



Pszichoszomatika a reumatológiában

DROP 9 előadás

Vincze Dávid klinikai szakpszichológus rezidens

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen

Debreceni Egyetem, Klinika Központ, Reumatológiai Klinika, Debrecen



Levelezési cím:

Vincze Dávid, Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, 4032 Debrecen, Móricz Zsigmond krt. 22.

E-mail: vincze.david@med.unideb.hu

A DROP 9 Debreceni Reumatológiai Oktatási Programon elhangzott „Pszichoszomatika a reumatológiában” című előadásom célja az volt, hogy betekintést nyerhessenek a jelen lévő, reumatológiával foglalkozó orvoskollégák abba a szemléletmódba, ahogyan egy reumatológiai osztályon dolgozó pszichológus konceptualizálja ugyanazokat az eseteket, amelyekkel a konferencia résztvevői orvosi szemszögből foglalkoznak. Ennek a szemléletmódnak a megértéséhez először tisztázni kell a pszichoszomatika mint önálló tudományág vizsgálódásának kereteit és céljait, majd a szomatizáció pszichodinamikai folyamatának megértése révén lehetőség nyílik a patológiás pszichés folyamatok és a reumatoid tünetképződés kapcsolatának átlátására. Lényegében a patológiás családi rendszer okozta érett pszichés kommunikációs eszközök hiánya az, amely az örökletes predispozíció, a krónikus stressz és az egészségviselkedés komponensein keresztül különböző reumatoid megbetegedésekhez (az előadásban reumatoid arthritishez és fibromyalgiához) vezethetnek. Zárásképpen egy példaeseten keresztül került szemléltetésre a szomatizáció folyamatára hajlamosító hisztrionikus személyiségzavar kapcsolata a fibromyalgia tüneteinek megjelenésére.

Bevezetés

Ahogy azt a cím is sugallja, ebben az írásban a szomatizáció, azaz a „testivé tevés” folyamatának szomatikus megbetegedésben és tünetképzésben betöltött szerepéről lesz szó, azonban fontosnak tartom előre leszögezni, hogy hatásmechanizmus irányát tekintve a pszichoszomatikus és szomatopszichés folyamatok kéz a kézben együtt járnak és oda-vissza hatnak egymásra.

A test és a lélek, azaz a vegetatív és a pszichés folyamatok kapcsolata olyan egyetemes, hogy hatása még a köznyelvben is tetten érhető. Csak gondoljuk bele, milyen jól szemlélteti a „megtört szív-szindrómát” az a több száz éves mondásunk, hogy „megszakad az ember szíve”. De könnyedén tudnánk találni még akár fejből jó pár ilyen szomatoszensoros élményt kifejező mondást, mint például „kiráz tőle a hideg”, vagy „köpni-nyelni nem tudtam a meglepődéstől”.

És ha már elkezdtük beleásni magunkat a test és a lélek kapcsolatának ilyen módon való vizsgálatába, rátérhetünk az autoimmun betegségek pszichológiai szempontból történő szimbolikus értelmezésére, amely a külső-belső veszélyészlelés analógiája mentén már párhuzamba állítható a patopszichológia paranoia és hipochondria fogalmaival. Amikor pszichodinamikusan megvizsgálunk egy paranoid pszichotikus tüneteket mutató embert, azt tapasztalhatjuk, hogy ő egy nem létező, külső veszélyforrásban hisz, és ez ellen próbál védekezni. Ahogy egyre jobban haladunk a test irányába, megérkezhetünk a hipochondriás beteghez, aki ezt az életveszélyes fenyegetést már saját testén belülről származtatja, és próbálja a vélt betegséget felkutatni. Végül megérkezünk az autoimmun betegségekhez, ahol, ebben a szemléleti keretből vizsgálva, már az immunrendszerünk az, amely túl erősen reagál egy nemlétező veszélyforrásra, és túlaktíválja magát.

