

Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai: šeimos gydytojų patirtys⁴⁸

INGRIDA NAUJOKAITĖ

Vytauto Didžiojo universitetas

GIEDRĖ BALTRUŠAITYTĖ

Vytauto Didžiojo universitetas

VYLIUS LEONAVIČIUS

Vytauto Didžiojo universitetas

GEDIMINAS RAILA

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

LEONAS VALIUS

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Santrauka. Apie 50 proc. visų pirminės sveikatos priežiūros pacientų skundų sudaro skundai dėl negalavimų, kurių patologijos nepavyksta nustatyti tyrimais (Nettleton, 2006; Wileman, 2002; Asmundson, 2001). Šeimos gydytojams tenka svarbiausias vaidmuo dirbant su šiais sveikatos sutrikimais. Straipsnyje aptariamos gydytojų patirtys ir konsultavimo prieigos, kurias jie taiko dirbdami su pacientais, besiskundžiančiais mediciniškai nepaaiškinamais negalavimais (MNN). Susidūrę su MNN atvejais gydytojai remiasi skirtingomis paciento konsultavimo prieigomis: biomedicine, psichologine ir biopsichosocialine. Prieigos taikymas siejasi su tuo, kaip gydytojas aiškina MNN kilmę, tai priklauso ir nuo paciento poreikių. Gydytojai mano, kad darbas su tokiais sutrikimais kaip MNN peržengia šeimos gydytojo kompetencijos ribas, todėl su tokiais pacientais turėtų dirbti kiti specialistai.

Raktažodžiai: pirminės sveikatos priežiūros sistema, mediciniškai nepaaiškinami negalavimai, šeimos gydytojai, pacientų konsultavimo prieiga.

Keywords: primary health care, medically unexplained disorders, family doctors, medical consulting approach.

⁴⁸ Straipsnis parengtas kaip projekto „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai: iššūkiai pirminės sveikatos priežiūros sistemai“ dalis. Tyrimą finansavo Lietuvos mokslo taryba (sutarties nr. MIP-022/2011).

Įvadas

Moderniojoje medicinoje sėkmingo gydymo pagrindas yra tiksli diagnozė. Biomediciniškai liga traktuojama kaip organizmo patologija, kurią galima apčiuopti pasitelkiant modernias technologijas ir mokslškai pagrįstus stebėjimo metodus, kurios priežastis galima objektyviai identifikuoti ir kuri turi būti gydoma panaudojant mokslinės medicinos metodus (Turner, 1987). Todėl gydytojai yra mokomi naudotis sudėtingomis mokslinių žinių sistemomis ir diagnostinėmis technologijomis (Wileman et al., 2002; Chew-Graham, May, 1999). Tačiau nemažai pacientų, besikreipiančių į sveikatos priežiūros specialistus, patiria simptomų, kurių nepavyksta nustatyti medicininiais tyrimais. Tokie aiškos patologijos stokojantys simptomai vadinami mediciniškai nepaaiškinamais negalavimais (MNN), nes neatitinka biomedicininės logikos, kuria vadovaujasi šiuolaikinė mokslinė medicina.

Kai kuriais atvejais MNN gali būti trumpalaikiai ir nedaryti didesnės įtakos paciento gyvenimui. Tačiau gydytojams praktikoje tenka susidurti ir su tokiais negalavimais, kurie trunka ilgą laiką ir veikia paciento gyvenimo kasdienybę. Tarp dažniausiai medicininėje praktikoje pasitaikančių tokio pobūdžio sveikatos skundų yra nepaaiškinami krūtinės, galvos, nugaros, pilvo skausmai, nuovargis, galvos svaigimas, tinimas, duslys (Edwards et al., 2010).

Šeimos gydytojai pirmieji susiduria su MNN. Užsienio tyrėjai teigia, kad apie 50 proc. visų pirminės sveikatos priežiūros pacientų skundų sudaro skundai dėl negalavimų, kurių patologijos nepavyksta nustatyti tyrimais (Edwards et al., 2010; Nettleton, 2006; Wileman et al., 2002; Asmundson, 2001). Šeimos gydytojams tenka didžiausias krūvis dirbant su mediciniškai nepaaiškinamais negalavimais⁴⁹ dar ir dėl to, kad atlikus įvairius tyrimus ir negavus patologiją patvirtinančių rezultatų, tolesnėms sutrikimo priežasties paieškomis ir gydymui pacientai grįžta kaip tik pas juos. Be to, kol nėra bendro mokslškai pagrįsto sutarimo dėl MNN kilmės, klasifikacijos ir diagnostikos, gydytojai yra priversti savarankiškai spręsti, kaip tirti, konsultuoti ir gydyti pacientus (Reid et al., 1999).

Šio straipsnio tikslas – atskleisti nepaaiškinamo negalavimo atveju šeimos gydytojų taikomas paciento konsultavimo prieigas. Straipsnyje remiamasi pusiau struktūruotų interviu su Kauno ir Kauno regiono šeimos

⁴⁹ Straipsnyje terminai „negalavimas“ ir „sutrikimas“ vartojami simptomams, neturintiems aiškos patologijos, įvardinti. Kalbant apie mediciniškai nustatytą patologiją vartojamas terminas „liga“.

gydytojais medžiaga. Šio tyrimo išvados negali būti apibendrinamos visai Lietuvos medikų bendruomenei, tačiau gali pasitarnauti kaip svarbi įžvalga į šeimos gydytojų patirtis konsultuojant MNN patiriančius pacientus.

Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai šeimos gydytojų praktikoje

Užsienyje atlikti tyrimai rodo, kad gydytojai taiko skirtingas strategijas praktiškai sprendami MNN problemą. Vieni gydytojai, susidūrę su pasikartojančiais MNN pobūdžio skundais, linkę pacientui diagnozuoti kurį nors su MNN susijusį sindromą (pvz., lėtinio nuovargio) (Zavestovski et al., 2004), kiti pirmiausia atlieka daugybę tyrimų ir tik atmetę visas įmanomas diagnozes negalavimą įvardija kaip mediciniškai nepaaiškinamą (Swoboda, 2008). Nemažai gydytojų MNN nediagnozuoja. Savo praktikoje jie vadovaujasi griežta biomedicine logika (t. y. objektyviais ligos įrodymais) ir linksta MNN priskirti prie psichosomatinio pobūdžio sutrikimų, o jais besiskundžiančius pacientus siūnčia pas psichiatrus ar psichologus (Åsbring, Närvänen, 2003; Barker, 2005).

Medikai, kurie pripažįsta MNN kaip medicininio dėmesio vertą sutrikimą, taiko kitokią sutrikimo diagnozavimo prieigą nei biomedicine logika besivadovaujantys gydytojai. Neturėdami aiškių nuorodų, kaip diagnozuoti MNN, jie pasitelkia visas prieinamas profesines žinias: neįšbaigtus MNN diagnostinius protokolus, naujausias žinias iš mokslinių konferencijų, paciento suteikiamą informaciją, internetą, alternatyviųjų medicinos krypčių metodikas ir t. t. Kitaip tariant, pripažindami MNN kaip objektyvų negalavimą šie medikai peržengia įprastinės biomedicininės diagnostikos ribas (Swoboda, 2008). Tokia diagnostinė metodika turi dvejopą naudą: pirma, pacientai yra aktyviai įtraukiami į problemos sprendimo paiešką ir taip sumažinamas paciento nepasitenkinimas sveikatos priežiūros sistema (SPS), antra, skatinami tolesni tokio pobūdžio negalavimų moksliniai tyrimai. Tačiau kadangi medicininė diagnostika visuomet susiduria su tam tikru netikrumo lygiu, diagnozuojant MNN prisiimama ir tam tikra rizika, nes kyla pavojus nepastebėti fiziopatologinį pagrindą turinčio negalavimo (ten pat).

Bet kuriuo atveju, kaip rodo užsienyje atlikti tyrimai, negalėdami pacientui padėti ar paaiškinti jo sutrikimo kilmės, gydytojai jaučia didelę įtampą

ir profesinį bejėgiškumą (Deale, Wessely, 2001; Edwards et al., 2010). Viena vertus, biomedicininė logika įpareigoja gydytojus siekti aiškaus ir moksliskai pagrįsto negalavimo paaiškinimo, antra vertus, sparti medicininių technologijų raida ir plėtra padarė gydytojus priklausomus nuo laboratorinių tyrimų, medicininės įrangos ir kitų moksliskai pagrįstų stebėjimo metodų. Todėl susidūrus su MNN, gydytojams tenka ieškoti kitų, nei įprasta jų medicininėje praktikoje, problemos sprendimo ir aiškinimo būdų.

MNN kelia specifinį iššūkį ir pačiam gydytojo santykiui su pacientu. Šiuolaikinėje sveikatos priežiūros koncepcijoje gydytojo ir paciento sąveika aiškinama kaip tam tikra partnerystė, kurioje pacientas kartu su gydytoju priima svarbius gydymo sprendimus. Tačiau tam, kad pacientai galėtų aktyviau dalyvauti šiame procese, jiems turi būti suteikiama informacija apie ligą, gydymosi alternatyvas, prognozes ir t. t. (Alexius et al., 2000; Moutoussis et al., 2000; Barker et al., 1996).

Toks požiūris į gydytojo ir paciento santykių pradėjo formuotis vykstant tam tikriems pokyčiams ligų struktūroje, kai XX a. antroje pusėje ūmius infekcinius negalavimus ėmė keisti lėtinės ligos. Vykstant šiems pokyčiams, tradiciškai į gydymą orientuota medicina tapo nebepajėgi viena susidoroti su daugeliu atvejų nepagydomomis lėtinėmis ligomis. Siekiant užkirsti kelią tokioms ligoms ir jas kontroliuoti teko atsigręžti į pacientą, jo elgseną sveikatos atžvilgiu ir permąstyti tradicinius gydytojo ir paciento vaidmenis sveikatos priežiūroje (Annandale, 1998). Tai iš esmės pakeitė iki tol vyravusį biomedicininės logikos įtvirtintą gydytojų darbo pobūdį⁵⁰. Pradedama plėtoti į pacientą orientuota medicina, pabrėžianti aktyvaus paciento dalyvavimo gydymo procese, jo poreikių ir lūkesčių tenkinimo svarbą (Mead ir Bower, 2000). Dėl to tyrimuose, susijusiuose su sveikatos ir sveikatos priežiūros tematika, kyla susidomėjimas pacientų pasitenkinimu, atkreipiant dėmesį, kad pacientų pasitenkinimas ar nepasitenkinimas sveikatos priežiūra gali daryti įtaką paciento elgsenai sveikatos priežiūros atžvilgiu (Barker, Orrell, 1999; Coyle, 1999; Moutoussis et al., 2000). Moksliniame diskurse šie procesai paskatino atsigręžti į paciento ligos ir gydymosi patirtį ir į vadinamąjį neprofesionalų žinojimą (angl. *lay knowledge*). Atsiranda neprofesionalaus eksperto (angl. *lay expert*) sąvoka, žyminti išskirtinę pacien-

⁵⁰ Biomediciniame modelyje gydytojas matomas kaip vienintelis ligos ekspertas, galintis adekvačiai vertinti ir spręsti paciento sveikatos problemą. Kadangi pacientas neturi reikiamų mokslinių žinių ir patyrimo, jis laikomas neišmanėliu (Leonavičius ir kt., 2007).

to patirtį ir per ligą įgytą žinojimą, kuris yra priešinamas profesionaliam mediko žinojimui (Åsbring, Närvänen, 2004; Prior, 2003; Tang, Anderson, 1999).

