

Jak se dívat na psychosomatickou medicínu

R. Honzák^{1,2}

¹ Ústav všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty UK Praha, přednosta doc. MUDr. Bohuslav Seifert, Ph.D.

² IKEM Praha, ředitel doc. MUDr. Jan Malý, CSc.

Souhrn: Psychosomatická (behaviorální) medicína je mezioborovým odvětvím medicíny, které se věnuje rozvoji, integraci a aplikaci poznatků z biologických, behaviorálních, psychologických a sociálních věd, významných pro člověka ve zdraví a nemoci. Nabízí širší pohled než medicína založená na důkazech (EBM), protože se zajímá nejen o koncept nemoci, ale také o problematiku pacienta.

Klíčová slova: psychosomatická medicína – behaviorální medicína – EBM – biomedicínský model – biopsychosociální model – DCPR

How should we perceive psychosomatic medicine?

Summary: Psychosomatic (behavioral) medicine is a field of medicine concerned with the development, integration, and application of knowledge in the biological, behavioral, psychological, and social sciences relevant to health and illness. It offers a broader view on the problem than EBM because in addition to disease also focuses on the patient.

Key words: psychosomatic medicine – behavioral medicine – EBM – biomedical model – biopsychosocial model – DCPR

Vážený pane profesore, milý Jarku, v plném biopsychosociálním mládí se dožíváš úctyhodného stáří, za což vděčíš svým genům, své ženě a svému renezančnímu životnímu stylu, který je tak příkladně nepříkladný, až je zavrženíhodný, protože je v celém rozsahu moudrý; a to se neodpouští.

Přicházím Ti popřát a přitom také poděkovat za všechno, co jsem od Tebe dostal a co jsem se od Tebe naučil. Následující text je jen připomenutím úhlu pohledu, na který někdy medicína – jak doufám – snad nezapomíná, ale jenom ho nestíhá.

Úvod

Všichni se nesporně shodneme na tom, že medicína je nejkrásnější povolání, které na zemi existuje. Můžeme-li si pochválit řemeslo, není to už tak jisté s jeho institucí. První problém nastane při snaze o definici medicíny. Třeba v Psychologickém slovníku, který je jinak dost podrobný, není medicína, bez atributů jako behaviorální, psychosomatická atd., definována vůbec [1], totéž platí o Velkém lékařském slovníku [2]. Akademický slovník cizích slov [3] ji definuje jako „souhrn vědeckých disciplín o způsobech a prostřed-

cích, léčení, lékařství“, což není vysvětlení příliš uspokojující. Většina dalších definic vyhledaná na internetu mluví o disciplíně věnované léčení nemocí, zato o nemocných jsem nenašel jedinou zmínku.

Tato odosobněná instrumentalizace problematiky je přinejmenším pozoruhodná vzhledem k tomu, že nemocných lidí jsem za svůj život viděl tisíce, ale personifikovanou nemoc ani jednou; to je moje úlitba sémiologii. Je totiž podstatný rozdíl v debatě o člověku ve zdraví a nemoci a v debatě o chorobách jako medicínských konstruktech, které sice vedou k potřebnému zobecnění, na druhé straně však směřují k dehumanizaci.

Tyto skutečnosti dávají zapravdu úvaze Uexküllera a Wesiacka [4]: „Lékařská díla obvykle vypouštějí teoretický úvod. Přecházejí rovnou k věci. Učebnice, které se zabývají infekčními nemocemi, úrazovou chirurgií či otravami, nepotřebují žádný teoretický úvod, na kterém by stavěly. Tak může vzniknout dojem, že problematika teorie v medicíně buď vůbec neexistuje, nebo nemá s věcmi, které zprostředkovávají lékařské učebnice, nic společného.“

