

Szomatizációs zavarok kezelése gyermekkorban: bizonyítottan hatékony pszichoterápiás módszerek

Tamás Réka Borbála dr.¹ ■ Perczel-Forintos Dóra dr.¹
Máté Orsolya dr.² ■ Gyenge Zsuzsanna dr.¹

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, I. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

Bevezetés: A teljes populációt tekintve az alapellátásban és a szakellátásban megjelenők mintegy 25–30%-át teszik ki a „szomatizáló” betegek, akiknek testi tünetei mögött nem találnak orvosilag kimutatható szervi eltérést. A szomatikus panaszok gyakorisága az idősor mellett gyermek- és serdülőkorban a legmagasabb. A 7–12 év közötti gyermekek között a szomatikus tünettábor jelenléte az alapellátásban közel 20%, a gyermekklinikák szakambulanciáin pedig 47%. A leggyakoribb szomatizációs panaszok a fejfájás, a hasfájás vagy a különböző végtagfájdalmak, amelyek magas komorbiditást mutatnak más mentális zavarokkal, elsősorban szorongásos megbetegedésekkel. A szomatizációs zavarok esetében mindig multikauzális problémáról van szó, amelynek kialakulásában a biológiai, környezeti és pszichés tényezők komplex módon kapcsolódnak össze. A tapasztalatok alapján a szomatizáló páciensek sokszor évekig vándorolnak az egészségügyi rendszerben, ahol adekvát kezelés hiányában legfeljebb gyógyszeres ellátásban részesülnek, így a panasz könnyen krónikussá válhat.

Célkitűzés, módszer: Tanulmányunk célja a gyermekkori szomatizációs zavarok bizonyítottan hatékony kezelési módszereire vonatkozó legfrissebb szakirodalom áttekintése, különös tekintettel a komplex, pszichoterápiás lehetőségekre. Szemléltetésül egy szédüléssel, gastrointestinalis panaszokkal és alvászavarral küzdő serdülő fiú kognitív viselkedésterápiás kezelését ismertetjük.

Megbeszélés: A hatékonyságvizsgálatok eredményei egyértelműen a kognitív viselkedésterápiát, valamint kiegészítésként a családterápiát/családkonzultációt javasolják a nagy gyakorisággal megjelenő szomatizációs zavarok adekvát kezelésére. A terápiás ellátás során a pszichoszociális stresszoroknak, az egészségszorongásnak, a katasztrofizáló gondolkodásnak a felismerésére és csökkentésére, az eredményes megküzdési és kommunikációs készségek kialakítására és az életkornak megfelelő aktivitás fenntartására kell fókuszálni.

Következtetés: A biopszichoszociális szemléletű állapotfelmérés és kezelés kulcsfontosságú a szomatizáló betegeknél, hogy a megbetegedés kialakulásában és fenntartásában szerepet játszó pszichés és környezeti tényezőket feltérképezve, bizonyítottan hatékony kognitív viselkedésterápiában részesüljenek.

Orv Hetil. 2020; 161(25): 1050–1058.

Kulcsszavak: szomatikus tünettábor, szomatizációs zavar, megmagyarázhatatlan testi tünetek, kognitív viselkedésterápia

Treatment of somatic symptom disorder in childhood: evidence-based psychotherapy interventions

Introduction: About 25–30% of patients present themselves in general practice and specialized healthcare with medically unexplained somatic symptoms. The prevalence of these symptoms is the highest among the elderly, children and adolescents. Approximately 20% of patients in primary care and 47% of them in specialized clinics are children between the age of 7–12 who seem to have somatic symptom disorder (SSD). Somatization disorder most frequently occur with symptoms of headache, stomach ache or various kinds of pain in the limbs that show high comorbidity with other mental disorders, predominantly with anxiety. SSDs are always multicausal issues where biological, social-environmental and psychological factors are interconnected in a complex manner. According to our experience, somatizing patients are often drifting in the healthcare system for years, and instead of getting adequate treatment, they only receive medication, thus their symptoms may easily become chronic.

Aim, method: Our aim was to review the current literature and guidelines concerning evidence-based treatments for SSD in childhood. Furthermore, to underline the importance of psychotherapy in SSD, we present the cognitive behavior therapy of a 16-year-old adolescent with vertigo, gastrointestinal symptoms and insomnia over a 8-month period.

Discussion: The results of effectiveness studies unequivocally recommend cognitive behavioral therapy in the treatment of SSD patients, accompanied by family therapy or family consultation. The therapy should focus on reducing psychosocial stressors, health anxiety and catastrophizing thinking style in the family, while developing adequate coping and communication skills as well as maintaining the patient's age-appropriate activity level.

Conclusion: Cognitive behavior therapy is the treatment of choice in SSD for children and young people. Applying the biopsychosocial approach is a key issue in the assessment of predisposing and maintaining factors, ensuring that only methods based on scientific evidence will be applied to help these children.

Keywords: somatic symptom disorder, somatization disorder, medically unexplained physical symptoms, cognitive behavioral therapy

Tamás RB, Perczel-Forintos D, Máté O, Gyenge Zs. [Treatment of somatic symptom disorder in childhood: evidence-based psychotherapy interventions]. *Orv Hetil.* 2020; 161(25): 1050–1058.

(Beérkezett: 2020. január 27.; elfogadva: 2020. március 4.)

Rövidítések

BDI = (Beck Depression Inventory) Beck-féle depresszió-kérdőív; BNO = betegségek nemzetközi osztályozása; BPPV = benignus paroxysmalis positionalis vertigo; CBT = (cognitive behavioral therapy) kognitív viselkedésterápia; DRD4 = dopaminreceptor D₄; DSM = (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve; EMMI = Emberi Erőforrások Minisztériuma; IBS = (irritable bowel syndrome) irritábilisbél-szindróma; MRI = (magnetic resonance imaging) mágnesesrezonancia-képzés; OPRM1 = mû (µ)-opioid-receptor-1; SAFA = Pszichopatológiai tünetlista gyermekek és serdülők számára; Serdülők énképének és szorongásszintjének vizsgálata; SHAI = (Short Health Anxiety Inventory) Egészségssorongás-kérdőív; SSD = (somatic symptom disorder) szomatikus tünetzavar

A gyógyításban mindig is nagy kihívást jelentettek a megmagyarázhatatlan testi panaszokkal jelentkező és a kezelésre alig vagy kevéssé reagáló betegek. Ők azok a „nemszeretem” személyek, akik újabb és újabb tünetekkel jelennek meg, ismételt vizsgálatokat követelnek, s mivel kezelésük kevés sikerrel kecsegtet, kapcsolatuk jellemzően problematikusá válik az orvosukkal. Ez nem meglepő, ha egy betegség hátterében vagy csak testi, vagy csak lelki okot keresünk. Ha azonban a magatartás- orvoslás biopszichoszociális-spirituális modelljében gondolkodunk, akkor – tágabb kontextusban értelmezve a panaszokat – megérthetővé válhat a folyamat, s a terápiás hatékonyság javulhat.

