

A fájdalom pszichológiája és pszichoterápiás befolyásolása

Purebl György
Mezei Ágnes

Semmelweis Egyetem
Magatartástudományi Intézet



SEMMELWEIS
EGYETEM 1769

A fájdalom az egyik legősibb panasz, ami az embereket rávette arra, hogy felkeressék az orvost.

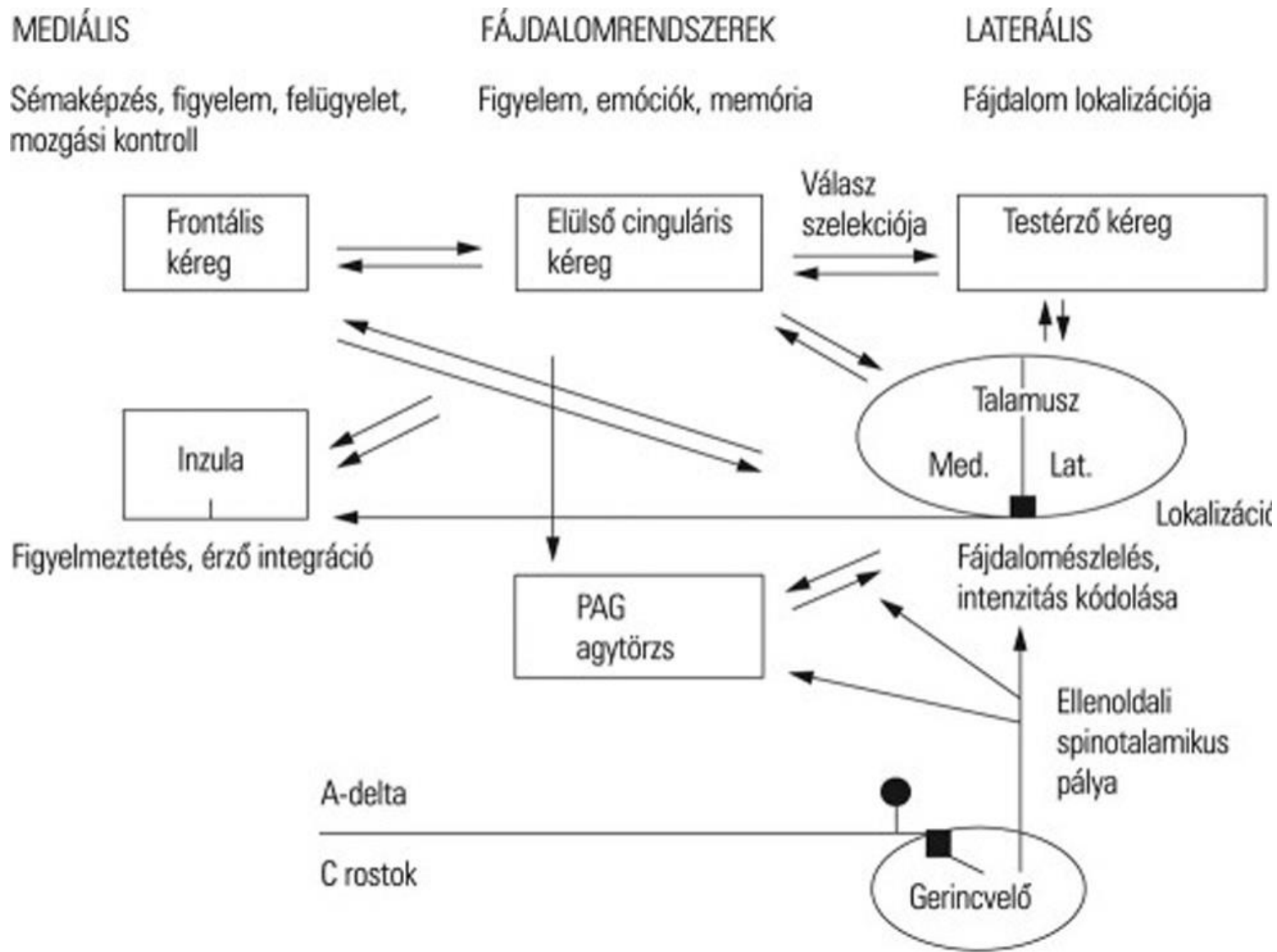
Ez ma is jellemző, az egyik fő feladat a fájdalommal történő foglalkozás.

