5.3.X Reumatológiai-mozgásszervi betegségek pszichiátriai vonatkozásai

Ormos Gábor, Belső Nóra

Bevezetés és háttér

A reumatológiai-mozgásszervi (RM) betegségek igen gyakoriak a mindennapi orvosi gyakorlatban. Hazánkban jelenleg kb. egymillió ember él különböző reumatológiai-mozgásszervi betegséggel. E problémakör pszichiátriai vonatkozásait igen régóta ismeri és tárgyalja a hazai és nemzetközi szakirodalom. Legintenzívebben az 1960-70-es években foglalkoztak a kutatók a pszichés tényezők kóroki szerepével, és azóta is számos pszicho-neuro-immunológiai tény tárult fel, továbbá az orvos-társadalom pszichoszomatikus szemlélete is tágult, ami a mindennapi betegellátás szintjén is megjelenik.

E fejezet a RM betegségek és a pszichés tünetek összefüggéseit tárgyalja a következő bontásban:

- A pszichés tényezők szerepe a RM betegségek etiológiájában.
- A RM-i betegek személyiség jellemzői és e betegségek lefolyása során jelentkező pszichés tünetek.
- A pszichiátria, illetve a pszichoterápia szerepe a RM-i betegek kezelésében.
- A pszichiátriai kórképekkel kapcsolatos mozgásszervi tünetek

E témakörökre bontás didaktikus szempontból célszerű, azonban számos okból nehéz. Az egyes témakörök között átfedés, pontosabban, szoros összefüggés van, mind az etiológia, a személyiség jellemzők és kezelés vonatkozásában. A krónikus derékfájás és a fibromyalgia például különböző betegségek, de mindkettő szoros összefüggést mutat az egyik legfontosabb fogalommal, a krónikus fájdalom szindrómával. Mindhárom esetben egyértelmű a pszichés tényezők provokáló és fenntartó szerepe, továbbá másodlagos megjelenése.

A mozgásszervi panaszok tudatos aggraválása, szimulálása, is pszichológiai hátterű jelenség, nehéz elkülöníteni a pszichogén reumatizmustól (lásd később).

5.3.X.1. A pszichés tényezők szerepe a reumatológiai-mozgásszervi betegségek etiológiájában

A 60-s évek szakirodalmában, számos szerző a „reuma és psziché" témakörébe sorolta a kóros immunológiai folyamatokat, gyulladásos reumatológiai kórképeket, mivel kialakulásukban szerepet tulajdonított a személyiségnek, pszichés traumának (10, 11, 25, 27, 34). Így, pl. a hazai irodalomban Hetényi a vegetatív betegségek közé sorolta a rheumatoid arthritist, utalva annak pszichogén eredetére, „minthogy ezekre jellemző közös vonások itt is megtalálhatók" (10). Egyik jelentős pszichológiai tankönyvünk is a pszichoszomatikus betegségek között említette a rheumatoid arthritist (RA) és a spondylarthritis ankylopoeticát (SPA) (6).

A gyulladásos reumatológiai kórképekben kritikusan kell értékelni a pszichés tényezők, és a stressz etiológiai szerepét. Ugyanis az idegesség, fáradtság, gyengeség, fogyás, étvágytalanság, kóros vazomotoros reakciók szinte minden gyulladásos reumatológiai betegség klinikai képéhez hozzátartoznak, mint általános prodromális tünetek. Bár kétségtelenül óriási fejlődés következett be a gyulladásos reumatológiai kórképek patomechanizmusának megismerésében és kezelésében, ezek eredete változatlanul ismeretlen. Így, míg pl. a RA genetikájában a HLA-DR4 pozitivitás, patomechanizmusában az autoimmun folyamat igazolt, addig ismeretlen a trigger, a kiváltó, amely esetlegesen vírus, és az utóbbi időben megjelent közleményekben is említenek kiváltó okként, illetve a betegség hullámzó lefolyásában szerepet játszóként pszichés tényezőket (5*, 6*)

.

5.3.X.2. A RM-i betegek személyiség jellemzői, és e betegségek lefolyása során jelentkező

pszichés tünetek

Az alábbiakban a következő RM betegségcsoportokat tárgyaljuk:

- Gyulladásos kórképek: rheumatoid arthritis (RA), spondylarthritis ankylopoetica (SPA)
- Egyéb RM kórképek: degeneratív gerincbetegségek, köszvény, Heine-Medin kór, Fibromyalgia (FMS)

5.3.X.2.1. *Gyulladásos kórképek*

5.3.X.2.1.1. Rheumatoid arthritis (RA) és spondylarthritis ankylopoetica (SPA)

A legklasszikusabb és legsúlyosabb RM gyulladásos kórképek a RA és a SPA.
Néhány korábbi hazai közlemény a különböző reumatológiai kórképekben végzett személyiségvizsgálatokkal foglalkozott (Tóth 1972, 74). Az SPA és RA betegségcsoportok pszichodiagnosztikai módszerekkel történt összehasonlító vizsgálata során a két csoport személyiségszerkezetének lényeges különbségét találták.
A SPA-ával küzdő betegek személyisége lendületesebb, energikusabb, alkalmazkodó képesebb, jellemzőjük a kompenzáció és az elaboráció. Az RA-es betegek beszabályozottak, kevés energetikai indítékkal rendelkeznek, túlzottan szorongóak. A betegség késői stádiumában mindkét csoportot koartatív, illetve koartált élménytípus jellemzi. A RA-es betegek vizsgálata során 34%-ában emocionális krízishelyzet kapcsán lobbant fel a betegség. Általános felfogás, hogy a depresszió és a szorongás jellemző a RA-es betegekre. A betegség kialakulása és prognózisa szempontjából rizikófaktorok az alacsonyabb képzettség és a neurotikus személyiség, a fizikális állapot jelentősen befolyásolja a kórmenetet (Evers 2002).
A depresszió és a rheumatoid arthritis kapcsolata
A szakirodalomban eltérő adatokat közölnek a depresszió előfordulásáról. Korábbi közlemények szerint a depresszió előfordulása nem gyakoribb RA-ban, mint más RM kórképekben (Hawley 1993). Conner (2006) adata, 188 RA-s betegből 73 anamnézisében szerepelt major depresszió (jelenleg tünetmentesek), Dickens 40 %-ban talált depressziót RA-es betegeknél. Ez a jelenlegi hazai és nemzetközi arányoknak felel meg. A legújabb hazai irodalmi adatok szerint a korai RA-s betegek között nagyobb gyakorisággal található depresszió, mint az átlagpopulációban, sőt a magyar RA-s betegek között szignifikánsan nagyobb arányban, mint az osztrák betegek között . A depressziónak a Beck-skálával mért három súlyossági fokozata közül (súlyos, közepesen súlyos, enyhe depresszió) magyar betegekben leginkább az enyhe depresszió tünetei voltak megállapíthatóak, és ezek függetlenek voltak a kortikoszteroid terápiától. A depressziós tünetek és a HAQ segítségével mért funkcionális státusz értékei egymással korreláltak a lefolyás során. (Palkonyai 2007).
Míg a SPA-ra a férfi morbiditás dominanciája, a RA-ra, a női, 1:8 arányú dominancia a jellemző. Ez a jelentős nemi megoszlás befolyásolja a pszichés jellemzőket, és alátámasztja a tényt, hogy a nőknél gyakrabban előforduló RA-ben a depresszió előfordulási aránya is magasabb (Hamilton 2007, Danof 2004).

