Biopsychosociálny model G. L. Engela a nový intelektuálny rámec pre psychiatriu E. R. Kandela

Konspekty štyroch esejí vypracovali MUDr. Z. Bystrická a MUDr. J. Maliariková

1. Potreba nového medicínskeho modelu – výzva pre biomedicínu

The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. George L. Engel
Science, 196, 4286, 1977, s. 129–136.

V úvode eseje G. Engel spomína, ako na jednej konferencii o psychiatrickom vzdelávaní pôsobili mnohí psychiatri tak, akoby medicíne hovorili: „Prosím, prijmi nás späť a už nikdy sa neodkloníme od medicínskeho modelu!“ Pretože, ako povedal jeden kritizujúci psychiater, „psychiatria sa stala zmiešaninou nevedeckých názorov, všelijakých filozofií a „škôl“, zhlukom metafor, propagandou a politizovaním v prospech „duševného zdravia“ a iných ezoterických cieľov.“ V porovnaní s tým sa zvyšok medicíny javí byť múdry a usporiadaný. Stojí na pevnom základe biologických vied, k dispozícii má nesmierne technické možnosti a dosiahol obrovské úspechy pri objasňovaní mechanizmov ochorení a pri vynachádzaní nových druhov liečby. Psychiatria by zrejme urobila dobre, keby napodobnila svojej sesterské medicínske disciplíny a konečne by navždy prijala medicínsky model ochorenia.

Avšak G. Engel nesúhlasí s takýmto východiskom. Tvrdí skôr, že celá medicína sa nachádza v kríze a že kríza medicíny je spôsobená tou istou chybou, akú robí psychiatria. Konkrétne, medicína sa pridržiava modelu choroby, ktorý už nie je adekvátny pre vedecké otázky a sociálnu zodpovednosť ani medicíny, ani psychiatrie. Je veľmi dôležité ako lekári ponímajú chorobu, pretože to ovplyvňuje hranice profesionálnej zodpovednosti a lekárov postoj a správanie k pacientom. Kríza psychiatrie sa točí kolo otázky, či sú kategórie ľudskej nepohody, ktorými sa zaoberá, naozaj „chorobami“, ako ich dnes chápeme, a či je uplatňovanie tradičnej autority lekára vhodné pre proces liečenia. Kríza medicíny pramení z logického záveru, že pokiaľ je ochorenie definované somatickými parametrami, lekári sa nemusia zaoberať psychosociálnymi otázkami, ktoré ležia mimo lekárskej zodpovednosti a autority. Ďalej autor uvádza, ako na seminári Rockeffelerovej nadácie zameranom na koncept zdravia jedna významná osoba zdôraznila, že „medicína sa sústreďuje na „reálne“ ochorenie a nestráca čas druhoradými psychosociologickými otázkami. Lekári by sa nemali zaťažovať problémami, ktoré nastávajú po odstúpení teológa a filozofa.“ Iný účastník volal po „oddelení organických súčastí ochorenia od psychosociálnych“, tvrdiac, že medicína by sa mala zaoberať len tými prvými.

Dve pozície

Psychiatri reagovali na svoju krízu dvoma zdanlivo opačnými postojmi. Jeden by jednoducho vylúčil psychiatriu z medicíny, zatiaľ čo druhý by sa striktne pridŕžal „medicínskeho modelu“ a obmedzil by pole pôsobenia psychiatrie na behaviorálne poruchy spôsobené dysfunkciou mozgu. Prvý postoj je ilustrovaný v prácach Szasza a iných, ktorí presadzujú pozíciu, že „duševné ochorenie je mýtus“, pretože sa nepodriaďuje akceptovanému konceptu ochorenia. Prívrženci tejto pozície obhajujú to, aby sa súčasné pôsobenie psychiatrie odlúčilo od koncepčnej a profesijnej právomoci medicíny a premiestnilo sa do novej disciplíny založenej na behaviorálnej vede. Potom by za liečbu chorôb bola zodpovedná medicína, zatiaľ čo nová disciplína by sa zaoberala prevýchovou ľudí, ktorí majú „životné problémy“. Z toho vyplýva tvrdenie, že kým medicínsky model poskytuje rámec ako chápať a liečiť choroby, nesúvisí s behaviorálnymi a psychologickými problémami, ktoré sú klasicky považované za doménu psychiatrie. Ochorenia priamo pripisované poruchám mozgu by patrili pod starostlivosť neurológov, zatiaľ čo psychiatria ako taká by sa vytratila z medicíny.

Druhý – protikladný – postoj zastávajúci striktné dodržiavanie medicínskeho modelu, je znázornený v Ludwigovom pohľade na psychiatra ako na lekára. Podľa Ludwiga, medicínsky model predpokladá, že „dostatočná odchýlka od normy predstavuje chorobu, že choroba vzniká na základe známych alebo neznámych prirodzených príčin a že odstránenie týchto príčin povedie k vyliečeniu, alebo zlepšeniu stavu jednotlivých pacientov.“ Zatiaľ čo pripúšťa, že väčšina psychiatrických diagnóz sa nachádza na nižšom stupni potvrdenia ako väčšina medicínskych diagnóz, dodáva, že nie sú kvalitatívne odlišné za predpokladu, že duševné ochorenie považujeme za zapríčinené väčšinou „prírodnými“ (natural), než metapsychologickými, interpersonálnymi či spoločenskými faktormi. „Prírodné“ je definované ako „biologická mozgová dysfunkcia, či už biochemickej alebo neurofyziologickej povahy“. Na druhej strane „poruchy ako problémy s bývaním, poruchy sociálnej adjustácie, charakteropatie,

syndrómy závislosti, existenčné depresie a rôzne sociálne deviácie by sa vylúčili z koncepcie duševných porúch, pretože tieto poruchy vznikajú u ľudí, u ktorých sa predpokladá, že nemajú poruchu neurofyziologických funkcií, a sú primárne spôsobené psychosociálnymi premennými". Takéto „nepsychiatrické poruchy" nie sú adekvátnym záujmom lekára – psychiatra a lepšie sa o ne postarajú nemedicínski profesionáli.