Východiskem může být Engelova operacionalistická definice [5]: „Ve všech společenstvích, starověkých i moderních, literárních i gramotných, hlavními kritérii pro identifikaci nemoci byla vždy ve své podstatě behaviorální, psychologická a sociální složka. Klasický proces probíhá následovně: začátek onemocnění je charakterizován změnami tělesného vzhledu, jež vyvolávají údiv, obavy až hrůzu a nejistotu, alterací aktivit, pocitů a výkonnosti, změnami chování a narušením vztahů, což vše je prožíváno a chápáno jako ohrožující, poškozující, nepříjemné, odchýlné, nežádoucí či nechtěné. Tyto informace slovně sdělované nebo pozorované trpícími či svědky jejich utrpení konstituují primární údaje, z nichž vychází úvaha prvního řádu, která vede k primárnímu rozlišení, zda postižená osoba je, či není nemocná.“

Na tyto poruchy prožívání a chování všechna společenství typicky odpovídají ustanovením jedincům a vývojem sociálních institucí, jejichž prvotním posláním je vyhodnocení, interpretace a zajištění příslušných kroků k nápravě. Medicína jako instituce a lékaři jako její představitelé se tedy vyvinuli

jako jedna z odpovědí na tyto sociální potřeby. V průběhu historie se medicína stává vědeckou, když lékaři a další vědci rozvinuli jak taxonomii, tak aplikované vědecké postupy vedoucí k lepšímu porozumění, léčbě a prevenci těchto stavů.“

Medicínu lze tedy definovat jako sociální instituci určenou k regulaci stavů označených jako nemoc vědeckými postupy. To je ještě definice vlídná ve srovnání s názorem, že medicína se stala pouhým nástrojem farmaceuticko-technologického komplexu, kterému napomáhá k enormním ziskům [6].

Sociální, a tedy i vědecké instituce mají hierarchickou strukturu. Všechny instituce mají tendenci ke konzervatismu. Tak jako mají náboženství svá dogmata, mají vědy svá paradigmatata, tedy myšlenkové modely, ze kterých vychází jednotná struktura hodnot, postojů a představ. A tak jako jsou řeholníci vázání slibem poslušnosti, jsou zástupci lékařské řehole vázání Hippokratovou přísahou či nějakou její modernější podobou včetně závazných doporučení. Stejně jako katolická církev postupně modernizovala mnoho svých pravidel, ale neustoupila např. od zákazu antikoncepce, zůstává vědecká medicína stále věrná paradigmatu, které pochází ze 17. století, a to že předmět své péče – člověka – vnímá jako „rozumný stroj“.

Anamnéza

Hippokrates shrnul empirické znalosti antického lékařství, medicínu popsal jako „něco mezi vědou a uměním“, nicméně postavil ji na přírodovědný, v zásadě materialistický základ. Medicínu důsledně zbavil démonů a prohlásil, že každá nemoc, i nemoc „svatá“, má svou přirozenou příčinu.

Pak přišel Platón a rozdělil člověka na tělo a duši. Platón chápal říši idejí jako „onen svět“, s nímž je příbuzná nesmrtelná část člověka, duše. Díky této příbuznosti vzniká v duši touha po spojení se světem idejí, ve kterém duše pobývala před narozením a do

něhož se po smrti může opět vrátit. Duše je přirovnávána k okřídlenému dvojspřeží, které je řízeno vozatajem. Vozatajem je rozum (to logistikon), který má na uzdě poslušného koně ušlechtilých citů a vůle (to thymoeides) a vzpurného koně žádostivosti (to epithymetikon).

Toto rozdělení plně převzal Galénos, autor známého výroku, že veselé ženy nikdy nedostanou rakovinu prsu, protože rakovina prsu je „melancholická diathésa“, a vtělil je do medicíny. Nabádal sice své žáky, aby rovnoměrně poctivě dbali o tělo i o duši, ale to se nakonec nesplnilo.

