rostlivosť. Frustrácia tých, ktorých subjektívne oprávnené požiadavky voči svojmu zdraviu sa stretnú s neadekvátnym prístupom príliš technicky orientovaných lekárov, je platnou biomedicínou chybne interpretovaná ako „nerealistické očakávania“ zo strany verejnosti, namiesto toho, aby sa v tom rozpoznala nefalšovaná diskrepancia medzi tým, ako chorobu aktuálne prežíva pacient, a tým, ako ju konceptualizuje biomedicínsky model. Profesionalizácia biomedicíny vytvára ešte jednu ohromnú bariéru. Profesionalizácia splodila kastový systém zdravotníckeho personálu a pravidlá, zaoberajúce sa tým, čo tvorí vhodné oblasti pre medicínu a liečbu, s najťažšie zrozumiteľnými ochoreniami na vrchole zoznamu. Profesionálna dominancia „si udržala prevažujúce praktiky, odklonila sa od kritiky a izolovala profesiu od odlišných pohľadov a sociálnych vzťahov, ktoré by mohli ozrejmiť a zlepšiť lekársku starostlivosť.“ Holman argumentuje (nie nepresvedčivo), že „medicína sa primárne nezaoberá objektívnym získavaním poznatkov a ich transláciou do lekárskej praxe, ale vo veľkej miere sa sústreďuje na obhajovanie špeciálnych záujmov a usiluje sa o udržanie spoločenskej sily.“

V takýchto podmienkach je ťažké predpokladať, čo môžu priniesť reformy. Nová kritická esej sotva povedie k významnejšej zmene postojov. Tento problém nie je nový, prvé pokusy priniesť holistickejší prístup do lekárskeho vzdelávania sa datujú spred roka 1920 k programu, kedy Adolph Meyer uviedol svoj program na Univerzite Johna Hopkinsa. Na Rochesterskej univerzite je už 30 rokov program pre študentov medicíny a lekárov, ktorý je zameraný na získanie psychosociálnych vedomostí a zručností, ktoré budú vhodné pre ich budúcu prácu lekárov alebo učiteľov. Aj keď je obtiažne objektívne merať výsledky, jeho vplyv sa podľa toho, ako študenti a doktoranti hodnotia otázky choroby a liečenia pacienta v dotazníkoch, javí ako hodnotný. Na iných školách, najmä v čase tesne po druhej svetovej vojne, boli taktiež podobné pokusy, z ktorých niektoré krátko prekvitali, ale väčšina rýchlo zanikla v konkurencii slávnejšej a prijateľnejšej biomedicínskej kariéry. Dnes sa na mnohých školách znova objavujú tieto záujmy, ale je ich málo a majú slabý vplyv, prestíž a silu a malý prístup k podporným fondom, ktoré sú konformné s prevažujúcou biomedicínskou štruktúrou. Ale i tak je dnes záujem medzi študentmi a mladými lekármi vysoký a tam, kde sa vyskytnú možnosti vzdelávania, tam záujem rýchlo presiahne malú ponuku. Zdá sa, že ak sa mladej generácii poskytne príležitosť, rýchlo akceptuje význam vedomostí o psychosociálnej dimenzii choroby a liečby a potreby toho, aby takéto vzdelávanie bolo rozumne založené na vedeckých princípoch. Pod vplyvom takéhoto prístupu si mnohí uvedomujú, aké prchavé a nevýrazné sú výzvy k humanizmu a k súcitu, pokiaľ nie sú založené na racionálnych princípoch. Názor, že lekári v minulosti lepšie rozumeli svojim pacientom, mýtus, ktorý pretrval storočia, odmietajú ako zjednodušený. Je zjavné, že treba zaceliť trhlinu medzi učiteľmi pripravenými vyučovať a študentmi, ktorí sa chcú učiť. Ale nič sa nezmení, pokiaľ si tí, ktorí kontrolujú zdroje neuvedomia, že musia opustiť cestu výlučného spoliehania sa na biomedicínu ako na jediný prístup k starostlivosti o zdravie. Navrhovaný biopsychosociálny model ponúka podrobný plán pre výskum, rámec pre vzdelávanie a spôsob, ako reagovať v reálnom svete zdravotnej starostlivosti. Či je potrebný alebo nie, to sa uvidí. Ale odpoveď nepríde, pokiaľ nebudú pripravené vhodné podmienky. V slobodnej spoločnosti bude výsledok závisieť od tých, ktorí budú mať odvahu vyskúšať novú cestu a vedomosti, aby zabezpečili potrebnú podporu.

Zhrnutie

Dnešným dominantným modelom choroby je biomedicínsky model, ktorý vo svojej koncepcii nenecháva priestor pre sociálne, psychologické a behaviorálne dimenzie choroby. Je navrhnutý biopsychosociálny model, ktorý poskytuje podrobný plán pre výskum, rámec pre vzdelávanie a spôsob, ako reagovať v reálnom svete zdravotnej starostlivosti.

2. Klinická aplikácia biopsychosociálneho modelu

The Clinical Application of the Biopsychosocial model. George L. Engel
Am. J. Psychiatry, 1980, 137, s. 535–544.

Prístup lekára k pacientom a ich problémom je do veľkej miery ovplyvnený koncepčnými modelmi lekárskeho vzdelávania. Dr. Engel vo svojom článku predstavuje použitie biopsychosociálneho modelu pri analýze a liečbe pacienta s akútnym infarktom myokardu, v porovnaní s prístupmi zástancov tradičnejšieho biomedicínskeho modelu. Dr. Engel uprednostnil interného pacienta pred psychiatrickým, aby zdôraznil jednotu medicíny a lepšie definoval úlohu psychiatrie pri vzdelávaní budúcich lekárov.

Prínos v oblasti psychiatrického vzdelávania je oceňovaný Vestermarkovou cenou. Väčšina ocenených využila príležitosť, aby pojednali o otázkach týkajúcich sa psychiatrického vzdelávania. Tento článok tak urobí len nepriamo. Zámerom Dr. Engela je opísať biopsychosociálny model a demonštrovať jeho praktické použitie v starostlivosti o pacienta.

Na tento účel zámerne uprednostnil príklad interného pacienta pred psychiatrickým, konkrétne muža s infarktom myokardu, ktorý bol skomplikovaný zastavením srdca. Dr.

Engel tým chce zdôrazniť jednotu medicíny a jedinečnosť lekárstva, pretože psychiatria je lekárska disciplína a psychiatri sú lekármi. Biopsychosociálny model je vedecký model, ktorý berie do úvahy rozmery vynechané v biomedicínskom modeli. Zároveň definuje otázky vzdelávania v medicíne a najmä úlohu psychiatrov vo vzdelávaní budúcich lekárov.

Prístup lekára k pacientom a ich problémom je do veľkej miery ovplyvnený koncepčnými modelmi lekárskeho vzdelávania a praxe. Bežne si však lekári neuvedomujú, ako veľmi tieto modely vplývajú na ich myslenie a správanie. Deje sa tak preto, že dominantné modely nie sú uvádzané priamo. Skôr sa stávajú súčasťou štruktúry vzdelávania a kultúrneho pozadia, v ktorom sa lekári stávajú lekármi. Prístup učiteľov, učebné texty, postupy, ktorým sa budúci lekári priúčajú, a dokonca lekárske inštitúcie a administratívne organizácie, v ktorých pracujú, to všetko odráža prevažujúce koncepčné modely danej doby. Dominantný model dnešnej medicíny sa nazýva „biomedicínsky model." Biomedicínsky model predstavuje použitie klasického faktorovo-analytického prístupu v medicíne, ktorý charakterizuje západnú vedu po mnoho storočí. Dr. Engel už v inom článku uvažoval o obmedzeniach tohto modelu a prezentoval alternatívny model – biopsychosociálny model. Nový model je založený na systémovom prístupe a na vývoji v biológii za posledných päťdesiat rokov. O jeho vznik a rozpracovanie sa najviac pričinili biológovia Paul Weiss a Ludwig von Bertalanffy.

Vo svojej práci dr. Engel uvažuje o tom, ako biopsychosociálny model pomôže lekárom používať vedecké metódy počas každodennej praxe a bežnej starostlivosti o pacienta. Priblíži sa tým cieľ Flexnerovej reformy – vzdelávať skutočných vedeckých lekárov.

O medicíne možno očividne povedať, že je to humánna disciplína, ktorá zahrňuje aktivity dvoch či viacerých ľudí. Roly a úlohy týchto ľudí sú vopred definované a sú navzájom komplementárne. Sú založené na súvislosti medzi potrebami jednej strany – pacienta – a očakávanou zodpovednosťou (službou) druhej strany – lekára. V širšom zmysle je pacientovou potrebou uľaviť si od nepohody, ktorá je buď správne alebo nesprávne pripisovaná „chorobe". Pacient očakáva, že druhá strana, lekár, disponuje profesionálnou kompetenciou a motiváciou, ktoré mu túto úľavu zabezpečia. Prakticky to znamená, že lekárovou úlohou je najskôr zistiť, ako sa pacient cíti alebo cítil, čo zažíva alebo zažíval. Potom musí tieto pacientove pocity a zážitky vysvetliť (odpovedať na otázky „prečo" a „kvôli čomu"), zaistiť pacientovu účasť na ďalších klinických a laboratórnych vyšetreniach, aby sa tieto hypotézy overili, a nakoniec získať pacientovu spoluprácu pri ďalších aktivitách, zameraných na zmiernenie nepohody a/alebo napravenie porúch, ktoré by mohli prispievať k nepohode a neschopnosti. Pacientove úlohy a zodpovednosti dopĺňajú tie, ktoré má lekár.