Skrátka, psychiatria bojuje o ujasnenie svojho postavenia v hlavnom prúde medicíny a toho, či vlastne patrí do medicíny všeobecne. Kritérium, podľa ktorého by sa mala táto otázka vyriešiť, závisí od rozsahu aktivít psychiatrie, ktoré sa považujú za zodpovedajúce existujúcemu medicínskemu modelu choroby. Ale rozhodujúcim pre tento problém je fakt, či je súčasný model ešte adekvátnym pre dnešnú medicínu, tým viac pre psychiatriu. Ak by nebol, tak kríza psychiatrie je asi len súčasťou rozsiahlejšej krízy, ktorá má korene v samom modeli. V takom prípade by bolo nerozvážne a unáhlené, keby psychiatria zrušila svoje modely v prospech druhého modelu, ktorý by tiež mohol byť chybný.

Biomedicínsky model

Súčasným dominantným modelom je biomedicínsky model, ktorého základnou vedeckou disciplínou je molekulárna biológia. Tento model predpokladá, že choroba je plne zapríčinená odchýlkou merateľných biologických (somatických) premenných od normy. V rámci svojej koncepcie nenecháva žiadny priestor pre sociálny, psychologický a behaviorálny rozmer choroby. Biomedicínsky model nielenže vyžaduje, aby sa s chorobou jednalo nezávisle od sociálneho správania, ale súčasne zdôrazňuje, že všetky odchýlky v správaní sa dajú vysvetliť na základe narušených somatických (biochemických alebo neurofyziologických) procesov. A tak biomedicínsky model zahŕňa v sebe jednak redukcionizmus, filozofický názor, že komplexný fenomén je v konečnom dôsledku odvodený od jediného primárneho princípu, ako aj dualizmus myseľ-telo, doktrínu, ktorá oddeľuje duševné od somatického. V tomto prípade je primárnym princípom redukcionizmu fyzikalistický princíp, ktorý tvrdí, že pojmy chémie a fyziky vystačia na vysvetlenie biologických fenoménov. Z redukcionistického pohľadu sú jediné pojmové nástroje použiteľné na charakterizovanie biologických systémov a jediné experimentálne nástroje na ich štúdium vo svojej podstate fyzikálne.

Biomedicínsky model vypracovali medicínski vedci, aby pomocou neho mohli skúmať choroby. Ako taký bol vedeckým modelom, to znamená, že zahrňoval obmedzené množstvo predpokladov a pravidiel založených na vedeckých metódach a tvoril základný plán pre výskum. Nie všetky modely sú vedecké. V podstate – široko definované – model nie je ničím iným, ako systémom názorov, ktorý sa využíva na vysvetlenie prirodzených fenoménov, aby dostalo zmysel to, čo je záhadné a znepokojujúce. Čím viac je fenomén sociálne znepokojujúci alebo individuálne nepríjemný, tým viac ľudia potrebujú vytvoriť určitý vysvetľujúci systém. Takéto snahy o vysvetlenie tvoria nástroje pre sociálnu adaptáciu. Choroba par excellence predstavuje kategóriu prirodzeného fenoménu, ktorý súrne vyžaduje vysvetlenie. Farberga hovorí, že „choroba" je vo svojom najzákladnejšom zmysle lingvistickým pojmom označujúcim určitý druh fenoménu, ktorý pocítili príslušníci všetkých sociálnych skupín v každom historickom čase. „Ak ľudia rozličných názorových a kultúrnych presvedčení používajú termíny analogické k chorobe, myslia tým, že fenomén, o ktorý sa jedná, sa bytostne týka človeka a že ide o škodlivú, nežiadúcu odchýlku alebo narušenie ... spájané s oslabením a nepohodou." Pretože tento stav nie je želaný, má za následok potrebu nápravných postupov. Týkajú sa vysvetlení a pohľadov na chorobu ako aj pravidiel správania, určených na zracionalizovanie liečebných postupov. Sú to sociálne adaptívne nástroje, ktoré majú za úlohu vyriešiť, ako pre dobro jednotlivca, tak aj spoločnosti, v ktorej pacient žije, krízy a neistoty sprevádzajúce chorobu.

Takéto kultúrne odvodené názorové systémy týkajúce sa chorôb taktiež tvoria modely, ale nie sú to vedecké modely. Môžu byť považované za populárne alebo ľudové modely. Ako snahy o sociálnu adaptáciu kontrastujú s vedeckými modelmi, ktoré sú primárne vytvorené na podporu vedeckého výskumu. Musíme čeliť historickej skutočnosti, že v modernej západnej spoločnosti biomedicína netvorí len základ vedeckého výskumu chorôb, ale stala sa aj kultúrne špecifickou koncepciou choroby, t.j. naším ľudovým modelom. V skutočnosti je biomedicínsky model dominantným ľudovým modelom západnej spoločnosti.

V našej kultúre sú postoje a názory lekárov formované týmto modelom oveľa skôr, ako sa stanú súčasťou ich profesionálneho vzdelávania. Takto sa tento model recipročne posilňuje bez toho, aby sa nevyhnutne vysvetlilo, ako jeho použitie na sociálnu adaptáciu kontrastuje s jeho použitím na vedecký výskum. Takto sa biomedicínsky model stal kultúrne nevyhnutným a jeho obmedzenia sa prehliadajú. V skratke, stal sa dogmou. Vo vede sa model reviduje, prípadne sa od neho úplne upustí, ak prestane adekvátne zodpovedať všetkým dátam. Na druhej strane dogma vyžaduje, aby sa diskrepantné dáta nasilu prispôsobili modelu, alebo aby boli vylúčené. Biomedicínska dogma vyžaduje, aby sa všetky choroby, vrátane „duševných" chorôb, chápali ako narušenie príslušných fyzických mechanizmov. Toto dovoľuje iba dve alternatívy ako zosúladiť správanie a chorobu: redukcionizmus, ktorý hovorí, že všetky behaviorálne fenomény choroby treba chápať v termínoch fyziochemických princípov a exkluzionizmus, ktorý hovorí, že čokoľvek sa nedá takto vysvetliť, musí byť z kategórie chorôb vylúčené. Redukcionisti pripúšťajú, že niektoré poruchy správania patria do spektra chorôb. Kategorizujú ich ako duševné choroby a označujú medicínu za relevantnú medicínsku disciplínu. Exkluzionisti pokladajú duševné ochorenie za mýtus a psychiatriu by z medicíny vylúčili. Medzi lekármi a psychiatrami sú redukcionisti pravými veriacimi, exkluzionisti sú odpadlíci, a obe tieto skupiny odsudzujú ako kacírov tých, čo sa opovažujú pochybovať o pravdivosti biomedicínskeho modelu a obhajujú užitočnejší model.