Dėl šių procesų pats gydytojo ir paciento santykis tampa matomas kaip terapinis, kaip darantis įtaką sveikimo procesui, o kai kada (pvz., lėtinės ligos) yra vertinamas ir kaip galutinis gydymo tikslas (Naujokaitė, 2010). Taip pat šis santykis apibrėžiamas kaip vienas iš sveikatos priežiūros paslaugų ir gydytojo darbo kokybės vertinimo matų. Tai įpareigoja gydytojus atliepti pacientų lūkesčius ir poreikius, suteikiant jiems priimtinas ir efektyvias gydymo paslaugas.

Kaita ligų struktūroje privertė mediciną atkreipti dėmesį į socialinės aplinkos, gyvenimo būdo įtaką sveikatai, nes lėtinės ligos pirmiausia siejamos su gyvenimo būdu. Pripažįstant, kad sveikata nemažai priklauso nuo socialinių veiksnių, šiandien šeimos gydytojai yra skatinami atpažinti socialinio pobūdžio ir psichologinių problemų įtaką sveikatos sutrikimams bei stengtis pacientui padėti su jomis susidoroti. Tačiau, kaip rodo tyrimai, dauguma gydytojų jaučiasi neturintys pakankamų psichologinių gebėjimų ar nėra pajėgūs spręsti paciento gyvenimo ir socialinės elgsenos problemų (Salmon et al., 2007). Tiek medikui, tiek pacientui nėra paprasta atpažinti psichologines ar socialines priežastis, galimai darančias įtaką MNN, juo labiau spręsti tokio pobūdžio problemas (Risør, 2009; Wileman et al., 2002). Tokia situacija sukelia įtampą mediko ir paciento santykiuose.

Tyrimo metodas

Siekiant atskleisti problemas, kurios kyla šeimos gydytojams susidūrus su MNN patiriančiu pacientu, buvo taikomas pusiau kokybinis tyrimo metodas – pusiau struktūruoti interviu.

Kokybinio tyrimo imtį sudarė Kaune ir Kauno regiono rajonų centruose bei miesteliuose, šeimos klinikose ir pirminės sveikatos priežiūros centruose dirbantys šeimos gydytojai. Pagrindiniai informantų atrankos kriterijai buvo šeimos gydytojo specializacija ir darbo su MNN besiskundžiančiais pacientais patirtis. Iš viso buvo atlikta 17 interviu. Informantų darbo stažas buvo įvairus – nuo 3 iki 40 metų. Interviu truko nuo 30 iki 60 minučių.

Pusiau struktūruoti interviu buvo atliekami pagal iš anksto parengtas interviu gaires. Per interviu buvo siekiama sužinoti, kaip šeimos gydytojai

apibrėžia mediciniškai nepaaiškinamus negalavimus, kaip dažnai su tokio pobūdžio negalavimais susiduria savo praktikoje, kaip sprendžia MNN paciento sveikatos problemas, kokie sunkumai jiems kyla MNN diagnozuojant ir gydant, kaip jie apibrėžia tipiską MNN pacientą ir t. t.

Visi interviu, informantams sutikus, buvo įrašomi į diktofonus ir vėliau transkribuojami. Per interviu surinktos medžiagos analizė vyko išskiriant esmines išryškėjusias temas, palyginant informantų pasisakymus, juos apibendrinant ir identifikuojant problemas, kurios kyla šeimos gydytojams susidūrus su MNN patiriančiu pacientu⁵¹.

Rezultatai

Siekiant išsiaiškinti, su kokio pobūdžio paciento sveikatos problemomis susiduria šeimos gydytojas, informantų buvo klausiama, kokie yra tipiskiausi MNN simptomai jų kasdienėje praktikoje. Šeimos gydytojai prie dažniausiai pasitaikančių mediciniškai nepaaiškinamų negalavimų priskyrė aiškos patologijos neturinčius įvairius „migruojančius“ skausmus, galvos svaigimą, prastą miegą, „širdies plakimą“, neaiškos kilmės krūtinės skausmus, nuolatinį nuovargį, sąnarių „traškesį“ ar skausmą, bėrimus ir kitus simptomus. Kadangi stokojama oficialių statistinių MNN paplitimo duomenų, informantų nuomonės dėl tokių sutrikimų paplitimo svyravo atsižvelgiant į asmeniškai praktikoje aptinkamus atvejus ir to, kaip pats gydytojas apibrėžia MNN: nuo dviejų pacientų per dieną iki vieno paciento per mėnesį⁵².

Beveik visais atvejais gydytojai pripažino, kad santykis su MNN turinčiais pacientais yra kiek kitoks ir reikalauja daugiau gydytojo pastangų bei laiko nei per įprastas konsultacijas. Gydytojai pripažino, kad susidūrus su MNN patiriama abipusė įtampa dėl to, jog nepavyksta priartėti prie paciento simptomų kilmės ir nustatyti tikslios diagnozės. Informantų teigimu, skirtingi pacientai tikisi skirtingų dalykų ir iš medicinos, ir iš konsultacijos, ir iš gydytojo, todėl kiekvienu konkrečiu atveju medikas turi nuspręsti, kaip tinkamai paaiškinti pacientui, kas su juo vyksta ir kodėl skiriamas ar neskiiriamas tyrimas arba gydymas.

⁵¹ Cituojant informantų pasisakymus pasitelkti tokie žymėjimai: (...) praleista cituojamo teksto; laužtiniuose skliaustuose – [] – įterpiamas straipsnio autorių patikslinimas.

⁵² Paprašyti apibūdinti tipiską MNN besiskundžiantį pacientą, informantai nurodė moteris, jauno amžiaus, labiau išsilavinusius asmenis.

Konsultavimo prieigos esant MNN

Tyrimas atskleidė, kad susidūrę su mediciniškai nepaaiškinamais negalavimais gydytojai taiko skirtingomis priemonėmis paremtus konsultavimo ir gydymo metodus. Straipsnyje šios prieigos suskirstytos remiantis gydytojų numanoma MNN kilmę, paciento lūkesčių suvokimu ir gydytojo taikoma darbo su pacientais taktika. Išskirtos tokios šeimos gydytojų taikomos prieigos konsultuojant pacientą, besiskundžiantį MNN: biomedicininė, psichologinė ir psichosocialinė⁵³.

