

Paulina Szach

## Relacja lekarz-pacjent czyli o podejściu egzystencjalnym w przebiegu chorób o charakterze psychosomatycznym

The doctor and the patient relationship – existential approach in the course of psychosomatic diseases

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II  
Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia

### Wprowadzenie

Jakiś czas temu, rozmawiając z lekarką w jednej z lokalnych przychodni usłyszałam od niej, że nie jest ona w stanie przystosować się do świeżo wprowadzonych wymogów NFZ, odnośnie prowadzenia kartoteki elektronicznej i dzielenia czasu pomiędzy komputer i pacjenta w okresie piętnastu minut. Pytała jak może poprawnie zdiagnozować pacjenta i zrozumieć jego sytuację jeśli nie jest w stanie utrzymywać kontaktu wzrokowego i poświęcić mu tyle czasu, ile wymaga tego sytuacja<sup>1</sup>. Jej heroiczne starania, by zapewnić sobie komfort pracy, a pacjentom maksymalną uwagę zderzają się brutalnie z rzeczywistością każdego dnia, kiedy zostaje po godzinach starając się pracować zgodnie z własnymi przekonaniem.

Relacja lekarz-pacjent na przestrzeni lat ulegała licznym zmianom i przeobrażeniom. Ale pomimo deklarowanego powrotu medycyny z czasów Hipokratesa, wystarczy przejść się do gabinetu lekarskiego, żeby zobaczyć

jak rzeczywiście wygląda podejście lekarzy do pacjentów, a w konsekwencji zdać sobie sprawę, jak to się przekłada na rozpoznanie i drogę leczenia. Pacjenci sprowadzeni są do „kartotek”, „przypadków”, „historii choroby”. Gdy w grę wchodzi katar, pacjent co najwyżej wyjdzie poirytowany. Gorzej, kiedy w grę wchodzi zaburzenia, które ze swej natury są ciężkie do zdiagnozowania, mają nie do końca znaną etiologię i nie do końca wiadomo jak je leczyć.

Model biomedyczny lekceważący wpływ czynników psychicznych na zdrowie i chorobę stanowi skuteczną przeszkodę w prawidłowym przebiegu relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem.

Dla kontrastu pozwolę sobie przywołać definicję psychosomatyki wg Tylki (2000) „Psychosomatyka to całościowe ujmowanie problemów człowieka chorego. Postępowanie w psychosomatyce zmierza do zbadania wszystkich prawidłowych i nieprawidłowych

---

Rozmowa osobista w lutym 2014 roku

funkcji organizmu, w aspekcie powiązań psychologiczno-fizjologicznych, celem integracji terapii somatycznej i psychicznej” (s.11). Przypomnienie treści tej definicji ma na celu uświadomienie, czegoś, co powinno być oczywiste, ale jak widać jest niezwykle trudne w zastosowaniu. Psychosomatyka zajmuje się psychiką i ciałem, połączeniem dwóch sfer, z których jedna nie może istnieć bez drugiej i odwrotnie. Takie rozumienie człowieka skłania nas więc do przekonania, że niemożliwym jest właściwe zrozumienie i postawienie diagnozy, kiedy lekceważy się coś, co może stanowić przyczynę choroby.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia choroby psychosomatyczne to: „choroby przebiegające albo pod postacią zaburzeń funkcji, albo zmian organicznych dotyczących poszczególnych narządów czy układów, w przebiegu których czynniki psychiczne odgrywają istotną rolę w występowaniu objawów chorobowych, ich zaostrzeniu i zejściu choroby”.

Model holistyczny zaś, do którego odwołuje się ta praca, opiera się na założeniu, że człowiek, oprócz tego, że funkcjonuje jako całość (ciało i psychika) to ponad to podlega interakcji z wszystkim tym, co go otacza. Paradygmat holistyczny mówi, że terapią należy objąć całą osobę – czyli zarówno jej ciało jak i umysł. W kontekście objawów psychosomatycznych, gdzie ciało jest wyrazem tego, co dzieje się w psychice człowieka, wydaje się on więc być jedynym właściwym podejściem, w jakim powinno się rozpatrywać kwestie zespołów medycznie niewyjaśnionych i innych objawów, które stanowią zagadkę pod względem etiologicznym i wymykają się tradycyjnym środkom terapii. Geneza choroby, sposób jej rozumienia przez pacjenta, to, jak wpłynęła na jego życie mogą być istotnymi wskazówkami za-

równy w postawieniu diagnozy jak i leczeniu. Wydaje się więc, że paradygmat biomedyczny w tym miejscu może zawieść.

