

Korai petefészek-kimerüléssel összefüggő tünetek bio-pszicho-szociális szemléletű kezelése

Szigeti F. Judit dr.¹ ■ Ács Nándor dr.²

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

²II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

Az egészségügyi tevékenységek minimumfeltételei megszabják, hogy egyes szomatikus osztályokon dolgozzon pszichológus. Az orvosi gyakorlatban mindeközben még nem mondható általánosnak az az attitűd, amely a pszichés tényezőknek a betegségek alakulásában játszott potenciális szerepét is figyelembe veszi. A modern pszichoszomatikus gyógyító szemlélet egyszerre veszi számításba a biológiai, pszichológiai és társas faktorokat, amelyek hajlamosítanak egy betegségre vagy kiváltják és fenntartják azt. Az alábbi esettanulmány egy olyan 35 éves nő kezeléstörténete, akinek tünetei egyszerre bizonyultak a korai petefészek-kimerülés és a szorongás jeleinek, és kölcsönösen hatottak egymásra. Az esetvezetés során a beavatkozások is két síkon: testre ható (hormonterápia, Jacobson-féle progresszív relaxáció) és pszichés eszközökkel történtek (kognitív viselkedésterápiás intervenciók). Az eset jól példázza, hogy orvos és pszichológus együttműködése miként szolgálhatja a páciens érdekeit. Orv Hetil. 2017; 158(36): 1432–1435.

Kulcsszavak: hőhullám, alvászavar, szorongás, bio-pszicho-szociális szemlélet, kognitív viselkedésterápia

Biopsychosocially informed therapy of symptoms related to premature ovarian failure

The basic legal conditions for pursuing medical activities in Hungary require that psychologists be employed at certain somatic departments. In the Hungarian medical practice, however, attitudes recognizing the potential role of psychological factors in the course of diseases are not widely present. The modern psychosomatic approach to healing includes biological, psychological and social factors that may predispose one to, precipitate or perpetuate a medical condition. This case study of a 35-year-old woman reports on a therapy in which the symptoms were indicative of both premature ovarian failure and anxiety, influencing each other in a bidirectional way. Therapy also included interventions on physical (hormonal therapy, Jacobson's progressive relaxation technique) and psychological levels (cognitive behavioral interventions). This case management is an example for how physician-psychologist collaboration serves the best interests of patients.

Kulcsszavak: hot flashes, sleep disorder, anxiety, biopsychosocial approach, cognitive behavioral therapy

Szigeti FJ, Ács N. [Biopsychosocially informed therapy of symptoms related to premature ovarian failure]. Orv Hetil. 2017; 158(36): 1432–1435.

(Beérkezett: 2017. június 28.; elfogadva: 2017. július 20.)

Rövidítések

AMH = anti-Müller-hormon; BAI = (Beck Anxiety Inventory) Beck-féle Szorongás Leltár; BDI = (Beck Depression Inventory) Beck-féle Depresszió Kérdőív; CBT = (cognitive behavioral therapy) kognitív viselkedésterápia; FNE = (Fear of Negative Evaluation Scale) Megmérettetés Kérdőív; FSH = folliculussti-

muláló hormon; IVF = (in vitro fertilization) in vitro fertilizáció; POI = (premature ovarian insufficiency) korai petefészek-elégtelenség; POF = (premature ovarian failure) korai petefészek-kimerülés; RSES = (Rosenberg Self-Esteem Scale) Rosenberg-féle Önértékelés Kérdőív

A test és lélek egységét szem előtt tartó gyógyítás ma különféle formákban és minőségben nyilvánul meg, az ezotériától az alternatív orvosláson keresztül a bio-pszicho-szociális szemléletű terápiákig. A betegségek modern pszichoszomatikus megközelítései, köztük a reproduktív egészségpszichológia, nem feltételez direkt oksági viszonyt lelki és testi jelenségek között, hanem egyszerre veszi számításba a biológiai, pszichológiai és társas faktorok egymásra hatását [1, 2]. Jelen esettanulmány egy olyan korai petefészek-kimerülésben (POF) szenvedő beteget mutat be, akinek gyógyulási esélyeit jelentősen növelte a szomatikus orvoslás és a pszichoterápia együttes érvényesülése.