V širšom slova zmysle sa táto charakteristika komplementárnych rôl a úloh lekára a pacienta vyskytuje vo všetky liečebných a zdravotníckych systémoch, či už ide o primitívnu ľudovú alebo modernú vedeckú medicínu. Tá prvá je založená z veľkej časti na autorite, tradícii a pôsobení magických receptov, zatiaľ čo tá druhá sa spolieha na vedecké poznanie a vedecké metódy ako na najlepšie prostriedky pri získavaní zdravia a pohody. Úspechy aj definície súčasného vedeckého prístupu, ktorý je predpokladom biomedicínskeho modelu, sú v súčasnosti stredobodom živej kontroverzie. Zástancovia biomedicínskeho modelu tvrdia, že jeho úspechy sú nad očakávania a že postupom času sa vďaka pokroku v biomedicínskom výskume vyriešia všetky závažné problémy. Kritici argumentujú, že takáto závislosť na vede je v konečnom dôsledku na úkor ľudskosti pacienta. Táto kontroverzia je však neplodná a nedá sa vyriešiť, pretože je založená na chybnom predpoklade, že biomedicínsky model je adekvátnym vedeckým modelom pre medicínsky výskum a prax.

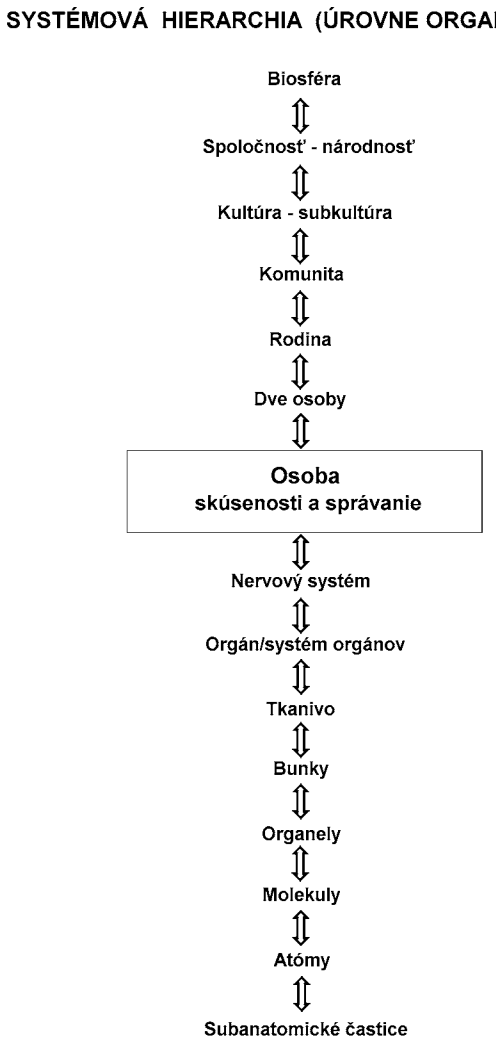
Oslabujúcim nedostatkom modelu je to, že sa nezaoberá pacientom ako osobou, ako ľudskou bytosťou. No v každodennej praxi je primárnym objektom štúdia osoba a mnoho údajov potrebných pre vývoj hypotéz a vyšetrovanie sa získava v rámci prebiehajúceho ľudského vzťahu a je v behaviorálnej a psychologickej forme. Konkrétne, zisťuje sa, ako sa pacient správa a čo o sebe a svojom živote vypovedá. Biomedicínsky model nemá výhody ani pre osobu ako celok, ani pre údaje psychologickej a sociálnej povahy, pretože redukcionizmus a dualita mysle a tela, na ktorých je model založený, vyžadujú, aby sa tieto aspekty, skôr ako získajú zmysel, redukovali do fyzikálno-chemických pojmov. Najvnútornejšia podstata medicínskej praxe však naďalej ostáva „umením" a mimo dosah vedy.

Biopsychosociálny model

Keď sa zameriame na rozdiel medzi tým, čo robí lekár a tým, čo robí vedec, jasne uvidíme, aký vhodný, ba dokonca nevyhnutný, je systémový prístup, uvedený v navrhovanom biopsychosociálnom modeli. Zatiaľ čo vedec si môže pre svoj výskum s relatívnou beztrestnosťou vybrať a izolovať jednotlivé komponenty organizovaného celku, lekár pri takomto postupe riskuje, že zanedbá alebo dokonca zraní objekt svojho štúdia, pacienta. Prívrženci biomedicínskeho modelu často poukazujú na to, že s pacientom nemožno narábať ako s experimentálnym zvieraťom v laboratóriu a chcú tým potvrdiť svoj argument, že medicína nikdy nemôže byť vedeckou. Ale takého tvrdenie predpokladá, že faktorovo-analytický prístup redukcionizmu sa sám o sebe kvalifikuje ako vedecký. Systémová teória tým, že poskytuje koncepčný rámec, v ktorom možno skúmať organizovaný celok, ako aj jeho súčasti, presahuje toto stáročia staré obmedzenie.

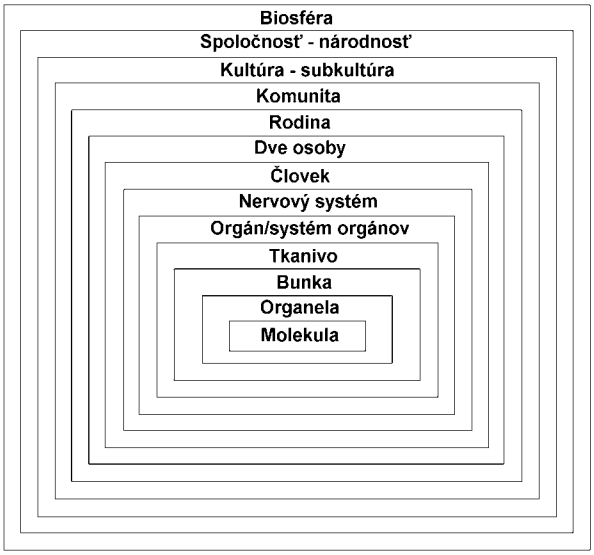
Pre najjasnejší a najautoritatívnejší výklad systémovej teórie v biológii sa musíme vrátiť k základným prácam Weissa a von Bertalanffyho. Weiss zdôraznil, že systémová teória sa dá najlepšie pojať, keď použijeme bežné pozorovania prírody, ktorá je usporiadaná ako hierarchicky organizované kontinuum, od komplexnejších, väčších jednotiek, k menej komplexným, menším jednotkám. Schematicky sa to dá vyjadriť vertikálnou pyramídou zdôrazňujúcou hierarchiu (obr. 1) a zoskupením štvorcov zdôrazňujúcim kontinuum (obr. 2). Vlastne existujú dve hierarchie – jedinec (osoba) je

najvyššou úrovňou v hierarchii organizmu a najnižšou jednotkou v sociálnej hierarchii.



Obrázok 1. Hierarchia prirodzených systémov

Každá úroveň v hierarchii reprezentuje organizovaný dynamický celok, systém s dostatočnou trvanlivosťou a identitou. Názov úrovne reflektuje jej typické vlastnosti a charakteristiky. Bunka, orgán, osoba aj rodina – každá z týchto úrovní je komplexne organizovaná a o tejto skutočnosti málokto pochybuje. Každý systém v sebe zahŕňa vlastnosti a vzťahy typické pre túto úroveň organizácie a skúmanie a vysvetľovanie každého z nich vyžaduje kritériá jedinečné pre každú úroveň. V žiadnom prípade nie sú metódy a pravidlá používané pre štúdium a porozumenie bunky ako bunky vhodné pre štúdium osoby ako osoby alebo rodiny ako rodiny. Rovnako tak musia byť aj metódy potrebné na



Obrázok 2. Kontinuum prirodzených systémov

identifikáciu a charakteristiku častí bunky odlišné od tých, ktoré sa zaoberajú bunkou ako celkom.

Uvažovanie o hierarchii ako o kontínuu odhaľuje ďalší očividný fakt. Každý systém je v rovnakom čase súčasťou vyššieho systému (pozri obr. 2). Systém bunky je komponentom systému tkaniva a orgánu a osoby. Osoba a dve osoby sú komponentmi rodiny a spoločnosti. V kontinuite systémov je každá jednotka zároveň aj celkom, aj časťou. Osoba (alebo jednotlivec) reprezentuje naraz najvyšší stupeň organizmickej hierarchie aj najnižší stupeň sociálnej hierarchie. Každý systém má ako celok vlastné jedinečné charakteristiky a dynamizmy. Ako časť je súčasťou systému na vyššej úrovni. Označenie „systém“ svedčí o existencii stabilnej konfigurácie v čase a priestore, konfigurácie, ktorá je udržiavaná nielen koordináciou jednotlivých komponentov v istej vnútornej dynamickej sieti, ale aj charakteristikami väčšieho systému, ktorého je súčasťou. Stabilná konfigurácia v sebe taktiež zahŕňa existenciu hraníc medzi organizovanými systémami, cez ktoré prechádza materiál a informácie.

