

Pszichoszomatika, magatartásorvoslás

Túry Ferenc

**Semmelweis Egyetem
Magatartástudományi Intézet**

Mi a pszichoszomatikus orvoslás?

A fogalom kettős: pszichoszomatikus
betegségek – pszichoszomatikus
orvostudomány

Korábban dualisztikus felfogás (test – lélek)

Pszichoszomatikus egység

A név (pszichoszomatika) egyébként nem elég szerencsés, mert önmagában dualisztikus képzetet kelt.

Biomedikális modell: betegségközpontú,
exkluzionista (*Engel, 1977*)

Redukcionizmus veszélye.

A modell hátrányai: nem alkalmas a krónikus betegségek értelmezésére, amelyek kialakulására, lefolyására külső és belső feltételek: életfeltételek, életesemények, életmód, élmények, lelkiállapotok egyaránt hatást gyakorolnak.

A pszichoszomatikus orvoslás rendszerelméleti alapjai

Kimball:

A molekuláris biológia forradalma ellenére az orvostudomány nagy része legyökerezett a 19. századi fizika elveinél, amit a 20. század fizikusai már túlhaladtak. Ezek az elvek az anyagot irányító merev és változtathatatlan törvények létén alapulnak. Olyan oksági elméletre hivatkoznak, amely egyes okokat egyes okozatokhoz köt, lineáris és kétdimenziós, s nem ciklikus és háromdimenziós.

Egy immunológus véleménye (*Gell, 1981*):

„Sohasem leszünk képesek a jelenségek ...
értelmezésének még a közelébe sem
férközni, ha az egyszerű ok-okozati
elemzéshez ragaszkodunk”.

Lineáris okság – cirkuláris okság

Testnyelv: a konverziók analitikus
értelmezése.

A tünetnek szimbolikus jelentése van.

Az egyének helyett a figyelem az őket körülvevő rendszerekre irányul, és azokra a helyzetekre, amelyben részt vesznek.

Ez hamar fontossá vált, kezdetben a legfontosabb kapcsolatok egyikét, az anya-gyermek kapcsolatot elemezték.

Később: „patogén család”. Ez még nem rendszerszemlélet!

Hibáztatás, bűnbakképzés: lineáris okság.

Minuchin (1975) ismérvei a pszichoszomatikus családok szerkezetéről:

- Összemosottság (a generációs határok nem tiszták)
- Túlvédés
- Rigiditás
- Konfliktuskerülés
- A gyerek bevonása a szülői konfliktusba

A biológiai elváltozásokat is figyelembe kell venni, de a biológiai leletek nem magyarázzák önmagukban a tünetek krónikus voltát (pl. az enuresis elhúzódását).

A pszichoszomatika története

Népi orvoslás, sámánizmus: holisztikus megközelítés

Platón:

- „Mert az a legnagyobb hiba a betegségek kezelésénél, hogy vannak orvosok csak a test, és vannak orvosok csak a lélek számára, noha ezeket senki sem tudja szétválasztani.

Pszichoszomatikus jelző: *Heinroth, 1818.*

Szomatopszichikus jelző: *Jacobi, 1822.*

Semmelweis felfedezése.

Pszichoanalízis: konverzió, szimbolikus, dramatikus kifejeződés (*Freud*).

Szorongás – elhárítás. Ha nem működik jól a védekezés, szomatikus konverzió következik be.

Pszichoszomatikus – neurotikus tünetképződés időszaka: preverbális és verbális fejlődési szakasz.

Ferenczi Sándor: a terapeuta magatartása lényeges tényező a gyógyulás szempontjából.

Adler: kisebbségérzés, kompenzáció, vulnerabilitás.

*Deutsch, 1922: a pszichoszomatikus orvostudomány a
medicinában alkalmazott pszichoanalízis.*

Pszichofiziológia: Pavlov.

Cannon: vészhelyzet – „fight or flight”.

Selye: stressz-elmélet. Általános adaptációs szindróma.