Podejście egzystencjalne będzie wiązało się więc nie tyle nawet z uwzględnieniem życia psychicznego jednostki, co z rzeczywistym zrozumieniem i wczuciem się w sytuację drugiego człowieka – człowieka, który cierpi i który potrzebuje pomocy. Ponad to będzie także traktowało o tym, do jakich zmian w funkcjonowaniu psychicznym człowieka doprowadziła choroba z czego pod wieloma względami ciężko jest ocenić co było przyczyną, a co skutkiem. Treść prezentowana w tej pracy będzie więc odpowiedzią na pytanie, jak wykorzystać podejście egzystencjalne w kontekście paradygmatu holistycznego, by nadać właściwy kształt relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem, której poprawa może mieć korzystny wpływ na diagnozę i zaplanowanie leczenia schorzeń o charakterze psychosomatycznym.

### **Relacja lekarz-pacjent – główne problemy w diagnozowaniu**

Jednym z głównych problemów poruszanych w literaturze w kontekście wyżej wymienionej relacji jest jej asymetryczny charakter. Lekarz jest osobą posiadającą wiedzę, a więc też swego rodzaju władzę nad pacjentem – decyduje o zdrowiu, chorobie, a nieraz nawet o jego życiu. Sama więc specyfika związku pomiędzy chorym i tym, który ma przynieść mu ulgę może prowadzić do problemów zwłaszcza, gdy pacjent jest sfrustrowany cierpiąc na chorobę, którą ciężko jest zdiagnozować, a lekarz obciążony jest własną niemocą i kilkudziesięcioma innymi pacjentami, którzy również szukają u niego odpowiedzi. Podczas tych piętnastu minut przeznaczonych na wizy-

tę ciężko jest pamiętać o tym, że chory przychodzi nie tylko ze schorzeniem, które stanowi zagadkę dla medycyny, ale także z lękiem, który powoduje u niego silny stres.

Heszen (1992) mówi, że „prawie wszystkie osoby, które mimo odczuwanych dolegliwości rezygnują z pójścia do lekarza, a także znaczna część tych, które korzystają z opieki lekarskiej, bierze pod uwagę możliwość, że lekarz nie udzieli im skutecznej pomocy. Takie przewidywanie, wynikające z braku zaufania do kompetencji czy rzetelności lekarza, ze złej opinii na temat medycyny jako takiej, czy z przekonania, że własna choroba jest nietypowa lub trudna do rozpoznania i leczenia, może stać się podłożem lęku” (str.46). Do tej opinii należy jeszcze dodać lęk związany z diagnozą oraz lęk dotyczący tego, co dalej będzie działo się w życiu pacjenta, jeśli diagnoza okaże się niepomysłna.

Brak odpowiedniego wsparcia lub przedmiotowe traktowanie ze strony lekarza nie będzie sprzyjać odpowiedniej współpracy i raczej zniechęci pacjenta do pogłębionego kontaktu, wskutek którego, lekarz mógłby dowiedzieć się czegoś, co mogłoby posłużyć do postawienia bardziej trafnej diagnozy. Nie chodzi tu o to, by lekarz był terapeutą, ale by starając się zrozumieć szczególne położenie pacjenta wczuł się w jego sytuację i spróbował na tej podstawie sformułować hipotezy w oparciu o swoją wiedzę i doświadczenie.

W kontekście problemów, które mogą leżeć po stronie samego pacjenta, w literaturze wyróżnia się typy pacjentów na podstawie teorii przywiązania. Mówi ona o determinacji zachowań wobec osób z którymi wchodzimy w relację. Zrównoważony pacjent będzie współpracował i zachowywał spokój w obliczu choroby i zagrożenia. Pacjent bojaźliwy reaguje silnym stresem i brakiem adaptacji

do sytuacji choroby jednocześnie pozostając biernym i pozornie zależnym. Pacjent oddalający prawdopodobnie trafi do lekarza w sytuacji, gdy już nie będzie miał innego wyjścia, gdyż preferuje rozwiązywanie problemów w samotności i nie nadaje relacji z lekarzem szczególnego sensu. Szczególnym wyzwaniem będzie pacjent zaangażowany, gdyż nie jest on bynajmniej zaangażowany w relację, ale we własną chorobę. Ma postawę roszczeniową, co w kontekście zaburzeń psychosomatycznych może znacznie utrudniać kontakt i nawiązanie prawidłowej relacji. W rezultacie utrudnienia w komunikacji mogą wypaczyć lub znacznie opóźnić prawidłową diagnozę i podjęcie prób leczenia.