Historický pôvod redukcionistického biomedicínskeho modelu

Ak uvažujeme o potrebe obsiahlejšieho vedeckého medicínskeho modelu choroby, pomôže nám etno-medicínska perspektíva. Vo všetkých kultúrach, starodávnych aj moderných, negramotných aj gramotných, boli vždy hlavné kritériá pre identifikáciu chorôb behaviorálnej, psychologickej a sociálnej povahy. Klasicky sa začiatok ochorenia vyznačuje zmenami vo fyzickom výzore, ktoré spôsobia vydesenie alebo zneistenie a zmenami vo fungovaní, v prežívaní, v správaní a v prejavoch alebo vo vzťahoch, čo je vnímané ako ohrozujúce, nepríjemné, zraňujúce, nežiadúce alebo nechcené. Toto predstavuje primárne dáta, vypovedané verbálne alebo demonštrované trpiacim alebo svedkom, ktoré tvoria základ pre prvé rozhodnutie, či osoba je alebo nie je chorá. Na takéto narušené správanie alebo výpovede všetky spoločnosti typicky reagujú tak, že určia jednotlivcov a vyvinú sociálne inštitúcie, ktorých primárnou úlohou je zhodnocovať, interpretovať a zabezpečovať korektívne opatrenia. Medicína, ako inštitúcia aj ako disciplína a lekári ako profesionáli, tvoria jednu formu odpovede na takúto spoločenskú potrebu. V priebehu histórie sa medicína stávala vedeckou, pretože lekári a iní vedci rozvíjali a aplikovali vedecké metódy pri skúmaní, liečení a prevencii porúch, ktoré verejnosť označila za chorobu alebo ochorenie.

Prečo sa na západe rozvinul redukcionistický, dualistický biomedicínsky model ? Rasmussen identifikoval jeden zdroj v ústupku kresťanskej ortodoxie, keď zhruba pred piatimi storočiami povolila pitvu ľudského tela. Tento ústupok sa pridŕžal kresťanského pohľadu na ľudské telo ako na slabú a nedokonalú schránku, ktorá slúži na prenos duše z tohto sveta do druhého. Preto nie je prekvapujúce, že toto povolenie so sebou nieslo aj tichý zákaz vedeckého výskumu ľudskej mysle a správania. Pretože podľa cirkvi tie sa viac týkali náboženstva a duše, a preto zostávali jej doménou. Túto dohodu možno pokladať za zodpovednú za anatomický a štrukturálny základ, na ktorom bola postavená západná vedecká medicína. V rovnakom čase bol základným princípom vtedajšej vedy, podľa Galilea, Newtona a Descartesa, analytický princíp, čo znamená, že entity skúmali rozložením na izolované príčinné reťazce alebo jednotky. Celok sa potom snažili pochopiť tak, že ho zrekonštruovali z jednotlivých častí. Pretože dualizmus tela a mysle už bol so súhlasom cirkvi pevne ustanovený, vtedajšia klasická veda rýchlo podporila názor, že telo je stroj, choroba je následok poškodenia tohto stroja a úlohou lekára je poškodený stroj opraviť. A tak sa vedecký výskum chorôb začal zameriavať na analytický spôsob skúmania biologických (somatických) procesov a ignoroval procesy behaviorálne a psychosociálne. Takto tomu bolo aj napriek tomu, že až do začiatku 20. storočia mnohí praktickí lekári považovali emócie za dôležité pri vzniku a priebehu ochorenia. V podstate je vo vedeckom výskume takéto vylúčenie prijateľné, najmä ak koncepcie a metódy vhodné pre vylúčenú oblasť ešte nie sú k dispozícii. Ale takáto stratégia nadobúda opačný účinok, ak sa stáva politickou a oblasti pôvodne odsunuté z praktických dôvodov sa permanentne vylúčia alebo sa na ne úplne zabudne. Čím väčší úspech má užší prístup, tým častejšie sa to stáva. Biomedicínsky prístup bol nado všetky očakávania úspešný, ale za akú cenu. Biomedicína slúži ako smernica a podklad pre medicínsku starostlivosť, a ako taká prispela aj radom problémov, o ktorých sa dr. Engel zmieni ďalej.

Obmedzenia biomedicínskeho modelu

Podľa autora je tu potreba a výzva rozšíriť prístup k chorobe tak, aby sme zobrali do úvahy aj psychosociálne aspekty, bez toho, aby sme zavrhli obrovské výhody biomedicínskeho prístupu. O jeho dôležitosti nepochybuje nikto, ani redukcionisti, ani exkluzionisti, ani heretici. V kritike exkluzionistickej pozície Kety načrtol kontrast medzi týmito dvoma prístupmi. „Podľa medicínskeho modelu sa ľudská choroba nestane špecifickou chorobou naraz. Medicínsky model choroby predstavuje proces, ktorý sa pohybuje od rozpoznania a zmiernenia symptómov k definovaniu určitej špecifickej choroby, ktorej etiológia a patogenéza je známa a liečba je racionálna a špecifická.“ A tak taxonómia postupuje od symptómov k súborom symptómov, k syndrómom a nakoniec k chorobe so špecifickou patogenézou a patológiou. Táto postupnosť výstižne opisuje úspešnú aplikáciu vedeckej metódy na objasnenie a klasifikáciu chorôb. Hodnota takéhoto prístupu nepotrebuje žiaden argument. Preskúmať však treba skreslenia, ktoré prináša redukcionistická tendencia charakterizovať chorobu v termínoch najjednoduchšej izolovanej komponenty, napríklad biochemickej. Ešte kritickejšie sa treba pozrieť na tvrdenie, že označenie choroba neplatí v prípade, ak nie je prítomná porucha na biochemickej úrovni.

