mind over matter in modern medicine*. Oxford University Press, Oxford, New York.
- EVANS, R. W. (2003): The Non-nocebo Response: Can Migraine Medication Efficacy Be Enhanced? *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 43. 693.
- EVANS, R. W. – ROGERS, M. P. (2003): Headaches and the Nocebo Effect. *Headache*, 43. 1113–1115.
- FENIGSTEIN, A. et al. (1975): Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43. 522–537.
- FERENTZI E. és mtsai. (2010): *The Therapeutic Use of Placebos Among Hungarian GPs – a Preliminary Research Report*. Manuscript submitted for publication.
- FERGUSON, J. M. (1993): Alprazolam XR: patient acceptability, safety, and tolerability. *Psychiatric Annals*, 23. 20–26.
- FISHER, S. – GREENBERG, R. P. (1997): The curse of the placebo: fanciful pursuit of a pure biological therapy. In: FISHER, S. – GREENBERG, R. P. (eds): *From Placebo to Panacea – Putting Psychiatric Drugs to the test*. John Wiley & Sons, Inc., New York. 3–56.
- FRANK, J. D. (1961): *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. John Hopkins University Press, Baltimore.
- GEERS, A. L. et al. (2005): Reconsidering the role of personality in placebo effects: Dispositional optimism, situational expectations, and the placebo response. *Journal of Psychosomatic Research*, 58. 121–127.
- GEERS, A. L. et al. (2007): Further evidence for individual differences in placebo responding: An interactionist perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 62. 563–570.
- GEERS, A. L. et al. (2006): Expectations and Placebo Response: A Laboratory Investigation into the Role of Somatic Focus. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(2). 171–178.
- GIJSBERS Van Wijk, C. M. T. – KOLK, A. M. (1996): Psychometric evaluation of symptom perception related measures. *Personality and Individual Differences*, 20. 55–70.
- GLASER, E. M. (1953): Experiments on the side effects of drugs. *British Journal of Pharmacology*, 8. 187–192.
- GLASER, E. M. – WHITTOW, G. C. (1953): Evidence for a non-specific mechanism of habituation. *Journal of Physiology*, 122. 43P–44P.

- GÖTZSCHE, P. C. (1994): Is there logic in placebo? *Lancet*, 344. 925–926.
- GOWDEY, C. W. et al. (1967): A controlled clinical trial using placebos in normal subjects: a teaching exercise. *Canadian Medical Association Journal*, 96. 1317–1322.
- GRACEY, R. H. et al. (1985): Clinician's expectations influence placebo analgesia. *Lancet*, 1. 43.
- GREEN, D. M. (1962): Side effects. *Federation Proceedings*, 21. 179.
- GREEN, D. M. (1964): Pre-existing conditions, placebo reactions, and „side effects”. *Annals of Internal Medicine*, 60. 255–265.
- GREINER, T. et al. (1950): A method for the evaluation of the effects of drugs on cardiac pain in patients with angina of effort. *The American Journal of Medicine*, 9. 143–155.
- GRYLL, S. L. – KATAHN, M. (1978): Situational factors contributing to the placebo effect. *Psychopharmacology*, 57. 253–61.
- HAHN, R. A. (1997): The nocebo phenomenon: scope and foundation. In: HARRINGTON, A. (ed.): *The placebo effect: an interdisciplinary exploration*. Harvard University Press, Cambridge, MA. 56–76.
- HANKOFF, L. D. et al. (1960): Placebo responses in schizophrenic outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 2. 33–42.
- HARRINGTON, A. (1997): Introduction. In: Harrington, A. (ed.): *The placebo effect. An interdisciplinary exploration*. Harvard University Press, Cambridge. 1–12.
- HELMAN, C. G. (2001): Placebos and nocebos: the cultural construction of belief. In: PETERS, D. (ed.): *Understanding the Placebo Effect in Complementary Medicine*. Churchill Livingstone, Edinburgh. 3–16.
- HERRNSTEIN, R. J. (1962): Placebo effect in the rat. *Science*, 138. 677–678.
- HONIGFELD, G. (1964): Non-specific factors in treatment. I. Review of placebo reactions and placebo reactors. *Diseases of the Nervous System*, 25. 145–155.
- HORNUNG, J. (1994): Was ist ein placebo? Die Bedeutung einer korrekten Definition für die klinische Forschung. *Fortschritte der Komplementärmedizin*, 1. 160–165.
- HOWLAND, J. S. et al. (1990): Does patient education cause side effects? Controlled trial. *Journal of Family Practice*, 31. 62–64.
- HROBJARTSSON, A. – GÖTZSCHE, P. C. (2001): Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. *New England Journal of Medicine*, 344. 1594–1602.
- HROBJARTSSON, A. – NORUP, M. (2003): The use of placebo interventions in medical practice - a national questionnaire survey of Danish clinicians. *Evaluation & the Health Professions*, 26. 153–65.
- HUMPHREY, N. (2002): Great Expectations: The evolutionary psychology of faith healing and the placebo effect. In: HUMPHREY, N.: *The Mind Made Flesh: Essays from the Frontier of Evolution and Psychology*, Oxford University Press, Oxford. 255–285.
- ILNYCKYJ, A. et al. (1997): Quantitation of the placebo response in ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 112. 1854–1858.
- INGELFINGER, F. J. (1980): Arrogance. *New England Journal of Medicine*, 303. 1507–1511.

- JENSEN, M. P. – KAROLY, P. (1991): Motivation and Expectancy Factors in Symptom Perception: A Laboratory Study of the Placebo Effect. *Psychosomatic Medicine*, 53. 144–152.
- JOYCE, C. R. B. (1959): Consistent differences in individual reactions to drugs and dummies. *British Journal of Pharmacology and Chemotherapy*, 14. 512–521.
- KAPTCHUK, T. J. (1998): Powerful placebo: the dark side of the randomized controlled trial. *Lancet*, 351. 1722–1725.
- KAPTCHUK, T. J. et al. (2000): Do medical devices have enhanced placebo effects? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53. 786–792.
- KEELEY, R. (2002): When are medication side effects due to the nocebo phenomenon? Letter to the editor. *Journal of the American Medical Association*, 287. 2503.
- KENNEDY, W. P. (1961): The nocebo reaction. *Medical World*, 1961. 203–205.
- KEOWN, C. et al. (1984): Attitudes of physicians, pharmacists and laypersons towards seriousness and need for disclosure of prescription drug side-effects. *Health Psychology*, 3. 1–11.
- KIENLE, G. S. – KIENE, H. (2001): A critical reanalysis of the concept, magnitude and existence of placebo effects. In: PETERS, D. (ed.): *Understanding the Placebo Effect in Complementary Medicine*. Churchill Livingstone, Edinburgh. 31–50.
- KIRSCH, I. (1985): Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist*, 40. 1189–1202.
- KIRSCH, I. (1997): Specifying Nonspecifics: Psychological Mechanisms of Placebo Effects. In: HARRINGTON, A. (ed.): *The placebo effect. An interdisciplinary exploration*. Harvard University Press, Cambridge. 166–186.
- KLOSTERHALFEN, S. – ENCK, P. (2006): Psychobiology of the placebo response. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, 125. 94–99.
- KLOSTERHALFEN, S. et al. (2009): Gender and the nocebo response following conditioning and expectancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 66. 323–328.
- KNOWLES, J. B. – LUCAS, C. J. (1960): Experimental studies of the placebo response. *Journal of Mental Science*, 106. 231–240.
- KOLK, A. M. et al. (2003): A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social Science & Medicine*, 57. 2343–54.
- KOMSA I. és mtsai. (2009): A betegtájékoztatók, mint a gyógyhatás lehetséges összetevői. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 64. 629–642.
- KÖTELES F. – BÁRDOS Gy. (2007): Tabletták várt hatása és színe/mérete közötti kapcsolatok. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 8. 277–290.
- KÖTELES F. – BÁRDOS Gy. (2008a): Placebo és személyiség – a primitívtől a megküzdőig I. A placebo-reszponder személyiség. *Pszichológia*, 28. 267–285.
- KÖTELES F. – BÁRDOS Gy. (2008b): Placebo és személyiség – a primitívtől a megküzdőig II. Szituáció, emóció, motiváció, attribúció és megküzdés. *Pszichológia*, 28. 339–356.
- KÖTELES F. – BÁRDOS Gy. (2009a): Gyógyszerek perceptuális jellemzői és potenciális hatásaik. *Psychiatria Hungarica*, 24. 282–295.

- KÖTELES F. – BÁRDOS Gy. (2009b): Nil nocere? A nocebo jelenség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 64. 697–727.
- KÖTELES F. – BÁRDOS Gy. (2009c): Tabletták perceptuális jellemzői által generált mellékhatás-elvárások és pszichológiai hátterük. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 10. 47–62.
- KÖTELES F. és mtsai. (2007): A placebo terápiás felhasználásának etikai kérdései. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 62. 429–448.
- KRADIN, R. (2004): The placebo response complex. *Journal of Analytical Psychology*, 49. 617–634.
- KULCSÁR Zs. (2002): *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- KULCSÁR Zs. – RÓZSA S. (2004): Hisztéria, szomatizáció és funkcionális stresszbetegségek. In: KULCSÁR Zs. és mtsai. (szerk.): *Megmagyarázhatatlan testi tünetek*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 11–50.
- KUNDA, Z. (1990): The case for motivated reasoning. *Psychological Bulletin*, 108. 480–498.
- KUPERS, R. (2001): Letter to the editor. *New England Journal of Medicine*, 345. 1278.
- LANG, E. V. et al. (2005): Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. *Pain*, 114. 303–309.
- LASAGNA, L. (1955): Placebos. *Scientific American*, 193. 68–71.
- LESLIE, A. (1954): Ethics and practice of placebo therapy. *American Journal of Medicine*, 16. 854–862.
- LEVINE, J. D. et al. (1978): The mechanism of placebo analgesia. *Lancet*, ii. 656–657.
- LEVINE, R. J. (1987): The apparent incompatibility between informed consent and placebo-controlled clinical trials. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 42. 247–249.
- LEWIS, J. A. et al. (2002): Placebo-controlled trials and the Declaration of Helsinki. *Lancet*, 359. 1337–1340.
- LICCARDI, G. et al. (2004): Evaluation of the nocebo effect during oral challenge in patients with adverse drug reactions. *Journal of International Allergology and Clinical Immunology*, 14. 104–107.
- LIPKIN, M. (1984): Suggestion and healing. *Perspectives on Biology and Medicine*, 28. 121–126.
- LIPOWSKI, Z. J. (1988): Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145. 1358–1368.
- LOFTUS, E. F. – FRIES, J. F. (1979): Informed consent may be hazardous to health. *Science*, 204. 11.
- MACKENZIE, J. N. (1896): The production of the so-called 'rose-cold' by means of an artificial rose. *American Journal of the Medical Sciences*, 91. 45.
- MAILLOUX, J. – BRENER, J. (2002): Somatosensory Amplification and Its Relationship to Heartbeat Detection Ability. *Psychosomatic Medicine*, 64. 353–357.
- MARGO, C. E. (1999): The placebo effect. *Survey of Ophthalmology*, 44. 31–44.
- MAYBERG, H. S. et al. (2002): The functional neuroanatomy of the placebo effect. *American Journal of Psychiatry*, 159. 728–737.

- McNAIR, D. M. – BARRETT, J. E. (1979): Two Bass scale factors and response to placebo and anxiolytic drugs. *Psychopharmacology*, 65. 165–170.
- MEISEL, A. – ROTH, L. H. (1981): What we do and do not know about informed consent? *Journal of the American Medical Association*, 246. 2473–2477.
- MELZACK, R. (1990): Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends in Neurosciences*, 13. 88–92.
- MILLER, L. C. et al. (1981): Consciousness of the body: private and public. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41. 397–406.
- MINTZ, D. (2002): Meaning and medication in the care of treatment-resistant patients. *American Journal of Psychotherapy*, 56. 322–337.
- MOERMAN, D. E. (2002a): *Meaning, medicine and the „placebo effect“*. Cambridge University Press, Cambridge.
- MOERMAN, D. E. (2002b): Explanatory mechanisms for placebo effects: cultural influences and the meaning response. In: GUESS, H. A. et al. (eds): *The Science of the placebo. Toward an interdisciplinary research agenda*. BMJ Books, London. 77–107.
- MONDAINI, N. et al. (2007): Finasteride 5 mg and sexual side effects: how many of these are related to a nocebo phenomenon? *Journal of Sex Medicine*, 4. 1708–1712.
- MONTGOMERY, G. H. – KIRSCH, I. (1997): Classical conditioning and the placebo effect. *Pain*, 72. 107–113.
- MORISON, R. A. H. (1967): Placebo responses in an arthritis trial. *Annals of Rheumatic Diseases*, 20. 179–185.
- MYERS, M. G. et al. (1987): The consent form as a possible cause of side effects. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 42. 250–253.
- NAKAO, M. – BARSKY, A. J. (2007): Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine. *BioPsychoSocial Medicine*, 1. Oct. 2007. ArtID 17.
- NAKAO, M. et al. (2002): Relationship Between Somatosensory Amplification and Alexithymia in a Japanese Psychosomatic Clinic. *Psychosomatics*, 2002. 43. 55–60.
- NISBETT, R. E. – SCHACHTER, S. (1966): Cognitive manipulation of pain. *Journal of Experimental Social Psychology*, 2. 227–236.
- NITZAN, U. – LICHTENBERG, P. (2004): Questionnaire survey on use of placebo. *British Medical Journal*, 329. 944–946.
- OH, V. M. (1994): The placebo effect: can we use it better? *British Medical Journal*, 309. 69–70.
- OLSHANSKY, B. (2007): Placebo and Nocebo in Cardiovascular Health. *Journal of the American College of Cardiology*, 49. 415–421.
- OVERGAARD, A. B. A. et al. (2001): Patients’ evaluation of shape, size and colour of solid dosage forms. *Pharmacy World & Science*, 23. 185–188.
- PARK, L. C. – COVI, L. (1965): Nonblind placebo trial. *Archives of General Psychiatry*, 12. 336–45.
- PASSALACQUA, G. et al. (2002): Single-dose oral tolerance test with alternative compounds for the management of adverse reactions to drugs. *International Archives of Allergy and Immunology*, 129. 242–247.

- PENNEBAKER, J. W. (1982): *The Psychology of Physical Symptoms*. Springer, New York.
- PENNEBAKER, J. W. (1994): Psychological bases of symptom reporting – perceptual and emotional aspects of chemical-sensitivity. *Toxicology and Industrial Health*, 10. 497–511.
- PENNEBAKER, J. W. – LIGHTNER, J. M. (1980): Competition of internal and external information in an exercise setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39. 165–174.
- PETRIE, K. J. et al. (2005): Worries about modernity predict symptom complaints after environmental pesticide spraying. *Psychosomatic Medicine*, 67. 778–782.
- PETRIE, K. J. et al. (2001): Thoroughly Modern Worries: The Relationship of Worries About Modernity to Reported Symptoms, Health, and Medical Care Utilization. *Journal of Psychosomatic Research*, 51. 395–401.
- PETROVIC, P. (2008): Placebo analgesia and nocebo hyperalgesia – Two sides of the same coin? *Pain*, 136. 5–6.
- PIECHOWIAK, H. (1981): Die namenlose Pille. *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 111. Nr. 34. 1222–1231.
- PIHL, R. O. – ALTMAN, J. (1971): An experimental analysis of the placebo effect. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 11. 91–95.
- PITZ, M. et al. (2005): Defining the predictors of the placebo response in irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 3. 237–247.
- POGGE, R. C. (1963): The toxic placebo. Part I – Side and toxic effects reported during the administration of placebo medicine. *Medical Times*, 91(8). 1–6.
- REEVES, R. R. et al. (2007): Nocebo effects with antidepressant clinical drug trial placebos. *General Hospital Psychiatry*, 29. 275–277.
- REIDENBERG, M. M. – LOWENTHAL, D. T. (1968): Adverse nondrug reactions. *The New England Journal of Medicine*, 279. 678–679.
- RICKELS, K. (1965): Some comments on non-drug factors in psychiatric therapy. *Psychosomatics*, 6. 303–309.
- RIEF, W. et al. (2006): Medication-attributed adverse effects in placebo groups: implications for assessment of adverse effects. *Archives of Internal Medicine*, 166. 155–160.
- RIEF, W. et al. (2009): Meta-analysis of the placebo response in antidepressant trials. *Journal of Affective Disorders*, 118. 1–8.
- ROSENZWEIG, P. et al. (1993): The placebo effect in healthy volunteers: influence of experimental conditions on the adverse events profile during phase I studies. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 54. 578–83.
- ROSS, M. – OLSON, J. M. (1981): An expectancy-attribution model of the effects of placebos. *Psychological Review*, 88. 408–437.
- ROSS, S. – BUCKALEW, L. W. (1985): Placebo agency: assessment of drug and placebo effects. In: WHITE, L. et al. (eds): *Placebo - theory, research, and mechanisms*. Guilford, New York. 67–82.
- ROSS, S. – SCHNITZER, S. B. (1963): Further support for the placebo effect in the rat. *Psychological Reports*, 13. 461–462.

- ROTHMAN, K. J. – MICHELS, K. B. (1994): The continuing unethical use of placebo controls. *New England Journal of Medicine*, 331. 394–397.
- ROTTER, J. B. (1954): *Social learning and clinical psychology*. Prentice-Hall, New York.
- RÓZSA S. – KÓ N. (2007): A mindennapos testi problémák tünetpercepciók modellje. In: DEMETROVICS Zs. és mtsai. (szerk.): *A személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig*. Trefort Kiadó, Budapest. 111–133.
- SAMSON, E. (1986): Rechtliche Aspekte von Placebo-Studien. In: HIPPIUS, H. et al. (eds): *Das Placebo-Problem*. 2–10. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York.
- SCHMIDT, A. J. et al. (1994): Psychological mechanisms in hypochondriasis: attention-induced physical symptoms without sensory stimulation. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 61. 117–120.
- SCHRIER, I. (2001): Letter to the editor. *New England Journal of Medicine*, 345. 1278.
- SCOTT, D. et al. (2007): Individual Differences in Reward Responding Explain Placebo-Induced Expectations and Effects. *Neuron*, 55. 325–336.
- SHAPIRO, A. K. et al. (1973): Study of the placebo effect with a self-administered placebo test. *Comprehensive Psychiatry*, 14. 535–548.
- SHAPIRO, A. K. – SHAPIRO, E. (1997): *The powerful placebo*. The John Hopkins University Press, Baltimore, London.
- SHAPIRO, A. K. et al. (1980): The reliability and validity of a placebo test. *Journal of Psychiatric Research*, 15. 253–90.
- SHEA, S. C. (2006): *Improving medication adherence*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- SHERMAN, R. – HICKNER, J. (2008): Academic physicians use placebos in clinical practice and believe in the mind-body connection. *Journal of General Internal Medicine*, 23. 7–10.
- SHETTY, N. et al. (1999): The Placebo Response in Parkinson's Disease. *Clinical Neuropharmacology*, 22. 207–212.
- SILBER, T. J. (1979): Placebo therapy: the ethical dimension. *Journal of the American Medical Association*, 242. 245–246.
- SIMMONDS, M. J. (2000): Pain and the Placebo in Physiotherapy: a benevolent lie? *Physiotherapy*, 86. 631–637.
- SKOVLUND, E. (1991): Should we tell trial patients that they might receive placebo? *Lancet*, 337. 1041.
- SMITH, D. F. (2002): Functional salutogenic mechanisms of the brain. *Perspectives in Biology and Medicine*, 45. 319–328.
- SMITH, S. – HENDERSON, M. (2000): What you don't know won't hurt you. Information given to patients about the side-effects of antipsychotic drugs. *Psychiatric Bulletin*, 24. 172–174.
- SPIEGEL, H. (1997): Nocebo: the power of suggestibility. *Preventive Medicine*, 26. 616–621.
- SPINHOVEN, P. – VAN DER DOES, A. J. W. (1997): Somatization and Somatosensory Amplification in Psychiatric Outpatients: An Explorative Study. *Comprehensive Psychiatry*, 38. 93–97.

- SPIRO, H. M. (1986): *Doctors, patients, and placebos*. Yale University Press, New Haven, London.
- SPIRO, H. M. (1998): *The Power of Hope: A Doctor's Perspective*. Yale University Press, New Haven, London.
- STAATS, P. S. et al. (2001): The Additive Impact of Anxiety and a Placebo on Pain. *Pain Medicine*, 2. 267–279.
- STEINEGGER, E. – HANSEL, R. (1988): *Lehrbuch der Pharmakognosie und Phytopharmazie I*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo. 21–22.
- STEWART-WILLIAMS, S. – PODD, J. (2004): The placebo effect: dissolving the expectancy versus conditioning debate. *Psychological Bulletin*, 130. 324–340.
- STEWART, M. A. (1995): Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Journal of the Canadian Medical Association*, 152. 1423–1433.
- STRÖHLE, A. (2000): Increased response to a putative panicogenic nocebo administration in female patients with panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 34. 439–442.
- SU, C. et al. (2004): A meta-analysis of the placebo rates of remission and response in clinical trials of active Crohn's disease. *Gastroenterology*, 126. 1257–1269.
- SZONDI M. (2006): Optimizmus és egészség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2006. 617–636.
- TAMASI J. (szerk.) (2000): *Természetgyógyászati alapismeretek*. Magyar Természetgyógyászok Uniója, Budapest.
- TELLEGEN, A. – ATKINSON, G. (1974): Openness to absorbing and self-altering experiences ("absorption"), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83. 268–277.
- THOMAS, K. B. (1987): General practice consultations: is there any point in being positive? *British Medical Journal*, 294. 1200–1202.
- THOMASMA, D. C. (1983): Beyond medical paternalism and patient autonomy: a model of physician conscience for the physician-patient relationship. *Annals of Internal Medicine*, 98. 243–48.
- THOMPSON, W. G. (2005): *Placebo effect and health: Combining science with compassionate care*. Prometheus Books, Amherst, MA.
- TILBURT, J. C. et al. (2008): Prescribing "placebo treatments": results of national survey of US internists and rheumatologists. *British Medical Journal*, 337. 1–5.
- UHLENHUTH, E. et al. (1998): Medication side effects in anxious patients: Negative placebo responses? *Journal of Affective Disorders*, 47. 183–190.
- VARGA K. (2006): Placebo és szuggesztió – a gyógyítás szolgálatában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2006. 597–616.
- VICKERS, A. J. – DE CRAEN, A. J. M. (2000): Why use placebos in clinical trials? A narrative review of the methodological literature. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53. 157–161.
- VOGEL, A. V. et al. (1980): The therapeutics of placebo. *American Family Physician*, 22. 105–109.
- VOUDOURIS, N. J. (1990): The role of conditioning and verbal expectancy in the placebo response. *Pain*, 43. 121–128.

- VOUDOURIS, N. J. et al. (1989): Conditioned response models of placebo phenomena: further support. *Pain*, 38. 109–116.
- WABER, R. L. et al. (2008): Commercial Features of Placebo and Therapeutic Efficacy. *Journal of the American Medical Association*, 299. 1016–1017.
- WAGER, T. D. et al. (2004): Placebo-induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain. *Science*, 303. 1162–1166.
- WATSON, D. – PENNEBAKER, J. W. (1989): Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96. 234–254.
- WATTEN, R. G. et al. (1997): Personality factors and somatic symptoms. *European Journal of Personality*, 11. 57–68.
- WHITEHORN, J. C. (1958): Psychiatric implications of the „placebo effect.” *American Journal of Psychiatry*, 114. 662–664.
- WICKRAMASEKERA, I. (1980): A conditioned response model of the placebo effect: predictions from the model. *Biofeedback and Self Regulation*, 5. 5–18.
- WILLIAMS, C. W. et al. (1998): Self-Attention and Reported Symptoms: Implications for Forensic Assessment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29. 125–129.
- WITTHÖFT, M. et al. (2008): Evidence for a Specific Link Between the Personality Trait of Absorption and Idiopathic Environmental Intolerance. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part A*, 71. 795–802.
- WOLF, S. (1950): Effects of suggestion and conditioning on the action of chemical agents in human subjects – the pharmacology of placebos. *Journal of Clinical Investigation*, 29. 100–109.
- WOLF, S. – PINSKY, R. H. (1954): Effects of placebo administration and occurrence of toxic reactions. *Journal of the American Medical Association*, 155. 339.
- WOLFF, H. G. et al. (1946): The use of placebos in therapy. *New York State Journal of Medicine*, 46. 1718–27.
- World Medical Association (2000): *Declaration of Helsinki*. Edinburgh, October 2000.

A tanulmány a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj (Köteles Ferenc) és a K 76880 sz. OTKA pályázat támogatásával készült.

AZ ONKOLÓGIAI BETEGEKET GONDOZÓ HOZZÁTARTOZÓKRA HATÓ KIHÍVÁSOK ÉS A MEGOLDÁSI LEHETŐSÉGEK

BEVEZETÉS

Az elmúlt tíz évben sokat változott a rosszindulatú daganatos betegséggel küzdő páciensek komplex onkoterápiája. Emiatt nemcsak a betegektől elvárt tudatosság és együttműködés minősége, valamint mértéke növekedett, hanem a gondozó hozzátartozók is nagyobb elvárásokkal szembesülnek mind a beteg családtag, mind az onkológiai team tagjai részéről. Klinikai tapasztalatok is igazolják Nitzgen általánosítható megállapítását, hogy a daganatos páciensek testi, lelki, mentális és szociális problémáit és azok megoldását nem lehet az érintett beteg testébe és lelkébe „lokalizálni”, hiszen ezek a zavarok terjednek, „fertőznek”, átlépik a határokat – mint maga a rákos folyamat – és megjelennek a beteg környezetének tagjaiban, így az őt közvetlenül gondozókban is, sokszor felerősödött mértékben (RISKÓ 1990; NITZGEN 2009).

Az orvostudomány és az egészségügy fejlődésének köszönhetően a sikeresen kezelt, tartósan tünetmentes – egyre szélesebb körben krónikus betegnek tartott – daganatos betegek száma növekszik. A mindjobban célzott, személyre szabott onkológiai kezelések miatt kevesebben és egyre rövidebb időre fekszenek be a kórházi osztályokra. A bejáró betegeknek a néhány óra alatt megadható onkológiai kezeléseket az ambulanciákon alkalmazzák a szakemberek. A kedvező változások sajátos következményeként a gondozó hozzátartozókra még több és komplexebb nyomás nehezedik, mint korábban. Ezt a „nyomást”, jobban mondva „nyomássorozatot” minél alaposabban érdemes megismernünk a betegeknek nyújtott pszichoszociális segítségadás kiterjesztése, minőségének emelése, a minden résztvevőt fenyegető lelki kiégés megelőzése érdekében. A megnövekedett terhelés miatt gyakoribbá, hosszadalmasabbá váló stresszhelyzetek sikeresebb

uralása érdekében az ún. stresszkezelő oktatásokat a gondozókra és a velük az „onkológia hajójában együtt evező” onkológiai szakemberekre is célszerű lenne kiterjeszteni (TARI 2006; GOLANT 2008).

Nézzük meg egy páciens gondozásának folyamatát, a betegség és kezelésének hatásait a családtagok életére, a család működésére, hogy bemutassuk, mennyire szerteágazó, mégis egy irányba mutató változássorozatról van szó.

A negyvenéves, házasságban élő, kétgyermekes beteget nevezzük Viktóriának. Rosszindulatú agydaganata miatti műtét után több alkalommal sugárkezelésben és gyógyszeres terápiában részesült. Pszichoszociális segítségadást 2006-ban, első visszaesése idején kért, mert úgy érezte, sem ő, sem családtagjai nem tudják érzelmileg elfogadni, élettörténetükbe beépíteni a kialakult nehéz helyzetet. Viktória 2006 óta, pszichodiagnosztikai kivizsgálás után, 75 egyéni pszichanalitikusan orientált pszichoterápiás órán vett részt az Országos Onkológiai Intézet onkopszichológiai ambulanciáján, további tíz alkalommal a családtagoknak volt szüksége krízisintervencióra. Viktóriát a betegségével kapcsolatos eseményeken kívül nagyon megviselte, hogy az alkalmazott onkológiai kezelések azonnali és késői mellékhatásairól, szövődményeiről – meggyőző onkológiai tapasztalatok hiányában – csak általános, kevés biztos információt tartalmazó felvilágosítást kaphatott. Tovább növelte szorongásait, hogy állandó büntudattal élt amiatt, hogy családi és társadalmi, valamint munkahelyi szerepeinek változó és csökkenő mértékben tudott megfelelni. Gyermekei gimnazisták voltak, amikor az első onkológiai beavatkozás, az agyműtét történt. Lányait serdülőkoruk miatt lefoglalta saját testi és lelki változásai elfogadása, kortárs kapcsolataik alakítása, valamint érzelmi és egyéb problémáik megoldása. A családban az apa vállalta a gondozási feladatokat, felesége érzelmi, fizikai, anyagi támogatását, de az állandó küzdelem dacára bekövetkező állapotromlás miatt a lányoknak is fokozatosan be kellett kapcsolódniuk anyjuk ápolásába. Viktória gyermekeinél komoly, kezelést igénylő pszichoszomatikus és lelki tünetek alakultak ki, annak ellenére, hogy a szülők fokozatosan megosztották velük a daganatos betegség lefolyásának főbb történéseit és bevonták őket azokba a feladatokba, amelyeket általuk megoldhatónak tartottak. A családapá, a férj mindvégig megbetegedett felesége mellett állt és áll, ami cselekvésben és érzelmei kifejezésében egyaránt megnyilvánul. De büntudata („miért nem én betegedtem meg? mivel járultam hozzá, hogy Viktória beteg lett?”) az évek óta tartó, fokozódó anyagi terhelés, a növekvő házimunka elvégzése, a kezelésekre való felkészítés és kísérés, majd szállítás, az érzelmi és létbizonytalanság már a férj egészségét is megviselte. Szívpanaszokkal, alvászavarral, állandó fáradtságérzéssel, reumatikus tünetekkel, lelki kiégéssel küzd. Hogyan lehetett volna kedvezőbben segíteni a mélyen és fájdalmasan érintett gondozó családtagoknak, hogy csak a megbetegedett anya váljon egyéni pszichoterápiás támogatással rákbetegséget túlélővé és ne minden családtagja? Remélem, a tanulmány végén az olvasók tudni fogják a választ erre a kérdésre.

Miután végiggondoltuk egy beteg daganatos kórfolyamatának és kezelésének hatásait családtagjaira, a családra mint egységre, tekintsük át az általános ismereteket és tapasztalatokat.

A DAGANATOS BETEGEK FŐBB PSZICHOSZOCIÁLIS STRESSZORAI

A hazai, már szervezeten működő onkopszichológia bemutatása után legújabban Golant összegzi a daganatos betegek főbb *pszichoszociális stresszorait*: nem kívánt *magányérzés*, *kontrollvesztés*, *reményvesztés* (RISKÓ 1990; 2006; GOLANT 2008). A *magányérzés* „betörése” a daganatos beteg lelki működésébe általában már a diagnózis megtudásakor kezdődik. Nemcsak azt érzik a páciensek, hogy hirtelen, egy „derült égből villámcsapás”-t elszenvedve különbözővé váltak a többi embertől, mintegy „lehasadtak” a társadalomról, a „normálisak” világáról, de a másság és az izoláltság átélése egy sajátos űrérzést alakíthat ki a beteg és közeli családtagjai, egyéb hozzátartozói, barátai között az intimitás területén. Bizonyos, hogy a legtöbb családban az érzelmek nyílt és szabad áramlása felfüggesztődik, lelki védekezések aktivizálódnak, nemcsak a betegben. Annak ellenére, hogy hosszú évek óta az orvos közli a beteggel a diagnózist, mégis sokszor már a családban titokká válik a kórisme, és az „ostrom-állapot-érzés” mellett régi, meg nem oldott, el nem rendezett hiányok és konfliktusok is feltörhetnek.

A *kontrollvesztés* (a sejtek felett, a szervek, a testfunkciók és a test terén) lelkileg leggyakrabban a reménytelenségérzésben tükröződik, és fokozódik, ha a páciens nem képes a ajánlott lehetőségek közül a számára leginkább alkalmas kezelést kiválasztani, megkapni.

A *reményvesztést* a gyakori, jellemző hangulati hullámzások és bizonyos, nem kellő mértékben uralt onkoterápiás mellékhatások (hányinger, hányás, fáradtság, fájdalom) is elősegítik, de a reményvesztés legfőbb „kórokozója” a rossz hír/ek megtudása (diagnózis, visszaesés, terminális állapot).

A ROSSZINDULATÚ DAGANATOS BETEGSÉG ÉS KEZELÉSÉNEK HATÁSAI A CSALÁDTAGOKRA ÉS A CSALÁDI ÉLETRE

A daganatos betegség diagnózisának közlése és a kór kezelése nemcsak a betegre, hanem környezetének tagjaira, a családtagokra és a barátokra is hat, kiváltva azonnali vagy később megmutatkozó lelki és/vagy testi tüneteket. A klinikai tapasztalatok alapján legtöbbször családi konfliktusok kiújulását, ritkábban kialakulását, vagy pszichoszomatikus betegségek megjelenését, felerősödését, (illetve kiújulását) tapasztaljuk, de előfordul szorongás, depresszió kialakulása, akár súlyosabbá válása is.

Természetes, hogy ezekben a családokban a *gyermekek gondjai* a legfontosabbak. Minél kisebb egy gyermek, érzelmileg annál inkább érinti apjának vagy anyjának megbetegedése. A megfigyelések és az elemzések alapján állítható, hogy a még beszélni sem tudó kisgyermek is észleli, „dekódolja”, majd emlékezetében tárolja a környezetében történeteket. A maga módján megérzi, átéli a krízist, de nem tudja kifejezni magát

a felnőttek számára érthető módon. Ezért elraktározódik benne ez az élmény is, a hozzá kapcsolódó erőteljes érzelmi kísérőjelenségekkel együtt, anélkül, hogy a beszéd segítségével magyarázatot, segítséget kaphatna a helyzet megértése, minél kíméletesebb elviselése érdekében. Ezek a gyermekek a későbbiekben visszaemlékezve erre az időszakra „hiányt” és „szabadon lebegő feszültséget” érezhetnek a saját életútjuk, családjuk történetének ismeretanyagában, amit egyébként a lehető leghamarabb lenne a legkedvezőbb megszüntetni. Ez rendkívül nehéz, kritikus helyzet a kisgyermeknek és családtagjainak egyaránt, amelynek kedvező, gyors megoldása érdekében speciális tanácsadást, támogatást, olykor pszichológiai kezelést érdemes igénybe vennie a szülőknek és a gyermeknek.

Tapasztalataink alapján azok a nagyobb gyermekek, akiknek valamelyik szülője daganatos betegséggel küzd, gyakran azt gondolják: „Ha jobb gyermek lettem volna, akkor a mamám/papám nem betegedett volna meg. Miattam lett beteg!”. Ez a téves hiedelem gyakori, az adott gyermeket nagyon megterheli és befolyásolhatja további lelki fejlődését is. Éppen ezért minél előbb érdemes lelkileg is segíteni a csecsemőnek/kisgyermeknek/serdülőnek és a családjának. A *daganatos betegségben szenvedők gyermekeinél* gyakran kialakuló lelki tünetek – amelyek gyermekkorban leggyakrabban a *magatartás és a tanulási teljesítmény megváltozásában* jelentkeznek – megelőzése érdekében célszerű mielőbb elhárító munkát kezdeni. Sokféle ember foglalkozhat a gyermekkel és adhat neki lelki segítséget: szülő, nagyszülő, rokon, tanár, iskolai védőnő, orvos, pszichológus, pszichoterapeuta.

A rosszindulatú betegség, mint kifejtettük, akut, majd krónikus stresszt jelenthet az egész családnak. A betegség kialakulása és kezelése az egyik családban mélyítheti, őszintébbé teheti, bővítheti a *kommunikációt*, míg egy másikban ennek akár az ellenkezője következhet be. A diagnózisról, a betegségről, a szükséges kezeléssel, a mellékhatásokról nyíltan és folyamatosan jó beszélgetni, miközben tekintettel kell lenni egymás egyéniségére, élethelyzetére. Ha a beteg – sokféle ok miatt – hárítja/nem érti a betegség miatt kialakult helyzetet, akkor ez másokban is rémületet, szorongást kelthet. Fokozottan tapasztalható a szavak nélküli (nem verbális) kommunikáció működése a családtagok között.

Ha a családban önerőből nem állítható helyre a megszokott beszélgetés vagy nem javítható kellő szintűre, akkor érdemes külső segítséget kérni. Bárki fordulhat a lakóhelyének körzetében működő nevelési tanácsadók vagy családsegítő szolgálatok munkatársaihoz is.

A kommunikációt leggyakrabban a lelki védekezésésként, önkéntelenül alkalmazott *tagadás* nehezíti. A tagadásnak két fajtája van. Egészségesnek tekinthetjük a tagadásnak azt a formáját, amikor a diagnózis/kezelés megtudásakor az adott személy lelki válságba kerül, és nem tud vagy nem akar ezzel a kérdéssel egy ideig foglalkozni. Olyan ez, mint amikor a seb fölé var képződik, ami alatt a seb gyógyulni tud. Egy idő után, amikor a seb már begyógyult, a var magától leesik. Ugyanígy, egy – nem túl hosszú – idő után a tagadás mint lelki védekezés is megszűnhet. A másik típusú, kedvezőtlennek tekinthető

tagadásra jellemző, hogy erőteljes, hosszú ideig fennmarad, és szürkévé, merevvé, ellenállóvá, olykor irreálissá teszi a beteg viselkedését, gyengíti emberi kapcsolatait. Fontos, hogy nem lehet hirtelen, kevés ismeret birtokában „megtámadni” az adott beteg önkéntelen lelki védekezési módját. Idő, együtt töltött idő és valódi párbeszédnek kellene ahhoz, hogy megértsük és ennek alapján segítsük a beteget.

A tapasztalatok szerint azonnali és késői, kedvezőtlen utóhatásokkal jár, ha a *betegség titokká* válik, és főleg, ha az is marad a családban. A beszélgetés útján kimondott érzelmek, főként a lelki trauma, a titok szavakba öntése, és ennek lehetőség szerinti megoldása nagyon sokat segíthet a betegséggel való megküzdésben. Az őszinteség más problémák rendezésében is a legfontosabb kiindulópont.

Onkológiai területen végzett klinikai munkánk során gyakran tapasztaljuk, hogy az érzelmi kapcsolat erősödik azokban a családokban, amelyekben valamelyik családtag megbetegszik és elfogadja a segítségadást, támogatást. Ő is sokat tud adni hozzátartozóinak!

Amennyiben működési zavar alakul ki bármely családtagban vagy a megszokott családi ténykedésekben, segítségért érdemes a rokonokhoz, barátokhoz, olykor szakemberhez fordulni.

A BETEGGONDOZÁS MINT LEHETSÉGES STRESSZFORRÁS

A kórismétől, a betegség stádiumától, az alkalmazott kezeléstől, a gyógyulási folyamat alakulásától függően a rákbetegségek terápiája általában hosszú időt vesz igénybe, és fizikai, lelki alkalmazkodást, valamint anyagi áldozatvállalást igényel a betegtől és hozzátartozóitól. A szakemberek ezzel egyenes arányban növekvő értelmi, érzelmi és fizikai terhelésével egy másik tanulmányban foglalkozunk e kötetben.

Visszatérve az onkológiai betegeket előbb vagy utóbb, többé vagy kevésbé érintő kihívásokra, bizonyos, hogy pszichés tüneteik, megváltozott képességeik, életműködéseik, külső megjelenésük, szakmai karrierjük, családi és szociális szerepeik közvetlenül hatnak a gondozókra, a hozzátartozókra is.

A kutatások alapján a betegek fizikális igényeit – tekintetbe véve az egyedi sajátosságokat – a következő területekre osztják fel: fizikai, érzelmi, társadalmi és gazdasági területek. A kívánalmak nem teljességükben és folyamatosan jelennek meg, hanem a gondozott fizikai és mentális állapotától, életkorától és a betegségfolyamat stádiumától függő módon hirtelen vagy szelektíven.

A *daganatos betegség kezelésének első szakaszában*, illetve bármely akut fázisban (kezelésváltás, visszaesés, aktív kezelés lehetetlensége, tüneti kezelés szükségessége stb.) a család – a beteg és a gondozó/k – valóságos ostromállapotot élnek át. Szerencsés esetben úgy cselekszenek, mint egy egység, és a beteg és a családtagok alkalmazkodnak a diagnózishoz, a kezeléshez, a realitáshoz.

A következő, *krónikus fázis*ban világossá válik, mi mindenhez szükséges alkalmazkodni és kialakul a tennivalók, felelőségek köre. A beteg a kórházból hazakerül, és a hozzátartozók felelősége, feladatai módosulnak, illetve kibővülnek, például ambulánsan kell folytatni a kezelési protokollt, elintézni a családi/házon kívüli feladatokat, az általában megváltozott, komplexebbé vált háztartási munkákat lebonyolítani stb.

A betegség kezelésének befejezése után fellélegezhet a páciens és gondozója, valamint hozzátartozói is: elérkezett a *tartós tünetmentesség*, a *sikeres túlélés* kezdete, amikortól már „csak” rendszeres onkológiai gondozásra van szükség.

A rákbetegség diagnózisának közlése után, majd az onkológiai kezelése alatt a gondozók több párhuzamosan futó kihívással szembesülnek, miközben nincs vagy kevés a lehetőségük szorongásaik feloldására. Sőt, feltörekvő érzelmeik feldolgozása helyett azok elfojtására is kényszerülhetnek, így kezdődhet el a szeretett hozzátartozó iránti neheztelés kialakulása. Egyértelmű, hogy a gondozók folyamatos lelki támogatása szükségszerű, csak ezen az úton valósulhat meg érzelmeik rendezése, a személyiség egészébe történő integrálása, a gondozás lelki bázisának biztosítása. Ha ez nem történik meg, míg a daganatos betegek distressze az onkoterápia folyamán általában fokozatosan enyhül, addig a gondozó hozzátartozóké nem, és ezt az elgondolkodtató klinikai tapasztalatot egy longitudinális tanulmány már bizonyítja (OBERST–JAMES 1985).

Kiecolt-Glaser és Glaser, valamint Józsa felhívják a figyelmet arra, hogy a szeretett hozzátartozó elvesztésének fenyegető félelme, az ápolás, majd a visszailleszkedés elősegítése, illetve a gyász – mint krónikus stresszek – az immunrendszer sérülékenységéhez, súlyos lelki kórállapotok (depresszió, szuicidium, pszichoszomatikus betegségek) kialakulásához vagy rosszabbodásához vezethet, ha nem terjesztjük ki a pszichés támogatást/terápiát a beteggel legtöbbször, számos területen azonosult gondozó(k)ra (KIECOLT-GLASER–GLASER 2003; 2007; JÓZSA 2001).

Fontos kutatási eredmény, hogy a hozzátartozók meggyengült immunműködése a gondozás befejezése után három évvel is igazolható, mely miatt saját egészségügyi problémáik fennmaradhatnak vagy újak manifesztálódhatnak (KIECOLT-GLASER–GLASER 2007).

A WELLNESS COMMUNITY FŐBB KUTATÁSI EREDMÉNYEI A DAGANATOS BETEGEK GONDOZÓINAK SAJÁTOS STRESSZORAIVAL ÉS AGGODALMAIVAL KAPCSOLATBAN

Az amerikai Wellness Community (TWC) munkatársai kutatásukban 185 kezelés alatt álló/túlélő daganatos beteget és 93 daganatos beteget gondozó személyt interjúvoltak meg annak érdekében, hogy minél többet tudjanak meg a rákbetegség pszichoszociális vonatkozásairól, a sajátos stresszorokról, gondokról és aggodalmakról, melyekkel az érintettek szembesülnek (GOLANT 2008).

A megkérdezett betegek 60%-a számolt be arról, hogy első számú gondozója a házastársa/partnere volt és 73%-uk arról, hogy naponta részesültek a törődésben.

A gondozók 22%-a több mint négy évig volt aktív e szerepében, és 60%-uk előrehaladott stádiumban lévő személyt látott el.

A gondozók a következő területeken nyújtottak ellátást:

- érzelmi támogatás,
- kísérés/szállítás,
- étellemezés,
- mindennapi házimunka,
- anyagi segítség,
- pénzügyek intézése.

A kikérdezettek egyetértettek abban, hogy a gondozók felbecsülhetetlen mértékben járultak hozzá a daganatos betegek jobb közérzetéhez, emelték pszichoszociális életminőségüket.

A daganatos betegek közel 50%-ának (pontosan 44%-ának) értékelése szerint gondozók pszichoszociális terhelése, distresszérvése folyamatos volt az ő rákbetegségük alatt.

A daganatos betegek 49%-a viszont úgy értékelte, hogy a segítséget nyújtókat nem sújtotta rendszeres distressz.

Az utóbbiakkal ellentétben a gondozók 76%-a nyilatkozott úgy, hogy rendszeresen éltek át distresszt a szeretett, daganatos beteggé vált személy komplex ellátása folyamán.

A gondozók életének elemei, melyeket ápolási tevékenységük megterhel, saját értékelésük sorrendjében:

- érzelmi stabilitás,
- megszokott, napi élettevékenység,
- testi egészség,
- karrier,
- anyagi helyzet,
- barátságok,
- családi kapcsolatok.

Kiegészítő és a fentiek alapján érthető adat, hogy a gondozók 26%-a kért segítséget depressziós tünetei, 30%-a szorongásai miatt, mely tények hasonlóak a daganatos betegek pszichoszociális ellátásra vonatkozó igényeihez. Tovább elemezve a gondozók pszichoszociális nehézségeit és az arra adott reakciókat elkerülhetetlenül eljutunk a lelki kiégés problematikájához.

