

Úvod

Psychosomatická medicína se zabývá vzájemnými vztahy mezi duševními, sociálními a tělesnými procesy. Tyto interakce jsou v současnosti vědecky i klinicky evidentní, čímž je psychosomatická medicína součástí evidenc-based léčby v ambulantním i klinickém sektoru. Dnes již každý třetí dospělý jedinec onemocní během svého života psychogenním / psychosomatickým onemocněním. Bohužel nejsou stále ještě psychické a psychosomatické poruchy včas rozpoznány. To má za následek nejenom osobní utrpení, resp. chronicitu, nýbrž i velké národohospodářské ztráty a finanční výdaje. Psychické a psychosomatické poruchy se podílí 40 procenty na přiznání předčasného důchodu a mají za následek předčasnou úmrtnost.

Obecnou příčinou stále častějšího vzniku psychosomatických nemocí je nebývale rychlý a silný civilizační tlak („more and more with less and less time“), zvnitřnění diktátu výkonnosti a ekonomického principu nabídky a poptávky. Následkem je stále méně přirozený a zdravý způsob života. Tato jednostrannost, spojená se stresem se podílí přímo nebo adjuvantně na vzniku a trvání všech nemocí ze 70 až 80 procent. Nejčastěji se jedná o deprese spojené s bolestivými syndromy, dále kardiovaskulární onemocnění, obezita, bolestivé syndromy z oblasti ortopedie a gynekologie a v neposlední řadě i Alzheimerova choroba.

V současné době praktikuje v Německu 4200 odborných „lékařů pro psychosomatickou medicínu a psychoterapii“ a přes 18 000 lékařů s označením „Psychoterapie“. Ve 253 psychosomatických klinikách je během jednoho roku léčeno ca 100 000 pacientů a v psychosomatických rehabilitačních klinikách to dělá 250 000 pacientů. Ideální je úzká spolupráce somatických lékařů s jejich psychosomatickými kolegy, která vede k snížení výdajů na léčbu (viz níže). Lékaři, zvl. s bazální psychosomatickou erudicí, přispívají podstatnou měrou ke snižování stigmatizace pacientů trpících psychickými problémy.

Stále je ještě mnoho lékařů, kteří na jedné straně uznávají existenci stresových onemocnění a na druhé straně se ohrazují proti jejich kauzální léčbě, kde často nestačí dobře míněná rada. Stres v rodině, individuální perfekcionismus, soutěživost či vztahové emocionální problémy bývají velmi komplexní, jak uvedeno v níže líčeném příkladu. Těmi se intenzivně zabývá psychosomatické vědecké zkoumání, např. psychofyziologických, imunologických či psycho-

neuro-endokrinologických mechanismů, a na druhé straně existuje řada epidemiologických studií, zabývající se podmínkami výskytu specifických onemocnění, jak zátěžemi tak i resiliencí. Mnoho studií dokládá velmi dobré i dlouhotrvající pozitivní efekty po specifické psychosomaticky orientované psychoterapii. Bohužel je v mnoha zemích včetně České republiky nedostatečná výuka budoucích lékařů (i klinických psychologů) v psychosomatice a psychoterapii, s čímž souvisí i absence prvoetastační specializace, bodové ohodnocení, a součinnost ministerstva zdravotnictví, lékařské komory, univerzit a pojišťoven. Neméně důležitá je spolupráce psychosomatických a psychoterapeutických organizací prosazujících rozvoj psychosomatické medicíny.

Ohledně rentability psychosomatické léčby uvedu typický příklad psychosomatického pacienta :

50 letá žena, rozvedená, matka dvou dětí, přichází poprvé na psychosomatickou kliniku s následnou anamnesou : Neradostné dětství, rodiče jí často nechávali doma samotnou, navíc upřednostňovali mladší sestru. Doma se často hádali, následoval rozvod, po kterém matka často churavěla a ona měla za úkol se o ní starat. Dokázala se od ní odloučit až „útekem do manželství“, po několika letech následoval rozvod „z nedostatku porozumění“. Od té doby – již skoro 20 let – trpí bolestmi, jež se rozšířily na celé tělo. Na tom nic nezměnilo ani nynější asi 15 leté partnerství, i zde necítí dostatek porozumění.

Po přibližně 10 leté kalvarii po doktorech, časté pracovní neschopnosti a braní léků proti bolestem a depresi se dostává na psychosomatickou kliniku, odkud si slibuje vyléčení, neboť nedávno lékař- specialista pracující v Centru bolesti - konečně stanovil diagnosu, fibromyalgii. Pacientka nedovedla vysvětlit, proč je pro ní tato diagnosa tak významná, když je to jen jiný název pro svalový bolestivý syndrom, či prostě bolesti úponů svalů, a léčba se nikterak od léčby psychosomatických bolestí neliší. Z dalších rozhovorů vyplynulo že tato diagnosa přináší proto úlevu, poněvadž jí pacientka spojuje s ryze medicinským pojetím nemoci – pokud možno somaticky podmíněné, což je i sociálně přijatelnější – na které nenese žádný podíl a jejíž léčba je výhradně v rukou lékařů. Nemusí se tudíž zabývat hněvem na rodiče, rivalitou se svou sestrou, rozvodem, neuspojitelným partnerstvím a smyslem svého života. Avšak na pozadí stále trvajících nezpochybněného dětského nároku na lásku prožívá samá bolesná zklamání, což vytěsňuje do tělesné sféry. Právě tím se však psychoterapeuti zabývají a snaží se pacienty motivovat k práci na svých problémech, což bývá velmi obtížné.

