



Az orvosilag nem magyarázott tünetek intenzív rövid pszichodinamikus terápiás modellje

Az „orvosilag megmagyarázhatatlan” (*medically unexplained symptoms, MUS*), „funkcionális” vagy „szomatizációs” tünetek olyan zavarok, amelyek jelenlétét vagy mértékét nem magyarázzák megfelelően fizikai betegségfolyamatok, strukturális vagy szöveti elváltozások. A nem kardiális eredetű mellkasi fájdalom, irritábilis bél szindróma, koncentrációs problémák, pszichogén mozgászavarok, fejfájás, hasi fájdalmak, hasmenés, hányinger, mozgásszervi panaszok vagy épp felső légúti problémák hátterében komplex biológiai, pszichés és szociális folyamatok állnak. Ráadásul számtalan esetben a páciensek nyugtalanító testi tüneteire nincs megfelelő magyarázat a lehetséges organikus betegségekre vonatkozó, gyakran kiterjedt, időigényes, jelentős költségek mellett minimális egészségügyi haszonnal járó vizsgálatokat követően sem. Emiatt az orvosilag megmagyarázhatatlan tünetek az egészségügyi szolgáltatások innovációját igénylő, prioritást élvező területet jelentenek. Jelentős előfordulási arányuk okán érdeklődésre érdemesek mindazon pszichoterápiás módszerek és magyarázó modellek, amelyek a páciensek időhatékony és effektív kezelését teszik lehetővé, valamint gyakorlatban alkalmazható eszközt adnak a gyakorló orvos kezébe a kezelési indikáció felállításában.



ISTDP

Az intenzív rövid dinamikus pszichoterápia (ISTDP) a modern rövid dinamikus pszichoterápiák családjába tartozó pszichoterápiás megközelítés. Bár a pszichoanalitikus elméletben gyökerezik, rövidebb, mint az analitikus kezelés, és aktívabb hozzáállást követel meg a terapeutától. Az ISTDP azon a felfogáson alapul, hogy a páciensek jelenlévő nehézségeit – így szomatikus panaszait is – belső, tudattalan érzelmi konfliktusai által keltett szorongásuk és a pszichés fájdalomhoz való maladaptív alkalmazkodásuk eredményezi.

A módszer hatékonysága bizonyított személyiségzavarok, depresszió, pánikbetegség, funkcionális mozgászavarok, kismencedei fájdalom, krónikus hátfájás és visszatérő fejfájás kezelésében. Egy kanadai tanulmány szerint a kezelt betegek-nél jelentősen csökkent mind az orvoslátogatások, mind a kórházi kezelések száma, ami az 1 és 3 éves követés során is fennmaradt (Abbass-Town-Driessen 2012). Az ISTDP magában foglalja a „pszichodiagnosztikai” értékelés módszerét is, amely lehetővé teszi a fizikai tünetek érzelmi aspektusainak felderítését, amit szeretnénk bemutatni írásunkban.

ÉRZELMEK, SZORONGÁS ÉS VÉDEKEZÉS

A MUS közös etiológiájára vonatkozó egyik pszichodinamikus hipotézis szerint érzelmfeldolgozási nehézségek, például az elkerülő stratégiák túlzott használata magyarázza ezeket a megjelenésükben nagyon is heterogén jelenségeket (Abbass et al. 2009). A MUS-ban szenvedő emberek nagyobb valószínűséggel hozzák összefüggésbe testi érzéseiket fizikai betegséggel, mint negatív érzelmi állapotokkal, illetve negatív hiedelmeket táplálnak az érzelmek kifejezésével kapcsolatban – azzal együtt is, hogy az érzelmek gátlása nagyobb szomatikus fájdalmat jelez előre, az érzelmek szavakba öntése viszont kifejezetten jótékony hatású (Dendy-Cooper-Sharp 2001; Hambrook et al. 2011). Ez azonban nem jelenti azt, hogy az aránytalanul sok tüneti kivizsgálásban és kezelésben részesülő páciensek tagadnák a pszichológiai problémákat, és orvosi beavatkozásokat keresnének. Vannak olyan kutatások is, melyek szerint e páciensek saját bevallásuk szerint több érzelmi támogatást igényelnének, vagyis a jelzéseket nem feltétlenül a betegek, hanem az orvosok hagyják figyelmen kívül és kérnek további testi vizsgálatokat (Town et al. 2019).



