

Az egészségszorongás kezelésének irányelvei¹

I. A betegségssorongás meghatározása

A betegségssorongással küzdő páciensek (hipochondriasis) komoly kihívást jelentenek az egészségügyi ellátás számára, ugyanis nem mutatnak egyértelmű pszichés tüneteket, általában nem fogadják el a panaszuk lelki hátterét, amellet, hogy szokatlan, téves hiedelmet táplálnak az egészségi állapotukkal kapcsolatban. Az egészségssorongás természetes jelenség, súlyos formája a hipochondriasis, amelyet a DSM-5 betegségssorongásnak keresztelt. A **DSM 5 kritériumrendszere** a következőket foglalja magában:

- a. túlzott szorongás valamilyen betegség fennállásával vagy kialakulásával kapcsolatban.
- b. a szomatikus tünetek nem állnak fenn, vagy ha fennállnak, akkor intenzitásukat tekintve enyhék
- c. az egészséggel kapcsolatban erőteljes szorongás áll fenn
- d. a személy túlzásba viszi az egészséggel kapcsolatos viselkedéseket
- e. a betegséggel kapcsolatos aggodalom legalább 6 hónapja fennáll
- f. a betegséggel kapcsolatos túlzott aggodalom nem magyarázható jobban más mentális zavarral

A betegségssorongás definíciójának lényeges része, hogy a beteg félreértelmezi és valamilyen súlyos betegségnek tartja az interoceptív ingereket, testi jelenségeket. Két megjelenési formát különítünk el:

- (1) *betegségfóbia*, amelyre a súlyos betegség kialakulásától való félelem jellemző illetve
- (2) *betegségmeggyőződés*, amely során az illető szilárdan hisz abban, hogy valamilyen betegségben szenved.

II. Epidemiológiai adatok és komorbiditás

Becslések szerint a hipochondriázissal diagnosztizáltak 25%-a diagnosztizálható betegségssorongás zavarral, a hipochondriás jellegű szorongás tekintetében pedig az átlagpopuláció 30-80%-nál fordul elő élete során legalább egyszer enyhébb vagy súlyos fokú betegségssorongás. A férfiak és a nők megbetegedési aránya azonos, a betegség jellemzően fiatal felnőttkorban (20-30 év) kezdődik. A jelenség komoly terhet ró az egészségügyre, hiszen amíg az általános orvosi gyakorlatban 4-6% a betegség gyakorisága, az alapellátásban ennél jóval nagyobb arányban, akár a páciensek 30%-nál észlelhető fokozott egészségssorongás (Tringer, Osváth, Ozsváth, Tényi, & Fekete, 2015).

A betegségssorongás nagyfokú komorbiditást mutat a generalizált szorongászavarral, a fóbiával és a pánikbetegséggel, a differenciáldiagnosztika pedig komoly körültekintést kíván. Generalizált szorongás az esetek 71%-ban, disztíma 45%-ban, depresszió és fóbia 43%-ban, pánikzavar 17%-ban, szerhasználat 17%-ban kíséri a betegségssorongás zavar diagnózisát.

¹Az összefoglaló alapját képezte:

- Levenson J (2020): Illnes anxiety disorder: Treatment and prognosis
<https://www.uptodate.com/contents/illness-anxiety-disorder-treatment-and-prognosis>
- Levenson, J (2020): Epidemiology, clinical presentation, assessment and diagnosis
<https://www.uptodate.com/contents/illness-anxiety-disorder-epidemiology-clinical-presentation-assessment-and-diagnosis>

III. Felismerés és állapotfelmérés

Alapellátás

A betegségsszorongás felismerése az alapellátásban jelentkező páciensek esetén a házi orvos feladata. Erre a következő jelek hívhatják fel a figyelmet:

- a beteg kiterjedt orvosi ellátást kap, ám ennek ellenére is elégedetlen
- több orvossal konzultált ugyanazon probléma kapcsán, a leletei azonban negatívak
- az orvosi ellátás növeli a beteg egészséggel kapcsolatos aggodalmait, ahelyett, hogy tartósan megnyugodna
- az ismételt megnyugtató kísérletek hatástalanok vagy csak rövid ideig eredményesek

A házi orvos ezek alapján dönthet úgy, hogy pszichoterápiás, pszichiátriai ellátás van szükség. A páciensek komplex felméréséhez szükséges a bio-pszicho-szociális szemlélet.

