

Machine Translated by Google

"Dr. Sarno brilliantly explores the chasm between the conscious and unconscious minds, where psychosomatic ailments originate." —MEHMET OZ, M.D., coauthor of *You: The Owner's Manual*

# THE DIVIDED MIND

The Epidemic of Mindbody Disorders



**JOHN E. SARNO, M.D.**

#1 *New York Times* Bestselling Author of *Healing Back Pain*

# THE DIVIDED MIND

---

EPIDEMIJA POREMEĆAJA DUMA

---

MIND  
THE DIVIDED

JOHN E. SARNO, MD

SA DOPRINOSIMA SAMUEL J. MANNA, MD, IRA RASHBAUM, MD, ANDREA  
LEONARD-SEGAL, MD, JAMES R. ROCHELLE, MD, I DOUGLAS  
HOFFMAN, MD



# SADRŽAJ

Uvod	1
JEDAN Šta je psihosomatska medicina?	7
DVA Kratka istorija psihosomatske medicine	45
TRI Psihologija psihosomatskih poremećaja	89
Četiri tretmana	129
FIVE Hipertenzija i veza uma: Nova paradigma	185
Samuel J. Mann, MD	
ŠEST Moje iskustvo sa sindromom tenziona miozitisa	227
Ira Rashbaum, MD	
SEDAM Iskustvo reumatologa sa psihosomatskim poremećajima	245
Andrea Leonard-Segal, MD	
OSMA Moja perspektiva o psihosomatskoj medicini	271
James R. Rochelle, MD	
DEVET Strukturalni bol ili psihosomatski bol?	299
Douglas Hoffman, MD	
TEN Iskustvo porodičnog doktora sa medicinom mentalnog tijela	333
od Marc Sophera, MD	
Literatura	369
Indeks	375

[o autoru](#)

[Ostale knjige John E. Sarno, MD](#)

[Zasluge](#)

[Cover](#)

# UVOD

Zdravstvena zaštita u Americi je u krizi. Određeni segmenti američke medicine pretvoreni su u nefunkcionalnu noćnu moru neodgovornih praksi, opasnih procedura, birokratskih propisa i vrtoglavih troškova. Umjesto da liječi ljude, pokvareni zdravstveni sistem u previše slučajeva produžava patnju ljudi. Umjesto da spriječi epidemije, ona ih stvara.

Da li ova presuda zvuči prestrogo? Pogledajmo neke statističke podatke. Preko šest miliona Amerikanaca koji pate od misteriozne i strašno bolne bolesti zvane "fibromialgija" liječi se od strane vojske samostalnih stručnjaka, od kojih nijedan nema pojma o tome šta uzrokuje poremećaj. Milioni više njih odjednom se liječe od želučanog refluksa, po godišnjim troškovima od milijardi dolara. Ko kaže da žgaravica ne može biti isplativa? I još milioni – od kojih su mnogi mladi – ovise o drogama koje mijenjaju um i koje, kako se sada ispostavilo, zapravo mogu ugroziti njihove živote.

Okolnosti su ozbiljne. Ne preuveličavam situaciju cija. Zato smo moje kolege i ja napisali ovu knjigu.

Podijeljeni um govori o principima i praksi psihosomatske medicine. Ne radi se o alternativnoj medicini, ili nekoj

trendi New Age režim. Radi se o jednostavnoj, klinički testiranoj medicini, kakvu praktikuju licencirani ljekari više od trideset godina, radeći sa hiljadama pacijenata.

Prvo, želim da raščistim svaku zabunu oko reči psihosomatski. Možda mislite da se to odnosi na nešto nejasno lažno, kao što su zamišljene bolesti koje su ljudi izmislili iz svojih sebičnih ili zbunjenih razloga. To jednostavno nije istina. Ali čak i liječnici, liječnici od kojih bi se moglo očekivati da imaju preciznije razumijevanje pojma, ponekad griješe pretpostavljajući da se odnosi na to kako stres pogoršava bolest ili na stresne posljedice života s bolešću. To su opravdane zabrinutosti i obrađene su u medicinskoj literaturi, ali nisu psiho-somatske. Psihosomatska medicina se posebno odnosi na fizičke poremećaje umnog tijela, poremećaje koji mogu izgledati kao čisto fizički, ali koji imaju svoje porijeklo u nesvjesnim emocijama, vrlo različitoj i izuzetno važnoj medicinskoj stvari. Imajte na umu da ćemo termine psihosomatski i mentalno tijelo koristiti naizmjenično u cijeloj knjizi, tako da ne dozvolite da vas to izbací.

Postoje doslovno stotine poremećaja i bolesti koje su identificirane kao čisto psihosomatske ili imaju psihosomatsku komponentu. Mnoge od njih ćemo istražiti na stranicama koje slijede. Mogu se kretati od blago uznemirujućih bolova u leđima pa sve do raka, ovisno o snazi i važnosti nesvjesnih emocionalnih fenomena. Čini se da su psihosomatske bolesti neizbježan dio ljudskog stanja. Ipak, nevjerovatno, uprkos gotovo univerzalnoj prevalenci takvih poremećaja, praksa psihosomatske medicine je gotovo potpuno nepoznata u današnjoj medicinskoj zajednici i ne igra gotovo nikakvu ulogu u savremenim medicinskim studijama i istraživanjima. Danas, kada se liječnici i mnogi psihijatri susreću sa psihosomatskim poremećajem, oni ga ne prepoznaju kakav je i gotovo uvijek liječe simptom.

Ogromnost ovog pobačaja medicinske prakse može se uporediti sa onim što bi postojalo da medicina odbija da prizna postojanje bakterija i virusa. Možda je najgnusnija manifestacija ovog naučnog medievalizma bila eliminacija

termin psihosomatski iz nedavnih izdanja Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM), službene publikacije Američkog psihijatrijskog udruženja. Moglo bi se i eliminisati riječ infekcija iz medicinskih rječnika.

Ovo zapanjujuće stanje stvari – zaista skandalozno – nije se dogodilo preko noći. U prvoj polovini dvadesetog veka, proučavanje i lečenje psihosomatskih poremećaja prepoznato je od strane mnogih medicinskih stručnjaka kao obećavajuća i važna nova granica medicine. Tada, prije pedesetak godina, američka medicinska zajednica skrenula je pogrešnim putem i jednostavno napustila interes za psihosomatsku medicinu. Nagađaću o tome zašto se to dogodilo, ali za sada je važno napomenuti da je kao direktna posljedica okretanja leđa ovoj vitalnoj grani medicine, medicinska profesija pomogla da se izazovu epidemije boli i drugih uobičajenih poremećaja koji utiču na živote miliona Amerikanaca.

Na psihosomatsku medicinu sam se dobro susreo u svojoj profesionalnoj karijeri, kada sam počeo da viđam veliki broj ljudi koji pate od onih uobičajenih, ali ponekad i misterioznih stanja povezanih sa telesnim bolom, prvenstveno u donjem delu leđa, vratu, trupu i udovima. Nisam znao da su ovi poremećaji psihosomatski. Nisam se školovao iz psihijatrije ili psihologije, i tek sam kroz direktnu svakodnevnu konfrontaciju sa patnjom mojih pacijenata na kraju prepoznao pravu prirodu njihove nevolje i tada sam mogao početi da sprovodim efikasan tretman. Tokom posljednje trideset dvije uzbudljive i plodne godine, moje kolege i ja naučili smo mnogo. Objavio sam tri knjige koje opisu naš rad, naša otkrića i naše uspjehe.

One su se uglavnom bavile onim što sam nazvao sindromom tenzionog miozitisa



(TMS), bolan psihosomatski poremećaj koji pogađa milione. Divergent Mind će se baviti čitavim spektrom psihosomatskih poremećaja, daleko širem i važnijom temom. Psihosomatski poremećaji spadaju u dvije kategorije:

1. Poremećaji koji su direktno izazvani nespješnim emocijama, kao što su problemi s bolom (TMS) i uobičajena gastrointestinalna stanja uključujući refluks, čireve, sindrom iritabilnog crijeva, kožne poremećaje, alergije i mnoga druga.
2. One bolesti kod kojih nespješne emocije mogu igrati ulogu u uzročnosti, ali nisu jedini faktor. Oni uključuju autoimune poremećaje kao što su reumatoidni artritis, određena kardiovaskularna stanja i rak. Niko, koliko ja znam, ko trenutno proučava ove poremećaje ne uključuje nespješne emocije kao potencijalne faktore rizika. Po mom mišljenju, ovo se graniči sa kriminalom.

Psihosomatski procesi počinju u nespješnom, tom mračnom, nemapiranom i općenito neshvaćenom dijelu našeg uma koji je prvi identificirao Sigmund Freud. Iako to tek treba cijeliti ni fizička ni psihijatrijska medicina, nespješne emocije su snažan faktor u gotovo svim fizičkim, netraumatskim bolestima. Dao sam ovoj knjizi naslov Podijeljeni um jer je u interakciji

nespješni i spješni umovi koji potiču od psihosomatskih poremećaja. One osobine koje se nalaze u nespješnom, a koje smatramo najproblematičnijim, poput djetinjstva, ovisnosti ili sposobnosti za divljačko ponašanje, proizvodi su starog, primitivnog dijela mozga, anatomske dubokog, neposredno iznad moždanog debla. Evolucija je dodala ono što se zove neokorteks, novi mozak, mozak

razum, višu inteligenciju, komunikaciju i moral. Čini se da postoji stalna borba između ova dva dijela mozga. Ponekad razum prevlada, a ponekad je dominantniji dječji, zvjerski dio ljudske prirode. Ova dualnost je jedan od razloga za psihosomatske poremećaje, kao što će se pokazati.

Zaključci koji se nalaze u ovoj knjizi nisu zasnovani na fotelji odbici. Oni su rezultat dugogodišnjeg iskustva sa hiljadama pacijenata, a potkrepljeni su nalazima visoko obučanih psihoterapeuta. Osim toga, šest pionirskih liječnika iz cijele Sjedinjenih Država koji su uključili psihosomatske principe u svoje prakse i istraživanja također su doprinijeli nalazima zasnovanim na vlastitim iskustvima. Naš uspješan tretman izuzetno visokog procenta pacijenata dinamično podržava naše nalaze.

Podijeljeni um prvenstveno je namijenjen da objasni prirodu psihosomatskog procesa, posebno psihologiju koja vodi do jasno očiglednih fizičkih simptoma. Sekundarna svrha knjige je da skrene pažnju na zamamljene stavove prevelikog broja praktičara savremene medicine koji ne samo da ne priznaju postojanje psihosomatskih poremećaja, već svojim neuspjehom zapravo doprinose njihovom širenju.

Nesumnjivo će me osporiti čuvari opažene mudrosti zbog takozvanog „nedostatka naučnih dokaza“ za moje dijagnostičke teorije. Ovo je gotovo smiješno jer ne postoji naučna dokaz za neke od najcjenjenijih konvencionalnih koncepata uzročnosti simptoma. Najeklatantniji primjer za to je ideja da je upalni proces odgovoran za mnoga bolna stanja, za koja ne postoje naučni dokazi. Još jedan primjer: nikada nisu rađene studije kako bi se potvrdila vrijednost raznih hirurških procedura koje se koriste za poremećaje boli, kao što je laminektomija za abnormalnosti intervertebralnog diska.

Proučavanje psihosomatskih poremećaja u laboratoriju predstavlja velike probleme. Kako prepoznajete i mjerite nesvjesne emocije? Ako je prihvaćanje dijagnoze od strane pacijenta ključno za uspješno liječenje, kako možete dokazati valjanost dijagnoze i liječenja ako većina populacije ne prihvaća dijagnozu? Nakon dugogodišnjeg iskustva, stiže se utisak da ne bi više od 10 do 15 posto populacije bilo spremno prihvatiti psihosomatsku dijagnozu. Naš dokaz valjanosti je izuzetan uspjeh našeg terapijskog programa.

Kao što je Frojd primetio, fiziologija procesa je daleko manje važna od tačnih opažanja samog procesa. Ni on nije imao nikakve laboratorijske podatke. Stoga moram prepustiti laboratorijskim stručnjacima da otkriju matice i vijke procesa.

Dijeleći s vama fokusirana iskustva u dijagnostici i liječenju velikog broja ljudi koji su patili i pate od psihosomatskog bola, moje kolege ljekari i nadamo se da će naši nalazi imati značajan utjecaj na medicinsku praksu, posebno s obzirom na milioni koji sada pate od ovih poremećaja bez potrebe.

Na kraju, moram izraziti duboku zahvalnost gospodinu Al Zuckeru, koji je uspio pronaći izdavača za ovu prilično kontroverznu knjigu.

JEDAN

# ŠTA JE PSIHOSOMATSKI LIJEK?

Sjećam se kada je John R prvi put došao u moju kliniku 1996. Bio je uspješan biznismen u svojim ranim četrdesetim, dobro obučeni i u formi, zračio je samopouzdanjem. Djelovao je sasvim opušteno i samouvjereno - sve dok se nije sagnuo da sjedne. Naglo su mu pokreti usporili i postao je tako oprezan, tako krhak, tako oprezan da je odjednom postao karikatura vozača, samopouzdanog čovjeka koji je samo nekoliko trenutaka prije prošao kroz moja vrata. Njegov govor tijela jasno je davao do znanja da ili doživljava strašnu bol ili se plaši da će ga bol zadesiti ako učini i najmanji pogrešan potez.

Kao lekar, mogao sam da saosećam sa njegovom patnjom. Moja specijalnost su mentalni poremećaji, a ovakve slučajeve viđam svakog radnog dana. Nadao sam se da mu mogu pomoći, što je značilo da mu pomognem da sam sebi pomogne, jer sa mentalnim poremećajima, doktor ne može da "izlij

pacijent. Pacijent koji pati je taj koji mora shvatiti svoju bolest. . . i razumijevanjem, protjerati ga.

Dok smo prolazili kroz istoriju Džona R., počela je da se pojavljuje slika zanimljivog i zadovoljavajućeg života. Oženjen, troje djece. Njegov vlastiti posao, koji mu je vjerovatno oduzimao previše vremena, ali je dobro išao. Čuo sam i poznatu litaniju patnje i bola – hronična bolna leđa misterioznog porijekla, koja je ponekad izazivala tako jak bol da ujutro nije mogao ustati iz kreveta. Njegova duga i neuspješna potraga za olakšanjem – eksperimenti s alternativnom medicinom, lijekovima na recept, i konačno, u očaju, operacija – izuzetno skupa i samo privremeno uspješna. Zatim iznenadna pojava potpuno novih tegoba: išijas, migrenske glavobolje, refluks kiseline - lista bolesti se nastavljala u nedogled.

Kao ljekaru, srce mi je stalo do njega. Moj posao je bio da mu pomognem. Ali mogao sam samo voditi. Da li bi John R slijedio? Da li bi razumeo duboku međusobnu povezanost uma i tela? Da li bi shvatio strašnu moć zakopanog bijesa?

Za neupućene, često postoji nešto misteriozno u medicini umnog tijela. Istina, odnos uma i tijela nije ništa tajanstveniji od odnosa srca prema cirkulaciji krvi, ili odnosa bilo kojeg drugog organa prema radu ljudskog tijela. Moj prvi intervju sa Johnom R. pokazao je da bi on bio otvoren za ideju medicine umnog tijela. U roku od mjesec dana od početka liječenja, njegovi bolovi, koji su ga mučili veći dio njegovog odraslog života, jednostavno su nestali, bez upotrebe lijekova ili radikalnih procedura. Još uvijek dobijam godišnju božićnu čestitku od njega. U svojoj najnovijoj prijavi je da nastavlja da igra tenis i skija. Prošlog ljeta on i njegov najstariji dječak prošetali su cijelim Ap palahijskim putem. Bol i jednako neobjašnjivi drugi poremećaji nisu se vratili.

Mnogi moji pacijenti imaju početne poteškoće da shvate u potpunosti

dinamiku sindroma mentalnog tijela. Jedna je stvar prihvatiti koncept da um ima veliku moć nad tijelom, ali sasvim druga je internalizirati to znanje i razumjeti ga na duboko ličnoj osnovi. Čak i kada moji pacijenti u potpunosti shvate centralni element jednadžbe – da je njihov um taj koji sadrži osnovni uzrok njihove fizičke nevolje – oni mogu nastaviti da se spotiču o sekundarne detalje, nesposobni da prihvate stvarnost vlastitog zakopanog bijesa. , i ostaju zbunjeni činjenicom da njihov vlastiti um može donositi odluke kojih nisu svjesni.

Ponekad mojim pacijentima pomaže da shvate vezu uma i tijela ako se povuku i sagledaju je iz šire perspektive. Psihosomatski poremećaji pripadaju većoj grupi entiteta poznatih kao psihogeni poremećaji, koji se mogu definirati kao bilo koji fizički poremećaj izazvan ili modificiran od strane mozga iz psiholoških razloga.

Neke od ovih manifestacija su uobičajene i svima poznate, kao što je čin crvenila, ili osjećaj leptira u stomaku, ili znojenje kada ste u centru pažnje. Ali to su bezopasni i privremeni fenomeni, koji traju samo dok postoji neobičan stimulans.

Druga grupa psihogenih poremećaja uključuje one slučajeve u kojima je bol fizičkog poremećaja pojačana anksioznostima i zabrinutostima koje nisu direktno povezane s neuobičajenim stanjem. Primjer bi bio neko nedavno umiješan u tešku saobraćajnu nesreću čiji bol može biti značajno pogoršan zabrinutošću za njegovu ili njenu porodicu, posao i tako dalje, a ne zbog povreda. Iako je mainstream medicina sklona ignoriranju gotovo svih psihogenih manifestacija, ona općenito priznaje ovu vrstu, prepoznajući da se simptomi mogu pogoršati ako je pacijent anksiozan. Doktori to mogu nazvati emocionalnim preklapanjem. U mojoj praksi, pacijenti su izjavili da je njihov bol postao mnogo jači kada su bili obaviješteni o rezultatima magnetne rezonancije (MRI) koji je opisao abdominaciju.

normalnosti, kao što je hernija diska, posebno ako je operacija predložena kao mogući tretman.

Treća psihogena grupa je sušta suprotnost drugoj: obuhvata slučajeve u kojima dolazi do smanjenja fizičkih simptoma kod postojećeg poremećaja. U jednoj od najranijih studija o boli, Henry Beecher sa Harvarda izvijestio je da je u grupi teško ranjenih vojnika u Drugom svjetskom ratu otkriveno da im je, uprkos ozbiljnosti njihovih ozljeda, često bilo potrebno malo ili nimalo analgetika jer je njihov bol bio znatno smanjeno time što su postali svjesni da su još uvijek živi, da su zbrinuti i uklonjeni iz opasnosti lišavanja, teškoća i iznenadne smrti.

Daleko najvažnije psihogene kategorije su četvrta i peta grupa, histerični poremećaji i psihosomatski poremećaji. Histerični poremećaji su uglavnom od povijesnog interesa, iako je psihologija oba identična. Moje iskustvo je prvenstveno bilo sa psihosomatskim poremećajima.

Simptomi histeričnih poremećaja često su prilično bizarni. Pacijent može doživjeti širok raspon vrlo iscrpljujućih bolesti, uključujući mišićnu slabost ili paralizu, osjećaj utrnulosti ili trnce, potpuno odsustvo osjeta, sljepoću, nemogućnost korištenja glasnih žica i mnoge druge, sve bez ikakvih fizičkih abnormalnosti u tijelu da objasni takve simptome.

Iz prirode histeričnih simptoma jasno je da je njihovo porijeklo zaista „sve u glavi“, da uzmemo pežorativni izraz koji se obično koristi za označavanje psihosomatskih simptoma. Odsustvo bilo kakve fizičke promjene u tijelu ukazuje na to da su simptomi generirani snažnim emocijama u mozgu. Gde u mozgu, niko sa sigurnošću ne može reći. Jedan medicinski autoritet, dr. Antonio R. Damasio, sugerirao je da se ovi centri za stvaranje emocija nalaze u hipotalamusu, amigdali, bazalnom prednjem mozgu i moždanom deblu. pa-

pacijenti percipiraju simptome kao da potiču iz tijela kada se stimuliraju odgovarajuće moždane stanice. Ovi simptomi često imaju vrlo čudan i nestvaran kvalitet. Jedan od pionira psihijatrije iz devetnaestog veka, Josef Breuer, uporedio ih je sa halucinacijama.

#### PSIHOZOMATSKI POREMEĆAJI

Nasuprot tome, u petoj psihogenoj grupi, psihosomatskim poremećajima, mozak izaziva stvarne fizičke promjene u tijelu. Primjer za to bi bio sindrom tenzijskog miozitisa (TMS), bolni poremećaj koji ćemo detaljnije ispitivati. U ovom stanju, mozak naređuje smanjenje dotoka krvi u određeni dio tijela, što rezultira blagim nedostatkom kisika, što uzrokuje bol i druge simptome, ovisno o tome koja tkiva su bila bez kisika.

Jedan od najintragantnijih aspekata i histeričnih i psihosomatskih poremećaja je taj što se oni šire populacijom na epidemijski način, gotovo kao da su bakteriološke prirode, što nisu. Edward Shorter, historičar medicine, zaključio je iz svog proučavanja medicinske literature da učestalost psihogenog poremećaja raste do epidemijskih razmjera kada je poremećaj u modi. Koliko god čudno izgledalo, ljudi s nesvjesnom psihološkom potrebom za simptomima imaju tendenciju da razviju poremećaj koji je dobro poznat, poput bolova u leđima, peludne groznice ili ekcema. Ovo nije svjesna odluka.

Drugi uzrok ovakvih epidemija često nastaje kada se psihosomatski poremećaj pogrešno protumači od strane medicinske struke i pripise se strukturnoj abnormalnosti, kao što su koštani trzaj, hernija diska itd.

Studija iz 1996. u Norveškoj sugerira da postoji treće stanje koje potiče takve epidemije: jednostavna činjenica da medicinski tretman može biti



na raspolaganju. Rad objavljen u časopisu Lancet 1996. opisuje epidemiju u Norveškoj onoga što se naziva "sindrom trzanja biča". Ljudi koji su učestvovali u sudarima od pozadi, iako nisu ozbiljno povrijeđeni, nakon incidenta su imali bolove u vratu i ramenima. Norveški doktori su bili zbunjeni epidemijom i odlučili su da istraže. Otišli su u Litvaniju, zemlju bez zdravstvenog osiguranja, i na osnovu kontrolisane studije utvrdili da sindrom trzajne trzavice jednostavno ne postoji u toj zemlji. Ispostavilo se da je rasprostranjenost trzanja u Norveškoj imala manje veze sa ozbiljnošću sudara od pozadi nego sa činjenicom da je bio u modi; doktori nisu mogli objasniti epidemiju i mogućnost dobrog zdravstvenog osiguranja za liječenje!

Najvažnije epidemije psihosomatskih poremećaja su one povezane s bolom. Kao što će biti razmotreno u nastavku, one su postale tegobe za milione Amerikanaca. Oni su "popularni" i većina ih je pogrešno dijagnosticirana kao rezultat raznih fizičkih strukturnih abnormalnosti, pa stoga i njihovo širenje na epidemijski način.

Koja je geneza psihosomatskog poremećaja? Kao što ćemo vidjeti, uzrok se nalazi u nesvjesnim područjima uma, a kao što ćemo također vidjeti, njegova svrha je da namjerno odvraća pažnju svjesnog uma.

Vrsta simptoma i njegova lokacija u tijelu nisu važni sve dok ispunjavaju svoju svrhu skretanja pažnje sa onoga što se dešava u nesvjesnom. Povremeno, međutim, izbor lokacije simptoma može čak doprinijeti procesu skretanja, nečemu što je uobičajeno kod psihosomatskih poremećaja. Na primjer, čovjek koji doživi akutni početak bola u ruci dok zamahuje teniskim reketom prirodno će pretpostaviti da je to nešto

o zamahu koji mu je povredio ruku. Realnost je da je njegov mozak odlučio da je došlo vrijeme za fizičku diverziju i bira taj trenutak za iniciranje bola, jer će osoba pretpostaviti da je to posljedica ozljede, a ne fizičkog stanja koje je stvorio mozak i koje je uzrokovalo bol. Kako mozak upravlja ovim trikom? To jednostavno čini tetivu u ruci blago lišenom kisika, što rezultira bolom. Tako je „teniski lakat“ dobio ime. Ako to zvuči bizarno, dijabolično ili samodestruktivno, kasnije ćete vidjeti da je to u stvarnosti zaštitni manevar. Moje kolege i ja smo to uočili kod hiljada pacijenata.

Ali s vremenom, takav simptom može izgubiti moć odvratanja pažnje. Tada psiha ima još jedan trik u rukavu. Naći će još jedan simptom koji će zauzeti svoje mjesto, onaj koji i pacijent i doktor vide kao „fizičkog“, to jest, ne psihološkog porijekla. Na primjer, ako liječenje — recimo operacija — neutralizira određeni psihogeni simptom, tako da simptom izgubi moć da odvraća pažnju, mozak će jednostavno pronaći drugu metu i stvoriti novi niz simptoma. Ovo sam nazvao imperativom simptoma i ima ogromne implikacije na javno zdravlje, jer se psihogeni simptomi obično pogrešno tumače i tretiraju kao fizički poremećaji. Odjednom, "izliječeni" pacijent ima potpuno novi poremećaj koji zahtijeva liječničku pomoć. Još nevolje. Više izgubljenog vremena. Više troškova. Ovo će biti dokumentovano kako nastavimo.

Statistički, najčešći psihosomatski poremećaj danas je TMS, koji sam opisao u mnogim oblicima u svojim prethodnim knjigama. Dao sam joj to ime jer se u vrijeme objavljivanja prve knjige 1984. smatralo da je mišić (myo) jedino tkivo uključeno. Od tada sam naučio da nervno i tetivno tkivo također može biti meta mozga; u stvari, sada se čini da

zahvaćenost živaca je češća od mišića. Shodno tome, inkluzivniji naziv, poput muskuloskeletnog sindroma mentalnog tijela, mogao bi biti prikladniji. Međutim, pošto je pojam TMS sada toliko poznat, moje kolege su me pozvale da ga ne mijenjam, tako da TMS ostaje.

## POREMEĆAJI POSREDOVANI KROZ AUTONOMNO-PEPTID SISTEM

Kako mozak izaziva simptome u tijelu? Postoji više načina, ali daleko najveći broj psihosomatskih stanja nastaje kroz aktivnost autonomno-peptidnog sistema.

Autonomna grana centralnog nervnog sistema kontroliše dobrovoljne sisteme u telu, kao što su cirkulatorni, gastrointestinalni i genitourinarni sistem. Aktivan je dvadeset četiri sata dnevno i funkcioniše izvan naše svijesti. Dodana je riječ peptidi jer su peptidi molekuli koji učestvuju u sistemu međusobne komunikacije između mozga i tijela i igraju važnu ulogu u ovim procesima.

Najčešći poremećaji koji nastaju kroz ovaj sistem su poremećaji TMS-a, koji su gore opisani. Ovi poremećaji pogađaju milione i koštaju ekonomiju milijarde dolara svake godine u medicinskim troškovima, izgubljenom radnom vremenu, isplatama kompenzacija i slično.

Ostali uslovi uključuju:

- Gastroezofagealni refluks
- Peptički ulkus (često pogoršan antiinflamatornim lijekovima) •  
Ezofagospazam •  
Hijatus hernija
- Sindrom iritabilnog crijeva
- Spastični kolitis

- Tenziona glavobolja
- Glavobolja migrene •

Učestalo mokrenje (kada nije povezano sa zdravstvenim stanjima kao što je

dijabetes) • Većina slučajeva prostatitisa i seksualne disfunkcije • Tinitus (zujanje u ušima) ili vrtoglavica koja nije povezana s neurološkom bolešću

Teorije koje se ovdje napreduju zasnivaju se gotovo isključivo na radu obavljenom s TMS-om, ali postoje mnogi rjeđi poremećaji umnog tijela (poput refluksa) čije simptome također stvara autonomni peptidni sistem. Mi ih nazivamo ekvivalentima TMS-a jer su rezultat istih psiholoških stanja koja su odgovorna za TMS. Ono što me je navelo na mogućnost da je bol koji sam viđao ranih 1970-ih bio psihosomatski je činjenica da je toliko pacijenata sa bolom iskusilo ove ekvivalentne poremećaje, za koje sam znao da su svi psihosomatski. Ta spoznaja je sugerirala da je poremećaj bola koji sam vidio također psihosomatski.

#### ZAŠTO JE TMS BOLAN

Kao što sam ranije naveo, izgleda da je izmijenjena fiziologija TMS-a blago, lokalizirano smanjenje protoka krvi u maloj regiji ili specifičnoj tjelesnoj strukturi, kao što je kičmeni nerv, što rezultira stanjem blage deprivacije kisika. Rezultat je bol, primarni simptom TMS-a. Tkiva koja mogu biti ciljana od strane mozga uključuju mišiće vrata, ramena, leđa ili zadnjice; bilo koji spinalni ili periferni nerv; i bilo koje tetive. Kao posljedica toga, simptomi se mogu pojaviti gotovo bilo gdje u tijelu. Priroda boli varira u zavisnosti od tkiva koje je uključeno: mišića, živaca ili tetiva. Osim boli, zahvaćenost živaca sa sobom nosi mogućnost osjećaja

utrnulost i trnci i/ili stvarna slabost mišića.

Oni odražavaju funkciju nerava, a to je da dovode senzorne informacije u mozak i prenose poruke o kretanju tijelu, od kojih jedno ili oboje može biti zahvaćeno TMS-om. Činjenica da se pacijenti brzo oporavljaju kada se adekvatno liječe sugerira da uključena tkiva - nervno tkivo je najosjetljivije - nisu ni na koji način oštećena, već samo privremeno nefunkcionalna.

Budući da tako mali broj članova medicinske profesije prepoznaje poremećaje mentalnog tijela onakvima kakvi jesu, bol TMS-a se obično pripisuje strukturnoj abnormalnosti, poput onih koje se često pokazuju na rendgenskim snimcima, kompjuterizovanoj tomografiji (CT) ili MR. skenira. Slijedi lista najčešćih:

Abnormalnosti intervertebralnog diska zbog habanja, starenje, itd., uključujući:

- Suženje prostora na disku, što ukazuje da je disk izgubio supstancu
- Ispupčenje diska, zbog pritiska materijala unutra sa strane diska (nucleus pulposus) • Hernija materijala diska

Abnormalnosti drugih elemenata kičmene kosti, tzv spondiloza (nepokretnost i fuzija kralježnih zglobova) uključujući:

- Koštane mamze oko zglobova kičmenih kostiju ("uklješteni nerv") • Povećanje ligamenata u kičmenom kanalu • Suženje kičmenog kanala zbog gornjih promjena (spinalna stenoza) • Spondilolisteza (malagmentacija kičmenih kostiju)

- Skolioza (nenormalna bočna krivina kičme) • Abnormalnosti tetiva mišića rotatorne manžete u ramena
- Pukotine hrskavice koljena (meniskus) • Normalne starenje u kolenu, koje se nazivaju artritis • Promjene na kuku uzrokovane promjenama starenja (artritis) • Koštane mamze u peti stopala • Mnoga druga rjeđa stanja

Prema mom iskustvu, većina ovih abnormalnosti nije odgovorna za bol. Uzrok boli je TMS, jasan i jednostavan. Ipak, uprkos odsustvu dokaza da su abnormalnosti uzrok boli, medicinska profesija rutinski liječi one koji su podvrgnuti operaciji - u mnogim slučajevima, pretjerano skupoj operaciji - kao što će biti detaljno opisano.

Da bi se problem dodatno zakomplikovao, postoje brojni poremećaji mekog tkiva koji su također krivi za bol TMS-a. Ove pogrešne dijagnoze uključuju:

- Miofascijalni bol, obično u leđima (stvarni uzrok ne poznato)
- Postpolio sindrom (bol u dijelovima tijela previ ozbiljno oboljeli od dječje paralize). Takav bol se rutinski pripisuje dječjoj paralizi, ali nema dokaza da je to uzrok. Postoji latinska fraza koja se obično citira u naučnim krugovima koja se odnosi na ovu konkretnu vrstu pogrešne dijagnoze: „post hoc ergo propter hoc“. To znači „nakon ovoga [tj. polio] dakle zbog ovoga“, klasična greška u logici koja vodi do opasnog i nenaučnog zaključka.
- Napregnuti mišići leđa ili vrata

- Bol u zadnjici koji se pripisuje kompresiji išijadičnog živca od strane mišića piriformis—prilično neozbiljan koncept bez dokaza o valjanosti • Bol i druge dentalne abnormalnosti (poremećaj temporomandibularnog zgloba [TMS]) koje su najvjerojatnije uzrokovane TMS-om u vilici mišići • Bol u tetivi na različitim lokacijama oko attribusa lakta  
naviknut na prekomjernu upotrebu (teniski lakat)
- Istrošenost tetiva rotatorne manžetne
- Bol u prednjem dijelu tabana (metatarsalgija) • Bol u sredini tabana (plantarni fasciitis) • Bol u peti stopala (koštana ostruga) • Bol koji se pripisuje benignom tumoru u taban (metatarzalni neurom) • Sindrom karpalnog tunela (ponavljajuća stresna povreda) • Fibromijalgija: pogledajte šta slijedi • Drugi rjeđi poremećaji mekog tkiva

U posljednjih trideset pet godina, tri od gore navedenih stanja toliko su često pogrešno dijagnosticirana da je njihova učestalost dostigla razmjere epidemije. Oni su:

1. Hronični bol u leđima, vratu, ramenima i udovima
2. Fibromijalgija
3. Sindrom karpalnog tunela

Svaki ima drugačiju priču za ispričati.

## TRI UMJESNE EPIDEMIJE

### 1. Sindromi kronične boli: moderna kuga

Takozvana crna kuga evropske i azijske istorije – bubonska kuga – ubila je milione. Uzrokovala ga je bakterija koju nose pacovi, a prenose buhe. Tadašnje vlasti su imale sredstva da kontrolišu širenje kuge, ali pošto su bakteriologija i epidemiologija bile nepoznate nauke u to vreme, nisu razumele potrebu za tim. Drugim riječima, kugno brašno je nestalo zbog njihovog neznanja. Epidemija kronične boli danas postoji zbog sličnog nedostatka znanja. Moderna medicina ne poznaje ni uzrok kronične boli ni načine njenog širenja.

To je direktno dovelo do epidemije koja traje od kasnih 1960-ih. Svoj vrhunac dostigla je 1990-ih i još uvijek uništava živote miliona. Zbog toga su se klinike protiv bolova u posljednje vrijeme povećale godine.

Razlog za ovu epidemiju je tvrdoglav otpor medicinske struke da čak i razmotri mogućnost poremećaja mentalnog tijela. Većina ljudi s kroničnim bolom pati od jedne od mnogih manifestacija TMS-a upravo opisanih, ali većina praktičara pozvanih da ih liječe ne zna za tu dijagnozu. Ono malo onih koji znaju za to često odlučuju da to ne priznaju. Umjesto toga, oni bol pripisuju jednom od mnogih poremećaja koji su upravo navedeni. Postojanost bola – činjenica da često traje mjesecima ili čak godinama – objašnjava se genijalnom idejom koju su osmislili bihevioralni psiholozi prije mnogo godina. Prema njihovoj teoriji, bol se nastavlja jer služi u svrhu onoga što se naziva sekundarnom dobiti, odnosno nesvjesnoj želji oboljelog za nekom vrstom koristi od simptoma, kao što je suosjećanje, podrška, oslobađanje od odgovornosti ili iz napornog rada



bor, novčana dobit i tako dalje. Ovo pametno objašnjenje liječnici su spremno prihvatili jer ih je oslobađalo odgovornosti za propust da pomognu svojim pacijentima. Na kraju krajeva, pacijent je kriv. Ne može se zamisliti razornije pogrešno objašnjenje, kako iz naučne perspektive tako i iz perspektive pacijenta koji pati.

Kao što ćemo vidjeti, pravi uzrok bola, TMS, služi primarnoj dobiti, odnosno spriječiti svjesni mozak da postane svjestan nesvjesnih osjećaja poput bijesa ili emocionalne boli.

Retko postoji sekundarni dobitak. Ovo ćemo detaljnije obraditi u poglavlju o psihologiji ovih poremećaja.

Kao što je gore navedeno, poremećaji mentalnog tijela imaju tendenciju da se šire na epidemijski način:

a. ako su u modi; b.

ako su pogrešno dijagnosticirani, odnosno ako se bol lažno pripisuje nekom čisto "fizičkom" fenomenu, poput diskus hernije ili bakterije u želucu; i c. ako je

liječenje lako dostupno i finansirano od strane medicinskih sredstava osiguranje.

Hronični bol se odlično uklapa u ove kriterije, što objašnjava upornu nesposobnost medicine da napravi bilo kakav prodor u problem. Medicinska struka snosi veliku odgovornost za ovu i za druge epidemije. Na najjednostavnijem nivou, prekršio je jedno od svojih najosnovnijih medicinskih savjeta: ne čini štetu.

Istina, američka medicina je napravila ogromnu štetu. Pogrešno je dijagnosticirao uzrok boli, jamči da čak i ako pacijent osjeti olakšanje boli zbog placebo reakcije, bol će se vratiti na istu ili neku drugu lokaciju ili, slijedeći princip

od imperativa simptoma, drugi fizički poremećaj će zauzeti njegovo mjesto. Ni na koji način pacijent nije izliječen.

U svojoj sljepoći, moderna medicina je pojačala tendenciju širenja sindroma boli na epidemijski način. Uveo je niz neefikasnih tretmana, od kojih su neki izuzetno skupi, stavljajući veliki teret na vladu i privatnike u

osiguranje.

Ogromnost problema ilustruje članak koji se pojavio u poslovnom dijelu New York Timesa 31. decembra 2003. godine. U njemu je opisano kako se jedan tako skup tretman, spinalna fuzija, široko provodi uprkos nedostatku dokaza da se ima bilo kakvu vrednost. U članku se dalje ističe da liječnici, bolnice i proizvođači hardvera koji se koristi u ovim postupcima imaju finansijski udio u izvođenju ove operacije. Državni račun samo za hardver porastao je na 2,5 milijardi dolara godišnje. Kolika mora biti cijena liječenja zaprepašćuje maštu. Moji profesori na medicinskom fakultetu bili bi šokirani i užasnuti onim što se dogodilo medicinskoj praksi. Tržište i ekonomski faktori su preuzeli vlast.