A korai petefészek-kimerülés a primordialis folliculosisok idő előtti megfogyatkozását jelenti: az eredendően is csökkent mennyiségű tüszők ilyen esetekben már a 40. életév előtt „elfogynak” [3]. A megbetegedés prevalenciája a 40 évesnél fiatalabb nők körében 1% [4]. Etiológiája csak az esetek 10%-ában határozható meg pontosan (autoimmun, kromoszóma- vagy egyéb ritka rendellenességek, onkológiai betegségek radio-, illetve kemoterápiája), a kórállapotok túlnyomó többsége idiopathiás [5]. A POF legjellemzőbb tünete az oligo-, illetve amenorrhoea, valamint a klimaktériumra egyébként is jellemző hőhullámok, éjszakai izzadás, alvászavar és palpitiatio [6].

A petefészek-elégtelenség legnyilvánvalóbb következménye az infertilitás: a POF-ben szenvedő nők mindössze 5–10%-ánál van intermittens ovariumfunkció folytán esély a spontán teherbe esésre [4]. A sterilitáson a petesejt- vagy preembrió-adományozással kiegészített in vitro fertilizáció segíthet [7, 8]. A POF hosszabb távú egészségügyi következményei közt a szexuális diszfunkciók (hüvelyszárazság, dyspareunia), a cardiovascularis megbetegedések, a dementia és az osteoporosis megnövekedett kockázata említendő [9].

Mint a menopausa általában, a POF is kedvezőtlen hatással van az érintettek pszichés jóllétére és életminőségére. Korai petefészek-elégtelenséggel diagnosztizált nők körében a normatív adatoknál magasabb a depresszió- és észlelt stressz-szint, valamint alacsonyabb az önértékelés és az élettel való elégedettség [10]. Az orvosi kezelés mellett zajló pszichoterápia, elsősorban a kognitív viselkedésterápia nemcsak a vazomotoros tünetek előfordulását, hanem azok szubjektív terhét is csökkentheti és az életminőséget is javíthatja [11].

Anamnézis

POF-ben szenvedő 35 éves betegünk szomatikus anamnéziséből kiemelendő a korai menarche, menorrhagia, ovarialis cysták, migrénes fejfájás. Huszonöt éves kora óta rendszeresen tapasztal melegségérzettel, heves szívdobogással és izzadással járó kellemetlen közérzetet, amit eleinte rohamos súlygyarapodás kísért. Ciklusának beállítása fogamzásgátló alkalmazásával történt. Ezt 28 éves korában gyermekvállalási szándékból elhagyta, amit

azonban amenorrhoea követett, ezért hormonszubsztitúcióra került sor. Későbbi vizsgálatakor a ciklus eleji emelkedett basalis FSH-szint (>30 U/L) és a hypoestrogenismus csökkent petefészek-rezervkapacitást jelzett, amit az anti-Müller-hormon- (AMH $<0,21$ ng/ml) vizsgálat is igazolt. Insulinrezisztenciájának gyógyszeres kezelése jelentős súlycsökkenéshez vezetett, de teherbe esés nem következett be. Az asszisztált reprodukciós célú ovarialis stimuláció nem eredményezett megfelelő tüszőérést. A hőhullámok nem enyhültek, ezért hormonterápiát kezdtünk (tibolon, 2,5 mg/nap), néhány hónappal később azonban észleltük, hogy a gyógyszeres kezelés önmagában nem elegendő a panaszok csökkenéséhez, ezért a kezelést pszichológiai ellátással egészítettük ki.

Pszichológiai anamnéziséből említést érdemel az iskolai szerepléstől való extrém szorongás, valamint a megszégyenülés a másodlagos nemi jegyek korai megjelenése és a medikusok körében zajló sorozatos gyermek-nőgyógyászati vizsgálatok miatt. Közlekedéskor a szemkontaktust és az egyedüllétet 25 éves kora óta kerülte. Jelentkezéskor ingerlékenynek érezte magát, koncentrációs nehézségekkel küzdött. Énképe negatív volt, „selejtnek, genetikai hulladéknak” érezte magát.

Betegünk már a diagnosztikai folyamat során is a szomatikus és a pszichés tünetek együttes figyelembevételét igényelte. A beteg vazomotoros szimptomáit a korai menopausa indokolhatja [6]. Az ingerlékenység és a koncentrációs nehézségek a kialvatlansággal és az ovarialis hormonfluktuációval is kapcsolatban állhatnak [12]. A mások figyelmének való kitettség féltelme és az elkerülő magatartás viszont nem a szomatikus állapot tünetei: ezeket legjobban a szociális fóbia diagnózis magyarázza.

Kezelés

A húsalkalmas pszichoterápia első fázisában az alvászavar csökkentését céloztuk meg. Az alvászavar kezelésében az insomnia kognitív terápiájának néhány elemét: alváshigiénés és életmód-tanácsadást, optimális alvási viselkedés és környezet kialakítását, hyperarousal csökkentését alkalmaztuk [13], aminek hatására a probléma lényegesen oldódott.

