

II/.5.2. fejezet: A szomatizáció terápiája

A szomatizáció terápiájának alapelvei



Az esetleges **komorbid betegségek kezelése** – szomatizáció esetén ennek alapját sokszor képezhetik valódi testi betegségek, de ezek nem indokolják a panaszok intenzitását és a szubjektív szenvedés fokát (pl. egy megfelelően kezelt hypertónia a fejfájás súlyosságát, vagy jelentéktelen csigolyameszesedés a súlyos alsó deréktáji fájdalmakat). Gyakori komorbid betegségek a depresszió és egyes szorongásos zavarok is (pl. pánikbetegség). A szomatizáló betegeknél mindig keresni kell ezek tüneteit, és fennállásuk esetén az ezekre vonatkozó irányelveknek megfelelően kell kezelni őket.

Pszichoedukáció, **nem specifikus pszichoterápiás hatású beavatkozások**

Kognitív viselkedésterápia

Kiegészítő kezelések. Fájdalommal járó szomatizációs zavarokban a gyógyszerabúzus elkerülése miatt szigorú kontrollal időhatárossan alkalmazott gyógyszeres fájdalomcsillapítás, illetve diétás és életmód tanácsadás.

III/.5.2.1.: *Pszichoedukáció, nem specifikus, pszichoterápiás hatású beavatkozások*



1. A kivizsgálások kezdetétől a testi panaszok pszichés hátterét elfogadhatóvá tevő kommunikáció
2. Megnyugtató és a kivizsgálások eredményeinek elmagyarázása
3. Egyéb nem specifikus és kiegészítő módszerek

II/.5.2.1.1.: **A kivizsgálások kezdetétől a testi panaszok pszichés hátterét elfogadhatóvá tevő kommunikáció**

A kivizsgálás kezdetétől hangsúlyozzuk a betegeknek, hogy a panaszai nem feltétlenül testi betegségekkel függenek össze, és lehetséges, hogy nem találunk majd semmit a kivizsgálás során, mert a panaszok éppúgy összefügghetnek pszichés okokkal is, mint betegségekkel.

Hangsúlyozzuk, hogy a **testi elváltozás nélküli testi panaszok hétköznapiak**, és nem csak a lelkiileg problémás emberekre jellemzőek. Hangsúlyozzuk azt is, hogy a test és a lélek elválaszthatatlan, és hogy a pszichológiai tényezők figyelembe vétele természetes része az orvosi gyakorlatnak.

A kivizsgálás egyes lépéseinél magyarázzuk el, milyen célból végezzük a vizsgálatot, és ha lehet, mindig becsüljük meg, **mekkora a körülbelüli valószínűsége annak, hogy valami kórosat találunk.**

II/.5.2.1.2.: **Megnyugtató és a kivizsgálások eredményeinek**



Hogyan kommunikáljunk a kivizsgálás során azokkal a betegekkel, akiknél szomatizáció

gyanúja merül fel?



elmagyarázása

A kivizsgálás után (amennyiben a szomatizáció diagnózisa megerősítést nyert) hangsúlyozzuk, hogy az, hogy a panaszok háttérben nem találtunk organikus elváltozást, **mindennapos, jól ismert** dolog. A **beszélgetés ezen szakaszára találunk példát ezen a videón.**

Kerüljük a „nincs semmi komoly baja” megnyugtató-formulát, hiszen a beteg számára a panaszok nagyon is valóságosak és szenvedést okoznak.

Nagyon fontos, hogy **hétköznapi példákkal elmagyarázzuk, hogyan függhetnek össze testi történések lelki dolgokkal** és a stresszel (pl. közbeszéd szófordulatai: „összeszorult a gyomra az izgalomtól”, „majd be...t ijedtében”, „ne szólj szám, nem fáj fejem”, „nagyon fáj nekem, hogy ezt mondtad”). Kérdezzünk rá ezzel kapcsolatos saját tapasztalatokra (szokott-e vizsga előtt hasmenése lenni, tudja-e mik az idegesség testi jelei) és a stresszel! **Az ezzel kapcsolatos beszélgetésre példa a következő videó.**

A stresszel való kapcsolat körüljárása különösen fontos, mert a stressz kezelése fontos lépés a panaszok leküzdésére.