Szakellátás

A pszichoterápiás/klinikai pszichológiai *interjú* főbb pontjai a következők:

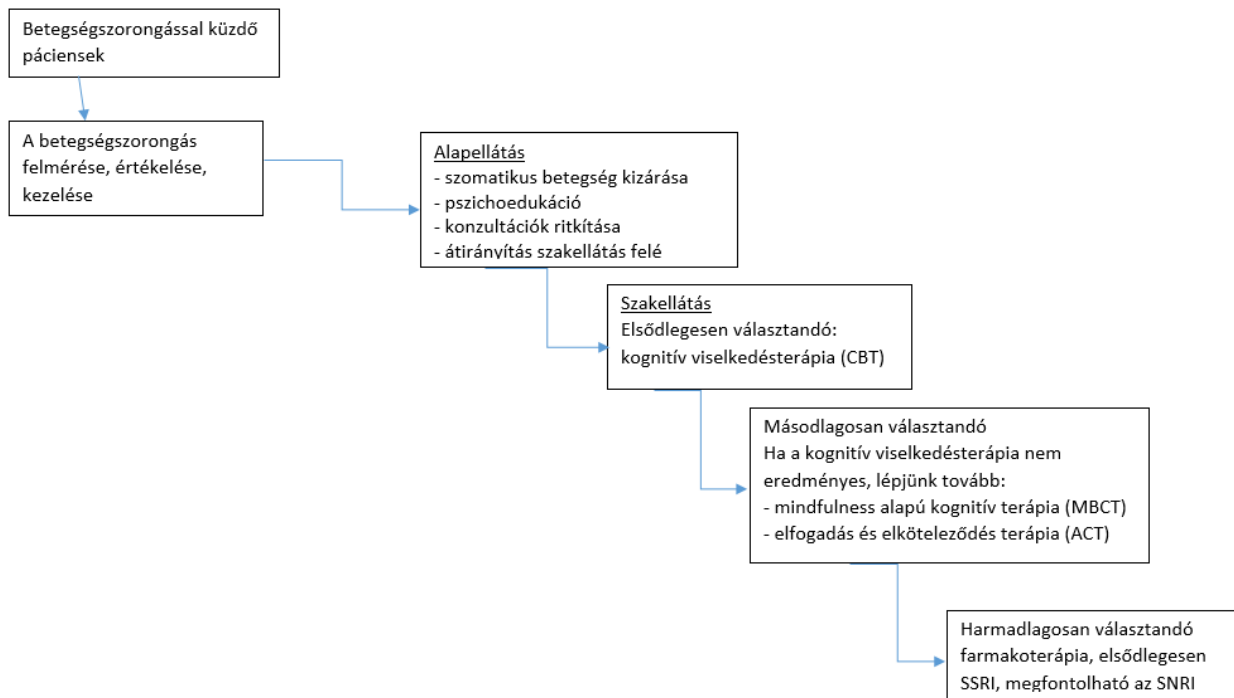
- hiedelmek, félelmek a betegséggel kapcsolatban
 - Milyen testi szenzációk váltják ki a szorongást?
 - Hogyan reagál a páciens a szorongásra?
 - Milyen a páciens belátása? Hogyan vélekedik a páciens a betegségről?
 - Mi váltotta ki a félelmeket? Akut vagy krónikus a szorongás?
- korábbi komolyabb betegségek, különösen gyermekkorban
- korábbi kezelések feltérképezése
- alternatív és kiegészítő kezelések explorációja
- az egészségügyi dolgozókkal való kapcsolat minősége (különösen az alapellátásban)
- pszichiátriai komorbiditások (szorongásos zavarok, depresszió, szomatikus tünetzavar)
- pszichoszociális funkcionálás szintje
- családban korábban előforduló komolyabb betegségek