5.3.X.2.1.2. Szisztémás lupus erythematosus (SLE)

A RM gyulladásos kórképek közül, a szisztémás lupus erythematosus (SLE) betegségre jellemzők leginkább a pszichés tünetek. A szakirodalom szerint 2-83 % gyakorisággal fordul elő pszichózis, depresszió, hallucináció, szorongás és számos egyéb pszichológiai probléma, például a kognitiv deficit, vagy az érzelmi disztressz. Számos közlemény foglalkozik az SLE-s betegek kognitiv funkcióinak vizsgálatával, de az eredmények nagyon megoszlóak (12-87 %), hogy a diszfunkció egyértelmű-e vagy sem (Harrison 2002).

Az immunanyagok, antitestek központi idegrendszerben való megjelenése ma már közismert. Emellett mégis, az újabb irodalmi adatok sem igazolják egyértelmű kóroki szerepüket a központi idegrendszeri organikus, vagy pszichés tünetek megjelenésében. A szakirodalomban szereplő, igen nagy ingadozású gyakoriság további vizsgálatokat tesz szükségessé (Hanly 2005, Kkozora 2006, Ainiala 2001).

5.3.X.2.1.3. Szteroidok mellékhatásai

A gyulladásos és autoimmun betegségekben számolni kell az igen gyakran alkalmazott gyógyszerek elsősorban a szteroidok esetleges pszichés mellékhatásaival, amelyek a szakirodalomból és a gyakorlatból is régóta ismertek és tanulmányozottak (Hall 1979, Lewis 1983, Ling 1981, Perry 1984)
A szteroid medikáció -szokásos dózisa- mellett 50 %-ban jelentkezhetnek pszichés változások (*minor mood disturbances*):

- érzelmi labilitás
- szorongás
- eufória

Ezekre leginkább a kezelés első hetében kell számítani, és a kezelő orvosnak fel kell hívnia rá a beteg figyelmét (Naber 2006). Anxiolitikus farmakoterápia a legtöbb esetben szükségessé válik.
A szteroid magas dózisú adásakor *pszichózis* jelentkezhet, különösen SLE-s betegnél, bár ilyenkor is felmerül a kérdés, hogy a tünetek nem az alapbetegség következményei-e (Hall és Beresford 1989). A klinikailag súlyosabb pszichés tünetek gyakoriságát 10 % körül találták, amelyből 40%-ban depresszió, 30%-ban irritábilitás és mánia. A pszichotikus tünetek az esetek 60%-ában a kezelés első 2 hetében jelentkeznek és 90 %-ban az első 6 héten belül (Patten 2000). A kialakult állapot kezelésére antidepresszív, anxiolitikus, antimániás és antipszichotikus szerek alkalmazhatóak, attól függően, hogy a tünetek melyik pszichiátriai zavarhoz sorolhatóak (Falk 1979, Goldman 2002, Terao 2001, Wada 2001).

5.3.X. 2.1.4. Egyéb RM kórképek

5.3.x.2.1.4.1. A degenerativ gerincbetegségek

A RM betegségek közül leggyakrabban a degeneratív eredetű gerincbetegségek krónikussá válása esetén jön szóba a pszichés tényezők oki és/vagy következményes szerepe. Pincus 25 közleményt áttekintve látja igazoltnak, hogy a depresszió a krónikus derékfájás rizikó faktora lehet. Az MRI és discographiás strukturális eltérésekkel szemben, illetve mellett, a pszichoszociális tényezők, valamint az anamnézisben szereplő, vagy egyidejűleg fennálló szorongásos és affektív betegség jelentős kóroki tényező (Carragee 2005). Polatin 200 krónikus derékfájós beteg vizsgálatakor 59 %-ban talált egyidejűleg pszichiátriai betegséget, főként major depressziót, és 95 %-uk anamnézisében szerepelt előzetesen szorongás (Polatin1993). Egy kanadai vizsgálatban 10.000 személy 15 éves követése során egyértelműen a depressziósoknál jelentkezett nagyobb arányban a krónikus derékfájdalom (Currie 2004). Szellemes a krónikus derékfájós betegre, a szakirodalomban használt „low back looser" elnevezés (Sternbach 1973). Pszichiátriai szempontból szignifikáns különbség mutatkozik az akut és a krónikus derékfájósok között. A krónikus panasszal élőknél nagyobb arányú a depresszió és a szorongás előfordulása (Sivik 1991), amelyek az előtérben álló maszkírozó panaszok miatt ritkábban kerülnek felismerésre. Érdekes az a vizsgálat, amely arra irányult, hogy akut fájdalommal kik fordulnak, illetve nem fordulnak orvoshoz (Lindal 1989). Az eredmények azt mutatták, hogy az orvosi konzultációt azok nem sürgetik, akiknek

stresszesebb a munkájuk, de e mellett sportolnak, fájdalmaik nem abnormálisak, éjjel nem ébrednek fel, és altatókat sem szednek.

