Magyar Pszichológiai Szemle 1981.6.575-585

A PSZICHOGÉN REUMATIZMUS

ORMOS GÁBOR-TÓTH ETELKA
Országos Reuma és Fizioterápiás Intézet

A szerzők áttekintik a „reuma és psziché" témakörét, azokat a gyulladásos és nem gyulladásos reumatológiai kórképeket, melyek etiológiájában az irodalmi adatok szerint szerepelhet pszichés tényező. Ezektől különítik el a pszichogén reumatizmust, mint önálló betegséget, melyben a mozgásszervi panaszok kiváltásában a pszichogén faktor az elsődleges. Felsorolják azokat a mozgásszervi anamnesztikus és fizikális vizsgálati jellegzetességeket, melyek alapján a reumatológus feladata pszichológushoz irányítani a beteget, pszichodiagnosztika, illetve pszichoterápia céljából. Részletezik, 121, ily módon kiválasztott beteg pszichodiagnosztikai vizsgálatának eredményeit és összehasonlítják azokat korábbi, más mozgásszervi betegségcsoportokban végzett vizsgálataikkal

A pszichogén reumatizmus kifejezés 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. Ezek elsődlegességét azért hangsúlyozzuk, mert a krónikus betegségekhez előbb vagy utóbb kóros pszichés reakciók társulnak. Különösen jellemző ez a mozgásszervi betegségekre, amelyek vezető tünetei a fájdalom mellett a deformitások, a mozgáskorlátozottság.

A „reuma és psziché" témakörébe sorolható számos olyan, külföldi szerzők által képviselt nézet, amely a kóros immunológiai folyamatok, illetve gyulladásos reumatológiai kórképek kialakulásában döntő szerepet-tulajdonit a személyiségnek, a pszichés traumának (9, 11, 14, 22, 25, 27, 34). 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 említi a rheumatoid arthritist és a spondylarthritis ankylopoeticát (6). Több hazai közlemény is foglalkozik a különböző reumatológiai kórképekben végzett személyiségvizsgálatokkal (43-47), azonban a külföldi irodalommal egybevetve a krónikus gyulladásos reumatológiai betegségek szomatopszichológiai és pszichoszociális vonatkozásai, a hazai medicina méltatlanul elhanyagolt területei.

Az idegesség, fáradtság, gyengeség, fogyás, étvágytalanság, kóros vazomotoros reakciók szinte minden gyulladásos reumatológiai betegség klinikai képéhez hozzátartoznak, mint általános prodromális tünetek. A pszichés tünetek megjelenésekor gondolni kell egyes autóimmun betegségek idegrendszeri szövődményeire (pl. szisztémás lupus erythematosus) és számolni kell az alkalmazott gyógyszerek esetleges pszichés mellékhatásaival (p1. szteroidok).

Az ugyancsak gyulladásos kórképek közé tartozó arthritis uricában szenvedő betegek alkati sajátosságai közismertek.

Az egészséges emberek 40-60%-ánál is előfordulnak ún. „fájdalommal teli percek" strukturális elváltozások nélkül is (39).

A pszichés tényezők a reumatológiában az ún. „lágyrészreumatizmus" körébe tartozó, nem gyulladásos kórképek (fibrositisek, myalgiák) kiváltásában szerepelnek leggyakrabban kórokként (37). A pszichés betegségekhez társuló mozgásszervi tünetekről, a pszichiátriai kórképek mozgásszervi megnyilvánulásairól számos irodalmi adat jelent meg. Kevésbé elfogadottak a szimbólumrendszereken alapuló ún. pszichoszomatikus mozgásszervi tünetegyüttesek (39, 43, 44, 36). A mozgásszervi panaszok tudatos aggraválása, szimulálása nem tartozik e tárgykörbe. A pszichogén reumatizmus önálló klinikai egység, amelyet mindezen kórképektől, tünetektől el kell különíteni.

