

## Choroby psychosomatyczne

Człowieka współczesna medycyna, a także psychologia – mimo oczywistych różnic metodologicznych – traktują niemalże a priori jako całość somatopsychiczną. Oznacza to ni mniej, ni więcej, że granice między sferami (pomijamy tutaj na razie ontologiczne implikacje pojęcia „sfera”) soma i psyche są płynne i niewyraźne. Obie sfery oddziałują na siebie wzajemnie – w każdym aspekcie istnienia człowieka. Znajduje to wyraz w nowej definicji zdrowia stworzonej przez WHO, w której zdrowie oznacza „pełny dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny”, a nie jak definiowano je wcześniej – tylko „brak choroby”.

Pobyt człowieka w szpitalu, a nawet sytuacja zwykłej diagnozy u lekarza rodzinnego spełniają wszelkie warunki sytuacji stresowej, bądź ogólniej rzecz ujmując sytuacji trudnej w rozumieniu psychologicznym. Sytuacja trudna nieodłącznie łączy się ze stresem, wręcz sama go generuje. Ma różnoraki wpływ na pacjenta, objawiający się między innymi przeciążeniem (kiedy nadmiar bodźców stresogennych wywołuje w człowieku uczucie przytłoczenia), poczuciem zagrożenia (bodźce stresogenne mają charakter zagrażający bądź samej jednostce, bądź też jej zasobom) , deprivacją (elementarne potrzeby pacjenta nie mogą być zaspokojone, np. choroba niweluje jego dotychczasowe kontakty społeczne).

Choroba dezorganizuje dotychczasową strukturę życia pacjenta. Jego dążenia zostają zmienione, pozostając w konflikcie opisanym przez K. Lewina, konfliktach typowych, także dla zdrowych ludzi, jednak w tej sytuacji ponad miarę zintensyfikowanych. Koncepcja Lewina przewiduje trzy typy takowych konfliktów: konflikt dążenie myśli, przejawiającej się stałym i nieprzyjemnym dla jednostki sprzecznym stosunkiem do dwóch przeciwstawnych celów, np. między perspektywą wymarzonej wakacji zagranicznych, a perspektywą pobytu w sanatorium, co do którego jednostka spodziewa się, że pomoże on jej w dręczącej ją chorobie. Inny typ konfliktu polega na sprzeczności unikanie – unikanie, polegającym na bolesnym w sensie psychologicznym wyborze mniejszego zła, np. cierpiący pacjent nie może zdecydować się na ryzykowną operację. Ostatnim typem konfliktu wewnętrznego jest konflikt dążenie – unikanie, kiedy to jednostka waha się zdecydować się na działanie, które najprawdopodobniej przyniesie jej korzyść, ale które wiąże się z jakimś rodzajem straty, którą jednostka najprawdopodobniej poniesie, np. wyleczenie zęba wiąże się z bólem borowania lub wyrwania, bądź też wizyta u lekarza rozwieje jej wątpliwości co do stanu swojego zdrowia, ale może także oznaczać diagnozę nowotworu. Z punktu widzenia psychologii najtrudniejszy psychologicznie, tj. niosący ze sobą najwięcej potencjalnych kosztów jest ostatni typ konfliktu.

Sytuacja utraty zdrowia budzi frustrację (stan psychiczny powstały w wyniku deprivacji najszerzej pojętych potrzeb). Frustracja z kolei powoduje pojawienie się reakcji podmiotu takich jak:

- bezpośrednia próba uporania się z przeszkodą, tzn. pójście do lekarza i najbardziej racjonalna odpowiedź na chorobę
- próba jej obejścia – zaprzeczanie choroby, nałogi
- zastąpienie jednego celu innym – spowodowane działaniem mechanizmów obronnych psychiki, o których dalej, próby zapomnienia o dolegliwościach, przejawiające się np. raptownym zaangażowaniem się w pracę
- agresja – reagowanie wrogimi i nieakceptowanymi społecznie zachowaniami na stres spowodowany cierpieniem
- agresja z przemieszczeniem – jak poprzednio, z tym, że obiektem agresji są zupełnie niezwiązane z pierwotną przyczyną frustracji osoby, czy też przedmioty
- fiksacja – swoiste „zawieszenie się” na jakimś przedmiocie, czynności
- regresja – powrót do zachowań typowych dla wcześniejszych stadiów rozwoju, np. płacz
- apatia – reagowanie obojętnością.

