

**Dr. Kopp Mária\***

## **KRÓNIKUS STRESSZ-ÁLLAPOT, DEPRESSZIÓ, EGÉSZSÉGGÁROSODÁS**

### **A pszichoszomatika lényege - a krónikus stressz**

Nincs olyan betegség, amelyik ne lenne pszichoszomatikus valamilyen értelemben. A modern világban az ilyen eredetű megbetegedések sokkal gyakoribbá váltak. Megítélésem szerint a „Krónikus stressz” a pszichoszomatika lényege. A krónikus stressznek meghatározó szerepe van, és a mi régióinkban éppen a korai, tehát az idő előtti halálozásnak a vizsgálatával tudjuk ezt a jelenséget a legjobban megközelíteni.

Nagyon remélem, hogy lassan az orvoslásban is – lehetőség lesz arra, hogy fölismerjük, minden betegségben mennyire meghatározó és alapvető szerepe van az agyunknak, az emberi idegrendszernek, amelyik bizonyos értelemben természetesen csak egy közvetítő szerv ahhoz, hogy a pszichés, a lelki tényezők és az egészségi állapot közti összefüggéseket vizsgáljuk.

Minden jelenség, minden betegség, minden testi elváltozás mögött ott van a központi idegrendszer, és ott van a psziché szerepe is. Franz Alexander klasszikus pszichoszomatika könyvében nagyon izgalmasan ír az élettani mechanizmusokról is. Ennek a lényege az, hogy egyes, ún. pszichoszomatikus betegségek, mint az esszenciális magas vérnyomás a fokozott szimpatikus tónussal, alarm-készséggel vannak kapcsolatban, ami persze számunkra nem újdonság, de ennek a pszichológiai hátterét is elemzi, és mi ma ezzel nagyon sokat foglalkozunk. Más megbetegedések a paraszimpatikus túlsúllyal, az önfeladással, a segítség-kéréssel vannak kapcsolatban, mint a nyombélfekély, a colitis ulcerosa, az asthma bronchiale. Tehát nagyon sok fontos összefüggést írt le a klasszikus pszichoszomatika, ma is alapvető fogalmunk a locus minoris resistentiae, a szervi sérülékenység, és a korai kötődés, a korai hatások meghatározó szerepe, amiről. Ezt a felosztást ma már nem alkalmazzuk, nem beszélhetünk külön pszichoszomatikus betegségekről, bár vannak betegségek, amelyekben a pszichés tényezők szerepe fontosabb, hanem ehelyett *pszichoszomatikus szemléletről* beszélhetünk.

A magatartásorvoslásnak, behavioural medicine-nek ma már gyakorlatilag ugyanaz a szemlélete, mint a pszichoszomatikus orvoslásnak, tehát a két fogalmat ma már szinonimaként használjuk. Ma már szerencsére ez a két szemlélet nem áll szemben egymással, kis hangsúlybeli eltérések vannak csupán.

### **A pszichoszomatikus szemlélet**

Vásárhelyi Pál úgy halt meg, hogy egy nagyon fontos megbeszélés után hirtelen szívinfarktust kapott, amikor a terveit, amiket már nagyon régóta dédelgetett és másokat is meg próbált győzni, leszavagták. Nyilván itt is krónikus stresszről van

---

\*Prof. Dr. Kopp Mária, egyetemi tanár, igazgató, Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet

szó, mert hosszú időn keresztül próbált eredményeket elérni, és ugyan mi úgy látjuk, hogy nagyon sok minden sikerült neki, ő nyilván olyan frusztrációt élt át, amelyik ilyen súlyos következményekkel is járhat. Ha két férfi ugyanolyan súlyos szívinfarktust él át, az egyik magányos és depressziós, a másik pedig jó házasságban él és nem depressziós, a második egyértelműen sokkal tovább él, Mi ennek a magyarázata? Mi magyarázza, hogy a depressziós tünet-együttes, amelyet a krónikus stressz megfelelőjének tekinthetünk, ugyanolyan súlyos kockázati tényező – és ma már ez egyértelműen bizonyított – mint a dohányzás, a hypertonia, az elhízás, vagy a mozgásszegény életmód. Mi az oka annak, amiről hála Istennek, kezdünk már beszélni, mert az Európai Unióban kötelezően előírták, hogy egy munkahelyi vezetőnek kötelessége védeni a munkatársak lelki egészségét is. Ez ma már kötelező, tehát számon lehetne kérni a főnököktől. Gondoljunk bele! Úgy látszik most jutott ide ennek a dekrétumnak a híre, hogy a munkahelyi stressz, a munkahelyi kontrollvesztés, a biztonság hiánya nagyon komoly egészségkárosító tényező, mert az utóbbi időben, legalábbis a média nagyon érdeklődik a kérdés iránt.