Franz Alexander: vegetatív neurózis fogalma.

Betegségre hajlamosító személyiség szerkezet.

*Bálint Mihály: házi orvosok, Bálint-csoport, orvos-
gyógyszer*

Biopszichoszociális szemlélet kialakulása

Schäfer, 1966: szociopszichoszomatika

Sifneos, 1973: alexithymia fogalma.

Locke, 1981: pszichoneuroimmunológia

Pszichoszomatikus betegségek felosztása

1. Konverziós tünetek: a konfliktus szomatikus válaszbán fejeződik ki, a tünet szimbolikus értelmű.
2. Funkcionális szindrómák: szervi eltérés nincs, funkciók zavara, változatos tünetek.
3. Pszichoszomatózisok: körülírt szervi eltérések vannak. Hét szent betegség: asthma bronchiale, colitis ulcerosa, hypertonia essentialis, neurodermatitis, rheumatoid arthritis, ulcus duodeni, anorexia nervosa.

A pszichoszomatikus kutatás fő területei

Korábban a pszichodinamikai megközelítések

Ma a következő területeken folyik elsősorban kutatás
(*Peterson és Bossio, 1991*):

- a tanulás kapcsolata testi folyamatokkal:
önszabályozás, biofeedback
- kognitív folyamatok, a jelentés, hiedelemrendszerek
szerepe
- két újabb tudományág: pszichoendokrinológia,
pszichoneuroimmunológia

Terápiás megfontolások

Integratív terápiás megközelítés: betegcentrikus, ne iskolacentrikus legyen a terápia.

Orvos-gyógyszer. Burn-out jelensége. Helper-jelenség.

Placebohatás

Compliance meghatározó szerepe a terápiában.

Bálint-csoportok

A terápia sikere is adat lehet a pszichoszomatikus patomechanizmus mellett: az empíria lényeges.

Magatartásorvoslás

A tudományos kutatás, oktatás és klinikai gyakorlat azon széles, interdiszciplináris területe, amely az egészséggel és betegséggel kapcsolatban a pszichológiai szabályozás szerepét vizsgálja. Magatartási rizikótényezők feltárása, ezek korrigálása a tárgya.

Az orvoslás felől közelít a pszichológiához: a már kialakult zavarok kezelésével foglalkozik.







A hiányos compliance néhány oka:

- a betegek sokszor nem fogadják el azt, hogy pszichoterápiával lehetne segíteni állapotukon
- a pszichoterápiák társadalmi elfogadottságának hiánya
- a pszichoszomatikus betegek tudattalan hárítása, önismereti deficitje

Alexithymia fogalma

Az IBS-ben szenvedők személyisége

Depressziós, kényszeres és szorongásos vonások

IBS-betegek tüneteinek súlyossága a „perfekcionizmus” és a „hatékonyság hiánya” elnevezésű személyiségtényezőkkel korrelált (*Tang és mtsai, 1998*).

Depressziós zavar a hasmenéses és alternáló típus 70%-ában, a székrekedéses típus 60%-ában volt észlelhető.

Az alkalmazkodási zavar a gázos altípusra, a túlalkalmazkodás a székrekedéses altípusra volt jellemző.

Fowlie és mtsai (1992): ötéves követéses vizsgálat

A szorongás tesztpontszáma – a depresszió-pontszámokkal ellentétben - magasabb volt azoknál, akik nem javultak 5 év alatt.

Ebből arra következtetnek, hogy a szorongás fontosabb lehet az IBS tünetkomplexének fenntartásában, mint a depresszió.

A depresszió a stresszhelyzetek észlelésében és az adverz életeseményekre adott betegviselkedés fluktuációiban játszik nagyobb szerepet.



"Yea, though I walk through the valley of the shadow of death, I will fear no evil" Psalm 23

Komorbid pszichiátriai zavarok IBS-ben

IBS-betegek között megnövekedett a pszichiátriai zavarok prevalenciája, és pszichiátriai betegek között az IBS-é is.

