Prehľadová práca

Vrstevnatosť ľudského bytia, pluralizmus prístupov k výskumu a terapii a identita psychiatrie

J. Hašto

Stratification of human existence, pluralism of research and therapeutic approaches and identity of psychiatry

Súhrn

Psychiatria používa a opiera sa o množstvo rôznorodých metód výskumu a terapie, čo je primerané komplexnosti „predmetu" jej záujmu: človek s duševnou poruchou. Pluralizmus metód v psychiatrii a „vrstevnatosť ľudského bytia" (Hartmann) našli svoj novší koncepčný rámec v biopsychosociálnom modeli zdravia a choroby (G. Engel). Jednostrannosť pri výskume je v určitom štádiu poznania úplne namieste pri skúmaní určitého parciálneho problému. Potom by mal nasledovať pokus o biopsychosociálnu perspektívu, čo je demonštrované na základe dokonaných samovrážd. Aj Kandelove výzvy k integrovaniu neurobiológie a tiež etológie (Bowlby) do psychiatrie a psychoanalýzy (psychoterapie) sa môžu chápať z biopsychosociálnej perspektívy, ktorá sa ponúka ako hlavný zdroj identity odboru psychiatria. Žiaľ, zdá sa, že viac sa hovorí a píše o nej, ako sa uplatňuje v praxi.

Kľúčové slová: vrstevnatosť ľudského bytia, biopsychosociálny model, identita psychiatrie

Summary

Psychiatry is using and based on miscellaneous methods of research and therapy. This is adequate to the complexity of the „object" of its interest – a man with a mental disorder. Pluralism of methods in psychiatry and „the stratification of human being" (Hartmann) has found its newer conceptual framework in the biopsychosocial model of health and disease (G. Engel). One-sidedness in research is at a certain stage of getting knowledge during a study of a partial problem fully appropriate. Next should be an attempt for a biopsychosocial perspective and this fact is demonstrated on the grounds of finished suicides. Kandel's appeals for integration of neurobiology and also ethology (Bowlby) into psychiatry and psychoanalysis (psychotherapy) can be understood from the biopsychosocial perspective as well, which comes forward as a main source of identity of the discipline of psychiatry. Unfortunately it seems so that more is said and written than applied in practice.

Key words: stratification of human existence, biopsychosocial model, identity of psychiatry

Úvod

Prejdeme hneď „k veci", i keď tá „vec" je ťažšie „uchopiteľná". Psychiater sa sotva môže vyhnúť „pohybu" v rôznych vrstvách (úrovniach) ľudskej bytosti, prechodov z jednej vrstvy do druhej. A nakoniec aj uvažovaniu súčasne na viacerých úrovniach, zvlášť keď chce komplexne vyhodnotiť pacientov problém. Hovoríme vlastne o vrstevnatosti ľudského bytia a niektorých otázkach, ktoré si v psychiatrii kladieme. Hovoríme o biologickej, psychickej a sociálne-duchovnej vrstve človeka.

Psychiatrické oddelenie NsP v Trenčíne
Adresa: Prim. MUDr. J. Hašto, Psychiatrické odd. NsP v Trenčíne, Legionárska 28, 911 71 Trenčín, Slovensko.

Pohyb vo vrstvách

Poznáme to všetci. Keď v rozhovore identifikujeme psychopatologické symptómy, pohybujeme sa na psychologickej vrstve (úrovni). Keď pacienta neurologicky a inak somaticky vyšetrujeme, zaujíma nás jeho biologická vrstva (ponecháme teraz stranou psychologický aspekt telesného vyšetrenia, dôležitý pre vzťah a compliance: „on sa o mňa stará“). Podobne je to pri EEG vyšetrení, pri CCT, magnetickej rezonancii alebo dokonca PET, pri sledovaní krvného tlaku, pulzu, teploty, laboratórnom vyšetrení krvi a moča. Keď zisťujeme, aké dopady má ochorenie na jeho sociálne okolie, sociálny status, vzťahy, ekonomickú situáciu, pohybuje sa na sociálnej úrovni.