### **Iskolai végzettség és halandóság**

A másik kérdéskör, amivel nagyon régóta foglalkozunk, hogy mi a magyarázata annak, hogy egy érettségizett férfi sokkal tovább él Magyarországon, mint egy alacsony végzettségű, még akkor is, ha nem iszik és nem dohányzik többet? Az érettséginél magasabb végzettségűek és alacsonyabb végzettségűek 75 év alatti halálozási valószínűségét vizsgálva azt látjuk, hogy Magyarországon majdnem kétszer olyan nagy a valószínűsége annak, hogy egy férfi meghal 75 éves kora előtt, ha érettséginél alacsonyabb a végzettsége. Ezzel szemben ez az arány a nőknél csak 1,2. Hozzánk hasonló a helyzet a csehknél, de például Norvégiában nincs különbség ilyen tekintetben a férfiak és a nők között. Tehát mibe hal bele Magyarországon egy érettséginél alacsonyabb végzettségű férfi? Hangsúlyozom, hogy ennek a többlethalalozásnak mintegy 40%-át magyarázza, hogy az alacsonyabb végzettségűek többet isznak, többet dohányoznak, egészségtelenebbül élnek de 60%-ot egyelőre nem nagyon tudunk magyarázni, illetve pszichoszociális magyarázatot találunk. Egyébként – ezzel most nem fogok foglalkozni – az igazán lényeges kérdés, hogy mitől iszik, mitől dohányzik valaki úgy, hogy az egészségét károsítja? Csak ilyen megközelítéssel lehet hatékonyan beavatkozni, mert végül is a dohányosok mintegy 66%-a akar leszokni, a kérdés, miért nem sikerül? Azért, mert az ő motivációs rendszerükben a dohányzásnak, vagy a káros alkoholfogyasztásnak, fontos motivációs szerepe van. Melyek tehát azok a problémák, amelyeket közép-kelet-európai egészség-paradoxonnak nevezünk?

### **A közép-kelet-európai egészség-paradoxon**

Sajnos, nagyon szomorú, amit közép-kelet-európai egészség-paradoxonnak neveznek, hogy Magyarországon a 45–64 éves férfiaknak a halálózása még ma is – most a legutolsó statisztikák szerint is – rosszabb, mint 1930-ban volt. Ami megdöbbentő még, hogy 1970-ben jobbak voltak a mutatóink, mint Ausztriában, és ma annak a valószínűsége, hogy egy férfi megéli a 65. évét, csak 59%, míg Ausztriában 80%. Az idősebb férfiak számára, akik már túl vannak ezen a korosztályon, azoknak már egész jók a kilátásai 65 év felett. A középkorú, tehát az aktív férfiak esetében

jellemző nálunk a nagyon súlyos egészségi krízis. Közben volt egy sokkal jobb időszak, tehát szó sincs arról, hogy a magyar férfiak mindig is sérülékenyebbek voltak, a hatvanas években, kifejezetten jók voltak a mutatóink, de utána, a nyolcvanas évek végéig volt egy nagyon nagyfokú rosszabbodás, és ez még ma sem tért vissza az 1930-as szintre, amikor a TBC pusztított, amikor nem voltak antibiotikumok. Ez az a paradoxon, amivel mi évek óta foglalkozunk, és amiről nagyon sokat publikáltunk.

### **A státus-szindróma**

A nagy kérdés, hogy mi az oka annak, hogy hatvan éves kor alatt a férfiak közül ma majdnem negyed annyival többen halnak meg, mint 1965-ben? A másik oldalról, hogy mi a nők titka? Mi nők ugyanabban a társadalomban élünk, ugyanannyit, vagy szerintem többet dolgozunk, mint a férfiak, mégis, ennek ellenére mi az oka annak, hogy mégis jobbak viszonylag a mutatóink, és mi az oka, hogy egy 65 év feletti férfinak már megint egész jók az életkilátásai? Mi az oka, hogy a nyugdíjasok igen szegények, mégis viszonylag jobbak az egészségi mutatóik?