Biomedicininė prieiga. Biomedicininei sveikatos ir ligos sampratai įprastus konsultavimo ir gydymo metodus taikantys gydytojai MNN kilmę sieja su patologija, kurios kol kas negalima nustatyti turimais diagnostikos metodais (*„kažkaip susiję su genais“ (Inf. 5)*). Šie šeimos gydytojai pakartotinai besikreipiančius ir kintančiais MNN simptomais besiskundžiančius pacientus priskiria psichikos sutrikimų atvejams. Tačiau konsultuotis su psichiatru ar psichologu jie siunčia pacientus atlikę išsamius, o kartais ir kelis kartus pakartotus tyrimus ir visiškai įsitikinę, kad jokios fiziologinės priežasties nėra aptikta.

Bet pas psichiatrą siunčiu tik paskutiniu atveju, kai viskas išdirbta. Viskas, viskas paneigta. Manau, jeigu žmogus skundžiasi, tai vis tiek yra patologija. Nėra taip, kad žmogus skųstųsi ir nebūtų patologijos. Tik šiuo metu medicina bejėgė. (Inf. 3⁵⁴)

Šie gydytojai taiko biomedicinoje įprastą konsultavimo eigą: atliekami įvairūs tyrimai, susiję su nusiskundimo sritimi, o neradus patologijos, pacientas siunčiamas pas antrinio ir tretinio lygio specialistus. Sutrikimo priežasčių taip pat bandoma ieškoti pasitelkiant medicininę literatūrą:

...dažniausiai aš tikiu pacientu, o ne tyrimais. Ir vis tiek nenustojau ieškot. Jei bent už kažko galima užsikabinti, pareinu namo, išsitraukiu visas knygas, savo įmanomos diagnostikos, ir skaitau. (Inf. 7)

Kol atliekami tyrimai, biomedicininę prieigą taikantys šeimos gydytojai bando „eksperimentuoti“ skirdami pacientui įvairius simptominius vaistus ir vadovaudamiesi savo kaip mediko nuojauta:

⁵³ Plačiau apie biomedicininę, psichologinę ir psichosocialinę prieigas žr. šio žurnalo straipsnyje „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai pirminės sveikatos priežiūros sistemos interesų požiūriu“.

⁵⁴ Siekiant išlaikyti informantų anonimiškumą, šeimos gydytojams buvo suteikti kodai: Inf. 1, Inf. 2 ir t. t. Informantų kalba netaisyta.

O jeigu aš noriu išsiaiškinti, aš galiu ir valandą, ir daugiau, net ir po darbo galvot, analizuot tą žmogų ir viską taikyt, galų gale galiu taikyt ir eksperimentus. Tai pabandom to vaistelio, pabandom to... (Inf. 13)

Kai kurie gydytojai nenustačius negalavimo priežasties ima remtis menčiau ištirtais, tačiau biomedicina artimais aiškinimais: MNN siejamas su vis labiau jauniems žmonėms būdingomis, su netinkama gyvensena siejamomis stuburo problemomis, prastos mitybos padariniais, patiriamos įtampos žala organizmui ar paveldėjimu. Vyresnio amžiaus pacientų atveju MNN aiškiami kaip senatviniai organizmo pakitimai. Gydytojai mano, kad MNN yra gyvybei nepavojingi, todėl simptomus sureikšminančius pacientus laiko tokiomis, kurie yra itin jautrūs savo sveikatai:

Tie galvos skausmai, taigi jų neišmatuosi. Ir ta priežastis neaiški. Pasižiūri, kad nebūtų kažkokių grėsmingų tam žmogui, sveikatai, tų ligų ir, ir ... O ten tie skausmai... kuriam gi, atvirai, iš mūsų neskauda? Visiems skauda. Tai vis tiek paskiri kažkokį gydymą, kuris mažiausiai kenktų tam pacientui. (Inf. 7)

Kitas informantas į savo pacientų poreikį gauti kokią nors gydymą reaguoja panašiai:

Nu gerkit tą arbatėlę tada, jei nepadės, ateikit po pusmečio, trijų mėnesių, parašysim kitą arbatą, aš galvoju, dar ką nors. Nu, jis žmogus psichologiškai tiki, jis eina toliau. Mes vaizduojam, kad tai rimta, bet tai nėra, mano giliu įsitikinimu. (Inf. 13)

Biomedicininę prieigą palaikantys ir dažniau nei kitas prieigas taikantys šeimos gydytojai jaučiasi pacientų „įkaitais“, „paslaugos teikėjais“ (*[anksčiau] jaučiausi lyg savo vietoj, o dabar... (Inf. 7)*). Jie mano, kad pakitę jaunų pacientų lūkesčiai dėl medicinos yra nepagrįsti – tai tik laikina „mada“, o vyresnių pacientų atveju šie lūkesčiai susiję su vienatvės jausmu, socialinio santykio poreikiu. Šie gydytojai skiria įvairius vaistus ir procedūras, nekenkiančias pacientui (*kokius nors vaistus, vos ne placebo skiri (Inf. 10)*), tikėdamiesi ne tai, kad jie palengvins simptomus, o kad su pacientu išliks teigiami santykiai, kad bus patenkintas paciento poreikis gauti kokios nors formos gydymą:

Taip, tai kitas ateina ir žino kuo serga. Man tik reikia to ir to, nes man yra tokia ir tokia liga. Yra ir tokių pacientų, kurie viską kompiutery išsiskaitę ateina ir sako, kas jam yra, „man tik recepto reikia“. Ypač jaunimas, kurie viską žino. Kurie, atseit, daugiau už tave žino. (Inf. 10)