A pszichogén reumaizmust a következő típusokba sorolhatjuk (24):

1. Tiszta forma: klinikai, laboratóriumi, radiológiai eltérések nincsenek, organikus reumatológiai betegség nem áll fenn.
2. Szuperpozíció: Kóros pszichés tünetek és organikus mozgásszervi elváltozások együttesen vannak jelen, azonban a szubjektív panaszok, és az objektív eltérések között aránytalanság mutatkozik.
3. Reziduális panaszok: Az organikus betegség lezajlása után a beteg panaszai fennmaradnak, azonban jellegük változik, színesebbek, nem objektivizálhatók.

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 klinikai vizsgálatok sorrendjében lépésről lépésre közelíthetünk a pszichogén reumatizmus fennállásának igazolásához:

1. Az anamnézis felvételekor feltűnik, hogy a panaszok színesek, diffúzak. Többnyire nem is fájdalomról van szó, inkább nyilallást, égést, zsibbadást, lüktetést, szubjektív merevséget, duzzadtságot érez a beteg. 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.
2. 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.
3. 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 mobilitása, izomspazmus, atrófia, reflexeltérések, stb. Ezekkel ellentétben a mozgáskorlátozottság megállapításához a vizsgált személy közreműködése is szükséges. Így a fizikális státus 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 (bursa, íntapadás, ideglefutásnak megfelelő pontok, stb.) a legkifejezettebben nyomásérzékenyek. A vizsgálatkor gyakori, hogy a fájdalmat inadekvát helyen jelzi a beteg, pl. a Lasegue jel vizsgálatakor a vizsgáló által fogott bokán. Továbbá, pl. nyilvánvaló, hogy a vizsgált személy meg sem kísérelte erő kifejtését, ha az aktív mozgásra felszólításkor, nem tapintható izomfeszülés. Jól hasznosíthatók még az aggraváció leleplezésére alkalmazható müfogások, amelyeket korábban közöltünk.

4. Az analgetikumok általában kevésbé hatásosak, mint a szedatívumok.

5. 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.

6. A pszichogén reumatizmus diagnózisának megállapításához feltétlenül szükséges a beteg pszichológiai vagy pszichiátriai vizsgálata.

Pszichológiai vizsgálatra az előbbiekben ismertetett szempontok alapján a reumatológus által kiválasztott 121 beteg került. A betegeknél biográfiai anamnézist. Langen-féle célzott explorációt és Rorschach pszichodiagnosztikai vizsgálatot véneztünk. A betegek nem szerinti megoszlása: 73 nő és 48 férfi. A7 életkor 20-60 évig terjedt, átlagéletkor: 31,6 év. Foglalkozás szerinti megoszlás: 22 fő egyetemi és főiskolai végzettségnek megfelelő munkakörben dolgozik. +67 fő munkás, 19 fő adminisztratív munkakört lát el, 13 fő egyéb foglalkozású.

I.
A biográfiai anamnézis és a Langen-féle célzott exploráció eredményei. Gyermekkori személyiségfejlődés

A biográfiai anamnézis elemzése folyamán megállapítottuk, 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), 32 beteg esetében a szülők házasságában látszólag harmónia uralkodott. A családban felszínesen az apa dominanciája volt a döntő, a feleségnek a férjjel szembeni oppozíciója rejtett volt, azonban a metakommunikatív aktusok indirekt alkalmazásával valójában az anya irányította a családot. A betegek túl szigorú, ridegen lelkiismeretes, gyermeküket magukhoz láncoló anya-modellről számoltak be.

II.

Betegségkiváltó szituációk.
Emocionálisan ható konfliktus-helyzetek

Betegeink 62%-a spontán és ismételten beszámolt arról, hogy életükbe sorozatos sérelem, kudarc vagy megaláztatás érte őket. Közvetlen környezetük (családjuk vagy munkahelyük) kihasználja őket, viszont önfeláldozásukért elismerés elmarad.