Medicína se propotácela středověkem, kdy se do ní vrátili démoni, a v postgalileovském období se začala ucházet o místo mezi vědami – nikoli ještě jako věda o nemocech, ale jako „věda o člověku“, který však byl v té době, kdy inkvizice ještě horlivě kacíře likvidovala na hořících hranicích, obdařen nesmrtelnou duší. Církev sice mlčky povolila pitvu mrtvého těla, křehké to schrány nesmrtelné duše, ale nemínila se s nikým dělit o vládu při její správě. Jako deus ex machina se vynořil francouzský matematik a filosof, René Decartes, který nabídl vznikající vědě elegantní řešení: duši nechť ponechá v kompetenci církve a filozofie a předmětu svého zájmu – člověku – se věnuje jako rozumnému stroji. Nemoc se tak stala poruchou provozu rozumného stroje a lékař odborníkem, který tuto poruchu odhaluje a dle svých možností napravuje. Náprava může jít až tak daleko, že „nutno hlavně v medicíně hledat prostředek, činící lidi obecně moudřejšími a obratnějšími, než potud byli“ [7]. Není jasné jak, když se mezitím podařilo „člověka“ zcela anulovat.

Zde byly položeny základy k „biomedicínskému modelu“, jehož vědecký oblouk sepnul v roce 1858 Robert Virchow, když nemoc definoval jako poruchu buněk, tkání a orgánů. Psychická oblast, stejně jako sociální, zůstala za hranicí badatelského zájmu

medicíny a s ní také podstatné řídicí mechanismy: emoce.

Přestože se Aristoteles pokusil nabídnout více než tripartitní model duševních procesů, jejich studium zůstává dodnes limitováno hranicemi vymezenými Platónem. Vidění emocí jako čehosi mentálně efemérního je nesmysl. Emoce (e-motion), tedy pohyby ke směru pohybu směrem k výhodám a směrem od nevýhod, jsou tělesnými, neurobiologickými procesy, které můžeme najít už u tak primitivního živočicha, jakým je třeba hlístice oblá (*Cenorhabditis elegans*), mozko-ového giganta obdařeného 302 neurony, mezi nimiž je několik tisíc spojů [8].

Emoce jsou základním aspektem živočišné přirozenosti – a člověk je přece jen víc živočich než stroj. Představují jak významnou součást evolučního, biologického a kulturního dědictví, tak prvky nezbytné pro adaptaci na fyzikální a sociální prostředí. EBM pro ně ale nenašla ve své náručí místo.

Pokusy dostat emoce do medicíny mají delší historii, ale první úspěšnější – psychosomatická medicína – pochází z 30. let 20. století. Freud, někteří jeho předchůdci a mnoho následovníků prokázali, že do té doby intuitivní a v atmosféře biomedicínského pozitivismu spíše folklorní představa o možnosti psychogeneze některých obtíží je reálná. K tomu, aby se objevily tělesné příznaky, není tedy nezbytná porucha tkání.

Triumfální Freudovo turné po USA přineslo v této zemi psychoanalýze nesmírnou popularitu, a to v době, kdy biomedicínský výkladový model dostává v některých oblastech trhliny. V 30. letech minulého století existuje významná část nemocných, pro jejichž obtíže chybí přiměřený etiopatogenetický výklad, navíc je u nich na první pohled nápadná psychosociální problematika. Může-li být výsledkem intrapsychického konfliktu neuróza, může být za jistých okolností jeho výsledkem „orgánová neuróza“. To je výchozí hypotéza psychosomatické medicíny,

u jejíhož zrodu stál Franz Alexander a Flanders Dunbarová, mimo jiné také zakladatelé stále vycházejícího prestižního časopisu *Psychosomatic Medicine* [9].

Tvůrci prvního vážného pokusu o integraci vycházeli z teorie specifity a teorie psychogeneze tzv. psychosomatických nemocí, mezi něž zařadili hypertenzi, hypertyreózu, astma, vředovou chorobu, ulcerativní kolitidu, revmatoidní artritidu a atopický ekzém.

