

Mediciniškai nepaaiškinami simptomai sveikatos priežiūros sistemose

INGRIDA NAUJOKAITĖ

Vytauto Didžiojo universitetas

SANTRAUKA. Pirminės sveikatos priežiūros grandyje apie 20–70 proc. pacientų skundžiasi simptomais, kurie nesiejami su jokia organine patologija. Kadangi nėra galimybės mediciniškai paaiškinti šių simptomų kilmę, manoma, jog jų priežastys – psichologinės, socialinės, emocinės problemos. Gincytina simptomų kilmė kelia daug klausimų dėl jų medicininio pripažinimo. Sudėtinga diagnostika, reikalaujanti ypač didelio kiekio įvairių tyrimų, taip pat menkos simptomų palengvinimo ar pašalinimo prognozės sąlygoja neigiamą medikų požiūrį į tokius simptomais besiskundžiančius pacientus. Pacientai, besiskundžiantys mediciniškai nepaaiškinamais sutrikimais (toliau MNS), yra laikomi ekonominei našta sveikatos priežiūros sistemai bei prastina mediko profesijos įvaizdį. Dėl šių problemų gydytojui ir pacientui sunkiau bendrauti, jie įgyja neigiamos abipusės patirties.

Šio straipsnio tikslas – supažindinti su sociologijos sritimi, nagrinėjančia MNS. MNS yra susilaukę nemažai sociologų susidomėjimo Vakarų šalyse. Straipsnyje pristatoma MNS samprata ir istorija, supažindinama su šios rūšies negalavimais bei problemomis, kylančiomis pacientams, kenčiantiems nuo biomediciniškai neapibrėžtų sutrikimų.

Straipsnyje remiamasi užsienio sveikatos sociologų atliekamais tyrimais, kuriais siekiama atskleisti, kaip įvairaus pobūdžio sutrikimai, kuriems nėra rastas medicininis paaiškinimas, paveikia asmens gyvenimo kokybę ir santykį su sveikatos priežiūros specialistais. Lietuvoje yra atliekami pacientų santykio su sveikatos priežiūros sistema tyrimai, tačiau MNS problematika išlieka nepaliesta. Nepaisant to, kad MNS nesudaro daugumos visų nusiskundimų, išsakomų gydytojo kabinete, šios srities tyrimai atskleidžia problemiškaus sveikatos priežiūros aspektus.

RAKTAŽODŽIAI: mediciniškai nepaaiškinami sutrikimai, psichosomatika, gydytojų–pacientų santykiai.

KEYWORDS: medically unexplained symptoms, psychosomatics, doctor-patient relationships.

Mediciniškai nepaaiškinamų simptomų kilmės paieškos

Terminas „mediciniškai nepaaiškinami simptomai“ yra vartojamas įvardyti įvairius negalavimus, kurių patologinės kilmės medicina negeba atskleisti. Tai įvairūs nepaaiškinami skausmai, nuovargis, silpnumas, paralyžius, išbėrimai, padidėjęs jautrumas dirgikliams ir kt. MNS priskiriami negalavimai, kurių

kilmė neiški, jie nepasižymi organų patologija ir stokoja efektyvių gydymo būdų (Risør 2009). Šis MNS apibrėžimas leidžia sujungti daugelį simptomų, kurie yra labai skirtingi, tačiau pasižymi bendru bruožu – patologijos nebuvimu. Šiuos simptomus bandoma skirstyti į grupes, siekiant lengviau juos diagnozuoti. Tačiau klasifikuojant MNS kyla daug sunkumų, kadangi šių simptomų įvairovė yra didelė, tie patys simptomai būdingi daugiau nei vienam sindromui, vienam pacientui gali pasireikšti net keliolika skirtingų simptomų, be to, laikui bėgant, simptomai gali kisti. Dėl visų šių veiksnių daug sunkiau klasifikuoti MNS į sindromus, susidaro kliūtis kurti diagnostikos schemas.

MNS terminas medicinos srityje imtas plačiai taikyti nuo 1985 metų. Kaip sinonimas MNS dar vartojami terminai „neorganiniai susirgimai“, „funkciniai susirgimai“ ir kt.

MNS kilmės paieškos vystomos dviem pagrindinėmis kryptimis. Vieni medikai mano, jog bet koks sutrikimas turi fiziopatologinę priežastį, todėl tokiems sindromams kaip lėtinis nuovargis arba lėtinis nugaros skausmas paaiškinti ieško fiziologinės kilmės. Kita kryptis, kuria vystomi MNS tyrimai, yra psichosomatinių procesų aiškinimas. Pastarosios krypties atstovai vysto teoriją, jog, veikiamą įvairių socialinių ir psichologinių veiksnių, žmogaus sąmonė geba padidinti nervų sistemos jautrumą ir sutrikdyti normalias kūno funkcijas. Jau įrodyta, jog įvairios ilgalaikės neigiamos emocijos, stresas yra susiję ne tik su skausmais, neturinčiais patofiziologinio pagrindo, bet ilgai sukelti ir realius fiziologinius sutrikimus – širdies, virškinamojo trakto veiklos, odos anomalijų (Jeffrey et al. 2003).

Streso poveikio tyrimai nėra patikimi (Stankus 2001), juolab kad neišku, kaip sąmonės veikla sukelia simptomus be patologijų. Streso poveikio tyrimų rezultatai, rodantys ryšį tarp nervų sistemos dirginimo ir dėl to ilgai atsirandančių sutrikimų, suteikė pagrindo tikėti, jog daugelis nepaaiškinamų simptomų priežasčių glūdi fiziologiniame procese, kai žmogaus sąmonė yra veikiamą išorinių veiksnių. Šis procesas vadinamas somatizavimu, o sutrikimai – somatoforminiais arba psichosomatiniais¹.

Išsiplėtojus somatizavimo tyrimams, mediciniškai nepaaiškinami sutrikimai taip pat imti priskirti psichosomatikos sričiai. Psichosomatiniais sutrikimais, arba, kitaip tariant, žmogaus sąmonės veiklos sukeliamomis disfunkcijomis, pradėti aiškinti tiek aiškios kilmės neturintys, tačiau objektyviai nustatomi sutrikimai (odos problemos, viduriavimas, skrandžio opos ir pan.), tiek nematomi vizualiai, bet pacientų jaučiami įvairūs skausmai, silpnumas,

- 1 Šiandien medicinos srities atstovai yra oficialiai patvirtinę keletą diagnozių, kurios apima sindromus, pasižymintius neišsiaiškintais kilmės simptomais. Tai lėtinio nuovargio, dirgliosios žarnos sindromas, lėtinis vidurių užkietėjimas bei fibromialgija. Kadangi šių sindromų priežastys nėra nustatytos, jų gydymas yra labiau nukreiptas į atskirų simptomų šalinimą. Kiti MNS sindromai, siejami su psichosomatika, yra šie: daugybinis jautrumas cheminėms medžiagoms, alergija elektrai, atsirūgimo sindromas, lėtiniai pilvo skausmai, priešmenstruacinis sindromas, atipiniai krūtinės skausmai, hiperventiliacijos sindromas, atipiniai veido skausmai (burnos deginimas).

miego sutrikimai, lėtinis nuovargis ir kt. Tačiau somatizavimo procesas nėra iki galo atskleistas ir šiuo metu nėra patikimų technologijų jam stebėti. Kadangi nusakant psichosomatinčius sutrikimus remiamasi teorinėmis prielaidomis, jie yra laikomi mediciniškai nepaaiškintais². Psichologijos mokslo atstovai ieško ryšio tarp įgimtų žmogaus charakterio savybių bei reakcijos į gyvenimo įvykių, taip pat ryšio tarp įvairių simptomų atsiradimo, jų subjektyvaus vertinimo ir patiriamų emocijų (Stankus 2001). Medikai MNS, kaip ir somatizavimo procesą, laiko psichikos sutrikimu.