Prema mom iskustvu, mnoge strukturne abnormalnosti za koje se tvrdi da su osnova za gore opisanu operaciju obično nisu odgovorne za bol, tako da ni kirurško, pa čak ni konzervativno fizičko liječenje bilo koje vrste nije prikladno. Uzeo sam savjetovati svoje pacijente da je najgora indikacija za mišićno-koštanu operaciju bol koji se pripisuje nekoj strukturnoj abnormalnosti.

## 2. Fibromijalgija

Fibromijalgija je medicinski termin koji postoji već dugo vremena. Iz nekog razloga prihvatila ga je reumatološka zajednica u

ranih 1980-ih i primijenjen na pacijente koji pate od bolova na mnogim mjestima u trupu, rukama i nogama. U stvari, radi se o teškom obliku TMS-a. Značajno je da pacijenti s fibromijalgijom često pate i od drugih poremećaja uma, poput glavobolje i sindroma iritabilnog crijeva, kao i od emocionalnih simptoma uključujući anksioznost, depresiju i poremećaje spavanja. Kada su se reumatolozi prvi put zainteresovali za osobe sa ovim simptomima, nisu bili u stanju da objasne šta je uzrokovalo poremećaj, ali su kreirali dijagnostičke kriterijume da ga definišu.

To je postalo neka vrsta medicinskog poljupca smrti. Američki koledž za reumatologiju odlučio je da se dijagnoza može postaviti ako osoba koja se ispituje pokazuje bol na jedanaest od mogućih osamnaest lokacija. Od tada su objavljene stotine, ako ne i hiljade radova koji opisuju studije koje pokušavaju, još uvijek neuspješno, da objasne poremećaj. Dvije od ovih objavljenih studija o osobama s fibromijalgijom otkrile su da je nivo kisika u njihovim mišićima smanjen, potvrđujući hipotezu da je fibromijalgija manifestacija TMS-a, koji je, kao što smo vidjeli, uzrokovan blagim nedostatkom kisika. No, reumatološka zajednica nije prihvatila ideju o blagoj deprivaciji kisika kao uzroku fibromijalgije i epidemija se nastavila. Do 2000. godine ogroman porast broja ljudi sa ovom dijagnozom podstakao je članak u časopisu The New Yorker Jeromea Groopmana, profesora medicine na Harvardu, u kojem je naveo da ima šest miliona Amerikanaca (uglavnom žena) s ovom dijagnozom. poremećaj nepoznatog uzroka i da se činilo da je analogan epidemiji neurastenije iz devetnaestog stoljeća.

Priča o fibromijalgiji je još jedan tragični primjer epidemijske sklonosti psihosomatskih poremećaja kada se pogrešno dijagnosticiraju i, stoga, neizbježno loše upravljaju. Još jedna velika epidemija počela je otprilike u isto vrijeme i iz istog razloga.

### 3. Sindrom karpalnog tunela

Sindrom karpalnog tunela (CTS) postao je moderan 1980-ih. To je još jedna manifestacija TMS-a koja je široko pogrešno protumačena u medicini, sa predvidljivim rezultatima. Pacijenti doživljavaju različite simptome na rukama koji su rezultat disfunkcije srednjeg živca na ručnom zglobu. Disfunkcija se može dokumentirati električnim testovima, tako da nema sumnje o razlogu simptoma. Ono što je u nedoumici (iako medicinska zajednica ne priznaje nikakvu sumnju) je ono što muči nerv. Općenito prihvaćena dijagnoza je da je živac komprimiran dok prolazi ispod ligamenta na ručnom zglobu, a preporučeno liječenje je ubrizgavanje steroida ispod ligamenta ili njegovo rezanje, što ponekad dovodi do simptomatskog olakšanja. Međutim, rad objavljen u časopisu Muscle and Nerve sugerira da se nervna funkcija prebrzo vraća nakon što je ligament prerezan da bi se okrivila kompresija za poremećaj, te da je vjerojatnije da je lokalna ishemija (smanjen protok krvi) odgovorna za simptome. Budući da je ishemija ono što uzrokuje simptome TMS-a, nalaz podržava ideju da je sindrom karpalnog tunela n

Veoma je značajno da se brzo širenje sindroma karpalnog tunela poklopilo sa spektakularnim rastom kompjutera u industriji. Ono što je potaknulo širenje CTS-a bilo je uvjerenje da je problem uzrokovan radom za kompjuterskim tastaturama, te da je CTS jedna od brojnih „ponavljajućih povreda od stresa“. Od tih ranih dana, armije kancelarijskih radnika i onih koji su zaposleni u drugim zanimanjima koja zahtijevaju razne zadatke koji se ponavljaju razvili su CTS, tako da je sada, poput kronične boli i takozvane fibromijalgije, veliki javnozdravstveni problem. Ljudi sa CTS-om su posebno otporni na ideju da je to poremećaj umnog tijela čak i kada se koristi taj benigniji izraz umjesto riječi psihosomatski.

Zanimljivo je da nisam uspio pronaći niti jedan spomen u medicinskoj literaturi koji dovodi u pitanje razlog ovih epidemija. I nikad se ne dobije razuman odgovor kada se zapita: Zašto milioni muškaraca i žena koji su udarali pisačim mašinama od početka dvadesetog veka nikada nisu razvili CTS? Opet, medicina snosi odgovornost za ove epidemije po dvije tačke: prvo, neuspjehom u postavljanju ispravne dijagnoze, a zatim pripisivanjem epidemija strukturalnim i drugim sumnjivim uzrocima, čime se doprinosi ozbiljnosti i dugotrajnoj prirodi simptoma. . Ovo je važno jer podržava strategiju uma, a to je odvratanje pažnje od onoga što se dešava u nesvjesnom umu i fokusiranje na tjelesni simptom. Na taj način produžava proces. Tužna stvarnost je da većina ljudi koji pate od stanja kao što su hronični bol, fibromijalgija i CTS neće prihvatiti psihosomatsku dijagnozu.

#### DRUGI POREMEĆAJI POSREDOVANI PREKO AUTONOMSKE PEPTIDNI SISTEM

Pored tri stanja o kojima smo upravo govorili, postoje brojni drugi poremećaji koje uzrokuje isti sistem tijelo-um, autonomno-peptidni sistem. Kao i prva tri, oni imaju istu genezu i služe istoj psihološkoj svrsi. One uključuju:

#### Gastrointestinalni mentalni sindromi

Simptomi gornjeg i donjeg gastrointestinalnog trakta i dalje su uobičajene psihosomatske manifestacije. Leče se raznim lekovima, često sa uspehom, što je, kao što je primećeno, a

Pirova pobjeda jer će mozak jednostavno pronaći drugo mjesto za stvaranje psihosomatskih simptoma.

Mnogi liječnici, uključujući psihijatre, sada odbijaju vjerovati da su čirevi psihosomatski, zbog otkrića bakterije u želucu ljudi s peptičkim ulkusima. Tvrdi se da se pacijenti liječe antibioticima. Ovo je jedan od mnogih primjera nesposobnosti medicine da se suoči sa realnošću psihozomatoze. Prisutnost bakterija u želucu nekih pacijenata je po našem mišljenju samo dio procesa.

Slično, članak u American Journal of Gastroenterology pripisuje sindrom iritabilnog crijeva prisutnosti bakterija u debelom crijevu. Takav zaključak bi bio smiješan da nije tragičan, jer ako ova ideja dobije prihvaćenost među ljekarima i njihovim pacijentima, ovo je još jedan psihosomatski poremećaj čiji će se pravi uzrok zanemariti u korist liječenja simptoma.

## Tenziona glavobolja i migrenska glavobolja

Ne postoji laboratorijski dokaz da su tenzijske glavobolje i migrenske glavobolje psihosomatske, ali kliničko iskustvo njihovog liječenja kao takvih je impresivno. Već 1930-ih i 1940-ih vodeći medicinski autoriteti objavili su brojne radove o psihološkim osnovama migrene, i svi su primijetili da su migrene povezane sa potisnutim bijesom. U Psychosomatic Medicine (1950), Franz Alexander je primijetio: „Najupečatljivije zapažanje je iznenadni prekid napada gotovo iz minute u minut nakon što pacijent postane svjestan svog dotad potisnutog bijesa i izrazi ga uvredljivim riječima. Obratite pažnju na Aleksandrovo spominjanje bijesa. Kao što ćemo vidjeti, bijes u nesvjesnom umu je ključan za razumijevanje gotovo svih psihosomatskih reakcija.

Revolucionarni rad Aleksandra i njegovih kolega (vidi 2. poglavlje) je zaboravljen. Pacijenti koji dolaze u našu kliniku navode da je liječenje koje su ranije primali za svoje migrene ili tenziona glavobolje uvijek uz lijekove, što je još jedan primjer nazadovanja savremene medicine.

### Genitourinarni sindromi mentalnog tijela

Uočena potreba za čestim mokrenjem je psihosomatska, osim kada je povezana sa dijabetesom; bolesti bubrega, srca ili nadbubrežne žlijezde; infekcija mokraćne bešike; ili povećana prostata. Vrlo je česta. Pažljiva anamneza će otkriti da u mnogim slučajevima naviku čestog ustajanja tokom noći radi mokrenja ne izaziva puna bešika, već blagi oblik nesanice. Osobu nesvesno programira da se probudi, a zatim programira da ima potrebu za mokrenjem.

U medicinskoj literaturi je dokumentirano da je prostatitis kod mladih muškaraca obično povezan sa stresom, a ne zbog očigledne infekcije.

Većina seksualnih disfunkcija je psihološki zasnovana u bilo kojoj dobi. Iako je dobro poznato da libido opada s godinama, emocionalni faktori i dalje mogu biti odgovorni za seksualne poteškoće kod starijih osoba.

### Tinitus i vrtoglavica

Oba ova stanja mogu biti znaci poremećaja nerava ili ušiju, ali su najčešće benigna i psihosomatska. Jednom sam doživio vrtoglavicu koja je trajala samo nekoliko sati. Završilo se kada sam uspeo da identifikujem psihološku osnovu za to.

## POREMEĆAJI KOJI SE PRIPISUJU DJELATNOSTI IMUNO-PEPTIDNI SISTEM

Do sada opisani poremećaji najčešći su u vrlo velikoj grupi, a svi su aktivirani autonomno-peptidnim sistemom. Druga grupa bolesti povezana je sa imunološkim sistemom organizma . (Opet, uključujemo peptidni komunikacioni sistem zbog uloge koju igra u interakciji između mozga i tela.) Nije poznato šta određuje izbor nesvesnog uma o tome koji sistem ili simptom da koristi, ali to ne pravi razliku od Svrha svih simptoma je ista - da ometaju svjesni um.

Kod imuno-peptidnog sistema, poremećaj može biti izazvan ili prekomjernom ili nedovoljno aktivnom imunološkom funkcijom. Preaktivna imunološka aktivnost dovodi do:

- Alergijske pojave (npr. alergijski rinitis, konjuktivitis, sinusitis, astma)
- Veliki broj kožnih problema (npr. ekcem, koprivnjača, gioedem, akne, psorijaza)

Neizostavno se postavlja pitanje: "Zar alergijske reakcije nisu uzrokovane alergenima, poput polena trave?" Odgovor je da, ali takvi alergeni su samo okidači. Oni su strane supstance, a imuni sistem je dizajniran da odbije strane napadače. Međutim, ne reaguju svi na polen trave. Ako vaš nesvjesni um uzrokuje pretjeranu reakciju imunološkog sistema, kaže se da je sistem hiperaktivan ili preosjetljiv. Oba izraza označavaju alergijsku reakciju. Ova pretjerana osjetljivost vašeg imunološkog sistema nije da vas zaštiti od stranih supstanci, već da zadrži vašu svjesnu pažnju usmjerenu na tijelo.

Suprotno tome, nesvjesni um može učiniti suprotno da de-



odvratiti pažnju od sebe. Može smanjiti efikasnost imunološkog sistema i učiniti osobu podložnom infekciji. Ponavljajuće infekcije bilo koje vrste obično su indikacija ovog procesa.

Infekcije se moraju liječiti "medicinski", ali će se i dalje ponavljati ako se ne liječe i psihološki. Veoma je značajno da su mnoge osobe koje pate od bola TMS-a koje su učestvovala u našem terapijskom programu prijavile nestanak alergija ili čestih infekcija istovremeno sa prestankom bola.

Većina ljudi sa TMS-om ima istoriju jednog ili više ovih autonomnih stanja ili stanja imunološkog sistema. Zaista, bilo bi najneobičnije pronaći nekoga ko nikada nije iskusio jedan ili više simptoma mentalnog tijela. Prisiljeno je zaključiti da su psihosomatske reakcije, a samim tim i emocije koje ih izazivaju, univerzalne. Važno je prepoznati da to nisu bolesti; oni su dio života, dio ljudskog stanja. Ovo bi trebalo postati jasno kada se psihologija mentalnih poremećaja detaljno opiše u 3. poglavlju.

#### POREMEĆAJI KOJE PROIZVODI NEUROENDOKRINI-PEPTID SISTEM

Još uvijek postoji treći medij za prenošenje poremećaja uma i tijela sa uma na tijelo. To je neuroendokrino-peptidni sistem, koji upravlja hormonskom distribucijom u tijelu. Poremećaji koji su s njim povezani su mala, ali različita grupa stanja koja izgledaju negdje između fizičkog i psihičkog u svojim manifestacijama:

- Bulimija
- Anoreksija nervoza
- Neurastenija (danas poznata kao hronični umor)

Čini se da želja za prejedanjem ili nemogućnost da se uopće jede ukazuje na neki jak emocionalni faktor, iako ne bi bilo iznenađujuće u današnjoj medicinskoj atmosferi da neko iznese čisto fizičko objašnjenje za njih. Bulimija i anoreksija nervoza se općenito liječe psihijatrijski.

Što se tiče neurastenije, grupa ljekara koji su predstavljali tri britanska kraljevska koledža proučavala je problem i objavila izvještaj 1996. koji sugerira da su psihološki faktori primarni u poremećaju i da je terapijski program koji se sastoji od fizičke aktivnosti i psihoterapije najefikasniji od njih. pokušao. Postoji ekdotalni dokaz zasnovan na brojnim pismima od kojih sam dobio čitaocima da je izlaganje mojoj knjizi, Lečenje bola u leđima, olakšalo mnoge ljude sa neurastenijom. Ovo je logično jer je osnovna psihologija za ovo ista kao i za TMS.

Zaključak je objavljen u časopisu The New England Journal of Medicine 1993. pod naslovom "Neuroendokrino-imune interakcije". sa ovom izjavom: „Uticaji centralnog nervnog sistema na imuni sistem su dobro dokumentovani i pružaju mehanizam pomoću kojeg emocionalna stanja mogu uticati na tok bolesti koje uključuju jačanju imunološke funkcije. Mogu li emocionalni faktori utjecati na tok autoimunih bolesti, raka i infekcija kod ljudi, predmet je intenzivnog istraživanja koje u ovom trenutku nije na zadovoljavajući način riješeno.”

Ovaj rad se bavio uticajem neuroendokrine mreže na imunološki sistem i stoga je relevantan za gore navedene alergijske i infektivne procese, kao i za široka polja autoimunih bolesti i raka. Ovdje se uvodi zato što jeste vjerovatno da je neuroendokrina mreža odgovorna i za bulimiju, anoreksiju nervozu i neurasteniju. Još jednom, peptidna mreža pruža mehanizam pomoću kojeg emocionalna stanja mogu izazvati fizička.

Bulimija, anoreksija nervoza i neurastenija su kvazi-fizički ekvivalenti TMS-a. Iskustvo snažno sugerira da su anksioznost, depresija i opsesivno-kompulzivni poremećaj (OCD), sva čisto emocionalna stanja, također ekvivalentni.

Podsjećajući na prethodno spomenuti imperativ simptoma, primijetio sam da neki pacijenti, nakon što su ublaženi boli TMS-a nekom kemijskom terapijom ili placebo, postaju anksiozni ili depresivni umjesto da razviju neki drugi fizički simptom. Ali onda kada su njihovi emocionalni simptomi ublaženi lekovima za smirenje ili antidepresivima, bolovi u telu su im se vratili! Drugi koji su istovremeno patili od simptoma TMS-a i OKP-a imali su olakšanje i jednog i drugog dok su učestvovali u terapijskom programu TMS-a.

Neizbježan je zaključak da je psihologija koja stoji iza fizičkih i afektivnih (emocionalnih) poremećaja ista i da ljudi čiji je bol zamijenjen anksioznošću ili depresijom također doživljavaju imperativ simptoma. Ovo je odvažna izjava, jer pretpostavlja da se izrazi mišljenje o nastanku anksioznosti i depresije, poremećaja u domenu psihologije i psihijatrije. Ipak, sugerira se da su, poput psihosomatskih simptoma, afektivna stanja također reakcije na snažne emocije u nesvjesnom umu koje prijete da postanu svjesne, a iz toga slijedi da dobra medicina zahtijeva prvo priznavanje tih nesvjesnih emocija, a zatim suočavanje s njima. Liječenje anksioznosti ili depresije lijekovima bez dubinske psihoterapije je loša medicina, a može čak biti i opasno ako imperativ simptoma vodi do ozbiljnog poremećaja poput jedne od mnogih autoimunih bolesti ili karcinoma. Ovo nisu izmišljeni zaključci zasnovani na pretpostavkama; proizlaze iz nepobitnog kliničkog iskustva.

Nekoliko riječi o peptidnoj mreži: naučnik koji je najviše doprinio razumijevanju ovog ključno važnog sistema, koji je, zapravo, pisao o "biohemiji emocija",

je dr. Candace Pert. Svoj rad je opisala u svojoj knjizi *Molecules of Emotions*, koju bi trebali pročitati svi profesionalci zainteresirani za mehaniku kako emocije izazivaju fizičke simptome. Peptidna mreža objašnjava fizički dio psihosomatskog procesa, ali objašnjava i placebo efekat, odnosno kako slijepa vjera može dovesti do ublažavanja simptoma. Već je rečeno da placebo efekat može biti opasan zbog imperativa simptoma, ali liječenje simptoma, a ne uzroka je loša medicina u svakom slučaju jer je gotovo uvijek privremena, bez obzira da li dovodi do zamjenskog simptoma ili ne. . Placebo ima mnogo oblika: hirurgiju, razne druge fizičke tretmane i farmaceutske preparate. Ako bi nebeski arhitekt iznenada ukinuo placebo efekat kod ljudi, došlo bi do ekonomskog haosa, posebno u Sjedinjenim Državama, jer veliki broj današnjih medicinskih tretmana duguje svoj uspeh, ovakav kakav jeste, fenomenu placeba.

#### TRENUTNI STATUS MEDICINE UMA

S obzirom na naš uspjeh u liječenju poremećaja boli, moje kolege i ja često se pitamo zašto se više pacijenata i ljekara ne slaže s ovim teorijama. To je dobro pitanje i nije lako odgovoriti. Razlozi su brojni, a neki od njih suptilni.

#### ZAŠTO VEĆINA LJUDI NE MOŽE PRIHVATI IDEJU DUMA POREMEĆAJI

Iskustvo pokazuje da je u Sjedinjenim Državama samo 10 do 20 posto ljudi s psihosomatskim poremećajem u stanju prihvatiti činjenicu da su njihovi simptomi emocionalnog porijekla. Mnogi su potpuno neprijateljski raspoloženi prema toj ideji. Iako postoji veliki broj onih koji traže psihoterapiju ili psihoanalizu, oni predstavljaju samo mali dio

cjelokupno stanovništvo. Za većinu postoji stigma vezana za poremećaje koji se odnose na psihologiju. Na pamet mi padaju negativne riječi poput čudno, ludo, čudno i ludo . Psiholozi i psihijatri su ljudi koji se bave smanjenjem glave ili "psihijatri". "Sve je u tvom umu" je gotovo uvredljivo, što implicira da je nešto čudno ili slabo u tebi ili da su simptomi u tvojoj mašti. Ovo je najžalosnije, jer su simptomi vrlo stvarni, rezultat vrlo fizičkog procesa.

Još jedan faktor koji negativno utječe na medicinu mentalnog tijela je da, kao i kod stigme koja je nepravедno vezana za pacijente od raka i tuberkuloze početkom dvadesetog stoljeća, postoji sramota povezana s idejom da neko možda pati od psihološki izazvanih simptoma. Ovo se nastavlja u mnogim krugovima uprkos činjenici da današnji mladi, obrazovani ljudi više prihvataju potrebu za psihološkom pomoći nego ranije generacije.

Stres je druga stvar. Većina ljudi će prihvatiti ideju o stresu, smatrajući da je to manje prijeteći jer misle da stres proizlazi iz stvari koje vam „napolju“ nešto rade, tako da ne implicira neki lični nedostatak. Veliki dio istraživanja u psihologiji danas ima veze s efektima stresa i na zdravlje i na bolest. Na primjer, kako stres pogoršava zdravstveno stanje poput dijabetesa? Ili kako zdravstveno stanje poput dijabetesa izazvati stres u životu? Ovo je hvalevrijedno istraživanje, ali se ne bavi tom ključnom domenom – nesvjesnim, gdje počinju poremećaji uma i tijela.

Velik dio skepticizma psihosomatske terapije koji pokazuju pacijenti snažno je pojačan medicinskom profesijom, uključujući i veći dio psihijatarske zajednice. Ljudi mnogo više vole dijagnozu koja sugerira da im može biti bolje uz "brzo rješenje": injekcija, lijek, manipulacija, čak i operacija. Mnogi pacijenti dolaze kod mene tek nakon što su probali sve gore navedeno.

## ZAŠTO MEDICINSKA PROFESIJA IGNORIRA UM KONCEPTI

Od sredine dvadesetog veka fizičke specijalnosti medicine su se sve više udaljile od ideje da mozak može izazvati fizičke promene u telu i da postoje psihosomatski poremećaji. Neke specijalnosti, kao što su ortopedija, neurohirurgija, neurologija i fizijatrija, posebno se protive toj ideji, bez sumnje jer je u suprotnosti s njihovim uvjerenjem da strukturne abnormalnosti predstavljaju sve uočene simptome. Njihove dijagnoze se zasnivaju na terapijskim metodama koje koriste. Stoga, razumljivo, mrze da razmatraju drugu dijagnozu, posebno onu koja je psihosomatska. Liječnici primarne zdravstvene zaštite, koji se općenito ne smatraju kompetentnim da se bave pacijentima koji pate od uporne boli ili neuroloških simptoma, skloni su ih upućivati na "specijaliste" - upravo ortopede, neurologe i slične, koji su već odbacili valjanost psihosomatske dijagnoze. Ti isti liječnici primarne zdravstvene zaštite bi mogli sami odlučiti da liječe poremećaje, ako shvate da su psihosomatski.

Psihosomatski simptomi koji uključuju druge sisteme (npr. gasno-intestinalni, genitourinarni, dermatološki) obično se liječe lijekovima, djetom i tako dalje. Čini se da doktori svih vrsta sada nisu konstitutivno nesposobni da fizičke simptome pripišu emocijama. Ovo je dramatična promjena u odnosu na medicinski stav i praksu u prvoj polovini dvadesetog vijeka. Legendarni ser Vilijam Osler je jednom primetio da je veća verovatnoća da će se o toku tuberkuloze saznati gledajući u pacijentovu glavu nego u grudi. Ono što se dogodilo?

Prvo, tužan paradoks. Medicinsko istraživanje je u posljednjih pedeset godina postalo više laboratorijski orijentirano. Svakako, ova promjena je proizvela

neki impresivni rezultati. Ali u isto vrijeme, ljudska biologija nije isključivo mehanička i postoje ograničenja za ono što laboratorija može precizno proučavati. Laboratorijska studija zaraznih bolesti bila je veličanstvena - vrlo je jednostavna. Ali sam njegov uspeh je skrenuo pažnju sa uticaja emocija. Kao rezultat toga, medicinska istraživanja su u mnogim oblastima propala beznačajno. Dokazi su svuda gde pogledate. Problemi s bolovima su postali epidemijski. Gastrointestinalna, dermatološka i alergijska stanja sve su raširenija, a sve zato što laboratorijska identifikacija fizike i hemije ovih stanja ne identifikuje njihov uzrok, suprotno popularnom medicinskom mišljenju. I paradoksalno, divni novi dijagnostički alati, kao što je MRI, često doprinose pogrešnim dijagnozama kada doktori pogrešno tumače značaj nalaza. Laboratorijske metode mogu biti besprijekorne, ali su uzaludne ako je interpretacija njihovih nalaza pogrešna.

Neuspjeh naučne medicine da zaustavi val kronične bolesti

bolnih poremećaja je na žalost, ali nije uspjelo i u jednoj drugoj još važnijoj sferi. U medicinskoj literaturi postoje brojni anegdotski dokazi da psihološki faktori utiču na ozbiljnije poremećaje kao što su poremećaji autoimune grupe, kardiovaskularna stanja i rak. Ipak, naučna medicina je u svojim istraživanjima posvetila malo pažnje ovim dokazima, a Nacionalni instituti za zdravlje su bili upadljivi u svojoj ravnodušnosti. Iskreno rečeno, emocionalne faktore treba proučavati kao faktore rizika u ovim po život opasnim poremećajima, a oni to nisu.

Drugi trend u savremenoj naučnoj medicini jeste njena preokupacija proučavanjem anatomije, fiziologije i hemije mozga, na račun proučavanja njegovog dinamičkog odnosa prema telu kao celini. Neuroznanost može biti izuzetno važna i od velikog interesa, ali ono što se nauči o fizičkom mozgu može biti ili štetno ili irelevantno za kliničku medicinu. Primjer za

prva je gotovo univerzalna tendencija da se hemijske aberacije povezane s depresijom liječe lijekovima, kao da je izmijenjena kemija uzrok depresije, dok je, u stvari, razlog za depresiju nesvjestan psihološki sukob, a kemijska promjena je samo mehanizam koji proizvodi simptom depresije. Liječenje depresije samim lijekovima, bez psihoterapije, nije samo loš lijek, već je i opasan. Imperativ simptoma nam govori da će uklanjanje simptoma upotrebom placebo ili antidepresiva samo dovesti do drugog simptoma, a drugi simptom može biti povezan s nečim ozbiljnim, poput raka.

Zatim, također, nalazi neuronauke mogu biti potpuno irelevantni za neka područja kliničke medicine. Na primjer, činjenica da pozitron-emisiona tomografija (PET) može identificirati područja mozga koja se aktiviraju kada osoba manifestira bijes nije od pomoći u određivanju izvora bijesa, posebno ako su uključeni nesvjesni procesi. Ovakvi nalazi su izuzetno zanimljivi, ali od male koristi ako se pokušava pomoći pacijentu da se nosi s problemom ponašanja. Takva pomoć može doći samo iz mukotrpnog procesa psihološke analize koju provodi neko adekvatno obučeni. Kada radim sa pacijentom koji pati od boli izazvanog zakopanijem bijesom, nije dobro znati koja jezgra mozga su uključena u proces boli. Moram pomoći pacijentu da shvati izvore bijesa. Iskustvo je pokazalo da ga takvo razumevanje obično „izleči“. Ovaj vrlo interesantan i njemački proces biće objašnjen u 4. poglavlju.

Neuroznanost je jedan od savremenih glamuroznih specijaliteta istraživačke medicine, donekle zahvaljujući interesovanju ljudi poput dr. Gerald M. Edelman i pokojni Francis Crick, obojice beliste u drugim oblastima. Njihove studije „neuralnih korelata kon svijest“ su od ogromnog interesa, uporedivog sa fascinantnim



posao koji obavljaju kosmolozi i astrofizičari, ali od malog značaja za kliničku medicinu, posebno tamo gde su uključene emocije.

Članak u izdanju Natural History iz maja 2004. lijepo ilustruje ograničenja laboratorijskih nalaza. Autor, Robert M. Sapolsky, profesor bioloških nauka i neurologije, izvijestio je o onome što je identificirao kao značajan rad objavljen u časopisu Science. Istraživači su pratili populaciju od preko hiljadu novozelandske djece od tri godine do mlađe odrasle dobi, identificirajući učestalost depresije i napominjući da dio grupe koja se proučava također posjeduje gen za regulaciju serotonina poznat kao 5-HTT. Uloga serotonina u depresiji je dobro poznata zbog široko korištenih lijekova kao što je Prozac. Istraživači su povezali učestalost dvije varijante gena 5-HTT i depresije i otkrili da nasljeđivanje gena samo povećava rizik od depresije kod ljudi. "Loš" gen nije izazvao depresiju kod onih koji nisu bili pod velikim stresom. Autor je primetio: „Svi imamo odgovornost da stvaramo okruženja koja dobro deluju na naše gene.”

Još jedan aspekt ovog problema iznio je Stephen J. Gould, koji je napisao u Prirodnoj historiji: „Nesretan, ali za žaljenje, uobičajeni stereotip o nauci dijeli profesiju na dvije domene različitog statusa. Imamo, s jedne strane, 'tvrde' ili fizičke nauke koje se bave numeričkom preciznošću, predviđanjem i eksperimentisanjem. S druge strane, 'meke' nauke koje tretiraju kompleksne objekte istorije u svom njihovom bogatstvu moraju da menjaju ove vrline za 'puki' opis bez čvrstih brojeva u zbnjujućem svetu gde se, u najboljem slučaju, možemo nadati da ćemo objasniti ono što ne možemo predvidjeti. Istorija života utjelovljuje svu zbrku ovog drugog, i potcijenjenog, stila nauke.”

Kako se ova knjiga pripremala za objavljivanje, u izdanju časopisa za septembar 2005. pojavio se veoma važan medicinski rad.

Proceedings of the National Academy of Sciences. Istraživački tim sa Univerziteta u Wisconsinu uspio je povezati aktivnost u područjima mozga za koja se zna da su uključeni u emocije s upalnim procesom koji uzrokuje simptome astme. Budući da teoretiziramo da je astma poremećaj mentalnog tijela i ekvivalent TMS-u, ovo je važan dokaz da emocije mogu biti ključni faktor u uzroku poremećaja umnog tijela. Namjeravam pokrenuti sličnu studiju jer je velika vjerovatnoća da će mozgovi ljudi koji pate od epizode TMS-a pokazati istu vrstu promjena.

Neuroznanost može igrati važnu ulogu u identifikaciji kako funkcionišu procesi umnog tijela. Ako se nesvjesne emocije mogu identificirati i objektivno izmjeriti, imali bismo takozvane čvrste podatke koji bi podržali naša klinička zapažanja.

Svijet nesvjesnog uma, kao i historija života, ne može se proučavati isključivo tvrdom naukom. Kako se objektivno mogu identificirati i kvantificirati osobine ličnosti i emocije koje se nalaze, da tako kažem, u nesvjesnom? Ideja da su snažne nesvjesne emocije odgovorne za poremećaje uma i tijela temelji se na istoriji bolesti, poznavanju psihe, fizičkom pregledu, logičkoj dedukciji i terapijskom eksperimentiranju metodom pokušaja i pogreške. Uspjeh u liječenju potvrđuje tačnost dijagnoze ako je neko siguran da nema placebo efekta.

Umjesto da se pozabavi ovom neurednom stvarnošću, savremena medicinska nauka je jednostavno odbacila cijeli koncept medicine mentalnog tijela. Radije bi se bavio mehaničkim, mjerljivim, hemijskim realnostima nego nejasnim fenomenima psihologije. Ne želi da zna da emocije pokreću hemijske i fizičke manifestacije koje su identifikovali, i ima opasnu ideju da će lečenje hemijom ispraviti poremećaj. Takav tretman zaista može modificirati simptome, ali to nije isto što i liječenje poremećaja.

Dodatno treba napraviti razliku između medicinskog istraživanja i kliničke medicine. Oni ne moraju nužno biti u korelaciji. Medicinsko istraživanje, šta god odabere da proučava, igra se po određenim pravilima. Klinička medicina, s druge strane, teži da bude manje objektivna i često prati dijagnostičke i terapijske trendove uprkos nedostatku dokaza koji bi potvrdili njihovu valjanost.

Iako bi liječnici trebali voditi put do prosvjetljenja upražnjavanjem dobre prosudbe i objektivnosti, oni su često žrtve istih predrasuda koje laici drže o psihološkim stvarima i jednako su neobrazovani o njima. Stepenn njihove psihološke naivnosti, uključujući i neadekvatno poznavanje vlastite psihe, je zapanjujući i više nego pomalo zastrašujući.

Posljedice ovog medicinskog neuspjeha bile su katastrofalne. Izazvao je veće epidemije opisane ranije, i podstakao brojne manje epidemije koje su nekada jedva postojale, poput sindroma trzanja, bolova u koljenu, stopala i ramena. Nove i skupe terapijske prakse i potpuno nove industrije su razvijene za liječenje ovih poremećaja, što čini malo vjerojatnim da se u bliskoj budućnosti može očekivati lakša promjena.

Dozvolite mi da istaknem da poznajem mnogo ljekara koji su brižni i odlično rade sa svojim pacijentima, među njima i kirurzi. Oni su zvijezde na medicinskom nebeskom svodu. Ali zbog trenutne klime u medicini, većina njih ne može i neće postaviti psihosomatsku dijagnozu. Medicina mentalnog tijela je svijet odvojen i ima vrlo malo praktičara.

## PSIHIJARIJA I PSIHOSOMATSKA MEDICINA

Kao što je ranije istaknuto, zvanična psihijatrija godinama ne priznaje psihosomatsku medicinu. Čak je i termin izbačen iz Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM) i

zamijenjen terminom somatoform. Informativno je kako se DSM bavi ovim pitanjem. Uvodni paragraf definiše so matoform na sljedeći način:

Bitne karakteristike ove grupe poremećaja su fizički simptomi koji upućuju na fizički poremećaj (dakle somatoform) za koji ne postoje dokazivi organski nalazi ili poznati fiziološki mehanizmi, a za koje postoje pozitivni dokazi ili jaka pretpostavka da su simptomi povezani. psihološkim faktorima ili sukobima. Za razliku od faktivnog poremećaja ili malinginga, proizvodnja simptoma kod somatoformnih poremećaja nije namjerna, tj. osoba ne doživljava osjećaj kontrole proizvodnje simptoma. Iako su simptomi poremećaja somato forme "fizički", specifični patofiziološki procesi koji su uključeni nisu dokazivi ili razumljivi postojećim laboratorijskim procedurama i konceptualizirani su psihološkim konstruktima. Iz tog razloga se klasifikuju k

Ono što je posebno uznemirujuće u vezi s ovom tvrdnjom je da se ona može odnositi na histerične simptome, ali se svakako ne odnosi na psihosomatske poremećaje. Dvije fraze u definiciji su od posebne važnosti: „fizički simptomi koji sugeriraju fizički poremećaj (dakle somatoform) za koji ne postoje dokazivi organski nalazi ili poznati fiziološki mehanizmi” i „specifični patofiziološki procesi koji su uključeni nisu dokazivi ili razumljivi postojećoj laboratoriji. procedure” (kurziv moj).

Ove dvije fraze dovode nas do srži stvari jer predstavljaju pitanje mišljenja psihijatrijske zajednice, a ne naučnu konstrukciju. Iskreno rečeno, mišljenja opće psihijatrije o postojanju ili nepostojanju psihosomatskih poremećaja su irelevantna. Psihijatri nemaju stručnost u domeni fizičke dis-

naređenja, te stoga nemaju osnovu za mišljenje o tome da li određeni skup simptoma predstavlja strukturalno indukovano ili psihosomatsko stanje. Ljudi sa fizičkim simptomima kao što su bol u leđima ili gastroezofagealni refluks ne konsultuju psihijatre. Ne vidi se, dakle, kako su pisci DSM-a mogli uzeti na sebe prerogativ da odluče da psihosomatski poremećaji ne postoje, kao što su to učinili u nedavnim izdanjima tog referentnog djela s velikim brojem konsultacija. Ima isto tako malo smisla kao i za dermu tolozi da proizvoljno odlučuju da daju mišljenja o neurološkim poremećajima.

Što se tiče izraza priručnika „dokazljivi organski nalazi“, Freud je još 1888. godine, radeći s pacijentima s mišićnim reumatizmom (danas poznatim kao TMS), pokazao prisustvo bola pri palpaciji (liječnički pregled dodirom), što je sigurno organski nalaz. . Poremećaj je očito proces umnog tijela, s mnogo vidljivih fizičkih znakova. Autori priručnika nisu bili svjesni, ili su jednostavno odlučili zanemariti dokaze o postojanju psihosomatskih poremećaja poput TMS-a i uobičajenih gastrointestinalnih i alergijskih poremećaja opisanih u ovoj knjizi.

Istorijski gledano, bilo je vrlo malo ljudi kvalifikovanih da procijene je li poremećaj psihosomatski, a neki od najboljih nisu bili svjesni najčešćeg od ovih stanja, sindroma boli. Kao što će se vidjeti u drugom poglavlju, Sigmund Frojd je opisao TMS, ali je zaključio da je "organski". Alfred Adler nije ulazio u detalje, ali je naveo da su mnogi fizički simptomi izazvani mozgom. Možda najbolji rad na ovu temu bio je "Psihogeni regionalni bol, alias histerični bol", dr. Allana Waltersa, visoko cijenjenog kanadskog neuropsihijatra, objavljenog u časopisu Brain 1961. Walters je opisao pacijente s bolom koji je jasno emocionalnog porijekla, ali koji nisu bili histeričari, kako se tada koristio taj izraz.

Očigledno je da je opisivao ono što sada zovemo TMS.

Čini se da je moderna psihijatrija nazadovala u devetnaesti vijek, kada je preovlađujući stav o mentalnim poremećajima bio da su oni ili nasljedni ili uzrokovani moždanom bolešću.

