# A FEKÉLYBETEGSÉG PSZICHOSZOMATIKÁJA

TÁBIT SAROLTA

**PEPTIC ULCER — PSYCHO-SOMATIC CONSIDERATIONS**


## ÖSSZEFOGLALÁS

Napjainkban a „civilizációs betegségekben" szenvedők jelentős részét a gyomor-, bél- és táplálkozási zavarokkal küzdő betegek teszik ki. A fekélybetegség pszichoszomatikus hátterét már Alexander is vizsgálta, az ő nyomdokain haladva próbálták megalkotni a fekélybetegek tipológiáját. A betegség szimbolikus értelmezése után a szerző röviden áttekinti a fekélybetegség pszichoszomatikus aspektusát és kitér az integrált (orvosi és pszichológiai) kezelés szükségességére.



## KULCSSZAVAK

szimbolika, stressz és fekélybetegség, pszichoszociális hatások, típustani leírások, multifaktoriális betegséggenezis, holisztikus terápia



## ABSTRACT

Currently, a significant proportion of individuals suffering from 'civilization disorders' is made up of patients with gastrointestinal and nutritional disorders. The psychosomatic background of ulcer was investigated by Alexander, and it was on the basis of his work that efforts were made to establish the typology of patients with ulcer. Following a symbolic interpretation of ulcer, the psychosomatic aspect of ulcer is reviewed briefly and the need for integrated (medical and psychological) treatment is stressed.



## KEYWORDS

symbology, stress and ulcer, psychosocial effects, typological descriptions, multifactorial pathogenesis, holistic therapy


## A GASZTROINTESZTINÁLIS BETEGSÉGEK SZIMBOLIKÁJA

Napjainkban a gyomor-, bél- és táplálkozási zavarokkal küszködő betegek soha nem tapasztalt számát diagnosztizálják a rendelőintézetekben, kórházakban. Mi lehet ennek az oka? Ha tüzetesebben megvizsgáljuk a fekélybetegeket vagy a krónikus gastritisben szenvedőket, azt találjuk, hogy az életük meghatározó „fő témája" a *biztonság* és *az elfogadottság keresése,* ennek pszichés és szomatikus szinten való megélése, pontosabban ennek hiánya, amely megbetegítő tényezővé válik. Ennek megszerzéséért a betegek többsége az agressziótól sem riad vissza, amely az ő eredeti – a csecsemőkre és a kisgyerekekre jellemző – viselkedésmintájához igazodik. A civilizált társadalmakban az emberek egyszerre több szinten élik meg a fenyegetettség és veszélyeztetettség érzését. Felbomlóban van az intim kapcsolatok hálója, a munkahelyen állandó a teljesítménykényszer, és az elveszett hit helyére nem került olyan kapaszkodó, amely adekvát segítség lehetne egy értékvesztő világban. Sokan képtelenek ezeknek a kihívásoknak megfelelni, és regresszív védőmechanizmusokba: betegségekbe, drogba, depresszióba „menekülnek". A táplálkozás mellett főleg *az emésztőrendszer* alkalmas arra, hogy *szomatikusan szimbolizálja a biztonsággal és az elfogadottsággal szemben fellépő problematikát:* hiszen az étkezés a létfenntartáshoz szükséges megszerzésnek, a világ „bekebelezésének", az emésztés pedig a tulajdon értékesítésének és kezelésének ősi formáját jelképezi.

Luban-Plozza (6) tovább elemzi ezt a szimbolikát. A *bűnhődési szükséglet* vagy a tudattalan bűntudat a koplalásban, a táplálék teljes elutasításában fejeződhet ki (anorexia nervosa), a vétkesség érzése vagy egy helyzet, személy elutasítása pedig hányásban. A farkasétvágy (bulimia nervosa) az állandóan bizonyítani akaró, *elutasítástól rettegő,* fokozott biztonságra és elfogadásra igényt tartó személyiség tünete (gondoljunk csak a totális bekebelezés csecsemőkori fantáziáira). A béltartalommal kapcsolatban az *adás és a megtartás* problematikája éppúgy kifejeződhet, mint a teljesítmény és a kényszeres engedelmesség, illetve a dac és a lázadás konfliktusa.