II/.5.2.1.3.: Egyéb nem specifikus és kiegészítő módszerek

A betegek nagy részének panaszai nem múlnak el pusztán a megnyugtatótól, és első körben számos aspecifikus technika bevetése sikeres lehet, melyeket az alábbiakban sorolunk fel.

A) A beteg félelmeinek átbeszélése. Az egyszerű megnyugtató sokszor kevés, mert számos félelem félreértésekből, vagy tévhittekből táplálkozik (pl. „az MR vizsgálatot rákgyanúban kell elvégezni”). Sokszor a beteg megfelelő informálásával sem oldható a szorongás, ilyenkor kognitív terápiai technikák alkalmazására is szükség lehet

B) A beteg támogatása abban, hogy fokozatosan **térjen vissza megszokott hétköznapi aktivitásaihoz**. Célja a betegviselkedés fokozatos leépítése

C) Támogatás a beteg **hétköznapi nehézségeinek megoldásában**, akár családtag bevonásával. Célja a mindennapi feszültséget kialakító helyzetek megoldásának elősegítése

D) Stresszkezelő készségek tanítása. Szomatizációs zavarokban szenvedő betegekre általában jellemző, hogy szegényes stresszkezelési készségekkel rendelkeznek, így ezek fejlesztése hosszú távon segíti a betegeket a hétköznapi feszültséget okozó helyzetek megoldásában

E) Relaxációs módszerek megtanulása. Amellett hogy a relaxáció kiváló hétköznapi stresszkezelő módszer, segít a vegetatív idegrendszerhez kapcsolódó panaszok kontrolljában is. Azonban pusztán a relaxáció megtanítása a legtöbb esetben nem elég a szomatizáció kezeléséhez

F) Sok esetben szükség van gyógytornász és/vagy dietetikus bevonására és segítségükkel egyéni mozgás és táplálkozási program kialakítására. Célja részben az, hogy közvetlenül csökkentse a panaszokat (mozgásszervi panaszok esetén a gyógytorna, irritábilis bél szindróma esetén a diéta), részben pedig a gondolkodás betegségközpontúból egészségközpontúba fordítása, a tüneteket folyamatosan kereső és kontrollálni próbáló aktivitások egészségfejlesztő aktivitásokkal való lecserélése.

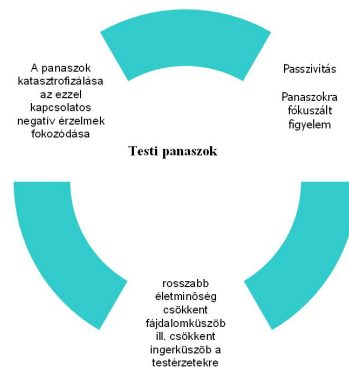
G) Kiegészítő kezelésként, különösen krónikus fájdalommal járó, vagy

depresszióval szövődő esetekben nagy segítséget jelenthet az andtidepresszívumok alkalmazása is, mint **gyógyszeres kezelés**. Ugyanakkor fontos megemlítenünk, hogy ugyan az antidepresszívumok hatékonyan javítják a hangulatot, és a fájdalom-tüneteket, de a szomatizációhoz társuló gondolkodásmódot és komplex betegviselkedést önmagukban nem változtatják meg.

III/5.2.2.: *Specifikus pszichoterápiás beavatkozások*

III/5.2.2.1.: *A szomatizáció kognitív viselkedésterápiás modellje*

A szomatizáció kognitív viselkedésterápiás modelljét az 1. ábrán foglaltuk össze.