Na úrovni „psychickej vrstvy“ sa tiež „pohybujeme“, keď si kladieme otázku, ako pacient reaguje na svoje ochorenie, ako ho emočne, myšlienkovo, fantazijne spracúva. Konkrétna otázka môže byť napr. ako pacient reaguje na svoje príznaky endogenomorfnej depresie. Aj keď si kladieme otázku, s akými obrannými mechanizmami súvisia pacientove symptómy, ako intrapsychicky spracúva udalosti, čo z jeho vzťahu k druhým a k lekárovi je prenosové (odvodené zo skúsenosti z predchádzajúcich, hlavne primárnych vzťahov v rodine), stále sa pohybujeme na psychologickej úrovni.

Keď si ale kladieme otázku, ako jeho obranné mechanizmy súvisia s evolúciou, etologickými zákonitosťami, už ideme aj do biologickej vrstvy. Ak by sme sa takýchto „potuliek“ vzdali, ochudobnili by sme sa o možnosť hlbšieho pochopenia problému pacienta/pacientov. A otázka môže tiež znieť, ako sa mení pacientova psychopatológia a sociálne interakcie pri psychoterapii (sociálna a psychologická rovina) a ako sa to prejavuje v PET (biologická vrstva).

Heredita a peristáza

Z výskumov konkordancie jednovaječných a dvojvaječných dvojčiat (Kendler et al., 2005; McGuffin, 2005) vieme, že väčšina duševných porúch, dokonca aj tie, ktoré boli donedávna označované ako endogénne a hypoteticky sa predpokladalo, že sú hereditárne podmienené, sú v skutočnosti podmienené omnoho komplexnejšie. Práve výskum heredity v psychiatrii nám jasne ukazuje, že faktory prostredia a spracovávanie informácií z prostredia („životná skúsenosť“) majú viac či menej významný podiel aj v genéze tzv. endogénnych porúch. Pozitívna zmena v sociálnom poli, aj keď už porucha prepukla, môže viesť k uzdraveniu alebo aspoň k lepšiemu priebehu ochorenia. Tak napr. párová terapia pri niektorých depresiách, ktoré mali narušený párový vzťah ešte pred prepuknutím depresie, má dokázané terapeutické efekty aj v kontrolovaných štúdiách (Marneros, 1999).

Spomeňme schizofrénie. Terapeutický efekt psychoedukácie a pomoci pri riešení problémov pre kľúčové osoby v pacientovom sociálnom poli, ktorý je spojený s poklesom EE (expresed emotions) u rodičov, partnerov a pod. a redukciou psychopatológie, exacerbácií a rehospitalizácií u pacienta. Obvykle to tiež znamená, že nie sú potrebné vyššie dávky antipsychotika u človeka, u ktorého máme z výskumov dôvod predpokladať biologickú vulnerabilitu (Hahlweg et al. 2000).

V tomto a v podobných pohľadoch sa striedavo v uvažovaní a intervenciách pohybuje na intrapsychickej úrovni (zmena kognícií psychoedukáciou), interpersonálnesociálnej, sociálne okolie sa správa k pacientovi tolerantnejšie s pozitívnymi dopadmi na jeho emočný stav a psychopatológiu (psychická vrstva); predpokladáme, že sme zabránili preťažovaniu neurálneho systému spracúvajúceho informácie (biologická rovina).