Kety pristúpil k tomuto problému tak, že porovnal diabetes mellitus a schizofréniu ako vzory somatického a duševného ochorenia a pre obe načrtol najvhodnejší medicínsky model. „Obe predstavujú skupinu symptómov alebo syndrómy, jedno opísané somatickými a biochemickými abnormalitami a druhé psychologickými. Obe môžu mať rôznu etiológiu a prejavujú sa rôznou intenzitou od silnej až k latentnej či hraničnej. Je dokázané, že na vývine oboch ochorení sa podieľajú genetické vplyvy a vplyvy prostredia.“ V tomto opise, aspoň v redukcionistických termínoch, je vedecká definícia diabetu pokročilejšia v tom, že sa vyvíjala od behaviorálneho rámca symptómov k biochemickým abnormalitám. Redukcionisti sa domnievajú, že aj schizofrénia sa raz bude dať podobne vysvetliť. Kety zdôrazňuje, že nevyzdvihuje genetické faktory a biologické procesy pri schizofrénii, ako ich teraz poznáme (či budeme poznať v budúcnosti), za jediné dôležité faktory v jej etiológii. Trvá na tom, že rovnako dôležité je objasnenie toho, „ako môžu zážitkové faktory a ich interakcia s biologickou vulnerabilitou zvyšovať pravdepodobnosť vzniku schizofrénie alebo napomáhať jej prevencii.“ Ale či to bude dostačovať na neutralizáciu redukcionizmu, je ešte otázne.

Požiadavky na nový medicínsky model

Autor navrhuje lepšie preskúmať požiadavky na nový medicínsky model, ktorý by vysvetlil podstatu diabetu a schizofrénie ako ľudskej skúsenosti aj ako choroby, tak, že rozvinie Ketyho analógiu s predpokladom, že pri schizofrénii aj pri diabete existujú farmakologicky ovplyvniteľné biochemické abnormality, prinajmenšom, že sú reálne pravdepodobné. Ak sa prinútime rozmýšľať o pacientovi s diabetom, teda „somatickou chorobou“, a o pacientovi so schizofréniou, teda „duševnou chorobou“ v rovnakých termínoch, bude nám jasnejšie, že u oboch je nevyhnutné brať do úvahy somatické aj psychologické faktory. Alebo ešte dôraznejšie, uvidíme, ako sústredenie sa na biochemické a vylúčenie psychosociálneho deformuje perspektívy a dokonca narušuje starostlivosť o pacienta.

1. V biomedicínskom modeli sa prejav určitých biochemických odchýlok považuje za špecifické kritérium choroby. No podľa ľudskej skúsenosti s ochorením môžu laboratórne vyšetrenia znamenať len potenciálnu chorobu, a nie to, že choroba je práve aktuálna. Abnormalita môže byť prítomná, no pacient nie je chorý. Preto prítomnosť biochemického defektu pri diabete alebo schizofrénii prinajlepšom definuje potrebnú, ale nie dostatočnú podmienku pre ľudskú skúsenosť prežívania choroby. Presnejšie, biochemický defekt tvorí len jeden z mnohých faktorov, ktorých komplexná interakcia môže nakoniec vyvrcholiť do akútnej choroby alebo manifestovaného ochorenia. Taktiež nemôžu biochemické defekty vysvetliť všetky choroby, pre úplné vysvetlenie sú potrebné ďalšie koncepty a rámcové koncepcie. A tak, zatiaľ čo diagnóza diabetu sa predpokladá pri prvých kľúčových klinických prejavoch, ako napríklad polyúria, polydipsia, polyfágia a strata hmotnosti, a potom je potvrdená laboratórnymi vyšetreniami na relatívnu inzulínovú deficienciu. To, ako človek tieto príznaky prežíva, ako o nich hovorí a ako ho ovplyvňujú, vyžaduje posúdenie psychologických, sociálnych a kultúrnych faktorov, nehovoriac o iných prítomných či komplikujúcich biologických faktoroch. Variabilita klinických prejavov diabetu ako aj schizofrénie a rôznorodosť v individuálnom prežívaní a vyjadrovaní týchto chorôb odráža rovnako kvantitatívne variácie v špecifickom biochemickom defekte, ako aj v ďalších prvkoch.
2. Vytvorenie vzťahu medzi čiastkovými biochemickými procesmi a klinickými údajmi o chorobe vyžaduje špecifický racionálny prístup k behaviorálnym a psychologickým údajom, pretože sú termínmi, ktoré najčastejšie používajú pacienti. Bez nich by bola reliabilita pozorovaní a validita korelácii chybná. Ak dokážeme určiť biochemický defekt pri schizofrénii, bude to málo platné, pokiaľ sa nevie, ako tento defekt prispieva k príslušným psychologickým a behaviorálnym prejavom ochorenia. Biomedicínsky model sa týmto príliš nezaoberá. Naopak uprednostňuje technické procedúry a laboratórne merania pred verbálnou výpoveďou pacienta. Ale reálne je úloha oveľa komplexnejšia, ako tvrdí biomedicínsky model. Overenie korelácie medzi klinickými a laboratórnymi dátami vyžaduje nielen spoľahlivé metódy zberu klinických dát, špeciálne vysokú úroveň schopnosti viesť interview, ale aj základné porozumenie psychologických, kultúrnych a sociálnych determinantov toho, ako pacient vypovedá o svojej chorobe. Napríklad mnoho verbálnych výpovedí pochádza z telesných zážitkov v ranom detstve, čo vyúsťuje do veľkého stupňa nejasnosti vo výpovediach pacientov o symptómoch. Z toho dôvodu môžu rovnaké slová slúžiť k vyjadreniu primárne psychologických ako aj telesných narušení, ktoré môžu existovať súčasne alebo sa navzájom rôznymi spôsobmi prekrývať. Preto môže byť ktorýkoľvek symptóm spojovaný s diabetom relatívne aj vyjadrením psychologického stresu alebo reakciou naň, podobne ako ketoacidóza a hypoglykémia môžu navodiť psychiatrickú manifestáciu vrátane niektorých charakteristík schizofrénie. Najzákladnejšími schopnosťami lekára sú schopnosť správne získať a potom správne analyzovať pacientovu verbálnu výpoveď o svojom ochorení. Biomedicínsky model ignoruje nielen dôkladnosť, potrebnú na získanie spoľahlivých údajov počas interview, ale aj nevyhnutnosť analyzovať význam pacientovej výpovede v psychologických, kultúrnych, ako aj anatomických, fyziologických alebo biochemických termínoch.
3. Diabetes a schizofrénia majú spoločnú skutočnosť, že životné podmienky predstavujú významné premenné ovplyvňujúce nástup choroby, ako aj variácie v jej priebehu. U oboch ochorení to vyplýva zo skutočnosti, že psychologické reakcie na životné zmeny môžu spolupôsobiť s existujúcimi somatickými faktormi a pôsobiť na náchylnosť k ochoreniu, a tak ovplyvniť jeho nástup, závažnosť a priebeh. Experimentálne štúdie na zvieratách bohato dokumentujú význam raných, nedávnych alebo súčasných životných skúseností pri modifikovaní náchylnosti na široké spektrum chorôb, dokonca aj za prítomnosti genetickej predispozície. Casselova demonštrácia vysokého stupňa chorobnosti v populácii žijúcej v rozpore s požiadavkami sociálneho systému, v ktorom žijú a pracujú a kultúrou, ktorú si prinášajú, poukazuje na význam psychosociálnych premenných v ľudskej chorobnosti.
4. Psychologické a sociálne faktory sú tiež kľúčové pri rozhodovaní, či a kedy sa pacienti s biochemickou abnormalitou diabetu alebo schizofrénie vnímajú ako chorí a dovolia druhým, aby ich ako chorých vnímali. Podobné faktory ovplyvňujú aj to, či sa jednotlivec rozhodne dať liečiť a stať sa pacientom a kedy sa tak rozhodne. Preto môžu biochemické defekty determinovať určité charakteristiky ochorenia, ale nie nevyhnutne ten okamih, kedy osoba ochorie alebo akceptuje chorobou alebo postavenie pacienta.
5. „Racionálna liečba“ (Ketyho termín) zameraná iba na biochemické abnormality nemusí nevyhnutne pacienta uzdraviť, aj napriek zjavnému napraveniu a zmiereniu