Pacientai labai pablogėję, papiktėję. Labai pasikeitė į blogą. Ateina, ne dėl sveikatos kalba, o dėl kažkokių kitokių problemų kalba: (...) „kaip viskas blogai, kaip čia blogai, pinigų mažai“, nu... sprendi ne sveikatos problemas, o tas socialines. Čia specporeikiai – ne mūsų gydytojų kompetencija. (Inf. 7)

Biomedicininę prieigą taikantys gydytojai susiduria su sunkumu įtikinti pacientą nebijoti kreiptis į psichikos sveikatos specialistą, tačiau vis dėlto turi savus „paruoštukus“ besipriešinantiems pacientams, pavyzdžiui, *visi Holivudo žmonės gydėsi (Inf. 10).*

Normaliai išaiškinu, kad čia yra specialistai, kad sutrinka neuronų veikla, kad, vienu žodžiu, reikia kažkaip sureguliuoti, sukoreguoti, kad aš tik galiu tenai pradžia pradėti, bet reikia giliau išanalizuoti... (Inf. 9).

O kartais vengiama su pačiu pacientu apie tai kalbėti:

Nesakai, kad ten neaišku. Pasakai artimiesiems, kad ten nuvežtų į gydymo įstaigą, kad pravestų, kur nėra pagrindinio užrašo ant tos ligoninės. Tiesiog pakonsultuoja paskui jie [psichiatrai]. (Inf. 10)

Biomedicininę prieigą taikantys gydytojai dažniausiai neigiamai ar pašaipiai atsiliepia apie pacientų norą taikyti alternatyvius gydymo būdus, laiko tai madinga pacientų užgaida, neturinčia realios teigiamos įtakos sveikatai. Vienas šeimos gydytojas paaiškino:

Mano giliu įsitikinimu yra laikmetis ir aplinka. Jeigu gyvenat džunglėse, kur aplinkui nėra nei ligoninių, nei klinikų, nei kompiuterių, nei elektros, nei nieko, tai prašau, kodėl gi ne, viskas labai tinka – ir tepalai, ir barsuko taukai, riebalai. Bet šiuolaikiniame lygmenyje su tom žolelėm ir tinktūrom... sakyčiau, kai sutrikimai nežymūs, tai jie psichologiškai paveikia žmogų. Tada tinka viskas. [Bet] čia – nerimta. (Inf. 13)

Psichologinė prieiga. Psichologinės prieigos šalininkai MNN priežastis sieja su paciento patirtais išgyvenimais (artimojo netektis, skyrybos, darbo netekimas ir pan.), jų padarinys – fizinis negalavimas:

Netektys būna šeimoj, kokios netektys. Tai artimųjų žūtys ar mirtys, vyro, ar vaikų, dukrų. Tai turi didelę įtaką šitiems visiems neaiškiems simptomams. [Taip pat] sunkus darbas. Dirbo, dirbo žmogus ir staiga jį išmeta, nebereikalingas jis. Jis buvo reikalingas, kėlės, kėlės kas rytą, o dabar nereikia jam kas rytą eiti. Tai ir didelę įtaką turi, kad jis nereikalingas,

atstumas. Tai va tokių yra žmonių. Ar būna kur aukštas pareigas užėmę, o dabar nieko nereikia daryti. (Inf. 10)

Psichologinę prieigą taikantys gydytojai, atlikę keletą tyrimų, siunčia pacientą psichologo ar psichiatro konsultacijai. Šie gydytojai nuo biomedicininę prieigą taikančiųjų skiriasi tuo, jog psichologui pacientus siunčia dar prieš antrinio lygmens specialistų tyrimus ir tikisi sulaukti teigiamų rezultatų iš šių konsultacijų. Paciento siuntimas pas psichikos sveikatos srities specialistą nėra laikomas „paskutiniu šiaudu“ ieškant galimybių padėti pacientui pasveikti. Paklausti, ar pacientai sutinka su tokia gydymo eiga, psichologinę prieigą palaikantys šeimos gydytojai rečiau nei taikantys biomedicininę pripažįsta, kad pacientai priešinasi ar būna nepatenkinti. Šie šeimos gydytojai gana nesunkiai randa tinkamų argumentų įtikinti pacientą kreiptis į psichologą ir susitvarko su paciento baime būti stigmatizuotam dėl psichologinės kilmės sutrikimo.

Psichosocialinė prieiga. Kita tyrime dalyvavusi šeimos gydytojų grupė MNN sieja su psichosocialinėmis priežastimis (pvz., įtampa). Pasak šių gydytojų, prielaida įtampai gali būti įvairiausios socialinės paciento pareigos, kurias atlikti trukdo įvairios kliūtys (pvz., vyras privalo išlaikyti šeimą, bet atlyginimas yra nedidelis; mokiniams ar studentams sunku gerai išlaikyti egzaminus ir pan.). Kiti psichosocialiniai MNN aiškinimai siejami su neįgyvendintomis svajonėmis, lūkesčiais ar poreikiais, vienišumu ir kitomis su socialine aplinka susijusiomis priežastimis. Psichosocialinę prieigą palaikantys šeimos gydytojai mano, jog į somatizavimą linksta sunkumams jautresni asmenys. Anot vieno informanto, jautrumas yra susijęs su netinkama paciento socializacija šeimoje ir mokykloje, nepasitikėjimu savimi, nesaugumo jausmu ir iš čia kylančiu atsparumu ar neatsparumu gyvenimo iššūkiams (Inf. 11). Kitas informantas taip paaiškino:

Čia gal su asmenybiniais dalykais [susiję]. Kitą kartą ir stresas duoda savo. Pavyzdžiui, moksleiviams pilvo skausmai tokie funkciniai, be jokios patologijos būna [kaip] streso išraiška prieš kontrolinius, ar dar kažkas. Tai tokie yra labiau asmenybiniai dalykai, kad kai yra kažkokia įtampa ir to išraiška, vat, ir būna: vieniems kosčiojimo tipas, kai krenkščia, krenkščia ir nieko absoliučiai nėra, o kitam pilvo skausmai, ar galvos skausmai, – kuri sistema labiau, – o ketvirtas į tualetą laksto. (Inf. 11)

