
Eredeti közlemények

A POLICISZTÁS OVÁRIUM SZINDRÓMA
PSZICHOLÓGIAI MEGKÖZELÍTÉSE.
MÓDSZERTANI AJÁNLÁSOK ÉS A FENOTIPIKUS
CSOPORTALKOTÁS BEVEZETÉSE

MOHÁCSI BERNADETT¹ – ALMÁSSY ZSUZSANNA² –
SZEMÁN-NAGY ANITA¹

¹ Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Klinikai Pszichológiai Tanszék

² Nyíregyházi Főiskola, Alkalmazott Pedagógia és Pszichológia Intézet,
Pszichológia Intézeti Tanszék

E-mail: mohacsi.bernadett@arts.unideb.hu; almassyzsuzsa@gmail.com;
aszeman@gmail.com

Beérkezett: 2014. február 16. – *Elfogadva:* 2014. szeptember 27.

A policisztás ovárium szindróma (PCOS) a leggyakoribb endokrin megbetegedés a reprodukzív korú nők körében, amely különböző endokrin- és metabolikus zavarokkal, illetve széles skálán mozgó klinikai megjelenési formákkal jellemezhető. Domináns tünetek a menstruációs ciklus zavara, a hyperandrogenizmus, valamint a betegség névadó tünete, az ovárium policisztás elváltozása. A PCOS kezelése gyakran megreked a speciális tünetegyüttes farmakológiai terápiájánál, a betegséggel bizonyítottan együttjáró életminőségromlás kérdése viszont többnyire kikerül mind a kutatások, mind a betegellátó rendszer érdeklődésének homlokteréből. A tanulmány célja a PCOS tüneteivel kapcsolatos jelentős pszichológiai kutatások elemző összefoglalása, illetve a PCOS-szel kapcsolatos nemzetközi pszichológiai kutatások során alkalmazott (szimulált diagnózis felállítására alkalmas) mérőeszközök bemutatása. A tanulmány a PCOS fenotípusok szerinti pszichológiai elemzése és a betegség cirkuláris oksági megközelítése mellett érvel.

Kulcsszavak: *policisztás ovárium szindróma, PCOS, hyperandrogenizmus, hirsutismus, acne, androgen alopecia*

A PCOS BEMUTATÁSA

A PCOS-t napjaink vezető meddőségi okaként tartják számon a termékeny korban lévő nők körében (CARMINA és LOBO, 1999). A PCOS olyan progresszív, endokrin-metabolikus kórkép, amely nőgyógyászati és bőrgyógyászati tüneteivel hívja fel magára a figyelmet. A PCOS heterogén tünetegyüttese között szerepelhet a menstruációs rendellenesség; a meddőség; a zsíros, pattanásos bőrkép (acne); a férfias típusú hajritkulás (androgén alopecia); az androgéndependens bőrfelületek fokozott szőrösödése (hirsutismus), valamint a férfias/android típusú elhízás. A diagnózisalkotás és gyógykezelés során gyakran háttérbe kerülő, ám annál fontosabb belgyógyászati tünete az inzulinrezisztencia, amely (egyebek mellett) a hyperinsulinemia háttérében áll. A megemelkedett inzulinszint a vérben hosszú távon számos nemkívánatos hatást gyakorol a női szervezetre, így többek között a fokozott szénhidrátbevitel iránti késztetést (amely az elhízás egyik okozója lehet), illetve a petefészkek hormontermelő rendszerének aktiválását (férfi nemi hormonok).

A PCOS-tól függetlenül a felsorolt tünetekre fókuszáló kutatások eredményei szerint egyenként is nagyfokú életminőség-romlást eredményezhetnek (CASH, 2001; MALLON, NEWTON, KLASSEN, STEWART-BROWN, RYAN és FINLAY, 1999; MONGA, ALEXANDRESCU, KATZ, STEIN és GANIATS, 2004; SONINO, FAVA, MANI, BELLUARDO és BOSCARO, 1993; TRENT, AUSTIN, RICH és GORDON, 2005). Ennek háttérében az állhat, hogy valamennyi tünet a nőiség megélésének két kulcsfontosságú tényezőjét befolyásolja: a reprodukciós képességet és az attraktivitást.

A PCOS patogenezeise

A PCOS kialakulásában a tudomány mai állása szerint a genetikai faktoroknak döntő szerep tulajdonítható, a betegség megjelenését és a tényleges klinikai képét azonban a környezeti tényezők jelentős mértékben meghatározzák (LANGMÁR, 2010; LUCZAY, 2009). Noha az öröklődés pontos lefolyása egyelőre nem tisztázott, a genetikai tényezők szerepét támasztják alá a PCOS-szel kapcsolatos család- és ikervizsgálatok. Egyrészt a kórkép családon belüli halmozódása jellemző, másrészt a vizsgálati eredmények arra is rámutatnak, hogy az egypetéjű ikrek esetén nagyobb konkordancia mutatkozik, mint kétpetéjű ikrek összevetése során (LUCZAY, 2009).

A PCOS kialakulására hajlamosító genetikai érintettség mellett a környezeti tényezők közül kiemelendő az életmód szerepe. A fejlett országokban jellemző modern életvitel kedvezőtlen hatást gyakorol mind a betegség megjelenése, mind lefolyása szempontjából. A túlzott kalóriabevitel, a rotszegény, telített zsírsavakban gazdag étrend és a fizikai inaktivitás kedvez a túlsúly kialakulásának. Noha máig nem tisztázott, hogy az elhízás oka vagy következménye-e a PCOS-nek (NORMAN, DAVIES, LORD és MORAN, 2002), az vitathatatlan, hogy a betegség klinikai képét és lefolyását rontja. Amint arra már a bevezetőben kitértünk, a PCOS esetén a fokozott szénhidrátfogasztás háttérében az inzulinrezisztencia áll.