Sytuacja trudna, jako że zagraża w pośredni lub bezpośredni rudymenarnym zasobom człowieka powoduje większą niż na ogół aktywację mechanizmów obronnych ego (należy tutaj także zaznaczyć, że działają one zawsze w czasie naszego życia, tym niemniej w sytuacjach trudnych intensywniej, a także, że podlegają one swoistemu wartościowaniu, ze względu na swoją wartość w procesie obiektywnego rozwiązania problemu).

Te mechanizmy obronne, pomijając archaiczne klasyfikacje, to przede wszystkim:

- racjonalizacja
- projekcja
- wyparcie
- tłumienie
- kompensacja
- sublimacja
- fantazjowanie.

Z wyżej wymienionych najbardziej efektywne to: sublimacja, kompensacja oraz, w ograniczonym stopniu, racjonalizacja.

Tutaj właśnie po raz pierwszy można zauważyć, jak istotna jest rola lekarza jako psychoterapeuty. Nikt nie zaprzecza, że korzystniejsza w czasie procesu leczenia chorego jest taka sytuacja, w której nie lęka się on ponad miarę i zachowuje względny spokój ducha. Pacjent spotykający się z lekarzem jest człowiekiem cierpiącym, potrzebującym opieki i wsparcia. Lekarz – dysponujący wszelkimi

koniecznymi umiejętnościami – jest dla pacjenta autorytetem, a jego słowa są nieledwie bezkrytycznie akceptowane. W takiej sytuacji nie jest trudno jednym nierozważnym słowem chorego przerazić bądź wprowadzić w stan trwałej depresji reaktywnej.

Znamy wiele chorób, których pochodzenie jest psychosomatyczne. Nerwice narządowe dla przykładu przejawiają się zaburzeniem funkcji któregoś narządu wewnętrznego przy braku jakichkolwiek zmian organicznych. Najczęściej dotyczy to serca. Znamy także choroby o pochodzeniu organicznym z objawami uwarunkowanymi także czynnikami psychologicznymi. Dość często występują urazy psychiczne (traumy), np. pooperacyjne, przejawiające się przejściowym obniżeniem nastroju i aktywności. W cięższych przypadkach mogą być one powodem nerwic i psychoz reaktywnych.

Psychoterapia dla lekarzy oznacza nie tyle konieczność przyswojenia osiągnięć którejs z współczesnych szkół psychoterapii, co raczej zmianę sposobu myślenia o pacjencie. Należy zawsze i bezwzględnie szanować jego cierpienie i jego samego, nie bagatelizować znaczenia nastawienia psychicznego chorego dla jego wyzdrowienia, traktować go jako aktywnego partnera, a nie jako „ciekawego przypadek” – a zatem rzetelnie go o jego schorzeniu i przedsięwziętych krokach informować.

#### Komunikacja interpersonalna – personel medyczny

Komunikacja jest procesem, który zachodzi nieustannie. Każdy nasz ruch, nie mówiąc już o nieznacznych zmianach w mimice twarzy lub słowach ma charakter mniej lub bardziej czytelnego komunikatu.

Komunikacja werbalna polega na przekazywaniu sobie pewnych treści za pomocą słów. Podstawową umiejętnością, jaką musi wykształcić w sobie terapeuta jest umiejętność aktywnego słuchania. Nie należy z zasady przerywać opowiadającemu o swoich dolegliwościach pacjentowi. Terapeuta musi okazywać pewien stopień zainteresowania tym, co mówi pacjent. Słowa typu „aha”, „rozumiem” wprowadzają bardzo korzystną dla procesu leczenia przyjazną atmosferę zaangażowania. Należy także kontrolować ewentualne czynniki, które mogłyby rozpraszać uwagę chorego - np. nie pozwalać nikomu wchodzić do gabinetu w czasie rozmowy z pacjentem. To ostatnie rozwiązanie ma jeszcze jedną zaletę - ponieważ nikt nie lubi mówić o swojej własnej chorobie osobom zupełnie obcym, powstaje atmosfera bliskości i intymności, często bardzo potrzebna w procesie leczenia, a przynajmniej w tej jego fazie, w której pacjent musi werbalnie opisać swoje objawy. Podręczniki komunikacji interpersonalnej polecają stosowanie metody dialogu wewnętrznego, polegającej na powtarzaniu ostatnich zdań rozmówcy. Polepszeniu ulega koncentracja, więcej rzeczy z rozmowy zostanie zapamiętanych.