Sednem sprawy jednak, które łączy wymienione powyżej problemy pojawiające się w procesie nawiązania kontaktu jest fakt, iż lekarze starają się rozebrać organizm na części, nie ujmując człowieka w kontekście całości. Użycie słów „organizm” i „człowiek” jest w tym wypadku zamierzone, gdyż w pierwszym wypadku skupiamy się na biologicznym aspekcie choroby, natomiast w drugim staramy się pojąć wzajemne zależności pomiędzy psychiką i ciałem. „Ciało” nie przychodzi do lekarza bez umysłu, doświadczenia bólu czy lęku przed nieznanym. To nie „ciało” komunikuje, co się z nim dzieje, ale żywy człowiek. Umysł lekarza nie przetwarza zaś informacji na temat choroby bez doświadczenia relacji z chorym. Dochodzi więc do sytuacji w której pacjent doświadczający choroby wie, co czuje i co się z nim dzieje, lekarz zaś zna symptomy i chorobę lepiej niż sam pacjent. Problem w zdiagnozowaniu, przypisaniu konkretnej jednostki chorobowej, który spoczywa na lekarzu, leży więc we właściwej komunikacji. Ujęciu człowieka w kontekście sytuacji w której się znalazł tak, by spośród cierpienia

i bólu wyodrębnić to, co pomoże zweryfikować hipotezy i doprowadzić do sytuacji, w której pacjent poczuje się przynajmniej zrozumiany i wysłuchany. Bo skoro kod genetyczny jest wyjątkowy to dlaczego na wzór tego nie ujmować człowieka jako jedynej i niepowtarzalnej jednostki, u której ekspresja choroby zachodzi w taki właśnie sposób? A idąc dalej – zrozumieć, co może oznaczać dla chorego konkretny symptom choroby i czego może obawiać się najbardziej. Dotykając egzystencjalnej natury człowieka Carl E. Rudebeck (2000) w artykule „*The patient, the doctor and the body*” pisze o tym, że dla młodego i pozornie zdrowego człowieka nagły ból w klatce piersiowej może dotyczyć kwestii życia i śmierci. Serce bije dla życia – nie sposób więc nie zastanawiać się nad tym, co by się stało, gdyby przestało ono bić.

### **Podejście egzystencjalno-fenomenologiczne**

W podejściu egzystencjalno-fenomenologicznym traktuje się człowieka jako wolną jednostkę, która jest zdolna do autorefleksji, świadomych wyborów oraz kierowania swoim życiem w jedyny i niepowtarzalny sposób. Jak podaje Oleś (2011) „(...)niezależnie od wydarzeń, frustracji i traum mamy szansę wyboru sposobu istnienia i przekraczania emocjonalnych urazów” (s. 335). Kiedy spoglądamy na człowieka jako na jedyną w swoim rodzaju i niepowtarzalną istotę, musimy także przyjąć, że jej sposób doświadczania świata jest jedyny i niepowtarzalny. I tak samo jak doświadcza świata, tak samo swoje ciało postrzega na swój sposób. Poprzez podejście egzystencjalne pacjenci mogą pogłębiać wgląd w siebie, doznawać zmian osobowościowych i mieć większe poczucie kontroli nad swoją chorobą.

W literaturze zwraca się uwagę na podejście egzystencjalne zwłaszcza w kontekście leczenia chronicznego bólu, hipochondrii, napadów paniki czy depresji. Problemy egzystencjalne, które dotyczą nas wszystkich – lęk przed śmiercią, izolacja, brak poczucia bezpieczeństwa – mogą być somatyzowane jak każdy inny problem emocjonalny. Ustalenie przyczynowości jest tutaj niezwykle trudne – ciężko na przykład powiedzieć, czy problemy egzystencjalne są przyczyną, czy następstwem depresji. Może jednym i drugim, a może wszystko zależy od konkretnego człowieka i od jego spojrzenia na świat?

