

A poszttraumás stressz betegség pszichiátriai és szomatikus komorbiditása

Dr. Péter László orvosőrnagy

Kulcsszavak: trauma, PTSD, komorbiditás, életminőség

A poszttraumás stressz betegség igen elterjedt, az átlagpopuláció 6-8%-át érinti, de pl. vietnámi veteránok körében az előfordulási arány 31%-os. A betegség komorbiditása krónikus lefolyás esetén 80-90%-os. Ez egyben diagnosztikus nehézséget is okoz, mivel a társuló pszichiátriai és szomatikus betegségek nagy száma elfedheti a PTSD eredeti tüneteit, amely az adekvát kezelést is késlelteti, ill. rontja. A magas komorbiditás – e mellett megnöveli az egészségügyi kiadásokat, rontja az életminőséget, és csökkenti a PTSD-s betegek várható élettartamát is. Minden egyes orvosnak, főleg az alapellátásban résztvevőknek gondolnia kell a PTSD lehetőségére, mert felismerve azt, adekvát kezeléssel megelőzhető a betegség krónikus-sá válása, ill. a társuló komorbid betegségek kialakulása is.

1967 és 1991 között 7 766 természeti katasztrófa történt világszerte, amely 7 millió áldozatot követelt. 1945 óta 127 háború zajlott, illetve zajlik jelenleg is, amelyek több mint 20 millió áldozattal jártak. A terrorcselekmények elterjedésével az ilyen típusú traumák száma tovább nőhet, amely újabb áldozatokat követel majd. Mindezek után elmondhatjuk, hogy a traumatikus események mindennapi életünk velejárói. Bizonyos felmérések szerint a férfiak 60,7 %-a, míg a nők 51,2 %-a legalább egy traumatikus eseményen átesik élete folyamán, de érdekes adalék lehet, hogy a férfiak majdnem 20 %-a, míg a nők 11,4 %-a háromnál is több traumatikus eseményt szenved el. Az ilyen eseményt átéltek 10-15%-nál alakul ki a későbbiekben következményes PTSD, ami az átlagpopuláció 6-8 %-t teszi ki [11]. A PTSD diagnosztizálása után a betegek egyharmadának még 10 év múlva is vannak tünetei.

A PTSD diagnózisának felállítása nehéz a társuló komorbid betegségek nagy száma miatt. A PTSD diagnosztizálásához mindenképpen kell egy, a múltban lezajlott traumatizáló esemény, amelyre a személy intenzív félelemmel, tehetetlenséggel, rémülettel reagált (PSZICHO-TRAUMA). A traumát a személy ismételtlen átéli, visszaemlékezések, gondolatok, álmok, cselekedetek formájában (ÚJRAÁTÉLÉS). A traumával összefüggő ingereket tartósan kerüli, csökkent érdeklődés, érzelmi üresség, a pozitív jövőkép hiánya alakul ki (ELKERÜLÉS). Egyfajta fokozott készenlét jelenik meg, amely a trauma előtt nem állt fenn. Alvászavarok, irritabilitás, koncentrációs nehézségek léphetnek fel (FOKOZOTT KÉSZENLÉT). Traumatikus esemény lezajlását követően az első 2-3 napban az akut stressz reakció tünetei jelenhetnek meg. Ezt követően, ha bizonyos tünetek a 3. és a 28.

nap között is fennállnak, akut stressz betegségről beszélünk, míg ha ezek a tünetek a traumát követően még egy hónappal is perzisztálnak, akkor posztraumás stressz betegséget diagnosztizálhatunk. Nem egyértelműen használt terminológia az "akut PTSD". Vannak szerzők, akik az egy hónapon belül, disszociatív tünetek nélkül jelentkező, a kritériumokat kimerítő állapotot értik ez alatt, de vannak, akik a trauma utáni 2-4 hónapban manifesztálódó betegséggé összeálló szindrómákat. Sajátos forma a késleltetett induló (delayed) PTSD. Előfordul ugyanis, hogy hónapokig semmi féle, vagy csak mitigált tüneti kép észlelhető, majd fél-egy év múlva mutatja a beteg a PTSD minden kritériumát [7].