Pszichoszomatika

Ma már a magatartásorvoslás és a pszichoszomatikus orvoslás kifejezések szinonimák. A pszichoszomatika tágabb értelemben egy szemléletmódot takar, amely a testi betegségek diagnosztikájába beleveszi az egyén viselkedését és élményeit, azaz a lelki tényezőket. Szűkebb értelemben azokat a betegségeket jelöli, amelyekben a beteg organikus elváltozásai összefüggnek bizonyos pszichés történésekkel. Tehát a pszichoszomatika olyan tudományág, amely a szociális pszichológiai és fiziológiai tényezőknél a betegség kifejeződésében, lefolyásában és kimenetelében játszott szerepét vizsgálja, továbbá célja a beteg átfogó ellátása (1).

A pszichoszomatikus betegségek felosztása

A pszichoszomatikus tünetképzést a patopszichológia több szintre osztja fel.

Első szintje a konverzió, amelyben az intrapszichés konfliktus feszültsége teszi zavarban, enyhébb formájában megmagyarázhatatlan végtagsibbadások és gyengeségek formájában, míg súlyosabb esetben akár konverziós rohamokban fejeződik ki. Ezeket pszeudoneurológiai tüneteknek is szoktuk hívni, mivel valódi organikus elváltozás nincs a tünetek megjelenése mögött. Ezek a jelenségek gyakran szimbolikusan is értelmezhetők (2).

A pszichoszomatikus tünetképződés következő szintjét képezik az úgynevezett funkcionális szindrómák – vagy ahogy Freud nevezte őket: „szervneurózisok”. Ezeket a betegségeket pszichodiagnosztikai szempontból a BNO-10 a Mentális és viselkedészavarok főcsoportjában az F45 Szomatiform rendellenességek címszó alatt tárgyaljuk. Ezen zavarok esetében szervi elváltozás ugyan még mindig nincs, vagy nem elegendő a tünetek teljes körű magyarázatához, de már tetten érhetők a test különböző funkcionális zavarai, mint pl.: irritábilisbél-szindróma, Crohn-betegség, fibromyalgia stb. (3).

Amíg a konverziós tünetetek – Freud és munkatársai nyomán (4) – valamilyen érzelmi feszültség szimbolikus testi manifestációi, addig a vegetatív neurózis pedig valamilyen szervi tünet, amelynek oka valamilyen krónikusan elfojtott érzelmi konfliktus. A krónikus stressz pszichoszomatikus zavarokra és betegségekre gyakorolt hatását a pszicho-neuro-immunológia mára már behatóan tanulmányozza és igazolja.

A harmadik szinten végül pedig ott vannak a pszichoszomatikus betegségek, amelyekben már jól körülírható szervi eltérések detektálhatók, mint pl.: rákos megbetegedés, reumatoid arthritis (2).

A szomatizáció

A pszichoszomatikus tünetek és betegségek mögötti központi pszichológiai folyamat a „szomatizáció”, amely egy énvédő elhárító mechanizmus. Az elhárító mechanizmusok „énvédő” jellege a freudi személyiségtipológia hármass – ösztön-én/ego(én)/szuper-ego – felosztására vonatkozik, amelyben az éninanciák szükségletei és gátló funkciói közti konfliktusok – mondhatni összeférhetlenségek – esetleges tudatosulásának terhétől véd az ego (én) (5).

Tehát a szomatizáció lényegében a személyen belüli és interperszonális problémák testi panaszok és orvosi segítségkérés formájában való kifejezési módja. Ilyenkor a beteg személyisége vagy nem elég érett ahhoz, hogy intra- és/vagy interperszonális problémáit érettebb, verbális szinten kommunikálja, vagy túlkontrollált, és ezért az erős elfojtásoknak köszönhetően a feszültség testi panaszok szintjén manifesztálódik.

Ezzel a problémával azért fontos foglalkozni, mert a házi orvosi konzultációk 20-30%-a ilyen panaszok miatt jön létre, a betegek általában elégedetlenek, valamint az orvosokat és az egészségügyi ellátást is rendkívüli módon megterheli a sok eredménytelen vizsgálat (6).

Hogyan ismerhető fel a szomatizáció?