Nič neexistuje v izolácii. Či už bunka alebo osoba, každý systém je ovplyvnený konfiguráciou systému, ktorého je časťou, t.j. svojím okolím. Presnejšie povedané, ani bunka ani osoba nemôžu byť plne charakterizované ako dynamické systémy bez charakterizovania väčšieho systému/systémov (okolím), ktorého sú súčasťou. Je to obsiahnuté v označeniach, ktoré sa používajú. Pomenovanie „červená krvinka“ priamo a implicitne identifikuje väčší systém, bez ktorého by červená krvinka nemohla existovať. Termín „pacient“ charakterizuje jednotlivca ako súčasť väčšieho sociálneho systému. Identifikácia pacienta podľa mena, veku, pohlavia, materiálneho statusu, povolania a miesta bydliska identifi-

kuje ďalšie systémy, ktorých je pacient súčasťou a ktoré sú súčasťou jeho životného prostredia.

Vo vedeckej práci má vedec vo všeobecnosti záväzok vybrať si jednu systémovú úroveň, na ktorú sa bude sústreďovať alebo pri ktorej má prinajmenšom svoju prácu začať. Pre lekára je touto úrovňou vždy osoba, t.j. pacient. Systémovo orientovaný vedec si bude vedomý, že táto úloha je vždy dualitná a komplementárna. Na jednej strane musia byť identifikované základné súčasti a dôkladne do detailov charakterizované. Použitie stále rozmanitejších a prepracovanejších techník pri skúmaní bunky ponúka skoro nekonečne rozsiahle poznatky o jednotlivých zložkách (systémoch), ktoré vytvárajú bunku. Ale zároveň sa musia skúmať aj systémové charakteristiky každého komponentu každého systému. Aby sme porozumeli pravidlám a silám, ktoré sú zodpovedné za kolektívny poriadok v systéme, či už ide o organelu, bunku, osobu alebo komunitu, je potrebné použiť rôznorodé prístupy. Nemožno ich chápať iba ako zhluk jednotlivých zložiek.

Systémovo orientovaný vedec, vrátane lekára, má vždy na mysli tento rozdiel a komplementaritu, ktorá z toho prirodzene vyplýva. Toto je v protiklade k orientácii redukcionistických vedcov, ktorí sú presvedčení, že faktorovo-analytický prístup definitívne všetko vysvetľuje, ale to, čo charakterizuje celok, uniká ich pozornosti. Najmä v medicíne má prehliadanie celku, vlastné redukcionizmu v biomedicínskom modeli, za následok, že lekár sa zaoberá len telom a chorobou a nevšíma si pacienta ako človeka. To významne prispelo k rozšíreniu verejnej mienky, že vedecká medicína je neosobná. Tento názor je zhodný s tým, ako biomedicínsky vzdelaný lekár vníma postavenie vedy vo svojej každodennej práci. Pre neho sa „veda“ a vedecké metódy týkajú určenia choroby a jej liečby a netýkajú sa pacienta a starostlivosti o neho. Dnešná kultúra redukcionistickej vedy je do veľkej miery zodpovedná za to, že verejnosť považuje vedu a humanizmus za dve veci, ktoré sú vo vzájomnom rozpore.

Aplikácia biopsychosociálneho modelu

Pozrime sa na to, ako by sa mohol tento rozpor medzi vedou a humanitou zmierniť, ak nie úplne eliminovať, ak by lekár pristupoval ku klinickým problémom zo širšej perspektívy systémovo orientovaného biopsychosociálneho modelu a nebol by obmedzovaný úzkym redukcionistickým prístupom biomedicínskeho modelu. Hierarchia a kontínuum prirodzených systémov, ako je to znázornené na obrázkoch 1 a 2, ponúkajú návod pre systémy, ktorých sa pridŕža lekár počas starostlivosti o pacienta. Ako to vyzerá v praxi ilustruje dr. Engel na konkrétnom klinickom príklade, na kazuistike pána G. (jedná sa o pseudonym). Pán G. má 55 rokov, je ženatý, má dvoch dospelých synov a pracuje v realitnej kancelárii. Dostal sa na jednotku intenzívnej starostlivosti s podobnými symptómami, aké mal pred pol rokom, keď prekonal infarkt myokardu.

Uvažovanie o modeli začneme tým, že si pripomenieme, že v praxi je lekárov prvý zdroj informácií sám pacient (alebo niektoré druhé informované osoby). Preto sa klinické skúmanie začína na úrovni osoby a prebieha v rámci systému dvoch osôb, vo vzťahu lekár – pacient. Údaje sa skladajú z vypovedaných vnútorných zážitkov (napríklad pocity, vnemy, myšlienky, názory a spomienky) a na opísanom a pozorovanom správaní. V prípade pána G. si jeho zamestnávateľka všimla, že pacientovi bolo horšie, ako si sám pripúšťal. Oznámila to lekárovi a presvedčila pacienta, aby šiel do nemocnice.

Ako systémová perspektíva biopsychosociálneho modelu ovplyvňuje lekárov klinický prístup? Ak lekár používa systémovú hierarchiu ako návod, tak potom už od začiatku vníma všetky informácie v termínoch systémových úrovní a uvažuje nad prípadnou súvislosťou a užitočnosťou údajov z každej úrovne pre ďalšiu starostlivosť o pacienta. Dokonca aj také minimálne údaje o pánovi G., ako je vek, pohlavie, miesto pobytu, manželský a rodinný stav, povolanie a zamestnanie, už indikujú systémové charakteristiky, užitočné pre ďalšie úsudky a rozhodnutia. Informácia, že si pacient nechcel pripustiť ochorenie, najmä v súvislosti s údajom, že už pred šiestimi mesiacmi prekonal infarkt, a že ho zamestnávateľka musela presvedčovať, aby išiel do nemocnice, vypovedá niečo o mužovom psychologickom štýle a o jeho konfliktoch. Už len tieto údaje upozorňujú systémovo orientovaného lekára na možnosť, ak nie pravdepodobnosť, že priebeh ochorenia a starostlivosť o pacienta môžu významne ovplyvniť procesy prebiehajúce na psychologickej a interpersonálnej úrovni. Samozrejme, že podobnosť súčasných symptómov s tými, ktoré mal pán G. počas minulého infarktu, pripravuje lekára na to, aby uvažoval o systémových narušeniach na kardiovaskulárnej úrovni ako aj symbolickej úrovni „ďalšieho infarktu“.

Takýto celkový prístup, ktorý berie do úvahy všetky úrovne organizácie dôležité pre okamžitú alebo dlhodobú starostlivosť, možno dať do kontrastu so skúpym prístupom biomedicínskeho modelu. V tom modeli je ideálne čo najrýchlejšie nájsť najjednoduchšie vysvetlenie, najlepšie hneď diagnózu jedinej choroby a označiť všetko ostatné ako komplikácie alebo ako irelevantné pre prácu lekára. Redukcionistickému lekárovi postačuje pre odhadnutie problému pána G. diagnóza „akútny infarkt myokardu“, rovnako aj pre určenie úlohy lekára.

Priebeh udalostí

Zrekonštruujme si pomocou systémových termínov priebeh udalostí, z ktorých sa skladá akútna fáza choroby pána G. Pre zjednodušenie výkladu sme za začiatočný bod určili 90-minútový časový úsek, počas ktorého pacient v podobe symptómov prežíval vzrastajúcu ischémiu srdca. Táto udalosť a nasledujúce kritické udalosti a ich následky pre intra- a intersystemickú harmóniu sú znázornené na obrázkoch 3 až 9. Každý diagram znázorňuje systémovú úroveň, ktorú konkrétna udalosť zasiahla, ako aj odozvy v systémovej hierarchii smerom nahor aj nadol. Hierarchia je vo vzájomnej jednote, to znamená, že každý systém je v rovnakom čase súčasťou systému, ktorý je v hierarchii vyššie. A preto porušenie celistvosti jedného systému narušuje poriadok v ostatných systémoch, obzvlášť v tých, ktoré sú najbližšie. Tieto

vzťahy sú znázornené v diagramoch pomocou dvojsmerných šípok, ktoré spájajú jednotlivé úrovne systému.

Obrázok 3 zachytáva kritickú udalosť, kedy postupné upchávanie prietoku koronárnej artérie prerušilo prívod kyslíku do časti myokardu a narušilo jeho organizáciu. Všimnite si, že aj keď sa zmeny dejú na úrovniach bunka, molekula, orgán, systém a nervový systém, choroba a ochorenie človeka sa nestáva problémom, kým nie je zasiahnutá úroveň osoby, t.j. kým človek nezažíva niečo ako narušené, alebo kým sa nezačne správať alebo vyzerať tak, že je to interpretované ako známky ochorenia. Pre pána G. začali takéto zmeny okolo desiatej hodiny ráno. Bol sám v kancelárii a najskôr pocítil slabosť a nevoľnosť. Potom začal mať tlak v strede hrudníka a bolesť v ľavom ramene. Hneď mu napadlo, že sa to podobá na infarkt spred šiestich mesiacov. Takto začala hrozba narušenia úrovne osoby, a s tým aj ďalšie vlny narušení nahor a nadol v systéme hierarchie.