Inne bardzo przydatne rady, to:

- prowadzenie notatek na bieżąco
- utrzymywanie kontaktu wzrokowego - pacjent czuje żywe zainteresowanie lekarza, jego zaangażowanie; optymalny czas takowego kontaktu wynosi około pięciu sekund
- powstrzymywanie się od kończenia zdań innych - wówczas chory czuje, że jego słowa są nieistotne, może pojawić się lęk, zamknięcie się w sobie
- kiwanie głową, a także werbalne oznaki zainteresowania ("ach tak")
- unikanie oceniania - to oczywiście budzi lęk, być może poczucie zagrożenia, gniew z powodu niesprawiedliwej oceny, etc.
- zadawanie pytań - pomijając to, że pozwala to na doprecyzowanie i sklaryfikowanie wypowiedzi chorego, może być traktowane przezeń jako wyraz troski i zaangażowania; ponieważ rozmowa prócz oczywistego celu uzyskania informacji ma także za zadanie dostarczenie wsparcia psychologicznego - zadawanie dodatkowych pytań jest przydatne także w tym aspekcie
- robienie przerw w rozsądnych odstępach czasowych - redukuje napięcie, poprawia nastrój chorego.

W podejściu transakcyjnym wyszczególniono kilka barier utrudniających proces słuchania i stanowiących przeszkodę w efektywnej komunikacji pacjenta i jego lekarza. Psychoterapeutyczne podejście do pacjenta wymaga ich unikania.

Są to:

- \* Porównywanie: słuchacz absorbuje ewaluacja słów mówiącego, porównanie jego przeżyć z własną sytuacją
- \* Domyślanie się: słuchacz "dopowiada sobie" końcówki zdań mówiącego, tym samym dekoncentrując się
- \* Przygotowywanie odpowiedzi: zamiast słuchać, zastanawiamy się, co odpowiedzieć na poprzednie słowa
- \* Filtrowanie: wybiórcze słuchanie, polegające na ignorowaniu informacji niezgodnych z systemem żywionych wartości
- \* Osądzanie: przyklejanie „etykietek”, przedwczesne i chybione
- \* Skojarzenia: używane przez mówiącego słowa wywołują u słuchacza asocjacje niezwiązane z pierwotnym tematem; z reguły następstwem tego jest dekoncentracja
- \* Utożsamianie się: słuchacz każde zdanie odnosi do siebie
- \* Przygotowywanie rad

\* Sprzeciwianie się: sarkazm, ironia; rezultatem jest wzrost poczucia zagrożenia i lęku

\* Przekonanie o swojej racji: niezdolność do przyjmowania krytyki, a także akceptacji alternatywnych poglądów

\* Zmiana tematu

\* Zjednywanie: funkcja wspierająca rozmowy przeważa nad informacyjną.

Przestrzeżenie powyższych prostych zaleceń w sposób znaczący polepsza jakość komunikacji z pacjentem, zwiększając zarazem stopień, w jakim rozmowa stanowi wsparcie psychologiczne.

Oprócz wyżej wymienionych nawyków myślowych istnieje jeszcze cały szereg innych barier komunikacyjnych, mianowicie: różnice indywidualne będące wynikiem innej przeszłości, różnic w wykształceniu czy statusie materialnym; brak umiejętności decentracji u słuchacza, czyli niezdolność do przyjęcia jego perspektywy; utrudnienia percepcyjne na różnym tle, np. związane ze zbyt szybkim tempem mówienia; stereotypy, związane przede wszystkim z atrybutami społecznymi jednostki; wybiórczość uwagi, której wynikiem jest koncentrowanie się na samych faktach zamiast na całokształcie wypowiedzi; aktualny stan psychofizyczny obu stron.

Bardzo istotna w procesie komunikacji jest komunikacja niewerbalna. Ocenia się, że ilość informacji jaką można wyczytać z samych naszych słów wynosi 7 % wszystkich przekazywanych informacji. Sposób, w jaki mówimy zawiera 38% całości, a mowa ciała – aż 55%.

Pochodzenie słowa "jatrogenia". "Latros - lekarz, genesis –pochodzący. Znaczy to: pochodzący od lekarza lub innego specjalisty czyli też od innego pracownika szpitala". "Jatrogenne dolegliwości, schorzenia to choroby wywołane przez autosugestię pacjenta na skutek źle zrozumianych, nieopatrznych słów czy działania lekarza lub przez uboczne działanie leków".