Erősen regresszív jegyeik és a háttérben meghúzódó pszichés konfliktusok gyakorisága miatt a pszichológusok egyfajta szenvedélybetegségnek tekintik a gasztrointesztinális betegségeket.

*Dahlke* (2) a következő analógiát állította fel nagyszámú beteg részletes pszichés feltérképezése után:

- *Megragadási nehézségek, megtartási képtelenség:* stomatitis, fogínytünetek, indokolatlan fogállományromlás.
- *Nem tud valamit lenyelni vagy befogadni:* nyelési képtelenség, evészavarok.
- *Tudattalan szinten egy konfliktus elutasítása,* befogadási képtelenség, ellenállás a változásnak: étvágytalanság, (terhességi) hányás, indokolatlan fogyás.
- *Feldolgozatlan trauma:* enterocolitis, irritabilitás.
- *Túlterhelő, krónikus erőfeszítéssel járó állapotok:* hipermotilitás, fekély.
- *Nem tud feláldozni semmit:* krónikus székrekedés.
- *Valamitől meg akar szabadulni:* krónikus hasmenés.

## A GYOMOR- ÉS NYOMBÉLFEKÉLYES BETEGEK SZEMÉLYISÉGE

A fekélybetegséget már Alexander is a „pszichoszomatikus hétszentség" egyikének tartotta. A pszichológia a fekélybetegséget olyan emberek megterhelő élethelyzeteivel kölcsönhatásban kialakuló folyamatként határozza meg, akik személyiségstruktúrájuk és élettörténetük (például orális szakaszban elszenvedett frusztráció vagy túlingerlés) miatt az élményfeldolgozásnak a gyomor-bél rendszer szinten kialakuló kórképeire különösen hajlamosak. Ezért a pszichés alapú fekélyképződés elkülönítendő a tisztán mérgezés, fertőzés, vérátáramlási zavarok miatt kialakuló fekélytől. A nyombélfekélyes betegek például már születéskor hiperszekrécióra hajlamosak, amely pszichés megterhelések hatására extrém mértékű lehet.

A gyomor működései (motilitás, vérátáramlás, szekréció) szorosan összefüggnek

az idegrendszeri szabályozással, és így az affektív állapottal.

*Szorongás, depresszió alatt csökken a gyomor savkiválasztása, motilitása és vérátáramlása. Az agresszió vagy a krónikus konfliktusok fokozzák a gyomorszekréciót,* és ha ezek elhúzódóak, a gastritisnél tapasztalható nyálkahártya-elváltozást okoznak. Az ily módon sebezhetővé váló nyálkahártya talaján már a legkisebb sérülés vagy baktériumos fertőzés is elindíthat fekélyesedési folyamatot. A gyomor aktív panaszokat produkál: általános rossz közérzet, puffadás, étvágytalanság, amely tünetek még tovább rontják az amúgy is szorongó, labilis vegetatívumú beteg hangulatát.

A fekélybetegség kapcsán eltérő pszichológiai magyarázatokkal találkozhatunk. Alexander szerint nincs fekélybetegségre hajlamos személyiség (gondoljunk csak a sokat vitatott „A-típusú személyiség" problematikájára). Mindig fennáll azonban valamilyen konfliktushelyzet, amelyben az orális fejlődési szakaszból eredő szükségletek (vágy az elfogadás és jutalmazás után, a függőségi igény) frusztrálódnak. Ezt a frusztrációt az egyén regresszív úton „oldja meg", és tüneteket, betegséget produkál a gasztrointesztinális rendszerében.