Depresszió és krónikus fájdalom

A krónikus gerincfájós betegek állapotát a fel nem ismert depresszió vagy szorongás rontja. A fájdalmas tünetekkel *maszkírozott depresszió* felismerése akkor egyszerű, ha gondolunk rá. A visszatérő, indokolhatatlan fájdalommal jelentkező betegeknél minden esetben érdemes a depresszió lehetőségét felvetni. Nemzetközi vizsgálatok adatai szerint a major depresszió prevalenciája pl. a krónikus derékfájásban szenvedő betegek között 3-5-ször gyakoribb, mint az átlag populációban. Diagnosztizált depressziós betegeknél a fájdalmak előfordulási aránya 60-80%-os (Bair 2003, Greco 2004, Hoffmann 2007), és a depresszió 5-85%-os gyakorisággal (a vizsgálat módszertanától függően) van jelen a fájdalmakkal küzdő betegeknél. Az ilyen komplex problémával küzdő páciensek aránya hazánkban is igen magas (Kopp 1997). E ténynek népegészségügyi és gazdasági (finanszírozási) aspektusai is vannak:

- Az ilyen betegek gyakrabban veszik igénybe az egészségügyi ellátórendszer minden szegmensét (alapellátás, szakellátás, rehabilitációs központok)
- Több a „nem-specifikus" orvos-beteg találkozás.
- Nagyobb mennyiségű, sokszor felesleges gyógyszer fogy (fájdalomcsillapítók, gyulladáscsökkentők, nyugtatók, stb.)
- A táppénzes napok száma kiemelkedően magas.
- Magas a rokkantosítási arány.

A krónikus gerincfájdalmat a krónikus fájdalom szindróma egyik manifesztációjának is tekinthetjük. A nyak-hát-derék-keresztcsonttáj fájdalmainak „lelki" összefüggései jól ismertek. A hanyag („enervált") tartás szomatikus-mechanikus fájdalmat okozó tényezők sorát eredményezheti: húzódhatnak a csigolyák közti szalagok, a csigolyák hátulsó részének összenyomódása miatt becsípődhetnek idegszálak vagy az ízületi tok. A gerinctartó izomzat fájdalmas, görcsös állapotait létrehozó mechanikus és pszichés tényezők gyakran keverednek (Brage 2007). Az anamnézisben gyakori a stresszes életesemény (vizsga, nagyobb utazás, hétvége, gyász, stb.) ami valószínűsíti, hogy a szorongás, a stressz, és a pszichés feszültség áttevődött a gerinc bizonyos tartó izmaira. A reumaellenes tabletták, vagy elektromos kezelések többnyire nem hatásosak, vagy még rosszabb esetben mellékhatást okoznak, ezzel szemben az anxiolitikumok hatásosak. Az alkalmazott „organikus" kezelés hatásában a pszihés/placebo effectust is kihasználjuk. Ilyen esetekben a -sokszor atípusos-depresszió felismerése kevésbé pszichiátriai szakmai képzettséget, mint inkább jó klinikusi szemléletet, odafigyelést, részletes anamnézis felvételt igényel.

Nagyon fontos a gerincfájdalmak krónikussá („krónikus fájdalommá") válásának megelőzése. A derékfájdalmak kb 10-30%-a válik krónikussá. Fontos, hogy az akut derékfájdalmakat, maximum 24-48 óráig fektessük csak, korán mobilizáljuk A gerinc, de kiemelten a derékfájdalom krónikussá válásának megelőzésére a kognitív- és viselkedésterápiát találták a legalkalmasabbnak (Linton 2005, Hoffmann 2007). Az ún. „gerinc iskola" módszer, egy csoportos tájékoztató célú foglalkozás, amelyet pszichoterápiás elemekkel bővítettek ki. A szubakut stádiumban a leghatásosabb és a legköltségkímélőbb prevenciós módszernek bizonyult a krónikussá válás megelőzésére (Karjalainen 2006).

A degeneratív gerincelváltozások miatti műtétek gyakorlatban tapasztalható nagyszámú eredménytelenségének (failed back szindróma) hátterében is gyakori a pszichés tényező. Hazai szerzők laminectomizált betegeinek esetében, a nem javuló betegeknél igen színes, több tényezős betegségkiváltó szituációkat találtak (Vértes és Tóth 1977). Ezért javasolják a gerincműtét előtt a rövidített MMPI elvégzését (Nelson 1991), mivel az segítséget nyújthat az

organikus és szomatizáló esetek differenciálásában (Freeman 1976). Hasznos lehet az eredményesség biztosítására a műtét előtti kognitiv pszichoterápia.

5.3.X.2.1.4.2. Az arthritis urica - köszvény- klasszikus reumatológiai betegség, ugyancsak a gyulladásos kórképek, tágabb értelemben a metabolikus eredetű betegség csoportba tartozik. Genetikailag determinált, enzimdefektuson alapszik. A betegek alkati sajátosságai jellegzetesek: leggyakrabban a középkorú, piknikus, élvezeteket kedvelő, férfiaknál fordul elő. Pszichiátriai vonatkozása közvetlenül nincsen, inkább az életmód rendezési és a diétás változtatások által okozott esetleges panaszok miatt kereshetnek terapeutát.

5.3.X.2.1.4.3. A Heine-Medin betegség - pontosabban a Heine Medin bénulás utáni állapotban szekunder pszichés folyamatok indulhatnak Az általában nagyobb mértékben mozgássérült betegeket megosztva jellemzi az alacsony frusztrációs tolerancia, a szenzitivitás, a teátrális reakció, valamint a hideg, alacsony hőfokú nárcizmus. Lényeges jegyeik az irritabilitás, a bizonytalan, közvetlenül vágyteljesítő magatartásmód, a pszichaszténiás reakciók, ugyanakkor jellemző volt a teljesítményvágy és az akarati erőfeszítés (Tóth, Szívós, 1974). Pszichés gondozás mindenképpen szükséges.