Vzhledem k tomu, že lékaři provozující praxi měli intimní zkušenost se skutečností, že pacienti s těmito diagnózami opravdu mají výrazné psychologické až psychopatologické charakteristiky, měly psychosomatické myšlenky značnou odezvu. Přestože v 50. letech 20. století autoři sami na základě provedené slepé studie nepotvrdili hypotézu specifity, myšlenka psychosomatických souvislostí zůstala a byla dále rozpracována [10].

Mezitím se objevily zásadní poznatky o mechanismu stresu. Selye navázal na starší Cannonovy práce zaměřené na poplachovou (adrenergní) fázi a rozpracoval také mechanismy druhé fáze stresu, rezistence, až do závěrečného selhání po vyčerpání rezerv. Selye geniálním myšlenkovým skokem vyslovil předpoklad, že stresové vlivy z psychosociální sféry budou stejně nebezpečné jako stresové vlivy z oblasti biologické. Tuto jeho myšlenku experimentálně ověřil Weiner v prospektivní studii provedené na brancích paradestančí jednotky. Zde prokázal, že kombinace určitých osobnostních charakteristik a biochemických odlišností ve stresových podmínkách vede k rozvoji onemocnění [11].

Stresová teorie vedená základní myšlenkou nespecifity možných stresových vlivů vnesla zásadní obrat do původně analytických koncepcí a pomohla nashromáždit cenné poznatky, z nichž bylo možné vyvozovat další hypotézy. Také psychiatrie se odklání od představy, že intrapsychický konflikt je

Tab. 1. Diagnostická kritéria pro psychosomatický výzkum.

Trs	Možnosti
vnímání a prožívání zdravotního stavu	- nozofobie - tanatofobie - hypochondrie - popření
etiopatogeneze	- přetrvávající somatizace - symptomy psychické poruchy - konverzní symptomy - „výroční“ reakce
behaviorální odpověď	- podrážděná nálada (D-typ) - A-typ chování - demoralizace - alexithymie

jediným spouštěčem obtíží. Je objeven význam mezilidských, interpersonálních, vztahů a v 60. letech 20. století je formulována teorie životních událostí [12]. Souvislosti mezi „psychickými“ a „somatickými“ procesy pomáhá zpřehlednit zjištění, že imunitní systém se řadí jako třetí řídicí systém ke dvěma dosud uznávaným: nervovému a endokrinnímu [13].

Současný stav

Požadavek nového paradigmatu v přístupu k nemocným, nikoli pouze nemocem, formuluje již zde zmíněný Engel [5] a stanovisko o podobě nového biopsychosociálního přístupu publikuje Lipowski, který deklaruje, že současný psychosomatický přístup je vědeckou a klinickou disciplínou zabývající se:

- studiem vztahů mezi specifikovanými psychosociálními faktory a normálními a abnormálními fyziologickými funkcemi;
- studiem interakcí mezi psychologickými, sociálními a biologickými faktory v etiologii a načasování začátku onemocnění, průběhem a vyústěním u všech nemocí;
- prosazováním celostního biopsychosociálního přístupu v péči o nemocné;
- aplikací psychiatrických, psychologických a behaviorálních metod v prevenci, léčbě a rehabilitaci somatických nemocí [14].

Přestože se pojem psychosomatika nebo psychosomatický stále používá, znamená pro různé odborníky různou realitu (označované se často nekryje s označujícím a dochází k šumu). Navíc existuje úvaha, že tento pojem spíše dualitu „těla a duše“ zdůrazňuje, než aby ji překlenul. Vzhledem k často nepřehlednému množství dynamických a osobnostních teorií a vedle toho skutečnosti, že pouze a teprve změna chování jedince či společenství může být spouštěčem změn zdravotního stavu, prosazuje se v posledním desetiletí společné označení behaviorální medicína, přičemž rozsah jejich aktivit se přibližně kryje s rozsahem i obsahem Lipowského programu.