*Luban-Plozza* egy ennél részletesebb fekélybeteg-tipológiát ismertet könyvében, amely gyakorlati tapasztalatokra épül. A *fekélybetegek* alábbi *felosztását* ismerteti:

• *A pszichikusan „egészséges" fekélybeteg:* Jó énfunkcióval, stabil tárgykapcsolattal rendelkező személyiség, aki masszív, nem specifikus vagy (az orális élménytartományból eredő) specifikus pszichoszociális megterhelésre erős énregresszióval és énszomatizálással reagálva – a gyomor bizonyos diszpozíciója esetén – egyszeri pszichoszomatikus reakcióként fekélyt kap. (Ezáltal itt fekélybetegségről szűkebb értelemben nem beszélhetünk.)

• *A karakterneurotikus fekélybeteg:* Pszeudofüggetlen reakcióképzéssel vagy kényszeres-depressziós vonásokkal rendelkezik. A környezeti konfliktus kívülről is nyilvánvaló (például „végrehajtó típusú" alkalmazott, aki hajlamos agresszív feszültségeit szétspriccelni a környezetében). Bizonyos feltételek között a konfliktusok krónikussá válnak, és az egyén fekélyképződéssel dekompenzálódik.

• *A szociopátiás fekélybeteg:* Éngyenge, passzív, függő beteg extrém tárgyigénnyel, ez indulatkitörésekre és paranoid viselkedésmódokra hajlamosít, ezáltal orális konfliktusaival – mint „aszociális beteg" (például a fekélybeteg alkoholisták) – ágálhat, és már a szeretet és támogatás legkisebb külső csődjelére megbetegszik: a gyomor-bél zavarok jól érthetően pszichés igényeit fejezik ki.

• *A „pszichoszomatikus" fekélybeteg:* Kifejezéstelen, fantáziaszegény személyiség, sajátosan merev, mechanisztikus életmódban és tárgykapcsolatokban létezik, és ezek a vizsgálóban is a teljes kapcsolati üresség érzését keltik. Embertársaiban is csak saját magát látja: gyakran tárgyvesztéssel összefüggő megterhelésekre és krízisekre habituálisan pszichoszomatikus reakciót mutat. Sokszor a fekélybetegség mellett más pszichoszomatikus zavarok is kialakulnak, például lázreakciók, szívbántalmak, reumatizmus stb., továbbá az ilyen betegeknél halmozottan balesetek és operációk is fellelhetők.

• *A „normopátiás" fekélybeteg:* Erős, elutasításos tendenciái talaján (ezek például a realitásra és saját kimerültségi állapotára, testi leleteire vonatkoznak) jelentős énkorlátozottságokkal rendelkező, a viselkedés normatíváira rendkívül ügyelő, túlzottan alkalmazkodó fekélybeteg, aki mint kétkezi dolgozó vagy kistisztviselő – legtöbbször hivatásbeli tevékenységét megkettőzve – krónikus, autodestruktív, stresszhez hasonló, agyonterhelt állapotban él, és ebből eredően azután gyakran viharos fekélytünetekkel betegszik meg.

## FEKÉLYBETEGTÍPUSOK

A viselkedésmegnyilvánulások szerint a szakirodalom passzív és hiperaktív fekélybetegtípust különít el.

• *A* **passzív ulcustípus** alapkedélye inkább *depresszív,* és *közvetlenül kifejezi függőségi szükségleteit* (a nyilvánvaló függő), akinél az ulcusos rosszabbodások akkor következnek be, „amikor a tudattalan vagy tudatos függőségi vágyak csődde l társulnak". A passzív típusnál előtérben áll az elhagyástól való tudattalan félelem, ami állandó feszültséget tart fenn. Ezek az egyének őket elhagyni nem tudó körülmények és személyek után kutatnak. Olyan emberek, akik nem tudják elhinni, hogy feleségük már nem szereti őket. Minden kétség szorongásos reakciót válthat ki belőlük, de náluk az „autoriter apa" figurától való szorongás is ilyen feszültségekhez vezethet. Nem tesznek lépéseket az önállóság és a függetlenség felé. Élvezik a függőség előnyeit, anélkül, hogy kockáztatnának. Életstratégiájuk lényege, hogy *védettek legyenek.*