abnormality. Platí to rovnako pre diabetes ako aj pre schizofréniu, ak by pri nej bol známy nejaký biochemický defekt. Aj napriek objektívnemu biochemickému uzdraveniu môže kombinácia rôznych iných faktorov prispievať k udržiavaniu choroby. Za túto diskrepanciu medzi korekciou biologických abnormalít a skutočným výsledkom liečby sú zjavne zodpovedné psychologické a sociálne premenné.

6. Aj pri aplikácii racionálnych terapií, správanie lekára a vzťah medzi ním a pacientom silno ovplyvňuje výsledok liečby k lepšiemu alebo k horšiemu. Tieto aspekty konštituujú psychologické efekty, ktoré môžu priamo modifikovať prežívanie ochorenia alebo nepriamo ovplyvňovať príslušné biochemické procesy, na základe vzťahu medzi psychologickými reakciami a biochemickými procesmi prítomnými počas choroby. Preto sa môžu požiadavky na inzulín u diabetického pacienta významne meniť v závislosti od toho, ako on vníma vzťah so svojim lekárom. Naviac, úspešná aplikácia racionálnych terapií je limitovaná lekárovou schopnosťou ovplyvňovať a modifikovať pacientovo správanie v súlade s potrebou uzdravenia. V kontraste s tým, čo by tvrdili exkluzionisti, úloha lekára je, a vždy aj bola, viac úlohou učiteľa a psychoterapeuta. Dokázať upokojiť myseľ pacienta a zvýšiť jeho vieru v lekárove liečebné schopnosti vyžaduje psychologické vedomosti a schopnosti, nielen charizmu. Aj toto leží mimo biomedicínskeho rámca.

Výhody biopsychosociálneho modelu

Tento zoznam určite nie je kompletný, ale mal by stačiť na objasnenie, že diabetes mellitus a schizofrénia sú ako paradigmy „somatickej“ a „duševnej“ choroby úplne analogické a – ako tvrdí Kety – sú presne definované v koncepčnom rámci medicínskeho modelu chorôb. Ale existujúci biomedicínsky model nestačí. Aby medicínsky model zabezpečil základy pre porozumenie determinantov ochorenia a používal racionálne spôsoby liečby a vzorce starostlivosti o zdravie, musí brať do úvahy pacienta, sociálny kontext, v ktorom žije, a komplementárny systém vyvinutý spoločnosťou na vysporiadanie sa s rušivými elementmi ochorenia, t.j. rolu lekára a systém zdravotníckej starostlivosti. Na toto treba biopsychosociálny model. Jeho rámec určuje historická funkcia lekára, ktorou je rozhodnúť, či osoba hľadajúca pomoc je „chorá“ alebo „zdravá“, a ak je chorá, prečo a akým spôsobom je chorá, a potom navrhnúť racionálny program liečby, obnovenia a udržania zdravia.

Hranice medzi zdravím a chorobou nie sú a nikdy nebudú úplne jasné, pretože sú rozmazané kultúrnymi, sociálnymi a psychologickými okolnosťami. Tradičný biomedicínsky názor, že biologické aspekty sú rozhodujúcimi kritériami definujúcimi chorobu, vedie k dnešnému paradoxu, že niektorým ľuďom s pozitívnymi laboratórnymi nálezmi sa povie, že potrebujú pomoc, aj keď v skutočnosti sa cítia celkom dobre, zatiaľ čo iní, ktorí sa cítia zle, sú ubezpečovaní, že sú v poriadku, čiže nemajú žiadnu „chorobu“. Biopsychosociálny model, ktorý zahŕňa pacienta ako aj chorobu, sa sústredí na oba faktory. Lekárovou úlohou je vysvetliť dysfóriu a dysfunkciu, ktoré vedú ľudí k vyhľadaniu odbornej pomoci, k prijatiu roly chorých a k akceptovania statusu pacienta. Musí zvážiť relatívne pôsobenie sociálnych, psychologických aj biologických faktorov podieľajúcich sa na pacientovej dysfórii a dysfunkcii, ako aj ich vplyv na to, či prijme alebo neprijme postavenie pacienta a s ním spojenú vlastnú zodpovednosť v spolupráci pri liečbe.