Kérdőíves állapotfelmérés

Specifikusan a betegségsszorongás felmérésére alkalmazható kérdőívek a következők (In: Perczel-Forintos, Kiss és Ajtay, 2012):

- *Rövidített Egészségsszorongás- kérdőív (SHAI) (Köteles, Simor, & Bárdos, 2011)*
- *Spielberger Állapot- Vonás Szorongás Kérdőív (STAI) (Sipos & Sipos, 1978)*
- *Beck Depresszió Kérdőív (BDI) (Kopp, Skrabski, & Czakó, 1990)*
- *Torontói Alexitímia Skála (TAS-20) (Cserjési, Luminet, & Lénárd, 2007)*
- *Reménytelenség Skála (RS) (Perczel-Forintos, Sallai, & Rózsa, 2001)*

A BETEGSÉGSZORONGÁS KEZELÉSÉNEK SZINTJEI



IV. A betegségrszorongás kezelése az alapellátásban

Általános elvek: a betegségrszorongás gyakran hosszú távon fennáll és megterheli az orvos-beteg kapcsolatot, mivel az egészségügyi személyzet általában nehezen kezelhető, nem együttműködő, kellemetlenkedő vagy éppenséggel képzelt betegnek tartja őket. A páciens általában meg van győződve arról, hogy testi betegsége van, amit még nem fedeztek fel vagy nem vizsgáltak ki megfelelően. Épp ezért a háziorvos feladata nem a betegségrszorongás megváltoztatása, hanem a szorongással szembeni megküzdési kapacitás növelése, a stresszkezelés, illetve a stigmatizáló kommunikációs elkerülése. Lehetőleg elfogadó, bizalomteli kapcsolat kialakítására érdemes törekedni, amelyben a páciens megtapasztalja, hogy a panaszait valóságosnak tekintjük. A hipochondriás betegeket adekvát kezelése a *pszichoterápiás szakellátás kompetenciájába* tartozik, azonban a háziorvos fontos, hogy betartsa a következő alapelveket:

- szomatikus betegség kizárása, adott esetben megfelelő kezelése
- pszichoedukáció
- rendszeres konzultációk, majd ezek fokozatos ritkítása az egészségügyi aggályoktól függetlenül
- együttműködő kapcsolat kialakítása a beteggel
- más orvosokkal való kommunikáció
- további kivizsgálások korlátozása
- biztosítsuk a beteget arról, hogy a súlyos betegségek kizárhatók
- komorbid pszichiátriai betegségek felismerése és kezelése.

A páciensek egy része nem reagál megfelelően az alapellátásban alkalmazható intervenciókra, ekkor klinikai szakpszichológus vagy pszichiáter bevonására van szükség.

V. A betegségorongás kezelése a szakellátásban

Az irányelvek szerint **elsődlegesen választandó** a kognitív viselkedésterápia.

Ennek főbb elemei:

- pszichoedukáció,
- kettős terápiás szerződés – rövidebb időre fogadja el a terapeuta hipotézisét, miszerint pszichológiai természetű problémáról van szó és adjon esélyt a pszichoterápiának
- konceptualizálás,
- kognitív átstrukturálás (gondolatnapló, tortadiagram technika)
- viselkedésterápiás technikák pl. figyelemelterelés

A CBT nehézsége, hogy nehezen hozzáférhető (kevés a szakember) és sok páciens elutasítja a pszichoterápiát

Az egészségorongás kognitív viselkedésterápiájának legfontosabb lépései szomatikus betegségekben (Tyrer és mtsai 2011)