V tomto prípade má centrálny nervový systém kľúčovú úlohu pri integrácii a regulácii vnútorných zážitkov, správania a fyziologických adaptácií, ktoré sú reakciou na procesy vznikajúce v odkysličenom myokarde. Takého procesy sprostredkované CNS nemusia byť bezpodmienečne navzájom v harmónii. Proti fyziologickej adaptácii na myokardiálnu ischémiu môže pôsobiť kardiovaskulárna reakcia na bolesť a nevoľnosť, ako aj nárok na zvýšenú činnosť srdca, ktorá vyplýva z neprimeraného správania.

Pán G. je veľmi dobrým príkladom tejto inkompatibility medzi psychologickými a fyziologickými reakciami. Zatiaľ čo infarktujúci myokard potreboval zníženie činnosti srdca a minimalizáciu arytmogénnych faktorov, akým je excesívna katecholamínová sekrécia, pacientova psychologická reakcia oscilovala medzi poplachom a zvýšenou činnosťou sympatomimetického nervového systému a popieraním a neprimeranou fyzickou reakciou (obr. 3).

Neskôr pán G. povedal, že takmer od začiatku si myslel, že asi má druhý infarkt, ale odbil tieto myšlienky výhovorkami na „vyčerpanie“, „svalové napätie“, „hlúposti“ a nakoniec „emocionálne vypätie“. No už len sama negácia „nie ďalší infarkt“ dosvedčuje, že mal infarkt stále na mysli, aj keď to očividne popieral. Jeho správanie sa menilo, raz ticho sedel, „aby to prešlo“, raz sa prechádzal hore dolu po kancelárii, aby „si to rozchodil“ a medzitým užíval liek Alka Seltzer. Do kancelárie prišiel kolega, ale pán G. sa mu vyhýbal.

Keď už pán G. nemohol dlhšie popierať pravdepodobnosť, ak nie istotu, že má ďalší infarkt, do popredia sa mu v mysli dostali osobné hodnoty zodpovednosti a nezávislosti a strach zo straty kontroly nad vlastným osudom. To vyvolalo nový druh obáv: „Ak je to naozaj infarkt (ale možno sa ukáže, že to infarkt nie je), musím si dať do poriadku prácu, aby som tu nikoho nenechal v kaši.“ Takto sa snažil zachovať si imidž spôsobilosti, zodpovednosti a schopnosti, ale na úkor väčšieho bremena pre už aj tak prepracované srdce a kardiovaskulárny systém. V systémových termínoch to znamená, že pozitívny feedback sa v nebezpečnom kruhu rýchlo zvyšoval. Poškodzujúce procesy získavali prevahu nad regulačnými procesmi, zvyšujúc tak riziko smrteľnej arytmie. Pacient sa takto odhodlane, až horúčkovito správal viac ako hodinu, až pokým nezasiahla jeho zamestnávateľka, ktorá mu pomohla akceptovať hospitalizáciu.

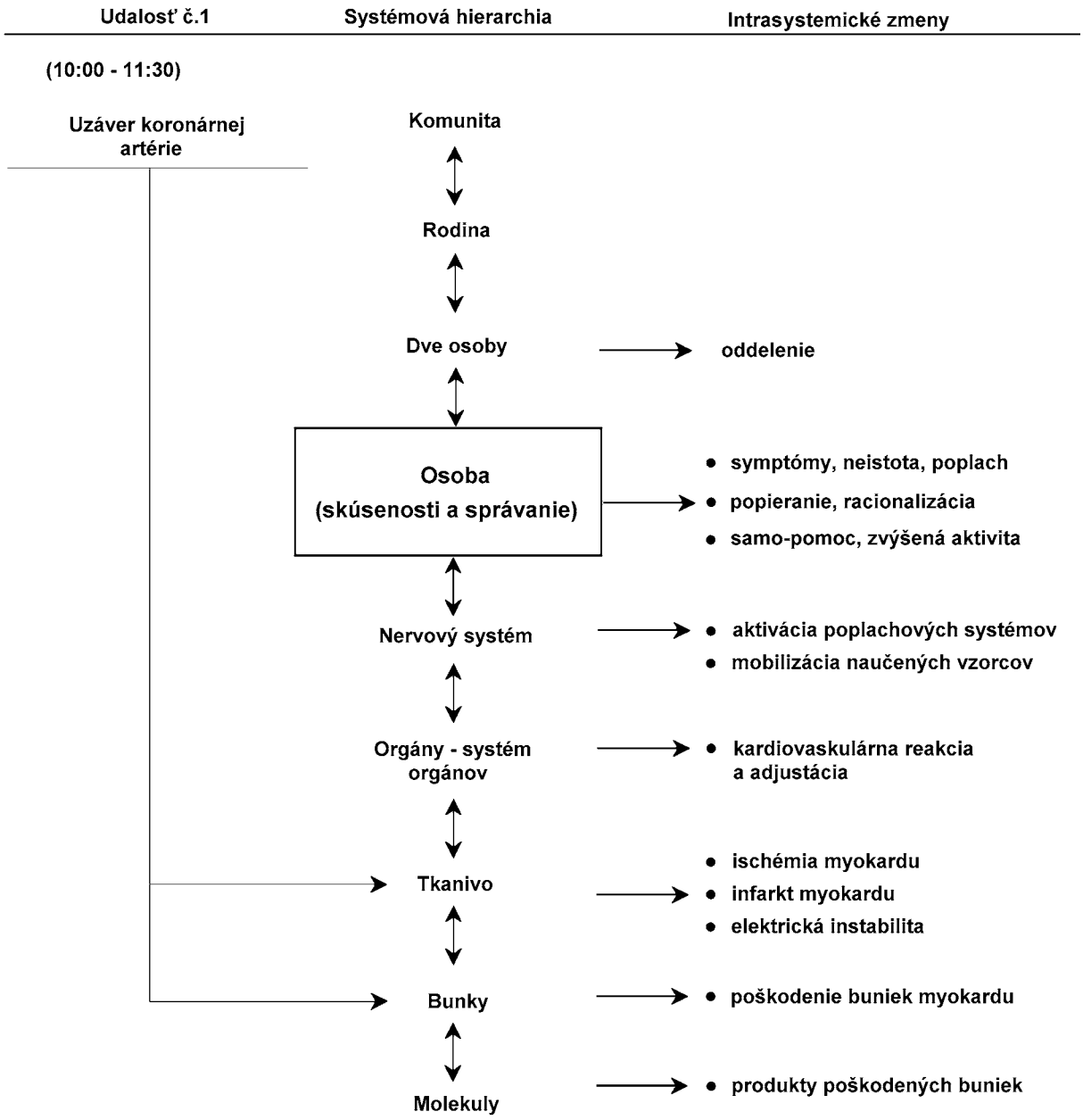
Obrázok 4 charakterizuje psychologickú stabilizáciu, ktorá nastala po intervencii zamestnávateľky a stabilizačné následky pre ostatné systémy. Intervencia sa uskutočnila na úrovni systému dvoch osôb, okamžite ovplyvnila osobu a aspoň na istý čas prerušila bludný kruh, a tak znížila tlak na poškodené srdce. Kým pacient dorazil do nemocnice, nepríjemný pocit v hrudníku mu prešiel. Cítil sa relatívne pokojne a sebaisto a začínal sa zmierovať s tým, že opäť bude ležať v nemocnici.

Ako dosiahla zamestnávateľka taký uspokojujúci výsledok? Neskôr sme sa od pána G. dozvedeli, že ho chválila za jeho usilovnosť a zmysel pre zodpovednosť, aj napriek reálnemu faktu, že je viditeľne chorý, uisťovala ho, že zanechal prácu v dobrom stave. Ale zároveň sa ho spýtala, či zodpovednosť za rodinu a prácu neznamená aj to, aby sa o seba postaral a išiel do nemocnice. Intuitívne ocenila jeho potrebu považovať sa za zodpovedného a mať veci pod kontrolou a vycítila jeho hlboký strach zo slabosti a bezmocnosti.

Keď bol pán G. krátko predpoludním prijatý na jednotku intenzívnej starostlivosti, necítil už žiadnu nepohodu. No personál sa zhodol na tom, že i tak treba vykonať rýchlu rutinnú koronárnu starostlivosť. To zapôsobilo na pacienta naozaj dobre, pretože teraz už si pripustil, že má druhý infarkt. Po tridsiatich minútach – v strede prebiehajúcej práce – pacient náhle stratil vedomie. Mal ventrikulárnu fibriláciu. Prebehla úspešná defibrilácia a pacient sa rýchlo dostal do poriadku.

