

Psychosomatika v teórii. A v praxi?

P. Černák

Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela, Pezinok, Slovensko

Dovoľte, aby som prispel k tejto konferencii niekoľkými teoretickými úvahami, ktoré, ako to už býva pri ich formulovaní, majú aj svoje praktické konzekvencie. Ich východiskom sú nielen odborné články o psychosomatike, ale najmä snaha o prienik do súčasného stavu medicíny, psychiatriu nevynímajúc, jej vývojové tendencie a postavenie človeka v zdraví a chorobe, v konfrontácii s jej možnosťami a prístupmi.

Žijeme v postmodernej spoločnosti. Reflektuje však jej vyspelú, vnútorne bohato organizovanú štruktúru aj medicína? Aké miesto má v nej človek, keď ochorie? Čo mu môže postmoderná spoločnosť ponúknuť na zmiernenie, či odstránenie utrpenia, bolesti, najmä keď je v nej sám ohrozovaný existenčnou prázdnotou a neistotou? Je naozaj pomoc medicínskych špecialistov a praktických lekárov tým správnym miestom, kde mu nielen povedia, čo mu je, teda akú má diagnózu, ale aj kde zistí, čo na prvý pohľad s chorobou nesúvisí, čiže čo mu v živote chýba, prekáža, čo nemá vo svojom vnútri a v interakcii so svojím prostredím dobre usporiadané. Je to naozaj to správne miesto, kde môže vstúpiť do vzťahu, aby v ňom mohol osobne zažiť skúsenosť porozumenia, vcítania, upokojenia, aj psychoterapeutického vedenia, či aspoň usmernenia? Zdá sa, že nie. Trápenie, ktoré podstupuje obrovské množstvo pacientov s chronickými neinfekčnými chorobami u nás, ale i vo svete (súdiac podľa zahraničných prác približne 20 % populácie trpí psychosomatickými chorobami a 30 % pacientov v praxi všeobecných, či rodinných lekárov sa pre tieto choroby lieči), svedčí o problémoch, ktoré súčasná medicína má, keď je postavená pred úlohu nielen určiť diagnózu, ale určiť ju u konkrétneho človeka s jeho emóciami, životnými udalosťami, sociálnym poľom. Náročnými a drahými vyšetrovacími metódami sa potvrdzujú, či skôr vylučujú organické diagnózy, predpisujú sa kvantá analgetík a anxiolytík (keď už pacientovi nevieme nič nájsť, poskytneme mu aspoň upokojenie a utlmenie, aby sa tak násťročne nedožadoval ďalších vyšetrení, alebo aby nebudaj neobťažoval potrebou vstúpiť do plného kontaktu), celosvetovo narastá konflikt medzi nárokmi na starostlivosť o zdravie a ekonomickými možnosťami, a to aj vo vyspelých štátoch. Táto, môžeme povedať kríza súčasnej medicíny, je daná jej technickou vyspelosťou a diagnostickou výlučnosťou založenou na detegovaní narušenej funkcie a štruktúry orgánov na jednej strane a postupným ústupom z pôvodnej vzťahovej pozície lekár-pacient založenej na porozumení medziľudskej komunikácie na strane druhej. Aj táto skutočnosť možno vysvetľuje hľadanie časti neuspokojených pacientov

úľavy od svojich ťažkostí v liečiteľských zásahoch a alternatívnych prístupov.