A házi orvosokat vagy a járóbeteg-rendeléseket felkereső felnőtt páciensek nagy hányadának, 30–80%-ának olyan tünetei vannak, amelyeket kizárólag organikus szempontból nem lehet diagnosztizálni [1, 2]. E páciensek többsége csak átmenetileg tapasztalja a tüneteket, és elfogadja, hogy nincs semmi komoly baja, jelentős részük azonban a negatív szervi diagnózis és az orvosi

megnyugtató ellenére továbbra is azt hiszi, hogy tünetei valamilyen súlyos és feltáratlan betegséget jeleznek. Ezek a betegek sokszor évekig járnak az orvoshoz, s rengeteg laboratóriumi tesztelésen és egyéb kivizsgáláson mennek keresztül. A kivizsgálás és gyógykezelés során komoly egészségügyi erőforrásokat használnak föl, amelyek nem oldják meg a problémát, és továbbra is fenntartják a szorongás és a gyengélkedés állapotát [3]. Ezek a páciensek többnyire negatív reakciókat váltanak ki a kezelőszemélyzetből. Egész irodalma van a „nehezen kezelhető”, „nehéz rajta segíteni”, „képzelt” betegeknek. Panaszaikra gyakran csak legyintenek, mondván, hogy „csak szomatizálnak”, vagy „csak beképzeli magának” a beteg – ebből pedig az következik, hogy az illetőnek semmi valós oka és indoka nincs a panaszkodásra.

A hypochondriasis és a szomatizáció az egészségügy vakfoltjaihoz tartozik, mivel az ilyen páciensek nem mutatnak egyértelmű pszichopatológiai tüneteket, általában nem fogadják el panaszaik pszichés hátterét, ugyanakkor gyakran szokatlan vagy téves hiedelmeket táplálnak egészségi állapotukkal kapcsolatban. Az orvosilag nem megmagyarázható tünetek a klinikai tapasztalatok és az epidemiológiai vizsgálatok alapján gyermekkorban is meglehetősen gyakoriak. Éppen ezért nagyon fontos, hogy mind a gyermekházi orvosi praxisban, mind a szakellátásban jobban felismerjék és kezeljék ezeket a betegeket [4].

Az olyan testi tünetekkel küzdők aránya, melyek hátterében nem igazolódik orvosi vizsgálatokkal kimutatható szomatikus eltérés, a teljes populációra nézve a családorvosi praxisban és más járóbeteg-ellátásban mintegy 25–30% [5]. Gyermekkorban a leggyakoribb szomatizációs panaszok között említhetjük a fejfájást, a hasfájást, de nem elhanyagolható a szédülés vagy a végtagfájdalommal járó tünetképzés sem [6]. Sajnos gyakori, hogy a szomatizáló gyerekek kizárólag testi tünetekre fókuszáló

kezelésben részesülnek (például fájdalomcsillapítót kapnak), adekvát és bizonyítottan hatékony pszichoterápiás ellátásba azonban ritkán kerülnek.

A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve (DSM) negyedik, átdolgozott kiadása, a kategorikus szemlélet jegyében, a szomatiform zavarok közé sorolta a hypochondriást, a konverziós zavart, a szomatizációs zavart, a factitious zavart (színlelést), az állandó fájdalomzavarokat [7]. A DSM-5 [8] áttörést hozott azzal, hogy egy spektrumba sorolta a szomatikus tünetekkel járó megbetegedéseket, melynek neve: 'szomatikus tünet és kapcsolódó zavarok'. A spektrum egyik végén az egészségzorongás és a szomatiform zavarok helyezkednek el (ahol a testi tünetek mögött nem igazolható szervi elváltozás), a spektrum másik végén pedig azok a krónikus testi/szervi megbetegedések állnak, amelyekhez gyakran kapcsolódnak fokozott mértékű szorongásos vagy depresszív tünetek (például daganatos betegséghez, vesebetegséghez társuló depresszió, szorongás). A két végpont között a régi pszichoszomatikus kategória helyezkedik el, vagyis ahol a testi panaszok megjelenése pszichoszociális stresszorokkal hozható összefüggésbe, és mind a testi betegséget, mind a pszichés zavart kezelni kell. Fontos tehát kiemelni, hogy a DSM-5-nek a szomatikus tünetzavarra vonatkozó diagnosztikus kategóriája nem követeli meg, hogy a testi tünetek szervi okkal magyarázhatók legyenek, ugyanakkor fennálló és kimutatható szervi ok mellett is alkalmazható a diagnózis a megfelelő kritériumok teljesülése esetén [8, 9]. Ez a spektrumszemléletű megközelítés több szempontból is pontosabban ragadja meg a gyermek- és serdülőkorban megjelenő szomatizációs tünetképzést [9]. A BNO-10 [10] még nem követi ezt a struktúrát, a BNO-11 azonban várhatóan a DSM-5 felépítését követve lehetővé teszi majd a könnyebb diagnosztizálást.

A DSM-5 szerint a *Szomatikus tünet és kapcsolódó zavarok* diagnosztikai kritériumai az alábbiak:

A) Egy vagy több szomatikus tünet, ami szenvedést okoz, vagy a mindennapi életvitelt jelentősen akadályozza.

