



VYTAUTO DIDŽIOJO UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
SOCIOLOGIJOS KATEDRA

Akvilė Šeduikytė

**MEDICINIŠKAI NEPAAIŠKINAMI PSICHOSOMATINĖS KILMĖS
NEGALAVIMAI: PSICHINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ
PATIRTYS**

Magistro baigiamasis darbas

Taikomosios sociologijos studijų programa, valstybinis kodas 621L30005

Sociologijos studijų kryptis

Vadovas (-ė) Prof. Vylius Leonavičius _____
(Moksl. laipsnis, vardas, pavardė) (Parašas) (Data)

Apginta SMF dekanas prof. Algis Krupavičius _____
(Fakulteto/studijų instituto dekanas/direktorius) (Parašas) (Data)

Kaunas, 2017

TURINYS

SANTRAUKA.....	3
SUMMARY.....	4
ĮVADAS.....	5
1. SOCIOLOGINĖ PSICHOSOMATIKOS ISTORIJA (TEORINĖS PERSPEKTYVOS).....	13
1.1. Mediciniškai nepaaiškinamų simptomų (MNS) sąvoka biomedicinoje.....	13
1.2. MNN ir biomedicininio sveikatos modelio santykio formavimasis.....	13
1.3. Simptomų ir diagnozės reikšmė biomedicinos sveikatos modelyje.....	16
1.4. Vaidmenų teorija ir gydytojo – paciento santykis sprendžiant MNN pacientų sveikatos problemas.....	17
1.5. Racionalaus pasirinkimo teorija aiškinant psichinės sveikatos priežiūros specialistų pasirinkimą gydyti MNN.....	20
APIBENDRINIMAS.....	23
2. PSICHOLOGŲ/PSICHIATRŲ, SUSIDURIANČIŲ SU PSICHOSOMATINIUS SUTRIKIMUS PATIRIANČIAIS PACIENTAIS, PATIRČIŲ KOKYBINIO TYRIMO EIGA (KOKYBINIO TYRIMO METODOLOGIJA).....	24
2.1. Skirtingų PSPS grupių patirtys susiduriant su MNN pacientais.....	25
2.2. Psichiatrų patirtys gydant MNN pacientus.....	26
2.3. Psichoterapeutų patirtys susiduriant su MNN pacientais.....	31
2.4. Psichologų patirtys susiduriant su MNN pacientais.....	38
3. PSPS PATIRČIŲ PANAŠUMAS SUSIDURIANT SU MNN PACIENTAIS.....	40
3.1. Diagnozavimas.....	40
3.2. Racionalus gydymo būdo pasirinkimas PSPS požiūriu.....	41
3.3. Problemos, su kuriomis susiduria PSPS.....	42
3.4. MNN pacientų pas PSPS patekimas ir tvarka.....	43
3.5. PSPS kaip pacientų su somatiniais negalavimais patirtys.....	45
DISKUSIJA.....	47
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	49
PRIEDAS NR 1.....	51
PRIEDAS NR 2.....	51

PRIEDAS NR 3.....52

SANTRAUKA

„Mediciniškai nepaaiškinami psichosomatinės kilmės negalavimai: psichinės sveikatos specialistų patirtys”. Darbo vadovas – Dr. profesorius Vylius Leonavičius. Darbo problema – klausimas, kaip skirtingų sričių psichinės sveikatos priežiūros specialistai (PSPS) aiškina mediciniškai nepaaiškinamus negalavimus (MNN), kaip priima MNN pacientus ir su kokiomis kliūtimis ar sunkumais susiduria PSPS, norėdami išspręsti MNN pacientų sveikatos problemas. Taip pat vienas esminių klausimų yra kokie gydytojo – paciento santykiai vyrauja MNN kontekste. Tyrimo objektas – psichinės sveikatos priežiūros specialisto (PSPS) elgsena su MNN patiriančiais pacientais. Tyrimo tikslas – išanalizuoti, kaip psichinės sveikatos priežiūros specialistas (PSPS) elgiasi su MNN patiriančiais pacientais. Darbe atliktas kokybinis tyrimas, pusiau struktūruotas interviu.

Darbe aptariamas biomedicinos sveikatos modelis ir jo kritika, MNN paciento - gydytojo santykis, simptomų ir diagnozės reikšmė biomedicinos sveikatos modelio sistemoje. Darbe yra tiriamas psichinės sveikatos specialistų požiūris į pacientą, sveikatą, MNN gydymą, taip pat tiriamos psichinės sveikatos specialistų patirtys, susiduriant su mediciniškai nepaaiškinamus negalavimus patiriančiais pacientais/klientais. Tyrimas parodė, jog skirtingo tipo psichinės sveikatos specialistų patirtys ir požiūris į MNN, pacientą ir MNN gydymą bei santykį su MNN pacientu skiriasi. Atliktas pusiau struktūruotas interviu. Taikomos racionalaus pasirinkimo ir vaidmenų teorijos, aiškinančios psichinės sveikatos specialistų elgseną su MNN pacientais, sprendžiant MNN paciento sveikatos problemas.

Reikšminiai žodžiai: mediciniškai nepaaiškinami simptomai/negalavimai, psichinės sveikatos priežiūros specialistai, psichosomatika.

SUMMARY

“Medically unexplained psychosomatic symptoms: experience of mental health specialists.“ Work manager - Dc. Proffesor Vylius Leonavičius. Research problem is the question, how different type of mental health professionals explain MUS, how they treat MUS patients, also what problems arise in helping patients and treating MUS. Also one of the main question in this work is a question, what is the relationship between MUS patient and mental health doctor. The research subject is the behavior of mental health specialists with MUS patients. The purpose of work is to analyze how mental health specialists behave with MUS patients. In this work is performed the qualitative research, took 11 semi-structured interviews.

In this work is discussed a critic of a biomedicine model, also is discussed a patient - doctor relationship and a value of diagnoses in a biomedicine health model. The research of mental health care specialists experience showed that different type of mental health care specialists have different view about MUS, patient, body and treatment. In this work was used rational choice theory and roles theory which both explained the behavior of mental health specialists in helping MUS patients.

Keywords: medically unexplained symptoms, mental health professionals/specialists, psychosomatic.

IVADAS

Pastaraisiais metais fizinių simptomų skaičius, kai nerandama jokie patologinio fiziologinio paaiškinimo ar organinės priežasties, nuolat augo. Europoje, įskaitant Lietuvą, vienas iš penkių pacientų skundžiasi tokiais simptomais, kurių paaiškinti mediciniškai nepavyksta, nerandamas apčiuopiamas medicininis pagrindas t.y. mediciniškai šie negalavimai nėra siejami su organine patologija (A. Bartaševičiūtė; 2013). I. Naujokaitė (2010), tyrinėdama mediciniškai nepaaiškinamus simptomus (MNS) pirminės sveikatos priežiūros (PSP) grandyje teigia, jog tokių nepaaiškinamų negalavimų (MNN) PSP įstaigose pasitaiko nuo 20 iki 70 proc. atvejų. Kadangi nėra galimybės mediciniškai paaiškinti šių simptomų kilmės, dažnai diagnozuojamos psichologinės, socialinės, emocinės ar kitos sveikatos problemų priežastys ir pacientai siunčiami/rekomenduojami pas psichinės sveikatos priežiūros specialistus (PSPS).

MNN kaip sąvoka yra labai plati ir apima daug sričių. MNN nagrinėti galima tiek iš pacientų, tiek iš šeimos gydytojų, psichologų, psichiatrų, psichoterapeutų ar kitų specialistų, taip pat šeimos narių ar kitų individų perspektyvos, kurie susiduria su MNN ar asmenimis, jaučiančiais MNN. Taip pat šiuos negalavimus galima tyrinėti skirtingų mokslų srityse. Šiame darbe aš pasirinkau tyrinėti psichinės sveikatos priežiūros specialistus (psichologus, psichiatrus ir psichoterapeutus), kaip vieną iš galimų alternatyvų, kadangi platesniu požiūriu analizuoti MNN nebūtų pavykę dėl laiko, prieinamumo ir kitų įvairių resursų stokos. Daugiausia darbe orientuotasi tirti psichiatrus todėl, jog psichiatrams, skirtingai negu psichologams ar kitų sričių gydytojams, tenka nustatyti galutinę psichikos sutrikimų diagnozę pagal tarptautinę psichikos sutrikimų klasifikaciją. Lyginant su psichologais, psichiatrai skiriasi tuo, jog turi platesnes gydymo galimybes, gali taikyti ne tik psichoterapijas ar konsultavimą, bet ir medikamentus, gydymą vaistais.

Didelį dėmesį skyriau apskritai sveikatos ir sveiko kūno sąvokoms biomedicinos modelio aspektu. Sveikatos suvokimas – kas yra liga ar sveikata – esti skirtingas skirtingose visuomenėse pagal tam tikrus ypatumus. Nors PSO (1948) sveikatos apibrėžimas teigia, jog sveikata yra visiška fizinės, psichinės, socialinės, protinės ir dvasinės gerovės būseną, o ne vien ligos ar negalios nebuvimas ir vadovaujamas psichobiosocialinės sveikatos modeliu, tačiau pirminės sveikatos priežiūros sistemoje Lietuvoje galima pastebėti ir biomedicininio sveikatos modelio apraišką, todėl galima teigti, jog Lietuva yra savitoje perėjimo į psichobiosocialinės sveikatos modelį

būklėje, kur vis dar vadovaujamosi biomedicininio požiūriu, jog biomedicina yra „teisingiausias“ ir „vienintelis“ sveikatos modelis (V. Leonavičius ir kiti; 2007; p.10).

Šiame darbe visą dėmesį skiriu sveikatos sociologijos ir medicinos sociologijos kryptims; Nors abi kryptys yra glaudžiai susijusios ir persipynusios, tačiau *sveikatos sociologijos* sąvoką naudoju „ligos“ ir „sveikatos“ sąvokų nagrinėjimui, orientuojuosi į psichiatrų patirtis susiduriant su MNN besiskundžiančiais pacientais ir šių santykius. Šiame darbe kalbėdama apie organizacinius procesus, institucijas bei jų veiklą naudoju *medicinos sociologijos* sąvoką.

Aktualumas - Mediciniškai nepaaiškinamus negalavimus (MNN) svarbu tirti todėl, jog šių negalavimų grupė atsiskiria nuo šiuolaikinėje visuomenėje taikomos biomedicininės sveikatos sampratos ir sudaro atskirą „ligonių“ grupę, apie kurių negalavimus kalbėti reikia platesnio negu esamas sveikatos ir ligos apibrėžimas modelio, kuriam priklausytų ir šiuo metu pripažintini simptomai kaip MNN (V. Leonavičius ir kiti; 2013). Taip pat svarbu nagrinėti gydytojo – paciento santykį, kadangi MNN „griauna įprastinę modernistinę ligos ir sveikatos sampratą bei komplikuoja paciento (vartotojo) ir mediko sąveiką“ (ten pat; p. 13). Sociologiškai tyrinėti MNN aktualu yra ir todėl, jog tokie negalavimai dažnai keičia individo kasdienybę, santykį su socialine aplinka, kai asmuo dėl nenustatytos diagnozės negali prisiimti sergančiojo vaidmens, o specialisto – psichiatro kaip gydytojo vaidmuo įgauna tam tikrus rėmus. (G. Baltrušaitytė ir kiti; 2013). Kaip teigia I. Naujokaitė (2010), menkos MNS palengvinimo ar pašalinimo prognozės sąlygoja neigiamą medikų požiūrį į tokiais simptomais besiskundžiančius pacientus. MNS pacientai yra laikomi ekonomine našta sveikatos priežiūros sistemai, nes reikalauja ypač didelio kiekio įvairių tyrimų ir sudėtingos diagnostikos, taip pat prastina mediko profesijos įvaizdį.

Tyrimo problema – pirminės sveikatos priežiūros sistemos gydytojai vadovujasi objektyviais ligos įrodymais, griežtai pasikliaudami šiuolaikine vakarų medicina ir sveikatos priežiūros sistema dažnai MNN priskiria prie psichosomatinio pobūdžio sutrikimų. Bendros sveikatos šeimos gydytojai, susidūrę su MNN patiriančiais pacientais dalį jų nukreipia/rekomenduoja pas psichologus ar psichiatrus (K. Barker, 2005). Tad kyla klausimas, kaip skirtingi psichinės sveikatos priežiūros specialistai (PSPS) apibrėžia ir aiškina šiuos negalavimus, kaip elgiasi su MNN pacientais, norėdami išspręsti jų sveikatos problemas, pagal kokius kriterijus PSPS pasirenka tam tikrą gydymo metodą MNN patiriančių pacientų sveikatos problemoms spręsti, su kokiomis kliūtimis ar sunkumais susiduria PSPS, gydydami MNN pacientus bei kaip tokie

pacientai pas juos patenka. Taip pat kyla klausimas, kokie gydytojo – paciento santykiai vyrauja somatiškai nepaaiškinamų negalavimų simptomams tirti ir gydyti, kadangi tiek gydytojas, tiek pacientas atsiduria tam tikruose biomedicininės sveikatos sampratos rėmuose, kuriuose MNN neturi aiškios medicininės kilmės ar paaiškinimo (V. Leonavičius ir kiti; 2013).

Tyrimo objektas – psichinės sveikatos priežiūros specialisto (PSPS) elgsena su MNN patiriančiais pacientais.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti, kaip psichinės sveikatos priežiūros specialistas (PSPS) elgiasi su MNN patiriančiais pacientais.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti, kaip psichinės sveikatos priežiūros specialistai (PSPS) supranta ir apibrėžia MNN.
2. Išnagrinėti psichinės sveikatos priežiūros specialisto (PSPS) ir MNN paciento atsakomybes gydymo proceso metu.
3. Išanalizuoti, kokius MNN pacientų gydymo būdus renkasi psichinės sveikatos priežiūros specialistai (PSPS).
4. Identifikuoti problemas, kurios kyla psichinės sveikatos priežiūros specialistams (PSPS) sprendžiant MNN pacientų sveikatos atvejus.

SAVOKOS/TERMINAI

Psichinės sveikatos priežiūros specialistas (PSPS) – tai gydytojas, turintis psichologo ar psichiatro ir/arba psichoterapeuto studijų išsilavinimą (M. Šablevičius).

Psichiatras – medicinos studijas universitete baigęs asmuo, kuris po bendro medicinos studijų kurso pasirinko tolimesnę psichiatrijos specializaciją. Tai sveikatos specialistas, taip pat baigęs ir bendrąsias medicinos gydytojo studijas (M. Šablevičius, 2012).

Psichologas – psichologijos studijas universitete baigęs asmuo. Panaudodamas specialius testus psichologas tiria įvairius psichikos procesus ir asmenybės bruožus bei konsultuoja iškilus problemoms tarpasmeniniuose santykiuose, šeimoje arba darbe. (M. Šablevičius, 2012).

Psichoterapeutas - tai gydytojas-psichiatras arba psichologas, kuris atitinkamai po medicinos arba psichologijos studijų universitete dar papildomai baigė tam tikro gydymo metodo – psichoterapijos mokymosi programą. Pilnas šios srities specialisto pavadinimas – psichiatras psichoterapeutas arba psichologas psichoterapeutas (M. Šablevičius, 2012).

Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai (arba simptomai) MNN/MNS – tai negalavimai, kurių patologijos mediciniškai nustatyti nepavyksta, pasireiškiantys simptomais, kurie neatitinka biomedicininės logikos, kuo vadovaujasi šiuolaikinė mokslinė medicina (V. Leonavičius; 2001). Dažniausi simptomai yra pykinimas ir vėmimas, pasunkėjęs rijimas, rankų ir kojų skausmas, dusulys, amnezija, nėštumo komplikacijos, mėnesinių sutrikimai ir kt. (G. Daubaras; 2001).

Psichosomatiniai sutrikimai - tai negalavimai, kurių kilmei medicina neturi tinkamo paaiškinimo ir dėl to yra sunku nustatyti tinkamą diagnozę. (Pavyzdžiui įvairaus pobūdžio nepaaiškinamas skausmas, nuovargis, nemiga, silpnumas, neaiškios kilmės alergijos ir kiti somatiniai (fiziniai) sutrikimai.) (G. Daubaras; 2001). Psichosomatiniai sutrikimai pagal TLK-10 yra sutrikimai, kurių šifrai yra F45.0 – F45.9; F54. (LR SAM įsakymas 1999 m. gegužės 27 d. Nr. 256).

Somatoforminis sutrikimas – tai susirgimas, kurio atsiradimui bei eigai svarbūs psichologiniai faktoriai. Jam išsivysčius, pacientas išsako daugybę somatinių (fizinių) skundų, primenančių tam tikras somatines (kūniškas) ligas, tačiau iš tiesų su jomis nesusijusių. Reikalauja pakartotinių tyrimų, nepaisant gydytojo įrodinėjimų, kad simptomai neturi somatinio pagrindo (G. Daubaras;

2001). Somatoforminiai sutrikimai pagal TLK-10 yra sutrikimai, kurių šifrai yra nuo F00 iki F99 (TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas)

Hipochondrija – pernelyg didelis susirūpinimas savo paties sveikata, ligų ieškojimas ar ligų primetimas. Tokio žmogaus neapleidžia baimė, jog jis sunkiai serga arba tuojau susirgs. (R. D. Gillespie, 1968).

Gera psichinė sveikata – galimybė siekti ir įgyvendinti užsibrėžtus tikslus, būti naudingam visuomenei (N. Lapkauskienė, 2004)

Psichikos sveikatos sutrikimas – būseną, kai sutrinka individo organizmo veikla dėl socialinių, genetinių, biologinių, psichologinių, cheminių ar fizinių veiksnių, taip išsivystant įvairiems psichopatologiniams sutrikimams, kurie skirstomi **psichozinius** (kai atitrūkstama nuo realybės, haliucinacijos, (pvz. Šizofrenija)), **neurozinius** (išsivystančius dėl ilgalaikio streso ar nuovargio (pvz. fobijos)), **organinius** (kyla dėl smegenų struktūros ir funkcijų pažeidimų) ir **funkcinius** (jų etiologinė priežastis nenustatyta (N. Lapkauskienė, 2004).

Kognityvinė ir elgesio terapija (KET) - metodas, ypač tinkamas gydyti įvairius nerimo sutrikimus; mokslškai pagrįstas ir įrodytas tikslingas minčių ir elgesio keitimo metodas, kuriuo siekiama pašalinti simptomus ar geriau adaptuotis visuomenėje (E. Černiauskienė ir kiti, 2012).

DARBE VARTOJAMOS SANTRUMPOS

MNN/MNS – mediciniškai nepaaiškinami negalavimai/simptomai;

PSPS – psichinės sveikatos priežiūros specialistai.