Az akut fájdalom nem csupán szubjektív panasz!

- szenzoros élmény
- vegetatív aktiváció
- gondolatok
- érzelmek
- motoros válaszok

Mit jelentenek ezek?

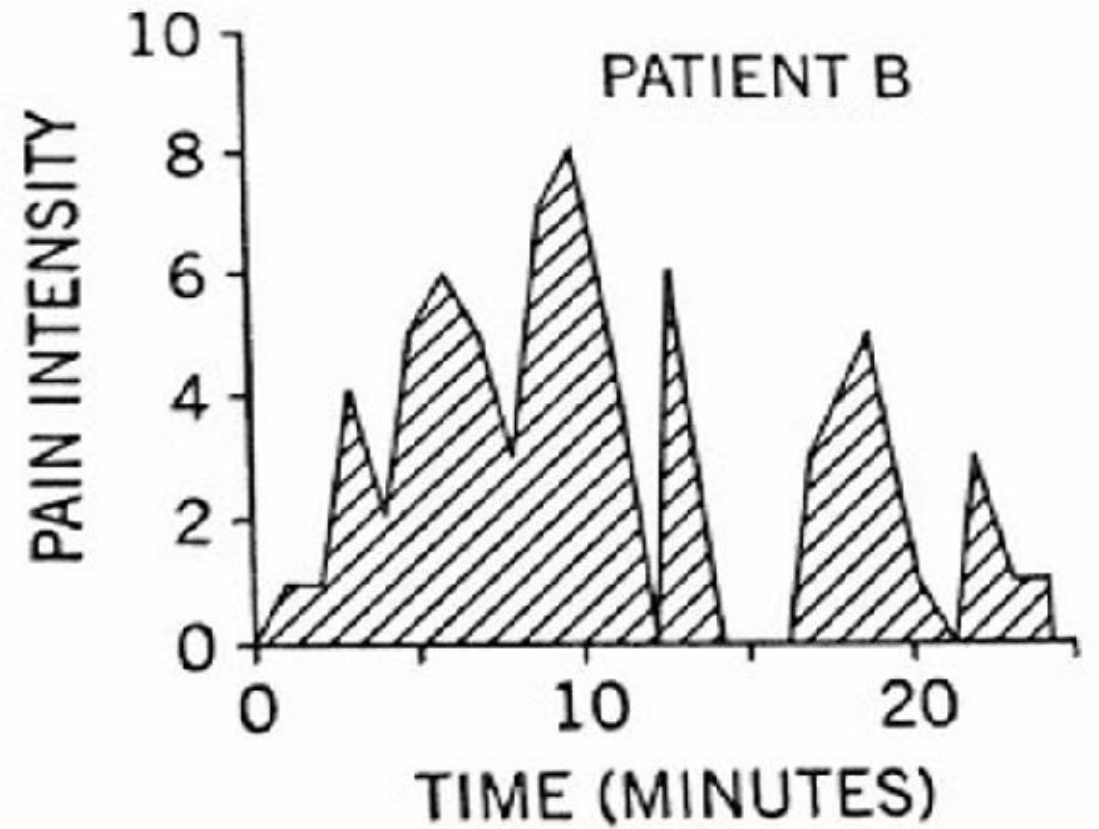
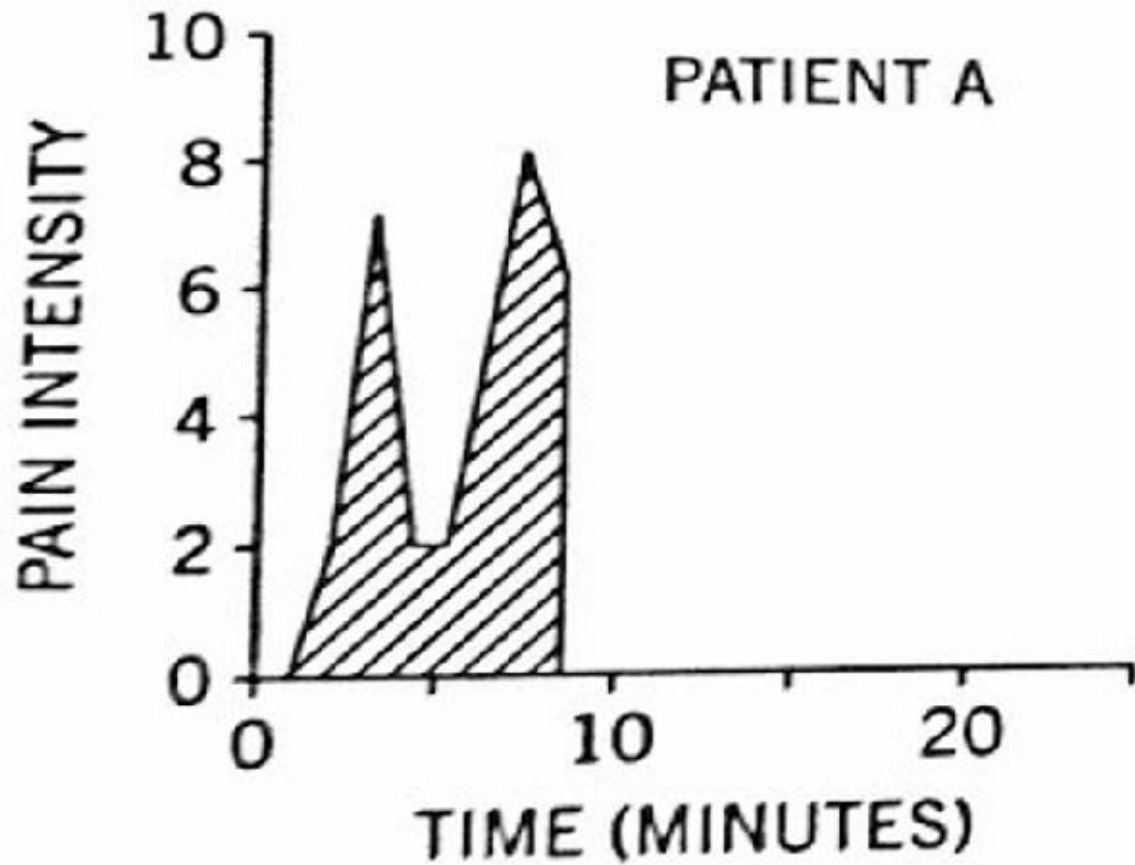
- szenzoros: lokalizációja, minősége, erőssége (intenzitása)
- érzelmi: társul-e félelemmel? Mennyire elviselhető?
- kognitív: figyelmet el lehet-e róla terelni? Szenzitiváció, kapcsolódó gondolatok: mit jelent? Mit tehetek én ellene? Mi várható?
- vegetatív: változik az izomfeszültség, a szívfrekvencia, a vérnyomás
- motoros: testi, mozgásos jelek, menekülés vagy védekezés