B) A szomatikus tünetre vagy az azzal összefüggő, egészséggel kapcsolatos aggodalmakra vonatkozó túlzott gondolatok, érzések, viselkedések, melyek az alábbiak közül legalább egyben megnyilvánulnak:

1. A személy tüneteinek súlyosságával kapcsolatos, aránytalan és tartósan fennálló gondolatok.
2. Az egészséggel vagy a tünetekkel kapcsolatos, tartósan fennálló erős szorongás.
3. A személy e tüneteknek vagy az egészséggel kapcsolatos aggodalmaknak túlzottan sok időt és energiát szentel.

C) Bár a szomatikus tünet esetleg nem áll fenn folyamatosan, a szimptomatikus állapot tartós (tipikusan több mint 6 hónap).

Jelölendő: Tartósan fájdalommal jár; Tartósan fennáll; Mértéke enyhe/mérsékeltén súlyos/súlyos [8].

Epidemiológia

A szomatikus panaszok előfordulási gyakorisága gyermek- és serdülőkorban, valamint időskorban a legmagasabb [11]. Gyermeknél a stresszre adott reakcióként megjelenő szomatizáció egy bizonyos életkorig adaptív, normális működésként értelmezhető – például a gyerekek korai életkorban a stresszre gyakran hasfájással reagálnak [12] –, majd az érzelemszabályozás fejlődésével ideális esetben a szomatizációs panaszok jellemzően csökkennek. Ezek a legtöbbször a gyermek számára stresszt jelentő élethelyzetekhez köthetően – például iskolába, óvodába való beszoktatáskor, a szülők válásakor – jelennek meg, ilyenkor az érzelmi megterhelés testi panaszokban manifesztálódhat [6]. A szomatizáció (a leggyakrabban szédülés, hasfájás, fejfájás és alvási problémák) prevalenciája gyermekkorban 2–10%-ra tehető, ami megközelíti a szorongásos zavarok előfordulási gyakoriságát [13, 14]. A 7 és 12 éves kor közötti gyermekek közül az alapellátáshoz fordulóknak 20%-ánál, a gyermekklinikai szakellátásban megjelenőknél 47%-ánál találtak szomatizációs zavart testi tüneteik hátterében [15, 16]. Egy nagy, 6636 fős mintán végzett holland felmérésben azt találták, hogy a 0–18 év közötti korosztálynál is viszonylag gyakran jelentkeznek olyan tartós, különböző testrészekre lokalizálódó fájdalomtünetek, melyek orvosilag nem magyarázhatók [17]. A felmérés szerint a szomatizációs zavar a leggyakrabban fejfájás, alhasi panaszok vagy végtagfájdalom formájában jelentkezik. A több mint 3 hónapja fennálló, tartós fájdalom már a krónikus fájdalom kategóriájába tartozik, melynek előfordulási gyakorisága 0–3 éveseknél 11,8%, 4–7 éveseknél 19,3%, 8–11 éveseknél 23,7%, 12–15 éveseknél 35,7%, 16–18 éveseknél pedig 31,2%. A teljes mintát tekintve a gyermekek 54%-a szenvedett valamilyen fájdalomtünettől az előző 3 hónapon belül, illetve 25% jelezte, hogy minimum 3 hónapja napi legalább egy alkalommal tapasztal valamilyen krónikus fájdalomtünetet. Az adatok szerint a krónikus fájdalom előfordulása a lányok körében szignifikánsan magasabb volt a fiúkhoz képest [17].

Etiopatogenezis

A monoszimptomatikus megjelenéstől eltekintve a szomatizációs zavaroknak a gyermek- és serdülőkorban megjelenő formái nem mutatnak lényeges eltérést a felnőttkori formáktól [18]. A túlzott distressz gyermekek és serdülők körében elsősorban fejfájáshoz vagy hasi fájdalomhoz kapcsolódik [12].

A gyermekkori szomatizációs zavarok tekintetében (is) egyértelmű, hogy multikauzális problémáról van szó, amelynek kialakulásában a biológiai, környezeti (családi) és pszichés tényezők komplex módon kapcsolódnak össze [19]. A ma érvényes biopszichoszociális modell értelmében a biológiai hajlamosító tényezők (viscerális hiperszenzitivitás, fájdalomküszöb), a pszichés faktorok

(temperamentum, szenzitivitás, érzelmi rigiditás, szegényes megküzdési stratégiák, határeseti intellektus, pszichiátriai betegség) és a környezeti tényezők kölcsönhatására kell gondolnunk [20].

A szomatikus stresszorokkal és fájdalommal való megküzdés készsége a kutatások alapján összefüggést mutat az érzelmi kifejezőkészséggel. Több humán és szubhumán idegtudományi vizsgálat is alátámasztja, hogy az interperszonális szorongást és a szomatikus fájdalmat közös neuralis rendszerek közvetítik, vagyis a két folyamat idegrendszeri szinten is összefügg. Tanulmányok támasztják alá, hogy a szomatikus fájdalom-szindróma és az alacsony érzelmi tudatosság és alacsonyabb szabályozás együttjárást mutatnak [12].

A testi érzetekre adott speciális kognitív-emocionális reakciót írja le a szomatoszenzoros amplifikáció jelensége, amely a testi érzetek intenzívként, károsként és zavaróként való megélésének tendenciáját jelenti. Az amplifikáció három komponense a testi érzetekre irányuló fokozott figyelem, egyes, viszonylag ritka és gyenge testi érzetekre való koncentráció, valamint olyan kognitív-emocionális reakcióra való hajlam, amely a testi érzeteket felerősíti, és ezáltal zavaróvá, fenyegetővé teszi [21].

A szomatizációs zavarok összefüggésben lehetnek a korai interperszonális kapcsolatokkal és a kötődés minőségével egyaránt [12]. A szomatikus stressz szabályozását a csecsemők az elsődleges gondozóval való kapcsolataikon keresztül tanulják meg. A problémás korai kötődés fokozott érzékenységhez vezet a szomatikus megbetegedések szempontjából, illetve gyengébb immunitást is okozhat. Ez utóbbi eredmények egyértelműen beigazolódtak állatkísérletekben, azonban humánvizsgálatok alapján is hasonló következtetésre jutottak.