Mary T. Shannon (2011) w artykule *Giving pain a voice: Narrative medicine and The Doctor-Patient Relationship* opisując obchód w jednym ze szpitali wspomina, że przy każdym pacjencie, przy którym się zatrzymywali starała się dosłyszeć imię pacjenta, ale jedyne o czym słyszała były nazwy chorób, numery łóżek i wyniki badań, jak gdyby proces leczenia był oddzielony od osoby, która była hospitalizowana. Spędziła w ten sposób półtorej godziny, w trakcie której jej wiedza medyczna poszerzyła się, ale indywidualne doświadczenie każdej z chorób przez pacjenta pozostało zagadką.

Model biomedyczny, który jest szeroko propagowany daje przyzwolenie, by ujmować człowieka jedynie przez pryzmat jego organizmu czy symptomów. A mimo to, przez cały czas, kiedy analizuje się kwestie dotyczące zaburzeń psychosomatycznych, powraca stwierdzenie o niemożności oddzielenia sfery psychicznej od sfery cielesnej. Podejście fenomenologiczne widzi człowieka jako jedność – ciało, umysł i świat. Elementy te przenikają się ze sobą tworząc jedyną w swoim rodzaju jednostkę, w tym wypadku – zmagającą się z problemami natury psychosomatycznej.

Kondycję ciała należy więc spostrzegać jako kondycję ducha, ludzkiego istnienia – brak uwzględnienia przez lekarzy wyżej wymienionej integracji może skutkować jeszcze większymi problemami nie wspominając oczywiście o braku poprawnej diagnozy. Peter Wilberg (za: Goldstein K., 1934) pisze, że zdrowie pojawia się jako wartość, w której zawiera się indywidualna zdolność do osiągnięcia poziomu, który jest esencją naszego istnienia – bycie chorym więc, jest utratą tej wartości – wartości samoaktualizacji i esencji bycia.

Na tym poziomie, biorąc pod uwagę kwestię relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem konieczna jest nie tylko dobra komunikacja, ale także zrozumienie z czym naprawdę zmagają się człowiek, który przychodzi po pomoc. Biorąc za przykład ból chroniczny – jeśli każdy człowiek odczuwa świat na swój sposób to także ból będzie dla niego czymś innym niż dla każdego innego człowieka. Zwraca się uwagę na to, że ból jest doświadczeniem zawierającym w sobie zarówno fizyczne jak i psychologiczne czy nawet kulturowe aspekty – nie może być więc postrzegany tylko i wyłącznie przez pryzmat paradygmatu biomedycznego.

Dla lekarza ból jest symptomem, wskazówką, informacją, że coś niedobrego dzieje się w organizmie. Dla pacjenta zaś ból może być całym życiem, czymś, co powoduje, że nie jest w stanie myśleć, ani normalnie funkcjonować. Pacjenci cierpiący na ból chroniczny często doświadczają dezintegracji, dezorientacji, a to zaś prowadzi do poważnych problemów z tożsamością. Osoba cierpiąca na ból chroniczny potrzebuje poczucia kontroli i zrozumienia całości – wszystkiego, co składa się na to traumatyczne doświadczenie. Okazuje się jednak, że poznanie jest znacznie ograniczone. Zaburzeniu ulega wewnętrzna narracja –

człowiek ma znacznie gorszy wgląd w siebie, również pozwolenie na poznanie siebie przez innych przestaje być dostępne. Pominięcie tej kwestii przez lekarza może mieć dramatyczne skutki zarówno jeśli chodzi o nawiązanie kontaktu jak i o samo leczenie.

Każdy symptom, który ciężko jest wyjaśnić w sposób biologiczny, powinien być brany pod uwagę jako możliwy efekt somatyzacji problemów emocjonalnych. Nie chodzi tutaj o wyjaśnianie genezy, ale o to, by w ogóle rozpoznać, że źródłem objawów somatycznych jest psychika człowieka. Złe samopoczucie, kłopoty z pamięcią i koncentracją, ból głowy, ucisk w klatce piersiowej – mogą mieć źródła zarówno biologiczne, jak i psychiczne. Przy obecnym tempie życia, zmianach cywilizacyjnych, kulturowych i społecznych, rosnących wymaganiach i niepewności co do tego, co przyniesie jutro, problemy emocjonalne spychane są na dalszy plan. Nie ma czasu by zajmować się pogarszającym się samopoczuciem, problemami ze snem czy apetytem, bo grozi nam wypadnięcie z rytmu, utrata pracy czy stanowiska. Ale problemy nie znikają, zmieniają tylko kanał ujścia. I tak osoba, która cierpi na przykład na zespół chronicznego zmęczenia udaje się do lekarza i słyszy, że przecież wszyscy są teraz zmęczeni, że wielu ludzi jest narażonych na stres i inne czynniki, które niekoniecznie dobrze wpływają na poczucie jakości życia. Dostaje leki uspokajające, ewentualnie zostaje skierowana do psychologa, psychiatry lub innego specjalisty w zależności od tego z jakim objawem się zgłosi. I tak zaczyna się jej droga od drzwi do drzwi, gdzie po okresie pół roku nie jest w stanie zrobić nic, bez stałego poczucia, że jest fizycznie wykończona. Narasta w niej frustracja, poczucie niezrozumienia, do czego dochodzi jeszcze lęk – o zdrowie, o przyszłość