A biográfiai anamnézis adatai alapján a következő kritikus helyzeteket tudtuk elkülöníteni:

a) Emocionális krízisek, emocionálisan megrázó események, szignifikáns személyek elvesztése (tárgyvesztést követő depresszió).

b) A közvetlen környezettel kapcsolatos tartós és megoldatlan emocionális feszültségek.

c)Az életeseményekben, szociokulturális viszonyokban bekövetkezett hirtelen változás amely közvetett hatást gyakorolhat a szomatikus tünet kialakulására. 26 betegünk élettörténetében 33 és 40 éves kor között hosszú ideje fennálló, intenzív emocionális feszültség (állás-, lakás gondok stb.) hirtelen megoldását találtuk. Pertorini ezt az emocionális szituációt „amikor mindenük megvan" belső konfliktusként, Paul Kielholcz az ún. „tehermentesítési depresszió" fázisaként értelmezi.

d) A családi mikromiliőben lejátszódó rejtett interakciós feszültségek szerepe. Azok a betegeink, akik kórosan megkötő szülőkapcsolatról számoltak be, későbbi, felnőtt életükben a gyermekkorban látott reláció azonos mintáját valósították meg: a külvilágnak szóló harmónia köntöse alatt a házastárssal metakommunikatív síkon állandó harcot folytatnak, korábban a mártír, jelenleg a mozgásszervi beteg szerepében, finoman agresszív, mégis domináns módon irányítják. Azoknak a betegeinknek, akiknek gyermekkorában inkább a manifeszt problémák (válás, nehéz szociális körülmények, apa alkoholizmusa) domináltak, vagyis valójában olyan éles, a gyerekek számára is jól észlelhető nyílt konfliktusok, amelyek során a gyermek érzelmi állásfoglalása és azonosulása, a szülői modell megválasztása egyértelmű volt - házasságukban a szülői-minta „negatív lenyomata" kelt életre - az érzelmi program belső tagadásából. A családi élet betegeink 32%-ánál súlyosan zilált, diszharmonikus volt, viszont gyermekeikre hivatkozva mindenáron a házasság fenntartásán fáradoztak. Házastársukban nagyon sokszor nem találtak megfelelő szexuális partnert, csak „vélt" vagy „valódi" szülőhelyettest. A családon belüli házastársi feszültség időszakai a betegség exacerbálódásával egybeestek. Betegeink többsége súlyos egzisztenciális, munkahelyi problémáit verbálisan közölte, emocionális konfliktusaikról csak metakommuníkatív aktusokkal ínformáltak. A betegek nagy része a világ, de leginkább önmaga előtt titkolja adaptációs nehézségeit, emocionális izoláltságát.

III.
Pszichodiagnosztikai eredmények
(Rorschach)

Betegeink 53%-ánál szűk érdeklődést, sekély aspirációt találtunk, 18%-át a „common sense" gyakorlati elve irányítja, ezek a betegek praktikusak is, realisták is, de narcisztikusak, decentrálásra képtelenek. Betegeink 53%-án kifejezett adaptációs zavarokat, inadekvát önérvényesítési törekvést, bizonytalanságot, menekülő attitűdöt találunk. A személyiség sokféle aspektusát tükröző élménytípusok közül az ambiequális élménytípus szerepelt magas százalékban. Ez beszabályozott, fékezett személyiségre utal a felszíni magatartást tekintve, mintha emocionális életüket is tartósan és jól fékeznék, valójában azonban bizonytalan, szorongó, határozatlan egyéniségre hívja fel a figyelmet. Az élménytípust hitelesítő másodlagos formában a fordított tendencia dominál, amely viselkedés és vágyak diszharmóniájára, fokozott szorongásra

utal. A szenzorialitás indulatosságra, robbanékonyságra figyelmeztet és a viselkedés helyzet-determináltságát mutatja. Betegeink cselekvését intoleranciájuk sürgeti és a szorongás csökkentése vezérli, de az ambiequális élménytípus azt is jelzi, hogy jelentős részüknek, legalábbis a felszíni magatartást tekintve, ezt a robbanékonyságot sikerült megfékeznie.

Betegeinkre az indulati kötődésekhez viszonyított túlzott szorongás a jellemző, bár az energetikai indíték kevés, a tevékenységet mégis szorongás kíséri, a viselkedés bűntudatos. A feszültségszabályozási alakzatok, az elhárító mechanizmusok állandónak tekinthetők: a helyzetileg determinált „válaszban" az egyén egész élettörténetével vesz részt: már kialakult viselkedési mintáival, elvárásaival, szokásaival, kudarcaival és eredményeivel együtt.