2.1.4.4. A fibromyalgia (FMS)

Pszichiátriai szempontból talán a leglényegesebb betegségcsoport. A FMS-t a reumatológiai tankönyvek a „lágyrészreumatizmus" tárgykörébe sorolják, számos etiológiai faktort, illetve különböző elsődleges krónikus betegséget feltételezve. Ugyanakkor mindegyik reumatológiai szakkönyv felveti a kérdést, hogy nem elsődlegesen pszichiátriai betegségről van-e szó e krónikus fájdalommal járó állapotban. Az FMS gyakorisága az egész lakosságban 2-4 %, és a betegek 20-40 %-a klinikai értelemben vett depressziós vagy szorongásos (Regier 1993, Wolf 1994). A larvált vagy maszkírozott depresszió felismerése a betegség leghasznosabb gyógymódja (Arnold 2000), ezért itt is a fokozott éberség javasolható. A fájdalom jellege és minősége nem mindig ad egyértelmű támpontot. Néhány szempont segíthet a háttérben meghúzódó affektív zavar felismerésében:

A; anamnézis

- a fájdalmi tünetre okot adó testi betegség hiánya, negatív vagy a panaszokat nem alátámasztó leletek
- családi anamnézis: familiárisan előforduló depresszió, vagy szorongásos betegség, esetleg alkohol probléma vagy szuicídium
- depresszió, valamint szorongásos betegség (generalizált szorongás, pánik betegség, szociális fóbia) az egyéni anamnézisben

B; betegséglefolyás, tünetek változása

- a fájdalomtünetek napszaki, évszaki ingadozása
- a fájdalom intenzitásának változása a hangulat és/vagy a szorongás függvényében: negatív emocionális hatásra, stresszre romló, pozitív hatásokra javuló fájdalom
- a fájdalom a mindennapi élet szokásos menetét befolyásolja, jelentős szenvedést okoz, rontja az életminőséget
- fokozott szomatikus, gyakran hiányzó pszichés betegségtudat (hipochondriázis)
- a depresszióra jellemző tünetek közül gyakoribbak az energiátlanság, fáradékonyság, aggodalmaskodás, továbbá az alvászavar

C; tüneti prezentáció, prognózis

- A nemzetközi irodalom alapján a nőknél 2-3-szor gyakrabban és súlyosabb formában jelentkezik fájdalom a depresszió mellett
- A leggyakrabban előforduló fájdalmak a derékfájás, nyaki fájdalmak, mellkasi fájdalmak, muszkuloszkeletális fájdalmak, fejfájás, gyomorfájdalmak, de ezeken kívül még számos formát leírtak
- A depresszió rontja a fájdalom gyógyításának esélyét, a hagyományos gyógymódok elégtelennek bizonyulnak
- A fájdalommal élő betegeknél a depressziós állapot fokozza a fájdalom ismétlődésének gyakoriságát, a fájdalom intenzitását, időtartamát

A fájdalom jelenléte gyakran magyarázatot ad a hangulati élet változásaira, ami a depresszió aluldiagnosztizálásához vezet.
A nem gyulladásos fibrozitiszek és mialgiák kiváltásában is legtöbbször pszichés tényezők játszanak szerepet. Terápiás javaslatként szinte mindig szerepel az antidepresszívum alkalmazása.

5.3.X.3. A pszichiátria, illetve a pszichoterápia szerepe a reumatológiai-mozgásszervi betegek kezelésében.

Prevenció
Sajnos a mai egészségügyi szemléletben még mindig utolsó szempontként említik a prevenciós lehetőségeket, pedig ebben a betegség csoportban különösen igaz, hogy a módszeres megelőzéssel a betegségek jelentős hányada (főként a nem gyulladásos csoportban) kiküszöbölhető lenne. A prevenció szinte már a „pólyában” megkezdődhet. A mozgásszervi prevenció része az egészséges életmód, a mindennapos sporttevékenység, és a helyes testtartás elsajátítása. Ezeket az ismereteket már gyermekkorban el kellene sajátítani, és azt is mondhatjuk, hogy ez nem orvosi feladat. Ugyanilyen preventív faktor a lelki egyensúly megőrzése és a stressz-kezelő technikák, valamint a megküzdési stratégiák elsajátítása
Terápia.
A kezelés során, főként a krónikus esetekben igen nagy jelentősége van a komplex szemléletű megközelítésnek. A reumatológiai kezelések mellett a pszichiátriai kezelésmódok (gyógyszerek és pszichoterápia) a szükséges esetekben a betegség gyógyulásához vezetnek. Számos irodalmi adat bizonyítja a krónikus fájdalmak, köztük a krónikus gerincfájdalom és a fibromyalgia antidepresszívumra történő javulását. Ezt a tapasztalatot a fájdalom neurobiológiai hátterének ismerete magyarázza. A pszichoterápia és a magatartásterápiák önmagukban vagy a gyógyszeres terápiával kombinálva hatásosnak bizonyultak a fájdalommal szövődött depresszió gyógyításában. A mindennapi gyakorlatban a kezelőorvos pszichoterápiás attitűdje sokszor segíti a beteget az együttműködésben, a gyógyszeres kezelés elfogadásában és a fájdalommal való megküzdésben. A módszerspecifikus terápiák alkalmazásának sokszor akadálya a stigmatizáció, az idő- és költségráfordítás nehézségei. Vannak azonban olyan elemek, amelyek alkalmazása a betegvezetésben egyértelműen hasznosnak bizonyultak:

- Naplóvezetés a depresszió és a fájdalom tüneteinek monitorozására
- Felvilágosítás, továbbá az önképzés segítése (könyvek, weblapok ajánlása)
- Önsegítő csoportokban való részvétel
- Relaxációs technika, autogén tréning
- A beteg számára megfelelő testmozgás kiválasztása (sport, jóga)
- Életmód rendezése (pihenő idő kihasználása: zenehallgatás, művészetek felé fordítás)

- Amennyiben a páciens nyitott a pszichoterápiára, a megfelelő módszer kiválasztásába is vonjuk be, annak részletes ismertetésével (kognitív terápia, interperszonális terápia, hipnózis) és a várható előnyök felvázolásával.