Az ISTDP modellje szerint, amikor erős, konfliktusos, komplex érzések jelentkeznek, akkor azok egészséges átélése helyett tudattalan szorongás és hárítás jelentkezik. Egyszerű példával szemlélítve, ha megkérdezzük egy páciensét a párjához fűződő sérelméről, hogy mit érzett felé, amikor az őt pofon vágta, akkor az intenzív negatív érzelmek helyett különféle elhárító reakciókat

és kitérő válaszokat kaphatunk: „Nem kellett volna ezt csinálnia.” (intellektualizáció), „Durva volt.” (ez a másik félről szól), „Sírtam.” (ez az érzés által kiváltott cselekedet), „Feszült lettem.” (ez nem érzés, hanem a kiváltott szorongás), „Az apjától örökölte.” (ez racionalizáció), „El fogom hagyni.” (ez az érzés által mobilizált cselekvési vágy). „Szomorú voltam.” (ezt nem a barátja irányába érzi). Pedig a legvalószínűbb érzés a barátja irányába ez esetben a düh. Egy tartós kapcsolatban ezt azonban nem olyan könnyű érezni, ezért a konfliktusos érzés helyett tudattalan szorongás és védekezések lépnek fel. Ezt ábrázolja David Malan a konfliktus háromszöggel.

SZORONGÁS

Az ISTDP elméletében a szorongás és az ebből induló szomatizáció négy fő mintázatát azonosították: harántcsíkt izomfeszülés (pl. fibromyalgia), simaizom-aktiváció (pl. irritábilis bél szindróma, hát és derékfájdalom), kognitív vagy perceptuális zavar (pl. homályos látás) és motoros konverzió (pl. bénulás). Ezek további magyarázatát és a különböző egészségügyben látott gyakori példákat az 1. táblázat tartalmazza (Cooper et al., 2017).

SZORONGÁS-MINTA	MEGFIGYELHETŐ TESTI VÁLASZ	KAPCSOLÓDÓ TÜNETEK, DIAGNÓZISOK
harántcsíkt izmok	akaratlagosan mozgatható izmok feszülése: kéz, kar, mellkas (pl. sóhajtás), lábfejek, egész test	fejfájás, fulladásérzés, mellkasfájdalom, fibromyalgia, hiperventilláció, légszomj, pánik, hátfájdalom
simaizmok	simaizmok görcsös összehúzódása	IBS, medencei görcsök, reflux, émelygés, hólyag/légutak/koronária artériák összehúzódása, magas vérnyomás, migrén.
kognitív-perceptuális zavar	a szorongás a gondolkodást és/vagy az érzékszerveket zavarja meg	homályos látás, vakság, mentális zavar, szédülés, pszichogén (nem epilepsziás) roham, paresztézia, ájulás
konverzió	tónusvesztés az akaratlagosan mozgatható izmok tekintetében	gyengeség, egy vagy kétoldali bénulás, beszédképtelenség



Az ISTDP elmélete szerint amellet, hogy egy-egy érzelmileg megterhelő életeseemény kiválthatja a fenti szorongásmintákat, ugyanez akkor is bekövetkezik, amikor egy orvosi interakció aktiválja a páciens kötődési mintáit. Így *in situ* megfigyelhető, megtapasztalható, diagnosztizálható és munkára fogható a kialakuló szorongás, vagyis akár egy orvosi interjú során kideríthető, van-e a komplex tüneteknek érzelmi komponense, és azonosítható-vá válhatnak a pszichés, érzelmi hatások.

PSZICHODIAGNÓZIS – HOGYAN VÁLTOZNAK A TÜNETEK ÉRZELMEK HATÁSÁRA?

Az ISTDP pszichodiagnózisa azért születik, hogy kizárható vagy megerősíthető legyen az érzelmi tényezők hozzájárulása az egészségügyi problémához, tehát a szomatikus tünetek érzelmi aspektusainak jelenlétét vizsgálja. Érdemes lehet szem előtt tartani és a pácienssel is beszélni arról, hogy a betegségeket biológiai, pszichés és szociális faktorok együttesen magyarázzák valamilyen arányban, csak páciensenként/betegségenként ez az arány más és más lehet.

1. A folyamat magyarázata

Első lépésben jó tudatni a pácienssel, hogy most együtt megvizsgálhatják, érzelmei vajon kapcsolatban állnak-e szomatikus tüneteivel. A folyamat során az orvos stresszhelyzetekre vagy érzelmekre fog rákérdezni, hogy együtt megvizsgálják, ez a fókusz megváltoztatja-e a páciens által tapasztalt testi tüneteket. A páciens szerepe az, hogy mondja el, mit vesz észre, miközben erről beszélgetnek.