Tým, že biopsychosociálny model berie do úvahy všetky faktory pôsobiace na ochorenie ako aj na liečenie a neprihliada iba na biologické faktory, môže vysvetliť, prečo niektorí ľudia prežívajú ako „ochorenie“ to, čo iní považujú za „bežné problémy“, či sú to už emocionálne reakcie na životné udalosti alebo somatické symptómy. Pretože z pohľadu jednotlivca to, či sa rozhodne medzi tým, či má „bežné problémy“ alebo je „chorý“, záleží od toho, či prijme alebo neprijme rolu chorého a či sa dá liečiť a vyhľadá pomoc zdravotníkov, a nie od toho, prečo sa cíti zle. Niektorí ľudia naozaj popierajú nepríjemnú realitu ochorenia a zavrhnú ju iba ako „bežné problémy“, pričom však môžu tieto symptómy indikovať vážne organické procesy. Lekár (nie pacient) je zodpovedný za to, aby určil podstatu problému a rozhodol, či najlepšie riešenie môže poskytnúť medicína. Dichotómia medzi „chorobou“ a „bežnými problémami“ určite nie je zreteľná, ani pre pacienta, ani pre lekára.

Kedy sa smútok stáva chorobou?

Pre lepšie pochopenie toho, prečo niekto prežíva „bežné problémy“ ako ochorenie a iný nie, môžeme uvažovať o smútku ako o paradigme takéhoto hraničného stavu. Hoci sa smútok nikdy nezaraďoval do medicínskej koncepcie, mnoho smútiacich ľudí vyhľadáva lekársku pomoc kvôli rušivým symptómom, ktoré ani nemusia dávať do súvisu so smútkom. Autor uvádza, že pred pätnástimi rokmi túto otázku načrtol v článku s názvom „Je smútok chorobou? Výzva pre lekársky výskum.“ A cieľom toho článku bolo pochybovať o adekvátnosti biomedicínskeho modelu. Lepší názov by mohol byť „Kedy sa smútok stáva chorobou?“, podobne ako sa niekto môže pýtať, kedy sa schizofrénia alebo diabetes stávajú chorobou. Pretože aj keď existujú zrejmé analógie medzi smútkom a chorobou, vyskytujú sa aj dôležité odlišnosti. Ale tieto protiklady výborne slúžia na objasnenie psychosociálnej dimenzie biopsychosociálneho modelu.

Smútok výstižne charakterizuje situácia, v ktorej sú primárne psychologické faktory, nemusia mu bezpodmienečne predchádzať určité chemické alebo psychologické defekty. Ale rovnako ako pri klasických ochoreniach, tvorí bežný smútok samostatný syndróm s relatívne vymedzenou symtpomatológiou, ktorá zahrňuje telesné aj psychické poruchy. Správa sa ako typická choroba, t.j. má svoj priebeh, aj napriek snahám alebo želaniam osoby o jeho koniec. Môžeme identifikovať aj konzistentný etiologický faktor, ktorým je významná strata. Na druhej strane, ani obeť ani spoločnosť sa nikdy nezaoberali obyčajným smútkom ako chorobou, aj napriek

tomu, že taký výraz ako „chorý smútkom“ by mohol v mysliach ľudí indikovať určité spojenie. Každá kultúra poskytuje smútiacim ľuďom určité výhody. Smútiaci človek je obvykle viac predmetom záujmu náboženstva ako medicíny.

Vzhľadom na to by sa argumenty proti zahrnutiu smútku do medicínskeho modelu zdali byť presvedčivejšie. Autor s tým nesúhlasí. V roku 1961 v jednom článku prirovnal smútok k zraneniu. V oboch prípadoch ide o prirodzené reakcie na traumu z prostredia, jedna je psychologická a druhá fyzická. Uvádza, že v tom čase cítil, že takáto analógia nie je ešte tou najlepšou. Teraz, o pätnásť rokov neskôr, lepšie poznanie kultúrneho pozadia konceptov choroby a systémov medicínskej starostlivosti vysvetľuje nápadnú inkonzistenciu. Kritický faktor, ktorý podmieňuje ľudskú potrebu vyvinúť ľudové modely ochorenia a rozvinúť sociálnu adaptáciu na vysporiadanie sa s individuálnymi a skupinovými poškodeniami spôsobenými chorobou, vždy spočíval v tom, že obeť nevedela, čo je zodpovedné za jej dysfóriu a nepríjemné zážitky. No ani smútok, ani zranenie nepatria presne do tejto kategórie. U oboch je dôvod bolesti, utrpenia a neschopnosti veľmi jasný. Zranenie alebo zlomeniny utrpené v nejakom boji alebo pri nehode si ľudia liečili sami, pomocou ľudových liekov alebo s pomocou niekoho, kto mal v takýchto prípadoch určité technické zručnosti. Chirurgia sa rozvinula ako potreba liečiť zranenia a rany a má iné historické korene ako medicína, ktorá bola vždy bližšie k mágii a náboženstvu. Až neskôr sa v západnej histórii chirurgia a medicína spojili ako liečebné vedy. Ale už od dávnych čias boli ľudia, ktorí sa správali akoby zdrvení žiaľom napriek tomu, že neutrpeli žiadnu stratu. A boli iní, u ktorých sa vyvinuli zjavné zranenia alebo zlomeniny, aj keď neboli vystavení žiadnej objektívnej traume. A boli aj takí ľudia, ktorí utrpeli stratu a ich smútok sa takým či onakým smerom odklonil od toho, čo ich kultúra považovala za normálny priebeh. A boli takí, ktorých rany sa nezahojili alebo sa ešte zhoršili alebo títo ľudia ochoreli aj napriek tomu, že sa rana zjavne hojila. Vtedy, podobne ako dnes, boli rozhodujúce dva prvky pri určovaní rolí pacienta a lekára a toho, čo sa bude a čo nebude pokladať za chorobu. Pre pacienta to bola jeho neznalosť toho, prečo sa cíti a funguje zle alebo čo má s tým robiť spojená s vierou a istotou, že liečiteľ alebo lekár vie, čo má robiť pre zlepšenie jeho stavu. Pre lekára to na druhej strane bol záväzok vo vzťahu k svojej profesionálnej roli liečiteľa. Z týchto sa potom rozvinul celý rad očakávaní modifikovaných kultúrou, aj keď tieto nemusia byť bezpodmienečne rovnaké pre pacienta aj pre lekára.