Rehabilitáció

A súlyos, mozgásszervi korlátozottsággal és állandósult heves fájdalmakkal járó krónikus betegségek esetén természetes a reaktív depresszió és a szorongás. Éppen ezért a rehabilitációnak jó esetben része kell, hogy legyen a pszichés gondozás is. Sokszor jó hatásúak a csoportos foglalkozások, de szükség esetén az egyéni pszicho- és farmakoterápia is szükséges lehet. Újabban egyre több közlemény foglalkozik e súlyos betegségekben az életminőség felmérésekkel és a „coping" tanításával.

5.3.x.4. **A pszichiátriai/pszichés kórképekkel kapcsolatos mozgásszervi tünetek, a krónikus fájdalom**.

5.3.x.4.1.*A depresszió következményes mozgásszervi tünetei*

A mozgásszervi panaszok előfordulása a leggyakoribb a depresszióban. Az összefüggéseket már korábban tárgyaltuk. A depresszióban kialakuló mozgásszegénység biomechanikus hatásai mozgásszervi panaszok kialakulásához vezetnek. Jellemző az előrehajtott fej/nyaktartás, a púpos, görnyedt felső háti gerinc és az ágyéki szakasz fokozott lordózisa. A nyak előrehajtott helyzete számos következménnyel jár, mint pl. a nyakizmok által történő a karba kifutó idegszálak megnyomása, vagy a nyaki gerincet tartó szalagok túlterheléséből eredő fájdalom. Típusos jelenség a trapéziusz izom felső részének fájdalmas görcse, amely részben a depressziósokra jellemző „lógatott" fej/nyaktartásnak, továbbá a szorongás, illetve feszült idegállapot miatti felhúzott válltartásnak a következménye. A csuklyásizom egyébként is szinte a „lélek tükre", a „lelki fájdalom", vagy akár a fokozott indulatok „reakciójának" típusos szerve. A rossz háti gerinctartás is túlterhelést okoz a lapockatáji izmokra, amely a depresszióban gyakori fáradtságérzéssel együtt járó fájdalom egy szomatikus tényezője. A depressziós gerincbetegek sokszor csak testi problémának tartják pl. a gerincpanaszaikat és csak a „testi" kezelést óhajtják. Egy felmérés szerint csupán 20 %-uk igényelte a pszichés kezelést (Bao 2003). A depressziós hátterű, mozgásszervekben jelentkező fájdalmak között érdemes külön választani a konkrétan egy testrészen, és a testszerte, több helyen, váltakozva és vándorolva jelentkező fájdalmakat. A szakirodalom szerint a krónikus derékfájósok 40-60%-a depressziós, a major depresszió négyszer gyakoribb a krónikus derékfájósoknál, mint az átlag népességben.

A krónikus fájdalmakra, egzisztenciális, anyagi, szociális gondokra jelentkező depresszív tüneteket, amennyiben nem voltak korábban depressziós tünetek, *reaktív depressziónak* nevezzük. Ez a csoport különbözik, azoktól, akiknek előbb volt már depressziójuk, és a kiknek a kutatások szerint nagyobb esélyük van a krónikus gerincfájdalomra.

5.3.x.4.2. *A pszichogén rheumatizmus (PR)*

A PR-t, mint klinikai entitást hazánkban Ormos és Tóth 1981-ben közölte (*). A PR olyan multifaktoriális etológiájú kórképet jelöl, amelyben a mozgásszervi panaszok kiváltásában – egy adott idő intervallumban a testi és lelki dinamikus történés keretében – pszichés tényezők játsszák a döntő szerepet.

Ormos és Tóth vizsgálata során 121 betegnél végeztek biográfiai anamnézist, Langen-féle célzott explorációt és Rorschach pszichodiagnosztikai vizsgálatot. A biográfiai anamnézis elemzése folyamán megállapították, hogy 28 beteg csonka családban nőtt fel, 6 beteg állami gondozott volt, 22 családban az apa aethylizált és a szociális körülmények súlyosak voltak, 9 beteg egésznek látszó miliőben nevelkedett, de az egyik szülő egyáltalán nem látta el

funkcióját. (promiscuitás, aethylismus). A betegek 62%-a spontán és ismételten beszámolt arról, hogy életükben sorozatos sérelem, kudarc vagy megaláztatás érte őket. A Rorschach szerinti pszichodiagnosztika során a betegek 53%-ánál szűk érdeklődést, sekély aspirációt, 53%-ában kifejezett adaptációs zavarokat, inadekvát önérvényesítési törekvést, bizonytalanságot, menekülő attitűdöt találtak. 63%-ban volt jellemző a regressziós feszültségcsökkentés, amely az interperszonális kapcsolatokban a feltétel nélküli szeretet- és gondozás-igényben, a magatartás síkján a decentrálás hiányában mutatkozott Mindezekkel együtt is a pszichogén reumatizmus fogalma vitatható, mennyiben fedi a krónikus fájdalom szindróma entitását. E témakör a gyakorlatban azért igen fontos, mert számos olyan egyént érint, akik állandó, súlyos fájdalmak miatt keresik fel orvosukat, „megfoghatatlan panaszaik" miatt töltenek meg kórházi osztályokat, és nem elhanyagolható szempont, hogy elviselhetetlen kínjaik miatt zaklatják, vagy zsarolják családjukat.

A különböző szerzők a pszichogén reumatizmus gyakoriságát a reumás betegségek között 17-34%-ban jelölik meg, így a hazai kb. egymillió mozgásszervi beteget tekintve fontosnak tartjuk, hogy e kórképpel foglalkozzunk. A pszichogén reumatizmus diagnosztizálásához az anamnézis és fizikális státus egybevetése, valamint a kórlefolyás hosszmetszeti megfigyelése szükséges. A normálistól eltérő laboratóriumi vizsgálati eredmények organikus folyamatra utalnak, azonban tapasztalatunk szerint az a helytelen gyakorlat terjedt el, hogy a radiológiai eltéréseket - itt elsősorban a csontrendszer degeneratív elváltozásaira célzunk, - nemcsak a betegek, de az orvosok is túlértékelik. Ha ezek adott időpontban nem állnak párhuzamban a panaszok jellegével és a fizikális vizsgálattal, nem tekinthetők kórjelzőknek.