Ha a várható élettartamot nézzük – sokat hallunk mostanában arról, hogy javultak a kilátások – tényleg, 65 év felett javultak, a középkorúaknál nem. Még ma is egy osztrák férfi, aki az 1970-es években rövidebb ideig élt, mint a magyarok, vagy ugyanaddig, ma 7,7 évvel tovább él a határ osztrák túloldalán és 5,2 évvel él tovább egy osztrák nő a magyar nőknél. Mi az oka? Az alapkérdésünk, hogy miért sérülékenyebbek a középkorú férfiak, miért ilyen fontos a társadalmi-gazdasági lemaradás, az iskolázottság, mi magyarázza, hogy ilyen rövid idő alatt ilyen jelentős változások következtek be? És ez nemcsak ránk jellemző. Az ukránoknál, az oroszoknál, és a Baltikum államaiban még sokkal rosszabb a helyzet, tehát csak ezért nem mi vagyunk a legrosszabb egészségi helyzetben Európában, de utánuk már mi következünk. Érdekes módon a cseheknél és a lengyeleknél megfordult már ez a nagyon negatív tendencia.

Michel Marmot az angol közalkalmazottak között óriási adatbázis alapján vizsgálta a jelenséget (*Státus szindróma* c. könyve most jelent meg). Azt találta, hogy egy angol közalkalmazott férfi, amennyiben diplomás végzettségű, úgy 78 év a várható élettartama. Ha csak alapfokú végzettsége van, akkor ez 68 év. Tehát most a magyar életkilátások olyanok, mint egy angol segédmunkásé. Tíz év a különbség, és nagyon alaposan vizsgálták, hogy a különböző ismert önkárosító magatartásformáknak mi a jelentősége ebben. Ha korrigálják az adatokat az ismert önkárosító magatartásformák szerint, akkor is a legalacsonyabb rétegbe tartozó férfinak 1,5-ször nagyobb a szívinfarktus halálozási valószínűsége 65 év alatt, mint egy magasabb végzettségűnek. Tehát az önkárosító magatartás-formák önmagukban nem magyarázzák ezt a különbséget. Ezt nevezi ő státus-szindrómának. Ez nagyon fontos jelenség, amit meg kellene értenünk. Mi lehet az oka annak, hogy a viszonylagos lemaradás a férfiak számára sokkal súlyosabb krónikus stressz állapotot jelent, mint a nők számára? Úgy néz ki, hogy ez világjelenség, sőt, az állatvilágból tudjuk, hogy az etológiában is – a Stanford Egyetemen vizsgálják – a hím páviánok esetében ugyanolyan koronária elváltozások alakulnak ki, hogyha egy páviánnak a helyzete megváltozik a dominancia-sorrendben. Az igazán veszélyes az, amikor van egy kialakult rangsor, hierarchia sorrend, és ez megváltozik. Gondoljunk bele, mi volt

jellemző Magyarországon a hetvenes évekig? Egy nagyjából azonos langyos víz, ami után kialakult a viszonylagos verseny, amit mindenki úgy élt meg, hogy kicsit előbbre lehet jutni, nem áttekinthető játékszabályok szerint, és ebben a versenyben a férfiak számára a lemaradás nagyon súlyos tényező.

### **Hungarostudy országos reprezentatív egészség felméréseink**

Vizsgálataink azt mutatták, hogy a depresszió közvetít a viszonylagos lemaradás és a rosszabb egészségi állapot között. Ez azonban csak a férfiak esetében volt így 1988-ban. 1983-ban volt az első ilyen felmérésünk 6 ezer emberrel, 1988-ban 21 ezer emberrel, 1995-ben 12.600, és most, utoljára 2002-ben is 12.600 embert kérdeztünk ki nagyon részletes, több mint egy óráig tartó otthoni interjú keretében. Ezeknek az adatai alapján találtuk azt, hogy míg a férfiaknál 1988-ban egyértelműen a depresszió közvetített az alacsonyabb jövedelem és a rosszabb egészségi állapot között, ugyanebben az évben a nőknél ilyen összefüggés nem volt kimutatható. A depressziós tünet-együttes, amit Beck féle depresszió skálával mértünk, a nőknél is összefüggött a rosszabb egészségi állapottal, de ez nem volt kapcsolatban az alacsonyabb jövedelemmel. Mit jelent ez a férfiak esetében? Hogyha egy férfinak alacsonyabb a jövedelme és depressziós, akkor sokkal betegebb is, hogyha nem depressziós, akkor nem betegebb. Alapvetően az értékrend függvénye, hogy kik azok a férfiak, akik viszonylag rosszabb anyagi helyzetben sem válnak betegbé. Ezek azok, akik ezt a helyzetet nem krónikus stresszként élik meg, tehát ezért mondhatjuk azt, hogy az értékrendnek meghatározó, alapvető szerepe van. Mint az előbb mondtam, az etológiai magyarázat is lényeges.

A férfiak értékrendjében, önértékelésében nagyon lényeges elem, hogy milyen a viszonylagos helyzetük a társadalomban, milyen a család helyzete. Ugyanakkor ebből a szempontból nekünk, nőknek is nagy a felelősségünk.