A LELKI KIÉGÉS MINT A GONDOZÓK VESZÉLYEZTETŐ TERHE

Egy, az onkopszichológiai területet elemző megfogalmazás szerint a lelki kiégési tünetcsoport (burnout) hosszabb ideje fennálló érzelmi, mentális és fizikai megterhelések és megoldatlan stresszek hatására a súlyos krónikus betegségben szenvedőknél és gondozóknál/családtagjaiknál egyaránt kialakulhat (RISKÓ 1999).

A gondozók esetében, Golant tapasztalatai nyomán, a lelki kiégés vezető érzelmi tünetei közé sorolhatjuk a bizonytalanságérzést, a dühöt, a frusztráltságot, a szorongásos és a depressziós tüneteket, valamint az elszemélytelenedést. Leggyakoribb testi tüneteik: fejfájás, álmatlanság, gerincpanaszok, fáradtság, elhúzódó megfázások, emésztő-szervrendszeri tünetek, szív- és keringési panaszok. Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a gondozókkal meg kell értetnünk, hogy akkor tudnak valóban segíteni szeretteiken, ha önmaguk is felismerik és megküzdnek saját stresszeikkel. Ehhez minden segítséget meg kell adnunk számukra is. Az onkopszichológia területén huzamosabb ideje dolgozva, tekintetbe véve a szinte általános ostromállapotot, az a véleményünk, hogy egy-egy jelenség, probléma feltárása, bemutatása, a megoldások szemléltetése a megsegítés első megtehető lépése.

A gondozókat speciálisan hajlamosíthatja a kiégésre, hogy hosszabb időn keresztül, folyamatosan, olykor magányosan, máskor felgyorsult tempóban kell a betegekkel kapcsolatos tennivalókat illetően döntéseket hozni és az ápolást végigvinni. Nyilvánvalóan a gondozók is sokfélék, mint az emberek általában, és az ún. alapszemélyiségük meghatározó jelentőségű a lelki kiégésre való hajlamukban, illetve alkati védettségükben. A tapasztalatok szerint azok tartoznak a kiégési szindróma szempontjából a veszélyeztetett csoportba, akik igen tudatosak, energikusak, sikeresek, elérik, hogy nélkülözhetetlenné váljanak, de túlzottak az önmagukkal és másokkal kapcsolatos elvárásaik, jelentős mértékű a gondozott személy miatti büntudatuk, ráadásul nem tudják, mikor kell egy kicsit megállni, lazítani. Azt is mondhatjuk, hogy a testi-lelki kiégésre hajlamos emberek kényszeresen törekszenek a tökéletességre és gyakran tűznek ki irreális célokat a munkahelyen és otthon egyaránt. Általában nem vagy nehezen kérnek visszajelzést, segítséget, ha rászorulóknak. Ha átgondoljuk az előbbi sajátosságokat, könnyen beláthatjuk, hogy a gondozók speciális helyzete – túrni a rákbetegséggel és kezelésével együtt járó bizonytalanságokat, közben megtartani a realitásérzékét és felelősen közreműködni a megfelelő kezelési döntésekben, eközben a lehető legtöbbet megtenni a szeretett személy gyógyulása, állapotjavulása érdekében – nagymértékben növeli a lelki kiégés bekövetkezését és csökkenti e tünetegyüttes megelőzési, illetve sikeres kezelési lehetőségeit. A tanulmány végén vissza fogunk térni a gondozó gondozásának legfontosabb elemeire.

Holisztikus onkopszichológiai szemléletünk alapján a burnout szindróma egyaránt kialakulhat a szakemberekben, a betegekben és a gondozókban, illetve a hozzátartozókban, ugyanis a közöttük lévő verbális, valamint intenzív nem verbális kapcsolat és kommunikáció alapján a mély és fájdalmas érzelmek és információk „átfolyása” nem ismer határokat. Winnicott, a neves brit pszichoanalitikus közismert megfogalmazásából kiindulva: „Olyan dolog, hogy csecsemő, nem létezik... ahol csecsemő van, ott anyai gondoskodás is, anyai gondoskodás nélkül nem lenne csecsemő” – kijelenthetjük, hogy olyan dolog, hogy beteg, nem létezik. Ahol beteg van, ott gondozónak és gondoskodásnak is lennie kell (WINNICOTT 1971).

A KIÉGÉSI SZINDRÓMA KEZELÉSE

Általában javasolható, hogy a konfliktust okozó stresszek felismerését, kezelését mindenkinek érdemes tudnia, megvalósítania, fejlesztenie. Az adott egyén számára elfogadható egészséges életmód kialakítása és fenntartása, ezen belül a testmozgás és a relaxáció alkalmazása szintén általános javaslat. A kávétól, a dohányzástól, az alkoholtól, a drogtól, a táplálkozástól való függést, a pszichoszomatikus tüneteket szakemberrel szükséges kivizsgáltatni és kezelteni.

A kiégési szindróma prognózisa jó, ha a kórismét időben felismerik és az adott személyt megfelelően kezelik. Éppen ezért, minél szélesebb körben kell tudni e tünetegyüttesről, gyakori előfordulásáról. Az is fontos tapasztalat, hogy a megelőzés minden szempontból humánusabb, hatékonyabb, költségkímélőbb, mint a kezelés. A terápia csak akkor valósulhat meg, ha az érintett személy elfogadja az összefüggést a panaszai és a kezelés között és motiváltan együttműködik az egyénre szabott, általában komplex terápiában.

A kezelés lehetőségeit az alábbi táblázattal szemléltetjük, melyet Brodotay munkája nyomán Tariska ismertet (TARISKA 2000).

A GONDOZÓ GONDOZÁSÁNAK LEGFONTOSABB ELEMEI

Pszichológiai

1. Szupportív jellegű
 - ventilációs funkció
 - csoportfolyamatok, valahová tartozás érzése stb.
 - kölcsönös támogatás
2. Tanácsadás/belátáson alapuló terápia/kognitív terápia/relaxáció/stresszkezelés/szorongásoldás/depresszióoldás stb.
3. Emocionális hatás: stressz, düh, harag stb. feldolgozása
4. Interperszonális kapcsolatok és kommunikáció javítása

Edukatív

1. Információátadás (pl. betegség természetéről, lefolyásáról)
2. Otthoni ügyesség javítása
3. Terápiás ügyesség, problémamegoldó készség stb. fejlesztése
4. Tervezés: sürgősségi helyzet, jogi aspektusok, pénzügyek

Támogató rendszer fejlesztése

1. Személyes, családon belül
2. Szűkebb közösségben
3. Professzionális
 - szociális gondozó igénybevétele
 - ápoló(nő) segítségével

- átmeneti intézmények (napközi otthon)
- intézményi keretek közötti kezelés

AZ ONKOLÓGIAI BETEGEKET GONDOZÓK MEGSEGÍTÉSÉNEK SAJÁTOS LEHETŐSÉGEI

Mint említettük, a segítőknek tisztában kell lenniük azzal, hogy mielőtt bármelyik szeretett hozzátartozójuk gondozására vállalkoznának, igyekezniük kell megoldani saját konfliktusaikat, és az önismeretre, öngondozásra a segítségi folyamat alatt is figyelniük kell.

Golant összefoglaló tanulmányában sorra veszi azokat a tanácsokat, amelyeket a gondozók önmaguk „karbantartása” érdekében haszonnal alkalmazhatnak (GOLANT 2008). Nézzük a saját tapasztalatainkkal kiegészített útravalót.

1. Jelentkezz egy önsegítő csoportba: a kutatások alapján a tapasztalatok és az érzések megosztása csökkenti a stresszes állapotot és az elszigetelődést.
2. Végy igénybe oktatást: a tudás hatalom. A daganatos betegségfolyamat megértése, a visszaesés kockázatának megismerése, az ajánlott kezelések megértése, a terápiás mellékhatások ismerete segíti a mindennapok és a jövő tervezését.
3. Olvass újságokat: olvasás közben önmagaddal lehetsz, érzelmeidet ventillálhatod.
4. Tartsd fenn a baráti kapcsolataidat: az emberi kapcsolatok olyan szociális hálót képeznek, amelyek megtartanak és segítséget nyújthatnak. A baráti beszélgetések kedvező pszichoszomatikus és érzelmi változásokat is elősegítenek.
5. Igyekezz megtartani a napi szokásaidat: próbálj olyan sokat megtartani a megszokott cselekedeteidből, rítusaidból, amennyit csak lehetséges.
6. Folytasd hobbitvékenységeidet: ne köszönj el a kedvenc időtöltéseidtől, amelyekben mindig tudsz örömet, kikapcsolódást találni.
7. Tervezd a jövőt: így valóban lesz jövő a jövődben.
8. Tartsd emlékezedben, hogy az élet megy tovább: önálló ember vagy, éld a saját életed is. Válassz magadnak hobbit, menj el baráti társaságba, moziba, keress új barátokat.
9. Adj haladékot: lásd be, hogy nem tudsz mindig mindennel elkészülni. Engedd, hogy mások segítsenek.
10. Figyelj testi egészségedre: táplálkozz egészségesen, mozogj elegendő mértékben. Figyelj oda a kisebb testi jelekre, testfunkció-változásokra is.
11. Lazíts: meditáció, jóga, masszázs, légzőgyakorlatok, zenehallgatás, bármely fizikai aktivitás részévé válhat öngondozásodnak.
12. Tudatosítsd, ha frusztrált állapotban vagy: egy kisebb mértékű dühkitörés már a lelki kiegész jele is lehet. Figyelmeztet, hogy kérj segítséget másoktól érzelmi állapotod stabilizálása érdekében. Fordulj támogató csoporthoz vagy egyéni pszichoterapeutához.
13. Öngondozás: vedd észre, ha túl vagy terhelve, és gondold át, mit tehetsz, és mit nem.

A POSZTTTRAUMÁS NÖVEKEDÉS LEHETŐSÉGE AZ ONKOLÓGIAI GONDOZÓK ÉRZELMI ÉLETÉBEN

Hazánkban csak az utóbbi időkben kezdünk felfigyelni a legutóbbi időkig „láthatatlan”, szóltan munkatársainkra, az onkológiai betegek hozzátartozóira, a páciensek gondozásában aktívan részt vevő személyekre. Vannak pozitív és negatív példák, amelyek figyelmeztetnek, hogy ne hárítsuk a segítők pszichoszociális és fizikai terheit és vegyük észre a családtagok, hozzátartozók és az egész család kedvező változásait, érzelmi megerősödését is.

A poszttraumás növekedés (PTN) jelenség onkológiai jellemzőit Kulcsár és Jim írta le (KULCSÁR 2005; JIM 2008). A pszichológiai fogalomnak az a lényege, hogy a traumákkal, veszteségekkel, betegségekkel való küzdelem pozitív személyiségfejlődéshez is vezethet, melynek során az értelmi és az érzelmi feldolgozás növekedéssé alakulhat át, következtében az adott személyben optimistább életszemlélet, pozitívabb életfilozófia alakulhat ki.

A daganatos betegek – és hozzátartozójuk, az őket gondozók – három területen tapasztalnak kifejezett, speciális (nem az általános fejlődésnek tulajdonítható), kedvező változást betegségükkel való megküzdésük eredményeként: az emberi kapcsolatokban, személyiségükben és megküzdési képességükben.

1. emberi kapcsolatok: kifejezettebb szeretet- és kapcsolatigény kinyilvánítása történik a társ, a családtagok, a barátok iránt;
2. személyiség: megnövekedett érzékenység és empátia, nyitottság mások iránt, fokozottabb énerő, nagyobb megelégedettség, pozitívabb életszemlélet, az élet értékeinek fokozottabb megbecsülése;
3. megküzdési képesség: nyitottabbá válás a körülmények és a történések elfogadásában, jobb problémafelismerés, hatékonyabb stresszkezelés, kedvezőbb érzelmnyilvánítás és -kifejezés.

Jim és munkatársai véleménye alapján, jóllehet a PTN a betegeket segíti a traumatikus események feldolgozásában és integrálásában, de véleményünk szerint ugyanez a folyamat végbemehet a hozzátartozókban, különösen a gondozásban, ápolásban aktívan, kreatívan közreműködőkben is, nem beszélve az onkológia területén dolgozó szakemberekről (RISKÓ 1995; 2010).

ÖSSZEFOGLALÁS

Tanulmányunkban a daganatos betegségben szenvedők gondozásával összefüggő kihívásokkal és azok humánus, kreatív megoldásaival foglalkoztunk, abban a reményben, hogy ismereteink és tapasztalataink átadásával segíteni tudunk a winnicotti értelemben vett „elég jó” gondozás megvalósításában, a poszttraumás növekedés minél teljesebb

bekövetkezésében, anélkül, hogy a lelki kiégés kialakulna/fennmaradna. Holland nézeteivel egyetértve hangsúlyozzuk, hogy a daganatos beteg első számú gondozói szerencsés esetben a családtagjai, és a törődés, az ápolás kedvező hatással van a gondozottra, a családtagokra, valamint a családra mint egységre (HOLLAND 1990).

IRODALOMJEGYZÉK

- BRODATAY, H. (1999): Intervention with caregivers. *Alzheimer Insights*, 5(8). 8–10.
- GOLANT, M. – HASKINS, N. (2008): „Other Cancer Survivors”: The Impact on Family and Caregivers. *Cancer J.*, 14(6). 420–424.
- HOLLAND, J. C. – ROWLAND, J. H. (1990): Handbook of psychooncology. Psychological Care of Patient with Cancer. Oxford University Press, New York, Oxford. 585–597.
- JIM, H. S. L. – JACOBSEN, P. B. (2008): Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth in Cancer Survivorship: A Review. *Cancer*, 14(6). 414–420.
- JÓZSA T. (2001): Deficiens vagy kóros immunműködéssel kapcsolatos egyéb kórképek. Daganatos betegségek. In: *Immunpatológia és a leggyakoribb pszichoszomatikus betegségek*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 139–157.
- KIECOLT-GLASER, J. – GLASER, R. (2003): Mechanism found that weakens caregiver's immune status. <http://researchnews.osu.edu/archive/glaserpnas.htm>
- KOMLÓSI P. (2006): A daganatos betegek családtagjainak pszichés gondozása. In: HORTI J. – RISKÓ Á. (szerk.): *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest. 295–304.
- KULCSÁR Zs. (2005): *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiség-fejlődés*. Trefort Kiadó, Budapest.
- NITZGEN, G. (2009): The Location of Sexuality in Group Analysis. *Group Analysis*, 42(3). 215–227.
- OBERST, M. T. – JAMES, R. H. (1985): Going home: patient and spouse adjustment following cancer surgery. *Top Clin Nurs.*, 7. 46–57.
- RISKÓ Á. (1995): A terminális állapotban lévő rákbetegek életminőségét javító nem verbális módszerek ismertetése. Pszichoanalitikai megközelítés. In: HEGEDŰS K. (szerk.): *Halálközelben II*. Magyar Hospice Alapítvány, Budapest. 129–169. http://209.85.135.132/search?q=cache:DimAaYzs83sJ:onkopszichologia.bencium.hu/%3Fpage_id%3D56+Riskó+Ágnes+A+terminális+állapotban+lévő+rákbetegek&cd=1&hl=hu&ct=clnk&gl=hu&lr=lang_hu
- RISKÓ Á. (1999): A test, a lélek és a daganat. Animula, Budapest. <http://mek.oszk.hu/02000/02011/02011.htm>
- RISKÓ Á. (2010): Daganatos betegek pszichoterápiás megsegítése (A „Damoklész kardja” pszichológiai kezelése.) (Előadás a klinikai szakpszichológusok továbbképző előadásán Budapesten.) *Orvosképzés*, (2010) S4:337–400.

- TARI A. (2006): Pszichoszociális folyamatok az onkológiai teamben. In: HORTI J. – RISKÓ Á. (szerk.): *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest. 305–308.
- TARISKA P.: Rehabilitáció a gerontopszichiátriában. In: HUSZÁR I. és mtsai. (szerk.): *A rehabilitáció gyakorlata*. Medicina, Budapest. 159–169.
- WINNICOTT, D. W. (1971): *Playing and Reality*. Tavistock Publication, London.

A GYÓGYÍTÓK EGÉSZSÉGE: A KIÉGÉS ÉS A KIÉGÉS MEGELŐZÉSE, ILLETVE KEZELÉSE

A KIÉGÉSRŐL ÁLTALÁBAN

A kiégés jelenségét már az 1950-es években többen leírták. Schwartz és Will a pszichiátrián dolgozó „reményvesztett ápolónő”, Graham Green pedig az afrikai dzsungelbe menekülő kiábrándult építész példáján keresztül foglalta írásba először kiégéssel kapcsolatos megfigyeléseit. Ezt követően számos esetleírás született a témában, ezek azonban megmaradtak anekdoták és esettanulmányok szintjén egészen addig, míg két kutató egymástól függetlenül az 1970-es évek közepén szisztematikusan tanulmányozni kezdte a jelenséget. Herbert J. Freudenberger német pszichiáter munkahelyén – egy egészséggondozó központban – figyelte meg az ott megforduló önkénteseket. Elhúzódó emocionális kimerülést, a motiváció és az elköteleződés kiapadását, majd mentális és fizikai zavarok megnövekedett előfordulási gyakoriságát tapasztalta. Az elsősorban egyéni beszámolókra épülő megfigyelései alapján e krónikus állapotot kiégésnek nevezte el (MASLACH–SCHAUFELI 1993). A jelenséget pedig a következőképp definiálta: a kiégés krónikus fáradtsággal, depresszióval és frusztrációval jellemezhető állapot, melynek eredete egy olyan ügynek való odaszentelődésre vezethető vissza, mely nem hozta meg az előzetesen elvárt sikert, jutalmat (FREUDENBERGER–RICHELSON 1980).

Christina Maslach a munkavégzés során fellépő érzelmekkel való megküzdés tanulmányozása kapcsán körvonalazta a jelenséget. Főleg olyan kognitív stratégiák érdekelték, mint a „közönyös törődés” (detached concern), vagy az „önvédelemként használt dehumanizáció” (dehumanization in self-defence), melyek a későbbiek során fontossá váltak a munkahelyi identitás és viselkedés kialakításában. A segítő foglalkozásúak széles körében vizsgált fogalmat mint stresszválaszt írta le (MASLACH–SCHAUFELI 1993; MASLACH et al. 2001).

Mivel a kiégés kutatása kezdetben a közvetlenül emberekkel foglalkozók igényeként jelent meg, az akadémikus pszichológia sokáig nem vett tudomást róla. Csupán „áltudományos zsargonnak” tartotta, mely inkább felszíni elemeket, mint mély, magvas gondolatokat involvál. Ez nem is csoda, hiszen a fogalom értelmezése az első időkben szerzőről szerzőre változott, néha már nem is lehetett megállapítani, hogy egy-egy szerző azonos jelenségről beszél-e. A koncepció „kinyúlt”, szétesett, és csaknem minden munkahelyen megjelenő személyes probléma kiégésként aposztrofálódott. Az inkább anekdotacsokorhoz hasonló jelenség többnyire minden elméleti hátteret nélkülözött. A fogalom tehát egyfelől igényelte a konceptuális tisztázást, másfelől szükségessé tette helyének kialakítását a pszichológiai más fogalmai között (MASLACH–SCHAUFELI 1993).

A kiégés kapcsán napjainkban megtalálhatóak a klinikai szempontokat képviselő, tüneteket és korrelátumokat elemző; valamint a társas aspektusokra koncentráló, munka tükrében vizsgálódó, teljesítmény hatékonyságát elemző megközelítések egyaránt. A következő fejezetekben négy – napjainkban elfogadott – megközelítés kerül bemutatásra: a legnagyobb teret hódító Cristina Maslach és munkacsoportja által kialakított multidimenzionális modell, egy dán elképzelés, a PUMA-vizsgálat, a kiégést munkahelyi stresszreakcióként jellemző Hobfoll–Shirom-modell, valamint az Ayola Pines által körvonalazott, egyénre fókuszáló pszichoanalitikus-egzisztencialista nézőpont.

A KIÉGÉS NAPJAINKBAN IS JELEN LÉVŐ TEORETIKUS MEGKÖZELÍTÉSEI

CHRISTINA MASLACH ÉS MUNKACSOPORTJA – A KIÉGÉS MULTIDIMENZIONÁLIS MEGKÖZELÍTÉSE

A 20. század közepe óta ember és munkájának kapcsolata egyre népszerűbb témája a különféle tudományos fórumoknak. A munka iránti elköteleződés, odaszentelődés fogalma az idők során sokat vesztett fényéből. A legtöbb munkavállaló számára munkakörnyezete hideggé, ellenségesse és követelővé vált. A globalizálódó gazdaság hatására a fejlődő országokból olcsón, minimális szállítási költséggel bármilyen áru bárhová a fogyasztó elé kerülhetett. A technológia fejlettségének köszönhetően pedig lehetővé vált, hogy a legtöbb dolgozó feladatait gépek vegyék át. A gazdasági és technológiai változások sok ember munkakörnyezetének megváltozását, a munka elsivárosodását, intrinzik értékének devalválódását eredményezték, és előtérbe tolták a kiégés lehetőségét (MASLACH–LEITER 1997).

Maslach elképzelése szerint (1) a kiégés mentális és emocionális kimerüléssel jellemezhető (2) számos fizikai tünettől övezett jelenség, mely (3) a munkához kapcsolódva (4) olyan egyéneknél jelenik meg, akiket előzetesen semmilyen pszichopatológiával nem diagnosztizáltak. (5) Az állapot által okozott negatív attitűdök csökkentik a munkahelyi teljesítményt és hatékonyságot. A jelenségnek egyéni, interperszonális és önértékeléshez kapcsolódó aspektusa van. Az *emocionális kimerülés* az az egyéni aspektus, mely a fizikai

és érzelmi fáradtság állapota. A *másoktól való elidegenedés* – deperszonalizáció – az interperszonális dimenzió. Negatív, közönyös, érzéketlen, távolságtartó attitűddel jellemezhető, mely áthatja a munka minden szegmensét. A *személyes teljesítmény csökkenése* az önértékelési aspektus, amely csökkent kompetenciaérzéssel, a produktivitás alacsony szintjével írható le. Az egyes dimenziók egymástól függetlenül is jelen lehetnek, de össze is kapcsolódhatnak (MASLACH et al. 2001).

A kiégés okaként személyes és munkahelyi tényezők egyaránt jelen vannak Maslach és munkatársai elméletében. Legutóbbi írásaik azonban e kettő össze nem illését domborítják ki, és az össze nem illés hat fő típusát különböztetik meg (MASLACH–LEITER 1997; MASLACH et al. 2001; LEITER–MASLACH 2005). Az össze nem illés első területe a *munkaterhelés*, azaz a munka által támasztott nem megfelelő mennyiségű kihívás. Ez megnyilvánulhat a munka mennyiségének, komplexitásának, időtartamának növekedésében. Kihat a munka minőségének csökkenésére, a fizikai és pszichés terheltség mértékére, valamint a munka jutalomértékének romlására.

A munkahelyi célok felett érzett *kontroll hiánya* szintén kulcsfontosságú. Abszolút kontroll ugyan sohasem érhető el egy-egy szituáció felett, azonban valamekkora – a munkavállaló igényeihez igazodó – kontroll szükséges ahhoz, hogy az egyén munkáját kielégítőnek, sőt élvezetesnek találja. Fontos szempont, hogy a legérdekesebb, legnagyobb kihívást jelentő dolgok a legkevésbé kontrollálhatók, így az optimális kontrollérzés mértéke nemcsak egyénenként, hanem szituációnként és feladatonként is különböző lehet.

A munkavégzés valamilyen formában „el kell, hogy nyerve jutalmát”, a *munkáért kapott jutalom* azonban sokféle lehet. Az emberek általában remélik, hogy munkájuk anyagi elismerést, presztízst, karriert és biztonságot nyújt majd számukra. Ezen felül a feladatok érdekessége sokszor már önmagában jutalmazó lehet. Ha az egyén úgy érzi, hogy erőfeszítései nem hoznak megfelelő jutalmat, az kiábrándultsághoz, és nagy valószínűséggel kiégéshez vezet.

A *munkahelyi közösségek* szintén az egyéni jóllét tartóoszlopai. Azon felül, hogy a csapatmunka sok helyen szinte már elengedhetetlen eleme a szervezeti hatékonyságnak, a munkahelyi közösségek társas támogatást, biztonságot, boldogságot, dicséretet nyújtanak a személy számára. A munka lehet egysíkú, de az emberi kapcsolatok sohasem azok! A munkával kapcsolatos gondolatok megosztása növeli a szubjektív jóllét érzését; míg a krónikus, megoldatlan problémákkal terhelt munkatársi kapcsolatok frusztrációt, ellenségességet, végül pedig közösségtől való elfordulást eredményeznek.

Amennyiben egy szervezet dolgozóit egyenlőként kezeli, nem favorizálja, akkor kimeríti a *becsületesség* kritériumát. A becsületes munkahely elismeri az ott dolgozókat, és hitet ad a munka értékességében!

A kiégés utolsó okaként az egyén és munkahely *értékeinek* disszonanciáját emelik ki a szerzők. Ezért munkába állás előtt mindenképp fontos a felek értékeinek tisztázása, az azonosságok és különbségek elemzése, mérlegelése. Értékek közötti össze nem illés még a nagyfokú elméleti egyezés mellett is fennállhat, hiszen az elméletben átgondolt és ténylegesen megvalósított értékek is különbözőek lehetnek. Emellett fontos, hogy az

értékek korántsem statikusak, az idő előrehaladásával változhatnak, kicserélődhetnek. Azonban a lényeg ugyanaz marad: a munkavállaló tudjon igazodni a szervezet elveihez, ha lehetősége van, formálja azokat, de nézetei ne térjenek el gyökeresen a központilag képviselt eszméktől!

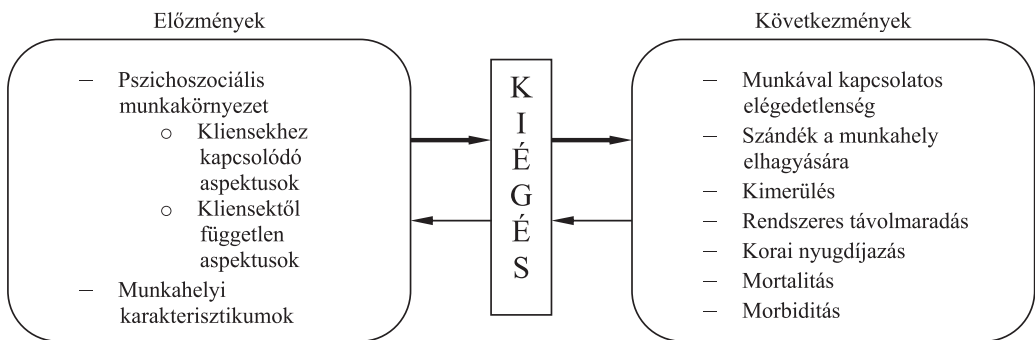
Az össze nem illés eredményeként megjelenő kiégés a munka iránti elköteleződés leépülésével, az érzelmek eróziójával, valamint a munka és egyén közötti szakadék fokozottabb megélésével jellemezhető. A kiégés legtöbbször erős, sikeres életpozícióból indul és a *munka iránti elköteleződés* magas foka jellemzi. A kiégés következtében a lelkesedés elveszik, az egyén energiája, hatékonyságérzése, valamint a munkába való bevonódása jelentősen megcsappan. Az *érzelmek* dominánsan negatív színezetűvé válnak, a pozitív emóciók pedig fokozatosan eltűnnek a nem verbális megnyilvánulások palettájáról. Frusztráció és harag veszi át a helyüket. A személy megéli saját tehetetlenségét, elköteleződése szétforgácsolódását. Gyötrő állapotáért általában másokat hibáztat. Ellenségségével próbálja kompenzálni saját sikertelenségét, alacsony önértékelését. A pozitív érzelmek kifakulása megnehezíti a másokkal való együttműködést, illetve a jelentésteli kapcsolatok fenntartását, a negatív érzelmek jelenléte pedig növeli a diszfunkcionális érintkezéseket. A *munka és a személy közötti össze nem illés* – a környezet bevonásával – fenntartja önmagát, sőt az idő előrehaladásával egyre erősebbé válik. E folyamatért pedig nem okolható kizárólag az egyén vagy kizárólag a munkahely, az egyént körülvevő szituáció. Az össze nem illés a kapcsolatból vezethető le, melynek látható eredménye a kiégés állapota (MASLACH–LEITER 1997; MASLACH et al. 2001; ANGERER 2003).

MARIANNE BORRITZ ÉS TAGE S. KRISTENSEN KIÉGÉSMODELLJE

Borritz és Kristensen munkacsoportja 1997-ben longitudinális vizsgálat sorozatot tervezett a kiégés, a munkamotiváció és a munkahelyi elégedettség vizsgálatára (Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction – PUMA-study). Az elsősorban empirikus alapokra építkező modell szerint a kiégés mentális, emocionális és fizikai fáradtság, mely egy érzelmileg igénybe vevő munkahelyi szituációba való hosszú távú bevonódás eredményeként jön létre (SCHAUFELI–GREENGLASS 2001). A kiégés munkától független és munkahelyi aspektusokkal egyaránt jellemezhető. Összetevői az egyéni, a munkához, valamint a „kliensekhez” kapcsolható kiégés. Az *egyéni kiégés* fizikai és pszichés fáradtság, mely a munkától független, az egyén által megélt, szubjektív jelentésmezőben leképzett állapot. A *munkához kapcsolódó kiégés* a munkának tulajdonított fáradtságot, a *kliensekhez kapcsolódó kiégés* pedig a munka során történő egyéni találkozásokból fakadó kimerülést jelenti (SHIROM 2005).

A jelenséget tágabb koncepcionális keretben jellemző szerzők célja volt, hogy feltérképezzék a kiégés elterjedtségét a dán segítő foglalkozásúak körében, azonosítsák azokat a munkahelyi tényezőket, amelyek növelik esélyét, illetve elemezzék hatását a munkahelyi elégedettségre, kimerülésre, a szabadságolás gyakoriságára, a korai nyugdíjazásra, valamint a mortalitásra és a morbiditásra. Ezek áttekintésével az 1. ábrán bemutatottakat

fogalmazták meg. Mivel a segítő foglalkozások központi témája az emberekkel való érintkezés, így a pszichoszociális munkakörnyezet kliensekhez kapcsolódó és kliensektől független aspektusokra bontható szét. A munkahelyi karakterisztikumokhoz a munkakör, tapasztalat, valamint az egy hétre eső munkaórák száma sorolható. Ezek mellett megkülönböztethetők a szociodemográfiai tényezők; az életstílus olyan komponensei, mint a társas kapcsolatok vagy a dohányzás; valamint bizonyos személyiségtényezők. A kiégés előzményekkel és következményekkel való kapcsolata többirányú. A fő irányt természetesen az előzmények – jelenség – következmények sorrend alkotja, azonban fordított irányú hatások is elképzelhetők. Gondoljunk például arra, amikor egy hosszú időtartamú betegség indítja el a kiégés folyamatát azzal, hogy megnehezíti a munkába való visszailleszkedést. Az előzmények és következmények tehát egymástól függetlenül és egymással kölcsönhatásban is létrehozhatják a jelenséget (BORRITZ et al. 2006).



1. ábra. Borritz és munkacsoportjának elképzelése. (BORRITZ et al. 2006 nyomán)

STEVAN E. HOBFOLL ÉS ARIE SHIROM – A KIÉGÉS FORRÁSKONZERVÁCIÓS MODELLJE

A forráskonzervációs modell megközelítése szerint a kiégés a közszféra és a magánszektor értékrendjének összemosódásával kapott kiemelkedő szerepet a segítő foglalkozásúak körében. Az értékrendek átfedésének következtében a humán segítőknél fokozott emocionális, kognitív és fizikai terhelés mellett piaci célokat kellett megvalósítani, tekintet nélkül arra, hogy munkájuk jellege ezt nem tette lehetővé (SHIROM 2003). Az Arie Shirom által megfogalmazott elképzelés Stevan E. Hobfoll Forrás Konzervációs Elméletére (Conservation of Resources Theory – COR Theory) támaszkodik. A forráskonzervációs elmélet a stressz leírásának egy lehetséges megközelítése, mely szerint az emberek fenntartják, védik és küzdelmet folytatnak azokért a „forrásokért”, melyeket értékesnek tartanak. A forrásoknak négy lehetséges válfaja van: tárgyak (pl. lakás, autó), körülmények (pl. jó házasság, munkahelyi stabilitás), személyes tulajdonságok (pl. magas önértékelés, jó társas fellépés) és energia (pl. munkavégző képesség, empátia). Lehetnek elsődlegesek, ha alapvetőek az emberi léthez (pl. étel, biztonság), vagy másodlagosak, ha az

egyén versenyképességéhez, forrásszerzési potenciáljához tesznek hozzá. Stresszről akkor beszélhetünk, ha az egyént a források elvesztésével kapcsolatos veszély fenyegeti, ha a források már elvesztek, vagy ha a befektetések ellenére a forrás nem megszerezhető. Az egyének forrásokat fektethetnek be abból a célból, hogy minimalizálják a forrásvesztést, megvédjék a már meglévő forrásaikat, vagy új forráshoz jussanak. A befektetés mértékét az elvárt előny és a lehetséges hátrány befolyásolja. A több forrással rendelkezők többet tudnak befektetni, és kisebb stresszt élnek át veszteséges, illetve fenyegetett helyzetben. A megalapozott forrásrendszerrel rendelkezők kisebb eséllyel esnek áldozatul a stresszskaszkádnak, nyitottabbak a külvilágra, és kevésbé vesznek fel defenzív álláspontot. Különösen fontos helyet foglal el a források között a társas támogatás. Ez az energia típusú forrás bővíti a belső források körét, mivel lehetővé teszi a támogató személyek forrásainak másodlagos használatát, növeli a támogatott személy identitásának komplexitását, és rendkívüli támogatást nyújt a belső források hirtelen „kiapadásakor” (pl. traumatikus életesemény) (HOFBOLL–SHIROM 2001).

A Forrás Konzervációs Elmélet szerint stressz szituációban a források elvesztése mindig kritikusabb, mint a forrásnyereség. A nyereség mindig a veszteség kontextusában értelmezhető. A kiégés esetében folyamatos forrásvesztés áll fenn – nem ritkán nyereségek mellett is. Az elsősorban energiaként megjelenő forrásokat felemésztő folyamat hosszú ideig láthatatlan, egy idő után viszont tapinthatóan megjelenik az egyén mindennapi életében. Az elméletben az energia három formája különíthető el: a fizikai, a kognitív és az érzelmi energia. A kiégés ebben a kontextusban a fennálló stresszhelyzetre adott érzelmi válasz, mely az egyén energiaforrásainak folyamatos apadása; a külvilág számára pedig az érzelmi kimerülés, a fizikai fáradtság, illetve a kognitív gyengeség látható jelenléte. A kiégés elsősorban másodlagos forrásokat érint, és lehetetlenné teszi az újratöltődést (SHIROM 2003). A forráskonzer-vációs modell újdonsága, hogy a kiégést kiemeli a szervezeti környezetből. Munkahelyi és hétköznapi helyzetekre egyaránt fókuszálva elemzi a jelenség társas, egyéni pszichés és fiziológiai aspektusait, ezáltal teljesebbé téve a kiégés fogalmának megértését.

AYOLA M. PINES – A KIÉGÉS PSZICHOANALITIKUS-EGZISZTENCIALISTA MEGKÖZELÍTÉSE

Az élet – az egzisztenciális nézőpont szerint – értelmkeresés folyamata. Az egyén mindenkor elsődleges motivációja élete jelentésének tisztázása, és e jelentés megvalósítása. Sok időn keresztül a jelentéskereséshez a vallás adott keretet. A mindenkor teremő szerinti élet elkülönített jót, rosszat, helyest és helytelent. S mivel a hit erős volt, a teremő megkérdőjelezése csak ritkán fordult elő. Napjainkban azonban a vallás keretképző szerepe gyengülni látszik. Helyét sok ember életében a foglalkozásbeli, a párkapcsolati vagy az élet egyéb területei által meghatározott értelmkeresés veszi át (PINES 1993; 2002; PINES–NUNES 2003).

Pines elméletében a kiégés a szó konkrét értelmében is jelentést hordoz. Olyan emberek sajátja, akik életük nagy szegmensét egy ügy köré fűzik fel (pl. karriercélok, házassági vagy családi kötelek tőkéletesítése), ennek érzelmileg, mentálisan és fizikailag is rengeteg

energiát szentelnek, e cél elérése hozza „tűzbe” őket. Majd egy ponton úgy érzik, hogy mindez talmi, hiábavaló vagy jelentéktelen. A kitűzött cél értéktelen, a tűz elhamvad, kiég... Épp ezért a szerző értelmezésében a kiégés „fizikai, emocionális és mentális fáradtság, melyet az emocionálisan megterhelő szituációkba való hosszú távú bevonódás eredményez” (PINES–ARONSON 1998; idézi PINES 2001).

A kiégés egzisztenciális elmélete szerint a magasan motivált emberek olyan célokat tűznek ki maguk elé, vagy olyan elvárásoknak igyekeznek megfelelni, melyek az egész emberiség, egy bizonyos csoport vagy önmaguk számára fontosak. A segítő környezet lehetővé teszi a sikert, a siker pedig egzisztenciális jelentőségérzést ad az egyén számára. Azonban a környezeti stresszorokat felvonultató, megterhelő, túlzott elvárásokat közvetítő környezet kudarcot, és egy idő után kiégést hoz magával (PINES 1993).

A pszichoanalitikus nézőpont a célok kiválasztásának okát magyarázza. A karrierválasztás esetében a választás tudatos és tudattalan elemek összjátéka. Azon felül, hogy az emberek érdeklődésük, adottságaik, lehetőségeik és korlátaik figyelembevételével választanak hivatást, sokszor gyermekkori tapasztalataik is szerepet játszanak e döntésben. Pines szerint az egyén választása szerveződhet egy-egy gyermekkori megoldatlan kérdés köré, vagy reprodukálhatja szülei karrierválasztását, elvárásait. Előbbi a megoldatlan kérdésre igyekszik választ találni, utóbbi az azonosulással kapott értékek internalizálását valósítja meg (PINES–YAFE–YANAI 2001). A partnerválasztás esetében szintén e két indok dominál. A partner- és a karrierválasztás között összefüggés van. A sikeres párválasztás segítheti a karrier előrehaladását, a sikertelensége pedig nemcsak a párkapcsolati, de a hivatásbeli kiégést is magával hozhatja (PINES–NUNES 2003).

A kiégéssel kapcsolatos elképzelések áttekintése lehetőséget ad a fogalom tágabb kontextusba helyezésére, azonban a további pontosítás érdekében elengedhetetlen a jelenség részletes, folyamatszempon্তু elemzése, mérésének megismerése, valamint elkülönítése más jól ismert konstruktumoktól!

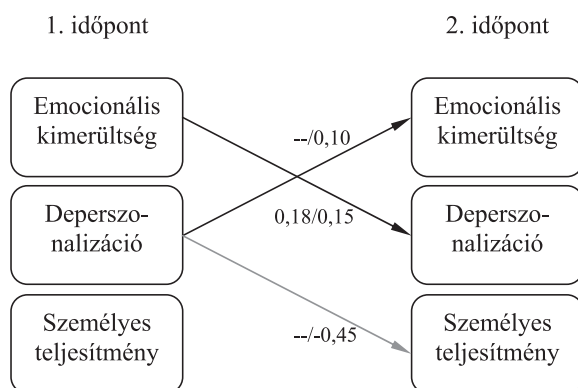
A KIÉGÉS FOLYAMATA

A kiégés folyamatának tanulmányozása döntően a kiégés multidimenzionális megközelítése köré szerveződik (TARIS et al. 2005). A legtöbb kutató az emocionális kimerültséget, a deperszonalizációt és személyes teljesítménycsökkenést stabil jelenséggként írja le (pl. CAPEL 1991). Ám vannak olyanok is, akik időbeli változásról számolnak be. Az ingadozás mértéke komponensenként változó. Az emocionális kimerültség időbeli stabilitása rövidebb, a deperszonalizáció és a személyes teljesítménycsökkenés hosszabb periódus-idejű ingadozást mutat (PEIRÓ et al. 2001).

A három dimenzió dinamikus változása Leiter és Maslach (1988) *folyamatmodelljében* is megjelenik. A modell szerint az állandósult magas munkahelyi követelmények emocionális kimerültséget eredményeznek, mely a kliensektől, munkatársaktól való eltávolodásra sarkallja a segítő foglalkozásban dolgozó; a munkától való eltávolodásra az egyéb

hivatásban dolgozó egyéneket. Ez a megküzdési stratégia ugyan megvéd az intenzív emocionális arousaltól, azonban fokozott használata negativisztikus, érzéketlen, cinikus attitűdöt eredményez, mely egyúttal hozzásegíti az egyént a saját hatékonysága megkérdőjelezéséhez és a munkahelyi teljesítménye csökkenéséhez.

A folyamatmodell empirikus igazolására tett kísérletet Lee és Ashford 1993-as tanulmányában. Feltáró faktorelemzésükből kiderült, hogy az emocionális kimerültség növekedése magával hozza a deperszonalizáció növekedését és a személyes teljesítmény csökkenését is. A deperszonalizáció tehát nem játszik közvetítő szerepet a két komponens között. Némileg kifinomultabb módszerekkel – longitudinális elrendezéssel és strukturális egyenletmodellezéssel – Taris és munkatársai (2005) onkológiai osztályon dolgozók és tanárokon tesztelték Leiter és Maslach, valamint Lee és Ashford elképzelését. Az összehasonlító elemzés célja az volt, hogy a multidimenzionális modell dinamikájának leírására kidolgozott legbefolyásosabb elméletek érvényességét egymás mellett, illetve egymással összehasonlítva elemezzék. Ezenfelül érdekesnek tartották a deperszonalizáció mint diszfunkcionális megküzdési stratégia tesztelését, miszerint a fokozott mértéke az emocionális kimerülés magas szintjét, és a személyes teljesítmény csökkenését egyaránt magával hozza. Elemzésük a két modell érvényességét alá tudta támasztani. Legjobbnek azonban saját megoldásuk bizonyult, mely annyiban igazolja Leiter és Maslach, illetve Lee és Ashford elképzelését, hogy a megnövekedett emocionális kimerültség egy későbbi időpontban a deperszonalizáció megemelkedett mértékét eredményezi. Azonban nem erősíti meg egyik feltételezést sem a személyes teljesítménydimenzió viselkedésére vonatkozóan. A szerzők a deperszonalizáció diszfunkcionális megküzdési szerepére is találtak bizonyítékot. Az első időpontban mért magas szintű deperszonalizáció az emocionális kimerülés emelkedését, valamint a személyes teljesítmény csökkenését hozta magával a második időpontban!



2. ábra. Idői hatások a kiégés három dimenziója között.

A megjelenített értékek a szignifikáns standardizált maximum likelihood értékeket ábrázolják (az első az onkológiai, a második a tanári mintán kapott eredmény)
(Forrás: TARIS et al. 2005)

Cary Cherniss (1992, 1995) 1974–76-ban induló – a témában leghosszabb idejű – longitudinális vizsgálata szintén a Maslach-féle elképzelést idézi. A szerző mai mércével kicsi – 28 fős – mintáját pályája kezdetén kérdezte meg munkával kapcsolatos elvárásairól, háttérmotivációjáról, karriercéljairól, jövőbeli terveiről és számos más munkával kapcsolatos, illetve munkától független attitűdjéről. Mélyinterjúit egy-két éves intervallumokban ismételte, melyhez 1981-es megjelenése után – több kérdőív között – a Maslach Kiegészítő Leltár is csatlakozott. A karrierdinamikát tekintve Cherniss csatlakozik azon szerzőkhöz, akik az emocionális kimerülést a kiegészítő első stádiumához kapcsolják, az emocionális kimerülés következtében pedig olyan magatartásváltozást tapasztalnak, mely cinizmussal és a kliensekkel szembeni érzelmi visszahúzóddással jár. Érdekes adalék azonban, hogy azok, akik karrierjük korai fázisában élik át ezt a folyamatot, kisebb eséllyel váltanak munkát, és munkahellyel kapcsolatos attitűdjük sokkal flexibilisebbé válik, mint azoknak, akik nem jellemezhetők a korai időszakban ilyen jellegű krízissel. Cherniss magyarázata szerint a kiegészítővel való megküzdés számos időt, energiát és erőfeszítést igényel. Amennyiben a személy sikerrel küzd meg a kiegészítővel, és problémáján felülemelkedik, személyisége „szívósabb”, munka iránti elköteleződése pedig magasabb fokú lesz.

A multidimenzionális elképzelés dinamikájával kapcsolatosan még vannak nyitott kérdések. Konszenzus látszik kibontakozni arra vonatkozóan, hogy a kiegészítő kezdetben az emocionális kimerültség állapotának fizikai és pszichés fáradtságával jellemezhető, melyet a másoktól és a munkától való elidegenedés követ. Azonban az elméletek tanulsága szerint a folyamat egyénenként változó, karakterében különböző élménybeli és viselkedési folyamatokkal jellemezhető, így néhány kérdést még fontos lenne tisztázni a modellel kapcsolatosan.