My, kteří se k Lipowského odkazu hlásíme, máme za to, že psychosomatický pohled by si měli osvojit všichni lékaři v přístupu ke všem – nejen somatizujícím – nemocným. Pacienti trpící diabetem nebo infarktem myokardu jsou ukázkovými kandidáty na celostní péči, která pro ně znamená větší přínos než pouhé technologické řešení problematiky.

Není nutné se přímo ztotožňovat s některými psychologickými směry nebo školami; recentně se nabízí diagnostická kritéria DCPR (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research – tab. 1) přihlížející k podstatným psychosociálním charakteristikám, které spoluurčují jak aktuální klinický obraz,

tak průběh a vyústění a jsou rovněž vodítkem k léčbě [15]. Obsahují 12 symptomových okruhů rozdělených do 3 trsů: vnímání, prožívání a pacientovo vyhodnocení zdravotního stavu (nozofobie, tanatofobie, hypochondrie, popření), etiopatogeneze somatizace (přetrvávající somatizace, funkční symptomy jako sekundární projev definované psychické poruchy, konverzní symptomy, „výroční“ reakce) a behaviorální odpověď (podrážděná nálada, A-typ chování, demoralizace, alexitymie).

Několik drobných vysvětlivek k uvedeným pojmům v kontextu této metody: **Nozofobie** představuje strach z možného onemocnění nejrůznějšími chorobami, **hypochondrie** naopak přesvědčení, že pacient touto chorobou trpí. Hypochondři jsou posmívanou skupinou, jejich úzkost je však nesmírná, až tak, že může skončit sebevraždou. Také léčba je náročná a vyžaduje vysoké dávkování antidepressiv, až trojnásobné ve srovnání s depresivními pacienty. **Strach ze smrti** máme všichni, ale tanatofob mu podřizuje celé své jednání; velmi častá je v tomto případě obava ze smrti ve spánku, což vede k jeho dlouhodobému narušení. **Popření** je obranou proti úzkosti a je definováno jako nevědomé posunutí reality do podoby, v níž by si ji pacient přál vidět. V praxi se projevuje především nedodržováním doporučení lékaře a rizikovým chováním, což se jeví jako naprosto kontraproduktivní postoj.

Přetrvávající somatizace je někdy označována jako způsob života spíše než jako choroba. Nacházíme při ní chronické stěhovavé obtíže nejrůznějšího typu, které se střídají tak, že pacient je neustále „churavý“. **Tělesné symptomy psychických poruch** se objevují nejčastěji u emočních poruch (úzkostné stavy, deprese) a patří téměř zákonitě mezi jejich klasické příznaky. Descartovské rozdělení člověka na tělo a duši totiž doslova vnucuje představu, že emoce jsou cosi efemérního. To není pravda; emoce jsou tělesné

děje a prožíváme je různě intenzivně. Pacienti ale jejich projevy interpretují jako poruchu orgánu nebo systému, v němž je pociťují. **Konverzní symptomy** patří mezi obranné reakce proti úzkosti a jsou tělesným vyjádřením nevládnutelného konfliktu nebo emoce. Velmi často sděluje nonverbálně podstatu problému (např. obrna při pocitu nemohoucnosti, „těhotenské“ obtíže budoucích nebo čerstvých otců). Všeobecně známou **výroční reakcí** je Lomikarova smrt. V běžném životě nenabývá takto dramatických a patologických rozměrů, je však častější, než se předpokládá. Nemusí jít vždy přesně o významné datum, ale také o volnější asociace, pacienti si většinou souvislostí vůbec nejsou vědomi.