1. ábra: A szomatizáció kognitív modellje

A szomatizációs zavarok közös meghatározó tényezői az alábbiak:

1. A tünetekkel kapcsolatban szorongásos gondolatok jelennek meg, a tünetek veszélyessége vagy megalázó volta túlértékelődik (**katasztrófizálás**)

2. Emiatt a **beteg egyre többet foglalkozik a tüneteivel, folyamatosan figyeli saját magát, az élet egyéb területeit** (szórakozás, szabadidős tevékenységek, egyes munkaterületek) **elhanyagolja**, vagy alárendeli a betegségnek. Emiatt a beteg egyre inkább izolálódik, és társas sikeressége csökken.

3. A fokozott odafigyelés és a szorongások miatt a **fájdalomküszöb és a testérzetekkel kapcsolatos ingerküszöb csökken**

4. Az **ingerküszöb-csökkenés miatt a fájdalom és az egyéb tünetek szubjektíven felerősödnek**, és ez tovább fokozza a szorongásokat és a katasztrófizáló gondolkodást. Ezzel tovább erősödik a katasztrófizálás – önmegfigyelés – további ingerküszöb-csökkenés és tünete erősödés önröntő köre

5. Megnyugtató-kereső viselkedés. A betegek szoronganak attól, hogy panaszuk valamilyen komoly betegség jelei, és részben azért járnak orvoshoz, hogy megnyugtassák őket. Mivel azonban a panaszok a vizsgálatoktól függetlenül fennállnak (az első 4 pontban részletezett modell miatt), a megnyugtatók értéke folyamatosan csökken, és végül az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos bizalmatlanság fejlődhet ki („nem tudják megállapítani, mi bajom van...”)

A szomatizációs zavarok többségükben konkrét testi elváltozással járó



Ismertesse a szomatizáció kognitív modelljét!

betegséggel kezdődnek (pl. az irritábilis bél szindróma egy akut enterális fertőzéssel, a fájdalom-zavarok valamilyen konkrét nociceptív fájdalommal járó állapottal), az idő előrehaladtával azonban az eredeti probléma általában meggyógyul, a tünetek azonban továbbra is fennállnak. Ennek oka az, hogy a tünetekhez előbb-utóbb szorongásos gondolatok asszociálódnak, és beindul a fentiekben részletezett önröntő kör.

A pszichoterápia céljai:

a tünetekkel való foglalkozás felszámolása

a tünetekkel kapcsolatos szorongások csökkentése a katasztrófizáló gondolkodás csökkentésével

a betegségközpontú gondolkodás egészségközpontúvá fordítása: a tünetek keresése helyett pozitív egészségmagatartás (pl. egészséges életmód) megvalósítása

II./5.2.2.2.: A terápia felépítése

Az első és legfontosabb feladat a testi panaszok pszichés hátterét elfogadhatóvá tévő kommunikáció a beteggel való kapcsolatfelvételtől kezdve (lásd előző bekezdése) és mindazok az aspecifikus beavatkozások, amelyeket a II./5.2.1.3. alfejezetben részleteztünk. A további specifikus lépéseket az alábbiakban olvashatjuk, azonban fontos hogy a 2-es pontot (a gondolkodással való foglalkozást) sokszor a terápia legelején el kell kezdeni, mert mivel a betegek kezdetben nem nagyon hiszik el, hogy panaszuk nem testi eredetűek, vonakodnak a pszichológiai módszerektől.

1. videó

1. Tünet- és viselkedésmonitorozás kialakítása

2. A katasztrófizáló gondolkodás újrastrukturálása

3. A tünetekkel való foglalkozás és a megnyugtató-keresés napi idejének fokozatos csökkentése, helyette aktív egészségmagatartás és hétköznapi életvitel kiépítése

4. Stresszkezelő technikák megtanítása

II./5.2.2.2.1. Tünet- és viselkedésmonitorozás kialakítása

Célja a tünetek szubjektív élményének objektív adatokba fordítása, a terápiás haladás monitorozása, valamint az alábbiak objektív bizonyítása:

a tünetekre fordított idő és a tünetek erőssége összefügg

az aktívabban, más tevékenységekkel eltöltött napokon a tünetek kevésbé intenzívek

a stresszhelyzetekkel kapcsolatban a tünetek felerősödnek

A 1. melléklet egy naplívázlatot tartalmaz, sokkal hasznosabb azonban, ha személyre és a terápiára szabott alakítunk ki betegünknek tünetnaplót.