A KIÉGÉSZ MÉRÉSE

A kiegészítő mérése több mérőeszközzel is megközelíthető, azonban a szakirodalom 90%-a a *Maslach Kiegészítő Leltárral* (Maslach Burnout Inventory) dolgozik (KRISTENZEN et al. 2005). Az 1981-ben megjelent kérdőívnek három formája van, a humán szolgáltató szektor (Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey), az oktatási terület (Maslach Burnout Inventory – Educators Survey), valamint minden egyéb foglalkozás (Maslach Burnout Inventory – General Survey) számára. A kérdőívek a kiegészítőt három dimenzió mentén konceptualizálják. Az *emocionális kimerülés* a kiegészítő egyéni aspektusa, melyet az érzelmi és fizikai fáradtság állapota jellemez. A *deperszonalizáció* – mely sokszor cinizmusként jelenik meg a szakirodalomban – negatív, közönyös, érzéketlen, távolságtartó attitűdöt jelöl, mely áthatja a munka minden aspektusát. Így a kiegészítő interperszonális dimenzióját képviseli. A *személyes teljesítmény csökkenése* a fogalom önértékeléssel összefüggő szegmense. Csökkent kompetenciaérzéssel, a produktivitás alacsony szintjével írható le. Az egyes aspektusok egymástól függetlenül is jelen lehetnek, három különálló, egymástól független dimenziót alkotnak, ezért a skálák nem összeadhatóak

(MASLACH et al. 2001). A különböző tanulmányok a Kiegészítő Leltár három típusának belső reliabilitását megfelelőnek értékelik. A skálák Cronbach-alfa értékei általában az elvárt 0,7-es érték felett vannak. A háromfaktoros struktúrát különböző országok reprezentatív mintáján számos tanulmány megerősítette (BECKSTEAD 2002; KALLIATH et al. 2000; KANSTE et al. 2006; RICHARDSEN–MARTINHUSSEN 2004; VANHEULE et al. 2007). A kérdőívek hazai adaptációja jelenleg is folyik. A Maslach Kiegészítő Leltárt azonban számos kritika is érte. Kristenzen, Borritz, Villadsen és Cristensen (2005) szerint a kérdőív nehezen kapcsolható össze a mögötte lévő elképzeléssel, illetve a három dimenzió minőségileg különböző fogalmat fed. A deperszonalizáció inkább egy megküzdési stratégia, melynek célja a stresszel való megküzdés olyan formája, mely során az egyén érzelmileg távol tartja a vele kapcsolatba kerülőket. A személyes teljesítménycsökkenés pedig egy a megélt stressz hosszú távú hatásai közül. Emellett megemlítik azt is, hogy bármely Maslach-kérdőív tételeire csak azok tudnak kielégítően választ adni, akik a humán szolgáltató szektorban dolgoznak!

A Maslach Kiegészítő Leltár gyenge pontjaiból kiindulva jött létre a *Koppenhága Kiegészítő Leltár* (Copenhagen Burnout Inventory). Borritz és munkatársai (2005) a kérdőívet azzal a felkiáltással készítették, hogy a Maslach Kiegészítő Leltár elterjedt használata miatt szinte egygyé vált a kiegészítő fogalmával, ezért egyre inkább szűkíti a kutatással kapcsolatos lehetőségeket, behatárolja a sokszínűséget. A Koppenhága Kiegészítő Leltár egyéni, munkához kapcsolódó és kliensekhez kapcsolódó kiegészítőt különít el. Az *egyéni kiegészítő* munkától független, az egyén által, szubjektíven megélt állapot. A *munkához*, valamint a *kliensekhez kapcsolódó kiegészítő* hivatásspecifikus. Előbbi a munkához kapcsolódó általános, utóbbi az egyéni találkozásokból fakadó kimerültségi állapotot írja le. A skálák belső reliabilitása reprezentatív dán humán szolgáltató szektorban dolgozók mintáján 0,8 feletti ($\alpha = 0,87$ – egyéni kiegészítő; $\alpha = 0,87$ – munkához kapcsolódó kiegészítő; $\alpha = 0,85$ – kliensekhez kapcsolódó kiegészítő).

Szintén az MBI kritikájából kiindulva, elméletbe ágyazott mérőeszköz a *Shirom–Melamed Kiegészítő Mérő* (Shirom–Melamed Burnout Measure). A szerzők neve által fémjelzett skála mögött álló teória szerint az egyén által birtokolt energiaforrások készlete egységes egészet alkot. Az energia három formája a kognitív, emocionális és fizikai. Mivel e források apadása kapcsolható a kiegészítéshez, kérdőívük a kiegészítő három dimenzióját különíti el: emocionális kimerültség, fizikai fáradtság és kognitív gyengeség. Az *emocionális kimerültség* – hasonlóan a maslach-i koncepcióhoz – a kiegészítő magja. A *fizikai fáradtság*, nevéből adódóan, a testi lemerülést foglalja magába, magas szintje inkább a kétértelmű munkákat jellemzi. A *kognitív gyengeség* koncentrációs, gondolkodási folyamatok lassulásával jár és inkább a szellemi munka sajátja. A kérdőív skálái külön-külön és egyben is értelmezhetők. Faktorstruktúrája megerősítő faktorelemzéssel, és belső reliabilitása itemelemzéssel megfelelőnek bizonyult. A Maslach Kiegészítő Leltár skáláival való korrelációja 0,7 körüli (SHIROM–MELAMED 2006).

A *Kiegészítő Mérő* (Burnout Measure) Ayola Pines pszichoanalitikus-egzisztencialista elképzeléséhez kapcsolható. A kérdőívnek három skálája van, melyek a szerző koncepciójából vezethetők le. A *kimerülés* lényege a fizikai és mentális fáradtság, a *demoralizáció*

értéktelenségérzéssel, depresszív élménymezővel jellemezhető, míg a *motivációvesztés* negativisztikus gondolatokkal és az események kellemetlen, rossz oldalának kiemelésével társul. A kérdőívkontextus független. Az egyes skálák önmagukban is értelmes egészet alkotnak, és a kérdőív egészében is értelmezhető. Belső reliabilitása kifejezetten jó, mind a skálák, mind a teljes kérdőív Cronbach-alfa értékei 0,8 felettiek. A Maslach Kiegés Leltár skáláival a korrelációja 0,6 és 0,76 közötti (ENZMANN et al. 1998; SCHAUFELI et al. 2001).

Összességében tehát a kiegésnek számos, megfelelő pszichometriai tulajdonságokkal rendelkező mérőeszköze van. A Maslach Kiegés Leltár magyar nyelven, a többi viszont csak angol nyelven elérhető. Jó hír viszont, hogy a Koppenhága Kiegés Leltár és a Shirom–Melamed KiegésMérő angol nyelvű változata a szerzők engedélyével szintén magyarra fordítható!

A KIÉGÉS MEGKÜLÖNBÖZTETÉSE MÁS KONSTRUKTUMOKTÓL

A kiegés más konstruktumoktól való megkülönböztetése kulcsfontosságú a fogalom önálló léte szempontjából. Mivel a kiegés viszonylag újonnan, teoretikus alapokat nélkülözve jelent meg a köztudatban, megalapozásához elengedhetetlen volt határainak és viszonyainak rendezése. Az első nagy kihívást a *stressz* fogalmától való elkülönülése adta. A kiegést Burke és Richardsen 1996-os tanulmányában a Selye-féle általános adaptációs szindróma harmadik – kimerülés – szakaszához kapcsolja. Ez a szervezet tartalékainak felhasználása, a szervezet folyamatos energiavesztésének fázisa, ami már nem, vagy alig társul energia-nyereséggel. Melamed, Shirom, Toker Berlier és Shapira (2006) a Lazarus-féle stresszel való megküzdés folyamatában a coping sikertelenségével hozza összefüggésbe. Az elképzelés párhuzamba hozható az előzővel, hiszen a kiegés ebben az esetben is energiavesztéssel járó, kimerüléssel állapott. A két fogalom közötti kapcsolat máig nem tisztázott. A longitudinális – oksági kapcsolatokat kimutató – tanulmányok megjelenésével napjainkban két feltevés domináns. Egyes longitudinális tanulmányok megerősítik az előzőekben tárgyalt egyoldalú kapcsolatot, mely a kiegést a stressz következményeként írja le (pl. SCHAUFELI–BAKKER 2004), mások viszont nem köteleződnek el az egyoldalú kapcsolat mellett, és a két fogalom között idői perspektívában reciprok viszonyt feltételeznek (MICHIELSEN et al 2004).

A kiegés *unalomtól* való elkülönítése a pszichoanalitikus-egzisztencialista elméletben kapott hangsúlyt. Pines az első időkben az unalom szinonimájaként használta, majd eredetét és megjelenését is különválasztotta. Míg az unalmat elhúzódó fizikai, mentális vagy érzelmi nyomás következtében létrejövő állapotnak, addig a kiegést az emocionális nyomást hozó helyzetbe való magasfokú egyéni bevonódás következményének tartotta; mely intenzitásában, időtartamában és megjelenésében is elkülöníthető az unalomtól. A pszichoanalitikus-egzisztencialista elmélet későbbi megfogalmazásaiban a kiegés fogalma kitágult és magába foglalta az unalmat is (BURKE–RICHARDSEN 2001).

A *vitális kimerültség* Ad Appels és munkatársai (pl. 2004) fogalma, mely fáradtságot, a fizikai erőfeszítés csökkenését, energiahíányt, fokozott irritabilitást, valamint hát- és kézfájdalmakat foglal magába. A fogalom az 1970-es években jelent meg, amikor az

A típusú személyiségjegyeket mérő Jenkins Activity Survey az európai adaptáció során nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. A szív- és érrendszeri megbetegedések előrejelzésére ezért a szerzők megalkották a fent leírtakkal jellemzett vitális kimerültség fogalmát, mely jellegéből fakadóan bizonyos átfedést mutat a depresszióval, a fáradtság-szindrómákkal és az alvási problémákkal. A kiégéssel való erős közepes kapcsolatából adódóan több szerző e két fogalmat szinte szinonimaként használja, elsősorban a kiégés fiziológiai korrelátumainak elemzésénél (MELAMED et al. 2006; SHIROM et al. 2005).

A KIÉGÉS FIZIKAI ÉS LELKI EGÉSZSÉGGEL VALÓ KAPCSOLATA

A kiégés fizikai és lelki egészséggel való kapcsolatát több reprezentatív, ezres nagyságrendű mintával dolgozó vizsgálat támasztja alá (TOPPINEN-TANNER et al. 2005; HONKONEN et al. 2006; PETERSON et al. 2008). A Finnish Health 2000 vizsgálatban például a magas szintű kiégéssel rendelkezők 71%-a, a közepes szintű kiégéssel rendelkezők 63%-a, míg a nem kiégettek 54%-a nyilatkozott úgy, hogy valamilyen betegséggel rendelkezik (HONKONEN et al. 2006). Egy svéd egészségügyi dolgozókat bevonó tanulmány pedig arról ír, hogy a kiégettek 27,1%-a ítéli rossznak egészségi állapotát, szemben a nem kiégettek 19,6%-ával (PETERSON et al. 2008). Peterson és munkatársai (2008) svéd egészségügyi dolgozók mintáján végeztek vizsgálatot. A kiégés hatását vizsgálták a következő betegségecsoportokra: szorongás, depresszió, alvási nehézségek, memóriaproblémák, nyak- és hátfájás, fülcsengés, túlzott mértékű alkoholfogyasztás. A kiégett és nem kiégett csoport a diszkriminanciaelemzés során több mint 50%-os találati aránnyal elkülöníthető volt a szorongás, depresszió, alvási nehézségek, memóriaproblémák, nyak- és hátfájás mentén. Így elmondható, hogy ezek a betegségek a kiégett egészségügyi dolgozóknál nagyobb arányban vannak jelen. Végül Pikó Bettina (2006) 450 fős ápolói mintáján mutatta ki a Maslach Kiégés Leltár három dimenziójának prediktív erejét a fáradékonyságra, palpítációra, alvási problémákra, fejfájásra, gyomorégésre, hasmenésre, hátfájásra vonatkozóan. A következőkben a kiégés néhány betegséggel való kapcsolatát elemezzük részletesen.

KIÉGÉS ÉS A MENTÁLIS EGÉSZSÉG

Toppinen-Tanner és munkatársai (2005) vizsgálatában a magas kiégés erősebb előrejelzője a mentális, mint a fizikai megbetegedéseknek, mely szerep a kor, nem és foglalkozás kontrollálásával is megbízhatóan fennáll. Peterson és munkatársai (2008) tanulmányában a kiégett és nem kiégett csoportot olyan mentális egészségváltozók diszkriminálták megfelelően, mint a depresszió, szorongás, alvási nehézségek, memóriaproblémák vagy a nyak- és hátfájás. A kiégés *depresszióval* és *szorongással* való kapcsolatát hosszú idő óta nagy érdeklődés övezi. Az emocionális energiavesztés több megközelítés – pl. Maslach, Pines és Hobfoll-Shirom – központi eleme, mely a major depresszív zavar egyik krité-

riuma (SHIROM 2005). A depresszió, szorongás és kiégés kapcsolata a Forrás Konzervációs Elmélet segítségével jól kirajzolható. A kiégés korai stádiumában ugyanis az apadó erőforrások ellenére az egyén még képes küzdeni a szervezetét fenyegető hatásokkal. Az aktív megküzdés során a veszteségek minimalizálása mellett a nyereségszerzés is cél. Az aktív megküzdés magas arousalszinttel és szorongásérzéssel jár. A kiégés későbbi időszakában – ha az aktív megküzdés már nem hatékony – az egyén hajlamos a feladásra. Ilyenkor elköteleződik az emocionális távolmaradás és a védekező magatartás mellett, viselkedése, érzelmei és gondolkodásmódja depresszív színezetűvé válik (SHIROM 2003).

Az emocionális kimerültség növeli a szorongásérzést és csökkenti a megküzdéssel kapcsolatos képességeket. Az emocionális kimerültség nemcsak az állapot-, de a vonás-szorongást is bejósolja (BAKKER–SCHAUFELI 2000, SHIROM et al. 2005). A *depresszió* és *kiégés* közös etiológiával és sokszor közös előzményekkel rendelkező fogalmak, korrelációjuk erős közepes (0,5–0,6) szintű, azonban lényeges e két fogalom elkülönítése is. Prediktoraik, korrelátumaik és következményeik között találhatók hasonlóságok, azonban az átfedés inkább részleges, a két jelenség mintázata számos különbséget mutat (GLASS–MCKNIGHT 1996).

KIÉGÉS ÉS FIZIKAI EGÉSZSÉG

A KIÉGÉS ÉS A TESTI MEGBETEGEDÉSEK

A *kardiovaszkuláris megbetegedések* és a kiégés kapcsolata népszerű kutatási terület. A Finnish Health 2000 – finn dolgozókra reprezentatív mintáján végzett – vizsgálat szerint a kiégés megbízható, kortól, családi állapottól, szocioökonómiai státustól független előrejelzője a kardiovaszkuláris megbetegedéseknek (HONKONEN et al. 2006). Egy 3877 hivatalnok körében végzett vizsgálat alátámasztotta, hogy a kiégéssel rokon „vitális kimerültség” független rizikófaktora az akut, nem halálos miokardiális infarktusnak, egy másik tanulmányban pedig összefüggésbe hozták a hirtelen szívhalállal, illetve a koszorúér-betegségekkel (SHIROM et al. 2005). A kardiovaszkuláris megbetegedések és a kiégés közötti kapcsolat jellegét, a közvetítő mechanizmusokat számos alkalommal vizsgálták (APPELS 2004; GROSSI et al. 2003; MELAMED et al. 2006; SCHWARTZ et al. 2004), melyeket részletesen a későbbiekben tárgyalunk.

A II. típusú cukorbetegség kiégéssel való kapcsolatát – a betegség egyre nagyobb előfordulása miatt – övezi kitüntetett figyelem. Az inzulin csökkent szekréciójával és inzulinrezisztenciával jellemezhető állapotnak 3–5 éves utánkövetési ciklusban a kiégés független előrejelzője, a kettő közötti közvetítő szerepet pedig leginkább az egészségviselkedés hiányosságai játsszák (csökkent fizikai aktivitás, dohányzás, alkoholfogyasztás). Az egészségviselkedés hiányosságai azonban kiégéstől függően, és tőle függetlenül is markáns hatást gyakorolnak a betegség kialakulására, így szerepük nem teljesen tisztázott (SHIROM et al. 2005; MELAMED et al. 2006).

A *metabolikus szindrómára* jellemző diszlipidémiát, illetve magas vércukorszintet Melamed, Kushnir és Shirom (1992) hozta összefüggésbe a kiégés mértékével. Azonban nem találtak kapcsolatot a szindrómára jellemző elhízás és a kiégés között. Emellett a kiégés magas szintje más tünetekkel és betegségekkel is összefüggést mutat. Bejósolja olyan *közönséges vírustörzsek* megjelenését, melyek influenzát vagy felső légúti megbetegedéseket okoznak. Negatív hatással van az ondó minőségére, így *férfi meddőségi* problémákhoz vezet. Valamint kihat az *alvási elégtelenségre* is (SHIROM et al. 2005).

LEHETSÉGES HATÁSMECHANIZMUSOK

A kiégés fizikai egészségre gyakorolt hatását a keresztmetszeti, elsősorban korrelációs módszerekre építő tanulmányok mellett újabban számos szisztematikus, longitudinális elrendezéssel dolgozó, oki kapcsolatokat feltáró vizsgálat is elemzi (MELAMED et al. 2006; SHIROM et al. 2005).

A kiégés fizikai egészségre gyakorolt hatása – jelenlegi tudásunk alapján – kétféle magyarázati szinten interpretálható. Nem megfelelő egészségviselkedéssel, illetve bizonyos fiziológiai – neurológiai, endokrinológiai, immunológiai – jellemzők megváltozásával. A *(1) nem megfelelő egészségviselkedéssel kapcsolatos út* tisztán viselkedéses elemek – pl. csökkent fizikai aktivitás, dohányzás, fokozott alkoholfogyasztás és kalória-bevitel – közvetítésével magyarázza a kiégés és a fizikai egészség közötti kapcsolatot. Neuroendokrin folyamatokat fed a *(2) hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg (HPA) tengely szabályozó funkcióját elemző fiziológiai út*. A kiégett emberekre a reggeli kortizol alacsonyabb szintje és a napközbeni kortizolingadozás kisebb mértéke jellemző, mely elkülöníthető a krónikus stresszállapatra jellemző kortizolmintázattól. A megváltozott kortizolmintázat fáradtságot, levert hangulatot indukál, változásokat hoz létre a kognitív funkciókban, csökkenti az egyén immunkompetenciáját és hosszú távon megnövelni a fent elemzett betegségek megjelenési valószínűségét (LANGELAAN et al. 2007; MELAMED et al. 2006; SHIROM et al. 2005).

A GYÓGYÍTÓK EGÉSZSÉGE – A KIÉGÉS JELLEMZŐI ORVOSOK, ÁPOLÓK, ILLETVE PSZICHIÁTRIAI, PSZICHOTERÁPIÁS TERÜLETEN DOLGOZÓK KÖRÉBEN

A KIÉGÉS ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGA

A gyógyító tevékenységgel foglalkozók személyiségükből, munkájuk jellegéből fakadóan fokozottan veszélyeztetettek a kiégés szempontjából. A segítségnyújtás nemcsak „szakképzettség-használat” bizonyos helyzetek követelményei mentén, hanem érzelmi

munkát, empátiát igénylő tevékenység, mely velejárója a mindennapoknak (FEKETE 1991). Mivel a gyógyító tevékenység nem kevés érzelmi igénybevétellel jár, a kiégés fokozottan jelen van e közegeben. Tanulmányok hosszú sora közöl adatokat orvosok (TRAVADO et al. 2005; MORENO-JIMÉREZ et al. 2008; TRUFFELLI et al. 2008), ápolók (JENKINS-ALLEN 1998; NATHAN et al. 2007), illetve a pszichés ellátás területén dolgozók (HANNIGAN et al. 2004) kiégettségének mértékéről. Egy 15 tanulmányt áttekintő metaelemzés adatai alapján az egészségügyben dolgozók emocionális kimerültsége, deperszonalizációja szignifikánsan magasabb, személyes teljesítménycsökkenése hasonló a Maslach és munkatársai által megállapított normatív átlaghoz képest (SKINOW-HATTON 2007).

Hazánkban egy 495 háziorvost és rezidenst megkérdező vizsgálat tanúsága szerint a megkérdezettek 34,8%-a magas fokú emocionális kimerültséget, 60,9%-a magas fokú deperszonalizációt és 95,9%-a (!) magas fokú személyes teljesítménycsökkenést mutat a Maslach Kiegészítő Leltár standardjai alapján (ÁDÁM és mtsai. 2009). Ápolók körében – a Freudemberger és Richelson által összeállított kiegészítőkérdőív viszonyítási értékeit figyelembe véve – vizsgált 805 fős minta 33,9%-a kiégésveszélyben van, 5,5%-a kiégett, 0,9%-a pedig a kiégés mellett súlyos pszichiátriai megbetegedéssel is jellemezhető (PÁLFI és mtsai. 2008). Végül a pszichiátriai, pszichoterápiás területen dolgozók 33%-a magas fokú, 38%-a közepes szintű érzelmi kimerültséggel írható le (KOVÁCS 2006). A háziorvosok kiégésmutatói más nemzetekkel összevetve a következőképp alakulnak:

1. táblázat. Kiegészítő a háziorvosok körében. A táblázat a magas emocionális kimerültséggel, deperszonalizációval és személyes teljesítménycsökkenéssel jellemezhetőek százalékos arányát mutatja a vizsgált mintán. (Forrás: ÁDÁM et al. 2009)

	Mintaelemszám	Emocionális kimerültség	Deperszonalizáció	Személyes teljesítménycsökkenés
Magyar háziorvosok	496	35%	61%	96%
Svájci családorvosok	182	32%	27%	13%
Spanyol családorvosok	244	43%	35%	38%
Kanadai családorvosok	123	48%	46%	17%

Akár összehasonlítási alap nélkül is szembetűnő a hazánkban gyógyító tevékenységet végzők rendkívül rossz állapota. Főként a deperszonalizáció és a személyes teljesítménycsökkenés magas szintje markáns orvosok esetében, valamint az is figyelemre méltó, hogy az ápolók közel 40%-a kiégett, vagy kiégésveszélyben van! A magas szintű kiégés hátterében leginkább a munkahelyi stressz megemelkedett szintje feltételezhető. A munkahelyi stresszorok közül az alacsony fizetés, a túl hosszú munkaidő, az adminisztratív terhek mennyisége, az idő, elismerés, illetve a társas támogatás hiánya jellemzi fokozottan a magyar egészségügy szerkezetét (PÁLFINÉ és mtsai. 2007; ÁDÁM és mtsai. 2009).

Néhány vizsgálat arról is beszámol, hogy az egészségügy különböző területein dolgozók a kiegésző szempontjából más-más mértékben érintettek. Többen az onkológiai, terminális betegeket ápoló, illetve intenzív osztályos ellátást tartják a legveszélyeztetettebb területnek (GLASBERG et al. 2007; MORENO-JIMÉREZ et al. 2008). Ezt a jelenséget ápolói mintán hazai vizsgálat is megerősíti (PÁLFI és mtsai. 2008).

Egy tíz vizsgálatot és 2357 főt tömörítő metaelemzés onkológusok körében kimutatta, hogy az emocionális kimerültség 36%-ban, a deperszonalizáció 20%-ban, a személyes teljesítménycsökkenés pedig 30%-ban van jelen (TRUFELLI et al. 2008), mely mindhárom esetben szignifikánsan magasabb a normatív átlag értékeinél. Köztudottak olyan általános – ezekben a szakmákban szintén érvényesülő – hatások is, miszerint a nők magasabb kiegésző-átlagértéket mutatnak, mivel karrierlehetőségeik behatároltak, a munkájuk felett kisebb kontrollérzéssel jellemezhetők, valamint a munkahely pszichoszociális stresszorai markánsabban hatnak személyiségükre. Hajlamosabbak az emocionális kimerültségre, szemben a férfiakkal, akiknél a deperszonalizációnak nagyobb a valószínűsége (SCHAUFELI–ENZMANN 1998, idézi HOUKES et al. 2008).

A GYÓGYÍTÓK KIEGÉSZÉNEK JELLEGZETESSÉGEI

A kiegészőssel foglalkozó szakirodalom széles körben tárgyalja a kiegésző bejósoló, kísérő, követő, illetve kiegésző ellen védő tényezőket. Weber és Jaekel-Reinhardt (2000) érzelmi, interperszonális és kognitív deficitek köré csoportosítja a kiegészőszindróma jellegzetességeit. A fejezet ezt a logikát követi. Elsőként az érzelmek megélésének nehézségeiről, az empátiás készség csökkenéséről, majd az interperszonális deficitek kapcsán a betegekkel, a családdal, valamint a kollégákkal való megváltozott kapcsolatteremtésről lesz szó. Végül pedig kognitív szempontból az információfeldolgozás, döntés nehézségei és a kreativitás megfogyatkozása kerül nagyító alá.

A KIEGÉSZ MEGVÁLTOZOTT ÉRZELMI ÁLLAPOTA

Törődni a beteg fizikai állapotával – ez az orvosok és ápolók elsődleges feladata. A fizikai állapotról való tudást, a vizsgálatok mellett, a beteggel való kommunikáció biztosítja. A kommunikáció verbális útja mellett nagy súllyal van jelen a nem verbális kommunikáció is. Így jártasnak kell lenni a verbális és nem verbális információk dekódolásában egyaránt (Major és mtsai. 2006). Ez a dekódolás érzelmi összehangolódást, *empátiát* követel. Az empátia kognitív és affektív jelenség. Megfelelő kognitív kapacitás szükséges ahhoz, hogy képesek legyünk a perspektívaátvételre; érzelmi teljesítmény, hogy meg tudjuk élni a másik érzelmeit; illetve az önszabályozás bizonyos foka, hogy az érzelmi átélést megfelelően tudjuk kontrollálni (BUDA 1978; RUYSSCHAERT 2009).

Az empátia kimerülése Kulcsár (1998) szerint egyértelműen összefüggésbe hozható a kiégéssel. Az emocionális kimerülés az empátiás kapacitás kimerülése, amelyből a deperszonalizáció, azaz az empátiás kognícióról a nem empátiás kognícióra való átváltás, szükségszerűen következik. Amennyiben a segítő hivatás nem gyakorolható hatékonyan, a segítő a beteget tárgyként kezeli majd. Day és Chambers (1991; idézi KULCSÁR 1998) az empátia és kiégés kapcsolatának elemzése kapcsán arra jutott, hogy az empátia „személyes distressz” aspektusa pozitív kapcsolatban áll a kiégés mértékével, azonban az empátiás törődés és a perspektívaátvétel negatívan korrelál a deperszonalizáció és a személyes teljesítménycsökkenés mértékével. Tehát a kiégés egyértelmű kapcsolatban áll az empátiás válasza való képesség hiányával, különösen a másokra orientált empátiás válaszok hiányával.

A kiégés sajátos formáját képviseli a segítőnek a betegek traumájára adott, kimerülésszerű reakciója, az úgynevezett *részvét általi fáradtság* (compassion fatigue). A részvét általi fáradtság fizikai (pl. fáradtság, fej-, hát-, izomfájdalmak), érzelmi (pl. depresszív, szorongó élménymód, apátia) és viselkedéses (pl. pontatlanság, munkahelytől való távolmaradás, hibázás megnövekedett valószínűsége) tünetei meglehetősen hasonlítanak a kiégés jellemzőihez. Azonban lefolyása rövidebb, tünetei intenzívebbek a kiégésre jellemző állapotnál (FIGLEY 2009). Míg a kiégés az empátiás kapacitás fokozatos lemerülése, a részvét általi fáradtság az empátiás kapacitás szabályszerű „kiégetése”, mely nemcsak a másokra orientált empátiás választ, de a szelforientált empátiás választ is érinti. A részvét általi fáradtság rossz öngondoskodással, az identitás megkérdőjelezésével, az én és nem én határainak elmosódásával jellemezhető (RUYSSCHAERT 2009). A másodlagos traumatizáció egy formája, mely a súlyos – onkológiai, intenzív ellátásban részesülő, traumát átélt – betegekről hivatásszerűen gondoskodókat érinti elsősorban (McMULLEN 2007; AYCOCK–BOYLE 2009).

INTERPERSZONÁLIS ASPEKTUSOK

A gyógyításban elengedhetetlen szempont a *kliensekkel/betegekkel való kapcsolat minősége*. Az orvos-beteg kapcsolatban az orvos segítő, támogató, megértő viselkedése kulcsfontosságú. Ez a típusú attitűd a beteg igényeinek előtérbe helyezésével a saját szükségletek háttérbe szorításával jellemezhető. A beteggel való magas szintű összehangolódás segít a félelmek, aggodalmak, bizonytalanságok előhozásában, tisztázásában, és megfelelő kezelésében, a nyitottság növelésében. Emellett lehetőséget biztosít az orvos számára, hogy saját érzelmeit, gondolatait is tisztázza. Travado és munkatársai (2005) olasz, spanyol és portugál orvosoknál a kiégés és a gyógyítás pszichoszociális – egyéni érzelmi, gondolati és társas – aspektusaival kapcsolatos nyitottság összefüggéseit vizsgálták. A pszichoszociális aspektusokra való nyitottság csökkenti az emocionális kimerültséget és a deperszonalizáció mértékét. A magas szintű emocionális kimerültség, deperszonalizáció és személyes teljesítménycsökkenés kevesebb pozitív és több negatív elvárással

jár együtt a kezelés hatékonyságára, a betegség kimenetére, illetve a beteggel való együttműködés hatékonyságára vonatkozóan. Emellett a személyes teljesítmény csökkenése negatívan befolyásolja a beteggel való kommunikáció minőségét és a kommunikációt igénylő helyzetek kezelésének hatékonyságát is. Egy másik vizsgálatban Glasberg és munkatársai (2007) a „lelkiismereti stressz” és a kiégés között tártak fel összefüggéseket egészségügyben dolgozóknál. Lelkiismereti stressznek nevezték azokat az értékkonfliktusokból eredő problémákat, melyek az egészségügyi dolgozók terhelésének és a gyógyítás, ápolás minőségének konfliktusából adódnak. Vizsgálták a lelkiismereti problémák elfojtását és tudatosítását egyaránt. Eredményeik alapján a lelkiismereti problémák túlzott mértékű tudatosítása és elfojtása egyaránt az emocionális kimerültség és a deperszonalizáció magas fokával jár együtt, így a kiégés szempontjából a tudatosítás közepes szintje a leginkább adaptív.

Az *ápolók* a beteg testi ellátása mellett lelki támaszt is nyújtanak a lábadozás során. Mivel az orvosoknál jóval többet érintkeznek a beteggel, a betegnek ők nyújtanak segítséget a mindennapi problémák kezeléséhez. Az ápoló-beteg kapcsolat minőségét olyan egyszerű tényezők is befolyásolhatják, mint az egy ápolóra jutó betegek száma. Minden hozzáadott beteg 7%-kal növeli az életmentő beavatkozásokban való hibázás valószínűségét, szintén 7%-kal a betegek 30 napon belüli mortalitásának valószínűségét és 3%-kal az ápoló kiégésének valószínűségét (GARRETT 2008). A betegek felé mutatott pozitív verbális és nonverbális megnyilvánulások mennyisége és minősége összekapcsolódik a személyes teljesítményérzés magas szintjével (JENKINS–ALLEN 1998). Az alacsony emocionális kimerülés és deperszonalizáció pedig fenntartja a beteggel kapcsolatos kíváncsiságot, a problémái iránti érzékenységet (PÁLFINÉ és mtsai. 2007). Érdekes jelenség, hogy az úgynevezett „nehéz” – terminális állapotban lévő, elítélt – betegeket ápolók kevésbé kiégettek főáramban dolgozó munkatársaikhoz képest. Bár itt a betegekkel való kapcsolat jellege sokkal több kihívást, döntési bizonytalanságot, feszültséget és kevesebb kölcsönösen kielégítő emocionális kapcsolati lehetőséget rejt magában, az ezen a területen dolgozók lelki edzettsége, kihíváskeresése, képzettsége átsegíti őket a nehéz helyzeteken (DICKINSON–WRIGHT 2008).

Már Maslach multidimenzionális kiégésmo­dellje tisztázta, hogy kiégés és a *társas támogatás* szoros kapcsolatban vannak egymással. A munkahelyi közösségek hiánya, illetve a társak nem megfelelő elismerő jelenléte egy idő után kiégéshez vezet (MASLACH–LEITER 1997). A társas támogatás kiégésre gyakorolt hatását több tanulmány elemzi (pl. SCHMITZ et al. 2000; PAYNE 2001; BORRITZ et al. 2006), azonban keveset tudunk arról, hogy hogyan hat a kiégés a szociális kapcsolatokra. Leíró jellegű adatok vannak arról, hogy a kiégett ember barátaival, családjával is foglalkozási szerepén keresztül kommunikál, magánéletét nehezen választja el munkahelyi identitásától, vagy épp kapcsolatok nélkül él, magányába burkolózva (ÁDÁM és mtsai. 2006; FEKETE 1991). Houkes és munkatársai (2008) azonban a kiégés társas kapcsolatokra gyakorolt hatásának objektív vizsgálatára vállalkoztak. Longitudinális vizsgálatukban arról számoltak be, hogy a személyes teljesítmény magas szintje és a kollégáktól kapott társas támogatás

kölcsönösen hatást gyakorolnak egymásra. Emellett a munka és magánélet összeegyeztetésének nehézsége hosszú távú hatást gyakorol az emocionális kimerültségre. Így a társas kapcsolatok elszegényedése, professzionalizálódása a kiégés egyik tünete lehet. A jelenség tehát az élet minden interperszonális kapcsolatára hatást gyakorol, nemcsak a munkahelyen, hanem a magánéletben is!

KIÉGÉS ÉS KOGNITÍV HIÁNYOSSÁGOK

A kiégett emberek gyakran panaszkodnak figyelmi problémákra, információk fejbentartásának képtelenségére, beszélgetés közbeni koncentrációs problémákra. Ám empirikus vizsgálata e témának igen csekély. Az *információfeldolgozás hibáit* van der Linden, Keijsers, Eling és van Schajk (2005) a kivitelező funkciók működésével hozták összefüggésbe. Klinikai mértékű kiégéssel, magas és átlagos kiégéspontszámmal rendelkezőket hasonlítottak össze vizsgálatukban, ahol a következőket feltételezték: (1) a kiégett emberek önbevallás alapján több kognitív nehézségről számolnak be, (2) automatikus válaszok elnyomásában több kihagyást és hibát ejtenek, (3) illetve fokozott figyelmi teljesítményingadozást mutatnak a Bourdon–Wiersma-tesztben. A vizsgálatban mindhárom feltevés megerősítést nyert. A klinikai és magas kiégéspontszámmal rendelkező csoport mindhárom esetben elkülönült a kontrolltól. Egy másik vizsgálat az önkontrollfunkciók ereje, kognitív hibák valószínűsége és a kiégés között keresett összefüggést. A Broadbent-féle Kognitív Kudarc Kérdőíven elért pontszám, valamint a Neubach és Schmidt által kifejlesztett önkontrolldeficitet mérő skála pozitívan kapcsolódott az emocionális kimerültséghez és a deperszonalizációhoz egyaránt. Azaz az emocionálisan kimerült és/vagy deperszonalizált egyének önkontrollt igénylő helyzetekben kevésbé képesek spontán, impulzív válaszaik és az ezzel járó érzelmi reakciók elnyomására, illetve gyakrabban vétenek tipikus kognitív hibákat (pl. tárgyak nevének elfelejtése, dolgok elejtése) nem kiégett társaiknál. A kiégés egyfelől a csökkent önkontrollképesség és kognitív deficitek következménye, másfelől fenntartója is e diszfunkcióknak (SCHMIDT et al. 2007). A vizsgálatok praktikus következménye számottevő, ha figyelembe vesszük, hogy az információfeldolgozás nehézségei a munka legtöbb területére – hibázási valószínűség, döntési problémák, folyamatkövetési képesség stb. – hatást gyakorolnak.

A gyógyítási folyamat tele van sarokkövekkel, döntési horgonypontokkal. A *döntés* racionális és intuitív tényezőket egyaránt tartalmaz. Pszichés, szociális, morális aspektusai számottevők lehetnek. Nem egyszer szorongás kötődik hozzá a kockázatossága miatt. A döntésnek különleges súlya van krónikus, terminális vagy épp agresszív, önsértő betegekkel kapcsolatosan. Ilyen esetekben egy-egy választás következményei fokozottabban visszahathatnak a gyógyítóra. Moreno-Jimérnez és munkatársai (2008) terminális gyermekekkel és felnőttekkel dolgozó orvosokat hasonlítottak össze nem terminális betegekkel foglalkozókkal. A terminális betegekkel foglalkozóknál magasabb

volt a döntésekkel kapcsolatos félelem. Az emocionális kimerültség és a deperszonalizáció magasabb szintje összekapcsolódott a döntéshozással kapcsolatos szorongással. Ezenfelül a deperszonalizáció a ruminációval és a döntéshez kapcsolt félelemmel is összefüggött.

A *kreativitás* és innovatív munkahelyi légkör hatékonyabbá teszi a problémák megoldását, fokozza a teljesítményt és összetartja az embereket. Az emocionális kimerültség és főként a deperszonalizáció magas szintje negatív hatással van a kreativitásra, illetve a növekedésre való képességre. A kreativitás elvesztésével pedig a helyzetek megoldási módjainak változatossága, a kockázatvállalás, illetve az egy-egy megoldásba vetett hit is szertefoszlik (BERG et al. 1994; SADOVICH 2005).

Nem kétséges tehát, hogy a kiegészítést gyakorol a kognitív folyamatokra. Lehetséges, hogy negatív hatása elsősorban a kivitelező funkciókat, azaz a magasabb rendű humán folyamatokat érinti, erre azonban még csak elmélet létezik, gyakorlati bizonyíték igen kevés.

PREVENCIÓS ÉS INTERVENCIÓS STRATÉGIÁK EGÉSZSÉGÜGYBEN DOLGOZÓK ÉS SEGÍTŐ FOGLALKOZÁSÚAK KIÉGÉSÉRE SZABVA

A kiegészítés megelőzésére és kezelésére irányuló stratégiák lehetnek szervezeti vagy egyéni szintűek. Szervezeti szintű stratégiának tekinthető például a jobb munkakörnyezet megteremtése, a munkakör változatosságának növelése, a hatékony visszajelzés és időbeosztás, az akadálytalan információáramlás, a család és munkahely összeegyeztetésének támogatása, a munkatársi közösségek tudatos alakítása vagy az önsegítő csoportok szervezése (ÁDÁM és mtsai. 2009; PÁLFINÉ és mtsai. 2007; PÁLFI és mtsai. 2008). Az egyéni szintű stratégiák közé pedig a relaxációs technikák tanítása, a tanulás, önfejlesztés szorgalmazása, az önismeret növelése, valamint szupervíziós segítség biztosítása sorolható (ÁDÁM és mtsai. 2009; EDWARDS–BURNARD 2003; PÁLFINÉ és mtsai. 2007; PÁLFI és mtsai. 2008). Kevés olyan vizsgálat van, mely a módszerek klinikai hatékonyságával foglalkozik, azonban ez elengedhetetlen az eredményességük megítéléséhez. Most ezekre helyezzük a hangsúlyt. Elsőként egy szervezeti és egyéni kompetenciákat egyaránt figyelembe vevő modellt mutatunk be, majd főként egyéni kompetenciákat fejlesztő elképzelésekkel foglalkozunk.

PREVENCIÓS ÉS INTERVENCIÓS LEHETŐSÉGEK

LEITER ÉS MASLACH KIÉGÉSINTERVENCIÓS MODELLJE

A kiegészítés intervenciója komplex folyamat. Az intervenció tervezésénél lényeges szempont, hogy a kiegészítés problémájával küzdő egyén számos nem tudatos ellenállással, változás elleni belső harccal jellemezhető. Az ellenállás kezelése, a lehető legoptimálisabb együtt-

működés elősegítése egyénre szabott módszerekkel történhet. Az egyéni szempontok mellett a munkahely működési elveit, filozófiáját is érdemes a tervezésnél figyelembe venni. Hiszen az egyén munkahelye képezi a kiegészítő folyamat kontextusát, és a tervezett változás is ebben a környezetben zajlik majd le. Az idő- és költséghatékonyság sem utolsó szempont. A folyamatnak belátható időn belül kell számottevő változást produkálnia (MASLACH 2003; MASLACH–LEITER 1997)!

Leiter és Maslach 2005-ös *Banishing Burnout* című könyvében e három szempontot figyelembe vevő, elsősorban kongnitív terápiás szemléletű megoldást javasol. Ennek alapfeltevése, hogy az egyén és a szervezeti környezet munkával kapcsolatos elképzeléseinek eltérése nagy eséllyel kiegészítéshez vezet. A diszkrepancia csökkentése pedig aktív, problémafókuszú megoldásokkal lehetséges. Így (1) a munkaterhelés optimalizálásával; (2) a megfelelő mértékű kontroll biztosításával; (3) a munkáért kapott jutalom és (4) a közösségi érzés harmonizálásával; (5) a munkahelyi becsületesség és (6) közösen elfogadott értékek előtérbe helyezésével. Egyén és munka kapcsolatának feltérképezésére, valamint egy ezzel kapcsolatos profil létrehozása a saját fejlesztésű Kapcsolatom a Munkával Tesztel (My Relationship with Work Test) történik (LEITER–MASLACH 2005).

A profil mérlegelése után akcióterv elkészítése következik, mely a következő pontokból áll:

1. A *probléma definiálása* a Kapcsolatom a Munkával Teszt elemzése alapján. A hat területen belül lehetőség van a probléma további körvonalazására, hiszen a skálákon belül bizonyos tételek hibalehetőségeket specifikálnak.
2. A *célkitűzés* irányvonalat fogalmaz meg egyes hibalehetőségek ellensúlyozására. Vezérfonalat képez, mely az összeállítás harmonizálása során támaszt nyújt az egyénnek. Megfogalmazása mindig pozitív, előremutató, ugyanakkor illeszkedik a valósághoz.
3. A *konkrét lépések* megragadható, körülhatárolt formába hozzák a célkitűzést. A lépések mindig kicsi, belátható, konkrét cselekedeteket írnak le, és kivitelezésüknek meghatározott időintervalluma van. A konkrét lépések sora alkotja a célkitűzést, melyek egymásutánját az egyén maga határozza meg, ám dinamikusán változtathatja a körülményeknek megfelelően.
4. Az *előrehaladás követése* elengedhetetlen a siker szempontjából. Kis előrehaladás is jelentőségteljes lehet, ha a megfelelő irányba mutat!

A kivitelezéshez a szerzők sok konkrét példát adnak, azonban építenek a tanácsadó/kivitelező kreativitására és fantáziájára is. Hiszen a program akkor lehet igazán eredményes, ha egyénre szabott igényeket elégít ki. A folyamat sikeréhez hozzájárulnak azok az általános tanácsok is, melyek minden blokk végén helyet kapnak, így az *ellenállás kezelésével, a szövetségeskereséssel és a kockázatkezeléssel kapcsolatos javaslatok* (LEITER–MASLACH 2005). A következő fejezetekben az eljárás értékelése mellett a munkaterhelés optimalizálásához kapcsolódó akciótervet mutatjuk be részletesen.

MUNKATERHELÉS

Minden „élő” munkahely nagyobb követelményeket tud generálni, mint amivel az egyén képes elboldogulni. A magas elvárásokat rövid idő alatt, kiváló színvonalon, folyamatosan teljesíteni nem kevés erőfeszítést kíván. Épp ezért a munkaterhelés a „legnépszerűbb” problémaforrás (KARASEK–THEORELL 1990).

Tovább finomítva a képet, a munkaterhelés kimerülésre, időhiányra, túlzott elérhetőségre és túlzott munkamennyiségre bontható. A *kimerülés* erő-, elkötelezettség- és kitarthatásihiányt jelöl, melyhez a hozzárendelt cél a *reziliencia*, azaz az ellenállóképesség növelése lehet. Az *időhiány* gyakran az „elrohan mellettem az idő” érzésben fogalmazódik meg az egyén számára. Erre megoldás lehet az *időgazdálkodás fejlesztése*, mely segít annak mérlegelésében, hogy mennyi munkát, mennyi idő alatt és milyen sorrendben érdemes elvégezni. A *túlzott elérhetőség* az elkötelezett, kitartó, mindig mindent azonnal kézbevevő munkavállalók sajátja. Mivel ez túl sokáig nem tartható, érdemes bevezetni az *önmagára fordított idő* fogalmát, mely azt az időtartamat takarja, melyben az egyén megalapozza személyes nyugalma, elérhetetlen, egy témára fókuszál, melytől a külvilág ingerei nem terelik el. A *túlzott munkamennyiség* fáradtságot, sérülékenységet, érzékenységet eredményez. Az ebbe való beavatkozás *redukcióval*, mérlegeléssel lehetséges. Esetenként érdemes számot vetni azzal, hogy mi az, amit megéri megtenni, és mi az, ami már nem feltétlenül szükséges az anyagi biztonság és jóllét megteremtéséhez (LEITER–MASLACH 2005).

A célok definiálását a *konkrét lépések körvonalazása* követi. Az időgazdálkodás megtanulásának első lépése lehet az *időpocsékolás befejezése*. Számítógépes feladatvégzés közben például gyakran előfordul a munka gyakori megszakítása internetes szörfözéssel, beépített számítógépes játékokkal. Lényeges, hogy a pihenésre szánt idő tisztán elkülönüljön a munkától, más típusú legyen (tehát ne képernyőnézés), hogy igazán a pihenést szolgálhassa. A feladatok *prioritásának átgondolása* nagymértékben növeli a munkavégzés hatékonyságát. A prioritás megállapításánál mérlegelni lehet a határidőt, nehézséget, szubjektív fontosságot, vagy a hozzáférhető eszközök meglétét. Amennyiben a munka mennyisége, komplexitása, időkerete stb. miatt nem elvégezhető, érdemes *delegálni*. A feladatok optimális elosztása nagymértékben elősegítheti az időgazdálkodás hatékonyságát (LEITER–MASLACH 2005).