Ez a manifeszten függő, passzív ulcusos legtöbbször olyan családból származik, amelyben hozzászokott az őt igen aggályosan ellátó anyához, a hozzá vezető lelki köldökzsinórt nem sikerül elszakítani. Védelmet és segítséget elvárva szorosan az anyai figurához kötődik, miközben az apa csak „elismerő" magatartást tud felvenni. Terápiás tapasztalat, hogy sok beteg képtelen megtanulni azt, hogy apjával sikeresen konkuráljon, és hogy férfias elismerést és megerősítést szerezzen. A társválasztásnál is a védő gondoskodás szükséglete vezeti e betegeket. Az ilyen típusú férfi fekélybeteg ezért leginkább anyai figurát vesz feleségül.

• Jóllehet az ún. **hiperaktív ulcustípusnak** is erősek a *függőségi vágyai, mégsem támaszkodik ezekre.* Elhárítja az orális élménytartományokból származó vágyait, és ily módon folyamatosan frusztrálja magát. Alexander szerint az ilyen típusú fekélybetegek konfliktusa az, hogy eltaszítják az orális-receptív irányultságot, mivel az nem fér össze a függetlenség és az önálló cselekvés utáni sóvárgással. E betegek tudatos beállítódása a következőképpen fejeződik ki: takaros, tevékeny, alkotó vagyok, mindenkinek csak adok, segítem a felebarátaimat, magamra veszem a felelősséget, szívesen gondoskodom másokról, vállalom a vezetést, és így *önálló, dolgos, szinte harcos személyiségnek számítok.* Egyidejűleg a *tudattalanban pontosan az ellenkező beállítódást találjuk: A szeretet iránti heves vágyakozást,* a *függőség és a segítség iránti szükségletet.*

A hiperaktív típus *nem tud megnyugodni.* Agresszívan kergeti célját a függetlenség iránti kompenzáló igyekezet és az erősség „önbizonyítása" utáni állandó hajszában. Ezért *igényel állandó megerősítést,* mivel másféle biztosítékot nem tud kialakítani ahhoz, hogy sikeres legyen. Keresi tehát a sikert, jóllehet alapjában véve sikertelen, mivel törekvésének tárgya tulajdonképpen a vonzalom és a presztízs. A teljesítmény és a siker Don Juanja, egyszerre aktív és bizonytalan. Ennél a betegtípusnál csak hosszas pszichoterápiával, a reális énkép és az adekvát elhárító mechanizmusok megtanításával érhetünk el eredményt a gyógyszeres vagy műtéti kezelés alkalmazása mellett.

## A STRESSZ ÉS A FEKÉLYBETEGSÉG

A stressz és a fekélybetegség kapcsolata számos kutatás tárgya. Ismeretes, hogy koponya-, agysérülés, égés, légzési elégtelenség, komoly megrázkódtatás (baleset, földrengés) esetén nagy százalékban alakul ki hirtelen – gyakran nem is diagnosztizált és az alapbetegség elmúlásával spontán gyógyuló – fekély, amely gyomorvérzést is okozhat. E „stresszfekélynek" sok típusa van az egyszerű gyomornyálkahártya-sebtől a kráteres fekélyig, de mindegyikre jellemző a nyálkahártya energiadeficitje, sebzettsége. A stressz (és a sokk) hatására a *mucosában szekréciós izgalom* és *mikrocirkulációs zavar*

*keletkezik.* Ez bonyolult neurohumorális úton elindít egy fekélyesedési folyamatot, amely krónikus stresszre aktivizálódhat. Nemcsak a fekély keletkezésében, de gyógyulásának késlekedésében (vagy az ismételt kiújulásokban) is vizsgálták a stresszorok szerepét, főként a megterhelő családi életesemények vonatkozásában. Sajnos nincs olyan módszer, amellyel objektíven megállapítható lenne, hogy egy esemény kinek mennyire okoz stresszt, hiszen mindig az egyén élményvilágától függ. Számolnunk kell még azzal a ténnyel is, hogy ki hogyan percipiálja életeseményeit, van-e jövőképe, hogyan tud belehelyezkedni a változások áramlatába.