Tohoto tzv. přirozeného odporu proti sebeexploraci se ochotně „ujímají“ jak farmaceutické firmy, tak i mnozí lékaři, kteří zakrývají medikamentosní léčbou neochotu se zabývat vedením života pacienta a upřednostňují co nejjednodušší a nejrychlejší působení na symptomy - čímž neléčí příčinu obtíží, nýbrž dělají pacienty závislými jak na lécích, tak na nich samotných.

Obdobně vznikají další a další diagnózy, jak např. únavový syndrom, sociální fobie, burnout syndrom (vyhoření), deprese z vyčerpání či mobbing (šikana), jakoby byly běžné konflikty mezi nadřízenými a podřízenými a stres na pracovišti znovuobjeveny s tendencí je patologizovat.

Výdaje na léky i na návštěvy u lékaře nesou pojišťovny, které mají přirozný zájem na co nejefektivnější léčbě a proto iniciovaly v SRN rozsáhlé výzkumy u této klientely jež činí přibližně 30 procent jak u praktických lékařů, tak i o internistů, gynekologů a orthopedů. Stále ještě – i v SRN s hustou sítí psychosomatických pracovišť – se tito pacienti dostanou do psychoterapeutické péče po průměrném 7 letém chození po doktorech – předsudky hrají neustále roli na obou stranách.

V následujícím textu jde o výsledky několika studií, týkající se rentability psychosomatické léčby, většinou jde o stacionární léčbu a o srovnání nákladů na psychosomatické onemocnění dva roky před léčbou a dva roky po ní.

Sdružení podnikových pojišťoven v SRN vypočítalo, že výdaje za nemocnost - za lékařské honoráře, medikamenty a pobyty v nemocnicích na jedné straně a za vyplácení mzdy či nemocenské spolu z výpadem pracovního výkonu na straně druhé – činily za dobu dvou let u jednoho pacienta 20 000 €. Němečtí ekonomové zjistili, že nárůst psychických a psychosomatických onemocnění způsobil národnímu hospodářství za rok 2018 ztrátu 13 miliard Eur (325 miliard korun). Po psychosomatické léčbě se výrazně snížila jak pracovní neschopnost, tak i počet návštěv u lékaře a spotřeba medikamentů, čímž se snížily náklady na jednoho pacienta o 65 procent.

V deseti nejvěrohodnějších výzkumech, na kterých se podílely jak pojišťovny, tak i psychosomatické kliniky, se ukázalo, že se psychosomatickou psychoterapií zmenšila pracovní neschopnost o 67 procent, lékařské kontakty o 40 procent, nemocniční pobyty o 66 procent, léky proti bolesti o 74 procent, psychofarmaka o 50,5 procent. Pojišťovny ušetřily 61 procent výdajů na pacienta, takže jeden investovaný Euro přinese 2,49 Euro redukce ohledně léčebných výdajů.

Prognostikuje se, že výdaje na psychogenní onemocnění porostou s přírůstkem jejich četnosti – to se týče nejen pacientů trpících bolestmi, nýbrž i depresemi a úzkostmi, nezvládnutím pracovního tempa (tzv. poruchy přizpůsobení), a následků obesity, kterou trpí již polovina české (i německé a US) populace.

Ještě více zatíží zvl. mladou generaci rostoucí výdaje na naší stárnoucí společnost. Výzkumy ukázaly, že u pouze medicínsky ošetřovaných starých lidí bylo odkázáno 53 procent této populace (somatoformní psychozy a organické onemocnění mozku) na častou nemocniční pomoc, při kombinaci s psychoterapií to bylo jen 13 procent. To znamená 11,6 násobně lepší poměr mezi výdaji a efektivitou.

To vše je pochopitelné a nelze vinit ani lékaře, ani pacienty, a ani francouzského filozofa Descartese, který rozdělil člověka na res cogitans (ducha) a res extensa (tělo, fungující jako stroj). Snad ještě větší vliv ohledně

materialistického pojetí tělesna i medicíny měl objev antibiotik. Najednou bylo možno léčit nemoci vedoucí dosud často ke smrti prášky, což se postupně rozšířilo i na další neinfekční onemocnění. Lékaři se mohli spolehnout na účinnost léků, a lékařské umění včetně vztahu k pacientovi a posouzení jeho životní situace se stalo druhořadé. V popředí zájmu byla nemoc a nikoli nemocný člověk. Ale i pacienti, věřící na účinnost léků jsou ve vztahu ke svým zdravotním potížím pasivní, málokdo se zabývá aktivací sebeúzdavných sil i změnou životosprávy. To se mstí zejména u chronických onemocnění, ke kterým většinou patří i stále hojnější psychosomatická onemocnění, úzkostné stavy a deprese jakož i nemoci pozdního věku. Ty se často svalují na stáří, ač se spíše jedná o neověřený společenský konsens ohledně snížené imunity či postupných degenerativních procesů.

A nyní několik poznámek k autorům a tématům, které se rozhodli předložit budoucím čtenářům. Jedná se o 10 českých uznávaných reprezentantů psychosomatiky (Poněšický, Šimek, Chvála, Růžička, Šavlík, Hnízdil, Večeřová-Procházková, Honzák, Kabát a Skorunka). Prvé 4 statě představují zásadní přístupy či koncepty psychosomatiky. Jde o psychodynamické, psychoanalytické, daseinsanalytické a systemické hledisko. Poté následuje historický přehled a příspěvky integrující různé přístupy k psychosomatice.