Gupta és mtsai (1997): az IBS miatt orvosi kezelést keresők 70-90%-ának van pszichiátriai komorbiditása, általában major depresszió.

Sullivan és mtsai (1995): IBS-ben és major depresszióban is magasabb volt a pszichiátriai családi morbiditás, mégpedig a *szorongás és depresszió* aránya.

Masand és mtsai (1995): az orvoshoz fordulók 90%-ának pszichiátriai komorbiditása is van, leggyakrabban major depresszió.

A major depressziós betegek 27%-a teljesítette az IBS-kritériumokat, a kontrollcsoportban 2,5% volt az arány.

Gupta és mtsai (1997) 47 szkizofrén beteget hasonlítottak össze kor szerint illesztett 40 kontrollszeméllyel, akik más betegségek miatt keresték fel a háziorvost.

A szkizofrén csoport 19%-a megfelelt az IBS kritériumoknak, míg a másik csoportban 2,5% volt ez az arány.

Kaplan és mtsai (1996): 41, pánikzavar miatt orvoshoz forduló beteget hasonlítottak össze 40 fős kontroll betegcsoporttal.

A pánikbetegek 46%-a, a másik csoport 2-3%-a teljesítette az IBS-kritériumokat.

Irwin és mtsai (1996) 50 egymás után felvett IBS-beteget értékelték IBS, valamint PTSD és más pszichiátriai zavarok szempontjából.

A betegek 54%-a korábban már teljesítette valamilyen pszichiátriai zavar kritériumait, 44%-uk traumás előzménnyel rendelkezett, 36% pedig megfelelt a PTSD diagnózisának.

Goldberg és Davidson (1997):

A komorbid pszichiátriai betegségek gyakoriak IBS-ben, de e betegek csupán kis része keres orvosi segítséget.

Sok beteg megelégszik a tüneti kezeléssel. A betegek kis része nem javul e kezelésekre, és főleg ők kerülnek a pszichiáter látókörébe.

Az életminőség IBS-ben

Az IBS kimenetelére vonatkozó külső értékelő tényezők: orvosi vizitek száma, rokkantság foka, költségek, stb.

IBS-betegek életminősége rosszabb, mint a normális kontrollcsoporté (*Drossman, 1994*).

IBS-ben gyakoribb az *abnormis betegségviselkedés*.

Vannak olyan kondicionáló hatások is a korai életszakaszban, amelyek befolyásolják a későbbi betegségviselkedést: a betegség szülők által történő megerősítése, veszteségek, szexuális és fizikai abusus.

Az IBS-betegek gyermekkorukban betegesebbek voltak, betegségük alatt fokozottabb szülői figyelemben részesültek, többet hiányoztak az iskolából és gyakrabban jártak orvoshoz mint a normális kontrollszemélyek (*Drossman, 1996*).

Stress és IBS

Whitehead (1994): az IBS-betegek szubjektíve nem élnek át több stresszhelyzetet, de a stresszre túlreagálnak.

Szexuális abúzus IBS-ben

Az elszenvedett abúzus diagnózistól függetlenül ronthatja az egészségi állapotot és az egyén stresszlelküzdő képességét.

A szexuális abúzus a különböző vizsgálatokban a pszichiátriai betegek egyharmadában (!) deríthető ki.

Ez általános sérülékenységet jelent pszichiátriai zavarokkal szemben, nem specifikus.

Az általános népességben is 9%-os gyakorisággal fordul elő a nők között (*Connors és Morse, 1993; Palmer, 1995*).

Walker és mtsai (1993) 28 IBS-betegnek és 19 IBD-betegnek adtak pszichiátriai betegségekre és szexuális traumára vonatkozó strukturált kérdőíveket.

IBS-ben 32%, IBD-ben 0% volt a súlyos szexuális viktimizáció élettartam-prevalenciája. Ezen belül a gyermekkori szexuális abúzus prevalenciája 11–20%-os volt.