A vizsgált betegcsoportra 63%-ban jellemző a regressziós feszültségcsökkentés, amely az interperszonális kapcsolatokban a feltétel nélküli szeretet- és gondozás-igényben, a magatartás síkján a decentrálás hiányában mutatkozik meg. A reakcióképződés alacsony nívójú én-mechanizmusában a feszültség az indulattal ellentétes szokásban némileg korlátozódik, de intenzitása megmarad, a szelíd, türelmes, beszabályozott magatartás az agresszív beállítottság ellensúlyozását szolgálja. A reakcióképzéssel formált szemérem és szelídség, amely a körülményektől függetlenül nyilvánul meg, túlzott merevségével a beteg számára állandó alkalmazkodási veszélyt jelent.

Az azonosítás - az én-fejlődés és az alkalmazkodás egyik alapvető formája - éppen emocionális és hangulatilag terhelt helyzetekben alig funkcionál, ilyenkor felszínre kerülnek az adaptációs nehézségek.

A harmonikus, az egyéniségnek megfelelő kapcsolat-készség mutatója, amelynek feltétele az érzelmi érettség és az érzelmi feszültség racionális ellenőrzése, betegeinket nem jellemzi. A beszabályozott, konvencionális felszíni magatartás ideig-óráig leplezi a kötődési labilitást, a feszültséget, a kapcsolati nyugtalanságot, az alapvető adaptációs nehézségeket.

Az interperszonális kudarcok sorozatának tükre, a kapcsolatképzés negatív mutatója, a kapcsolódás igénye manifesztálódik, jelezve az indulati túlfűtöttséget, a keresés feszültségét a kötődés igazi készsége nélkül, a latensen élő konfliktusok ellentmondásait.

Figyelmeztet arra is, hogy az érzelmi igény nem emeli, hanem gátolja a teljesítményben való realizálást.

Betegeinknél az önállóság és alkalmazkodás egymást kiegyensúlyozó, személyiség számára harmonikus összhangot biztosító egysége, dinamikája alig alakult ki. Betegeink többsége dependens, függő egyéniség, könnyen befolyásolható, főként a bűntudat fonalán hozhatók függő helyzetbe. A szorongásos jegyek sűrűsödése alacsony tűrőképességre, szenzitivitásra, a szituatív feszültség nehéz elviselésére és az ebből fakadó adaptatív konfliktusokra figyelmeztet.

Megbeszélés

A pszichogén reumatizmusban leggyakoribb panasz a fájdalom. A fájdalomérzésben alapvető a központi idegrendszer, elsősorban a talamikus és limbikus rendszerek szerepe. A klinikumban gyakran merül fel a kérdés, adott esetben a fájdalom spinális, perifériás vagy pszichés eredetű-e?

Merskey úgy definiálja a fájdalmat, mint kellemetlen érzést, melyet elsősorban szövetkárosodással kapcsol össze. Megkülönböztet fizikai, organikus, testi fájdalmat, szemben a pszichogén, funkcionális, atipusossal. Az ún. „beképzelt, képzelt" kifejezés nem helyes, mert a pszichogén fájdalom a beteg számára valódi.

Az organikus fájdalom pszichés komponense néha annyira előtérben áll, hogy félrevezető lehet, átmenetileg placebóra vagy pszichoterápiára szűnhet, teátrálisan adható elő, néha emocionális stressz-helyzetekben manifesztálódhat. A pszichogén fájdalmat is átmenetileg gyakran szünteti valamilyen kezelés, fizikoterápia vagy műtéti beavatkozás, a panaszok kezdetét gyakran datálja a beteg fizikai traumától, vagy organikus laesióval hozza összefüggésbe (40).

A pszichogén fájdalom kiváltó okairól, körülményeiről keveset tudunk. Nyilvánvaló, hogy a fizikai fájdalom nem választható el az egyén pszichés állapotától, és megfordítva: bizonyos körülmények között a pszichés „szenvedés" valódi szomatikus jellegű fájdalomban is manifesztálódhat. Egyesek ezt nevezik pszichogén fájdalomnak.