MNS atveju medikai yra priversti atlikti labai daug įvairių tyrimų. Neraudus priežasčių ir tinkamo gydymo, pacientams tenka vėl lankytis sveikatos priežiūros įstaigose ir ilgą laiką ieškoti gydytojų pagalbos. Tokia situacija didina ekonominę našą sveikatos priežiūros sistemai.

1989 m. Didžiojoje Britanijoje ir JAV pirminės sveikatos priežiūros grandžių tyrimai atskleidė, kad nuo 20 iki 70 proc. sutrikimų galima priskirti MNS (Nettleton 2003; Wileman 2002; Ring et al. 2005; Ring et al. 2004; Asmundson 2001). Tyrimais taip pat nustatytas ryšys tarp MNS ir lyties, amžiaus, rasės, klasės, geografinės padėties ir kultūros (Kiudelis 2005; Shorter 1993b), tačiau dėl netikslaus šių simptomų klasifikavimo, nepastovumo, įvairovės bei kliūčių juos diagnozuojant, neretai gaunami skirtingi paplitimo tyrimų duomenys.

MNS medicinos praktikoje

Medicinos studijų metu būsimieji medikai yra mokomi nustatyti tiksliai diagnozes. Tiksliai diagnozė moderniojoje medicinoje yra sėkmingo gydymo pagrindas. Gydytojai mokomi remtis specifinėmis žiniomis ir technologijomis, kurių neturi pacientas, ir pritaikyti konkrečiai diagnozei sukurtus gydymo metodus. Kai tikslios diagnozės nustatyti neįmanoma, gydytojo situacija paciento atžvilgiu tampa komplikuoja. Kadangi pirmieji pacientą priima bendrosios praktikos gydytojai (toliau – BPG), jiems tenka didžiausias krūvis dirbant su MNS besiskundžiančiais pacientais. BPG siunčia pacientą pas įvairius specialistus tyrimams. Tačiau, gavę neigiamus tyrimų rezultatus, pacientai grįžta pas BPG (Wileman 2001; Chew-Graham 1999).

Pasak D. S. Swobodos (2008), nesant mokslinio sutarimo dėl MNS klasifikacijos ir MNS diagnostikos įrankių, medikai yra priversti savarankiškai spręsti sudėtingus pacientų atvejus. Vieni medikai yra labiau linkę priimti riziką ir diagnozuoti sindromą, susijusį su MNS, kiti pirmiausia atlieka daug tyrimų ir atmeta visas įmanomas diagnozes. Vis dėlto yra daug medikų, kurie nediagnozuoja MNS sindromą. Savo praktikoje jie griežtai remiasi tik objektyviais ligos įrodymais ir yra linkę MNS besiskundžiančius pacientus vertinti neigiamai, nepasitiki jų gebėjimu adekvačiai įvardyti savo negalavimą.

2 Manoma, jog vienišumo, bejėgiškumo, nevilties, sielvarto, liūdesio emocijos sukelia biologinius pokyčius (cheminius, fiziologinius ir imunologinius), kurie gali sąlygoti įvairias ligas.

JAV, kurdama diagnostikos įrankius klasifikuoti ir diagnozuoti MNS, pažengę toliausiai. Ten medikai renkasi iš keleto galimų darbo su pacientu, besiskundžiančiu MNS, strategijų. Medikas gali paprašyti paciento nepradėti gydytis ir atvykti į konsultaciją po tam tikro laiko. Tikimasi, kad simptomai išnyks arba paaiškės, jog tai – fiziologinė liga su išryškėjančia patologija. Taip pat medikas gali paklausti paciento, ar šis nėra turėjęs trauminių patirčių ar išgyvenęs stresinių situacijų ir, jei taip – priskirti susirgimą psichosomatikos sričiai bei pasiūlyti psichiatro konsultaciją. Neretai diagnozė nenustatoma, o pacientui paaiškinama, kad simptomus sukelia stresas. Pacientui pageidaujant, paskiriami reguliarūs, bet reti vizitai pas gydytoją. Atmetęs visus biomedicininai žinomus susirgimus, gydytojas gali priskirti ir vieną iš oficialiai apibrėžtų sindromų (pvz., lėtinio nuovargio sindromą ir pan.) (Zavestovski et al. 2004).

Medikai, kurie diagnozuoja MNS, naudoja kitokią diagnostikos paradigmą nei dauguma biomedicinos praktikų. Jie diagnozuoja neaiškius susirgimus, remdamiesi visais galimais pasirinkimais, t. y. yra linkę priimti daugiau diagnostinės rizikos nei įprasta kitiems gydytojams (Swoboda 2008). Neturėdami aiškių nurodymų, kaip diagnozuoti MNS, jie naudojami visomis prieinamomis žiniomis – neišbaigtais MNS diagnostiniais protokolais, naujausiomis įvairiose konferencijose įgytomis žiniomis, paciento suteikiama informacija, internetu, alternatyviųjų medicinos kryptių metodikomis ir t. t. Kitaip tariant, jie peržengia įprastinės diagnostikos ribas, atsižvelgdami į tai, kad trūksta biologinių žymenų šioms negalavimams įrodyti. Pasak D. S. Swobodos (2008), ši diagnostinė metodika turi dvigubą naudą – pacientai yra aktyviai įtraukiami į diagnozės bei gydymo paieškas; tokiu taip sumažinamas paciento nepasitenkinimas sveikatos priežiūra ir palengvinami šių susirgimų tyrimai. Tačiau diagnozuojant MNS kyla pavojus klaidingai diagnozuoti negalavimą, turintį fiziopatologinį pagrindą, kuris nebuvo nustatytas dėl technologijų ar mediko kompetencijos stokos. Kadangi medicininė diagnostika visuomet susiduria su tam tikru netikrumu, MNS diagnozavimas yra rizikingas.

Medikai, kurie remiasi grynai biomedicininio požiūriu į diagnozavimo procesą, yra linkę nediagnozuoti mediciniškai nepaaiškintos kilmės sindromų (Swoboda 2008). Dalies gydytojų požiūriu, kadangi yra stokojama efektyvių gydymo metodikų, neverta priskirti MNS diagnozė. Be to, remiantis biomedicininio diskursu, žmogui, kuriam pasireiškia šie sindromai, tikimybė pasveikti yra labai maža. Dauguma JAV ir Europos klinikų neturi specialistų komandų, parengtų dirbti su psichosomatiniais sutrikimais, todėl bendrosios praktikos gydytojai nemato prasmės diagnozuoti psichosomatinį sindromą. BPG mano, jog tai paskatins nerezultatyvius bandymus toliau tirti pacientą, išleidžiant daug sveikatos priežiūros lėšų (Salmon et al. 2007). Taip pat dalis medikų nelaiko šių susirgimų keliančiais grėsmę gyvybei, todėl neteikia pirmenybės jiems gydyti ir skiria mažiau laiko MNS besiskundžiančio paciento konsultacijoms (Asbring 2003). Kaip teigia A. Ringas ir kt. (2004), yra paplitusi medikų nuomonė, jog, atkakliai ieškodami patofiziologinio pagrindo MNS, pacientai

apkrauna medicininės priežiūros sistemą neadekvačiomis ir beprasmingomis išlaidomis. Tačiau šių mokslininkų Anglijoje atliktas tyrimas atskleidė prieštaringą informaciją. Remdamiesi konsultacijų eigos įrašais tyrėjai nustatė, jog MNS besiskundžiantis pacientas ne visuomet yra tolesnių medicininių tyrimų iniciatorius. Daugeliu atvejų medikai patys siunčia pacientus tolesniems tyrimams, nors pastarieji to neprašo (Ring et al. 2004).