LITERATŪROS APŽVALGA

Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai bei jų gydymas yra nagrinėjami tiek Lietuvos, tiek užsienio autorių, dažnai tyrinėjama per medicinos bei psichologijos mokslo prieigas. Kaip teigiama knygoje (S. Minuchin ir kiti; 1978), dar 1689 metais Anglų gydytojas Richard Morton tyrinėjo ir aprašė šiuo metu vadinamos nervinės anoreksijos bei hiperaktyvumo ligų simptomus kaip psichosomatinius negalavimus, gydymą iki XX amžiaus ir vėliau. Elizabeth A. Wilson knygoje (2004) į MNN žvelgia iš psichologijos perspektyvos, aptaria psichologines teorijas, knygoje rašo apie Darvino nervų sistemos aiškinimą, Freud'o melanholinės neurologijos sampratą ir teigia, jog psichosomatinių negalavimų simptomai buvo pastebimi ir tyrinėjami jau ilgą laiką, o psichosomatinių negalavimų samprata iki šių dienų yra smarkiai pakitusi.

Lietuvoje biomedicininio požiūriu apie mediciniškai nepaaiškinamus negalavimus ir sergančiųjų santykį su psichinės sveikatos priežiūros specialistais aptaria N. Voronaja (2010). Autorė tyrinėja pirminę psichinės sveikatos priežiūros Lietuvoje situaciją bei prieinamumą prie PSPP ir teigia, jog tam tikrų teritorijų psichinės sveikatos sutrikimus turintys gyventojai neturi reikiamo prieinamumo prie psichinės sveikatos priežiūros gydytojų.

Mokslinio straipsnio autorius M. Rosendal (2004), nagrinėja mediciniškai nepaaiškinamų simptomų vietą šiuolaikinėje postmodernioje visuomenėje ir pritaria idėjai, jog pacientai, jaučiantys MNN, netelpa į egzistuojančio biomedicininio modelio rėmus, bei išskiria tris tarpusavyje susijusius elementus, kuriuos autorių nuomone reikia tyrinėti – tai MNN diagnozavimą, MNN specifinį gydymą ir gydymo metodus, bei gydytojo – paciento santykius. Visus šiuos aspektus aptariu ir šiame darbe. Gydytojo – paciento santykius bei MNN socialiniame kontekste taip pat nagrinėja L. A. Page (2003) kuris savo darbe teigia, jog gydytojai ir pacientai dažnai turi skirtingus požiūrius į MNN. MNN patiriančius asmenis šio straipsnio tyrėjai laiko kaip svarbią ir sveikatos priežiūros sistemai brangiai kainuojančią grupę, dėl kurios gydytojai, neturėdami vienareikšmių ir aiškių gydymo metodų, rizikuoja ir gali MNN jaučiantiems pacientams ne tik padėti, bet ir sukelti fizinę žalą. Taip pat autoriai remiasi kitais atliktais moksliniais tyrimais, pateikia įvairias statistikas. Socialinių mokslų perspektyvoje MNN gydymo metodai, MNN sąvoka aiškinama ir nagrinėjama skirtingo amžiaus, lyties, kultūros aspektais straipsnyje „Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress“ (F. Creed ir kiti; 2011). Nuo 1995 iki 2008 laikotarpyje buvo atlikti septyni skirtingi tyrimai, apklausti 18 894

skirtingo amžiaus ir lyties respondentai iš Vokietijos, Danijos, Norvegijos, JAV ir dar šešių Europos valstybių. Tyrėjai nustatė, jog psichosomatinius sutrikimus dažniau jaučia moterys, negu vyrai, taip pat įtvirtino prielaidą, jog MNN dažniau patiria asmenys, anksčiau patyrę įvairius skaudžius išgyvenimus ar emocinius sukrėtimus.

Lietuvoje sociologijos mokslo sferoje MNN plačiausiai nagrinėja Vytauto Didžiojo universiteto ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto atstovai (Vylius Leonavičius ir kiti, 2013; Gediminas Raila ir kiti, 2013; Ingrida Naujokitė ir kiti, 2013; Giedrė Baltrušaitytė ir kiti, 2013). Tyrėjai MNN nagrinėja socialinių teorijų požiūriu, domisi šių simptomų, kaip ligų, klasifikacija šiuolaikinėje visuomenėje pirminės sveikatos priežiūros sistemoje bei tiria šeimos gydytojų patirtis pirminėje sveikatos priežiūros sistemoje, susiduriant su MNN besiskundžiančiais pacientais.

Taip pat straipsniuose yra tyrinėjami ne tik MNN sąvokos, o taip pat ir „ligos“ samprata. A. Wikman, S. Marklund ir K. Alexanderson (2005) atliko tyrimą apie nedarbingumą turinčius švedus ir tai, kaip nedarbingumą turintys asmenys supranta sąvokas „illness“, „disease“ ir „sickness“. „Illness“ dažniausiai apibrėžiama kaip sutrikimas, su kuriuos identifikuoja pati žmogus. Dažniausiai informantai teigė, kad tai susiję su fiziniais ar psichologiniais sutrikimais ir dažniausiai ši sąvoka suprantama kaip laikinas ar minimalus sutrikimas, vis tik kaip ribojantis galimybes normaliam ir pilnaverčiame gyvenime. Dėl to „illness“ suvokiama kaip platesnė sąvoka. „Disease“ sąvoka dažniausiai yra siejama su priskiriama su specialisto diagnoze. Specialistu čia įvardijamas psichiatras ir medicinos ekspertas. Idealiausiu atveju yra laikoma, kad ši sąvoka įtraukia specifinę diagnozę remdamasi standartizuota ir sistematizuota medicinos ligos kodų sistema. Tai reiškia, kad „disease“ dažniausiai turi žinomus gydymo būdus, procedūras bei vaistus. „Sickness“ yra siejama su skirtingais socialiniais fenomenais, kaip pavyzdžiui, socialine sergančiojo role.

Straipsnyje „Patient activism and the struggle for diagnosis: GulfWar illnesses and other medically unexplained physical symptoms in the US“ (2004), tyrėjai sociologiškai aiškino diagnozavimo reikšmę biomedicinos mokslo sferoje ir mediciniškai nepaaiškinamų negalavimų diagnozavimo problemas. Tyrėjai teigė, jog diagnozavimas suteikia rėmus, kurie negalavimus ir įvairius simptomus paverčia teisėtai įregistruota „liga“ ir taip yra įgaunama ligonio teisė į gydymą ir tyrimus.

S. Zavestoskia ir kiti autoriai (2004) straipsnyje „Patient activism and the struggle for diagnosis: GulfWar illnesses and other medically unexplained physical symptoms in the US“ tyrinėja keturias skirtingas mediciniškai nepaaiškinamas ligų formas (GulfWar illness (GWIs); Chronic fatigue syndrome (CFS), Fibromyalgia (MCS); Multiple chemical sensitivity (FM)) ir padaro išvadą, jog visos tyrinėtos ligos nėra atskiros, o priklauso vienai, naujai klasei – mediciniškai nepaaiškinamiems simptomams (Medical unexplained psychical Symptoms (MUPS)). Taip pat straipsnyje kalbama apie diagnozės svarbą pacientui.

Kitas tyrimas, kurį atliko 1995 metais tyrėjų grupė, buvo tyrimas, kuriame buvo tirta kognityvinio elgesio terapijos įtaka mediciniškai nepaaiškinamus negalavimus jaučiantiems pacientams ir MNS pacientų sveikimo procesui (A/ E. Speckens, 1995). Viso tyrime dalyvavo 79 dalyviai, iš jų 39 priklausantys intervencinei grupei ir 40 priklausantys kontrolinei grupei. Pirmajai grupei buvo suteikta nuo 6 iki 16 kognityvinės elgesio terapijos sesijų, kontrolinei grupei tokios terapijos nebuvo taikomos. Tyrėjai padarė išvadą, jog kognityvinė elgesio terapija galėtų būti vienas veiksmingiausių gydymų bendrosios medicinos pacientams, jaučiantiems MNS.

Dar vienas tyrimas yra aprašytas moksliniame darbe „Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion.“ (R. Peveler, 1997). Tyrimas buvo atliktas siekiant įvertinti mediciniškai nepaaiškinamų fizinių simptomų pripažinimą bendrosios praktikos kontekste ir, naudojant tam tikras klausimyno formas, pateikė jas užpildyti visiems pacientams. Iš visų užpildytų klausimynų, 19 procentų atvejų gydytojai nustatė nepaaiškinamus fizinius simptomus, kaip pagrindines klinikinės problemas. Dar 35% pacientų buvo įvertinti kaip taip pat turintys nepaaiškinamų fizinių simptomų, iš kurių 5% buvo su tikėtiniais somatizacinio sutrikimo atvejais. Devyni procentai dalyvavusių pacientų išreškė jaučiantys didelį nerimą dėl savo sveikatos. Dvidešimt procentų pildžiusiųjų anketas buvo įvertinti gydytojų kaip turintys nuotaikos sutrikimų, iš kurių pusę nebuvo registruoti medicininiuose įrašuose, tačiau paminėti tyrime.

1. TEORINĖS PERSPEKTYVOS

1.1. Mediciniškai nepaaiškinamų simptomų (MNS) sąvoka biomedicinoje

Mediciniškai nepaaiškinamų negalavimų / mediciniškai nepaaiškinamų simptomų sąvokas (plačiau skyrelyje „SĄVOKOS“) šiame darbe naudoju kaip alternatyvias, nes jos abi apibūdina fizinius (somatinius) simptomus, kurių kilmės paaiškinti pirminės sveikatos priežiūros specialistams nepavyksta arba ji yra ne somatinė. MNN sąvoka biomedicinoje nėra vartojama, šiam terminui priskiriamos tam tikros kitos medicininės sąvokos ir terminai. Tokie simptomai, kuriuos šiame darbe apibūdinu kaip mediciniškai nepaaiškinamus, biomedicinoje yra vadinami psichosomatiniais, somatoforminiais arba psichogeniniais sutrikimais, todėl įvedu ir šias sąvokas, tačiau visos šios sąvokos yra panašios ir apibūdina tuos pačius ar panašius negalavimus. Nors tyrime naudoju psichosomatikos sąvoką, interviu metu informantai įvedė ir kitas panašaus pobūdžio sąvokas; Somatoforminiai sutrikimai, pagal LLK ligų klasifikaciją, yra tie, kurie pasireiškia įvairiais ilgai trunkančiais somatiniais simptomais, dažniausiai skausmais, pykinimu, silpnumu ir kitais, bet nerandama jokio somatinio pagrindo net atlikus visus šiuo metu įmanomus diagnostinius tyrimus. Psichosomatiniai sutrikimai – tai ligos, kai nustatoma akivaizdžių funkcinų ar organinių vidaus organų pokyčių, bet sutrikimams prasidėti svarbios įtakos turi psichologiniai veiksniai. Dažnai terminai „somatoforminis“ ir „psichosomatinis“ vartojami kaip sinonimai, nors tai nėra tikslu, PSPS kalbėdami apie šiuos sutrikimus, juos išskiria. Prie MNN taip pat yra priskiriami ir daugelis kitų psichikos ir elgesio sutrikimų, iš jų TLK-10-AM sąrašui priklausantys fantominiai skausmai, somaticaziniai simptomai, psichogeniniai sutrikimai, šizofrenija, hipochondrija, nuotaikos sutrikimai, elgesio sindromai ir kiti sutrikimai, priklausantys psichikos ir elgesio sutrikimams F00 – F99 (TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas).

1.2. MNN ir biomedicininio sveikatos modelio santykio formavimasis

Šiuo metu yra teigiama, jog psichosomatiniai susirgimai egzistuoja ne tik šiuolaikinėse išsivysčiusiose šalyse ir civilizacijose, tačiau apima ir primityvias gentis. Stebint primityvių visuomenių ar genčių elgseną su psichosomatiniais negalavimus patiriančiais asmenimis, galima numanyti, jog žmonės panašiai elgdavosi ir senovėje (A. Dembinskas; 2003). Psichosomatika kaip fenomenas turi gilią istoriją. Psichosomatikos tyrinėjimų vystymasis yra glaudžiai susijęs su

biomedicininio modelio įsivyravimu sveikatos priežiūros sistemoje. Kaip teigia A. Giddensas (A. Giddens; 2005), „mokslo taikymas ligoms diagnozuoti ir gydyti buvo pagrindinis modernių sveikatos apsaugos sistemų bruožas“ (p. 155). Autorius apibūdina ir ligos sampratą biomedicininio požiūrio aspektu. Teigiama, jog liga yra nustatoma tam tikrų simptomų pagalba, o kūnas ir dvasia (protas) atskiriami, susikoncentruojama ties individo kūnu ir fiziologiniais kūno simptomais. Biomedicininio požiūrio modeliu kūnas yra atsietas ne tik nuo dvasios, bet ir nuo kitų veiksnių, lemiančių individo savijautą (ten pat). 1922 m. psichosomatikos terminas buvo išplėstas; atsirado nauja medicinos sritis – psichosomatinė medicina (Respublikinė konferencija, 2003). Psichosomatinė medicina, kaip teigia Dembinskas (2003) yra mokslo tyrimų sritis, nagrinėjanti psichologinių veiksnių santykį su fiziologiniais fenomenais ar su konkrečios ligos patogenezė.

Biomedicininis sveikatos modelis pradėjo formuotis nuo XVI a., kai buvo pradėti pirmieji skrodimai ir pradėtas analizuoti žmogaus kūnas, kas iki to laiko Vakarų visuomenėje nebuvo priimtina, žmogaus kūnas buvo suprantamas kaip Dievo kūrinys, kurio nedera liesti (G. Baltrušaitytė, 2003), o ligos buvo laikytos Dievo bausme (A. Dembinskas; 2003). Šie socialiniai pokyčiai, o taip pat ir Vakarų šalių urbanizacija bei industrializacija lėmė modernaus medicinos mokslo formavimąsi, kurio rezultatas yra tai, jog žmogaus kūnas, organai ir fiziologija tapo pagrindiniu biomedicinos objektu, ilgą laiką atmetant socialinių faktorių poveikį kūnui ir sveikatai. Pacientas iš namų aplinkos perkeliamas į medicines įstaigas ir socialines institucijas, kur žmogaus sveikata ir ligos yra medikalizuojamos, o žmogaus elgesys kontroliuojamas (G. Baltrušaitytė, 2003).

Dominuojant biomedicininiui sveikatos modeliui, formavosi ir tam tikras gydytojo paciento santykis, kai pacientas buvo laikomas pasyviu, neišmanančiu objektu, turintis kūną, kurį reikia gydyti, o gydytojas laikomas savo srities „ekspertu“ (A. Giddens; 2005). Biomedicininio požiūrio modelio idėjos yra taikomas iki šių dienų. Nors ligos ir paciento samprata yra pakitusi, šiuolaikinė sveikatos priežiūros sistema dažnai taiko biomedicininio požiūrio elementus, gydytojai dažnai ieško simptomų ir somatinės priežasties, kad paaiškintų ligos kilmę ir pritaikytų biomedicininį gydymą. Taip psichosomatiniai negalavimai tampa medikalizuojami, jiems nustatyti pasitelkiamos įvairios technologijos. Kaip teigia I. Naujokaitė, „medicinos studijų metu

būsimieji medikai yra mokomi nustatyti tikslas diagnozes. Tikslī diagnozė moderniojoje medicinoje yra sėkmingo gydymo pagrīdas” (I. Naujokaitė ir kiti; 2013; p. 133).

Ryškiausiai įžvelgiami požiūrio į psichosomatinio pobūdžio ligas pokyčiai aptinkami XVII-XVIII ir ypač XIX amžiuje, kai šio amžiaus pabaigoje tvirtai įsigalėjo mokslinis požiūris ne tik į psichosomatiką, bet ir į atskiras psichikos ligas (A. Dembinskas; 2003). Daugelis simptomų buvo priskiriami sindromams ar ligoms. Pavyzdžiui, prislėgtumas, depresija, anoreksija bei kiti panašūs negalavimai dažniausiai buvo gydomi tam tikrais medikamentais, nepaisant negalavimų kilmės ir tikimybės, jog vaistai padės ar nepadės susidoroti su negalavimais ir juos išgydyti (E. Shorter; 1993). Pasak E. Shorter, XVIII amžiaus gydytojai, pasikliaudami įvairiais simptomais, stengėsi nustatyti ligą, ją įvardyti, kad galėtų paskirti tam tikrą „veiksmingą“/ „tinkamą“ gydymą, tačiau psichosomatinų simptomų gausa (angl. *the symptom pool*) ir jų naujumas privertė gydytojus formuoti naujas ligas, t.y. kurti ligų pavadinimus, įvardyti ir nustatyti „ligą“ (E. Shorter; 1993). Tokie negalavimai, kurių atsiradimas šiuo metu aiškinamas kaip socialinių, ekonominių ir kitų veiksnių padarinys, iki XIX a. pabaigos gydytojai laikė fiziologinės somatinės kilmės sutrikimais ir netgi tam tikrus sutrikimus ar charakterio bruožus laikė susijusiais su tam tikrais žmogaus vidaus organais, pavyzdžiui teigė, jog „depresiją sukelia melancholiškas temperamentas, susijęs su juoda tulžimi, manija sukialinama choleriško temperamento, susijusi su geltona tulžimi, psichozė (vok. Narrheit), sukeliamą sangviniško temperamento, susijusio su krauju, ir demencija, kuria susergama esant flegmatiško temperamento ar būdo, susiję su skrepliais ar gleivėmis. Psichinių ligų gydymas buvo nukreiptas į vidaus organus, kurie buvo atsakingi dėl vidinių žmogaus skysčių harmonijos ar balanso ir skysčių poveikio smegenims" (p. 15): (angl.: „...Depression was caused by the melancholy temperament (once associated with the humor black bile), mania by the choleric temperament (yellow bile), psychosis (Narrheit) by the sanguine temperament (blood), and dementia by the phlegmatic temperament (phlegm). Treatment of mental illness could therefore be aimed at the internal organs, which were responsible for the humoral balance acting upon the brain.“ (E. Shorter; 1993; p.15)

Pradėjus tyrinėti žmogaus centrinę nervų sistemą ir aplinkos poveikį asmens savijautai ir sveikatai, iki XX a. antros pusės įsivyravo naujas požiūris tiek į žmogaus sveikatą, tiek į psichosomatinus sutrikimus (E. Shorter; 1993). Atskirai pradėta domėtis psichikos sveikata, išskirti ne tik

biologiniai, bet ir socialiniai bei psichologiniai veiksniai, lemiantys individo ir visuomenės psichikos sveikatą (D. Bierontienė ir kiti; 2008).