Azok a betegek, akiket súlyos viktimizáció ért, szignifikánsan magasabb esélyhányadossal rendelkeztek depresszióra, pánikzavarra, fóbiára, szomatizációs zavarra, alkoholizmusra, dyspareuniára, libidócsökkenésre vonatkozóan, mint a többiek.

Pszichoterápia az IBS kezelésében

Pszichodinamikus terápiák

Guthrie (1991): randomizált, kontrollált vizsgálat során rövid dinamikus pszichoterápia hatását elemezték 102 betegben, s a betegek kétharmada javult.

Kognitív- viselkedésterápiák

Gomborone és mtsai (1993) a depresszió kognitív modelljét tekintik át IBS-ben. Szerintük a negatív kognitív sémáknak, az információfeldolgozás torzításának központi szerepük van az érzelmi zavarban, és ez IBS-ben is így van.

Vollmer és Blanchard (1998) 32 betegnél egyénileg és csoportban végzett kognitív terápiát hasonlított össze, a kontrollcsoport tünetmonitorozó várólistás csoport volt.

Klinikailag szignifikáns javulás volt (ez legalább 50%-os tünetcsökkenést jelent) a csoportterápiában részesültek 66%-ában és az egyénileg kezelték 55%-ában.

A kontrollcsoportban csupán 10% volt a javulás.

Van Dulmen és mtsai (1996): csoportos formában végzett viselkedés- és kognitív terápia hatékonyságát értékelték várólistás kontrollcsoporttal összehasonlítva.

Szignifikáns különbség volt a kezelték javára a hasi panaszokat tekintve.

A kezelt betegek sikeres stresszleküzdő stratégiáinak száma jobban nőtt, s a nehéz helyzeteket elkerülő viselkedések száma szignifikánsan jobban csökkent közöttük.

A pozitív változások fennmaradtak a kétéves követés után.

Payne és Blanchard (1995) 34 IBS-beteget random módon 3 csoportba osztottak: egyéni kognitív terápia, önsegítő csoport, várólista tünetmonitorozással.

A kognitív terápiás csoportban nagyobb javulás volt észlelhető. A depresszió és a szorongás is javult ebben a csoportban.

Greene és Blanchard (1994): egyéni kognitív terápia

Szignifikánsan nagyobb tünetredukció volt a kognitív terápiás csoportban. A terápia végén a kognitív terápiás csoport betegeinek 80%-a klinikailag jelentősen javult, a másik csoportban csak 10%. 3 hónapos követés után az eredmények megmaradtak.

Blanchard és mtsai (1992) vizsgálatában 90 IBS-betegnél a kognitív viselkedésterápiákra bekövetkező javulás valószínűsége alacsonyabb volt azokban, akiknek aktuálisan fennálló pszichiátriai betegségük volt.

Hipnoterápia

Több közlemény foglalkozik a hipnózis és biofeedback előnyös hatásával, ezek enyhítheti a tüneteket, és motivált betegek esetén szóbajönnek.

Relaxációs terápia

Blanchard és mtsai (1993): 8 IBS-beteg tízülékes, nyolchetes progresszív relaxációs tréningben részesült. Rendszeres otthoni gyakorlatokat kellett végezniük a betegeknek.

A kontrollcsoportban tünetmonitorozást végző 8 beteg volt.

A tünetekben szignifikánsan nagyobb javulás volt a relaxációs csoportban: a betegek fele javult a kezelés végére.

Multimodális terápiás programok.

Ebben szomatikus (farmakoterápiás), pszichoterápiás és rehabilitációs kezelések egyaránt helyet kapnak.

Összefoglalva:

Talley és mtsai (1996) áttekintették a kontrollált pszichoterápiás vizsgálatokat.

8 vizsgálat (57%) arról számolt be, hogy a pszichoterápia hatékonyabb volt, mint a kontrollcsoportnál alkalmazott kezelés.