- Tünetlista készítése és felmérni, hogy a páciens miként értelmezi a panaszait
- Mi a legrosszabb, amitől tart? – ennek a félelemnek a megfogalmazása
- A betegség tényleges kockázatának felmérése
- Az egészségorongás „költségeinek” kiszámolása
- Felvetni azt a hipotézist, hogy feltehetően inkább arról van szó, hogy a páciens valamilyen betegség kialakulásától tart, semmint beteg lenne
- A szorongásra utaló jelek megfigyelése
- A panaszok lehetséges alternatív magyarázatainak megfogalmazása, átstrukturálás (pl. tortaszelet technikával)
- Az egészségorongást fenntartó biztonsági viselkedési minták csökkentése, pl. túlzott önfigyelés és vizsgálatokra járás abbahagyása

Hatékonyságvizsgálatok

Számos metaanalízis alapján a kognitív viselkedésterápia a várólistás kontrollcsoporttal összehasonlítva jelentősen csökkentette a szorongásos és depresszív tüneteket, valamint a betegviselkedést (Williams & House, 2014). A CBT hatékonysága a farmakoterápiás valamint a pszichodinamikus kezeléssel szemben is többszörösen alátámasztott (Weck, Gropalis, Hiller, & Bleichhardt, 2015).

Másodlagosan választandók Amennyiben a CBT nem elérhető vagy nem hatékony, a következő eljárások:

Mindfulness (tudatos jelenlét) alapú kognitív terápia

- A módszer a páciens a valóság radikális elfogadására buzdítja a szorongásokkal való adaptív megküzdés érdekében.
- A tudatos jelenlét lényege a tudatosság fenntartása minden pillanatban, elszakadva az élményekhez, véleményekhez, értékelésekhez és gondolatokhoz való erős kötődéstől, amelyek meghatározzák az egyén reakcióit.

Hatékonyágvizsgálatok

Egyéves követéses vizsgálatban (Mcmanus, Surawy, Muse, Vazquez-montes, & Williams, 2012) a páciensek 36%-a merítette ki a hipochondriázis diagnosztikai kritériumait, ez a szám a sztenderd kezelés esetében 76% volt. Egy metaanalízis (Sørensen, Wattar, Buemann, & Salkovskis, 2011) adatai alapján a mindfulness alapú terápia hatékonyabbnak bizonyult a rövid dinamikus pszichoterápiánál, amellet, hogy a várólistás kontrollcsoport eredményeihez képest is javulás mutatkozott.

Elfogadás és elköteleződés terápia ACT

A harmadik generációs viselkedésterápiás irányzatok közé tartozó elfogadás és elköteleződés terápia szintén hasznosítja a mindfulness tréning elemeit, amellet, hogy a félelemkeltő gondolatok és érzések elfogadására, az értékek tisztázására és a változás melletti elkötelezettségre is fókusz helyez. Hatékonyága a kontrollcsoporttal szemben szintén bizonyított, 6 hónapos követéses vizsgálatban (Eilenberg, Frosthholm, Schröder, Jensen, & Fink, 2015) 48%-uk szignifikánsan javult (a kontrollcsoport 16%-val szemben).

Harmadlagosan választandó

Farmakoterápia

Antidepresszáns gyógyszerelés, abban az esetben választandó, ha a CBT és más pszichoterápiás formák sem hozzák meg a kívánt eredményt. Elsősorban SSRI, esetleg SNRI kezelés alkalmazható. Klinikailag jelentős változás a páciensek 30-50%-nál várható, általában 8-16 hét alatt.

Egyéb lehetőségek: (monoterápiaként vagy antidepresszánsal kiegészítve)

- problémamegoldó tréning
- relaxációs tréning
- viselkedéses stressz menedzsment (4 elem: relaxáció, problémamegoldás, asszertivitás tréning, időmenedzsment)

Prognózis

Kognitív viselkedésterápiás kezelést követően relapszus csak a betegek 14%-nál figyelhető meg, a kezelés hatására pedig a betegek 35-70%-a javul.