i o życie. Bez autentycznego zrozumienia sytuacji drugiego człowieka, żadna relacja nie ma szansy na powodzenie. Jaka jest więc szansa na to, że pacjent udzieli pełnych informacji na temat swojej choroby czy samopoczucia, jeśli nie pozwala mu się mówić, albo daje mu się odczuć, że jest tylko jednym z wielu „przypadków”?

### **Paradygmat holistyczny w praktyce medycznej**

David H. Newman (2008) pisze o Hipokratesie: „Hipokrates był praktykiem holistycznym, chciał bowiem objąć terapią całą osobę, podczas gdy dziś zazwyczaj specjalizujemy się w niezwykle wąskich dziedzinach wiedzy anatomicznej i fizjologicznej, pozostawiając kwestię równowagi w ludzkim ciele innym kolegom” (s.5). Czytając ten fragment należy przyrzeć się szczególnie kwestiom poddawania leczeniu całej osoby oraz równowagi w ludzkim ciele. Objęcie terapią całej osoby oznacza tyle, co brać pod uwagę i rozumieć wzajemne powiązania między ciałem i ludzką psychiką, zaś równowaga pomiędzy tymi dwoma sferami ma gwarantować zdrowie i dobre samopoczucie.

Hipokrates zwracał uwagę na rzeczy, na które dziś nie starczyłoby czasu. Lekarze bowiem, poza wizytami domowymi (kiedy zachodzi taka konieczność) nie widzą środowiska z jakiego pacjent pochodzi, nie mają informacji na temat tego, czy w domu są pleśni i grzyby, a gdy eliminują najbardziej logiczne hipotezy nie pytają pacjenta czy ostatnio pokłócił się ze współmałżonkiem/współmałżonką. Podejście holistyczne jakie reprezentował Hipokrates nie miałoby zastosowania we współczesnym świecie, gdyż byłoby zbyt czasochłonne i utopią byłoby twierdzić, że lekarze powinni

poświęcać swoim pacjentom kilka godzin analizując dokładnie ich przeszłość, ich lęki i nastawienie do choroby. Mimo wszystko jednak, ekonomia nie powinna być powodem, dla którego zupełnie pomija się sygnały płynące ze sposobu zachowania się pacjenta w stosunku do lekarza czy samej choroby.

Nie da się jednak zlekceważyć faktu, że to, kto przychodzi do gabinetu przestaje mieć znaczenie. Żyjemy w zaawansowanych technologicznie czasach. Na świecie prowadzi się tysiące badań nad ulepszaniem szczepionek, odkrywa się nowe szczepy bakterii, wciąż trwają prace nad znalezieniem leków wspomagających leczenie chorób nowotworowych. Medycyna od czasu Hipokratesa poczyniła ogromne postępy w każdej ze swych specjalności. A jednak można odnieść wrażenie, że w pogoni za nowymi rozwiązaniami umknął nam sam człowiek. Tam, gdzie choroba pacjenta nie stanowi zbyt wielkiej zagadki, lekarze są w stanie albo zaproponować skuteczne leczenie, albo przynajmniej zapewnić mu opiekę tak, by nie cierpiał z powodu bólu przez kilka miesięcy jakie mu pozostaną. Sprawa jest klarowna, a rozwiązania choć bywają bolesne i należy się do nich zdystansować, pozostają rozwiązaniami. Tam, gdzie choroba pacjenta nie jest już tak oczywista, to, co wiedzą lekarze zawodzi. Jedna terapia nie działa, druga również okazuje się nietrafiona. Pacjent zostaje wysłany na konsultację z innym specjalistą, ale to również nie wyjaśnia jego problemów zdrowotnych.