Nem kérdés, hogy a betegség elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenciója, a különböző tudományágak kölcsönös együttműködése igen hangsúlyos ebben a körképben.

A PCOS prevalenciája

A PCOS prevalenciájával kapcsolatos kutatási eredmények a felhasznált diagnosztikai kritériumtól függően változó képet mutatnak. A releváns vizsgálatok szerint legkevesebb 6,5%-ra tehető a reprodukzív korú nők közötti gyakoriság (AZZIZ, WOODS, REYNA, KEY, KNOCHENHAUER és YILDIZ, 2004), azonban az enyhébb rotterdami kritériumrendszer alkalmazva (Rotterdam, E. S. H. R. E., 2004) akár a 26%-ot is elérheti (LANGMÁR, 2010). Vélhetően a gyermekkori elhízás gyakoriságának növekedése állhat annak hátterében, hogy a fiatalokban diagnosztizált esetek száma növekedett. A betegség előfordulása pubertáskorú lányok között körülbelül 3% (LUCZAY, 2009).

A PCOS diagnosztikája, differenciáldiagnózisa

A betegség diagnosztizálására a hétköznapi gyakorlatban, valamint a releváns kutatásokban is az úgynevezett rotterdami kritériumrendszer alkalmazták (PETRÁNYI, 2008; MÅNSSON, HOLTE, LANDIN-WILHELMSEN, DAHLGREN, JOHANSSON és LANDÉN, 2008; DEEKS, GIBSON-HELM és TEEDE, 2010). A konszenzussal született kritériumrendszer szerint PCOS-ról abban az esetben beszélünk, ha az alábbi három tünet közül legalább kettő fennállása igazolható: oligo- és/vagy anovuláció, férfi hormon túlsúly klinikai vagy laboratóriumi tünetei, policisztás ováriumok észlelése ultrahanggal.

A differenciáldiagnózis megköveteli az egyéb endokrin zavarok kizárását is (Rotterdam, E. S. H. R. E., 2004). A PCOS diagnosztikai kritériumrendszerének alkalmazása során négy különböző fenotípusa rajzolódik ki a betegségnek, attól függően, hogy milyen klinikai tünetek jellemzik a beteget. A fenotípusok részletes leírására és relevanciájára a tanulmány későbbi fejezetében visszatérünk.

A PCOS EGYES PSZICHOLÓGIAI VONATKOZÁSAI

A PCOS speciális tünetei pszichológiai szempontból

A PCOS a pszichés morbiditás szempontjából igen magas rizikófaktor. Megkülönböztethetünk primer, illetve szekunder pszichológiai következményeket. Primer hatásnak nevezzük a PCOS-es betegek többségére jellemző hormonális kiegyensúlyozatlanságból eredő pszichés tüneteket, szekunder hatás alatt a nőiség megélését veszélyeztető tünetek okozta másodlagos pszichés következményeit értjük.

Egy, a pszichiátriai betegségek prevalenciáját felmérő tanulmányban azt találták, hogy a PCOS-es betegek 57%-a legalább egy pszichiátriai diagnózist mutatott, 78%-nál hangulatzavart állapítottak meg, a legmagasabb prevalenciája a major depressziónak (24,6%) és a bipoláris depressziónak (11,1%) volt (RASSI és mtsai, 2010). Egy olyan női betegség esetén, ahol a meddőségnek organikus okai is lehetnek, kulcsfontosságú, hogy a pszichés problémák megfelelő kezelésével megelőzzük a pszichés eredetű meddőség kialakulásának esélyét. A nehezített teherbe esés és a pszichés tényezők ok-okozati összefüggései, noha nehezen választhatók szét, a stressznek és a vele járó következményes depressziónak a szerepe hangsúlyos. Ugyanakkor a meddőség tudata és a kezeléséből eredő pszichés hatások is visszahathatnak a termékenységre (SZIGETI és KONKOLY, 2012). A fenti vizsgálati eredmény és a pszichés eredetű meddőség kialakulásának realitása a PCOS-betegcsoport pszichológiai vizsgálatának jelentőségére hívja fel a figyelmet. Az alábbiakban az egyes PCOS-tünetekkel kapcsolatba hozható pszichés következmények áttekintésére kerül sor.

Egy, a PCOS-es serdülőket vizsgáló kutatás azt mutatta, hogy a *rendszeretlen menstruáció* miatt a megkérdezettek 83%-a meglehetősen magas distresszt élt meg, ugyanakkor 75%-uk aggasztónak találta, hogy tüneteik a jövőben meddőséghez vezethetnek (DRAMUSIC, RAJAN, CHAN, RATNAM és WONG, 1997). Gyakran a ciklusok közötti periódusokat az érintettek az „örület” címkével illették. (DOWDY, 2012). Tehát önmagában a rendszeretlen menstruációhoz mint tünethez is aggodalom és szorongás társul.