Kiti tyrimai parodo, kad neretai gydytojai subjektyviai smerkia ir tam tikra prasme ignoruoja asmenis, besiskundžiančius neaiškiais simptomais. P. Asbring (Asbring, Narvanen 2003) atliktas medikų, linkusių nediagnozuoti MNS, tyrimas atskleidė, jog diskriminuojančiam bendrosios praktikos gydytojų požiūriui į MNS besiskundžiantį pacientą turi įtakos tai, kaip – ligotai ar sveikai – atrodo pacientas. Jei gydytojai nemato akivaizdžių patinimų, sudirgimų skausmingoje vietoje ar asmuo vizualiai neatrodo kenčiantis didelių skausmus, jie nelaiko tokių susirgimų vertais atidaus medicininio dėmesio (Asbring 2003). Neradę patologijos, gydytojai nusprendžia, jog pacientas turi psichikos sutrikimą, nepagrįstai reikalauja dėmesio, pervertina simptomų rimtumą ar tiesiog juos įsivaizduoja. Kartais pacientui teigiama, kad jo ligos priežastis – viršsvoris ir nepakankamas judėjimas arba pacientui primetamos kitos socialiai smerktinos ydos (Barker 2005).

P. Salmonas ir kt. (2007) pažymi, jog, kalbėdami apie MNS besiskundžiančius pacientus, gydytojai vartoja tokius apibūdinimus kaip „užsispyręs“, „aktyvistas“, „susikoncentruojantis ties savo ligomis“, „reikalaujantis“, „nepataisomas pesimistas“ ir kt. Šių tyrėjų atliktas tyrimas atskleidė, kad kai kuriems bendrosios praktikos gydytojams, jų pačių požiūriu, trūksta specifinio medicininio išsilavinimo dirbti su MNS pacientais. Kiti bendrosios praktikos gydytojai mano, jog tokius pacientus turėtų konsultuoti ne jie, o psichiatrai, psichologai, socialiniai darbuotojai ir kiti specialistai. Išryškėjo, jog kai kuriais atvejais medikai moraliai smerkia pacientą kaip nesugebantį susitvarkyti su savo gyvenimo problemomis ir todėl ieškančią pasiteisinimo medikų sąskaita (Salmon et al. 2007).

Bet kuriuo atveju, kaip rodo tyrimai, negalėdami pacientui padėti ar paaiškinti jo sutrikimo kilmės, gydytojai jaučia didelį stresą ir profesinį bejėgiškumą (Deale, Wessely 2001). Bendrosios praktikos gydytojų darbo pobūdis pasikeitė, kai infekcinius susirgimus pakeitė lėtiniai susirgimai. Ilgalaisis santykių su pacientu palaikymas, siekiant kontroliuoti susirgimą ir sumažinti susirgimo įtaką gyvenimo kokybei, paskatino gydytojų–pacientų santykius vertinti ne tik paciento pasitenkinimo mediko darbu aspektais, bet ir kaip galutinį gydymo tikslą. Paciento kaip asmens suvokimas ir įgalinantis bendravimas su juo vaidina svarbų vaidmenį, aiškinantis simptomų priežastis ir pritaikant tinkamiausius gydymo būdus. Pacientų pasitenkinimas santykiais su gydytojais yra paremtas gydytojo bendravimu ir gebėjimu išreikšti turimą informaciją pacientui suprantama kalba. Darant prielaidą, jog MNS atsirasti turi įtakos paciento psichologinės ir socialinės sąlygos, bendravimas gali būti vienintelė

priemonė atpažinti simptomų priežastis. Todėl šiandien bendrosios praktikos gydytojai yra skatinami atpažinti socialinio pobūdžio ir psichologinių problemų įtaką sveikatos sutrikimams bei stengtis pacientui padėti su jomis susidoroti. Tačiau, tyrimų duomenimis, didelė dalis gydytojų jaučiasi neturintys pakankamų psichologinių gebėjimų ar nepajėgūs spręsti paciento gyvenimo ir elgsenos problemas (Salmon et al. 2007). Tiek medikui, tiek pacientui nėra paprasta atpažinti psichologines ar socialines priežastis, galbūt iš dalies sąlygojančias MNS pobūdžio negalavimus (Risør 2009). Tokia situacija sukelia įtampą mediko–paciento santykiuose.

Pacientų, kenčiančių nuo MNS, patirtys sveikatos priežiūros sistemoje

Sociologai išskiria keletą pacientų probleminių aspektų, būdingų gyvenimui su mediciniškai nepaaiškintais simptomais. Tyrimuose analizuojamos konsultacijų metu kylančios problemos, kai simptomai, neturintys matomos patologijos ir nepriskiriami nė vienai egzistuojančiai klasifikacijai, sutrikdo įprastinius gydytojo–paciento santykius ir lūkesčius. Taip pat atskleidžiama individo, kuris skundžiasi negalavimais, tačiau neturi priskirtos diagnozės, dvilypė padėtis visuomenėje. Tiriamas netikrumo, neapibrėžtumo jausmas, patiriamas tiek paciento, tiek mediko, kai pacientui neįmanoma nustatyti tikslios diagnozės.

Gydytojo–paciento santykio svarba. Nesklandūs pacientų ir medikų santykiai yra vienas neatsiejamų šiandienos medicinos bruožų (Ring et al. 2005). Atliekama daug tyrimų, kuriais siekiama išsiaiškinti šio nepasitenkinimo priežastis įvairiose medicinos srityse (Wearen, Malterud 2003). Tyrimai atskleidžia, jog didžiausios gydytojų ir pacientų konfrontacijos sulaukiama psichiatrijos ir mediciniškai nepaaiškinamų susirgimų srityse, t. y. tokiose, kur medicina yra mažiausiai pažengusi ir bejėgiškiausia taikyti technologinės pažangos įrankius.

MNS atveju pacientai lieka labiausiai nepatenkinti tokiais medicininių konsultacijų aspektais kaip paaiškinimų ir emocinės paramos trūkumas, trumpa konsultacijų trukmė, skirtingi lūkesčiai konsultacijos atžvilgiu, neįsiklausymas į paciento poreikius, gydytojo kompetencijos trūkumas ir kt. (Peters et al. 1998; Deale, Wessely 2001). Pacientai, idealizuojantys biomedicinos pasiekimus, yra labiau nepatenkinti konsultacijomis nei mažiau idealizuojantys. Tyrimai parodė, jog pacientų nepasitenkinimas dažnai kyla ne dėl medikų bejėgiškumo išgydyti sudėtingą susirgimą, o dėl nesklandžių tarpusavio santykių. Bendravimas su mediku yra svarbus paciento ligos patirtims: geri santykiai su gydytoju sąlygoja geresnius gydymo rezultatus ir mažesnę tyrimų poreikį (Madden, Sim 2006). Tyrimai atskleidžia, jog labiausiai santykiais su gydytoju yra patenkinti tie MNS besiskundžiantys pacientai, kuriems buvo daugiausiai paaiškinta apie somatizavimą, buvo paskirtos reguliarios konsultacijos, parodytas pasitikėjimas ir paskatintas bendradarbiavimas (Salmon et al. 1999).