Az életesemény-kutatás szorosan összefügg a pszichoszociális (pszichokulturális, transzkulturális) hatások fekélybetegséget (is) kiváltó szerepével. Epidemiológiai vizsgálatok során gyakorlatilag minden lehetőséget számba vettek, így a szociális tényezők (réteghelyzet), a civilizációs szint, a megszokott életközösségek, a munkabeosztás és felelősség, a munkanélküliség stb., illetve azok változásainak hatásait. A legjelentősebb felméréseket Pflanz végezte. E szerző évtizedeket fordított a különböző pszichokulturális hatások tisztázására, és arra az álláspontra jutott, hogy közvetlenül nem lehetséges ezeket összekötni a fekélybetegség előfordulásával. E tényezők viszont megszabhatják általában a „betegségtől függő viselkedést". Ilyen értelemben hatnak a társadalmi elvárások, felfogásmódok, egyáltalán a „betegségre" vonatkozó elképzelések mindenekelőtt azokban a kórállapotokban, amelyekben a pszichikus tényezőknek jelentős etiológiai szerep jut. Tehát *pszichoszociális és pszichokulturális hatások felelősek a társadalom egyedeinek szocializálásában, befolyásolják a személyiség kialakulását és bizonyos típus kifejlődését is elősegíthetik, sőt patogén hatást is kifejthetnek,* mert személyiségkárosodást okozhatnak például már a korai anya–gyermek kapcsolatban is. Ennek következménye azután már lehet valamilyen pszichoszomatikus betegség, de éppen úgy más pszichopatológiai történés is. A pszichoszociális és szociokulturális viszonyok jelentősége így inkább elméleti, és sokféle hatásuk a patogenezisben nem közvetlenül érvényesül. Ezek az effektusok tehát mindig aspecifikusak, és patogenitásuk csak általánosságban, a személyiség kialakításában szerepel. Meghatározhatják a betegségtől függő viselkedést, de nem magát a (fekély-)betegséget.

## AZ ALEXANDERI TANÍTÁS ÉS A MULTIKAZUÁLIS SZEMLÉLET

Alexander – mint már a cikk első részében is utaltam rá – a túlzottan általános „neurotikus személyiségszerkezet" helyett specifikus intrapszichés dinamika leírására tett kísérletet. Ő a fekélybetegeknél egy „orális színezetű, függőségi-függetlenségi" konfliktust írt le, amely szerint *a betegek tudattalanul oly passzív módon vágynak a szeretetre és a gondoskodásra, mint a csecsemők. Ezt* a késztetésüket azonban *felettes (felnőtt) énjük elfojtja,* mert az szégyent és bűntudatot eredményezne. A konfliktus elhárítására a betegek énvédő mechanizmusokat „vetnek be" (elfojtás, túlkompenzálás, reakcióképzés). Majd ezen elhárító mechanizmusok alkalmazása hoz létre egy neurotikus személyiségszerveződést. Ekkor már jellegzetes személyiségvonások lesznek az éngyengeség, a fokozott dependenciakésztetés, a túlzott szorongásosság. Az orális függőség reaktivációja (frusztrációs helyzetekben) fekélyképződéshez vezethet az idegi és hormonális mechanizmusok beindítása által.

Már Alexander is állította, hogy *önmagában kevés az orális konfliktus megoldatlansága a fekélyképződéshez, emellett konstitucionális* (alkati/genetikus) *hajlam is szükséges.* Ezt nevezte Alexander „veleszületett szervi sérülékenységnek". Hosszas laborkutatásokkal (szérumpepszinogénszint-vizsgálat, rtg, ultrahang) és pszichológiai tesztekkel előre meg tudták mondani, hogy erősen stresszoros helyzetben hiperszekréciós páciensek közül kinél fog gyorsan fekély képződni vagy kiújulni. A kutatások szerint – mely igazolta Alexandert – három tényező interakciója szükséges:

- előzetesen kimutatható konfliktushelyzet (orális reagálási mód sorozatos frusztrációja),
- következményes hiperszekréciós állapot (amely szervi sérülékenységet jelez),
- szociális, környezeti, nagyon megterhelő pszichés hatás.