1 melléklet: [Naplívázlat a tünetmonitorozás elősegítésére](#)

II./5.2.2.2.2. A katasztrófizáló gondolkodás újrastrukturálása

A betegek sokszor kezdetben nehezen fogadják el, hogy panaszukat pszichológiai módszerekkel kezeljék, és sokszor azt feltételezik, hogy az





orvosok nem veszik komolyan őket. **A terápiás kapcsolat kiépítésének első lépéseként kifejezzük, hogy elfogadjuk és megértjük a beteg panaszait.** Ezt következő módon érhetjük el:

Figyelmesen meghallgatjuk a beteget, **igyekszünk nem félbeszakítani.** Ezzel azt fejezzük ki, hogy komolyan vesszük a panaszait

Hangsúlyozzuk azt, hogy ezek **tünetek** nagyon is **valóságosak** (nem a beteg „beszéli be magának” őket) és **gyakoriak**, valamint hangsúlyozzuk azt is, hogy tisztában vagyunk azzal, hogy az ilyen típusú panaszok mekkora szenvedést okoznak

Gondosan átolvassuk a korábbi vizsgálatok eredményeit, még akkor is, ha úgy érezzük, azok nem befolyásolják véleményünket

Kikérdezzük a **beteg saját elképzeléseit** a betegségről. A 2. mellékletben foglaltuk össze azokat a területeket, melyek megismerése leginkább hozzásegíthet minket a beteg saját elképzeléseinek megismeréséhez

2. melléklet: *A szomatizációban átélt disztresszt meghatározó kognitív tényezők Leventhal és munkatársai nyomán*

Második lépésként megpróbáljuk **legalábbis részben elfogadtatni a beteggel, hogy panaszaival kapcsolatos elképzelései nem biztos, hogy megfelelnek a valóságnak, és háttérükben pszichológiai tényezők is állhatnak.** Itt három területet próbálunk meg feltárni a kérdés során:



A panaszok időtartalma hogyan viszonyult a beteg által félt betegséghez?

Mi történik másként azokban az időszakokban, amikor rosszabbak, ill. amikor elviselhetőbbek a tünetek?

Hogyan hat a hétköznapi stressz, idegeskedés a tünetekre?

Segítséget jelenthet ebben is a szókratészi kérdés módszer (3. melléklet).

3. melléklet. *Példa a szókratészi kérdésre szomatizációban*

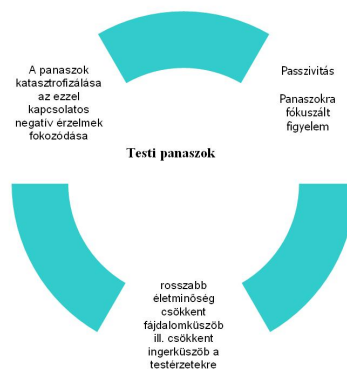


A betegek nagyobb része a fenti módszerek segítségével elfogadja, hogy legalábbis részlegesen, de pszichológiai, élethelyzeti tényezők is részt vehetnek a panaszok javulásában és rosszabbodásában, és nyitottak a további együttműködésre. A betegek kisebbik része azonban nem vonható be ezen a módon, ebben az esetben alkalmazható **a két elmélet módszere**. Ilyenkor felvetjük, hogy a panaszok magyarázatára két elmélet létezik: az egyik a betegé, mely szerint a panaszokat valamilyen testi betegség okozza, a másik a kezelőé, aki szerint a pszichológiai faktorok jobban meghatározzák a panaszokat, mint egy esetleges testi betegség. Felvetjük továbbá, hogy nem meggyőzni szeretnénk a beteget a saját igazunkról, hanem azt javasoljuk, hogy miközben megpróbáljuk a tüneteket javítani, közösen vizsgáljuk meg, melyik elméletet milyen bizonyítékok támasztanak alá, illetve milyen bizonyítékok szólna ellene, illetve milyen közös elmélet alakítható ki.