Diagnozės ir negalavimo pripažinimo liga paieškos. Biomedicininė diagnostika tradiciškai atliekama ieškant ligos įrodymų. Subjektyviai paciento nusakomas susirgimas paverčiamas biomedicinine realybe, remiantis fiziopatologijomis paciento kūne, kurias galima stebėti ir įvertinti. Tam tikras patologijų derinys priskiriamas konkrečiai ligai pagal biomedicininės klasifikacijas. Tik tokie susirgimai yra laikomi realiai egzistuojančiais (Barker 2007). Ši biomedicininė prieiga neskiria dėmesio emocinėms ir subjektyvioms pacientų patirtims. Toks kūno ir emocijų patirčių atskyrimas yra medicinos technologijų vystymosi pasekmė. Daugėjant pasiekimų fiziopatologinių susirgimų gydymo srityje atsirado galimybė kelti medicinos autoritetą ir buvo sąlygtas vis didesnis mediko ir sergančiojo turimų žinių skirtumas. Gydytojai nebejaucia būtinybės pasitikėti paciento subjektyviai nusakomais pojūčiais. Tuo tarpu susirgimai, nuo kurių išgydyti nepavyksta ir nėra patikimų jų kilmės paaiškinimų, buvo nustumti į medicinos periferiją kaip potencialiai pavojingi medicinos autoritetui visuomenėje (Shorter 1993a). Nepaisant to, kad psichosomatiniai tyrimai yra nuolat atliekami, vis dėlto pasiekimai nedideli, t. y. dar neatskleistas procesas, kurio metu žmogaus pasąmonė ir patiriamos emocijos paskatina atsirasti įvairius negalavimus (Stankus 2001). Kol kas medicinos srityje jiems skiriama gerokai mažiau dėmesio nei patofiziologinius žymenis turintiems susirgimams. Darant prielaidą, jog MNS yra sąlygojami pasąmonės, pacientas nesąmoningai, o kartais ir atvirai, būna kaltinamas medicinos atstovų už tarsi savanorišką savęs žalojimą. Tai irgi turi įtakos žemesniam kitų susirgimų atžvilgiu MNS statusui (Albama, Westinb 2008).

Pasak K. K. Barker (2005), oficialios diagnozės paieškos vienija asmenis, kenčiančius nuo mediciniškai nepaaiškintų negalavimų. Jų socialinis gyvenimas tarsi pasidalija į dvi dalis – tikrą ir išgalvotą. Tikri yra jų simptomai, kuriuos jie jaučia, ir žmonės, kurie šiuos simptomus pripažįsta kaip realius bei pasitiki sergančiuoju. Išgalvotoji pusė – tai visi, kurie remiasi biomedicinos požiūriu į ligą, t. y. netiki, kad simptomai yra tikri, ir kenčiantį žmogų laiko arba vengiančiu socialinių atsakomybių, arba turinčiu psichikos sutrikimą. Žmogus patenka į mokslo ir technologijų spąstus: jis aiškiai jaučia simptomus, kurie sukelia realias problemas socialiniame gyvenime, tuo tarpu gydytojai nuolat kartoja, kad „jokios ligos nėra“. Jei simptomai ištis varginantys, pacientai ilgai kovoja, kad jie būtų pripažinti realiai egzistuojančiais, keliaudami iš vieno gydytojo kabineto į kitą ne vienerius metus (Barker 2005). Dėl simptomų pobūdžio pacientai yra siunčiami pas įvairius specialistus: gastroenterologas ieško skrandžio skausmų priežasčių, neurologas – migrenos, nemigos, atminties ir dėmesio sutrikimų paaiškinimo; reumatologai siekia surasti kaulų, sąnarių ir raumenų skausmų priežastis ir t. t. Tyrimai rodo, kad šios diagnozės paieškos, beje, dažniausiai nereizultatyvios, sukelia itin neigiamus pacientų jausmus. Pacientai teigia, kad jaučiasi „nesuprasti“, išgyvena pyktį, netikrumą ir neviltį (Condon 2010). Tuo pat metu tenka gyventi su dvejopa baime. Viena vertus, baiminamasi, kad sergama pavojinga liga, kurios medikai nepajėgia nustatyti, ir desperatiškai prisirišama

prie bet kurios simptomus atitinkančios patofiziologinės ligos (Shorter 1993a). Kita vertus, pacientai patys suabejoja savimi ir ima nebepasitikėti savo pojūčiais, t. y. baiminamasi sudėtingos psichikos ligos ir kartu dar didesnės stigmatizacijos (Barker 2005). Pirmuoju atveju baimė paskatina daug metų trunkančius vizitus pas įvairių sričių specialistus ir kelia nuolatinį nepasitenkinimą neradus patologijos (Condon 2010; Deale, Wessely 2001). Be to, įvairiai bandant gydyti simptomus, galiausiai imama vartoti didelius kiekius netinkamų vaistų, kurie tik pablogina paciento savijautą. Antruoju atveju psichikos sutrikimo baimė paskatina vartoti įvairius antidepresantus ar kitus psichotropinius medikamentus. Esant MNS, šie vaistai neretai nepagerina situacijos ir, be jau patiriamų simptomų, daro šalutinį psichotropinių vaistų poveikį.

Pacientų reakcija į psichosomatinę diagnozę. Oficiali sindromo diagnozė suteikia pacientui palengvėjimą ir didesnio aiškumo pojūtį (Barker 2005). Tačiau psichosomatinio sindromo diagnozė visuomenėje nėra vertinama taip pat kaip fiziopatologinio sutrikimo diagnozė. Pastarojo tipo diagnozę turintys pacientai susiduria su psichikos sutrikimams būdinga stigmatizacija (Clarke, James 2003). Nepaisant to, tyrimų duomenimis, pacientai teikia pirmenybę bet kokiai diagnozei negu jokiai (Zavestovsky et al. 2004). Neturėdami diagnozės, pacientai jaučiasi „atstumti medicinos“, neturintys teisės į pagalbą, drauge ir galimybės pasveikti (Wearen, Chew-Graham 2006). Dėl žemo mediciniškai nepaaiškinamų susirgimų statuso bei neretai kritiškai darbingumą paveikiančių simptomų, pacientai susiduria ir su tokiomis problemomis kaip darbo praradimo grėsmė, socialinė izoliacija. Todėl, pripažinus diagnozę, sumažėja įtampa dėl neapibrėžto tokio paciento statuso visuomenėje (t. y. pacientas oficialiai pripažįstamas sergančiuoju). Nustatyta, kad, oficialiai diagnozavus fibromialgiją, per pirmuosius trejus metus pagerėja paciento sveikata ir sumažėja simptomų, lyginant su tais, kuriems diagnozė nebuvo oficialiai pripažinta (Ščiupokas et al. 2008).

Vis dėlto ne visi pacientai yra linkę sutikti su psichosomatinio sutrikimo diagnoze (Nettleton 2006). Kaip rodo tyrimai, į psichosomatinės diagnozės reaguojama labai įvairiai. Didelė dalis pacientų mano, kad patologija vis dar nesurasta, todėl ir toliau ieško negalavimo priežasčių ar efektyvių gydymo metodų (Madden, Sim 2006). Tyrimai atskleidė ir tai, jog pacientai, kenčiantys nuo skausmų, neturinčių patofiziologinių priežasčių, konstruoja savo sutrikimo naratyvą gydytojui taip, kad simptomai atrodytų kuo fiziškesni, siekdami, kad negalavimas nebūtų įvardytas kaip psichikos sutrikimas (Chew-Graham, May 1999).