A PTSD az orvosok által aluldiagnosztizált betegség, amiben szerepet játszhat a komorbid betegségek nagy száma. Különböző tanulmányok szerint a PTSD-s betegek legalább 80 %-a, egyesek szerint 90 %-a más pszichiátriai betegségben is szenved egyidejűleg. A PTSD-s betegek 16 %-nak egy, 17 %-nak kettő, 50 %-nak három vagy több pszichiátriai diagnózisa is lehet. A társuló betegségek magas előfordulása miatt sokan a komorbiditást helytelen elnevezésnek tartják, úgy gondolják, hogy ezek nem önálló zavarok, hanem egy bizonyos trauma következményeként kialakult komplex szomatikus, kognitív, affektív és viselkedésbeli elváltozások [6].

Komorbiditás mechanizmusai

A komorbiditás egy adott időpontban, egy vizsgált személynél egyszerre több rendellenesség manifesztációja. (Az irodalom megemlíti lifetime komorbiditást is, amely egy adott betegnél különböző időpontokban, különböző betegségek megjelenését jelenti). Több országot felölelő epidemiológiai és részletes statisztikai vizsgálatok alapján arra következtethetünk, hogy a komorbiditás

nem csupán egy véletlenül kialakult artefactum, hanem egy több betegségre jellemző tünethalmaz, amely alapos elemzésével választhatók szét az adott nozológiai kórképek. Az átlagpopulációt vizsgáló epidemiológiai kutatások is megerősítik azt, hogy több rendellenesség egy emberben való együttes megjelenése nem ritka jelenség. Az átlagpopuláció legalább harmadánál diagnosztizálható több rendellenesség egyazon időben. A mentális zavarok jobb verifikálása miatt a komorbiditás jelentőségét már jóval korábban felismerték, de csak az utóbbi időben vált a pszichiátriai kutatások egyik kiemelt témájává. A pszichiátriai gyakorlatban a 70-es évek elején *Feinstein* vetette fel a komorbiditás problémáját, mely később az orvosi kutatások egyik fő témája lett [2].

Napjainkig sincs egységes állásfoglalás abban a tekintetben, hogy a komorbiditás milyen mechanizmussal jön létre. Elképzelhető, hogy pusztán véletlen egybeesésről van szó, a két betegség egymástól teljesen függetlenül jelenik meg. Előfordulhat természetesen az is, hogy a két betegség között ok-okozati összefüggés van, az egyik betegség szinte generálja a másik megjelenését. Az is feltételezhető, hogy a két rendellenességet valamilyen közös genetikai vagy környezeti rizikófaktor hozza létre, de elképzelhető, hogy a két zavarnak valamilyen közös "organikus" eredete van (szerotonin diszreguláció). Az utóbbi esetben az organikus zavar facilitálja a rendellenességek kialakulását [8].

Pszichiátriai komorbiditás

Kessler és munkatársai 6 000, 15-54 év közötti emberrel készítettek négy szemközti interjút [6]. Vizsgálataikból kiderül, hogy a PTSD sok pszichiátriai betegséggel társulhat, de leginkább az affektív spektrum betegségeivel, így depresszióval, a szorongásos betegségekkel, alkohol-és drogbetegségekkel

kel, disszociatív zavarokkal, kis százalékban skizofréniaival együtt is megjelenhet.