Pluralita metód

Že sa psychiater „pohybuje“ v psychickej vrstve pacienta je samozrejmosťou, či si to už uvedomuje alebo nie (aj pri diagnostike!). Pri medicínskom vzdelaní, do ktorého patrí aj fyzika, chémia, biochémia, biológia, evolučná biológia, klasická genetika, molekulárna genetika, histológia, anatómia, fyziológia atď., je prirodzené, že berie do úvahy aj tieto úrovne. Zdá sa, že menej samozrejmé je brať na vedomie aj sociálnu úroveň. Ak by sme ju ignorovali, nemohli by sme si klásť množstvo dôležitých otázok a hľadať na ne odpovede. Museli by sme napr. rezignovať na zaujímavú otázku, čo je dôvodom, že od druhej polovice dvadsiateho storočia (pravdepodobne) narastá výskyt ľahkých a stredne ťažkých depresií u obyvateľstva (Hell, 1992); že duševná porucha vedie k určitým reakciám sociálneho okolia, ktoré môžu veľmi komplikovať priebeh a liečbu poruchy; rezignovali by sme na sociálne rizikové a protektívne faktory vo vývine, možnosti cielenej práce s verejnosťou, cielenej sociálnej prevencie. A prísne vzaté, rezignovali by sme aj na psychoterapiu, pretože aj pri nej ide vlastne o sociálnu interakciu, ktorá, ak je úspešná, pravdepodobne pôsobí zmenu nielen funkcie mozgu, ale aj jeho morfologickú stránku (neuroplasticita), čo sa zrejme deje cez expresiu a represiu určitých génov (Kandel, 1999).

Biopsychosociálny model

Keď som začal pracovať ako lekár na psychiatrii, fascinovali ma tieto prechody v klinickom uvažovaní ale aj vo výskume z jednej vrstvy do druhej a ich korelácie a „šipky“ kauzálneho pôsobenia. V roku 1979 som spracoval tému „Depresia ako problém biológie, psychológie a sociológie“ (publikované to bolo až po rokoch). Vtedy som ešte nepoznal prácu G. Engela o biopsychosociálnom modeli pre medicínu (1978, 1980, 1982) a pri pátraní po určitom filozoficko-ideovom modeli som sa dostal k N. Hartmannovi s jeho konceptom učenia o vrstvách (v nemčine vyšli v 20. rokoch). Jedna z jeho prác vyšla aj v slovenčine (1976). Neskôr som pri štúdiu Engelových prác zistil, že Hartmannove práce nepoznal. O to pôsobivejšia je ideová zhoda oboch autorov.

Vzhľadom na široký rozsah otázok, ktoré si psychiater úplne prirodzene vo svojej klinickej praxi kladie a musí nevyhnutne klásť a ktoré sú potom aj inšpiráciou a motorom pre výskum, potrebujeme určitý celkový koncept, model, ideový

rámec, ktorý by pomáhal k určitej štruktúre, štruktúrovaniu na prvý pohľad neprehľadného chaosu tvoreného množstvom metodík získavania poznatkov a rôznych integračných úrovní.

Zdá sa, že je viacero pozoruhodných esejí na tému komplexnosti nášho odboru, ktoré takýto ideový rámec poskytujú. Zohrávajú pozitívnu úlohu pre utváranie identity psychiatrie, pôsobia proti svojvoľnému vylučovaniu určitých segmentov reality človeka (pacienta) v našom prístupe v klinickej praxi a vo výskume.

Zdá sa, že v tejto súvislosti sú zvlášť pozoruhodné už spomínané koncepty N. Hartmanna (učenie o vrstvách reálneho sveta), esej M. Bleulera, ktorú publikoval v r. 1952, prirodzene eseje G. Engela publikované v r. 1978 a 1980 , Weinerova a Mayerova práca z r. 1990 a v novšej dobe dve eseje Erika Kandela (1999,1999).

Z diskusií s kolegyňami a kolegami pre mňa vyplynul záver, že by bolo užitočné sprístupniť širšiemu okruhu čitateľov myšlienky z esejí G. Engela a E. Kandela (urobíme to formou podrobných konspektov, ktoré vypracovali MUDr. Zuzana Bystrická a MUDr. Jela Maliariková). Bleulerov prístup možno zachytiť aj z ducha jeho učebnice (1998) a koncepciu N. Hartmanna skúsim priblížiť aspoň pár vetami.