Kevés olyan dolog van, amely olyan mélyrehatóan érintené a női nemi identitást, mint a *reprodukcióna való képtelenség* (RAPOLD, 2009). Egy PCOS-es nőekkel készített kvalitatív vizsgálatból kiderült, hogy részben a meddőséggel magyarázzák a betegek azt, hogy abnormálisnak, rendellenesnek érzik magukat női minőségükben (KITZINGER és WILLMOT, 2002). TAN és munkatársai (2008) kutatásukban meddő és nem meddő PCOS-es vizsgálati személyek pszichológiai mutatóit vetették össze korban illesztett normatív mintával. Noha szignifikáns különbséget nem találtak a meddő és nem meddő csoporton belül a depressziós tünetek és életminőség tekintetében, a PCOS-es vizsgálati személyek 76,1%-a aggodalmát fejezte ki a jövőbeni gyermektelenség felől. Ugyanerre a meglepő eredményre jutottak HAHN és munkatársai (2005), vizsgálatukban ugyanis a pszichológiai jóllétet nem befolyásolta a termékenység vagy annak hiánya. Az ellentmondás egyik lehetséges oka az lehet, hogy a PCOS-es nők a jövőbeni termékenységük felől attól függetlenül szorongnak, hogy diagnosztizált meddők-e vagy sem.

A *hirsutismus* az androgéndependens területeken jelentkező, fokozott szőrnövekedés a női testen. Kórosnak számít a nőknél a szőrösödés az orr alatt, az állon, a melleken vagy azok környékén, hason, háton, karokon és a combokon. A PCOS-ben szenvedő nők között a hirsutismus 60–68%-ban jelenik meg (LAKATOS, GIMES és SPEER, 2009). A nők számára vitathatatlanul magas fokú pszichológiai teher, amely jelentős hatást gyakorol a beteg pszichoszociális jóllétére (TABÁK és KEMÉNY, 2009). A testüket „furcsának”, szégyenletesnek és terhesnek élik meg, mi több, börtönként aposztrofálják (EKBÄCK, WIJMA és BENZEIN, 2009). A nemkívánatos szőrszálak diszkomfort érzéssel és szociális félelemmel társulnak (SONINO,

FAVA, MANI, BELLUARDO és BOSCARO, 1993). Viselőjüknek nem kis szorongást okoznak (KEEGAN, LIAO és BOYLE, 2003), melynek eredményeképpen az alacsony önértékelés és életminőség (DROSDZOL, SKRZYPULEC és PLINTA, 2010) mellett a szociális szituációk kerülése, így a társas kapcsolatok hiánya is jellemző (BARTH, CATALAN, CHERRY és DAY, 1993).

A *férfias típusú kopaszodással* kapcsolatosan PETRÁNYI (2008) felhívja a figyelmet, hogy a nők ezt a tünetet igen komoly teherként élik meg. Az androgen alopecia nők esetén a fejtetőn jelentkezik, a haj diffúz megritkulását, illetve elvékonyodását jelenti. Legelső jele, hogy a hajválaszték kiszélesedik. Egy vizsgálat kimutatta, hogy nagyobb fokú distresszről, negatívabb testképről számolnak be a tünethordozók, mint a kontrollcsoport tagjai (CASH, PRICE és SAVIN, 1993). Az androgen alopecia a szőrösödéshez hasonlóan gyakran társas szorongáshoz vezet (CASH, 2001). WILLIAMSON és munkatársai (2001) kutatásukban az önbizalom és önbecsülés elvesztésének magas fokát figyelték meg.

Az *acne* a faggyúmirigyekben gazdag területeken megjelenő, mitesszerrel, pattanással és bőrgöbökkel járó betegség, amely a PCOS-betegek 9,8–34%-ában fordul elő (PETRÁNYI, 2008). Az életminőséget mind fizikailag, mind pszichésen befolyásolja, olyannyira, hogy szociális izolációhoz és depresszióhoz vezethet (Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja, 2008). MAGIN és munkatársai (2006) azt találták, hogy az acnéval küzdő emberek szégyellik tünetüket, többször zavarba ejtő számukra, ezért szorongás és depresszió is kísérheti.

A test súlya, alakja, valamint arányossága fontos szerepet tölt be a női önértékelésben. A PCOS-betegek körében pedig nemcsak az *elhízás* gyakorisága magas (35–65% közötti) (BAJNOK és SPEER, 2009), hanem a derék-csípő arány eltolódása is jellemző (PETRÁNYI, 2008), amely jellegzetes férfias alkatot kölcsönöz. Az elhízás önmagában is könnyen azt eredményezheti, hogy a nők elégedetlenek a saját testükkel, mindez önértékelés-csökkenéshez, szorongáshoz, szexuális zavarokhoz és szociális visszahúzódnáshoz vezethet (HARASZTI, 1997). A derék-csípő arányossága (DCSA) a női vonzerő egyik markere. Ezt bizonyítja az a kutatás, amelyben az alacsony DCSA-val, vagyis az úgynevezett „homokóra formával” rendelkező nőket a férfi vizsgálati személyek nőiesebbnek, szexuálisan vonzóbbnak, fiatalabbnak és egészségesebbnek tartották, mint a magasabb DCSA-val élő vizsgálati személyeket (SINGH, 1993).

Összegezve elmondható tehát, hogy a PCOS-betegség, a vele járó megváltozott hormonális miliő, a meddőség veszélye és a nőiességet aláásó tünetek miatt fokozott kockázati tényező a pszichiátriai megbetegedések szempontjából.

A PCOS és a hangulatzavarok kölcsönhatásai

Számos kutatás célozta meg annak felderítését, hogy vajon az élettani elváltozások okozzák-e a hangulatzavarokat, vagy a hangulativáltozás áll-e a testképpel kapcsolatos problémák hátterében a PCOS-betegek körében?