Pri pohovore po niekoľkých dňoch pán G. rozprával o udalostiach na jednotke intenzívnej starostlivosti, ktoré viedli k zastaveniu srdca. Podľa toho, čo hovoril, sa dá pochybovať o tom, že by mohla byť komorová fibrilácia pripísaná iba procesom vznikajúcim v zranenom myokarde. Skôr sa ukázalo, že hlavnú úlohu mali extrakardiálne (neurogénne) vplyvy na úrovniach dvoch osôb a osoby. Podľa pána G. všetko prebiehalo hladko, pokým nezačal mať obsluhujúci personál problémy pri arteriálnej punkcii. Pokračovali v neplodnom úsilí skoro 10 minút a potom odišli s vysvetlením, že „idú hľadať pomoc“. Pre pána G. bola procedúra nielenže bolestivá a nevhodná, ale čo je dôležitejšie, strácal dôveru v kompetentnosť lekárskeho personálu a s tým aj pocit vlastnej schopnosti a kontroly nad situáciou. Namiesto pocitu, že je o neho postarané silnými, no starostlivými a kompetentnými profesionálmi, začínal mať dojem, že je obeťou začiatočníkov, ktorí by sami potrebovali pomoc. Nemohol sa však prinútiť protestovať. Jeho sťažnosti, nahrané na magnetofónovej páske, zneli: „Nechcel som im povedať, že si nemyslím, hm, že vidím, že to robí zle ... skúšali tu a skúšali tam ... chudákovi mladíkovi bolo určite ťažko, vôbec mu to nešlo.“

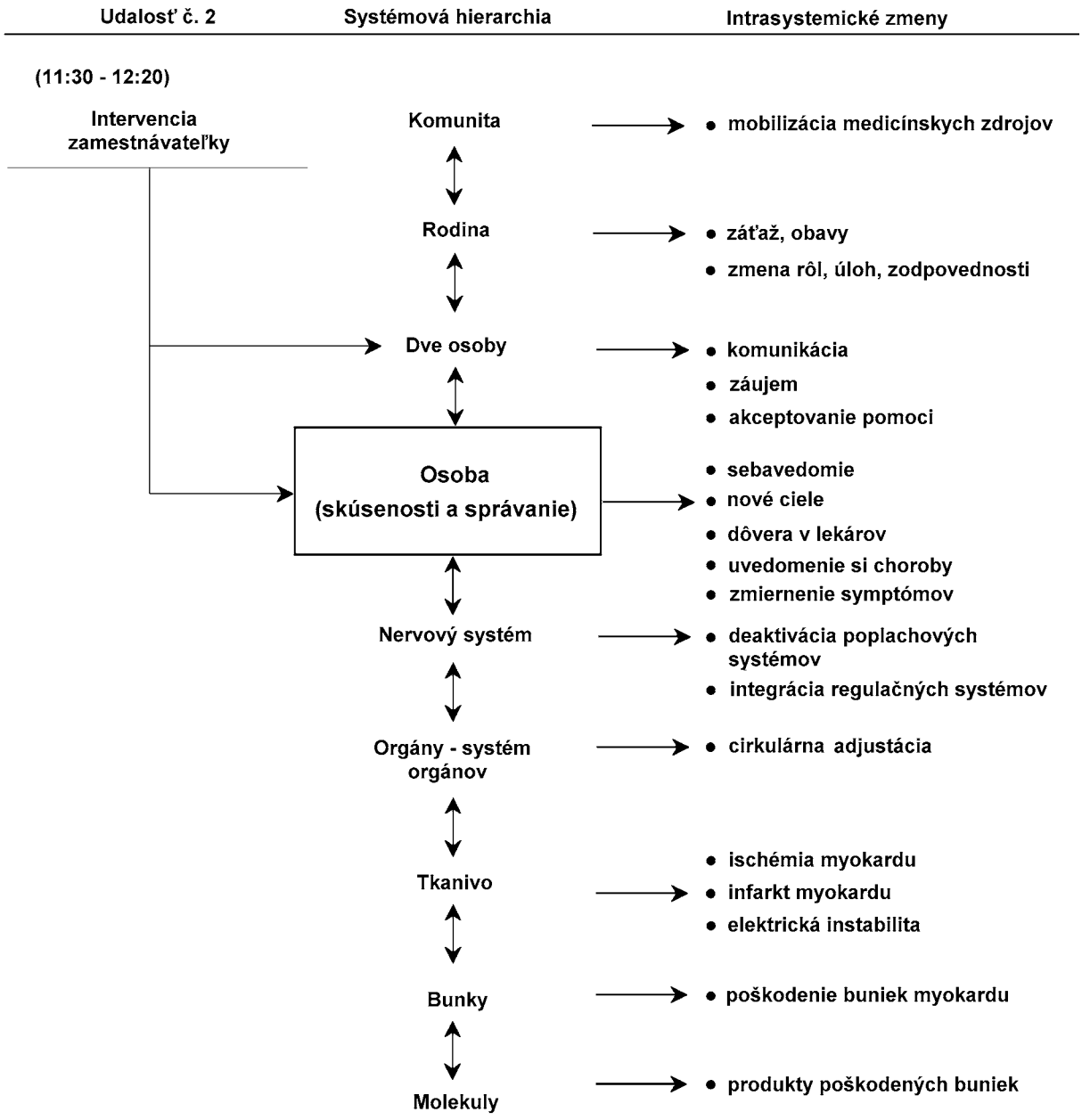
Po krátkej chvíli začal pacient cítiť návaly horúčavy. Vrátila sa mu bolesť na hrudi a zakrátko bola taká silná, ako ráno. Keď personál odišiel hľadať pomoc, cítil najskôr úľavu. Ale napadlo ho, že opäť budú robiť to isté, čo doteraz a začal sa cítiť pobúrene a potom sa obviňoval, že sa dostal do takejto hroznej situácie. Bol stále bezmocnejší a bezmocnejší



Obrázok 3. Udalosť 1 – Akútny uzáver koronárnej artérie

voči situácii, v ktorej sa nachádzal, až napokon pri komorovej fibrilácii upadol do bezvedomia.

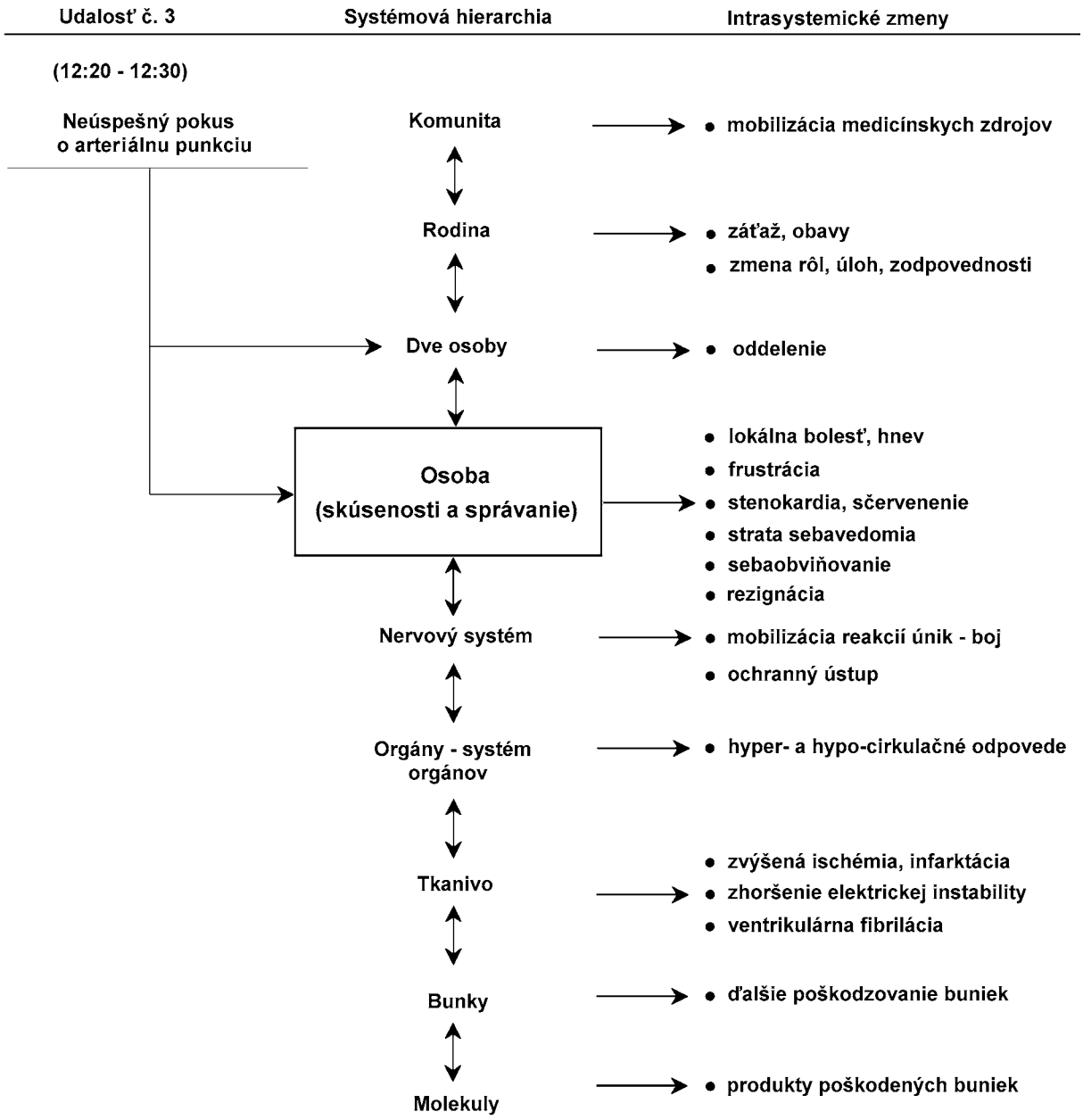
Táto následnosť udalostí je zobrazená na obrázku 5. Poskytuje možnosť zobraziť kontrast medzi jednotlivými modelmi a to, ako nasledovanie konkrétneho modelu ovplyvňuje prístup lekára. V prípade pána G. bola okamžitá koronárna starostlivosť určite nevyhnutná. Odlišnosti vyvstávajú v prioritách a v správaní účastníkov každého z týchto modelov, ktoré sa prejavujú pri diagnostikovaní a liečbe pacienta. Prístup na JIS bol konvenčný a úzko biomedicínsky. Vychádzal z redukcionistického predpokladu, že príčiny problému pána G., a tým aj požiadavky na jeho starostlivosť, možno lokalizovať v myokardiálnom ochorení. Kvôli tomu plus kvôli zvýšenému riziku spojeného s takým poškodením, bolo pre



Obrázok 4. Udalosť 2 – Intervencia zamestnávateľky

nich opodstatnené pokračovať v technických diagnostických a liečebných postupoch, s minimálnou pozornosťou venovanou tomu, ako sa pán G. cíti a ako reaguje. Po prekonaní zastavenia srdca si personál blahoželal a blahoželali aj pánovi G. k šťastnému osudu, a tvrdili, že keby sa vybral do nemocnice o 30 minút neskôr, zrejme by to neprežil. Predpokladali, že komorová fibrilácia o 12:30 h bola len časťou prirodzenej progresie myokardiálneho ochorenia.