Šiuo metu biomedicininio sveikatos modelio atstovai kaip MNN yra pripažinę ir hipochondrijos sindromą. Biomedicininiame modelyje hipochondrijos sutrikimas yra laikomas kaip psichosomatinis sutrikimas, kai fiziškai sveikiems žmonėms pasireiškia vidiniai konfliktai ir baimė susirgti pasireiškia pasikartojančių minčių apie ligas forma. Asmuo tampa įsitikinęs, kad sunkiai serga, nepriklausomai nuo to, jog gydytojai tyrimų pagalba nustato, jog ligos nėra (Baur, 1989). Kaip teigiama (Baur, 1989), yra kelios hipochondrijos sutrikimus patiriančių asmenų rūšys: vieni jaučia baimę dėl apskritai bet kokių ligų atsiradimo ir priskiria sau daugumą tyčia ar netyčia sužinotų ar išgirstų ligų simptomų ir nuolat kreipiasi į skirtingus specialistus dėl ligos diagnozavimo; kitų hipochondriniai sutrikimai pasireiškia tuo, jog asmenys tiki, kad serga konkrečia liga ir kreipiasi į gydytojus, kad šie patvirtintų tam tikrą asmens ligą; dar kiti atsisako eiti pas gydytojus, nes yra įsitikinę, kad jų liga – neišgydoma (Baur, 1989). Taip pat biomedicinos sveikatos modelio aspektu, MNN yra laikomi ir tokie fenomenai kaip placebo ar nocebo efektas.

1.3. Simptomų ir diagnozės reikšmė biomedicinos sveikatos modelyje

Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai arba simptomai verčia giliau ištyrinėti apskritai simptomų reikšmę ir jų svarbą medicinos moksluose. Pasak Foucault (1973) medicinos moksluose pati simptomo sąvoka kaip fenomenas XIX amžiuje įgavo tam tikrą vaidmenį. Nors simptomas yra subjektyvus paciento savijautos aiškinimas, Foucault aiškina, jog tam tikra simptomų konfiguracija ir išdėstymas, kuriuos, pacientui papasakojant, gydytojai surašydavo paciento istorijoje, tapo informacija, pagal kurią, gydytojų susitarimu, buvo įvardytos ligos. Simptomai turėjo nurodyti, kokia liga serga pacientas. Gydytojai, matydami simptomų variaciją, galėjo diagnozuoti ligą, skirti diagnozę, kuri būdavo taikoma bendrai panašius ar tuos pačius simptomus jaučiantiems pacientams (Foucault, 1973) Diagnozė yra susijusi su medicinos autoritetu to meto (ir šių dienų) visuomenėje. Foucault kalba apie galią, kuri veikia per tam tikras normas, kurias dėsto ir kelia pati medicina, kuri tapo stipria šių laikų socialine organizacija, diktuojančia sveikatos normas ir reguliuojančia žmonių elgesį (ten pat). Foucault išskyrė dvi medicinos mokslo kryptis, sąlygojančias visuomenės kontrolę. Pirmiausia jis kalba apie ligų klasifikavimą ir diagnozavimą,

bei ligų gydymą, kas privertė žmogaus kūną, fiziologiją tapti medicinos stebėjimo objektu, kas paskatino atskirti protą ir kūną, įsivyravo dvasios ir kūno dualizmas. Medicinos mokslo autoritetas, tam tikros klinikos ir kitos socialinės organizacijos įgavo tam tikrą galią ir kontrolę, kuriai pacientai privalėjo paklusti. Antroji medicinos kryptis buvo orientuota į ligų prevenciją, kuri per įstatymus reguliavo individų kasdienį gyvenimą, higieną, valgymo, atliekų tvarkymo standartus. Kitaip tariant, visuomenės sveikata ir net tam tikrais atvejais gyvenimo būdas/stilius, bei privačios gyventojų sferos buvo pradėtos reguliuoti medicinos atstovų, gydytojų autoriteto ir politinės galios (Foucault; 1973).

Dar viena svarbi sąlyga, kurios laikosi biomedicininio modelio atstovai, yra tai, jog norint pacientui skirti diagnozę, reikia rasti biologinę ligos priežastį. Dvi svarbios biomedicininio sveikatos modelio prielaidos yra ieškojimas biologinės ligos priežasties ir tikėjimas, kad liga yra sukeliama gamtiškos priežasties, specifinio ligos sukėlėjo (Baltrušaitytė, G. 2007). Šiems tikslams įgyvendinti yra pasitelkiamos ir vystomos įvairios technologijos (ten pat). Taigi, galime daryti išvadą, jog simptomai, diagnozė, gydymas ir prevencija medicinai leidžia aktyviai reguliuoti žmonių elgseną, susijusia su sveikata. MNN neatitinka šių dviejų pagrindinių biomedicinos mokslų prielaidos; tradicinė Vakarų medicina, kuri vadovaujasi biomedicininio modeliu, negali nustatyti tikslios diagnozės ir paaiškinti MNN kilmės, todėl galima teigti, jog „MNN griaua įprastinę modernistinę ligos ir sveikatos sampratą bei komplikuoja paciento (vartotojo) ir mediko sąveiką“ (V. Leonavičius ir kiti; 2013; p.13).

1.4. Vaidmenų teorija ir gydytojo - paciento santykis sprendžiant MNN pacientų sveikatos problemas

Pirmiausiai aptarkime, kokią apskritai reikšmę turi gydytojo ir paciento vaidmuo modernioje visuomenėje. Kaip teigia P. Bergeris, vaidmuo yra tipiška reakcija ar elgesys į tipišką veiksma ar situaciją. „Vaidmuo pateikia šablona, pagal kurį žmogus turi veikti konkrečioje situacijoje <...>. Vaidmuo apima tam tikrą veiksma, emocijas ir nuostatas, kurios susijusios su ta veikla“ (Bergeris, 1995, 97). Parsonso teigimu (ten pat), gydytojo – paciento santykis ir gydytojo – sergančiojo vaidmenų pasiskirstymas yra reikalingas sveikos visuomenės palaikymui. Taigi tradiciniame biomediciniame modelyje tiek gydytojas, tiek pacientas prisiima tam tikrą

vaidmenį ir tam tikras atsakomybes. Pirmiausia aptarkime paciento vaidmenį. Kaip teigia Parsonsas (Bergeris, 1995) susirgęs žmogus, nepaisant visų socialinių vaidmenų iki susirgimo, prisiima ligonio vaidmenį. Liga, pasak jo, yra sveiko elgesio ir sveikatos normos deviacija, kai žmogus, jausdamas tam tikrus negalavimus, negali atlikti įprastinių socialinių normų, taip trikdydamas socialinę tvarką visuomenėje. Autorius plačiai nagrinėja sergančiojo asmens vaidmenį ir teigia, jog sergantis asmuo įgauna tam tikrų privilegijų, pavyzdžiui, pasak T. Parsonso, sergantis nėra pakaltinamas dėl susirgimo, nes liga nepriklausomas nuo asmens faktorių, taip pat sergantis yra atleidžiamas nuo įprastų socialinių pareigų ir vaidmenų, kuriuos užima prieš susergant; tačiau tuo pat metu sergantis įgauna ir tam tikrų įpareigojimų, tokių kaip medicininės pagalbos siekis, gydytojo nurodymų klausymas ir pastangos pasveikti. Taigi gydytojas ir pacientas tarpusavyje yra funkciškai susiję: gydytojas yra įpareigotas gydyti pacientą, o ligonis privalo paklusti gydytojui, klausyti jo nurodymų ir stengtis pasveikti. Šie santykiai plačiai naudojami biomedicinos modelyje ir yra paremti gydytojo galia prieš pacientą, t.y. gydytojas ir pacientas nėra lygūs, pacientas paklūsta gydytojui, kuris dominuoja ir yra profesionalas (G. Baltrušaitytė, 2003).

Kaip teigiama VDU vadovėlyje (V. Leonavičius ir kiti; 2007), yra išskiriami keli klasikiniai gydytojo – paciento santykių modeliai, kaip aktyvaus gydytojo ir pasyvaus paciento santykių modelis, gydytojo vadovavimo ir paciento bendradarbiavimo modelis, bei abipusio dalyvavimo modelis. Pirmasis modelis apibūdina „tėvų – vaikų“ santykio modelį ir yra dažniausiai taikomas tuomet, kai pacientas yra fiziškai bejėgis, o gydytojas įgauna galią spręsti už pacientą. Toks gydytojo – paciento modelis būdingas ankstyvajam moderniosios industrinės visuomenės raidos laikotarpiui, arba kaip pacientas yra be sąmonės ir negali būti atsakingas už savo veiksmus gydymo procedūroje, t.y. kai gydytojas turi didelę galią ir pacientas yra visiškai priklausomas nuo gydytojo. Kitas, gydytojo vadovavimo ir paciento bendradarbiavimo santykių modelis, kitaip vadinamas „tėvų – paauglio“ santykio modeliu, apibrėžia tokius gydytojo – paciento santykius, kai gydytojas didžiąja dalimi atsakingas už pacientą ir visuomet priima galutinį sprendimą, tačiau pacientui šiame santykių modelyje suteikiama tam tikra galia bendradarbiauti, klausyti ir atlikti ar įgyvendinti pačiam gydytojo skirtas užduotis/gydymą ar gydymo modelius. Šiam atvejui gali priklausyti sunkūs ligoniai ar ligoniai, kurie gydymo metu gauna iš gydytojo reikiamą informaciją gydymo procesui ir, norėdami pasveikti, privalo klausyti. Trečiasis santykių modelis apibūdinamas kaip „suaugusiojo – suaugusiojo“ vaidmuo, kai tiek gydytojas, tiek

pacientas yra atsakingas už paciento sveikatą ar išgijimą. Toks modelis dažnai taikomas lėtinių ligų atveju, kai pacientas pats turi gyventi kasdienį gyvenimą, tačiau priimti įvairius sveikatą lemiančius sprendimus kartu su gydytoju. Gydytojas negali kontroliuoti paciento, neturi teisės keisti paciento gyvenimo ir kontroliuoti kasdienio gyvenimo elgesio. Šiame santykių modelyje abu – tiek pacientas, tiek gydytojas, yra lygiaverčiai partneriai – sąjungininkai paciento sveikatos siekimo siekyje. (V. Leonavičius, 2007) Taigi galime matyti, jog šie trys tipai yra skirtingi, atsižvelgiant į tai, kiek galios turi pacientas ir kiek galios gydymo procese turi gydytojas. Atsakomybės svarba ir galios turėjimas/neturėjimas nulemia, kokie yra gydytojo – paciento santykiai, o tai labai svarbu norint suprasti gydytojų pasirinkimą, kaip gydyti MNN pacientus, siekiant gerinti jų sveikatos būklę.

Kalbant apie PSPS ir šių pacientų santykius, sprendžiant MNN, labiausiai atitinka abipusio dalyvavimo modelio santykiai tuo atveju, kai MNN gydyti PSPS pasirenka psichoterapiją kaip gydymo būdą. „Psichoterapijos metu psichoterapeutas ir pacientas sėdi šalia vienas kito, ir tarp jų vyksta pokalbis arba laisva diskusija. Iš esmės tai yra bendravimas pokalbio pagalba“ (Vilniaus psichoterapijos centras, 2007). Galima manyti, jog tiek PSPS, tiek pacientas bendrauja vienas su kitu, abu dalyvauja gydymo procese ir yra priklausomi vienas nuo kito. Šiuo atveju gydytojo – paciento santykiuose didelę svarbą įgauna gydytojo ir paciento (socialinis) vaidmuo. Pasak G. Gudaitės (2009), nepriklausomai nuo laikmečio ir psichoterapinės krypties, „psichoterapeuto ir kliento santykiai visada yra traktuojami kaip pagrindinis terapinis veiksnys ir pastaruoju metu vis daugiau akcentuojama psichoterapinio santykio tyrinėjimo svarba“ (p.15). Taigi, galima manyti, jog PSPS ir paciento santykiai gydymo metu yra vienas iš svarbiausių veiksnių, lemiančių MNN gydymo kokybę. Šiuolaikinėje klinikinėje psichologijoje jau kurį laiką yra plėtojami psichoterapijos tyrimai, kurių viena iš pagrindinių užduočių yra įvertinti psichoterapijos efektyvumą ir jį lemiančius veiksnius (G. Gudaitė; 2009). Kaip teigia G. Baltrušaitytė (2007), paternalistinis gydytojo – paciento santykis pastaraisiais dešimtmečiais yra dažnai kritikuojamas ir siekiama rasti geresnį pacientų lūkesčius atitinkantį modelį. Dr. R. Viliūnienė (2014) išskiria biologinio gydymo ir psichoterapijos gydymo proceso metu esančius paciento – gydytojo santykių skirtumus. R. Viliūnienė nurodo, jog gydytojas gydymo metu yra ekspertas – vedlys, kuris remiasi išorine realybe – simptomais, o psichiatras yra anonimas – pakeleivis, remiasi vidine realybe – priežasčių rekonstrukcija. Pirmuoju atveju gydytojas žino, ko ieško ir žino, ką randa, taip pacientą

palieka pasyvų, o psichoterapeutas apie paciento sveikatos būklę sužino būdamas santykiyje, taip pat daug gydymo atsakomybės perleisdamas pačiam pacientui (R. Viliūnienė, 2014).

1.5. Racionalaus pasirinkimo teorija aiškinant psichinės sveikatos priežiūros specialistų pasirinkimą gydyti MNN

Kalbant apie psichologų/psichiatrų/psichoterapeutų elgseną susiduriant su MNN jaučiančiais pacientais galime taikyti racionalaus pasirinkimo teoriją (RPT), kuri galėtų paaiškinti, kaip tam tikri PSPS sprendimai yra racionaliai pasirenkami bandant spręsti MNN patiriančių pacientų sveikatos problemas, kokios yra PSPS galimybės ir apribojimai. Trumpai pristatant racionalaus pasirinkimo teoriją, norėčiau pabrėžti, jog šios teorijos pagrindinė idėja yra tai, jog žmogus konkrečioje situacijoje daro tai, kas toje situacijoje jam atrodo geriausia tam, kad maksimaliai panaudotų savo ribotus išteklius norimų tikslų pasiekimui (Z. Norkus ir kiti, 2005). Racionalaus pasirinkimo teorija žmogaus individualų elgesį aiškina pasitelkdama schemą, kuomet individas iš pradžių svarsto visas virtualias pasirinkimo alternatyvas, tačiau, pereidamas per atitinkamus filtrus, atmeta pirmiausiai visus išorinius galimų pasirinkimų variantus, o vėliau, atsižvelgdamas į vidinius apribojimus ar nuostatas, taip pasirenka vieną variantą, priima galutinį sprendimą (ten pat). Šiuo atveju norėčiau aptarti, kokie apribojimai ir nuostatos gali būti būdingos PSPS, susiduriantiems su MNN patiriančiais pacientais.

Visų pirma, aptarkime išorinius veiksnius, kurie galėtų lemti PSPS pasirinkimą. Aptarkime, kokias galimybes gydymui turi psichiatrai ir psichoterapeutai. Pirmiausia, reikia pabrėžti, kad psichiatrai gydo psichikos sutrikimus, o MNN išsiskiria tuo, jog pasireiškia somatiniais sutrikimais, kurie fiziškai nėra apčiuopiami ir jų kilmė mediciniškai nėra paaiškinama. Šių simptomų gydymas taip pat nėra aiškus ir negali būti tikslus. Kaip teigiama mokomojoje psichinės sveikatos priežiūros studentams skirtoje knygoje (N. Lapkauskienė, 2004), psichikos sveikatos sutrikimų gydymui ankstesniais dešimtmečiais buvo skiriamas didelis dėmesys medikamentiniui gydymui, tačiau šiuo metu skatinamas kombinuotas gydymas, įtraukiant psichoterapinį bei reabilitacinį gydymus. Siūloma visus reabilitacinius metodus (reabilitacija vadinamos visos priemonės, skirtos sumažinti paciento negalią, atgauti psichines ir fizines negalias bei adaptuotis bendruomenėje) taikyti vienu metu. Išskiriamos kelios reabilitacijos priemonės:

medicininė – gydymas vaistais, slauga, psichoterapinis gydymas ir kitoks gydymas, skirtas atgauti fizines jėgas; darbinė rehabilitacija – gydymas įvairiomis terapijomis (meno, muzikos ir kitos), kurios galėtų sugrąžinti paciento darbingumą; ir socialinė rehabilitacija – tai tampa nebe gydymu, o pagalba pacientui, kuriant ar atkuriant santykius šeimoje ir visuomenėje, socialinių ryšių ir savarankiškumo įgyjimo pagalba. Toliau specialistams yra pateikiami dviejų rūšių metodai: biologinė terapija ir psichoterapinis gydymas. Biologinei terapijai priklauso tokie gydymo būdai kaip psichofarmakoterapija, elektroimpulsinė terapija (EIT), šviesos terapija, transkraninė magnetinė terapija; psichoterapiniam gydymui yra priskiriama psichodinaminė, kognityvinė, elgesio, individuali, grupinė, šeimos ir įtaigos terapijos. Specialistams patariama taikyti kombinuotą gydymą, ūminiu periodu skirti medikamentus, palaikyti ryšį ir tam tikrus santykius ne tik su pacientu, bet ir jo artimaisiais, paaiškinti esamą situaciją. Medikamentų vartojimas taip pat yra ribojamas. Psichofarmakoterapijos taikymas (gydymas psichotropiniais vaistais) esant skirtingiems simptomams, esti skirtingas, priklausomai nuo paciento negalavimų ar simptomų. Antipsichoziniai vaistai yra taikomi slopinant haliucinacijas, kliesdusius ir agresiją; antidepresantai (psichotropiniai vaistai, nuo kurių nepriprantama) skiriami vartoti depresijai gydyti, esant miego sutrikimams, nerimui, fobijoms malšinti; trunkviliantai, arba raminamieji vaistai, nuo kurių gali išsivystyti psichinė ir fizinė priklausomybė, mažina baimę, įtampą, gerina miego kokybę, atpalaiduoja raumenis ir slopina traukulius; normotimikai, skiriami nuotaikai stabilizuoti; ir nootropai, skiriami skatinti metabolinius smegenų procesus, atminčiai gerinti, dėmesiui koncentruoti.

Taigi, kalbant apie psichiatrų pasirinkimo gydyti psichosomatinius sutrikimus išorinius apribojimus, pirmiausia derėtų paminėti tai, jog specialistai tam tikriems gydymo būdams turi turėti tam tikrą išsilavinimą. Pavyzdžiui, psichiatras gali konsultuoti psichosomatinių sutrikimų turinčius žmones, taikyti gydymą ir skirti vaistus, jei tam yra būtinybė. Taip pat šis specialistas gali oficialiai nustatyti pacientui ligos diagnozę. Psichiatras gali rekomenduoti psichoterapinį gydymą, kaip vienintelį gydymą ar kaip efektyvią priemonę kartu su medikamentiniu gydymu, tačiau pats, norėdamas taikyti psichoterapiją, turi turėti psichoterapeuto išsilavinimą (B. Bačinina, 2012). Taigi psichiatrai, kurie papildomai yra baigę psichoterapeuto studijas teoriškai turi platesnes gydymo galimybes. Kitas išorinis apribojimas yra finansinės gydymo ribos. Pavyzdžiui, vieni gydymo metodai kainuoja brangiau negu kiti, psichiatrai teoriškai gali rinktis tokį būdą, už

kurį pacientas yra įgalus sumokėti ar už kurį bus pakankamai finansuojama. Dar vienas svarbus išorinis filtras psichiatrai kaip specialistui yra laikas. Psichiatras, turintis ir galintis pacientui skirti daugiau laiko, gali rinktis iš gydymų, trunkančių ilgesnį laiką (pavyzdžiui ilgesnes konsultacijas, kai kuriais atvejais, jei turi psichoterapeuto išsilavinimą - psichoterapijas), o psichiatras, kurio laikas bus ribotas, teoriškai galėtų skirti tik tam tikrus gydymo metodus, galbūt gydymą vaistais, ar tam tikrą laiką vykstančią psichologinę konsultaciją.