Tačiau net ir susitaikę su psichosomatinėmis savo negalavimų priežastimis, pacientai susiduria su problema: sveikatos priežiūros sistemos nekompensuoja daugumos MNS. Aktyviausiai su tuo kovoja JAV pacientų grupės, siekdamos tokių susirgimų kaip lėtinis nuovargis, daugybinis jautrumas cheminėms medžiagoms ar Golfo karo sindromas gydymo kompensavimo iš sveikatos priežiūros draudimo lėšų (Dumit 2006). Kitaip tariant, pacientai kovoja už jų pripažinimą sergančiais.

Ribota galimybė įgyti sergančiojo statusą. Socialinio ligos konstravimo teorija teigia, kad ligos ir sveikatos apraiškos visuomenėje yra suvokiamos skirtingai. Įvairios organizmo būklės skirtingu laikotarpiu įvairiose kultūrose gali būti laikomos natūraliomis arba susirgimais, reikalaujančiais gydymo, kai kada net nuodėmingomis, baustinomis. Net toje pačioje kultūroje ligos kategorijos neretai kinta (Shorter 1993a; Munch 2002). Vakarų kultūroje svarbiausias vaidmuo apibrėžiant ligą tenka medicinos profesijos atstovams. Medikai oficialiai apibrėžia, kas yra liga, nustato gydymo procedūras ir daro įtaką visuomenės požiūriui (pateisinančiam ar smerkiančiam) į konkretų susirgimą turinčius individus. Medikų įtaka yra svarbi neoficialiai „ranguojant“ svarbesnes, „prestižines“, ar ne tokias svarbias ligas. Tai vėliau paveikia sveikatos priežiūros sistemos organizavimą, įkainius bei dėmesį konkreitiems susirgimams ir jais sergantiems pacientams (Albama, Westinb 2008). Psichosomatinės ligos yra laikomos vienomis „neprestižiškiausių“, sukeliančiomis daugiausiai problemų mediko–paciento bendravimo procese (Wearen, Malterud 2003), sunkiausiai diagnozuojamomis ir pasižyminčiomis menkaisiais gydymo rezultatais. MNS priskiriami labiausiai eikvojantiems sveikatos priežiūros sistemų lėšas (Chew, May 1997). Todėl MNS besiskundžiantis pacientas patenka į sudėtingą dviprasnę padėtį. Viena vertus, socialinės normos reikalauja, kad sergantis aktyviai stengtųsi pasveikti ir grįžti prie socialinių vaidmenų, t. y. prisiimtų „sergančiojo vaidmenį“ (Parsons 1959). Sociologinių tyrimų duomenimis, jei aplinkiniai nemano, jog sergantieji aktyviai stengiasi pasveikti, ir (ar) jei, nepaisant dažnų vizitų pas medikus, ligos priežasčių nerandama, MNS besiskundžiantis asmuo yra apkaltinamas ligos imitavimu, per dideliu jautrumu savo problemoms, gydytojų laiko gaišinimu ir kt. (Wearen et al. 2004). Kita vertus, nesilankydamas pas gydytojus, pasiduodamas ir nebandydamas ieškoti būdų pasveikti sergantis gali sulaukti socialinio pasmerkimo ir patirti atskirtį, nes pacientai neretai netenka artimųjų, pažįstamų bei darbdavių pasitikėjimo ir paramos (Clarke, James 2003).

Taigi nerezultatyvios susirgimo paieškos ir tinkamų gydymo būdų stoka, galiausiai ir kenčiančio nuo MNS asmens sprendimas susitaikyti su situacija yra sunkumai, dėl kurių jam ar jai sudėtinga įgyti sergančiojo statusą, taigi galimybę prieiti prie sveikatos priežiūros išteklių, gauti nedarbingumo pažymas ir t. t. Tokį asmenį neigiamai vertina tiek medikai, tiek kiti visuomenės nariai.

Visuomenės kaita ir MNS

Sociologus ne mažiau domina klausimas, kokios socialinės sąlygos išprovokuoja tokius sindromus kaip lėtinis nuovargis ir kt., bei tai, ar šiuos negalavimus galima laikyti būtent vėlyvosios modernybės pasekme. Gyvenimo kenčiant nuo MNS aspektai nagrinėjami postmodernios vartotojiškos visuomenės kontekste, apžvelgiant jai būdingus kaitos, netikrumo ir kitus bruožus.

MNS reiškiny s nėra naujas. Medicina visą savo egzistavimo laiką susidurdavo su simptomais, kurių negalėjo paaiškinti. Tačiau skyrėsi tiek pacientų patiriamų simptomų pobūdis, tiek simptomų kilmės aiškinimas³.

Psichosomatininių susirgimų istorija yra dinamiška. Edwardas Shorteris (1993a), tyrinėjęs MNS istoriją, mano, jog simptomų pobūdžio pokyčiai iš esmės priklauso nuo medicininių teorijų, t. y. nuo to, kas laikoma liga konkrečiu istoriniu momentu konkrečioje visuomenėje. Kiekvienu istoriniu momentu, priklausomai nuo vyraujančių medicininių teorijų, vieni simptomai yra laikomi ligos požymiais, o kiti gali būti laikomi nerimtais, juos patiriantis individas nėra atleidžiamas nuo socialinių pareigų. Žmogus nesąmoningai „renkasi“ simptomus iš tuo metu jam prieinamo medicinos atstovų rimtais laikomų „simptomų fondo“ (Shorter 1993a). Tai paaiškina tam tikrų susirgimų paplitimą tam tikru laikotarpiu ir jų išnykimą kitu metu. Pavyzdžiui, antikos laikais vienas iš psichosomatinio pobūdžio simptomų buvo kalbos dovanos praradimas (isterinė afonija). XVII amžiaus pacientai skųsdavosi viso kūno odos nejautra (anestetija), kurią, kaip manyta, sukeldavo juodosios magijos praktikai. Atsiradus pirmosioms vėlyvojo XVIII amžiaus nervinių sutrikimų teorijoms, pagrindinis psichosomatinis susirgimas buvo neurotinis paralyžius. Žmogus tiesiog nebuvo pajėgus pakilti iš lovos, kadangi negalėjo valdyti savo kojų ar rankų. XX amžiuje neurotinis paralyžius užleido kelią nuovargiui, skausmui ir alergijoms. Įvairūs pastarojo meto tarpkultūriniai tyrimai atskleidė, kad somatizavimas dažniau pasitaiko vienoje kultūroje nei kitose. Pavyzdžiui, Pasaulinės sveikatos organizacijos finansuoto tyrimo rezultatai parodė, kad labiausiai į somatizavimą yra linkę Lotynų Amerikos gyventojai. Taip pat skiriasi simptomų pobūdis. Pavyzdžiui, Kanadoje dominuoja daugybinis jautrumas cheminėms medžiagoms, Vokietijoje – kardiopulmonariniai (žemas spaudimas, prasta kraujo cirkuliacija), Anglijoje – virškinamojo trakto sutrikimai, kurių kilmė nėra žinoma (Asmundson 2001).

Žvelgiant iš istorinės perspektyvos, simptomų fondo pokyčiai sutampa su medicinos teorijų pokyčiais. Kai biomedicinos teorija dar nebuvo reikšminga, psichosomatinės ligos aiškintos socialinės aplinkos, žmogaus gyvenimo aplinkybių įtaka (pvz., užkalbėjimu, netinkamu gyvenimo būdu, pervargimu, problemomis šeimoje ir kt.). Tokie aiškinimai sergantiesiems buvo priimtini. Pagrindinis gydytojų vaidmuo šioje *ikimokslinėje* medicinos stadijoje buvo numalšinti, sumažinti skausmus. Iki XIX a. medicina nebuvo tik intervencinė praktika, kuri ligos atveju griebiasi vaistų ir operacijų. Ji tyrinėjo ir apibrėžė gyvenimo būdo strategiją, formavo asmens požiūrį į save, savo kūną, maistą, gyvenamąją aplinką, veiklą. Gydytojo vaidmuo buvo suformuoti ir pasiūlyti sveikatą palaikančią elgesio kultūrą. Vystantis biomedicinos technologijoms, pradėtos kurti įvairios organinių ligos priežasčių teorijos ir buvo vis labiau nusigręžiama nuo asmenybės, socialinių gyvenimo aplinkybių (Callahan, Parens

3 Lėtinis nuovargis ir kiti panašūs susirgimai yra neretai laikomi neurastenijos ir isterijos moderniaisiais pasekėjais (Luthra, Wessely 2004; Shorter 1993).