Egy, a PCOS-es nők biokémiai jellemzőit vizsgáló kutatás rámutatott, hogy az elhízott PCOS-betegek körében szignifikánsan magasabb fokú a depressziós tüne-

tek és az érzelmi distressz aránya. Azonban az endokrin zavarok is válhatnak ki aspecifikus módon pszichiátriai tüneteket (TRINGER, 2001). Ezt az összefüggést támasztja alá az a vizsgálat, amelyben kimutatták, hogy az inzulinrezisztencia (amely a PCOS egyik fő jellemzője), pozitívan korrelál a depresszióval (TIMONEN, LAAKSO, JOKELAINEN, RAJALA, MEYER-ROCHOW és KEINÄNEN-KIUKAANNIEMI, 2004).

Tovább árnyalja a problémát, hogy a külső megjelenés és a testi megbetegedés miatti aggodalom szekunder pszichés következményekkel is járhat, az úgynevezett szomatopszichés tünetek kialakulásának kedvez.

Mivel az okozat a betegségben visszahathat az okra, az ok-okozati összefüggéseket vizsgáló kutatások nem vezettek egyértelmű eredményhez. Ezért kézenfekvő a PCOS cirkuláris oksági, rendszerszemléletű megközelítése mind a szomatikus, mind a pszichés perspektívából. DOWDY (2012) a PCOS-es serdülőkről szóló tanulmányában összefoglalta a PCOS-tünetek és a hangulatzavar kialakulásának egy lehetséges módját. Eszerint az inzulinrezisztencia, a megváltozott hormonális miliő, a férfi nemi hormon túlműködése és a testkép közvetlen hatást fejt ki a hangulatzavarok kialakulására. Dowdy értelmezésében, noha közvetett módon, de a rendszertelen menstruáció, az elhízás, illetve az acne is szerepet játszik a pszichés tünetek megjelenésében.

Összefoglalva tehát elmondható, hogy akárcsak a betegség patomechanizmusában (BAJNOK, 2010), a hangulatzavarok kialakulásában is jellemző, hogy több, egymást erősítő folyamat alakítja ki, ezért a beavatkozás is a kórfolyamat különböző szintjein lehetséges.

Megfontolandó szempontok és mérőeszközök a PCOS pszichológiai kutatása során

A PCOS-es vizsgálati csoport kialakítása igen nagy körültekintést igényel, számos kritérium meglétét feltételezi. A PCOS-diagnózis felállítása során a hyperandrogenismus megállapítása a megszokott diagnosztikai protokolltól eltérően nem csupán biokémiai eredményeken alapul, hanem a klinikai tünetek vizsgálata alapvető és elegendő. Ennek megfelelően a beteg kikérdezése és fizikális vizsgálata irányadó (SPEER és LAKATOS, 2009).

A PCOS-kutatások során úgynevezett szimulált diagnózis felállítására kerül sor, melynek alapja a már említett 2003-as rotterdami kritériumrendszer (Rotterdam, E. S. H. R. E., 2004). A betegcsoportba az a személy kerülhet be, aki az alábbi tünetek közül legalább kettővel rendelkezik: oligo és/vagy anovuláció, a hyperandrogenismus klinikai és/vagy laboratóriumi jelei, policisztás ovárium ultrahangképe. Továbbá, a differenciáldiagnózis megköveteli az egyéb endokrin megbetegedések kizárását, úgymint: hypothyreosis (pajzsmirigy-alulműködés), prolactinoma (hipofízis tumor), 21-hidroxiláz hiány (mellékvesekéreg-hormon enzimzavar), mellékvese enzimzavarok, Cushing-szindróma (mellékvesekéreg túlműködése), mellékvese- vagy petefészek-daganat. A várandós PCOS-es vizsgálati személyek bevonása a kutatásokba nem célszerű abból a megfontolásból, hogy a terhesség a

specifikus hormonhatások következtében igen változékony hangulatot eredményezhet (PETŐ és FRATER, 1991), mindez a vizsgálati eredmények torzulásához vezethet.

A szimulált diagnózis nem kellőképpen objektív és informatív, ha a beteg kikérdezése csupán arra irányul, hogy rendelkezik-e az adott tünettel vagy sem. Különösen igaz ez a hirsutismus, az androgen alopecia, illetve az acne meglétének és súlyosságának megítélése esetén. A rotterdami kritériumrendszerben megfogalmazott tünetek felmérésére a PETRÁNYI (2008) által javasolt mérőeszközöket mutatjuk be.

A vérzési rendellenesség felmérése

Az oligo/ és vagy anovuláció meglétének felderítése miatt célzott kérdéseket kell feltenni a menstruáció meglétére és rendszerességére vonatkozóan. A várandósságot (mint a menstruáció elmaradásának egy lehetséges okát) ki kell zárni.

A hyperandrogenismus mérőeszközei

A hyperandrogenismus négy megjelenési formája különböző mérőeszközök segítségével detektálható, amelyeket az alábbiakban részletezünk.

1. A *hirsutismus* megítélésére a Ferriman–Gallwey Score standardizált mérőeszköz alkalmazása javasolt. A mérőeszköz kidolgozása Ferriman és Gallwey nevéhez fűződik. A skálát sikerrel használják a szőrösödés pontos helyének és mértékének objektív regisztrálására (COOK, BRENNAN és AZZIZ, 2011; PETRÁNYI, 2008; LAKATOS, GIMES és SPEER, 2009). A vizsgálati személyeknek különböző mértékben szőrös női testrészek ábráját mutatják be. Kilenc testtájon kell értékelniük a saját szőrösségük jellemzőit (0=szörtelen és 4=durva szőrösség végpontok között). A vizsgálati személyeknek a szörtelenítés nélküli állapotukat kell figyelembe venni. A vizsgálati eszköz tehát alkalmas arra, hogy a hyperandrogenismus jelzésül szolgáljon.