Človek ako vrstevnatá bytosť

Pre psychiatriu sa z Hartmanna dá zhrnúť: človek je vrstevnatá bytosť. Najnižšia vrstva je anorganická, ktorú študuje fyzika a chémia, na ňu „nasadá“ vitálna, ktorú študuje biológia so všetkými svojimi disciplínami, potom je psychická, ktorá je predmetom psychologických vied, nasleduje sociálne-duchovná, tá je predmetom duchovedných odborov a sociálnych vied. Podľa R. Junga (1980) psychiatria siaha od vitálnej vrstvy až po vrstvu duchovednú a sociálnu. On sám ako neurofyziológ a psychiater chápal neurofyziológiu ako časť biológie skúmajúcej mozgovú činnosť v jej vitálnej vrstve a používa fenomény z vyššej psychickej vrstvy len ako indikátor pre funkčné stavy mozgu.

V biologickej vrstve síce tiež platia fyzikálne-chemické zákony nižšej vrstvy, pristupujú k nim ale zákonitosti, ktoré nie sú známe na nižšej anorganickej úrovni – napr. cielená adaptácia. Vyššia vrstva – nad biologickou – je psychická, človek mysliaci a konajúci. Individuálne zvláštnosti sú tu omnoho viac vyjadrené a jednoznačné je finálne zameranie (za ktorými sú komplexné kauzálne procesy). Duchovne-sociálna vrstva je nad individuálnymi vymedzeniami a má význam pre celé ľudské spoločenstvo: sféra sociálnych komunikácií, duchovných, etických a religióznych hodnôt. „Transcendentujú vedomie jednotlivca.“ Každá z týchto vrstiev má svoje vlastné zákonitosti a svoje špecifiká, ale vyššia vrstva je závislá od nižších. Nižšie vrstvy sú základom pre vyššie a sú teda „silnejšie“ ako tieto. Vyššia vrstva nemôže jestvovať bez nižších. Nižšia ale môže jestvovať bez vyššej. Fyzikálne-chemické procesy môžu prebiehať bez vplyvov biologických alebo psychických. Psychické pochody ale nie sú možné bez fyzikálne-chemických zmien a biologických funkcií. Vyššie úrovne ale nie sú vo svojej forme a zvláštnostiach určované len nižšími vrstvami, pri väčšej diferencovanosti majú svoje vlastné zákonitosti. Vyššia vrstva má – napriek svojej závislosti od nižšej – predsa len určitý väčší stupeň slobody. Ale kauzálne zákony, ktoré samotné platia v nižších vrstvách, platia aj pre vyššie ako základ ich vlastných zákonitostí.

Z Hartmannových úvah pre psychiatriu priamo vyplýva, že na riešenie určitého problému môžu byť použité rôzne vedecké metódy. Ale už aj bežná klinická situácia psychiatrického vyšetrenia, ako bola zmienka na začiatku, používa metodiku, ktorá má svoje miesto v určitých viacerých vedeckých disciplínach: sledujeme podobne ako etológ pacientovo pohybové správanie, mimiku, gestické prejavy, vokalizáciu, melódiu, tempo reči, interpretujeme si obsah jeho reči; ako pri hermeneutickom prístupe, získavame verbálne správy o pacientových intrapsychických pozorovaniach, napr. aj ako prežíva svoju vitálnu vrstvu.

Podľa Hartmanna neexistuje vláda ducha nad matériou. Jeho vláda je založená na jej poslúchaní.

Hartmannovo učenie o vrstvách a jeho posledne uvedený názor ale rozhodne nemožno interpretovať tak, že by napr. psychoterapia nemala pri duševných poruchách šancu. Vieme, že sú empirické dôkazy o jej účinnosti a objavujú sa aj prvé doklady toho, že sa pri nej menia mozgové funkcie a že vystavovanie zvierat určitým situáciám vedie k morfologicky postihnuteľným zmenám v CNS. Všetko sa to ale deje len v hraniciach možného, čo dovolí vitálna vrstva.