A terápia további részében a társas helyzetektől való szorongás és a hőhullámok terhének enyhítése volt a cél, ezért a szociális fóbia [14] és a változókoros tünetek [15] kognitív terápiájának elemeit kombináltuk. Stresszkezelés céljából a Jacobson-féle progresszív relaxációt és légzéskontrollt alkalmaztuk. A beteg megfigyelte, hogy ha a hőhullám első pillanataiban izomszorítást alkalmaz, akkor kevésbé önti el a forróság. Megtanult a hőhullámoknak nem túl nagy jelentőséget tulajdonítani, és elfogadni, hogy azok jönnek és elmúlnak. A hőhullámnapló megerősítette, hogy azok főként szorongással járó társas helyzetekben jelentkeznek, kellemetlen érzéseket okozó gondolatokkal összefüggésben. Korrigáltuk a beteg gondolati torzításait, például potenciális alternatív magyarázatokat találtunk az emelkedett hőérzetre (magas külső

hőmérséklet, mozgás, alkoholfogyasztás). Ennek köszönhetően a vazomotoros tünetek mind számban, mind intenzitásban csökkentek. Mindez a farmakoterápiát nem befolyásolta: osteoporosis megelőzése céljából a páciens a gyógyszert ugyanolyan adagolásban szedte tovább.

Ahhoz, hogy a beteg önmagával kapcsolatos „Selejt vagyok!” meggyőződését módosíthassuk, szükséges volt, hogy a különböző embertípusokat, köztük saját magát is elhelyezze egy „értékességi viszonyító skálán”, így önértékelése differenciáltabbá és realisabbá vált. Termékenységi nehezítettségével kapcsolatos szemlélete szintén megváltozott: míg ez korábban csak növelte általános alkalmatlanságérzetét, most fokozatosan belátta, hogy bár nagyon szeretne gyermeket, emberi értékei nem ettől függenek.

A terápia utolsó szakaszában a páciens tünetfenntartó viselkedésén igyekeztünk változtatni. A beteg listát készített a számára szorongást okozó tevékenységekről, és nehézségi fokuk alapján sorrendbe helyezte, majd figyelmét fókuszát önmagáról a környezetre irányítva sorra végrehajtotta őket, ezzel megtapasztalva, hogy előrevetített félelmei nem válnak valóra. A szorongásvezérelt magatartást a mindennapjai során is természetesebb viselkedésformákra cserélte. Életvezetésében egyre nagyobb önállóságot vállalt, konfliktuskezelése javult. A terápia elején és végén alkalmazott pszichodiagnosztikai mérőeszközök pozitív változást jeleztek: a páciens szorongása közepesről alacsony szintre (BAI: 30-ról 14 pontra), depressziószintje közepesúlyosról az enyhe szint alsó határára (BDI: 24-ről 10 pontra), a társas helyzetektől való félelme nagyfokú kismértékűre csökkent (FNE: 23-ről 13 pontra), önértékelése pedig alacsonyról átlagosra (RSES: 5-ről 16 pontra) emelkedett.

A terápia végén a páciens és férje ismét jelentkezett egy reprodukciós problémákat kezelő klinikán. A pszichoterápia lezárása után másfél évvel a páciens oocytadonáció alkalmazása révén egészséges kislányt szült.

Megbeszélés

Terápiánk sikerét leginkább az segítette elő, hogy a menopausális hőhullámok és a szorongásos reakciók testi tünetei között felfigyeltünk a lehetséges átfedésekre [16]. Míg a hőhullámok a szexuáliszteroid-szintek ingadozásával esnek egybe, addig – ha egy személy zavarba jön – adrenalinfelszabadulás következik be [11]. Közös azonban ezek hatása: az elpirulás, az arc perifériás ereinek kitágulása, ami a szociális szorongás gyakori tünete. Egy tanulmány „elhanyagolt szorongásos zavarként” említi a szociális fóbiát, és felhívja a figyelmet arra, hogy a nőgyógyászati diagnózist követő pszichés problémával kezelt betegek esetén is érdemes ellenőrizni, nincs-e a háttérben kezeletlen szociális szorongás [17].