A komorbiditás teljesen nyilvánvalóvá válik, ha megnézzük azt, hogy a PTSD tünetei nagyon sok más pszichiátriai betegség tüneteivel mutatnak átfedést. Különösen igaz ez, olyan tünetek esetében, mint a csökkent érdeklődés, a csökkent érzelmi igénybevehetőség, alvászavarok, koncentrációs nehézségek, amelyek a depresszióban is megtalálhatóak. Az irritabilitás, hipervigilancia, megrettenés a generalizált szorongás tünete is egyben. Mellkasi fájdalom, nehézlégzés, szédülésszerű rosszulletek, remegés a pánikbetegségre is jellemzőek. Ezekon kívül még a különböző fóbiák, sőt bizonyos esetekben kényszerbetegség tünete is előfordulhatnak PTSD-s betegek körében.

Kessler 1995-ös elemzéséből az tűnik ki, hogy a komorbiditási arányok férfiak és nők esetében közel azonosak. Az alkohol és drogfüggőség férfiak esetében magasabb arányban fordul elő, minden második PTSD-s férfi alkoholbetegségben is szenved. A major depresszió közel azonos arányban fordul elő a két nemben, a PTSD-s betegek 48 %-ánál detektálható. Szorongásos zavarok, fóbiák kb. minden harmadik PTSD-s betegnél jelentkeznek.

A PTSD leggyakrabban talán az affektív zavarokkal együtt fordul elő. A PTSD-ben nem megbetegedettekhez viszonyítva a PTSD-s betegekben kb. 4-szer gyakrabban fordul elő major depresszió, és minden második PTSD-s beteg egyidejűleg depresszióban is szenved. A disztímiás epizódok is jóval gyakoribbak az átlagpopuláció prevalencia értékeihez képest. Különösen érdekes és feltűnő, hogy férfiak esetében mániás epizód kialakulása 10-szer gyakoribb, mint a PTSD-ben nem megbetegedett populációban. Összességében elmondhat-

juk, hogy az affektív betegségek előfordulása PTSD-s betegek körében többszöröse az átlagpopulációhoz viszonyítva.

A szorongásos betegségek esetében a PTSD általában szekunder módon alakul ki, a szorongásos zavar elősegíti a PTSD kialakulását, de PTSD talaján is kialakulhat *sui generis* szorongásos betegség, tehát a komorbiditás dinamikája ebben az esetben kölcsönös lehet. Generalizált szorongás PTSD-s betegek körében kb. 15 %-ban fordul elő. Pánikbetegség kb. 10 %-ban társul PTSD-vel, nők esetében ez jóval gyakoribb. Szimplex és szociális fóbia kb. 30 %-ban fordul elő PTSD-ben megbetegedettek körében. Ezek az értékek is jóval meghaladják az átlagpopulációban, tehát a PTSD-ben nem megbetegedettek körében előforduló gyakorisági értékeket.

Talán a legnagyobb diagnosztikus problémát okozza a szenvedélybetegségeknek, mint a PTSD komorbid zavarainak a felismerése. Minden második PTSD-ben megbetegedett férfi egyben alkoholbeteg is. Nők esetében ez az arány csak 28 %-os. Feltűnő, hogy nőknél a társuló drogbetegség 27 %-ban fordul elő, ami majdnem ugyanakkora gyakoriság, mint az alkohol esetében. Összehasonlítva az átlagpopulációban előforduló értékekkel, ott a női alkoholbetegek száma majdnem duplája a drogbetegekének.

Egy másik jellemző komorbid betegségcsoport a disszociatív zavarok. Disszociatív zavarok sokkal gyakrabban fordulnak elő gyermekkori zaklatások áldozatainál, mint más traumák után. PTSD-s férfiak 43,3 %-nál, PTSD-s nők 19,5 %-nál figyelhető meg egyidejű disszociatív zavar fennállása.