Podrážděná nálada bývá spojována s chováním nebo osobností tzv. D-typu (D – dysforie). D-typ osobnosti je charakterizován dvěma okruhy vlastností: negativními emocemi a sociální inhibicí, tedy ostýchavostí, plachostí, tendencí se stáhnout především ze strachu s nesouhlasem druhých a s jejich možným odsudkem. Negativní emoce mají smíšený charakter depresivních a úzkostných příznaků, ale současně předrážděnosti a nevrlosti [16]. **A-typ chování** byl dlouho považován za samostatný rizikový faktor ICHS a zejména infarktu myokardu. Vyznačuje se tím, že osoba agresivním způsobem a houževnatě bojuje, aby dosáhla stále vyšších výkonů a postavení bez ohledu na překážky, přičemž má obvykle několik nepřesně stanovených a navzájem nesouvisících cílů. V obecné řeči splývá s pojmem „workholik“. **Demoralizace** naopak souvisí se syndromem vyhoření a je charakterizována emoční vyprahlostí, odtahitými postoji hraničícími s cynizmem, nudou či ztrátou zájmů a nezřídka je provázena jednou nebo více závislostmi na psychotropních látkách. **Alexitymie** je vědecký termín pro „emoční negramotnost“. Pacienti nejsou s to prožívat emoce v psychologické rovině a vnímají je jen na tělesné úrovni.

Překážky kladené do cesty aplikaci biopsychosociálního přístupu lze objevit hned na několika úrovních. Je to především určitá konzervativní setrvačnost v systému pregraduální a postgraduální výuky spojená s představou, že na psychické procesy tu máme přece psychiatrii. To je ovšem hluboký omyl, navíc v době, kdy se psychiatrie stále více biologizuje. Emoce, kromě patologických, nebere medicína v úvahu vůbec. Dalším protivníkem jsou spojené síly veřejnosti, která vnímá nemoc stále v descartovském smyslu porouchaného stroje a technicko-farmaceutického komplexu, který těmto požadavkům vychází vstříc nabídkou nových a stále novějších jednoduchých „řešení“ pilulkou a jejími technologickými ekvivalenty. A „last but not least“ je třeba uvést byrokracii zdravotního systému.

Optimistickou zprávou je, že země bývalé NDR převzaly a úspěšně provozují psychosomatický model léčby a dokládají i jeho ekonomický přínos: jedno investované euro se vrací trojnásobně. Věřím, že se ještě dožiju jeho aplikace také u nás.

Zkratky

EBM – evidence based medicine (medicína podložená důkazy)

DCPR – Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research

Literatura

1. Hartl P, Hartlová H. Psychologický slovník. Praha: Portál 2000.
2. Vokurka M, Hugo J et al. Velký lékařský slovník. Praha: Jessenius Maxdorf 2008.
3. Petráčková V, Kraus J et al. Akademický slovník cizích slov. Praha: Academia Praha 1998.
4. von Uexküll T, Wesiack W. Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 1. *Psycho Som* 2004; 2: 30–39.
5. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129–136.
6. Illich I. Limits to Medicine: Medical Nemesis, the Expropriation of Health. London: Marion Boyars Publishers Ltd 2000.

7. Descartes R. Rozprava o metodě. Praha: Svoboda 1992.
8. Damasio A. Hledání Spinózy – radost strast a citový mozek. Praha: dybbuk 2004.
9. Alexander F. Psychosomatic Medicine. London: Norton 1950.
10. Weiss E, English OS. Psychosomatic medicine. The clinical application of psychopathology to general medical problems. 2nd ed. Philadelphia-London: W. B. Saunders Co. 1947.
11. Weiner H. Psychobiology and human diseases. New York-Oxford-Amsterdam: Elsevier 1977.
12. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. J Psychosom Res 1967; 11: 213-218.
13. Ader R, Cohen A, Felten D. Psychoneuroimmunology: Interactions between the nervous system and the immune system. Lancet 1995; 345: 99-104.
14. Lipowski ZJ. Psychosomatic Medicine: Past and Present. Can J Psychiat 1986; 31: 2-21.
15. Porcelli P, Rafanelli C. Criteria for psychosomatic research (DCPR) in the medical setting. Curr Psychiatry Rep 2010; 12: 246-254.
16. Mols F, Denollet J. Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. Health Qual Life Outcomes 2010; 23: 9.

MUDr. Radkin Honzák, CSc.
www.vselek.cz
 e-mail: radkinh@seznam.cz

Doručeno do redakce: 7. 9. 2011