### **A nők elvárásai**

A vizsgálataink azt mutatták ki, hogy a 150 magyar kistérség között, ha azt néztük, hogy a nők hogy minősítik az anyagi helyzetüket, illetve a férfiak, és ez hogy függ össze a középkorú férfi-halálózással, akkor vajon mit találtunk? Azt, hogy a nők minősítése jobban befolyásolja a férfiak korai halálózását, mint a férfiaké. Tehát nagyon lényeges, hogy valójában a nők, a lánygyerekek, az anyák, a feleségek, az élettársak várnak el egy anyagi szintet és a férfiak szintén elvárják önmaguktól, hogy ezt teljesíteniük kell. A mi társadalmunkban ez a férfiak önértékelésében nagyon lényeges. Ha meg akarnánk előzni a középkorú férfi halálózást, akkor ebben a nők szerepe nagyon lényeges lehetne azzal, hogy ne várjanak el irreális anyagi szintet a férfiaktól, aminek a megvalósítására nem képesek. A tévében látják, amihez sokan hasonlítják a saját helyzetüket. Egyébként ebben nem a nők a hibásak feltétlenül, hanem a férfiak is elfogadják, hogy ez az értékrend számukra olyan elvárás, aminek meg kellene felelniük. Érdekes módon, pl. a skandináv országokban ez már egyáltalán nincs így. Vizsgálataink szerint a nők iskolázottsága ugyanakkor jelentős védőfaktor a férfiak számára, a iskolázott nők sokkal inkább elfogadják saját felelősségüket is a család feltételeinek megteremtésében.

### **A kötődés-elmélet**

Nagy kérdés, hogy miért fokozottan érzékenyek a leszakadó rétegek? A korai kötődés meghatározza későbbi életünkben a stresszel szembeni ellenálló-képességünket, a megbirkózási készségünket, és ennek a kötődés-elmélet alapján mély fiziológiai és ugyanakkor pszichológiai háttere is van. Tehát itt ismét tetten érhetjük a pszichoszomatika lényegét, miközben társadalmi szinten társadalmi tőkének nevezzük az emberek közötti bizalmat. Ha valaki ezt megkapja gyerekkorában, akkor mer bízni másokban, képes valódi intim kapcsolatokra. Ez egy olyan tőke, amit a későbbiekben nagyon nehéz pótolni, a pszichoterápiának ez az egyik elsődleges feladata. Mind emögött a tanult tehetetlenség-modell nagyon lényeges, amelyik egyértelműen kimutatta állatkísérletekben is, hogy egy kontroll-vesztett állapotnak az élménye az érzelmileg negatív helyzetben milyen súlyos, akár tanulási deficittel, hippocampus károsodással jár együtt.

Az alapvető kérdés, hogy mi a különbség az ember és az állat között? Egy állatot akkor hozzák a tanult tehetetlen állapotába, ha pl., hogy állandó áramütés éri és nem tud elmenekülni. Számunkra mi jelent ugyanilyen krónikus stressz-állapotot? Például a tartós munkanélküliség fenyegetettsége, egy tartósan rossz kapcsolat, mindenfajta olyan pszichológiai helyzet, amelyet megoldhatatlannak minősítünk. És itt a „minősítés” a kulcsfogalom, ez a kognitív terápiák és a kognitív elméletek lényege. Az embernél a minősítés befolyásolása révén tudjuk befolyásolni a krónikus stressz lelkiállapotát és így a következményeit is. Ezért van a kognitív viselkedés-terápiáknak meghatározó szerepük a magatartás-orvoslási és pszichoszomatikus terápiákban. Gondoljunk arra, hogy ha valaki munkanélküli lesz, akkor lehet, hogy kétségbe esik, és úgy érzi, hogy az élete már értelmetlen. Egy másik ember viszont úgy érezheti, és egyébként ez nőknél sokkal gyakoribb, hogy végre új életet kezdhetek, vagy végre foglalkozhatok az unokáimmal, vagy a gyerekeimmel. Emiatt egész másképp éli meg az egyik ember, mint a másik ugyanazt a helyzetet, és ezt a beállítottságot változtatja meg a kognitív viselkedésterápia.

Most csak felsoroltam, hogy melyek azok a nagyon lényeges láncszemek, amelyek összekapcsolják a krónikus stressz-állapotot, a depressziót és az egészségkárosodást.