Čo v tejto situácii ponúka psychosomatika? Nie je to len termín, ktorý v súčasnosti získava na modernosti, aby ponúkol východisko z krízy? Súčasná medicína, psychiatriu nevynímajúc, síce uznáva potrebu venovať pozornosť človeku v zdraví a chorobe, čiže nielen diagnóze, ale je to skôr deklarujúci záujem ako skutočný zažitý, precitý. Prax to nakoniec potvrdzuje. Biologické zameranie medicíny a v posledných rokoch aj psychiatrie, je logickým dôsledkom jej orientácie na prírodné vedy a vyšetrovacie techniky a prinieslo obrovské množstvo poznatkov o štruktúre a funkcii organizmu až na molekulárnu úroveň, v mozgu napríklad až natoľko, že sa ukazuje už problém ich syntetizovať a niekedy aj správne interpretovať. Lenže pacientovi sotva prinesie úľavu a zníži jeho úzkosť a trápenie informácia o stave jeho sérotonínergického systému v mozgu, či o patofyziologických mechanizmoch, ktoré u neho vyvolávajú zvýšený tlak krvi, astmu, či zápal sliznice tenkého čreva. Zmiernenie ťažkosti mu neprinesú ani opakované vyšetrenia. Aj nedávno publikovaná štúdia v renomovanom odbornom časopise *British Medical Journal* potvrdila veľké percento pacientov v ambulatnej praxi, u ktorých sa nepodarilo vyšetrovacími metódami zistiť pôvod ich ťažkostí – najviac v gastroenterológii a neurológii. Poukazuje to na somatizovanie psychických ťažkostí pacientov s úzkosťou, stresom, či depesiou. Ale skutočnosť, že podľa viacerých európskych a amerických štúdií trvá priemerne až 7 rokov, kým sa pacientom povie pravdivá informácia, že pôvod ich ťažkostí je v nich samotných, teda v tom, ako majú organizovaný svoj život, ako ho prežívajú a ako sa v ňom cítia, ako za ich nevy povedané, či obranami potlačené nevy povedateľné emócie hovorí reč ich tela, dokazuje znepokojujúcu realitu, že v medicíne chýba komplexný celostný pohľad na osobnosť pacienta v jeho jedinečnosti a individuálnom spôsobe prežívania choroby.

Problém je nielen v hranici medzi somatickou a psychosociálnou oblasťou medicíny, ale aj v jej realizátorovi. Lekár sám má zábrany povedať túto informáciu pacientovi, pretože poukázanie na psychický pôvod ťažkostí má obavu, že ho stigmatizuje. Žiaľ, je to pravda (stigma duševnou poruchou nie je len náš problém), ale má aj svoj subjektívny rozmer, v ktorom lekár projikuje svoj vlastný život, svoje psychosomatické ťažkosti (či už funkčné alebo s orgánovým poškodením, lebo je známy vysoký výskyt psychosomatických ťažkostí u zdravotníckych pracovníkov), svoje intrapsychické konflikty, úzkosti, neistoty, či neuspokojivé interper-

sonálne vzťahy, do pacienta. Tým sa dostávame k postaveniu lekára v najmodernejšej koncepcii psychosomatiky, k systémovému prístupu v medicíne k pacientovi v zdraví a chorobe. V zásade by malo platiť, že psychosomatika je nielen odbor, ale skôr spôsob uvažovania a spôsob prístupu. Je to zmena paradigmy myslenia, ktorú si vyžaduje situácia a postavenie človeka v postmodernej spoločnosti. Systémový prístup chápe všetky javy komplexne, vo svojich vnútorných aj vonkajších súvislostiach, pričom vznikajú nové vlastnosti jeho prvkov a uplatňuje sa princíp spätnej väzby. Človek je súborom biologických a psychických prvkov v systéme, súčasne je aj systémom vo vyššom systéme, v sociálnom poli, sociálnych vzťahoch. Dochádza k vzájomným interakciám a k novým vlastnostiam prvkov systému. (Príklad: modifikácie úzkosti, alebo významové posuny introjektov v manželstve, v práci atď.). Bio-psycho-sociálny prístup je tiež systémový a v tom prípade je lepšie nehovoriť o psychickom a somatickom subsystéme (duša–telo, psycho–somatika), ale o subsystémoch psychofyziologickom a psychosociálnom. K systémovému prístupu patrí aj princíp systémovej hierarchie. Keď postupujeme od subcelulárnej a celulárnej úrovne vyššie, dostávame sa do oblasti biológie, neurobiológie, fyziológie, psychológie a k sociálnym vedám. V tomto koncepte je teda ľudská psychika najvyššou komplexnou štruktúrou, ktorá riadi psychofyziologické a psychosociálne funkcie a formy komunikácie s vonkajším svetom. Choroba teda nie je entita sama osebe. Existuje len chorý človek, ktorý trpí a keď vstupuje do kontaktu s lekárom, liečba jeho bolesti či utrpenia, alebo dysfunkcie, sa zákonite odohráva vo vzťahovom rámci. Len v ňom môže lekár postihnúť príbeh pacientovho života a jeho choroby, ktorý sa odohráva v psychobiologických, sociobiologických a psychosociálnych súvislostiach. Príkladom rozdielnosti prístupu klasickej biologickej medicíny a psychosomatickej medicíny môže byť porovnanie vzťahu lekár–pacient. V prvom prípade sa lekár riadi profesionálnou etikou (dokonca to potvrdzujú aj naše moderné zákony), v druhom sa riadi psychologickými zásadami, ktoré vytvára lekárska psychológia a psychoterapia. „Klasický“ lekár hodnotí úzkosť a depresiu ako chorobné príznaky, ktoré sa musia liečiť (pozri nadmerná spotreba anxiolytík); kým pre psychosomatika sú úzkosť a depresia dôležité signály ohrozenia, s ktorými je potrebné pracovať, pretože majú u každého človeka špecifický osobný význam a zmysel. Ten je potrebné hľadať a najmä porozumieť mu.