Frojd još nije uveo ideju da je psihologija, a ne fiziologija, važan faktor u mentalnim poremećajima. Međutim, konvencionalno je gledište bilo toliko rašireno da je čak i Frojd imao problema da ga odbije. Sada, uprkos dokazima koji govore suprotno, moderna psihijatrija sugerira da psiha ne izaziva emocionalna stanja poput anksioznosti i depresije i radije ih posmatra kao hemijski uzrokovane – ponovo u staru fiziologiju devetnaestog veka, iako u sofisticiranijem obliku. Ne možemo a da ne posumnjamo da je mnogo toga jednostavno odbacivanje Freuda, što može biti opasno i kratkovidno. Istina je da je Frojd možda pogrešio u vezi sa nekim detaljima, ali njegove osnovne ideje o radu i važnosti nesvesnog su zdrave. Naše iskustvo sa TMS-om to čini kristalno jasnim.

Godine 1895. Josef Breuer i Sigmund Freud objavili su Studije o histeriji. To je prikladan most između ovog poglavlja i sljedećeg u kojem se spominju dva slučaja koje je Freud opisao, jer oni rekapituliraju neka pitanja o kojima se upravo raspravljalo, uključujući Frojdov opis onoga što sada nazivamo TMS, njegov neuspjeh da ga prepozna kao psihosomatski, pojavu niz psihogenih simptoma u jednom od slučajeva, te njegovi i Breuerovi pionirski koncepti o nesvjesnom. Slučajevi će tada biti detaljnije ispitani u poglavlju 2.

## EMMY OD N I ELISABETH OD R

Frau Emmy von N bila je žena u ranim četrdesetima koja ilustruje koncept koji je ranije sugeriran: da ista psihologija može dovesti do raznih psihogenih simptoma. Prije svega, imala je emocionalne simptome uključujući anksioznost, fobije, kompulzivno ponašanje, zabludu.

sije i halucinacije. Ali imala je i fizičke simptome. Neki su bili očigledno histerični; drugi su bili tipični za ono što vidimo kod pacijenata sa TMS-om, što se tada zvalo mišićni reumatizam, psihosomatska manifestacija. Dakle, imala je tri od prethodno opisanih psihogenih kategorija.

Fraulein Elisabeth von R imala je dvadeset četiri godine kada ju je Frojd prvi put vidio. Imala je simptome koji su bili skoro isključivo tipa mišićnog reumatizma (TMS) i anamnezu tipičnu za slučajeve sa kojima danas radim. Evo šta je Frojd rekao o mišićnom reumatizmu:

Čini se vjerojatnim da su u prvom slučaju ti bolovi bili reumatski; to jest, da bi se dao definitivno smisao tom često pogrešno korištenom terminu, oni su bili vrsta koja se nalazi uglavnom u mišićima, uključuje izraženu osjetljivost na pritisak i modifikaciju konzistencije u mišićima, koja je najteža nakon značajan period mirovanja i imobilizacije ekstremiteta (tj. ujutro) se poboljšava vježbanjem bolnog pokreta i može se ublažiti masažom. Ovi mioGENI bolovi, koji su univerzalno česti, dobijaju veliki značaj kod neuropata. I sami ih smatraju nervoznima i ohrabruju ih njihovi liječnici, koji nemaju naviku pregledati mišiće digitalnim pritiskom. Takvi bolovi su materijal za nebrojene neuralne gije i takozvane išijasove itd.

Ovo je kratak, ali izvanredan opis jednog od mnogih obrazaca bola kod ljudi sa TMS-om, kojih smo moje kolege i ja vidjeli doslovno na hiljade. Frojd je bio neuporediv posmatrač. Zanimljivo je da iako je sve simptome pripisao mišićima, on u svojim opisima spominje neuralgije i išijas, a oba su nervne manifestacije TMS-a. Oni koji su čitali moje knjige koje opisuju TMS prepoznaju njegov opis. Šteta je što on

nije prepoznao da je psiha pokrenula proces. U ovom slučaju bi dobro postupio da je obratio pažnju na porodične doktore pacijenata, koji su rekli da su simptomi "nervozni". Prevarila ga je zaista fizička priroda simptoma, bol na digitalnom pritisku, što je jedno od obilježja TMS-a.

Frojdoov stav je u to vreme bio da je proces „organski” – to jest, da potiče u telu, a ne u umu – zbog fizičkih nalaza pri ispitivanju. Njegov stav je bio potpuno opravdan neuronaukom tog vremena. Nadalje je vjerovao da je psiha jednostavno koristila simptome u neurotične svrhe. Mislim da bi otkrio istinu da je nastavio proučavati fizičke manifestacije, ali je skrenuo pažnju na neuroze i imao je vrlo malo toga da kaže o fizičkim simptomima kako se njegova karijera razvijala.

Princip emocionalne i fizičke ekvivalencije danas djeluje drugačije nego u Freudovo vrijeme. Slučajevi poput Frau Emmy von N su sada neuobičajeni, jer su histerični znaci ili simptomi rijetki, iako sam se nedavno susreo s jednim. Pacijentkinja je bila mlada žena u dvadesetim godinama koja je opisala osjećaj kao da joj noga tone u zemlju kada je hodala. Jedna od karakteristika histeričnog simptoma je njegova bizarna, nestvarna kvaliteta, klasično demonstrirana kod ove mlade žene. Generalno, ljudi sada imaju tendenciju da imaju ili fizički ili afektivni simptom - ili TMS (ili jedan od njegovih ekvivalenata) ili emocionalne manifestacije kao što su anksioznost, depresija, fobije ili opsesije. Medicinska profesija prepoznaje ovo drugo, ali ne i prvo kao psihološko. Preovlađujući obrazac zavisi od toga šta je u modi. Histerični znaci i simptomi su izašli iz mode; TMS je prisutan, sa svim svojim varijacijama kao što su bol u donjem dijelu leđa, "išijas", bol u vratu i ramenima, "fibromijalgija", "sindrom karpalnog tunela", bol u koljenu, bol u kuku i tako dalje. Gastrointestinalni simptomi su također u modi. Rjeđe, pacijent može istovremeno imati emocionalne i fizičke simptome. Nedavno



mladić je došao sa istorijom prilično jakih bolova u leđima u trajanju od dvije godine. Dobro je prošao u programu i postao je bezbol za otprilike tri sedmice. Ubrzo nakon toga, počeo je da se oseća anksiozno i ponovo je počeo da ima neke stare stomačne tegobe. Ovo je bio imperativ simptoma na poslu. Pojava dvije simultane psihogene manifestacije jasno je ukazivala na potrebu za psihoterapijom. Ozbiljnost simptoma, emocionalnog ili fizičkog, ili postojanje dva ili više simptoma u isto vrijeme ukazuje na moć unutarnjeg nesvesnog sukoba. Da bi se ovo dodatno proširilo, ozbiljniji fizički poremećaji kao što su autoimuni, kardiovaskularni ili neoplastični poremećaji sugeriraju dublje potisnute fenomene.

Po našem mišljenju, svi simptomi Frau Emmy i Fraulein Elisabeth, afektivni ili fizički, histerični ili psihosomatski, služili su istoj svrsi, odnosno kao odbrani od snažnih emocija u nesvjesnom koje su nastojale doći k svijesti ili su bile potisnuti zbog svoje emocionalno bolne prirode.

# DVA

## KRATKA ISTORIJA OF PSIHOSOMATSKI LIJEK

Psihosomatska medicina je duh, skup ideja bez tijela. Niko se nikada nije bavio psihosomatskom medicinom jer njena definicija i obim nikada nisu jasno utvrđeni. Nadam se da će ova knjiga pomoći da se ta situacija popravi i da će u tom procesu biti jasno da su skoro svi uobičajeni poremećaji boli koji su pogađali milione tokom godina psihosomatski. Ovu tvrdnju će, naravno, danas žestoko osporiti gotovo svi u medicini i psihijatriji, ali sam uvjeren da će čak i kratak pogled na historiju ove teme riješiti pitanje.

Glavne ličnosti u istoriji psihosomatoze su Jean Martin Charcot, Josef Breuer, Sigmund Frojd, Alfred Adler, Franz Alexander i Allan Walters. Svi su na neki način doprinijeli osnovnoj temi. Svi su napravili zapažanja koja pomažu da se objasne psiho

hosomatskih pojava, od kojih je najvažniji bio Frojdo dar znanja o nesvjesnom, bez kojeg ne bi bilo moguće razumjeti emocionalno inducirane fizičke simptome.

## CHARCOT

Priča o psihosomatozi počinje sa Jean-Martin Charcotom, legendarnim francuskim liječnikom iz posljednje polovine devetnaestog stoljeća, koji je nastavio svoj rad u bolnici Salpetriere u Parizu, počevši kao pripravnik oko 1856. godine, a zatim godinama studirao i predavao. kao volonter. Bio je na Katedri za patološku anatomiju, zatim na Katedri za neuropatologiju od 1881. do svoje smrti 1893. godine.

Charcotov primarni interes tokom ranih godina njegove karijere bio je sistematska identifikacija neuroloških poremećaja, ali do trenutka kada je Frojd stigao da uči pod njegovom osobom u oktobru 1885. godine, posvetio se isključivo istraživanju neuroza, posebno histerije. Na svoj karakteristično minuciozan način, Charcot je počeo pažljivo da opisuje različite manifestacije histerije, i svojim naporima uspio je uzdignuti kliničko stanje od predmeta ismijavanja do utvrđene dijagnoze u klasifikaciji neuropatoloških poremećaja. Sasvim je moguće da je pažnja široke javnosti na histerične simptome izazvane Charcotovim radom mogla doprinijeti visokoj učestalosti poremećaja u njegovo vrijeme. Kao što smo već vidjeli, psihogeni poremećaji imaju tendenciju širenja na epidemijski način kada su u modi.

Charcot je bio briljantan učitelj i imao je dubok uticaj na Freudovu karijeru. Kao rezultat nekoliko mjeseci koje je učio sa Charcotom, Frojd je doneo sudbonosnu odluku da fokus svog proučavanja prebaci sa neuropatologije na psihopatologiju, odnosno sa proučavanja nervnog sistema na proučavanje uma. Ova ključna promjena di-

Reakcija bi s vremenom dovela direktno do njegovih teorija o nesvjesnim emocionalnim procesima koji su fundamentalni za naše razumijevanje psihosomatoze.

Iako neurolozi poštuju Charcota zbog njegovog ranog rada, pretpostavljam da će ga istorija najbolje pamtili po njegovom uticaju na Frojda.

## BREUER I FREUD

Frojdov prijatelj Josef Breuer bio je otac psihoanalize. Njegovo poznato kliničko iskustvo sa "Anom O" od 1880. do 1882. Peter Gay (1988.), u svojoj biografiji Frojda, opisao je kao "osnovni slučaj psihoanalize". Kada se Frojd vratio u Beč 1886. godine, donevši sudbonosnu odluku da pređe sa neurologije na psihologiju, počeo je blisko da saraduje sa Breuerom i da leči pacijente sa histerijom. Jedan od rezultata ove saradnje bilo je objavljivanje njihove knjige Studije o histeriji 1895. godine. Njihov prijateljski brod trajao je godinama, a Freud je bio dobročinitelj profesionalne, emocionalne, pa čak i finansijske podrške od svog starijeg kolege. Ali prijateljstvo se kasnije srušilo na stenama konceptualnih razlika

ences.

Naš interes ovdje se tiče onoga što su Breuer i Freud otkrili o nesvjesnim i psihogenim fizičkim simptomima u njihovom zajedničkom radu. Njihovi radovi u ovom periodu važni su jer uspostavljaju jasnu vezu između psihogenih poremećaja, nekad i sad. Simptomi sa kojima su se dvojica muškaraca suočavala još u devetnaestom veku bili su prvenstveno histerični, dok su danas uglavnom psihosomatski, ali je psihologija odgovorna za oba identična. Nadalje, zanimljivo je i intrigantno da je Freud ukratko opisao ono što sam identificirao kao sindrom tenzijskog miozitisa (TMS). Frojd je bio odličan posmatrač, i to je žalosno

nije prepoznao da mnogo toga što je posmatrao nije bilo histerične prirode, već psihosomatske.

U Freudovo vrijeme, liječenje histeričnih simptoma uključivalo je ono što je on nazvao esteziogenim metodama, kao što su elektricitet, primjena metala (kao što su bakarne narukvice) i korištenje iritansa kože ili magneta. Za moderne čitaoce koji bi mogli biti u iskušenju da zauzmu snishodljiv stav prema takvoj medicinskoj tehnologiji iz kasnog devetnaestog stoljeća, treba napomenuti da današnja medicina ima svoje električne tretmane, uključujući transkutanu električnu nervnu stimulaciju (TENS). A bakrene narukvice i magneti su bijes kod mnogih koji pate od bolova u leđima. Plus ca promijeniti, plus c'est la meme chose.

Frojd je primetio da pacijenti koji se leče takvim metodama mogu izgledati kao „izlečeni“, ali će ubrzo nakon toga jednostavno razviti nove simptome. On je komentirao fenomen zamjene simptoma – ono što danas nazivamo imperativom simptoma – ali nije razumio njegov psihološki značaj.

Zbog važnosti imperativa simptoma, ponovit ću obrazloženje koje stoji iza toga. Ako je psiha izazvala fizički simptom (kao što je bol u leđima) ili emocionalni simptom (kao što je depresija), koji se zatim na neki način privremeno ublaži bez suočavanja s temeljnom emocionalnom dinamikom, psiha će jednostavno stvoriti još jedan simptom da preuzme svoj mjesto. Na primjer, ako se operacija koristi za ublažavanje bolova u leđima zbog TMS-a, to će se pokazati samo kao placebo "lijek", a slično, ako se Prozac koristi za liječenje depresije, to će se pokazati samo kao kemijski "lijek". " U oba slučaja, pacijent će uskoro razviti nove simptome. TMS i depresija nisu sami po sebi poremećaji; oni su simptomi nesvjesnih sukoba i moraju se liječiti psihoterapijom kako bi se izbjegao neizbježan povratak novih simptoma. Povremeno, čak i oni moji pacijenti koji dožive olakšanje simptoma od moje

kognitivno-bihejvioralni program (vidi 4. poglavlje) će pokazati imperativ simptoma, u kom slučaju preporučujem da započnu psihoterapiju.

Frojd je primetio da fizička trauma često izaziva histerične simptome, bilo zbog straha ili „da deo tela zahvaćen traumom postaje sedište lokalne histerije“. Isti fenomen se obično opaža kod pacijenata koji pate od TMS-a. Često je „trauma“ i vremenski udaljena i manje prirode, kao što je pad na led i naknadni početak bola u zadnjici mjesecima kasnije. Češće, pacijenti s TMS-om će razviti simptome povezane s onim što bi se moglo nazvati percipiranom traumom, pri čemu se bol javlja iznenada dok je osoba uključena u neku benignu fizičku aktivnost poput podizanja kofera ili ljuljanja teniskim reketom. Smatra se da je aktivnost uzrok boli, a zapravo je samo okidač za nastanak psihosomatskog TMS-a. Mnogo toga što je Frojd nazvao histeričnim bez sumnje je bilo psihosomatsko.

Suptilniji savremeni primjeri percipirane traume su sindrom trzajne trzavice i „povrede“ ponavljajućih pokreta, oboje opisano u prvom poglavlju.

Iako im nedostaje naučna validacija, različiti simptomi su nedavno pripisani "hroničnoj lajmskoj bolesti", poremećaju koji možda čak i ne postoji. Ovo je još jedan primjer neuspjeha da se prepozna psihosomatska priroda simptoma.

Frojd je primetio još jedan primer kliničke sličnosti histerije i modernih psihosomatskih procesa - da je histerija bila kombinovana sa neurastenijom, ili onim što je danas poznato kao hronični umor. Ista kombinacija se često i često istovremeno javlja kod pacijenata na našoj klinici.

Sličnost između pacijenata iz devetnaestog veka sa histeričnim simptomima i savremene populacije ljudi sa

TMS je upečatljiv. Charcot, Breuer i Freud shvatili su da takvi poremećaji potiču iz psihe. Moderna medicina, jer zanemaruje njihove nalaze, gubi se u besplodnoj potrazi za nepsihogenim objašnjenjima, pa se epidemije nastavljaju.

## SVJESNI I NESVJESNI UMOVI

U Studijama o histeriji postoji odjeljak pod naslovom "Nesvjesne ideje i ideje nedopustive svijesti – rascjep uma", koju je napisao Breuer. Danas bismo zamenili reč emocije za ideje, ali to neslaganje na stranu, koncept da mi ljudi imamo dva uma je veoma važan za razumevanje TMS-a. Jasno je da smo dva različita čovjeka – jedan od njih svjestan, a drugi nesvjestan.

Kako su Breuer i Frojd vidjeli podijeljeni um? U Studijama o histeriji nesvjesno je opisano kao sjenovito mjesto naseljeno idejama koje nisu bile dovoljno jake da budu svjesne, ali koje bi se, ako su okolnosti opravdavale, mogle povratiti i dovesti u svijest. (Frojd će kasnije pripisati ovaj atribut dijelu uma koji je označio kao predsvijest, ali je očigledno da 1895. još nije razvio taj koncept.)

Dvojica muškaraca bila su, međutim, zbunjena činjenicom da nesvjesna ideja, iako nije dovoljno intenzivna da postane svjesna, može biti dovoljno jaka da izazove motoričku paralizu. Kako je slaba ideja mogla proizvesti tako snažan učinak? Da bi odgovorili na ovo, sugerirali su da bi zadovoljstvo ili nezadovoljstvo koje je ideja izazvala – to jest, priroda njenog emocionalnog sadržaja – moglo odrediti da li bi mogla postati svjesna ili ne. Kako su to vidjeli, emocija može dovesti do fizičkog odgovora, na primjer, muškarac koji ima burnu nesvjesnu ljutitu reakciju na nešto tokom obroka i počne povraćati. Nakon toga, jedenje je izazvalo nesvesno „pamćenje“ i on je ponovo

mučnina. Analiza ovog stanja opisana je u rečenici od velikog interesa: „Ovo sjećanje je pokrenulo povraćanje, ali se nije jasno pojavilo u svijesti, jer je sada bilo bez utjecaja, dok je povraćanje potpuno apsorbiralo pažnju“ ( kurziv moj).

Zapažanje da fizički simptom može apsorbirati pažnju osobe vrlo je važno. To je jedan od temeljnih koncepata psihosomatskog procesa, a moje kolege i ja smo ga promatrali kod hiljada ljudi. Fizički simptomi, bilo histerične konverzije ili psihosomatske varijante, imaju za cilj da skrenu pažnju s emocija u nespješnom, tako da one ne postanu očigledne i time poznate spješnom umu.

Fundamentalno za Freudovo razumijevanje je da psihički fenomeni rezultiraju ekscitacijom, terminom koji se nalazi u cijelom njegovom pisanju, koji podrazumijeva vrstu energije koja proizvodi simptome ove ili one vrste i koja se može prenijeti iz jedne sfere aktivnosti u drugu iz psihičkih razloga. Savremeni neuroznanstvenici opisali su sisteme koji ukazuju na ekstenzivnu interakciju između mozga i tijela objašnjavajući kako oni mogu utjecati jedni na druge. Ali to nije razlog za psihogene simptome. Psihogeni simptomi su zamišljeni kao zaštitne smetnje.

Breuer i Freud upućuju na nespješne ideje i na emocije povezane s tim idejama, ali oni smatraju da su od primarnog značaja ideje, a ne emocije. Oni navode da su neke od ovih ideja nedopustive svijesti i stoga jesu patološki.

A onda Breuer daje vrlo važnu izjavu: „Ja činim kao da je razdvajanje psihičke aktivnosti . . . je prisutna u rudimentarnoj mjeri u svakoj većoj histeriji i da je odgovornost i sklonost takvoj disocijaciji osnovni fenomen neuroza.“ Drugim riječima, rascjep uma između spješnog i nespješnog je neurotičan.



Ovo je veoma važan koncept, ali s njim se moje kolege i ja u potpunosti ne slažemo. Zaključio sam da, budući da svi doživljavaju psihosomatske simptome, podijeljenost uma je univerzalna ljudska osobina, a ne nešto što se povezuje samo s neurozama. Ili drugačije rečeno, svi smo "neurotični". Stoga je neurotičnost normalna.

Jedna stvar je jasna iz čitanja Studije o histeriji, a to je da su Charcot, Breuer i Freud prvi prepoznali da bol može biti psihogena, da može nastati u umu. Do danas, ta ideja je i dalje odbačena od strane mejnstrim medicine, na štetu miliona. Između tada i sada, samo su Alfred Adler, Franz Alexander i Allan Walters, koji su svoj rad zasnivali na kliničkom opservaciji, došli do sličnog zaključka.

Breuer je napisao: "Budući da se halucinacije bola tako lako javljaju u histeriji, moramo pretpostaviti abnormalnu ekscitabilnost aparata koji se bavi osjećajima bola." To je ista ideja histeričnog bola koja je sugerirana u poglavlju 1, naime, da je bol posljedica isključivo intracerebralnog procesa.

Na kraju tog poglavlja, ukratko sam pogledao dva Frojdova slučaja iz Studija o histeriji. U svojoj raspravi o gospođi Emmy von N i Fraulein Elisabeth von R opisao je simptome koje bismo klasifikovali kao karakteristične za TMS. Što se tiče gospođe Emi fon N, Frojd je rekao: „Usudiću se prvo da uključim bol među somatske simptome. (Dobro!) Koliko vidim, jedan skup bolova kod Frau von N je svakako bio organski određen malim modifikacijama (reumatske vrste) u mišićima, tetivama ili fascijama koje uzrokuju mnogo više boli neurotičarima nego normalnim. ljudi." TMS uključuje bol u mišićima, živcima i tetivama normalnih ljudi. Nije „organski“ već klasično psihosomatski.

O Fraulein Elisabeth von R, on je upitao: „Zašto je mentalni bol pacijenta predstavljen bolovima u nozi, a ne drugdje? Okolnosti ukazuju da je ova somatska

bol nije stvorena (kurziv Frojdova) neurozom, već je njome samo iskorištena, povećana i održavana. Odmah mogu dodati da sam pronašao slično stanje u gotovo svim slučajevima histeričnih bolova u koje sam mogao steći uvid. Uvijek je na početku bio prisutan istinski organski utemeljen bol [kurziv moj].

Čini se da su najčešći i najrašireniji ljudski bolovi koji se najčešće biraju da igraju ulogu u histeriji.”

Evo jedne od najvažnijih Freudovih grešaka u vezi sa svijetom psihosomatske medicine. Vjerovao je da su bolovi povezani s histerijom “organski” i da ih je mozak, koji nije igrao nikakvu ulogu u stvaranju bolova, jednostavno koristio u svoje neurotične svrhe. Nije prepoznao da je takve bolove zapravo stvorio mozak da bi služile psihološki zaštitnoj, dobrotvornoj svrsi. Postoji svijet razlika između ovo dvoje

koncepti.

Kasnije će se raspravljati o slučaju Fraulein Elisabeth i reinterpetaciju Freudovih zaključaka.

Ako zanemarimo njihove pogrešne percepcije, Breuer i Freud su dali fundamentalne, dalekosežne doprinose razumijevanju psihogenih fenomena:

- Bili su svjesni nesvjesnog i istraživali su njegovo na ture, čime se uspostavlja ideja o podijeljenom umu i sukobu koji postoji između inteligentnijeg, etičkog, moralnije svjesnijeg uma i djetinjastog, primitivnog nesvjesnog uma.
- Prepoznali su da su histerični simptomi u potpunosti generirani u mozgu bez fizioloških promjena u tijelu, iako su se iskusili u tijelu.
- Prvo su opisali ono što ja nazivam imperativom simptoma, tendenciju da se simptomi pomjere na druga mjesta kada

oslobođeni su legitimno ili lažno, kao kod placeba.

- Bili su svjesni pretjerane prirode psihogenosti fizički simptomi. •
- Posmatrali su klinički fenomen pri čemu je psih  
che će često odabrati mjesto prethodne fizičke ozljede  
kao mjesto simptoma.
- Izvijestili su o činjenici da pacijent može imati više od  
jednog skupa psihogenih simptoma istovremeno (npr.  
histerični bol i neurasteniju).
  - Oni su napravili veoma važno zapažanje da je psy  
hogeni simptomi postižu svoju svrhu snažnim  
privlačenjem pažnje osobe.
  - Od još većeg značaja u razumijevanju psihogenih fizičkih  
procesa, shvatili su da psiha potiskuje nepoželjne  
emocije. Nažalost, nisu bili svjesni da je svrha represije  
spriječiti da problematične emocije dođu u svijest.
- 
- Zajedno sa Charcotom, oni su prvi prepoznali da bol  
može biti psihogena. Za dlaku im je promaklo da bi to  
moglo biti psihosomatsko psihogeno.

Praktično sva savremena medicina, uključujući većinu  
psihijatrije, poriče da mozak ima kapacitet da pokrene fizičke,  
hemijske ili neuronske promjene u tijelu. Ali Adler, Walters,  
Alexan der i neki od njihovih savremenika u prvoj polovini  
dvadesetog veka bili su potpuno uvereni da mozak ima tu moć.  
Taj koncept je bitan za razumijevanje psihosomatskih poremećaja.

## FREUD

Frojdova monumentalna dostignuća pretrpela su dosta revizionističkih prigovora poslednjih godina, ali ja iskreno podržavam presudu Jareda Dajmonda u izdanju časopisa *Natural History* iz februara 2001.: „Samo dva naučnika u poslednja dva veka jasno se kvalifikuju kao nezamenljiva : Čarls Frojdvín i Sigm .“ Da bi potkrijepio svoju tvrdnju, Diamond nastavlja: „Za početak, Darwin i Frojd su bili višestruki geniji s mnogo zajedničkih talenata. Obojica su bili sjajni posmatrači, prilagođeni da u poznatim pojavama uoče značaj koji je promakao gotovo svima ostalima. Tragajući s nezasitnom radoznalošću za osnovnim objašnjenjima, oboje su učinili mnogo više od otkrivanja novih činjenica ili rješavanja ograničenih problema, kao što je struktura DNK; sintetizirali su znanja iz širokog spektra područja i stvorili nove konceptualne okvire, čiji se veliki dijelovi i danas prihvaćaju.“

Frojda je prikladno označiti kao djeda psihosomatske medicine jer nas je njegov genij uveo u svijet nespješnog uma, doprinos medicinskoj nauci od izuzetnog značaja. Psihosomatski procesi počinju u nespješnom i, iako to tek treba da bude široko cijenjeno ni u fizičkoj ni u psihijatrijskoj medicini, nespješne emocije su moćan faktor u gotovo svim fizičkim bolestima.

Nažalost, Frojd nije otac psihosomatske medicine, jer nije shvatio da su fizički simptomi njegovih pacijenata izazvani mozgom da služe psihološkoj svrsi, što je naša definicija psihosomatskog poremećaja. Smatrao je da su fizički simptomi "organski", odnosno rezultat nekog fizičkog poremećaja, i da ih psiha samo "koristi" za psihološki svrha.

Freud je bio taj koji je prvi istakao da smo svjesni samo dijela naših mentalnih aktivnosti i da se veliki dio našeg razmišljanja i osjećanja odvija potpuno izvan naše svijesti, u onome što je on nazvao nesvjesnim.

Frojd je takođe definisao tri komponente ljudskog uma: id, ego i superego. Id je detinjasti, egocentričan, primitivni deo uma. Neko bi mogao opisati ego kao kapetana, izvršnog direktora, donosioca odluka uma. Frojd je video superego kao moralni, odgovoran, etički element psihe.

Ego i superego djeluju u svjesnom i nesvjesnom području uma. Drugim riječima, svjesni smo mnogo – ali ne svih – mentalnih aktivnosti povezanih s ovim komponentama.

Id, koji je detinjasti, sebični, primitivni deo nas, deluje u potpunosti u nesvesnom, a mi o tome nemamo direktnu svest.

Prikladno je istaći, kao što to čini Frojd, da se um ne može podijeliti na uredne odjeljke koje sugeriraju id, ego i superego. Oni predstavljaju karakteristike ili tendencije uma, koji, međutim, djeluje kao jedna jedinica, radnja koja predstavlja zbir svih faktora koji djeluju u umu u bilo kojem trenutku. Ovu jedinicu trebamo nazivati sopstvom, individuom. Ako to učinimo, id se može posmatrati kao evolucijsko jezgro pojedinca, dok ego i superego predstavljaju kasniji razvoj dizajniran da poveća šanse za preživljavanje. Priroda id-a – njegova moć, karakter, njegov emocionalni sastav – je centralna za svako razumijevanje načina na koji djeluje medicina umnog tijela.

## EVOLUCIJA I ID

Budući da djeluje isključivo u nesvjesnom, a samim tim i izvan naše normalne svijesti, id nije lako promatrati u akciji. Rijedak i posebno potresan i dramatičan pogled na id je bio

opisano u članku dr. Paula Broksa u britanskom časopisu Prospect. Broks je trenirao u bolnici za rehabilitaciju za osobe sa neurološkim poremećajima i prisjetio se jednog od svojih pacijenata tamo, sedamnaestogodišnjeg dječaka koji je pretrpio veliko oštećenje mozga kao rezultat tragične nesreće. Dječakova lobanja je bila smrskana, a veći dio korteksa mu je uništen. Evo kako je opisao dječaka:

Ispod toga lice je nemilosrdno radilo, izvijajući se od ljutnje i užasa. Režao bi i gundao. Ponekad bi ispuštao zavijanje, zapomaganje, ali je, osim povremenih salva opscenosti, bio nesposoban za govor.

Ovo je delimičan opis nekoga čiji je inteligentni, kognitivni, civilizovani um, smešten u kortikalni omotač mozga, uništen i kome su ostali samo primitivni ostaci duboko u supstanciji mozga.

Sedeo je zgrčen u invalidskim kolicima, glave okrenute na stranu i unazad pod neprijatnim uglom, udova pokleknutih od spastičnosti, mlaz pljuvačke mu je curio iz ugla usana. I zbog čudnog oštećenja njegovog nervnog sistema, stalno ga je mučila bolna erekcija.

Ovo je nesvjesni um, nepromijenjen racionalnim, civiliziranim utjecajem neokorteksa, onog dijela ljudskog mozga koji je dodat u procesu evolucije. Neokorteks, koji se ponekad naziva kortikalni omotač, odražava evoluciju naše vrste od njenih primitivnih početaka. Stariji dijelovi mozga, odgovorni za ponašanje ovog nesretnog dječaka, nalaze se duboko u supstanci mozga, neposredno iznad moždanog stabla. Jedini jezik koji je dostupan ovom ukrašenom mozgu je automatski i primitivan. (ponovo sam

pozovite svećenika koji je pretrpio oštećenje kortikalnih jezičnih područja svog mozga od moždanog udara i kada je pokušao govoriti mogao je proizvesti samo sramotnu opscenost.)

Dr Broks je opisao dirljivu scenu kada je nesrećnog dečaka posetila njegova majka:

Gledao sam kako je držala njegovu slomljenu glavu u naručju. Za to vreme da je bila s njim, ali ne mnogo duže, na njegovom licu se pojavila izuzetna transformacija. Postalo je mirno. Bes i nasumično mehaničko trzanje su se smirili, i činilo se da je ponovo stekao svoju ljudskost.

Dječakova reakcija na majčin zagrljaj pun ljubavi bila je dokaz da je primitivni ljudski mozak, koji je bio sve što mu je ostalo, također naseljen osjećajima ljubavi i srodstva. Ovome se ne treba čuditi, jer i niže životinje pokazuju slično ponašanje. Ali iako su ove emocije ljubavi prisutne u ljudskom nesvesnom, one nisu dominantne. Da jesu, bili bismo u nirvani.

Preostalo dijete, egocentrično, narcisoidno, ovisno, čini se da je utjecajnije od nježnijih emocija i, u mnogima, preovladava sposobnost za brutalnost – zbog čega je svijet onakav kakav jeste.

Ono što je prilično izvanredno je da većina modernih ljudi uglavnom nije svjesna ovog drugog ja koje postoji u svakom od nas i utjecaja koje ono ima na svaki aspekt naših života. Općenito se ne shvata da inteligencija nije sve, da intelektualni genije može biti emocionalna beba ili čudovište. Ne postoji korelacija između inteligencije i emocionalne zrelosti ili ravnoteže. Primjer za to je teroristička aktivnost koja ovih dana dominira velikim brojem medija. Teroristi moraju biti veoma inteligentni da bi postigli ono što rade, ali

njima upravljaju snažni emocionalni nagoni koji nisu ni racionalni ni humanitarni.

Na ličnom nivou u nesvesnom svakog od nas besni bitka između preostalog dečjeg primitivca koje je Frojd nazvao id i predstavnika razuma i morala koje je nazvao ego i superego. Ovaj sukob je odgovoran za psihosomatske simptome. Kao što je Frojd rekao u jednom od svojih predavanja: „Da bismo usvojili popularan način govora, mogli bismo reći da ego označava razum i dobar razum, dok id označava neukročene strasti.

Upravo tako, ali ljudi još nisu u potpunosti pripitomljeni! Trebamo samo da se prisjetimo Hitlera, Staljina, Pola Pota, užasa Ruande i 11. septembra 2001. da bismo shvatili da razum još uvijek nema potpunu kontrolu, ako će ikada i biti.

Konflikt koji vidimo kod savremenih ljudi je moždani um u tranziciji, koji nije u potpunosti upravljani inteligencijom i još uvijek pod utjecajem primitivnih, dječjih impulsa, želja i diktata.

Ovi negativni atributi su ono što bi se moglo nazvati talogom evolucije, a njihova društveno-politička i medicinska stvarnost je svuda oko nas.

Ova mentalna dihotomija je odgovorna ne samo za uobičajeni poremećaj boli koji sam opisao u svojim knjigama, već i za niz drugih medicinskih poremećaja iniciranih sličnim psihičkim procesima (gastroezofagealni refluks, sindrom iritabilnog crijeva, itd.). To je osnova za javnozdravstvene probleme ogromnih razmera, ali čini se da su ta pitanja potpuno ignorisana od strane savremene medicine.

Frojd je zasnovao svoje koncepte id-a na proučavanju snova svojih pacijenata i istraživanju njihovih neuroza. Vidio ga je kao mračnog, haotičnog karaktera, nelogičnog, iracionalnog, narcisoidnog, zavisnog, djetinjastog, primitivnog i sposobnog za istovremeno kontradiktorne impulse. Od posebnog značaja je činjenica da je bezvremenski. „Ne postoji ništa u id-u što odgovara ideji vremena“, napisao je,



„nema prepoznavanja protoka vremena, i – što je najistaknutija i koja čeka na razmatranje u filozofskoj misli – protok vremena ne proizvodi nikakve promjene u njenim mentalnim procesima. Porivi želja koji nikada nisu prošli dalje od ida, ali i utisci, koji su potiskivanjem potopljeni u id, praktično su besmrtni; nakon proteka decenija oni se ponašaju kao da su se upravo dogodili. Mogu se prepoznati samo kao da pripadaju prošlosti. . . .”

Ovaj faktor vremena je od velike važnosti za razumijevanje psihologije mentalnih poremećaja. U prethodnoj knjizi opisao sam kako je Helen, jedna od mojih pacijentica s TMS-om, doživjela snažnu psiho-hosomatsku reakciju prisjećajući se slučaja seksualnog zlostavljanja koji je bio izbrisan iz njenog svjesnog sjećanja više od trideset godina. Ne samo da su potisnuti utisci i željeni impulsi sačuvani bez promjene u id-u, već su i sve emocije nastale u nesvesnom. Stoga će nesvesna ljutnja koja se stvara u umu dječaka od deset godina biti živa i jednako intenzivna kada bude imao četrdeset godina kao i na dan kada se dogodio.

Frojd nije napisao da se emocije mogu generisati u nesvesnom. Stječe se utisak da je njegovo razumijevanje bilo da su misli, impulsi i osjećaji generirani u svjesnom umu, a zatim nekako mogu biti gurnuti u nesvesno i tamo zadržani potiskivanjem. Jedan od Frojdovih biografa, Peter Gay, opisuje nesvesno kao zatvor maksimalne sigurnosti u kojem su svi očajni kriminalci (tj. opasni osjećaji) držani pod teškim ključem. Analogija je korisna u razumijevanju psihologije psihosomatskih poremećaja, jer je nagon ovih osjećaja da dođu do svijesti (pokušaj kriminalaca da pobjegnu) ono što zahtijeva simptome kako bi se to spriječilo.

Frojd primećuje upravo ovu stvar: „Moramo radije pripisati [potisnutim [idejama] snažan uzlazni nagon, nagon za slomom

kroz svest." Čini se da nesvjesni um želi da se pridruži svjesnom umu.

Džonatan Lir, filozof-psihoanalitičar, izrazio je sličnu misao kada je pisao o sklonosti uma da ostvari „unifikaciju misli i osećanja“.

Bio sam primoran na isti zaključak jer sam mogao pronaći br drugi način da se objasni razvoj simptoma u TMS-u, osim da ih vidimo kao namjernu distrakciju dizajniranu da spriječi opasne, bolne emocije nesvjesnog da postanu dio svjesnog iskustva. Ali postoji razlika između ovog koncepta i Freudovih ideja o ulozi represije. On je opširno pisao o toj temi, izjednačavajući represiju sa otporom. Po Frojdu, potisnute ideje su bile za osudu, neprihvatljive, često napunjene seksualnim sadržajem, pa je stoga svrha represije/ otpora bila da ih zadrži skrivenim i da osujeti svaki pokušaj analize. Naše studije TMS-a dovode nas do zaključka da potiskivanje služi zaštitnoj svrsi jer bi potisnute emocije, ako ih postanemo svjesni, na neki način bile opasne za normalno postojanje ili bi bile previše emocionalno bolne za suočavanje.

Frojd kaže da se ovi opasni stanovnici nesvesnog mogu osvestiti kroz proces analize. Međutim, prema našem iskustvu, mnogi potisnuti osjećaji i impulsi jednostavno se ne mogu osvijestiti. Kao da su bijes, narcizam, tuga i osjećaj ovisnosti ili inferiornosti stalni stanovnici nesvjesnog.