KITEKINTÉS — AZ ORTHOREXIA NERVOSA

Diagnózis

A modern társadalmi berendezkedés egyik új szindrómája az orthorexia nervosa, amely az egészségesnek tartott ételek kényszeres, kizárólagos fogyasztását jelenti. Az egészségesétel-függőség fontos jellemzője, hogy az étel minőségét érinti szigorú kontrollálás, melynek hatására az étel íze és élvezete elveszíti jelentőségét és az értékes tápanyagok bevitele kap kiemelt szerepet. Bár az orthorexia nem szerepel a diagnosztikus klasszifikációs rendszerben, egyre több klinikai megfigyelés vonzza a jelenség felé a figyelmet, hiszen napjainkban egyre inkább növekszik az egészséges életmódra vonatkozó kulturális nyomás, amely nagyban emeli a zavar kialakulásának kockázatát. Az orthorexia diagnosztikai kritériumai (Dunn & Bratman, 2016) szerint az egészségesétel-függőkre a következők jellemzők:

Kritérium A: A kényszeresség fókuszja az egészséges étkezésre kerül a következők alapján:

- Kényszeres viselkedési attitűdök vagy lelki nehézségek miatt szigorú étkezési szabályokat bevezetése.
- Az önként vállalt étkezési szokások megsértése nyomán kialakuló fokozott félelem a betegségek miatt, személyes tisztátalanság érzése, illetve olyan negatív érzelmek megjelenése, mint a szégyen és a bűntudat.
- A diétás megszorítások idővel egyre erősebbé válnak, ami akár teljes ételcsoportok elutasítását, vagy az egyre gyakoribbá váló méregtelenítő és tisztítókúrák bevonását jelenti. A szigorúbbá váló diéta általában súlycsökkenéshez vezet, de az erre való vágy nem jelentkezik, rejtett, vagy az egészséges ételek idealizációja mögé rejtőzik.

Kritérium B.: A kényszeres viselkedés és a mentális egészség sérülése a következők bármelyikével párosul:

- Alultápláltság, kóros fogyás, vagy más egészségügyi következmények a szigorú diétából adódóan.
- Intrapersonális distressz, vagy társas problémák a szociális, tudományos vagy munkahelyi területen.
- Pozitív testkép, magas önértékelés és/vagy elégedettség érzése az egyénileg definiált „egészséges” étkezési szokások betartásával kapcsolatban.

Epidemiológia

Az orthorexiára vonatkozó epidemiológiai adatokat nagyban formálja az alkalmazott kérdőív szenzitivitása és specifitása. Tény, hogy mivel jelenleg nincs egy megfelelően ellenőrzött pszichometriai mérőeszköz az orthorexia mérésére, a zavar előfordulási arányára vonatkozó prevalencia adatok megbízhatósága megkérdőjelezhető. A leggyakrabban használt kérdőív az ORTO-15 (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale, & Cannella, 2005), amelynek magyar nyelvű adaptációja is készült Ortho-11-Hu néven (Varga, Thege, Dukay-Szabó, Túry, & van Furth, 2014). Magyar egyetemista populációt vizsgálva igen magas az orthorexiára való hajlandóság előfordulási aránya (mintegy 74,2%), amely bár felveti a kérdőív határértékének helyességét felhívja a figyelmet az egészségesétél-függőség vizsgálatának relevanciájára is.

Az orthorexia nervosa kapcsolata az egészségszorongással

Az orthorexia nervosa esetében az egészségszorongás konstruktuma fokozottan releváns, ugyanis egy kurrens kutatás (Koven & Wabry, 2015) eredményei alapján magasabb vonásszorongás jellemző rájuk, amit kiegészítenek az esettanulmányokban megfigyelhető hipochondriás jellemzők is. Az orthorexiára való hajlam emellett magasabb egészségszorongással is együtt jár, tehát az ételválasztást nem csak az étel minőségi aspektusai határozzák meg, ugyanis az egészségi állapottal kapcsolatos fokozott aggodalom is potenciálisan befolyásolhatja a személyek ételválasztását és az egészséges étkezés melletti elköteleződést (Kiss-Leizer, Tóth-Király, & Rigó, 2019).