Talán az első és legfontosabb dolog, amelyet itt meg kell említeni, hogy hiába foglalkozik a pszichológia ennél a tárgykörnél a tudatos és tudattalan tartalmakkal vagy a motivációkkal, a szomatizáció nem tudatos színlelés. A beteg valóban szenved, hisz a krónikus stressz valódi funkcionális vagy akár testi elváltozásokat okozhat. A betegségkezdet jellemzően viszonylag korai, 30 éves kor előttre tehető. Nők körében gyakoribb, családi halmozódást mutat. A tünetek általában nehezen körülírhatók és változékonyak. Fokozottan megterhelő, stresszes időszakokban gyakran fellángolások, békeidőben relapszusok tapasztalhatók. Ezek a tünetek gyakran orvosilag nem, vagy nem teljesen magyarázhatók. Ezért a betegek egy idő után kétségbeesettek és elégedetlenek lesznek, mert nem találják panaszaikra a választ és a gyógyírt. Ugyanezen okból az orvos tehetetlenségét és frusztrációt élhet át. Az ilyen páciensek általában masszív szomatikus betegségbelátással bírnak, míg a pszichés okokkal szemben hajlamosak szkeptikusak lenni (7, 8). Ezért célunk elérni, hogy az ilyen betegek megtapasztalhassák nehezen megfogható, diffúz érzéseik hitelesítését a szakemberek felől, míg az empatikus légkör közvetítésével a kezelőszemélyzet holisztikus szemléletét átvéve megnyíljanak a lelki folyamataik gondozása és megértése irányába is.

A reumatoid arthritis pszichodinamikus megközelítése

Az RA-s betegek premorbid személyiségére jellemző a mozgásosság, az erős fizikai tevékenységet igénylő aktivitások preferenciája. A fizikai aktivitás mögött ugyanis lehetőség rejlik az ellenséges impulzusok levezetésére, az agresszió szociálisan elfogadott aktivitásba tolására. Így az ízületet, mint a stresszlevezetés csatornája, szenvedni el a többletfeszültség terhét. A betegség hirtelen kialakuló, magas lázzal járó és gyors lefolyású változata esetében feltételeznek a betegségkezdet mögött valamilyen traumát, vagy jelentős pszichodinamikai konfliktust, míg a lassan kibontakozó, egyre több ízületre kiterjedő formája hátterében a genetikai predispozíciónak valószínűsítenek jelentősebb szerepet. Az RA-s betegek jellemzően a szenzitizátorok, azaz hajlamosak az őket érő impulzusok felnagyítására, s ezáltal a valódi konfliktuózus érzések elfojtására, értsd: szőnyeg alá söprésére. Az így kapott hiperszenzitivitás miatt – főként interperszonális szférában – ingerlékenység és inputszűrési deficit jellemezheti őket. Ezzel egy időben a gátlás alá kerül az erőteljes ellenséges érzések kifejezése, amelyeket az exhibicionista tendenciáik már nem képesek kezelni. Az ilyen erőfeszítések és agresszió blokkolása révén az energia a szimpatikus rendszer (túl-)aktivációját és krónikus feszültséget okozza, mert a krónikus feszültség nem képes érett, verbális eszközök révén ürülni (9).

A korai pszichoanalitikus elméletalkotók a reumatoid arthritis (RA) alapkonfliktusának agresszió-exhibíció témáját jelölték meg. Mindezt többnyire az RA-s beteg anya-gyermek kapcsolatának jellemzőiből eredeztették. Az RA-s betegek esetében gyermekkorban jellemző volt egy korlátozó, túl domináns és önkényes anya. (Pszichológiai értelemben a „korlátozót” nem feltétlenül fizikai értelemben kell érteni, hanem épp úgy vonatkozhat arra a jelenségre, amelynek során egy családban nem lehet beszélni a valódi érzésekről, mert a tagok nem bírják el azok súlyát.) Ez ellen az anyai kontroll elleni lázadás alapozza meg a nemi szerep zavarát, amely túlzott fizikai aktivitásban, elhúzódo elfojtás következtében pedig ízületi gyulladásban tetőzik (9).