Następstwa czynników jatrogennych to:

- \* pogorszenie choroby podstawowej,
- \* zaburzenia psychosomatyczne,
- \* epizodyczne reakcje nerwicowe,
- \* nerwice jatrogenne,
- \* psychozy reaktywne.

Są to takie zachowania i wypowiedzi lekarza oraz personelu medycznego, które wywierają szkodliwy wpływ na stan psychiczny (jatropsychogenia) lub fizyczny (jatosomatopatia) pacjenta. Wywołuje to u pacjenta reakcje lękowe, depresyjne itp. i powoduje dodatkowe schorzenia czy dolegliwości wywołane przez autosugestię lub nieprawidłowe leczenie.

Większość błędów jatrogennych jest związana z niedostarczeniem niezbędnych informacji, niewłaściwym ich przekazaniem, z nieprawidłową postawą wobec chorego, brakiem wiedzy, empatii lub umiejętności psychologicznych w kontakcie z chorym. Wynikiem błędów jatrogennych jest prawie zawsze lęk, poczucie zagrożenia.

Przykładem błędów jatrogennych są np. przekazanie pacjentowi nieprzemyślanych informacji wywołujących w nim silny lęk.

Dzielimy je na 3 grupy, z których najbardziej interesowała nas będzie pierwsza:

I. Błędy mające zły wpływ na stan psychiczny pacjenta: przestraszenie, wyszydzenie

II. Błędy mające pośredni lub bezpośredni wpływ negatywny na stan fizyczny pacjenta, np. niepotrzebna operacja

III. Błędy związane z działaniami nie-lekarzy, np. histeryczne reakcje prasowe, które przyczyniają się do wzrostu hipochondryzacji społeczeństwa.

Ze względu na stadium procesu leczenia wyróżniamy następujące błędy jatrogenne:

1. Przekazywanie i odbiór informacji

- brak lub za mało informacji udzielonych pacjentowi
- określenia niezrozumiałe (np. łacińskie)
- zamierzone straszenie pacjenta
- określanie człowieka jako „przypadku”, inne przejawy dehumanizacji
- niedomówienia, niewłaściwa gestykulacja na obchodzie

2. Badanie lekarskie

- lekceważenie potrzeby całościowego podejścia do pacjenta
- duży dystans między lekarzem, a pacjentem
- badanie w obecności innych chorych
- ironiczna wyższość, zawstydzanie

3. Badania dodatkowe

- zbyt dużo uciążliwych badań
- lekceważenie potrzeby psychicznego przygotowania pacjenta do bolesnego badania
- występowanie choroby na skutek sukcesów w leczeniu innej (depresja u leczących się alkoholików)

4. Leczenie

- zabieg bez dostatecznych wskazań
- nie przygotowanie pacjenta
- zły nastrój – chaos, niezrozumienie
- nieuzasadnione stosowanie leków

5. Hospitalizacja

- pionowy układ hierarchiczny w szpitalach
- dychotomia pacjent – lekarz
- zakłócanie czasu snu chorego

6. Inne

- niewłaściwie przeprowadzana popularyzacja wiedzy medycznej

Przyczynami błędów jatrogennych są niektóre parametry osobowościowe konkretnego lekarza: przewaga postawy egocentrycznej, słaba empatia, złe schematy stosunków międzyludzkich, zbyt ni duży dystans między lekarzem a pacjentem, wreszcie czasem zwyczajna niekompetencja.

Możemy ich uniknąć za pomocą internalizacji pożą danych wzorców zachowań, tudzież przekonywaniu młodych lekarzy o doniosłości psychologicznych problemów swoich pacjentów. Errare humanum est, zatem błędów nie wyeliminujemy nigdy, tym niemniej znaczna redukcja ich liczby jest w przyszłości możliwa.

#### Bibliografia

Jarosz M.: Psychologia lekarska. PZWL. W - wa 1978.

Jarosz M.: Elementy psychologii lekarskiej i psychopatologii. PZWL. W-wa 1973.

Thompson I.: Sposoby komunikacji interpersonalnej. Zysk i S-ka. Poznań 1998.

Wallen R. W.: Psychologia kliniczna. Tł. A. Kottas, E. Turska. Red. J. Czapiński. PWN. W-wa 1964.

Salmon P.: Psychologia w medycynie. Tł. M. Gajdzińska. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2002.