A környezeti tényezők közül gyermekkorban a legfontosabbak természetesen az intrafamiliaris tényezők, mint például az egészséggel kapcsolatos diszfunkcionális attitűdök a családban, a családtagok stresszhelyzetben mutatott maladaptív megküzdési stratégiái, a magas teljesítményelvárások, vagy épp ellenkezőleg, a gyermekre irányuló elégtelen figyelem, a túlóvá vagy elhanyagoló nevelési stílus vagy a családtagok esetleges szomatikus/pszichiátriai problémái. Egyre több bizonyíték van arra, hogy az elsődleges gondozók és a közeli családtagok viselkedése és mentális egészsége döntő szerepet játszik a szomatizációs és szomatiform zavarok kialakulásában [22]. Például szorongásos zavarral élő szülők és gyermekeik vizsgálatából kiderül, hogy elsősorban olyan, a szorongásos zavarra jellemző kognitív stílusok adódnak tovább, mint a világ veszélyességére vonatkozó attitűd, illetve az aggodalmaskodás, mint a veszélyekkel való megküzdési forma [23]. A szülők és gyermekeik a genetikai egyezésen túl azonos környezettel is rendelkeznek, ezenkívül közös lehet bennük a fogékonyság bizonyos fizikai tünetekre, és hasonló tendenciát mutathatnak abban is, ahogyan reagálnak a stresszre és a fizikai fájdalomra. A szülői szorongás (születéstől 7 éves korig vizsgált gyerekek esetében) a gyermek első életében olyan koc-

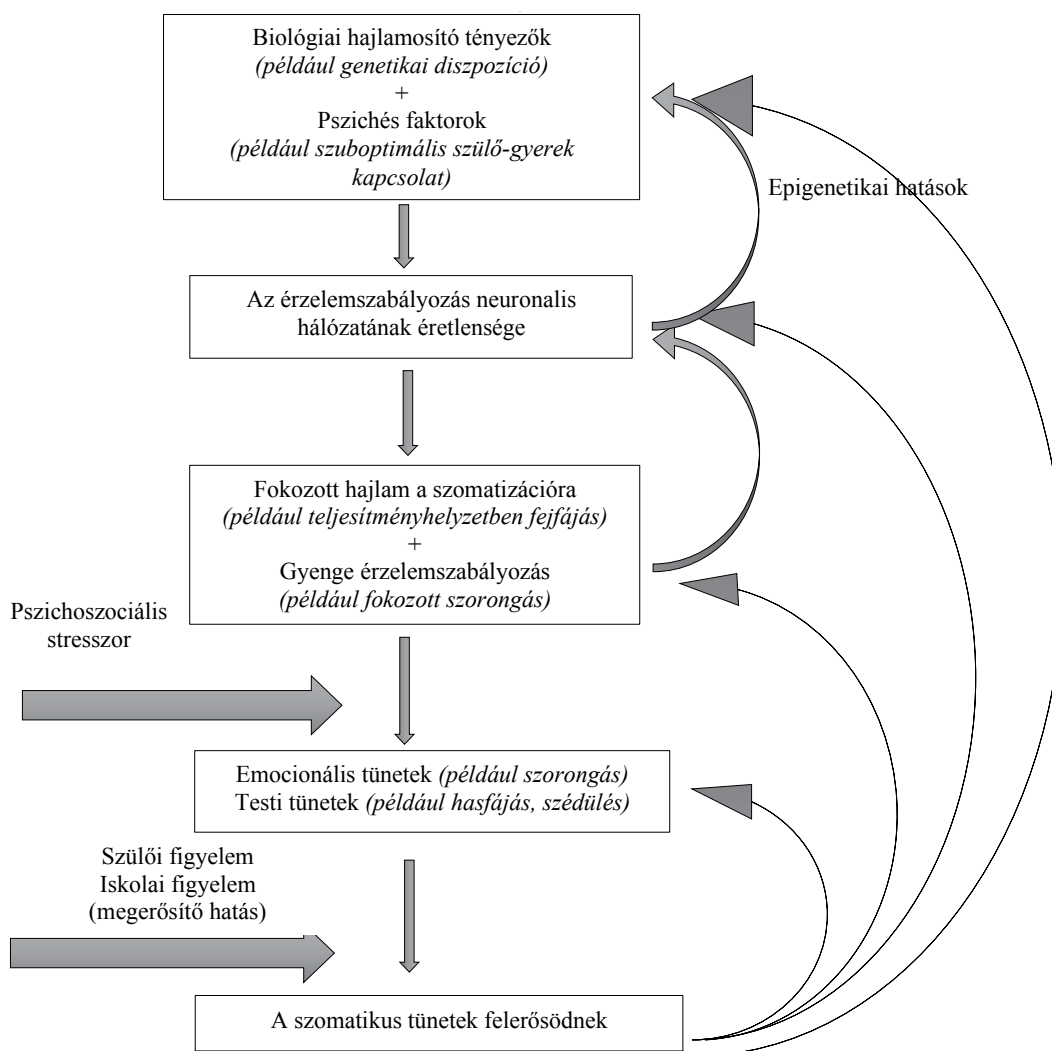
kázati tényező, amely a szomatikus tünettavar kialakulásához vezethet a későbbiekben. A közeli családtagok pszichopatológiáját kutatva a tanulmányi eredmények azt találták, hogy a szomatikus tünettavarban szenvedő gyermekek családtagjainak körében szignifikánsan magasabb arányban volt kimutatható valamilyen pszichiátriai rendellenesség, szemben az egészséges gyermekek szüleiével [22].

Ezenkívül az olyan környezeti tényezők szerepe sem hanyagolható el, amilyen például az iskolai stressz, a kortárs 'bullying' (megfélemlítés, zaklatás), az iskola oktatási stílusa vagy más, megterhelő életesemények [24, 25]. A gyermek életkorának és ezzel szoros összefüggésben idegrendszeri érettségének függvényében a stresszre adott reakció tipikusan testi tünetekhez vezethet, és a legkülönfélébb formákban nyilvánulhat meg a visceralis hiperszenzitivitás miatt. A fenti tényezők vulnerabilitást képezve egy konkrét megterhelő élethelyzetben (például iskolai kudarc, kortárs 'bullying') aktiválódva vezethetnek a szomatizációs minta kialakulásához (például hasfájás, fejfájás). A testi tünet mint betegség fokozott figyelmet kapva a környezet részéről megerősíti ezt a mintázatot, vagyis hogy a gyermek megterhelő helyzetre testi tünettal reagál. Ez a többszörös megerősítés (fokozott figyelem a szülők részéről, orvosi vizsgálatok, iskolai stresszhelyzet elkerülése) a tünetek fennmaradásához vezet [6].