Ugyancsak fontos volt páciensünk alvásproblémájának rendezése, hiszen a rosszabbul alvó változókori nők éb-

redés után hajlamosak túlbecsülni éjszakai hőhullámaik számát [18]. Hasonló jelentőséggel bírt a stresszkezelés, hiszen a szorongó változókoriak gyakrabban észlelik a tüneteket [19], mint a nem szorongók. További megfontolás tárgyát képezte betegünk szomatizációs hajlama, ugyanis azok a nők, akiket a testi tünetek fokozott monitorozása, a szomatizáló tünetpercepció és attribúciós stílus jellemez, különösen érzékenyek a változókori testi panaszokra [20].

Páciensünk állapotjavulását a menopausa-tünetek és a szociális szorongás komplex kezelésével értük el. A szociális fóbia kognitív modellje szerint a társas szorongók saját megnyilvánulásait élesen figyelik, és magukat másoknál butábbnak, unalmasabbnak vagy legalábbis túllük eltérőnek érzik. Megszégyenülés ellen óvintézkedéseket tesznek, így viszont esélyük sincs megtapasztalni, hogy a rettegett katasztrófák nem feltétlenül következnek be [21]. Az alkalmazott gyakorlatok ezek semlegesítését célozták meg. A változókori tünetek kognitív modellje szerint a klimaktérium negatív értékelése, a panaszok kontrollálhatatlanságának érzete növeli a tünetek okozta distresszt [22]. Ezt a folyamatot páciensünk esetében sikerült megfordítani.

Bár a korai petefészek-elégtelenség (POI) kezelésének nemzetközi irányelveit csak 2015-ben dolgozták ki, a jelenleg forgalomban lévő ajánlások a pszichológiai intervenciók és életmód-tanácsadás elérhetővé tételét javasolják, mind a POI [9], mind pedig általában a menopausa [23] ellátásában. A protokollok a fenti kórképekben – nőgyógyászati kezelés mellett – szorongás esetén elsőként pszichoterápiát (CBT), hangulatjavításra hormonpótló és pszichoterápia együttes alkalmazását javasolják; antidepresszánsokat (szelektív szerotonin- és noradrenalin visszavétel-gátlókat) csak nagy körültekintéssel, indokolt esetben ajánlanak.

Összességében megfontolandó a biológiai terápia kibővítése pszichológiai beavatkozással olyan esetekben, amikor egy betegség lefolyása atipikus, szomatikus okokkal nehezen magyarázható tünetek vannak jelen, vagy a páciens anamnézise, beszámolója pszichés faktorok meglétére enged következtetni.

Következtetés

Esetünk példázza, hogy az organikus versus pszichogén kérdésfeltevést legjobban nem *vagy-vagy*, hanem *is-is* alapon, cirkuláris szemléletben érdemes megközelíteni. A nőgyógyász részéről megvalósult az az érzelmi ráhangolódás, amely során a szomatikus betegségtudat pszichoszomatikus formában is megjelenhet [24]. A pszichológus sem tévesztette szem elől a testi folyamatokat, nem igyekezett minden tünetnek lelki okot tulajdonítani. Összességében a multidiszciplináris megközelítés betegünk javára vált.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: Sz. F. J.: Témafelvetés, irodalomkutatás, a kézirat megszövegezése. Á. N.: A kézirat nőgyógyászati kiegészítése és értékelése. A cikk végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Köszönetnyilvánítás

Köszönjük Kiss Zsófia és Szita Bernadett klinikai szakpszichológusok észrevételeit, és betegünk hozzájárulását a közléshez.