2. Konkrét történéssel kapcsolatos érzelmek felfedezése

Következő lépésben az a kérdés, a páciens milyen konkrét élményeken ment keresztül, amelyek erős érzelmeket váltottak ki belőle. Rendkívül fontos, hogy az orvos konkrétan kérdezzen rá az adott esemény által kiváltott érzelmekre, mert ennek mentén fogja tudni megvizsgálni, hogyan reagál a páciens. A konkrét fókusz és az érzelmekre való rákérdezés mobilizálja a páciens tudattalan szorongását és hárításait, vagyis megvizsgálhatóvá válik, hogy az érzelmi tényezőket fiziológiailag hogyan éli meg a páciens. Észrevehetővé válik, hogy elkezd szorítani a kezét, dobol a lábával, sóhajtozik, gyomorszorítást, émelygést vagy épp bizonyos fokú mentális zavarodottságot tapasztal meg. Az orvos megfigyeléseit megosztja a pácienssel, és bátorítja, hogy ő is vegye észre ezeket a jelenségeket, majd együtt tisztázzák, hogy érzelmei hogyan befolyásolják testét és viselkedését. Lényeges, hogy

nyitottan álljunk a folyamathoz: ha például érzelmi fókusszal a tünetek erősödnek, az a szomatizáción kívül más faktoroknak is köszönhető. Erről bővebben Cooper, Abbass és Town írt a MUS pszichoterápiájáról szóló cikkében.

3. Az érzelmek, a szorongás és a védekezés megkülönböztetése

A pszichofiziológiai zavarok egyik gyakori jellemzője, hogy a páciensek a testben megjelenő érzéseket nem képesek megkülönböztetni a szorongástól, védekezésektől, viselkedéstől vagy épp a gondolatoktól. Ebben a lépésben érdemes tehát segíteni a páciensnek különbséget tenni e jelenségek között. Ha valaki képes észlelni az eltéréseket, az már önmagában csökkenti a testi tüneteket, hiszen jobban menedzseli saját érzelmeit.

4. Összefoglalás

A folyamat utolsó lépésében megtörténik a közös észrevételek összefoglalása, az érzések, a szorongás és a védekezések összekötése, valamint a múltbeli és a jelenlegi helyzetek közötti kapcsolatok meghúzása. Ez az áttekintés jelentősen megnöveli a személy önreflexióját.

ESETTANULMÁNY (PÉLDA)

Az Allan Abbass *Hidden from View* című könyvéből származó esettanulmány főszereplője egy 54 éves, fibromyalgiával és krónikus fáradtsággal diagnosztizált, munkaképtelen férfi, aki összeszorított kézzel, megfeszített karral, felhúzott és megfeszített vállakkal ül a rendelőben, miközben egy, a feleségével történt konfliktusos esetet ír le.

Orvos (Dr): Most már van egy jó képünk a tüneteiről és arról, hogy hogyan hatnak Önre. Megnézhetnénk együtt, hogy az érzelmi stressz hogyan hat a szervezetére, hogy lássuk, az érzelmek rontják-e a tüneteit? [A feladat tisztázása és a beleegyezés megszerzése.]

Páciens (P): Jól hangzik.

Dr: Oké. Ahogy haladunk, kérem, mondja el, hogy mit figyel meg, és én is rámutatok arra, hogy én mit látok, hogy együtt tisztázhassuk a helyzetet. [A szerepek és a partnerség tisztázása.]

P: Rendben.

Dr: Le tudna írni egy konkrét történést, amikor stresszes volt? [Konkrét eseményre koncentráció.]

P: Igen. Múlt héten a feleségemmel konfliktusba keveredtünk amiatt, hogy beszélgettem az utcában lakó hölggyel.

Dr: Milyen konfliktus volt ez?

P: Hm, nos, a feleségem véleménye az volt, hogy túl

sok időt töltök azzal a hölgygel beszélgetve, és valószínűleg igaza volt.

Dr: Szóval ő hozta fel ezt az incidenst?

P: Ühüm.

Dr: És hogy érezte magát? [Érzésekre koncentráció.]

P: Hát, kezdek belefáradni abba, hogy ezt hallgassam.

Dr: Mit érez iránta? [Az érzésekre összpontosítás.]

P: Megőrjít. [Mélyet sóhajt, kezeit még jobban összeszorítva.]

Dr: Úgy érti, hogy dühös rá?

P: Dühös, igen.

Dr: Hogyan éli meg a dühöt fizikailag a testében? [A düh testi megtapasztalása.]

P: Fizikailag?

Dr: Igen. Fizikailag, a testében, hol, hogyan érzi a dühöt?

P: Nagyon, nagyon feszült vagyok, és fájdalmat érzek.

Dr: Fáj? [A düh és a szorongás megkülönböztetése. A düh és a fájdalom összekapcsolása.]