Mostanában nagy viták folynak a depresszió-arányokról. A Beck depresszió skála szerint, ami egy nagyon jól validált kérdőív, a súlyos, feltétlenül kezelésre szoruló depressziósok aránya a három felmérésünk során: 1988 és 1995 között 2,9 %-ról 7%-ra emelkedett és maradt kb. ugyanannyi 2002-ben is. A közepes, tehát a 19 pontnál magasabb depresszió-érték kb. 13% a teljes népesség körében, klinikai validálás alapján 19 pont felett már depressziós megbetegedésről beszélhetünk. Ennél sokkal többen, még kb. 17 % esetében vannak munkaképességet csökkentő depressziós tünetek, pl. hajnali ébredés és negatív hangulati állapot, az érdeklődés beszűkülése, fizikai ok nélküli munkaképesség csökkenés, ez még nem betegség, de ennek az állapotnak a megelőzése is fontos. Nem arról van szó, hogy mindenfajta boldogtalanság, szomorúság depresszió, de a depressziós tünet-együttes a krónikus stressz állapot jele, így beavatkozásra, megelőzésre szorul. Ennek a tünetegyüttesnek már bizonyítottan lényeges szerepe van a testi betegségek kialakulása szempontjából. Az iskolázatlansággal a depressziós tünetegyüttes szorosán összefügg, az alsóbb rétegekben sokkal gyakoribb, ez lényeges tényező a fokozott egészségromlás

háttérben.

### **A társadalmi tőke és az élet értelme**

Bemutattuk a depresszióról alapvető okait, de melyek a védő tényezők? A vizsgálataink szerint a társadalmi tőke, a bizalom, a kölcsönösség, a civil szervezetekben való részvétel nagyon komoly védőtényező. Nem kell mondanom, miképpen károsodott ez, különösen a tágabb társadalmi háló az elmúlt évtizedekben. Képzelnék el, hogy vajon ezelőtt húsz évvel lehetett volna így összejönnünk és ilyen kérdésekről beszélni? Azt hiszem, elég veszélyes lett volna. Ez a fajta társadalmi szerveződés, amiben egyébként nagyon jók vagyunk, Magyarországon hihetetlenül sok, kb. tízszer több alapítvány és egyesület alakult, mint a szomszédos országokban a rendszerváltozás után. Ez nagyon komoly védőtényező és a férfiak számára az ilyen tágabb szerveződés fontosabb, a nők közvetlen szoros szociális hálója inkább megmaradt az évtizedek során.

A nőknél még nagyon lényeges a vallásosság védő szerepe. Ez az egyetlen tényező, amelyik életkortól, nemtől és iskolázottságtól függetlenül nagyon jelentős egészségvédő faktor. A legszegényebb rétegekben is azoknak, akik úgy érzik, hogy az életük egy nagyobb terv része, az életüknek van értelme, sokkal jobbak az egészségi mutatóik, másképp minősítik a helyzetüket, másképp minősítik a rossz anyagi helyzetüket is. Érdekes módon – és ez kritika a vallások felé – ugyan a vallásgyakorlás komoly védőfaktor és erről is többet írtunk, de nem teljesen azonos a kettő. Vannak emberek, akik vallásosnak mondják magukat, mégse hisznek az élet értelmében igazán, és vannak nem vallásos emberek, akiknél ez az érték nagyon magas és azok is védettebbek egészségi szempontból.

Még említeném a munkahelyi stresszt, ami lényeges veszélyeztető faktor, tehát a munkahelyi kontroll hiánya, a bizalomhiány, a munkahelyi társas támogatás hiánya. 1988 és 1995 között a munkahelyi stressz rendkívüli mértékben fokozódott, mert hirtelen megváltoztak a munkahelyi körülmények. Még egy dolgot mondanék, ami magunknak, gondolom, sokunknak is állandó probléma. A hétfői munka, amit a nyugatiak nem is értenek, nagyon komoly egészségkárosító faktor Magyarországon. Ilyenkor gondol bele az ember, hogy „az Úr napját megszenteljed” mennyi bölcsességet tartalmaz. A korai infarktus és stroke, agyvérzés szempontjából a hétfői munkát igen szignifikáns veszélyeztető tényezőnek találtuk.

Befejezőként Antonio Damasiótól, a világhírű amerikai neurológustól emelnék ki egy idézetet: „Van némi paradoxon a mai orvoslás felfogásában. Számos orvost érdekelnek a humán területek, a művészettől az irodalmon át a kultúráig. Ugyanakkor az orvosok javarészt eltekintenek ezektől az emberi dimenzióktól és csupán a test fiziológiájára és kórtanára összpontosítanak. E hagyomány végeredménye az, hogy szinte teljesen negligálják az elmét, mint a szervezet funkcióját.”