W dobie przemian cywilizacyjnych, zwraca się uwagę na to, że pojęcie zdrowia i choroby również musi ulec zmianie. Należy zwrócić uwagę na to, że kiedy zawodzi któryś z organów to choruje cały człowiek – gdyż każda choroba oddziałuje na psychikę i spostrzeganie rzeczywistości. Druga kwestia jest taka, iż

kiedy choruje umysł to może się to przekładać również na chorobę ciała. Nie da się więc ujmować zdrowia i choroby bez podjęcia tematu ujmowania człowieka jako całości, zarówno w jednym jak i w drugim przypadku.

Józef Bitner (2005), w swoim artykule pisze, że „Sceptycyzm (do form terapii oraz medycyny holistycznej) bierze się stąd, że dla człowieka tkwiącego w materialistycznym paradygmacie, dodatkowo wspieranego kartezyjańskim dualizmem ducha i materii, nie do pomyślenia jest, że kluczową rolę w wyleczeniu może pełnić nie chemiczne lekarstwo bądź mechaniczna operacja, lecz dojście do porozumienia z własną pod- i nad-świadomością, uleczenie relacji z najbliższymi ludźmi, oraz zmiana stylu życia tak, by usunąć z niego zbędny stres i wprowadzić harmonię”. Część tego twierdzenie brzmi dość psychodynamicznie, ale zgadza się z twierdzeniem Freuda, że istnienie nieświadomych konfliktów, z których duża część występuje w charakterze libidalnym powoduje, że energia przepływa do narządów i tam zatrzymuje się i ujawnia się w postaci objawów somatycznych.

W artykule R. Bauer'a (2013) pojawia się stwierdzenie, że jeśli wszystko idzie dobrze umysł bytuje w ciele, zaś ciało w umyśle, jest więc trzech graczy w tej grze – językowo-symboliczny umysł, pole świadomości i ciało. Pole świadomości jest więc mediatorem.

Zadaniem lekarza powinno więc być poszerzenie pola świadomości – zarówno swojego jak i pacjenta jeśli chodzi o zdiagnozowanie choroby. Nie da się tego zrobić lekceważąc wpływ czynników psychologicznych na ciało. Lekarz powinien mieć świadomość „trzech uczestników w grze”, co oznacza, że powinien wiedzieć, że niektóre symptomy choroby, które dostrzega z punktu widzenia biologicznego, mogą mieć źródło w psychice. Pacjent zaś nie

musi sobie z tego zdawać sprawy, właśnie z powodu niedopuszczania pewnych treści do swojej świadomości.

Wracając do samej relacji – może nie należy pytać pacjenta o to, czy pokłócił się z żoną, ale jeśli wspomni o stresującej sytuacji rodzinnej, należałoby to przepuścić przez filtr wiedzy i zastanowić się, czy może to mieć jakiś wpływ na stan w którym obecnie się on znajduje.

### **Czasopismo „Psychotherapy and Psychosomatics”**

Bazą wyjściową rozważań był fakt, iż po dokładnej analizie słów kluczowych w czasopiśmie „Psychotherapy and Psychosomatics” za okres 2000-2012, wyodrębniając tematy artykułów naukowych wśród słów kluczowych ani razu nie pojawiła się kwestia podejścia egzystencjalnego czy medycyny holistycznej.

W poszczególnych artykułach da się przy większych staraniach natrafić na wzmianki na temat kwestii egzystencjalnych, ale nie jest to bynajmniej traktowane na równi z innymi formami rozumienia choroby czy pomocy.

Artykuły, w których trafia się na kilka zdań dotyczących kwestii egzystencjalnych w przebiegu chorób psychosomatycznych pochodzą głównie z lat 70.- 80. ubiegłego wieku.

Promowanie paradygmatu biomedycznego można by uznać za uzasadnione gdyby chodziło chociażby o „Journal of Psychosomatic Research”, ale czasopismo, którego tytuł odnosi się do psychoterapii w przebiegu zaburzeń psychosomatycznych powinno poświęcić trochę miejsca nie tyle kwestiom egzystencjalnym i problemom egzystencjalnym w przebiegu zaburzeń psychosomatycznych, ale przynajmniej całościowemu ujęciu człowieka. Paradygmat holistyczny nie jest koncepcją nową, ale czymś, co wraca do łask,

po długim okresie nieobecności. Można więc częściowo tłumaczyć niewielką ilość informacji w tym temacie, jednak jeśli założeniem jest, by iść zgodnie z współczesnymi tendencjami w nauce, to widać coś zostało zaniedbane, jeśli autor artykułu ma tak ogromną trudność w znalezieniu czegokolwiek, co mogłoby posłużyć jako baza w temacie medycyny holistycznej czy całościowego ujęcia człowieka.