Egyes területeken a lépések fenntartása könnyebb, az eredmények hamar láthatók. Mások nehezebben bontakoznak ki, sokáig kell küzdeni az előrehaladásért. Azonban minden lépést érdemes követni és lejegyezni az ezzel kapcsolatos fejleményeket, úgynevezett *folyamat-előrehaladási tervet* készíteni. Közben pedig figyelni kell arra, hogy a munkát ugyanabban a környezetben, ugyanazokkal az emberekkel végezzük. Az időgazdálkodás tanulásának *rizikója*, hogy ugyanúgy időt igényel, mellyel eddig is szűkös kereteinken lehet, hogy nem segítünk. Ha eddig nem delegáltunk, új kezdeményezésünk könnyen *ellenállást* válthat ki a munkatársainkból. Ám *szövegségeink* éppen belőlük lehetnek, ha nem kell többé idegeskedniük állandó késlekedéseink miatt, hanem maguk vehetik kezükbe a dolgok irányítását (LEITER–MASLACH 2005).

2. táblázat. Folyamat-előrehaladási terv. (Forrás: LEITER–MASLACH 2005)

A módosítani kívánt terület: munkaterhelés

Probléma: időhiány

Célkitűzés	Lépések	Konkrét akciók	Időtartam	Előrehaladás
Időgazdálkodás fejlesztése	Időpocsékolás befejezése	Pihenőidő meghatározása	1 hét	
		A munkához nem szükséges elemek (pl. internet, játék) eltávolítása	2 hét	
		A másokkal való „csevegés” kereteinek lefektetése	3 hét	
Időgazdálkodás fejlesztése	Prioritások megállapítása	Pontos feladatlista készítése	1 hét	
		Sürgősség és fontosság együttes mérlegelése	1 hét	
Időgazdálkodás fejlesztése	Delegálás	Az emberek képességeinek felmérése	2 hét	
		Az elosztott feladatok előrehaladásának nyomon követése	1 hónap	
		Értékelési mérföldkövek meghatározása	1 hónap	

A BEAVATKOZÁS TOVÁBBI TERÜLETEI

Egyén és munkahely munkáról alkotott elképzeléseinek összehangolása további öt területen történhet: kontroll, jutalmazás, közösségek szerepe, becsületesség és értékek, melyekről részletesebben a multidimenzionális modell bemutatásánál már volt szó. A szerzők az egyes területekhez a fent leírtakhoz hasonlóan fogalmaznak meg intervenciós lehetőségeket (MASLACH 2003; LEITER–MASLACH 2005; 2009). A modell empirikus tesztelésére több vizsgálat is vállalkozott. Ezek objektív bizonyítékát adják a munkáról alkotott eltérő elképzelések kiégésre vonatkoztatott prediktív erejének (BÉGAT et al. 2005; LEITER–MASLACH 2009)!

TÁRSAS TÁMOGATÁSRA ÉPÍTŐ CSOPORTMÓDSZEREK

A társas támogatás biztosítása elsődleges egy olyan foglalkozáscsoport számára, mely alapvetően jellemezhető ennek hiányával (HEGEDŰS és mtsai 2008). A társas támogatás érzelmi biztonságot, személyes megértést ad, az egyén szemléletét

derűsebbé, optimistábbá formálja (PETERSON et al. 2008). Elsődleges hatótényezője a *sorstárssegítő csoport*nak (peer support group), melyben hasonló területen dolgozó, egyenrangú partnerek reflektálnak egymás problémáira. Az élmények megosztása segít a résztvevőknek a problémák hatékony megoldásában, a stressz csökkentésében és a kiégés visszaszorításában. A csoportot vezető szakember inkább facilitálja, moderálja a beszélgetést, mint irányítja. A sorstárssegítő csoport egy formája a Magyarországon nagy múltra visszatekintő *Bálint-csoport*. A Bálint-csoport 12–15 csoporttagból és pszichoterápiásan képzett csoportvezetőből, valamint társ csoportvezetőből áll. A csoporttagok mindegyike az egészségügyben dolgozik. A csoport és vezetői közötti viszony sohasem hierarchikus. A csoportvezető moderálja, értelmezi a csoport történéseit, de nem vállal formális orvosi felelősséget. A csoportos megbeszélés első szakaszában az egyik résztvevő esetet referál. A referátum után a csoport résztvevői kérdezhetnek, hogy tisztábban lássák az esetet. Ezt csoportmunka követi szabad asszociáció formájában, melynek eredményeképp az eset leképezése színesebbé, részletgazdagabbá válik a referáló fejében. A szabad asszociációs szakaszt külső megfigyelőként átélő referáló a következő szakaszban reagál az elhangzottakra. Elmondja saját észrevételeit, összegez (HARRACH–SCHNELL 2008). E csoportforma több magyar szerző szerint alkalmazható lehet a kiégés prevenciójában és intervenciójában (HEGEDŰS 2000; BOGNÁR és mtsai 2001; MAJOR és mtsai. 2006, PÁLFI és mtsai. 2008), formális hatékonyságvizsgálata azonban ez idáig nem született.

A sorstárssegítő csoport hatékonyságát Peterson és munkatársai (2008a) tízhetes, utánkövetéssel rendelkező vizsgálatban elemezték. Módszerüket kifejezetten a kiégés visszaszorítására fejlesztették. Elsődleges céljuk a problémafókuszú megküzdés tanítása, illetve a viselkedéses alternatívák, lehetőségek gazdagítása volt. A támogató csoport létrehozását az előzőekben már ismertetett 3976 egészségügyi dolgozót bevonó vizsgálat előzte meg (PETERSON et al. 2008b), melynek legmagasabb kiégéspontszámmal rendelkező résztvevőit vonták be az intervenció programba. Egy kontrollcsoportot is alakítottak, melynek tagjai nem vettek részt a sorstárssegítő csoport munkájában, azonban az önkéntes kérdőíveket minden mérési alkalommal kitöltötték. A szerzők közvetlenül a csoportalkalmak előtt, után, valamint két utánkövetési időpontban gyűjtöttek információt a résztvevők kiégéséről, pszichoszociális munkakörnyezetéről, illetve mentális és fizikai egészségéről. Az intervenció csoport a kiégés minden komponensének szignifikáns csökkenéséről, valamint a munkába való bevonódás magasabb szintjéről és munkahelyi lehetőségeinek növekedéséről számolt be. A kontrollcsoportban nem tapasztaltak ilyen irányú változásokat. A csoport résztvevői emellett számot adtak arról, hogy problémáikat tisztábban és komplexebben látják, önmagukat többre értékelik. Készségként elsajátították a problémamegoldás több módját, újdonsült lehetőségként tekintenek a problémamegosztásra, mely csökkenti a distresszt és erősíti az összetartozás élményét.

ISMERETÁTADÁS ÉS KÉSZSÉGFEJLESZTÉS

Az orvosoknál, ápolónál és a pszichológusoknál a folyamatos klinikai munkavégzés feltétele a rendszeres önképzés. Az önképzés nemcsak a munkavégzés hatékonyságát, eredményességét segíti elő, hanem több vizsgálat tanulsága szerint a kiégés visszaszorítását is (EWERS et al. 2002; AYCOCK–BOYLE 2009).

Ewers és munkatársai (2002) húsznapos tréninget fejlesztettek ki pszichotikus betegeket ápolók számára. A tréning egyik célja az ismeretátadás volt. A pszichózisok kialakulásának és tüneteinek felsorolása mellett sorra került a pszichotikus állapotot jellemző depresszív, szorongásos élménymód leírása; valamint az azt kísérő hallucinációk és érzékszálódások elemzése. A szerzők a problematikus helyzetekkel való megküzdési stratégiák tanítását tűzték ki további célul. Mérték a kurzuson elsajátított ismeretek mennyiségét, illetve a kiégés és a betegekkel kapcsolatos attitűd változását, melyet a betegek és ápolók interakcióinak elemzésén keresztül ragadtak meg. A tréning hatására jelentős pozitív irányú attitűdváltozást tapasztaltak a betegek felé. Feltételezhetően az ápolók megértették, hogy mi az, ami a betegség természetéből adódik, így kevesebb konfliktust éltek át a betegekkel való kapcsolatban. A konfliktus kisebb mennyisége pedig a stressz és kiégés szignifikánsan alacsonyabb szintjét hozta magával, a kurzus előtti állapothoz viszonyítva.

KLINIKAI SZUPERVÍZIÓ

A klinikai szupervízió egyénre szabott fejlődési lehetőséget kínál minden gyógyítással, segítségnyújtással foglalkozó munkakörben. Gyakori stresszredukciós és kiégéscsökkentő módszer a pszichológusok körében, ám jelentősége ápolók és orvosok kapcsán is egyre inkább kibontakozik. Berg és munkatársai (1994) dementált betegek ápolását végzők kiégését és kreatív kapacitásának növekedését vizsgálták elsősorban klinikai szupervízióra épülő programjuk kapcsán. A beavatkozás hatására a kreativitás különböző aspektusai (ötletek gyakorisága és alkalmazása, változatosság, dinamizmus) mellett a kiégés személyes hatékonyságkomponense emelkedett, a KiégésMérővel mért unalom szintje pedig csökkent.

RELAXÁCIÓS ÉS IMAGINÁCIÓS MÓDSZEREK

A relaxációs módszerek sok formáját – Jacobson-féle progresszív relaxáció, meditáció, biofeedback, autogén tréning, irányított imagináció, önhipnózis – használják sikerrel a szorongás, stresszbetegségek, illetve a kiégés megelőzésére (EDWARDS–BURNARD 2003). A relaxációs és imaginációs eljárások többféle módon gyakorolhatnak hatást a kiégésre és a részvét általi kimerülésre. Elősegíthetik a nagyobb öngondoskodást stresszkontrolltechnikákkal; szolgálhatják az egyéni határproblémák áthidalását különféle imaginációs módszerekkel; fejleszthetik az egyéni rezilienciát és megváltoztathatják

a munkával kapcsolatos attitűdöket imaginációra és hipnózisra épülő eljárások segítségével (részletesebb leírásért lásd RUSSCHAERT 2009). Italia, Favara-Scacco, Di Cataldo és Russo (2008) onkológiai osztályon dolgozókat vont be relaxációra, pszichodráma és videotréning módszerre építő négy hónapos kurzusába. A kurzus célja a szorongás és negatív érzések csökkentése, valamint a kommunikáció és együttműködés hatékonyságának növelése volt. A részt vevő 33 onkológiai dolgozó kiégésértékei a kiinduló állapothoz képest szignifikánsan javultak. Többen úgy nyilatkoztak, hogy a tréning igen hasznos volt, ezért igényelnék a folytatást.

EGÉSZSÉGES ÉLETMÓD PROGRAM

A kiégés és az egészségviselkedés kapcsolatának elemzésére több tanulmány is vállalkozott, azonban a két konstruktum kapcsolata máig ellentmondásos (SHIROM et al. 2005). Többek között a kiégés megelőzését szorgalmazza az Egyesült Királyság nemzeti egészségügyi programjának azon aspektusa, mely egészségügyi dolgozók számára kínál egészségmegőrző programokat, valamint rendszeres egészségügyi szűréseket (BLAKE 2007). A testmozgás és kiégés kapcsolatára fókuszált Raven, Ribek és Carmeli (2008) vizsgálata, melyben Tai Chi Chuant, aerobikot és testmozgást nem végzőket hasonlítottak össze a szerzők. Kiégésüket, munkahelyi stressz-szintjüket és szabadidős szokásaikat térképezték fel. A tájcsigyakorlók Shirom–Melamed-skálával mért kiégés, és munkahelyi stressz pontszáma szignifikánsan különbözött a másik két csoporttól. Illetve mindhárom csoport különbözött kognitív kiégéspontszámában (a testgyakorlást nem végzőké volt a legmagasabb).

A fejezetben bemutatott programok lehetőségeket vázolnak fel, melyek hatékonyan alkalmazhatók a kiégés megelőzésében és kezelésében. Körvonalait adják olyan intervencióknak, melyek kidolgozása, gazdagítása a jövőbeli kutatási irányként szolgálhat a kiégéssel foglalkozók számára!

ZÁRÓGONDOLATOK

A tanulmány elsődleges célja, hogy felhívja a figyelmet a kiégés növekvő jelentőségére. Egy olyan jelenségre, mely a társadalom minden szintjén negatív hatást gyakorol – befolyásolja a szervezetek hatékonyságát, rontja a közösségek együttlétének, együttműködésének minőségét, meghatározza munkavégzésük eredményességét. Mégis talán az egyén szemszögéből bír a legnagyobb horderővel. Hiszen a kiégés épp azokat a dolgokat rombolja, amiért az egyén egyénnek nevezi önmagát. A személyiséget átható, felemésztő érzés épp azt az erőt, energiát, egyediséget és elköteleződést kívánja, mely az egyedi élet értelmét, jelentőségét adja.

A kiégést kísérő tünetek egyre jobb ismerete, a kialakulására vonatkozó mind részletesebb elképzelések azonban lehetővé teszik a jobb megküzdést, a hatékonyabb intervenciók tervezését, és csökkentik jelenlétét a mindennapokban!

IRODALOMJEGYZÉK

- ÁDÁM Sz. és mtsai. (2006): Kiégés (burnout) szindróma az orvosi hivatásban. *Hippocrates*, (8)2, 113–117.
- ÁDÁM Sz. és mtsai. (2009): Gyakori a magas fokú kiégés a háziorvosok és a háziorvosi rezidensek körében. *Orvosi Hetilap*, 150(7). 317–323.
- ANGERER, J. M. (2003): Job burnout. *Journal of Employment Counselling*, 40. 98–107.
- APPELS, A. (2004): Exhaustion and coronary heart disease: the history of a scientific quest. *Patient Education and Counselling*, 55. 223–229.
- AYCOCK, N. – BOYLE, D. (2009): Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2). 183–191.
- BAKKER, A. B. – SCHAUFELI, W. B. (2000): Burnout contagion processes among teachers. *Journal of Applied Social Psychology*, 30. 2289–2308.
- BERG, A. et al. (1994): Nurses' creativity, tedium, burnout during 1 year clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: comparison between a ward for severely demented patients and a similar control ward. *Journal of Advanced Nursing*, 20. 742–749.
- BÉGAT, I. et al. (2005): Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well being – a Norwegian Study. *Journal of Nursing Management*, 13. 221–230.
- BLAKE, H. (2007): Health of community nurses: a case for workplace wellness scheme. *British Journal of Community Nursing*, 12(6). 263–267.
- BOGNÁR T. és mtsai (2001): „Kellene aki megfogná a haldokló kezét.” *LAM*, 11(2). 154–162.
- BORRITZ, M. et al. (2006): Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34. 49–58.
- BUDA B. (1978): *Empátia. A beleélés lélektana*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- BURKE, R. J. – RICHARDSEN, A. M. (1996): Stress, burnout and health. In: COOPER, C. L. (ed.): *Handbook of Stress, medicine and health*. CRC Press, Boca Raton, FL. 101–117.
- BURKE, R. J. – RICHARDSEN, A. M. (2001): Psychological Burnout in Organizations: Research and Intervention. In: GOLEMBIEWSKI, R. T. (ed.): *Handbook of organizational behavior*. Marcel Dekker, New York, NY. 327–364.
- CAPEL, S. A. (1991): A longitudinal study of burnout in teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 61. 36–45.

- CHERNISS, C. (1992): Long-term consequences of burnout: An exploratory study. *Journal of Organizational Behavior*, 13. 1–11.
- CHERNISS, C. (1995): *Beyond burnout. Helping Teachers, Nurses, Therapists and Lawyers Recover From Stress and Disillusionment*. Routhledge, New York, NY.
- DICKINSON, T. – WRIGHT, K. M. (2008): Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review. *British Journal of Nursing*, 17(2). 82–87.
- EDWARDS, D. – BURNARD, P. (2003): A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2). 169–200.
- ENZMANN, D. et al. (1998): Dimensionality and validity of the Burnout Measure. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71(4). 331–351.
- EWERS, P. et al. (2002): Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5). 470–476.
- FEKETE S. (1991): Segítő foglalkozások kockázatai – Helfer-szindróma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 4(1). 17–27.
- FIGLEY, C. R. (2009): Compassion Fatigue: Psychoterapists' Chronic Lack of Self Care. *Psychotherapy in Practice*, 58(11). 1433–1441.
- FREUDENBERGER, H. J. – RICHELSON, G. (1980): *Burnout: The high cost of high achievement*. Doubleday, Garden City, NY.
- GARRETT, C. (2008): The Effect of Nurse Staffing Patterns on Medical Errors and Nurse Burnout. *AORN Journal*, 87(6). 1191–1204.
- GOLEMBIEWSKI, R. T. et al. (1986): *Phases of burnout: developments in concepts and applications*. Praeger, New York.
- GLASBERG, A. L. et al. (2007): Burnout and 'stress of conscience' among health care personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4). 392–403.
- GLASS, D. C. – MCKNIGHT, J. D. (1996): Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. *Psychology and Health*, 11. 23–48.
- GROSSI, G. et al. (2003): Physiological correlates of burnout among women. *Journal of Psychosomatic Research*, 55. 309–316.
- HANNIGAN, B. et al. (2004): Stress and stress management in clinical psychology: findings from a systematic review. *Journal of Mental Health*, 13(3). 235–245.
- HARRACH A. – SCHNELL E. (2008): Bálint-csoport és a bálinti szemlélet az orvoslásban. *Medicus Universalis*, 41(3). 107–111.
- HEGEDŰS K. (2000): A haldokló beteget kísérő személyzet mentálhigiénéje. A kiégés és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei. *LAM*, 10(5). 448–452.
- HEGEDŰS K. és mtsai (2004): A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. *LAM*, 14(11), 786–793.
- HEGEDŰS K. és mtsai. (2008): Egészségesebbek-e az egészségügyben dolgozók? Összehasonlító vizsgálat 2002–2006. *Nővér*, 21(1). 3–9.
- HOBFOLL, S. E. – SHIROM, A. (2001): Conservation of resources theory: Application to stress and management in workplace. In: GOLEMBIEWSKI, R. T. (ed.): *Handbook of organizational behavior*. Marcel Dekker, New York, NY. 57–80.

- HONKONEN, T. et al. (2006): The association between burnout and physical illness in the general population: results from Finnish Health 2000 study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61. 59–66.
- HOUKES, I. et al. (2008): Specific determinants of burnout among male and female general practitioners: A cross-lagged panel analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 81. 249–276.
- ITALIA, S. et al. (2008): Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. *Psycho Oncology*, 17. 676–680.
- JENKINS, H. – ALLEN, C. (1998): The relationship between staff burnout/distress and interactions with residents in the residential homes for older people. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 13. 466–472.
- KALLIATH, T. J. et al. (2000): A test of Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals. *Work and Stress*, 14(1). 35–60.
- KANSTE, O. et al. (2006): Factor structure of the MBI among Finnish nursing staff. *Nursing and Health Science*, 8. 201–207.
- KARASEK, R. – THEORELL, T. (1990): Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. Basic Books, New York.
- KRISTENSEN, T. S. et al. (2005): The Copenhagen Burnout Inventory. A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3). 192–207.
- KOVÁCS M. (2006): A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében. *LAM*, 16(11). 981–987.
- KULCSÁR Zs. (1998): *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- LANGELAAN, S. et al. (2007). Is Burnout Related to Allostatic Load? *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(4). 213–221.
- LEE, R. T. – ASHFORTH, B. E. (1993): A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54. 369–398.
- LEITER, M. P. – MASLACH, C. (1988): The impact of interpersonal environment of burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9. 297–308.
- LEITER, M. P. – MASLACH, C. (2005): *Banishing burnout: Six strategies for improving your relationship with work*. Jossey-Bass, San Francisco, CA.
- LEITER, M. P. – MASLACH, C. (2009): Nurse turnover: the Mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17. 331–339.
- MAJOR J. és mtsai (2006): A kiégés jelensége az orvosi hivatásban. *LAM*, 16(4). 367–373.
- MASLACH, C. (2003): Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5). 189–192.
- MASLACH, C. – LEITER, M. P. (2008): Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93. 498–512.
- MASLACH, C. – SCHAUFELI, W. B. (1993): Historical and conceptual development of burnout. In: SCHAUFELI, W. B. et al. (eds): *Professional burnout: Recent development in Theory and Research*. Taylor and Francis, Washington DC. 1–16.

- MASLACH, C. – LEITER, M. P. (1997): *The Truth About Burnout – How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- MASLACH, C. et al. (2001): Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52. 397–422.
- McKNIGHT, J. D. – GLASS, D. C. (1995): Perceptions of Control and Depression Symptomatology: A Replication and Extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3). 490–494.
- McMULLEN, L. (2007): Oncology nursing and compassion fatigue: caring until it hurts. Who is caring for the caregiver? *Oncology Nursin Forum*, 34(2). 491–492.
- MELAMED, S. et al. (1992): Burnout and risk factors for cardiovascular disease. *Behavioral Medicine*, 18. 53–60.
- MELAMED, S. et al. (2006): Burnout and Risk of Cardiovascular Disease, Evidence, Possible Casual Paths and Promising Research Directions. *Psychological Bulletin*, 132(3). 327–353
- MICHELSEN, H. J. et al. (2004): Determinants of general fatigue and emotional exhaustion: A prospective study. *Psychology & Health*, 19. 223–235.
- MORENO-JIMÉREZ, B. et al. (2008): Terminal versus non-terminal care in physican burnout: the role of decision-making processes and attitudes to death. *Salud Mental*, 31. 93–101.
- NATHAN, R. et al. (2007): Staff responses to the therapeutic environment: A prospective study comparing burnout among nurses working on male and female wards in a medium secure unit. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 18(3). 342–352.
- PAYNE, N. (2001): Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3). 396–405.
- PÁLFI I. és mtsai (2008): The role of burnout among Hungarian nurses. *International Journal of Nursin Practice*, 14. 19–25.
- PÁLFINÉ SZABÓ I. és mtsai. (2007): Az ápolók mentálhigiénés állapota, és a kiégés szindrómát provokáló faktorok előfordulása a vizsgált populációban. *Nővér*, 20(4). 3–13.
- PEIRÓ, J. M. et al. (2001): Does role stress predict burnout over time among health care professionals. *Psychology and Health*, 16. 511–525.
- PETERSON, U. et al. (2008a): Reflecting Peer-support groups in the prevention of stress and burnout. *Journal of Advanced Nursing*, 63(5). 506–516.
- PETERSON, U. et al. (2008b): Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1). 84–95.
- PIKÓ B. (2006): Burnout, Role Conflict, Job satisfaction and Psychosocial Health among Hungarian Health Care Staff. *International Journal of Nursing Studies, International Journal of Nursing Studies*, 43(3). 311–318.
- PINES, A. M. (1993): Burnout: An Existential Perspective. In: SCHAUFELI, W. et al. (eds): *Professional Burnout*. Taylor & Francis, Philadelphia, PA. 33–51.
- PINES, A. M (2002): The changing psychological contract at the work and employee burnout. *Journal of Health and Human Services Administration*, 25(1). 11–32.
- PINES, A. M. – ARONSON, E. (1988): *Career burnout*. Free Press, New York.
- PINES, A. M. – KEINAN, G. (2005): Stress and burnout: The significant difference. *Personality and Individual Differences*, 39. 625–635.

- PINES, A. M. – NUNES, R. (2003): The relationship between career and couple burnout: implication for career and couple counseling. *Journal of Employment Counseling*, 40. 50–64.
- PINES, A. M. – YAFE-YANAI, O. (2001): Unconscious determinants of career choice and burnout: theoretical model and counseling strategy. *Journal of Employment Counseling*, 38. 170–184.
- RAVEN, E. et al. (2008): The influence of practicing Tai Chi Chuan and aerobic exercise on job-related stress and burnout among high-tech workers in Israel. *Journal of the Israeli Physical Therapy Society*, 10(2). 32–35.
- RICHARDSEN, A. M. – MARTINHUSSEN, M. (2004): The Maslach Burnout Inventory: Factorial Validity and Consistency Across Occupational Groups in Norway. *Journal of Occupational and Organisational Psychology*, 77. 377–384.
- RUYSCHAERT, N. (2009): (Self) hypnosis in the prevention of burnout and compassion fatigue for caregivers: theory and introduction. *Contemporary Hypnosis*, 26(3). 159–172.
- SADOVICH, J. (2005): Work Excitement in Nursing: An examination of the Relationship Between Work Excitement and Burnout. *Nursing Economics*, 23(2). 91–96.
- SCHAUFELI, W. B. et al. (2001): On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology and Health*, 16. 565–582.
- SCHAUFELI, W. B. – BAKKER, A. B. (2004): Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25. 293–315.
- SCHAUFELI, W. B. – GREENGLASS, E. R. (2001): Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology and Health*, 16. 501–510.
- SCHMIDT, K.-H. et al. (2007): Self-control demands, cognitive control deficits and burnout. *Work & Stress*, 21(2). 142–154.
- SCHWARTZ, S. W. et al. (2004): Synergism between smoking and vital exhaustion in the risk of ischemic stroke: Evidence from the ARIC study. *Annals of Epidemiology*, 14. 416–424.
- SCHMITZ, N. et al. (2000): Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37(2). 95–99.
- SHIROM, A. (2003): Job related burnout. In: QUICK, J. C. – TETRICK, T. E. (eds): *Handbook of Occupational psychology*. APA, Washington DC. 245–264.
- SHIROM, A. (2005): Reflections on the study of burnout. *Work & Stress*, 19(3). 263–270.
- SHIROM, A. (2009): Burnout and health: Expanding our knowledge. *Stress & Health*, 25. 281–285.
- SHIROM, A. – MELAMED, S. (2006): A Comparison of the Construct Validity of Two Burnout Measures in Two Group of Professionals. *International Journal of Stress Management*, 13(2). 176–200.
- SHIROM, A. et al. (2005): Burnout, mental and physical health: A review of the evidence and proposed explanatory model. *International Review of Industrial and Organisational Psychology*, 20. 269–309.

- SKIRROW, P. – HATTON, C. (2007): 'Burnout' amongst Direct Care Workers in Services for Adults with Intellectual Disabilities: A Systematic Review of Research Findings and Initial Normative Data. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20. 131–144.
- TARIS, T. W. et al. (2005): Are there casual relationship between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and the longitudinal tests. *Work & Stress*, 19(3). 238–255.
- TOPPINEN-TANNER, S. et al. (2005): Burnout as a Predictor of Medically Certified Sick-Leave Absences and their Diagnosed Causes. *Behavioral Medicine*, 31. 18–27.
- TRAVADO, L. et al. (2005): Physican-patient communication among southern european cancer physicans: the influence of psychosocial-orientation and burnout. *Psycho-oncology*, 14. 661–670.
- TRUFELLI, D. C. et al. (2008): Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*, 17. 524–531.
- VAN DER LINDEN, D. et al. (2005): Work stress and attentional difficulties: An initial study on burnout and cognitive failure. *Work & Stress*, 19(1). 23–26.
- VANHEULE, S. et al. (2007): The Factorial Validity and Measurement Invariance of the MBI for Human Services. *Stress and Health*. 23. 87–91.
- WEBER, A. – JAEKEL-REINHARDT, A. (2000): Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupational Medicine*, 50(7). 512–517.

AZ ÖNSEGÍTÉS SZEREPE AZ EGÉSZSÉG FEJLESZTÉSÉBEN ÉS AZ ÉLETMINŐSÉG MEGŐRZÉSÉBEN

BEVEZETÉS

A civil szféra egyik legjelentősebb ága az önszegítő mozgalom. Ez a szerveződési forma is jelzi, hogy az emberiség életében nagy szerepe van a kis csoportos közösségi életnek, amelyek alapvető szükségletünket: az összetartozás igényét elégítik ki. Az önszegítő és támogató csoportok kiemelt helyet foglalnak el a különböző csoportformák, beleértve a pszichoterápiás és fokális terápiás, oktatási-nevelési-módszertani vagy szociális-rekreációs célú csoportok, illetve egy-egy projekt megvalósítására létrejött szerveződések, a munkacsoportok (*task force*) között is. Fontos, hogy a professzionális segítők ismerjék szerveződésüket, dinamikájukat és azt, hogy saját munkájukban hogyan hasznosíthatják ezeket a csoportformákat (KURTZ 1997). A támogatott és hozzáférhető önszegítési lehetőségek, ha teljesen nem is váltják ki, de némiképp pótolhatják a pszichoterápiás intervenciókat. Jacobs és Goodman (1989) arra buzdítja a pszichológusokat képző intézményeket, hogy illesszék be tanmenetükbe az önszegítéssel kapcsolatos ismereteket, magukat a pszichológusokat pedig arra, hogy aktívan használják ki az önszegítés nyújtotta lehetőségeket klienseik kezelésében.

Fejezetünkben először bemutatjuk az önszegítés meghatározásait, a hozzá kapcsolódó pszichológiai fogalmakat; ezután rövid történeti áttekintőt adunk. A különböző önszegítő formák, típusok leírása után kitérünk az önszegítés és a pszichoterápiák viszonyára, majd ízelítőt adunk az önszegítő tevékenységek krónikus szomatikus betegségekben betöltött szerepéről és hatékonyságáról. Amellett érvelünk, hogy a pszichológusoknak támogatniuk és serkenteniük kellene minden olyan önszegítő

tevékenységet, amely kiegészítheti – vagy a lehetőségek híján helyettesítheti – a segítő foglalkozású szakemberek munkáját. Ízelítőt adunk az ismertetett önsegítési formákkal kapcsolatos hatásvizsgálatok eredményeiből is.

AZ ÖNSEGÍTÉS FOGALMA

Köznapi értelemben önsegítésnek nevezhetünk minden olyan önálló tevékenységet, amelynek révén az ilyen tevékenységet folytató személyisége gazdagodik, fejlődik. Ez a fejlődés elsősorban a megrendült érzelmi, kapcsolati, egészségi egyensúly helyreállításában, új döntések és célok megfogalmazásában nyilvánul meg. Az önsegítésnek számos eszköze és forrása lehet, amelyekben az a közös, hogy az önsegítést végző személy „önmagától”, nem egy professzionális segítő személy közvetlen, aktív segítségével jut el. Azt is ideértjük, hogy az önsegítő folyamatban a professzionális segítő nem vesz részt közvetlenül, legfeljebb serkenti az ilyen tevékenységi formákat.

Ebből a meghatározásból is kitűnik, hogy az önsegítés *proaktív* folyamat. Külső személyek szerepet játszhatnak a facilitációjában – ha például a pszichológus támogató csoportban való részvételt javasol kliensének, vagy egy hasonló problémával küzdő barát egy önsegítő könyvet ajánl az illető figyelmébe –, de maga az önsegítés mindenképpen önálló döntés eredményeképpen, „önindította” cselekvésként zajlik.

Az önsegítést – lélektani szempontból – olyan *megküzdési mód*nak tekintjük (lásd pl. TIRINGER 2007), amely a *támogatás különböző formáinak aktív keresésén alapul*. Ezeknek a támogató erőknél a mobilizálása lehetővé teszi a stresszforrással való szembenézést, a *probléma cselekvő megoldását* (például ha a személy gyakorlati segítséget kap a többi csoporttagtól, vagy étkezési szokásainak megváltoztatásához diétás recepteket keres). Az aktív megküzdés és az önsegítés közötti erős összefüggést mutatja, hogy az önsegítő tevékenység együtt jár azzal, hogy a személy mennyi aktív megküzdési stratégiát használ (HUMPHREYS et al. 1999).

Az önsegítés mint megküzdési forma azonban lehet *érzelmi fókuszú* is. Idetartozik például a Biblia vagy egy kedvenc könyv olvasása akkor, ha a személy úgy érzi, hogy ettől megnyugszik, elterelődik a figyelme a stresszforrásról, illetve az önsegítő csoport látogatása a megnyugtatóért, biztatásért, együtt érző gesztusokért. Humphreys és munkatársai (1999) kutatásában az önsegítés fontos mediátora a baráti hálózat minősége (a barátok száma és a velük való kapcsolat intenzitása), valamint a barátok buzdítása volt.

Az önsegítés fontos tulajdonsága, hogy a problémával küzdő személy *saját maga* keres megoldást a problémájára, s erre számos esetben vannak egyéni módok. Mégis, az önsegítés elidegeníthetetlen a közösségtől, attól a szociális hálótól, amelyhez a személy támogatásért fordulhat. Az önsegítés pszichológiai értelmezésében ezért kitüntetett szerepe van a *társas támogatás*nak. Ezzel az önsegítő csoportokról szóló alfejezetben foglalkozunk részletesen.

AZ ÖNSEGÍTÉS A SZOCIOLÓGIÁBAN ÉS A SZOCIÁLIS MUNKÁBAN

Antal (1995, 12–13) meghatározásában az önségítés olyan integrációs forma, amelyben egészségkárosodott emberek, illetve hozzátartozóik által létrehozott közösségek kollektív gyógyító tevékenysége zajlik. Ideérthetjük többek között a mozgássérülteket, különböző krónikus szomatikus betegségben, addiktív zavarokban szenvedőket vagy élethelyzetük miatt hátrányba került embereket (pl. özvegyek). „Ezekben a közösségekben az egészségkárosodott emberek (és hozzátartozóik) kölcsönös segítség révén próbálják meg egymás és saját betegségeik gyógyítását és mindazoknak a hátrányoknak a csökkentését, amelyek társadalmi integrációjukat megnehezítik.” Orvosi értelemben vett gyógyítás helyett azonban az önségítésben inkább a *preventív* tevékenység dominál, a megelőzés másodlagos és harmadlagos szintjén (CAPLAN 1964).

Csepeli és Neményi (1989) szociológiai szemléletű elemzésében az önségítés olyan tevékenység, amely az egyoldalú redisztribúción alapuló, kizárólagos (állami irányítású) szociálpolitikai intézményrendszer önszerveződéses alternatívája.

Mint ezekből a meghatározásokból kitűnik, a szociális munka és társterületei – a szociológia és a szociálpolitika – már régebben felismerték az önségítés fontosságát. Átfogó felmérést, a hazai helyzet feltérképezését azonban sem ezek a tudományok, sem a pszichológia nem végezte el. Az önségítés elméleti – szociológiai és szociálpszichológiai – vonatkozásait Baráth (2005) tanulmánya alapján mutatjuk be.

A *Szociális munka szótárában* (GOSZTONYI–PIK 1998) több olyan szócikk is található, amely témánk szempontjából jelentős. Idetartozik például:

- *Önségítő csoport (self-help group)*: olyan egyének önkéntes társulása, akik nem professzionális segítő foglalkozásúak vagy szerepűek; társulásuk célja egymás kölcsönös támogatása és információcsere azokról a tevékenységekről és forrásokról, amelyeket hasznosnak találnak problémájuk megoldásában.
- *Kölcsönös segítő csoportok (mutual aid groups)*: az önségítő csoportéhoz hasonló funkciójú társulások. Míg az önségítő csoport inkább mentálhigiénés irányultságú, a kölcsönös segítő csoport tagjai inkább kézzelfogható támogatást nyújtanak egymásnak (pl. gyermekfelügyelet, bevásárlás, betegápolás).
- *Önségítő szervezetek (self-help organizations)*: formális, szervezeti struktúrával bíró egyesületek, amelyek egy bizonyos probléma vagy problémakör megoldására alakultak, és kölcsönös segítséget nyújtanak tagjaiknak, akik közül egy vagy több már sikeresen megküzdött ezzel a problémával. Idetartoznak az „anonim” szervezetek vagy egy-egy betegség, szociális probléma megoldására alakult szövetségek.

Idesorolhatunk még olyan fogalmakat, megnevezéseket, melyeket a fentiek szinonimájaként vagy csak kismértékben eltérő értelemmel használnak, például kölcsönös segélyező csoportok (*mutual aid groups*), fogyasztók által üzemeltetett szervezetek (*consumer-run*

organizations), fogyasztói vagy túlélői kezdeményezések (*consumer/survivor initiatives*), kortársak által biztosított szolgáltatások (*peer provided services*) és hasonló kifejezések (BROWN et al. 2008).

A legrészletesebb definíciót Katz és Bender (1976, 9; idézi BARÁTH 2005, 48–49) adja: „Az önségítő csoportok önkéntes, kiscsoportos képződmények, amelyeknek célja a kölcsönös segítség és valamely specifikus cél elérése. Ezek általában kortárscsoportok, amelyek azért jönnek létre, hogy közös erővel valamely közös szükségletet elégítsenek ki, így például valamely hátrányos helyzettel vagy életproblémával való megküzdést támogassák, illetve azért, hogy a probléma megoldásához szükséges társadalmi és/vagy személyes változásokat kezdeményezzék. Az ilyen csoportok alapítói és tagjai úgy látják, hogy szükségleteiket a meglévő intézményes szociális ellátórendszer nem képes kielégíteni. Az önségítő csoportok különös hangsúlyt fektetnek a közvetlen személyközi társkapcsolatokra [...], a hangsúly a kölcsönös emocionális támogatáson van. A csoportok jó része érdekképviselési irányulású, ebből kifolyólag egy olyan ideológiát és értékrendszert szorgalmaz, amely a tagok számára biztosítja a személyes identitás elérését és annak fejlesztését.”

Moeller (1989) összefoglalja azokat az alapvető tudnivalókat, előnyöket, hátrányokat és alapelveket, amelyek szükségesek az önségítő csoportok megalakításához. Felsorolja azokat a csoporttípusokat, amelyeknek nincs pszichoterápiás funkciójuk. Idetartoznak azok az állampolgári kezdeményezések, amelyek pl. a lakóhelyi környezettel, a helyi iskolával vagy más intézménnyel kapcsolatos feladatokat lát el; az emancipációs mozgalmak ún. „tudatformáló” csoportjai; azoknak a betegeknek és fogyatékosoknak a csoportjai, akik jogi és esélyegyenlőségükért küzdenek; munkával, munkahellyel, illetve munkahelyteremtéssel kapcsolatos csoportok; végül az életközösséget alkotó csoportok (pl. kommunák).

Praktikus összefoglalójában foglalkozik az önségítés négy alapelvével. Ezek a következők:

1. **Önirányítás:** minden csoport magáért felelős, de ez nemcsak kollektív felelősséget jelent, hanem az egyének felelősségét abban, hogy aktívan kezdeményezzék saját problémájuk megoldását. Mindenki maga dönti el, hogy a csoport tagja marad-e vagy sem.
2. **Szolidaritás:** az önségítő csoport tagjai sorsközösségben vannak. A sorsközösség lényege egymás kölcsönös elismerése és elfogadása. Ez magában foglalja olyan tulajdonságok elfogadását is, amelyek más körülmények között „rossznak” és szociálisan nemkívánatosnak minősülnének, például a gyengeség vagy az indultosság.
3. **Nyíltság és őszinteség:** minden csoporttagnak arra kell törekednie, hogy nyíltan „megmutassa” magát, ne tettebbe magát másnak, mint amilyen, ne csapja be a többieket (és ne lássa őket sem olyannak, amilyennek szeretné).
4. **Remény:** az önségítő csoport munkája akkor lehet sikeres, ha a tagok eredményt várnak tőle. Ez különösen igaz akkor, ha a csoport valamilyen konfliktussal való megbirkózást tűzte ki céljául.

AZ ÖNSEGÍTÉS TÖRTÉNETE

A KEZDETEKTŐL A CÉHEKIG

A legkorábbi írásos emlékek keletkezésétől kezdve találunk olyan tanácsadó „gyűjteményeket” vagy más műfajú irodalmi műveket, amelyek arra okítanak, hogy hogyan élhetünk egészséges életet, hogyan küzdhetünk meg egzisztenciális és lelki problémáinkkal. Az egyik első ilyen műalkotás – a mai önssegítő könyvek korabeli megfelelője – az ógörög Hésziodosz (i. e. 7. század első fele) *Munkák és napok* című költeménye.

A Bibliából, a Koránból, a Buddha beszédeiből, valamint a buddhista szerzetesrend egyéb kanonikus szövegeiből összeállított Tipitakára (VEKERDI 1989) is tekinthetünk úgy, mint a spirituális önssegítő irodalom legnagyobb jelentőségű műveire. Ezeket a szövegeket ugyanis az emberiség nemcsak liturgikus céllal olvasta és használta, de mindig folyamodott hozzájuk, ha erkölcsi tanításra vagy vigaszra volt szüksége. Mind Buddha tanításaiból, mind a Bibliából kiderül, hogy ezek a vallások értéknek tekintik azokat a viselkedésformákat (például tulajdonunk megosztását másokkal, a közösség többi tagjainak szeretetteljes elfogadását és támogatását, ugyanakkor saját szükségleteink mértékletes kielégítését is), amelyek nagy részben átfednek a modern „önssegítés” fogalmi körével.

Bizonyos, hogy a kereszténység legkorábbi szervezett formája, a gyülekezet – az ellenséges környezetben, amikor a vallás gyakorlása csak föld alatti katakombákban volt lehetséges – ugyancsak biztosított társas támogatást tagjainak. Az önssegítés egyes funkciói ugyancsak megtalálhatók az olyan népszokásokban, amelyek a kölcsönös segítségnyújtáson, szolidaritáson alapulnak, pl. a komatál intézményében (TÁTRAI – KARÁCSONY MOLNÁR 1997).

A mai értelemben vett önssegítésnek még szorosabb a kapcsolata a gildékkel, a céhekkkel és más későbbi ipartestületekkel. A szabad polgárok olyan szervezeteket – ún. kereskedőcéheket vagy *gildéket* – hoztak létre, amely tagjainak kölcsönös védelmet biztosított.

A kora középkor technológiai fejlődése, a termelés növekedésének következményeként az addig a feudális rendbe tagozódó kézművesek is fokozatosan elszakadtak a hagyományos paraszti életformától. Akárcsak a kereskedők, ők is arra törekedtek, hogy minél jobban függetlenítsék magukat a földesúr és az egyház fennhatóságától. Hasonlóan a gildék megalakulásához, a 9–11. századtól kezdve ők is megalapították saját érdekvédelmi és önssegítő szervezeteiket, a *céheket* (KOVÁCH–BINDER 1981). A céhek belső irataiból következtethetünk arra, hogy rendelkeztek mindazzal a funkcióval, amelyet ma a pszichológiai értelemben vett társas támogatás körébe sorolunk.

A középkort lezáró ipari forradalom újításai, a manufaktúrális termelési mód elterjedése az önssegítés kialakulásának következő állomása. Baráth (2005) szerint a modern kori önssegítő mozgalmak megszületése két tényező összjátékán alapul. Egyrészt a felvilágosodás korában, a 17–18. században az államhatalom egyre nagyobb ellenőrzést gyakorolt az addig kevésbé átpolitizált civil szféra (tehát a céhek és egyéb ipartestületek,

irodalmi és tudományos társaságok, alapítványok stb.) felett. Ez a kontroll ma abban jelentkezik, hogy noha a civil szféra szervezetei látszólag függetlenek (a NGO, „Non-Governmental Organization” megnevezés is erre utal), létük valójában mégis kormányzati, egyházi vagy az üzleti világ finanszírozásának függvénye. Másrészt a 19. századtól kezdve a polgári értelmiség – politikai tudatosulásával és polarizációjával párhuzamosan – fokozódó mértékben részt kért és vett a közélet irányításában. Ennek a szerepvállalásnak az úttörői közé tartozik két nagy hatású viktoriánus közéleti személyiség, Thomas Carlyle és Samuel Smiles. Gondolataik, akárcsak Pjotr Alekszejevics Kropotkin filozófiája, a modern önségítés eszmei alapjait alkotják.

VIKTORIÁNUS INDIVIDUALIZMUS, KROPOTKIN MUTUALIZMUSA ÉS A SZAKSZERVEZETEK SZÜLETÉSE

Az „önségítés” szó Thomas Carlyle skót író (1795–1881) *Sartor Resartus: Teufelsdröckh professzor élete és tanai* című művében jelenik meg először (TÓTH 2003). Valószínűleg ebből a regényből kölcsönözte a kifejezést Samuel Smiles (1812–1904), aki *Önségítés, az életmód és a magatartás példáival (Self-help: with illustrations of Conduct and Perseverance)* című könyvét 1859-ben tette közzé. A könyvből a kiadás évében húszezer példány fogyott el, a következő évben ötvenötezer példányban nyomták újra; sok viktoriánus otthonban a Biblia utáni második legfontosabb könyvnek számított.

A másik nagy eszmekör, amelyben az önségítés fogalma megjelenik, Pjotr Alekszejevics Kropotkin „kölcsonös segítségnyújtás” elmélete (BARÁTH 2005). Kropotkin filozófiájának központi tétele, hogy mindenfajta államhatalom elnyomja a szabadságot. Az ideális élet Kropotkin felfogásában a *mutualizmuson* alapszik. A fogalom biológiai értelemben élőlények olyan társulását vagy közösségét jelenti, amelyből a benne részt vevő összes fajnak valamilyen előnye származik. Kropotkin evolúciósan magasabb rendűnek tekintette a mutualizmust az individualizmusnál, és ideális létformának azt tartotta, amikor a közösség minden tagja kölcsönösen segíti egymást. Ez a szellemiség hatja át *Kölcsönös segítség mint természettörvény* című könyvét, mely először oroszul jelent meg 1888-ban. Majdnem száz évvel később a mutualizmus lesz az alulról szerveződő támogató csoportok fő eszmei háttere.

Ezeknek az eszméknek a megjelenésével párhuzamosan a céhek önségítő funkcióinak egy részét fokozatosan a munkások *önségélyező egyletei*, majd a munkásmozgalom kialakulásával a *szakszervezetek* veszik át (HITCHINS 1995). Bár később a szakszervezetek – névlegesen – ugyancsak gondoskodtak tagjaik érdekvédelméről, Magyarországon a szocializmus évtizedeiben ez inkább csak a hatalmi kontroll egy újabb fajtáját jelentette. Az önségítés eszméjét, mint minden más alulról jövő kezdeményezést, a hatalom gyanakvással szemlélte, és direkt terrorral vagy közvetett lépésekkel üldözte. A diktatúra enyhülésével párhuzamosan, nyolcvanas évektől kezdve azonban százával alakultak az *önségítő csoportok*, s az értelmiség elkezdett érdeklődni ezek iránt a „régí-új” ellátási formák iránt (pl. NEMÉNYI–CSEPELI 1989; GEREVICH 1989; ANTAL 1991; BUDA 1992).