Az RA-val kapcsolatba hozható pszichológiai folyamatokról két pszichoanalitikus, pszichodinamikus elmélet is született.

Alexander (10) szerint a gyermek lázad az erős szülői korlátozás ellen, azonban a félelmet keltő szülő iránt a dependenciaszükséglet is erős. Ennek az ambivalenciának (intrapszichés konfliktusnak) a megszüntetésére a lázadást le kell tiltania, így lázadását testi szinten kommunikálja. Lefer (11) ezzel szemben egyszerűbb elmélettel állt elő. Ő úgy látta, hogy valójában a korlátozó anyával való azonosulás az, amely a depresszív érzésekhez és tehetetlenség szubjektív megéléséhez vezet. Ezért testi szinten, ízületi gyulladás és fájdalom formájában jelennek meg a nehéz, letiltott és kimondhatatlan érzések, valamint az ellenállás.

Ezenfelül a szomatizációval és az azzal együtt járó másodlagos betegségelőnyökkel a beteg védelemet, törődést és felmentést kap, amiért azonban nagy árat fizet. Lényegében az RA-s beteg „énjét” más lelki történések helyett a fájdalom teszi ki: „Fájok, tehát vagyok.” (10).

Lényegi vonzatuk a pszichoanalitikus elméleteknek az, hogy rávilágítanak az interperszonális konfliktusokból fakadó stressz testi szinten történő manifesztációjának útjára.

A hiszteroid személyiség és a fibromyalgia kapcsolata

A hiszteroid személyiség hajlamosító tényező a szomatizációra, amelyet neurotikus (magasabban szervezett) szinten hisztériás karakternek, míg személyiségzavar szinten pedig hisztrionikus személyiségzavarnak hívjuk. Mivel a személyiségpatológia alapja az anyával való kapcsolat sérüléséből fakadó rivalizáció, ezért jelentős női túlsúlyal találkozhatunk, akiknek nehézségei ebből kifolyólag a szerelem, a párkapcsolat, a szexualitás és a gyermekvállalás

témakörei köré összpontosulnak. Persze a sérülés mértéke és helye is nagy különbségeket mutathat, mindkét szintnél a figyelemfelkeltés, a szexuális csábítás és az érzelmi kogníciók (érzelmek által meghatározott gondolkodási stílus) mögé bújik a hamis énkép, amelynek valódi hiányosságai így nem tud szembesülni (12).

Az elmúlt fél évben három fibromyalgiás nőbeteg fordult meg praxisomban, akiknek szintén a szexualitással kapcsolatban volt valamilyen nehézsége. Mindhármuknál a fájdalom az intim kontaktus létesítésének gátjaként, mint a „Ne érh hozzá!” szimbolikus testi megnyilvánulásaként volt értelmezhető. Egyikük példája szélsőségsége miatt igazán jól szemlélteti a hisztrionikus személyiségzavar kapcsolatát a fájdalomzavarral. Egyik nap arra mentem be az osztályra, hogy a folyosóról lehetett hallani, ahogy az egyik 36 éves nőbeteg sír és perlekedik az orvossal. Az orvosok később arról számoltak be vele kapcsolatban, hogy nagyon megviseli őket a beteg kezelése, mert a hölgy inkompetensnek tartja őket, mert nem találják a fájdalmait testi okát, és kioktatja őket a szükséges kezelésről. Tehát a szomatizáció előbb részletezett indikátorai alapján már arra lehet számítani, hogy pszichoszomatikus háttere lehet a panaszoknak, miközben a beteg személyiségében érzelmregulációs deficit valószínűsíthető. Mikor elkezdtem foglalkozni a hölgygel, ő rögtön azzal gyanúsított meg, hogy biztos azért jöttem, hogy őt boldognak tituláljam. Mindeközben olyannyira sírt, hogy maszkja 1-2 percen belül elkezdett átnézni. Megfigyelhető a helyzethez képest eltúlzott affektualizáció. Az ülés elején kiderült, hogy az orvosokkal való ambivalens kapcsolata édesapja egy korábbi csípőprotézisének elfertőződése miatt alakult ki, amikor is „ő mentette meg apjának életét” azzal, hogy