Ezt követően kérjük meg a beteget a napló vezetésére. A tünetnapló bevezetésére találhatunk példát a mellékelt videón.

[2. videó](#)

Egy heti naplórás után a napló segítségével magyarázzuk el a betegeknek az önmegfigyelés önrontó körét, és a panaszok kognitív modelljét (1. ábra).



1. ábra: A szomatizáció kognitív modellje

A modell bevezetését a napló segítségével illusztrálja a melléklet videó

3. videó

A videóból az is kiderül, hogy a modellt a betegek nem feltétlenül fogadják el pusztán a napló alapján, sokszor hipotézisként kezelik, amely további bizonyítást tesz szükségessé - például viselkedéses kísérlettel (lásd később). Azokat a betegeket, akik panaszaiuk kapcsán járatossá válnak az egészségügyi információk gyűjtésében (pl. Internet), arra is biztathatjuk, hogy igyekezzenek a továbbiakban a szomatizációnak utána olvasni.

A katasztrófizáló gondolatok újrastrukturálásának első lépése, hogy egy konkrét helyzet szókratészi kérdéssel történő átbeszélésén keresztül demonstráljuk, hogy a helyzetekkel kapcsolatos érzéseket nem maga a helyzet, hanem a helyzettel kapcsolatos gondolkodás határozza meg

4. videó

A következő lépésben összegyűjtjük a beteg panaszaira vonatkozó szorongásos gondolatait. Ezután az újrastrukturálásban számos eszközt felhasználhatunk. Használhatjuk a standard kérdések módszerét, ennek szomatizációra és egészségsszorongásra módosított változatát a 2. ábrán találhatjuk meg.

Standard kérdések az egészségügyi panaszokkal kapcsolatos aggodás megkérőjelezéséhez

1. Mi a bizonyíték arra, hogy amit gondolok a panaszaimról, igaz?

- Milyen bizonyítékom van arra, hogy amit gondolok igaz?
- Milyen bizonyítékok vannak, amik viszont ellene szólnak?

2. Hogyan lehet a panaszaimat másképp nézni?

- Hogyan magyarázhatom másképp ezt a dolgot?

3. Mi a legrosszabb, ami történhet?

- Túl fogom élni?
- Mi a legjobb, ami történhet?
- Ha realisan nézem a dolgokat, mi fog valószínűleg történni?

4. Hogyan hat rám az, hogyha hiszek abban, hogy panaszaim háttérben valamilyen súlyos betegség van? Hogyan hatna rám az, ha megváltoztatnám a gondolkodásomat?

2. ábra

Felrajzolhatjuk tortadiagram segítségével, milyen tényezők milyen arányban okozhatják az aktuális panaszokat. Egészségsszorongásban is alkalmazhatjuk az "öt oszlop" módszert, melyet a 4. melléklet mutat be.