A pszichogén reumatizmus jellemzői Ormos és Tóth szerint:

- Az anamnézis felvételekor feltűnik, hogy a panaszok színesek, diffúzak. A fájdalmat a beteg nem tudja pontosan lokalizálni, hol itt, hol ott jelentkezik, a fájdalmas helyek felsorolásakor kiderül, hogy „mindene fáj".
- A panaszok gyakran szelektívek, azaz pl. otthon, tud munkát végezni, bevásárol, de munkahelyére képtelen eljárni. A tüneteket idegesség is kiváltja, fokozza.
- A betegek a panaszokat túlrészletezve, teátrálisan adják elő, szenvedéseik hangsúlyozása közben sejtelmes „Mona Lisa" mosoly van arcukon. Általános, hogy pontos válaszadás helyett az addig felkeresett orvosokról, eredménytelen kezelésekről számolnak be.
- Megtekintéskor feltűnik, hogy a beteg az előadott fájdalmak ellenére nem sápadt, elgyötört, hanem ápolt, általános állapota jó. Mozgása, tartása ellentmond a panaszolt mozgáskorlátozottságnak. Leggyakoribbak a gerinc különböző szakaszainak ferde tartásai, sántítás, felső végtag mozgásképtelensége, általános gyengeségérzés.
- A fizikális mozgásszervi vizsgálatkor nyilvánvaló lesz, hogy a szubjektív panaszok ellentmondanak a kétes vagy hiányzó organikus tüneteknek. A mozgáskorlátozottság, sántítás, merev tartás stb. figyelemelterelésre, vagy más testhelyzetben eltűnik, esetleg később a beteg „koncentrálva” újra produkálja a tünetet. A fizikális vizsgálatot a pszichogén reumatizmusban szenvedő betegek nehezen tűrik, elviselhetetlen tortúraként élik meg, közben teátrálisan jajgatnak, grimaszolnak. Maga a vizsgálat további panaszok „eredete" lehet. A fizikális státus egyértelműen objektív tünetei: az izületi duzzadtság, melegség, elszíneződés, deformitás, a csigolya-szegmentek kötöttsége, izomspazmus, atrófia, reflexeltérések, stb., hiányoznak.
- A mozgáskorlátozottság megállapításához a vizsgált személy közreműködése is szükséges és a fizikális státus sokszor csak gyakorlott vizsgáló által felvéve lesz objektív. A huzamos ideje fennálló mozgásképtelenséget megkérdőjelezi az inaktivitási atrófia hiánya. Nem ritka, hogy a mozgáskorlátozottság oka anatómiailag megmagyarázhatatlan. Az egyes mozgások váltott ismétlése objektivizálhatja a jelzett kötöttséget, ugyanis arra kevesen képesek, hogy ismételten, esetleg más testhelyzetben, figyelem eltereléssel ugyanolyan fokú mozgáskorlátozottságot

„produkáljanak". A panaszok objektív jellegét valószínűtlenné teszi, ha a fájdalom kisugárzása nem felel meg az anatómiai lokalizációnak: éppen a jelzett területen nincs nyomásérzékenység, vagy nem a típusos képleteknek a legkifejezettebb a nyomásérzékenysége. Nyilvánvaló, hogy a vizsgált személy meg sem kísérelte erő kifejtését, ha az aktív mozgásra felszólításkor, nem tapintható izomfeszülés.

- Az analgetikumok általában kevésbé hatásosak, mint a szedatívumok.
- A mozgásszervi betegségek kezelésében alkalmazott eljárások, mint a balneoterápia, gyógytorna, elektroterápia a betegek állapotát nem javítják, sőt romlását és változatos mellékhatásokat idéznek elő. A betegek általában nehezen tolerálják a meleget és elektromos áram hatását.
- A pszichogén reumatizmus diagnózisának megállapításához feltétlenül szükséges a beteg pszichológiai vagy pszichiátriai vizsgálata.

A RM betegségek a pszicho-szomatikus orvosi személet egyik legfontosabb területét képezik. Mind a patomechanizmusokra és a terápiákra irányuló további vizsgálatokban, mind a hétköznapi gyakorlatban a reumatológus és a pszichiáter szakemberek együttműködése szükséges.

Irodalom

- Allen LA et al: Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: a review of literature. Psychosom Med. 2002;64:939-50.
- Ainiala H, Loukkola J,Peltola J, Korpela M, Hietaharju A. The prevalence of neuropsychiatric syndromes in systemic lupus erythematosus. Neurology. 2001 Aug 14;57(3):496-500.
- Ang DC., Choi H., Kroenke K., Wolfe F.: Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. J.Rheumatol., 2005, 32 ,1013-1019
- Arnold LM, Keck PE, Welge JA. Antidepressant treatment of fibromyalgia. Psychosomatics 2000;41:104-113.
- Bair MJ: Depression and pain comorbidity.Arch Intern Med, 163:2433-2442, 2003
- Von Knorring L:The experience of pain in depressed patients. Neuropsychobiology. 1975;1:155-165.
- Bao Y, Sturm R, Croghan TW. A national study of the effect of chronic pain on the use of health care by depressed persons. Psychiatric Services. 2003;54:693-697
- Bazzichi L, et al: Quality of life in rheumatoid arthritis: impact of disability and lifetime depressive spectrum symptomatology.: Clin Exp Rheumatol. 2005 Nov-Dec;23(6):783-8.
- Belső N. Rihmer Z.: A depresszió szövődményei. Praxis. 8:9-17, 1999.
- Böszörményi Z., Moussong-Kovács E.: Orvosi pszichológia. Budapest 1967. 320.
- Brage S, Sandanger I, Nygard JF. Emotional distress as a predictor for low back disability: a prospective 12-year population-based study. Spine. 2007 Jan 15;32(2):269-74.
- Brown SC, Glass JM, Park DC. The relationship of pain and depression to cognitive function in rheumatoid arthritis patients. Pain. 2002 Apr;96(3):279-84
- Brown ES, Suppes T: Mood symptoms during corticosteroid therapy: a review. Harv Rev Psychiatry 1998; 5:239-246
- Cleveland S. et al.:. Psychological factors in juvenilis reumatoid arthritis. Arthr. Rheum. 1965, 8:1152
- Carragee EJ,Alamin TF, Miller JL, Carragee JM. Discographic, MRI and psychosocial determinants of low back pain disability and remission: a prospective study in subjects with benign persistent back pain. Spine J. 2005 Jan-Feb;5(1):24-35.