### Wnioski

Zasadniczym wnioskiem płynącym z przedstawionych treści jest wyraźny problem w dostreżeniu relacji pomiędzy ciałem i psychiką w kontekście zaburzeń psychosomatycznych. Jest to paradoks, gdyż zważywszy na samo znaczenie terminu psychosomatyka, nie powinno stanowić dla nas problemu rozważenie hipotezy, że jeśli jakiegoś problemu zdrowotnego nie da się oprzeć na niedomaganiu ze strony fizjologicznej, to przyczyn należałoby szukać w psychice chorego.

Drugą kwestią jest fakt, iż czasopismo „Psychotherapy and Psychosomatics” zdaje się pomijać paradygmat holistyczny na rzecz biomedycznego, zaprzeczając poniekąd istnieniu wyżej wymienionej zależności. Wartym zaznaczenia jest, że lekceważenie stanu psychiki chorego może wiązać się z negatywnymi konsekwencjami takimi jak brak prawidłowej diagnozy i leczenia, więc należałoby się temu przyjrzeć.

Biorąc pod uwagę przemiany cywilizacyjne, ekonomiczne i społeczne oraz związaną z tym niepewność i niepokój można wnioskować, że zapadalność na choroby o podłożu psychosomatycznym będzie wzrastać, konieczny jest więc powrót do podejścia holistycznego, nie tylko w teorii, ale również w praktyce.

By zrozumieć istotę choroby i sytuację chorego konieczne jest nie tylko wnikliwe

badanie diagnostyczne mające na celu wykrycie defektu biologicznego, ale także pełne empatii i zrozumienia podejście do człowieka, który cierpi. Wiedza medyczna nie jest jedyną i najistotniejszą kwestią w diagnozie – konieczna jest także prawidłowa komunikacja oraz umiejętność objęcia terapią całego człowieka – zarówno jego ciała jak i umysłu.

Relacja pomiędzy lekarzem i pacjentem powinna więc nabrać szerszego wymiaru, zamiast opierać się na diagnozie nozologicznej i przepisaniu odpowiednich leków. Lekarz powinien potrafić dostrzec w pacjencie człowieka, który został „zaskoczony” przez chorobę w konkretnym momencie swojego życia oraz być wyczulonym na psychologiczne aspekty sytuacji choroby.

Oczywiście dostrzeżenie wyżej wymienionych problemów i zależności nie załatwia sprawy. Ciężko obarczyć winą lekarzy, którzy mają określone limity finansowe i próbując naginać zasady, zderzają się z rzeczywistością. Nawiązanie kontaktu z pacjentem bywa utrudnione przez wiele czynników, z czego najbardziej oczywistym z nich jest fakt, że lekarz też jest człowiekiem, a ponad to musi respektować wytyczne instytucji w imieniu, których działa. Uwarunkowania takiego, a nie innego stanu rzeczy mogą wpisywać się również w szeroki trend badań wielu dziedzin, gdzie zważa się przede wszystkim na technologię i biurokrację, która w wielu wypadkach rzeczywiście upraszcza sprawę. Jednakże – tam, gdzie ją komplikuje i tam, gdzie w grę wchodzi życie drugiego człowieka – paradygmat holistyczny i podejmowanie kwestii egzystencjalnych w diagnozie, powinno wejść na stałe w repertuar metod wykorzystywanych podczas leczenia.



## Streszczenie

Współczesne dążenia do minimalizacji kosztów i maksymalizacji zysków, rodzą problemy w diagnozie zaburzeń o podłożu psychosomatycznym. Lekarze nie zdają sobie sprawy z tego, że odsyłając źle zdiagnozowanego pacjenta sprawiają, że nadal zostaje on w łańcuchu niekończących się wydatków służby zdrowia. Pacjent zaś krążąc od jednego specjalisty do drugiego ma wrażenie, że jego droga nigdy się nie skończy, narasta w nim frustracja i niechęć do prób wyjaśnienia złego samopoczucia. Problem nie zostaje więc wyjaśniony, człowiek zostaje pozostawiony samemu sobie, a relacja, która miała leczyć – szkodzi. Paradygmat biomedyczny stanowiący praktycznie rzecz biorąc dekalog dla specjalistów okazuje się niewystarczający, gdyż umyka mu wyjątkowość przypadku i subiektywizm przeżycia jakim jest stan choroby.