A tu sa dostávame k najväčšiemu problému súčasnej medicíny, ktorá by mala vychádzať z bio-psycho-sociálneho prístupu: Celá oblasť psychických fenoménov je medicíne – okrem psychiatrie – cudzia, vníma sa ako niečo ťažko postihnuteľné, nemerateľné, neobjektívne, čiže subjektívne, s čím sa teda pacient v konečnom dôsledku musí vyrovnáť sám alebo pomocou liekov, prípadne, keď je už veľmi zle, pacient je

posunutý k psychiatrovi, ktorý však tiež nemusí mať pochopenie pre jeho psychosomatické stonanie. Nakoniec aj hypertonik, či astmatik, ťažko prijme odporúčenie vstúpiť do psychoterapie k psychoterapeuticky zameranému (a vzdelanému) psychiatrovi, či psychológovi, najmä keď praktický lekár sám nevie, čo psychoterapia je, tuší len, že je to „pitvanie sa“ v osobnom živote, z čoho môže sám pociťovať úzkosť. Hovorí teda o psychoterapii cez prizmu absencie vlastnej skúsenosti a ešte k tomu pacientovi, ktorý si neuvedomuje prítomnosť psychických problémov, ani intrapsychických, ani interpersonálnych, ktorý má telesne-emočne-kognitívny defekt v určitej oblasti prežívania, a preto namiesto neho nastúpili telesné reakcie. Trpí predsa somaticky a ak sa cíti psychicky zle, pripisuje to útrapám, ktoré mu priniesla somatická choroba. Navyše nevníma signály potrieb napr. lásky, nepozná svoj potláčaný hnev, netuší, či priam nezvládne odmieta, že rôzne príslovia (problém, ktorý človek nevie vyriešiť, mu leží v žalúdku) platia pre všetkých, len pre neho nie. Aj medzi psychiatrami na Slovensku je stále pramálo tých, ktorí sa venujú psychosomatike. Pracujú individuálne alebo v tímoch, pričom je nevyhnutné, aby boli psychoterapeuticky vzdelaní a absolvovali vlastný výcvik a je dobré, keď vedú tím špecialistov, ktorí sa zúčastňujú na liečbe psychosomatického pacienta. Majú totiž najbližšie (implicitne to v psychiatrii je) k tomu, aby videli v pacientovi človeka, ktorý je súčasťou regulácie suprasystému, súčasťou sociálneho poľa, ktoré je zdrojom individuálnych emócií i spúšťačom nových symptómov. Psychiater vie, že každé jeho slovo a gesto je pre pacienta veľmi významné, pretože ovláda jazyk komunikácie. Navyše má blízko k tomu, aby bol otvorený k sociálnym vedám. Hrozí mu preceňovanie vlastnej výlučnosti, mesiášsky komplex, že len on lieči psychosomatických pacientov celostne. Ak teda psychiatria raz začne ponúkať praktickým rodinným lekárom vzdelávací komplex psychosomatiky tak, ako je to v iných krajinách, bolo by vhodné, aby nevychádzala z pozície vlastného neuznania a hnevu na tých, ktorí nerozumejú, pretože oni nie sú nechápaví, či dokonca nemožní – oni sú len inak vzdelaní.

Aj lekár ma totiž svoje detstvo, vzťahy k rodičom, svoje uspokojené a neuspokojené potreby, traumy, intrapsychické konflikty, kultúra spoločnosti ho rovnako ako pacienta vedie k zadržiavaniu hnevu, k potláčaniu emócií. Prežíva aj svoje protiprenosy k pacientovi, čo ovplyvňuje jeho terapeutické postoje. Naplnenie novej paradigmy medicíny – celostnej – preto musí začať už v pregraduálnej výchove, aby sa štúdium na lekárskej fakulte dostalo do roviny štúdia psychosomatickej medicíny aj s vedomosťami a skúsenosťami psychoterapeutického prístupu.

Do redakcie došlo 5.6.2003.