#### NARCIZAM, NARCISISTIČKI BIJES I INFERIORNOST

Neophodno je prepoznati nasilnu, mračnu prirodu nesvjesnog, a jednako je važno razumjeti i kako je do toga došlo.

Frojd je napravio neka uverljiva zapažanja o ovoj poslednjoj tački u Beyond

princip zadovoljstva, iako nije bio svjestan potpunih implikacija onoga što je napisao:

Rani procvat infantilnog seksualnog života osuđen je na izumiranje jer su njegove želje nespojive sa stvarnošću i neadekvatnim razvojnim stanjem koje je dijete dostiglo. To cvjetanje dolazi do kraja u najtežim okolnostima i uz pratnju najbolnijih osjećaja. Gubitak ljubavi i neuspjeh ostavljaju za sobom trajnu povredu samopoštovanja u vidu narcisoidnog ožiljka, koji po mom mišljenju više od svega doprinosi „osjećaju inferiornosti“ što je tako često kod neurotičara.

I kasnije u istom odeljku, u vezi sa istim detetom dijete:

Sve manja količina naklonosti koju dobija, sve veći zahtjevi za obrazovanjem, teške riječi i povremeno kažnjavanje – to mu konačno pokazuje u kojoj mjeri je bio prezirao. Ovo je nekoliko tipičnih i ponavljajućih primjera načina na koje se ljubav karakteristična za doba djetinjstva dovodi do zaključka.

Ova zapažanja pomažu u objašnjavanju osjećaja inferiornosti prisutnih u nesvjesnom umu, a pod tim podrazumijevamo svačije nesvjesno. Moje iskustvo dugogodišnjeg rada s vrlo velikom kohortom pacijenata sa psihosomatskim poremećajima podržava gledište da su ovi osjećaji inferiornosti univerzalni, a ne ograničeni samo na „neurotike“.

Vjerovatno je da se osjećaj niskog samopoštovanja također pojačava kada se novorođenče dijete upoređuje s divovima svih

oko njega. Zbog bezvremenosti nesvjesnog, ovi osjećaji traju cijeli život i kod nekih se kompenziraju težnjom da budu savršeni i/ili dobri, a kod drugih agresivnim ponašanjem. Ovo objašnjenje za postojanje osjećaja neadekvatnosti u nesvjesnom snažno je potkrijepljeno kliničkim promatranjem, kao što ćemo vidjeti kada budemo proučavali psihologiju psihosomatskih poremećaja. Osjećaj inferiornosti igra ključnu ulogu u simptomima većine ljudi.

## EVOLUCIJA, EGO I SUPEREG

Frojd je opisao id kao osnovno sopstvo, temeljnu osobu unutar svakog od nas, a ego kao komponentu koja je nastala da ga zaštiti. "Ego je na kraju krajeva samo dio id-a, dio koji je svrsishodno modificiran blizinom vanjskog svijeta s njegovom prijetnjom opasnosti." Dodao bih da je iz darvinističke perspektive ego evoluirao iz id-a da bi ga spasio od izumiranja koje su pretrpjeli manje sretni evolucijski rođaci. Moglo bi se reći da se ego razvio kao odgovor na sveobuhvatni evolucijski imperativ: preživjeti.

Frojd je shvatio potrebu da se ego posmatra i analizira. Nazvao ga je "čulnim organom čitavog aparata". Ego tumači svijet za id i štiti ga od tog svijeta. Da bi ispunio svoju funkciju, mora biti racionalan, logičan i svjestan vremena.

Ali, naravno, ego je također svjestan id-ovih zahtjeva i reakcija. U stvari, Frojd je zamišljao ego kao pod opsadom i zahteva id-a i pritiska svakodnevnog života. Vjerovao je da su ti kombinovani pritisci neizbježno doveli do anksioznosti u egu.

I kao da stvari nisu dovoljno komplikovane, um je razvio još jednu osobinu – superego – koju je Frojd posmatrao u moralnom smislu. Kako je on to video, superego insistira na tome da ne samo da imate

da preživite, ali morate preživjeti kao uspješan pojedinac koji ostvaruje uspjeh. Moje vlastito iskustvo sa psihosomatskim poremećajima dodaje još jednu dimenziju uticaju superega: ne morate biti samo moralni, morate biti svetac. Morate biti savršeni i dobri.

I kako id reaguje na takve imperitive? Pritisaci koje vršimo na sebe i rad superega razbjesnivaju id.

Sve što narcisoidni ID želi je da zadovolji svoje želje za udobnošću, zadovoljstvom i ovisnošću, ali umjesto toga na njega se vrši pritisak da bude odgovorna odrasla osoba. Rezultat može biti emocionalni bol, tuga, ljutnja i, kumulativno, bijes. Bolu i ljutnji nastalim u djetinjstvu, sada dodajemo emocije koje proizlaze iz sukoba između preostalog djetinjstva-primitivnosti u svima nama i pritisaka koje nameće život – lični odnosi, posao, društvene obaveze i tako dalje – i superego. Mi ćemo opisati puni procvat ovog takmičenja u poglavlju 3.

Dok je id potpuno nesvjestan, ego i superego funkcioniraju i u svjesnom i u nesvjesnom području mentalnog

emocionalnog života. Budući da je odgojitelj i čuvar sopstva, mora se zaključiti da je ego, možda po nalogu superega, taj koji odlučuje o zaštitnoj strategiji potiskivanja, koja je potom pojačana psihosomatskim simptomima . Ego je svjestan opasnih zbivanja u nesvjesnom i da ti osjećaji nastoje doći do svijesti, pa poduzima korake, ponekad prilično dramatične korake da bude siguran, kako bi vidio da opasnost i emocionalni bol ostaju obuzdani. Moje iskustvo s TMS-om me je uvjerilo da je svrha ove represije da zaštiti pojedinca, da spriječi bolna, opasna osjećanja da dođu u svijest i izazovu još veću nevolju. Psihosomatski simptomi koji prate ovu represiju, iako ponekad izuzetno uznemirujući, nisu neki oblik kazne, već se stvaraju da odvrate pažnju svjesnog uma i stoga da pomognu procesu potiskivanja.

Drugim riječima, bolni ili na neki drugi način uznemirujući psihosomatski simptomi su dizajnirani za samoodržanje, a ne za samobičevanje. Ovo će postati očiglednije kada se njihova psihologija u potpunosti opiše. U toku tog opisa reinterpreterat ću dva proslavljena Frojdova slučaja, onaj Elisabeth von R, kojeg smo prethodno dotakli, i kontroverzni slučaj Dore. Frojd je verovao da je represija otpor pacijenta da osvesti bolne ili sramotne misli tokom psihoanalize. Po njegovom mišljenju, potisnute ideje su bile za osudu i bile su skrivene od svjesnog uma od strane ega i superega zbog njihove neugodne prirode. Na kraju krajeva, superego je čuvar morala. Po mom mišljenju, potisnuta osjećanja su prije bolna i opasna nego loša, a nagon da se potisnu motiviran je potrebom da se zaštiti cjelokupna individua. Psihosomatski simptomi – bilo da se radi o bolu, nelagodi, depresiji ili bilo čemu drugom – aktiviraju se isključivo da pojačaju potiskivanje i zaštite osobu od mentalnog bola ili nelagode.

Šire gledište, da superego stimuliše nesvesni bijes potičući perfekcionizam i dobrotu, u skladu je s idejom potiskivanja kao zaštite od osjećanja koja su opasna. Ono što je Frojd nazvao otporom, onda se vidi kao odgovor na veliki strah od tih potisnutih osećanja i nesvesnu nesprijetnost da se ona dožive, ne zato što su moralno za osudu, već zato što su opasna i bolna.

## ANKSIJOSNOST I REPRESIJA

Raspravljajući o odnosu između anksioznosti i potiskivanja, Frojd ističe: „... prvo, da anksioznost čini represiju, a ne, kao što smo mislili obrnuto, i [drugo] da instinktna situacija od koje se strahujemo na kraju se vraća u vanjsku situaciju opasnosti.”

Po mom iskustvu, stanje anksioznosti, koje pojedinac percipira kao psihološku slabost, reakcija je na ono što je potisnuto, stvoreno od strane ega kao smetnje, isto kao što stvara depresiju i fizički bol za isto. svrha. Anksioznost je ekvivalent boli i depresije. Ona također djeluje kao pomoć represiji. Ono čega se pacijent plaši nije spoljašnja, već unutrašnja situacija slabopopasnost – bolna osećanja i bes. Pacijent nije svjestan ovih osjećaja. Anksioznost je slobodno lebdeća, generalizovana na sve aspekte života osobe. Bol i depresija se mogu izmjenjivati s anksioznošću, što jasno daje do znanja da služe istoj psihološkoj svrsi. Ovo je još jedan primjer imperativa simptoma, a imao sam brojne pacijente koji su pokazivali upravo takve simptome. Bol, anksioznost i depresija nisu simptomi bolesti ili bolesti. Svi su oni dio normalne reakcije na zastrašujuće nesvesne pojave.

#### AGRESIJA I SAMOKAŽNJAVANJE

Drugi aspekt Freudovih studija koji se bavi odnosom nesvesne mentalne aktivnosti i fizičkih simptoma uključivao je njegovo istraživanje onoga što je nazvao agresivnim instinktom i njegovim blizancem, samokažnjavanjem. Frojd je smatrao da je samokažnjavanje agresivni instinkt okrenut ka unutra i opisao ga kao „komad agresivnosti koji je internalizovan i preuzeo superego“. On navodi slučaj žene koja je dugo godina patila od teškog invaliditeta od, kako je rekao, "kompleksa simptoma", i od koje ju je na kraju oslobodio. Budući da ne navodi simptome, pretpostavljamo da su bili emocionalni, a ne fizički. Međutim, kada je pokušala da postane aktivna nakon oporavka, susrela se sa raznim "nesrećama" koje su mogle biti psihički izazvane i počela je da ima "vegetativne simptome",

uključujući katare, upale grla, stanja gripe i reumatske otoke. Vjerovao je da su ovi simptomi rezultat "nesvjesne potrebe za kaznom".

Moje tumačenje bi bilo sasvim drugačije. Prvo, ja vidim promjenu simptoma jednostavno kao primjer imperativa simptoma, koji je sam Frojd primijetio na drugim mjestima. Kako je zastrašujući nesvjestan bijes nastavio postojati, postojala je i potreba za odbrambenim simptomima. Potpuno je jasno da šta god da je Frojd uradio da ublaži njene prvobitne simptome, on nije ušao u srž stvari, a to je bilo postojanje tih nesvesnih osećanja. Ponavljaću iznova i iznova, psihosomatski simptomi služe zaštitnoj, a ne kažnjavajućoj svrsi. Pomoglo bi da je znao da su i "nesreće" i vegetativni simptomi koje je opisao psihosomatski i da su samo zamjena za simptome koje je ublažio. Njih je psiha inducirala u odbrambene svrhe, a ne u „nesvjesnu potrebu za kaznom“.

Po mom mišljenju, agresija nije genetski ugrađena, već je rezultat nesvjesnog bijesa koji se čini univerzalnim i koji se računa za manifestacije agresije koje vidimo svuda oko nas.

Ono što je genetski ugrađeno su funkcionalne komponente uma – id, ego i superego, razvijeni eonima evolucijom – i bezbroj manifestacija ovog uma, i dobrih i loših.

Dug čovečanstva prema Frojdu je ogroman. Ove primjedbe ni na koji način nemaju za cilj da ga diskredituju. One su reinterpretacije njegovih briljantnih zapažanja, zasnovane na širokom kliničkom iskustvu. Mislim da bi odobrio.

## ADLER

Alfred Adler je bio mladi praktičar kada ga je Frojd pozvao 1902. da se pridruži njegovom psihoanalitičkom krugu. Ubrzo je postao



važan član grupe, koju je Frojd veoma cenio i koju je odredio za svog naslednika predsedništva Bečkog psihoanalitičkog društva. Međutim, razvile su se konceptualne razlike i 1911. Adler se odvojio od Freuda, organizirao svoje društvo, kasnije pod nazivom Individualna psihologija, i osnovao vlastiti časopis, Zeitschrift für Individualpsychologie.

Jedna od najvažnijih Adlerovih ideja, sa kojom se potpuno slažem, jeste da je nesvesno osećanje inferiornosti ljudi urođeno i univerzalno, karakteristično i za „neurotične“ i za normalne. Adler je govorio o osjećajima za razliku od Frojda, koji se pozivao na nesvesne misli i ideje. Ovo je jedna od razlika koja je vjerovatno dovela do njihovog razlaza. Adler je dalje pretpostavio da osjećaj inferiornosti potiče težnju za superiornošću, savršenstvom i visokim postignućima. Njegove koncepcije razloga za težnju ka takvom savršenstvu prevazišle su čisto lične. On je te težnje vidio kao motivisane kod normalnog pojedinca društvenim interesom, potrebom za unapređenjem opšteg dobra. Čak je na ovaj trend gledao kao na neku vrstu društvene evolucije, s Bogom koji predstavlja krajnjeg čovjeka. „U Božjoj prirodi religiozno čovječanstvo vidi put do visine“, napisao je. Prema Adleru, neurotičar je motiviran u potpunosti ličnim interesom, jer nema „cilja zasnovanog na interesu za stvarnost, na interesu za druge i na interesu za saradnju“.

Veći dio Adlerove individualne psihologije temelji se na njegovom gledištu da se ljudi ne mogu ispravno razumjeti osim ako se ne posmatraju u društvenom kontekstu. „Da bismo razumeli šta se dešava u pojedincu“, napisao je, „neophodno je razmotriti njegov stav prema bližnjima. I na drugom mestu je primetio: „Nikad se čovek nije pojavio drugačije osim u društvu.“

Adlerova psihologija je socijalna psihologija, dok je naša – psihosomatska psihologija – ukorijenjena u psihodinamici i neurofizici.

ologija: superego naspram id-a, neokorteks naspram moždanog stabla i hipotalamusa. Ljudska bića su, naravno, i privatne i društvene individue, a na naše ponašanje utječe sve što se događa u našim životima. Okruženje je očigledno važno, ali postoji veća uloga nesvjesnog u svakom aspektu naših života nego što je to do sada bilo prepoznato, uključujući fizički, kao i mentalni i emocionalni život. Ne može se vrednovati nečije ciljevi, ambicije, postignuća, lični odnosi, društvene interakcije ili fizičko ili mentalno zdravlje bez saznanja šta se dešava u nesvesnom.

Sa moje tačke gledišta, vjerovatno je da je Adlerov najznačajniji doprinos našem razumijevanju psihologije bio njegovo prepoznavanje odnosa psihe i fizičkih simptoma. Frojd, Adlerov stariji i učitelj, tvrdio je da su fizički simptomi kao što su bol, kašalj i gastrointestinalni poremećaji "organski"; to jest, bili su zasnovani na nekom bolesnom procesu i jednostavno su ih „koristila“ psiha da služe neurotičnoj svrsi. Adlerovi stavovi o ovoj temi ukazuju da je on bio prvi koji je prepoznao da psiha može izazvati fizičke simptome pokretanjem fiziološke patologije.

Napisao je: „Um je u stanju da aktivira fizičke uslove. Emocije i njihovi fizički izrazi govore nam kako se um ponaša i reaguje u situaciji koju tumači kao povoljnu ili nepovoljnu.“  
Bravo!

„Mentalna napetost utiče i na centralni nervni sistem i na autonomni nervni sistem“, primetio je Adler. I više. "Tijelo se, preko autonomnog nervnog sistema, nerva vagusa i endokrinih varijacija, pokreće, što se može manifestirati promjenama cirkulacije krvi, sekreta, mišićnog tonusa i gotovo svih organa.  
"

Evo ga: patofiziologija TMS-a i njegovih ekvivalenta

leće koje je opisao Alfred Adler. Bio bi oduševljen i začuđen kada bi saznao za razrađenu peptidnu mrežu koja povezuje mozak i tijelo, potvrđujući njegove psihosomatske koncepte.

Kakvo čudo za razmišljanje: Frojd je opisao TMS 1888, a Adler njegovu fiziologiju, oko 1911.

U svojoj raspravi o stvarnim psihosomatskim poremećajima, Adler iden označava različita fizička stanja i stanja, uključujući:

- Trenutne reakcije, kao što su crvenilo, znojenje i ubrzani otkucaji srca (ja ovo smatram psihogenim, ali ne i psihosomatskim.)
- Grupa koja uključuje glavobolje, nepravilnosti crijeva i učestalo mokrenje (kategoriziram ih kao TMS i njegove ekvivalente, i definitivno psihosomatski.)
- Osjećaj kvržice. u grlu poznatom kao globus hystericus (Ovo je očito histerični poremećaj, a ne psihosomatski.)
- Autoimuni poremećaji kao što su stanja štitne žlijezde
- Strukturne aberacije poput bočne krivine kičme (skolioza) i plosnatih stopala (ne smatram takve strukturne abnormalnosti psihosomatskim).

Iako se njegove ideje o značenju psihosomatskih simptoma razlikuju od mojih, Adler je bio prvi koji je prepoznao da mozak može inicirati fizičke simptome koji nisu histerični. On je govorio o "dijalektu organa", da tako kažem tijelo govori. On je također vjerovao da su se simptomi obično javljali u „inferiornim organima“ i da je postojao simboličan razlog za odabrani organ ili sistem. Naše iskustvo ne podržava ideju inferiornosti organa i Adlerove razloge zbog kojih se određeni organi biraju za simptome,

ali ove stvari su od sekundarnog značaja za njegovo prepoznavanje osnovne prirode psihosomatskog procesa.

Adler je emocije vidio kao isticanje karakternih osobina. On misaono svjesna stanja poput ljutnje, tuge ili straha povezana s nečijim ciljevima, načinom života i slično. Činilo se da nije iznio koncept nesvjesnih emocija. Međutim, on daje prekrasan citat: "Uglavnom ćemo naći nepriznati bijes ili poniženje iza napada migrene ili uobičajenih glavobolja, a kod nekih ljudi ljutnja rezultira neuralgijom trigeminusa ili napadima epileptičke prirode."

Prema Adleru, bijes je svjestan, ali nepriznat. Drugi citat to jasno objašnjava: „Nesvesno nije ništa drugo do ono što nismo bili u stanju da formuliramo jasnim konceptima.

Ne radi se o konceptima koji se kriju u nekim nesvjesnim ili podsvjesnim kutovima našeg uma, već o dijelovima naše svijesti čiji značaj nismo u potpunosti shvatili."

Uopšte se ne slažem. Moje razumevanje nesvesnog je upravo ono što Adler kaže da nije. Srž psihosomatskog procesa je držati bolne i opasne emocije potisnute i skrivene u nesvjesnom, jer su to emocije koje bi izazvale pustoš kada bi im se dozvolilo da postanu svjesni. Nesvjesno je domen, područje koje je dom raznih koncepata, misli, ideja, osjećaja, osobina i tendencija. Neki su pozitivni, ugodni i društveno prihvatljivi (za razliku od asocijalnih), a neki negativni (npr. osjećaj inferiornosti). Neki su nasilni, neki opsceni, neki djetinjasti (npr. narcizam i ovisnost), neki opasni i prijeteci (npr. bijes), a neki su jednostavno previše bolni i tužni da bi ih svjesno doživjeli.

Adlerovo prepoznavanje veze bijesa sa migrenom i drugim poremećajima je impresivno. Sasvim je moguće da je tačna njegova tvrdnja da je neuralgija trigeminusa psihosomatska. imam speku-

pokazalo je da su ne samo trigeminalna neuralgija, već i Bellova paraliza i druge mononeuropatije, poput one Belovog dugog torakalnog živca, rezultat psihički izazvane lokalne ishemije (blage deprivacije kiseonika).

Za Adlera su postojale dobre emocije, poput radosti ili simpatije, koje su dovele do društveno hvalevrijednih ciljeva, i loših emocija, poput ljutnje, straha ili tuge, koje su karakteristične za neurotičara. Kao i kod Frojda, neurotičare je smatrao bolesnim ljudima. Ni Freud ni Adler nisu imali koncept da smo svi potencijalni neurotičari, zbog čega su psihosomatski simptomi univerzalni.

Frojd i Adler su se složili da su represija i simptomi obe odbrane, ali za Frojda je njihova svrha bila „zaštita ega od instinktivnih zahteva“, dok ih je Adler video kao odbranu za zaštitu samopoštovanja od spoljašnjih zahteva i pritisaka života. . Naše iskustvo otvara prostor za obje interpretacije i vidi potiskivanje i simptome kao reakcije na uznemirujuće emocije koje su stimulirane i Freudovim instinktivnim zahtjevima i Adlerovim zahtjevima svakodnevnog života.

Smatrao sam da je veoma interesantno da je Adler mislio da je neurotično stanje generisano potrebom da se izbegne „veće zlo“, odnosno da se spreči otkrivanje nečije bezvrednosti. Naše iskustvo sa hiljadama pacijenata sa TMS-om navodi nas da otkrijemo da um smatra da bi veće zlo bilo svjesno iskustvo emocionalnog bola i bijesa. Drugo tumačenje je da svjesni osjećaji bezvrijednosti stimulišu nagon da budete savršeni i dobri, što, zauzvrat, podstiče nesvjesni bijes, što rezultira neurotičnim stanjem.

Još jedno Adlerianovo zapažanje paralelno je s našim iskustvom s pacijentima s TMS-om: otkrio je da su pacijenti s osjećajem bezvrijednosti izuzetno osjetljivi na kritiku. Čini se da je ovo reakcija na intenzivan osjećaj inferiornosti.

Kao što se može vidjeti, postoji značajna sličnost između Adleriana

psihologije i moje vlastite. Ali evo reinterpretacije jednog od Adlerovih slučajeva koji naglašava razlike između njih dvojice: pacijent je bila dvadesetpetogodišnja žena koja je pretrpjela nasilne napade anksioznosti kada je njen muž kasnio kući s posla.

Adler je zaključila da kod kuće nikada nije dobijala mnogo pažnje prije njenog braka, da joj je muž bio sklon preteranom uživanju i da su napadi bili osmišljeni da se suprotstave njegovom interesu za njegov posao i preusmjere ga na nju.

Moja vlastita analiza bi bila da je mlada žena bila nesvjesno bijesna jer je njen muž više bio zainteresiran za njegov posao nego za nju, i dalje, da je bila lišena njegove pažnje kada je kasnio.

Imala sam pacijenticu koja bi dobila jake migrenske glavobolje kada bi joj muž kasnio na povratak iz lova ili ribolova. U njenom slučaju, nesvjesni bijes koji joj je izazvao glavobolje vjerovatno je rezultat njenog straha da mu se nešto dogodilo, a dodatno je pojačan idejom da ju je on izložio takvoj brizi.

Da sumiramo Adlerove ideje koje su relevantne za razumijevanje psihosomatskih poremećaja:

- Nesvjesni osjećaji inferiornosti su univerzalni. •  
Osećaj inferiornosti stimulira nagon za superiornošću i savršenstvo. •  
Mozak ima sposobnost da izazove fizičke simptome kao što su bol, kašalj ili gastrointestinalni poremećaji, kada je motivisan psihičkim fenomenima.
- Simptomi mogu biti uzrokovani autonomnom aktivnošću (npr. u cirkulatornom sistemu) ili endokrinom mrežom. Osnova migrenske glavobolje, „uobičajene“ glavobolje i neuralgije trigeminusa je bijes.

- Psihogeni simptomi su odbrambeni faktori dizajnirani da zaštite nečije samopoštovanje zbog životnih pritisaka.
- Osetljivost na kritiku je izražena kod pacijenata sa niskim samopoštovanjem.

Budući da sam bio obrazovan kao fizikalni ljekar, a ne kao psihijatar, nisam bio svjestan Adlerovog rada u vezi sa psihosomatozom sve dok nisam formulirao vlastite koncepte o prirodi psihosomatskog procesa. Drago mi je što su mnogi njegovi zaključci bili paralelni sa mojim.

#### ALEKSANDAR

Pola veka nakon nastanka u Beču, koncept psihosomatske medicine nastavio je da se razvija i privlači pristalice. Tokom tih godina, jedan od najistaknutijih vođa pokreta bio je Franz Alexander, koji je bio jedan od Frojdovih učenika i osnivač Čikaškog instituta za psihoanalizu. U svojoj knjizi Psihosomatska medicina (1950), Alexander je pozdravio razvoj svijesti o psihosomatskoj stvarnosti unutar medicinske zajednice i preokao veliku budućnost za ono što je smatrao važnim novim oruđem za profesiju iscjeljenja. Nažalost, ta velika budućnost nikada nije stigla, prosvetljenje koje je opisao nije cvetalo, a vitalni novi dijagnostički alat koji je zamislio nikada se nije razvio. Ironično, postepeno udaljavanje medicinske zajednice od ideja koje je on zastupao može se datirati oko 1950. godine, godine kada je objavljena njegova knjiga, i slučajno, godine mog diplomiranja na medicinskom fakultetu. Ne mogu se sjetiti gotovo nikakvog predavanja na tu temu.

Obim Aleksandrovog rada je impresivan. Proučavao je ulogu emocija u gastrointestinalnim, respiratornim, kardiovaskularnim, dermatološkim, metaboličkim i endokrinim poremećajima i reumatoidnom artritisu.

Aleksandar i grupa neurologa i psihoanalitičara su opširno objavljivali o ovim poremećajima tokom prve polovine dvadesetog veka, i to je bez sumnje bilo odgovorno za njegov optimizam u pogledu budućnosti psihosomatske medicine.

Aleksandar je vjerovao da emocije igraju ulogu u svim bolestima, čak i u onim slučajevima kada one nisu nužno uzrok bolesti. I insistirao je da je jednako važno precizno identifikovati emocionalne komponente poremećaja (npr. srčanog) kao i fiziološke.

Alexander je predvidio trenutnu zaokupljenost hemijskom psihijatrijom i upozorio: "Biohemijska formula koja opisuje prijemčivu čežnju negdje u korteksu nikada neće objasniti međuljudske okolnosti pod kojima je ta čežnja nastala ili se pojačala." Drugim riječima, simptom i njegov uzrok mogu biti vrlo različite stvari. Bio bi zgrožen savremenom tendencijom da se gotovo svi medicinski fenomeni objasne na fizičkim, hemijskim ili genetskim osnovama. Naivno je misliti da povezivanje moždane hemikalije sa stanjem ponašanja utvrđuje uzrok tog stanja. Al otklanjanje depresije snažnim lijekom ne eliminira razlog za depresiju; samo tretira simptome.

#### SINDROM HRONIČNOG ZAMORA

Alexanderova rasprava o pacijentu koji pati od onoga što se danas naziva sindrom hroničnog umora (CFS) je poučna. Opisao je slučaj tridesetjednogodišnjeg pisca koji je bio na dugotrajnom psihoanalitičkom liječenju. Od sedamnaeste godine patio je od hroničnog umora i akutnih napada iscrpljenosti:

Pacijent je bio neželjeno dijete, malen po rođenju, i ostao je fizički nerazvijen cijeli život. Patio je od inferi-



osećanja zbog svog malog rasta i slabosti. Brak roditelja je bio nesretan; otac je mnogo pio i zanemarivao i zlostavljao svoju porodicu. Ceo život pacijent je ostao veoma blizak sa sestrom, koja je bila tri godine mlađa od njega. Razvio je ogroman strah od svog oca; ostalo mu je u sjećanju da kada ga je otac uhvatio kako masturbira prijetio mu je ludilom. Kada je imao samo osam godina, njegov otac je insistirao na tome da radi po kući, da prodaje artikle ili da kupi kade, a sve to je radio samo uz interni protest. Kada je imao deset godina, imao je seksualni odnos sa svojom sestrom. Pobjeći s njom u "nikadnu zemlju" dugo je bila njegovana regresivna fantazija. U školi se postepeno povlačio iz aktivnosti; plašio se i nastavnika i učenika. Nekoliko puta je mijenjao fakultete i sa dvadeset tri je počeo raditi u fabrici. Neko vrijeme je radio i kao pomorac i kao nadničar, ali je konačno počeo pisati i obavljati uredničke poslove, za koje je imao

talent. Bio je uspješan i sposoban da radi svoj posao.

Aleksandrovo tumačenje ovog slučaja navelo ga je da da vrlo važnu izjavu: „Ova psihodinamička konstelacija – sukob između pasivnih, zavisnih želja i reaktivne agresivne ambicije – je široko rasprostranjena, ako ne i univerzalna, u našoj civilizaciji i teško se može smatrati specifičnom objašnjenje ove vrste sindroma umora.”

Mi bismo tu situaciju protumačili nešto drugačije. Rekli bismo da je ovaj pacijent bio u trajnoj, sve većoj nesvjesnoj povrijeđenosti, patio od kombinacije emocionalnog bola, tuge i bijesa još iz ranog djetinjstva, i da su to bili odgovori na njegovu strašnu porodičnu situaciju, njegov strah od njegov otac, njegova mala veličina i njegov snažan osjećaj inferiornosti, koji su bili pojačani očevim tretmanom prema njemu. A onda, za dalje hranjenje

ova osećanja, vršio je pritisak na sebe da nešto postigne, želju koju je Aleksandar opisao kao svoju „reaktivnu agresivnu ambiciju“. Njegovi fizički simptomi osmišljeni su da ga poštede svjesnog doživljavanja ovih osjećaja. Njegove fantazije odražavale su kontinuirani napor nesvjesnog djeteta u njemu (kao i u svima nama) da pobjegne od stvarnosti svog postojanja. Njegovi fizički simptomi nisu bili važni, pa je stoga njihovo medicinsko liječenje imalo ograničenu vrijednost. Naš rad s pacijentima s TMS-om dosljedno pokazuje da je problem boli psihički, a ne fizički.

Kao i kod svih psihosomatskih bolesti, CFS je misterija za moderni medicinski svijet. U izvještaju objavljenom 1996. godine, grupa koja je predstavljala tri kraljevska koledža Velike Britanije nije mogla identificirati konkretan uzrok poremećaja, ali je primijetila da 75 posto populacije s CFS-om pati od jednog ili više od sljedećeg: depresije, spavanja poremećaji, loša koncentracija, uznemirenost, osjećaj bezvrijednosti, krivnje, samoubilačke misli i promjene apetita ili tjelesne težine, kao i anksioznost ili fizički simptomi povezani s anksioznošću ili depresijom. Shodno tome, kao tretman su preporučili povećanu fizičku aktivnost i kognitivno-bihevioralnu psihoterapiju.

Vidio sam mnoge pacijente s ovim poremećajem koji su dolazili u moju kliniku prvenstveno zbog pritužbi na bol i koji su se dobro osjećali pod mojom brigom. Čvrsto vjerujem da je CFS psihosomatski poremećaj, a ovo uvjerenje je podržano mojim uspjehom u liječenju vrlo velikog broja slučajeva. Daljnji pokazatelj da smo u pravu je da su se mnogi ljudi koji pate od CFS-a oporavili od njega samo proučavanjem jedne od mojih knjiga.

## MIGRENA I HIPERTENZIJA

Alexanderova zapažanja migrene i hipertenzije pružaju važan uvid u prirodu mnogih psihosomatskih poremećaja.

On i drugi koji su doprinosili literaturi u to vrijeme otkrili su da su "sprečene neprijateljske tendencije" bile važne u nastanku hipertenzije. Alexander je ovo smatrao sasvim uvjerljivim jer je već dokazano da strah i bijes povisuju krvni pritisak kod laboratorijskih životinja. Zapravo, pojam potisnuti bijes koristili su mnogi autori koji su opisivali pacijente s hipertenzijom i migrenom. Alexander je bio posebno impresioniran faktorom bijesa u migreni, napominjući da je primijetio trenutni prestanak glavobolje čim je njegov pacijent otpustio svoj bijes oštrim verbalnim izlivom vulgarnosti. Drugi su u to vrijeme izvijestili da su pacijenti s migrenom obično bili perfekcionistački, ambiciozni, kompetitivni, kruti i nesposobni da delegiraju odgovornost. Drugi je primijetio inhibirano, "dobro dobro" ponašanje osoba koje pate od migrene. Naše vlastite studije podržavaju njihova otkrića da su dvije karakteristike perfekcionizma i dobroti glavni faktori u nastanku TMS-a i njegovih ekvivalenata, te da te iste karakteristike izazivaju bijes za nešto u nesvjesnom.

Treba napomenuti da neprijateljstvo, agresija i bijes nisu sinonimi. Neprijateljstvo i agresija su vidljivi i posljedica su nesvjesnog bijesa. Oni nisu ugrađeni. Još jedno pogrešno shvaćanje je da je bes uvek svestan i potisnut. Bijes može biti otvoren, može biti svjestan i potisnut, ili može biti nesvjestan i potisnut, potpuno izvan svijesti osobe.

U slučaju nesvjesnog bijesa, vjerovatno je da on nije odgovor na neprijateljsko-agresivne potrebe, već reakcija na pritiske koje su na pojedinca nametnute životne peripetije ili, što je još gore, sama osoba. Tu ideju je podržao Alexander, koji je primijetio da pacijenti koji su razvili hipertenziju obično su pričali o tome da su bili vrlo agresivni tokom ranog života, a zatim iznenada, često tokom puberteta, otkrivši da ih je njihova agresivnost učinila

nepopularan, postao krotak i lako se zastrašio. Izvijestili su da su morali uložiti svjestan napor da se kontrolišu.

Moglo bi se reći da je agresija ovih pacijenata bila odraz nesvjesnog bijesa, da su društveni imperativi zahtijevali da svjesno kontrolišu svoje agresivno ponašanje, povećavajući tako unutrašnji bijes do točke u kojoj je sada trebao fizički poremećaj da spriječi njegovu eksploziju u svijesti. , dakle hipertenzija. U našoj klinici ove ljude ne vidimo kao nepoželjne neprijateljske agresivce, već kao žrtve okolnosti, žrtve životnih pritisaka i pritisaka koje sami sebi vrše. Oni nisu agresori; ljuti su. Oni nisu grešnici; protiv njih se griješi. Ako se u ovom trenutku čini da su agresivni, to je reakcija na osjećaj nemoći i/ili potrebu da isprazne svoj nesvjesni bijes. Vjerovatno je da će, ako izraze bijes, to biti ono što psiholozi znaju kao „izmješteni bijes“; neće biti potisnut bijes.

## REUMATOIDNI ARTRITIS

Norman Cousins je bio važna književna ličnost i urednik. Takođe je bolovao od reumatoidnog artritisa (RA). Još od objavljivanja njegove knjige Anatomija bolesti 1979. godine, barem dio laičke javnosti prihvatio je činjenicu da je reumatoidni artritis na neki način povezan s emocijama. Knjiga opisuje neuspjeh g. Cousinsa da re poduprijeti se konvencionalnom medicinskom liječenju akutnog napada i njegovog konačnog oporavka prepoznavanjem uloge emocija u poremećaju i uranjanjem u humoristične knjige i filmove kao lijek protiv "loših osjećaja". Koliko ja znam, većina reumatologa i dalje liječi RA lijekovima i ne pokušavaju riješiti emocionalne probleme.

Aleksandru i njegovim kolegama psihološka osnova za RA

bilo potpuno jasno. U svojoj knjizi on se poziva na studije koje su otkrile da se poremećaj javlja prvenstveno kod žena koje su, kao adolescenti, imale sklonost prema aktivnostima na otvorenom i takmičarskim sportovima i koje su, kao odrasle osobe, potiskivale svaki emocionalni izraz i imale prisilu da snažno kontroliraju svoju okolinu. , uključujući živote njihovih muževa i djece. Istovremeno su bili izuzetno brižni i zaštitnički nastrojeni prema svojim porodicama i pokazivali su tako snažnu potrebu da brinu o drugima da ih je Aleksandar okarakterisao kao mazohije. tic. Seksualno, činilo se da odbacuju žensku ulogu i imaju tendenciju da biraju pasivne, popustljive muškarce za muževe. Alexander daje ovu izjavu: "Opća psihodinamska pozadina u svim slučajevima je kronično inhibirano agresivno stanje, pobuna protiv bilo kojeg oblika vanjskog ili unutrašnjeg pritiska, protiv kontrole od strane drugih osoba ili protiv inhibitornog utjecaja njihove vlastite preosjetljive svijesti."

Ovo zapažanje je blisko uporedo sa mojim nalazima, a uz jednu promenu je odličan opis mnogih ljudi koji pate od TMS-a. Za „hronično inhibirano agresivno stanje“ zamienio bih „hronični nesvesni bes“. Izvori bijesa su vanjski i unutrašnji pritisci (savršena riječ), prijetnja kontrole od strane drugih i pritisci koje je podnio njihov vlastiti superego. Ne bih mogao sastaviti sažetiju izjavu.

Svako ko proučava psihosomatske poremećaje sigurno će biti impresioniran snažnim utjecajem iskustava iz djetinjstva. U svom radu na RA, Alexander stalno pronalazi snažnu, dominantnu, zahtjevu majku i popustljivog oca, što dovodi do straha od majke u kombinaciji s ovisnošću o njoj i neizraženom željom za pobunom. Još jednom moje iskustvo bi sugeriralo malu promjenu: strah od majke i ovisnost o njoj što dovodi do nesvjesnog bijesa na nju.

Da je Aleksandar danas živ i svjestan reumatoidnog faktora povezanog s RA, vjerujem da bi se bez sumnje složio sa

zapažanje da duboko ukorijenjeni bijes na neki način igra važnu ulogu u nastanku poremećaja, iako još uvijek treba utvrditi kako ova emocija stimulira proizvodnju reumatoidnog faktora i zašto psiha bira ovu, a ne neku drugu fizičku manifestaciju.

Alexander je, zajedno sa svojim kolegama i savremenikima, posmatrao mnoge psihičke fenomene koji su doveli do njegovih teorija psihosomatske psihologije, uključujući zlostavljanje u djetinjstvu, neprijateljstvo, agresiju, bijes, osjećaj inferiornosti, pasivne zavisne želje i ambiciozni nagon. Sve ih pominje Aleksandar, i svi su deo psihosomatskog procesa. On zauzima značajno mesto u istoriji psihosomatske medicine. Bio je u nepovoljnom položaju jer nije imao pristup milionima ljudi koji su sada pogođeni psihosomatskim poremećajima, uobičajenim problemima s bolom, ili je mogao razviti jake dokaze za svoju tvrdnju da su mentalne bolesti univerzalne.