Tehát más pszichoszomatikus betegségekhez hasonlóan a fekélyt is több tényező interakciója hozza létre.

## A FEKÉLY PSZICHOLÓGIÁJÁRÓL

Az elmúlt, közel három évtized távlatában állítható, hogy az alexanderi tanítások lényegét a különböző ellenvetések nem tudták megdönteni. Igaz ugyan, hogy a specifikus pszichodinamikus konfliktushelyzet nem igazolható, mert nem föltétlen előzmény a fekélybetegség patogenezisében. Igaz továbbá, hogy ha többé-kevésbé mégis következetesen kimutatható, akkor sem tudjuk, a valóságban milyen intrapszichikus konstelláció produkál olyan pszichés hatást, mely okilag biztosan összefüggésbe hozható a fekélybetegséggel. Az orális frusztráció azért látszik jelentősnek, mert ezzel lehet a legjobban összekapcsolni a szervi válaszolási módot. Tény ugyanis, hogy fejlődéstanilag a száj- és garatizomzat, illetve a nyelőcső felső része a központi idegrendszer által beidegzett, míg a gasztrointesztinális rendszer többi részét – az anus kivételével – a vegetatív autonóm idegrendszer szabályozza. A szopás idővel rágás (a bekebelezés) akaratlagosságába megy át, és az oralitás szándékos és szándéktalan kifejezőjévé válhat, s ez kiváltja az akaratunktól független gyomor-bél rendszeri szakaszok szinergista működését is. „Mind az akaratlagos, mind az autonóm beidegzés tehát egyaránt kondicionálódhat az orális lelki tartalmaival és megfordítva, sőt egyik a másikat befolyásolhatja. Az egyéni válaszminta sok variációja alakulhat ki, és ez mint mélyen bevésődött pszichodinamikus funkció (egyben szervi kifejezési specifitás) a későbbi felnőttéletben mind viselkedésének, mind szervi reakciómódjának meghatározásában döntővé válik, különösen akkor, ha a kora gyermekkorihoz hasonló (vagy analóg) emocionális megterhelések érik. Mindezt még jobban elősegíti a genetikus prediszpozíció. Ma már azonban azt is tudjuk, hogy a *genetikus adottságok* csak *lehetőségek, amelyek a környezeti hatásokkal interakcióban realizálódnak.* Így értelmezzük a pszichoszomatikus betegségekben a különböző jelentős emocionális megterhelések hatását. Az emocionalitásban is a genetikus és szocializációs hatásokra kialakult személyiségjellegzetességeket kell számításba vennünk, a személyiség reakciómintáit, amelyek meghatározzák, mi jelent stresszt az egyénnek. A stresszorok ugyanis az egyéni elhárítások és védekező mechanizmusok függvényében válnak jelentőssé, és csak az egyén aktivált válaszmintarendszerétől függ, mit él át stresszként."

## A FEKÉLYBETEGEK KOMPLEX, INTEGRATÍV TERÁPIÁJA

Jelen tanulmányban az orvosi kezelés, adekvát gyógyszeres vagy műtéti beavatkozás indikációjára és lépéseire nem térek ki, ezek nem az én szakterületeim. Fontosnak tartom azonban hangsúlyozni, hogy bár a fekély lelki talajon kialakuló káros elváltozás, csak (!) pszichoterápiával (relaxációval, NLP-vel, verbális módszerekkel) az elváltozás nem visszafordítható. Mint a legtöbb krónikus betegség esetében, a pszichoterápiás megközelítés a komplementer terápia része.