Domnievame sa, že sila, vitalita a identita psychiatrie je práve v tom, čo niektorí považujú za jej slabosť: v pluralite metód výskumu, viacúrovňovej diagnostike, pluralite terapeutických prístupov, v schopnosti integratívne posudzovať čiastkové poznatky, aspekty, v odolávaní lákavému zjednodušovaniu pohľadu na ľudskú bytosť (čo by nás ale nemalo paralyzovať pri skúmaní určitého čiastkového problému).

Tendencia k zjednodušeným prístupom v psychiatrii, v zmysle psychiatria je len biologický problém, psychiatria je len psychologický problém, alebo len problém pre sociálne vedy, je možno lákavá pre všeobecnú ľudskú kognitívnu tendenciu, čo najjednoduchšie uchopiť problém, redukuje to aj určitú emočnú nepohodu, neistotu z určitého stupňa neznámeho, z nepoznaného. Opäť to poznáme asi všetci. Uľaví sa nám, keď pacientovi prisúdime určitú diagnostickú kategóriu. Niekedy určitú diagnózu použijeme kvôli našim vlastným „syndrómovým okuliarom“ (vidíme, čo poznáme a chceme vidieť, neradi vidíme to, čo nás ohrozuje alebo čo by bolo výzvou pre terapeutický plán, v ktorom sa necítime kompetentní). Spomeňme v tejto súvislosti napr. na veľmi malú diagnostickú záchytnosť posttraumatických stresových porúch (Flatten et al., 2004, Kusá, 2002).

Čiastkovosť prístupu versus biopsychosociálny prístup sa dá tiež ilustrovať na probléme dokonaných samovrážd. Objaví sa metodicky precízna práca, že nálezy v mozgu suicidantov svedčia pre znížený obsah sérotonínu. Skratkovitý a lákavý záver by mohol znieť, suicídium je predovšetkým hlavne biologicky determinovaný jav, kauzalita je biochemickej povahy. Keď si ale klinický psychiater, v zmysle rady K. Poppera, položí otázku, čo hovorí proti tomu, možno si spo-

menie na ľudí, ktorí suicidovali a poznal lepšie ich biografiu a vzťahové problémy. Napr., že sa v rodine cítili nechcení, nenávidení, znehodnocovaní, že často prežívali bezmocnú zlosť, že ich potreba lásky a opory nebola opätovaná a možno si mysleli, že ju už ani nechcú, keď vždy pri tom narážali na chlad, že si ju možno ani nezaslúžia, keď tak nenávidia; alebo že by sa mohli dostať bližšie k svojmu napr. milovanému otcovi, ktorý je už mŕtvy a bolo by im lepšie, ako prekonávať aktuálne problémy, ktoré sa javia ako beznádejná slepá ulička. Psychiater si môže tiež pozrieť, ako je to s konkordanciou dokonaných suicídií u jednovaječných dvojčiat. Udáva sa cca 17 % konkordancia u jednovaječných dvojčiat, takže so samou hereditárnou dispozíciou, ktorá by primárne biochemicky preddeterminovala človeka na suicídium, to nebude také jednoduché. A môžeme si tiež spomenúť na veľkú variabilitu vo výskyte suicídií medzi rôznymi krajinami a kultúrami (sociálne-duchovná vrstva ľudskej existencie). Kritickým myslením na komplexnej biopsychosociálnej úrovni môže psychiater – psychoterapeut uniknúť pasci jednostrannosti, uviaznutiu pri hypotéze, ktorá by mohla byť v jeho praxi škodlivá, i keď by mu možno mohla redukovať „trápenie z rozumu“. Byť v určitom priestore a zostať v ňom môže byť pohodlné a človek si nemusí ani veľmi uvedomovať, že je to pasca.