Hogyan emlékezünk a fájdalomélményre?

Kísérlet: Rectoscopia

„A” beteg intenzív fájdalmat él át 10 percig, majd a vizsgálat gyorsan véget ér □ „B” beteg intenzív fájdalmat él át 10 percig, majd a fájdalom fokozatosan csökkent további 10 percig



Melyik beteg él át több szenvedést a vizsgálat alatt?

Melyik helyzetet éljük meg utólag szubjektíven nagyobb fájdalomnak?

Tényleg jobb, ha tovább fáj?

Csúcs-vég szabály (Kahneman2002)

- A fájdalom utólagos élménye a legintenzívebb élmény (csúcspont) és az élmény végén (végpont) átélt fájdalom átlaga lesz
- Az idő hatása eltűnik, és utólag egységes, egész élménynek tűnik
- Ezek az élmények erősen meghatározzák a fájdalmas beavatkozásokhoz való viszonyt.

Képzővizsgálatokkal igazolható a következők fájdalomcsökkentő hatása:

- hipnózis
- megnyugtató orvos
- pszichoszociális támogatás
- placebo

Krónikus fájdalom

- Minimum 6 hónapig állandó vagy visszatérő
- Általában nagyobb testterületet érintő
- Idegsejtek aktivitása változik: érzékenyítődnek, alacsonyabb intenzitású ingereket is fájdalomként továbbbítanak
- Elveszíti a jelzőfunkcióját
- Szorongáshoz, depresszióhoz, agresszióhoz, kétségbeeséshez vezethet

A fájdalom pszichoneuroimmunológiai következményei

- Krónikus stressz, csökkent fájdalomküszöb
- Emelkedett IL1,6,8, TNF α szint (CNS gyulladásozó mechanizmusok) ill. csökkent IL10 szint, melyek prolongálják a panaszokat
- Alvászavar, szorongás, depresszió, amelyek circulus vitiosusként tovább rontják az immunológiai státust

A fájdalomérzetet mi határozza meg?

- korábbi tapasztalatok
- kulturális háttér
- szociális környezet
- a következményekkel kapcsolatos elvárások
- hiedelmek, tudás stb.

Aki krónikus fájdalommal él, az ilyené vált? Vagy ilyen ember volt korábban?

- depresszív
- fél a jövőtől
- az élet többterületén nehézségeket él meg
- tehetetlennek érzi magát

A pszichogén fájdalom etiológiája

Hajlamosító tényezők:

Szorongásos vagy depressziós betegség a családban

Egyes személyiségjegyek (pesszimizmus, katasztrofizálás, fokozott szuggesztibilitás)

Szomatikus betegségek átélése

Kiváltó tényezők:

Akut fájdalom

Élethelyzeti nehézségek

Krónikus mikrostresszorok

Fenntartó tényezők:

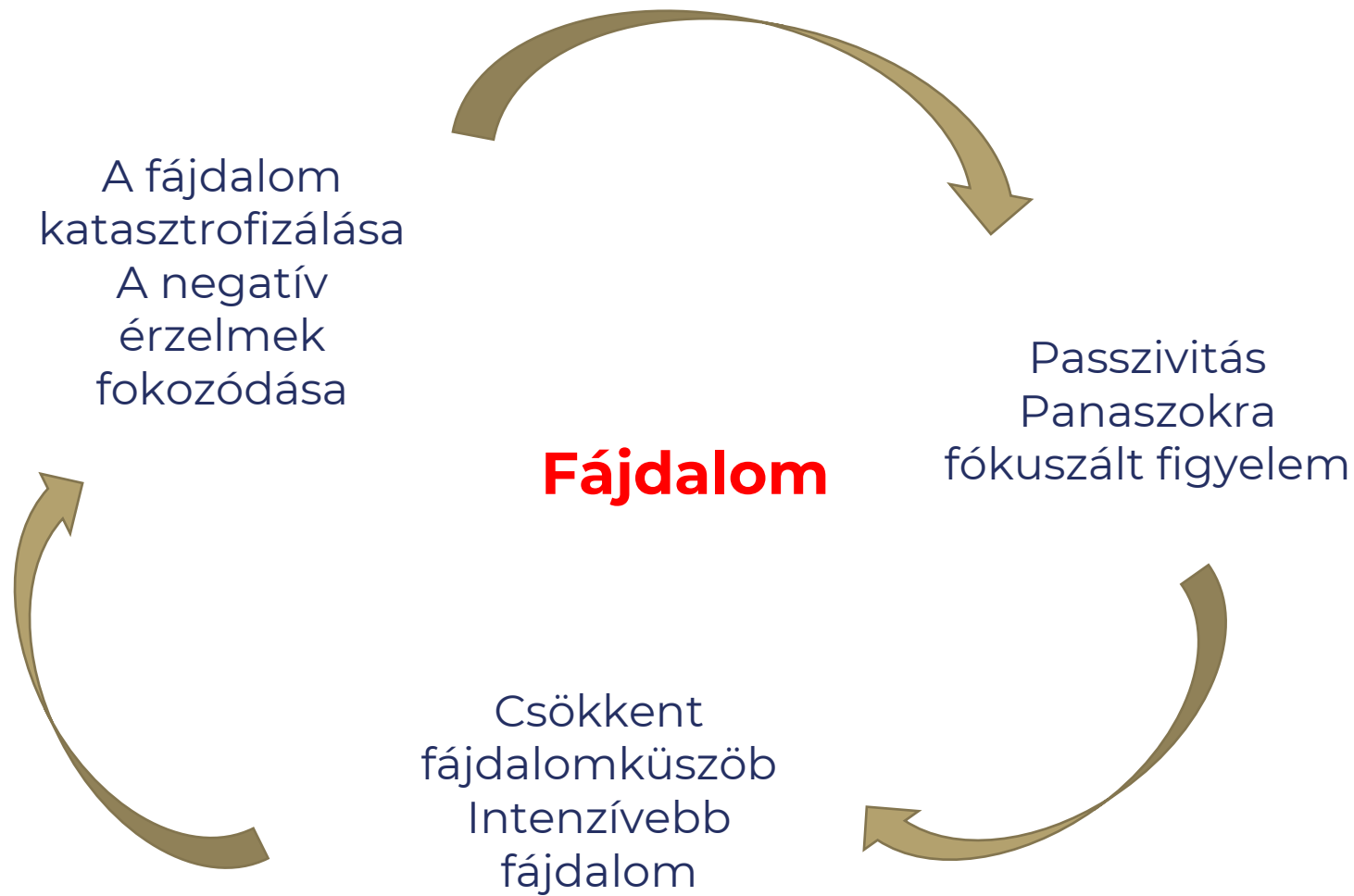
Fokozott önmegfigyelés

Csökkenett aktivitás

Betegségelőnyök

Orvosi vizsgálatok

Így fokozódik a fájdalom:



Negatív vizsgálati eredmények
+
Szenvedő beteg

Pszichoszociális anamnézis:

- Fokozott önmonitorozás
- Testi tünetek félreértelmezése
- Egészségsszorongás
- Passzivitás, az élet egyéb területeinek elhanyagolása