A kérdést más oldalról közelítette meg Melzak és Wall. Szerintük a fizikai fájdalom, mint aránylag egyszerű perifériás neurológiai kezdődik, ennek tudatosulása az agykéregben bonyolult és nem teljesen facilitációs és gátló rendszeren keresztül történik. Az ún. „kapu-teória" az afferentáció spinális szinten végbemenő modulálása (33).

A magasabb szintek befolyásoló szerepe teszi érthetővé fájdalom-toleranciát, küszöböt; másrészt azt, hogy fájdalom nemcsak a perifériás receptorokon keresztül keletkezhet. Ilyen pl. az amputáció után jelentkező fantom-fájdalom és a hipnózissal kiváltott fájdalom. Ugyancsak nem perifériásak az epilepsziás fókuszból eredő érzészavarok sem. Az átélt fájdalomemlékek bizonyos körülmények között ismét jelentkezhetnek.

A szakirodalom és elvégzett vizsgálataink alapján fokozottan hajlamos egyénre jellemzők:
A szelíd, türelmesnek látszó, szabályozott, fékezett felszíni magatartás mögötti szorongás, elfojtott agresszió, fokozott bűntudat, függőség, tárgyvesztés utáni állapot.

Minden lényeges személyiséglélektani irányzat megegyezik abban, hogy a felnőtt személyiség adekvát vagy deviáns fejlődésében a korai életévek tanulási és modellképzési formái, illetve hibái döntőek. Egy adott helyzetben levő feszültség oldásának módja, az „egyéni válaszminta specificitás" (Lacey), p1. a feszültségnek a mozgásszervre való áttétele fixálódhat, ha az az egyén korai fejlődési fokain valamikor sikeres volt. Ezek a megoldások bizonyos, betegség-kiváltó szituációkban", konfliktus-helyzetekben előtérbe juthatnak a személyiség aktuális funkcióképességétől függően. Így jöhet létre pszichogén eredettel egy esetleg meggyengült szerven vagy szervrendszeren a betegség. Tünetképzéshez az affektív faktor és szomatikus folyamatok bonyolult kölcsönhatása vezet. Az affektivitás reprezentációjául szolgáló pszichomotóriumban kóros mozgási és tartási sztereotípiák, tartós izomspazmusok jönnek létre. A következményes izomzati hipoxia, fájdalom, degeneratív elváltozások circulus vitiosist képeznek. Így következhetnek be a funkcionálistól a funkcióbeli eltéréseken keresztül az organikus szintet elérő elváltozások (22, 25, 12, 18).

A pszichogén reumatizmus manifesztálódása meghatározóan függ az emocionális megterhelés túl erős vagy túl hosszú fennállásától, az egyéni válaszminták és az elhárító mechanizmusok inadekvát voltától valamint az „orgánvulnerabilitás" fokozottságától.

A biográfiai anamnézis elemzése folyamán a család, mint elsődleges szociális struktúra részletes vizsgálata felhívja a figyelmet néhány közös, a gyermekkori családban érvényesülő patogén hatásra, amely gátolta az integrált, érett, harmonikus személyiség kialakulását. A traumatizáló élmények kora gyermekkorban kezdődtek, és betegeink olyan fokú irreverzibilis emocionális károsodást szenvedtek, amely későbbi életük adaptatív mechanizmusait, azok rigiditását vagy labilitását alapvetően meghatározták.

A fent ekben vizsgált beteganyag eredményeit összehasonlítottuk a korábbiakban vizsgált egyéb mozgásszervi betegségben szenvedő személyek adataival (rheumatoid arthritis. spondylarthritis ankylopoetica, st. p. Heine Medin, ágyéki porckorongsérv miatt operált betegcsoportok),

valamint hysteroid psychoneurosis spondylarthritis ankylopoetica tüneteit utánzó esettel (43-47).

A betegségkiváltó szituációk közül az emocionális krízishelyzeteket rheumatoid arthritises betegeink 34%-ában verifikáltuk; laminectomizált betegeink esetében csupán a jól sikerült műtét után nem javuló betegeinknél találtuk igen színes, több tényezős betegségkiváltó szituációt. Említett közleményeinkben részletesen elemeztük a különböző betegcsoportokra jellemző pszicho diagnosztikai eredményeket.