## WALTERS

Dana 14. jula 1959., Allan Walters, ugledni kanadski neuropsihijatar, održao je predsjednički govor Kanadskom neurološkom društvu pod naslovom "Psihogeni regionalni bol kao histerični bol". Rad je objavljen u časopisu Brain u martu 1961. (U današnje vrijeme je malo vjerovatno da bi neuropsihijatar bio predsjednik neurološkog društva, ili da bi rad s tim naslovom bio prihvaćen za objavljivanje u neurološkom časopisu.

Tužno ali istinito.)

Po mom mišljenju, Waltersove ideje su važne jer je on jedini nakon Franca Aleksandra dao značajan doprinos našem poznavanju psihosomatskih fenomena. U svom radu zaključuje da pacijenti o kojima je pisao imaju psihogeni bol,

ali budući da samo histerični bol odgovara toj kategoriji i da mnogi njegovi pacijenti nisu bili klasični histeričari, predložio je da se njihovi poremećaji opisuju kao psihogeni regionalni bol (PRP), termin koji bi uključivao cijeli spektar ljudi s bolom psihičkog porijekla. Nagađao je, ali nije mogao da identifikuje, šta je odgovorno za njihove simptome, van prepoznavanja da su bili psihološkog porekla.

Tačnost njegove dijagnoze je u mnogim slučajevima potvrđena brzim povratkom pacijenata u normalu kada je utvrđena psihologija simptoma.

Walters je identificirao tri tipa psihogenog bola: psihogeno uvećanje fizičkog bola; psihogeni mišićni bol (tenziona glavobolja, „fibrozitis“, spastično kolo); i PRP, koju je definirao kao bol za koji se nije mogao otkriti lokalni razlog, ali koji je u svom izazivanju bio jasno psihološki. Posljednja grupa bila je tema njegovog rada.

Walters je opisao slučajeve 430 pacijenata. Imali su od dvadeset do šezdeset godina. Odnos polova bio je tri muškarca prema sedam ženki. Otprilike dvije trećine su uputili oni koji su se tada zvali ljekari opšte prakse i specijalisti medicine. Druga trećina dolazi od specijalista hirurgije koji traže pomoć u dijagnostici. Kako su se vremena promijenila! Današnji liječnici primarne zdravstvene zaštite i internisti bi takve pacijente uputili neurolozima, ortopedima, neurohirurzima ili specijalistima za bol. Neki bi bili upućeni na kiropraktičare ili akupunkturiste. I postojao bi širi raspon godina. Danas povremeno imamo tinejdžere, a nisu rijetki ni stariji ljudi u šezdesetim, sedamdesetim, pa i osamdesetim godinama. Odnos polova bi takođe bio drugačiji. Danas je to oko pedeset-pedeset.

Zanimljivo je uporediti i uporediti dijelove tijela koji su uključeni nekada i sada. Od 430 slučajeva koje je obuhvatio Walters, 185 se odnosilo na glavu i vrat, 133 na grudni koš i gornje udove, a samo 112 na donje leđa i donje udove. Ostatak je bio razbacan

preko ostatka tela. Danas bi dvije glavne lokacije bile obrnute, a donji dio leđa i noge bi bili primarno mjesto. Ovo je još jedan primjer u kojem obrasci psihosomatskih poremećaja zavise od onoga što je u modi i pomaže objasniti zašto su poremećaji poput "fi bromijalgije" i "sindroma karpalnog tunela" poprimili takve epidemijske razmjere u kratkom periodu od petnaest godina na kraju dvadeseti vijek.

Waltersov opis kvalitete boli koju su pretrpjeli njegovi pacijenti je od velikog interesa. Dok su neki pacijenti koristili jezik metafore ili poređenja („Glava mi je stisnuta u škripcu“, „Koljeno mi je kao da ga neko nepodnošljivo uvija“), drugi su koristili jednostavne izraze poput pečenja, boli ili pucanja . Mora se zapamtiti da je bio pod utiskom da ovi pacijenti imaju obrasce bola slične onima koje su opisali Charcot, Breuer i Freud. Prepoznao je da nisu tipični histeričari i skovao je novi termin PRP da ih opiše. Ali nije bio svjestan specifičnosti njihovog poremećaja. Ono što ni Walters ni njegovi prethodnici nisu znali (a što medicinska zajednica još uvijek ne zna) je da je većina tih pacijenata patila od poremećaja započetog u mozgu poznatog u Freudovo vrijeme kao „mišićni reumatizam“, a danas su uključeni u grupu poremećaji koji predstavljaju sindrome mentalnog tijela, odnosno TMS. Čuo sam slične opise kod bezbroj pacijenata u svojoj klinici. TMS je psihosomatski psihogeni, kod kojih simptomi uključuju fizičke promjene u nekom tkivu, za razliku od histerične psihogene, gdje nema fizioloških promjena u perifernim tkivima, ali gdje se javlja vrlo stvarni bol zbog stimulacije odgovarajućih moždanih jezgara. Jasno je da je Walters imao oba tipa pacijenata u ispitivanoj grupi, ali nije bio svjestan postojanja TMS-a.

Mjesta boli nisu imala smisla za Waltersa, zbog čega je koristio termin regionalni da ih opiše. Nije znao da je



mozak može locirati bol bilo gdje u tijelu putem stimulacije specifičnih moždanih jezgara, u slučajevima histerične psihogene boli, ili smanjenjem protoka krvi do određenih mišića, živaca ili desetina u slučaju TMS-a. Jedan od slučajeva koje je opisao bio je slučaj

tridesetsedmogodišnji muškarac koji je imao bol koji se protezao od sredine prednjeg grudnog koša na lijevoj strani dole do trbušnog koša dominalnog zida kao i mali segment njegovog zadnjeg toraksa na istoj strani. Vjerovatno je da je bol rezultat blage ishemije nervnih korijena koji izlaze iz kičmene moždine (u kom slučaju je to bio TMS), ili stimulacije talamičkih mjesta koja odgovaraju tim nervima u talamusu (u tom slučaju je bila histerična psihogena bol ).

Drugi slučaj, onaj četrdesetogodišnje žene, dijagnosticiran je kao situaciona depresija i histerija konverzije, iako ga je jako uznemirila činjenica da pacijent nije pokazivao tipičnu "belle indiferentnost" tako karakterističnu za histeričnog pacijenta, zbog čega ju je uvrstio u kategoriju koju je nazvao PRP. I simptomi i lokacija njene boli, cijela lijeva ruka i šaka i dio prednjeg gornjeg toraksa, čine je jasnim slučajem TMS-a, najvjerovatnije poremećaja brojnih korijena spinalnih živaca (poli radikulopatija). Videli smo hiljade obolelih sa ovom konfiguracijom bola tokom godina. Pacijentica se oporavila kada ju je Walters uvjerio da ne pati od strašne bolesti i pomogao joj da izradi program za smanjenje stresa, koji ju je sigurno uvjerio da je njen bol psihogenog porijekla.

Njegov tok liječenja bio je sličan mom terapijskom programu, koji počinje poučavanjem pacijenata da je njihov bol rezultat u suštini benignog procesa koji pokreće mozak, a ne zbog konvencionalne ideje o tjelesnom poremećaju, a zatim im pomaže da se oslobode. razumjeti psihologiju kako i zašto mozak radi to što radi.

Kao što je istaknuto u prvom poglavlju, može se razlikovati histeričnost

od psihosomatskih simptoma uočavanjem kvaliteta simptoma. Ako su zaista bizarni, bilo u opisu pacijenta ili anatomskoj manifestaciji, oni su histerični. Takvi simptomi uključuju histerično sljepilo, gubitak glasa (afoniju) i paralizu ili utrnulost (anestezija) cijelog udova. Nasuprot tome, psihosomatski simptomi su logični i jasno se odnose na specifične mišiće, živce, tetive ili određene organe ili sisteme (npr. želudac, debelo crijevo, mokraćna bešika, koža).

Ovdje vrijedi ponoviti još jednu prethodno spomenutu tačku. Izbor simptoma, histeričnog ili psihosomatskog, prvenstveno ovisi o tome šta je u to vrijeme u modi. I histerični i psihosomatski poremećaji postojali su u vrijeme Charcota, Breuera i Freuda, ali histerični simptomi su očigledno bili češći od psihosomatskih, iako Freud navodi da je mišićna reuma, koju nazivamo TMS, bila česta. Waltersovi podaci govore da je u vrijeme njegovih studija TMS bio češći od histerije. U stvari, nema razlike šta je psihogena manifestacija, sve dok je prepoznata kao psihogena. Zato je Walters bio uspješan u liječenju ovih pacijenata – znao je najvažniju činjenicu, a to je da su njihovi simptomi uzrokovani mozgom.

U opisivanju simptoma PRP-a, Walters je primijetio pet vrsta fizičkih znakova:

1. Motorni deficiti
2. Nežnost
3. Senzorni deficiti

4. Promjene kontaktnih refleksa, poput rožnice (rijetko)

5. Vegetativne promjene na površini tijela (rijetko)

Prva tri su gotovo univerzalna kod pacijenata sa TMS-om.

U Waltersovoj raspravi o psihopatologiji PRP-a on zaključuje da se simptomi mogu proizvesti:

- Kao direktni emocionalni izraz •
- Samim supstitutivnim procesom konverzije •
- Zamjenskim procesom konverzije sa konverzijom  
histerija
- Nepoznatim procesima

Kako se ovi nalazi upoređuju sa psihopatologijom TMS-a biće detaljno objašnjeno u poglavlju 3.

Walters je očigledno bio ispred svog vremena. Postao sam svjestan njegovog oca prije nekoliko godina u ranim fazama mog rada sa TMS-om i ohrabrilo me saznanje da tamo postoji srodna duša.

Od Waltersa, među psihoanalitičarima je bilo spekulacija o psihosomatskoj medicini. Iako su neke teorije razvijene, gotovo ništa nije postignuto. Psihosomatska medicina nije dio glavnog toka medicinske prakse, i kao rezultat toga, teorije ovih analitičara su bile od male vrijednosti.

Moram ponoviti ono što sam ranije rekao: nijedna teorija medicine uma i tijela ne može se smatrati valjanom ako ne uključuje ogromnu populaciju ljudi sa bolovima koji trenutno imaju razmjere epidemije u Sjedinjenim Državama i većini zapadnog svijeta. , one koje identifikujemo kao TMS.

Završna napomena o istoriji koja je upravo pregledana: Most

teorije, uključujući one Frojda i njegovih sljedbenika, smatrale su psihosomatske manifestacije oblikom bolesti koji predstavlja defektne ličnosti. Uopšte se ne slažem. Psihosomatski fenomeni nisu oblik bolesti. Na njih se mora gledati kao na dio ljudskog stanja – kojem su svi podložni. Oni uključuju širok spektar poremećaja, od kojih su neki vrlo ozbiljni, pa čak i opasni po život, ali naše mišljenje je da se svi mogu pratiti do prvobitnog sukoba između naša dva uma, nesvjesnog i svjesnog, id-a i ega i superega, drevni "paleomamalian um" i moderni "neomamalian um", svaki um reaguje na jedini način koji poznaje na pritiske svakodnevnog života.

Sa ovim idejama kao pozadinom, spremni smo da se pomaknemo dalje od istorije medicine uma i da ispitamo kako ona funkcioniše u današnjem svetu.



# TRI THE PSYCHOLOGY OF PSIHOSOMATSKI POREMEĆAJI

Vordsvort je napisao: „Dete je otac čoveka“, a ta poetska istina je potvrđena naučnim zapažanjima mnogo puta u prošlom veku. Svakog radnog dana, na našoj klinici u Institutu za rehabilitacionu medicinu Rusk pri Medicinskom centru NYU, imamo priliku da vidimo i proučavamo kako se detinjstvo doživljava i dete u svima nama – bezvremenski, primitivni, nesvesni um koji deluje potpuno izvan granica naša svjesna svijest - nastavlja da utiče, pa čak i oblikuje, naše odraslo ja.

Sve istorije slučajeva mojih pacijenata su zanimljive, ali neke su interesantnije od drugih. Posebno se sjećam dvadesetosmogodišnjeg inženjera koji je jednog jutra stigao u moju kancelariju i ispričao mi priču o svojim bolovima u leđima i nogama. Patio je od toga više od osam mjeseci. Njegovo stanje je bilo izuzet

bolno, i išao je uobičajenim putem viđanja raznih doktora, pokušavajući niz tretmana, sve bez poboljšanja. Njegova magnetna rezonanca pokazala je herniju diska, za koju su njegovi doktori pretpostavili da je uzrok bolova. Neminovno je postojanost boli nakon neuspjeha konzervativnog liječenja donijela uobičajenu preporuku za operaciju. Možda je krenuo tim putem, ali je otprilike u to vrijeme pročitao moju knjigu, Liječenje bola u leđima (1991.), i odlučio da bi poremećaj opisan u knjizi, TMS, mogao biti uzrok njegovog bola, pa je napravio zakazano da me vidiš.

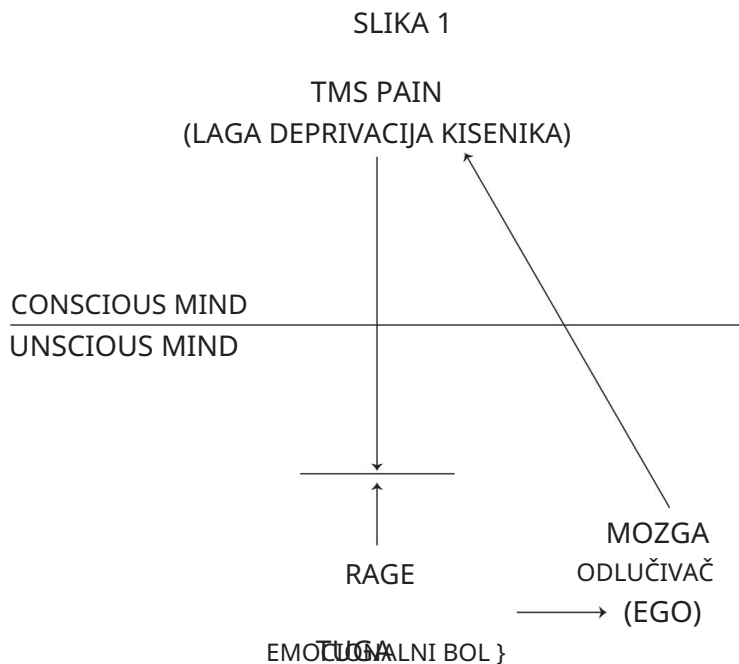
Jedna od stvari koje mi je rekao tokom konsultacija je da je imao izuzetno odgovoran posao, u kojem je nadgledao četiri osobe, od kojih su par starijih od sebe, i da mu je posao bio veoma težak. Zatim je rekao da je otprilike dvije sedmice prije našeg zakazanog pregleda bol u nozi postao toliko jak da bi otišao tražiti hirurga da već nije zakazao pregled. Mučio se zbog ozbiljnosti bola, prisjećajući se stvari koje je pročitao u mojoj knjizi o psihološkoj osnovi za to.

Onda je iz vedra neba zatekao sebe kako govori nešto poput: „Ne želim taj svoj posao. Preteško je i previše je odgovornosti. Želim posao gdje će mi neko govoriti šta da radim.”

I, rekao mi je, dok mu je ovo otkriće bljesnulo kroz um, jak bol u nozi jednostavno... . . nestao! U narednih nekoliko dana nastavio je da ima blage bolove u donjem dijelu leđa, pa je odlučio zadržati termin kod mene i proći cijeli terapijski program. Kako se ispostavilo, dobro je prošao i potpuno je bezbolan za nekoliko sedmica.

Kao što bi advokat mogao da kaže, odlažem svoj slučaj.

Ovaj mladić nije dobio nikakvu terapiju, on je jednostavno naučio nešto čitajući moju knjigu i kroz mentalni proces uspio da iskorijeni tešku fizičku bol. Znanje je moć. Pogledajmo šta nam njegovo iskustvo govori o psihosomatskom procesu.



Ono što mi odmah pada na pamet je da je to bio veoma inteligentan, dobro obrazovan, savjestan, vrijedan, veoma uspješan mladić. Kako je došao do toga? Njegova inteligencija je vjerovatno bila genetska u svom porijeklu. Ali otkud savjesne, vrijedne sklonosti ka uspjehu? Mnogo je vrlo inteligentnih ljudi koji nikada ne postižu mnogo, a postoje brojna psihološka objašnjenja za njihov nedostatak uspjeha. Šta je onda nagnalo ovog konkretnog mladića da radi tako dobro da je sa dvadeset i osam godina imao tako izuzetno odgovoran posao? A onda najzanimljivije pitanje od svih: zašto mu je posao zadao takvu bol?

Slika 1 opisuje osnovnu fiziologiju TMS-a. Slika pokazuje da je fizički proces koji rezultira bolom pokrenut u nesvjesnom od strane donosioca odluka u mozgu, kojeg je Freud nazvao ego. Ego je svjestan bijesa, emocionalnog bola i tuge i



zaključuje da mora učiniti nešto da spriječi eksploziju bijesa u svijesti i spriječi osobu da doživi bol i tugu. I šta radi? Stvara bol kao ometanje jer zna da će to spriječiti da bijes izađe i poštedjeti pojedinca od osjećaja bola i tuge.

Činjenica da se psihosomatski simptom ne može mjeriti s istom preciznošću kao groznica ne znači da nije stvaran. Njegovo postojanje, kao i u slučaju mladog inženjera, objektivno je evidentno. Ipak, moderna medicinska zajednica je uložila velike napore da izokrene dokaze kako bi odgovarali svojim vlastitim unaprijed stvorenim predodžbama. Danas, u cijelom zapadnom svijetu, praktički svaki liječnici brzo pripisuju bol koji trpi mladi inženjer fizičko-strukturalnoj patologiji, kao što je upala ili, u njegovom slučaju, hernija diska. U glavama bilo koga od tih praktikanata nema sumnje da je izvor njegove boli zaista fizički. Ipak, ovdje je slučaj u kojem je nešto objektivno fizičko očito rezultat nesvjesnog mentalnog/emocionalnog procesa. Čovjek bi pomislio da bi psihoanalitičari, koji su bili kritizirani zbog nedostatka objektivnih podataka, iskoristili priliku da podrže takve dokaze o poremećajima uma i tijela, ali nažalost, većina psihoanalitičara nije svjesna postojanja TMS-a i nije u stanju da iskoristi ovaj važan informacija. To je jedan od razloga za ovu knjigu.

## BOL I REPRESIJA

Koja je svrha bola? Bio je Stanley J. Coen, sa koledža liječnika i hirurga Univerziteta Kolumbija, koji je prvi sugerirao da su psihosomatski fizički simptomi najvjerojatnije odbrana od štetnih nesvjesnih emocionalnih fenomena.

Koncept je predstavljen u radu objavljenom 1989. Prije objavljivanja tog rada, zagovarao sam ideju da simptomi

bili su zamena za nepoželjna nesvesna osećanja. Vidljivo opažanje dr. Coena postavilo me je na konceptualni put koji je doveo do istinskog razumijevanja prirode psihosomatskih procesa. Ja sam mu, prema tome, veoma dužan.

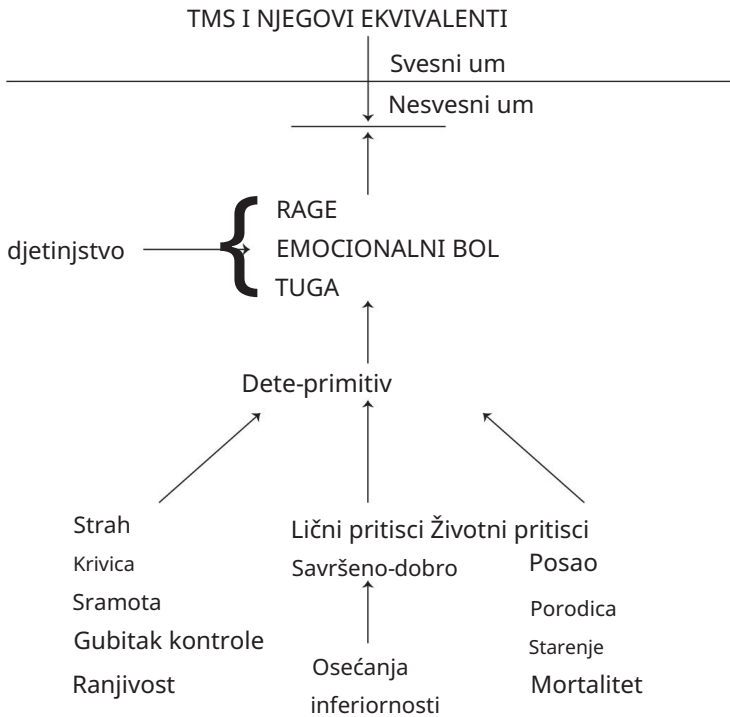
Iskustvo mladog inženjera jasno je pokazalo da je njegov bol reakcija na nesvesnu emociju – bijes – i da je njegova svrha bila da pomogne potiskivanju i osigura da bijes ne dosegne svijest. Višestruki faktori doprinose rezervoaru nesvesnog bijesa u cijelom spektru pacijenata, ali onaj koji ga je doveo do opasnog nivoa kod ovog pacijenta, onaj koji je uvjerio donosioca odluka u njegovom umu u neophodnost fizičkog simptoma, bila je njegova mržnja prema njegov posao. A onda je tu bio i izvanredan fenomen non koji se dogodio kada je postao svjesno te nesvesne reakcije: bol je nestao! Kako i zašto se to događa bit će tema u 4. poglavlju.

Bila je to jedna od Frojdovih ranih ideja da ljudska bića gaje mnogo neprihvatljivih ideja u nesvesnom koje su tamo morale biti zadržane, što ga je navelo da predloži koncept represije kako bi postigao taj cilj. Njegova rana preokupacija bila je neugodnim i društveno neprihvatljivim seksualnim mislima i osjećajima koje je smatrao primarnom svrhom represije. Moje reinterpretacije nekih njegovih slučajeva ilustruju drugačiju osnovu za represiju.

Psihosomatski simptomi su stvoreni da pomognu u potiskivanju bijesa i drugih neprihvatljivih osjećaja. Iako nije sasvim jasno zašto ovi nesvesni osjećaji nastoje postati svjesni, sasvim je jasno zašto se mozak opire pokušaju: vjeruje se da su neka od tih osjećaja previše opasna ili neugodna ili na neki drugi način neprihvatljiva da bi se iznijela na svjetlo dana, dok su drugi jednostavno previše bolni da bi ih se svjesno doživjelo.

Pogledajte sada sliku 2. Ako se spustite od vrha, naići ćete na riječi bijes, tuga i emocionalni bol. Ovo je samo a

SLIKA 2



delimičan spisak emocionalnih fenomena koji se mogu naći u nesvesnom, ali uključuje one od najvećeg značaja – a posebno bes – u nastanku poremećaja uma i tela. Gnjev o kojem ovdje govorim je akumulacija bijesa koji se svakodnevno stvara tokom mnogo godina i koji se potiskuje iz gore navedenog razloga. Donositelj odluke u mozgu odlučio je da bi otvoreno izražavanje neobuzdanog bijesa uništilo život osobe, i da bi se to spriječilo, automatski pokreće fizičke simptome u tijelu bez konsultacije sa svjesnim, racionalnim umom.

Nesvesni bijes o kojem se raspravlja ne smije se brkati sa svjesnim bijesom ili bijesom. Iako takve otvorene emocije često odražavaju nesvesni bijes, one nisu ista stvar i nisu

stimulisan istim fenomenima. Psiholozi ih nazivaju pomaci . Različite vrste bijesa na cesti su dobar primjer pomjerenih emocija. U svom najbenignijem obliku, vozač zatekne sebe kako reaguje ljutito na dosadne stvari koje njegovi kolege vozači rade. On ih psuje, grdi ih, optužuje ih za ozbiljnu nekompetentnost, i tako dalje, sve iz sigurnosti svog automobila sa zatvorenim prozorima. Priznajem da mi je ovo vrlo poznato jer to radim stalno, na veliku nevolju moje supruge kada je u au. Ono što mi posebno upada u oči je da su moje reakcije tako trenutne i snažne - bez sumnje odražavajući intenzitet unutrašnjeg bijesa koji zamjenjuju.

Ovo me podsjeća na pacijenta koji je izjavio da je bio toliko loše raspoložen da ga je porodica nagovarala da potraži psihoterapiju. Pošto je u osnovi bio "dobar" čovjek, pristao je i nakon nekog vremena naučio da kontroliše svoj temperament, na zadovoljstvo svih, pa i njegovog. Međutim, nedugo nakon što je postigao ovo poželjno stanje, počeo je da pati po prvi put u životu. Postajalo je sve teže i na kraju je došao kod mene. Očigledno je morao da iskaže svoj raseljeni bijes kako bi održao svoj unutrašnji bijes na prihvatljivom nivou. Kada mu ta opcija više nije bila dostupna, a potisnuti bijes se povećao i prijetio da postane očigledan, razvio je simptome - bol u leđima - da se to ne dogodi. Uočeno je kod mnogih pacijenata da, kada se svjesni bijes potisne, on postaje dio rezervoara bijesa u nesvjesnom. Da li to znači da se svjesna ljutnja nikada ne može potisnuti? Budući da postoje situacije koje zahtijevaju potiskivanje (posao, porodica, itd.), negativne posljedice potiskivanja se mogu izbjeći ako budemo svjesni da ljutnja neće jednostavno nestati već će dodati nesvjesni rezervoar bijesa u sebi. Imao sam pacijenta koji je opisao napad panike nakon potiskivanja intenzivne ljutnje. U strahu da to ne ostane potisnuto, njegova

fizička reakcija kao diverzija. Vjerovatno da je znao za posljedice potiskivanja ne bi imao napad panike.

Ovo pokazuje koliko je važno biti svjestan svoje unutrašnjosti bijes.

Tako je lako shvatiti zašto je važno spriječiti da bijes postane očigledan, šta je sa stvarima kao što su tuga i emocionalni bol jer i oni mogu biti uključeni u psihosomatski proces? Dužan sam psihoterapeutima koji rade sa mnom za osnovno razumijevanje ove psihodinamike. Dok nas potiskivanje bijesa štiti od opasnosti, potiskivanje drugih intenzivnih, loših osjećaja štiti nas od emocionalnog bola. Također se sugerira da emocionalni bol doprinosi unutrašnjem bijesu.

Evo naizgled paradoksa: simptomi koje stvara mozak-um, a koje žalimo kao zla, zapravo su stvoreni radi naše zaštite.

Jedan od mojih pacijenata mi je rekao: "Mislim na TMS kao na dar." Mislio je da otkriva pravi uzrok njegovog bola i da ga nauči stvarima o sebi i svojim osjećajima koje inače ne bi znao. U nekim slučajevima to dovodi do prijeko potrebne psihoterapije.

Ali zašto bi simptomi trebali biti u obliku boli, želučanih tegoba ili teškog osipa ili teških alergija, ili, kad smo već kod toga, anksioznosti ili depresije? Čini se da svi takvi poremećaji imaju za cilj da odvuku pažnju, da zadrže nečiju pažnju fokusiranu na fizičko, na tijelo. Čak su i anksioznost i depresija, jasno psihološki fenomeni, stanja nelagode koja služe kao i fizički simptomi da nas odvrate od onoga što mozak-um smatra opasnijim ili problematičnijim pojavama. Što su nesvesna osjećanja intenzivnija ili prijeteća, to će vjerovatno biti teža psihosomatska reakcija.

Hipohondrija je ekstremni primjer fizičkih reakcija na napete nesvesne emocije. Definiše okarakterisano stanje uma ekstremnom zaokupljenošću tijelom. Pacijent će imati mnogo

simptome i budite sigurni da on ili ona ima ozbiljne bolesti. Neki od simptoma mogu biti psihosomatski, neki histerični, neki fobični, ali klasifikacija simptoma nije od značaja. Hipohondriju treba liječiti vrstom psihoterapije koja istražuje rad nesvjesnog uma. Ovo se naziva dinamički ili analitički orijentisana psihoterapija.

Hajde da napravimo inventar. Do sada nas je naš mladi inženjer naučio tri važne stvari o psihosomatskom procesu:

1. Da su fizički simptomi (u njegovom slučaju bolovi u leđima i nogama) reakcija na nesvjesne mentalne/emocionalne pojave
2. Da su ta nesvjesno generirana osjećanja potisnuta kao pitanje samoodržanja
3. Osvještavanje o njima može dovesti do "liječnja"

Ali da bismo istinski shvatili šta se dogodilo s mladim inženjerom, prvo moramo pažljivije pogledati ko je on bio i kako je do toga došao.

Ponovo pogledajte sliku 2 na stranici 94. Tuga, emocionalni bol, i bijes su nesvjesne reakcije na tri grupe emocija:

1. Oni koji proizlaze iz iskustava djetinjstva, djetinjstva i adolescencije
2. One zasnovane na odgovorima djeteta-primitivca u svakome od nas, odnosno kako na pritiske koje nameću sami, tako i na pritiske života

### 3. Oni zbog raznih grupa nesvjesnih emocije

Vrijedno je ponoviti da su ideje iznesene ovdje rezultat dugogodišnjeg iskustva i hiljada pacijenata liječenih od strane autora i psihoterapeuta koji rade s njim. Tačnost ovih ideja može se potvrditi visokim nivoom uspjeha koji smo imali u radu sa ovim pacijentima.

#### EMOCIJE GENERISANE U DJEČITJU, DJETINSTVU I ADOLESCENCIJA

Koliko ja znam, nema dokaza da bebe izazivaju ljutnju ili neku sličnu reakciju na problematičnu emocionalnu dinamiku, ali ne bi bilo iznenađujuće da se to jednog dana pokaže.

Na primjer, poznato je da je povezivanje majke i djeteta u prvim mjesecima života životno važan, vrlo osjetljiv proces. Ali nije teško zamisliti manje nego optimalnu situaciju u kojoj majka ima problema - bilo praktičnih ili psiholoških - koji bi mogli ometati proces vezivanja, stimulirajući tako negativnu emocionalnu reakciju kod djeteta.

Pretpostavlja se da djeca rođena u relativno jednostavnom, društveno nekomplikiranom okruženju primitivnog društva, kakvo još uvijek postoji u divljini Južne Amerike, mogu biti psihološki zdravija od svojih kolega u, recimo, New Yorku. Dojenče se nosi u praćci dok majka obavlja svoje svakodnevne zadatke i hrani se dojkom kada je gladna. Vezivanje će sigurno biti dobro. (Dobro se sećam iskustva sa svojom ćerkom, koja je kao beba bila ozloglašeni plač i nespavačica. Nikada nije spavala tokom dana, ali kada je bila na leđima u nosiljci, mogao sam da učestvujem u raznim aktivnostima, čak i lopatom radila, a ona bi spav

kroz sve to.) Zatim kasnije, tokom detinjstva, majka ili otac obučavaju dete istog pola dok ono sazreva i uči njegovu ulogu

u društvu. Ne treba idealizirati primitivno društvo, ali nema sumnje da je po pitanju odgoja djece ono jednostavnije od našeg.

Dijete koje odrasta u modernom svijetu, bez obzira na socio-ekonomski status, može biti žrtva emocionalnog, fizičkog ili seksualnog zlostavljanja, a sve to nesvjesno razbjesni. Zlostavljano dijete se može osjećati tužno, nesrećno ili uplašeno, ali ljutnja je zabranjena – ta zabrana je ugrađena. Ali to je tu, u nesvesnom, i tu ostaje. Akumulira se i to je trajno jer u nesvesnom nema osećaja za vreme.

Što duže radim ovaj posao, to sam više impresioniran sveprisutnošću određene vrste emocionalnog zlostavljanja suptilne prirode, koje nije uvijek lako otkriti. Uvek, kada pitam pacijente da okarakterišu svoje detinjstvo, oni će mi reći da su bili dobro, ili normalni, ili čak dobro. Ali onda, kada se pritisne za detalje, počinje da se pojavljuje druga slika. Kada pitam: "Kakav je bio tvoj otac?" priznaće da je bio strogi disciplinar, ili ga nije bilo mnogo, ili je prepustio podizanje djece majci, ili je bio kratkotrajan, pogotovo kad je pio, ili su on i majka bili stalno se svađali, ili su se razdvojili kada je pacijent imao pet ili deset ili petnaest godina.

Izuzetno zanimljiva i presudna činjenica koja se tiče emocionalnog razvoja posebno dječaka, ali donekle i djevojčica, jeste da prethodne generacije muškaraca nikada nisu smatrale da imaju ulogu u odgoju djece osim one u osiguravanju njihovih fizičkih potreba. a možda i postavljanje pravila ponašanja. Nisu bili svjesni potrebe dječaka za toplinom, bliskošću, potpunim prihvatanjem od oca – da je najmanje važna i eventualno štetna uloga oca kao disciplinara. Postoji mnogo načina postavljanja



pravila; dete koje raste ne treba da bude zastrašeno od strane roditelja i ne treba da ima stalnu potrebu da izbegava neodobravanje. Mnogi ljudi ovu potrebu nose u svojim odraslim životima jer je bila tako duboko ukorijenjena u djetinjstvu.

„A šta je sa tvojom majkom, da li je bila topla i ljubazna?“ Pa, bila je dosta bolesna i mi klinici smo morali mnogo toga da uradimo za nju, inače nikad nisam mogao da budem dovoljno dobar da joj odgovaram („dobre devojčice se tako ne ponašaju“), ili je uvek izgledala kao spuštajući me. Ako sam na testu dobio devedeset osam, zašto nisam dobio sto?

Djetetu u razvoju potrebna je toplina, odobravanje, uzori i vodstvo. Počinjemo da viđamo sve više ove sposobnosti negovanja u savremenim generacijama roditelja, ali čini se da su društveni obrasci prošlosti često bili zanemarljivi ili štetni za dete u razvoju, ranjavajući djetetov samopoštovanje, sa svim posledicama niskog samopoštovanja. i na taj način stvaraju emocionalne potrebe koje traju kroz život.

Žudimo za onim što nismo dobili kao djeca i zbog toga smo stalno tužni, povrijeđeni i ljuti, ali sve u nesvijesti. To je ono od čega su sačinjeni psihosomatski simptomi.

Kada je povrijeđenost teška, kao kod seksualnog zlostavljanja, ona može biti glavni uzrok nesvesnog bijesa i emocionalne boli. To se dogodilo sa Helen, čiji smo slučaj ukratko dotakli u drugom poglavlju.

Njena priča takođe slikovito dokumentuje postojanost nesvesnih osećanja. Iako je godinama potiskivala sjećanje na seksualno zlostavljanje od strane svog oca, kada se to sjećanje vratilo, njena burna emocionalna reakcija učinila je da se sve to dogodilo dan prije.

## SAMONAMETNI PRITISCI: SAVRŠENO I DOBRO

Slika 2 pokazuje vezu koja povezuje nesvesna osećanja inferiornosti sa bolom TMS-a. Osjećaj inferiornosti je bez sumnje pojačan djetinjstvom kojem nedostaju neke od gore navedenih stvari,

što je možda bio slučaj sa mladim inženjerom, jer da bi postigao ono što je uradio morao je mnogo očekivati od sebe i stavljati se pod veliki pritisak.

Kao što je navedeno u poglavlju 2, Freud sugerira univerzalniji razlog za osjećaj inferiornosti, naime, da je prijelaz iz dječjeg stanja u odraslo doba bolan i uznemirujući i ostavlja za sobom „trajnu povredu samopoštovanja u obliku narcističkog ožiljka. , što po mom mišljenju . . . više od bilo čega drugog doprinosi 'osjećaju inferiornosti' koji je tako čest kod neurotičara.”

Moje je mišljenje, kao i Adlerovo, da su osjećaji inferiornosti univerzalni, različitog stepena i intenziteta, ali nisu ograničeni na „neurotike“. Čini se da je osjećaj inferiornosti primarni poticaj težnji da bude savršeno i dobro, što je vrlo često kod pacijenata koji pate od TMS-a. To je navelo Adlera da konceptualizira ideju kompleksa superiornosti, što je sinonim za ono što smo opisali kao nagon za savršenstvom. Mora biti da nesvjesno pokušavamo dokazati sebi i svijetu da smo vrijedni, a ne inferiorni. Kako je jedan moj pacijent jednom rekao, uspjeh se često gradi na nesigurnosti, što je još jedan izraz iste ideje. Osjećaj inferiornosti je od ogromne važnosti ako želimo razumjeti psihosomatske fenomene koje oni stvaraju. Poriv za superiornošću (savršenstvom) je pritisak, koji nas dovodi do sljedeće karike u lancu, djeteta-primitivnog, Freudovog id.

## DETE-PRIMITIV

Dotakli smo se drevnog porijekla i evolucije Frojdovog id-a u drugom poglavlju. Anatomska postojanost „starog mozga“ opisanog tamo i svih karakteristika ponašanja koje su, da tako kažem, sadržane u njemu, od ogromne je važnosti ne samo društveno, politički i medicinski, ali i psihološki. To je dio mozga

čije su sklonosti u direktnom sukobu s odgovornijim, inteligentnijim, moralnim sklonostima "novog mozga". Primitivno dijete je potpuno narcisoidno, neodgovorno i ovisno. Sadrži sjeme nasilja, požude i opscenog ponašanja i na pritiske odgovornog uma reagira ljutnjom. Ne može podnijeti pritiske da bude dobar, ili savršen, ili da se brine o drugima, bez obzira na to koliko su emocionalno bliski tim drugima. Savršen primjer je mladi par sa novom bebom kojoj je vrlo teško i često plače. Svesno, roditelji su iscrpljeni i zabrinuti; nesvjesno su bijesni na bebu.