Model, ktorý používal lekársky personál na JIS počas starostlivosti o pána G., bol založený na faktorovo-analytickom vzore kontrolovaného laboratórneho experimentu, pri ktorom treba všetky faktory udržiavať konštantné, okrem toho, ktorý sa skúma. Pre biomedicínsky vzdelaného lekára to

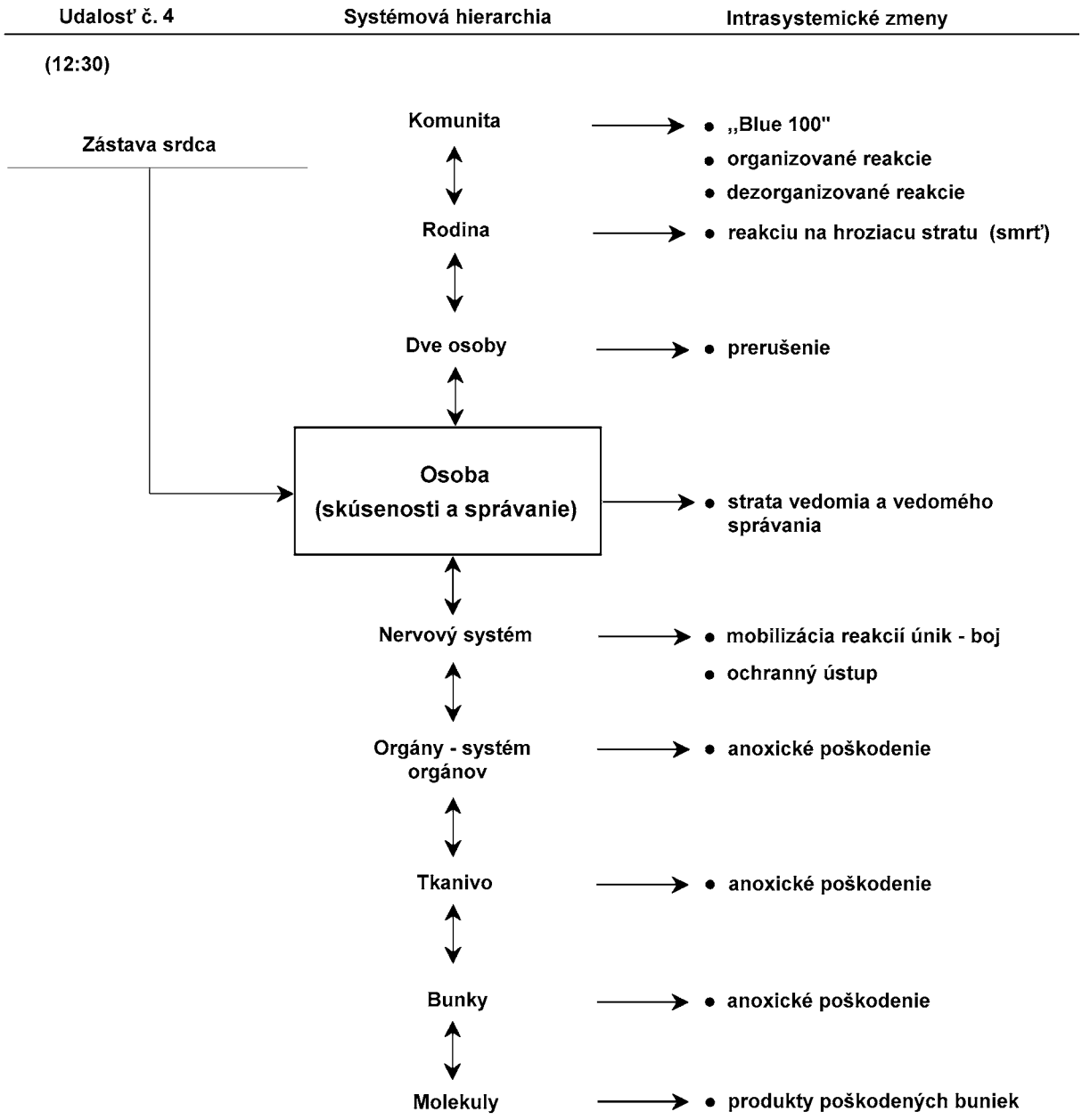


Obrázok 5. Udalosť 3 – Neúspešný pokus o arteriálnu punkciu

predstavuje štandardu, podľa ktorej sa merajú „vedecké“ kvality klinickej praxe. Prenesené do klinickej praxe, je to typicky znázornené v záľube sústrediť sa iba na jeden problém v čase a zaoberať sa postupnou „vylučovacou“ metódou pri diagnostikovaní aj pri liečbe.

Odlišný prístup

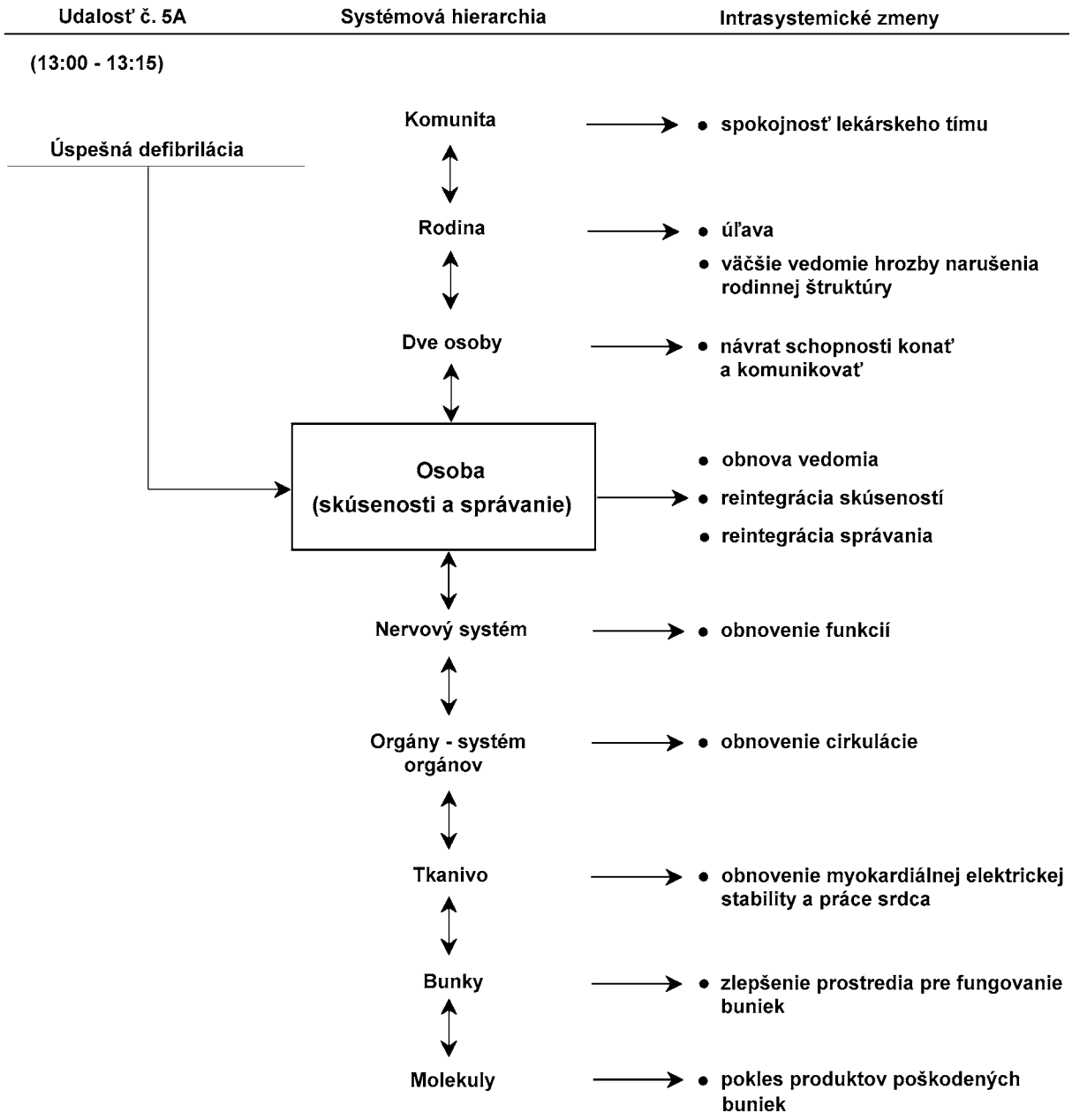
Systémový prístup k pánu G. by sa odlišoval v dôležitých bodoch. Od začiatku by sa rozhodnutie pre vykonávanie koronárnej starostlivosti opieralo aj o iné faktory ako o tie, ktoré sa týkajú srdca, a to prevažne o faktory manifestované na úrovni osoby. Rozhovor s pánom G. by sa viedol takým