- A stresszel való megbirkózás elégtelensége

Szomatizáció

Krónikus szomatiform fájdalom szindróma

- Fibromyalgia
- Irritábilis bél szindróma
- Száraz szem szindróma (a betegek egy részében)
- Tinnitus

Legtöbbször valamilyen akut betegség indítja el (bár ez sokszor már a múlt homályába vész).

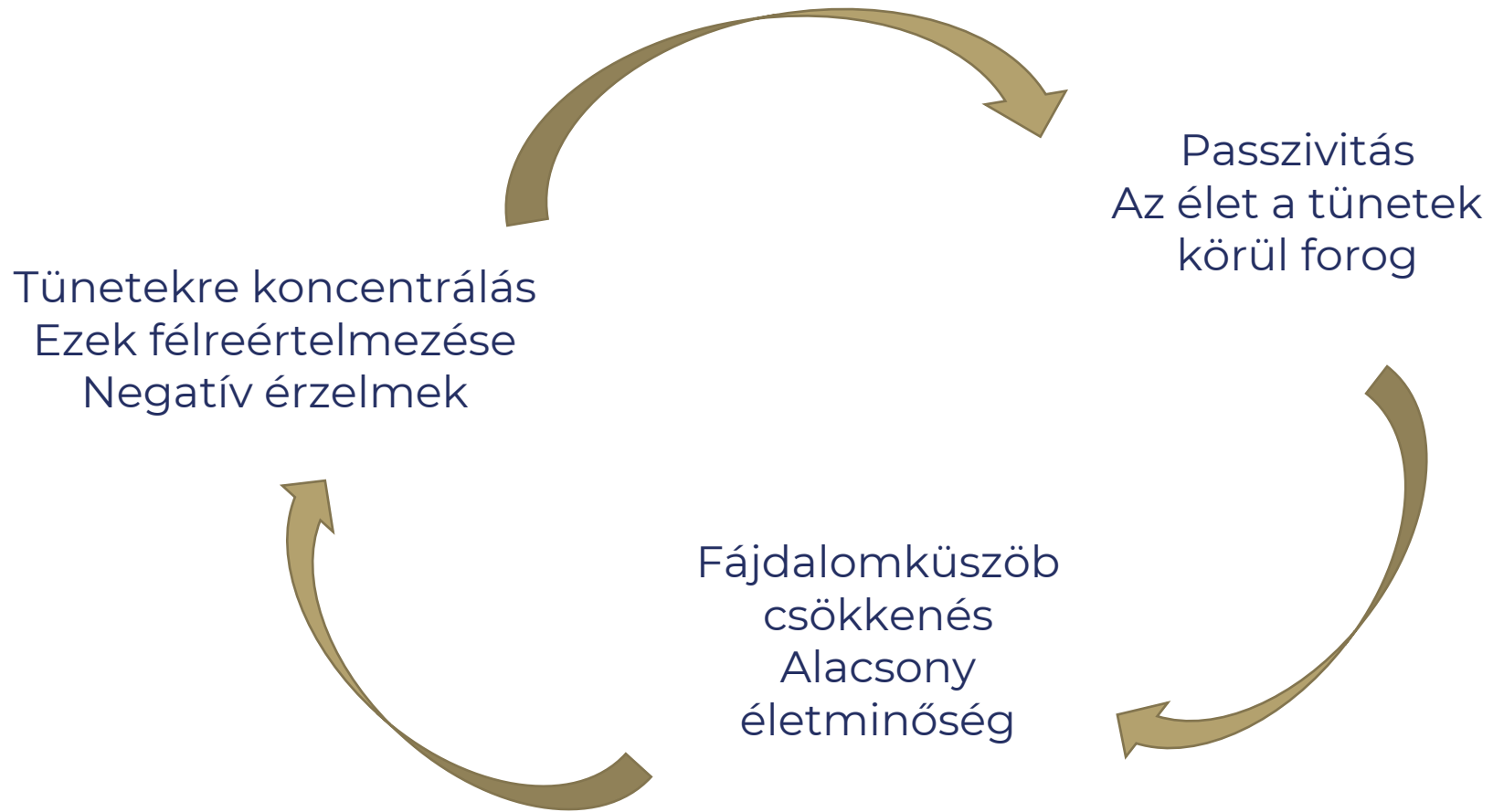
Az idő elteltével a panaszoknak egyre inkább pszichés okai vannak.