Vidiniai psichiatrų veiksniai yra susiję su tam tikromis nuostatomis, vertybėmis, normomis, prioritetais. Vidiniai psichiatrų veiksniai gydant MNN patiriančius individus galėtų būti psichiatro kultūrinės vertybės ir normos, lemiančios pasirinkimą gydyti vienu ar kitu būdu MNN pacientus. Pagal tai, kokius prioritetus turi psichiatras, kas specialistui yra svarbiausia ir mažiau svarbu, jis gali pasirinkti gydymą ar gydymo metodus. Pavyzdžiui, jeigu psichiatrai svarbu kuo daugiau užsidirbti, jis taikys kuo brangesnius metodus; jei psichiatrai svarbiausia padėti pacientui, jį išgydyti, tuomet jis rinksis kuo efektyvesnius ir veiksmingesnius metodus; jeigu psichiatrai svarbiausia pačiam atlikti darbą, jis ims gydyti pats, jeigu svarbiau paciento gerovė, galbūt nukreips pas kitą, tam tikram gydymui tinkamesnį specialistą; jeigu psichiatrai svarbiausia įtikinti pacientui ar matyti patenkintą pacientą, jis suteiks gydymą tokį, kokio tikisi pacientas, arba atvirkščiai, psichiatras, pasitikėdamas savo „jėgomis“ ir atsižvelgdamas į tam tikrą norimą rezultatą, gali įkalbėti pacientą, siūlydamas savo nuožiūra priimtinausią gydymo būdą. Tokių ir panašių atvejų gali būti labai daug, priklausomai nuo PSPS pažiūrų, susiklosčiusios situacijos ir esamo tam tikro santykio su pacientu. Kiekvienas atvejis ir PSPS pasirinkimas šiuo atveju yra labai subjektyvus ir autentiškas.

APIBENDRINIMAS

1. Apskritai žmogaus ligos ir sveikatos formuluotė (kas yra liga, kada žmogus „serga“ ir kada yra sveikas) postmodernioje visuomenėje yra formuluojama biomedicinos mokslo atstovo ir remiantis biomedicinos sveikatos modeliu. Mediciniškai nepaaiškinamų negalavimų grupė griaua tradicinį biomedicinos sveikatos modelį, sukurdama konfliktą tarp MNN paciento ir gydytojo, atsakingo už MNN pacientą (žr. Priedas nr. 1; priedas nr. 2). Galima teigti, jog mediciniškai nepaaiškinami negalavimai yra vienas iš veiksnių, lemiančių sveikatos modelio kismą iš biomedicininio į biopsichosocialinį sveikatos modelį, leidžiančio į žmogų pažvelgti platesniu požiūriu, neatskiriant kūno ir sielos bei priimant žmogų kaip visumą, sąmoningą būtybę, atsakingą dėl savo paties poelgių, gyvenimo būdo ir sveikatos.

2. Kalbant apie MNN labai svarbūs yra gydytojo – paciento santykiai ir vienas kito atsakomybės gydymo metu. Priklausomai nuo to, kiek galios gydymo metu turi pacientas ir gydytojas, priklauso gydymo modelis, paciento ir gydytojo veiksmų pasirinkimas, gydymo eiga bei gydymo veiksmingumas. Gydytojas ir pacientas atlieka tam tikrą gydytojo ir paciento vaidmenį, kuris įrėmina tiek gydytoją, tiek pacientą, leisdamas jaustis ir elgtis pagal tam tikrą mechanizmą, taisykles ir reikalavimus, atsižvelgiant į gydytojo – paciento pareigas ir atsakomybes vienas kitam.

3 MNN yra glaudžiai susiję su biomedicininio modelio įsivyravimu visuomenėje ir apima platesnį negu fiziologinį/ somatinį „ligos“ diagnozavimą, tad MNN gydymas taip pat neturėtų būti medikalizuojamas ir gydomas atsižvelgiant į kūno somatizavimą, kas būdinga biomedicininiam modeliui. Apskritai biomedicininio modelio įsivyravimas turi gilią istoriją, susijusią su kūno ir proto dualizmu, kurio pasekoje visuomenėje sparčiai įsigalėjo tam tikrų ligų ir simptomų medikalizavimas. MNN, nepaisant socialinių, psichologinių ar aplinkos veiksnių, yra medikalizuojamas, ieškoma somatinė „ligos“ priežastis ir primetamos tam tikros diagnozės, dažnai nerandama veiksmingo gydymo būdo, kas sukelia tam tikrą konfliktą.

4. Gydytojai psichiatrai ar psichoterapeutai turi ribotas MNN gydymo galimybes, kurių apribojimai gali priklausyti nuo socialinių, ekonominių, psichologinių, aplinkos ar vidinių faktorių, tad juos visus būtina išsiaiškinti ir aptarti, norint gerinti MNN ligonių gydymo galimybes ir MNN gydymo gerinimą. Taip pat svarbu identifikuoti ir išanalizuoti problemas, su kuriomis susiduria psichiatrai gydymo metu, norėdami išspręsti MNN pacientų sveikatos problemas.

2. KOKYBINIO TYRIMO METODOLOGIJA

Tyrimo metodas – kokybinis tyrimas.

Tyrimo instrumentas – pusiau struktūruotas interviu.

Tyrimo etika – atliekant tyrimą buvo laikytasi tyrimo etikos, užtikrintas konfidencialumas ir anonimiškumas, savanoriškumas (informantai dalyvavo savo noru), privatumas (interviu imti kabinetuose, iš anksto sutartose vietose). Išsaugoti atlikto tyrimo duomenys – transkribuoti interviu.

Tyrimo duomenų analizė – duomenys analizuojami pagrįstos analizės metodu, naudojant daugkartinį skaitymą ir kategorizuojant turimą medžiagą/transkribuotus interviu.

Informantai – viso buvo imta 11 interviu, dalyvavo 10 informantų. Buvo atliktas vienas apžvalginis interviu, vėliau susisiektas su tuo pačiu informantu (psichiatras – psichoterapeutas Jonas) po pusės metų ir interviu buvo pakartotas antrą kartą jau su papildomais klausimais. Du iš visų PSPS – psichologai, du – psichiatrai, trys – psichiatrai-psichoterapeutai ir trys – psichologai-psichoterapeutai. Interviu buvo atlikinėjami nuo 2016 metų kovo mėnesio pradžios iki 2017 metų kovo mėnesio vidurio. PSPS buvo ieškota internete, susisiektas nurodytais telefonais arba el. paštu. Vienas PSPS buvo iš Vilniaus, visi kiti dirbantys ir gyvenantys Kaune. 9 informantai esamu laikotarpiu dirbo tik privačiai, du iš jų anksčiau dirbę valstybinėse klinikose, dvi informantės esamu laikotarpiu dirbo Kauno psichinės sveikatos klinikose. Informantų amžius nuo 30 iki 65 metų. Tyrime dalyvavo 4 vyrai ir 6 moterys.

Informantų charakteristikos lentelė (žr. Priedą nr. 3)

2.1. Skirtingų PSPS grupių patirtys susiduriant su MNN pacientais

Analizuojant duomenis išryškėjo tam tikri skirtumai tarp skirtingą patirtį turinčių PSPS, pagal ką PSPS buvo suskirstyti pagal tam tikrą klasifikaciją. Pastebėta, jog PSPS samprata ir požiūris į MNN pacientus priklausė nuo kelių aspektų: PSPS išsilavinimo t.y. kokios srities specialistas (psichologas, psichiatras ir ar turi psichoterapeuto išsilavinimą) yra PSPS, asmeninės patirties, t.y. su kokiais MNN pacientais teko susidurti (kokiu būdu pas PSPS MNN pacientai pateko) ir kokia patirtis buvo įgyta, bandant išspręsti šių pacientų sveikatos problemas ir darbo pobūdžio t.y kokioje įstaigoje – privačioje ar valstybinėje – dirba PSPS). Pirmiausia PSPS buvo klausta, kaip jie supranta psichosomatiką ir kas, jų nuomone, yra mediciniškai nepaaiškinami negalavimai. PSPS mediciniškai nepaaiškinamiems negalavimams priskyrė ne tik psichosomatiką, bet taip pat ir fantominius skausmus, somatoforminius sutrikimus, somaticazinius sutrikimus, psichogeninius sutrikimus:

„ ... nu, somatoforminis tai yra, kur faktiškai iš tikrųjų ten nieko nėra, bet tik tas žmogus, nu jo vaizduotėj yra, ir nu jo pojūčiuose yra, jis jaučia, ne tai, kad... o psichosomatika, tai ten gali būti, gali būti tenais... jei tu nerimauji, tai skrandis tenais, kraujagyslės... visokie dalykai vyksta, fiziologiškai tos reakcijos ten.. čia kur yra užsitęsia įtampos visokios, raumenų, kūno, ir laikysena ir visi tie dalykai veikia gana greitai ir į kūną gali įeiti. “ (psichologas Tomas, 54)

„ Na, psichosomatika, tai mediciniškai nepaaiškinami kažkokie sutrikimai, negalavimai kūne. Kažkokie psichologiniai dalykai, kurie pasireiškia per skausmus, įtampą ” (psichologas, psichoterapeutas Povilas, 30)

Labiausiai išryškėjo skirtumas tarp turinčių ir neturinčių psichoterapeuto išsilavinimo informantų. Nors visi apklausti PSPS MNN įvardina tuos pačius ar panašius simptomus, kaip įvairūs bėrimai, skausmai, tirpimai, funkciniai ir pataloginiai sutrikimai, tačiau apie juos ir apskritai MNN pacientus kalba skirtingai. Visi apklaustieji paminėjo, kad mediciniškai nepaaiškinami negalavimai yra paaiškinami psichologiškai, o atsiradusios somatinės problemos yra susijusios su patiriamu stresu, nuovargiu, negebėjimu reikšti emocijų ir tam tikrų emocijų, dvasinių išgyvenimų, dažnai patiriamų dar vaikystėje, kas pasireiškia per kūną ir kūno simptomus. Taigi galima aiškiai pastebėti, jog PSPS kūno simptomatiką sieja su psichologiniais aspektais, kas yra modernaus požiūrio į kūną ir psichiką kaip į vieną bendrą junginį, požiūris. Šis požiūris

būdingas visiems informantams, dalyvavusiems tyrime, tiek psichiatriams, tiek psichoterapeutams, tiek psichologams atskirai. Nors visų informantų požiūris į mediciniškai nepaaiškinamus negalavimus buvo panašus ta prasme, jog PSPS sutinka su idėja, jog žmogaus kūno simptomatika priklauso nuo žmogų įtakojančių psichologinių, emocinių, socialinių ir kitų veiksnių, vieno bendro susitarimo, kas yra MNN, nebuvo išskirta. Vieni apie MNN ir šiuos negalavimus patiriančius pacientus kalbėjo siauresniu, kiti PSPS platesniu požiūriu.

2.2. Psichiatrų patirtys gydant MNN pacientus

Psichiatrai yra ta grupė PSPS, kurie turi įvardinti ir diagnozuoti ligą, bei paskirti gydymą. Būtent psichiatrai naudoja tokias sąvokas ir apibrėžimus, kurie yra įvardinti tarptautinėj ligų klasifikacijoje (LLK). Šį vadovą PSPS, o būtent psichiatrai naudoja kaip vieną iš pagrindinių duomenų šaltinių MNN diagnozavimui nustatyti. Paklausti apie psichosomatiką, psichiatrai interviu metu patys įvedė tokias sąvokas kaip psichogeniniai ar somatoforminiai sutrikimai, būtent pagal TLK vadovo pateiktas sąvokas. Ši PSPS grupė žmogų vertina kaip pacientą, kuriam reikia paskirti gydymą ir nustatyti ligą ir ją diagnozuoti. Ši atsakomybė verčia psichiatrus priimti sprendimus, susijusius su MNN paciento sveikata per tam tikrą apibrėžtą laiką, priklausomai nuo paciento būklės. Psichiatriams, kitaip negu psichologams, būtina susipažinti su MNN paciento medicinine istorija, atliktais tyrimais ir tyrimų išvadomis, kas yra vienas pagrindinių šaltinių, norint diagnozuoti psichosomatikos sutrikimą. Šios atsakomybės, paciento priėmimo, diagnozavimo ir gydymo modelio įgyvendinimas lemia ir tam tikrą šios grupės PSPS patirtį, tam tikrus santykius su pacientu, gydytojo – paciento konfliktą ir specifinį požiūrį į MNN bei pasireiškiančius simptomus, glaudžiai susijusį su biomedicininio modeliu, kur privalu laikytis tam tikros diagnozavimo – gydymo tvarkos.

Interviu metu, kai buvo kalbama su psichiatrėmis, informantės prieš pradėdant pokalbį atsivertė LLK vadovus ir teigė, jog tai pagrindinis jų darbo įrankis, „maldaknygė“ bei skyrė pakankamai daug dėmesio norėdamos teoriškai supažindinti su sąvokomis, kurios, jų nuomone, galėtų būti suprastos kaip MNN. Pirmiausia skaitė ištraukas ir apibrėžimus, vadovavosi pateikta TLK vadove medžiaga ir tik vėliau pradėjo pasakoti savo patirtis.

„... pirmiausiai pradėsiu nuo klasifikacijos, nes visai nesiruošiau, tai pagal tuos klausimus bandysiu... (atsiverčia LLK vadovą)...“ (psichiatrė Miglė, 48. Privati klinika)

„... aš maldaknygę pasiėmiau <...> nes mūsų supratimas yra paremtas tam tikrais diagnostiniais kriterijais. Yra tarptautinės ligų klasifikacijos, parodyti diagnostiniai kriterijai, kuriais remiantis mes juos nustatome. <...> Tai yra LLK tarptautinė ligų klasifikacija, kur mes turime ryškiai apibrėžtus diagnostinius kriterijus.“ (psichiatrė Rasa, 40. Kauno psichinės sveikatos klinikos)

Kaip jau minėta, vienas svarbiausių veiksnių psichiatrų kasdienybėje susiduriant su MMN pacientais yra diagnozavimas. PSPS dažniausiai klausinėja ir nori sužinoti apie tai, kokius biomedicininis tyrimus yra atlikęs MNN pacientas, kokia yra žmogaus somatinė būklė. Įsitikinimas, jog žmogaus somatinės kūno problemos neturi medicininio pagrindo, nurodo didelę tikimybę, jog negalavimai yra psichosomatinės kilmės. Diagnostikos procesas, kaip teigia psichiatrai, yra vienas svarbiausių ir sudėtingiausių procesų MNN atvejais, kai yra didelė rizika ir tikimybė nustatyti neteisingą diagnozę, paskirti neteisingą, t.y. žalojantį ar neigiamą poveikį pacientui turintį gydymą. Norint diagnozuoti psichosomatinį sutrikimą, pirmiausiai psichiatrai turi būti tikri, jog iš tiesų nėra somatinės kilmės ir negalavimas tikrai yra psichosomatinio pobūdžio, t.y. diagnozavimas „negali“ būti klaidingas, todėl psichosomatikos diagnozavimas dažnai vyksta „atmetimo“ principu, pirmiausiai atliekant diagnostinius kūno/somatinius tyrimus, kadangi psichosomatinio pobūdžio simptomai taip pat kaip ir bet kokie somatinio pobūdžio sutrikimai, pasireiškia fiziškai ir juos sunku atskirti. Psichiatrės įvardina, jog dažniausiai MNN pacientai jau būna lankęsi pas įvairaus pobūdžio specialistus ir dažnai ateina su įvairiais biomediciniškai patvirtintais ištyrimais, kurie palengvina MNN paciento diagnozavimą, kitais atvejais psichiatrai, kaip teigia informantės, pacientui liepia arba rekomenduoja išsitiirti bent tam tikrus tyrimus, susijusius su individualia simptomatika:

„... visų pirma žmogus išsako savo <...> somatinius sutrikimus. Dažniausiai tai yra pacientai, kurie yra atsiųsti kitų gydytojų, <...> jie turi ilgą stažą vaikščiojimų pas kitus specialistus, ligų ieškojimo stažą ir dažniausiai nieko nerandama yra ir psichiatras vis tikrai yra galutinė stotelė, kai niekas nieko neranda, tada gauna siuntimą pas psichiatrą. Vat yra, kad asmeniškai svarbu išsiklausti, ar jisai yra tyrėsis kažkur tai. Jei jis yra tyrėsis mes reikalaujam

išrašo kažkokio, patvirtinimo, na, svarbiausia yra atmesti klaidos galimybę, tai reiškia, kad neduok Dieve, pražiūrėsi kanors“ (psichiatrė Rasa, 40. Kauno psichinės sveikatos klinikos)

„ Jeigu žmogus ateina, kuris, sakysim nėjo nei pas šeimos daktarą, nesidarė nei jokių tyrimų, bet jisai jaučia, sakysim, didelį prakaitavimą, širdies permušimus ir taip toliau, aš vistiek paprašau, kad pasidarytų paprastus tyrimus, bent jau kardiogramą, kažkokio kalio kiekio nustatymą, kad pasižiūrėti, ar iš tikrųjų jis teisingai priskyrė psichosomatikai, gal iš tikrųjų yra visai kitos priežastys. Ir tada kai žmogus pasidaro tuos tyrimus, iš tirųjų mes tada judam toliau, jeigu tai pasiteisina, kad tai yra vistik psichosomatiniai sutrikimai. “ (psichiatrė, psichoterapeutė Rūta, 45. Privati klinika)