A PTSD és a szuicidium kapcsolatát nehéz vizsgálni, mert mint azt az előzőekből láthattuk, a PTSD nagyon gyakran társul depresszióval, ami a későbbi öngyilkosság szempontjából egy fontos kockázati ténye-

zót jelent. Ezt az elméletet támasztotta alá Krug 1998-as vizsgálata, aki az USA 377 körzetében elemezte a természeti katasztrófákat követő öngyilkosságok előfordulását. Megfigyelték ugyanis, hogy árvizek, földrengések, hurrikánok áldozatai között nagy a PTSD és a depresszió előfordulása, amelyek rizikófaktorok a későbbi öngyilkosság szempontjából. A vizsgálatok azt mutatták, hogy árvizek esetében a katasztrófát követő 4. évben a legmagasabb az öngyilkosság száma, hurrikánt követően a 2. évben, míg földrengés után rögtön az első évben figyelhető meg a legmagasabb öngyilkossági prevalencia. A különböző viharok és tornádók esetében nem találtak statisztikailag szignifikáns eltérést.

Mi lehet a magyarázata annak, hogy árvizeket követően 4 évig emelkedik az öngyilkosságok száma, míg földrengést követően rögtön az első évben tapasztalható egy kiugrás, amit fokozatos csökkenés követ. Egy lehetséges magyarázat, hogy árvizek esetében elhúzódó, kumulatív stresszről beszélhetünk, ami fokozatosan depresszió kialakulásához vezethet, amit szuicidium követhet. A földrengésekre nincsenek felkészülve az emberek, egy hatalmas pszichotrauma éri őket, ami akutan válthat ki öngyilkosságot. Nincs irodalmi adat arra vonatkozólag, hogy egy olyan területen, ahol gyakoriak a földrengések, kevesebb öngyilkosság fordul-e elő.

Magyarázhatja még az eltérő arányokat az is, hogy az árvizek károsultjai négyszer anynyi sérülésről, és háromszor akkora anyagi veszteségről számolnak be, mint a hurrikánok és földrengések áldozatai. Az árvíz-károsultak sokkal gyakrabban kényszerülnek kölcsönt felvenni, ami átmeneti enyhülést hozhat, és késlelteti bizonyos pszichológiai következmények kialakulását, ugyanakkor hosszú ideig nagy anyagi terhet rak az áldozatok vállára. A depresszió számának

emelkedése és az adósság nagysága között egyenes összefüggés van. (A depresszív tüneteket önkitaltató tesztek segítségével verifikálták) [1].

Szomatikus komorbiditás

Az igen magas pszichiátriai komorbiditás mellett a PTSD-s populáció körében a szomatikus betegségek előfordulása is jóval nagyobb az átlagpopulációval összehasonlítva. A leggyakrabban neurológiai, kardiovaszkuláris, gasztrointesztinális, muszkuloszkeletális és immunbetegségek társulnak PTSD-vel. A kardiovaszkuláris betegségek ismert rizikófaktorai, mint a hipertónia, a dohányzás, a diabétesz, alkoholfogyasztás és a depresszió is jóval gyakoribb PTSD-s betegek körében. Mindezzel egyben a populációban a kardiovaszkuláris betegségek (ISZB, infarktus, stroke) kialakulásának esélye 2-5-szöröse az átlagpopulációban mért értékekkel összehasonlítva, így elmondhatjuk, hogy a PTSD jelentős kockázati tényező a szív-ér rendszeri betegségek szempontjából. PTSD-ben sokkal gyakoribbak a különböző ritmuszavarok, EKG eltérések, emelkedettebb a vérlémezke koncentráció, egyfajta hiperkoagulabilitás jön létre, és megemelkedik a proinflammatorikus citokinek szintje is, amelyek összességében növelik a kardiovaszkuláris betegségek kialakulásának esélyét. Összességében a PTSD mind direkt, mind indirekt módon jelentős kockázati tényezőt jelent a szív-érrendszeri betegségek szempontjából [10].

9 508 gyermekkorban traumatizált felnőttet vontak be egy vizsgálatba és körükben a dohányzás, a depresszió, és a szuicidium magasabb előfordulást mutatott. Pozitív összefüggést találtak az elszenvedett traumák számával, és azok súlyosságával is. Az iszkémiás szívbetegség, különböző tumorkok, bronchitis, hepatitis prevalencia érté-

kei is jóval meghaladták az átlagpopuláció előfordulási értékeit [3].