A spondylarthritis ankylopoetica és a rheumatoid arthritis betegségcsoportok pszichodiagnosztikai módszerekkel történt összehasonlító vizsgálata során beszámoltunk a két csoport személyiségszerkezetének lényeges különbségéről.

Az előbbiek személyisége lendületesebb, energikusabb, alkalmazkodóképesebb, jellemzőjük a kompenzáció és az elaboráció. Az utóbbiak beszabályozottak, kevés energetikai indítékkal rendelkeznek, túlzottan szorongóak. A betegség késői stádiumában mindkét csoportot koartatív, illetve koartált, élménytípus jellemzi. A Heine-Medines 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 azonban mindig találkozunk teljesítményvággyal, akarati erőfeszítéssel, a belátás, a racionalizálás, az alkalmazkodási készség elaborációs jegyeivel.

Összefoglalás

A pszichogén reumatizmus multifaktoriális etiológiájú betegség, a tünetek kiváltásában pszichés faktorok játszanak döntő szerepet.

A testi és lelki dinamikus történés keretében a kóros lelki fejlődés, a pszichés állapot zavara manifesztálódik a mozgásszervek funkciózavarában, ill. meg-betegedéseiben. A mozgásszervek funkcióbeli és morfológiai elváltozásainak megítélése - egyáltalában fennállnak-e, vagy adekvátak-e, arányosak-e a beteg panaszaival - reumatológus, ortopéd, neurológus, radiológus, stb., míg a beteg pszichés állapotának szakszerű feltárása pszichológus, pszichiáter feladata. A diagnózis megállapítása csak hosszmetszeti obszervációval és team-munkával lehetséges.

A kórkép diagnosztizálása nagy körültekintést igényel, mivel az terápiás, jogi és szociális következményekkel jár.

A pszichogén reumatizmus mozgásszervi betegségeken belüli helye, klasszifikációja még vitatott, a kórkép részletesebb megismerését azonban a gyakorlati tapasztalatok alapján szükségesnek és időszerűnek tartjuk. Annál is inkább, 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.

Hangsúlyozni kívánjuk, hogy ezek az emberek betegek, de betegségük lényege - ha bármilyen mozgásszervi tünetekkel jelentkezik is - a pszichés diszfunkció. Az ilyen beteg gyógyításra és gondozásra szorul, bár ez gyakran nejéz, sok türelmet és megértést kíván.

Kiemeljük a pszichológus szerepét, mivel a diagnosztizálásban a pszichológiai exploráció és a pszichodiagnosztikai vizsgálatok, míg a kezelésben pszichoterápia alapvető jelentőségű.

Ezúton fejezzük ki köszönetünket dr. Császár Gyula és dr. Vértes Péter főorvos uraknak értékes tanácsaikért és támogatásukért.

-A közlemény a szerkesztőségbe érkezett: 1979. XII. 7.