Psichiatrai, susidurdami su MNN pacientais pastebi, jog kartu su psichosomatikos sutrikimais, dažnai pastebima ir nerimo sutrikimų, depresijos, ar kitų psichologinio pobūdžio sutrikimų, tad gydymas vyksta atsižvelgiant ir į šiuos aspektus. Dažnai pasitelkiama psichologo pagalba, kad būtų nustatyta žmogaus (paciento) charakterio tipas, emocinė būklė. Psichiatrai, susidurdami su MNN pacientais pabrėžia, jog tai yra „sunkūs“ pacientai ta prasme, kad ne tik sunku nustatyti diagnozę, bet ir įtikinti pacientą, kad somatinis kūno sutrikimas gali turėti psichosomatinę kilmę. Viena iš infrmančių psichiatrių teigė, jog dažnai pacientai, kuriems nėra nustatoma somatinė simptomų kilmė, reikalauja daugiau biomedicininų tyrimų ir ištyrimų. Dažnai ši pacientų grupė yra besidomintys sveikata ir ligomis patys savarankiškai, tam naudoja medijas, domisi kitose šalyse esančiomis diagnostinėmis naujovėmis ir Kaip teigia informantė psichiatrė Rasa, dažnai Psichiatrai taip pat pastebi, jog MNN pacientai reikalauja tam tikro specifinio dėmesio, dažnai patys reikalauja nuodugnaus ištyrimo, diagnostinių tyrimų, pacientai sunkiai priima ir dažnai nesutinka su idėja, jog jų sutrikimai gali būti psichosomatinės kilmės, tokie pacientai yra susikoncentravę į savo kūną, dažnai nemokantys išreikšti savo emocijų ir jausmų. Pas psichiatrus patekusius MNN pacientus patys psichiatrai įvardija kaip pacientus, dažnai jaučiančius ne tik fizinius simptomus, bet ir papildomai turi kitų psichologinių problemų, baimių, nerimo, patiria ilgalaikį stresą, dažnai būna įsitempę ar gyvena tam tikrą gyvenimo būdą, neigiamai įtakojantį fizinę ar emocinę sveikatą:

„... jie yra pacientai, reikalaujantys daugiau ar mažiau išskirtinio dėmesio. Tarkime. Reikalaujantys ištyrimo, dažniausiai labai inoringi. Vat tikrai specifiškai , nu aišku, jie yra sunerimę dėl savo specifikos, ypatingai pasimete, jeigu niekas nieko jiems neranda. Iš tiesų

pakankamai tokie pretenzingi tie pacientai, asmenybiniai vat tokie niuansai egzistuoja, kuriuos vat galima pajauti, ta prasme specifika jų.“ (psichiatrė Rasa, 40. Kauno psichinės sveikatos klinikos)

„... mes neišsiverčiame be savo komandos narių psichologų įsikišimo, tai yra, kad mums be galo yra svarbu atlikti išsamią tą diagnostinę procedūrą. Tai reiškia, kad mums jau mums reikia psichologų su jų testais tam tikrais ir konkrečiai kalba eina apie asmenybės testavimą, žiūrime asmenybės profilį. Mums yra svarbu, žiūriname emocijas būsenas.“ (psichiatrė Rasa, 40. Kauno psichinės sveikatos klinikos)

„... tai yra tokia pacientų grupė, kuri yra tikrai... kurios tikrai kratosi psichiatrai. Jie tikrai nėra malonūs, lengvi pacientai. Tai iš tiesų yra susiduriama su tuo, kad šitie pacientai nesupranta, kodėl jie yra nukreipiami pas psichiatrą. Reiškia, kad nėra tokio akivaizdaus geranoriško bendradarbiavimo. Retai būna. Jie pikti, kodėl jie atsiųsti pas psichiatrą. Tai jie dažniausiai būna dirglūs dėl to <...> Jie dažniausiai būna daug prisiskaitę, domisi ta prasme turimomis priežastimis, ir reikalauja tų pačių naujausių tyrimų. Ir va įvairiausių būna ir tų konfliktinių situacijų, kada... vėlgi šitiems pacientams būdinga, kad jie dažnai keičia psichiatrus, jie pasitiki daktarais “ (psichiatrė Rasa, 40. Kauno psichinės sveikatos klinikos)

„... kartais mąstyti pradeda labiau dėl to kad išgirdo kurnors apie kokią nors ligą, turi daugiau stresų ir jam yra paprasčiau lengviau mąstyti apie kūno simptomą savo, negu kad apie savo kažkokius santykius, kurie kelia problemų, apie savo nekompetenciją darbe ar dar kažkur. Savo tas tikras problemas slepia po somatika. <...> jis psichologiškai nemoka pasiskųst, o kūnu jie gali pasiskųst, sakysim skrandį skauda, gal aš nevirškinu santykių, tik jie nežino, kaip čia tą pasakyt.“ (psichiatrė Miglė, 48)

Be įvairių diagnostinių tyrimų ir psichologų atliktų testų, psichiatrai su pacientais susipažįsta individualiai bei, atsižvelgdami į esamą situaciją, paskiria gydymą. Kaip teigia psichiatrė Rasa, dirbanti psichinės sveikatos klinikose, dažniausiai gydymas, kurį skiria psichiatrai yra numalšinti pasireiškiančius somatinius simptomus, taigi gydymas esti simptominis, tačiau negydo žmogaus „vidaus“, tai yra tik „paviršutiniškas“, leidžiantis pacientui laikinai pasijusti geriau, tačiau neišsprendžia giluminių problemų, dėl kurių pacientas jaučia somatinius negalavimus. Vieną iš sunkumų psichiatrai įvardina tai, kad pacientai dažnai būna linkę nutraukti medikamentinį gydymą, pasijutę geriau, tačiau vėliau, neišsprendus tikrųjų negalavimo/-ų

priežasčių, nutraukus medikamentų kursą, simptomai atsinaujina, pasikartoja ir dažnai sustiprėja. Psichiatrai psichologų atliktus testus panaudoja dažnai ne tik norėdami diagnozuoti paciento būklę bet ir tam, kad nustatytų, ar pacientui reikalinga psichoterapija, kokio pobūdžio ir kiek tikslinga ją skirti:

„... gydymas yra grynai simptominis. Tai reiškia ką? Kad psichiatras įsikiša tik tada, kai jo gydymą, jeigu kalba eina apie medikamentinį gydymą <...> jeigu jau matai, kad atitinka vėlgi tuos kriterijus, matome, kad tie emociniai simptomai, tai gydai medikamentais.“ (psichiatrė Rasa, 40. Kauno psichinės sveikatos klinikos)

„...aš galiu tik ką, nu medikamentais sumažinus nerimą, sumažinus tą jaudulį kažkokį, tą depresinę simptomatiką, kažkiek jų savijauta pagerėja“ (psichiatrė Miglė, 48)

„... jeigu mes pamatom jau tą nerimą, matome nuotaikos sutrikimus, tada yra skiriamas gydymas. Bet šiaip, jeigu mes turime tą gražų somatoforminį sutrikimą tik skundus, dažniausiai psichiatrai jo negydo, nu kaip, siunčiame mes, aš asmeniškai siunčiu grynai jau psichoterapeuto konsultacijai, nukreipiu tokį žmogų psichoterapijai. Tai vėlgi manau yra kažkokių tai vidinių konfliktų sąlygoti simptomai, kuriuos žmogus vat išsispręs, tikėtina, kad tie simptomai redukuosis.“ (psichiatrė Rasa, 40. Kauno psichinės sveikatos klinikos)

Taigi, apibendrinant galima teigti, jog psichiatrai, susidurdami su MNN pacientais akcentuoja ir koncentruoja dėmesį į tai, jog kartu su psichosomatikos sutrikimais, dažnai pastebima nerimo sutrikimų, depresijos, ar kitų psichologinio pobūdžio sutrikimų, tad gydymas vyksta atsižvelgiant į šiuos aspektus, dažnai yra naudojami medikamentai ir tik kaikuriais atvejais MNN pacientai yra nukreipiami psichoterapijai, tačiau pirmiausia, ką privalo atlikti psichiatrai, tai nustatyti MNN paciento diagnozę bei paskirti gydymą, atsižvelgdami į priskirtą diagnozę, tad pirminis ir svarbiausias psichiatrų uždavinys yra diagnozuoti ligą, o gydymas yra simptominis, t.y medikamentinis, norint numalšinti simptomus. Psichosomatika PSPS įvardijama ne kaip liga, o kaip ilgą procesą besiformuojantis žmogaus bendros būklės rodiklis. Daugumos psichiatrų požiūriu PSPS tvirtina, jog psichosomatika nėra mediciniškai nepaaiškinama, teigia, jog medicina užsiima, domisi, atlieka tam tikrus tyrimus, skirtus nustatyti ir įvertinti bei gydyti žmogaus psichinę nervų sistemą, tačiau visą žmogaus organizmą, emocinę ir psichologinę žmogaus būklę aiškina biologiškai. Toks biomedicininis požiūris ir yra daugiau būdingas psichiatrams.

2.3. Psichoterapeutų patirtys susiduriant su MNN pacientais

Psichoterapeuto išsilavinimą gali turėti tiek psichologas, tiek psichiatras, tačiau nepaisant pirminio išsilavinimo, PSPS, turintis psichoterapeuto išsilavinimą pasižymi platesniu ir daugiau psichobiosocialiniu modelio požiūriu į žmogų, kūną, gydymą ir psichosomatiką apskritai. Kadangi psichoterapeutai gali taikyti psichoterapiją, šis gydymo būdas tampa pagrindinis psichoterapeuto įrankis, tačiau tik tuomet, kai tam pritaria pacientas/klientas. Šiuo atveju pacientas įgauna kliento vaidmenį, o gydymas tampa nebe gydymu, o konsultavimu ir bendradarbiavimu su klientu (ypač psichologų-psichiatrių perspektyvoje). Tai ypač pastebima privačiose gydymo įstaigose, kai pacientas/klientas į gydymo įstaigą ateina savanoriškai, o ne nukreipiamas kitų specialistų (nors dažnai rekomenduojamų), kas parodo žmogaus motyvaciją „pasveikti“ ir tam tikrą suvokimą apie kūno ir psichikos sąsajas.

„Mano kryptis (egzistencinė terapija) yra tolimiausia psichoterapijos kryptis nuo gydymo, tai realiai aš negydau žmonių. Sau esu atsakęs, kad padėdau pažinti žmogui save ir būdą, kaip jis gyvena. Tai tą ir darau nepaisant to, dėl kokių simptomų kreipiasi. Simptomų pašalinimas lieka kažkur fone. Susitelkiam ties tuo, kaip gyvena žmogus ir kaip jam sekasi gyventi ir kas problemiško tame, kaip jis gyvena.“ (Psichiatras - psichoterapeutas Rimas, 40)

„...Tenka pradėti kalbėti apie gilesnius tokius dalykus. 10 ir daugiau susitikimų užsimezga santykis, jau pažįsti žmogų, žmogus mane pažįsta, svarbu, kad pasitikėjimas atsirastų. Jo, ir tada nu šiek tiek jau žinai apie jo praeitį, apie jo vaikystę, apie tai, kas vyko su juo anksčiau, kaip jis gyveno ir galima pradėt rišt, po truputį padėt tam žmogui pamatyt kitus dalykus“ (psichologas, psichoterapeutas Povilas, 30)

Dalis apklaustųjų psichoterapeutų pripažįsta idėją, jog psichosomatika yra atskiras reiškiny, nepriklausantis nuo kūno, somatikos ir turintis psichogeninę kilmę. Psichoterapeutai dėmesį pirmiausia skiria ne kūnui, somatikai, diagnozei ir simptomams, o žmogaus savęs pažinimui, dvasiniams, emociniams lygmenims. Tuo tarpu fizinis kūnas ir simptomai tampa tik papildomas rodiklis, kokią žmogaus gyvenimo sferą reikia keisti. Psichoterapeutai žmogaus fizinį kūną sieja su gyvenimo būdu, žmogaus elgesiu, stengiasi atrasti sąsajas tarp psichologinių ir fizinių matmenų. Šiuo atveju keičiasi ligos samprata, liga PSPS tampa ne staigiai pasireiškiantis kūno negalavimas, kaip priimtina biomedicininiam sveikatos modelyje, bet ilgą laiką besiformuojanti

žmogaus bendra psichinė – emocinė būklė, paremta daugiau ir plačiau nei tik fiziniais simptomais ir daugiau būdinga biopsichosocialiniui modeliui:

„...aš kartais klausinėju apie kūną ir klientai galvoja, kad aš klausinėju kaip daktaras. Kuom sirgot, man visa ta analizė kūniška irgi svarbi, bet aš jų neapgaudinėju, nu dėl etinių dalykų, todėl kad žmogus, pasakodamas apie savo kūno bėdas, jis faktiškai atskleidžia savo intymumą, ir aš pasakau, kad klausinėju apie kūną ne dėl to, kaip visi daktarai, o dėl to, kad pasakyk, kuom tu sergi, pasakysiu kuom tu esi. Tai klientai biškį pasimeta, bet kadangi jau atėjo...“ (psichiatras, psichoterapeutas Jonas, 65)

„...aš taip pat nenaudoju žodžio darbe „liga“ nes liga irgi skamba fatališkai. Trenkė perkūnas ir iš dangaus nukrito liga. Tokių atvejų labai retai. 98 proc atvejų determinuotai žmogus eina, kol ateina. Per nežinojimą, per gyvenimo aplinkybes, per kažkokius tai iššūkius sunkius gyvenimo, kad visumoj viskas sumuojasi ir jis yra va tokioj būsenoj, kokioj yra, bet tai netrenkia liga.“ (psichoterapeutas Jonas, 65)

„... Man tai kaip ir nelabai reikia tos diagnozės, man užtenka pačio fakto, su kuo jis ateina <...> gerai, tu žinai, kaip tu gydysi mediciniškai, biologiškai, ane, nu tai jeigu tu jau čia atėjai, tai aš tau galiu pasiūlyti dar vieną spektrą, ar dar kitus tris. Ir tada vėlgi, žmogui pasiūlai, kaip įveikti tą ligą. Ieškoti kelio, būdų, kaip įveikti tą ligą.“ (psichologė, psichoterapeutė Ieva, 40)

Kitas žingsnis, kurį dažniausiai naudoja psichoterapeutai yra pokalbio su pacientu būdas, susipažinimas ir pasitikėjimas vienas kitu. PSPS pokalbio su pacientu metu PSPS pažinsta pacientą, pacientas taip pat pažinsta PSPS, pokalbio metu stiprinami PSPS ir paciento santykiai, įgaunamas pasitikėjimas vienas kitu, kas, pasak psichoterapeutų, yra vienas svarbiausių veiksmų gydymo procese, taip pat ir psichoterapijoje. Dalis psichoterapeutų pripažįsta pacientą nebe pacientu, o klientu, ir dažnais atvejais gydytojo-paciento santykiai tampa konsultanto-kliento santykiais, kai tiek gydytojas tiek pacientas tampa bendrininkai, abu sprendžiantys kliento problemas, ne tik fizinę sveikatą. Panašiai kaip ir psichiatrai, psichoterapeutai atkreipia dėmesį į fizinius simptomus, tačiau juos sieja su žmogaus emocinėmis būsenomis, įvairiais išgyvenimais, domisi žmogaus gyvenimo būdu, stengiasi suprasti klientą ir tai, kaip jis mąsto bei koks yra kliento požiūris į tam tikrus dalykus.

„Tai jeigu žmogus ateina jau su visais tyrimais, aš juos pasižiūriu ir jeigu pavyksta pokalbio metu susieti su jų psichologinėmis būsenomis, tai tada aišku aš skiriu gydymą“ (psichiatrė, psichoterapeutė Rūta, 45)

„Bet turi būt aišku abipusis pasitikėjimas, įgaut abipusį pasitikėjimą, neįgavus nėra saugumo, neįmanoma terapija. Taip, kad čia technika daro nieko.“ (psichiatras, psichoterapeutas Jonas, 65)

„... reikia priimti, kad mes nesam tokie paprasti kaip tiktai kūnas, kad mes esam šiek tiek daugiau ir tai reiškia, kad mes galim daug daugiau, kad mes neturim būt priklausomi nuo gydytojų ir kad mes taip pat galim, ir geriau būtų, kad taip ir padarytume, kad mes prisidėtume prie savo sveikatos patys, aktyviai.“ (psichologė – psichoterapeutė Ieva, 40)

Apskritai vyrauja pagrindiniai du PSPS požiūriai į žmogų, kuris pas PSPS patenka su psichosomatiniais negalavimais. Pirmasis yra požiūris kaip į pacientą, naudojamas daugiau valstybinėse klinikose, taip pat daugiau naudojamas psichiatrų, kai reikia paskirti gydymą, kas aptarta ankstesniame skyriuje; antrasis – požiūris kaip į klientą, dažniau naudojamas privačiose klinikose, kai MNN žmogus pas PSPS ateina savo noru. Šį požiūrį daug kartų paminėjo psichoterapeutai, susidurdami su MNN pacientais. Psichoterapeutai akcentavo savo ir klientų santykį kaip pagrindinį gydymo įrankį, teigdami tai, jog žmogus „sveikimo“ procese yra pagrindinis ir svarbiausias asmuo, galintis prisiimti tsakomybę už savo „sveikimą“ ar būsenos pagerėjimą. Tai kliento pasitikėjimo įgavimo, pažinimo ir supratimo santykis, kai svarbu abipusis supratimas, bendradarbiavimas ir gydytojo pripažinimas esant nebe visa galinčiu, kas būdinga biomedicininiam sveikatos modelyje:

„Dabar visi pacientai, kokie jie bebūtų, ar kūniški, ar su dvasios problemom, visi patenka „mus rekomendavo“. Ar tai buvęs kažkoks klientas. Aš čia klientais vadinu, sakoma, pacientus atveža, o klientai ateina patys. <...> Aš negaliu jo pacientu pavadinti. Jis gydos kur nors Vasaros gatvėj, ten jis pacientas, papuolė ten, bet pas mane jis kaip klientas. Ir tas požiūris kaip kliento yra labai geras. Jis neuždeda tų tokių „klišė““ (psichiatras, psichoterapeutas Jonas, 65)

„Na pirma, tai motyvacija. Žmogaus noras. Sakyčiau kario nuostata, rįžtas. Eit iki galo. Kai nēr kur trauktis jau. <...> Jo, jeigu nenorės klientas, tai nieko aš negaliu“ (psichiatras, psichoterapeutas Jonas, 65)

„Tenka pradėti kalbėti apie gilesnius tokius dalykus. 10 ir daugiau susitikimų užsimezga santykis, jau pažįsti žmogų, žmogus mane pažįsta, svarbu, kad pasitikėjimas atsirastų. Jo, ir tada nu šiek tiek jau žinai apie jo praeitį, apie jo vaikystę, apie tai, kas vyko su juo anksčiau, kaip jis gyveno ir galima pradėt rišt, po truputį padėt tam žmogui pamatyt kitus dalykus “ (psichologas, psichiatras Povilas, 30)

PSPS teigia, jog nėra „griežto“ gydymo, kuris tiktų kiekvienam panašiu atveju. Gydymo procese svarbūs tiek pacientas/klientas, tiek PSPS. PSPS negali per prievartą paskirti gydymo; gydymas visuomet vyksta tik sutikus ir antrai pusei, t.y. Psichoterapeutai pripažįsta savo neįgalumą padėti pacientui/klientui, jeigu jis pats to nepriima ar nenori. Paciento/kliento motyvacija yra pagrindinis ir svarbiausias gydymo aspektas visame gydymo procese, todėl vieną iš sunkumų, kuriuos įvardino psichoterapeutai (bei kiti PSPS specialistai) yra pačio žmogaus (MNN paciento) neigimas, jog psichologiniai veiksniai gali turėti įtakos kūno simptomatikai.