Konklúziók

A pszichológiai tényezők és az IBS közötti kapcsolatot a következő megfigyelések támogatják (*Drossman, 1996*):

1. A tüneteket nem magyarázza elégségesen a motilitászavar.
2. Komorbid pszichiátriai zavarok gyakoriak funkcionális gastroenterológiai zavarokban. IBS-betegek között 40-60%-ban fordulnak elő, s ez az arány más szomatikus zavarokban csak 20% körüli.

3. Pszichológiai tényezők befolyásolják a betegviselkedést. A fokozott betegviselkedés jellemző legalábbis azokra az IBS-betegekre, akik gyakran fordulnak orvoshoz. Ők gyakrabban panaszkodnak fájdalomról, több gyógyszert használnak, gyakrabban keresnek alternatív gyógymódokat, gyakrabban igényelnek szükségtelen sebészi beavatkozást.
4. Pszichológiai tényezők befolyásolják a visceralis érzékelést. Ebben a szerotonin szerepe felmerül, azért a visceralis fájdalom kontrollálásában a szerotonerg antidepresszívumok hatékonyak lehetnek.

5. Pszichológiai tényezők önállóan is vezethetnek testi tünetekhez. Fájdalomérzet kiváltható például hipnózissal is. A normális afferens információk pszichés feldolgozása abnormis lehet.
6. Pszichológiai tényezők csökkenthetik az adverz életesemények káros hatását: társas támogatás, coping stratégiák. A funkcionális GI zavarokban szenvedő betegek kevésbé hatékony társas támogatással és coping stratégiával rendelkeztek, mint a kontrollcsoportok.

Az IBS terápiajának tervezése

- a jellemző panaszokkal rendelkezőknek csak 25-35%-a fordul orvoshoz, s ebben az alacsony arányban pszichoszociális tényezők fontos szerepet játszanak
- az összes beteg 25%-a az alapellátásban marad, 5%-uk a szakellátásba kerül
- A kezelésben lépcsőzetes és többkomponensű stratégiát javasolnak

Minden kezelés alapja a stabil, megbízható orvos-beteg kapcsolat. Ennek jellemzőiként a következőket ajánlják (*Drossman, 1994*):

- A kórelőzményt nondirektív módon, a betegre összpontosítva kell felvenni.
- Gondos és költséghatékony vizsgálatot kell végezni.
- Tisztázni kell, hogy a beteg mennyire értette meg betegségét és tisztázni kell aggályait is.
- Alapos magyarázatot kell nyújtani a betegség természetét illetően.

- A valóságnak megfelelően kell kezelni a beteg javulásra vonatkozó elvárásait.
- Következetesnek kell lenni a kezelés során.
- Be kell vonni a beteget a kezelésbe.
- Hosszútávú kapcsolatot kell kialakítani a beteg háziorvosával.

Mivel e zavarok krónikusak, gyakran fontos az orvoshoz fordulás közvetlen okait is tisztázni. A látogatás lehetséges okai például (*Drossman, 1994*):

- új tényezők, amelyek a tünetek fellángolását okozhatják (diétaváltozás, új gyógyszerek mellékhatásai, stb.);
- súlyos betegségre vonatkozó személyes aggodalmak (például családi gyász után);
- környezeti stresszorok;
- pszichiátriai komorbiditás;
- a napi funkcionálás rosszabbodása;
- rejtett okok: függőben lévő leszázalékolás, másodlagos betegségelőny, pharmacophilia, hashajtó-abusus, stb.

Enyhe tünetek kezelése: edukáció, megerősítés, diéta, gyógyszeres kezelés

Funkcionális GI zavarokban szenvedők között magas a placebo-responderek aránya (30-80% a kezelés formájától függetlenül).

Mérsékelt tünetek: tünetmonitorozás, specifikus tünetekre célzott gyógyszeres kezelést, relaxációt, hipnózist, biofeedbacket, valamint viselkedés- és kognitív terápiát, dinamikus pszichoterápiát, család- vagy csoportterápiát javasolnak.

Súlyos tünetek kezelésére a pszichoterápia már nem jön szóba, folyamatos rövid ellenőrzések jelentik a kapcsolattartást, antidepresszívumok alkalmazása, fájdalomcentrumokhoz történő beutalás jelenthet segítséget (*Drossman, 1994; Újszászy és Túry, 1998*).