2. Az *acanthosis nigricans* előfordulása igen ritka, többnyire az elhízott betegeken jelenik meg. A tünet jellegzetessége miatt elegendő a beteg megkérdezése.

3. Az *acne vulgaris* jelenlétének és súlyosságának megítélésére a Global Acne Grading Score (GAGS) szemikvantitatív mérőeszköz alkalmas. A GAGS az acne megítélésének egyik legelfogadottabb mérőeszköze a bőrgyógyászatban (ADITYAN, KUMARI és THAPPA, 2009). A GAGS hat testtájon méri a bőrproblémát egy 5 fokozatú skála segítségével (0=nincs bőrprobléma és 4=cisztás).

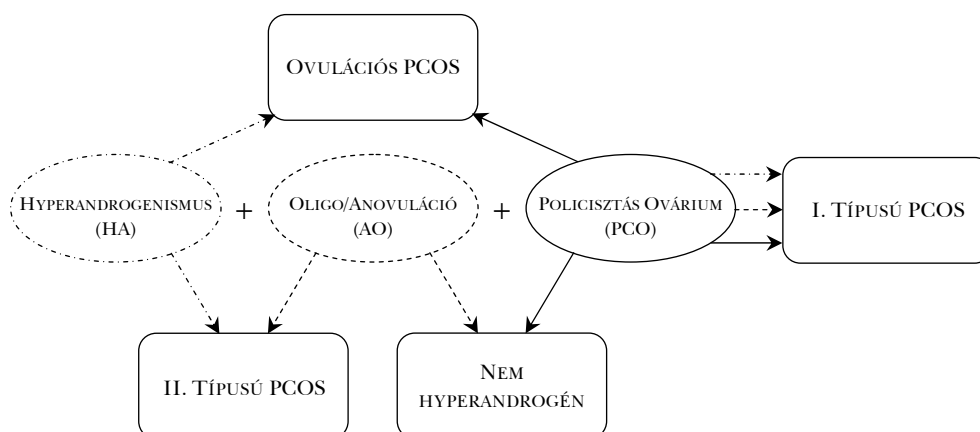
4. Az *androgen alopecia* jelenlétének és mértékének megállapítására az úgynevezett Ludwig Scale alkalmas. A bőrgyógyászatban alkalmazott egyik legmegbízhatóbb mérőeszközként tartják számon (CAMACHO és MARTÍNEZ, 2009). A skála a nő típusú hajhullás kilenc fokozatát mutatja be vizuálisan. A vizsgálati személynek ki kell választani azt az előrehaladottsági állapotot, amely a sajátjának megfelel.

Policisztás ováriumok

A vizsgálati személyeknek kérdést kell feltenni arra vonatkozóan, hogy transvaginalis ultrahangvizsgálat igazolta-e a petefészek policisztás morfológiáját.

A PCOS fenotípus szerinti elemzése melletti érvek

Ahogy arra korábban már utaltunk, a PCOS-es betegcsoporton belül a rotterdami kritériumrendszer alapján négy fenotípus különböztethető meg. Az egyes fenotípusok a tünetek és szövödmények megjelenésének és súlyosságának tekintetében jelentős szórást mutatnak.



1. ábra. A PCOS fenotípusok

Az 1. ábrán látható formula szemlélteti a rotterdami kritériumrendszer alapján ki-rajzolódó négy fenotípust. A hyperandrogenismus (HA), oligo/anovuláció (AO) és policisztás ovárium (PCO) tünetek (HA+AO+PCO) együttesen alkotják az úgynevezett *I. típusú klasszikus PCOS*-t. LAKATOS és munkatársai (2009) súlyos/komplett fenotípusként aposztrofálják, utalva annak súlyosságára, ugyanis ez a csoport valamennyi tünet tekintetében érintett. A fenotípusok előfordulási gyakoriságát tekintve Lakatos és munkatársai szerint a betegcsoport jelentős része (61%-a) ebbe a fenotípusba sorolható, míg más szerzők (GUASTELLA, LONGO és CARMINA, 2010) a fenotípusok prevalenciáját vizsgáló kutatásukban 53,9%-os gyakoriságot állapítottak meg. A HA+AO tünetek mentén a *II. típusú klasszikus PCOS* csoport rajzolódik ki. Erre a fenotípusra az androgén hormonok túlsúlya, valamint a menstruációs ciklus zavara jellemző. Ezen csoport gyakoriságát az erre irányuló kutatások egybehangzóan 7%-ban állapították meg. A HA+PCO tünetek az úgynevezett

Ovulációs PCOS alcsoportot képezik, melyet Guastella és munkatársai 28,8%-os, Lakatos és munkatársai 16%-os gyakoriságra datálnak. A negyedik fenotípust a *Nem hyperandrogén (enyhe) PCOS* csoport adja, amely az 1. ábrán a PCO+AO tünetek összegeként látható. Lakatos és munkatársai 16%-os, Guastella és munkatársai 8,3%-os előfordulási gyakoriságot állapítottak meg.

A fenotípusok közül a legsúlyosabb fizikális képet a szélsőségesen hyperandrogén csoport mutatja, vagyis az *I. típusú klasszikus PCOS* fenotípus. Ez az összefüggés fordítva is igaz, a *Nem hyperandrogén (enyhe) PCOS* fenotípus a leghasonlóbb az egészséges kontrollcsoportéhoz (LAKATOS, GIMES és SPEER, 2009). A fenti összefüggés nemcsak szomatikus tekintetben értendő, hanem a mentális jóllét vonatkozásában is. Saját kutatásunkban ugyanis azt találtuk, hogy az *I. típusú klasszikus PCOS* fenotípus messze a legsúlyosabb tüneteket mutatja a depresszió és szorongás tekintetében, szignifikáns különbség mutatható ki az „egyéb” fenotípusokkal összevetve. Ebben az alcsoportban a vizsgálati személyek 53%-a esett a depressziós övezetbe, 56%-uk átlag feletti vonásszorongást mutatott, szemben a többi fenotípus 29%-ával (MOHÁCSI és SZEMÁN-NAGY, 2011).