„ Tai iš tikro ir yra psichoterapija, jeigu žmogus sutinka, nukreipiu psichoterapijai (atlieka pati). Jeigu labai nesutinka, tai bent jau stengiuosi užvesti ant kelio, kad stengtųsi pats ieškoti atsakymo ir bandytų tvarkyti. Nes aš viena to sutvarkyti negaliu. “ (psichiatrė, psichoterapeutė Rūta, 45)

„ ... turi būt aišku abipusis pasitikėjimas, įgaut abipusį pasitikėjimą, neįgavus nėra saugumo, neįmanoma terapija“ (psichiatras, psichoterapeutas Jonas, 65)

Dauguma psichoterapeutų paminėjo MNN pacientų „netinkamą“ gyvenimo stilių, kuris, kaip teigia PSPS turi neigiamą poveikį MNN pacientų psichinei ir fizinei sveikatai. Kaip teigia PSPS dažnai MNNN pacientai patiria daug streso, įtampos, jaudulio, „nesveikai“ maitinasi, vartoja alkoholį, neturi pakankamai poilsio, t.y. praktikuoja tam tikrą gyvenimo būdą, kurį, pasak PSPS, privaloma keisti norint keisti savijautą ir sveikatą. Vyrauja du pagrindiniai „sveiko“ ir „nesveiko“ gyvenimo stiliai, atitinkamai pirmasis – teigiamai įtakojantis psichinę ir fizinę sveikatą, kuriam priklauso poilsis, mankšta, judėjimas, emocijų valdymas ir mokėjimas reikšti emocijas socialiai priimtiniu būdu, sveikas maitinimasis ir pan. ir antrasis – įtakojantis neigiamai, kuriam priklauso nuolatinis stresas, emocijų slopinimas, vidiniai konfliktai, netinkama mityba ir kiti aspektai, kuriuos mini PSPS. Emocinis ir psichinis disbalansas, kaip teigia PSPS, remdamiesi biomedicinos mokslo atstovais, turi tiesioginės įtakos žmogaus organizmui, somatikai.

„Toliau sekantis dalykas ir ko gero pagrindinis dalykas, aš vistiek atkreipiu dėmesį į žmogaus gyvenimo stilių, kad vis tik jis pasižiūrėtų į tą gyvenimą ir kas tam gyvenime yra tokio, kad nu priverčia dekompensuotis jau organizmui. Tai būna tikrai labai įdomu, kai paprašai žmonių pagalvoti, kas jiems patinka, nuo ko jie atsipalaiduoja, nes jie jau būna niekuo neatsipalaiduoja, alkoholiu kartais, tai bandom tvarkyti iš tikrųjų gyvenimo būdą. Ta prasme, kad atsrastų normalus poilsis, atitrūkimas, atsitraukimas nuo tam tikrų situacijų, kad žmogus leistų sau truputį pailsėt. Mažintų spaudimą sau.“ (psichiatrė, psichoterapeutė Rūta, 45)

„...padedu pažinti žmogui save ir būdą, kaip jis gyvena. Tai tą ir darau nepaisant to, dėl kokių simptomų kreipiasi. Simptomų pašalinimas lieka kažkur fone. Susitelkiam ties tuo, kaip gyvena žmogus ir kaip jam sekasi gyventi ir kas problemiško tame, kaip jis gyvena.“ (psichologas, psichiatras Rimas, 34)

Interviu metu psichoterapeutai daug dėmesio skyrė psichoterapijos svarbai kaip gydymo būdui MNN pacientų/ klientų sveikimo procese. Psichoterapeutai MNN pacientų sveikatos problemoms įveikti psichoterapiją pripažįsta kaip efektyviausią, nors ir ilgiausiai besitęsiantį gydymo būdą/procesą. Psichoterapija paremta įvairaus tipo bendravimo ypatumais, kai psichoterapeutas padeda suprasti klientui, kodėl šį kamuoja tam tikros sveikatos problemos, padeda sąmoningai suprasti save ir savo kūną, savo emocijas taip pat pačiam suprasti savo kūno simptomus, susieti juos su tam tikrais gyvenimo etapais, gyvenimo būdu. Toks gydytojo – paciento santykis tampa santykiu pačiu su savimi, kai psichoterapeutas tampa reikalingas tam, kad klientas per psichoterapeutą pamatytų save, kurtų santykį su pačiu savimi, pažintų ir suprastų save, keltų sau klausimus. Psichoterapeutas atlieka tam tikrą veidrodžio funkciją, taip padėdamas klientui pažinti ir „pamatyti“ save.

„... aš esu giluminis psichoterapeutas ir mano terapija būna ilga, ilga ir... bet radikali <...> ... dažniausiai ilgai užtrunka, taip, bet kuo ilgiau truko ta bėda, jeigu ten metų metais, nu tai autonomizuojasi tas, atitrūksta nuo pirminės priežasties, kūnas turi tokią savybę autonomizuotis. Autonomiją įgaut. Bet toks siūliukas, voratinklis vistiek yra išlikęs. Su tikrąja priežastim.“ (psichiatras, psichoterapeutas Jonas, 65)

„Kartais buvimas. Žinai, būna tokių sesijų, kur nei jis ką pasako, nei aš ką pasakau. Nu ten... bet būna. Sako: „kokia prasminga sesija. Su niekuo taip jau negalima pabūti šiais laikais““. Aš

nebuvo kažkur tai, kad aš nešnekėjau, tai nereikia, kad aš nebuvo. Visas gyvas, aš lygiai taip pat pavargau. Kartais reikia pabūt su savo mintim, bet ne vienam. Kitą sykį aktyviai abu diskutuojam, kitą sykį aš aktyvesnis, kitą klientas. Čia kaip džiazą grot, nežinai kieno dabar artija bus. Turi stotis ir improvizuoti. Čia pajauti, kai jau groji, saksafonistas koks paima, atsistoja ir pradeda. Ir bet... čia vienkartinis. Jeigu tu jį užfilmavai, tai turi, antrą sykį jau taip neišeis. Ir visi kolegos supranta. Kolegos leidžia. Būgniniskas po biškį išlenda kažkaip tai ir visi supranta, kodėl jam kyla dabar impulsas. Pastoviai dabar tai eina diskusija, ar tai mokslas ar tai menas ta psichoterapija. Vieni kategoriškai už tai, kad tai mokslas, kiti kategoriškai už tai, kad tai menas. Ir yra viduriukas, kad tai mokslas ir menas. “ (psichiatras, psichoterapeutas Jonas, 65)

Paklausti, kaip PSPS galėtų apibūdinti standartinį pacientą, galima buvo pastebėti įvairių atsakymų, tačiau visus vienijo tam tikros bendros savybės. Pirmiausia PSPS nurodė, kad MNN pacientai dažnai būna veiklūs žmonės, gyvenantys „šiuolaikinio pasaulio“ ritme – skubantys, patiriantys stresą ir dažnai įsitempę, gyvenantys tam tikrą gyvenimo būdą, kuris žmogui ir žmogaus psichinei sveikatai yra žalingas.

„ ... standartinis pacientas, jeigu su psichosomatika, tai būtų pakankamai jauno amžiaus žmogus, nu tai yra sakykime nuo 25 iki turbūt 40, dažniausiai, metų. Tai va, kuris dažniausiai labai aktyviai gyvena kažkokį gyvenimą, tai yra daug dirba, kartais per kelias darbovietes, dažniausiai dar būna maži vaikai, kurie yra auginami, tai yra pakankamai įtemptą gyvenimą gyvenantis žmogus tuo momentu. Žmogus, kuris neturi normalaus poilsio iš tikrųjų. Žmogus, kuris yra užmiršęs tai, ką anksčiau mėgdavo daryti, nes dažniausiai kai jų klausai, ką jūs mėgstate veikti, sako aš mėgau, aš darydavau, ta prasme pas juos visi pomėgiai likę būna praeityje. Ta prasme dabartiniame gyvenime jie kaip ir neturi laiko, nes jie dirba, mokosi, dar kažką daro, gyvena aktyvų gyvenimą“ . (Psichiatrė, psichoterapeutė Rūta, 45)

„ Mintys labai garsios ir triukšmingos. Aš vienam klipe, <...> Ten ir atsakymas buvo, kas yra etiškai gyventi: „pritildyk savo minčių triukšmą, kad išgirstum širdies šnabždesį“ . Vat jeigu girdi širdies šnabždesį ir jo klausai, nors protas sako nesamone, arba dauguma sako, tai gyveni etiškai.“ (psichiatras, psichoterapeutas Jonas, 65)

„ Ir dažnai žmonės turi savy pojūtį ir dėl ko jie serga ir kas ne taip yra. Ir dažnai tai iškyla už visų psichologinių priežasčių, toliau stovi etiniai klausimai.“ (psichiatras, psichoterapeutas Jonas, 65)

„*Jo, kas ta širdis, nežinau, liaudiškai širdim vadina, gal smegenų dalis, gal fenomenas čia toks kažkoks didesnis, kas ta intuicija, širdis, kuri tyliai šnabžda, reikia labai nurimti, labai įsiklausyti. Dažnai žmonės bėga, lekia, skuba, nu matai, kas darosi, kokie tempai gyvenimo, kur ten jau įsiklausyti į... triukšmas aplinkui, net pati muzika kokio yra šiuolaikiška, tai kur jau ten įsiklausyti savo širdies šnabždesio. Bet jeigu tu nori pasveikti, iki šito būtina daėiti. Ir tada tu gauni, pats pasiėmi atsakymus, ko tau reikia. Aš nedalinu atsakymų. Dalint patarimus, atsakymus yra pigu ir ... ir nesąžininga, nes tai yra neteisinga, kiekvienas žmogus yra individualus.*“ (psichiatras, psichoterapeutas Jonas, 65)

Interviu metu apklausiant informantus, buvo galima pastebėti ir tam tikrą jų požiūrį į žmogų, sveikatos suvokimą, bei gydymo pasirinkimą. Platesnis požiūris į žmogų, gydymą, MNN ir daugiau biopsichosocialinis buvo tų PSPS, kurie turėjo psichoterapeuto išsilavinimą. Psichoterapeutai įvardijo, kad žmogus yra ne tam tikros sveikatos dalys, bet viena visuma, vadovavosi daugiau holistiniu požiūriu. Taip pat pripažino ir tai, jog nėra vieno tam tikro gydymo modelio, kuris tiktų kiekvienam klientui, nes kiekvienas žmogus yra skirtingas ir, nepaisant vienodų simptomų, gydymas turi būti suteikiamas atsižvelgiant į žmogų. Toks požiūris keičia gydytojo – paciento santykį į tokį, kuriame klientas (nebe pacientas) yra atsakingas už savo sveikatą, savijautą, gydymo veiksmus, sveikimo procesą.

„*Aš esu dabar tokiam etape, kad aš neskirstau psichikos, kūno ar psichosomatikos. Man viskas yra vienumoj. Sakau, tik procentaliai. Vienur, kad akivaizdu, neusitvarkęs savo gyvenimo, savo vidinio pasaulio žmogus niekad nepasveiks, kad ir ką ten bedarytų, kitu atveju matai, nu vat, kad jam padėtų.. prie bendro gydymo. bet tai visuma, holistinis požiūris.<...> Pas kiekvieną žmogų, nors ir tie patys sutrikimai, bet atsakymai nėra identiški. Vat kaip medžio lapai, šiti berželio, atrodo vienodi lapai, bet identiško nėra, nerasi <...> kiekvienas klientas man yra nepaaiškinamas. Kad būtų akademiškiau, fenomenas. Aš jam galiu dažnai, ne visada padėti, bet... suprasti jį iki galo, tai ne žmogaus protui. Labai ribotas žmogaus protas. Jau daugiau širdim, daugiau gali pajauti, negu protu suvokti. Tai vat su laiku, to nežinomumo, bet jis jau toks filosofinis, tai vis didėja*“ (psichiatras, psichoterapeutas Jonas, 65)

„*Taip, nepaaiškinama. Bet kaip šnekiesi su tuom žmogum ir kai jis papasakoja, tai žinai, supranti, kad jo ten dūšioj įvyko visa revoliucija.*“ (psichoterapeutas Jonas, 65)

„ ... mano nuomone tai neprofesionalu, duoti patarimus, parinkti receptą, ne vaistinį receptą, o kažkokį gyvenimo. (Tyli) Geriau užduoti tokį klausimą, kad žmogus susimąstytų. Kaip kad vienkartinis, prabėgelis. Tai tada šis tas. Kad jis susimąstytų aplamai dėl savo klausimo suformulavimo prasmės, teisingumo suformulavimo, kad jam kiltų daug daug klausimų. Vat čia ir yra konsultacija. “ (psichiatras, psichoterapeutas Jonas, 65)

„...mes kaip mašina, taigi varom, kol sugrius. O kai jau susergam, tai... bet tai ačiū Dievui, vadinasi kūnas ant tiek protingas, kad jisai sustabdė bent jau per ligą, nes kitaip varytume iki... iki mirties. Ir daugeliu atveju taip susieja... mūsų kūnas geriau už mus jaučia, kad turime sustot. Ir aišku mums geriau psichosomatika, negu rimta liga. Tai vat pradeda kažką skaudėti, kažkas darytis ir tu nori nenori turi sustot. Tu turi pagalvot, kad gal tu persimokai, gal perdaug baliavoji, dar ką nors darai, ar ignoruoji ten kokius poreikius, tik bandai užsimiršti, pasinerti... tas visada duoda kokį nors ženklą kūnas. Sunkiausia yra jį suprasti. Tai vat tam ir yra psichologas, kad būtų galima tirti tai.“ (psichologė, psichoterapeutė Ieva, 40)

2.4. Psichologų patirtys susiduriant su MNN pacientais

Psichologai, skirtingai negu psichiatrai, neskiria gydymo pacientui ir neturi nustatyti diagnozės, už ką yra atsakingi psichiatrai. Kaip teigė psichologas, dirbantis privačioje įstaigoje, apskritai psichologų darbas yra daugiau konsultuoti klientus, o ne gydyti, kas tampa nebe taip rizikinga pakenkti žmogui. Taip pat toks konsultavimas ir konsultanto – kliento bendradarbiavimas kuria kitokį santykį, negu gydytojo- paciento, būdingo poliklinikose dirbantiems psichiatriams ar psichologams. Tyrime dalyvavo tik du psichologai, vienas iš jų domėjosi psichoterapija, taigi ir jo požiūris, atsižvelgiant į tai, buvo panašus kaip ir minėtų ankstesnių psichoterapeutų. Tačiau psichologė Liepa (49), dirbanti Kauno psichikos sveikatos klinikose, skirtingai negu privatus psichologas teigė, jog ji MNN patiriančius žmones taip pat vadina pacientais, kadangi šie pacientai į klinikas patenka rekomenduojami ar siunčiami dažniausiai šeimos gydytojų ar kitų specialistų. Taigi, kaip matome, nepaisant PSPS srities ir išsilavinimo, labai svarbu su kokiomis MNN pacientų grupėmis susiduria PSPS, kokioje įstaigoje – privačioje ar valstybinėje, dirba:

„...kadangi čia yra gydymo įstaiga, tai ganėtinai retai žmonės ateina pasikonsultuoti pas psichologą dėl gyvenimo problemų. Dažniau žmonės ateina sirgdami gydytis. Ir tokių ...vieną tik

kartą... dažniausiai (pabrėžia), su visokiais skausmais, niežėjimais, tirpimais ir panašiais dalykais ne patys ateina pas psichologą, o būna atsiunčiami kitų gydytojų. Įvairių specialybių gydytojų, bet dažniausiai šeimos gydytojų ir jie atsiunčiami ne pas psichologą, o aplamai į psichikos sveikatos centrą, o kai ateina į psichikos sveikatos centrą, tai kartais pirmiau patenka pas psichiatrą, kartais pirmiau patenka pas psichologą, ten būna įvairiai, nes pas mus galima čia nuo bet kurio galo pradėt. Kaip jau registratūra pareguliuoja, arba kaip pats žmogus nori, taip ir patenka.“
(psichologė, dirbanti Kauno psichikos sveikatos klinikose)

3. PSPS PATIRČIŲ PANAŠUMAS SUSIDURIANT SU MNN PACIENTAIS

3.1. Diagnozavimas

Dalis PSPS teigė, jog psichosomatikos diagnozavimas vyksta „atmetimo“ principo būdu. Nepaisant, ar reikia nustatyti diagnozę, ar klientas ateina privačiai konsultuotis, PSPS simptomus, kuriuos išsako pacientas/klientas sieja su psichologine ir emocine paciento / kliento būseną, taip pat šią būseną ir pasireiškiančius simptomus susieja su gyvenimo būdu, elgsena ir gyvenimo įvykiais. PSPS dažniausiai klausinėja ir nori sužinoti apie tai, kokius biomedicininis tyrimus yra atlikęs MNN pacientas, kokia yra žmogaus somatinė būklė. Įsitikinimas, jog žmogaus somatinės kūno problemos neturi medicininio pagrindo, nurodo didelę tikimybę, jog negalavimai yra psichosomatinės kilmės.