Dugi niz godina bili smo svjesni postojane veze između perfekcionistačke tendencije i razvoja TMS-a. Iako su neki od naših pacijenata poricali da su perfekcionista, priznali su da su vrijedni, savjesni, odgovorni, vođeni, orijentirani na uspjeh, vječni tragači za novim izazovima, osjetljivi na kritiku i svoje najteže kritičare. Ali prošlo je mnogo vremena prije nego što sam shvatio da želja da budem dobar može jednako razbjesniti dijete-primitivca. To je još jedan pritisak. Iako su i savršene i dobre tendencije prisutne kod većine pacijenata koje viđam, dobra je često dominantna. Ovi ljudi su svjesni da imaju veliku potrebu da im se sviđaju i stoga traže odobrenje u svemu što rade i daju sve od sebe da budu korisni, često nauštrb vlastite udobnosti i pogodnosti. Ako razgovarate s nekim ko je okorjeli čuvar, pomagač, dobročinitelj, impresionirani ste snagom prisile koja ih pokreće. Obično izbjegavaju konfrontaciju.

Čini se da su ove tendencije, kao i mnogi aspekti psihosomatskog procesa, gotovo univerzalne. U svojoj biografiji Frojda, Peter Gay je rekao: „Frojd je mislio da neurotičar baca tako jasno svjetlo na normalno uglavnom zato što njih dvoje zaista nisu toliko različiti jedno od drugog.“ Naši nalazi idu znatno dalje od toga

to. Ne mislimo da su naši pacijenti neurotični. Psihosomatske reakcije koje doživljavaju su normalne i univerzalne.

Težnja da se bude savršen i dobar su reakcije na osjećaj inferiornosti, koji su uvijek nesvjesni (a ponekad i svjesni). Takve tendencije da postignu i budu fini su tipične za ljude koji pokušavaju svojim učinkom i ponašanjem pokazati da su vrijedni, a ne inferiorni. Statistički, ove tendencije su među najvažnijim faktorima koji doprinose rezervoaru bijesa koji je primarni faktor u genezi psihosomatskih simptoma.

U anketi koja je obuhvatila 104 moja TMS pacijenta, otkrio sam da je savršena dobra vožnja ili preovlađujući faktor, ili vrlo značajan faktor u 94 posto slučajeva. Na osnovu istorije života, otkrio sam da:

- Kod 31,5 posto ispitanih pacijenata, tendencija savršeno-dobro je bila primarni doprinos TMS bijesu, a da su zlostavljanje u djetinjstvu i životni pritisci bili manje važni.
- Činilo se da su u 36,5 posto slučajeva savršeno-dobar pogon i životni pritisci podjednako značajno doprinijeli.
- U 17 posto, savršena dobra vožnja i zlostavljanje u djetinjstvu bili su najvažniji.
- U 8 procenata sva tri faktora (savršeno dobra vožnja, životni pritisci i zlostavljanje u detinjstvu) bila su podjednako važna.
- U 3,5 posto, zlostavljanje djece je primarni uzrok.
- U 2,5 posto, životni pritisci su bili najvažniji problem tributor.

Težnja da budete dobri nije bolest, a statistike poput ove jasno pokazuju da psihosomatski poremećaji i psihologija koja ih potiče nisu patološki ili "neurotični" već sastavni dio normalnog života. Ipak, mainstream medicina i dalje razmatra

patološki su iz istog starog razloga – jer im je pogrešno dijagnosticirana kao posljedica strukturalne ili patologije mekog tkiva. Kada se pravilno posmatraju, oni su jasno dio normalnog ljudskog iskustva. Možete proučavati anatomiju, fiziologiju i hemiju mozga zauvijek i jedan dan, ali vas to neće naučiti ništa o psihosomatskim fenomenima, niti o emocionalnim poremećajima poput depresije. To je zato što su odstupanja od normalnog fea

U takvim studijama nisu uzrok poremećaja, već prije

rezultat emocionalnih pojava koje su stimulisale te devijacije. Kao što sam već rekao, emocije su te koje pokreću hemiju u mozgu, a ne obrnuto. Promijenjena hemija serotonina nije poremećaj, to je emocionalno izazvana hemijska reakcija koja je rezultat pravog simptoma, a to je depresija.

Sada smo daleko dalje u razumijevanju zašto je mladi inženjer visokih postignuća razvio TMS. On se nemilosrdno gurao, a njegovo dete-primitivno je reagovalo besom. Od tada je slijed događaja bio neizbježan - njegov ego u donošenju odluka morao je potaknuti TMS ili jedan od njegovih ekvivalenata kako bi osigurao da bijes ne izbije u njegov svjesni život. Fascinantno u njegovom slučaju bilo je to što je, uprkos naporima ega, dečji primitivni um uspeo da se čuje. "Ne želim taj posao – želim posao u kojem će mi neko govoriti šta da radim."

## PRITISCI ŽIVOTA

Dijete-primitiv je pod pritiskom ne samo naših samonametnutih težnji da budemo savršeni i dobri, već i mnogih stvari koje se dešavaju u našim vanjskim životima: naš posao, karijera, porodica (neposredna i šira), finansije, bolest, starenje i smrtnost, samo da napomenem najvažnije. Ove pritiske je lakše razumjeti od onih koje sami nameću jer se mogu objektivno promatrati. Taken

zajedno značajno doprinose rezervoaru besa koji svi imamo. Tradicionalno, ovi pritisci okoline se nazivaju stresorima. Radije ih nazivamo pritiscima jer taj izraz uključuje stvari koje se općenito ne smatraju stresorima, kao što je biti dobra žena ili muž, ili dobar roditelj, ili dobar sin ili kćerka svojim roditeljima, i zato što također nosi ideju da nešto u psihi je pod pritiskom, ideja koja je suštinska za koncepte koji se ovde iznesu.

Još jednom, bitno je uočiti veliki disparitet između svjesne i nesvjesne reakcije na životne događaje. Slično situaciji cija mladih roditelja koji su nesvjesno bijesni na svoju bebu koja plače je jedan na drugom kraju spektra života, gdje stariji roditelj zahtijeva brigu. Bez obzira na to koliko voljno se briga pruža svjesno, dijete-primitiv u nama će reagirati ljutnjom i ozlojeđenošću; i što je negovatelj ljepši, to će biti veća unutrašnja reakcija i mogućnost psihosomatskih simptoma. U kulturama u kojima su velike porodice pravilo, posebno kada vjerska uvjerenja nalažu mnogo djece, majke mogu razviti psihosomatske simptome, nesvjesne unutrašnjeg bunta koji je izazvan ogromnom količinom posla i odgovornosti koju moraju podnijeti.

Postoje razne vrste pritisaka na radnom mjestu, mnogi su prilično očigledni, ali neke je teže uočiti. Uzmimo slučaj čovjeka koji je u svom poslu zaposlio petnaestak ljudi. Budući da je imao veliku potrebu da bude „fin momak“, stalno je bio zabrinut da li njegovi zaposlenici dobro služe svoj posao. Ovo je očigledno bio važan faktor u njegovom razvoju bolova u leđima koji su ga doveli u moju kliniku. Bio je odličan poslodavac za svoje radnike, ali veoma loš za sebe.

Finansijski problemi i bolesti su očigledni primjeri životnih pritisaka i ne trebaju dodatno objašnjenje. Oni su svjesno dis-

uznemirujuće i nesvjesno razbješnjenje. Ali šta je sa starenjem i umiranjem? Skloni smo racionalizaciji. Na kraju krajeva, umiranje je dio života, neizbježno je i čovjek ga mora prihvatiti s dobrom milošću. Ali to je sasvim druga priča sa djetetom-primitivnim u nesvjesnom. Taj narcisoidni dio našeg emocionalnog sastava je bijesan zbog ideje da moramo trpjeti bolest, možda invaliditet i krajnji udat pojedinca - smrt. Ovi osjećaji, iako nesvjesni, su stvarni kao i oni kojih smo svjesni. Kod nekih mojih pacijenata reakcija na starenje je jedini razlog za simptome.

Oni mogu biti svjesni svog straha od starenja i smrti, ali ne i svojih nesvjesnih reakcija, a to su one koje donose na simptome.

Glavna medicina je svjesna da emocije mogu pogoršati bivšeg ali čini se da nije u stanju razumjeti ili prihvatiti ideju da se simptomi mogu pokrenuti kao odgovor na emocionalna stanja. Promijenjena fiziologija i kemija koje proizvode ove simptome, bilo fizičke ili afektivne, inducirane su nesvjesnim emocijama. Trideset godina rada sa mentalnim poremećajima – TMS-om i nizom drugih – to jasno podržava.

## SINDROM 9/11

Mnoge emocije kojih smo svjesni također se doživljavaju u nesvjesnom i doprinose rezervoaru bijesa, emocionalnog bola i tuge. Zastrašujući događaji od 11. septembra 2001. rezultirali su dramatičnim porastom psihosomatskih reakcija širom Sjedinjenih Država, kao što se moglo i očekivati. Većina nas je bila uplašena, ali strah ne stvara psihosomatske simptome. Reakcija na svesni strah je pokušaj da se prevaziđe njegov izvor, da se negira ili racionalizuje. Ali nismo svjesni svog nesvjesnog straha i osjećaja koje on izaziva, hraneći naš rezervoar emocionalnih

bol do te mjere da će se sigurno pojaviti novi simptomi. To se dogodilo nakon 11. septembra. Ovdje je važna lekcija. Ako bi, kako je teoretizirao Frojd, psihosomatski simptomi trebali biti kazna, zašto bismo morali biti kažnjeni zbog straha?

Ne bi bilo razloga. Ali ako su, s druge strane, simptomi dizajnirani da nas zaštite od doživljavanja bolnih i opasnih emocija, kao što smo pokazali, onda su naše reakcije na teroriste na napade na New York i Washington logične - povećana loša osjećanja su morala biti obuzdana. u nesvesnom, otuda i potreba za simptomima.

Strah od smrti i invaliditeta, koji je gore naveden kao životni pritisak, je sigurno pojačano kod mnogih ljudi tog tragičnog dana.

Krivica i stid su nepodnošljivi za dijete-primitivce i izazivaju ljutnju, emocionalnu bol i tugu, a tih emocija među svima nama ne nedostaje. Mnogi vatrogasci su iskusili krivicu preživjelih nakon 11. septembra, krivnju što nisu podijelili smrt svojih drugova. Ova reakcija je dobro poznata iz iskustva preživjelih Holokausta.

Krivica je povezana s osjećajem inferiornosti i potrebom da se bude savršeno-dobar i sa svim onim što te tendencije impliciraju. Ljudi krive sebe za mnoge stvari zbog svog niskog samopoštovanja i perfekcionistačkih sklonosti. Čini se da postoji duboko ukorijenjena navika samoomalovažavanja koja je dio samog tkiva njihovih ličnosti i utječe na svaki trenutak njihovog života. Da imaju snažniji osjećaj za sebe, imali bi uravnoteženiji pogled na stvari zbog kojih se osjećaju krivima. Ovo, naravno, upućuje na djetinjstvo kada nisu dobili podršku koja im je bila potrebna da im daju ovaj snažniji osjećaj sebe.

Oni od nas koji su skloni psihosomatskim manifestacijama obično imaju snažnu potrebu da imaju potpunu kontrolu nad svojim okruženjem. Iz očiglednih razloga, 9/11 je to osporio. Izgubili smo taj osjećaj kontrole, što je zauzvrat dovelo do više unutrašnjih negativnih reakcija.



Prije 11. rujna ljudi su općenito vjerovali da se o njima dobro brine i da mogu ovisiti o vlasti, avio-kompanijama, policiji i vatrogascima da se pobrinu za svoju sigurnost, a onda su odjednom otkrili da se ne mogu osloniti ni na koga od njih — a rezultat je bio veći unutrašnji bijes i potencijal za više simptoma.

Strah, gubitak kontrole, nezadovoljene potrebe ovisnosti, osjećaj manje pomoći, viktimizacija - sva takva osjećanja su pojačana novom realnošću terora, što je rezultiralo zastrašujućim i bolnim osjećajima u nesvjesnom i velikim povećanjem psihosomatskih simptoma.

Glavna medicina, jedva svjesna psihosomatskih fenomena, zaključila je da je anksioznost od 11. septembra samo pogoršala postojeće poremećaje, što je nesumnjivo učinila, ali nije prepoznala da su mnogi ljudi razvili simptome de novo.

Iako ih je pokrenuo 11. septembar, ove emocije se sada mogu prepoznati u svakodnevnom životu gotovo svakoga i nastavljaju da daju stalni doprinos našim bolnim unutrašnjim osjećajima.

#### IDEJA NESVESNIH OSEĆANJA

Općenito, ljudima je teško konceptualizirati ideju nesvjesnog bijesa. Nekima je to odvratno, dok drugi jednostavno ne mogu vjerovati da može biti tu u njima bez njihovog znanja. Oni misle da su ljutnja i bijes toliko jake emocije da ih čovjek mora biti svjestan. Teško je prihvatiti ideju da emocije – sirove, uzavrele, jake emocije – mogu postojati izvan svijesti. Čak i kada ljudi intelektualno priznaju da oni mogu postojati, teško ih mogu zamisliti jer ih ne osjećaju.

Živimo u svijetu svjesnog i većina nas misli da je to naš jedini svijet. Priznajemo samo ono čega smo svjesni, ono što osjećamo svjesno. Ljudi koji pokazuju psihosomatske simptome moraju se potruditi da zamisle bolna ili prijeteća unutrašnja osjećanja

i, što je jednako važno, razmislite o veličini svojih osjećaja i njihovom potencijalu da nanese veliku štetu. Mora se naučiti razmišljati o ovim nesusjesnim osjećajima u vulkanskim terminima i shvatiti da njihov intenzitet ima potencijal da izazove pustoš u našim životima ili bi jednostavno bio previše bolan da bismo to podnijeli.

To je način na koji donosilac odluka u našem mozgu – ego – mora zamisliti situaciju, jer ona automatski stimulira proizvodnju fizičkih ili afektivnih simptoma, bez traženja odobrenja uma koji razmišlja. Proces potpuno zaobilazi intelekt. Jasno je da je to subkortikalna reakcija, jer logika sugerira da bi, ako bi razumu bilo dopušteno da učestvuje u odluci, vjerovatno rekao: „Ovo je smiješno. Radije bih se suočio sa zastrašujućim osećanjima nego da trpim bol.“

Ali psihosomatski proces nam ne dozvoljava izbor. Prijetnja ego mora izgledati smrtno, a intelektu nije dozvoljeno da učestvuje u odluci. Zaobilazi se. Ego djeluje odlučno i brzo i izaziva simptome. Neće se poreći, kao što ilustruje sljedeći slučaj.

## SIMPTOM-IMPERATIV

Gospodin O, koji je bio u mom kognitivnom terapijskom programu, nazvao je i prijavio da je bol u donjem dijelu leđa zbog kojeg je prvobitno došao kod mene bio mnogo bolji. Zatim je rekao: „Ali počeo sam da imam bolove u vratu i ramenu, vratili su mi se stari stomačni simptomi i ponekad se osećam veoma anksiozno. Smiješno je, ali kada se osjećam anksiozno nemam bol.“

Evo upečatljivog primjera simptoma-imperativa, koji se spominje u poglavlju 1. Moj klinički program je ublažio bolove u donjem dijelu leđa, ali njegovo psihološko stanje je bilo takvo da je zahtijevalo kontinuirane simptome, bilo fizičke ili afektivne, tako da je njegova psiha proizvela novu

mjesto za bol, ponovo je uveo njegove stare gastrointestinalne simptome i činio ga povremeno tjeskobnim. Ali jedan po jedan simptom bio je dovoljan da zadrži njegov svesni um zaokupljenim, tako da kada je bio anksiozan nije imao ni bolove ni gastrointestinalne simptome.

Gospodin O je lako shvatio da je vrijeme za psihoterapiju kako bi istražio nesvjesne fenomene odgovorne za ovaj izvanredan slijed događaja.

Drugi pacijent, zvani gospodin Q, ilustruje ozbiljniju manifestaciju simptoma-imperativa. U početku je viđen zbog bolova u vratu, ramenu i ruci. Nije se poboljšao sa kognitivno-terapijskim programom i upućen je na psihoterapiju, ali je brzo otkrio da mu to nije po volji. Sam je odlučio da se podvrgne fizikalnoj terapiji koja je donela olakšanje. Otprilike godinu dana kasnije imao je operaciju srčane premosnice. Nakon toga nekoliko mjeseci kasnije uslijedio je jak bol u ramenu. Njegovi doktori su to pripisali pokidanoj rotatornoj manžetni, a na njihovu preporuku je operisan. Ponovo se oslobodio bola. Šest mjeseci kasnije otkriveno je da ima rak prostate i da je imao opsežno liječenje tog poremećaja. Mnogo mjeseci kasnije saznao sam od njegovog prijatelja da se sada priprema za back sur vozio.

G. Q je imao višestruke manifestacije TMS-a, ali nije mogao prihvatiti psihosomatsku dijagnozu. Bio je blag čovjek, uvijek u potpunosti kontrolirao svoje emocije, ali neko ko je stvari osjećao veoma duboko. Moje je mišljenje da je osnovni bijes koji je uzrokovao njegove bolove u TMS-u također igrao ulogu u donošenju njegovih kardiovaskularnih i neoplastičnih problema, te da je simptom-imperativ bio odgovoran za njegove višestruke patologije. Nedavni rad u *Journal of Psychosomatic Research* daje uvjerljiv argument za ulogu stresa u razvoju ateroskleroze. Naše iskustvo sugerira da je nesvjesni bijes, a ne stres, aktivni psihološki sastojak koji vodi do mnogih ozbiljnih poremećaja, uključujući aterosklerozu.

Koncept simptoma-imperativa nije nov. Frojd je to opisao pre sto godina: „Dogodilo se upravo ono što se uvek iznosi protiv simptomatskog lečenja. Uklonio sam jedan simptom samo da bi njegovo mjesto zauzeo drugi.”

Freud je vjerovao da je svrha simptoma kažnjavanje, ali nije komentirao razlog fenomena zamjene simptoma. Moje iskustvo u liječenju ovih slučajeva snažno sugerira da psihosomatski simptomi imaju za cilj da odvuku pažnju i zaštite svjesni um od opasnih emocija, te zaključujemo da je potreba za novim simptomima garancija da će se zaštitna misija nastaviti.

Poboljšanje gospodina O bilo je stvarno. Do toga je došlo kada je stekao uvid u proces koji uzrokuje simptom. Mnogi moji pacijenti postaju trajno oslobođeni simptoma jednostavnim razumijevanjem prirode psihosomatskog procesa. Ali u slučaju gospodina O, to je znanje bilo dovoljno da dramatično umanjí njegovu nevolju, iako nije dovoljno da preokrene cijeli proces. Međutim, budući da su izvori njegovog bijesa bili poznati, novi simptomi su nam samo govorili da ima još posla i da će morati malo dublje kopati s psihoterapijom. Mogao bi se radovati što će preokrenuti sve svoje simptome jer je psihoterapija započeta ubrzo nakon njegovog

Situacija je bila veoma drugačija i opasnija u slučaju gospodina Q, jer je njegove simptome otklonio niz šefova mesta. Simptom je "izliječen", ali je uzrok simptoma ostao neliječen. I pošto nije bilo saznanja o pravom uzroku simptoma, mozak je jednostavno proizveo nove simptome, proces koji može trajati beskonačno, kao što je slučaj sa milionima ljudi u Sjedinjenim Državama. Potencijalna opasnost leži u činjenici da zamjenski simptom može biti posljedica ozbiljne patologije: autoimunog, kardiovaskularnog ili neoplastičnog procesa, kao što je prikazano u slučaju g. Q.

Još jedna istorija slučaja, ukratko spomenuta ranije, lijepo ilustrira djelovanje simptoma-imperativa. Pacijent je bio g. W, četrdesetogodišnji profesionalac, oženjen i ima dvoje male djece. Otprilike šest mjeseci prije sastanka sa mnom, prvi put je iskusio tipične bolove u leđima i nogama. Imao je blagu povijest sindroma iritabilnog crijeva, ali je inače bio zdrav i fizički vrlo aktivan. Studije snimanja nisu otkrile ništa značajno u njegovoj kičmi. Konvencionalno liječenje nije bilo od pomoći. Fizički pregled nije bio upečatljiv. Imao je TMS.

Njegova psihosocijalna istorija bila je od velikog interesa. Prvo, priznao je da je perfekcionista i da se osećao prinuđenim da bude „dobar momak“; zatim, kasno na seansi, dok smo razgovarali o nesvjesnom bijesu, rekao je da bi trebao da mi kaže da je neko vrijeme ranije odlučio da potraži psihoterapiju zbog svoje nasilne naravi. Proces je bio prilično uspješan, a on je naučio da kontroliše svoj temperament. Nedugo nakon što je završio kurs psihoterapije, počeli su mu se bolovi u leđima i nogama. Nadalje je otkrio da je starija, dominantna sestra smjestila njegovu majku u zajednicu koja je geografski udaljena od njega, što mu je otežavalo da je posjećuje. Ovo je nesumnjivo bio izvor i svjesnog i nesvjesnog bijesa. Ali sada kada više nije imao sigurnosni ventil svjesnog bijesa-bijesa, nagomilani bijes u njegovom nesvjesnom postao je prijeteći u svom intenzitetu, a rezultat su bili fizički simptomi u vidu bola u donjem dijelu leđa i nozi.

Ovo je imperativ simptoma na poslu. Kada je naučio da obuzda svoj temperament, počeli su bolovi u leđima. Psihički i fizički simptomi su zamjenjivi, oba služe istoj psihološkoj svrsi.

Klinike za liječenje boli postale su uobičajene u Sjedinjenim Državama. Lekari koji rade u njima krivi su za ozbiljne pogrešne procene. Oni tretiraju hroničnu bol kao poseban poremećaj zasnovan na „sekundarnom dobitku“, konceptu koji je ranije opisan, koji implicira da

strukturna abnormalnost je uzrok boli. S obzirom da je moje mišljenje da većina ovih pacijenata pati od TMS-a, bilo kakve koristi koje bi mogle proizaći iz njihovog liječenja moraju biti posljedica placebo efekta, i stoga su samo privremene, jer će imperativ simptoma doći u igru.

Poznavanje zamršenosti i intrige nesvjesnog je Frojgov dar nama. Ali on je potcijenio moć uma jer nije prepoznao da on može postići svoje ciljeve promjenom fiziologije kroz manipulaciju autonomnim, imunološkim i neuroendokrinim sistemom. Godine rada sa pacijentima koji boluju od TMS-a i njegovih ekvivalenata pružaju obilje dokaza o ovoj moći.

Ko smo mi i od čega se sastoji naš život su najčešći uzroci psihosomatskih simptoma. Sjećam se mladića koji je tokom grupne terapije shvatio da je sigurno izazivao mnogo unutrašnjeg bijesa jer je njegovo radno mjesto udaljeno sat i po od kuće i imao je tako dug put na posao da je ostalo malo vremena da komunicira sa svojim devojkama.

G. G, četrdesetogodišnji oženjeni kvalifikovani radnik sa ćerkom, patio je od nesposobnog bolova u leđima tri godine. Za sebe je opisao da pokušava da bude uzoran muž i otac, kao i uzoran sin svojoj ostareloj majci. Otac mu je umro kada je imao šest godina i morao je da ide na posao kako bi pomogao majci i mlađem bratu i napustio svoje planove za fakultet. Kasnije se oženio. Sa suprugom se dobro slagao, iako su se povremeno upuštali u šibice kada ona nije udovoljila nekim njegovim željama.

Tokom psihoterapije, gospodin G je shvatio da je nesvesno bijesan na cijelu svoju porodicu – svoju ženu, kćer, majku i brata. Zamjerio je što je morao toliko raditi da bi ih izdržavao i činjenicu da su mu uništili šansu da ode na koledž. Postao je svjestan da pored tuge on

osjećao se zbog očeve smrti, osjećao je intenzivan bijes zbog toga što ga je otac napustio i otišao s takvim teretom odgovornosti.

Postojanje ovih nesvjesnih osjećaja pacijent je teško prihvatio, ali kako mu je to pošlo za rukom, njegov se bol povukao i otkrio je da nije toliko sklon ispoljavanju svjesnog bijesa na ono što je očigledno bilo irelevantno, neprijeteće mete. Izmještena ljutnja, svjesno doživljena, uobičajena je kada postoji značajan nesvjesni bijes. To je sigurna zamjena za iskazivanje zabranjenog bijesa iznutra. Ovo je nesumnjivo mehanizam koji stoji iza fenomena kao što je bijes na cesti.

G. G je dobro prošao psihoterapiju i ostao je bez bolova deset godina otkako je došao kod mene.

Gospođa B je bila pedesettrogodišnja udata direktorka investicione kompanije koja je šest godina patila od bolova u leđima. Njeni prihodi su znatno premašili prihod njenog supruga. Imali su dvije kćerke studentskih godina. Rekla je da je njen brak bio dobar i da ima velike pohvale za svoje devojke, koje su bile izuzetne učenice i "dobri ljudi".

Nije se odazvala edukativnom dijelu programa, nastavila je da ima bolove i, kako se to rutinski radi u takvoj situaciji, upućena je na psihoterapiju. Tek nakon nekoliko mjeseci psihoterapije postala je svjesna svog bijesa na svog muža jer nije bio bolji hranitelj i njegove zavisnosti od nje kako bi ispunio njihove finansijske obaveze. Bila je ponosna na svoju sposobnost da zaradi mnogo novca, ali je zamjerala činjenicu da je ono što želi da radi bilo kreativno pisanje i da nije uspjela ostvariti taj san zbog svojih obaveza. Volela je svoje ćerke, ali je shvatila da je i ona ljuta na njih, zbog tereta koji je nosila radi njih. Samoodricanje koje je praktikovala razbjesnilo je to unutrašnje dete-primitivce. Bol je bio njen odbrambeni odgovor na taj bijes.

Ova priča je imala srećan kraj. Gospođa B se bavila psihijatrijom

hoterapiju sa dr. Arlene Feinblatt, mojom kolegicom i saradnicom već više od trideset godina, i postala je bezbolna kada je postala svjesna svog nespješnog bijesa i učinila nešto da zadovolji svoje potrebe. Našla je vremena za pisanje i, zaista, na kraju je bila objavljena. Petnaest godina kasnije, ona opisuje samo povremeno izbijanje bola kada dozvoli sebi da postane žrtva preteranog rada.

Istorijat slučaja gospođe B je odličan primjer efekata savršenog i dobrog . Gledajući spolja njenu porodicu, čovjek bi pomislio da je sve u redu. Njeni medicinski savjetnici rekli bi da je bol u leđima uzrokovan procesima starenja u kičmi. Ta vrsta naivnosti u medicini je đubrivo koje hrani epidemije bola.

Problem nije bio u njenoj kičmi, već u njenom životu.

Vjerovatno je da se gospođa B nikada ne bi bavila psihoterapijom da nije razvila bolove u leđima i da nije primljena u naš program. Na kraju krajeva, nije patila od anksioznosti ili depresije.

Nije bila psihički bolesna. Zašto bi trebalo da ide kod psihoterapeuta? Imala je bolove u leđima, pa je došla kod nas. I uspjeli smo je uvjeriti da treba kod psihoterapeuta da shvati odakle dolazi bol u leđima. Praksa psihosomatske medicine identifikuje potpuno novu populaciju ljudi kojima je potrebna psihoterapija, od kojih većina nikada ne bi shvatila potrebu da nije bol.

Budući da gotovo cijeloj medicinskoj zajednici nedostaje svijest o postojanju psihosomatskih fenomena, doktori su u velikoj mjeri postali puki tehničari za tijelo, a ne ljekari za osobu. Gospođi B je bio potreban vješt psihoterapeut kako bi poboljšao svoj fizički i emocionalni život. Nikada ne bi tražila takvog terapeuta pod vodstvom svog redovnog ljekara.

Evo gotovo doslovnih izvještaja o napretku pet pacijenata od dr. Roberta Evansa, još jednog kolege psihoterapeuta koji radi



kod pacijenata sa TMS-om. Oni su ovdje uključeni samo da pokažu vrste emocionalnih stanja koja dovode do TMS-a. Imena i godine su, kao i obično, promijenjeni.

Majkl je tridesetšestogodišnji belac oženjen muškarac sa dugom istorijom TMS bola. Čini se da se Michaelovi glavni problemi vrte oko ovisnosti o svom ocu, kako financijske tako i emocionalne, s velikim ozlojeđenošću i bijesom zbog ove zavisnosti. Zajedno sa ovim dolazi velika konfuzija identiteta i strah od „odrastanja“ i suočavanja, stajanja na svome, itd. Problemi sa samopoštovanjem su stoga također značajni. Fokus liječenja bit će na svemu navedenom.

Ana je tridesetpetogodišnja udata žena iz Španije. Ima istoriju bolova u leđima TMS-a oko deset godina. Bol u leđima se pojavio ubrzo nakon smrti njenog oca, događaja koji ona nije povezala sa bolom. Čini se da je Ana postala „skrbnica“ svoje majke (alkoholičarke) i brata, što uzrokuje mnogo besa u sebi, sa kojim Ana nije baš u kontaktu.

Marilyn je četrdesetsedmogodišnja bijela udata žena. Imala je TMS bolove u leđima povremeno u proteklih petnaest godina. Naš glavni fokus je bio na tome što je Marilyn bila zlostavljana verbalno i fizički dok je odrastala. U početku, Marilyn je bila potpuno van dodira s bilo kakvim emocijama vezanim za njeno djetinjstvo. Sada Marilyn počinje da osjeća i vidi bijes i emocionalni bol u sebi, kao i da se pomiri sa svojim strahom od oca, koji uzrokuje trenutne epizode.

Drugi pacijent je bio Robert, tridesetosmogodišnji bijeli neoženjen muškarac koji je bio podvrgnut operaciji leđa dva puta, trinaest godina i osam godina prije konsultacija sa mnom. Imao je nisku

bol u leđima i bio je izrazito ograničen u fizičkim pokretima zbog straha od izazivanja većeg bola. U privremenom izvještaju psihoterapeuta stoji:

Robert je i dalje visoko motiviran u liječenju. Njegov glavni fokus u terapiji je njegov odnos sa ocem. Robert je do danas užasnut svog oca i potpuno je bez ikakvog bijesa koji mora biti prisutan s obzirom na Robertove intelektualne opise prošlih iskustava s njim. Nastavit ćemo pomagati Robertu da nježno i polako pokrije iskustvo ljutnje dok se nosi sa trenutnim strahom od svog oca.

Candida je tridesetpetogodišnja bijela udata žena sa istorijom teškog TMS-a u trajanju od više godina. Candida je klasični pacijent s TMS-om, u smislu potrebe da bude savršen (i napetosti koja ide uz to) kako bi se osjećali odobreni i voljeni od strane roditelja koji to nikada nisu bili sposobni. Tek počinjemo dodirivati dio bijesa.

Ovo je samo uzorak od hiljada slučajeva sa kojima smo se susreli tokom godina. Psihosomatski poremećaji su česti i univerzalni i svi ćemo ih s vremena na vrijeme iskusiti. Podsjetimo se na zapažanje irskog romanopisca Thomasa Flanagana: „Mi posjedujemo ideje, ali nas posjeduju osjećaji. Preduboko leže da bi ih razumjeli, uzbuđuju se svojim tajnim životom i nose nas sa sobom.“

#### PSIHOOSOMATSKA TRIJADA

Dok sam pregledao slučaj pacijenta, palo mi je na pamet da postoje tri moćne nesvjesne stvarnosti koje često rade zajedno da bi izazvale psihosomatsku epizodu. Oni su:

### 1. Duboki osjećaj inferiornosti

### 2. Narcizam

### 3. Jake potrebe ovisnosti

Svaki od njih dovodi do nesvjesnog bijesa/bijesa i emocionalnog bola. Hajde da vidimo kako do njih dolazi.

U ovom slučaju, jedan od mojih pacijenata, gospodin K, je istovremeno zabavljao svoja dva odrasla sina u svom domu, jednog iz prethodnog braka. Činjenica da su bili u njegovoj kući u isto vrijeme bila je slučajnost. Počeli su da imaju simptome nekoliko nedelja pre njihovog dolaska, što je ukazivalo na to da je sa zebnjom očekivao njihov dolazak. Kada su došli, stavio im se na raspolaganje da bude dobar otac i savršen domaćin. Pogledajmo kako je svaka od ovih osobina doprinijela bijesu.

Kao odgovor na njegov nesvesni osećaj inferiornosti, kao što smo već utvrdili, bio je snažno vođen da bude „dobar momak“. Jednom me je pitao: „Zašto me boli kada pokušavam da budem fin momak?“ Budući da je također bio vrlo narcisoidan, njegova nesvjesna reakcija na to da se izloži (kao dobar momak) bila je zgrožena. Osim toga, osjećao je veliki osjećaj odgovornosti za ove sinove, a njihovo prisustvo je pojačalo taj osjećaj, nesvjesno izazivajući daljnji bijes zbog povećanog pritiska na njegovo narcisoidno ja. U međuvremenu, postojao je onaj zavisni trag u njegovoj nesvesnoj izreci: „Ovo je sve pogrešno – umesto da brinem o njima, oni i svi ostali bi trebalo da se brinu o meni, a činjenica da nisu je bolna i bijesni.“ Veličina ovih reakcija bila je dovoljna da izazove bol u leđima.

Svi smo mi dvoje ljudi, Jekyll i Hyde. Slučaj gospodina K je dobar primjer rada dva uma; onaj koji se svesno ponaša

na razuman, prihvatljiv način; onaj u nesvijesti koji kaže: "Boli me briga za bilo koga ili bilo šta drugo, samo me ostavi na miru, osim da se brineš o meni." Nije baš laskavo, ali tu je.

Prikladno je označiti ove tri različite osobine kao trijadu jer često rade zajedno na povećanju nesvjesnog bijesa dovoljno snažno da stimuliraju mozak da izazove simptome. Zapravo, pacijent je prijavio da tokom ovog perioda nije imao samo fizičke simptome, već je često bio i vrlo anksiozan, do te mjere da je morao uzeti tablete za smirenje. Anksioznost je, takođe, bila reakcija na unutrašnji bol i ljutnju.

Evo slične istorije slučaja, ovoga puta poznatog čovjeka čije se ime i profesija ne mogu koristiti. Zvaćemo ga gospodin Džons. Ima pedeset osam godina, oženjen, dvoje odrasle djece. Prvu koronarnu bolest imao je u četrdeset i drugoj godini. On je uspješan biznismen koji funkcioniše na vrlo visokom nivou, a godinama je bio izvršni direktor tri velike korporacije. Tokom svog mandata sa posljednjim od njih, nadgledao je vrlo stresnu reorganizaciju kompanije. Kada je imao pedeset sedam, prihvatio je vodstvo druge problematične korporacije i bacio se na posao spašavanja. Počeo je da pati od angine i ustanovljeno je da ima značajno suženje koronarnih arterija. Imao je operaciju bajpasa, a samo nekoliko mjeseci kasnije ponovo je doživio anginu i prošao je još jedan zahvat na srcu.

Gospodin Jones poriče da stres ima bilo kakve veze s njegovim ponavljajućim srčanim problemima. Njegovi doktori čute na tu temu.

Ovo je uobičajen medicinski scenario u Sjedinjenim Državama. The problem je u tome što i doktori i njihovi pacijenti nisu voljni da razmisle o tome da pritisak bilo koje vrste može dovesti do koronarne arterioskleroze jer ne vjeruju da mozak može izazvati fizičku patologiju. (Frojd ni u to nije vjerovao.) Oni nisu svjesni da pritisak stvara bijes u nesvjesnom i da duboko usađeni bijes može utjecati na

priznanje fiziološkim promjenama - uključujući koronarnu arteriosklerozu. Zaista, bijes može biti glavni faktor u njegovom nastanku. Oni nisu svjesni da je razjarena nespvesna reakcija na pritisak veoma različita od svjesne reakcije. Dobro kontrolisan čovjek ostaje miran

i dobro se nosi sa ekstremnim stresom, ali izvan njegove svijesti pritisak izaziva neograničeni bijes u nespvesnom. Ta ideja bi ga posramila da je znao za nju, a kada se takva mogućnost sugerira, on to oštro poriče. Gotovo uvijek, ni doktor ni pacijent nisu svjesni da samonametnuti pritisak, koji je karakterističan za ambiciozne, ostvarene muškarce poput gospodina Jonesa, možda više razbjescni iznutra nego vanjski pritisak koji nazivamo "stres".

Prilično mi je nevjerovatno da kardiolozi zanemaruju iskustvo veoma cijenjenog Deana Ornisha, sa Medicinskog fakulteta Univerziteta u Kaliforniji, koji je sasvim jasno stavio do znanja da je koronarna arterioskleroza povezana s emocionalnim faktorima. Nažalost, takvu nespremnost da se prihvate objektivni dokazi suviše je lako razumjeti u svjetlu psihosomatske slijepe točke medicine.

Nakon što smo pregledali neke tipične slučajeve TMS-a, pogledajmo dva poznata Freudova slučaja i uporedimo njegovu interpretaciju značenja fizičkih simptoma s onom psihosomatske psihologije.

Prvi slučaj je slučaj ranije pomenute Elisabeth von R, koju je Frojd opisao u Studijama o histeriji, objavljenoj 1895. Elisabeth von R bila je dvadesetčetvorogodišnja neudata žena sa dvogodišnjom istorijom velikog bola i umora. uzrokovano hodanjem ili stajanjem na jednom mjestu. Kada je hodala, trup joj je bio nagnut u stranu, ali hod je bio normalan, što će reći da nije patološki.

Glavna lokacija njenog bola bila je desna prednja bedra. Freud je otkrio da su koža i mišići većine obje noge prilično osjetljivi na pritisak, posebno preko bedara. Njegov neurološki pregled je bio normalan. Zaključio je da su njeni simptomi bili histerični iz razloga koje je opširno elaborirao, kao i svoju praksu.

Bila je veoma inteligentna, imala je tendenciju da osuđuje, a pošto je bila devojka i očekivalo se da će se udati, bilo joj je zabranjeno da nastavi karijeru, zbog čega je požalila. Bila je ponosna na svog oca i imala je blizak odnos s njim, i bila je sklona da potrebe svoje porodice stavi ispred svojih.