4. melléklet: Az öt oszlop módszer

II./5.2.2.2.3. A tünetekkel való foglalkozás és a megnyugtató-keresés napi idejének fokozatos csökkentése, helyette aktív egészségmagatartás és hétköznapi életvitel kiépítése

A napló segítségével a beteggel megbecsültetjük, melyek voltak a legkevésbé hasznos betegség-kontrolláló tevékenységek számára az elmúlt héten (pl. ugyanannak a betegtájékoztatónak a többszöri elolvasása az Interneten, stb.). Ezeket elhagyatjuk a beteggel és megkérjük, helyettesítse be valamilyen más, aktív tevékenységgel, amelyet fontosnak tart, de amely nem lehet a betegséggel való foglalkozás. A betegek ezzel kapcsolatban is gyakran vonakodnak, így kezdetben viselkedéses kísérletre kérjük őket: egy napon viselkedjenek úgy, mintha egészségesek lennének, és nézzék meg, hogyan hat ez a panaszuk észlelésére. Nagyon fontos, hogy a beteggel közösen konkrét napirendi pontokban közösen beszéljük meg, hogyan is néz majd ki ez a nap

5. videó

- ha nem strukturáljuk ezt a "próba napot" előre, a kísérlet gyakran kudarcba fullad. További feladatként adhatjuk a betegnek, hogy ne a betegségekről, hanem az egészség megőrzéséről keressen irodalmat és számoljon be legközelebb arról, mit olvasott.

A tünetekkel való foglalkozás idejét találkozásról-találkozásra igyekezzünk csökkenteni, és közben igyekezzünk a beteg hétköznapi életvitelének visszaállítására. Eleinte érdemes az aktív, a beteg figyelmét igénybe vevő tevékenységeket erősíteni (pl. másokkal való együttlét), mert a passzívabb tevékenységek (olvasás, tv-nézés, Internetezés) esetén a betegséggel kapcsolatos gondolatok automatikusan visszatérhetnek.

II./5.2.2.2.4. Stresszkezelés és terv a hétköznapi nehézségek kezelésére



A konkrét, elmúlt időszakban átélt stresszhelyzetek és a panaszok viszonyának elemzése a szókratészi kérdés módszerével segítheti a beteget a panaszok pszichés hátterének elfogadtatásában is

6. videó

A hétköznapi nehézségek kezelésére a fokozatos megközelítés módszerét alkalmazhatjuk. Összeírjuk a klienssel, milyen hétköznapi problémákkal kell megküzdenie. Ezután minden egyes probléma esetén elemezzük, milyen lépésekben oldható meg az adott probléma. Ezután arra biztatjuk a beteget, hogy a problémák megoldását bontsa le rövid határidejű (1 hét – 1 hónap), jól kézben tartható lépésekre, alcélokra. Ezután megkérjük a beteget arra, gondolja végig, milyen konkrét lépésekben valósíthatók meg az alcélok. Fontos, hogy arra is rákérdezzünk, hogy a beteg milyen külső segítséget (pl. családtag, barátok bevonása) tud mozgósítani céljai eléréséhez.

A stresszkezelés általános eszközeit az inszomniáról szóló fejezetben már részleteztük, az alábbiakban újra röviden felsoroljuk őket.

Rendszeres mozgásprogram kialakítása

Problémák hozzátartozókkal való megosztása

A konstruktív szorongás módszere: A beteg rendszeres napi tevékenységként, meghatározott időpontban iktasson be egy 10-20 perces időszakot, amikor átgondolja a problémáit, és leírja, mit tehet megoldásuk érdekében másnap, egy héten, egy hónapon stb. belül. Amennyiben a nap más időszakában, de

különösen este, elalváskor észlel szorongásos gondolatokat, írja le őket egy papírra, és másnap, ebben az időszakban foglalkozzon velük.

Egyéb stresszcsökkentő módszerek (relaxáció és kognitív újrastrukturálás)



II.5.3.: Hatékonyság

A szomatizáció kérdéskörében végzett hatékonyságvizsgálatok szisztematikus áttekintése alapján a kognitív viselkedésterápia a panaszok leghatékonyabb kezelési módszere közé tartozik. Az áttekintés során Raine és munkatársai 61 randomizált kontrollált vizsgálatot tekintettek át, melyben a kognitív viselkedésterápiás módszereket nemcsak a pszichoterápiás szakrendeléseken, hanem az alapellátásba, és a szakellátásokba integrálva is hatékonynak találták.