Psichosocialinės, kaip ir psichologinės, prieigos medikai pacientus dažniau siunčia pasikonsultuoti su psichologu nei su psichiatru. Jie mano, jog pa-

prasta įtikinti pacientą konsultuotis pas psichologą be baimės ir išankstinio neigiamo nusistatymo:

Nusiunčiam pas psichologą. Man atrodo, jų [pacientų] reakcija priklauso nuo to, kaip tu tai pasakysi. Nes kada aš pasakau, kad kiekvienoj normallioj valstybėj yra normalu turėti savo odontologą, savo ginekologą, savo psichologą ir tai nėra nieko nuostabaus, kad ir aš pati nuvedu savo vaiką pas psichologą, o gal pasišnekėti, – vis tiek tai yra specialistas, – tada žmogui nebėra tokios baimės – va, mane siunčia, aš būsiu durnas. (Inf. 8)

Šie gydytojai artimiausi holistinei sveikatos sampratai bei gydymo metodams. Jie nevengia paaiškinti pacientui socialines jo sutrikimo priežastis ir įtikinti keisti gyvenimo būdą ar ieškoti pusiausvyros gyvenime, tinkamai renkantis tikslus ir veiklą. Psychosocialinę prieigą taikantys šeimos gydytojai taip pat rekomenduoja alternatyviuosius gydymo metodus, neprieštarauja paciento norui taikyti nestandartinius sveikatos susigrąžinimo būdus (pvz., akupunktūrą, soliariumą, jogą, įdomią veiklą ir pan.), yra atviri diskusijai apie personalizuotą holistinę paciento sveikatos priežiūrą.

Tyrėja: *Kaip skiriate tyrimus ir gydymą?*

Informantas: *Padarom tyrimus, pasižiūrim. Atmetam kitas ligas ir tada skiriam žolinius, augalinius preparatus, homeopatinius. Aiškinam, dėl ko taip yra.*

Tyrėja: *Kaip pacientai reaguoja į tuos paaiškinimus?*

Informantas: *Jis supranta, kad yra pervargęs, kad tai yra streso padarinys. Jis patiria, ir pats pripažįsta, kad pastoviai neužmiega naktim, galvoja ir tai sukelia tokius sutrikimus. Pripažįsta tai, nes yra didelė įtampa, patiriamos problemos. Pas mus visuomenėje taip yra, kad ypatingai tai amžiaus grupei, tu nežinai, ar gausi darbą, ar įsitvirtinsi gyvenime. Tai yra labai blogai, kai tokie sutrikimai vargina jaunos žmones. Kada jų visas gyvenimas dar prieš akis, o jie taip įtemptai galvoja. Gal reikėtų kitaip bendrauti su mokiniais, kad nekelt jiems tokio streso, nes paskui problemų turi ir ateityje. Jie yra įsibaiminę žmonės, visko bijantys, nežiūrintys, kaip save realizuoti, o kaip išlaikyti gyvenimo smūgius, kaip toliau... (Inf. 8)*

Vis dėlto šie gydytojai taip pat nepamiršta, jog dauguma šiandien tyrimais įrodomų ir diagnozuojamų ligų buvo tokios pat neaiškos ir medicinai nežinomos kitais istoriniais laikotarpiais (Swoboda, 2008). Todėl net ir būdami įsitikinę, kad paciento sveikatos sutrikimo priežastys greičiausiai yra psichosocialinės, gydytojai diagnozavimo ir gydymo procese vis vien pirmiausia taiko biomedicininę prieigą. Pacientui įvardijus naują simptomą, gydytojai skiria papildomus diagnostinius tyrimus, taiko simptominių gydymą (pvz., malšina skausmą vaistais ir pan.).

Konsultavimo prieigų derinimas ir keitimas

Galimi įvairūs gydytojų taikomų taktikų sprendžiant paciento sveikatos problemas skirstymai (Wowalin et al., 2004). Tačiau tyrėjai sutaria, kad aiškus vienos ar kitos mediko taikomos strategijos ribas, susidūrus su MNN, galima išskirti veikiau hipotetiškai nei praktiškai. Dažnai gydytojai derina įvairius paciento konsultavimo būdus, atsižvelgdami į konkretų sutrikimo atvejį, į tai, kaip patys aiškina MNN kilmę, taip pat ir į tai, kaip pacientas suvokia medicinos galimybes ir savo sutrikimo priežastis. Bendras sutarimas dėl mediciniškai nepaaiškinamo sutrikimo kilmės yra labai svarbus elementas gydytojo ir paciento santykiuose (Kirmayer et al., 2004; Salmon, 2007), nes lemia gesnesius gydymo rezultatus ir mažesnę diagnostinių tyrimų poreikį (Madden, Sim, 2006). Todėl šeimos gydytojai keičia konsultavimo prieigą, atsižvelgdami į situaciją: jei paciento netenkina gydytojo siūlomas MNN problemos sprendimas, kai kurie šeimos gydytojai bando ieškoti kitų sprendimo būdų, siekdami patenkinti paciento lūkesčius ir poreikius.