AZ ÖNSEGÍTŐ CSOPORTOK KIALAKULÁSA

Az önsegítés és a mutualizmus eszméjének másik típusú folytatói az első, modern értelemben vett, spontánul szerveződő *önsegítő csoportok* voltak. Az első ilyen szervezet 1935 májusában alakult meg, amikor két alkoholista, egy üzletember és egy orvos egy ismerős asszony ohioi házában találkozott egymással. Az asszony, a gazdag gumigyáros családból származó Henrietta Buckler Seiberling (1888–1979) arra buzdította a két férfit, hogy nyíltan osszák meg egymással alkohollal kapcsolatos problémáikat, élményeiket és tapasztalataikat. Mint a protestáns Oxford-csoport aktív tagja, azt is hangsúlyozta, hogy a gyógyuláshoz Isten segítségére szükség van. Mrs. Seiberling ettől fogva az Anonim Alkoholisták mozgalmának szervezésével foglalkozott, és élete végéig arra törekedett, hogy az időközben többes létszámúra duzzadt szerveződés életéből ne vesszen ki a spiritualitás (DICK 1998).

A kutatók az 1960-as évek végéig nem figyeltek fel arra, hogy az önsegítő mozgalom egyre nagyobb teret hódított Észak-Amerikában. Edward Sagarin 1969-es, *Odd Men In: Societies of Deviants in America* (Furcsa emberek közössége: A deviánsok egyesületei Amerikában) című szociológiai tanulmánya elemezte elsőként a jelenséget. A cím arra utal, hogy a szerző szerint az önsegítő mozgalom a perifériára szorult csoportok önszerveződésének eredménye. A jelenség okai között említi a szerző a társadalmi szerkezet átalakulásával tömegesen kialakuló szubkultúrákat, a tradicionális támogató rendszerek széthullását, a szesztilalom „kijózanító” hatását (azt a gondolatot, hogy aki az alkoholfogyasztást nem tudja kontrollálni, nem felelősségteljes ember), illetve a pszichoterápiás fogalmak köztudatba való átszivárgását (BARÁTH 2005). Alfred Katz, az önsegítés egyik legjelentősebb teoretikusa megjegyzi, hogy az 1960-as évektől rohamtempóban szaporodtak az önsegítő csoportok. Az Anonim Alkoholisták és más gyakori pszichoszociális problémákban szenvedők mellett pl. a kleptomániások, a túlköltekezők, krónikus betegek (köztük Alzheimer-kórosok, öregkori demenciában szenvedők és hozzátartozóik), milliomosok gyermekei, prostituáltak, nagy szerencsétlenségek túlélői, a frontvonalban harcoló katonák hozzátartozói és még számos egyéb csoportba tartozó személyek hoztak létre önsegítő szerveződéseket (CSATÓ 1993).

1987-ben a becslések szerint az USA felnőtt lakossága körében 3,7% (körülbelül 6,25 millió fő) volt azok aránya, akik pillanatnyilag részt vettek önsegítő tevékenységben. Jacobs és Goodman (1989) szerint ennek 2–3-szorosa, mintegy 15 millió fő lehetett ekkor azok száma, akik életük során már voltak önsegítő csoport tagjai. Ez az Egyesült Államok korabeli népességszámára vetítve körülbelül 10–12%-os arányt jelent.

Jacobs és Goodman (1989) elemzik azokat az okokat, amelyek miatt az önsegítő mozgalom ilyen nagy vonzerőre tehetett szert. Feltevésük szerint az elsődleges ok, hogy az embereknek megnyugvást és erőt ad, ha együtt lehetnek olyanokkal, akikkel megoszthatják közös élettapasztalatukat. Emellett természetesen számos más tényező együttes fennállása vezetett az önsegítő-támogató csoportok virágzásához:

1. A hagyományos családmódellem eróziója csökkentette azoknak a szociális ellátó-rendszereknek a hozzáférhetőségét, amelyek ezen a családképen alapultak.
2. Az orvostudomány rohamos fejlődése miatt jelentősen megnőtt az időskort meg-érők, illetve a krónikus betegségektől – és ezek pszichológiai következményeitől – szenvedők aránya.
3. A Watergate-ügy és hasonló korrupciós botrányok miatt súlyosan megrendült a bizalom a közintézményekben, beleértve az egészségügyi rendszert is. Ezzel együtt járt, hogy egyre több ember személyes kontrollt akart szerezni saját egészségügyi ellátása fölött.
4. A mentálhigiénés szolgáltatások nehéz elérhetősége az önségítő csoportok terjesz-kedésének leggyakrabban idézett oka. A hagyományos mentálhigiénés ellátórend-szer képtelen kezelni számos olyan pszichoszociális problémát, amelyekkel a különböző kisebbségek és a szegénységben élők küzdenek.
5. A költséghatékony egészségügy gondolata arra készíti a kormányzatot, a szolgál-tatókat és az egészségbiztosítókat, hogy az egészségfejlesztés minél olcsóbb alter-natív módjait találják meg.
6. Egyre elfogadottabbá válik az az elképzelés, hogy a szociális támogatásnak és a tapasztalati tudásnak nagy szerepe van az egészség megőrzésében.
7. Az önségítő csoportokat katalizálja az a jelenség, hogy a nyolcvanas években az önségítés egyre nagyobb visszhangot vált ki a médiában (pl. dokumentumfilmek készülnek róla).

Az önségítés az 1990-es évek végén, az internet megjelenésével vett új fordulatot. A Pew Kutatóintézet „Internet & American Life Project” kutatásaiból kiderült, hogy 2000-ben az internethasználók 84%-a, mintegy 90 millió fő csatlakozott valamilyen online csoporthoz; az amerikai lakosság 26%-a használta az internetet arra, hogy részt vegyen a helyi közösség, gyülekezet, sportegyesület, jótékonyági szervezet vagy helyi politikai kampánycsoport tevékenységében (HARRIGAN et al. 2001). A netszörfölők 3%-a, tehát mintegy 2,7 millió ember vett részt egészségügyi problémákkal kapcsolatos online támogató csoportban (FOX–RAINIE 2002). Feltehetjük, hogy az azóta eltelt időben a virtuális és valós önségítő csoportok működése azonos intenzitású maradt vagy erősödött.

Hazánkban a 20. század nyolcvanas éveiben indult meg (újra, mai formájában) az önségítő mozgalom. Mint Antal (1991) megjegyzi, a hatalom „engedékenységében” a különböző egészségügyi ellátórendszerek elmélyülő válságának jelei és a lakosság romló egészségi állapota is szerepet játszott. 1986-ban Magyarország is csatlakozott az Egészségügyi Világszervezet Ottawai Egészségfejlesztési Chartájához, amely külön hang-súlyozza az önségítés fontosságát:

Az egészségfejlesztés a jobb egészségi állapot elérése érdekében – konkrét és haté-kony közösségi tevékenységgel – prioritásokat állít fel, döntéseket hoz, stratégiákat tervez és végrehajtja azokat. E folyamat magvát a közösségek hatalommal való felruházása képezi; az, hogy tulajdonosai és irányítói legyenek saját törekvéseiknek

és sorsuknak. A közösség fejlesztése meglévő emberi és anyagi erőforrásokra épít, ösztönzi az önszegélyezést és a szociális támogatást, és olyan rugalmas rendszereket dolgoz ki, amelyek alkalmasak arra, hogy erősítsék a közösség részvételét és ellenőrzését az egészséggel kapcsolatos kérdésekben. Ehhez arra van szükség, hogy folyamatosan és teljes körűen hozzáférhetőek legyenek az egészséggel kapcsolatos információk és tanulási lehetőségek, valamint a pénzügyi támogatás.

(Részlet az *Ottawai Egészségfejlesztési Chartából*, KISHÉGYI–MAKARA 2004)

A rendszerváltás óta a civil szerveződés lehetőségei kitágultak, a szorosan vett szociális és egészségügyi ellátórendszer intézményei mellett művelődési házak, helyi közösségek, gyülekezetek, alapítványok és egyesületek is üzemeltetnek önszegítő csoportokat, a legkülönbélebb pszichoszociális problémákban szenvedők számára. Az interneten nagyon sok csoport elérhetősége megtalálható, de eddig semmilyen átfogó regiszter, nyilvántartás, szisztematikus adatgyűjtés nem készült róluk.

AZ ÖNSEGÍTÉS FORMÁI, FAJTÁI A PSZICHOLÓGUS NÉZŐPONTJÁBÓL

EGYÉNI ÖNSEGÍTŐ TEVÉKENYSÉG

Az önszegítés köznapi meghatározását alapul véve minden olyan önindította aktivitás önszegítő tevékenységnek minősül, amelynek célja, hogy a személy megrendült érzelmi, kapcsolati, lelki egyensúlyát vagy testi egészségét helyreállítsa. A definíció alapján nem minősül önszegítésnek, ha a személy professzionális segítséget keres. „Professzionális segítő” alatt nem kizárólag a pszichoterapeutát vagy a biológiai terápiát nyújtó pszichiátert értjük, hanem minden segítő foglalkozású szakembert. Ezzel az önszegítés formái közül ugyancsak kizárjuk, ha például valaki dietetikushoz fordul táplálkozási tanácsért, személyi edzőt fogad fogyókúrájához, testi betegségével homeopatát vagy természetgyógyászt keres fel, vagy lelkipásztorának gyón. Az önszegítési formák között tartjuk azonban számon:

- Önszegítő irodalom olvasását, ideértve szépirodalmi, vallási műveket, önvallomásokat, önéletrajzokat, oktató- és tanácsadó könyveket is.
- Önszegítő vagy támogató csoportokban való részvételt (e kettővel részletesen foglalkozunk a következő alfejezetekben).
- Filmek vagy színházi előadások megtekintését.
- Másfajta (pl. zenei vagy képzőművészeti) műalkotások élvezetét.
- Aktív információkeresést (pl. internetes böngészést, barátok megkérdezését).
- Szociális vagy érzelmi támogatás igénybevételét (családtagokhoz, barátokhoz fordulást, háziállat tartását).

- Az önváltozásra tett minden erőfeszítést: fogykúrát, böjtölést, az étrend átalakítását, sporttevékenységet, relaxációs vagy meditációs módszerek elsajátítását, egészségkárosító viselkedésformákról való leszokást stb.
- Az öngyógyítást: gyógyszerek, gyógynövények vagy táplálékkiegészítők fogyasztását, masszázs vagy gyógyfürdők igénybevételét és általában minden olyan terápiás tevékenységet, amely során a személy nem vesz igénybe professzionális segítséget.

A fenti felsorolásból is érezhető, hogy az önsegítés határai elmosódottak, nincs szó egyértelműen elhatárolható tevékenységi körről. Vannak olyan formák, ahol a hivatásos segítő személy valamilyen formában mégis részt vesz az önsegítésben (például az eladó megkérdezése a gyógynövényszaküzletben, újságban olvasott orvosi tanácsok megfogadása, vagy bármilyen szakember által írt önsegítő könyv olvasása).

Hogy az egyes problémák kezelésében milyen nagy szerepe van az önsegítés különböző változatainak, azt nagyon jól illusztrálja Jorm és munkatársai (2002) tanulmánya. A felnőtt ausztrál népesség körében a depresszív zavarok prevalenciája 5,8%; a számítások szerint a depresszióhoz köthető a munkaképtelenség legnagyobb része (a betegszabadságok mintegy 8%-a). Ennek ellenére csak a betegek körülbelül 50%-a kér bizonyítékokon alapuló professzionális segítséget. Ez talán azzal is magyarázható, hogy sokan előnyben részesítik a komplementer medicinát és az öngyógyítás egyéb eszközeit a hivatalos gyógymódokkal szemben. Egy reprezentatív felmérésben például a megkérdezettek 57%-a állította azt, hogy a depresszió sikeresen kezelhető különböző vitaminokkal, ásványi anyagokkal, serkentőszerekkel vagy gyógynövényekkel, míg az antidepresszánt csak 29% tartotta hatásosnak.

ÖNSEGÍTŐ IRODALOM

„Önsegítő irodalom” tágabb értelemben minden olyan írásos anyag, amely a *társas támogatás* később részletesen ismertetett funkcióihoz hasonlóan, de egyéni használat révén segítséget nyújt olvasójának. A Biblia, más vallásos könyvek, szépirodalmi alkotások vagy hasonló problémával küzdők önvallomásai egyrészt érzelmi támaszt biztosíthatnak, vagy a figyelem elterelésével enyhíthetik a szenvedést. Az önvallomások és az önsegítő szervezetek által összeállított anyagok erősíthetik azt az érzést, hogy az olvasó nincs egyedül a problémával, hanem sok másik emberrel osztozik rajta. Az ilyen irodalmak sokszor tartalmaznak függeléket, amelyben a kiadás helyéhez közeli vagy az egész régióra, országra kiterjedő, vonatkozó önsegítő csoportok elérhetőségei vannak felsorolva, így direkt módon facilitálhatják a csoporthoz csatlakozást. Ezek az anyagok, kiegészítve a professzionális segítők által írt vagy szerkesztett, de önsegítő célú művekkel, az adott problémákkal kapcsolatban fontos információkat adhatnak, sőt akár olyan instrumentális segítséget nyújthatnak, mint például a sztóma vagy más gyógyeszközök használata, táplálkozási tanácsok, betegápolás vagy konfliktusmegoldás.

Azért nehéz szűkebb definíciót adni az önségítő könyvekre, mert noha valóban létezik a kifejezetten ilyen céllal, professzionális segítők vagy önségítő szervezetek tagjai által írt oktató vagy tanácsadó irodalom műfaja (például fogyókúrához, krónikus betegek életminőségének fenntartásához; a gyász, a gyermeknevelés, a házassági problémák megoldásához stb.), ezek mellett más típusú könyveket is szoktak az önségítő könyvek közé sorolni. Butler-Bowdon (2001), az *50 Self-Help Classics* (Az önségítés ötven klasszikusa) című gyűjteményében – a hagyományos „önségítő” művek mellett szerepelnek például klasszikus és kortárs filozófiai művek, szépirodalmi művek, híres emberek önéletráirai, életmód-tanácsadó, példaadó, oktató könyvek, férfiaság-nőiesség témájával kapcsolatos művek, népszerűsítő pszichológiai művek, vallási dokumentumok, vallási vezetők művei.

Az önségítő könyvek igen széles műfaji spektrumot fognak át. Pontosabb definíció helyett – mint más önálló önségítési formáknál – itt is az önállóság és az egyensúlyhelyreállítás kritériumát érdemes használni: „önségítő könyvnek” nevezhetünk minden olyan adathordozót, amelyet a személy önkéntesen szerez be, és egyedül használja problémáinak megoldására. Megengedőbbek lehetünk azonban a professzionális segítő szerepével kapcsolatban, mert sok önségítő anyagot szakemberek állítottak össze vagy ajánlottak a személynek.

Másfajta felosztást ad Bergsma (2008), aki az önségítő könyveket két szempont szerint csoportosítja. Az egyik dimenzió az adott mű fókusz: irányulhat *egy probléma kezelésére*, például depresszió csökkentésére. Ezekből viszonylag kevesebb van, talán azért, mert mentális problémákkal küszködők előbb keresnek professzionális segítséget, mint hogy önmaguk olvassanak a téma után. A pszichoszomatikus betegségben szenvedőknek írtspecifikus önségítő könyvek kitűnő példája Grossbart és Sherman (1992) bőrbetegségek pszichés vonatkozásairól szóló műve. Jóval több *a személyes növekedésre* fókuszáló önségítő könyv. A Hollandiában forgalmazott önségítő irodalom legnépszerűbb 57 darabja közül 56 ilyen irányú (egy pedig a depresszióval foglalkozik). A „személyes növekedés” olyan témákat foglal magába, mint az önismeret, identitás-keresés; a boldogság vagy a bölcsesség elérése stb. A másik szempont, amely szerint a könyveket Bergsma csoportosítja, az elméleti álláspont. Lehet az önségítő könyv elméletvezérelt, mikor az író egy bizonyos lélektani iskola tagja. Például Jean Shinoda Bolen, Bruno Bettelheim és Marie-Louise von Franz művei egyértelműen a jungiánus irányzathoz tartoznak, míg Csíkszentmihályi Mihály, Martin Seligman és Sonja Lyubomirsky a pozitív pszichológia – akadémikus körökben is elismert – képviselői. Az önségítő irodalomban a kognitív-viselkedéses pszichoterápia számos gondolata is megjelenik. Valamivel gyakoribbak azok a könyvek, amelyek sokféle megközelítésből „szemezgetnek” (jobb esetben: integrálják azokat).

Itt érdemes megemlíteni a *biblioterápiát*, amely az önségítő irodalmak használatával határos, de szakember által vezetett gyógyító eljárás: a legegyszerűbb meghatározás szerint könyvek általi gyógyítás. Doll és Doll (2000) ezt a módszert olyan kontinuumnak tekinti, amelynek egyik végpontján a könyv- és filmélményekből származó, spontán

felismerések állnak (ezt nevezik „*fejlesztő*” biblioterápiának), másik végpontján pedig a súlyos betegséggel küzdő személy – szakember által végzett – komplex gyógyításának egyik részfolyamata, a *klinikai* biblioterápia található. A fejlesztő és a klinikai biblioterápia között helyezkednek el a könyvtári olvasószolgálat bizonyos funkciói. A könyvtárosok munkájának integráns része az irodalomajánlás, művek kiválasztása sajátos olvasói igényeknek megfelelően, illetve műértelmező, műmegbeszélő csoportfoglalkozások tartása (BARTOS 2001).

MENNYIRE HATÉKONYAK VAGY VESZÉLYESEK AZ ÖNSEGÍTŐ KÖNYVEK?

Halliday (1991) azzal a kérdéssel foglalkozott, hogy jelenthet-e veszélyt az önségítő könyvek használata. Száz, pszichoterápiában részt vevő személyt kérdezett ki arról, hogy olvasott-e már önségítő irodalmat jelenlegi vagy múltbéli problémái megoldásához, s ha igen, milyen könyveket, illetve hogy segített vagy ártott-e nekik valahogy a könyv. A száz megkérdezett közül negyvenhárman már használtak önségítő irodalmat. Négy személy nyilatkozott úgy, hogy ezek a könyvek ártalmukra voltak, közülük azonban csak egy olyan volt, aki csak káros hatásokról számolt be. A többiek által említett negatív hatás a problémával kapcsolatos distressz fokozódása volt. Öten úgy nyilatkoztak, hogy semmilyen hatással nem volt rájuk az önségítő könyv; a minta 86%-a viszont pozitív hatásokról számolt be. Ezek közül a leggyakrabban a következőket említették: pozitív attitűd; bátorítás; professzionális segítség keresésére való buzdítás (!); képesség az érzelmek kontrollálására; a depresszió, a szorongás és más tünetek megértése; absztinenciára való buzdítás; szociális és kommunikációs készségek fejlesztése. A fenti tapasztalatok alapján úgy tűnik, hogy az önségítő irodalmak káros hatása igen csekély jótékonyaságukhoz képest. Ha az olvasásuk professzionális gyógyító folyamatban vagy azzal párhuzamosan történik, a kockázat elhanyagolható. A szerző ugyanakkor arra is felhívja a figyelmet, hogy az önségítő könyveket általában nem a szakemberek írják, s ezen tanácsos lenne változtatni (természetesen az autobiográfiák kivételt képeznek); a megfelelően képzett szakembereknek nem kellene átengedniük a pszichológia „népszerűsítését” az újságíróknak és a media-, közszereplőknek.

Bergsma (2008) szintén foglalkozik azzal a kérdéssel, hogy valóban segítenek-e az önségítő könyvek. A szerző az akadémikus pszichológia sajnálatos mulasztásának tartja, hogy az önségítő irodalom hatékonyságát még senki sem elemezte szisztematikusan. Számos indirekt bizonyítékot sorol fel azonban amellett, hogy a problémafókuszú önségítő könyvek valóban segítséget nyújthatnak azoknak a személyeknek, akik az adott problémával küzdenek; arra, hogy a növekedésorientált könyveknek van-e jelentős hatása, nincs bizonyíték. Azonban számos olyan véleményt is idéz, amelyek kemény kritikával illetik az önségítést. Ilyen bírálóat például, hogy önségítő könyvek műfaja nem más, mint „pszichohablaty”, azaz egyes kifejezések, lélektani divatszavak sztereotip ismételtetése (ROSEN 1977); még elítélőbb Salerno (2005), aki általában az önségítés minden formáját tartja felelősnek a válások magas számáért, a nukleáris családok elsza-

porodásáért, a droghasználat fokozódásáért és egyéb bajokért. Ám még olyan mértékadó pszichológus, mint Csíkszentmihályi (1997, 25) is úgy fogalmaz: „Az ilyen könyv szakácskönyvhöz hasonlóan megmondja, mit kell tenned, hogy egy bizonyos meghatározott célt elérj, amit persze kevesen fognak végigcsinálni. Ha ezek a tanácsok véletlenül használnának is, mi történne abban a valószínűtlen esetben, ha valakiből hirtelen karcsú, közkedvelt, nagy hatalommal bíró milliomos lenne? Általában az, hogy az illető megint a kiindulási pontnál találja magát, felszerelkezve egy újabb kívánságlistával és éppoly elégedetlenül, mint annak előtte.”

Bergsma szerint azonban leginkább az olvasó személyiségétől függ, hogy az önsegítő könyv mennyire hatékony. Az önsegítő irodalom „aktív olvasást” és a könyvből tanultak mielőbbi kipróbálását, alkalmazását kívánja meg, s talán nem is a leírt tanácsok minősége, mint inkább az olvasó viselkedése a siker záloga.

Az önsegítő művek választását meghatározó tényezők vizsgálatával foglalkozó kutatásukban Wilson és Cash (2000) kidolgozták az önsegítő olvasással kapcsolatos attitűdöket mérő kérdőívüket (*Self-Help Reading Attitudes Survey, SHRAS*). Céljuk az volt, hogy meg lehessen állapítani, kik azok az emberek, akik szívesen olvasnak ilyen műveket, és kik azok, akik kifejezetten elkerülik az önsegítő irodalmakat. A negyven tételes, Likert-skálás mérőeszközt 264 személlyel töltötték ki. Azok, akik az önsegítő könyvek iránt pozitív attitűddel rendelkeztek, erősebb pszichológiai orientációjúak voltak, elégedettebbek voltak az életükkel és általában jobban szerettek olvasni. Az önkontroll és a privát éntudatosság nem járult hozzá számottevően az önsegítő könyvekkel kapcsolatos vélemény varianciájához. A nők és a pszichológia szakos hallgatók attitűdje pozitívabb volt, mint a férfiaké, illetve a más szakos hallgatóké.

ÖNSEGÍTŐ CSOPORTOK ÉS FUNKCIÓIK

Az önsegítés kollektív formáiban nagyon nagy szerepe van a társas támogatásnak, amely négyféle funkciót tölt be (KULCSÁR 2005; KÁLLAI 2007; BÁNYAI 2008):

- *Érzelmi támasz*: a társak megnyugtatót, vigasztalást, együttérzést nyújtanak, ami segíthet a szenvedő önbecslésének fenntartásában vagy visszaállításában.
- *Információnyújtás*: a csoport tagjai segíthetnek a személynek a probléma azonosításában, meghatározásában, a kognitív megküzdésben.
- *Összetartozás*: maga a csoporttagság, a valahova tartozás tudata is jótékony hatású lehet.
- *Instrumentális segítség*: kézzelfogható támogatás, például segítség a háztartási teendők ellátásában, betegápolásban stb.

Baráth (2005) a csoportban zajló interakciók tartalomelemzéses vizsgálatával szerzett adatai is alátámasztják, hogy az önsegítő csoportok működése a társas támogatás funkcióinak megfelelően zajlik. Hét amerikai csoport ülésén készített hangfelvételeket egy előzetes kódrendszer szerint kategorizálta. Az interakciók mintegy 30%-a *informálás*

(tényszerű adatok közlése a többi csoporttag tájékoztatására), 25%-a *önfeltárás* (személyes élethelyzetekre, érzelmekre, magatartásokra vonatkozó kijelentések), 12%-a *interpretáció* (a beszélgetést irányító, pragmatikai tartalmú megnyilatkozás, pl. magyarázat, összegzés) volt. Ezek mellett mintegy 25%-ot tesznek ki egyéb, érzelmekkel kapcsolatos megnyilvánulások (kitörések, az egyetértés kifejezése, társkapcsolati és személyes kérdések, érzelmi támogatás). A csoport működésében tehát leginkább az érzelmi támasz, az összetartozás kifejezése jelenik meg, de az információ-átadásnak is jelentős szerepe van. A szerző megállapítja, hogy ez a kommunikatív mintázat leginkább a rogersi, *személyközpontú* pszichoterápia stratégiájának feleltethető meg. Úgy véli, a csoporttagok megnyilatkozásai az esetek jelentős részében a tartó, támogató környezetben lehetővé tett énfeltáró funkcióval bírnak, így *megkönnyebbülés*hez vezetnek. Pennebaker (2005) szerint ez a különböző pszichoterápiák közös mozgatórugója. Különösen erős lehet ez a hatás azokban a csoportokban, amelyeknek tagjai stigmatizáltak, például mert homoszexuálisok, sztomával élnek vagy valamilyen testi deformitásuk van. Számos adat bizonyítja, hogy a szociális támogatás jótékony hatása pszichoendokrin, illetve pszichoneuroimmun (KULCSÁR–KÖKÖNYEI 2004; VARGA 2009; ESTERLING et al. 2003) mechanizmusokon keresztül is képes érvényesülni.

Maton (1988) elemezte, hogy milyen szerepeket, funkciókat töltenek be az önségítő csoport résztvevői. A „Könyörületes barátok” (*Compassionate Friends*) – és a Névtelen Túlevők – hálózatba tartozó, illetve szklerózis multiplexben szenvedő betegcsoportok 144 tagja vett részt a kutatásban. Maton úgy találta, hogy a személyek négyféle szerepet vehettek föl:

- „Kétirányú támogatók” (*bidirectional supporters*), akik szeretnének másoknak segíteni, és ők is igénylik a többi csoporttag segítségét.
- „Elfogadók” (*receivers*), akik igénylik a többi csoporttag támogatását.
- „Támogatást adók” (*providers*), akik a viszonzás igénye nélkül csak azért járnak a csoportba, hogy másoknak segíthessenek.
- „Kívülállók” (*low supporters* vagy *by-standers*), akik semleges szerepben maradnak, kevéssé támogatják a többieket, de ők sem igénylik a támogatást.

A személyek elégedettségét és a csoporttagság észlelt előnyeit elemezve, a szerző megállapította, hogy a kölcsönös támogatók a másik három csoport tagjainál magasabb jólétről és a csoporttól kapott több értékelő megnyilvánulásról számoltak be. Ugyanakkor azok a csoportok voltak eredményesebbek, amelyek jól szervezetten működtek, erős volt a szerepdifferenciáció és a csoport vezetőit a többiek úgy jellemezték, mint a csoport leghozzáértőbb tagjai.

Baráth (2005) a nyolcvanas évek folyamán összehasonlította az USA-ban és Horvátországban működő csoportok szociálpszichológiai jellemzőit. Míg az amerikai csoportokban nagyon alacsony (10–15%) körül volt mind az egyirányú támogatók, mind a semleges kívülállók aránya, addig a horvát csoportokban ezeket a szerepeket a résztvevők 30–40%-a vette föl. Az egyirányú segítségkérők aránya (kb. 5%) a horvát popu-

lációban messze alulmúlta az azonos szerepű amerikaiakét (kb. 30%). A kölcsönös támogatást igénylők aránya az amerikai csoportokban majdnem 50%, míg Horvátországban csak 30%. Megállapítható tehát, hogy az USA önssegítő csoportjaiban a kölcsönös támogatás keresése, míg Horvátországban a viszonzás igénye nélküli gondoskodás volt a csoporttagság fő indítéka.

KIK KAPCSOLÓDNAK BE ÖNSEGÍTŐ CSOPORTOKBA?

Az önssegítés pszichológiai elemzése során érdemes megvizsgálnunk, hogy kik és milyen indokból fordulnak ilyen támogatási formák felé, illetve milyen problémák megoldására vesznek igénybe ilyen tevékenységeket. E kérdés megválaszolására az alábbiakban – hazai felmérések híján – kínai és német adatokat idézünk.

Kínában az önssegítés szociálisan értékesnek minősül, és a nyolcvanas évek óta gombamód szaporodnak az olyan sebezhető populációk, mint a krónikus betegek, mozgás-sérültek, az értelmi fogyatékosok hozzátartozói, a drogfüggők stb. önssegítő csoportjai (Mok 2001). A szerző az összes, Hongkongban található kórháznak és más egészségügyi-szociális ellátó szervezetnek kérdőívet küldött arról, hogy működtetnek-e önssegítő csoportot, és ha igen, azoknak milyen jellemzői vannak. A 719 válasz alapján négy típust különböztetett meg:

- krónikus betegek (pl. cukorbeteg, vesebeteg, rákos, asztmások);
- mentális betegek;
- fizikai-értelmi fogyatékkal élők (pl. Down-szindrómások, vakok, siketek és hozzátartozói);
- peremhelyzetű személyek (pl. elvált nők, bevándorlók, elvonókúrán átesett drogfüggők) csoportjait.

Meyer és munkatársai (2004) németországi önssegítő csoportok helyzetét és funkcióját elemezték. Feltevésük szerint legalább 5000 csoport működik, amelyek lefedik a pszichiátriai zavarok széles sávját és főképpen hozzátartozók, partnerek, gyászolók, szorongásos zavarokban, depresszióban és étkezési zavarokban szenvedők vesznek részt bennük. Az önssegítő csoportok a németországi egészségügyi rendszer „negyedik pillérét” képezik a háziorvosok, a kórházak és a közegészségügyi szolgálatok mellett.

Mok (2001) részletesen elemezte, hogy a véletlenszerűen kiválasztott 100 hongkongi csoportban milyen személyek vesznek részt. A résztvevők mintegy 2/3-a nő, 1/3-a férfi; jellemzően a fiatal és középkorú felnőttek, kisebb számban az idősek a csoporttagok. Házasságban él a tagok 60%-a, bármilyen okból egyedülálló 40%.

Érdekes, hogy a válaszolók 22%-a négy évnél hosszabb ideje vesz részt önssegítő csoportban. Ez összefügghet azzal a klasszikus szociálpszichológiai megállapítással, hogy Kínában – hasonlóan a többi ázsiai társadalomhoz – a *kollektivitást* nagyobb értéknek tekintik, mint az individualizmust (MARKUS–KITAYAMA 1994; KITAYAMA et al. 1994),

így valószínűnek tarthatjuk, hogy az ázsiai önségítő csoportok működése általában hosszabb élettartamú és a tagok is kevésbé hajlamosak a csoport elhagyására, mint az európai és észak-amerikai társadalmak csoportjaiban.

AZ ÖNSEGÍTŐ LEHETŐSÉGEK ÉS A PSZICHOLÓGIAI MÓDSZEREK VISZONYA

A pszichológia és önségítés – konkrétan a pszichoterápia és önségítő csoportok – viszonyának tisztázása az önségítő mozgalom bontakozásának kezdetétől egy fontos kérdésnek bizonyult; vajon meghatározható-e az a határvonal, amely az önségítő csoporttevékenységeket megkülönbözteti a pszichoterápiától?

Hurvitz (1974; idézi GARTNER 1997) a korabeli önségítő csoportokat még „terapeuta nélküli pszichoterápiának” nevezte; később azonban többen próbálták tisztázni, melyek azok a további jellemzők, amelyek mentén eldönthető, mi sorolható a pszichoterápia és mi az önségítő csoport, illetve tevékenység fogalma alá.

Killiea (1976; idézi GARTNER 1997) mintegy húsz olyan megkülönböztető jellemzőt sorakoztatott fel, amelyek úgy kerültek be a szakirodalomba, mint az „önségítő” és „pszichoterápiás” csoportok közötti „demarkációs” határvonalak. Ezek közül a legmeghatározóbbak a következők voltak: az önségítő csoport megkülönböztető jellemzői a nem szakemberek által vezetett/irányított csoportszervezés, a költségmentes segítségnyújtás, a spontán önszerveződő csoporttalálkozások, a bürokráciamentesség és a természetes szociális környezetek a csoporttalálkozásokra (imaházak, helyi közösségi házak, helyi iskolák, sporttermek, magánlakások stb.).

A korai önségítő csoportmozgalomnak legkiemelkedőbb jellemzője az önszerveződés szükségszerűsége volt, ami egyben radikális elhatárolódást jelentett az intézményesített egészségügyi és szociális ellátásoktól. Ez két szempontból is hangsúlyosnak bizonyult; az önségítő mozgalom egyrészt az egészségügytől, mint „tömegkizsákmányoló rendszerből” való kilépést szerette volna elérni, másrészt a biomedikális szemlélettel szemben a holisztikus gyógyítás igényére felhívni a figyelmet. A pszichológus szakma a korai időszakban nehezen fogadta be az önségítő lehetőségeket, azonban a nyolcvanas évek végén és a kilencvenes évek során az önségítő csoportok és a szakmai ellátó rendszerek között enyhült a kölcsönös antagonizmus. Mindkét „irányzat” képviselői kezdték felismerni, hogy a két terület egy-egy önálló rendszert képvisel, és kölcsönösen kiegészíthetik egymást. Egyre több szakember kapcsolódott be valamilyen módon önségítő csoportok életébe, vagy ajánlotta kliensének a bekapcsolódást (GARTNER 1997).

Az önségítő csoportok legfontosabb jellemzője – egyben a pszichoterápiával szemben gyakran hangoztatott előnye – a sajátosságos, közös tapasztalati tudás kialakulása, amely személyes élményvilágból fakad, és amely tudást nem lehet megosztani a csoporton kívülálló személyekkel, mint laikus nem résztvevőkkel (még legközelebbi családtagokkal sem, sőt ha a terapeuta nem sorstárs, akkor vele sem) (GARTNER 1997).

Az önségítés erősségei közül továbbá kiemelik a személyes tapasztalati világnézetet, a közvetlenséget, nyíltságot, a probléma belső megélését, a belső indítatást, az elköte-

lezettségét, a belső erőforrások fejlesztését és a személyközpontúságot. Gyengeségként elsősorban az elméletellenességére, elfogultságára, a szervezeti hiányokra (amely gyakran széthulló csoportokhoz vezet), valamint az antiintellektualizmusára hivatkoznak (GARTNER 1997).

Az önségítő lehetőségekkel szemben a szakmai ellátások erősségeként hangsúlyozzák a felelősségvállalást, az analitikus készségeket, a tudományos módszereket, a minőség-ellenőrzés lehetőségét, a hasznos távolságtartás lehetőségét, a módszertani/elméleti tudást, az önállóságot és a szakmai etika megalapozottságot. Gyengeségként főleg a társadalmi kirekesztést (mint lehetséges „hozományát”, velejáróját), a személyes tapasztalat hiányát, a belterjes szaknyelvet, illetve a pénz- és státuszközpontúságát szokták felróni (GARTNER 1997).

Szerencsére napjainkban a professzionális szakma és önségítés viszonyában egyre inkább erősödik az igény a megfelelő együttműködésre; s számos szerző javaslatokat, ajánlásokat fogalmazott meg a pszichológus társadalom önségítéshez való hozzáállásának javítása érdekében (GARTNER 1997; NORCROSS 2006).

AJÁNLÁSOK A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Gartner (1997) meglátása szerint az „önségítő” és a „professzionális” ellátórendszerek egymást kiegészítő rendszerek, és egyben egymás „hibaelhárító” (biztosíték) rendszerei. Úgy véli, hogy nagyon fontos, hogy a szakemberek megfelelően viszonyuljanak az önségítéshez, s ennek segítésére a következő ajánlásokat fogalmazza meg:

- A szakemberek látogassanak el az önségítő csoportok nyílt találkozóira.
- Az oktatók iktassanak be önségítő csoportjátékokat a tantervükbe.
- Az oktatók előadásaik során állítsák szembe az „önségítés” és a szakmai ellátás közötti különbségeket, mutassák be előnyeiket, hátrányaikat.
- Óvják meg az önségítő csoportokat a (leendő) szakemberek hatalmaskodásától.
- Készüljenek esettanulmányok a (leendő) szakmabeliek részére, különös hangsúllyal azon kritikus döntési helyzetekre, amikor a kliens egy önségítő csoportba való belépéséről van szó, illetve olyan csoportról, amelynek tevékenységét válság, vagy kudarc fenyegeti.
- A szakemberek értesék meg és fogadtassák el a (leendő) szakmabeliekkel, hogy bizonyos feszültség az önségítő csoportok és a szakemberek között természetes, sőt hasznos is lehet.
- A szakemberek segítsék abban a (leendő) szakmabelieket, hogy tanulják meg az önségítő csoportvezetés szükséges és sajátos készségeit.
- Az oktatásban és a szakmai készségfejlesztésben jelenjenek meg személyes tapasztalaton alapuló önségítő gyakorlatok minimális didaktikai előadásokkal.
- A szakemberek adjanak élethű példát mindazon lehetőségekre és kihívásokra, amelyek révén a (leendő vagy más) szakemberek támogatást nyújthatnak az önségítő csoportoknak.

- A szakemberek ösztönözzék a (leendő) szakmabelieket, hogy jómaguk is aktív tagként kapcsolódjanak be valamely csoport tevékenységébe személyes tapasztalatszerzés céljából, illetve saját maguk is szervezzenek ilyen csoportokat közös problémákkal való megküzdésre, mint például „szakmai kiégés” (burnout).
- A szakmai képzés és készségfejlesztés folyamatába vonjanak be önségítő csoporttagokat mint meghívott előadókat.

Gartnerhez hasonlóan Norcross (2006) is amellett érvel, hogy a szakmabeliek önségítéshez való viszonyának fejlesztése elengedhetetlen. Véleménye szerint az önségítés forradalmát éljük. Többen fordulnak önségítő lehetőségekhez (könyvek, csoportok), mint professzionális segítőkhez, így a viselkedésváltozás fő lehetőségét a szerző az önségítésen keresztül látja. Úgy véli: egyre gyakoribb, hogy a pszichológusok szükségét érzik annak, hogy a terápia hatékonyságának növelése érdekében megfelelően tudják integrálni az önségítés lehetőségeit a terápiába. A szerző a korábbi szakirodalmak és gyakorlati tapasztalatok alapján 16 ajánlást fogalmaz meg.

A változás mechanizmusainak „tágítása”

Bár pszichoterápia a változás egy hatékony mechanizmusa, a változásnak további fontos mechanizmusai is lehetnek, amelyeket nem negligálni, hanem beemelni, integrálni érdemes. A szerzők szerint a változásra az elsődleges út az ön-változás vagy ön-segítés; viselkedéses vagy addikciós változást elérő személyek 75%-a az ön-változás vagy ön-segítés mechanizmusa szerint változik. Az önségítés előnye, hogy a legkevésbé korlátozó, a legkevésbé beavatkozó és a legkevésbé költséges. A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy a jövő kutatásainak fontos lesz feltárnia, hogy kik azok, akik az önségítés hatására megfelelően változnak, javulnak, s kik azok, akiknek intenzívebb beavatkozásra van szükségük. Úgy vélik, hogy a szakembereknek érdemes az önségítést a pszichoterápia keretében följárolni egy lehetséges alternatívaként, illetve a pszichoterápia és az önségítés kombinációjaként. Ez valószínűleg csökkenteni fogja a pszichoterápiával szembeni ellenállást is.

Az önségítés lebecsülésének, leértékelésének korrekciója

A szakemberek jelentős része ambivalens az önségítéssel szemben. Ennek okát a szerzők abban látják, hogy a hatékony önségítés „rejtve marad” a professzionális szakemberek szeme elől, egyrészt mert nem látjuk azt, amiben nem hiszünk, másrészt mert az önségítéssel gyógyult emberek nem jutnak el szakemberekhez.

Az önségítés definíciójának szélesítése

A szerző hangsúlyozza: fontos, hogy ismerjük az önségítő lehetőségek szélesebb repertoárját. A köztudatban is ismert önségítő könyvek és a 12 lépéses csoportmódszerek mellett számos egyéb lehetőség állhat rendelkezésre beleértve az autobiográfiákat, a filmeket, a „videoterápiát”, a „színházterápiát”. Az autobiográfia a problémát átélő személy visszaemlékezése, narratívája, így más szempontot képvisel, mint a terapeuta. A filmek, videók, színházi

előadások számos előnnyel rendelkeznek a könyvekkel szemben: élvezetesebb a nézésük, rövidebb időt igényelnek, többek számára vonzóbbak, könnyebben elérhetőek, illetve használatuk egyszerűbben beépíthető a hétköznapi szokásokba.

Még szélesebb perspektívából szemlélve önségítésnek tekinthetők az ön-változás erőfeszítései, mindenféle formális információ vagy vezetés hiányában. Ez azért figyelemre méltó, mert a viselkedéses változtatás ötlete, igénye szinte mindennapos (nagyobb események, évfordulók, jeles napok, mint az újév, ramadán, húsvét, 40. születésnap), amit érdemes felhasználni vagy figyelembe venni a pszichoterápiákban is.

Az önségítés sokféleségének kiaknázása

Az önségítés nem csak a változás keretében értelmezhető, más funkciói is fontosak; mint például az edukáció a betegséggel és a kezeléssel kapcsolatban, a motiváció bátorítása és fejlesztése, a kliens hatékonyságérzésének erősítése, vagy az univerzalitás érzésének erősítése (mások is járnak hasonló cipőben). Az önségítés ugyancsak alkalmazható a terápia során az adott üléshez kapcsolódva specifikus pontok és stratégiák hangsúlyozására, vagy a családtagok ismeretének és támogatottságának emelésére, illetve a szociális támogatottság erősítésére, biztosítására.

Jártasság szerzése az önségítésben

Fontos, hogy a szakember önmaga is legyen jártas az önségítő lehetőségekben: olvasson önségítő könyveket, autobiográfiákat, nézzon ilyen filmeket, illetve látogasson önségítő csoportokat.

A kliens önségítő tapasztalatainak felbecsülése

A terápia elején érdemes feltérképezni, hogy a személy milyen önségítő tapasztalatokkal, élményekkel, „praktikákkal” rendelkezik, hiszen ez nagyon informatív lehet a terápia menetére, lehetőségeire nézve. A terapeuta ezáltal is képet kaphat arról, hogy a korábbi erőfeszítésekből mi „vált be” leginkább a kliens számára.

A „nehéz” önségítő csoportok irányítása, támogatása

A szerző amellet érvel, hogy a szakember a nehezebb, „problémásabb” önségítő csoportok működését aktívan is támogathatja. A személyek körülbelül háromnegyed része sikertelen önségítő próbálkozások után fordul szakemberhez – ami azt jelenti, hogy a személy gyakran kudarcélménnyel érkezik a terápiára, ami egyúttal komolyan befolyásolhatja hatékonyságérzését. Ha a terapeuta képes a nehezebb önségítő próbálkozásokat támogatni, segíteni tudja, hogy a kliens benn tudjon maradni az elkezdett önségítő tevékenységekben. Ez a terápia kimenetelére is kedvező hatást fejthet ki.

Kézzelfogható támogatás biztosítása, amikor a kliens önségítő forrást vesz igénybe

A terapeuta specifikus lépéseket is tehet annak érdekében, hogy segítse a kliens önségítő tevékenységbe való bekapcsolódását, hogy így növelve az általa nyújtott terápia

hatékonyágát. Kézzelfogható támogatásnak számít, ha a szakember kedvezően áll hozzá az önsegítő tevékenységekhez (ez a klienst segíti abban, hogy céljai mellett kitartson); ha járatos az elérhető önsegítő lehetőségekben; ha a terápia alatt segít felvenni a kapcsolatot önsegítő csoporttal, ha biztosítja önsegítő könyvek/auto-biográfiák elérhetőségét, illetve konkrét filmeket, internetes oldalakat ajánl.

A szakember kutatások által támogatott önsegítő lehetőségeket ajánljon

Természetesen lényeges, hogy a szakember az adott környezetben „tesztelt” lehetőségeket ajánlja a kliensnek; amelyek mások számára hatékonyak bizonyultak. Ez nem könnyű feladat, hiszen az önsegítő könyvek 95%-a, az internetes anyagoknak pedig 99%-a nem „ellenőrzött” a hatékonyság vagy biztonságosság szempontjából. E probléma áthidalására a szerző azt tanácsolja, hogy mivel a gyakorlati szakembereknek nincs idejük mindent elolvasni, mindenben tájékozódni, érdemes szakmai együttműködésre törekedniük, akár egy professzionális „önsegítő oldalt” létrehozniuk közösen kialakított vélemények alapján.

Az ajánlás a személynek szóljon, ne pusztán a betegségnek

Az önsegítő lehetőségek ajánlásánál fontos, hogy a terapeuta figyelembe vegye a személy egyéni jellemzőit, így nemét, életkorát, vallását, szexuális orientációját, etnikumát, foglalkozását; preferenciáit (szeret-e olvasni, van-e számítógépe, el tud-e menni moziba...); a betegség fázisát; illetve, hogy a kliensnek milyen magyarázatai vannak a betegségéről.

Az önsegítő lehetőségeket ne csak betegség esetén, hanem életszakaszok váltása („átmenetek”) során is ajánljuk

Az önsegítő lehetőségekből érkező segítségre valószínűleg sokkal gyakrabban szükség lehet, nem csak a betegségek idején. Ilyen „kritikus” időszakok lehetnek például a terhesség, a kisgyermek nevelése, a serdülőkor, a házasság, a válás vagy a gyász. Általános szükséglet lehet a „növekedés” vagy az „önaktualizáció” megtámogatása.