Magyar nyelvű szakirodalom:

Perczel-Forintos Dóra (2019): A betegségorongás és a szomatizáció kognitív viselkedésterápiája (szerk: Perczel-Forintos Dóra és Mórotz Kenéz), *Kognitív viselkedésterápia* (263-296 old.) Medicina Kiadó, Budapest.

Perczel-Forintos, D. (2019). Tudatos jelenlét alapú kognitív terápia. (szerk_ Perczel-Forintos Dóra és Mórotz Kenéz). *Kognitív viselkedésterápia* (183-199. old.) Medicina Kiadó, Budapest.

Hivatkozások:

- Cserjési, R., Luminet, O., & Lénárd, L. (2007). A Torontói Alexitímia Skála (TAS-20) magyar változata: megbízhatósága és faktorvaliditása egyetemista mintán. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 62 (3): 355-368.
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders*, 10, 28–32.
- Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11–17.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006>
- Eilenberg, T., Frostholm, L., Schröder, A., Jensen, J. S., & Fink, P. (2015). Long-term consequences of severe health anxiety on sick leave in treated and untreated patients : Analysis alongside a randomised controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 32, 95–102. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.04.001>
- Goodman, W. K., Price, L., & Rasmussen, S. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Past development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006–10116.
- Kiss-Leizer, M., Tóth-Király, I., & Rigó, A. (2019). How the obsession to eat healthy food meets with the willingness to do sports: the motivational background of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 24, 465-472
- Koven, N. S., & Wabry, A. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385–394.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S61665>
- Köteles, F., Simor, P., & Bárdos, G. (2011). A Rövidített Egészségsszorongás- Kérdőív (SHAI) magyar verziójának kérdőíves validálása és pszichometriai értékelése. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*, 12(3), 191–213.
<https://doi.org/10.1556/Mental.12.2011.3.1>
- Mcmanus, F., Surawy, C., Muse, K., Vazquez-montes, M., & Williams, J. M. G. (2012). A Randomized Clinical Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Versus Unrestricted Services for Health Anxiety (Hypochondriasis). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 817–828. <https://doi.org/10.1037/a0028782>
- Perczel-Forintos, D., Ajtay, G., & Kiss, Z. (2018). *Kérdőívek becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Perczel-Forintos D., Sallai, J., & Rózsa S. (2001): A Beck-féle Reménytelenség skála pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16 (6): 632-643.
- Sipos, K., & Sipos, M. (1978). The development and validation of the Hungarian form of the STAI. In *Cross-Cultural Anxiety* (pp. 51–61). Wshington-London: Hemisphere Publishing Corporation.
- Sørensen, P., Wattar, U., Buemann, I., & Salkovskis, P. (2011). A randomized clinical trial of cognitive behavioural therapy versus short-term psychodynamic psychotherapy versus no intervention for patients with hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 41, 431–441.
<https://doi.org/10.1017/S0033291710000292>
- Tringer, I., Osváth, P., Ozsváth, K., Tényi, T., & Fekete, S. (2015): Szomatiform (szomatikus tünet) zavarok (szerk: Füredi János & Németh Attila), Medicina Kiadó, Budapest, (pp. 313-325)

- Varga, M., Thege, B. K., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & van Furth, E. F. (2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry, 14*(59), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-59>
- Weck, F., Gropalis, M., Hiller, W., & Bleichhardt, G. (2015). Journal of Anxiety Disorders Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for patients with hypochondriasis (health anxiety). *Journal of Anxiety Disorders, 30*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.12.012>
- Williams, C., & House, A. (2014). Cognitive behavior therapy for health anxiety. *Lancet, 383*, 190–191

Az összefoglalót készítette: Kiss-Leizer Márton – Prof. Dr. Perczel-Forintos Dóra