Ezek nem mély lelki okok, hanem a figyelem és a gondolkodás sajátágaiból adódnak.

Non-ondontogén fogfájás

- 1) myofascialis fájdalom
- 2) neuropátiás fogfájás
- 3) idiopátiás fogfájás
- 4) neurovaszkuláris fogfájás
- 5) szinusz-eredetű fogfájás
- 6) temporomandibuláris eredetű fogfájás
- 7) pszichogén fogfájás
- 8) egyéb

A szomatizáció kognitív modellje – terápiás hipotézis



Szomatizáció

A beteg a panaszoktól szenved, a szorongás másodlagos

A testi panaszok állandóak

A szorongás-szint általában elviselhető

Hipocondriázis

Az elsődleges egy lehetséges betegségtől való félelem, beteg általában másodlagosan „talál” panaszokat

A panaszok változnak (a félt betegség függvényében)

A szorongásszint nagyon magas

Szomatizáció

Gyakori orvoshoz járás

Az orvoshoz járás célja a
terápia

A panaszok stabilak, hosszú
ideig fennállnak

Öngyógyítás gyakori

Hipochondriázis

Gyakori orvoshoz járás

Az orvoshoz járás célja a
megnyugtatás

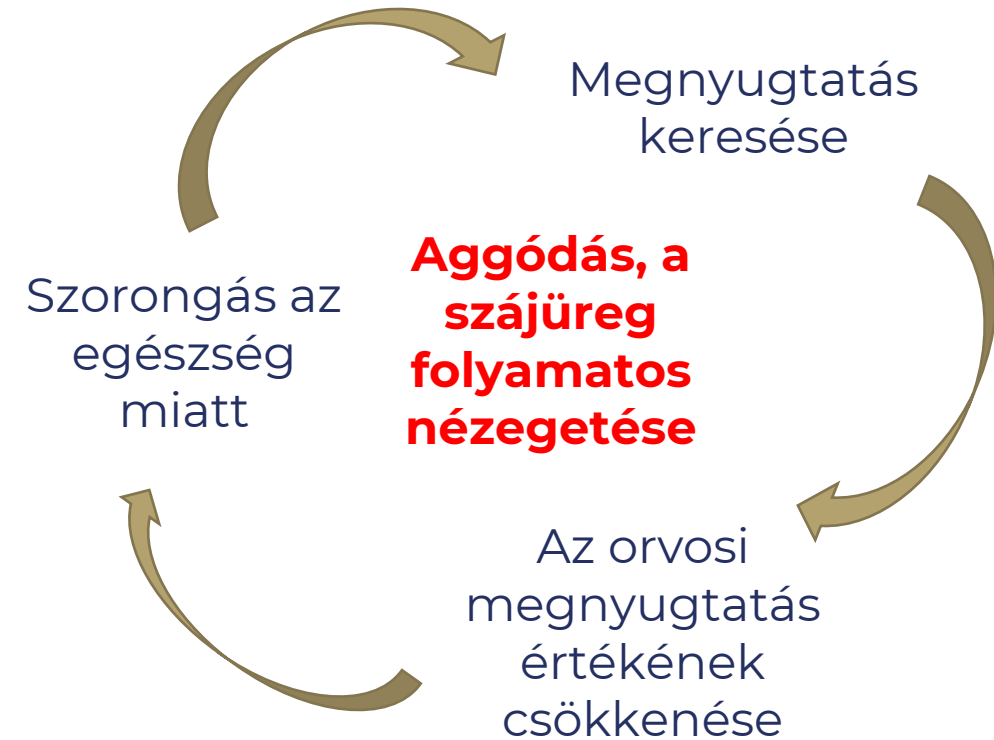
A panaszok változóak, de
mindig van valami panasz

Öngyógyítás ritka

Szomatizáció



Hipochondriázis



Rögtön a kezdetektől, minden beteggel:

- Hangsúlyozzuk, hogy nem biztos, hogy találunk organikus okot.
- Hangsúlyozzuk, hogy nemcsak organikus ok létezik (stressz), a panaszok hétköznapiak!
- Adjunk pozitív magyarázatot a beteg szintjén!

1. Első beszélgetés

- Meghallgatás
- A tünetek gyakoriságának és valóságának hangsúlyozása
- Fizikális vizsgálat, korábbi vizsgálati eredmények értékelése
- A páciens saját elképzeléseinek megismerése (tünet jelentése, mi szól az oki magyarázat mellett és ellen)
- A tünetek kezdete, jelenlegi élethelyzet
- Naplózás: a tünetek jelentkezésének körülményei

Amit a páciens megél: „Engem itt megértettek!”

Akcióterv

Milyen tünetek esetén mit tegyek?

- Én magam (a beteg)
- Keressek szakkonzultációt
- Mikor vegyek igénybe sürgősségi ellátást?

Tilalmak helyett a hangsúlyt a lehetőségekre helyezzük:

- Elkerülő viselkedések csökkenése (pl. evés)
- Naplózás

Kondicionálási hatások

Fájdalom – szubjektív: beszámoló, viselkedés alapján (kín, distressz, szenvedés)

A fájdalomcsillapítóhoz, figyelemhez való hozzájutás érdekében a betegek fájdalomtükröző viselkedésének gyakorisága, intenzitása nőhet.

A gyógyszerek elhagyásával a fájdalomtükröző viselkedés is alábbhagyhat.

Krónikus fájdalom esetén:

Fájdalomcsillapító meghatározott időközönként, nem a fájdalom intenzitása szerint.

A kímélet, pihentetés ne fájdalomfüggő legyen, beépített szünetek.

Előre tervezett orvosi látogatások ne fájdalomfüggőek legyenek.

Orvos figyelme ne fájdalomfüggő legyen.

Családtagok felvilágosítása, bevonása.

2. Pszichoedukáció

- *Direkt tanácsadás*

Napló átbeszélése

Figyelemelterelés és aktivitás fokozás hatásai

- Problémamegoldás

Terv az élethelyzeti nehézségek kezelésére (feladatok listája, fokozatosság)

Mozgásprogram

Relaxáció

- *Kognitív viselkedésterápia*

Önmegfigyelés önrontó körének elemzése

A katasztrofizáló gondolkodás újrastrukturálása

Alternatív fájdalomviselkedés kiépítése (nem gyógyszeres megküzdésen a hangsúly)

- *Hosszú pszichoterápia*

Trauma

Interperszonális problémák

A tünetek szimbolikus jelentésének módosítása

Köszönöm a figyelmet!

Mezei Ágnes



SEMMELWEIS
EGYETEM 1769