Alkalmazzuk az önsegítést a várakozás időszakában és „fenntartó kezelésként”

Az önsegítés nemcsak a terápia folyamatába integrálódhat, hanem kifejezetten hasznos lehet abban az időszakban, amíg a kliens vár a terápiára (pl. várólistára kerül). Ilyenkor mozgósíthatja a természetes gyógyulási folyamatokat, illetve erősítheti a terápia szükségességének érzését. A terápia lezárása után az önsegítő tevékenység pedig segíthet fenntartani a terápia kedvező hatását.

Az önsegítéssel kapcsolatos szokásos aggodalmak végiggondolása

Az önsegítéssel kapcsolatban számos negatív előfeltevés, indokolatlan aggodalom élhet a szakemberekben, amelyeket mindenképpen érdemes alaposan végiggondolni, kritikusan vizsgálni.

Az egyik ilyen elképzelés, hogy az önségítő lehetőség eltántorítja a klienst a professzionális segítség és a gyógyszeres kezelés igénybevételétől. A másik, hogy az önségítő lehetőség inkompatibilis a kezelés filozófiájával. Mindkét eset előfordulhat, de a szerző rámutat arra, hogy ezek alapvetően ritkák, s a kölcsönösen elfogadó hozzáállás csökkentheti a fenti problémák esélyét. Ugyancsak gyakori az az aggodalom, hogy az önségítés károkat okozhat. Az eddigi vizsgálatok eredményei szerint – a „kontrollált” önségítő lehetőségeknél – a káros hatások 1–3% között mozognak, ami alacsonyabb, mint a professzionális kezelés esetében.

A szakemberek attól is tartanak, hogy a terápia – az önségítés integrálásával – a nyílt edukáció irányába tolódik. Természetesen ez lehetséges, de a szerző úgy érvel, hogy ez nem feltétlenül hátrány, mert a terápiás tapasztalat mellett az edukációs szempontok egyre inkább előtérbe kerülnek, különösen az egészségfejlesztő gyakorlatban.

Együttműködés az önségítő szervezetekkel

Kiemelt terület az önségítő szervezetekkel való megfelelő kapcsolattartás, s ennek publikálása. Ennek érdekében a szakemberek vegyenek részt az önségítő szervezetek programjain, tartsanak prezentációkat, helyezték el a rendelőjükben az önségítő lehetőségekről szóló szórólapokat, informatív írásos anyagot. Fontos azonban, hogy az együttműködés során kerülni kell a kontrollra törekvést, az átszervezési szándékot és az önségítő szervezetek életébe való komolyabb beavatkozást!

Az önségítő módszerek, lehetőségek integrálása a képzése

Az önségítés általában nem része (vagy csak elvétve) az egyetemi, professzionális képzésnek. Ezért egyéb lehetőségeket is meg kell ragadni, hogy a leendő szakemberek kellő tapasztalatot szerezzenek, s nyitottabbakká váljanak. Ennek érdekében érdemes a képzésre önségítő csoportok/szervezetek képviselőit meghívni, vagy inspirálni a diákokat, hogy ők maguk vegyenek részt ilyen csoportokban, illetve olvassanak önségítő könyveket, autobiográfiát.

A SZAKEMBEREK EGYÉB LEHETŐSÉGEI AZ ÖNSEGÍTÉS TÁMOGATÁSÁRA

Számos szerző felhívja a figyelmet arra, hogy az önségítő anyagok, lehetőségek tematikájának kidolgozásában szintén fontos szerepe lehet a szakembereknek, illetve a szakemberek által végzett vizsgálatoknak, amelyek a páciensek élményeire, megküzdési próbálkozásait, azok sikerességét vizsgálják. Kennedy és munkatársai (2003) tanulmánya egy ilyen konkrét próbálkozásra mutat példát egy, az irritábilis bélszindrómában szenvedők önségítő könyvének a kidolgozásával, amelyhez betegekből szereződött fókusz-csoportok tanulságait hívták segítségül.

Ahogy Norcross (2006) ajánlásai között megfogalmazta, a szakembereknek kiemelt szerepe lehet a megjelent, vagy interneten elérhető önségítő anyagok összegyűjtésében,

szelekciójában, véleményezésében, hiszen ezen tapasztalatok által mérhető fel az önsegítő anyagok színvonala, és tehetők javaslatok ezek használatára. A szakirodalomban már kezdenek megjelenni azok a publikációk, amelyek a különböző témákban összegyűjtött önsegítő irodalmak és egyéb lehetőségek áttekintéséről szólnak. Az önsegítő csoportokkal és lehetőségekkel kapcsolatban a szakma egyik kiemelt feladata a módszerek hatékonyságának vizsgálata, összevetése.

Bár az önsegítő csoportok eredeti definíciójának értelmében olyan szerveződésekről van szó, amelyek nem szakemberek által kezdeményezettek – sőt szakemberek nem is vesznek részt a csoportokon –, újabban egyre gyakrabban találkozhatunk azzal, hogy a definíciónál „megengedőbb” a gyakorlat. A szakemberek kezdeményezik az önsegítő csoportok megalakulását, vagy ők maguk facilitátorként szerepet vállalnak.

Martin és Smith (1995) a facilitátor (aki lehet szakember, de lehet sorstárs is) „feladatának” tekintik, hogy segítsen a csoport összekovácsolásában, segítse a tagokat abban, hogy azonosítani tudják a saját és a csoport igényeit, hogy megértsék a helyzetüket, s hogy megfelelő megküzdési mechanizmusokat tudjanak kialakítani. E feladatok ellátásához fontos, hogy a facilitátorok megfelelő kommunikációs stílussal rendelkezzenek. Ez lehetővé teszi, hogy a csoportban nyíltan lehessen a félelmekről, frusztrációkról, félreértésekről beszélni, illetve hogy a fókuszban a segítség, egymástól való tanulás álljon, ne pedig a terápia irányába való eltolódás. A facilitátor abban is segíthet, hogy problémamegoldó képességének blokkolása nélkül a csoporttagok figyelmét az aktuálisan felmerült témákra irányítsa. Természetesen a facilitátoroknak van egy másik szerepköre is, amelyben a „fizikai keretek” biztosítása a cél; az időpontok szervezésének segítése, a helyszín biztosítása, az idői keretekre való odafigyelés, esetleg a komfortérzés növelése a terem rendezésével vagy étel-ital szervezésével. Az önsegítésben élenjáró intézmények facilitátor-képző tanfolyamokat is szerveznek, amelyek célja a kommunikáció segítése, a csoportdinamika bizonyos szintű megértése, a nehéz szituációk, illetve „nehéz” tagok kezelésének támogatása. Ugyancsak fontos kérdéskör, hogy hogyan lehet komfortossá tenni az újonnan érkező tagok bekapcsolódását, illetve hogy hogyan és mikor érdemes a csoportot lezárni.

AZ ÖNSEGÍTÉS A PSZICHOSZOCIÁLIS PROBLÉMÁK KEZELÉSÉBEN

Fejezetünk korábbi szakaszaiban már számos példát mutattunk be, a pszichoszociális problémákkal való megküzdés önsegítő módszereire. Pszichoszociális problémák alatt értjük mindazokat a helyzeteket, amelyek a személyt akadályozzák az optimális életvitelben, társas kapcsolatainak ápolásában, képességei kibontakoztatásában. Idetartozhat például a gyász, a kapcsolati depriváció, trauma, testi vagy értelmi fogyaték, szociális helyzet, kisebbséghez való tartozás, mentális betegségek, addikciók, pszichoszomatikus, krónikus szomatikus, illetve szomatizációs betegségek.

Terjedelmi korlátok miatt nem tudjuk részleteiben ismertetni az egyes pszichoszociális problémák önségítéssel való kezelési lehetőségeit. Jelen tanulmányban az egészségpszichológiai fókusz szem előtt tartva a krónikus betegségek önségítő csoportjainak fajtáiból és eredményességéből adunk ízelítőt.

Az önségítő csoportok szerepét a krónikus testi betegségekben számos országban felismerték, sőt fejlesztésük egészségpolitikai feladattá vált. Ennek oka nyilván abban a változásban keresendő, amely a 20. század második felében az egészségügy fő kihívásainak átrendezésében gyökeredzik, vagyis a krónikus betegségek, és az azokkal való együttélés fókuszba kerülésében. Carmel és munkatársai (2009) például megfigyelték, hogy az ausztrál egészségügyi ellátó-rendszerben számos változást fogantatottak annak érdekében, hogy megfelelő „krónikusbetegség-orientált”, biomedikális szemléletű egészségügyi rendszer jöjjön létre. Úgy tűnik azonban, hogy a bevezetett változások, modellek nem hozták meg a várt eredményt, aminek következtében a krónikus betegséggel élők ugyanazokkal a nehézségekkel küzdenek. Újabb segítséget az önségítő csoportok tapasztalataitól várnak, ennek érdekében, különböző betegségekben szenvedő, önségítő csoportba járó személyekkel szerveznek fókuszcsoportokat, hogy tisztábban lássák, mire is van szükségük a krónikus betegségekben szenvedő személyeknek.

Meyer és munkatársai (2004) utalnak arra, hogy az ezredforduló tájékán a német egészségügyi rendszerben is igen komoly szerepet töltenek be az önségítő csoportok. A pszichiátriai betegségek és pszichoszomatikus betegségek esetén igen számottevőek az önségítő csoportok, aminek ezekkel a betegségekkel együtt járó interszociális problémák és a stigmatizáció lehet az egyik fő oka. A német állam önségítést támogató központokat hozott létre, amelynek keretében szakemberek (pszichológusok, szociális munkások és egyéb rokonszakmák) segítik az önségítő csoportok és lehetőségek kibontakozását. A szerzők áttekintő tanulmányukban elemzik a több mint 4000 önségítő csoport jellemzőit, funkcióit, illetve hogy milyen az elfogadottságuk a pszichoterapeuták között. Úgy vélik, hogy az önségítő csoportok valóban fontos szerepet töltenek be a német egészségügyben, hatalmas a kínálatuk (bár nem egyenletes), megfelelőek a külső feltételeik, de alaposabb vizsgálatra lenne szükség hasznosságuk megítéléséhez.

A krónikus testi betegek önségítő csoportjainak számáról és a lakosság részvételének arányáról nincs pontos képünk. Az Amerikai Egyesült Államokban az ezredforduló tájékán arról szóltak az adatok, hogy a lakosság közel 20%-a kapcsolódik be önségítő csoportba élete folyamán (ez az adat nem tartalmazza az Anonym Alkoholista csoportba járókat), s a krónikus betegek/fogyatékkal élők csoportjaiba pedig a lakosság 0,7%-a (WUTHNOW 1994; KESSLER et al. 1997). Meyer és munkatársa (2004) szerint Németországban meglepően kevés felmérés létezik a nem addiktológiai vonatkozású csoportok gyakoriságának és részvételi arányának áttekintésére.

A bekapcsolódási arány egyszerű mutatója mellett az is fontos információ lehet, hogy kik azok, akik szívesen vesznek részt önségítő csoportok munkájában, milyen arányú a lemorzsolódás, s mik a csoportból való kimaradás okai.

Voerman és munkatársai (2006) a témához kapcsolódva arra keresték a választ, hogy mi különbözteti meg azokat a prosztatadaganattal diagnosztizált férfiakat, akik tagjai egy támogató önszolgáltató szervezetnek azoktól, akik nem tagjai. Eredményeik szerint a tagok fiatalabbak, magasabb szocioökonómiai státusszal rendelkeznek, és magasabb mértékű distresszről számolnak be. Ezeket az eredményeket a szerzők úgy értelmezik, hogy a fiatalabb, magasán képzett személyek aktívabban szeretnék részt vállalni a saját betegségük alakulásában, illetve hogy a magasabb distressz – megfelelő megküzdési készségek hiánya – esetén a személyek nagyobb szükségét érzik az érzelmi támogatásnak, amit sokkal inkább a sorstársaktól, mintsem az orvostól kaphatnak meg. A tagok továbbá elégedetlenebbek az egészségügyi ellátással, illetve az ott kapott információkkal, ami szintén szerepet játszhat abban, hogy az önszolgáltató-támogató szervezet felé orientálódnak.

Sandaunet (2007) mellrákkal diagnosztizált nőknél vizsgálta az online önszolgáltató csoportba való belépés, a csoportban való bennmaradás és a csoportból való kilépés fő okait. A szerző 2003 októberében létrehozott egy általa moderált internetes felületet, ahová mellrákkal diagnosztizált nők kaptak meghívást. A lap tizenöt hónapon keresztül működött, átlagosan napi 2,5 üzenettel. A szerző később interjúkat készített a lehetőséget használó és nem használó – be sem lépő vagy kimaradó – személyekkel. Az interjúk alapján az körvonalazódott, hogy a lehetőséget igénybe nem vevők elsősorban a nehéz internetelérhetőséget, illetve a webfelülettől való idegenkedést – vagyis alapvetően technikai problémákat – jelölték meg a háttérben maradásuk okaként. A „csoporttól” való távolmaradás, illetve abból való kilépés háttértényezői további öt fő téma köré csoportosultak.

1. A személyek szerették volna elkerülni, hogy a mellrákkal kapcsolatban további fájdalmas részleteket megtudjanak, mivel nem akartak olyan témákkal szembesülni, mint az áttétek előfordulása vagy a halál lehetősége.
2. Többen úgy vélték, hogy „nem elég betegek” a csoporthoz; így nem illenének a csoportba, vagy a témák számukra nem lennének relevánsak, inkább technikai információkra lenne szükségük, nem pedig élményekre. Olyanok is voltak, akik nem szerettek volna túl sok helyet hagyni a betegségnek a mindennapi életükben, vagy úgy érezték, hogy lelkileg „túljutottak” a betegségen.
3. A személyek egy része félt attól, hogy nem tudna legitim pozíciót szerezni a csoportban, például állandó panaszzkodásával rossz érzéseket keltene másokban; illetve hogy viselkedése nem lenne a csoport által elfogadható.
4. A mindennapi élet megszervezése (szerepek, kötelezettségek, elfoglaltságok) is visszafogó tényezőnek bizonyult. Az is előfordult, hogy a szociális környezet (pl. férj) ellenezte a „csoport” használatát, mert attól tartott, az negatív hatást fog gyakorolni a személyre.
5. Az interjúk azt is feltárták, hogy vannak olyan betegségszakaszok, amelyek nem motiválnak önszolgáltató csoportban való részvételre. Ilyen lehet, amikor a személy gyógyul, s „eltűnik” a csoport iránti szükséglete; vagy depressziós, s a csoportban nem talál támaszra.

Azok a személyek, akik igénybe vették az online önssegítő lehetőséget, az interjúk alapján az élménymegosztást tartották a legfontosabbnak. Bár a vizsgálatban egy specifikus betegcsoport specifikus önssegítő lehetősége jelent meg; az interjúkkal nyert tapasztalatok ennél sokkal szélesebb körben alkalmazhatók. Egyrészt felhívják a figyelmet arra, hogy az önssegítő csoportoktól való távolmaradást természetesként kell elfogadni, hiszen elsősorban a személyeknek kell érezniük, hogy mikor mire van szükségük. Ezek a tapasztalatok ahhoz is támpontot adhatnak, hogy mik lehetnek az önssegítő csoportoknak azok a jellemzői, amelyek bizonyos személyek számára elidegenítőek. További kérdés, hogy az ilyen kliensek esetében milyen lehetőségek állnak rendelkezésre, hogy ők is megfelelő támogatásra leljenek. Az interjúkkal nyert információk jelzik, hogy milyen élmények, nehézségek, témák jelenhetnek meg az önssegítő csoportokban, amelyek bizonyára a csoporttörténeteket is befolyásolhatják.

*AZ ÖNSEGÍTŐ CSOPORTOK HASZNA ÉS LEHETSÉGES VESZÉLYEI
KRÓNIKUS TESTI BETEGSÉGEKBEN*

Az önssegítő csoportok és lehetőségek elterjedésének hatására az egészségügyben érintett szakembereket egyre inkább érdekelni kezdte, hogy az önssegítő lehetőségek valóban hatékonyak-e, melyek a fő hozományaik, illetve milyen veszélyeket rejthetnek magukban. A kérdések megválaszolására kvalitatív és kvantitatív vizsgálatok is születtek, amelyek megpróbálják felvázolni az önssegítő csoportok és egyéb önssegítő technikák individuális, szociális és gazdasági hatásait. Mivel egy-egy krónikus betegség esetében a fellelhető irodalom még nem eléggé bő, számos betegséggel kapcsolatos eredményt ismertetünk.

Az önssegítő tevékenység hatása a tünetekre, funkcionálásra és életminőségre: Számos hatásvizsgálat azt találta, hogy az önssegítő csoport, vagy tevékenység hatására az adott betegség zavaró tünetei (pl. fájdalom, gátoltság) szignifikánsan csökkentek, illetve hogy a betegek az életminőség javulásáról számoltak be. Például Lorig és munkatársai (2005) hathetes arthritiszes önssegítő/támogató csoport hatásaként leírták, hogy emelkedett a személyek életminősége, javult az egészségmagatartása, növekedett a hatékonyságérzése és csökkent az orvoslátogatások száma. A szerzők arra is rámutatnak, hogy ha nincs lehetőség „betegségspecifikus” önssegítő csoportban való részvételre, hasonló eredményeket hoz, ha a személyek krónikus betegek általános önssegítő csoportjába kapcsolódik be (itt többféle betegséggel küzdő személyek vannak jelen). Ugyancsak arthritiszes betegek önssegítő csoportjának jótékony hatásáról írnak Kruger és munkatársai (1998), akik a csoportot hatékonynak találták a fájdalom csökkentésében. A fájdalom – ami az arthritiszes betegek egyik legátlóbb tünete – 20%-kal csökkent ahhoz a csoporthoz képest, amelyik csak a szokásos orvosi ellátást kapta.

Más krónikus fájdalommal élő személyekről is vannak hasonló adataink; krónikus derékfájással élők esetében öt hónapos önssegítő csoportban való részvétel a személyek fizikai funkciójának szignifikáns javulásával járt (SUBRAMANIAM et al. 1999); Lorig

és munkatársai (2002) pedig krónikus hátfájásos betegek esetében egy szakemberek által moderált e-mailes beszélgetőcsoport pozitív hatását mutatták ki a fájdalom és a betegséggel együtt járó gátoltság csökkenésében.

Krónikus vagy visszatérő fejfájással küzdő gyermekek, illetve serdülők esetében mind az önsegítő (kognitív viselkedésterápiás elemeket tartalmazó) irodalom, mind pedig az internetalapú önsegítő tréning hatékonynak bizonyult a fejfájások gyakoriságának és erősségének csökkentésében (KROENER-HERWIGA-DENECKEB 2002; TRAUTMANN-HERWIG 2010).

Az önsegítő tevékenység hatása a pszichoszociális változókra: Az önsegítő tevékenységek tünetet csökkentő, illetve életminőséget növelő hatásán túl számos olyan következményt leírnak, amelyek a személyek pszichológiai vagy szociális készségének javulásával kapcsolatosak, s amelyek indirekt módon komoly szerepet játszhatnak a betegséghez való jobb alkalmazkodásban.

Usshera és munkatársai (2006) kilenc ausztrál daganatos önsegítő csoport tagjaival végzett interjúk alapján azt találták, hogy a résztvevők szerint a csoport számos olyan segítséget nyújt, ami máshonnan nem érhető el. Így kiemelték az összetartozás sajátos érzését, a feltétel nélküli elfogadást, az információkat a betegségről és a kezeléssel. A csoport továbbá érzelmi kihívást, változatosságot jelentett a tagoknak a mindennapokban, illetve segítette a családtagokkal és barátokkal való kapcsolatot is, mert lehetőséget szolgáltatott az érzelmek kifejezésére. Szintén jelentősnek tartották, hogy a csoport hatására emelkedett a résztvevők betegséggel kapcsolatos hatékonyság- és kontrollérzése, s ez kihatott a másokkal és az orvosokkal való kapcsolatra is. Hasonlóan, a hatékonyságérzés emelkedését hangsúlyozzák Uden-Kraan és munkatársai (2008), akik mellődaganatos, fibromialgiás és arthritisztes önsegítő betegcsoportok hatásait részletesebben elemezve leírták: a személyek a betegségüktől függetlenül arról számoltak be, hogy nőtt a betegséggel kapcsolatos hatékonyságérzésük (*empowerment*), s ez elsősorban a „megszerzett” információknak, illetve a szociális jóllét növekedésének volt köszönhető.

Kroener-Herwiga és Deckneb (2002) 10–14 éves fejfájós gyermekek esetében vizsgálták a terapeuta által vezetett és önsegítő irodalom által végzett kognitív viselkedésterápiás intervenció hatását. Eredményeik azt mutatták, hogy mindkét lehetőség közel azonos hatékonysággal csökkentette a fejfájások gyakoriságát és erősségét. A kedvező hatás az utánkövetés során emelkedett ki, amit a szerzők az önmenedzselés fejlődésével magyaráztak. Az adaptív megküzdési stratégiák (kognitív újrastrukturálás és relaxáció) használata emelkedett meg az intervencióban részt vevőknél, s egyúttal pozitívan változott meg az énképük.

Robinson és munkatársai (2006) irritábilis bélszindrómában szenvedő személyek esetében vizsgálta kétféle önsegítő „eszköz” – egy önsegítő könyv és önsegítő csoport – hatását. Az önsegítő könyv fókuszcsoportok tapasztalatai alapján dolgozott fel és kínált fel tematikákat, az egy alkalmas, kétórás csoportülés pedig „tapasztalatcserén” alapult. A fő eredményen túl – mely szerint csökkent az egészségügy igénybevétele – a szerzők

még kiemelik, hogy az önségítő könyv hatására emelkedett a betegséggel való megküzdésben az önaktivitás mértéke, s bizonyos egészségmagatartások gyakorisága (diéta, relaxáció). Az egy alkalmas csoportfoglalkozás nem volt hatékonyabb az önségítő könyv olvasásánál, aminek az oka az lehet, hogy rövid volt a kétórás csoportlehetőség; de a szerzők azt is felvetik, hogy elképzelhető, hogy IBS-ben a betegség jellege miatt eleve nem biztos, hogy a csoportforma a legjobb módszer az önségítésre.

Dibb és Yardley (2006) Menier-betegségben szenvedők között vizsgálta, hogy az önségítő csoportok jótékony hatása az életminőségre milyen kapcsolatot mutat a társas összehasonlítással. Eredményeik szerint a pozitívan interpretált lefelé történő társas hasonlítás van összefüggésben a jobb életminőséggel. A longitudinális elemzés ugyanakkor a fölfelé történő, negatív interpretációjú összehasonlítás lehetséges hátrányaira hívja fel inkább a figyelmet. A szerzők megerősítik azt a korábban többek által leírt összefüggést, hogy a nagy mennyiségű, negatív interpretációjú társas összehasonlítás kedvezőtlen kimenetekkel járhat.

Kurtz (1997) épp az önségítő csoportok szociális közegének különlegességét, s az ezzel együtt járó hozományokat hangsúlyozza. Úgy véli, hogy nagyon fontos jelenség, hogy a csoport önmagával kapcsolatos narratívája beépül a résztvevők személyes narratívájába, befolyásolja élettörténetüket; az identitásuk részévé válik. Ezáltal belső erőt szolgáltat, önbizalmat, öndeterminációt fejleszt, és belső forrásokat mobilizál.

Pistrang és munkatársai (2008) metaelemzésbe vont korábbi tizenkét tanulmányt. Ezek közül három krónikus betegek, négy depresszióval, illetve szorongással küzdők, öt pedig gyászolók önségítő csoportjainak hatékonyságáról szólt. A tizenkét esetből hétben bizonyítékokat találtak arra, hogy az önségítő csoport pozitív hatással van a résztvevőkre. Ezek közül két randomizált kutatás azt mutatta ki, hogy az önségítő csoportban való részvétel pont olyan jó hatásfokú, mint a hagyományos, szakember által nyújtott pszichológiai intervenciók. Öt tanulmányban nem találtak különbséget azok között, akik tagjai voltak az önségítő csoportnak és akik nem voltak résztvevők. Egy tanulmányban sem mutattak ki negatív hatásokat. Nem közölnek arra vonatkozó adatot, hogy az önségítés egyes problémák kezelésében hatékony lenne, másokéban viszont nem. A szerzők javaslatokat is megfogalmaznak az önségítő és támogató csoportok jövőbeli kutatásához. Felhívják a figyelmet arra, hogy a jövőben a globális hatások helyett érdemes részletes hatásvizsgálatokat végezni. Ígéretes kutatások kiindulópontjának tartják azt a megállapítást, hogy azok a személyek nyernek a legtöbbet a csoportból, akik képesek és készek a többi csoporttaggal erős szociális kapcsolatokat kialakítani.

A nyugati társadalmakhoz hasonlóan a kínai önségítő csoportok is jótékonyan hatnak a résztvevők lelkiállapotára, társas és megküzdési készségeire. Mok (2001) szerint ez a pozitív hatás nem csupán a problémamegoldási, szociális készségek erősödésében, de tágabb kontextusban a személyes és kollektív erő növekedésében is megnyilvánul. Az önségítő csoportok tevékenysége – amellet, hogy a résztvevők problémájuk megoldásához támogatást kapnak egymástól – a felelősség, a társadalmi szerepvállalás, a szociális változások kérdéseivel is összefügg. A tagok szociális tudatosságának növelése

ilyen értelemben az önségítő csoportokat politikai tényezővé teszi (GARTNER–RIESSMAN 1998), sőt Mok és Leung (2005) egyenesen amellet érvel, hogy az önségítő csoportok politikai erőnövelésére is szükség van.

Az önségítő csoportok és tevékenységek költséghatékonysága: Az egészségügyi rendszerek, szervezetek szempontjából a szomatikus és pszichoszociális mutatók javulása mellett nem elhanyagolható szempont az önségítő tevékenységek költséghatékonyságának kérdése sem. Számos krónikus betegségben, számos önségítő tevékenységgel kapcsolatban végeztek elemzéseket, amelyek egybehangzóan azt mutatják, hogy „megéri” az önségítő tevékenységekbe, szervezetekbe befektetni, mivel kis ráfordítással komoly megtakarítást jelenthetnek az egészségügynek.

Lorig és munkatársai (2002, 2005), valamint Kruger és munkatársai (1998) arthritisz és krónikus hátfájásos betegek önségítő csoportjaival kapcsolatban írták le, hogy jelentősen csökkent az orvoslátogatások száma. Subramaniam és munkatársai (1999) derékfájásos betegeknél is hasonló eredményekről számoltak be. Kruger és munkatársai (1998) az orvos- és szakorvos-látogatások gyakoriságát, illetve az utazási költségeket figyelembe véve kiszámították, hogy az általuk vizsgált négyéves időtartamú program jelentős költségmegtakarítással járt, ami elsősorban az orvoslátogatások csökkenésének volt köszönhető. Robinson és munkatársai (2006) irritábilis bélszindrómában vizsgálták egy önségítő könyv költségekre gyakorolt hatását, s azt találták, hogy csökkent az egészségügy igénybevétele (a háziorvos felkeresése 60%-kal, kórház felkeresése 40%-kal), s ezáltal az ellátás költségei.

Az önségítő csoportok, tevékenységek lehetséges hátrányai, veszélyei: Az önségítő csoportok, tevékenységek természetesen nemcsak előnyökkel járhatnak, hanem hátrányokat, veszélyeket is jelenthetnek. Uden-Kraan és munkatársai (2008) vizsgálták, hogy szomatikus betegségek esetében megjelennek-e az online önségítő csoportok vélt hátrányai, például az elérhető információk minőségi kontrolljának hiánya, vagy a csoportnak a szociális közegre való kihatása. Online önségítő csoportba bekapcsolódott melldaganos, fibromialgiás és arthritisz személyek üzeneteinek tartalomelemzésével próbálták választ találni erre a kérdésre. Nyolc német online önségítő csoport „üzenetforgalmát” töltötték le és elemezték három hónapon keresztül, s három (a tartalomra vonatkozó, az önségítő mechanizmusra vonatkozó és a lehetséges hátrányra vonatkozó) kódrendszer segítségével kódolták az adatokat. A potenciális hátrányok között négy témacsoport szerepelt: az aszinkron kommunikációból fakadó hátrányok, az orvosi információk nem megfelelő minősége, az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó megjegyzések, illetve a negatív jelzések a betegséggel, vagy betegtársakkal kapcsolatban. A válaszok elemzéséből a szerzők számunkra talán legfontosabb megállapítása az, hogy a vélt hátrányok igen kis arányban jelentek meg az online önségítő csoportot használók üzeneteiben.

Mok (2001) kínai önségítő csoportok esetében foglalkozott azzal, hogy a személyek tapasztaltak-e valamilyen negatív hatást. Az említett negatív élmények között szerepelt az, hogy a személy úgy érezte, hogy a csoport többi résztvevője konformitásra kényszeríti, illetve elnyomja őt. Kicsit kisebb gyakorisággal, de arról is beszámoltak, hogy feles-

legesnek érezték magukat. Smokowski és munkatársai (2001) 33 résztvevővel készült mélyinterjúk kutatása kimutatta, hogy az egyének, a csoport és a vezető egyes tulajdonságai is károsító hatásúak lehetnek. Az önségítést támogató intézmények és szakemberek feladata, hogy a kártékony hatások kockázatát minimalizálják.

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy az önségítés módszerei – az eddigi kevés tudományosan megalapozott bizonyíték alapján – hatékony eszköznek tűnnek a problémák kezelésében. Főleg azok a módszerek (csoportok, könyvek) lehetnek jótékonyak, amelyek az adott probléma megoldására fókuszálnak, s azoknak a személyeknek lehet hasznára az önségítés, akik aktívan bevonódnak mind az egyéni, mind a társas önségítési formákba. A jótékony hatást befolyásolhatja a személy – önségítő csoporton kívüli – szociális hálóját. Az eddigi bizonyítékok alapján úgy tűnik, hogy pont azok a személyek hajlamosabbak bekapcsolódni az önségítő csoportok tevékenységébe, akik amúgy is jobb társas készségekkel, kiterjedtebb baráti kapcsolatokkal rendelkeznek. A professzionális gyógyítónak ezért az önségítő csoportokra érdemes úgy (is) tekinteni, mint a szociális készségeket fejlesztő terepre.

IRODALOMJEGYZÉK

- ANTAL Z. L. (1991): Önségítő csoportok az egészségügyben. *Esély*, 3(3). 115–128.
- ANTAL Z. L. (1995): A gyógyítás társadalmi beállítottsága. *Szociológiai Szemle*, 5(2). 3–23.
- BARÁTH Á. (2005): Önségítő csoportok, társadalmi szolidaritás és szociális munka a 21. század közepén: kritikai áttekintés. *Civil Szemle*, 2(4). 45–76.
- BARTOS É. (2001): A biblioterápia mint speciális olvasószolgálati tevékenység. *Könyvtári levelező/lap*. 13(7–8). 12–14.
- BÁNYAI É. (2008): A hipnoterápia mint önálló pszichoterápiás modalitás. In: BÁNYAI É. – BENCZÚR L. (szerk.) *A hipnózis és a hipnoterápia alapjai. Szöveggyűjtemény*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- BERGSMAN, A. (2008): Do self-help books help? *Journal of Happiness Studies*, 9(3). 341–360.
- BROWN, L. D. et al. (2008): Introduction to the special issue on mental self-help. *American Journal of Community Psychology*, 42(1–2). 105–109.
- BUDA B. (1992): Önségítő csoportok támogatása Európában. *Orvosi Hetilap*, 133(15). 949–950.
- BUTLER-BOWDON, T. (2001): *50 Self-Help Classics: 50 Inspirational Books to Transform Your Life*. Nicholas Brealey, London and Boston.
- CAPLAN, G. (ed.) (1964): *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books, Oxford, England.

- CARMEL, M. M. et al. (2009): Care for chronic illness in Australian general practice – focus groups of chronic disease self-help groups over 10 years: implications for chronic care systems reforms. *Asia Pacific Family Medicine*, <http://www.apfmj.com/content/8/1/1>
- CSATÓ Zs. (1993): Beszélgetés Alfred Katz professzorral. *Szenvedélybetegségek*, 1(4). 303–304.
- CSÍKSZENTMIHÁLYI M. (1997): *Flow – az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- DIBB, B. – YARDLEY, L. (2006): How does social comparison within a self-help group influence adjustment to chronic illness? *Social Science & Medicine*, 63. 1602–1613.
- DICK, B. (1998): *The Akron Genesis of Alcoholics Anonymous*. Paradise Research Publications, Hawaii.
- DOLL, B. – DOLL, C. (2000): A biblioterápia meghatározása. *Könyv és nevelés*, 2(3). 5–26.
- ESTERLING, B. A. et al. (2003): Az érzelm kifejezés írásban és szóban egyaránt befolyásolja a látens Epstein-Barr vírus elleni antitest titert. In: URBÁN R. (szerk.): *A magatartás. A lelki élet és az immunrendszer kölcsönhatásai*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 227–250.
- FOX, S. – RAINIE, L. (2002): *Vital Decisions: A Pew Internet Health Report*. Pew Internet & American Life Project, Washington.
- GARTNER, A. J. (1997). Professionals and self-help: Can they get along? *Social Policy*, 27(3). 47–52.
- GARTNER, A. – RIESSMAN, F. (1998): Self-help. *Social Policy*, 28(3). 83–86.
- GEREVICH, J. (1989): Self-help in Hungary. *Health Promotion*, 4(4). 269–275.
- GROSSBART, T. A. – SHERMAN, C. (1992): *Skin Deep: A Mind/Body Program for Healthy Skin*. Health Press, Albuquerque, New Mexico.
- GOSZTONYI G., PIK K. (1998): *A szociális munka szótára*. Grafit Kiadó. Budapest.
- HALLIDAY, G. (1991): Psychological self-help books – How dangerous are they? *Psychotherapy*, 28(4). 678–680.
- HITCHINS, K. (1995): Önszegélyező egyletek Magyarországon 1830 és 1941 között. *Esély*, 7(3). 89–110.
- HORRIGAN, J. B. et al. (2001): *Online Communities: Networks that nurture long-distance relationships and local ties*. Pew Internet & American Life Project, Washington.
- HUMPHREYS, K. et al. (1999) Do enhanced friendship networks and active coping mediate the effect of self-help groups on substance abuse? *Annals of Behavioral Medicine*, 21(1). 54–60.
- HURVITZ, N. (1974): Peer self-help psychotherapy groups: Psychotherapy without psychotherapist. In: ROMAN, P. M. – TRICE, H. M. (eds): *The sociology of psychotherapy*. Jason Aronson, New York. Idézi: GARTNER, A. J. (1997). Professionals and self-help: Can they get along? *Social Policy*, 27(3). 47–52.
- JACOBS, M. K. – GOODMAN, G. (1989): Psychology and self-help groups: Predictions and partnership. *American Psychologist*, 44(3). 536–545.
- JORM, A. F. et al. (2002): Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression. *The Medical Journal of Australia*, 176(10 Suppl.). 84–95.

- KÁLLAI J. (2007): Egészség és társas támogatás. In: KÁLLAI J. és mtsai (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest.
- KATZ, A. H. – BENDER, E. I. (1976): *The strength in us: Self-help groups in the modern world*. New Viewpoint, New York. Idézi: BARÁTH Á. (2005): Önszegítő csoportok, társadalmi szolidaritás és szociális munka a 21. század közepén: kritikai áttekintés. *Civil Szemle*, 2(4). 45–76.
- KENNEDY, A. et al. (2003): Incorporating patients' views and experiences of life with IBS in the development of an evidence based self-help guidebook. *Patient Education and Counseling*, 50. 303–310.
- KESSLER et. al. (1997): Patterns and correlates of self-help group membership in the United States. *Social Policy*, 27(3). 27–45.
- KILLIEA, M. (1976): Mutual help organizations: Interpretations in the literature. In G. CAPLAN – M. KILLIEA (eds): *Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations*. New York: Grune & Stratton. (34–62). Idézi: GARTNER, A. J. (1997): Professionals and self-help: Can they get along? *Social Policy*, 27(3). 47–52.
- KISHEGYI J. – MAKARA P. (szerk.) (2004): *Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai)*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.
- KITAYAMA, S. et al. (2004): Is there any “free” choice? Self and dissonance in two cultures. *Psychological Science*, 15(8). 527–533.
- KOVÁCH G. – BINDER P. (1981): *A céhes élet Erdélyben*. Kriterion Kiadó, Bukarest.
- KROENER-HERWIGA, B. – DENECKEB, H. (2002): Cognitive-behavioral therapy of pediatric headache. Are there differences in efficacy between a therapist-administered group training and a self-help format? *Journal of Psychosomatic Research*, 53. 1107–1114.
- KRUGER, J. M. S. et al. (1998): Cost-effectiveness of the Arthritis Self-Help Course. *Archives of Internal Medicine*, 158. 1245–1249.
- KULCSÁR Zs. (szerk.) (2005): *Téher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Trefort Kiadó, Budapest.
- KULCSÁR Zs. – KÖKÖNYEI Gy. (2004): A szomatizáció biológiai modelljei. Összefoglaló. In: KULCSÁR Zs. és mtsai. (szerk.): *Megmagyarázhatatlan testi tünetek. Szomatizáció és funkcionális stresszbetegségek*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 695–751.
- KURTZ, L. F. (1997): *Self-help and support groups: A handbook for practitioners*. Sage Publications, Thousand Oaks-London-New Delhi.
- LORIG, K. R. et al. (2002): Can a Back Pain E-mail Discussion Group Improve Health Status and Lower Health Care Costs? *Archives of Internal Medicine*, 162. 792–796.
- LORIG, K. et al. (2005): A Disease-Specific Self-Help Program Compared With a Generalized Chronic Disease Self-Help Program for Arthritis Patients. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 53(6). 950–957.
- LOTTERMAN, A. C. (1979): A questionnaire measure of psychological mindedness and the capacity to benefit psychotherapy. Unpublished manuscript.

- MARKUS, H. R. – KITAYAMA, S. (1994): A collective fear of the collective: Implications for selves and theories of selves. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(5). 568–579.
- MARTIN, B. S. – SMITH, A. (1995): The role of support group facilitator: Ensuring success. *Journal of Pediatric Nursing*, Vol. 10. No 6. 391–392.
- MATON, K. I. (1988): Social support, organizational characteristics, psychological well-being, and group appraisal in three self-help groups populations. *American Journal of community psychology*, 16(1). 53–77.
- MEYER, F. et al. (2004): Self-help groups for psychiatric and psychosomatic disorders in Germany – themes, frequency and support by self-help advice centres. *Journal of Public Health*, 12(6). 359–364.
- MOELLER, M. L. (1989): Önségítő csoportok létrehozásáról. Tapasztalatok összegzése résztvevők és szakértők számára. In: FRIDL J. (szerk.): *Önségítő csoportok. Laikusok önkéntes társulásai a humán szolgáltatásban*. Országos Egészségvédelmi Tanács Drogprogramja, Budapest. 49–80.
- MOK, B.-H. (2001): The Effectiveness of Self-help Group in a Chinese context. *Social Work with Groups*, 24(2). 69–89.
- MOK, B.-H. – LEUNG, T.-F. (2005): *Political empowerment of self-help groups: Findings and action implications from two empirical studies*. Social Welfare Practice and Research Centre, Department of Social Work, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong.
- NEMÉNYI M. – CSEPELI Gy. (1989): Önségítés és szociálpolitika. *Esély Társadalom- és Szociálpolitikai Folyóirat*, 1989/1. 88–92.
- NORCROSS, J. (2006): Integrating Self-Help Into Psychotherapy: 16 Practical Suggestions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(6). 683–693.
- PENNEBAKER, J. W. (2005): *Rejtett érzelmeink, valódi önmagunk*. Háttér, Budapest.
- PISTRANG, N. et al. (2008): Mutual help groups for mental health problems: A review of effectiveness studies. *American Journal of Community Psychology*, 42(1–2). 110–121.
- ROBINSON, A. et al. (2006): A randomised controlled trial of self-help interventions in patients with a primary care diagnosis of irritable bowel syndrome. *Gut*, 55. 643–648.
- ROSEN, R. D. (1977): *Psychobabble: Fast talk and quick cure in the era of feeling*. Atheneum, New York.
- SALERNO, S. (2005): *SHAM: How the self-help movement made America helpless*. Crown Publishers, New York.
- SANDAUNET, A. G. (2007): The challenge of fitting in: non-participation and withdrawal from an online self-help group for breast cancer patients. *Accepted for publication in Sociology of Health and Illness*.
- SMOKOWSKI, P. R. et al. (2001): Damaging experiences in therapeutic groups: How vulnerable consumers become group casualties. *Small Group Research*, 32(2). 223–251.
- SUBRAMANIAM, V. et al. (1999): The Development and Impact of a Chronic Pain Support Group: A Qualitative and Quantitative Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(5). 376–383.

- TÁTRAI Zs. – KARÁCSONY MOLNÁR E. (1997): *Jeles napok, ünnepi szokások*. Planétás-Mezőgazda, Budapest.
- TIRINGER I. (2007): Megküzdés (coping). In: KÁLLAI J. és mtsai (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest. 177–198.
- TÓTH Z. (2003): „Férfiak csinálják a történelmet.” A historizmus férfiszerepei. In: LÁCZAY M. (szerk.): *Nők és férfiak... Avagy a nemek története*. Nyíregyházi Főiskola Gazdaságtudományi Kar, Nyíregyháza. 11–40.
- TRAUTMANN, E. – HERWIG, B. H. (2010): A randomized controlled trial of Internet-based self-help training for recurrent headache in childhood and adolescence. *Behaviour Research and Therapy*, 48. 28–37.
- UDEN-KRAAN, C. F. et al. (2008): Coping with somatic illnesses in online support groups: Do the feared disadvantages actually occur? *Computers in Human Behavior*, 24. 309–324.
- USSHERA, J. et al. (2006): What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. *Social Science & Medicine*, 62. 2565–2576.
- VAN UDEN-KRAAN, C. F. et al. (2009): Participation in online patient support groups endorses patients' empowerment. *Patient Education and Counseling*, 74. 61–69.
- VARGA K. (2009): Szexualitás, szülés, kötődés: az oxitocin pszichoemotív hatásai. In: BAGDY E. és mtsai (szerk.): *Polihistória. Buda Béla 70. születésnapjára*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 449–476.
- VEKERDI J. (szerk.) (1989): *Buddha beszédei*. Helikon, Budapest.
- VOERMAN, B. et al. (2006): Features of members of a prostate cancer patients' association. *JMHG*, 3(4). 379–389.
- WILSON, D. M. – CASH, Th. F. (2000): Who reads self-help books? Development and validation of the Self-Help Reading Attitudes Survey. *Personality and Individual Differences*, 29(2). 119–129.
- WUTHNOW, R. (1994): *Sharing the journey: Support groups and America's new quest for community*. Free Press, New York.

KOMPLEMENTER ÉS ALTERNATÍV MÓDSZEREK – ELŐNYÖK ÉS HÁTRÁNYOK

DEFINIÍCIÓS PROBLÉMÁK ÉS JOGI HÁTTÉR

Egy természetgyógyászatról szóló fejezet elején magától értetődően annak meghatározása kellene, hogy álljon, hogy mit is értünk a természetgyógyászat kifejezés alatt. Ezen a ponton máris elbizonytalanodhatunk, hiszen ahány szerző, annyi meghatározás és ezek egyes elemei nagyon kevés ponton fedik egymást. Tekintsünk át néhány jellemző meghatározást!

Elsőként álljon itt az a definíció, amelyet a leendő természetgyógyászok tanulnak meg: „A természetgyógyászat hagyományokra alapozott ősi gondolat – eljárási rendszer, mely az élettani folyamatokba a szervezet ellenálló, öngyógyító erejének fokozásával avatkozik be. Ennek érdekében főként természetes anyagokat és módszereket alkalmaz, a makro- és mikrokörnyezet, valamint a test-lélek-szellem egységének átfogó figyelembevételével holisztikus elvű. A beteget aktív közreműködésre bírhatja a megelőzés, a gyógyítás és a rehabilitáció során” (TAMASI 2000).

Ha sorra vesszük e meghatározás elemeit, azt a következtetést szűrhetjük le, hogy a konkrét tartalmi elemeket külön-külön szemlélve nagyon nehéz valamilyen specifikus sajátosságot megragadni. Az egyes elemeket ugyanis abban az esetben tudnánk definícióként felhasználni, ha a hagyományos európai orvosláshoz képest (*hagyományos* alatt a továbbiakban a modern akadémiai orvoslást értjük) megkülönböztető jelleggel rendelkeznének – vagyis sem az orvostudomány területén nem találnánk olyan elemet, amely e kritériumelemeknek megfelel, sem a természetgyógyászati ágak között olyat, amelyik kilógna a sorból.

Ennek fényében tehát a definíció egyes elemei:

1. „...hagyományokra alapozott, ősi [...] rendszer”: e pont tehát kizárja a természetgyógyászati eljárások közül a mai, modern eljárásokat, mint a neuráalterápia, a vér-oxygenizáción alapuló eljárások, de akár idesorolhatnánk a homeopátiát is, hiszen ez utóbbi is „csak” 150–200 éves múltra tekint vissza, így semmiképpen sem nevezhető ősinnek;
2. „...az élettani folyamatokba a szervezet ellenálló, öngyógyító erejének fokozásával avatkozik be”: ez a kritérium a természetgyógyászati módszerek azonosítására abban az esetben lenne alkalmas, ha a hagyományos módszerek között ilyeneket nem talál-nánk. Mivel viszont a modern orvoslási eljárások egy része is a szervezet regenerációs folyamataira alapoz, így önmagában ezt a kritériumot sem nagyon tudjuk felhasználni;
3. „...főként természetes anyagokat és módszereket alkalmaz”: illet is találunk a hagyom-ányos orvoslás eszköztárában, pl. a fizioterápiák vagy a diétás irányelvek között;
4. „...a makro- és mikrokörnyezet, valamint a test-lélek-szellem egységének átfogó figyelembevételével holisztikus elvű”: a holisztika fogalmával alább részletesen fog-lalkozunk, itt csak arra hívjuk fel a figyelmet, hogy a holisztika a fogalom fellelhető magyarázatai alapján sokkal inkább szemléleti rendszer, semmint konkrét jellemzők gyűjteménye, így inkább a gyógyító megközelítésére és/vagy személyére s nem magára a gyógyító rendszerre lehet jellemző;
5. „A beteget aktív közreműködésre bírhatja a megelőzés, a gyógyítás és a rehabilitáció során”: mindez megközelítéstől függetlenül érvényes minden gyógyító tevékenységre. Gondoljunk csak az orvosi előírásokhoz való elvárt viszonyulás fejlődésére (passzív engedelmeskedés – *compliance*; a megbeszélésekhez való ragaszkodás – *adherence*; a kezelésre való motiváltság – *medication interest*) vagy az elsődleges/másodlagos/harmadlagos prevenció fogalmára, és azt látjuk, hogy ez a téma szintén nem a termé-szetgyógyászat kizárólagos sajátja, sőt olyan univerzális témája a különböző gyógyítási irányzatoknak, amelyben minden érintett a sikeres terápia egyik legfontosabb ténye-zőjét ismerheti fel.