Njeni simptomi su počeli blago tokom perioda od osamnaest mjeseci tokom kojeg je njegovala svog oca kroz ozbiljan srčani poremećaj koji je na kraju doveo do njegove smrti. Njegova bolest i smrt bili su udarac za porodičnu sreću, koja je bila pojačana pogoršanjem zdravlja njene majke i udajom jedne od njenih sestara za teškog muškarca. Druga sestra se uspješnije udala, ali otprilike u isto vrijeme potreba majke za operacijom oka stvorila je novu krizu, i Elisabeth je još jednom dobila ulogu dvadesetčetvorosatne

medicinska sestra.

Tokom ljetovanja s majkom i porodicama njenih sestara njeni simptomi su postali ozbiljniji. Frojd je uspeo da otkrije, a da Elisabeth nije bila svesna toga, da je bila zaljubljena u muža jedne od svojih sestara, i da je zavidela sestri i nesvesno je želela muža za sebe.

Odmor ju je bacio u bliski kontakt s njim i pojačao njenu nesvjesticu svjesne reakcije i, prema tome, njene fizičke simptome.

Važni elementi Elisabethine ličnosti su jasni iz Frojdovih opisa. Žrtvovala se za potrebe svog oca i majke. Imala je najviše moralne standarde, a ideja da je nesvesno zaljubljena u muža svoje sestre bila joj je, na svjesnom nivou, potpuno neprihvatljiva. Kada je Frojd to predložio, ona je pobesnela na njega.

Frojd je verovao da je Elizabetin mentalni bol pretvoren u fizički bol. Napisao je da fizički bol ima organsku osnovu i da ga um koristi u psihološke svrhe. (U medicinskom jeziku, "organski" znači da je bol rezultat a

čisto fizički proces i, prema tome, nije psihosomatski.) Rekao je da je bol karakterističan za nešto što je u njegovo vrijeme poznato kao "mišićni reumatizam", gdje su mišići bili bolni i osjetljivi na pritisak, te da je psiha koristila fizički bol za svoju svrhu, to jest da psihički proces pretvori u fizički. Frojd je također tvrdio da mesto njenog bola ima simbolično značenje i da se bol u njenoj butini može pripisati činjenici da je noga njenog oca počivala na njenom bedru kada ga je lečila.

Posmatrano u smislu naših psihosomatskih koncepata, slika izgleda sasvim drugačije. Kako tumačim njen slučaj, Elisabeth je imala klasične karakteristike perfekcionista-dobroga. Bila je quintes sentimentalna negovateljica i više puta je odbijala svoje potrebe.

U jednom trenutku dok se Elisabeth brinula za svog oca, romansu je prekinula njena potreba da se brine o njemu. Zaljubila se u jednog mladića i jedne večeri, što je bila rijetka prilika za nju, bila je s mladićem i osjećala se veoma „toplo“ prema njemu. Po dolasku kući otkrila je da je njen otac krenuo na gore i krivila je sebe što ga je ostavila radi vlastitog uživanja. Nakon ovog incidenta, imala je malo prilike da upozna mladića. Okolnosti su ga tada odvele, a ona je vjerovala da je izgubila jedinu šansu za brak.

Ovo je savršen primjer samozatajnog goodista, u ovom slučaju onog koji je izgubio potencijalnog ljubavnika i muža. Elisabeth je dobila bolove nakon ovog incidenta. Frojd je prepoznao da postoji veza, a ovo je njegovo tumačenje:

Bilo je, dakle, u ovom odnosu i u opisanoj sceni gore u kojoj je kulminiralo da mogu tražiti njene uzroke prvi histerični bolovi. Kontrast između blaženih osećanja koja je sebi dozvolila da uživa tom prilikom i pogoršanja stanja njenog oca koji ju je zatekao po povratku kući činio je

sukob, situacija nekompatibilnosti. Ishod ovog sukoba bio je da je erotska ideja potisnuta iz asocijacije, a afekt koji se vezuje za tu ideju korišten je da se pojača ili oživi fizički bol koji je bio prisutan istovremeno ili neposredno prije. Dakle, to je bio primjer mehanizma konverzije u svrhu odbrane, koji sam detaljno opisao na drugom mjestu.

Moje shvatanje se značajno razlikuje od Frojdovog. Kako ja to vidim, Elisabethina nepokolebljiva samoodricanje nesvjesno je iznjedrila monumentalni bijes i emocionalni bol, i nije bilo načina da se ta osjećanja mogu dopustiti da izraze s obzirom na njenu porodičnu situaciju, običaje tog vremena i njene snažne dobre sklonosti. Bol je nastao kao psihosomatski proces – ono što nazivamo TMS – kako bi se spriječilo otvoreno izražavanje ovog bijesa. Da je ovaj pacijent doživio istinski histerični simptom konverzije, a ne psihosomatski, ne bi bilo nikakve razlike. Svrha simptoma je odbrana, ali je odbrana od bolnih i opasnih osjećaja i mogućnosti da se oni dožive svjesno, što ego ni pod kojim okolnostima ne bi mogao dopustiti.

Frojdovo pridavanje važnosti „erotskoj ideji“ u skladu je sa njegovim stavom u tom trenutku u karijeri da su seksualni faktori u korenu mnogih neuroza. To je bilo u skladu s običajima tog vremena, a možda je na njega utjecala i njegova vlastita samoanaliza. Nije erotika bila primarni psihički faktor u ovom slučaju, već bijes i bol koji proizlaze iz samolišavanja i gubitka.

Elisabeth se žrtvovala da bi se brinula i za svoju majku. Ona moralni standardi su bili visoki; tražila je savršenstvo od sebe. I nesvesno je osećala da je sudbina loše postupila sa njom: nema romanse, nema bračnog blaženstva, nema dece i nema karijere koja bi nadoknadila ta lišavanja.



Rezultat svega toga bili su jaki nesvjesni osjećaji, a njeni bolni simptomi su osmišljeni kako bi spriječili da postanu očigledni, što bi ona smatrala užasnim u krajnosti.

Frojd je smatrao da su njeni simptomi boli organski – zaista fizički – na šta ukazuje činjenica da su je mišići bole kada su bili pritisnuti ili stegnuti tokom pregleda. Ono što nije znao je da je mozak izazvao "organski" proces, uzrokujući blagu lokalnu deprivaciju kisika kao što je opisano u poglavlju 1, i da je bol, prema tome, psihogena, a ne organska - direktna posljedica njenog psihičkog stanja. .

Brojna su pitanja ilustrovana slučajem Elisabeth von R. Možda je najvažnija činjenica da su nesvjesna osjećanja sila iza većine psihogenih procesa, histeričnih ili psihosomatskih. Takav pojam preokreće stvari. Dok je Frojd gledao na patnju neurotičara, bilo psihičku ili fizičku, kao kaznu, sada je jasno da simptomi služe da zaštite pojedinca, a ne da ga povrijede dopuštajući nepoželjnim osjećajima da pobjegnu u svijest. Da se ponovo podsjetimo, psiha na fizički simptom gleda kao na manje od dva zla. Bolje trpjeti bol nego imati uništen život manifestacijama neobuzdanog bijesa ili intenzivno bolnih osjećaja.

Drugi Frojdov slučaj je slučaj Dore, objavljen 1905. Neki od detalja ovog poznatog, pomalo kontroverznog slučaja pokazuju da je sve fizičke simptome smatrao histeričnim, uključujući i one koje je identificirao kao "organske", a ne psihosomatske. Budući da smo naveli da se čini da svi simptomi, histerični, psihosomatski ili afektivni, služe istoj psihološkoj svrsi, fizička razlika između histeričnog i psihosomatskog simptoma nije nam dijagnostički važan faktor. To je, međutim, veoma važno u istoriji psihosomatske medicine, jer Frojd nije prepoznao da um-mozak ima kapacitet.

sposobnost da izazove simptome. Freudova pacijentica Dora imala je manifestacije sve tri vrste simptoma. Njen nervozni kašalj i njene migrene bili su psihosomatski, njena afonija (gubitak glasa) je bila histerična, a njene manifestacije depresije, iracionalnog neprijateljstva i suicidalnih misli bile su afektivne.

Na dubljem nivou, postoji određena sličnost između Dorinog slučaja i slučaja Elisabeth von R. U oba slučaja simptomi su pripisani seksualnim fenomenima, ali se alternativno mogu pripisati bijesu. U svojoj biografiji Frojda, Peter Gay sugerira isto tako: „On [Frojd] je odbio da prepozna njene [Dorine] potrebe kao adolescentice za poverenjem u tvoje vođstvo u okrutno sebičnom svetu odraslih – da neko ceni njen šok zbog transformacija intimnog prijatelja u vatreni proscac, da cijenim njeno ogorčenje zbog ove grube povrede njenog povjerenja.“ Ovo smatramo još jednim primjerom jedne od Frojdovih grešaka: da nije bio svjestan sveprisutnosti i moći potisnutog bijesa.

Ovdje ne bi nedostajao lični primjer, jer nosi dvostruki pečat autentičnosti i tačnosti. Bio sam na putovanju sa suprugom kada sam počeo da doživljam teški gastroezofagealni refluks. I ona i ja smo prepoznali da je ovo psihosomatsko i pokušali smo da shvatimo šta me nesvjesno ljuti. Da li je to bilo zbog:

- Više nisam volio da putujem zbog neprijatnosti i nelagodnost?
- Smatram da su mi neka mjesta koja smo posjećivala neugodna? • Radije bih bio kod kuće i radio na knjizi? • Putovanje je bilo predugo?

Očigledno nismo pogodili pravi odgovor, jer su se moji simptomi nastavili nesmanjenim tokom cijelog putovanja. Tek kada smo se vratili kući, shvatio sam šta se dešava. Obećao sam dugo putovanje svojoj ženi, koja voli da putuje. Bio sam dobar momak. bio sam nespo-

svjesno bijesan zbog toga što sam morao učiniti nešto što zaista nisam želio. Moja psiha mi ne bi dozvolila da budem svjesno bijesan na svoju ženu, kao ni moj razumni ja – da bih bio potpuno siguran da je bijes ostao nesvjestan, mozak je izbacio teške gastrointestinalne simptome. Bijes je, naravno, bio reakcija tog nesvjesnog djeteta-primitivca - sebičnog, narcisoidnog i potpuno nezabrinutog za potrebe i želje bilo koga drugog. Nije baš laskavo.

Ranije u ovom poglavlju sugerisao sam da bi razumni ljudi radije radije da se bave nesvjesnim bijesom nego bolom i nelagodnom psihosomatskog simptoma, ako bi im donosilac odluka u mozgu samo dao priliku da biraju. Moja epizoda gastroezofagealnog refluksa podstiče me da preispitam svoju poziciju. Bijes na moju ženu bio bi neprikladan i nepravedan – bolje je pretrpjeti gastroezofagealni refluks!

Posmatrano sa stanovišta strategije mozga, mora se zaključiti da je nagon da se proizvedu simptomi kako bi se skrenula pažnja s nesvjesnih osjećaja toliko uvjerljiv da će se mozak spustiti na prevaru. Često će inicirati simptome u vezi sa u suštini benignim fizičkim manevrima, stvarima koje je osoba radila hiljadama puta ranije bez štetnog uticaja, tako da će pacijent zaključiti da je fizički čin inicirao bol. Uprkos nedostatku logike, ljudi su vrlo skloni takvim pretpostavkama. Ne znaju da ih je mozak prevario, a čak i ako im se tako kaže, većina neće vjerovati. Fenomen "teniskog lakta", kojeg smo dotakli u prvom poglavlju, možda je najpoznatiji primjer za to, ali ima mnogo drugih. Na primjer, igrač golfa izvodi zamah štapom upravo kao što je to činio hiljade puta ranije.

Osjeća trenutni bol u ramenu ili laktu, gornjem ili donjem dijelu leđa. Zaključak golfera je da se ozlijedio, a to je upravo ono što mozak želi da zaključí jer je odlučio da psihološka situacija zahtijeva psihosomatske simptome kod

tog vremena. Zvuči li to fantastično? Vidio sam da se to odigralo u hiljadama sličnih situacija, često kada je fizički čin smiješno benigni. Nažalost, prevaru obično pomažu pacijentovi medicinski savjetnici jer ni oni nisu svjesni psihosomatskog procesa.

Mozak prakticira mnoge slične prijevare. Nakon legitimne ozljede, kao što je uganuće gležnja, mozak će ponekad nastaviti stvarati bol u obliku TMS-a dugo nakon zarastanja. Često će locirati bol na mjestu stare ozljede, kao što je prethodni prijelom, na primjer. Ako zna da postoji abnormalnost diska, pokrenut će bol negdje u blizini ispuščenja ili izbočine diska. Obično to čini na donekle neefikasan način kako bi dijagnostičar mogao uočiti da abnormalnost ne objašnjava lokaciju simptoma pacijenta. Ovo je veoma

često.

Jasno je da mozak smatra nesvjesne osjećaje beskrajno opasnijim ili bolnijim od bola, ili zašto bi tako marljivo vježbao da obmane?

Jedna od glavnih karakteristika TMS-a je da će se obrazac simptoma razviti kao rezultat Pavlovljevog uslovljavanja. Ljudi će iskusiti simptome koje su naučili da očekuju, baš kao što su Pavlovljevi psi naučili da povezuju prezentaciju hrane sa zvonjavom zvona. Elisabeth von R imala je bolove povezane sa stajanjem i hodanjem, iako s njom nije bilo ništa neurološki pogrešno. Drugi pacijent sa sličnim bolom će reći da bol izaziva sjedenje, dok ga hodanje ublažava. Iskustvo sa velikim brojem pacijenata na našoj klinici jasno pokazuje da su to programirani odgovori koji nemaju veze ni sa čim izvan onoga što je pacijent uslovljen da očekuje. Zato su najčešći psihosomatski poremećaji uvijek oni koji su trenutno u modi.

Kao što je navedeno u mojoj kratkoj skici rada Franca Alexandera, on i brojni drugi istraživači koji su objavili u prvoj polovini dvadesetog vijeka identifikovali su mnoge psihosomatske poremećaje, iako nisu imali pojma da su sindromi bola koji su svima njima zajednički također psihosomatski. Međutim, ubrzo nakon što je Aleksandar otišao sa scene, zapadna medicina je izgubila interesovanje za psihosomatsku medicinu. Svest o jedinstvu uma i tela, za koju je Aleksandar 1950. mislio da će postati dominantna filozofija u medicini, nestala je jedva i tragom. Danas gotovo niko u medicini, uključujući i mnoge psihijatre, ne vjeruje da psihosomatski procesi uopće postoje. Kao rezultat toga, epidemije bola, depresije i stanja opasnih po život cvjetaju diljem industrijaliziranog svijeta.

## ČETIRI LIJEČENJE

Sjećam se vremena kada sam objašnjavao medicinu mentalnog tijela posebno inteligentnom, ali pomalo skeptičnom pacijentu. U jednom trenutku me je pogledala sa najslabijim naznakom osmijeha i iskrivljenim sjajem u očima. „I bol bi trebalo da nestane?“ ona je pitala. „Samo tako? Voleo bih da vam verujem, dr Sarno, ali nisam siguran da mogu da izdržim taj veliki skok vere.“

Nije razumela. „Šta ti je potrebno da bi ti bilo bolje, moj prijatelju,“ rekao sam, “nije skok vjere, već skok razumijevanja.”

To je srž liječenja psihosomatskih poremećaja.

Početakom 1970-ih počeo sam da sumnjam da je TMS psihosomatski jer su skoro svi ljudi koje sam viđao imali istoriju jedne ili više psihosomatskih manifestacija u toku svog života.

Iako se ideja činila apsurdnom da upravo ova fizička pritužba,

bol u leđima, takođe može biti psihosomatski, moja sopstvena medicinska istorija i ličnost, kao i devet godina porodičnog lekara učinili su me prijemčivim za tu ideju. Tako sam ga testirao i skoro odmah sam počeo da vidim pozitivne rezultate po prvi put otkako sam bio izložen ljudima sa ovim simptomima. Godinama sam postavljao uobičajene dijagnoze: uganuće ili istegnuće leđa, povlačenje mišića, slabi trbušni mišići, jedna noga kraća od druge, razni poremećaji kičme, suženi diskovi, čak i išijas ako je bilo bolova u nozi, iako je to bilo Nije jasno kako bi išijatični nerv mogao biti zahvaćen. Te primjedbe

sposobni dijagnostički alati, kompjuterizovana tomografija (CT skeniranje) i slikanje magnetnom rezonancom (MRI), još nisu bili razvijeni, pa je morao da se uradi mijelogram (rendgenski snimak sa bojom koja se unosi u kičmeni kanal) da bi se dijagnosticirala hernija diska, ali čak ni taj test nije uvijek bio definitivan.

Standardni nehirurški tretman uključivao je mirovanje u krevetu u ranim fazama; lijekovi kao što su "mišićni relaksanti" i analgetici; fizikalna terapija, koja se sastoji od duboke topline, koja se najčešće daje ultrazvukom; duboka masaža; aktivno vježbanje; i injekcije analgetika ili steroida. Terapeuti su također obučeni da izdaju mnoštvo opomena i zabrana o držanju, kako se savijati i podizati i slično. Fizička aktivnost je bila naglo smanjena, a nije bilo neobično da se pacijentima govori da postoje određene fizičke aktivnosti koje se moraju trajno odreći.

Rezultati takvog tretmana bili su loši i nepredvidivi; moja praksa je bila frustrirajuća i neispunjavajuća. Neuspeh je bio neizbežan jer nisam znao sa čime se nosim. Stvar je toliko očigledna da je gotovo nepotrebno ponavljati, ali uspješno liječenje zavisi od tačne dijagnoze. Moje kolege i ja smo bili uspješni jer smo postavili pravu dijagnozu, a ne zato što smo pronašli pravi tretman. Mi nemamo „pristup“ problemima akutnog i hroničnog bola – imamo dijagnozu.

Liječenje koje se javlja kod bilo koje bolesti prirodna je posljedica prirode poremećaja. Tako je bilo i sa TMS-om i drugim psihosomatskim poremećajima.

Ubrzo je postalo jasno da je znanje ključ za liječenje TMS-a. Što god bi bilo potrebno da se postigne potpuno rješavanje pacijentovog problema – psihoterapija, na primjer – ljudi su trebali znati o anatomiji, fiziologiji i psihologiji TMS-a i kako su oni povezani. To mi je bilo posebno jasno kada sam se susreo sa pacijentima koji su bili psihoanalitičari, muškarcima i ženama koji su bili u potpunosti upoznati sa svojom osobnošću, nesvjesnom dinamikom i životnim pitanjima – svim stvarima koje smo naveli kao važne u nastanku TMS-a – ali koji su ipak imali poremećaj jer nisu znali ništa o TMS-u.

Još jedan ključni terapijski element je također postao jasan rano: osoba ne samo da mora razumjeti prirodu procesa, već i biti u stanju da je u potpunosti prihvati. Ne vjera, već prihvatanje ideje je bitno. Slijepa vjera vodi do placebo lijeka, ako ga ima. Nasuprot tome, prihvatanje i priznavanje daju trajne rezultate. Neuspjeh prihvatanja je prepreka za "liječenje" za neke pacijente jer je nemogućnost prihvatanja koncepta TMS-a jedna od psiholoških strategija za održavanje procesa. Kao što je jezgrovito rekla jedna mlada pacijentkinja prije mnogo godina, "Poricanje sindroma je dio sindroma." Osim što stvara bol, psiha stvara sumnju – bolje je održati sindrom.

To je bilo jasno u prvim danima jer su samo pacijenti koji su razumjeli i prihvatili postali bolji, uprkos činjenici da je moj koncept psihologije na poslu tada bio rudimentaran. Međutim, i tada je postojala svijest o tome da su ljudi koji su bili savjesni, vrijedni, vrlo odgovorni, često perfekcionista, izgledali skloni razvoju ovog poremećaja. Tek godinama kasnije tendencija „dobroga“ je prepoznata kao jednako važna.



Evo, dakle, još jednog apsurdna. Ne samo da fizički bol može biti psihosomatski, već ga možete zaustaviti učenjem o njemu! Prilično nevjerovatno, i dan danas mi je teško povjerovati. Skoro da je previše dobro da bi bilo istinito.

Ali možemo dodati i treći apsurd: veliki broj ljudi se „izliječio“ čitajući jednu od moje tri knjige o TMS-u. Ovo uključuje prvi, Mind Over Back Pain, uprkos mom nedostatku znanja o psihologiji u to vrijeme. Drugi, Lečenje bola u leđima, bio je najuspješniji u tom pogledu. Sljedeće pismo je primjer:

Poštovani dr. Sarno,

Želim vam lično zahvaliti što ste napisali Iscjeljivanje bola u leđima: Veza uma i tijela. Vaša neverovatna knjiga me je prosvetlila, inspirisala i izazvala da bukvalno promenim tok svog života. Zaista sam vam vječno zahvalan što dijelite svoje znanje i viziju.

Duge dvadeset četiri godine, počevši od 1976. godine, patio sam od periodičnih epizoda intenzivnih i fizički iscrpljujućih bolova u leđima i vratu. Sa svakom godinom, moji napadi su postajali sve češći, fizički iscrpljujući i dugotrajniji. U potrazi za olakšanjem, posjetio sam bezbroj ljekara i kiropraktičara tokom godina.

Do 1998. godine moje stanje se pogoršalo do te mjere da sam ponekad bio prisiljen puzati zbog bolova i grčeva. Tada su magnetna rezonanca otkrila dva hernirana lumbalna pršljena i dva djelimično zgnječena vratna pršljena.

Tokom naredne dvije godine, prošla bih bukvalno stotine sati tretmana. Tretmani su uključivali fizikalnu terapiju, rolfing, akupunkturu, spinalne injekcije steroida, konsultacije s raznim kirurzima, kao i konzumaciju raznih vrsta

relaksatora mišića, antiinflamatornih i drugih lijekova na recept lijekovi. Krajnji rezultat svih ovih tretmana: Nisam mogao da pomete kuhinjski pod, a da ne završi fizički zgrčen i danima u teškim bolovima.

Bio sam zaključan u sporoj, progresivno silaznoj spirali prema postojanje u kojem bi se moj život na kraju gotovo u potpunosti vrtio oko mojih bolova u leđima. U očaju, i sa dosta skepticizma, konačno sam odlučio da pročitam Iscjeljivanje bola u leđima. Osobine moje ličnosti skočile su na mene sa svake stranice. Previše savjestan, izuzetno odgovoran, kompulsivan, moja potreba da ponašanje drugih bude u skladu sa mojim usko definiranim standardima, a iznad svega, moj beskompromisni perfekcionizam.

Po završetku Liječenja bolova u leđima, apsolutno sam znao da ću se spremati odbaciti psihološke lance koji su me fizički okovali duge dvadeset četiri godine. S osjećajem uzbuđenja i jedinstvenom svrhom zaronio sam glavom u svoj oporavak. Pratio sam preporučene strategije liječenja do kraja. U roku od četiri sedmice od početka mog oporavka, bol u leđima je potpuno nestao.

Biće to pune tri godine ovog juna i nikada se nisam osvrnuo unazad. Da nikad nisam pročitao Iscjeljivanje bolova u leđima, iskreno ne znam gdje bih u životu bio trenutno.

Moje najiskrenije hvala.

gospodin. M

Činjenica da moje knjige mogu „izliječiti“ uvjerljiv je dokaz da naš terapijski program nije placebo. Ne postoji tretman, nema harizmatičnog ličnog uticaja – samo sticanje informacija, što se ni na koji način ne može tumačiti kao placebo tretman. Slijepa vjera nije uključena, i, kao što pismo jasno kaže, rezultat je trajan, što uopće nije karakteristično za placebo efekat gdje

povratak simptoma ili zamjena simptoma je pravilo zbog imperativa simptoma.

Budući da je prihvatanje dijagnoze bitno za pozitivan ishod i zato što je tako malo ljudi otvoreno za takvu dijagnozu, vodim telefonski razgovor sa svima koji zovu za termin. Nakon godina iskustva nije teško utvrditi da li je neko dobar kandidat za program, a za one koji to nisu ljubaznost prema njima i meni da ih obeshrabrim da zakažu termin. Ovo nije diskriminatorno, već se jednostavno suočava sa realnošću onoga što je potrebno za uspješno liječenje. To je analogno odluci hirurgu da ne operiše nekoga ko nije dobrog hirurškog rizika. Nema sumnje da je ova praksa bila faktor u našem statistički uspješnom programu liječenja. Skrining mi takođe omogućava da identifikujem one koji pate od poremećaja koji očigledno nije psihosomatski.

## PROGRAM

Počinje konsultacijom, uzimanjem anamneze, fizičkim pregledom i razgovorom nakon pregleda o tome kako se dijagnoza odnosi na pacijenta. Prvo se saznaju detalji sindroma boli, opis početka i kasnijeg toka, tačan lokus bola, njegov obrazac i, posebno, njegov utjecaj na svakodnevni život osobe. Bilježi se prošla medicinska istorija, propisani lijekovi i dijagnostičke studije.

Za mene je od primarnog značaja psihosocijalna istorija svakog pacijenta: bračni status; djeca, ako su u braku; mjesto rođenja i kvalitet života tokom djetinjstva i adolescencije, s posebnim osvrtom na ličnosti roditelja i odnose sa njima; godine i zdravstveno stanje roditelja sada; odnosi sa braćom i sestrama; i istorija obrazovanja i zanimanja. Od pacijenata se traži da

komentarišu kako sebe vide kao ličnosti; navesti stresore u njihovim životima i da li su bili na psihoterapiji ili ne.

Fizikalnim pregledom se utvrđuje da se doktor bona fides bavi fizičkim poremećajem, od velike važnosti kod psihosomatskih problema jer će većina pacijenata odbaciti psihosomatsku dijagnozu koju je postavio psiholog, psihijatar ili socijalni radnik. Također pruža priliku da se ukaže na značenje lokacije simptoma, detalje neuroanatomije koji pomažu da se razjasni osnova boli ili nedosljednosti strukturalne dijagnoze, te mnogi drugi relevantni fizički faktori. Edukacija pacijenta počinje tokom fizičkog pregleda.

Ako se dijagnoza potvrdi fizičkim pregledom, ostatak konsultacija posvećen je raspravi o procesu i kako se on odnosi na pacijenta. Opisani su detalji programa tretmana, počevši od osnovnog dvosatnog predavanja.

#### OSNOVNO PREDAVANJE

TMS se odlikuje velikom raznolikošću kompleksa simptoma, ali budući da svi služe istoj psihološkoj svrsi i postoji velika sličnost u osnovnoj psihologiji, prikladno je pacijente okupiti u obrazovne svrhe. Predavanje je pokrenuto prije mnogo godina kada je postalo jasno da je poznavanje poremećaja neophodno za uspješno liječenje. Tokom godina postalo je jasno da je terapijska moć predavanja čvrsto zasnovana na prenošenim informacijama. To znamo iz reakcija pacijenata tokom predavanja i iz činjenice da često prilično brzo slijedi ublažavanje bolova.

Prije početka predavanja ističe se, nakon raspisivanja liste, da su polaznici zaista u školi, da su tu da

učite jer je iskustvo jasno pokazalo da je znanje konačna komponenta za oporavak od TMS-a. Da bi mozak zaustavio psihosomatski proces, moraju:

- Odbaciti fizičko-strukturno objašnjenje za bol i umjesto toga ga pripisati benignoj izmijenjenoj fiziologiji, fizičko-emocionalnoj osnovi TMS-a.
- Prepoznati da je bol reakcija na psihološki te da je sklonost ka fizičkim reakcijama TMS-a i njegovih ekvivalenata univerzalna i normalna komponenta svakodnevnog života

Bitno je utvrditi činjenicu da se ništa neće simptomatski promijeniti ako se ta dva uslova ne ispune. Ovo proizilazi iz činjenice da je svrha simptoma da skrene pažnju sa nesvjesnih emocionalnih pojava. Ako pacijenti omalovažavaju fizički simptom i umjesto toga se fokusiraju na psihološke stvari, oni su efektivno potkopali strategiju nesvjesnog mozga. Ovo nije samo teorija – to je pokazano na hiljadama pacijenata. Predavanja su osmišljena da pomognu toj kognitivnoj transformaciji. Stečene informacije očigledno izazivaju pozitivnu reakciju u nesvjesnom jer nesvjesno generirani simptomi prestaju. Kasnije ću spekulirati kakva bi to pozitivna reakcija mogla biti.

Trenutno se predavanje sastoji iz dva dijela, prvi opisuje anatomiju i fiziologiju TMS-a, kao i mnoštvo strukturalnih stanja, poput patologije intervertebralnog diska, kojima se simptomi rutinski i pogrešno pripisuju. Drugi dio bavi se psihologijom i liječenjem poremećaja.

Predavanje počinje osvrtom na istoriju mišićno-koštanih poremećaja u poslednjih pedeset i kusur godina, epidemija koje su se dogodile kako je opisano u poglavlju 1. Pacijenti treba da znaju da

demije psihosomatskih poremećaja će se pojaviti ako je stanje pripisano „strukturno-fizičkim“ uzrocima, ako je poremećaj u modi i ako je liječenje dostupno, kao što pokazuje norveško iskustvo.

Što se tiče fiziologije TMS-a, ističe se da iako su bol i neurološki simptomi kao što su utrnulost, trnci, pa čak i slabost česti, a ponekad i jaki, blagi nedostatak kisika koji je odgovoran za njih je benigni i ne uzrokuje oštećenje mišića, živci ili tetive koji mogu biti zahvaćeni, a simptomi su prolazni. Ovo je važno jer su pacijenti gotovo uvijek bili pogrešno informisani i uplašeni od strane svojih savjetnika, medicinskih i nemedicinskih, čiji savjeti imaju tendenciju da pogoršaju simptome. Ako pacijent ima dovoljno nesreće da ima slabost mišića, često mu se savjetuje operacija kako bi se spriječilo "trajno oštećenje živaca". To je zato što medicinska zajednica, koja ne prepoznaje TMS, stoga pretpostavlja - bez objektivnih dokaza, uzgred rečeno - da ako se strukturna abnormalnost pokaže na slikovnim studijama, ona mora da je oštetila nerv.

Prije mnogo godina zaključio sam da strukturna abnormalnost u većini slučajeva nije pravi uzrok simptoma, jer nisam pronašao korelaciju između lokacije boli i mišićne slabosti, ako je takva postojala, i strukturne aberacije. Kao što je navedeno u poglavlju 1, izvanredno je da praktičari mogu poduzeti ozbiljan tretman kao što je operacija u svjetlu takvih očitih kliničkih nedosljednosti. Jedna od prljavih malih tajni medicinske zajednice je da klinička medicina očigledno nije uvijek toliko naučna kao što bi mnogi htjeli da misle. Od hiljada pacijenata sa patologijom diska koje smo vidjeli u posljednje trideset i dvije godine, nijedan nikada nije razvio "trajno oštećenje živaca" nakon što je odbio operaciju i nakon liječenja TMS-a.

Pošto je važno da pacijenti znaju šta ne uzrokuje

simptomi, kao i ono što jest, predavanje također navodi najčešće strukturne abnormalnosti koje se pogrešno okrivljuju za bol. Osim patologije diska, uključuje i entitete kao što su degenerativne promjene u kralježnici, spinalna stenoza, spondiloliza, spondilolisteza i skolioza.

U fizički dio predavanja uključeno je spominjanje najčešćih ekvivalenata TMS-a, kao što su sveprisutni poremećaji gornjeg i donjeg gastrointestinalnog trakta, dermatološka i alergijska stanja, uobičajene glavobolje, vrtoglavica i tinitus, koji su svi obično psihosomatski kada više ozbiljni poremećaji su isključeni. Pacijenti moraju znati da TMS, iako je trenutno najčešći u velikoj grupi psihosomatskih poremećaja, nije jedinstven.

Nakon toga slijedi opis zahvaćenosti mišića, živaca i tetiva tipično za TMS. Dok su svi predmeti uključeni u predavanje obrađeni u moje tri knjige, njihovo verbalno predstavljanje ima veći uticaj od pisane riječi.

Veoma važna karakteristika sindroma je da će pacijenti razviti obrazac simptoma vrlo rano u igri zasnovan na Pavlovljevom uslovljavanju. Oni će vrlo detaljno recitirati kada i pod kojim okolnostima iskuse bol i pretpostaviti da postoji nešto problematično u vezi s određenom aktivnošću ili položajem tijela ili doba dana ili noći što izgleda da izaziva ili pogoršava bol. Postalo je jasno da su ovi obrasci programirani a la Pavlov jer brzo nestaju tretmanom, što ne bi bio slučaj da su nastali zbog strukturne abnormalnosti. Pacijenti se umiruju spoznajom, na primjer, da sjedenje ili hodanje koje neizbježno uzrokuje bol nije loše za njihova leđa.

Prvi dio predavanja je zaključen razgovorom o važnoj ulozi straha u perpetuaciji i intenziviranju

sindrom. Pacijenti su bili uplašeni riječima kao što su degeneracija, dezintegracija i hernija, koje se koriste za opisivanje njihovih strukturnih abnormalnosti; počeli su da se plaše fizičke aktivnosti i upozoravaju na zauzimanje određenih položaja („nikada se ne savijajte u struku bez savijanja kolena“); ako je bol bio uporan, oni se boje posljedica kontinuiranog bola i invaliditeta, brinu se o svom poslu i odgovornostima, itd. Štetan uticaj straha ne treba objašnjavati. Pacijente treba uvjeriti da su dezinformirani i da doživljavaju u suštini mali poremećaj.

Drugi dio predavanja pokriva materijal u ovom poglavlju i poglavlju 3. Počinjemo s opisom onoga što bi se moglo nazvati osnovnim sastavnim dijelom nesvjesnog, naime, id, ego i superego. Zatim ispituje problematične, negativne, prijeteće stanovnike nesvjesnog poput njegovog dječjeg narcizma, ovisnosti i osjećaja inferiornosti. Konačno, fokusiramo se na nesvjesni bijes, emocionalni bol i tugu koji su direktno odgovorni za fizičke simptome. Naglašavam da nema svrhe koncentrirati se samo na sam bijes, jer osim u krajnje neuobičajenim okolnostima on neće biti izražen svjesno.

Kažem pacijentima da umjesto toga moraju obratiti pažnju na četiri izvora bijesa i emocionalnih reakcija:

- Ljutnja, emocionalni bol i tuga koji se mogu pratiti unazad do djetinjstva
- Ljutnja koja proizlazi iz samonametnutih pritisaka da bude savršen i dobar
- Ljutnja generisana životnim pritislima
- Razne stvari kao što su krivica, stid, strah, nesigurnost i ranjivost koja takođe hrani rezervoar bijesa



Iako je vjerovatno da je glavna svrha bola spriječiti bijes u svijesti, naglašavamo da psiha također želi spriječiti osobu da osjeti emocionalni bol i tugu koji su tako uobičajeno nasljeđe djetinjstva.

Tokom rasprave o izvorima bijesa, pacijenti se podsjećaju na veliku razliku koja postoji između svjesnih i nesvjesnih reakcija na život, razlike koje se ogledaju u naslovu ove knjige. Mi ljudi smo anatomski i po ponašanju dvije različite osobe, u stalnom sukobu.

Helenina priča, dotaknuta ranije, dramatično ilustrira uzastopnost bolnih iskustava iz djetinjstva i svrhu fizičkih simptoma u psihosomatskom procesu. To je važan dio prezentacije. Vidjela sam je i uspješno liječila od bolova u leđima otprilike godinu dana prije nego što sam dobila pismo od nje. Napisala je da se počela sjećati, nakon potpune amnezije zbog tog iskustva tokom decenija, da ju je otac seksualno zlostavljao. Odlučila je da prisustvuje sastanku žrtava incesta u svojoj zajednici, što je naravno bilo veoma emotivno iskustvo, a kasnije tog dana počela je da ima bolove u donjem delu leđa. Uvjeravala se da je u pitanju TMS i da nema razloga za zabrinutost, ali u narednih trideset šest sati bol se progresivno pogoršavao. Do jutra drugog dana bila je bukvalno paralizovana jakim bolom i nije mogla da razume zašto je postalo tako loše u svetlu njenog poznavanja TMS-a. Ono što nije znala je da se tokom tih trideset šest sati otrov njenog monumentalnog bijesa, stida i bola, koji je spavao svih tih godina, a koji je bio podstaknut susretom, tjerao sve bliže i bliže do svesti. Psiha je, u očajničkom pokušaju da spriječi eksploziju tih osjećaja u svijesti, pogoršavala bol. A onda je psiha izgubila. Helen je počela da plače kao što nikada ranije nije plakala, besnila je, htela

i umreti. Otrov je izlio iz nje i, kako je to bilo, bukvalno sav bol je nestao.

Tada svojim pacijentima govorim da njihov bijes neće izaći kao u Heleninom slučaju, jer je provokacija u njenom slučaju bila izuzetna. Ono što njen slučaj jasno pokazuje kakva je uloga bola i drugih simptoma u psihosomatskim poremećajima. Tu je da spreči da osećanja izađu napolje. Njeno iskustvo je bilo izuzetak koji je dokazao pravilo; ideja koju nikada ranije nisam razumeo. Pravilo: vaš bijes neće izaći na vidjelo. Izuzetak: može ako je provokacija dovoljno velika.

Na kraju predavanja se sugerira da postoji sine qua ne od "lijeka":

- Da ima malo (ne funkcionalno značajno) ili da nema bola •  
Da nema fizičkih ograničenja i straha od fizičke  
kal.  
aktivnost • Da se svi fizički tretmani moraju prekinuti

Što se tiče fizičke aktivnosti, dok neki naši pacijenti nikada ne prestaju biti fizički aktivni, većina je zastrašena svojim bolom i boji se većine fizičkih aktivnosti. Taj strah se mora prevladati, a ja im kažem da godinama savjetujemo našim pacijentima da se bave neograničenim fizičkim aktivnostima kada bol nestane i da nikada nije bilo izvještaja o fizičkim problemima kao posljedici. Mnogi pacijenti prijavljuju brzi nestanak bola, ali mnogi od njih priznaju da su bili mjeseci prije nego što su mogli sabrati hrabrost da se vrate na prethodni nivo fizičke aktivnosti.