1995). *Ikimoksliniame* medicinos istorijos periode gydytojas rėmėsi laisvomis interpretacijomis ir subjektyviais sprendimais, paremtais sava patirtimi. Mokslui įsitvirtinus medicinos srityje, subjektyvius sprendimus pakeitė sprendimai, grindžiami tyrimų rezultatais, technologijomis. Šis pokytis transformavo gydytojų ir visuomenės požiūrį į MNS, kadangi šių sutrikimų nebuvo įmanoma pagrįsti medicinos technologijomis. Medikų autoriteto įsitvirtinimas, augantis tikėjimas medicinos technologijų galimybėmis nugalėti ligas bei kiti visuomenės kaitos procesai turėjo įtakos simptomų fondo pokyčiams. Tarp mediciniškai nepaaiškinamų simptomų atsirado įvairūs simptomai, kuriuos būtų galima pagrįsti cheminiais tyrimais (pvz., fibromialgija, dar vadinama mialginiu encefalitu, siejama su medžiagų balanso organizme sutrikimu).

Technologijų dominavimas medicinos srityje pakeitė anksčiau vyravusias gyvenimo, mirties, kančios sampratas. XX a. pabaigoje apskritai padidėjo pacientų jautrumas bet kokiems skausmams ir kur kas labiau laikytasi įsitikinimo, jog kiekvienas skausmas turi fiziopatologinę priežastį. Z. Baumanas (2007a) teigia, jog už progresą šlovinama modernybė sukelia nemalonias gyvenimo patirtis. Kuo greičiau pasaulis juda, tuo didesnė kyla baimė atsilikti. Pastarųjų metų tyrimai atskleidė neigiamas nesaugumo jausmo ir streso pasekmes. Šio amžiaus nerimas neturi analogų istorijoje (Wilkinson 2001). Jei modernybę galima apibūdinti tokiomis vertybėmis kaip tradicija, struktūra, hierarchija, klasė, progresas ir ekspertinis žinojimas, kalbant apie vėlyvąją modernybę, nurodomi kitokie ją apibūdinantys bruožai: tradicijų vertės mažėjimas, individualizacija, fragmentacija, pasirinkimas, kaita, mobilumas, epizodinės tiesos, nesaugumas ir netikrumas.

Šiandien nėra nieko stabilesnio už nestabilumą (Beck 1992; Bauman 2001). Šiuo laikotarpiu pagrindinės visuomenės institucijos patyrė funkcinių ir struktūrinių transformacijų (Giddens 1991). Gilūs pokyčiai palietė šeimos struktūrą ir vaidmenį, darbo suvokimą ir aplinką, socialinio aprūpinimo sistemas, lyčių vaidmenis, klasių ribas ir identitetus. Dėl tokių pokyčių kasdieniniame gyvenime visuomenės nariai yra priversti derintis prie netikrumo ir taikytis prie sąlygų, kurių negali kontroliuoti. Globalios žiniasklaidos dėka visuomenė išsamiai informuojama apie gresiančias rizikas sveikatai ir stengiasi koreguoti savo gyvenimą taip, kad tų rizikų išvengtų. Dar niekada visuomenė negyveno taip ilgai ir nebuvo tokia sveika kaip šiame amžiuje. Tačiau drauge, nuolat girdėdami apie begales įvairiausių grėsmių, žmonės jaučiasi vis nesaugesni ir neramesni (Myrthen 2004).

Kaip pažymi E. Shorteris (1993b), besiskundžiantieji MNS pasižymi asmeninėmis problemomis, paprastai susijusiomis su tarpasmeniniais santykiais. Tačiau asmeninių santykių problemos būdingos ne tik XXI a. visuomenei. E. Shorteris mano, jog tiek XIX, tiek XXI a. visuomenėje psichosomatiniai simptomai gali būti veikiami pernelyg didelio arba pernelyg mažo intymumo šeimose. Jei XIX a. „suvaržyta“ moteris, kenčianti nuo isterijos, reprezentavo intymumo pertekliaus žalą, šiandieninis lėtinio nuovargio ar įvairių alergijų

kankinamas individas (bet kurios lyties) galėtų būti apie intymumo stoką liudijantis pavyzdys (Shorter 1993b). Z. Baumanas (2007b) padidėjusį nerimą dėl sveikatos taip pat sieja su stabilių tarpasmeninių santykių trūkumu. Išsiskyrusių ir vienišų žmonių skaičiai drastiškai auga. Individualių pasiekimų garbinimo laikmečiu šeimyninis „susisaisymas“ yra nepageidaujamas, kelia įtampą ir yra vertinamas kaip našta, apribojanti laisvę ieškoti naujų „susisaisymo“ subjektų (Bauman 2007b). Sveikatos srityje toks šuolis nuo šeimyninio gyvenimo prie gyvenimo be šeimos padarė dvejopą poveikį. Nuolatinis nerimas yra sveikatos pablogėjimo priežastis. Tačiau jei anksčiau gerokai daugiau nei pusė visų sveikatos problemų buvo sprendžiamos namuose, šiandien vis dažniau kreipiamasi į šeimos gydytojus bei ieškoma kitų informacijos apie susirgimą šaltinių, tokių kaip internetas, spauda, alternatyvius gydymo būdus siūlantys gydytojai ir kt. Be to, išskirtinis XXI a. bruožas yra nepasitikėjimas medikais, nesutikimas su psichiatrine diagnoze ar nepasitenkinimas negavus diagnozės bei padidėjęs jautrumas bet kokios formos skausmui (Shorter 1993a). Tik šiame amžiuje MNS tapo ypač didelės įtampos sveikatos priežiūros sistemose priežastimi. Kuo labiau stengiamasi suvaldyti negalavimus, bandant juos klasifikuoti, kategorizuoti ir suteikti jiems pavadinimus, tuo daugiau chaoso ir netvarkos sukuriama (Bauman 1991). Kuo spartesnis visuomenėje technologinis progresas, tuo mažiau ji gali toleruoti klinikinį neaiškumą (Nettleton 2006). Nerimas dėl sveikatos didėja kartu su medicinos ambicijomis nugalėti senėjimą ir sunkias ligas (Wilkinson 2001). S. Nettleton (2006) teigia, jog vienas iš postmodernios visuomenės nerimo ir netikrumo šaltinių yra „įkūnyta abejonė“, kylanti iš nuolatinio identiteto konstravimo per savo kūną. Kaip šį „projektą“ vykdyti, individas gali rinktis iš didelio kiekio įvairios informacijos, technologijų ir žinių. Tačiau čia slypi paradoksas: individas, gyvendamas amžiuje, kuriame įmanoma įvairiais būdais efektyviai kontroliuoti kūną, drauge išgyvena radikalias abejones dėl žinojimo, kas yra kūnas ir kaip jį kontroliuoti (Nettleton 2006). Žmonės, kenčiantys nuo MNS, nepaisant jų marginalizavimo, gali būti laikomi rizikos visuomenės simboliu ir rezultatu. Jie turi kūnus, kurių neįmanoma „suvaldyti“, jų neįmanoma išgydyti, jie serga, bet neturi ligos, jie persmelkti netikrumo ir rizikos. Šie žmonės kelia pavojų medicinos ekspertų įvaizdžiui.