„Pilvaskaudis reiškias jau viskas ištyrinėta ir nieko ten nėra. Ir vis tas pats kartojasi. Arba širdžiaskaudį. Arba galvaskaudį.“ (psichiatras – psichoterapeutas Jonas, 65)

„Man, kaip praktikoje, psichosomatika yra iš tikrųjų kai pacientas išsako įvairius simptomus, kurie sakykim nepaaiškinami tuo metu atliktais nu visais tyrimais (biomedicininiais). Na kai nei laboratoriniai nei instrumentiniai tyrimai nerodo nieko. Ir jeigu aš susieju visgi tuos simptomus su jo vienokiom ar kitokiom psichologinėm būsenom, tai yra jo kažkokiom nerimo, jo galbūt depresinė simptomatika, kartais charakterio akcentuacijos dalykais. Tai va, tai tokiu atveju jeigu aš randu sąsajas tarp kažko psichikoje ir egzistuojančių vat tų somatinių nusiskundimų, ir jeigu tie somatiniai nusiskundimai tikrai nepaaiškinami kitomis priežastimis, tai tada aš tai vertinu kaip psichosomatiką.“ (psichiatrė, psichoterapeutė Rūta, 45)

Psichiatrai diagnozę paskiria, kaip jau buvo minėta, vadovaudamiesi LLK tarptautine ligų klasifikacija, tačiau, kadangi simptomai nėra paaiškinami mediciniškai, šie MNN pacientai, kaip teigia PSPS, būna dažnai nukreipiami biomedicininiam ištyrimui, dažnai netgi pakartotiniam, kad būtų įsitikinta, jog tikrai nėra biomedicininės priežasties (psichoterapeutai taip pat rekomenduoja išsirtinti mediciniškai, pripažįsta kompleksiską gydymą). Taip pat psichiatrai neskuba diagnozuoti psichosomatinių sutrikimų, kadangi, pasak PSPS, pacientui, turinčiam diagnozuotą psichosomatinį sutrikimą, biomedicininiam modelyje, norint atlikti tam tikrus biomedicininis tyrimus, kiti specialistai turi tam tikrą požiūrį į „tokį“ pacientą, kurio simptomai nėra mediciniškai paaiškinami:

„Nu vat, dabar tie nepaaiškinami simptomai, tai čia būtų iš neurozinių sutrikimų, ai tiesa, tai gali būti nebūtinai, kad tai yra neuroziniai dalykai, tai yra visom psichikos ligoms būdingi ir gali būt daug ir somatinių ligų būdingi tie tokie nepaaiškinami simptomai. Kada nėra medicininės priežasties. Dėl to pirmiausiai turbūt verta apeit visus tyrimus, visus gydytojus, jeigu yra tokie simptomai, nes šansų yra, kad gali kažką rast. Ir tai reikia darytis reguliariai. Nesvarbu, kad vienąkart nerado, jeigu skausmai yra kažkokioj vienoj kūno vietoj, tai vistiek padaryt reik tą tyrimą, nes vistiek neatmetama, kad gali kažkas išsivystyt. Kadangi tyrimų kaina yra žymiai mažesnė, negu paskui ligos gydymo kaina, jeigu tai yra opa, jeigu tai yra vėžys, kažkas tai tokio. Nes nurašyt viską psichiatrinėm problemom tai irgi yra per didelė grėsmė. <...> net jeigu yra ir psichosomatiniai simptomai, mes negalim atmet, kad tikrai nėra kūno bėdų“ (psichiatrė Miglė, 48)

„Priėmimo skyriui mes niekada nerašom šitos diagnozės, nes jeigu tu uždėsi šitą tokią vat diagnozę, somatoforminio, tai automatiškai mes susiduriame su kita problema, kad terapinio profilio gydytojai linkę tokius pacientus nuvertinti ir tada jų rimtai netiria. Ai, taip. Iškart, jeigu turi tą diagnozę, tai jokio ten detalaus ištyrimo tada.“ (psichiatrė Miglė, 48)

3.2. Racionalus gydymo būdo pasirinkimas PSPS požiūriu

Prieš skirdami gydymo būdą, PSPS įvertina tam tikras aplinkybes, kurias įvardina kaip būtinas, norint padėti pacientui įveikti sveikatos problemas nepažeidžiant „Hipokrato“ priesaikos. Visų pirma, ką įvardino PSPS yra MNN paciento pažinimas. Kaip teigia PSPS, kiekvienas pacientas yra individualus ne tik savo sveikatos problemomis ir emocine būkle, bet ir požiūriu, gyvenimo būdu, apskritai savo žmogiška būtimi. Skiriant gydymą labai svarbu pirmiausia suprasti MNN pacientą, jo lūkesčius, todėl dažnas PSPS pirmiausia kalbasi su MNN pacientu, nusistato tam tikrus rezultatus ir sutaria (abipusiu sutarimu) ar sudaro tam tikrą gydymo planą.

„...visos būsenos yra sąveika trijų dalykų. Tai yra biologinės dalies, psichologinės ir socialinės, tai mes stengiamės su tais žmonėmis ir aptarti visas tas dalis. Tai sakysim ką darom su biologine dalimi. Tai jeigu iš tikrųjų yra sakysim... matai, kad yra labai daug nerimo, dar kartais būna panikos atakos ar kažkas panašaus, ir jeigu žmogus labai nori, ir jeigu matai, kad nelabai susitvarkysi be medikamentų, aš skiriu tiesiog medikamentus. Tai gali būti tiesiog antidepresantai,

dažniausiai, arba trumpam vartojimui tie benzobezipinai, bet benzobezipinus retai stengiuosi skirti, nes žmonės labai pripranta paskui greitai prie jų.“ (psichiatrė, psichoterapeutė Rūta, 45)

Kiekvienas PSPS renkasi tokį gydymą, kuris atrodo racionalus pačiam PSPS, t.y PSPS sprendžia MNN paciento sveikatos problemas pagal, pirmiausia, galimybes, taip pat pasikliaudamas savo požiūriu, pasaulėžiūra ir atsižvelgdamas į kiekvieną MNN pacientą ir šio poreikius. Simptominis gydymas būdingas psichiatrams ir tiems PSPS, kuriems svarbu pasiekti greitą rezultatą ar numalšinti simptomus; giluminis gydymas, psichoterapinis gydymas būdingas psichoterapeutams, kadangi jie yra paruošti atlikti psichoterapiją. Kiekvienas PSPS pagal savo požiūrį nusprendžia ir svarsto, kiek naudinga, efektyvu tam tikram pacientui/klientui paskirti tam tikrą gydymą ar nukreipti specializuotam gydymui pas tam tikrus kitus įvairius specialistus.

3.3. Problemos, su kuriomis susiduria PSPS

Visų pirma, PSPS teigė, jog vienas svarbiausių komponentų žmogaus psichinės sveikatos gydyme yra paties žmogaus noras pasveikti ir motyvacija. PSPS teigė, jog dalis žmonių, ypač ateinančių gydytis į privačias gydymo įstaigas, dažnai patenka jau su tam tikromis žiniomis ir pakankamai motyvuoti. Kaip akcentavo PSPS, dirbantys privačiose įstaigose, dažnai klientai ateina su tam tikromis žiniomis apie psichinę sveikatą ir psichinės sveikatos įtaką somatinei žmogaus daliai, tačiau dalis klientų, kaip teigia PSPS patenka nežinodami, kodėl pateko būtent pas PSPS. Tai ypač būdinga žmonėms, nukreiptiems ar rekomenduotiems šeimos gydytojų ar kitų gydytojų specialistų, taip pat vyresnio amžiaus žmonėms. Šie pacientai nesuvokia ar nepripažįsta gyvenimo būdo, streso, psichologinių problemų ir kūno simptomų sasajos. Taigi vienas iš pagrindinių sunkumų, su kuo susiduria ir įvardija visi PSPS, yra vyraujantis žmonių, įpratusių prie biomedicininio sveikatos modelio, mentalitetas. Informantė Rūta pasakoja, jog dalis žmonių sunkiai priima mintį, kad psichika ir kūnas yra susiję. Tokie žmonės, kurių sutrikimai yra psichosomatinės kilmės, bet pasireiškiantys somatinių sutrikimų būdu, dažnai tiki, jog už psichinę sveikatą jie yra atsakingi patys, priskiria sau, o kūną priskiria medicinai, už kūną tiki, jog atsakingi ne jie, ne jų psichika, o medicina ir atskiria šiuos du elementus.

„, Todėl, kad , pirmas dalykas, keistas žmonių įsitikinimas, kad viskas <...> kas vyksta su psichika, turi būti valdoma paties žmogaus, vadinasi, jeigu kažkas darosi su kūnu, tai čia nieko bendro nėra su psichika. Psichiką aš valdau gerai, o čia kūnas atskirai, ir kažkas kažko neranda. Tai va, žmonės

skaito įvairius dalykus, ir priklauso nuo to, į ką jie fiksuojasi, jeigu tu, kaip pasakyt, nenori pripažinti, kad tavo kokia nors problema yra susijusi su tavo psichologine būseną, tai tada prisikabinsi prie bet kokių kitų dalykų. Prie vitaminų, prie skydliaukės, prie dar kokių nors hormoninių pokyčių ir ieškosi toliau. Ir šiuolaikinė medicina leidžia knistis giliau ir giliau. “ (psichiatrė, psichoterapeutė Rūta, 45)

3.4. MNN pacientų pas PSPS patekimas ir tvarka

Pirmiausia, kas buvo pastebėta, jog labai skiriasi patekimo tvarka privačiose ir valstybinėse klinikose. MNN pacientai, eidami pas privačius PSPS, dažniausiai ateina rekomenduojami ir sukaupę tam tikros informacijos apie kūno ir psichikos priklausomybę, taip pat tokie pacientai yra daugiau motyvuoti ir turintys tam tikrą platesnę suvokimą apie psichosomatiką. Su tam tikra problema susiduria PSPS, dirbantys ne privačiose gydymo įstaigose, kur pacientai nukreipiami pas PSPS šeimos gydytojų ar kitų specialistų. Tokie pacientai laikomi „pacientais“ ta prasme, jog šie žmonės ateina gydytis būtent savo simptomų ir dažnai tikisi simptominio gydymo bei didelę dalį atsakomybės nukreipia PSPS, kur, kaip teigia PSPS, psichosomatikos atvejais paciento atsakomybė gydymo metu yra neatsiejama gydymo dalis:

„...kadangi čia yra gydymo įstaiga, tai ganėtinai retai žmonės ateina pasikonsultuoti pas psichologą dėl gyvenimo problemų. Dažniau žmonės ateina sirgdami gydytis. <...> dažniausiai šeimos gydytojų ir jie atsiunčiami ne pas psichologą, o aplamai į psichikos sveikatos centrą, o kai ateina į psichikos sveikatos centrą, tai kartais pirmiau patenka pas psichiatrą, kartais pirmiau patenka pas psichologą, ten būna įvairiai, nes pas mus galima čia nuo bet kurio galo pradėti. Kaip jau registratūra pareguliuoja, arba kaip pats žmogus nori, taip ir patenka.“ (psichologė, dirbanti Kauno psichikos sveikatos klinikose)

Taigi, apklaustieji informantai išskyrė pagrindinius 2 patekimo pas PSPS būdus. Pirmasis, kai pacientai/klientai, jaučiantys MNN yra nukreipiami ar rekomenduojama šeimos gydytojų ar kitų medicinos specialistų. Šiuo atveju dauguma patekusiųjų, priskirtų šiai grupei asmenų dažnai nesupranta, kodėl buvo nukreipti pas PSPS, kokių tikslu buvo nukreipti ir dažnai neturi pakankamai žinių, kaip kūnas ir psichinė sveikata yra susiję. PSPS, kurie susiduria su šia asmenų grupe, pirmas ir svarbiausias darbas yra suteikti informaciją, paaiškinti priežastis ir leisti pacientui suprasti, kodėl pacientas buvo atsiųstas/rekomenduotas būtent pas PSPS, nors jaučia somatinius

negalavimus. PSPS darbas yra ne tik paaiškinti, kaip psichinė sveikata yra susijusi su kūnu, ar kaip psichinė sveikata daro įtaką somatizacijai, bet ir turi įtikinti pacientą/klientą, kad šiam reikalinga psichologinė/psichiatriinė ar psichoterapeutinė pagalba, t.y. reikalinga stiprinti psichinę sveikatą, norint „išgydyti“ fizinius negalavimus, ar diagnozuotas somatinės „ligos“. Ši pas PSPS nukreiptųjų pacientų kategorija yra išskirtinė ir tuo, jog dažnai šie asmenys jau būna apsilankę pas įvairių sričių specialistus ir atlikę įvairius tyrimus, kurių pagalba, kad ir kiek būtų atlikta, nerandama somatinės ligos priežastis. PSPS dažnai naudoja atmetimo principą priimdami tai, jog tyrimai nerodo somatinės „ligos“ priežasties ir pagal tai nusprendžia, kad somatinių negalavimų priežastys gali būti psichologinės kilmės. Taip pat PSPS pripažįsta, jog net jeigu somatinių negalavimų kilmė yra ne psichosomatinė, psichinės sveikatos stiprinimas padeda jaustis žmogui sveikesniu psichologiškai ir dažnai prisideda prie žmogaus bendros sveikatos gerinimo, todėl visus patekusius pacientus/klientus „gydo“, konsultuoja neatsižvelgdami į gydytojų diagnozes, tiesiog priimdami žmogų kaip individą, atsižvelgdami į jo esamą situaciją, santykius, stengiasi suprasti, ko pacientui/klientui reikia, atsižvelgia į paciento/kliento poreikius.

Esmė yra tai, jog PSPS konsultuoja visus pas juos patekusius asmenis ir daugiau atsižvelgia ne į diagnozuotas somatinės ligas, o dialogo, bendravimo būdu kalbasi su pacientu/klientu ir pirmas uždavinys, kurį PSPS įvardija kaip svarbiausią – yra suprasti pacientą, išsiaiškinti jo poreikius ir padėti stiprinti paciento pirmiausia psichinę sveikatą, nepaisant šis žmogus turi fiziologinių nusiskundimų, ar ne. PSPS koncentruojasi į individo psichinę, emocinę, dvasinę sveikatą, fizinę sveikatą palikdami biomedicinos specialistams.

„jeigu jie jau ateina pas psichiatrą, dažniausiai jau jie ir galvoja (kad pacientų sutrikimų kilmė psichosomatinė). Nes tie, kurie negalvoja, tai jau jie ir neateina. Jie toliau eina sekantį raundą pas visus kitus specialistus. Vėl darosi dar tikslesnius tyrimus ir toliau ieško. Tie, kurie vistiek pagalvoja, kad gal tai gali būti susiję, pasiskaito internete, randa tam tikros informacijos, jie ateina jau su ta mintim, kad jau gali būti susiję, tik jie visą laiką turi klausimų kaip tai yra susiję? Nes nu jie galvoja, kad jų psichika ir jų kūnas yra du atskiri dariniai.“ (psichiatriė, psichoterapeutė Rūta, 45)

„ Tai yra žmonės, du variantai – vieni ateina jau su tais ištyrimais, kiti ateina jau kažkodėl iš karto pas psichiatrą <...> Šeimos gydytojai pas psichiatrus nukreipinėja pakankamai retai mano manymu. Ir pacientų, bent jau pas mus, tai sakykim 90 procentų ateina nenukreipti, jie ateina patys“ (psichiatrė, psichoterapeutė Rūta, 45)

Antrasis pas PSPS patekimo būdas yra toks, kai MNN pacientas/klientas ateina pats, ne nukreipiamas gydytojų bet rekomenduojamas pažįstamų ar žmonių, kurie jau yra lankęsi pas PSPS ar pataria apsilankyti. Dažniausiai toks patekimo būdas būdingas privačioms klinikoms, kur žmonės moka už apsilankymus turi susimokėti, kas rodo jų pasiryžimą ir motyvaciją, tačiau tokių pacientų pasitaiko ir valstybinėse klinikose.

„ ...tada jie pradeda tirtis, jie atlieka visus įmanomus tyrimus, laboratorinius, aš esu turėjęs keletą pacientų, kurie yra pasidarę užsienyje visų vitaminų nustatymą savo organizme, realiai ir nerado jokių, jokio disbalanso. Tai yra jie praeina visus specialistus, visus tyrimus ir realiai gauna atsakymą, kad jie yra sveiki. Remiantis visais tyrimais. Tačiau savijauta išlieka bloga, ir tada arba žmonės ieškosi patys atsakymų, iš mass medijos, ta prasme spaudoje, internete, arba pasako, užsimena kas nors iš specialistų, sako jums ko gero reikėtų pas psichiatrą. Retai kada tas specialistas parašo siuntimą pas psichiatrą, bet užsimint, užsimena. Ir tada tie žmonės ateina.“ (psichiatrė, psichoterapeutė Rūta, 45)

3.5. PSPS kaip pacientų su somatiniais negalavimais patirtys

Dalis PSPS interviu metu papasakojo savo patirtis, kai patys buvo skundęsi įvairiais somatiniais negalavimais, bei pasidalino savo išgyjimo istorijom. Šios patirtys tam tikra prasme prisidėjo prie PSPS požiūrio į gydymą, kūną ir sveikatą. Psichoterapeutas Jonas pasidalino savo vaikystės istorija, kai chirurgas, užuot paskyręs apendicito operaciją, pacientui Jonui suteikė pačiam pajusti, ar operacija reikalinga ir psichoterapeuto Jono patirtis rodo, jog jis pats, būdamas pacientas, atrado atsakymą, pagrįstą ne racionaliu pasirinkimu, bet tam tikru pojūčiu, kurį žmogus, kaip pacientas, gali/turi suprasti pats, taip prisiimdamas tam tikrą atsakomybę. Taip pat vienas iš informantų teigė, jog pats, sirgdamas tam tikromis somatinėmis ligomis, kurias vėliau pripažino kaip psichosomatines, teigė, jog išsigydė pats:

„ Sako (chirurgas) : „Tu vat nugrimzk į save, pajausk, operuot ar ne tave “ Ir savo nuostabai aš pasakiau: „operuot“. Galvoju, ką aš pasakiau dabar? Gi aš norėjau kad ne. Ir operavo ir rado

flegmoninį apendicitą, tai yra supūliavusį, jeigi jisai būtų trūkęs, tai cepsis būtų buvęs. Tai va.. suprantat, chirurgai... jis nesakė: „taip, man viskas aišku“. Nes tikrai nebuvo aišku. Bet jis ir nepaleido manęs: „Gerai, eikit. Rytoj ateisit pasirodyt“. Sako: „Tu pajusk“ (psichiatras, psichoterapeutas Jonas, 65)

„ Relaksacija yra naudinga tiek, kiek žmogus išmoksta pats ją atlikt. Save relaksuot kiek. Aš pavyzdžiui save esu pasigydęs, gastritą... chronišką... relaksacija, pats. “ (psichologas Tomas, 54)

DISKUSIJA

PSPS, susidurdami su MNN pacientais, juos priima ir elgiasi su MNN pacientais pagal esamą išsilavinimą, tam tikrą asmeninę patirtį bei gydymo įstaigą, priklausomai nuo to, ar tai yra privati ar valstybinė gydymo įstaiga. Nors ligos ir paciento samprata yra išties suprantama daugiau biopsichosocialiniu požiūriu nei biomedicininio požiūriu, kaip tai įvardina PSPS ir yra pripažįstama, jog žmogaus sveikata yra įtakojama aplinkos bei psichologinių faktorių, tačiau praktiškai biopsichosocialinis požiūris vis dėl to yra paplitęs daugiau tik tų PSPS tarpe, kurie domisi psichoterapija ar turi įgiję psichoterapeuto išsilavinimą. Dažnais atvejais PSPS vis dar taiko biomedicininio požiūrio elementus, ypač valstybinėse įstaigose gydytojai dažnai ieško simptomų ir somatinės priežasties, kūno ir somatikos ištyrimas tampa svarbiausias norint diagnozuoti ligą ir paskirti gydymą, kuris dažnai būna simptominis ir biomedicininis. Ypač tokioje pozicijose atsiduria psichiatrai, neturintys psichoterapeuto išsilavinimo, kas verčia šiuos PSPS koncentruotis ties žmogaus somatiniais simptomais ir taikyti tokį pat simptominį gydymą. Taip psichosomatiniai negalavimai tampa medikalizuojami, jiems nustatyti pasitelkiamos įvairios technologijos, diagnozavimas vyksta „atmetimo“ principu, pirmiausia ištiriant pacientą atliekant visus prieinamus biomedicininis tyrimus.