IRODALOM

1. Alexander, F. et al.: Psychosomatische Medizin. De Gruyter: Berlin (New York),.
2.Ammon, G.: Dinamische Psychiatrie. Luchterhand: Darmstadt und Neuwied, 1973. -~"km
3. Ammon, G.: Psychoanalyse und Psychosomatik. Piper: München, 1974.
4. Bagdy E., Császár, GY.: Psychosomaticus betegségek I. és II. Med. Univ. 1974. 26. 2 : 77..
5. BAGDY E., CsÁszAR GY.: A psychosomaticus betegségek kezelésének általános elvei az ambuláns utókezelés lehetőségei myocardialis infarctusban. Újpesti Rend. Int. Évkönyve: Budapest, 1975.
6. BösZÖRMÉNYI Z., MoussoNG-KOVÁCS E.: Orvosi pszichológia. Budapest, 1967. 320 o.
7.BUDA B.: Közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei. M. R. T. Tömegkorom. Kut. Központ. Bp., 1974, 25.
8. BUDA B., HAJNAL A.: A család természetéről. Egy rendszerelméleti modell körvonalai. Tömegkomm. Kut. Központ. Bp., 1973, 23.
9. CHATEL A., RIEs E.: Rheumatológia. Medicina, 1966, 226.
10. CHATEL A., RIES E.: Rheumatológia. Medicina, 1966, 169.
11. CLEVELAND, S. E. et al.: Arthr. Rheum. 1965, 8:1152. Psychological factors in ju venilis reumatoid arthritis.
12. CRAMER, A.: Kopfhaltung und Nackenkopfschmerz. Münch. Med. Wschr. 1969, 37:1876.
13. CREMERiUs, J.: Medizinische Poliklinik und Psychosomatik. Zschr. f. psychosom. Med. und Psychoanal. 1971. 17 : 42.
14. CROWN, S.: Psychological aspects of low back pain. Rheum. Rehabil. 1978, 2:114. 15. CsAszAR GY.: Psychosomaticus betegségelmélet. Med. Univ. 1972, 6 : 243. 16. CsAszAR GY.: Psychosomaticus betegségek. Az orvostudomány aktuális problémái. 1976, 25: 75.
17. CsAszAR GY.: A psychosomaticus gyógyítás kérdései. Megjelenés alatti kézirat.
18. ERLICH, G. E.: Psychosomatic aspects of musculosceletic disorders. Postgrad. Med. 1965, 38: 614.
19. EYSENCB, H. J.: The structure of human personality. Mehnen: London, 1970.
20. FREUD, A.: Das Ich und das Abwahrmeohanismen, 1936. Kindler: München, 1972. 21. GARrrER, A., WENAR, C.: The mother-child interaction in psychosomatic disorder. Univ. of Illionis Press, (Ill.), 1959.
22. HALLIDAY, J. L.: Psychosom. Med. Thieme: Stuttgart, 1973.
23. HOLLANDER, J. L.: Arthritis. Lea and Ferbiger: Philadelphia, 1972, 229. o.
24. HOLLANDER, J. L.: Arthritis. Lea and Ferbiger: Philadelphia, 1972, 233. o.
25. SOLOMON, G. F.: Psyehophisiological aspects of rheumatoid arthritis autoimmunity. in Hill, O. W. (Ed): Modern Trends in Psychosomatic Medicine, Vol II. Butterworth, London, 1970.
26. KIELHOLOZ, P.: Die larvierte Depression. Huber Bern/Stuttgart, 1973.
RIMOx, R.: A psychosomatic approach to rheumatoid arthritis. Acta Rheum. Stand. Suppl. 13. 1969.
KLiMES K.: A psychosomaticus betegségszemlélet. Az orvostudomány aktuális problémái 1968, 2: 49.
LACEY, J. et al.: Automatic response specifity. Psychosom. Med. 1953, 15 : 8. LACET, J.: Somatic response patterning and stress. In: Psychological stress: Appleton ('~nturv) Crofts: New York, 1967.
D.: Psychoterapie. Thieme: Stuttgart, 1973.
MARTY. P. et al.: L'investigation psychosomatique. Presses Univ. de France: Paris,

MELZAK. R. and WALL, P. D.: Pain mechanismus, a new theory. Science. 1977,

MARTY, M. et al.: Pain and Mood Patterns in Patients with Rheumatoid arthri:-o Psychosom. Med. 1970. 32:309.

35. NEMIAx, J. C. et al.: Modern trends in psychosomatio medicire. Butterworth: Lon don, 1970.
36. Pohl, W. et al. Pain prone patient. Amer. J. Med. 1955. 26 : 899.