A lépcsőzetes kezelési stratégiában szóba jövő fokozatok:

- Edukáció.
- Diétás tanácsok.
- Tünetmonitorozás (tünetnapló vezetése).
- Farmakoterápia (pl. tüneti szerek, antidepresszívumok).
- Speciális pszichoterápiás eljárások: viselkedés- és kognitív terápia, dinamikus pszichoterápia, család- vagy csoportterápia.
- Súlyos esetekben folyamatos kapcsolattartás, antidepresszívumok alkalmazása, fájdalomcentrumok igénybevétele jelenthet segítséget.

A pszichoterápiák hatékonyságának elemzése: a specifikus pszichoterápiás hatótényezők, vagy a nonspecifikus tényezők (empátia, elfogadás, megerősítés, hiteles viselkedés, stb.) okozzák-e a hatást?

A kutatás azt igazolta, hogy a pszichoterápia haszna akkor a legnagyobb, ha specifikus technikát alkalmaznak körülírt pszichiátriai zavarokban.

A kontrollált vizsgálatok többsége a pszichoterápiák és a konvencionális orvosi kezelés kombinációjának nagyobb hatékonyságát mutatta a csak orvosi kezeléssel szemben. Nem volt jelentős különbség a pszichoterápiás módszerek között, ami a nonspecifikus tényezők szerepére utal (*Fava, 1996*).

A betegek nagy része (akár 83%-uk is) reagál a hagyományos orvosi kezelésre (*Fava, 1996*). A jól tervezett pszichoterápiás hatásvizsgálatok során csak a tartós panaszokkal rendelkező, hagyományos kezelésre nem reagáló betegek tüneteinek változását elemzik.

Annak a kérdésnek az eldöntésében, hogy milyen betegek részesüljenek pszichoterápiában, különböző osztályozási kísérletek segíthetnek.

Fava és mtsai (1995) öt olyan szindróma diagnosztikus kritériumait dolgozták ki, amelyekben a testi és lelki zavarok egymással összefüggésben jelennek meg. Ezek a következők:

1. pszichiátriai zavarok következményeként fellépő funkcionális testi tünetek;
2. demoralizáció, csüggedés (az az érzelmi állapot, hogy a beteg nem tud megbirkózni nyomasztó problémáival);
3. tartós szomatizáció;
4. egészségsszorongás;
5. konverziós tünetek.

E kritériumok segíthetnek azoknak a betegeknek az elkülönítésében, akik várhatóan pszichoterápiára reagálnak.

Ha pszichiátriai zavar (például depresszió) következménye a béltünet, az alapvető zavar kezelése az elsődleges.

A demoralizációnak nevezett állapotban a pszichoterápiákra jobban reagálnak a betegek, mint a gyógyszeres kezelésre.

A szomatizáló betegek számára a magyarázat, megerősítés, a kezelőorvos támogatása nagyobb előnyt kínál, mint komplex és időigényes pszichoterápiás technikák alkalmazása. Hasonló megfontolások érvényesek az egészségssorongásra és a konverziókra is.

Mindezek alapján a szelektált, megfelelően szűrt betegek valószínűleg jobban reagálnak pszichoterápiára, mint a nem szelektáltak.

A pszichoszomatikus diagnosztika fejlődése a célzottabb pszichoterápia alapját vetheti meg. A kontrollált terápiás hatásvizsgálatoknak is ilyen szelektált csoportokra kellene irányulniuk.

A pszichoszomatikában van a legnagyobb szükség a belgyógyász – pszichiáter együttműködésre. E kapcsolatnak a kompetenciahatárok kölcsönös tiszteletben tartása és a kooperatív attitűd lehet a legfőbb vezérelve. A pszichiáter segítsége általában a krónikus, terápiareszisztens, kifejezett panaszokkal rendelkező betegek esetében lehet döntő.