Išvados

Šių dienų visuomenė deda kone didžiausias pastangas istorijoje pažinti kūną, išsaugoti sveikatą ir gydyti ligas. Tačiau, nepaisant visų medicinos pasiekimų, individai nesijaučia sveiki. Atvirkščiai, susirūpinimas sveikata didina įtampą ir neigiamai veikia subjektyvų sveikatos vertinimą. Sveikas kūnas tapo savaiminiu tikslu, o ne priemone kitiems tikslams siekti. Įsitikinimas, kad vadovaujantis sveika gyvensena ir mokslu galima visiškai kontroliuoti savo kūną, verčia reaguoti į menkiausius kūno signalus (Barsky 1988). Neįstengiant kontroliuoti

sveikatos sutrikimų, žmogų apima nerimo ir nusivylimo jausmas. Kuo daugiau dėmesio skiriama savo sveikatai stebėti ir bandyti eliminuoti bet kokius nemalonius pojūčius savo organizme, tuo labiau pastebimas medicinos ribotumas siekiant šio tikslo. Augantis pacientų nepasitenkinimas sveikatos priežiūros sistema paskatino vykdyti pasitenkinimo ją tyrimus. Jie atskleidė, jog tiek somatinių, tiek psichosomatinių sutrikimų atveju pacientai išreiškia pasitenkinimą sveikatos priežiūra, kai gauna iš mediko ganėtinai aiškios informacijos apie sutrikimo pobūdį, pasveikimo galimybes ir jaučiasi įgalinti daryti įtaką savo gydymo procesui (Deale, Wessely 2001). MNS atveju prie šių kriterijų prisideda gydytojo empatijos bei pasitikėjimo pacientu poreikis (Nettleton 2006; Peters et al. 1998).

Taigi lūkesčiai sveikatos priežiūros atžvilgiu pakito. Šiandien iš sveikatos priežiūros tikimasi kur kas daugiau nei medikamentinio gydymo. Lėtinų, juolab mediciniškai nepaaiškinamų sutrikimų, atveju išvardyti poreikiai tampa pernelyg svarbūs, kad būtų galima į juos neatsižvelgti formuluojant tolesnius sveikatos priežiūros tikslus. Apžvelgiant tokius veiksnius kaip augantis susirūpinimas sveikata, brangūs moderniomis technologijomis atliekami tyrimai, medicinos ribotumas gydant lėtinius susirgimus, ypač mediciniškai nepaaiškinamus sutrikimus, pakitę pacientų reikalavimai sveikatos priežiūros specialistams rodo neišvengiamą ekonominę ir socialinę sveikatos priežiūros sistemos krizę (Callahan, Parens 1995). Taigi pakitęs socialinis kontekstas bei moderniosios medicinos patiriamos ekonominės, socialinės ir moralinės problemos verčia susimąstyti apie pokyčių sveikatos priežiūros sistemoje būtinumą. Biomedicina pasiekė nemažų laimėjimų kovodama su ligomis, tačiau ji stokoja visuminio požiūrio į sveikatos palaikymo ir išsaugojimo prielaidas bei galimybes. Kitaip tariant, formuodami sveikatos priežiūros sistemą, negalime neatsižvelgti į vėlyvosios modernybės visuomenės poreikius ir naujus lūkesčius medicinos atžvilgiu.

Lietuvoje psichosomatiniai sutrikimai priskiriami psichiatrijos sričiai, tačiau nėra numatytos tikslios metodinės rekomendacijos, kokiais atvejais ir kaip dažnai bendrosios praktikos gydytojai turėtų siųsti pacientus psichiatro konsultacijai. Lietuvoje psichosomatikos specialistai, gebantys tiek plačiai suvokti šiuolaikinius patogeninius psychosocialinius ir aplinkos faktorius, tiek išmanyti bendrosios patologijos raidos mechanizmus, suprasti tyrimų metodų galimybes ir būti įvairių medicinos sričių specialistų tarpininkais, rengiami vos keletą metų, jų yra labai nedaug. Somatinė psichiatrija laikoma tarpine grandimi tarp biomedicinos ir psichiatrijos (Daubaras 2004).

Nors nėra tikslesnių duomenų, kaip plačiai Lietuvoje yra paplitę psichosomatiniai nusiskundimai, ir Lietuvos medikai remiasi kitų šalių statistika (JAV, Didžiosios Britanijos ir kt.), vis dėlto nėra pagrindo manyti, kad jų pasitaiko mažiau nei kitose Vakarų šalyse. Tačiau ryškesnių socialinių grupių, ginančių tokių pacientų interesus, ar palaikymo grupių, padedančių gyventi su neaiškiais medicinai susirgimais, nebuvimas parodo, kad ši medicinos sritis ganėtinai apleista, psichosomatikos sričiai neskiriama pakankamai dėmesio. Tuo metu,

kai Europos šalyse ir JAV kalba apie būtinybę formuluoti naujus medicinos tikslus ir persvarstyti jos tolesnio vystymo kryptis (Callahan, Parens 1995), Lietuvoje pirmiausiai būtina pradėti MNS tyrimus, siekiant nustatyti pacientų padėtį ir gydytojų požiūrį į šiuos susirgimus. Lietuvos sveikatos priežiūros vartotojų lūkesčiai ir medikų požiūris į sveikatos priežiūros teikimą yra paveikti sovietinio totalitarinio režimo kultūros, kurios vienas iš bruožų – nekritiškas požiūris į valstybinių institucijų veiklą ir paternalistiniai gydytojo–paciento santykiai. Tyrimai atskleidžia, jog ši kultūra vis dar turi didelės įtakos tiek medikams, tiek pacientams (Leonavičius et al. 2007). Todėl yra pagrindo manyti, jog būtent šio įsisenėjusio visuomenės požiūrio į sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir biomedicininio požiūrio į sveikatą ir ligą dominavimas sąlygoja menką psichosomatinės medicinos vystymąsi Lietuvoje bei paveikia MNS tyrimus.

Literatūra

- Albama, D., & Westinb, S. 2008. "Do Diseases Have a Prestige Hierarchy? A Survey Among Physicians and Medical Students." *Social Science and Medicine*, 66: 182–188.
- Asbring, P., & Narvanen, A. L. 2003. "Ideal Versus Reality: Physicians Perspectives on Patients with Chronic Fatigue Syndrome (CFS) and Fibromyalgia." *Social Science and Medicine*, 57: 711–720.
- Asmundson, G. J. G., Taylor, S., & Cox, B. J. 2001. *Health Anxiety. Clinical and Research Perspectives on Hypochondriasis and Related Conditions*. London: Wiley.
- Barker, K. K. 2005. *The Fibromyalgia Story. Medical Authority & Women's Worlds of Pain*. Philadelphia: Temple University Press.
- Barsky, A. J. 1988. *Worried Sick. Our Troubled Quest For Wellness*. Boston: Little, Brown and Company.
- Bauman, Z. 1991. *Postmodernity and its Discontents*. Cambridge: Polity Press.
- _____. 2007a. *Liquid Times. Living in an Age of Uncertainty*. Cambridge: Polity.
- _____. 2007b. *Likvidi meilė. Apie žmonių ryšių trapumą*. Vilnius: Apostrofa.
- Beck, U. 1992. *World at Risk*. Cambridge: Polity.
- Callahan, D., & Parens, E. 1995. *The Ends of Medicine: Shaping New Goals*. New York: Hastings Center.
- Chew, C. A., & May, C. R. 1997. "The Benefits of Back Pain." *Family Practice*, 14 (6): 461–465.
- Chew-Graham, C. A., & May, C. 1999. "Chronic Low Back Pain in General Practice: The Challenge of the Consultation." *Family Practice*, 16 (1): 46–49.
- Clarke, J. N., James, S. 2003. "The Radicalized Self: The Impact on the Self of the Contested Nature of the Diagnosis of Chronic Fatigue Syndrome." *Social Science and Medicine*, 57: 1387–1395.
- Condon, B. B. 2010. "The Lived Experience of Feeling Misunderstood." *Nursing Science Quarterly*, 23: 138–147.
- Daubaras, G. 2004. *Psichiatrija somatinės gydymo įstaigose*. Vilnius: Charibdė.