nem hagyta annyiban, amikor apját lázasan haza akarták küldeni. A beteg mindeközben csapong az orvosokkal szembeni bizalmatlanság és idealizáció között, amely a hasított tárgykapcsolatokból/tárgyreprezentációkból (az a kép, ahogy a környezetünkben élők és velük való kapcsolatunk bennünk leképeződik) alacsony szervezett személyiségorganizációra lehet következtetni. Fájdalmait ő annak titulálta, hogy pár hónapja „egy lórúgásnyi” antibiotikumot kapott a háziorvosától egy „dióméretűre bedagadt” gyulladt szőrtüszőre. A szélsőséges fogalmazásmód szintén valaminek a kompenzációjáról, vagy elfedéséről tanúskodik. Véleménye szerint ő egyike azon 5-6 embernek a világon, akiknél ez a széleskörűen használt gyógyszer ilyen ritka mellékhatást okozott. Amikor fájdalmait helyére kérdeztem rá, tenyerével a csípő és lágyék tájéki terület fölött körözött, főleg a belső comb környékét hangsúlyozva. Arra a kérdésre, hogy „Párjával milyen a szexuális életük és hogy állnak a gyermekvállalás kérdéséhez?” felcsattanva azt mondta: „Jól van, rátapintott a lényegre! Pont most kellett volna lombikprogramra mennünk, de így nem lehet, még csak szét se tudom tenni a lábamat!” Erre természetesen a kérdezősködés további témája az volt, hogy akar-e a beteg valójában gyermeket. Végül kiderült, hogy sem ő, sem élettársa nem akarnak gyermeket, csak a szülők és a kisváros lakói, ahol laknak, nagy elvárásokat támasztanak feléjük és az ő női szerepe felé. A fibromyalgia jelen esetben „jól jött” ahhoz, hogy ne kelljen kimondani a valódi vágyakat, és ezzel konfrontálódni a családdal. Ez az eseti példa véleményem szerint híven tükrözi a pszichodinamikus szemléletmód relevanciáját és szemléletmódját, valamint szemléletes példát mutat arra, hogy az intrapszichés konfliktusok milyen testi tüneteket tudnak okozni.

Irodalom

- Hoffmann S, Hochapfel G, Hoffmann S. Neurozselmélet, pszichoterápia és pszichoszomatikus medicina. Budapest: Medicina Kiadó Zrt.; 2000.
- MacKinnon R, Michels R, Buckley P, et al. Pszichiátriai interjú a klinikai gyakorlatban. Budapest: Oriold és Társai K.; 2017. pp. 581–596.
2002. BNO-10 zsebkönyv DSM-IV TM meghatározásokkal. Budapest: Animula K.; pp. 78–89.
- Breuer J, Freud S, Strachey J, et al. Studies on hysteria. London: Hogarth press; 1955.
- Freud A, Horgász Cs. Az én és az elhárító mechanizmusok. Budapest: Animula K.; 2008.
- Csabai M. A szomatizáció orvos-beteg kapcsolati összefüggései. Háziorvos Továbbképző Szemle 2006; XI(6): 578–583.
- Kulcsár Zs, Rózsa S, Kökönyei Gy. (szerk.). Megmagyarázhatatlan testi tünetek. Budapest: ELTE Eötvös K.; 2004.
- Pilling J, Cserháti Z. Kommunikáció szomatizáló betegekkel. In: Rezidensképzés. Egészségügyi dokumentáció, minőségbiztosítás, jogi, etikai ismeretek, kommunikáció. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2005. pp. 197–206.
- Kulcsár Zs. Pszichoszomatika. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó; 1994. pp. 199–210.
- Alexander F. Psychosomatic medicine. New York: W. W. Norton & Company; 1950.
- Lefer J. Fusion and Rheumatoid Arthritis. Contemporary Psychoanalysis 1972; 9(1): pp. 63–78.
- MacKinnon R, Michels R, Buckley P, et al. Pszichiátriai interjú a klinikai gyakorlatban. Budapest: Oriold és Társai K.; 2017. pp. 155–200.