- Conner TS, Tennen H,Zautra AJ, Affleck G,Armeli S, Fifield J. Coping with rheumatoid arthritis pain in daily life: within-person analyses reveal hidden vulnerability for the formerly depressed. Pain. 2006,15;126(1-3):198-209.
- Covic T, Tyson G, Spencer D, Howe G.: Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors. J Psychosom Res. 2006;60(5):469-76.
- Crosby LJ. Stress factors, emotional stress and rheumatoid arthritis disease activity**.** J Adv Nurs. 1988 Jul;13(4):452-61.
- Currie SR, and Wang J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. Pain. 2004;107:54-60.
- Danoff-Burg S,Revenson TA,Trudeau KJ, Paget SA. Unmitigated communion, social constraints, and psychological distress among women with rheumatoid arthritis. J Pers. 2004;72(1):29-46.
- Dermot J. Ward: Rheumatoid Arthritis and Personality: A Controlled Study . Br Med J. 1971, 8; 2(5757): 297–299.
- Dickens Ch., McGowan L., Clark-Carter D., Creed F.: Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature with meta-analysis. Psychosomatic Medicine, 2002, 64, 52-60.
- Dworkin RH, Gitin MJ. Clinical aspects of depression in chronic pain patients. J Clin Pain.1991;7:79-94.
- Edworthy SM et al: Group psychotherapy reduces illness intrusiveness in systemic lupus erythematosus. J Rheumatol. 2003 May;30(5):1011-6
- Evers AW, Kraaimaat FW, Geenen R, Jacobs JW, Bijlsma JW.: Longterm predictors of anxiety and depressed mood in early rheumatoid arthritis: a 3 and 5 year followup. J Rheumatol. 2002;29(11):2327-36
- Falk WE, Mahnke MW, Peskanzer DC (1979). Lithium prophylaxis of corticotrophin-induced psychosis. JAMA 241:1011-12.
- Fava M. Depression with physical symptoms: treating to remission. J Clin Psychiatry Suppl7, 2003;64:24.28.
- Freeman C, Calsyn D, Louks J. The use of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory with low back pain patients. J Clin Psychol. 1976 Apr;32(2):294-8.
- Freeman K, Hammond A,Lincoln NB. Use of cognitive-behavioural arthritis education programmes in newly diagnosed rheumatoid arthritis. Clin Rehabil. 2002 ;16(8):828-36.
- Gillette RD. Behavioral factors in the management of back pain**.** Am Fam Physician. 1996 Mar;53(4):1313-8.
- Goldman LS and Joseph Goveas J**:** Psychosomatics 43:495-497, December 2002 Olanzapine Treatment of Corticosteroid-Induced Mood Disorders
- Greco T, Eckert G, Kroenke K: The outcome of physical symptoms with treatment of depression. J Gen Intern Med, 2004;19:813-818.
- Hall RCW, Popkin M, Stickney S, et al: Presentation of "steroid psychosis". J Nerv Ment Dis 167:229-236, 1979
- Hall RCW, Beresford TP: Psychiatric manifestations of physical illness, in Michels R, Cavenar JO, Brodie HKH et al(eds): Psychiatry, Vol 2, 1989, Philadelphia, J.B. Lippencott Co, chapter 88, p 9
- Hamilton NA, Zautra AJ, Reich JW. Individual differences in emotional processing and reactivity to pain among older women with rheumatoid arthritis. Clin J Pain. 2007 ;23(2):165-72.
- Hanly JG, Fisk JD, McCurdy G,Fougere L,Douglas JA. Neuropsychiatric syndromes in patients with systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 2005 ;32(8):1459-6.

- Hawley DJ, Wolfe F. Depression is not more common in rheumatoid arthritis: a 10-year longitudinal study of 6,153 patients with rheumatic disease.J Rheumatol. 1993 Dec;20(12):2025-31.
- Hawley DJ, Wolfe F,Lue FA,Moldofsky H. Seasonal symptom severity in patients with rheumatic diseases: a study of 1,424 patients.J Rheumatol. 2001;Aug;28(8):1900-9.
- Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. Health Psychol. 2007 Jan;26(1):1-9.
- Karjalainen K, Malmivaara A, Mutanen P, Roine R, Hurri H, Pohjolainen T. Mini-intervention for subacute low back pain: two-year follow-up and modifiers of effectiveness. Spine. 2004 May 15;29(10):1069-76.
- Karpa KD et al. Duloxetine pharmacology: profile of a dual monoamine modulator. CNS Drug Rev 2002;8:361-376.
- Kopp M, Szedák S, Lőke J és mtsai. A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. Lege Artis Medicinae,1997; 7: 136-144.
- Kozora E, Ellison MC, West S. Depression, fatigue, and pain in systemic lupus erythematosus (SLE): relationship to the American College of Rheumatology SLE neuropsychological battery. Arthritis Rheum. 2006 Aug 15;55(4):628-35.
- Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a criticalreview of clinical trials. Psychother Psychosom.2000;69:205-15.
- Kwiatkowska B., Filipowicz-Sosnowska A., Przygodzka M., Ptaszynski R.:Depression in rheumatoid arthritis patients-pilot study. Magy.Reumatol. Suppl, 2004, 45 , 76. (Absztr.)
- Kudoh A et al. Effect of carbamazepine on pain scores of unipolar depressed patients with chronic pain: a trial of off-on-off-on designe.Clin J Pain, 1998; 14(1):61.5.
- Lewis DA, Smith RE: Steroid-induced psychiatric syndromes: A report of 14 cases and a review of the literature. J Affect Dis 5:319-332, 1983
- Ling MH, Perry PJ, Tsuang MT (1981). Side effects of corticosteroid therapy: psychiatric aspects. Arch Gen Psychiatry 38:741-7.
- Lindal E, Uden A. Why do people seek medical advice for back pain: a comparison of consulters and nonconsulters. Clin J Pain. 1989 Dec;5(4):351-8.
- Linton S. A review of psychological risk factors in back and neck pain. Spine. 2000;25:1148-1156.
- Linton SJ, Boersma K, Jansson M, Svard L, Botvalde M. The effects of cognitive-behavioral and physical therapy preventive interventions on pain-related sick leave: a randomized controlled trial. Clin J Pain. 2005;21(2):109-19.
- Mac Sween A,. Brydson G., Fox KR.: Physical self perceptions of women with
- rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum., 2004, 51 , 958-963.
- Naber D, Sand P, Heigl B.: Psychopatological and neuropsychological effects of 8-days corticosteroid treatment.Psychoneuroendocrinology 21: 25-31,1996
- Nelson DV, Turner JA, McCreary C. MMPI short forms as predictors of response to conservative treatment for low back pain. J Clin Psychol. 1991;47(4):533-7
- Neutel CL.: Corticosteroid-induced adverse psychiatric effects: incidence,diagnosis and management, Drug.Saf. 22:111-122 (2000).
- Ohayon MM et al: Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. Arch Gen Pschiatry, 2003;60:39-47.
- Ormos G., Tóth E.: A pszichogén rheumatizmus. Magyar Pszichológiai Szemle 1981.6.575-585.