Obrázok 6. Udalosť 4 – Zastavenie srdca

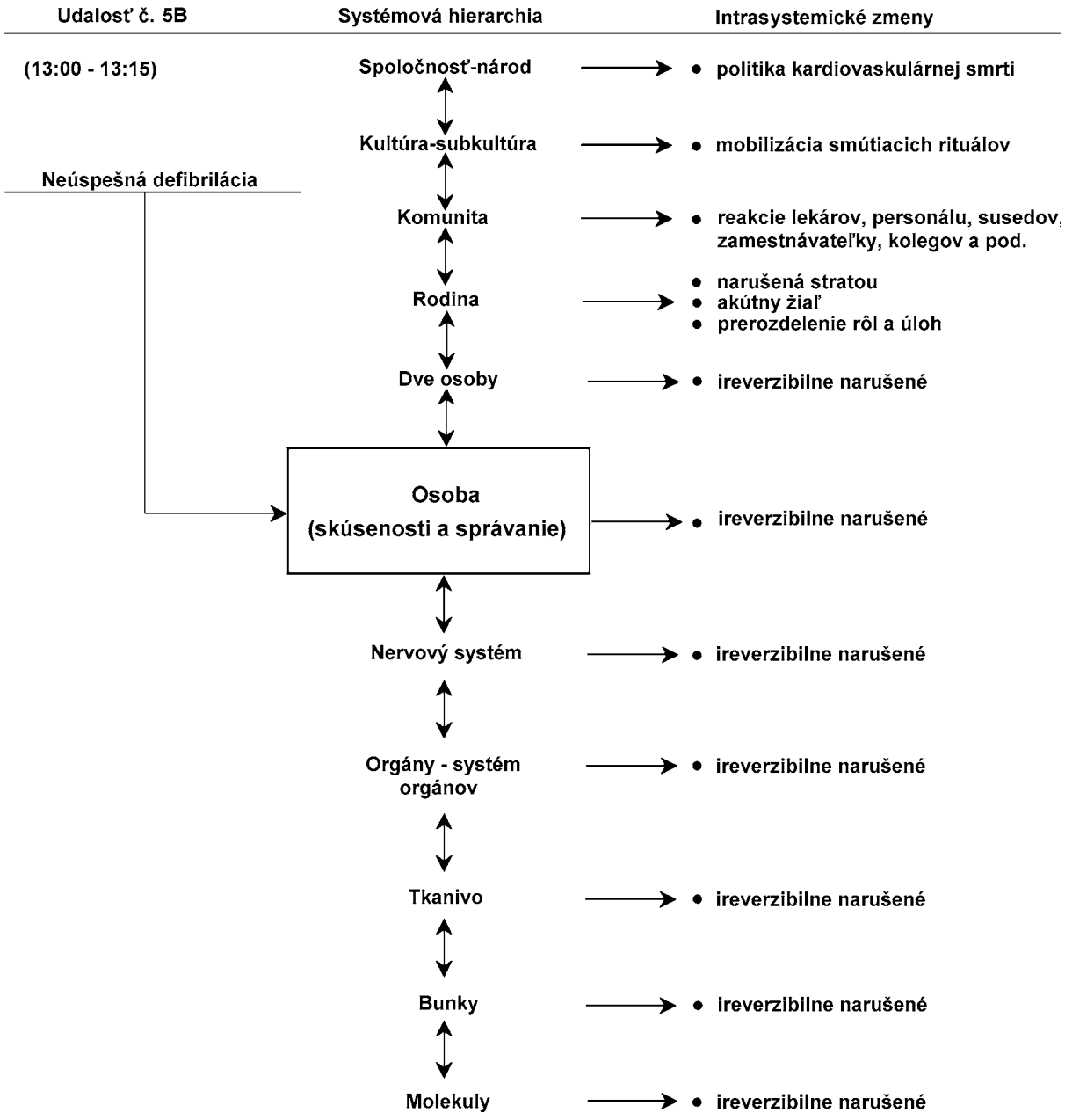
spôsobom, aby sa zároveň získali informácie potrebné k jeho charakterizácii ako osoby a k prehodnoteniu stavuu jeho kardiovaskulárneho systému. Dalo by sa to ľahko a úspešne dosiahnuť, keby lekár nechal pacienta rozprávať o symptómoch v kontexte jeho vlastného života, kde by sa zmienil o svojich aktivitách, reakciách, pocitoch a správaní počas nástupu symptómov, ako o aj životných udalostiach v tom čase. Pri posudzovaní možného infarktu si systémovo orientovaný lekár obzvlášť všíma informácie o faktoroch na úrovni osoby, ktoré by mohli prispieť k instabilite kardiovaskulárneho systému.

Hodnotným návodom pre lekárov osobný prístup k starostlivosti o pána G. by bolo zistenie, ako pomohla zamestnávateľka pánovi G. akceptovať skutočnosť, že dostal infarkt



Obrázok 7. Udalosť 5A – Úspešná defibrilácia

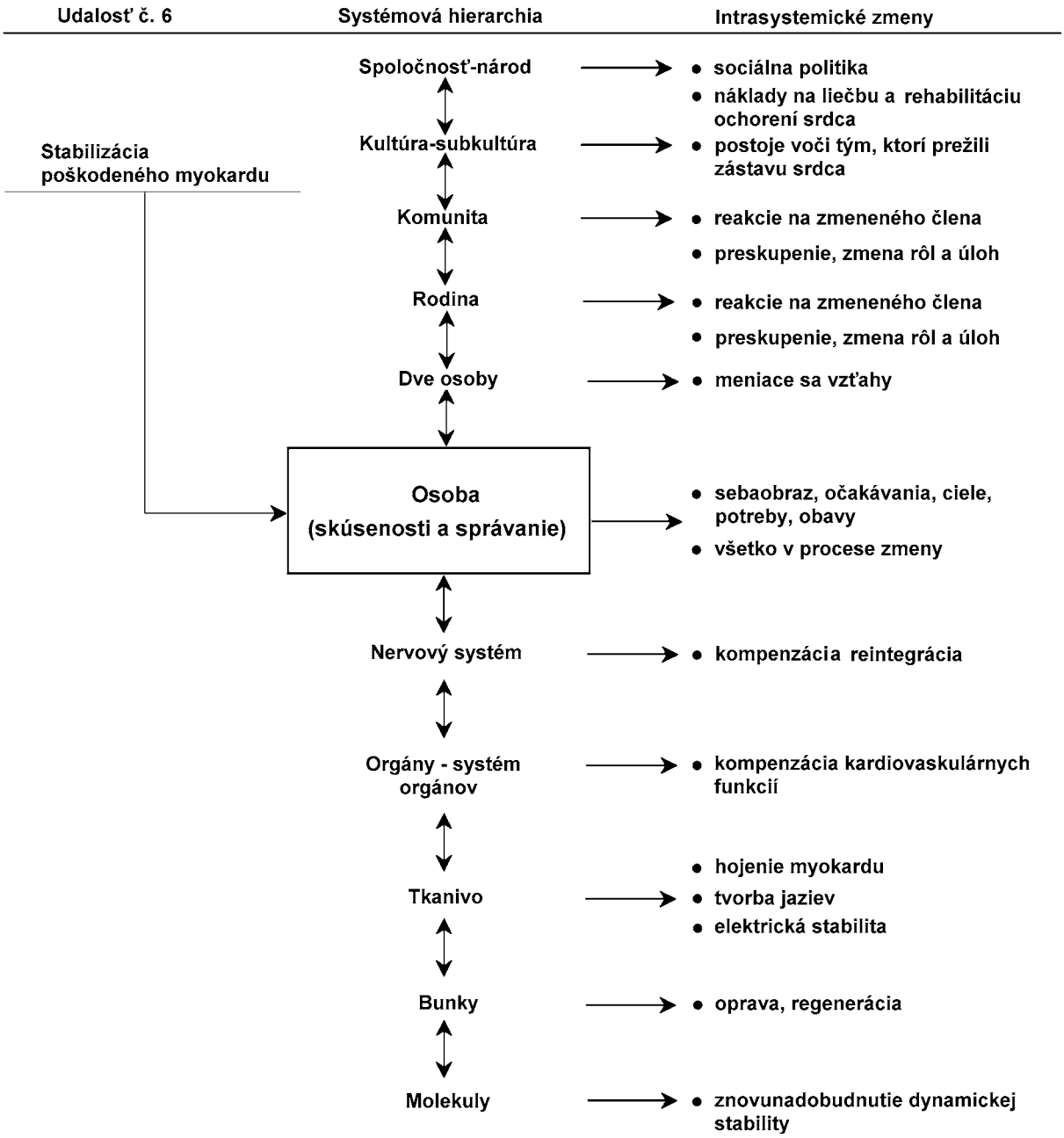
a že potrebuje rýchlu lekársku pomoc. Pri uskutočňovaní koronárnej starostlivosti by lekár taktiež precízne monitoroval pacientove reakcie na procedúry, hlavne vo svetle neochoty pána G. pripustiť si potrebu pomoci. Problémy pri arteriálnej punkcii by sa hneď odhadli ako rizikové pre pacienta, nie len ako problém pre lekárov. Predpokladalo by sa, že súčasťou osobnostného štýlu pána G. je neschopnosť sťažovať si, a to, že nič nepovedal, by nebolo interpretované ako jeho tichý súhlas s tým, čo sa deje. To, či by takýto prístup zabránil zastaveniu srdca, sa nedá zistiť. Ale určite sú dostatočné experimentálne a klinické dôkazy, ktoré spájajú psychologickú bezvýchodiskovú situáciu, ako to bolo u pána G. a zvýšené riziko letálnych arytmií, najmä pri prítomnej myokardiálnej elektrickej instabilite.