Biopsychosociálny model berie do úvahy všetky tieto faktory. Za základný fakt uznáva to, že pacient prichádza k lekárovi buď preto, že nevie, čo nie je v poriadku, alebo v prípade, že vie, o čo ide, cíti sa ale neschopný sám si pomôcť. Psychobiologická jednota človeka vyžaduje, aby lekár akceptoval zodpovednosť za to, že musí zhodnotiť všetky problémy, ktoré pacient udáva a odporučiť ďalší postup, vrátane odporučenia navštíviť iných profesionálov. Preto lekár musí mať základné vedomosti a schopnosti zo sociálnej, psychologickej a biologickej oblasti, pretože jeho rozhodovanie v prospech pacienta musí brať do úvahy všetky tri oblasti. Trpí pacient obyčajným smútkom alebo melanchóliou? Je únava a slabosť ženy, ktorá nedávno stratila svojho manžela konverzným symptómom, psychofyziologickou reakciou, manifestáciou somatického ochorenia alebo kombináciou všetkých? Pacient, ktorý hľadá pomoc u lekára, musí mať istotu, že lekárov titul skutočne znamená to, že dokáže toto všetko zhodnotiť.

Výzva pre medicínu aj pre psychiatriu

Vytvorenie biopsychosociálneho modelu je výzvou pre medicínu, aj pre psychiatriu. Napriek enormným ziskom z biomedicínskeho výskumu, rastie medzi verejnosťou, aj medzi lekármi a najmä medzi mladou generáciou neistota, že požiadavky zdravia nie sú dostatočne spĺňané a že biomedicínsky výskum nemá dostatočný vplyv, čo sa týka humánnosti. Obvykle sa to pripisuje všetkým zjavným nedostatkom existujúceho zdravotníckeho systému. Ale toto určite neposkytuje kompletné vysvetlenie, pretože mnoho ľudí, ktorí využívajú zdravotnícku starostlivosť, sa taktiež sťažuje na to, že lekári nemajú dostatok porozumenia a záujmu a že sa sústreďujú na všelijaké procedúry a nie sú citliví voči osobným problémom pacientov a ich rodín. Zdravotnícke inštitúcie sa považujú za chladné a neosobné. Čím prestížnejšie sú z hľadiska biomedicínskeho výskumu, tým sú tieto sťažnosti častejšie. Úzkosť medicíny vyplýva z toho, že mnohí lekári si stále viac uvedomujú rozpory medzi svojim výborným biomedicínskym základom na jednej strane a slabej kvalifikácii v určitých atribútoch potrebných pre dobrú zdravotnícku starostlivosť na strane druhej. A mnohí zisťujú, že sa to nedá napraviť využívaním iba samého biomedicínskeho modelu.

Súčasné oživenie záujmu o primárnu starostlivosť a rodinnú medicínu jasne odráža rozčarovanie niektorých mladých lekárov nad prístupom k chorobám, ktorý zanedbáva pacienta. Sú pripravenejší na medicínsky model, ktorý by bral do úvahy aj psychosociálne aspekty. Dokonca aj z vedeckých kruhov sa ozývajú výhrady k biomedicínskemu dogmatizmu. Preto Holman pripísal práve biomedicínskemu redukcionizmu a profesionálnej dominancii jeho nasledovníkov v zdravotníckej starostlivosti také nežiadúce praktiky, akými sú zbytočná hospitalizácia, nadmerné používanie liekov, excesívna chirurgia a neadekvátne používanie diagnostických testov. Napísal: „Aj keď je redukcionizmus výborným prostriedkom pre porozumenie, vytvára aj hlboké nedorozumenia, ak sa nepoužíva rozumne. Redukcionizmus je obzvlášť škodlivý, ak zanedbáva vplyv nebiologických elementov na biologické procesy.“ Ďalej: „Niektoré medicínske výsledky sú neadekvátne nie preto, že chýbajú primerané technické intervencie, ale preto, že naše koncepčné myslenie je neadekvátne.“ Aké ironické by bolo, keby psychiatria súhlasila s medicínskym modelom, ktorý začali spochybňovať už aj niektoré vedúce osobnosti v medicíne.

Psychiatri, nevedomky zaangažovaní do biomedicínskeho modelu a rozdelení do dvoch protichodných táborov redukcionizmu a exkluzionizmu, sú v súčasnosti tak zamestnaní svojou vlastnou profesionálnou identitou a stavom vo vzťahu s medicínou, že mnohí si neuvedomujú hodnotu psychiatrie

ako jedinej klinickej disciplíny v medicíne, ktorá sa primárne zaoberá štúdiom človeka a podmienkami ľudského bytia. Zatiaľ čo behaviorálne vedy mali určitý obmedzený vplyv na medicínske vzdelávacie programy, je najmä na psychiatroch, a do menšej miery aj na klinických psychológoch, aby rozvinuli prístupy zamerané na porozumenie zdravia a choroby a starostlivosti o pacienta, ktoré nie sú zahrnuté v úzkej koncepcii a špecializovaných technikách tradičnej biomedicíny. A naozaj, v skutočnosti väčšina formulácií integrovanejšej a holistickejšej koncepcie zdravia a choroby, ktoré boli navrhnuté za posledných tridsať rokov, nevzišla z biomedicínskeho základu, ale od lekárov, ktorí načrtli koncepcie a metódy založené na psychiatrii, najmä na psychodynamickom prístupe Sigmunda Freuda a psychoanalýze a na prístupe odvodenom od reakcií na životný stres Adolfa Meyera a psychobiológie. V podstate jedným z najtrvalejších prínosov Freuda aj Meyera bolo poskytnutie koncepčného rámca, v ktorom by sa psychologické procesy mohli zahrnúť do koncepcie chorôb. Psychosomatická medicína – už len samotný názov je pozostatkom dualizmu – sa stala prostriedkom, pomocou ktorého sa preklenula trhlina medzi dvoma paralelnými, ale nezávislými ideológiami v medicíne, t.j. medzi biologickou a psychosociálnou medicínou. Jej vývin bol pomalý a brzdený, nielen kvôli extrémnym komplikáciám vyplývajúcim zo samej koncepcie, ale aj kvôli neustálym tlakom zvnútra aj zvonka, aby sa prispôsobila vedeckým metódam, prevažne mechanickým a redukcionistickým, ktoré boli nevhodné pre mnohé skúmané problémy. Napriek tomu sa dodnes podarilo zozbierať množstvo poznatkov založených na klinických a experimentálnych výskumoch ľudí a zvierat. Ale väčšina z nich nie je lekárskej verejnosti známa a lekárske vzdelávanie si ich do veľkej miery nevšíma. Nedávne slávnostné vyhlásenie prominentného biomedicínskeho vedca, že „emocionálny obsah organickej medicíny je prehnaný“ a „psychosomatická medicína je na ústupe“ môže byť pripísané jedine oslepujúcemu efektu dogmatizmu.