Császár (4) részletesen elemzi, miért is nehéz a fekélybeteg *pszichoterápiája.* A pszeudofüggetlenek védekeznek a pszichoterapeutától való függőség ellen, és hajlanak arra, hogy az első

tünetjavuláskor megszakítsák a kezelést. A nyíltan függőket kiábrándítják a tradicionális pszichoterápiák kudarcos elemei. A hosszadalmas analitikus pszichoterápia ezért rendszerint alkalmatlan a fekélybetegek kezelésére. Ezzel szemben a *módosított pszichoterápiás formák alkalmazhatók.* A *passzív ulcustípusnak* mindenekelőtt a kezelés *támogató formája a megfelelő.* A fekélybetegnek az az igénye, hogy kifejezhesse függőségi szükségleteit anélkül, hogy félnie kelljen az orvos leértékelő bírálatától. Ha viszont nem kell agresszív indulatait eltitkolnia, akkor esetleg az orvost mint pozitív szülőfigurát fogadja el, és ezáltal képessé válhat arra, hogy beszámoljon az addig elrejtett szorongásairól is. Így történhet meg az, hogy konfliktusait szavakba öntse, problémáit racionális szintre helyezze és belső stresszét csökkentse.

A gyakorló orvos vagy belgyógyász maga is meg tudja valósítani a kísérő pszichoterápiás kezelést, ha – például Bálint-csoportban való részvétellel – e feladathoz támogatásra lel. Nem lehet eléggé gyakran ismételni, hogy a *beteggel folytatott beszélgetés hatása kevésbé függ a rendelkezésre álló időtől, sokkal inkább az orvos pszichoszomatikus képzettségétől.* Ennek révén jobb terápia lehetséges, csökkenhet a recidívák száma, megrövidülhet a krónikus szakasz és megelőzhetővé válhat a sebészi beavatkozás. *A terápiás folyamatba be kell vonni a családot is.* E cél érdekében vezette be Luban-Plozza és Minuchin (7) pszichoszomatikus betegeknél a *családi konfrontációt.*

A család szerves egység, amelyben a leginkább érzékeny lesz a családi konfliktusok hordozója. A családi konfrontáció révén az emocionális erők dinamizálása a kezelés számára jelentős időmegtakarítást eredményezhet. *Minél inkább érzi a család a saját felelősségét a terápia segítésében, a beteg pedig a megértést, annál jobbak a gyógyulás kilátásai.* A család bevonása a terápiás folyamatba azért is értékes, mert a fekélybetegeknél gyakran hasonló zavarok hosszú családi története deríthető ki, és ebben a családhoz, a házastárshoz vagy a gyermekeikhez való viszony számos konfliktusforrásként szerepel. A családdal való konfrontálás ezenkívül még prevenciós tartalmú is lehet, mivel megakadályozhatja a fekélybetegségre való hajlam pszichológiai átöröklődését. A megértési nehézségek és a családon belüli konfliktushelyzetek megszüntetése ugyanis megóvhatja a példát követő gyermeket a fekélybetegekre tipikusan jellemző korai interakciós zavaroktól.

## FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Bálint, M.: *Az orvos, a betege és a betegség.* Animula, Bp., 1996.
2. Dahlke, R.: *A lélek nyelve a betegség.* Magyar Könyvklub, Bp., 1994.
3. Császár, Gy.: *Pszichoszomatikus orvoslás.* Medicina, Bp., 1980.
4. Császár, Gy.: *Pszichoszomatika a gyakorlatban.* Pszichoteam, Bp., 1989.
5. Hárdi, I.: *Pszichológia a betegágynál.* Medicina, Bp., 1997.
6. Luban-Plozza, Pöldinger, Kröger: *Pszichoszomatikus betegek az orvosi gyakorlatban.* Animula, Bp., 1994.
7. Minuchin: *Családterápia (psz.szomatikus zavar).* Animula, Bp., 1994.
8. Kulcsár, Zs.: *Pszichoszomatika.* Nemzeti Tankönyvkiadó Bp., 1995.

***A szerző levelezési címe:*** Tábit Sarolta
2360 Gyál, Széchenyi u. 30.