- Deale, A., & Wessely, S. 2001. "Patients Perceptions of Medical Care in Chronic Fatigue Syndrome." *Social Science and Medicine*, 52: 1859–1864.
- Dumit, J. 2006. "Illnesses You Have to Fight to Get: Facts as Forces in Uncertain, Emergent Illnesses." *Social Science and Medicine*, 62: 577–590.
- Kiudelis, G. 2005. „Dirgliosios žarnos sindromo bei lėtinio vidurių užkietėjimo diagnostika ir gydymas.“ *Gydymo menas*, 10 (122): 54–58.
- Luthra, A., & Wessely, S. 2004. "Unloading the Trunk: Neurasthenia, CFS and Race." *Social Science and Medicine*, 58: 2363–2369.
- Leonavičius, V., Baltrušaitytė, G., ir Naujokaitė, I. 2007. *Sociologija ir sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas. Moderniosios Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos pertrūkiai ir tęstinumas*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.
- Madden, S., Sim, J. 2006. "Creating Meaning in Fibromyalgia Syndrome." *Social Science and Medicine*, 63: 2962–2973.
- Mythen, G. 2004. *Ulrich Beck. A Critical Introduction to the Risk Society*. London: Pluto Press.
- Munch, S. 2002. "Chicken or the Egg? The Biological-Psychological Controversy Surrounding Hyperemesis Gravidarum." *Social Science and Medicine*, 55: 1267–1278.
- Nettleton, S. 2006. "I Just Want a Permission to be Ill: Towards a Sociology of Medically Unexplained Symptoms." *Social Science and Medicine*, 62: 1167–1178.
- Parsons, T. 2005. *The Social System*. London: Routledge.
- Peters, S., Stanley, I., Rose, M., & Salmon, P. 1998. "Patients with Medically Unexplained Symptoms: Sources of Patients Authority and Implications for Demands on Medical Care." *Social Science and Medicine*, 46: 559–565.
- Risør, M. B. 2009. "Illness Explanations among Patients with Medically Unexplained Symptoms: Different Idioms for Different Contexts." *Health*, 13 (5): 505–521.
- Ring, A., Dowrick, C., Humphris, G., & Salmon, P. 2004. "Do Patients with Unexplained Physical Symptoms Pressurize General Practitioners for Somatic Treatment? A Qualitative Study." *BMJ*, 10: 1136–1140.
- Ring, A., Dorwick, C. F., Humphris, J. D., & Salmon, P. 2005. "The Somatising Effect of Clinical Consultation: What Patients and Doctors Say and do not Say when Patients Present Medically Unexplained Physical Symptoms." *Social Science and Medicine*, 61: 1505–1515.
- Salmon, P., Peters, S., Clifford, R., Iredale, W., Gask, L., Rogers, A., Dowrick, C., Hughes, J., & Morriss, R. 2007. "Why do General Practitioner Decline Training to Improve Management of Medically Unexplained Symptoms?" *Journal of General Internal Medicine*, 22 (5): 565–571.
- Salmon, P., Peters, S., & Stanley, I. 1999. "Patients' Perceptions of Medical Explanations for Somatisation Disorders: Qualitative Analysis." *BMJ*, 318: 372–376.
- Shorter, E. 1993a. *From Paralysis to Fatigue. A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*. New York: The Free Press.
- _____. 1993b. *From the Mind into the Body: The Cultural Origins of Psychosomatic Disorders*. New York: Free Press.
- Stankus, A. 2001. „Psichosomatinės medicinos aspektai“. *Biomedicina*, 1 (1): 49–59.
- Swoboda, D. S. 2008. "Negotiating the Diagnostic Uncertainty of Contested Illnesses: Physician Practices and Paradigms." *Health*, 12 (4): 453–478.

- Ščiupokas, A., Araminaitė, K., ir Guogienė, I. 2008. „Dabartinis požiūris į fibromialgiją: paskutiniųjų tyrimų apžvalga“. *Skausmo medicina*, 3 (23)–4 (24): 16–21.
- Wearen, A. J., & Chew-Graham, C. A. 2006. “Managing Chronic Fatigue Syndrome in UK Primary Care: Challenges and Opportunities.” *Chronic Illness*, 2: 143–153.
- Wearen, A. J., Isaksen, L. W., & Malterud, K. 2004. “‘I’m not the Kind of Woman who Complains of Everything’: Illness Stories on Self and Shame in Women with Chronic Pain.” *Social Science and Medicine*, 59: 1035–1045.
- Wearen, A. J., & Malterud, K. 2003. “It is Hard Work Behaving as a Credible Patient: Encounters between Women with Chronic Pain and their Doctors.” *Social Science and Medicine*, 57: 1409–1419.
- Wileman, L., May, C., & Chew-Graham, C. A. 2002. “Medically Unexplained Symptoms and the Problem of Power in the Primary Care Consultation: A Qualitative Study.” *Family Practice*, 19 (2): 178–182.
- Wilkinson, I. 2001. *Anxiety in a Risk Society*. London: Routledge.
- Zavestovski, S., Brown, P., McCormic, S., Mayer, B., D’Ottavi, J., Lucove, M. 2004. “Patient Activism and the Struggle for Diagnosis: Gulf War Illnesses and Other Medically Unexplained Physical Symptoms in the US.” *Social Science and Medicine*, 58: 161–175.

Medically Unexplained Symptoms in Health Care Systems

Summary

Approximately 20-70 % of patients at the primary health care level complain of symptoms unrelated to any organic pathology. Since there is no possibility to explain the origin of these symptoms medically, it is believed that they are caused by psychological, social and emotional problems. The debatable origin of the symptoms raises a number of questions about their recognition in medicine. Difficult diagnosis requiring a large number of various tests and poor symptom relief or elimination forecasts determine the negative attitude of medical staff towards patients with such symptoms. Patients complaining of medically unexplained symptoms (hereinafter – MUS) are considered to be an economic burden to the health care system undermining the image of the medical profession. These problems cause difficulties in the communication between doctors and patients as well as their mutual negative experiences.

The purpose of this article is to provide information on the area of sociology dealing with MUS. MUS have generated considerable interest among sociologists in Western countries. The article presents the concept and history of MUS and provides information on this type of complaints and problems faced by patients suffering from biomedically undefined disorders.

The article is based on studies carried out by foreign medical sociologists in an effort to ascertain how different types of medically unexplained disorders affect the quality of a person’s life and his/her relationship with health care professionals. The relations between patients and the health care system have also been studied in Lithuania, but the issue of MUS has not been examined yet. Although MUS do not account for the majority of all complaints expressed at the doctor’s office, studies in this area have revealed the most problematic aspects of health care.