Egy másik vizsgálatba 1 399 vietnámi veteránt vontak be, akiket 20 évvel az elszervedett traumát követően vizsgáltak. Esetükben a keringési, emésztőszeri, légzési, mozgásszeri betegségek előfordulása sokkal gyakoribb volt [4].

1994-ben Wolfe olyan nőket vizsgált, akik Vietnámban traumatizálódtak. Körükben a kardiológiai, nőgyógyászati, szemészeti, emésztőszeri betegségek jóval nagyobb prevalenciával fordultak elő [12].

Akut stressz hatás esetén a fehérvérsejtek a véráramból a nyirokkeringésbe jutnak, mind a humorális, mind a celluláris immunitás megnő, fokozódik a fagocitózis, a natural killer sejt aktivitás. Mindezek révén az immunválasz erősödik, ami elősegíti a sebgyógyulást, és a fertőzésekkel szemben is nagyobb védelmet nyújt. Krónikus stresszben viszont az immunsejt raktárak fokozatosan kiürülnek, csökken az immunválasz, ami elősegíti bizonyos fertőzések, vagy daganatos betegségek kialakulását.

Egy vizsgálatba 1 550 középkorú japán férfit vontak be, akik között 3 akut PTSD-t és 12 krónikus PTSD-t tudtak diagnosztizálni. Az akut PTSD-sek esetében magasabb natural killer sejt aktivitást, megnövekedett immunválaszt tapasztaltak, azonban a krónikus PTSD-s csoportban az immunválasz gyengült, a T sejt aktivitás, a limfocitaszám, az IL 4, a γ INF összege csökkent. Utóbbiaknál a krónikus fertőző betegségek és a tumoros betegségek kialakulásának kockázata megnövekedett [9].

Az autoimmun betegségek előfordulása is jóval magasabb a poszttraumás betegségekben szenvedők között. Egy 2004-es vizsgálat adatai szerint, amelybe 2 490 vietnámi veteránt vontak be, a PTSD-sek között gyako-

ribb volt a reumatoid arthritis, a psoriasis, az inzulin dependens diabétesz és a különböző pajzsmirigybetegségek előfordulása is [5].

Saját vizsgálatunkban 2000 első 5 hónapjában az osztályunkra véletlenszerűen felvett betegek körében mértük a PTSD előfordulását. A PTSD diagnosztizálására a CAPS kérdőívet használtuk, amely 30 részkérdésből áll, és a tünetek frekvenciáját, valamint intenzitását méri. A 170 betegből 10 bizonyult PTSD-snek, közülük 8-an aktuálisan is betegek voltak, míg 2 beteg életében már átesett egy PTSD-s perióduson. A 10 PTSD-s beteg mindegyikénél tudtunk más pszichiátriai betegséget is diagnosztizálni, amelyek döntően az affektív spektrumhoz tartoztak (depresszió, szorongásos betegség, drog-alkohol betegség).

Összefoglalás

A PTSD igen elterjedt, a betegség pontprevalenciája tág határok között mozoghat (4-12 %), az élettartam (lifetime) prevalencia 6-8 %-ra becsülhető. Militáris környezetben a jóval gyakoribb és súlyosabb traumák miatt az előfordulás még nagyobb arányú. Megjelenésének heterogenitása és a tünetek sokszínűsége sokszor komplikálhatja a helyes diagnózis felállítását, sokszor csak a szomatikus tüneteket kezelik, míg a háttérben lévő pszichiátriai betegség rejtve marad. Legelőször az alapellátás orvosai találkoznak a PTSD-s betegekkel, ezért képzésük elengedhetetlen. Fontos hogy megfelelő kérdésekkel feltárják a múltban lejátszódott traumatikus eseményeket, és ezek után a megfelelő szakemberhez utalják az ilyen tüneteket mutató betegeket.