Talán ebből a rövid áttekintésből is kitűnik, hogy már a természetgyógyászat önmeg-határozása is híven tükrözi a definícióval kapcsolatos bizonytalanságokat. Ezek a nehézségek már csak azért is jelentősek, mert maga a fogalom sem kellőképpen tisztázott, a magyar nyelvben elfogadott terminus technicus tulajdonképpen a hasonlóan bizonytalan jelentés-tartalmú német kifejezés (*Naturheilkunde*) tükörfordítása, szemben az egy konkrét gyógyítá-si irányzatot jelölő, angol *naturopathia* kifejezéssel (BUDA 2003). Ez a bizonytalanság a ter-mészetgyógyászat mint diszciplína identitáskeresésével is kapcsolatba hozható, hiszen a kilencvenes évek elején komoly viták folytak arról, hogy egy jobban megragadható elnevezéssel „komplementer” vagy „alternatív” gyógymódokról kellene-e inkább beszélni.

Ez a kérdés azért kavart viharokat, mert a két szó alapvető megközelítésmódbeli különbségeket takar: míg a „komplementer” kifejezés pártolói az egészséges orvosláson belül a tudományosan igazolt (akadémiai) eljárások kiegészítőjeként ragadják meg eze-

ket a módszereket, addig az „alternatív” megközelítés hívei éppen az ettől való távolságot, tulajdonképpen a kétféle megközelítés egymást kizáró jellegét hangsúlyozzák (BUDA 1997). S hogy ezt a kérdést máig nem sikerült megnyugtatóan lezárni, azt jól mutatja, hogy a kilencvenes évek második felétől a nemzetközi irodalomban a „komplementer és alternatív medicina” (CAM – *Complementary and Alternative Medicine*) elnevezés vált elfogadottá.

Az elnevezésbeli konszenzus ugyanakkor nem válaszolta meg azt a kérdést, mit is tekintsünk természetgyógyászatnak. A probléma különösen jól megragadható azokban a vizsgálatokban, ahol megpróbálták bizonyos kritériumokhoz kötni, hogy mely módszerek tekinthetők egyáltalán természetgyógyászatnak. Buda László összefoglalása (2003) alapján a következő kritériumokkal találkozhatunk, vagyis természetgyógyászati módszernek az tekinthető, amelyre az alábbi felsorolásból egy vagy több érvényes:

- a) nem hozható közös teoretikus alapra a nyugati-tudományos medicinával;
- b) eredményessége a mindenkor tudományos tesztekkel nem igazolható;
- c) nem (vagy csak ismeretterjesztő jelleggel) szerepel az orvsképzésben;
- d) általában nem elérhető a kórházi ellátásban;
- e) orvosi kvalifikáció nélkül is gyakorolható;
- f) az egészségbiztosítók nem finanszírozzák az igénybevételét;
- g) nem része az adott társadalomban domináns egészségügyi rendszernek.

Mint látható, a kritériumok között éppúgy találunk tudományfilozófiai, mint jogi vagy gyakorlati jellegűeket is – s éppen ez utóbbiak sugallják azt, hogy nehéz csupán a jellemzők alapján megragadni a „természetgyógyászat” lényegét. E sok nehézség tükröződésének, tulajdonképpen összefoglalásának is tekinthető az amerikai National Institute of Health (NIH) 1997-ben született állásfoglalása, amelyet azóta mintegy konszenzusos definícióként fogadnak el a témában érintettek: „A komplementer és alternatív medicina (CAM) a gyógyító tevékenységek olyan széles körét jelenti, amelyek egy meghatározott társadalom vagy kultúra adott történelmi periódusban politikai szempontból domináns egészségügyi rendszerétől eltérő minőségekkel és gyakorlati eljárásokkal, valamint az azokat kísérő elméletekkel és hittel szövik át a gyógyítás rendszerét. A CAM magába foglal minden olyan gyakorlatot vagy elméletet, amelyet használói prevenció, gyógyítás vagy egészségfejlesztés céljára alkalmasnak tartanak. A határok a CAM-án belül, illetve a CAM és a meghatározó rendszer között nem mindig élesek vagy meghatározottak.”

Mivel a konszenzus ellenére a korábban felvetett kételyeket ez a definíció sem tudta eloszlatni (hiszen inkább kizáró, mint integráló jellegű), marad a pragmatikus megközelítés: (legalábbis Magyarországon) az tekinthető természetgyógyászatnak, amit a jog ekként határoz meg. Ennek forrása két 1997-ben megszületett rendelet, illetve annak módosításai.

A „40/1997. (III. 5.) Korm. rendelet a természetgyógyászati tevékenységről” a következőképpen határozza meg a természetgyógyászat fogalmát: „1. § E rendelet hatálya a természetgyógyászati és a nem-konvencionális (a továbbiakban együtt: nem-konvencionális)

gyógyító eljárások alkalmazására terjed ki. A nem-konvencionális gyógyító eljárások alkalmazása olyan egészségügyi tevékenység (a továbbiakban: tevékenység), amely a konvencionális gyógyítási módszereket kiegészíti, meghatározott esetekben helyettesíti.”

Ezenkívül ez a kormányrendelet határozza meg, hogy természetgyógyászati tevékenységet (felsőfokú egészségügyi, illetve klinikai szakpszichológusi végzettség nélkül) az a személy végezhet, aki 1. érettségivel rendelkezik; 2. egészségügyi alapismereteket oktató; 3. valamint az adott tevékenység végzésére jogosító tanfolyamot elvégzi és abból sikeres vizsgát tesz. A kormányrendelet a tevékenységet (mint egészségügyi tevékenységet) az ellenőrzés szempontjából az ÁNTSZ fennhatósága alá rendeli.

A kormányrendeletet kiegészítő „11/1997. (V. 28.) NM rendelet a természetgyógyászati tevékenység gyakorlásának egyes kérdéseiről” tartalmazza a természetgyógyászati tevékenység gyakorlásához szükséges vizsgák és tananyag részletes ismertetését. A részletek ismertetése nélkül érdemes kiemelni a rendelet néhány pontját, amelyek a természetgyógyászok kompetenciahatárait határozzák meg:

„2. § (1) A betegség megállapítása és a terápiás terv elkészítése, a beteg egészségi állapotának figyelemmel kísérése orvosi feladat. Az orvos vagy a beteg kezdeményezésére, a tevékenység végzésére képesített – nem orvos – személy részt vehet a beteg ellátásában, és a nem-konvencionális gyógymódot a (2) bekezdés kivételével, a természetgyógyászati képesítésének megfelelően előzetes orvosi vizsgálat, illetve szakellátás után vagy azzal párhuzamosan, a beteg rendszeres orvosi ellenőrzése mellett – kiegészítő tevékenységként – önállóan végezheti...”

„(2) A tevékenység végzésére képesített nem orvos személy az orvos által felállított diagnózissal kapcsolatos terápiát nem módosíthatja, a beteget nem kezelheti előzetes orvosi vizsgálat nélkül, illetve az orvosi kezelés alatt álló személy esetén köteles konzultálni a kezelést végző orvossal; továbbá nem rendelhet és nem végezhet szervekbe, szövetekbe hatoló beavatkozást és akupunktúrát, kivéve a szenvedélybetegek leszoktatására alkalmazott fülakupunktúrát.”

Ennek alapján a jogszerűen működő természetgyógyász egy nagyon keskeny mezsgyén egyensúlyoz, hiszen a rendelet megalkotói (jóhiszeműen, de talán egy kicsit idealistán) egy olyan tökéletes állapotból indultak ki, ahol az orvos és a természetgyógyász egy csapatként, egymás kompetenciáit tiszteletben tartva munkálkodik a beteg érdekében. Ugyanakkor ez feltételezné a természetgyógyászati módszerek finanszírozhatóságának rendezését, és persze azt is, hogy az érintettek egymás tevékenységének ismeretében nyilatkoznak az egyes terápiák lehetséges hasznáról/káráról.

Hogy ez nem így van, abban mindhárom érintett félnek megvan a maga felelőssége: az orvosok gyakran hajlanak arra, hogy (mindenféle különbségtétel nélkül) egy kalap alá vegyék a természetgyógyászokat a különböző spirituális gyógyítókkal (hogy ez indokolt-e és ha igen, mennyiben, arra alább még visszatérünk), sőt különböző természetgyógyászati ágakat is összesemosva sarlatánságnak, kuruzslásnak minősítsenek minden olyan törekvést (gyakran a betegét is), amely megkérdőjelezheti az ő kizárólagos fennhatóságukat egészség-betegség témakörében (RÁK 2003; ETT 1991). E megnyilvánulá-

sokban gyakran találkozunk sommás ítéletekkel, amelyek szerint a természetgyógyászok csalók és az emberek pénzét csalják ki hiszékenységüket kihasználva, azok az emberek pedig, akik természetgyógyászhoz fordulnak, alapvetően buták... (LAKOS 2002).

Az orvosokkal szemben leggyakrabban megfogalmazott vád az egyfajta szűklátókörűség: „eltekintenek ezektől az emberi dimenzióktól, és csupán a test fiziológiájára és kórtanára összpontosítanak” (KOPP–BERGHAMMER 2009), rosszabb esetben akár azt is feltételezve, hogy tevékenységük során nem a betegek, hanem a gyógyszereket előállító vállalatok érdekeit tartják szem előtt. Az is megemlíthető, hogy a hivatalos egészségügy képviselőit támadók érvrendszerében gyakran keveredik, illetve nem elég hangsúlyosan jelenik meg a szemléleti kritikák és rendszerszintű kritikák közötti különbség, vagyis gyakran az orvosoknak róják fel az egészségügyi rendszer működéséből eredő hibákat (lásd alább).

A betegek (akik ebben a vitában gyakran érezhetik úgy magukat, mint a régi viccben a flamandok és vallonok között a belgák) felelősségét itt két dologgal kapcsolatban hangsúlyoznánk: az egyik az elvárások kérdése, ez leginkább a természetgyógyászokkal szemben nyilvánul meg oly módon, hogy a legtöbb esetben sok csalódás után, egyfajta csodaváró attitűddel fordulnak természetgyógyászhoz – de ugyanazzal az orvosi viszonyulással, tehát nem válnak partnerré a természetgyógyász azon törekvéseiben, hogy őket magukat is be lehessen vonni a gyógyulás folyamatába (ez persze nem specifikus, az orvosi előírásokat is szelektíven tartják be a betegek). Emellett a betegek nagy része a kezelőorvosát nem tájékoztatja arról, hogy természetgyógyászati kezelést is igénybe vesz (EISENBERG et al. 1993) – az esetek döntő többségében attól való félelmében, hogy emiatt az orvosnál valamiféle hátrány fogja érni.

De kanyarodjunk vissza a rendeletek szövegéhez, hiszen ezekből nemcsak azt tudhatjuk meg, hogy ma Magyarországon ki és hogyan lehet természetgyógyász, hanem azt is, hogy ezt a címet csak orvos végzettségű személy használhatja, a középfokú végzettségűek meg kell, hogy elégedjenek a szűk szakterület megjelölésével: fitoterapeuta, reflexológus, akupresszőr stb.

Ezzel el is érkeztünk a szakterületek kérdéséhez, vagyis ahhoz, hogy milyen vizsgákat tehet le, milyen végzettségeket szerezhet meg az, aki természetgyógyászattal szeretne foglalkozni. A rendelet a végezhető tevékenységeket három nagy csoportra osztja:

1. Csak orvos által végezhető tevékenységek: ilyenek a manuálterápiás eljárások, a hagyományos kínai orvoslás és a neurálterápiás módszerek. Valamint „minden egyéb olyan nem-konvencionális eljárás vagy módszer – a 3. pontban felsoroltak kivételével –, amelyek képzésére orvostudományi egyetem tanfolyamot és vizsgát szervez vagy ilyen tanfolyamot és vizsgát akkreditál”. Érdemes talán megemlíteni, hogy a rendelet eredeti, 1997-es szövege még nevesítve sorolt fel tizenkét szakterületet, ezek között szerepeltek a fentiek mellett a homeopátia, az ájurvédikus gyógyászati eljárások, a hagyományos tibeti gyógymódok, a biológiai fogorvoslás, a vér oxigenizálásán alapuló terápiák, a méregtelenítő módszerek, az antropozófus orvosi módszerek, a biorezonancián alapuló eljárások és a csak diagnosztikai célú, természetgyógyászati vizsgálómódszerek. Azzal, hogy

a rendelet hatályos szövegében ezek a módszerek nevesítve nem szerepelnek, természetesen a gyakorolhatóságukra vonatkozó előírások nem változtak jelentősen, továbbra is csak orvos gyakorolhatja ezeket, abban az esetben, ha ezek „képzésére orvostudományi egyetem tanfolyamot és vizsgát szervez vagy ilyen tanfolyamot és vizsgát akkreditál”. És bár önmagában nem ellentmondás, mégis érdemes kiemelni, hogy míg egyes irodalmak éppen abban határozzák meg a különbséget a hagyományos orvoslás és a természetgyógyászat között, hogy az nem szerepel az orvosképzésben, a hazai szabályozás éppen abba az irányba mozdult el, hogy olyan módszerekkel bővíthessen a gyakorolt természetgyógyászati módszerek tára, amelyek orvosi egyetemi képzés révén kerülnek be a rendszerbe, így csak orvosok által gyakorolhatók – s így bizonyára előbb-utóbb egészségpénztárak révén (orvosi ellátásként) finanszírozhatóvá válnak.

2. Csak szakképesítés megszerzése után végezhető természetgyógyászati tevékenységek: idetartozik az akupresszúra, az alternatív mozgás- és masszázsterápiák, az életmód-tanácsadás és -terápia és a reflexzóna-terápia.

3. Vizsgálával záruló továbbképzéssel megszerezhető képesítés után végezhető tevékenységek: az alternatív fizioterápiás módszerek, a bioenergiát alkalmazó módszerek, a fitoterápia, a fülakupunktúrás addiktológiai eljárások, a kineziológiai módszerek és a szemtréning eljárások.

A két utóbbi csoport közötti különbség az, hogy az előbbiben a vizsga előfeltétele a tanfolyamok elvégzése mellett a gyakorlati idő igazolása is, amit természetgyógyász rendelőben, gyakorló szakember mellett teljesítenek a vizsgázók.

Láthatjuk, hogy a rendelet jelenlegi formájában korlátozó jellegű: azt rögzíti, hogy mi gyakorolható orvosi végzettség nélkül, azt azonban nem, hogy az orvosok milyen tevékenységet végezhetnek természetgyógyászként: tulajdonképpen bármit, ha azt az egyetemen tanulták. Ha úgy tetszik, a „ha nem tudod megakadályozni, csatlakozz hozzá” elv iskolapéldáját is láthatjuk ebben a szabályozásban, hiszen teljesen világos, hogy a természetgyógyászati tevékenységeket egy furcsa egyirányú utca felé tereli. Egyfelől látható, hogy a nem orvos természetgyógyász nem is természetgyógyász, „csak” pl. fitoterapeuta (ezt a kliensek sokszor meg sem értik – és persze ebből következően a legitimációja sem vethető össze a természetgyógyászéval). Másfelől világosan kiolvasható, hogy a természetgyógyász a tevékenységét kizárólag orvosi diagnózis alapján, orvos ellenőrzése mellett végezheti. Alább látni fogjuk, hogy az elvi különbségek egyik legfontosabb eleme éppen az, hogy a természetgyógyászati módszereknek másfajta megközelítési lehetőséget kell nyújtaniuk, a leggyakrabban olyan esetekben, amelyekben a hagyományos orvosi megközelítés nem, vagy nem megfelelő eredményre vezetett. Harmadik elemként kiemelhető, hogy új módszerek ebbe a körbe (hacsak nem történik rendeletmódosítás – ám tizenhárom év alatt legalább öt ilyen vérzett el) legálisan csak orvosi oldalról kerülhetnek be. Összefoglalva megállapítható, hogy a rendeletek szövege számos olyan rejtett csapdát tartalmaz, amelyek miatt a természetgyógyászok joggal neheztelhetnek. Természetesen nem az a probléma ezekkel a törekvésekkel, hogy magasabb szakmai színvonalra szeretnék emelni a természetgyógyász szakmát, hanem

alapvetően az, hogy ezt orvosi diplomához kötik. Valójában a megoldást a felsőfokú (pl. egészségügyi főiskolai szintű) természetgyógyász-képzések megjelenése és integrációja jelenthetné.

MÓDSZEREK ÉS MEGKÖZELÍTÉSEK

A természetgyógyászati terápiákat intuitív módon két nagy csoportra tudjuk osztani: az egyikbe azok tartoznak, amelyek olyan eszközrendszerrel élnek, amely a hagyományos nyugati medicina számára is értelmezhető, de (ez utóbbi képviselői szerint) a hatás kiváltásához az adott eszközrendszer 1. elégtelen és/vagy 2. mechanizmusa nem magyarázható és/vagy 3. nem elég specifikus.

Az első pontra jó példa lehet a fitoterápia, hiszen ennek eszközei humán vizsgálatokkal és állatmodellekkel is jól vizsgálhatók (és sokszor vizsgáltak is), a hatóanyag-tartalmak mérhetők, számos potenciális vagy vizsgált gyógyszerkölcsonhatás mechanizmusa is feltárt (pl. KÖTELES–KOMSA 2003; 2004) – csak éppen a kritikusok véleménye szerint a növények által tartalmazott, illetve azokból kivont hatóanyag mennyisége nem elegendő a terápiás hatás eléréséhez.

A második esetre az alternatív mozgás- és masszázsterápiákat hozhatjuk fel példaként. Azt senki sem vonja talán kétségbe, hogy a masszázsnak és a mozgásnak számos kedvező élettani hatása lehet, s hogy sok betegség vonatkozásában prevenciós, illetve terápiás céllal ezek ki is használhatók. A természetgyógyászati mozgás- és masszázsterápiák közös sajátossága ugyanakkor, hogy a hatás kialakulását olyan mechanizmusok (pl. energetikai változások) révén képzelik el, amelyek nehezen, inkább csak közvetetten vizsgálhatók és értelmezhetők.

A harmadik eset köszön vissza például az életmód-tanácsadó és -terapeuta működésében: nehezen támadható az az elképzelés, hogy egészségtudatos életvitellel számos olyan kockázati tényező kiiktatható az ember életéből, amelyek hosszabb távon különböző diszkomfortállapotokat, illetve betegségeket okozhatnak. Ezzel szemben kritikaként csak az fogalmazható meg, hogy az előző két esetben bemutatott eszközrendszereket felhasználva nem elég specifikusan célozza meg az elérni kívánt állapotot.

A három esetet végignézve vegyük észre, hogy mindhárom esetre olyan példát találunk, amely erőfeszítés nélkül megfeleltethető hagyományos egészségügyi eljárásnak, sőt például a fitoterápia bizonyos elemei elismertek és speciális körülmények fennállása esetén támogatottak is (gondoljunk csak arra, amikor gyerekorvos receptre ír fel kamillateát). A fitoterápiás szerek megfelelői gondolatmenetünk szerint a gyógyszeres terápiák lehetnek, az alternatív mozgás- és masszázsterápiáé természetesen a gyógy- és sportmasszázs, illetve a gyógytorna, míg az életmód-tanácsadó működéséhez nagyon közel áll például a dietetikus tevékenysége. Ezek tehát (legalábbis elvileg) a hagyományos európai orvoslás számára is emészthető megközelítések (ETT 1991).

A terápiák másik nagy csoportját azon rendszerek alkotják, amelyek (filozófiai, létszemléleti rendszerként vagy csak „kvázi léttani”, szabályozási, természetgyógyászati terminológiával élve „energetikai” szinten) abból indulnak ki, hogy az ember természetes állapota az egészség. Ez a természetes állapot akkor borul fel, ha ezt valamilyen hatás indokolja – s ez a hatás (és ezáltal a terápiás beavatkozás területe) a megközelítés jellegétől függően nagyon sokféle lehet.

A hagyományos kínai orvoslás például (a taoista és konfuciánus filozófiával felvértezve) ezt a tényezőt egyfajta energiaáramlásban látja, amelynek tárgya (a chi vagy Qi) három alapvető forrásból származva (születéskor „kapott”, a táplálékkal, illetve a légzéssel felvett) meghatározott csatornában kering a szervezetben, biztosítva annak működőképességét. Így ha a rendszerben valamilyen zavar támad (még akkor is, ha a zavar mértéke nem éri el a betegség szintjét), ez az energiarendszer nem tudja jól végezni a feladatát, tehát a gyógyító feladata ennek a helyreállítása.

Teljesen hasonló a homeopátia gondolkodásmódja. Eszerint létezik egészséges működés, ugyanakkor a zavar nem csak (és sokszor nem elsősorban) fizikai természetű: egy kialakulóban lévő, esetleg már kialakult probléma az emberi működések minden szintjén észrevehető. Megmutatkozik az érzelmekben, tetten érhető a gondolkodásmódban, felfedezhető bizonyos beállítódások megváltozásában. Ezért a gyógyító beavatkozásnak is olyannak kell lennie, amely a tünetek teljes spektrumát lefedi – ami csak a fizikai károsodásra irányul, az szükségszerűen csak „félmunka”.

Később folytatni fogjuk a gondolatmenetet, most egyelőre vegyük észre azt, hogy ezek a természetgyógyászati iskolák kiszélesítik a betegségről alkotott képünket, és egyfajta integrált modellben gondolkodnak, ahol az egyén biopszichoszociális értelemben vett, többé-kevésbé a WHO 1946-os definíciójának („egészségen tökéletes fizikai, szellemi és szociális jóllétet értünk, s nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiányát”) megfelelő „jóllétének” minden aspektusa helyet kaphat, az alapelvek szintjén pedig nincs lényeges különbség például a degeneratív betegségek és pszichés zavarok között. Ennek megfelelően e terápiás rendszerek célja nemcsak a tünetek megszüntetése, hanem az előbb felvázolt természetes egészséges állapot, a sokak számára talán idealisztikusnak tűnő „jól működés” helyreállítása.

Ennél a pontnál természetesen már felmerül az a kérdés, hogy mit tekintünk betegségnak, illetve a természetgyógyászok mikor beszélnek betegségről. A korábban már hivatkozott képzési anyag (TAMASI 2000) szerint az egészség „a természettel harmonizáló testi (beleértve energetikai is), lelki, szociális és létszemléleti (szellemi) dinamikus egyensúly állapota (jó közérzettel egybekötve)” – mint látható, ez az egészségdefiníció a WHO előbb idézett 1946-os meghatározásának a természetgyógyászat fogalomrendszerének megfelelő átfogalmazása. Ez a meghatározás (illetve ennek „eredetije”) mára sok szempontból elavult, statikus és idealizáló felfogást tükröz. Fontos sajátossága, hogy deklarál egyfajta holisztikus alapú megközelítést, ugyanakkor magában rejti azt a buktatót, hogy az egészségre mint célra tekintünk. Ez természetesen nem önmagában probléma, hanem azokban a speciális helyzetekben, amikor a gyógyító és a kliens

elvárásai nem találkoznak a gyógyító folyamat céljai vonatkozásában, vagyis amikor a gyógyító megítélése szerint a kliens nem tesz meg mindent gyógyulása érdekében.

Nem e fejezet feladata, hogy körüljárja az egészség definíciós problémáit vagy a jelenleg elfogadott megközelítéseket, azt azonban le kell szögeznünk, hogy ez a fajta bináris szemléletmód mára sok szempontból meghaladottá vált és sok szempontból az idealizált elvárások egyik melegágyának tekinthető. Hiszen minél inkább kiterjesztjük a betegség fogalmát, a klienssel szemben támasztott elvárások (és így módon a gyógyulás szubjektív költségei is) annál nagyobb mértékben nőnek, ezzel párhuzamosan ugyanakkor az együttműködés sokszor csökken. Nyilvánvaló, hogy a kliensnek gyógyulása annál „költségesebb”, minél több területét érinti az életének: a biomedikális szemlélet egyik nagy előnye ebből a szempontból éppen az, hogy a kliens oldaláról nézve pszichológiai értelemben kevésbé költséges. A természetgyógyászati módszerek általában többet várnak el, mint bizonyos készítmények szedését, vagy olyan speciális előírásokat tartalmaznak, amelyek gyakorlati oldalról növelik a költségeket – pl. a fitoterápia esetében ilyen pluszelőírás a tea elkészítése, amire a kliensek gyakran reagálnak azzal, hogy erre nincs idejük. Ilyen gyakori költség-növelő tényező a terápiák során gyakran előírt diéta, illetve böjt, de ilyennek tekinthető annak kommunikálása is, hogy „minden betegség pszichoszomatikus”. Ez a fajta költség-haszon reláció akkor válik hangsúlyossá, amikor azzal a természetgyógyászok által sokszor megfogalmazott kijelentéssel, megközelítéssel szembesülünk, hogy a terápiák kudarca gyakran annak tudható be, hogy a „beteg nem akar meggyógyulni”. Valószínűleg ez az a pont, amikor a természetgyógyászati megközelítésben megjelennek egyes laikus pszichológiai elméletek.

E laikus megközelítések iskolapéldájaként tekinthetünk például a tudattalan folyamatokkal kapcsolatos attitűdökre és fogalomhasználatra. Hiszen a fenti sommás ítéletben nem nehéz felismerni a betegségelőny fogalmát és jelenségét, ugyanakkor nyilván nem feltétlenül vezet eredményre pl. a sajátvizelet-terápia mint a beteget a saját sötét, elutasított részeivel szembesítő eljárás (DETHLEFSEN–DAHLKE 1991). Sok olyan leírás is létezik, amelyekben a szerző az elfojtást demonizálva, az énvédő, elhárító mechanizmusokat egyoldalúan diszfunkciókként kezelve tekint a panaszok kialakulására (LÉHNER 2007). E megközelítések fő problémájának azt tekinthetjük, hogy a holisztikus alapelvek ellenére a természetgyógyászat valójában ugyanazt valósítja meg, mint amivel a hagyományos orvostudományt vádolja: egyfajta lineáris oksági rendszerben gondolkodva a fizikai panaszokat, illetve tüneteket pszichés zavarok automatikus következményének tekinti. Ha ezt a gondolatmenetet folytatjuk, hamar eljutunk a pszichoszomatikus betegségek olyan megközelítéséhez, amely az említett hierarchia alapján a fizikai tünetek megjelenését és fennmaradását csak és kizárólag a feltételezett pszichés háttér függvényében képzelel el és értelmezi, így lényegében egy terápiás csapdahelyzetet alakítva ki a kliens körül. Hiszen nem nehéz belátni, hogy ha a fizikai tünet a mögötte meghúzódó pszichés zavarra utal és a fizikai tünet még a kezelés ellenére is fennáll, a pszichés háttér is megmaradt. Vagyis a beteg nem akar meggyógyulni. És a kör bezárult. Ez a szemlélet pedig számos olyan, a kliens számára kedvezőtlen körülmény megjelenéséhez vezethet el, amelyekkel a következő fejezetben bővebben foglalkozunk.

ELŐNYÖK ÉS HÁTRÁNYOK

Mint minden csoportosítás, a fenti gondolatmenet is erősen leegyszerűsítő, azt a célt szolgálja, hogy mondanivalónkat könnyebb legyen a megfelelő megvilágításba helyezni. Valójában az említett szempontból a természetgyógyászati módszerek inkább egy spektrumot alkotnak (pl. a természettudományos alapon teljesen értelmezhetőtől és vizsgálhatótól a teljesen értelmezhetetlenig), amelyen különböző pozíciókat foglalnak el, hiszen például az életmód-tanácsadás esetében világosan látható, hogy a két csoportot nagyon élesen nem lehet elválasztani egymástól.

Ugyanakkor ez a fajta megkülönböztetés egyértelműen rámutat a legismertebb természetgyógyászati módszerek néhány jellegzetességére, hiszen éppen ez a fajta, kicsit idealizált (és biztosan sarkított) megközelítés a forrása e módszerek számos előnyének csakúgy, mint potenciális buktatóinak. Az alábbiakban röviden összefoglaljuk a természetgyógyászati módszerek (gyakran inkább a természetgyógyászati kezelések) vélt vagy valós előnyeit és jellegzetességeit a hagyományos orvosi ellátással összehasonlítva (BUCKMAN–SABBAGH 1993; BUDA 2003; THOMPSON 2006):

- A betegre fordított idő: Míg a hagyományos ellátásban átlagosan 6–10 perc jut egy betegre, az alternatív kezelések során az első konzultáció, állapotfelmérés gyakran másfél óra, és a követéses alkalmak időtartama is átlagosan húsz perc. Mindez nyilvánvalóan nagyon pozitívan befolyásolja az orvos-beteg kapcsolatot és önmagában is sokat magyarázhat a terápia sikerességéből.
- Viszonyulás: a hagyományos orvosok részéről gyakran személytelen és távolságtartó, míg a természetgyógyász általában nagy hangsúlyt fektet a beteg személyiségére és közérzetére, ami szintén alkalmas a gyógyulás nem specifikus módon történő serkentésére.
- A kezelés folyamata: a hagyományos ellátásban a beteg gyakran más és más orvossal találkozódik a kezelések során, a természetgyógyással való kapcsolata személyes, mindig ugyanaz a személy kezeli.
- A beteg panaszaihoz való viszony: A hagyományos ellátás betegségcentrikus, csak annyiban veszi figyelembe a beteg panaszait, amennyiben azok beleilleszkednek a betegség természetéről kialakított képbe. Gyakori a panaszok negligálása, illetve bagatellizálása. A természetgyógyászat egészség- (vagy inkább életminőség-) centrikus, a hangsúly a kliens által megfogalmazott problémák komolyan vételén van.
- Empátia: a hagyományos ellátásban „az empátiás készségek gyakran szegényesek” (BUCKMAN–SAABAGH 1993), míg a természetgyógyászati módszerekben gyakran központi szerepet játszanak a terapeutától elvárt készségek között.
- A kliens személyisége: az orvos gyakran megpróbálja kiegyenlíteni, illetve a lehető legkisebbre csökkenteni a beteg személyiségének szerepét (uniformizálás), a természetgyógyász megközelítésében a személyiség központi helyet foglal el a betegség megítélésében és gyógyításában.

- A környezet szerepe: jelentősége a hagyományos orvosi gyakorlatban változó, míg a természetgyógyászati módszerekben a személyiség mellett a másik hangsúlyos tényezőként veszik figyelembe.
- A bizonyosság látszata: A hagyományos megközelítés szerint kötelezően jelenik meg egy adott probléma mindkét oldalának kommunikációja, amit a kliens gyakran bizonytalanságként él meg. A természetgyógyász általában magabiztos és bizakodó kijelentéseket tesz. Természetesen ez nem mindig és nem biztos, hogy előny, lásd később a potenciális veszélyeknél.
- A prognózis érthetősége: a hagyományos ellátásban nyújtott, statisztikailag korrekt válaszok gyakran nem elég világosan fogalmazzák meg a várható kimenetelt, a természetgyógyászok jellemzően hajlamosabbak a beteg számára érthető, egyértelmű és optimista prognózis állítására.
- Remény nyújtására való képesség: a hagyományos ellátásban (szemben a természetgyógyászattal) általában nem hangsúlyos eleme a kapcsolatnak.

Természetesen nagyon sok más szempont is felsorolható volna, ugyanakkor mielőtt rögtön pálcát törnénk a hagyományos ellátás felett, látni kell, hogy a természetgyógyászati szemlélet pozitívumai sok szempontból önmérsékletet igényelnek. Hogy mást ne említsünk, az optimista prognózist és a remény erősítését csak egy hajsza választja el a kliens becsapásától és az irreális elvárások keltésétől, valamint áttételesen az orvosi kezelésekre vetett bizalom meggyengítésétől is – mindez nyilvánvalóan nem a kliens érdekét szolgálja, sokkal inkább kiszolgáltatottságát és függését erősíti.

Azt is ki kell hangsúlyozni, hogy a hagyományos orvosi szemlélettel szemben megfogalmazódó kritikák csak az esetek egy részében vezethetők vissza az orvosra, sok esetben inkább rendszerhibának tekinthetők. Nem is etikus ezeket természetgyógyászati oldalról támadni, hiszen a természetgyógyászok teljesen más viszonyrendszerben, más körülmények és előírások között végzik munkájukat. Ezek közül csak egy az ellátási kötelezettség kérdése, de alkalmas arra, hogy ezt az ellentmondást megvilágítsuk. Míg ugyanis az orvosnak mindenkit el kell látnia, aki a rendelési/ügyeleti idejében kezelésre jelentkezik, a természetgyógyász szabadon gazdálkodik az idejével, szabadon elutasíthatja azt, akit nem kíván kezelni, és „megengedheti magának”, hogy ráfordítson másfél órát a beteg problémájának holisztikus megközelítésére. Mivel a természetgyógyászati módszerek nem tartoznak OEP-finanszírozás alá (nemcsak Magyarországon, jellemzően az Európai Unióban sem; ahol van térítés, azt magánpénztárak végzik), az ezzel kapcsolatos adminisztratív és elszámolási kötelezettségek sem terhelik a terapeutákat. És (tényleg csak az említés szintjén) a műhibaperek is kevésbé fenyegetik a természetgyógyászokat, nemcsak a szemlélet sajátosságai (vagyis a beteg saját felelősségvállalásának hangsúlyozása) miatt, hanem azért is, mert a természetgyógyászati módszerekre nem léteznek olyan sztenderdek, amelyek alapján egzakt módon eldönthető lenne, hogy hibázott-e a természetgyógyász (VARGA-MOLNÁR 2005).

Hasonló (és nem csak az egészség kérdéseire kiterjedő) „rendszerhibának” tekinthető a tudományok presztízsvesztesége, ezen belül is az orvostudománnyal szembeni bizalmatlanság térnyerése (DIXON–SWEENEY 2000). Ennek a bizalmatlanságnak számos eleme van, vegyünk sorra most ezekből néhányat.

A tudományok töretlen és impozáns fejlődése után a 20. század közepétől vált világgossá, hogy ez a fejlődés számos veszélyt hordoz magában, amelyek a globalizáció révén nem elszigetelt jelenséggént, hanem az egész emberiség problémájaként jelennek meg. Ebben a legfontosabb tényezők a környezetszennyezés, a nukleáris háborúk és balesetek veszélye vagy a genetika vívmányainak kétélűsége – mint látható, e területek egyike sem határolható el egyértelműen az (orvos)tudománytól (BUDA 2003). Emellett az átlagéletkor növekedésével egyre gyakoribbak a krónikus betegségek – ezeket a köznyelv gyakran gyógyíthatatlan betegséggént s ily módon az orvostudomány kudarcaként értelmezi. Ebben az összefüggésben éles ellentétként jelenik meg a társadalom folyamatosan romló egészségi állapota és (a 20. század első felének valóban nagy jelentőségű orvostudományi fejlődéséből következően) az orvosok gyakran paternalista szemlélete (és önérzete) közti szakadék. Ez a fejlődés együtt járt a társadalom medikalizációjával (SZÁNTÓ 1995), ugyanakkor sok esetben teljesen érthető kétfeltek merülnek fel az orvostudomány függetlenségével kapcsolatban, pontosabban fogalmazva egyre gyakrabban fogalmazódik meg kritikaként az, hogy az orvostudomány (és egyedileg maga az orvos) nem a beteg, hanem a gyógyszergyártók érdekében fejt ki tevékenységét (LENKEI 2003). Ez a bizalomvesztés azért rendkívül jelentős, mert érthetővé teszi a természetgyógyászati módszerekkel kapcsolatos szimpátiamegnyilvánulásokban a természetes eredet fontosságának hangsúlyozását még akkor is, ha valójában elég rosszul definiált fogalommal írjuk le a jelenséget.

MIÉRT VAGY MIÉRT NEM FORDULUNK TERMÉSZETGYÓGYÁSZHOZ?

Az eddig felsorolt szempontok nem magyarázzák kielégítően a természetgyógyászati módszerek népszerűségét, tekintsük tehát röviden át, hogy közvetlenül milyen szempontok motiválhatják azt, amikor valaki természetgyógyászati kezelés vagy ilyen jellegű öngyógyító módszer alkalmazása mellett dönt (ERNST 2006):

- a test-lélek-szellem egysége mint cél;
- hatékony kezelésre való törekvés;
- az egészségi állapot kontrollálására való törekvés;
- nem súlyos, orvosi ellátást nem igénylő állapot;
- az a vélekedés, hogy a természetgyógyászati módszerek biztonságosak (szemben a veszélyes gyógyszerekkel);

- a természetgyógyászat hatékonyságának és elérhetőségének észlelése (ez együtt jár a hagyományos orvosi ellátás iránti bizalmatlansággal);
- az orvos tanácsa.

Természetesen (ahogy azt a fentiekben is érzékeltettük) a természetgyógyászati kezelésekben rejlő lehetőségek a beteg érdekében történő kihasználásától csak egy lépés választja el a visszaéléseket és veszélyeket – s ezekről szintén számos anekdotikus elbeszélés kering közszájon. Tekintsük most át a legfontosabb veszélyforrásokat, amelyek szinte kivétel nélkül az előnyös tulajdonságok szélsőséges megjelenéséből fakadnak (BUDA 2003, illetve ERNST 2006 alapján):

- Stigmatizáció lehetősége: A holisztikus szemléletből adódóan és a pszichoszomatikus betegségek sajátos értelmezése következtében a fizikai kereteken túlmutató szempontok figyelembevétele nem lehetőségként, hanem kényszerként jelenik meg. Ennek legproblematisabb vonatkozása, hogy a fizikai panasszal, esetleg tünettel rendelkező kliens *a priori* hibássá válik, ahogy kicsit viccesen meg szoktuk jegyezni, a rendelőbe egy gyomorfekélyes beteg megy be és egy gyomorfekélyes és személyiségzavaros beteg jön ki... Ez magától értetődő módon áthelyezi a terápia centrumát (és célját) egy olyan síkra, amely esetleg a kliens számára vállalhatatlan, esetleg kifejezetten hátrányos, különösen akkor, ha a terapeuta az ilyen kitágított nézőpont elleni tiltakozást úgy értékeli, hogy a beteg „nem is akar meggyógyulni”. Szeretnénk kihangsúlyozni ugyanakkor, hogy a beteg hibáztatása a remélt gyógyulás elmaradásáért nem a természetgyógyászat specifikuma: mivel a gyógyulás elmaradása minden esetben a gyógyító frusztrációjával, hatékonyságának, esetleg hozzáértésének megkérdőjelezésével jár még abban az esetben is, ha ez nem fogalmazódik meg nyílt, verbális közlésként, többé-kevésbé természetes módon indulnak be az attribúcióhoz kapcsolódó folyamatok. Ebben az összefüggésben vizsgálva az említett jelenség nem más, mint a gyógyítók (orvosok és természetgyógyászok) részéről megnyilvánuló alapvető attribúciós hiba megjelenése. Teljesen hasonló, lelkiismeret-furdalást keltő megnyilvánulásokat tapasztalhatunk gyakran orvos végzettségű tanácsadóktól is egyes tematikus internetes fórumokon, pl. a szoptatással kapcsolatban.
- Kudarccs esetén a kliens felelősségének túlhangsúlyozása (illetve ezzel párhuzamosan a terapeuta felmentése).
- A biomedikális szemlélet elutasítása miatt igazoltan hatékony beavatkozás elmulasztása: ennek több alete is előfordulhat. Ilyen a megfelelő információk hiányában történő diagnózisfelállítás. Erre azért is nagy a csábítás, mert minden módszernek megvan a maga sajátos állapotfelmérő módszere, amelynek segítségével a beteg panaszait mintegy lefordítja a módszer nyelvére. Ezek az állapotfelmérő módszerek azonban rengeteg szubjektív elemet tartalmaznak, illetve sok szempontból nem függetlenek a terapeuta érzékenységtől és intuíciójától. Ettől nem esik messze az állapotfelmérés alapján kapott eredmények fényében az orvosi diagnózis negligálása vagy akár a beteg lebeszélése az orvosi terápiáról.

- Mellékhatások, kölcsönhatások lehetőségének elvetése, illetve bagatellizálása, ami gyakran azt a felhasználói sztereotípiát erősíti meg, hogy a természetgyógyászati módszereknek nincs mellékhatása. Ez természetesen súlyos tévedés, illetve megtevésztés – gondoljunk csak például a fitoterápiás szerek gyógyszerkölcsönhatásaira és kontraindikációira.

Nem csak a természetgyógyászat iránt nyitott kliensek motivációiról alkothatunk képet, arról is tudunk tájékozódni, hogy az azt elutasítókat milyen motívumok irányítják (ERNST 2006):

- sohasem gondolt rá;
- nincs elég információja;
- túl drága;
- elégedett a hagyományos ellátással;
- nem hisz a hatékonyságában;
- az orvos nem tanácsolta;
- vallásos/morális okok;
- nem elérhető;
- túlzottan zavarba ejtő.

E szempontok mellett külön vizsgálhatjuk azt is, hogy miért lép ki valaki a természetgyógyászati terápiából. A leggyakoribb szempontok a következők (ERNST 2006):

- nem hozott javulást a kezelés;
- nem tudja tovább fizetni;
- nem kívánt mellékhatásokat tapasztalt;
- az orvos tanácsára.

HOLISZTIKUS SZEMLÉLET: ELŐNYÖK ÉS HÁTRÁNYOK

A korábban többször említett egészsleges szemlélet valójában az, amit sokan a természetgyógyászat holisztikusságaként szoktak emlegetni. Ebben az értelemben a holisztikus megközelítés (vagy legalábbis annak lehetősége) valóban sajátos látásmódja a természetgyógyászati módszerek képviselőinek (bár a szerzők meggyőződése szerint a holisztikus szemlélet sokkal inkább a terapeutára lehet jellemző, mint magára a módszerre), ugyanakkor elgondolkodtató, hogy a hivatalos orvostudomány számára leginkább emészthető módszerek azok, amelyek holisztikus szemlélet nélkül is gyakorolhatók (pl. a fitoterápia vagy a különböző masszázsszrendszerek). Az is igaz azonban, hogy e holisztikusság gyakran csak álarc – egy olyan konstruktum, amelyre szokás gyakran és mély értelműen hivatkozni, ám amelynek gyakorlati értéke csekély. Ennek legfőbb oka az, hogy azok

a definíciós elemek, amelyekkel a holisztikus szemléletet meghatározhatjuk, részben túl általánosak, részben nemcsak a terápián és a terapeután, hanem a terápia alanyán (és tárgyán), vagyis a kezelt személyen is múlnak, vagy mert természetgyógyászokra vonatkozó működési előírások eleve beszűkítik ezeket a lehetőségeket. Tipikus példaként lehetne hivatkozni a fülakupunktúrára, amelynek vizsgaanyagában a vizsgázók egyebek mellett a teljes fültérképről, a kínai energiatan alapjairól, számos befolyásolt állapot és befolyásoló szer leírásáról, kiegészítő indikációs lehetőségekről számot adnak, de jogosítványuk csak és kizárólag öt meghatározott pont addiktológiai célú szűrésére szól.

Ez a példa arra is megfelelő, hogy a természetgyógyászok képzésének fonáságaira rávilágítsunk, hiszen ebben az esetben is egy olyan önerősítő ördögi kör működik, amelynek megtöréséhez sok érintett szereplő egyéni érdekektől mentes összefogására lenne szükség. Egyértelműen látható, hogy egy fülakupunktúrás addiktológus működését tekintve egy jó kézműves teljesítményét tudja nyújtani, hiszen erre hatalmazza fel a rendelet. Hogy ezt a tevékenységet végezhesse, három vizsgát tesz le: általános egészségügyi és általános természetgyógyászati modulvizsgát, illetve fülakupunktúrás addiktológus szakvizsgát. Minden vizsgajelentkezéshez igazolnia kell tanfolyam elvégzését, ám a képzőhellyel kapcsolatos elvárások az általános célú felnőttképzési helyek regisztrációjában merülnek ki. Maguk a modulvizsgák írásbeli, teszt jellegű feladatlapok megoldásából állnak, amelyek már rendkívül alacsony teljesítménnyel (51%) is megfelelt minősítést kaphatnak. Mivel ez az elvárásrendszer nem preferálja a magas szakmai színvonalú képzéseket, a tanfolyamok kiválasztásánál előkelő szemponttá válik az ár. Az így kialakuló versenyben az óraszámok egyre alacsonyabbak lehetnek (számos pozitív kezdeményezés sem tudta elérni, hogy a tanfolyamokkal kapcsolatban minimum-óraszám kerüljön meghatározásra), s az alacsonyabb órásszámmal a megszerezhető kompetenciák is csökkennek. Különösen jelentős ez abból a szempontból, hogy (mint összefoglalónkból is kitűnik) a természetgyógyászat megközelítésében rengeteg olyan elem található, amelyek adekvát alkalmazása legalább középszintű pszichológiai ismeretek nélkül nehezen képzelhető el. Ugyanakkor az alacsony óraszám éppen az ilyen, a vizsgán nem számon kért ismeretek oktatását lehetetleníti el, annak ellenére, hogy (elvileg) „a modern pszichológia folyamatosan hatással van a természetgyógyászatra” (TAMASI 2000). Ezen a helyzeten csak az változtathatna, ha kialakulhatna egy valódi elméleti és gyakorlati konszenzus azzal kapcsolatban, hogy milyen ismeretekkel kell rendelkeznie egy természetgyógyásznak, ehhez kapcsolódna egy vizsgarendszer, amely a megfelelő presztízzsel rendelkezik és valóban méri az elvárt ismeretek és tapasztalatok meglétét, s ugyanakkor „kimeneti oldalon” a természetgyógyászok e magasabb presztízssű képzettségnek megfelelő jogosítványokat kaphatnának – vagy legalább a továbbképzések rendszere „kényszerítené” ki bizonyos ismeretek elsajátítását.