Kad ir kokią konsultavimo prieigą taikytų šeimos gydytojas, kaskart pacientui pradėjus skųstis kitais mediciniškai nepaaiškinamo pobūdžio simptomais grįžtama prie biomedicininės prieigos ir atliekami būtini tyrimai⁵⁵. Nepaisant to, jog šeimos gydytojai suvokia esamų negalavimų psichosomatinės priežastis, jie nėra linkę rizikuoti praleisti pavojingą somatinį sutrikimą,

⁵⁵ Anot Samsono (1999), iš esmės nėra didelio prieštaraavimo tarp psichosomatinio ir biomedicininio požiūrio į sveikatos sutrikimus. Psichosomatikos srities tyrimai atliekami remiantis gamtos mokslų metodologija, darant prielaidas, kad psichinės ir kūno būsenas galima objektyviai apibrėžti, išmatuoti ir rasti statistinius ryšius. Nuo grynai biomedicininio požiūrio į sveikatos sutrikimą psichosomatinis skiriasi tuo, kad pripažįsta ne tik somatinį gydymą, bet ir psichologinę intervenciją sprendžiant sveikatos problemą (ten pat).

nesusijusį su paciento gyvenimo socialinėmis aplinkybėmis ar psichikos būkle. Per interviu ne vienas taip besielgiantis gydytojas rėmėsi savo praktika, kai neatlikus papildomų tyrimų pacientui buvo laiku nenustatyta pavojinga liga. Kaip paminėjo viena informantė, *sunkiausia su tokiais pacientais yra tai, kad gydytojas gali prarasti budrumą*. (Inf. 9)

Apibendrinimas

Kaip atskleidė pusiau struktūruotų interviu duomenys, biomedicininė MNN patiriančio paciento konsultavimo prieiga išlieka vyraujanti arba bazinė šeimos gydytojų konsultacijose, net jei gydytojas MNN kilmę sieja su psichologinėmis ar psichosocialinėmis priežastimis. Pirma, taikant biomedicininę prieigą siekiama išvengti rizikos laiku nepastebėti pavojingos ligos; antra, biomedicininė prieiga gali būti priimtinesnė ir pačiam pacientui, įpratusiam sveikatos problemas spręsti vaistais ir besitikinčiam daugybės tyrimų bei antrinio lygmens specialistų konsultacijų; trečia, šeimos gydytojai ne visada gali pacientui pasiūlyti adekvačią nemedikamentinę pagalbą⁵⁶.

Kaip atskleidė tyrimas, psichologinė ar psichosocialinė negalavimo priežasčių aiškinimo prieiga šeimos gydytojų dažniausiai taikoma tada, kai patys pacientai yra linkę savo sveikatą suvokti holistiškai. Tik nedaugeliu atvejų gydytojai, atsižvelgdami į paciento nusiteikimą, randa būdų, kaip jam suprantamai ir priimtina kalba paaiškinti kūno ir psichikos santykį bei medicinos bei įsikiškumą šioje situacijoje pagelbėti.

Interviu atskleidė, kad viena pagrindinių problemų, kurią turi spręsti šeimos gydytojai, kai pacientas skundžiasi MNN, yra santykio su pacientu suderinimas. Tai galima aiškinti ne tik biomedicininės prieigos ribotumu sprendžiant MNN problemą⁵⁷. Situaciją apsunkina ir tai, jog Lietuvos

⁵⁶ Tai, kad daugeliu atvejų šeimos gydytojai skiria medikamentinį gydymą, net jei MNN sieja su psichosocialinėmis priežastimis, atskleidė ir mūsų atlikta pacientų apklausa (žr. šio žurnalo straipsnį „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai ir paciento elgsena sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu: prastos savijautos socialinio pateisinimo paieškos“). Kita vertus, galima daryti prielaidą, kad medikamentinis atskirų MNN simptomų gydymas iš esmės formuoja požiūrį (ir gydytojų, ir pacientų), kad MNN yra biomedicininė problema.

⁵⁷ Situacija, į kurią patenka medikas, yra kiek panaši į tą, kuri susiklosto pacientui sergant lėtine liga: tiek lėtinės ligos, tiek ir MNN atveju biomedicininė prieiga yra ribota. Abiem atvejais gydytojo ir paciento santykis tampa svarbiu sveikatos problemos valdymo įrankiu.

medicinos įstaigose MNN skiriama mažai dėmesio, todėl nėra kuriamos MNN atvejų diagnostikos procedūros, gydytojai nerengiami dirbti su MNN pacientais, nekomplektuojamos įvairių specializacijų komandos dirbti su MNN besiskundžiančiais pacientais (kaip teigė vienas informantas, *jokių nuorodų, pats turi nuspręsti, ką daryti*)⁵⁸. Mažesnėse pirminio sveikatos priežiūros lygmens gydymo įstaigose dažnai nėra psichologo, psichiatro, socialinio darbuotojo, juo labiau alternatyvius gydymo metodus siūlančių specialistų.

Tačiau reikia pastebėti, kad tokių komandų būrimą galbūt riboja ne tik finansinės priežastys, bet ir pačių gydytojų požiūris į MNN. Atliekant tyrimą, dalis šeimos gydytojų teigė, kad MNN besiskundžiančius pacientus turi gydyti ne medikai. Tokį požiūrį gydytojai motyvavo tuo, jog socialines priežastis turintys sutrikimai yra „už medicinos ribų“:

Vieniems tai daugiau pasireiškia tie somatoforminiai sutrikimai, kitiems tai pasireiškia mažiau ir, vienu žodžiu... O kaip mes tai išspręsim... aš jau pasakiau savo nuomonę, kaip turėtume spręst. Tai turi prasidėti nuo darželio auklėtojo, nuo mokytojo, nuo dėstytojo. Nu ką, medicina gali dešimt procentų išspręsti ir įtakoti žmogaus ligas ir gyvenimo būdą, tai mes ir tiek tik galim, daugiau negalėsime. O visa kita, devyniasdešimt procentų, įtakoja visos kitos mūsų sudedamos gyvenimo dalys. (Inf. 8)

Šeimos gydytojai pripažino, kad šiandienėje Lietuvos SPS nėra galimybės daugiau laiko skirti mediciniskai nepaaiškinamų negalavimų atvejams, nes tai reikalauja ilgesnės medicininės konsultacijos ir daugiau diagnostinių tyrimų. Šia prasme Lietuvos gydytojų situacija ir požiūris nesiskiria nuo Vakarų Europos gydytojų (Salmon et al., 2007). Tačiau Vakarų Europos ir JAV medicinos įstaigose jau pradedamos steigti su MNN dirbančių specialistų komandos bei kuriamos specifinės psichosomatinių sutrikimų diagnozavimo metodikos, o gydytojai rengiami darbui su MNN besiskundžiančiu pacientu. Lietuvos SPS apie tai kol kas dar nekalbama.