Bowlby a biopsychosociálny model

V príkladoch o užitočnosti biopsychosociálneho modelu zdravia a choroby by sa dalo pokračovať. Už len jedna poznámka. Zdá sa mi, že mnoho klinicky významného sa už vie o vzťahovej väzbe (attachment) a pripútavacom správaní (attachment behavior). Bowlbyho teória sa ukazuje veľmi plodná a dá sa očakávať, že v budúcnosti ďalšie výskumy (vo všetkých vrstvách) ňou inšpirované budú pre psychiatriu a psychoterapiu veľkým prínosom.

Závery

Z vyššie načrtnutých úvah vyplývajú závery, ktoré môžu pre niekoho znieť veľmi triviálne: pre psychiatriu je užitočné chápať človeka ako „vrstevnatú bytosť“ (N. Hartmann), podržať si biopsychosociálny model zdravia a choroby (G. Engel) ako koncept napomáhajúci zostať v myslení a konaní v klinickej realite; psychiatria a psychoanalýza (psychoterapia vôbec) by tiež nemala zostať hluchá k apelom, aby viac integrovala do svojich úvah a výskumu neurobiológiu a etológiu (Kandel, Bowlby).

Nech sa volanie po biopsychosociálnom prístupe v psychiatrii javí akokoľvek triviálne a možno verbálne sa k nemu hlási väčšina psychiatrov, v praxi tento prístup vôbec nie je samozrejmosťou !

Konspekty prác Engela a Kandela snáď prispejú k diskusii v našej obci.

Literatúra

Bleuler, E., Bleuler, M.: Učebnica psychiatrie. Vydavateľstvo F, Trenčín, 1998.

Bleuler, M.: Biologie und Entwickungslehre der Persönlichkeit. Verh. Schweiz. Naturforsch. Ges. Bern 1952, s . 26-43.

Bowlby, J.: Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind- Beziehung. Kindler, München 1975.

Engel, G.L.: The need for a new medical model: A chalenge for biomedicine. Science, 1977, 137, s. 535-544.

Engel, G.L.: The clinical application of the biopsychosocial model. Am. J. Psychiatry, 1980, 137, s. 535-544.

Flatten, G. et al.: Posttraumatische Belastungstörung. Leitlinie und quetlentext. 2. Aufl. Schattaner, Stuttgart 2004.

Hahlweg, K., Dose, M.: Schizofrénia. Terapeutická príručka, Vydavateľstvo F, Trenčín 2000.

Hartmann, N.: Nové cesty ontológie. Pravda, Bratislava 1976.

Hašto, J.: Depresia ako problém biológie, psychológie a sociológie. Moravsko-Slezský referátový výběr z psychiatrie. Kroměříž, 14, 1, 1982, s. 56-70.

Hell, D.: Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz. Rowolt, Reinbeck bei Hamburg, 1992.

Jung, R.: Neurophysiologie und Psychiatrie. In: K.P. Kisker et al (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band I., Teil 2, Springer Berlin 1980.

Kandel, E.R.: A New Intelectual Framework for Psychiatry. Am. J. Psychiatry, 155, 1998, č. 4, s. 457-469.

Kandel, E.R.: Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intelectual Framework for Psychiatry revised. Am. J. Psychiatry, 156, 1999, č. 4, s. 505-524.

Kendler, K.S., Eaves, L.J. (eds.): Psychiatric Genetics. Am. Psychiatric Publishing, Inc., Washington 2005.

Marneros, A.: Handbuch der unipolaren und bippolaren Erkrangungen. Thieme, Stuttgart 1999.

McGuffin, P. et al. (ed.): Psychiatric Genetics and Genomics. Oxford Univ. Press, 2005.

Schepank, H.: Vererbung und Umwelt. In.: von Uexküll, T.-R.H. Adler et al. (Hrsg): Psychosomatische Medizin. Urban Schwarzenberg, München 1995.

Weiner, H., Mayer, E.: Organismus in Gesundheit und Krankheit. Auf dem Wage zu einem integrierten Model: Folgerungen für die Theorie der psychosomatichen Medizin. Ppmp. Psychother. Med. Psychol., 40, 1990, s. 81-101.