Poruszanie się wokół tematu podejścia egzystencjalnego łączy się z przedstawieniem paradygmatu holistycznego, który jest pomostem pomiędzy ciałem i duchem – pomiędzy tym, co namacalne, a tym, co nieuchwytnie, a często stanowiącym o źródle problemu.

Celem pracy jest ukazanie jak wielką rolę w procesie leczenia odgrywa relacja pomiędzy lekarzem, a pacjentem, przedstawienie podejścia egzystencjalnego w relacji do zaburzeń psychosomatycznych, oraz przybliżenie paradygmatu holistycznego tak, by oddziaływanie lecznicze i diagnoza mogły spoić się w jedną całość.

**Słowa kluczowe:** relacja lekarz-pacjent, podejście egzystencjalne, paradygmat holistyczny, psychosomatyka

## Summary

Contemporary desire to minimize costs and maximize profits generate problems in diagnosis of psychosomatic disorders. Doctors do not realize that the patient with inadequate diagnosis makes the healthcare trapped in endless costs. Visits to specialists who do not know the answers makes patient's impression that his or her road will never ends. The problem is not clear, man is left alone, and the relationship, which may treat – fails. Biomedical paradigm (which constitutes practically speaking Decalogue for professionals) proves to be insufficient, because the uniqueness of the event and the subjectivity of experiencing the disease seem to be ignored.

Getting around the theme of the existential approach is combined with the presentation of a holistic paradigm, which is the bridge between body and spirit - between what is tangible and what is elusive, and is good to admit, that often this "elusive" constitutes the source of the problem.

The purpose of this article is to show how great is the role of the relationship between the doctor and the patient, presenting an existential approach in relation to psychosomatic disorders, and increased the proximity of a holistic paradigm, so that the impact of treatment and diagnosis could become one.

**Key words:** doctor-patient relationship, existential approach, holistic paradigm, psychosomatics

Paulina Szach  
Ul. Jutrzenki 20/23a  
20-538 Lublin  
e-mail: szach.paulina@gmail.com

## Bibliografia

1. Alves, V.L., Lima, D.D., Turato, E.R. (2014). The phenomenological-existential comprehension of chronic pain: going beyond the standing healthcare models. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 9. Doi: 10.1186/1747-5341-9-2.
2. Bauer, R. (2013). Psychosomatic Oneness. *Existential Phenomenological Psychotherapy*, 5, s.1
3. Bitner, J. (2005). *Paradygmat mechanistyczny a holistyczny*. Pobrane z: <http://progg.eu/?p=3744>.
4. Bullington, J., Nordemar, R., Nordemar, K., Flanagan-Sjostrom, C. (2003). Meaning out of chaos: a way to understand chronic pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17. 325-331.
5. Heszen-Niejodek, I. (1992). Lekarz i pacjent. Badania psychologiczne. Kraków: Universitas, s. 46
6. Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
7. Hunter, J., Maunder, R. (2004). An Integrated Approach to the Formulation and Psychotherapy of Medically Unexplained Symptoms: Meaning- and Attachment-based Intervention. *American Journal Of Psychotherapy*, 1.
8. Letkiewicz, S. (2012). Holistyczne podejście lekarza do pacjenta. *Przegląd urologiczny*, 2/2012.
9. Newman, D.H. (2010). Cień Hipokratesa. *Tajemnice domu medycyny*. Kraków: Wydawnictwo Znak, s.5
10. Oleś, P.K. (2009). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 335
11. Rudebeck, C. E. (2000). The doctor, the patient and the body. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18, s. 6
12. Tylka, J. (2000). *Psychosomatyka*. Warszawa: Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, s.11
13. Shannon, M.T. (2011). Giving Pain a Voice: Narrative Medicine and the Doctor-Patient Relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 26(10). Doi: 10.1007/s11606-011-1702-0, s.2
14. Trzandel, M. *Po co nam holistyczne podejście do zdrowia?* Pobrane z: <http://zdrowawiedza.pl/po-co-nam-holistyczne-podejscie-do-zdrowia/>.
15. Tyszkiewicz-Bandur, M., Kozińska B. (2009). Relacja lekarz-pacjent w kontekście przywiązania. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*.
16. Wilberg, P. (2011). From existential psychotherapy to existential medicine. *Society for Existential Analysis*, 2, s.303