Irodalom

- [1] Lal M. Psychosomatic approaches to obstetrics, gynaecology and andrology – a review. *J Obstet Gynaecol.* 2009; 29: 1–12.
- [2] Pápay N, Rigó A. Introduction. In: Pápay N, Rigó A. (eds.) Reproductive health psychology. [Bevezető. In: Pápay N, Rigó A. (szerk.) Reproaktív egészségpszichológia.] ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2015; pp. 7–9. [Hungarian]
- [3] Papp Z. (ed.) Handbook of obstetrics and gynaecology. Second multimedia edition. Fourth edition. [A szülészet-nőgyógyászat tankönyve. Második multimédia kiadás. Negyedik kiadás.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2009. [Hungarian]
- [4] Goswami D, Conway GS. Premature ovarian failure. *Hum Reprod Update* 2005; 11: 391–410.
- [5] Arora P, Polson DW. Diagnosis and management of premature ovarian failure. *Obstetrician & Gynaecologist* 2011; 13: 67–72.
- [6] Beck-Peccoz P, Persani L. Premature ovarian failure. *Orphanet J Rare Dis.* 2006; 1: 9.
- [7] De Vos M, Devroey P, Fauser BC. Primary ovarian insufficiency. *Lancet* 2010; 376: 911–921.
- [8] Urbancsek J, Bárándi Zs, Sztanyik L. Fertilization outside the body. In: Urbancsek J, Papp Z. (eds.) Gynaecological endocrinology. [Szervezetén kívüli megtermékenyítés. In: Urbancsek J, Papp Z. (szerk.) Nőgyógyászati endokrinológia.] Springer Hungarica Kiadó, Budapest, 1997; pp. 287–380. [Hungarian]
- [9] European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) Guideline Group on POI, Webber L, Davies M, Anderson R, et al. Management of women with premature ovarian insufficiency. *Hum Reprod.* 2016; 31: 926–937.
- [10] Liao KL, Wood N, Conway GS. Premature menopause and psychological well-being. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2000; 21: 167–174.
- [11] Mann E, Smith M, Hellier J, et al. A randomised controlled trial of a cognitive behavioural intervention for women who have menopausal symptoms following breast cancer treatment (MENOS 1): Trial protocol. *BMC Cancer* 2011; 11: 44.
- [12] Gordon JL, Girdler SS, Meltzer-Brody SE, et al. Ovarian hormone fluctuation, neurosteroids and HPA axis dysregulation in perimenopausal depression: A novel heuristic model. *Am J Psychiatry* 2015; 172: 227–236.
- [13] Purebl Gy. The power of mind over body. Cognitive therapy for insomnia. In: Perczel Forintos D. (ed.) New developments in cognitive therapy. [A gondolat hatalma a test felett. Az inszomnia kognitív terápiája. In: Perczel Forintos D. (szerk.) A kognitív terápia fejlődése.] Akadémiai Kiadó, Budapest, 2011; pp. 93–108. [Hungarian]
- [14] Perczel Forintos D. Cognitive behavioral therapy for social phobia. In: Perczel Forintos D, Mórotz K. (eds.) Cognitive behavioral therapy. [A szociális fóbia kognitív viselkedésterápiája. In: Perczel Forintos D, Mórotz K. (szerk.) Kognitív viselkedésterápia.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2005; pp. 337–367. [Hungarian]
- [15] Hunter MS, Coventry S, Hamed H, et al. Evaluation of a group cognitive behavioural intervention for women suffering from menopausal symptoms following breast cancer treatment. *Psychooncology* 2009; 18: 560–563.
- [16] Hanisch L, Hantsoo L, Freeman EW, et al. Hot flashes and panic attacks: a comparison of symptomatology, neurobiology, treatment and a role for cognition. *Psychol Bull.* 2008; 134: 247–269.
- [17] Akechi T, Okuyama T, Sagawa R, et al. Social anxiety disorder as a hidden psychiatric comorbidity among cancer patients. *Palliat Support Care* 2011; 9: 103–105.
- [18] Fu P, Matthews KA, Thurston RC. How well do different measurement modalities estimate the number of vasomotor symptoms? Findings from the Study of Women's Health Across the Nation FLASHES Study. *Menopause* 2014; 21: 124–130.
- [19] Freeman EW, Sammel MD, Lin H, et al. The role of anxiety and hormonal changes in menopausal hot flashes. *Menopause* 2005; 12: 258–266.
- [20] Szita B. Biological and psychosocial features of menopause. In: Pápay N, Rigó A. (eds.) Reproductive health psychology. [A menopauza biológiai és pszichoszociális jellemzői. In: Pápay N, Rigó A. (szerk.) Reproaktív egészségpszichológia.] ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2015; pp. 133–157. [Hungarian]
- [21] Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Heimberg R, Liebowitz M, Hope DA, et al. (eds.) Social phobia: diagnosis, assessment and treatment. Guilford Press, New York, 1995; pp. 69–93.
- [22] Hunter MS, Mann E. A cognitive model of menopausal hot flashes and night sweats. *J Psychosom Res.* 2010; 69: 491–501.
- [23] National Institute for Health and Care Excellence. Menopause: diagnosis and management. NICE guideline [NG23]. Published date: November 2015. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23> [accessed: June 26, 2017].
- [24] Szakács K. Psychotherapy. In: C Molnár E, Füredi J, Papp Z. (eds.) Obstetric and gynaecological psychology and psychiatry. [Pszichoterápia. In: C. Molnár E, Füredi J, Papp Z. (szerk.) Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2006; pp. 361–372. [Hungarian]

(Szigeti F. Judit dr.,
Budapest, Tömő u. 25–29. III. e., 1083
e-mail: szigetifjudit@gmail.com)