Landa és mtsai [12] fejlődépszichopatológiai tanulmányukban kiemelik, hogy a korai tapasztalatok, a környezeti hatások és a genetikai predispozíció együttesen járulnak hozzá a szomatikus tünettavar kialakulásához. Fejlődési modelljükben hangsúlyozzák, hogy a pszichoszomatikus fájdalom hátterét a genetikai predispozíció alapozza meg, ebben kiemelt szerepet tulajdonítanak az OPRM1 és DRD4 géneknek. Amikor a gén-környezet interakciók során ez a genetikailag megalapozott érzékenység nem megfelelő kötődési stílussal, interperszonális traumákkal vagy az érzelemszabályozás transzgenerációs zavarával találkozunk, fokozódhat a szomatikus tünettavar kialakulásának veszélye (*1. ábra*).

Bizonyítottan hatékony kezelések

A gyerekkori szomatizáció kezelését illetően a metaanalízisek eredményei alapján a kognitív viselkedésterápiás, a relaxáción alapuló, valamint a 'biofeedback' (biológiai visszacsatolási) technikák tekinthetők hatékonyak. Több tanulmány kiemeli gyermekek esetében a szülők, illetve a teljes család bevonásának szükségességét is. *Palermo és mtsai* [11] metaanalízisükben randomizált kontrollált vizsgálatok eredményeit tekintették át a krónikus fájdalom kezelését illetően, különös tekintettel a funkcióromlás javulásának mértékére és az érzelmi funkcionálásra. Fejfájással, alhasi fájdalommal és fibromyalgiával küzdő, 19 év alatti gyerekeket és fiatalokat vizsgáltak (n = 1247). A fájdalom csökkentésében a kognitív viselkedésterápia, a relaxációs terápiák és a 'biofeedback' te-



1. ábra | A szomatizáció patomechanizmusa (Landa, Peterson, Fallon 2012 [12], valamint Gallai, 2019 alapján [6])

rápia bizonyult szignifikánsan hatékonynak. Egy 2008-as Cochrane áttekintő tanulmány alapján, a pszichoszociális intervenciók hatékonyságát vizsgálva, a visszatérő alhasi fájdalom és az IBS kezelésére iskoláskorú gyermekekben ($n = 167$) a kognitív viselkedésterápiás intervenciók bizonyultak a leghatékonyabbnak a várólistával és a sztenderd orvosi ellátással szemben [26]. Egy másik áttekintő tanulmány megállapításai fejfájás és hasfájás esetén szintén a kognitív viselkedésterápiát, a relaxációt és a 'biofeedback' tréninget találták bizonyítottan hatékony kezelési módoknak. Ez a tanulmány kiemelte a szülők terápiába való bevonásának és edukációjának fontosságát is [27].

A Landa és mtsai által elemzett kutatás szerint a szomatiform fájdalomzavarral élőknel a pszichoterápia mellett jelentősen csökkent a fájdalom mértéke közvetlenül a kezelés után, valamint az utókövetési periódusban is, összehasonlítva a kontrollcsoport eredményeivel [12]. Fontos eredmény, hogy a kezelés hatására nőtt az érzelmi tudatosság és az érzelmi kifejezőkészség is. Landa és mtsai szerint a krónikus fájdalomzavarral élők esetében

az interperszonális kapcsolatokkal való erős összefüggés miatt a családterápiás beavatkozásoknak nagy jelentőségük lehet [12].

Egy 2019-es holland vizsgálat során szomatikus tünetzavarban szenvedő gyermekeknel és serdülőknél (5–19 év között) alkalmazott, különböző típusú családterápiás intervenciókat vizsgáltak ($n = 587$), és a szisztematikus családterápiát és családterápiás fókuszú CBT-t összehasonlítva a CBT-alapút találták eredményesebbnek [28]. A CBT-alapú családterápia fókuszába a gyermek szomatikus tünetének megértését, valamint a testi funkciók hibás percepciójának átstrukturálását helyezik, többek között a fájdalom és a stressz közötti kapcsolat megértésével. Az elfogadás- és elköteleződéralapú családterápia elsősorban a tünetekkel összefüggő diszfunkcionális elkerülő viselkedésre fókuszál, a tünetek enyhítése helyett a fájdalom elfogadására és a jelenben való élet értékeinek megélésére összpontosít [28].

Összefoglalva, az áttekintő tanulmányok a kognitív viselkedésterápiát, a relaxációs terápiákat és a 'biofeedback' terápiát találták szignifikáns hatékonyságúnak. Gyerme-

kek esetében a szakirodalom kiemeli a szülők terápiába való bevonásának és edukációjának fontosságát is, illetve kiegészítő terápiaként a CBT-alapú családterápia bizonyult hatékonynak, melynek fókuszába a gyermek szomatikus tüneteinek megértését, valamint a testi funkciók diszfunkcionális percepciójának átstrukturálását helyezik.

Esetismertetés

Az alábbiakban vázlatosan bemutatjuk egy serdülő fiú szédüléssel járó panaszainak kognitív viselkedésterápiáját (2. ábra). A páciens a belezegését adta esetének rövid ismertetéséhez.

Panaszok: a 16 éves fiú nyolc hónapja fennálló, folyamatosan jelen lévő, forgó jellegű szédülés, erős szorongás, gyakori diarrhoeával járó gastrointestinalis panaszokkal és elvási nehézségekkel jelentkezett kezelésre.

Exploráció: Teljes családban él, több közeli családtag-nál szédüléssel járó tünetképzés (az anyánál szédüléssel járó agorafóbia; az apánál szédüléssel járó szorongásos tünetképzés és Menière-szindróma) jellemző. A serdülő sorozatos iskolai kudarcokról, diagnosztizált részkepeségzavarról (dyscalculia, dysgraphia), iskolaváltásokról számolt be előzményként. Megerősítő és fenntartó tényezőként feltárható volt, hogy tünete megjelenése óta

több figyelem érkezik a szülők részéről, illetve előnyként jelenhet meg az iskolai kötelezettségek alóli felmentés is.