Kalbant apie psichoterapeutus, o ypač PSPS, dirbančius privačiose įstaigose, kur pacientas įgauna kliento vaidmenį, o gydytojas įgauna konsultanto – padėjėjo vaidmenį, psichoterapeutų požiūris yra platesnis, lyginant su psichiatrais, ar PSPS, dirbančiais valstybinėse įstaigose. Šiuo atveju gydytojo – paciento santykiai įgauną bendradarbiavimo pobūdį, o pacientas (šiuo atveju klientas) tampa atsakingas už savo sveikatą, įgauna daugiau atsakomybės negu psichiatro kabinete. Nors psichosomatinių sutrikimų diagnozavimas visų PSPS grupių yra vertinamas panašiai - „atmetimo“ principu, tačiau psichologai/psichoterapeutai, t.y. tie PSPS, kuriems nereikia nustatyti diagnozės, gali labiau negu psichiatrai atsiriboti nuo biomedicininio požiūrio ir kūno simptomatiką sieja su psichologiniais veiksniais, didesnę dalį dėmesio skirdami žmogaus emocijų nagrinėjimui, žmogaus požiūrio supratimui. Psichoterapeutai kaip pagrindinį gydymo principą įvardiją psichoterapiją ir kliento tarpusavio santykius teigdami, jog tai yra svarbiausi, nors ir sudėtingiausi ir daugiausiai pastangų eikvojančys procesai, psichoterapijų metu tiek klientas, tiek psichoterapeutas turi atlikti tam tikras socialines funkcijas, suprasti vienas kitą, įgauti pasitikėjimą, išmokti bendradarbiauti ir reikšti emocijas bei suprasti save. Psichoterapeutai teigia, jog nors

psichoterapija yra ilgas ir sudėtingas procesas, tačiau, kaip pripažįsta informantai (visos PSPS grupės), psichoterapija yra ir vienas veiksmingiausių gydymo metodikų, kurios ne tik galėtų, bet ir turėtų būti taikomos kompleksiskai gydant psichosomatinius simptomus.

Kaip pagrindinę problemą, su kuria susiduria PSPS, informantai įvardino pačių pacientų/klientų, ypač atsiųstų ar rekomenduotų pas PSPS kitų specialistų, nenorą ir psichosomatikos nepripažinimą. Kitaip tariant, PSPS įvardina tai, jog patys pacientai (tam tikra jų dalis) nenoriai pripažįsta somatinių simptomų ir psichologinių aspektų sąsają. Galima teigti, jog ši dalis pacientų yra iššūkis PSPS, norint įveikti šių pacientų sveikatos problemas susiduriama su tam tikru jų požiūriu, kuris yra artimas biomedicininiam sveikatos modeliui. Tokius pacientus PSPS vadina „sunkiais“ pacientais, kurie reikalauja detalaus ir pakartotinio biomedicininio ištyrimo bei sunkiai suvokia psichoterapijos naudą fiziniam kūnui ir somatinei simptomatikai. Tokiems pacientams PSPS dalį susitikimų laiko skiria ne tiesioginiam gydymui, o aiškinimui, bendram lavinimui apie tai, kodėl jie buvo nukreipti būtent pas PSPS ir galimus sveikatos problemų sprendimo būdus. Tokie pacientai, kaip teigia informantai, yra pretenzingi ir dažnai apsunkina gydytojo – paciento santykį, neprisiimdami atsakomybės patys už savo sveikatą.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Barker, K. 2005. *The Fibromyalgia Story*. Philadelphia: Temple University Press
2. Baltrušaitytė, G.; Leonavičius, V.; Raila, G.; Naujokaitė, I; Valius, L. 2013. *Kultūra ir visuomenė*. „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai ir paciento elgsena sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu: prastos savijautos socialinio pateisinimo paieškos“. Socialinių tyrimų žurnalas Nr. 4 (1). Vytauto Didžiojo Universitetas, Sociologijos katedra, Kaunas.
3. Baltrušaitytė, G. 2003. *Sociologija*. „Sveikatos sociologija“. Vytauto Didžiojo Universitetas, Sociologijos katedra, Kaunas.
4. Bergeris, P. 1995. *Sociologija*. Kaunas: Litterae Universitatis
5. Creed, F.; Henningsen, P.; Fink, P. 2011. *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress*. Cambridge University Press.
6. Daubaras G. 2001. *Depresija, nerimas ir somatoforminiai sutrikimai. Diagnostika ir gydymas*. Vilnius, Pharmacia.
7. Foucault, M. 1973. *The Birth of the Clinic*. British Library Cataloguing in Publication Data.
8. Giddens, A. 2005. *Sociologija*. „Kūno sociologija: sveikata, ligos, senėjimas“. Poligrafija ir informatika, Kaunas.
9. Lapkauskienė, N. 2004. *Psichikos sveikatos sutrikimai ir slaugos pagrindai*. Mokomoji knyga. Vilniaus kolegija, sveikatos priežiūros fakultetas, slaugos katedra. Vilnius.
10. Leonavičius, V.; Norkus, Z.; Tereškinas, A. 2005. *Sociologijos teorijos*. Vadovėlis. VDU leidykla.
11. Leonavičius, V.; Baltrušaitytė, G.; Naujokaitė, I. 2007. *Sociologija ir sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas*. Vytauto Didžiojo Universitetas, Sociologijos katedra, Kaunas.
12. Leonavičius, V.; Baltrušaitytė, G.; Raila, G.; Naujokaitė, I; Valius, L. 2013. *Kultūra ir visuomenė*. „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai vėlyvosios modernybės / postmodernybės socialinių teorijų požiūriu“. Socialinių tyrimų žurnalas Nr. 4 (1). Vytauto Didžiojo Universitetas, Sociologijos katedra, Kaunas.
13. Naujokaitė, I. 2010. *Kultūra ir visuomenė* „Mediciniškai nepaaiškinami simptomai sveikatos priežiūros sistemose“. Socialinių tyrimų žurnalas Nr. 1 (2). ISSN 2029-4573, Vytauto Didžiojo Universitetas, Sociologijos katedra, Kaunas.
14. Peveler, R., Kilkenny, L., Kinmonth, A.L. 1997. *Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion*.

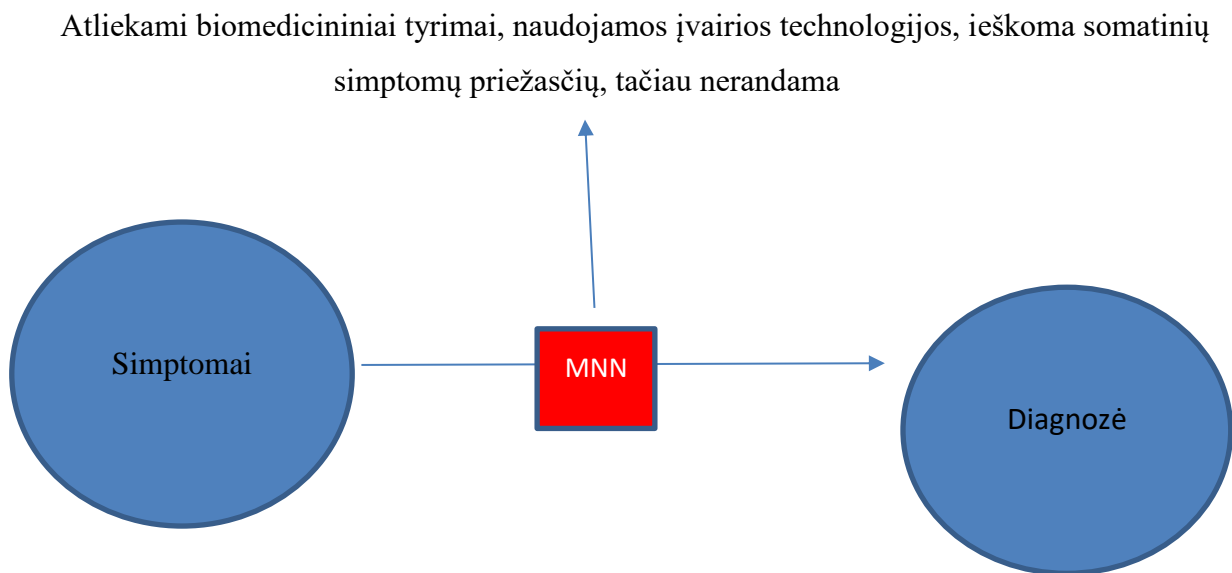
US National Library of Medicine National Institutes of Health. *J Psychosom Res.* Mar. 42(3):245-52.

15. Raila, G.; Leonavičius, V.; Baltrušaitytė, G.; Naujokaitė, I; Valius, L. 2013. *Kultūra ir visuomenė*. „Tarptautinė ligų klasifikacija ir mediciniškai nepaaiškinami negalavimai“. Socialinių tyrimų žurnalas Nr. 4 (1). Vytauto Didžiojo Universitetas, Sociologijos katedra, Kaunas.
16. Respublikinė konferencija. 2003. *Psichosomatika: įvairių medicinos sričių ir psichiatrijos sąlyčio taškai*. Kaunas, KMUK.
17. Salvador, M.; Bernice L. Rosman; Baker, L.; 1978. *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Harvard University Press.
18. Shorter, E. 1993. *From Paralysis to Fatigue. A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*. The Three Press, New Yourk.
19. Speckens, A.E., van Hemert, A.M., Spinhoven, P., Hawton, K. E., Bolk, J. H., Rooijmans, H. G. 1995. *Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial*. US National Library of Medicine. National Institutes of Health. *BMJ*. 1995 Nov 18; 311(7016): 1328–1332.
20. Voronaja, N. 2010. „Nervų ir psichikos ligos“ *Aktualijos*. Nr. 1 (45)
21. Wilson, E. A. 2004. *Psychosomatic: Feminism and the Neurological Body*. Duke University Press; Durham, London.
22. Wikman A., Marklund S., Alexanderson K. (2005) „*Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health*“. *J Epidemiol Community Health*.
23. Zavestoskia, Stephen., Brownb, Phil., McCormickb, Sabrina., Mayerb, Brian., D’Ottavib, Maryhelen., Lucoveb, C. Jaime. 2004. *Patient activism and the struggle for diagnosis: GulfWar illnesses and other medically unexplained physical symptoms in the US*. *Social Science & Medicine* 58, 161–175.
24. Bačinina, B. 2012. *Psichologas, psichoterapeutas ar psichiatras. Ką tai reiškia?* Medicinos centras Neuromeda. Internetinė nuoroda: <http://www.neuromeda.lt/psichologas-psichoterapeutas-ar-psichiatras-ka-tai-reiskia/> [žiūrėta: 2016-11-16]
25. Bartaševičiūtė, A. 2013. *Apie simptomus, kurie neturi medicininės priežasties*. Internetinė prieiga: http://www.vlmedicina.lt/lt/apie-simptomus-kurie-neturi-medicinines-priezasties#dienos_klausimas [žiūrėta: 2016-06-21]
26. Bierontienė, Danutė. Baliutavičienė, Dalia. Baranauskaitė, Asta. Barauskas, Giedrius. Belickas, Juozas. Bumblytė, Arūnė Inga. Daubaras, Gintautas. Endzinas, Žilvinas. Gailienė, Danutė. Germanavičius, Arūnas. Gerulis, Viktoras. Gintautas,

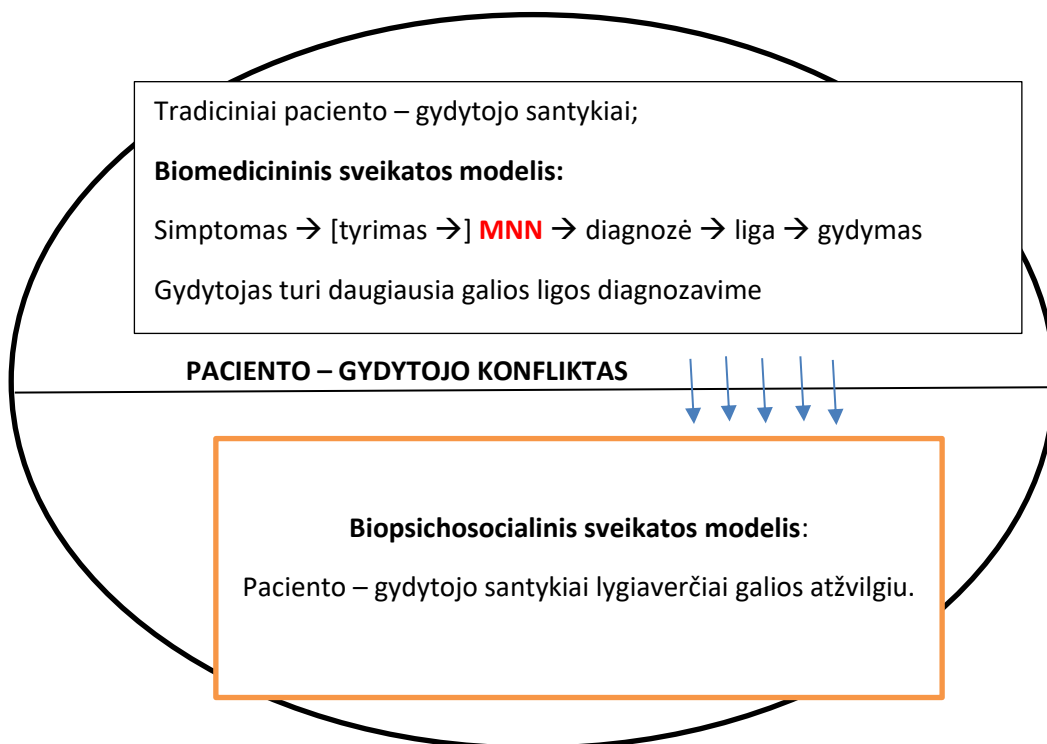
- Vladas. Griniūtė, Rasa. Gudas, Rimtautas. Jievaltas, Mindaugas. Kalesinskas, Romas Jonas. Kaltenis, Petras. Kavoliūnienė, Aušra. Kiudelis, Mindaugas. 2008. *Šiuolaikinė medicina*. Kauno medicinos universiteto leidykla, Kaunas. Internetinė prieiga: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:B.03~2008~ISBN_978-9955-15-119-7/DS.001.0.06.BOOK [žiūrėta: 2016-07-04]
27. Černiauskienė, Erika; dr. Neverauskas, Julius. 2012. *Kognityvinė ir elgesio terapija (KET) – sėkmės lydimas kelias į pasveikimą*. Nervų sistemos tyrimų centras „Neuromeda“. Internetinė prieiga: <http://www.neuromedicina.lt/kognityvine-ir-elgesio-terapija-ket-%E2%80%93-sekmės-lydimas-kelias-i-pasveikima/> [žiūrėta: 2017-04-09]
28. Dembinskas A. 2003. *Psichiatrija*. Vilnius. Internetinė prieiga: <https://www.scribd.com/doc/207907113/Dembinskas-Psichiatrija> [žiūrėta: 2016-04-07]
29. Gudaitė, G. 2009. *Asmenybės pokyčiai: sąlygos, procesai ir vertinimai*. Habilitacijos procedūrai teikiamų mokslinių darbų apžvalga. Socialiniai mokslai, Psichologija (06 S). Vilnius. Internetinė prieiga: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2009~D_20090526_151816-32778/DS.005.0.01.ETD [žiūrėta: 2016-06-29]
30. Šablevičius, M. 2012. *Psichiatras, psichologas, psichoterapeutas: kas ką diagnozuoja ir gydo. Gyd. psichiatro M.Šablevičiaus kabinetas*. Vilnius. Internetinė prieiga: <http://www.psichiatras.lt/psichiatras-psichologas-psichoterapeutas-kas-ka-diagnozuoja-ir-gydo> [žiūrėta: 2017-03-19]
31. TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas. Internetinė prieiga: <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/5skyrius.html> [žiūrėta: 2016-03-19]
32. Viliūnienė, R. 2014. *Psichoterapijos pagrindai*. Internetinė prieiga: <http://web.vu.lt/mf/r.viliuniene/files/2015/05/MF-V-k-psiterap-pask-2015.pdf> [žiūrėta: 2017-03-19]
33. Vilniaus psichoterapijos centras, 2007. *Kaip vyksta psichoanalitinė psichoterapija?* Copyright. P I I T. Web Design Studio. Vilnius. Internetinė prieiga: <http://www.psichoterapijoscentras.lt/paslaugos.html> [žiūrėta: 2016-07-10]
34. Vilniaus psichoterapijos centras, 2007. *Psichosomatiniai sutrikimai*. Copyright. P I I T. Web Design Studio. Vilnius. Internetinė prieiga: http://www.psichoterapijoscentras.lt/mes_gydomė_12.html [žiūrėta: 2017-02-23]
35. Alford, B. A.; Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York, NY: Guilford Press.

PRIEDAI

Priedas nr. 1. Schema: MNN vieta biomediciniame modelyje



Priedas nr. 2. Schema: Sveikatos modelio kaita iš tradicinio biomedicininio į biopsichosocialinį:



Priedas nr. 3 Informantų charakteristikos lentelė:

Nr.	Vardas *	Amžius	Išsilavinimas	Darbo pobūdis
1	Jonas	65	vaikų ir paauglių psichiatras, egzistencinis psichoterapeutas Turi Europos Psichoterapijos Asociacijos sertifikatą	Privati klinika Vilniuje. Anksčiau dirbęs Šiaulių psichosomatikos poskyry
2	Rūta	45	Gydytoja psichiatrė - psichoterapeutė, neurologė. Individuali psichodinaminė psichoterapija;	Privati klinika Kaune
3	Miglė	48	Gydytoja – vaikų ir paauglių psichiatrė	Privati klinika Kaune
4	Ugnė	46	Psichiatrė - psichoterapeutė	Privati klinika Kaune
5	Jonas	65	vaikų ir paauglių psichiatras, psichoterapeutas	Privati klinika Vilniuje. Anksčiau dirbęs Šiaulių psichosomatikos poskyry
6	Rasa	40	Gydytoja - psichiatrė	Kauno psichinės sveikatos klinikos
7	Rimas	34	Psichologas psichoterapeutas	Privati klinika Kaune
8	Povilas	30	Psichologas psichoterapeutas	Privati klinika Kaune
9	Ieva	40	Psichologė psichoterapeutė	Privati klinika Kaune. Anksčiau dirbo Kauno klinikose, psichinės sveikatos skyriuje
10	Tomas	54	Psichologas, domisi psichoterapija, tačiau neturi psichoterapeuto diplomo	Kauno darbo biržos psichologas, taip pat dirba privačiai, domisi psichoterapija
11	Liepa	49	psichologė	Kauno psichinės sveikatos klinika

* - informantų vardai pakeisti