A fenti összefüggések arra engednek következtetni, hogy a PCOS pszichológiai szempontú vizsgálatait során a kézenfekvő fenotipikus felosztást célszerű beépíteni a kutatási protokollba, ugyanis az egyes fenotípusok egészséges kontrollcsoport-hoz hasonló mutatói félrevezetőek lehetnek, amennyiben az eredményeket az egész PCOS-betegcsoportra kívánjuk általánosítani.

A pszichológiai intervenciók szerepe és lehetőségei a PCOS terápiájában

A PCOS kezelése multifaktoriális eredete miatt több szakember szoros együttműködését teszi szükségessé. Ebben az interdiszciplináris csapatmunkában az endokrinológus (petefészek működészavarai, illetve a hormonháztartás stabilizálása), a belgyógyász (a metabolikus szindróma felügyelete), a nőgyógyász (a meddőségi panaszok kezelése), a bőrgyógyász (a hyperandrogén tünetek enyhítése) és a dietetikus (PCOS specifikus étrend kialakítása) bevonása mellett a pszichológus munkája igen jelentős. A krónikus betegséggel élők pszichológiai támogatásának számos formája ismeretes, az alábbiakban TIRINGER, VARGA és MOLNÁR (2007) nyomán a beavatkozás három lehetséges módja kerül rövid bemutatásra: az *informálásra építő stratégiák*, a *megküzdési tréningcsoportok*, illetve a *pszichoterápiás kezelés*. A betegség diagnosztizálását követő időszakban az *informálásra építő stratégiák* a kezelés iránti aktív elköteleződést támogatják. PCOS esetén a betegnek a gyógyszereszedésen túl, a speciális diéta betartásán át, a rendszeres testmozgás szempontjából is meg kell változtatni az életvezetését, mindezek fegyelmezett kivitelezéséhez elengedhetetlen a szakszerű és hatékony tájékoztatás. Attól függetlenül, hogy szóbeli informálásról, írott anyagok átadásáról, audiovizuális eszközökről felhasználásáról vagy edukációs programról van-e szó, az információ befogadását és feldolgozását az érzelmek jelentősen befolyásolják. Ebből következik, hogy megtervezésükben a

pszichológus munkája jelentős. Amint arra fentebb rámutattunk a PCOS és annak tünetei igen magas fokú pszichológiai terhet róhatnak a betegre. A képzett pszichológusok által vezetett *megküzdési tréningcsoportok* lehetőséget adhatnak az adaptív megküzdési stratégiák elsajátítására, valamint arra, hogy a nyomasztó helyzetekre szerepjátékok formájában felkészülhessen a beteg. A *pszichoterápiás kezelés* indokolt lehet a hosszan tartó, súlyos depressziós és szorongásos zavar fennállása esetén. Mindemellett az egyéni és párterápiák bizonyítottan csökkentik a meddő párok szorongásos tüneteit (DE LIZ és STRAUSS, 2005).

Összegezve elmondható, hogy a PCOS kezelése során a pszichológus számos módon hasznosíthatja szaktudását.

ÖSSZEFOGLALÁS

Jelen tanulmány célja részben az volt, hogy rávilágítson arra, hogy mind a PCOS kutatásában, mind a betegellátásában a pszichológusok munkájának relevanciája van. Noha a PCOS népegészségügyi jelentősége vitathatatlan, a pszichológiai intervenciók részletes kidolgozása még várat magára. Azonban optimizmusra ad okot, hogy a téma számos nemzetközi pszichológiai kutatás fókuszában áll, melyek eredményei reményeink szerint a jövőben a gyakorlatban hasznosulnak.

A tanulmány egyik legfontosabb következtetése az, hogy a PCOS esetén a primer és szekunder hatásokat nehézkes különválasztani, ezért célszerű a betegség rendszerszemléletű megközelítése. Ez a megállapítás igaz úgy a szomatikus, mint a pszichés kutatások és kezelés vonatkozásában. Mindez két fontos iránymutatást ad a leendő PCOS-kutatások számára. Egyrészt a betegség szimulált diagnózisának szakszerű megalkotása kulcsfontosságú a kutatások minőségi lebonyolításához. Az egyéb endokrin zavarok és hatások kizárása ugyanis kiküszöböli a PCOS-tól független hormonális hatásokat. Továbbá megalapozza a PCOS fenotípusok szerinti csoportbontását, amely a betegségből eredő heterogenitást kontrollálhatja. Mindez lehetővé teszi az eredmények általánosíthatóságát a fenotípusok figyelembevételével. A PCOS szimulált diagnózisának megalkotására alkalmas mérőeszközök bemutatása tehát segítséget nyújt az objektív kutatási módszer kialakításához, elősegíti a kutatási eredmények összehasonlíthatóságát, így egy későbbi metaanalízist alapozhat meg. Másrészt a tanulmány a kvalitatív kutatási stratégia választása mellett érvel a jövőbeli kutatások során. Amennyiben a PCOS pszichés összefüggéseinek részletes feltárása a vizsgálat célja, olyan kutatási módszereket célszerű választani, amelyek alkalmasak ezen konstruktumok megragadására. A félig strukturált interjúk, az esettanulmányok, valamint a projektív mérőeszközök megjelenése a PCOS pszichológiai szempontú vizsgálataiban üdvözlendő irány lenne.