Szomatikus vizsgálat: Felmerült a BPPV (benignus paroxysmalis positionalis vertigo) lehetősége, az MRI képalkotó eljárás azonban egyértelműen nem igazolta ezt.

Pszichodiagnosztika: A tünet-specifikus kérdőívek (BDI – Beck-féle depresszió-kérdőív, SHAI – Egészségsszorongás-kérdőív; SAFA – Pszichopatológiai tünetlista gyermekek és serdülők számára; Szomatizáció és hipochondria főkála) enyhe depressziót, egészségsszorongást, valamint szomatizációs tünetképzést jeleztek.

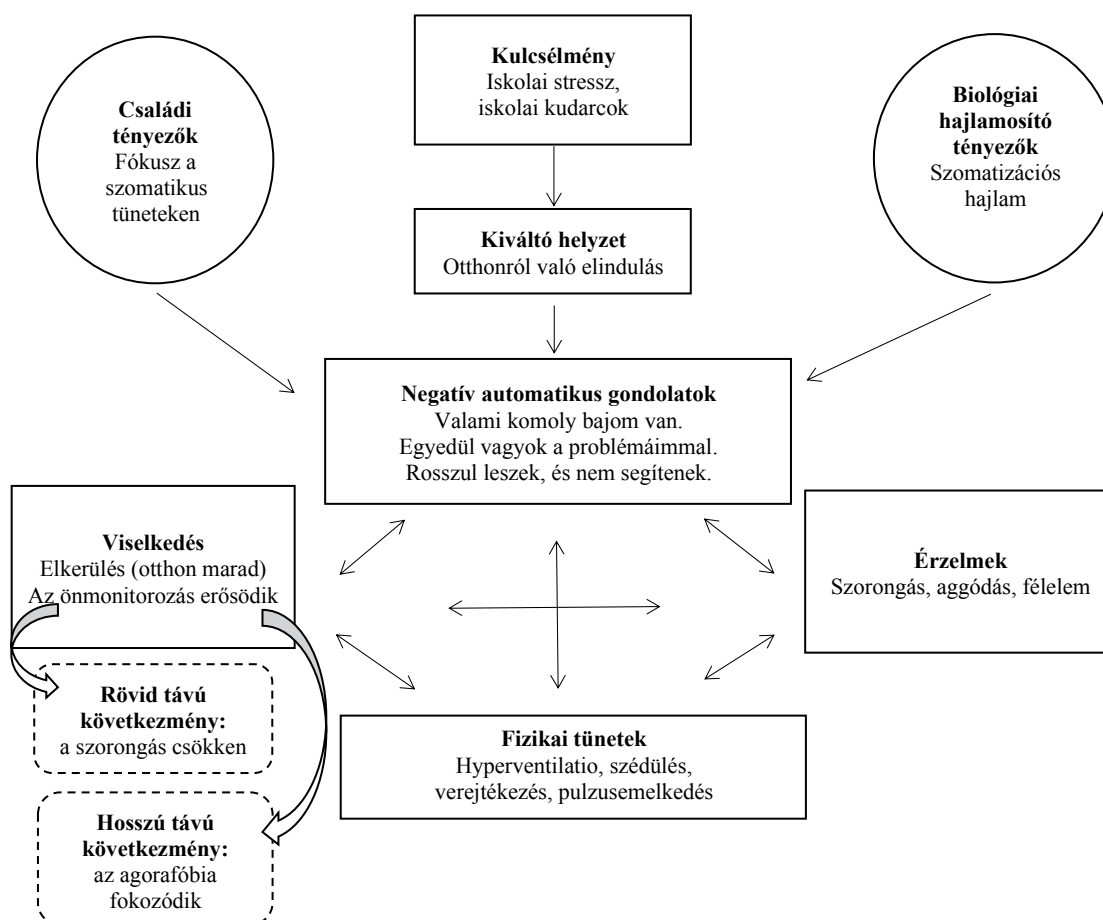
Terápia: Kognitív viselkedésterápia, rendszeres szülői konzultációval.

1. A tünet következményének elemzése:

a) Rövid távú következmények: amikor szédül, otthon marad (pozitív következmény); kimarad a kortárs közösségből (negatív következmény), peremhelyzetre kerül (negatív következmény).

b) Hosszú távú következmények: kimarad az iskolából (-), veszélybe kerül a továbbtanulás (-); eltávolodik a barátoktól (-); nehezen alakít ki párkapcsolatot (-).

2. Keresztmetszeti elemzést végezve segítettük az összefüggések megértését a kiváltó helyzet, a fizikai tüne-



2. ábra | 16 éves fiú szédüléssel járó panaszainak konceptualizálása

tek, a gondolatok, érzések és a viselkedés között, amit a 2. ábrán szemléltetünk.

3. Negatív automatikus gondolatai megkérdőjelezésének és átértékelésének segítségével segítettük a realisabb helyzetértékelés kialakításában; például a „Valami komoly bajom van” gondolat átkeretezése → „A szédülésem átmeneti, és azért ennyire intenzív, mert a szorongás felerősíti. Általában azért szédülök meg, mert hirtelen álltam fel, vagy nem ittam eleget.”

4. Különböző stresszcökkentő technikák (relaxáció, figyelmi fókusz terelése) alkalmazása.

Eredmény: A páciens visszajelzése szerint a szédülés intenzitása és gyakorisága csökkent, tünetei jelentősen enyhültek. A tanult technikákat képes alkalmazni, amikor a tünet (szédülés) megjelenik. Fontos megemlíteni, hogy a családban más családtagnál előforduló tartós, krónikus betegség is fokozhatja a szomatizációs tünetképzés kialakulásának kockázatát, a gyermek panaszai pedig nagymértékben hasonlíthatnak a tartósan beteg vagy szomatizáló családtag tüneteire, ahogyan a feltüntetett esetrészletnél is látható.