⁵⁸ Plačiau apie tai žr. šio žurnalo straipsnį „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai pirminės sveikatos priežiūros sistemos interesų požiūriu“.

Literatūra

- Alexius, B., Berg, K., Aberg-Wistedt, A. 2000. "Patient Satisfaction with the Information Provided at a Psychiatric Emergency Unit". *Patient Education and Counselling* 40: 51–57.
- Annandale, E. 1998. *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. London: Blackwell Publishers Ltd.
- Åsbring, P., Närvänen, A. L. 2004. "Patient Power and Control: A Study of Women with Uncertain Illness Trajectories". *Qualitative Health Research* 14 (2): 226–240.
- Åsbring, P., Närvänen, 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 and Women's Worlds of Pain*. Philadelphia: Temple University Press.
- Barker, D. A., Orrell, M.W. 1999. "The Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire: A Reliability and Validity Study". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34: 111–116.
- Barker, D. A., Shergill, S. S., Higginson, I., Orrell, M. W. 1996. "Patient's Views towards Care Received from Psychiatrists". *British Journal of Psychiatry* 168: 641–646.
- 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.
- Coyle, J. 1999. "Exploring the Meaning of "Dissatisfaction" with Health Care: The Importance of 'Personal Identity Threat'". *Sociology of Health and Illness* 21(1): 95–124.
- Deale, A., Wessely, S. 2001. "Patients Perceptions of Medical Care in Chronic Fatigue Syndrome". *Social Science and Medicine* 52: 1859–1864.
- Edwards, T. M., Stern, A., Clarke, D. D., Ivbijaro, G., Kasney, M. L. 2010. "The Treatment of Patients with Medically Unexplained Symptoms in Primary Care: A Review of the Literature". *Mental Health and Family Medicine* 7(4): 209–221.
- Kirmayer, L.J., Groleau, D., Looper, K. J., Dao, M. D. 2004. „Explaining Medically Unexplained Symptoms“. *Canadian Journal of Psychiatry* 49(10): 663–672.
- Leonavičius, V., Baltrušaitytė, G., 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.
- Mead, N., Bower, P. 2000. Patient-Centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature". *Social Science and Medicine* 51: 1087–1110.
- Moutoussis, M., Gilmour, F., Barker, D., Orrel, M. W. 2000. "Quality of Care in a Psychiatric Out-Patient Department". *Journal of Mental Health* 9 (4): 409–420.
- Naujokaitė, I. 2010. "Mediciniškai nepaaiškinami simptomai sveikatos priežiūros sistemose". *Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas* 1 (2): 131–146.
- 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.
- Prior, L. 2003. "Belief, Knowledge and Expertise: The Emergence of the Lay Expert in Medical Sociology". *Sociology of Health and Illness* 25: 41–57.
- Reid, S., Crayford, T., Richards, S., Nimnuan, C., Hotopf, M. 1999. "Recognition of Medically Unexplained Symptoms – Do Doctors Agree?" *Journal of Psychosomatic Research* 47 (5): 483–485.
- Risør, M. B. 2009. "Illness Explanations Among Patients with Medically Unexplained Symptoms: Different Idioms for Different Contexts". *Health* 13 (5): 505–521.
- 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. 2007. "Conflict, Collusion or Collaboration in Consultations about Medically Unexplained Symptoms: The Need for a Curriculum of Medical Explanation". *Patient Education and Counseling* 67 (3): 246–54.
- Samson, C. 1999. *Health Studies: A Critical and Cross-Cultural Reader*. London: Blackwell Publishers.
- Swoboda, D. S. 2008. "Negotiating the Diagnostic Uncertainty of Contested Illnesses: Physician Practices and Paradigms". *Health* 12 (4): 453–478.
- Tang, S., Anderson, J. M. 1999. "Human Agency and the Process of Healing: Lessons Learned from Women Living with Chronic Illness – 'Rewriting the Expert'". *Nursing Inquiry* 6: 83–93.
- Turner, B. S. 1987. *Medical Power and Social Knowledge*. London: SAGE Publications.
- 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.

- Woivalin, T., Krantz, G., Mäntyranta, T., Ringsberg, K. C. 2004. "Medically Unexplained Symptoms: Perceptions of Physicians in Primary Health Care". *Family Practice* 21: 199–203.
- Zavestovski, S., Brown, P., McCormick, S., Mayer, B., D'Ottavi, M., Lucove, J.C. 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.

Treating Medically Unexplained Disorders: Experiences of General Practitioners

Summary

50% of all primary health care patients present persistent symptoms without clear pathology (Nettleton 2006; Wileman 2002; Asmundson 2001). In medical practice these symptoms are referred to as medically unexplained disorders. Family doctors play most significant role in management of patients with such disorders. However, since there is no clear medical consensus regarding etiology, classification, diagnosis and treatment of medically unexplained disorders, family doctors have to develop their own strategies of examining, consulting and treating their patients.

Using data from semi-structured interviews with 17 family doctors working in Kaunas and Kaunas region, this article describes main medical consulting approaches used by family doctors when managing patients with medically unexplained disorders. The findings of the study indicate that family doctors use three different approaches in managing medically unexplained cases: biomedical, psychological and psychosocial. The use of a particular medical consulting approach depends on a doctor's perception of the etiology of disorder and patient's expectations. While family doctors tend to switch between different consulting approaches depending on concrete case and individual patient's perception of his or her health problem, the biomedical approach seems to be a dominant consulting approach. Some doctors claim that since medically unexplained disorders are of social nature they should be managed by using non-medical approaches and by non-medical specialists.