A komorbiditás valószínűsége nagyon sok pszichiátriai zavar esetében szignifikáns emelkedést mutat azoknál, akik PTSD-ben szenvednek. A társuló betegségek ma-

gas száma sokszor elfedheti a komorbid megbetegedés megtalálását. A szomatikus betegségek rengeteg többlet egészségügyi kiadást jelentenek, és krónikus rokkantsághoz, munkaképtelenséghez vezetnek. A komorbiditás pontos becslése és vizsgálata azért fontos, hogy elkülöníthessük a PTSD altípusait, ami az optimális pszicho- és farmakoterápiás kezeléshez nélkülözhetetlen.

IRODALOM

- [1] *Ettiene, G., Krug, Marcie, Jo. Kresnow, J. P., Peddicard, Linda L. Dahlberg, Kenneth, E., Powell, Alex E., Crosby, Joseph L.*: Anect, The New England Journal of Medicine, 1998, 338: 373-378.
- [2] *Feinstein, A.R.*: The Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic illness. J. Chronic Dis., 1970, 23: 455-468.
- [3] *Felliti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Wiallamson, D. F., Spitz, A. M., Edward, V., Koss, M. P., Marks, J. S.*: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. American Journal of Preventive Medicine, 1998, 14: 245-258.
- [4] *Boscarino, J. A.*: Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: implications for clinical research and medical care. Psychosomatic Medicine, 1997, 59(6): 605-614.
- [5] *Boscarino, J. A.*: Posttraumatic Stress Disorder and Physical Illness: Results from Clinical and Epidemiologic Studies. Ann. Ny. Acad. Sci., 2004, 1032: 141-153.
- [6] *Kesler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C. B.*: Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 1995, 52: 1048-1060.
- [7] *Kovács G., Péter L., Kovács L.*: A poszttraumás stressz betegség (PTSD) klinikuma. Neuro-psychofarmacologica Hungarica, 2007, IX/1. Suppl. 25.30.
- [8] *Lipton, R. B., Silberstein, S. D., Stewart, W. F.*: An update on the epidemiology of migraine. Headache, 1994, 34: 319-328.
- [9] *Noriyuki Kawamura, Yoshiharu Kim, Nozomu Asukai*: Suppression of Cellular Immunity in Men With a Past History of Posttraumatic Stress Disorder. Am. J. Psychiatry, 2001, 158: 484-486.
- [10] *Pedersen, Whitehead, L. Perkins-Porras, P.C. Strike, A., Steptoe*: Posttraumatic stress disorder in patients with cardiac disease: predicting vulnerability from emotional responses during admission for acute coronary syndromes. Heart, 2005, 92(9): 1225-1229.
- [11] *Péter L., Kovács G.*: A poszttraumás stressz betegség (PTSD) lehetséges farmakológiai prevenciója. Neuropsychopharmacologia Hungarica, 2007, IX/1, Suppl. 37-42.
- [12] *Wolfe, J., Schnurr, P. P., Brown, P. J., Furey, J.*: Posttraumatic stress disorder and war-zone exposure as correlates of perceived health in female Vietnam war veterans. J. Consult. Clin. Psychology., 1994, 62: 1235-1240

Maj. L. Péter M.D.M.C.

The psychiatric and somatic comorbidity of post-traumatic stress disorder

PTSD is very common in population, the lifetime prevalence is 6-8%, but this rate among Vietnam veterans is 31%. The comorbidity rate is really high, 80-90 % in chronic PTSD. The high comorbidity rate is responsible for diagnostic problems, because the high rate of parallel psychiatric and somatic diseases could cover the symptoms of PTSD, so the adequate treatment could be delayed. This high comorbidity increases the costs of health, worsens quality of life, and reduces the lifetime of patients suffering from PTSD. All doctors, mainly in general practice, should recognize the occurrence of PTSD. They need to realize the chronicity of PTSD.

Key-words: trauma, PTSD, comorbidity, quality of life

*Dr. Péter László o.örgy.
1134 Budapest, Róbert Károly krt.44.*