A gyermekkori szomatizációs zavar kezelésének irányelvei

Az alábbiakban a legfrissebb, 2019-ben publikált útmutató alapján ismertetjük a gyermekkori szomatizációs zavarok kezelésére vonatkozó irányelveket [25]. Bár számos tanulmány vizsgálta a gyermekkori szomatizációs zavar kezelésében alkalmazott módszerek hatékonyságát, jelenleg ez az egyetlen összefoglaló a témában. Eszerint minél hosszabb ideje állnak fenn a tünetek, annál intenzívebb beavatkozás szükséges. Először meg kell határozni, hogy melyek a rövid távú, és melyek a hosszú távú kezelési célok. Az azonnali célok közé tartozik, hogy a gyermek ne kapja tovább a nem megfelelő orvosi kezeléseket (például gyógyszerek), biztosítsuk a gyermek biztonságát, és vonjuk be a családot is a kezelésbe. Rövid távú célként fogalmazzák meg a szerzők a következőket: a szükségtelen orvosi vizsgálatok megelőzése, de az ideális mértékű orvosi kontroll fenntartása, a tünetek csökkentése (például progresszív izomrelaxációval, a figyelmi fókusz váltásával), az életkornak megfelelő aktivitás kezdeményezése (például a kortársakkal töltött idő növelése, sportolás). Hosszú távú cél az orvosi ellátás optimális használata, a tünetek és a pszichoszociális stresszorok csökkentése, a megfelelő megküzdőkészségek fejlesztése és az aktivitás fenntartása. Fontos, hogy a súlyos eseteknél reális célokat tűzzünk ki (például az érzések és gondolatok közötti összefüggés megértése; a „betegszerep” hátrányainak megértése). A kezelésnél nagyon fontos a rapport és egy megfelelő terápiás szövetség kialakítása, illetve megfelelő pszichoedukáció mellett a család bevonása és együttműködésének elnyerése. A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy fel kell tárni a családi rendszer elakadásait, és a kezelés során a gyermekre kell fókuszálni, nem pedig a tünetre. Az irányel-

1. A betegség rövid és hosszú távú következményeinek megértése (például „Ha a betegségem miatt nem megyek iskolába, akkor rövid távon elkerülöm a kellemetlen számonkérést, hosszú távon viszont könnyen perembhelyzetre sodródhatok az osztályban”).
2. A tünet (például hasfájás) és a viselkedés (például hiányzás az iskolából) közötti összefüggés megértése.
3. Az elkerülő viselkedés csökkentése (például a szülők, a család bevonásával; stresszcökkentő technikák tanításával).
4. A tünettől kapcsolatos negatív automatikus gondolatok (például „Valami komoly bajom van”) felismerése és átalakítása realisabb helyzetértékeléssé (például „Azért fáj a hasam, mert izgulok a holnapi dolgozat miatt, és nem tudtam enni”).

3. ábra | A gyermekkori szomatizációs zavar kognitív viselkedésterápiájának irányelvei (Agarwal, Srivastava és Sitholey, 2019 alapján [25])

vek a kognitív viselkedésterápiás (CBT-) eljárásokat ajánlják, melyek csökkentik a tünetek intenzitását, valamint segítik a gyermek azokkal való megküzdését is. A CBT-knél a következő kezelési protokoll javasolt: 8–16 üléses, a CBT-keretrendszerre épülő terápiás folyamatban dolgozzunk, a gyermek problémájának megértéséhez támaszkodjunk a kognitív modellre, aktív CBT-technikákkal kérdőjelezzük meg a diszfunkcionális hiedelmeket, és alakítsunk ki adaptívabb hiedelmeket. A betegséghez kapcsolódó viselkedést fokozatosan cseréljük le egészségesre, illetve az iskolába való fokozatos visszatérésről, a fizikai aktivitás növeléséről is beszéljünk a gyermekkel. A terápiát kombináljuk relaxációs technikával, illetve a problémamegoldó és a szociális készségek fejlesztésével (3. ábra). A családterápia hasznos kiegészítő lehet, ha a családban felismerhetők a szomatizációra hajlamosító tényezők. Gyógyszer tekintetében nincs bizonyíték hatékony eljárásra gyermekek esetében [25].

Következtetés

Tanulmányunkban áttekintettük a gyermekkori szomatizációs zavarok gyakoriságát, megjelenési formáit, valamint bizonyítottan hatékony kezelési módjait. A szakirodalom alapján akkor beszélhetünk szomatizációról, ha a testi panaszok mögött nincs olyan fizikai eltérés, mely kielégítően magyarázná a tüneteket. A standard egészségügyi ellátásban sajnos gyakran a gyógyszeres kezelést alkalmazzák, ami nem oldja meg a komplex helyzetet, ezért fennmarad a kiváltó ok, és az állapot kronicizálódhat. Épp ezért rendkívül fontos, hogy a szomatizációs zavarokról a biopszichoszociális modellben gondolkodva felmérjük a bonyolult pszichoszociális faktorokat, melyek mind a panasz kialakulásában, mind a fenntartásában, valamint a kronicizálódásában részt vesznek, és bizonyítottan hatékony pszichológiai módszereket alkalmazunk. A szakirodalmi adatok, valamint a szakmai

irányelvek ajánlása alapján a kognitív viselkedésterápia az elsőként választandó kezelési eljárás a szomatizációs zavarok kezelésében, amit szükség esetén család Konzultációval, illetve családterápiával szükséges kiegészíteni. A legtöbb hazai kórházban már elérhető klinikai szakpszichológus a 2013-as törvényi szabályozás – 73/2013. (XII. 2.) EMMI rendelet – óta, mely minimumfeltételként előírja klinikai szakpszichológusok alkalmazását számos betegellátási területen, például a neurológiai vagy belgyógyászati osztályokon.

Szeretnénk hangsúlyozni, hogy a szomatizáló gyermekek eredményes kezeléséhez nélkülözhetetlen az a szemlélet, hogy a testi panaszok kivizsgálása során, negatív leletek esetén a kezelőorvosban merüljön fel a szomatizációs zavar lehetősége, és pszichológus bevonásával kezdődjön el a pszichés status felmérése és adekvát ellátása. Tanulmányunkban arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy a nagy gyakorisággal megjelenő szomatizációs zavarok hatékony ellátásában nélkülözhetetlen a kognitív viselkedésterápia, amely a szomatizációs panaszok hátterében meghúzódó különféle stresszorok felismerésére és a velük való eredményes megküzdésre irányul.