37. Psyche und Rheuma, Psyehosomatische Schmerzsyndrome der Bewegungapparate.. Schwabe/Eular: Basel, 1975.
38. RlMON, R.: Depression in rheumatoid arthritis. Ann. clin. Res. 1974, 6 :171.
39. Rheumatism and the Psyche, VIII-th European Rheumatology Congress Helsinki, 1975. Hans Huber: Bern, Stuttgart, Vienne.
40. ROTHMAN, R. H. et a1.: The Spine. Saunders: Phyladelphia, 1975.
41. Moos, R. H.: Personality in rheumatoid arthritis. J. chr. Dis. 1964. 17 : 41.
42. TiTSCHNER, J. L. et al.: The family in psychosomatic process. Psychosom. Med. 1960, 22:127.
43. TÓTH E.: A spondylarthritis ankylopoetica és a polyarthritis chronica progressiva betegségcsoportok psychodiagnosztikai módszerekkel történt összehasonlító vizsgálata. Rheum. Balneol. Allergol. 1972, 29.
44. TÓTH E.: A spondylarthritis ankylopoetiea és polyarthritis chronica progreasivaa betegségcsoportok feszültségszabályozási alakzatai a Rorschach-próba tükrében. Rheum. Balneol. Allergol. 1974, 230.
45. TÓTH E., Szívós A.: Polyomyelitises betegek psychodiagnosztikai eszközökkel vég zett személyiségvizsgálata. Rheum. Balneol. Allergol. 1974, 163.
46. TÓTH E., KoRANYi A.: Spondylarthritis ankylopoetica tüneteit utánzó hysteroid characterneurosis. Rheum. Balneol. Allergol. 1975, 216.
47. VÉRTES P., TÓTH E.: Ágyéki porckorongsérv miatt laminectomiált betegek mozgás szervi és személyiségvizsgálata. Rheum. Balneol. AllergoL 1977, 90.

O I7CNXOI'EHHOM PEBMATN3ME
I'ASOP OPMOIII-3TEJIKA TOT

B pa60Te paCCMdTpHBaFOTCA BOnpOCbI TeMbI epeBMaTH3M H nCHXHKaA, BOCnaJIHTeJIbHble m He-BOCnaJIHTQJIbHbIe peBMaTHTbI B 3THOJIOrHH KOTOpbIX, COrJIaCHO JIHTepaTypHbiM JJaHHbLM, OnpeJ1eJieHHyIO pOJIb HrpaIOT nciIXHUeCKHe 4IaKTOpbI. OT 3THX 3a60JIeBŰHHIü OTJIH4aIOT nCHxOreHHbni pe6MaTy3M, npH KOTOpOM B B03HHKHOBeHHH JIBHJIaTeJIbHbIX xtano6 ncHxHVecKHH cpalcrop AB.-lSIeTCSI nepBOHaLIaJIbHbiM. 11epeuac iKITCA Te XapaKTepHCTHKH, BbISIBJISIeMbIe npH C6ope aHaMHe3a, a TaKNCe npH npOBej[eHHH 41H3H4eCKIiX HCCJIegOBaHHIi OpraHOB JwH>xeHHSI, KOTnpde yKá3bIBaIOT Ha He06XOAHMOCTb 06panjeHHSI K nCHXOJIOry g J1SI npOBejSeHIiSI HCNXOJjHaTHOCTHKH H nCIiXOTepanHH. T1pHBOJUiTCA n0J(p06HbIe J[aHHbie npOBegexxbiX riog o6HbiM o6pa3aM nCHXOJ HarHOCTH4eCKHX HCCJIegOBaHHÍl, (121 6oJIbHOü) BCJIeJ); 3a *IeM npOBOAHTCA COnOCTaBJIeHHe 3THX J1aHHbIX C npOBeJI;eHHbIMH paHee HCCJIeJjOBaHHAMH 6oJIbHbIX c JIpyrHMH HOpa>KeHHAMH J1,BHra1'eJIbHOÍí CHCTeMbi.

PSYCHOGENIC RHEUMATISM
ORMOS, GÁBOR-TÓTH, ETELKA

The authors hava reviewed the theme of rheuma and psyche, Ihat is those rheumatological pathographies with or without inflammation in the ethiology of which psychological fantora may play a part according to the data in the literature. Psyehogenic rheumatism is separated from these as a separate disease. In this disease the psychological factors ara the primary ones in eliciting kinematic organ complaints. The authors make a Hat of those kinematio orgán anamnestic and physical examinational features on the basis of which the rheumatologist has to send the patient to a psychologist for diagnosis and paychotherapy.

The results of the psychodiagnoatical examination of 121 patients selected this Ray are discusaed in detail and compared to the examinations carried out in groups of pari_-= auffering from other kinematic organ diseases.