P: Igen, az izmaimban, a vállaimban. [A kezek erősen összeszorulnak.]

Dr: Ez a feszültség tulajdonképpen a szorongás. [A düh és a szorongás megkülönböztetése.]

P: Szorongás, igen.

Dr: És hogyan éli meg a haragot vele szemben? [Fókusz a düh megélésén.]

P: Nehéz megmagyarázni.

Dr: Szorongott és feszült lett, ugye? [A düh és fájdalom összekapcsolása.]

P: Igen, szorongani kezdtem.

Dr: Tehát amikor dühös lesz, akkor feszültté válik, és fájdalmai lesznek. [Az érzések összekapcsolása a szorongással és a fájdalommal.]

P: Igen, és elkezdem elkerülni őt, megpróbálok tudomást sem venni róla. [Védekezés.]

Dr: Tehát így kezeli a dühét: szorong, feszültséget és fájdalmat érez. De hogyan éli meg ezt a dühöt? [A védekező cselekvés megkülönböztetése az érzéstől.]

P: Ahogy mondtam, ezt nagyon nehéz szavakkal kifejezni. Nagyon dühös leszek, ennyi.

Dr: Igen. Hogyan éli meg a dühöt fizikailag? [Továbbra is düh megtapasztalásán van a fókusz.]

P: [Mély sóhajt.]

Ez a férfi képes volt megnevezni dühét felesége iránt, valójában azonban nem érezte a dühöt, hanem helyette harántcsíkt izomfeszültséget és izomfájdalmat élt meg. Ez az intellektualizáció védekezése, vagy más néven az affektus izolációjának példája, aminek hatására a szorongás harántcsíkt izomfeszülésként jelentkezik. A szorongáslevezetési útvonalak közül ez a legjobb, mivel az érzelmek kisebb mértékű elfojtásával jár, és általában könnyebben visszafordítható. Ugyanakkor nagy izomfájdalmat és fibromyalgiát okozott ennek az embernek. Amikor segítettek neki megtapasztalni a gyermekkori traumája miatt érzett dühöt, ami a felesége által aktiválódott, akkor dühöt, bűntudatot és gyászt érzett, majd az izomfeszültség és fájdalom gyorsan és tartósan megszűnt.

TOVÁBBI INFORMÁCIÓK

www.istdp.hu: az intenzív rövid dinamikus pszichoterápia magyar honlapja képzettségekkel, eseményekkel. ●

FORRÁSOK

- Abbass, A. (2005). Somatization: Diagnosing it sooner through emotion-focused interviewing. *The Journal of Family Practice*, 54(3), 231–243.
- Abbass, A., Campbell, S., Magee, K., & Tarzwell, R. (2009). Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms: preliminary evidence from a pre-post intervention study. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 11(6), 529–534.
- Abbass, A., Schubiner, H. (2018), *Hidden from View: A Clinician's Guide to Psychophysiological Disorders*. Pleasant Ridge: Psychophysiology Press.
- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(2), 97–108.
- Coughlin, D. S., Malan, D. (2007). *Lives Transformed*. London: Karnac Books.
- Cooper, A., Abbass, A., & Town, J. (2017). Implementing a Psychotherapy Service for Medically Unexplained Symptoms in a Primary Care Setting. *Journal of Clinical Medicine*, 6(12), 109.
- Dendy, C., Cooper, M., & Sharpe, M. (2001). Interpretation of symptoms in chronic fatigue syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 39(11), 1369–1380.
- Frederickson, J. (2013) *Co-creating Change*. Kansas City, MO: Seven Leaves Press.
- Hambrook, D., Oldershaw, A., Rimes, K., Schmidt, U., Tchanturia, K., Treasure, J., Chalker, T. (2011). Emotional expression, self-silencing, and distress tolerance in anorexia nervosa and chronic fatigue syndrome. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 310–325.
- Luyten, P., Van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2013). Vulnerability for functional somatic disorders: A contemporary psychodynamic approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 250–262.
- Russell, L. A., Abbass, A. A., Alder, S. J., Kisely, S., Pohlmann-Eden, B., & Town, J. M. (2016). A pilot study of reduction in healthcare costs following the application of intensive short-term dynamic psychotherapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior: E&B*, 63, 17–19.
- Town J.M., Driessen, E. (2013). Emerging Evidence for Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy with Personality Disorders and Somatic Disorders. *Psychiatr. Ann.* 43:502–507.
- Town, J. M., Lomax, V., Abbass, A. A., & Hardy, G. (2019). The role of emotion in psychotherapeutic change for medically unexplained symptoms. *Psychotherapy research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 29(1), 86–98.