Obrázok 8. Udalosť 5B – Neúspešná defibrilácia

Ďalšie rozvíjanie biopsychosociálneho modelu uplatňovaného pri liečbe pána G. môžeme nájsť na obrázkoch 6 až 9, ktoré postupne zachytávajú zastavenie srdca, defibriláciu a nakoniec stabilizáciu zraneného myokardu, ako aj to, čo sa mohlo stať, keby defibrilácia nebola úspešná. Pomocou týchto diagramov si môže čitateľ urobiť predstavu o tom, ako udalosti a okolnosti na systémových úrovniach nad osobou, či už pochádzajú z týchto úrovní alebo sa objavujú ako reakcie na procesy spojené s chorobou na úrovni osoby, môžu spätne vplývať na úroveň osoby a stabilitu nižších úrovní systému.

Systémovo orientovaný lekár si je vedomý zodpovednosti voči pacientovi, rodine a dôležitým blízkym. Prinajmenšom počas trvania choroby je systém dvoch osôb lekár – pacient



Obrázok 9. Udalosť 6 – Stabilizácia poškodeného myokardu

položený medzi pacienta a ostatných, ktorí tvoria jeho sociálne prostredie. Mnoho vecí, ktoré sa odohrávajú medzi pacientom a ľuďmi v jeho okolí, sa filtruje cez lekára, od ktorého všetky strany čakajú riešenie. Toto je pravdou aj vtedy, ak nie je lekár prítomný, pretože ľudia si robia predstavy o jeho názore aj v jeho neprítomnosti. Práve v rešpektovaní týchto úrovní je rozdiel medzi biomedicínskym a biopsychosociálnym modelom najvýraznejší. Biomedicínsky vzdelaný lekár bežne robí riešenia a rozhodnutia súvisiace s interpersonálnym a sociálnym aspektom pacientovho života s minimom informácií o ľuďoch, vzťahoch a daných okolnostiach a s nízkou úrovňou poznania a pochopenia základných princípov interpersonálnych a sociálnych transakcií. Lekár z veľkej časti dospieva k rozhodnutiam na základe tradície,

zvykov, predpísaných pravidiel, súcitu, intuície, „zdravého rozumu“ a niekedy na základe úzko osobného úsudku. Procesy odohrávajúce sa na úrovni osoby a na interpersonálnej úrovni, veľakrát kľúčové pre pacienta a jeho blízkych ľudí, ostávajú mimo sféry vedy a kritického výskumu. Nie však pre biopsychosociálne orientovaného lekára, ktorý si uvedomuje, že pre pacienta je najlepšie, keď sa vyššie položené systémy hierarchie skúmajú s rovnakou precíznosťou a dôkladnosťou, ako sa skúmajú nižšie uložené systémy. To znamená, že lekár identifikuje a prehodnocuje stabilizačné a destabilizačné potenciály udalostí a vzťahov v pacientovom sociálnom prostredí, neprehliada to, že destabilizačné efekty pacientovho ochorenia môžu vplývať na druhých a spätnou väzbou ďalej destabilizačne pôsobiť na pacienta.

Treba uvažovať aj nad povinnosťami, ktoré by prislúchali lekárovi pána G., keby napríklad pani G. ochorela – alebo dokonca zomrela – kvôli napätiu z manželovej choroby. Treba taktiež zvažovať, ako by informácie o pani G., ktoré získa skúsený lekár pozorovaním a vedomím si ich dôležitosti, mohli lekárovi pomôcť rozpoznať jej vulnerabilitu, a tým zabrániť tomu, aby ochorela. V kontinuite systémov je dobré zdravie pani G. dôležité ako potrebný element starostlivosti o pána G. Pre biopsychosociálne orientovaného lekára sa tu nejedná len o záležitosť súcitu a humanity, akoby si niektorí mohli myslieť, ale jedná sa o rigorózne použitie princípov a postupov vedy, ľudskej vedy.

Niektorí tvrdia, že biopsychosociálny model ukladá na lekára nemožné požiadavky. To je omyl. Model nevyžaduje viac, ako je už zahrnuté v starostlivosti o pacienta. Skôr poskytuje koncepčný rámec a spôsob myslenia, ktorý umožňuje lekárovi konať racionálne v oblastiach, ktoré sú nateraz vylúčené z racionálneho prístupu. Ďalej motivuje lekárov, aby získali viac vedomostí a zručností v psychosociálnych oblastiach, v disciplínách, ktoré považujú za cudzie a vzdialené dokonca aj tí, ktorí si uvedomujú ich dôležitosť. A konečne, model má zabrániť často zbytočnému redukcionistickému hľadaniu niečoho, čo sa nakoniec ukáže ako triviálny, a nie rozhodujúci determinant choroby. Od biopsychosociálneho lekára sa očakáva, že bude mať praktické vedomosti o princípoch, jazyku a základných faktoch každej relevantnej disciplíny. Neočakáva sa od neho, že bude expert vo všetkom.

Biopsychosociálny model je vedeckým modelom

Dr. Engel dúfa, že príklad pána G., aj napriek všetkým zjednodušeniam, vystihol to, ako môže použitie koncepčného modelu ovplyvniť lekárov prístup k liečbe pacienta. Biopsychosociálny model je vedecký model. Aj biomedicínsky model bol vedeckým modelom. Ale ako načrtol Farberga, teraz sa pretransformoval na ľudový model a stal sa prevažujúcim modelom v západnom svete. Ako taký vytvoril dogmu. Znakom vedeckého modelu je to, že ponúka rámec, v ktorom možno aplikovať vedecké metódy. Hodnota vedeckého modelu sa nemeria podľa toho, či je správny alebo nesprávny, ale podľa toho, či je účinný, alebo nie. Býva modifikovaný alebo zrušený, keď už nepomáha vytvárať a skúmať nové poznatky. V protiklade k tomu si dogmy zakladajú svoj vplyv na autorite a tradícii. Odolávajú zmenám, a tak majú sklon podporovať opozíciu a vyhlásenia rivalských dogiem z úst disidentských osobností. Protikladné dogmy, ktoré sa v súčasnosti stavajú do opozície voči biomedicínskej dogme, sa nazývajú „holistická“ a „humanistická“ medicína. Sú dogmami v tej miere, že sa vyhýbajú vedeckým metódam a namiesto toho sa opierajú o vieru a názorové systémy rozširované bezvýznamnými a neznámymi alebo charizmatickými osobnosťami. Majú sklon dávať vedu a humanizmus do opozície. Ale ako ukázala história samého biomedicínskeho modelu, pokrok sa dosiahne len vtedy, keď sa používajú vedecké metódy. Všetky veľké úspechy biomedicínskeho modelu boli v oblastiach, ktorým model poskytol vhodný rámec pre vedecké štúdium. Biopsychosociálny model rozširuje tento rámec na doposiaľ prehliadané oblasti.

---

3. Nový intelektuálny rámec pre psychiatriu

A New Intellectual Framework for Psychiatry. Eric. R. Kandel.

Am. J. Psychiatry, 155, 1998, č. 4, s., 457–469.

V snahe umiestniť psychiatrické myslenie a výučbu budúcich psychiatrov čo najviac do kontextu modernej biológie, autor v článku načrtol začiatky nového intelektuálneho rámca psychiatrie, ktorý je odvodený od súčasného biologického ponímania vzťahu mysle k mozgu. Cieľ tohto rámca je dvojaký. Po prvé, zdôrazniť, že profesionálne požiadavky na budúcich psychiatrov si budú vyžadovať lepšiu znalosť štruktúry a fungovania mozgu, ako sa dá získať vo väčšine súčasných výukových programov.

Po druhé, ilustrovať, že jedinečnú doménu, ktorú psychiatria zaberá v rámci akademickej medicíny, a to analýzu sociálnych a biologických determinantov správania, takisto možno najlepšie skúmať pri plnom pochopení biologických komponentov. Ak historici vedy obrátia pozornosť na nástup molekulárnej medicíny v druhej polovici dvadsiateho storočia, bezpochyby zaregistrujú zvláštnu pozíciu, ktorú psychiatria v tomto období zastávala.