Anyagi támogatás: A kézirat elkészítése és a kapcsolódó kutatás anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: T. R. B., P.-F. D.: A kézirat megszövegezése. M. O.: A szakirodalom áttekintése. Gy. Zs.: A szöveg áttekintése, az ábrák szerkesztése. A cikk végleges változatát valamennyi szerző olvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Barsky AJ, Cleary PD, Sarnie MK, et al. The course of transient hypochondriasis. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 484–488.
- [2] Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, et al. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 847–855.
- [3] Sanders MR, Shepherd RW, Cleghorn G, et al. The treatment of recurrent abdominal pain in children: a controlled comparison of cognitive-behavioral family intervention and standard pediatric care. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 306–314.
- [4] Eminson DM. Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 855–871.
- [5] Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C. A review of the differences between somatizing and psychologizing patients in primary care. *Int J Psychiatry Med* 1999; 29: 337–335.
- [6] Gallai M. Cognitive behaviour therapy of somatic symptom disorder in childhood. In: Perczel-Forintos D, Mórotz K. (eds.) *Cognitive behavior therapy. [Szomatizációs zavarok kognitív viselkedésterápiás kezelési lehetőségei gyermekkorban.* In: Perczel-Forintos D, Mórotz K. (szerk.) *Kognitív viselkedésterápia.* Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2019; pp. 785–808. [Hungarian]
- [7] Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Text revision (DSM-IV-TR). [DSM-IV-TR Diagnosztikai kritériumai. 4. kiadás.] Animula Kiadó, Budapest, 1997. [Hungarian]
- [8] Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). [DSM 5. Referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz.] Oriold és Társai, Budapest, 2014. [Hungarian]
- [9] Perczel-Forintos D. Cognitive behaviour therapy of health anxiety and somatic symptom disorder. In: Perczel-Forintos D, Mórotz K. (eds.) *Cognitive behaviour therapy. [A betegségszorongás és a szomatizáció kognitív viselkedésterápiája.* In: Perczel-Forintos D, Mórotz K. (szerk.) *Kognitív viselkedésterápia.* Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2019; pp. 263–296. [Hungarian]
- [10] International statistical classification of diseases and related health problems. Revision X (BNO-X). [A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása. X. revízió (BNO-X).] Népjóléti Minisztérium, Budapest, 1995. [Hungarian]
- [11] Palermo TM, Eccleston C, Lewandowski AS, et al. Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: an updated meta-analytic review. *Pain* 2010; 148: 387–397.
- [12] Landa A, Peterson BS, Fallon BA. Somatoform pain: a developmental theory and translational research review. *Psychosom Med* 2012; 74: 717–727.
- [13] Rózsa S. Psychology of daily body symptoms and methodology for measurement. Doctoral dissertation, 2009. [A mindennapos testi tünetek pszichológiája és mérésének módszertana. Doktori értekezés, 2009.] Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiatudományi doktori iskola, Személyiség és egészségpszichológiai alprogram, Budapest, 2009. Available from: http://ppk.elte.hu/file/rzsa_sndordoktori_disszertaci_.pdf [accessed: February 25, 2020]. [Hungarian]
- [14] Chorney JM, Crofton K, McClain BC. Theories on common adolescent pain syndromes. In: McClain BC, Suresh S. (eds.) *Handbook of pediatric chronic pain: current science and integrative practice.* Springer, New York, NY, 2011; pp. 27–45.
- [15] Garralda ME. A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 759–773.
- [16] Vila M, Kramer T, Hickey N, et al. Assessment of somatic symptoms in British secondary school children using the children's somatization inventory (CSI). *J Pediatr Psychol* 2009; 34: 989–998. [Correction: *J Pediatr Psychol* 2010; 35: 110.]
- [17] Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AA, Hunfeldt JA, et al. Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain* 2000; 87: 51–58.
- [18] Schulte IE, Petermann F. Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria! What about children and adolescents? *J Psychosom Res* 2011; 70: 218–228.
- [19] Túry F, Novák M. Psychosomatics. In: Füredi J, Németh A, Tariska P. (eds.) *Hungarian handbook of psychiatry. [Pszichoszomatika.* In: Füredi J, Németh A, Tariska P. (szerk.) *A pszichiátria magyar kézikönyve.* Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2009; pp. 689–693. [Hungarian]
- [20] Garralda ME, Rask CU. Somatoform and related disorders. In: Thapar A, Pine D, Leckman L, et al. (eds.) *Rutter's child and adolescent psychiatry.* Wiley Blackwell, London, 2015; pp. 1035–1055.
- [21] Köteles F. Somatosensory amplification. Theoretical and practical considerations. *Academical doctoral dissertations*, 2017. [Szomatoszenzoros amplifikáció. Elméleti és gyakorlati vonatkozások. Akadémiai doktori értekezés tézisei, 2017.] Available from: http://real-d.mtak.hu/1073/1/dc_1438_17_tezisek.pdf [accessed: February 25, 2020]. [Hungarian]
- [22] Schulte IE, Petermann F. Familial risk factors for the development of somatoform symptoms and disorders in children and adolescents: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev* 2011; 42: 569–583.

- [23] Aktar E, Nikolić M, Bögels SM. Environmental transmission of generalized anxiety disorder from parents to children: worries, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017; 19: 137–147.
- [24] Van Gils A, Dibrell C, Neubaum DO, et al. Social issues in the family enterprise. *Fam Business Rev*. 2014; 27: 193–205.
- [25] Agarwal A, Srivastava C, Sitholey P. Clinical practice guidelines for the management of somatoform disorders in children and adolescents. *Indian J Psychiatry* 2019; 61(Suppl 2): 241–246.
- [26] Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennett C, et al. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; 1: CD003014.
- [27] Husain K, Browne T, Chalder T. A review of psychological models and interventions for medically unexplained somatic symptoms in children. *Child Adolescent Ment Health* 2007; 12: 2–7.
- [28] Hulgaard D, Dehlholm-Lambertsen G, Rask CU. Family-based interventions for children and adolescents with functional somatic symptoms: a systematic review. *J Fam Ther*. 2019; 41: 4–28.

(Perczel-Forintos Dóra dr.,
Budapest, Üllői út 78., 1083
e-mail: perczel-forintos.dora@med.semmelweis-univ.hu)

„Malum est consilium quod mutari non potest.”
(Rossz az elképzelés, min változtatni nem lehet.)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)