Mindezek fényében mit is értünk tehát holisztikus szemléleten? Egy általánosan elfogadott megközelítés szerint: „A holisztikus emberkép tömör megfogalmazása: az embernek mint testi, lelki és szellemi (illetve szociális és spirituális) értelemben vett egységes egésznek az értelmezése. Rosch és Kearney definíciója szerint a holisztikus

egészségmozgalom főbb jellemzői közé tartozik emellett a természetes módszerekkel való törekvés az általános jóllét elérésére (táplálkozás, mozgás, személyiségfejlesztés), a prevenció fontosságának és a páciens jól informáltságának, autonómiájának hangsúlyozása, valamint a tartózkodás a potenciálisan káros gyógykezelésektől és eljárásoktól (gyógyszerek, invazív diagnosztikus és terápiás beavatkozások)” (BUDA 1996).

Ez a meghatározás tehát kettéválasztja a holisztikus emberkép és a holisztikus egészségmozgalom fogalmát, s míg az emberkép alapvetően az emberi lét dimenzióinak számbavétele, addig az egészségmozgalom már egyfajta értékítéletet tükröz.

Ezzel szemben a természetgyógyászat megfogalmazásában a holisztika a következő: „Egy globális természeti rendhez igazodó, a test-lélek-szellem-környezet harmonikus egységét és egyensúlyát megvalósító gondolkodási és cselekvési rendszer (paradigma). Szintetizáló gondolkodás szemben az analizálóval; bonyolult multidimenzionális folyamatok figyelembevétele a lineáris ok-okozati összefüggésekkel szemben; a jobb és a bal agyféltekés gondolkodás egyensúlya a csak bal agyféltekés gondolkodáshoz képest; az élő természet – és ezen belül az élőlények – tisztelete, szemben a természetet és bizonyos élőlényeket gátlástalanul leigázó világnézettel. Vallja, hogy a mikro- és a makrokörnyezet egymással szorosan összefügg, sehol a rendszerben (testben, környezetben stb.) nem képzelhető el változás a teljes rendszer vagy rendszer más pontjainak átalakulása nélkül. A világ végső magyarázatát idealista alapokon rakja rendszerbe, bár a megfoghatón túli holisztikus filozófia sokféle lehet. A természetgyógyászat egyes módszerei mögött álló holisztikus filozófiák mindig toleránsak, ugyanakkor ésszerűek, egymáshoz illeszthetők, nemcsak a terápiához, hanem a gyógyítók és a betegek életmódjához is megadják a szemléleti alapokat” (TAMASI 2000).

E meghatározás alapján a holisztika tulajdonképpen az egészség kérdésének egyfajta rendszerszemléletű megközelítését takarja anélkül, hogy e rendszer tartalmi elemeit közelebből meghatározná – s így tulajdonképpen az alkalmazóra bízta azt a feladatot, hogy e kereteket saját belátása szerint tartalommal töltsen meg. Így ez utóbbi megközelítés tovább tágítja a fogalmat és egy meglehetősen általános (s ugyanakkor elvont) filozófiai megközelítés szintjére emeli. Megjegyzendő, hogy bár a definíció tartalmazza a toleranciát mint kritériumot, a megfogalmazás módja ezt kevésbé tükrözi, hiszen több ponton is megfogalmazódik, hogy a holisztika milyen szemlélet ellenében határozza meg önmagát. Valójában a legnagyobb nehézséget az okozza, hogy ebből a meghatározásból nem vezethető le, mitől lennének a természetgyógyászati módszerek a priori holisztikusak.

A fenti két elem, vagyis a természetgyógyászat egészségmeghatározása, illetve az általa használt holisztikadefiníció alapján jutunk el egy olyan problémához, amely a rendszer buktatójának is tekinthető. Mindkét terület olyan általánosan definiált, hogy nagyon nagy teret enged a terápiás munka során a probléma kiterjesztésének, illetve átértelmezésének, s a mindennapi munka során gyakran valóban találkozunk azzal a jelenséggel, hogy a természetgyógyászati kezelés során a panasz új tartalommal telítődik és a fizikai testi síkról áthelyeződik egyfajta érzelmi, sokszor spirituális síkra.

Ezen a ponton több fontos változás is megjelenik, amelyek új dimenziót adnak a természetgyógyászat gyakorlatának:

- A természetgyógyász funkciója átalakul: A gyógyító feladatok mellett tanácsadó (értsd pszichológiai) és orientáló (spirituális vezető) funkciók is beépülnek egy olyan rendszerbe, amely (törvényi szabályozását és elsődleges céljait illetően) alapvetően egészségügyi jellegű. A helyzetre jellemző, hogy ezeket a pluszfunkciókat gyakran a kliens delegálja a gyógyítókra, bár kiindulópontjuk a gyógyító törekvése a terápia hatókörének kitágítására, s tulajdonképpen egyfajta szereptévesztéshez vezethetnek el, hiszen olyan területekre is kiterjeszthetik a természetgyógyász hatókörét, amelyekre a kompetenciája a kiindulópont (és a képzettsége) szerint nem magától értetődően terjed ki (*lásd fentebb*).
- A természetgyógyász elvárásai elválnak a kliens elvárásaitól: Ez a fent említett értelmezéskiterjesztés magától értetődően vezethet oda, hogy a természetgyógyász egy mentális/pszichés funkciózavart szeretne a terápia tárgyává tenni (illetve egyfajta nem túl szerencsés pszichoszomatika-szemlélettel túl nagy hangsúlyt helyez a beteg állapotának pszichés összetevőire), a beteg pedig „csak” azt szeretné, hogy fizikai értelemben meggyógyuljon (sőt gyakran még kevesebbel, a panasz- és tünetmentességgel is beéri). Ez az elvárásbeli különbség rendkívüli fontosságra tesz szert akkor, amikor a terápiás célok kitűzéséről van szó, annál is inkább, mivel előfordulhat, hogy a fizikai szinten megjelenő panasz (ami a kliens számára a legnagyobb életminőségbeli deficitet jelenti) a természetgyógyász számára csak jelzés arra nézve, hogy „magasabb szinteken valami nincs rendben”. Ezen a ponton azonban nagy az esélye annak, hogy a terápia öngerjesztő spirálba kerüljön: a fizikai tünet a diszfunkcionális pszichés háttér jelzője, tehát amíg nem múlik el, addig ez a háttér (definíció szerint) fenn kell, hogy álljon – akármilyen belső fejlődésen megy is keresztül a kliens, „még nem elég”. Ugyanakkor számos természetgyógyász szerző óv a fizikai tünetekre való kizárólagos koncentrációtól, részben elvi alapon, hiszen ezt csinálja a biomedikális orvoslás, részben pedig túlhangsúlyozva, hogy ha a tünet mögött meghúzódó „lelki ok” nem szűnik meg, könnyen tünetváltás lesz a beavatkozás eredménye. Összefoglalva tehát nagy az esélye annak, hogy a terápia végső soron rosszul definiált célok mentén szerveződik, illetve hogy az abban részt vevő két fél nem ugyanazt tekinti a terápia sikerének.

KIK ÉS MIKOR FORDULNAK TERMÉSZETGYÓGYÁSZHOZ?

A rendelkezésünkre álló adatok szerint az „átlagos” beteg a természetgyógyász rendelőben jól képzett, tehetős, középkorú nő. Magyarországon a természetgyógyászati szolgáltatást igénybe vevők aránya az 1990-es években 6,6%-ról 23,9%-ra nőtt (egy 2005-ös nem reprezentatív vizsgálatban a nem egészségügyben dolgozók 46%-a vett

már igénybe természetgyógyászati szolgáltatást, s 87%-uk rendszeresen vagy alkalmanként az öngyógyítás területén alkalmazott ilyen módszereket; Varsányi 2006), ám rendkívül informatív adat, hogy a természetgyógyászati kezelést elutasítók aránya nemzetközi vizsgálatok szerint 10–20%, míg a magyar mintán csak 13%. Ugyanakkor látható, hogy a természetgyógyászati módszerek iránti nyitottság nem jár együtt a természetgyógyászhoz fordulással, a pozitívan viszonyulók csaknem fele csak az öngyógyításban alkalmazza e módszereket (bár nem zárják ki szükség esetén szolgáltatás igénybevételét sem).

A másik fontos szempont, hogy a természetgyógyászati módszereket használók a legritkébb esetben utasítják el a hagyományos kezelést (az ilyen betegek aránya 4–5%; ASTIN 1998), általában a két irányzat differenciált alkalmazásával találkozhatunk. Ez fontos utalás arra, hogy a kliensek fejében a kétféle megközelítés nem zárja ki egymást, éles határok csak a módszerek alkalmazói fejében léteznek, hiszen a természetgyógyászati módszereket általában elutasító egészségügyi dolgozók és az azokat túlpreferáló természetgyógyászok között nagyjából félúton találjuk a betegeket, akik jellemzően a két módszert egymás mellett vagy indokolt esetben felváltva használva szeretnék a bajaikra megfelelően hatékony és ugyanakkor a lehető legveszélytelenebb gyógymódot megtalálni (VARSÁNYI 2007a; 2007b).

A természetgyógyászati kezelés melletti döntés motivációi közül hármat lehet kiemelni (FURNHAM–SMITH 1988). Bár számos más megközelítés is létezik, e három csoport jól összefoglalja e lehetőségeket:

- elkötelezett, a természetgyógyászati módszerek használatára szocializált alkalmazók (Magyarországon ez a csoport még kialakulóban van, jelenleg azok, akiknek e módszerek alkalmazása magától értetődő, fiatal felnőttkorukat élik);
- csalódott (krónikus beteg) keresők (ez azok esetében meghatározó, akik valóban igénybe is veszik a természetgyógyászati szolgáltatások valamelyikét);
- shoppingolók (akik mindent kipróbálnak), ebben a csoportban inkább az öngyógyításnak van nagyobb szerepe.

E csoportosításból érdemes a második csoportot kiemelni, ugyanis ebben az esetben ragadható meg legjobban a tudományosság és az alternativitás problémája. Látni kell azt, hogy gyakran a kérdésfelvetés mikéntje határozza meg a természetgyógyászathoz, természetgyógyászati módszerekhez és a tudományos alátámasztottsághoz való viszonyt, méghozzá nemcsak betegek, hanem a gyakorló természetgyógyászok részéről is.

Maguk a természetgyógyászok aszerint viszonyulnak a tudományos (bizonyítékon alapuló) alátámasztottság igényéhez, hogy az általuk gyakorolt módszer ezt mennyire teszi lehetővé. Azon módszerek esetében, amelyeknél a hatás a nem specifikus hatásoktól elválasztva is viszonylag könnyen vizsgálható, és az eddigi vizsgálatok megerősítették a placebohatáson túlmutató hatékonyságot (ilyen például a fitoterápia, a manuális medicina vagy az akupunktúra), általában maguk a természetgyógyászok is fontosnak tartják

ilyen vizsgálatok lefolytatását. Ezzel ellentétben, ahol ilyen eredmény nem született (pl. bioenergetikai megközelítések), a gyakorlók is szkeptikusabbak a vizsgálatokkal (illetve azok megalapozottságával, illetve érvényességével) szemben.

E szkepszis gyökerének az tekinthető, hogy sok módszer esetében a hatás nem vizsgálható jól elkülönítve a terápiás hatás egyéb, nem specifikus tényezőitől. E módszerek esetében lényegében ugyanaz a nehezen feloldható dilemma áll elő, mint a pszichoterápiás módszerek igazolhatósága esetén. Ha elfogadjuk Alexander (1987, idézi BÁRDOS 2003) definícióját („A multikauzalitás, valamint a pszichés és nem pszichés tényezők esetről esetre változó eloszlása érvényteleníti a »pszichoszomatikus betegség« fogalmát, mint specifikus diagnosztikai csoportét. Elméletileg minden betegség pszichoszomatikus, minthogy az emocionális tényezők minden testi folyamatot befolyásolnak az idegi és hormonális utakon át.”), akkor lényegében lehetetlen kiszűrni azokat a szubjektív elemeket, amelyek a megfelelő szer kiválasztását kísérik. Ha ezt mégis meg tesszük, a módszer használatának szakmai kritériumai sérülnek, vagyis nem azt mérjük a vizsgálat során, ami a terápiában történik (ennek lehetünk tanúi pl. a Bach-virágterápia hatásosságát vizsgáló kísérletekben; pl. PINTOV et al. 2005).

Ugyanakkor van itt egy sajátos belső ellentmondás is: elfogadva azt kiindulópontként, hogy legtöbbször azért fordulnak egy panasszal természetgyógyászhoz, mert a hagyományos ellátásban nem érték el az elvárásaik szerinti eredményt, hallgatólágosan elfogadjuk azt is, hogy az ilyen betegek gyógyítása kívül esik a tudományos szempontból alátámasztott módszerek hatókörén általában (pl. egy-egy konkrét gyógyíthatatlan betegség kapcsán), vagy egyedileg, az adott személy vonatkozásában. Ugyanakkor elméletileg (és a tapasztalatok szerint gyakorlatilag sem) zárja ki semmi azt, hogy egyedi esetben a multikauzális megközelítést a gyakorlat szintjén alkalmazó terapeuta ne érhesse el eredményt, még ha ez az eredmény nem általánosítható és nem terjeszthető ki automatikusan más esetekre, éppen a fent idézett definíció értelmében. Éppen ezért azt a sajátos paradoxont láthatjuk megvalósulni, hogy a természetgyógyászati módszerek esetében az igazolt hatásosság nem biztosíték (ahogy a gyógyszeres terápiák esetében sem) a terápiás sikerre, az igazolt hatásosság hiánya nem jelenti feltétlenül az egyes konkrét esetekben a terápia sikertelenségét. Nem is túl erőltetett párhuzamként gondolhatunk a placebohatással kapcsolatos kutatásokra (lásd jelen kötet megfelelő fejezetét), amelyek révén ma már jól ismerjük a jelenség hátterében meghúzódó mechanizmusok egy részét – s ezen ismeret birtokában mondhatjuk, hogy ugyanezen tényezőkre a természetgyógyászok nagy része mint munkája fontos összetevőjére tekint. Amennyiben ezeket a tényezőket tudatosan, képzetten s a kommunikáció, a reklám és a biztonságosság szempontjából korrekt módon használja ki a gyógyító, eljárásának tisztességessége aligha kérdőjelezhető meg (KÖTELES–CZIBOLY 2006a; 2006b).

Ezzel el is érkeztünk a természetgyógyászat kapcsán sokat emlegetett és hivatkozott kérdéshez, a gyakorló terapeutákat jellemző kompetenciák témájához. Mint összefoglalónkból látható, a természetgyógyászok tevékenysége számos pozitív jelzővel jellemezhető, ugyanakkor sok buktatót és negatívumot is magában rejthet. Minden

a témában érintett szakember elsődleges érdeke természetesen az lenne, hogy a pozitívumok erősítésével és a negatív tendenciák enyhítésével a természetgyógyászok hatékonyan, biztonságosan és megbízhatóan alkalmazhassák az általuk ismert technikákat. Ezt a mai működési keretek nem igazán támogatják, illetve a vizsgáztatás rendszere sem kényszeríti ki a képző intézményekből a leendő természetgyógyászok alapos felkészítését, így ez elsősorban (szerencsére egyre gyakrabban megfigyelhető módon) a képzők igényességén múlik. Emellett megfigyelhető az a (fentebb már jelzett s alig titkolt) törvényalkotói szándék, hogy a természetgyógyász tevékenységeket előbb-utóbb sikerüljön az orvosi egyetemek felé irányítani, amit némi paranoiával akár a természetgyógyászati tevékenységek ellehetetlenítésére tett kísérletnek is tekinthetnénk, hiszen mint fejezetünk elején láttuk, a legelfogadottabb meghatározás szerint e tevékenységek egyik, ha nem a leglényegesebb eleme a hivatalos gyógyítás irányvonalától való eltérés.

Mivel a természetgyógyászok egy több lépcsőből álló vizsgarendszer eredményeképpen nyernek jogosultságot választott hivatásuk gyakorlására, logikusnak tűnik, hogy ezt a vizsgarendszert kellene úgy átalakítani, hogy a feltételeknek való megfelelés garancia legyen a tevékenység megfelelő színvonalú végzésére.

Magában a vizsgarendszerben (és ebből adódóan a működési keretekben) több problémás pont is felfedezhető – s az igazsághoz hozzátartozik, hogy voltak kísérletek ezek átalakítására, ezek a kísérletek azonban (különböző okok miatt) rendre kudarcba fulladtak. Tekintsük ezért át a főbb problémákat, illetve a változtatás általunk járhatónak tartott útját – tudva természetesen, hogy sok más megoldás is jó lehet, sőt a mai keretek között is lehet igényes, megfelelő színvonalú munkát végezni, ez az adott egyén elhatározásán, képzettségén, végeredményben tudásán és szándékán múlik.

Az első és legfontosabb pont az egészségügyi ismeretek felszínessége, illetve hiányos volta. Itt egy furcsa paradoxonnal állunk szemben: mivel a törvény betűje szerint a természetgyógyász diagnózist nem állapít meg, tevékenységét pedig orvos irányításával végzi, valójában semmi sem indokolná, hogy különösebben mély anatómiai, élettani, kórélettani stb. ismeretekkel rendelkezzen. Ugyanakkor ezen ismeretek hiánya joggal kérhető számon a gyakorlatban, amikor ez az orvosi felügyelet nem valósul meg. Természetesen, mint fentebb írtuk, a leendő természetgyógyászoktól elvárt vizsgák sorában szerepel az ún. egészségügyi modulvizsga, ami azonban egy tesztkérdésekből összeválogatott írásbeli vizsga, évekre visszamenőleg sok, a pályázók által viszonylag könnyen megszerezhető vizsgasorral – és rendkívül alacsony, 51%-os elvárással. Vagyis maga a vizsgarendszer (áttételesen a törvény alkalmazója, korábban az Egészségügyi Minisztérium, ma a Nemzeti Erőforrás Minisztérium, illetve annak háttérintézményeként a vizsgákat szervező Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet) sem igényli a mélyebb ismeretek meglétét, ugyanakkor éppen ez jelentheti a hivatkozási alapot a természetgyógyászok tevékenységének korlátozásához, pl. bizonyos eljárások tiltásához. Nyilván közhely, hogy a megfelelő színvonalú hatékonyság és biztonságosság csak jól képzett szakemberektől várható el, de amíg maga a vizsgáztatási rendszer nem feltétlenül igényli a „jól képzettséget”, addig ez nem több vágyálomnál – különösen akkor,

ha a gyakorló természetgyógyásznak kevés lehetősége van arra, hogy pl. megszerzett egészségügyi tudását karbantartsa, hiszen mindennapi munkájában azt úgysem használhatja. Természetesen a vizsgázóktól megkövetelhető tananyagmennyiséget még egy szempont befolyásolhatja: ez pedig a vizsga súlya. Jelenleg Magyarországon középfokú végzettséggel gyakorolható a természetgyógyászati tevékenységek döntő többsége, Németországban, ahol jól működik az ún. Heilpraktiker-rendszer, ehhez betöltött huszonöt éves életkor és felsőfokú végzettség szükséges.

A képzettség hiányának másik kritikus pontja a pszichológiai alapismeretek hiánya, ami azért is szembetűnő, mert gyakorlatilag ezen ismereteket a magyar vizsgarendszer semmilyen módon nem kéri számon, miközben gyakorlatilag minden természetgyógyászati ág rendkívül nagy jelentőséget tulajdonít a pszichoszomatikus betegségeknek, sőt olyan ágak is vannak, amelyeket a „természetgyógyászat pszichológiájaként” is szokás emlegetni. Ez természetesen azt eredményezi, hogy a hallgatók és vizsgázók a pszichológiai alapismeretekkel szintén nem vagy alig rendelkező oktatók közhelyeit veszik át, anekdotikus történeteit általánosítják – az esetek nagy részében személyes tapasztalat nélkül, „ideológiai alapon”. Látna fentebb, hogy maga a természetgyógyászati tevékenység milyen sok ponton kapcsolódik az egészségpszichológiához, hallva természetgyógyász szakmai vizsgákon, hogy a vizsgázók milyen gyakran ismételtnek saját maguk által sem értett, álpszichológiai varázsmondatokat, elengedhetetlennek tűnik, hogy ez a terület előbb-utóbb nagyobb szerepet kapjon a természetgyógyászati képzésekben és szakmai vizsgákon.

Persze joggal merül fel a kérdés, hogy miért vállalnának a vizsgázók nehezebb bekerülési és működési feltételeket, ha ezek nem járnak pluszjogosítványokkal. A továbbfejlődés második alapját a képzés és vizsgarendszer mellett a lehetőségek bővítése jelenthetné, gyakorlatilag az előzővel párhuzamosan. Megfelelő képzettséggel és gyakorlattal miért ne gyakorolhatna a természetgyógyász akupunktúrát, homeopátiát (eltekintve természetesen egyes lobbierdekektől)? De még egyszerűbb példával is élhetünk: ma egy fitoterapeuta nem állíthatja össze a teakeveréket, krémet, kenőcsöt kliense számára, csak a receptúrát készítheti el... Ez nemcsak megbonyolítja a kliens számára a szükséges készítményhez történő hozzáférést, de számos olyan kellemetlenséggel is együtt járhat, mint a szükséges hozzávalók beszerzése, illetve beszerezhetlensége.

A fentebb vázolt és a fejezetben korábban érintett sajátosságok alapján jól látható, hogy ma a természetgyógyászati megközelítésben rejlő lehetőségek még kihasználásra várnak. Talán az is érzékelhető, hogy megítélésünk szerint a jövő útja egy olyan irány lehet, amely magasabb szintű képzettséget vár el a vizsgázóktól, ugyanakkor nagyobb szabadságot biztosít számukra a hivatásuk gyakorlása során. Számunkra az is világos, hogy nem szerencsés megoldás, ha az ilyen magasabb szintű képzés csak az orvosi képzések keretében vagy azokra ráépülve valósul meg, hiszen a fentebb bemutatott szemléleti különbségek olyan meghatározóak lehetnek, hogy eleve lehetetlenné teszik a két diszciplína egyként nyitott megközelítését: nyilván nem véletlen például, hogy az orvosi egyetemi képzés ideje alatt jelentősen csökken a hallgatók természetgyógyászat iránti nyitottsága (LIE–BOKER 2004).

A megoldás irányát sokkal inkább jelentheti a Németországban működő rendszer, vagy annak például főiskolai jellegű adaptációja, ami felépítését tekintve egyébként annyiban hasonlít a Magyarországon érvényben lévő szabályozásra, hogy a hallgatók külön vizsgát tesznek egészségügyi ismeretekből és szakmai ismeretekből, a különbséget azonban jól mutatja, hogy míg Magyarországon a hallgatók nagyrészt felesleges tehernek érzik a tanfolyam elvégzését, Németországban kihangsúlyozzák, hogy nem sok esélye van annak, aki önállóan próbál felkészülni a vizsgára. Ugyanakkor ez a magasabb szintű képzettség mind jogok, mind pedig köteleességek vonatkozásában nagyobb mozgásteret ad a „Heilpraktikereknek”, hiszen nemcsak a gyakorolható tevékenységek köre szélesebb, hanem az elvárások is nagyobbak, példaként említeném a fertőző betegségek regisztrálását, illetve bejelentési kötelezettségét.

Fontos azonban kihangsúlyozni, hogy a német példa nem általános: sem az Európai Unióban, sem pedig a nyugati világban nem tipikus ez a megközelítés, sőt, elmondhatjuk, hogy mi magyarok élen járunk az orvostudomány és a természetgyógyászat ellentétének rendezésében, hiszen míg a nyugati világ legtöbb országában a természetgyógyászat csak megtűrt, illetve hallgatólagosan elfogadott, azonban bármilyen probléma esetén akár drasztikusan is büntetett tevékenységként gyakorolható, addig nálunk törvény szabályozza a jogszerű működés kereteit.

EGY PÉLDA: A BACH-VIRÁGTERÁPIA

Láthattuk, hogy a természetgyógyászokkal szemben megfogalmazható kritikák egyik fontos eleme az, hogy lényegében egyfajta pszichológiai eszközrendszert (is) használnak, sokszor anélkül, hogy anekdotikus, leegyszerűsített, illetve gyakran félinformációkat tartalmazó, laikus szintű tudásnál mélyebb és megalapozottabb ismeretekkel rendelkeznének a pszichológiai működésekről. Ráadásul az ilyen ismeretek legalább elméleti, alapszintű elsajátítását a magyar képzési rendszer semmilyen módon sem várja el, sőt gyakran kísérletet sem tesz erre.

Hogy mindez hogyan jelenik meg a gyakorlatban és milyen buktatókat rejt, azt egy konkrét példán, a Bach-virágterápia példáján keresztül próbáljuk bemutatni.

Szemléltetésül azért éppen ezt a módszert választottuk, mert elveiben és gyakorlatában rendkívül kézzelfogható módon jelenik meg a pszichológiai megközelítés, annak minden előnyével és hátrányával együtt. Egy olyan módszerről van szó, amelynek megközelítésében jelentős szerepet kapnak a 20. század első felének azon szellemi irányzatai, amelyek a New Age mozgalom, illetve a holisztikus szemlélet egyes fontos elemeinek a kialakulásában is kulcsszerepet játszottak. Talán abból a szempontból is szerencsés választás, hogy bizonyos értelemben szélsőséges felfogást képvisel a betegségek megítélésében, hiszen dr. Edward Bach (a módszert kialakító angol orvos, 1880–1936)

megközelítése szerint a fizikai elváltozások diagnosztikai szempontból nem rendelkeznek önálló tünetértékkel, tulajdonképpen csak jelzői egy magasabb szinten bekövetkezett negatív elváltozásnak (KÖTELES-VARSÁNYI 1998). Ez a magasabb szint egyfajta spirituális „iránytévesztés”, ugyanakkor a betegségek közvetlen okát az ennek nyomán kialakuló érzelmi „egyensúlyvesztésben” látja (SCHEFFER 2001). A Bach-terápiát tehát joggal tekintjük egy, a megközelítése szempontjából valóban pszichoszomatikus irányzatnak. Annyiban ugyanakkor mindenképpen eltér a naiv pszichoszomatikától (és ezzel meglepően modern szemléletről tesz tanúbizonyságot), hogy nem próbálja megkülönböztetni a betegség kialakulásában oki szerepet kapó érzelmeket és a betegség következtében fellépő érzelmeket, mindig a pillanatnyi érzelmi állapotot próbálja kezelni. Értelmezése szerint ugyanis az averzív érzelmi állapotok (eredetüktől függetlenül) mindenképpen gátolják a gyógyulást, ezért a terápia közvetlen célja a beteg belső érzelmi egyensúlyának visszaállítása.

Lássuk meg, hogy e ponton teljes mértékben a gyógyító hozzáállásán múlik az, hogy miként interpretálja a beteg felé az érzelmei „jelentését”. Ha a kibillent érzelmi állapotnak mindenképpen elsődleges (oki) szerepet tulajdonít, akkor egyrészt a valóságnál nagyobb felelősséget próbál a beteg vállára helyezni, másrészt pedig irreális gyógyulási elvárásokat is kelt, hiszen az érzelmi egyensúly visszanyerésétől a szomatikus panaszok eltűnését várja (és ezzel a Bach-terápiát egy alternatív terápiás megközelítéssé teszi, amivel akár a gyógyszeres kezelés is kiváltható). Ha viszont az érzelmi egyensúly visszanyerését és a betegség értelmezését (vagyis egy jó és reális narratíva kidolgozását) a gyógyulást potenciálisan elősegítő tényezőként kezeli, akkor komplementer módon próbál segítséget nyújtani a betegnek.

A Bach-terápia az általa leírt érzelmi kategóriákhoz egy speciális eszközrendszert (ún. esszenciákat, vagyis egyfajta „gyógyszereket”) is hozzárendel, amelyek segítenek az érzelmi zavarok kiegyensúlyozásában. E szerek jórészt növényi alapúak, sajátos módszerrel készülnek, ám hatóanyagot csak nagyon kis koncentrációban tartalmaznak, ami farmakológiai szempontból eleve nem teszi értelmezhetővé a hatást, miközben annak feltételezett mechanizmusa sem tisztázott. Vagyis ha a tudományos nézőpontot akarjuk érvényesíteni, hamar zsákutcaba manőverezzük magunkat, hiszen e szerek esetében nem tudjuk megmondani, hogy mi hat (a Bach-terápiával foglalkozók megfogalmazása szerint a virágok rezgése, energiája), pontosan mire hat (az érzelmekre, illetve a lelkiállapokra), és hogyan hat (pl. az elfojtások, illetve a tudattalan tartalmak „felszínre hozásával”).

Ennél a pontnál rögtön érdekes észrevételt tehetünk, hiszen indirekt módon létrejött egy érdekes konstruktum: összekapcsolódott egy spirituális világkép (a hagyományosnak tekinthető test-lélek-szellem hármasság és hierarchia feltételezésével) és a betegségek pszichoszomatikus megközelítése (sokszor némiképpen pszichoanalitikus beütéssel, pl. elfojtások manifesztációjaként). Ez az összekapcsolódás természetesen más módszerek (akár pszichológiai megközelítések esetében) is gyakori, önmagában inkább csak érdekesség. Érdekes az azért, mert ugyanakkor a szemlélet nem egységes: a Bach-

virágterápiát gyakorlók gyakran hivatkoznak a stresszre mint fogalomra, illetve mint ugyancsak az érzelmi működéseket meghatározó tényezőre, vagyis a „pszichoszomatikus betegségek” olyan megközelítésével találkozhatunk, amely egyformán használja a pszichoanalitikus és a pszichovegetatív megközelítés fogalomrendszerének egyes elemeit, azonban úgy, hogy e fogalomrendszerek belső összefüggéseit (és gyakran a két fogalomrendszer belső ellentmondásait is) figyelmen kívül hagyja.

Maga Edward Bach törekedett módszere kialakításánál arra, hogy az a lehető legegyszerűbb legyen, ebben látta ugyanis a zálogát annak, hogy a beteg ember önmaga, közvetítők bevonása nélkül tudjon betegségével foglalkozni – ő ugyanis ebben látta az egyén felelősségvállalásának a zálogát (BACH 2006). Ennek megfelelően az egyes szerekhez rendelt leírások, „indikációk” szűkszavúak és lényegre törőek, bár gyakran leegyszerűsítettek. Maga a rendszer harmincnyolc alapszert ismer, s ezek alkalmazásával állíthat össze a terapeuta személyre szabott keverékeket (az eredeti ajánlás szerint maximum öt-hat komponensből – öt komponens esetében az előállítható egyedi keverékek száma több mint hatvanmillió, tehát a „személyre szabhatóság” igényét tökéletesen kielégíti).

A rendszer tehát tökéletesen individuális gyógyszer előállítását teszi lehetővé, s így teljességgel alkalmas arra, hogy az uniformizált kezelések ellenpontjaként jelenjen meg. Ebből adódik a Bach-virágterápia másik nagy előnye: ha ugyanis el szeretnénk készíteni egy ilyen tökéletesen individuális szert, a klienst alapos állapotfelmérésnek kell alávetnünk – s ez eléggé időigényes tevékenység, vagyis a kliens megtapasztalja, hogy valóban komolyan foglalkoznak vele. Mivel a terapeuta a kliens közléseiből indul ki, a módszer nagy hangsúlyt fektet arra, hogy a beteg a panaszait és érzelmeit pontosan tudja leírni, így a kliens rendkívül aktív bevonódást élhet át.

Magát az összeállított gyógyszert naponta négy alkalommal kell szedni, ezt a tapasztalatok szerint elég nehéz betartani, s például egyes vizsgálatokban 50% körüli kiesési arányt is regisztráltak emiatt (ARMSTRONG–ERNST 2001), más szempontból azonban a problémával való foglalkozásnak, a terapeutával való találkozás felidézésének relatíve nagy gyakoriságát eredményezheti (*lásd a placebo-ról szóló fejezetet*).

Ezzel együtt azonban számos olyan probléma is felmerülhet a Bach-virágterápia gyakorlatában, amelyet fentebb jeleztünk: ezek közül is a fizikai tünetek eljelentéktelenítése a leggyakoribb és egyben a legveszélyesebb, hiszen a Bach-terápia ezeket nem nagyon tudja beilleszteni a keretei közé, illetve csak mint járulékos, valójában figyelmen kívül hagyható tényezőként tekint rájuk.

A másik fontos probléma az, hogy a terapeuta (magától értetődő módon) érzelmeket keres, és természetesen nem is hiába. Hiszen a kliensek, bárki máshoz hasonlóan, az érzelmi élet teljes spektrumát felvonultatják – ebből azonban a terapeuta megítélésén múlik, hogy mit emel ki diszfunkcionális elemként. Emellett fontos probléma az is, hogy a terapeuták és kliensek fejében is összekeveredik, mit is értenek az „érzelmek” fogalma alatt, és egyáltalán mi az, amit tulajdonképpen keresni kellene. A probléma tehát az, hogy a terapeuta egyfajta értelmezést (narratívát) ad a kliens történetéhez, ez azonban az esetek döntő többségében

negatív képet sugalló, megbélyegző narratíva, arról szól, hogy a beteg valamit elrontott. Ezeket a veszélyeket természetesen a képzés folyamatában kellene megelőzni.

Látnunk kell azt is, hogy a Bach-terápia hatásmechanizmusának döntő elemét nem a mai tudásunk szerint egyébként is nehezen megragadható specifikus gyógyszerhatások jelenthetik. Ezek vizsgálatára (ERNST 2002) elméletileg is nehéz a tudományos elvárásoknak és a terápia alapelveinek egyaránt megfelelő vizsgálati szituációt kidolgozni, és még ha sikerülne is, akkor sem biztos, hogy egy pozitív eredmény a tudományosság szempontjai szerint értelmezhető lenne (EVANS 2004). Ugyanakkor egy ilyen keretrendszer rendkívül jó lehetőséget biztosít a terapeuta számára, hogy (megfelelő ismeretek birtokában) erős magyarázó erővel tudja értelmezni a kliens sémáit, és ezen eszközök alkalmazásával (is) lehetősége van öt új narratívák, alternatív értelmezések felé vezetni a terápia során s ezek beépülésével (a megküzdési stratégiák eszköztárának bővülésével, az énkép változásával, a viselkedés módosulásával – vagyis valójában a stresszreakciók kialakulási valószínűségének csökkentésével) végső soron valóban elérni egyes panaszok, tünetek változását, pszichológiai értelemben funkciójuk elvesztését, vagyis banális megfogalmazásban a pszichoszomatikus betegség gyógyulását. Ebből a szempontból tehát kiegészítő (és ebben a minőségében hiteles, természetes, sajátos gyógyszerformával rendelkező) terápiaként a legnagyobb előnye a nem specifikus hatások optimális megerősítése és az azokban rejlő lehetőségek kihasználása (PETERS 2001; BENEDETTI 2009).

A Bach-terápia példájából kiindulva azt láthatjuk tehát, hogy konkrétan erre az eljárásra (de általánosítva a természetgyógyászati módszerek jelentős részére is) jellemző lesz egyfajta kettősség. Arisztotelész óta tudjuk, hogy a „miért?” kérdésre legalább négy megközelítésből biztosan adható válasz. Ez a négy megközelítés a célszerűség, a közvetlen kialakító tényezők, a folyamatot meghatározó hatások és az anyagi összetevők szerint kialakított hangsúlyokat takarja. Amennyiben az ortodox orvostudomány válasza a saját egészsége/betegsége kérdésében a kliens számára nem elfogadható, magától értetődően keres majd új válaszokat, így a természetgyógyászat által adható válasz filozófiai értelemben *szükségszerűen alternatív*. Ugyanakkor azt is tudhatjuk, hogy bármilyen válasz szükségszerűen korlátozott érvényű lesz (hacsak nem tudunk olyan választ adni, ami mind a négy megközelítést integrálni képes). Ebből következően a módszer vonatkozásában a modern eljárások megkérdőjelezésének nincs valódi lehetősége, ez ugyanis nem filozófiai, hanem tapasztalati kérdés. Az alkalmazott eljárások vonatkozásában tehát a természetgyógyászati módszerek *szükségszerűen komplementerek*, hiszen az orvostudomány anyagi (biomedikális) válaszai *mellett* adhatnak olyan módszereket, amelyek a feltett kérdésre választ, illetve értelmezési keretet jelenthetnek.

Ugyanakkor az is világos, hogy a „miért?” kérdésre adható válasz nemcsak filozófiai, hanem pszichológiai szempontból is vizsgálható, sőt az egyén vonatkozásában vizsgálándó is, hiszen a pszichológia tudományának egyik célja az emberi viselkedés megértése (HARKAI-SCHILLER 1940/2002). Valóban sok olyan elméletet ismerünk, amely a feltett kérdésre (a természetgyógyászati módszerekhez hasonlóan) alternatív válaszokat keres, legyen az motivációs, szükségleti, drive-redukciós, ösztönméleti, kognitív vagy viselkedéses magyarázat.

A gyakorló pszichológusokhoz hasonlóan lassan a természetgyógyászok is felismerik azt, hogy erre a kérdésre nem adható egyoldalú válasz, s hogy az adható válaszok megítélésében számos közös pont, átfedés található. Talán nem a távoli jövő lehetősége, hogy ezeket a közös pontokat felismerve a két terület tanuljon egymástól.

IRODALOMJEGYZÉK

- ARMSTRONG, N. C. – ERNST, E. (2001): A randomized, double-blind placebo-controlled trial of a Bach Flower Remedy. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 7(4). 215–221.
- ASTIN, J. A. (1998): Why Patients Use Alternative Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 279(19). 1548–1553.
- BACH, E. (2006): *Virágterápia. Válogatott tanulmányok*. Filosz, Budapest.
- BÁRDOS Gy. (2003): *Pszichovegetatív kölcsönhatások*. Scolar, Budapest.
- BENEDETTI, F. (2009): *Placebo effects. Understanding the mechanisms in health and disease*. Oxford University Press, Oxford.
- BUCKMAN, R. – SABBAGH, K. (1993): *Magic or Medicine? An Investigation of Healing and Healers*. MacMillan, London.
- BUDA L. (1996): Kultúra, tudomány és individuum. Az alternatív medicina szerepe a gyógyításban. *Lege Artis Medicinae*, 6(11). 670–675.
- BUDA L. (1997): Az alternatív medicina társadalmi és lélektani hátteréről. *Komplementer Medicina*, 1(1). 5–11.
- BUDA L. (2003). *Az alternatív medicina tudományos orvosláshoz való viszonyának, társadalmi-lélektani, egészség-szociológiai hátterének elemzése és az egészségügyi ellátásban betöltött szerepének komplex empirikus vizsgálata*. PhD-értekezés. Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Pécs.
- DETHLEFSEN, T. – DAHLKE, R. (1991): *Út a teljességhez*. Arkánium, Budapest.
- DIXON, M. – SWEENEY, K. (2000): *The human effect in medicine: theory, research and practice*. Radcliffe Medical Press, Oxford.
- EISENBERG, D. M. et al. (1993): Unconventional Medicine in the United States – Prevalence, Costs, and Patterns of Use. *The New England Journal of Medicine*, 328(4). 246–252.
- ERNST, E. (2002): „Flower remedies”: a systematic review of the clinical evidence. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 114(23–24). 963–966.
- ERNST, E. (ed.) (2006): *The desktop guide to complementary and alternative medicine: an evidence-based approach*. Elsevier, Philadelphia.

- ETT (1991): Az Egészségügyi Tudományos Tanács (ETT) állásfoglalása a természetgyógyászati ténykedésről és eljárásokról, valamint a nem bizonyított gyógyhatású, gyógyszerként el nem fogadott szerek orvosi alkalmazásáról. www.ett.hu/lapok/allasfoglalas/termgyogy.htm
- EVANS, D. (2004): *Placebo. Mind over matter in modern medicine*. Oxford University Press, Oxford.
- FURNHAM, A. – SMITH, C. (1988): Choosing alternative medicine: a comparison of the beliefs of patients visiting a general practitioner and a homeopath. *Social Science & Medicine*, 26(7). 685–689.
- HARKAI SCHILLER P. (1940/2002): *A lélektan feladata*. Osiris, Budapest.
- KOPP M. – BERGHAMMER R. (eds) (2009): *Orvosi pszichológia*. Medicina, Budapest.
- KÖTELES F. – CZIBOLY Á. (2006a): Placebohatás: ellenség vagy szövetség? I. Placebo a klinikai vizsgálatokban. *Komplementer Medicina*, 10(1). 27–33.
- KÖTELES F. – CZIBOLY Á. (2006b): Placebohatás: ellenség vagy szövetség? II. rész: A placebo-jelenség és a komplementer gyógymódok. *Komplementer Medicina*, 10(2). 11–16.
- KÖTELES F. – KOMSA I. (2003): Növényi drogok ellenjavallatai, mellékhatásai és gyógyszerkölsönhatásai I. *Komplementer Medicina*, 7(4). 28–41.
- KÖTELES F. – KOMSA I. (2004): Növényi drogok ellenjavallatai, mellékhatásai és gyógyszerkölsönhatásai II. *Komplementer Medicina*, 8(1). 30–34.
- KÖTELES F. – VARSÁNYI P. (1998): A Bach-virágterápia. *Komplementer Medicina*, 2(3). 37–40.
- LAKOS A. (2002). Alternatív medicina – a szabályozás és bevizsgálás nélküli orvoslás kockázata. *Hírvivő*, 2002. június. <http://www.hrasko.com/xaknak.php?docid=10023>
- LENKEI G. (2003): *Cenzúrázott egészség*. Free Choice Books, Budapest.
- LÉHNER Zs. (2007): *Depresszió: a kineziológus szemével II. rész*. <http://www.astronet.hu/test-es-lelek/alternativ-kezelesek/depresszio-a-kineziologus-szemevel-ii-resz-33495.html?fejezet=1>
- PETERS, D. (ed.) (2001): *Understanding the placebo effect in complementary medicine*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- PINTOV, S. et al. (2005): Bach flower remedies used for attention deficit hyperactivity disorder in children – a prospective double blind controlled study. *European Journal of Paediatric Neurology*, 9(6). 395–8.
- RÁK K. (2003): Merre tart az orvostudomány? Nem lehet kétféle medicina, ortodox és alternatív. *Természet Világa*, 2003/04. <http://www.termeszetvilaga.hu/szamok/tv2003/tv0304/rak.html>
- SCHEFFER M. (2001): *Az eredeti Bach-virágterápia*. Magyar Könyvklub, Budapest.
- SZÁNTÓ Zs. (1995): Az orvostudomány, az alternatív gyógyászat és az orvosi szociológia. *Lege Artis Medicinae*, 5(11). 1044–1051.

- TAMASI J. (szerk.) (2000): *Természetgyógyászati alapismeretek. Jegyzet a középfokú természetgyógyászati oktatás és vizsgáztatás számára.* NKK, Salgótarján.
- THOMPSON, W. G. (2005): *Placebo effect and health: Combining science with compassionate care.* Prometheus Books, Amherst, MA.
- VARGA O. – MOLNÁR P. (2005): Természetgyógyászok és a kártérítési felelősség. *Lege Artis Medicinae*, 15(3). 238–240.
- VARSA NYI P. (2006): *Az alternatív medicina szerepe és jelentősége az egészséghez való viszony alakulásában.* Diplomamunka. Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológiai Intézet, Debrecen.
- VARSA NYI P. (2007a): A természetgyógyászat iránti nyitottság. I. *Komplementer Medicina*, 11(2). 35–39.
- VARSA NYI P. (2007b): A természetgyógyászat iránti nyitottság. II. *Komplementer Medicina*, 11(3). 22–26.

Az egészségpszichológia a pszichológia elméleti, gyakorlati ismereteinek és módszertanának alkalmazása az egészség fejlesztésében és fenntartásában, a betegségek megelőzésében és kezelésében, az egészség, betegség és a kapcsolódó működészavarok okainak és veszélyeztető tényezőinek azonosításában és végül az egészségügy és az egészségpolitika elemzésében és fejlesztésében.

A klinikai egészségpszichológia a pszichológia alkalmazásának kiterjesztése az egészséggel és betegséggel kapcsolatos problémák és jelenségek széles körére. Bár a klinikai pszichológiával való kapcsolat nyilvánvaló, ez utóbbi hagyományosan elsősorban a mentális zavarok és alkalmazkodási problémák felismerésével és kezelésével foglalkozik. A klinikai egészségpszichológia fókuszában ugyanakkor a pszichológiai módszerek alkalmazása áll a nem mentális betegségek megelőzésében, kezelésében, rehabilitációjában, illetve ezen túlmutatóan az életminőség javításában.

Jelen, második kötetben a gyakorló és a kutató szakemberek számára áttekintést nyújtunk az egészségpszichológia egyes kérdéseiből. E válogatást az ELTE Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszékén, valamint a Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszéken dolgozó oktatók, kutatók, doktoranduszok, valamint e tanszékekkel szoros kapcsolatban álló gyakorló szakemberek összefoglaló, áttekintő munkáiból állítottuk össze.

ISBN 978-963-312-108-5



9 789633 121085