Összességében a tanulmány ahhoz kívánt hozzájárulni, hogy a PCOS-beteggel kapcsolatba kerülő, különböző tudományágakat képviselő szakemberek képet kapjanak a betegség pszichológiai vonatkozásáról. Mindezzel az információáramlás támogatása, így a multidiszciplináris munka elősegítése volt a célunk.

IRODALOM

- ADITYAN, B., KUMARI, R., & THAPPA, D. M. (2009). Scoring systems in acne vulgaris. *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology*, 75(3), 323–326.
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Az acne ellátása, 2008. Bőr és Nemikórtani Szakmai Kollégium. 1–7.
- AZZIZ, R., WOODS, K. S., REYNA, R., KEY, T. J., KNOCHENHAUER, E. S., & YILDIZ, B. O. (2004). The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 89(6), 2745–2749.
- BAJNOK L. (2010). A policisztás ovarium szindróma gyógyszeres kezelésének bizonyos kérdései. *Lege Artis Medicinae*, 20(3–4), 189–193.
- BAJNOK L. és SPEER G. (2009). A PCOS szövődményei. Elhízás. In LAKATOS P. és SPEER G. (szerk.), *Policisztás ovarium szindróma* (115–116). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- BARTH, J. H., CATALAN, J., CHERRY, C. A., & DAY, A. (1993). Psychological morbidity in women referred for treatment of hirsutism. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(6), 615–619.
- CAMACHO-MARTÍNEZ, F. M. (2009). Hair loss in women. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 28(1), 19–32.
- CARMINA, E., & LOBO, R. A. (1999). Polycystic ovary syndrome (PCOS): arguably the most common endocrinopathy is associated with significant morbidity in women. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 84(6), 1897–1899.
- CASH, T. F. (2001). The psychology of hair loss and its implications for patient care. *Clinics in Dermatology*, 19(2), 161–166.
- CASH, T. F., PRICE, V. H., & SAVIN, R. C. (1993). Psychological effects of androgenetic alopecia on women: comparisons with balding men and with female control subjects. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 29(4), 568–575.
- COOK, H., BRENNAN, K., & AZZIZ, R. (2011). Reanalyzing the modified Ferriman-Gallwey score: is there a simpler method for assessing the extent of hirsutism?. *Fertility and Sterility*, 96(5), 1266–1270.
- DEEKS, A. A., GIBSON-HELM, M. E., & TEEDE, H. J. (2010). Anxiety and depression in polycystic ovary syndrome: a comprehensive investigation. *Fertility and Sterility*, 93(7), 2421–2423.
- DE LIZ, T. M., & STRAUSS, B. (2005). Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Human Reproduction*, 20(5), 1324–1332.
- DOWDY, D. (2012). Emotional needs of teens with polycystic ovary syndrome. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(1), 55–64.
- DRAMUSIC, V., RAJAN, U., CHAN, P., RATNAM, S. S., & WONG, Y. C. (1997). Adolescent polycystic ovary syndrome. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 816(1), 194–208.
- DROSDZOL, A., SKRZYPULEC, V., & PLINTA, R. (2010). Quality of life, mental health and self-esteem in hirsute adolescent females. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 31(3), 168–175.
- EKBÄCK, M., WIJMA, K., & BENZEIN, E. (2009). “It Is Always on My Mind”: Women’s Experiences of Their Bodies When Living With Hirsutism. *Health Care for Women International*, 30(5), 358–372.