Skutočnosť je taká, že medicínske školy vytvorili neprístupné, ak nie až nepriateľské prostredie pre tých, ktorí sa zaujímajú o psychosomatický výskum a vzdelávanie. A medicínske časopisy taktiež často využívali dvojaké meradlo pri akceptácii článkov zaoberajúcich sa psychosomatickými vzťahmi. A navyše, veľa prác, ktoré na výskume zvierat dokumentujú dôležitosť vplyvu životných udalostí na náchylnosť k chorobám, bolo vypracovaných experimentálnymi psychológmi a objavujú sa v psychologických časopisoch, ktoré lekári alebo biomedicínski vedci čítajú zriedka.

Perspektívy všeobecnej systémovej teórie

Boj o zmierenie psychosociálneho a biologického v medicíne má svoju paralelu v biológii, v ktorej taktiež dominuje redukcionistický prístup molekulárnej biológie. Medzi biológmi sa taktiež objavujú zástancovia potreby rozvinúť holistické, ako aj redukcionistické vysvetlenie životných procesov, aby sa zodpovedala otázka prečo, kvôli čomu a ako. Von Bertalanffy, ktorý volal po základnej reorganizácii vedeckej perspektívy, aby sa otvorila cesta holistickému prístupu k vedeckému výskumu a konceptualizácie, vytvoril základy všeobecnej systémovej teórie. Tento prístup, ktorý sa zaoberá skupinou súvisiacich udalostí kolektívne ako systémom manifestujúcim funkcie a vlastnosti na určitej úrovni celku, umožnil rozpoznanie izomorfií medzi rozličnými úrovňami organizácie, ako sú molekuly, bunky, orgány, organizmus, osoba, rodina, spoločnosť a biosféra. Z týchto izomorfií môžu byť vytvorené základné zákonitosti a princípy, ktoré obvykle operujú na všetkých úrovniach organizácie, v porovnaní s tými, ktoré sú jedinečné pre každú úroveň. Keďže sa systémová teória pridŕža faktu, že všetky úrovne organizácie sú navzájom prepojené v hierarchických vzťahoch tak, že zmena v jednom systéme spôsobí zmeny v iných systémoch, jeho prijatie za vedecký prístup by mohlo zmierniť holisticko-redukcionistickú dichotómiu a zlepšiť komunikáciu medzi vedeckými disciplínami. Pre medicínu prináša systémová teória koncepčný prístup vhodný nielen pre navrhovaný biopsychosociálny koncept chorôb, ale aj pre výskum chorôb a medicínskej starostlivosti ako procesov vo vzájomnom vzťahu. Pokiaľ by sa systémový prístup stal súčasťou základného vedeckého a filozofického vzdelávania budúcich lekárov a medicínskych vedcov, pripravila by sa lepšia pôda pre prijatie biopsychosociálnej koncepcie chorôb.

Biomedicína ako veda a dogma

Čo sa v súčasnosti robí a čo by sa mohlo robiť, aby sa zneutralizoval dogmatizmus biomedicíny a všetky nežiadúce sociálne a vedecké následky, ktoré z toho plynú? Ako by sa mohla nadobudnúť primeraná rovnováha medzi frakčne-analytickým a prirodzeným historickým prístupom, ktoré oba sú zahrnuté v práci lekárov a medicínskych vedcov? Ako by sa mohlo pomôcť lekárom, aby vedeli, do akej miery predstavuje ich vedecký prístup k pacientovi „ľudskú vedu“, v ktorej „dôraz je na integratívnej sile pozorovateľa komplexnej neopakovateľnej situácie a na experimentoch, ktoré poskytuje história a zvieratá žijúce v určitom ekologickom prostredí,“ ako načrtla Margaret Mead. Určité odpovede by nám mohli poskytnúť vzlety a pády vedeckých dogiem v priebehu histórie. Samotné objavenie nových zistení a teórií určite nepostačuje na vyvrátenie dobre zakorenených dogiem. Sila záujmov sociálnych, politických a ekonomických, je mocným odstrašujúcim prostriedkom pre všetky efektívne útoky na biomedicínsky dogmatizmus. Medicínska starostlivosť je silným odvetvím, predpokladá sa, že viac ako osem percent nášho národného ekonomického produktu je venovaná zdraviu. Len samotné množstvo súčasných aj plánovaných investícií do diagnostických aj terapeutických technológii silno preferuje tie prístupy ku klinickým štúdiám a liečbe pacientov, ktoré zdôrazňujú to mechanické a nepersonálne. Napríklad od roku 1967 do roku 1972 sa o 33 % zvýšilo množstvo laboratórnych testov uskutočnených počas hospitalizácie. Plánovanie systémov medicínskej starostlivosti a ich financovanie je z veľkej miery ovplyvnené prístupnosťou a prísľubmi technológií, ktorých aplikovateľnosť a efektívnosť bývajú používané ako kritériá, podľa ktorých sa rozhoduje o tom, čo tvorí chorobu a kto potrebuje lekársku sta-

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.