- Pincus T, Burton A, Vogel S, et al. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. Spine. 2002;27:E109-20.
- Palkonyai E, Kolarz G, Kopp M,Bogye G, Temesvari P, Palkonyay L,Ratko I, Meszaros E. Depressive symptoms in early rheumatoid arthritis: a comparative longitudinal study. Clin Rheumatol. 2007 Feb 28;
- Palkonyai E., Temesvari P., Kopp M., Ratkó I.: Pszichologiai veszélyeztetettség fiatal korai rheumatoid arthritises betegekben. Magyar Reumatológia, 2002, 43, 150 (Absztr.).
- Palkonyai É.: Doktori disszertáció SOTE 2006.
- Palkonyai E. et al.: Predicting factors for severity of
- rheumatoid arthritis: a multicenter cohort study of 172 patients. Magyar Reumatológia, 2004, 45. Suppl (Absztr.).
- Persson LO,Larsson BM,Nived K, Eberhardt K. The development of emotional distress in 158 patients with recently diagnosed rheumatoid arthritis: a prospective 5-year follow-up study. Scand J Rheumatol. 2005;34(3):191-7.
- Perry PJ, Tsuang MT, Hwang MH (1984). Prednisolone psychosis: clinical observations. Drug Intel Clin Pharm 18:603-8.
- Piccinni A et al: Clinical significance of lifetime mood and panic-agoraphobic spectrum symptoms on quality of life of patients with rheumatoid arthritis.: Compr Psychiatry. 2006 May-Jun;47(3):201-8.
- Pincus T.: Psychological factors and rheumatoid arthritis. International Journal of Advances in Rheumatology 2003, 1, 58-63.
- Polatin PB, et al. Psychiatric illness and chronic low-back pain: The mind and the spine-which goes first? Spine. 1993;18:66-71.
- Regier DA, Narrow WE, Rae DS, et al., The de facto US Mental and Addictive Disorders System. Arch Gen Psychiatry 1993;50:85-94.
- Sivik TM. Personality traits in patients with acute low-back pain. A comparison with chronic low-back pain patients. Psychother Psychosom. 1991;56(3):135-40.
- Sharpe L, Sensky T, Timberlake N, Ryan B, Brewin CR, Allard S. A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioural intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: preventing psychological and physical morbidity. Pain. 2001 Jan;89(2-3):275-83.
- Sharpe L, Sensky T, Timberlake N, Ryan B,Allard S. Long-term efficacy of a cognitive behavioural treatment from a randomized controlled trial for patients recently diagnosed with rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford). 2003 Mar;42(3):435-41.
- Soderlin M., Hakala M., Nieminen P.: Anxiety and depression in a communitybased rheumatoid arthritis population. Scand.J.Rheumatol., 2000, 29 , 177-183.
- Solomon G. F.: Psychophysiological aspects of rheumatoid arthritis autoimmunity. In: Hill, O. W. (Ed): Modern Trends in Psychosomatic Medicine, Vol II. Butterworth,
- London, 1970.
- Sternbach RA, Murphy RW, Akeson WH, Wolf SR. Chronic low-back pain the "low-back loser". Postgrad Med. 1973 May;53(6):135-8.
- Sullivan MJ et al: The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations. Pain.1992;50:5.13.
- Terao T: Lithium therapy for corticosteroid-induced mood disorder. J Clin Psychiatry. 2001 Jan;62(1):57-8.

- Tóth E.:A spondylarthritis ankylopoetica és a polyarthritis chronica progressiva betegségcsoportok pszichodiagnosztikai módszerekkel történt összehasonlító vizsgálata. Rheum. Balneol. Allergol. XIII. 1972. 29-36.
- Tóth E. : A spondylarthritis ankylopoetica és polyarthritis chronica progressiva betegcsoportok feszültségszabályozási alakzatai a Rorschach-próba tükrében. Rheum. Balneol. Allergol. 1974.XV. 230-234.
- Tóth E., Szívós A.: Polyomyelitises betegek psychodiagnosztikai eszközökkel végzett személyiségvizsgálata. Rheum. Balneol. Allergol. 1974. XV.163-170.
- Tóth E., Korányi Á.: Spondylarthritis ankylopoetica tüneteit utánzó hysteroid
- characterneurosis. Rheum. Balneol. Allergol. 1975. XVI. 216-221
- Vértes P., Tóth E.: Ágyéki porckorongsérv miatt laminectomiált betegek mozgásszervi és személyiség vizsgálata. Rheum. Balneol. Allergol 1977. XVIII. 90-98.
- Wada K, Yamada N, Sato T, Suzuki H, Miki M, Lee Y, Akiyama K, Kuroda S: Corticosteroid-induced psychotic and mood disorders: diagnosis defined by DSM-IV and clinical pictures. Psychosomatics 2001; 42:461-466
- Wolfe F, Ross K, Anderson J, et al. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. Arthritis Rheum 1995;38:19-28