- GUASTELLA, E., LONGO, R. A., & CARMINA, E. (2010). Clinical and endocrine characteristics of the main polycystic ovary syndrome phenotypes. *Fertility and Sterility*, 94(6), 2197–2201.
- HAHN, S., JANSSEN, O. E., TAN, S., PLEGER, K., MANN, K., SCHEDLOWSKI, M., KIMMING, R., BENSON, S., BALAMITSA, E., & ELSENBURCH, S. (2005). Clinical and psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome. *European Journal of Endocrinology*, 153, 853–860.
- HARASZTI L. (1997). *A felnőttkori elhízás. A kövérség pszichológiai problémái*. Budapest: Subrosa Kiadó.
- KEEGAN, A., LIAO, L. M., & BOYLE, M. (2003). 'Hirsutism': a psychological analysis. *Journal of Health Psychology*, 8(3), 327–345.
- KITZINGER, C., & WILLMOTT, J. (2002). 'The thief of womanhood': women's experience of polycystic ovarian syndrome. *Social Science and Medicine*, 54(3), 349–361.
- LAKATOS P., GIMES G. és SPEER G. (2009). A PCOS klinikai képe felnőttben. In LAKATOS P. és SPEER G. (szerk.), *Policisztás ovarium szindróma* (47–66). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- LANGMÁR Z. (2010). A policisztás ovarium szindróma diagnosztikája és terápiája. *Orvosi Hetilap*, 151(14), 584–586.
- LUCZAY A. (2009). A gyermekkori PCOS. In LAKATOS P. és SPEER G. (szerk.), *Policisztás ovarium szindróma* (105–111). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- MAGIN, P., ADAMS, J., HEADING, G., POND, D., & SMITH, W. (2006). Psychological sequelae of acne vulgaris: results of a qualitative study. *Canadian Family Physician*, 52(8), 978–979.
- MALLON, E., NEWTON, J. N., KLASSEN, A., STEWART-BROWN, S. L., RYAN, T. J., & FINLAY, A. Y. (1999). The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *British Journal of Dermatology*, 140(4), 672–676.
- MÅNSSON, M., HOLTE, J., LANDIN-WILHELMSEN, K., DAHLGREN, E., JOHANSSON, A., & LANDÉN, M. (2008). Women with polycystic ovary syndrome are often depressed or anxious – a case control study. *Psychoneuroendocrinology*, 33(8), 1132–1138.
- MOHÁCSI B. és SZEMÁN-NAGY A. (2011). A nőiségérzés válsága. A policisztás ovarium szindróma kapcsolata a depresszióval és a szorongással. *Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle*, 13(5), 217–222.
- MONGA, M., ALEXANDRESCU, B., KATZ, S. E., STEIN, M., & GANIATS, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63(1), 126–130.
- NORMAN, R. J., DAVIES, M. J., LORD, J., & MORAN, L. J. (2002). The role of lifestyle modification in polycystic ovary syndrome. *Trends in Endocrinology and Metabolism*, 13(6), 251–257.
- PETŐ Z. és FRATER R. (1991). Klinikai betegségformák. In *Terhesség, szülés, változó kor*. Budapest: Medicina.
- PETRÁNYI GY. (2008). A policisztás ovarium szindróma diagnosztikája. *Diabetologia Hungarica*, 16(2), 14–20.
- RAPPOLD P. SZ. (2009). Még én is rakhatok fészket – Funkcionálisan meddő és gyermeket váró párok szimbólumainak összehasonlító vizsgálata. In HORVÁTHNÉ-SCHMIDT I. (szerk.), *Testünkben egy életen át* (207–224). Győr: Palatai Kiadó és Nyomda Kft.
- RASSI, A., VERAS, A. B., DOS REIS, M., PASTORE, D. L., BRUNO, L. M., BRUNO, R. V., PINTO DE ÁVILA, A. M., & NARDI, A. E. (2010). Prevalence of psychiatric disorders in patients with polycystic ovary syndrome. *Comprehensive Psychiatry*, 51(6), 599–602.

- Rotterdam, E. S. H. R. E. (2004). Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Human Reproduction*, 19(1), 41-47.
- SINGH, D. (1993). Adaptive significance of female physical attractiveness: role of waist-to-hip ratio. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 293.
- SONINO, N., FAVA, G. A., MANI, E., BELLUARDO, P., & BOSCARO, M. (1993). Quality of life of hirsute women. *Postgraduate Medical Journal*, 69(809), 186-189.
- SPEER G. és LAKATOS P. (2009). A PCOS diagnózisa. In LAKATOS P. és SPEER G. (szerk.), *Policisztás ovarium szindróma* (67-72). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- SZIGETI F. J. és KONKOLY T. B. (2012). A meddőség pszichológiai aspektusai: szakirodalmi áttekintés. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(3), 561-580.
- TABÁK R. és KEMÉNY L. (2009). Bőrgyógyászati szövődmények. In LAKATOS P. és SPEER G. (szerk.), *Policisztás ovarium szindróma* (132-137). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- TAN, S., HAHN, S., BENSON, S., JANSSEN, O. E., DIETZ, T., KIMMIG, R., HESSE-HUSSAIN, J., MANN, K., SCHEDLOWSKI, M., ARCK, P. C., & ELSENBRUCH, S. (2008). Psychological implications of infertility in women with polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*, 23(9), 2064-2071.
- TIMONEN, M., LAAKSO, M., JOKELAINEN, J., RAJALA, U., MEYER-ROCHOW, B., & KEINÄNEN-KIUKAANNIEMI, S. (2004). Insulin resistance and depression: cross sectional study. *British Medical Journal*, 330(7481), 17-18.
- TIRINGER I., VARGA J. és MOLNÁR E. (2007). Krónikus betegek ellátásának egészségpszichológiája. In KÁLLAI J., VARGA J. és OLÁH A. (szerk.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (305-331). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- TRENT, M., AUSTIN, S. B., RICH, M., & GORDON, C. M. (2005). Overweight status of adolescent girls with polycystic ovary syndrome: body mass index as mediator of quality of life. *Ambulatory Pediatrics*, 5(2), 107-111.
- TRINGER, L. (2001). *A pszichiátria tankönyve*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- WILLIAMSON, D., GONZALEZ, M., & FINLAY, A. Y. (2001). The effect of hair loss on quality of life. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 15(2), 137-139.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME. METHODOLOGICAL APPROACHES AND THE INTRODUCTION OF PHENOTYPIC GROUPS

MOHÁCSI, BERNADETT – ALMÁSSY, ZSUZSANNA – SZEMÁN-NAGY, ANITA

Polycystic ovary syndrome (PCOS) is the most common endocrine disorder among women of reproductive age. It is characterized by endocrine and metabolic disorders and the wide range of clinical features. The most dominant symptoms of polycystic ovary syndrome are: irregular menstrual cycle, hyperandrogenism and polycystic ovaries. The treatment of PCOS generally focuses on the medical aspects of the disease, pushing the psychological aspects to the background. It is necessary to pay attention not only to the pharmacotherapy of PCOS but also to the psychological treatment, namely the significant

impact of PCOS on health-related quality of life. The aim of the review is to summarize the most important results of psychological researches focusing on the symptoms of PCOS, furthermore to present the diagnostic measurement of PCOS which are often used by international psychological research. The present literature review concentrates on the analysis of “PCOS phenotypes” and highlights the use of the Cyclic Causality Model in psychological research.

Key words: *polycystic ovary syndrome, PCOS, hyperandrogenism, hirsutism, acne, androgenic alopecia*