Na kraju predavanja pacijentima dajem studijski program i upućujem ih da rade s njim nekoliko sedmica, a zatim nazovu i prijaviti napredak ili nedostatak istog. U tom kasnijem trenutku možemo donijeti odluku da li je potreban dalji rad u programu.

Slijedi reprint programa koji se trenutno koristi.

## DNEVNI STUDIJSKI PROGRAM

Imali ste konsultacije sa mnom. Čuli ste osnovni lek

ture, a onda ćete vjerovatno sebi reći: „Šta da radim sada?“

Princip koji stoji iza poboljšanja je razumjeti o čemu se radi o sindromu tenzijskog miozitisa (TMS) i priznati da je TMS, i ništa drugo, uzrok vašeg bola ili utrnulosti, peckanja ili slabosti, bez obzira na to gdje ih osjećate. stvari.

Došli ste sa drugim dijagnozama, ali ako ste primljeni u program, to znači da te dijagnoze nisu bile tačne. Možda imate rendgenske ili MR abnormalnosti, ali oni nisu uzrok vaših simptoma. Kako biste postali bolji, bitno je da svoja prošla medicinska iskustva ostavite iza sebe i da se koncentrišete na ovaj program. Ubrzaćete proces ako zaboravite sve što vam je rečeno u prošlosti, uključujući dijagnozu, šta treba da radite, a šta ne. Koncentrirajte se na razumijevanje TMS-a. Imate normalna leđa ili vrat ili nogu ili ruku! Svi vaši simptomi nastaju zbog blagog nedostatka kisika, koji je bezopasan, ali može uzrokovati vrlo teške simptome. Kada i gdje imate bol nije važno. Promijenit ćete program svog mozga razmišljajući o određenim stvarima svaki dan dok bol ne prestane.

Obrazovni program – predavanja i moji prateći sastanci – obavit će posao kod otprilike 80 posto ljudi s TMS-om. Oko 20 posto će trebati rad s jednim od naših psihologa da završi proces. Ovo nije sramota jer bismo svi mogli imati koristi od učenja onoga što se dešava u našim nesvesnim umovima, a to je ono što je dobra psihoterapija.

Evo programa koji želim da pratite:

1. Ako to već niste učinili, pročitajte cijelu knjigu koju koristite pomalo (Iscjeljivanje bola u leđima ili Um-

tjelesni recept). Nakon toga svaki dan čitajte poglavlje o psihologiji ili liječenju. Obratite posebnu pažnju na ono što čitate, posebno kada vidite stvari koje vas podsjećaju na vas.

2. Svaki dan odvojite vrijeme, eventualno petnaest minuta ujutro i trideset minuta uveče, da pregledate materijal koji ću vam predložiti.

3. Nesvjesni bolni i prijeteći osjećaji su ono što zahtijeva bol. Oni su u vama; ne osećaj ih.

4. Napravite listu svih stvari koje mogu doprinijeti ta osećanja.

5. Napišite esej, što duži to bolje, o svakoj stavci na vašoj listi.

Ovo će vas natjerati da se dublje fokusirate na emocionalne stvari koje su važne u vašem životu. Postoji nekoliko mogućih izvora tih osjećaja: a. Ljutnja,

povrijeđenost, emocionalni bol i tuga nastali u djetinjstvu  
ostat će s vama cijeli život jer ne postoji takva stvar kao što je vrijeme u nesvjesnom. Osećanja koja se doživljavaju u nesvesnom bilo kada u čovekovom životu, uključujući i detinjstvo, su trajna. Fizičko, seksualno ili emocionalno zlostavljanje ostavit će velike količine bola i tuge. Ali ako ne dobijete adekvatnu emocionalnu podršku, dovoljno topline i ljubavi, takođe će rezultirati ljutnjom, tugom i bolom, koji se možda nikada nije osećao kao dete, ali uvek postoji u nesvesnom. Stvari kao što su pretjerana disciplina ili nerazum

također će ostaviti emocionalne tragove. Sve što sprječava dijete da bude dijete spada u ovu kategoriju i treba ga staviti na vašu listu.

- b. Kod većine ljudi sa TMS-om određene osobine ličnosti daju najveći doprinos unutrašnjem emocionalnom bolu i ljutnji. Stavite ovo na čelo svoje liste. Ako očekujete mnogo od sebe, ako se tjerate da budete savršeni, da postignete, da uspijete, ako ste sami sebi najoštriji kritičar, ako ste vrlo savjesni, to će vas vjerovatno iznutra jako naljutiti. Osetljivost na kritiku i duboko u sebi osećanje manje vrednosti su uobičajeni i takođe doprinose unutrašnjem gnevu. Zapravo, osjećaj inferiornosti može biti glavni razlog zašto težimo da budemo savršeni i dobri.

Ako imate snažnu potrebu da udovoljite ljudima, da želite da im se dopadate, ili ako ste skloni da budete od velike pomoći svima i svakome, ako ste tip staratelja i uvijek brinete o svojoj porodici, prijateljima i rođacima, ove nagoni će vas takođe pobesneti iznutra, jer tako funkcionirše um. Dete u našem nesvesnom ne mari ni za koga osim za sebe i ljuti se na pritiske da bude savršeno i dobro.

- c. Baš kao što unutrašnji um reaguje protiv toga da bude savršen ili dobar, on se takođe ljuti na bilo kakav životni pritisak. Dakle, trebalo bi da stavite na svoju listu sve u svom životu što predstavlja pritisak ili odgovornost, poput vašeg posla; vaš supružnik, ako ste u braku; vaša djeca, ako ste roditelj; vaši roditelji, ako su živi; i, naravno, sve velike probleme koji se dešavaju u vašem životu. d. Suptilan, ali važan izvor unutrašnjeg bijesa kod nekih ljudi je činjenica da oni stare i također

da su smrtni. Ovo je češće nego što mislite. Svjesno, racionaliziramo; nesvesno smo besni. Bliski lični odnosi, ma koliko dobri bili, često su izvor nesvjesnog bijesa, jer je vrlo teško biti svjesno ljut na roditelja, supružnika ili dijete. e. Dodajte na svoju listu situacije u kojima se svjesno ljutite (ili iznervirate), ali to ne možete izraziti, bez obzira na razlog. Taj potisnuti bijes se internalizira i postaje dio rezervoara bijesa koji izaziva TMS. Gnjevi o kojima smo gore govorili su potisnuti – ne osjećate ih, ne znate da su tu.

Ukratko, spomenuo sam mnoge stvari koje mogu izazvati nesvjesni bijes. Zajedno mogu biti odgovorni za bes u nesvesnom. Ali nemojte biti uznemireni. Svako je pod pritiskom samih sebe ili životnih okolnosti — i svako ima neki stepen besa u svom nesvesnom. Ovaj program je dizajniran da spriječi mozak da proizvodi bol jer se boji da će se bijes, emocionalni bol ili tuga manifestirati i osjetiti svjesno ako ne učini nešto što će vam odvratiti pažnju. Morate sjesti i razmišljati o ovim stvarima svaki dan. Ovo je način na koji ideje dolaze iz vašeg svjesnog uma u vaš nesvjesni um. Tamo moraju stići kako bi mozak zaustavio proces boli.

Kada bol nestane ili skoro nestane, počnite da radite fizičke stvari kojih ste se plašili. Ovo je vrlo teško za neke ljude sa TMS-om i može proći mnogo sedmica ili mjeseci prije nego što se vratite punoj fizičkoj aktivnosti. Ali to mora biti vaš cilj kako biste uvjerali svoj um da znate da imate normalna leđa (ili vrat ili rame ili gdje god je bol).

Ne odustaj. Morate uložiti vrijeme i trud da bi ovo uspjelo.

Trudite se da ne obraćate pažnju na svoj bol. Kada otkrijete da sami razmišljate o tome, prisilite se da razmišljate o psihološkim stvarima na vašoj listi.

Nakon predavanja, pacijentima se savjetuje da rade na programu svakodnevno tri do četiri sedmice, a zatim me nazovu. Ne postoji jedinstven obrazac poboljšanja. U nekima je u napadima; kod drugih je postepen i može trajati nedeljama, pa čak i mesecima. Kada pacijent prijavi mali napredak ili nikakav napredak nakon nekoliko sedmica, predlažem da se pridruži nekoj od sedmičnih grupa koje vodim, ili psihoterapiji, bilo grupnoj ili individualnoj, ovisno o okolnostima. Povremeno preporučujem pacijentu da prisustvuje i mojim sedmičnim sastancima i psihoterapiji.

## GRUPE SASTANCI

Forma ovih sastanaka je evoluirala tokom godina. Prvobitno, oni su bili dopuna mog predavanja. Sada slijede tradicionalniji obrazac grupne terapije s pacijentima koji dijele svoja fizička i psihička iskustva. Ovo mi daje priliku da postavljam pitanja, razjasnim zablude o TMS-u i ojačam terapijske strategije. Nerijetko pacijenti prijavljuju napredak, što je inspiracija ostalima u grupi koji se bore. Pacijenti očigledno vole da govore o sebi i slušaju svoje kolege učesnike. Neki će se oporaviti tokom ovih sastanaka. Za one koji to ne čine, propisana je psihoterapija.

Mnogi pacijenti pitaju šta da urade ili kažu da odmah prestanu bol, a ističe se da je cilj programa da dovede do promjene u njihovom razumijevanju cjelokupnog procesa, čineći ga vježbom preventivne medicine, a ne vježbom. način donošenja-

trenutno olakšanje. Jednom kada se postigne ova reorganizacija misli, međutim, često se može prekinuti početni napad bola uvježbavanjem u umu relevantnih psiholoških faktora u svom slučaju ili čak „razgovaranjem sa svojim mozgom“. Često sam to radio, a sljedeća bilješka kolege, dr. Marc Sophera, ilustruje kako to funkcionira:

Mislio sam da biste mogli zaista uživati u kratkoj TMS priči o svojoj. Trenirao sam za Bostonski maraton ove zime kada sam ponovo imao TMS bol u potkoljenici - isti kao kada sam vas posjetio prošlog proljeća. Nisam mogao da bežim, ali mogao sam da radim bilo šta drugo — prilično apsurdno. To se poklopilo sa porastom stresa, ali sam se bojao da gubim bitku. Trčanje u Boston je bio cilj, također povezan sa pritiskom koji je sam sebi nametnuo. Dakle, uprkos tome što se nisam kandidovao prethodni mesec, odlučio sam da ga pokrenem. Održavao sam kondiciju vozeći stacionarni bicikl i vježbajući NordicTrack 1,5 sat dnevno. Bio sam odlučan da trijumfujem nad TMS-om i svojim mozgom. Sve je bilo dobro do milje 6 kada je bol udario – započeo sam unutrašnji dijalog i rekao svom mozgu da se moje noge mogu umoriti i grčiti (ovo je ipak bio maraton), ali ovaj TMS bol je bio smiješan i morao sam otići. Unutar 200 jardi je nestalo i više se nije vratilo. Nažalost, teško je trčati maraton, a da prethodno niste pretrčali adekvatnu kilometražu, ali završio sam - veoma umoran i bolan, ali sretan.

#### ZAŠTO JE ZNANJE KURATIVNO?

Činjenica da znanje „liječi“ psihosomatske poremećaje je van svake sumnje. Ali kako je do toga došlo nije sasvim jasno, čak ni nakon svih ovih godina. Znanje ne uklanja bijes niti mijenja potisnuta osjećanja koja su odgovorna za bijes. Nije sigurno da bi čak i godine analitički orijentirane psihoterapije mogle donijeti



o tim promjenama. Ali hiljade su postale bezbolne jednostavnim čitanjem mojih knjiga, a hiljade drugih su uspješno prošle kroz moj program, većina bez potrebe za psihoterapijom.

Pretpostavlja se da je svrha simptoma, bilo TMS-a ili bilo kojeg od njegovih ekvivalenata, spriječiti da nesvjesno iskustvo bijesa i bolnih emocija postane svjesno, otvoreno. Logično bi se zaključilo da bi jedini način za zaustavljanje bolnih simptoma bio da se eliminišu prijeteeće nesvjesne emocije ili da ih natjeramo da eksplodiraju u svijesti. Ali nijedno od toga se ne može učiniti, a ipak proces obrazovanja može zaustaviti bol. Postoji samo jedno moguće objašnjenje. Iz iskustva znamo da se teorijski zid, barijera koja razdvaja svjesno od nesvjesnog uma, ne može probiti odozdo – to jest, bijes se neće probiti u svijest – ali nema ništa što bi nas spriječilo da intelektualno probijemo bar rier odozgo, da ne kažem: „Mogu da koristim svoju maštu i razmišljam o svom nesvesnom kao o podrumu svog uma. Znam šta je tamo dole iako to ne mogu ni da vidim ni da čujem. Naučili su me da prepoznajem stanovnike svog nesvjesnog uma, u svim njihovim opasnim, nelaskavim detaljima.”

A nesvesni odgovor može biti: „On/ona je otkrio ono što nije trebalo da zna i otkrio je strogo čuvanu tajnu o bijesu i drugim bolnim ili pretećim emocijama, poput povrede i tuge, koje nazad u detinjstvo. Pokrivač je razbijen na ovoj tajnoj operaciji, tako da nema smisla nastavljati bol.”

Očigledno je da obrazovni proces utiče na „liječenje“. Za pacijente s blagim simptomima, samo saznanje da su simptomi psihosomatski, bez dodatnog psihološkog uvida, samo po sebi je ljekovito i nesumnjivo objašnjava mnoge od „lijekova“ u knjizi. Dodatne informacije o prirodi pato-

fiziološki proces, rad nesvesnog, postojanje unutrašnjih osećanja i razmatranje faktora koji doprinose tim osećanjima, posebno karakteristika sopstvene ličnosti, sve to ima veliku terapeutsku moć.

Evo citata iz knjige o djelu Alfreda Adlera od Heinza L. Ansbacher i Rowena R. Ansbacher što ukazuje da je Adler imao slične ideje o ulozi terapije:

Tako uspješna terapija nije rezultat bolje represije takozvanog ojačanog ega. Umjesto toga, to je rezultat vidljive reorganizacije njihovog razmišljanja, koja onda mora dovesti do reorganizacije onoga što se događa u nesvjesnom do te mjere da psiha više nije ugrožena bijesom u istom stepenu u kojem je bila. prije nastave. Veličina pretnje je karakterisala staru organizaciju; obrazovni proces

je umanjila prijetnju.

Ovo je još jedno objašnjenje onoga što vidimo u praksi. ja sam otvoren za svako drugo tumačenje činjenica.

Vrlo bistra mlada supruga pacijenta sugerirala je da je izazivanje TMS-a "trik" mozga i, nakon što je saznao za trik, više ne funkcionira. Veoma genijalno.

Znanje, svijest i uvid su kamen temeljac analitički orijentirane psihoterapije još od Frojda, pa ne treba čuditi da su oni ključ za liječenje psihosomatskih poremećaja.

Kako objasniti činjenicu da se neki ljudi "izliječe" jednostavnim čitanjem neke od mojih knjiga, da neki moraju kod doktora i proći formalni program, a da je drugima potrebna i psihoterapija? Možda je najbolje objašnjenje da postoje različiti intenziteti nesvjesnih stanja koja zahtijevaju i uzrokuju psiho-

somatskih simptoma. Drugi faktor može biti dubina i snaga represije. U najblažim slučajevima, samo priznanje da je bol psihološki, a ne „fizički“ izazvan je dovoljno da se proces preokrene. Sa povećanjem jačine boli potrebna je sve veća intervencija.

## PSIHOTERAPIJA

Otpriblike 20 posto onih koji su primljeni u program potrebna je psihoterapija da bi se poboljšali. U idealnom društvu, psihoterapija bi bila sastavni dio našeg programa i bila bi pokrivena zdravstvenim osiguranjem. U našoj društvenoj pretpotopnoj kulturi to je slabo pokriveno osiguranjem, ako uopće ima, i predstavlja veliki financijski teret za mnoge pacijente. Zaista, učenje o nesvesnom umu trebalo bi da bude deo našeg obrazovnog sistema, jer je u potpunosti jednako važno kao i čitanje, pisanje i aritmetika.

Nedostatak poboljšanja je indikacija za terapiju. Takva terapija podrazumijeva da su razlozi za unutrašnje osjećaje jaki i da neće reagirati na jednostavno prepoznavanje. Mnogi pacijenti će poreći postojanje bijesa, na primjer, na roditelja. Drugi nisu u stanju da osete tugu, ljutnju, razočarenje, napuštenost i tako dalje. Jasno je da terapeut mora biti dinamički (analitički) osposobljen za prepoznavanje i rad s ovim problemima, a proces se često produžuje.

U trećem poglavlju je istaknuto da je naš program vidio mnogo ljudi koji vjerovatno nikada ne bi došli na psihoterapiju da nisu prepoznali da je njihov bol psihosomatskog porijekla. Ovo je dokaz važnosti prepoznavanja ovih poremećaja i tragedije koja je uslijedila nakon neuspjeha da se to učini.

Arlene Feinblatt, Ph.D., moja je kolegica i saradnica više od trideset godina. Sticajem okolnosti, ona je pionir u razvoju psihoterapije za psihosomatske poremećaje. Pošto br

osoba iz oblasti psihologije ili psihijatrije ima bogato iskustvo sa mišično-koštanim bolovima psihosomatskog porijekla, te budući da za posljedicu toga ne postoji literatura vodiča na ovu temu, a s obzirom na činjenicu da ova bolest predstavlja javnozdravstveni problem U većim razmjerima, bilo je bitno razviti odgovarajuću psihoterapiju za ove pacijente. Dr. Feinblatt je odlično obavio taj posao. Takođe je obučila veliki kadar terapeuta godine.

Na drugom mestu sam rekao da je za prihvatanje pacijenata neophodno da psihosomatsku dijagnozu postavi lekar. Jednako je važno da lekar i psihoterapeut ostanu u komunikaciji tokom cijelog tretmana. Odgovornosti su jasno razgraničene: uloga ljekara je da edukuje pacijente o prirodi psihosomatskog procesa, ključnog za uspješno liječenje bez obzira na to da li je psihoterapija propisana ili ne, i koja prethodi upućivanju. Lekar se bavi fizičkim problemima i odgovara na pitanja koja se mogu pojaviti tokom psihoterapije. Psiholog, naravno, ima glavnu odgovornost za dijagnosticiranje i liječenje psihodinamike odgovorne za simptome. Psiholog također utvrđuje da li su psihoaktivni lijekovi neophodni kao dodatak terapiji i upućuje pacijenta psihofarmakologu ako je to slučaj.

Sljedeći dio opisuje psihoterapijski program pripremio dr. Feinblatt.

#### KRATKOTRAJNA DINAMIČKA PSIHOTERAPIJA

Budući da su psihosomatski poremećaji rezultat nesvjesnih procesa i konflikata, naš psihološki program fokusiran je na korištenje kratkoročne dinamičke psihoterapije kao najboljeg sredstva za rješavanje temeljnog stresa i emocionalnih sukoba. Naš psihološki

Program uključuje ispitivanje efekata i interakcija psiholoških faktora na telo, a zatim povezivanje emocija pacijenata sa njihovim fizičkim reakcijama. Glavni naglasak u našem liječenju je otkrivanje obrambenih i potiskivajućih afekta. Budući da je utvrđeno da su bihevioralna inhibicija, potiskivanje i efekti otkrivanja međusobno povezani s fizičkim procesima, čini se da je ova metoda liječenja posebno prikladna za liječenje ovih pacijenata.

## KONSULTACIJE/OCJENA

Psihoterapija za pacijente s TMS-om počinje psihološkim savjetovanjem/ procenom svakog pacijenta. Nakon uputa ljekara, svaki pacijent se vidi na početnoj sesiji, koja se može sastojati od jednog do dva četrdesetpetominutna intervjua. Istražuju se pozadinsko zdravlje, porodica, obrazovanje, zanimanje i društvena istorija. Ovo ispitivanje istorijskih faktora, ma koliko oni bili važni, trebalo bi da bude samo polazna tačka za psihologovo istraživanje pacijentove snage ega, testiranja stvarnosti, kognitivnih sposobnosti, obrambenih mehanizama, neverbalnog ponašanja i sposobnosti održavanja odnos sa terapeutom.

Proces konsultativnog/evaluacionog intervjua determinisan je, u velikoj meri, odgovorom pacijenta. Pritisak psihologa koji intervjuiše i stepen tolerancije pacijenta na stres procesa služe za identifikaciju prednosti i slabosti pacijenta. Oni, zauzvrat, određuju koja vrsta terapije - nijedna, individualna ili kratkoročna grupna - nije prikladna za svakog pacijenta.

Konsultacije su u osnovi mikroanaliza, a rezultati će odrediti preporuke za liječenje. Kao takav, zahtijeva veliku vještinu i iskustvo za korištenje ove metode ispitivanja.

Posmatranje pacijenata počinje čak i prije nego što se obavi njihova konsultacija. Opće držanje pacijenata zapažamo u preliminarnim tele-

telefonske kontakte, odnos prema atmosferi čekaonice i sve druge kontakte koje imamo s njima. Tražimo indikacije revnosti, anksioznosti, sumnjičavosti ili kompulzivnosti.

Posebnu pažnju posvećujemo neverbalnom ponašanju tokom intervjua. Pacijenti koji se vrpolje ili ne mogu tolerisati sjedenje tokom cijelog intervjua, kao i način na koji se nose sa tom nesposobnošću, daju anketaru značajne informacije o sposobnosti pacijenta da se poveže i opštem stilu ličnosti. Budući da pacijenti sa psihosomatskim poremećajima ispoljavaju represivne stilove ličnosti, često imaju poteškoća u održavanju kontakta očima sa sagovornikom i/ili se često smeju ili smeju kada govore o bolnom ili teškom materijalu. Anketar dovodi u pitanje ova represivna ponašanja kako bi procijenio stepen do kojeg su ove odbrane ukorijenjene.

Stepen do kojeg pacijent toleriše ove izazove i pacijentovi odgovori na njih će ukazati na snagu ega i sposobnost pacijenta da iskoristi dalju terapiju. Za one pacijente koji nisu u stanju da toleriše direktne izazove, možda će biti potrebno više podrške, manje izazivanje anksioznosti i duže liječenje.

Nakon inicijalne evaluacije, psiholog odlučuje da li je tretman u okviru našeg programa odgovarajući. Ako se utvrdi da to nije prikladno, psiholog može pacijenta uputiti na psihijatrijsko liječenje ili suportivnu psihoterapiju, ili oboje. Kada naš program bude prikladan za pacijenta, psiholog će propisati kratkoročnu grupnu ili individualnu terapiju, ovisno o evaluaciji pacijenta.

## KRATKOTRAJNA GRUPNA PSIHOTERAPIJA

Preporuka kratkoročne grupne psihoterapije se daje kada se čini da pacijenti nemaju pojma o stepenu do kojeg koriste represiju ili ako nisu sigurni u neke od psiholoških

faktori koji na njih utiču. Kratkotrajna grupa se također može predložiti za pacijente koji nikada nisu bili na terapiji i koji nisu svjesni psihoterapijskog procesa. Grupna terapija se također preporučuje onim pacijentima koji imaju poteškoća u povezivanju umnog tijela sa sobom. Svaka kratkotrajna grupa za bol sastoji se od osam sedmičnih devedesetominutnih sesija, koje vodi stariji terapeut i, obično, koterapeut i negdje između pet i deset pacijenata. Ako se preporučuje individualna psihoterapija, izbor terapeuta određuje se nizom faktora koji mogu uključivati godine iskustva, kulturno porijeklo i stil ličnosti.

Prve grupne sesije su posvećene identifikaciji, razjašnjavanju i izazivanju odbrambenih manevara koje pacijenti koriste. Većina pacijenata nije svjesna ove odbrane i nije u stanju čak ni definirati njihova osećanja koja se razlikuju od njihovih misli. Osim toga, često miješaju jednu emociju s drugom. Takvi pacijenti se često nazivaju „aleksitimičnima“, što implicira da nisu sposobni da generišu osećanja, što je koncept sa kojim se u potpunosti ne slažemo.

U srednjim sedmicama liječenja fokus se pomjera na emocionalno potiskivanje i mehanizmi pomoću kojih to dovodi do fizičkih simptoma. Pacijenti počinju povezivati različita emocionalna stanja sa svojim fizičkim pratećim pojavama. Ponekad pacijenti koji nisu svjesni fizičkih reakcija svojih tijela mogu biti zbunjeni između somatskih (fizičkih) obrana, anksioznosti i njihovih normalnih impulsa i osjećaja. Tokom ovih sedmica članovi grupe obično počinju da pokazuju veću koheziju i počinju da uče iz međusobnih iskustava.

Glavna pitanja koja se razmatraju tokom završnih sesija su gubitak i žalost. One se prirodno razvijaju kako grupno iskustvo sazrijeva.

Učinkovitost kratkoročne dinamičke grupne terapije dokumentovana je u dvije velike studije, od kojih su obje pronašle značajne re-

smanjenje intenziteta, trajanja i učestalosti bola, kao i smanjeni poremećaji spavanja kod pacijenata koji su učestvovali.

## INDIVIDUALNA TERAPIJA

Sva naša psihoterapija se provodi u istom okviru.

Bilo da je pacijent na grupnoj ili individualnoj psihoterapiji, posao terapeuta je isti: pomoći pacijentima da steknu bolje razumijevanje odbrambene strukture koja štiti njihovo svjesno ja od destruktivnih aspekata njihovog nesvjesnog bijesa, i da poveća njihov emocionalna svijest općenito. U tu svrhu, tretman je usko fokusiran. U kratkotrajnoj dinamičkoj terapiji, pacijentima se stalno postavlja izazov da opravdaju neprikladno ponašanje. Na primjer, ako se pacijent smije ili nasmiješi kao reakciju na podražaje koji jasno pozivaju na drugačiji odgovor, terapeut će mu skrenuti pažnju na tu činjenicu i zatražiti od pacijenta da objasni takvu neracionalnu anomaliju.

Takve emocionalne nepodudarnosti su važni tragovi za razjašnjavanje pacijentovog razumijevanja vlastitog emocionalnog profila. U svakoj od ovih tačaka u tretmanu, terapeuti se moraju zalagati za povećanje svijesti pacijenata između osnovnih emocija i njihove sposobnosti ili neuspjeha da ih izraze. Suočavamo se i sa svim pokušajima poricanja ili racionalizacije.

Ponekad će pacijenti pokušati opisati svoje neprimjereno ponašanje kao primjer svoje emocionalne svijesti, a terapeut mora pomoći pacijentu da shvati da to nije ništa slično. Takvo tumačenje je, u stvari, primjer izbjegavanja, a ne stvarno iskustvo emocionalne istine. Kada je terapeut izazove, pacijentova reakcija – gotovo uvijek izbjegavajuća ili samoporažavajuća ili iracionalna – može se koristiti kao metoda za intenziviranje emocionalnog iskustva. U drugim slučajevima, pacijenti će koristiti



ćutanje kao način smanjenja njihovog osjećaja ranjivosti ili, u njihovim umovima, izražavanja bijesa. Terapeut može pomoći pacijentu da istražuje posljedice takvog ponašanja, a ponekad može dodati i nivo hitnosti ističući da će nastavak takvog ponašanja imati tendenciju da produži trajanje liječenja.

Liječenje se mora fokusirati na psihologiju ljudi, a ne na njihove fizičke simptome. Kada pacijenti uvode medicinske ili fizičke pojave u diskusiju, terapeut mora odmah odgovoriti na pitanja o psihološkim aspektima pacijentovog života prije ili u vrijeme pojave simptoma, kao i drugim psihološkim problemima. Na primjer, ako pacijent povezuje pojavu bola s dugim putovanjem automobilom, terapeut bi trebao postaviti pitanja u vezi s okolnostima putovanja, svrhom putovanja, stanjem svijesti pacijenta o putu, kao i emocionalni ishod putovanja. Svijest i razumijevanje emocionalne podloge odbrambenih struktura moraju se pojaviti tokom liječenja, a, kao što je ranije navedeno, fizičke i represivne mjere moraju se prepoznati kao kontraproduktivne.

Budući da su naše terapijske metode namjerno izazovne, pacijenti koji su već imali iskustva u psihoterapiji sa drugim stručnjacima za mentalno zdravlje moraju se prilagoditi rigoroznijem karakteru našeg programa. Gotovo svi takvi pacijenti prijavljuju osjećaj anksioznosti, ali i olakšanja zbog promjena u liječenju. Kažu nam da, iako se osjećaju više anksiozno, žele brže krenuti prema rješavanju simptoma. U stvari, povećanje svjesno doživljene anksioznosti često se javlja prije ili za vrijeme smanjenja simptoma. Stoga, iako simptomi (kao što je bol u leđima) stvaraju motivaciju za terapiju, oni također mogu biti korišteni kao mjerilo i od strane pacijenta i terapeuta za mjerenje njihovog napretka ili nedostatka u liječenju.

Pacijenti moraju gledati na tretman kao na partnerstvo u kojem jesu

smatraju potpuno osnaženim odraslim osobama. Česta pojava tokom procesa uspješne psihoterapije je fluktuacija simptoma, kao što je smanjenje boli, praćeno povećanjem bola ubrzo nakon toga. Ovo je češći obrazac od iznenadnog ili postepenog prestanka simptoma. Ove promjene mogu odražavati ciklus katarze i otpora, kao i fluktuacije u pacijentovom razumijevanju prave prirode onoga što uzrokuje njihov poremećaj, jer njihovi stari netačni ili samoporažavajući razlozi ustupaju mjesto prilagodljivijim odbranama. Može potrajati da u potpunosti shvatite kompliciranu interakciju u kojoj vaš zakopani bijes izaziva osjećaj krivice što zauzvrat može izazvati nisko samopoštovanje.

Neki pacijenti navode da su njihovi simptomi (obično bol) počeli da se kreću s jednog mjesta na drugo. Ovo se može shvatiti kao povoljan znak da terapija ima blagotvoran učinak, a može se koristiti i za uvjeravanje pacijenata da je takav obrazac više u skladu s psihološkim simptomima, a ne simptomima uzrokovanim bolestima.

Jedna od najvećih prepreka sa kojima se terapeuti suočavaju u liječenju psihosomatskih pacijenata je pogrešna pretpostavka pacijenata da znaju koji su osnovni problemi i šta je uzrokovalo njihov poremećaj.

Pacijenti često dolaze na liječenje osjećajući krivicu zbog svoje ovisnosti; ljutnja zbog nerazumijevanja od strane drugih njihovih simptoma, koji su često nevidljivi; i frustrirani nedostatkom napretka koji su postigli u konvencionalnim medicinskim tretmanima. Ovi osjećaji su lakše dostupni i često se mogu iskoristiti za početak rada na razvoju veće emocionalne svijesti, što će zauzvrat dovesti do većeg pristupa nesvjesnom.

Za određene pacijente, terapija se mora modificirati kako bi se smanjio stepen anksioznosti uzrokovan nemilosrdnim izazovom terapeuta. To uključuje pacijente koji su teško ili suicidalno depresivni, pacijente s oštećenjem mozga i pacijente koji smatraju da se

gore nego bolje. Za ove pacijente, liječenje mora biti više podržavajuće prirode tako da njihova sposobnost da prisustvuju ne bude preplavljena anksioznošću.

Vigilance je terapeutovo najefikasnije sredstvo za liječenje. Moraju se koristiti svi neverbalni kao i verbalni znakovi. Prate se posturalni mišići, mišići lica i disanje. Kada terapeut prepozna osjećaje pacijenata koji leže, pacijenti često izražavaju olakšanje i postaju svjesni smanjenja fizičke napetosti. Ovo smanjenje označava značajan trenutak u liječenju. Pacijent sada može razlikovati fizičku i psihičku odbranu. Takođe služi da ilustruje pacijentu kako terapeutov nemilosrdan izazov zapravo pomaže pacijentu.

Općenito, psihosomatski pacijenti sa kojima smo radili pate od velike anksioznosti i straha. Često se osjećaju žrtvama, a neki su, zapravo, često bili žrtve seksualnog ili fizičkog zlostavljanja. Često, kao rezultat njihove povijesti, mnogi pacijenti su akutno osjetljivi na potrebe drugih. Oni pate od niskog samopoštovanja i vođeni su uspjehom i brigom o drugima. Imaju potrebu da osjećaju kontrolu nad situacijama za koje na kraju smatraju da su van kontrole. To se često događa kao rezultat osjećaja da su ih vlastita tijela izdala. Često imaju istoriju drugih psihosomatskih poremećaja. Neki su izgubili roditelja ili su iskusili dominaciju zahtjevnog roditelja. Pacijenti sa psihosomatskim poremećajima često pokazuju druga samokažnjavajuća ponašanja, obično u obliku pretjerane zahtjevnosti prema sebi. Jedan od takvih primjera bio je pacijent koji se bavio pretjeranim vježbanjem, provodeći najmanje šest sati dnevno na stazi ili na pokretnoj traci ili u teretani, s jedinim ciljem da se iscrpi.

Psihosomatske osobe često imaju problematičnu istoriju sa drugim zdravstvenim radnicima. Možda su bili pogrešno shvaćeni zbog činjenice da su njihovi problemi često nevidljivi.

Naišli su na značajnu frustraciju kako za sebe, tako i za pojedince koji su bezuspješno pokušavali da ih liječe. Često su odustali, uklonili se iz normalnih društvenih kontakata i/ili postali više zavisni od drugih, obično članova porodice. Rezultat je osjećaj krivice i sniženo samopoštovanje, što zauzvrat služi za povećanje njihovih psihosomatskih simptoma.

Kada pacijenti konačno mogu da izgube svoje simptome, oni postižu veće samorazumijevanje i efikasnije se nose s drugima.

Jedan od najzadovoljnijih aspekata rada psihoterapeuta je da uspješno liječenje psihosomatskog pacijenta rezultira zdravijom emocionalnom, kao i zdravijom fizičkom individuom.

Jedan od prvih pripravnika dr. Feinblatta bio je dr. Eric Sherman. Sljedeći slučajevi su iz njegove prakse.

#### ABNEROV SLUČAJ

Kada je Abner, tridesetpetogodišnji muškarac, došao sa istorijom jakih bolova u leđima i nogama, već je vidio nekoliko ortopedskih distista koji su preporučili operaciju hernije diska koja se pokazala na MR skeniranju. Bio je uplašen mogućnošću operacije, kao i razočaravajućim rezultatima prijatelja i rođaka koji su bili podvrgnuti sličnim zahvatima. Abner je očito izgledao tjeskoban, a fizička aktivnost mu je bila značajno ograničena. Jedan član Abnerove crkve bio je uznemiren kontrastom između njegovog trenutnog fizičkog stanja i onoga što je bio njegov čvrsti i neumorni stil vožnje. Saznavši za bol u leđima i preporuku za operaciju, poznanik se povjerio Abneru o svojoj sličnoj borbi s onesposobljavajućim bolovima u leđima. Opisao je kako su simptomi počeli da se poboljšavaju nakon konsultacija sa dr. Sarno i učešća u njegovom terapijskom programu. U ovom trenutku, Abner je bio očajan i voljan da razmotri bilo šta, pa je sledio preporuku svog prijatelja.

Sarno. Budući da je izuzetno inteligentna osoba i sposobna da savlada složene i nove informacije, Abner je brzo shvatio centralnu premisu dr. Sarno da nespješna ljutnja igra ključnu ulogu u razvoju bolova u leđima.

Jedinstveni problem za Abnera bio je taj što sebe nije smatrao emocionalno inhibiranim. Zapravo, Abner i njegovi najbliži bi se složili da je većinu vremena bio ljut. Poznavali su ga kao gorljivog, argumentiranog čovjeka, koji ne samo da je tražio i izazivao sukobe, već i naizgled uživao u njima bez obzira na ishod. Stoga se Abner plašio da se dijagnoza dr. Sarno neće primijeniti na njegov slučaj. Nije bio svjestan razlike između svjesnog i nespješnog bijesa. Počeo je da se pomiruje sa operacijom.

Međutim, sam strah od operacije pomogao mu je da savlada svoje sumnje o tačnosti dijagnoze dr. Sarno. Prihvatio je da je njegova bolna simptomatologija psihosomatski poremećaj i nevoljko je slijedio preporuku dr. Sarno za individualnu psihoterapiju.

Abner, vrlo angažiran i zastrašujuće artikuliran čovjek, počeo je liječenje hvaleći se pedantno detaljno o svojim posljednjim izljevima bijesa. Bio je iskreno zbunjen kako neko poput njega može poricati ljutnja. Stoga se pitao kako bi mu liječenje moglo pomoći. Kako je terapija odmicala, postalo je očigledno da je Abner pretjerano reagirao na obične poniženosti koje svi trpimo u svakodnevnom životu. Iako još uvijek nije bio uvjeren da bi mu liječenje moglo pomoći, Abner je ipak uspio razviti uvid u svoje nesrazmjerno intenzivne reakcije na ono što se čak i on složio da su općenito trivijalne provokacije. Postao je znatiželjan zašto se osjećao ponukanim da "ubija kućne muhe haubicama", čak i kada potencijalne koristi teško mogu opravdati količinu vremena, truda i energije koju je uložio u ove bitke.

Abner je počeo da primjećuje da kad god je primijetio omalovažavanje, doživljavao je da ga druga osoba "odbacuje", u suštini prenosi

Abneru da je nevažan i nedostojan pažnje.

Sam, Abner je brzo shvatio da su mu ta osjećanja bolno poznata. Njegova vlastita majka bila je toliko zaokupljena majčinim bolesnim zdravljem i potrebama za brigom da je često zanemarivala Abnerove emocionalne potrebe, često delegirajući njegovu brigu na druge. Kada bi se Abner, koji je žudio za majčinom pažnjom, prirodno protestirao, ukoreni su ga što je sebičan, misli na sebe umjesto na svoju bolesnu baku.

Da stvar bude gora, Abnerov otac, biznismen, bio je izuzetno grandiozan. On bi pojačao svoj nesigurni osjećaj sebe tako što bi porodicu podvrgavao gadljivim izvještajima o svom lošem poslu u poslovnom svijetu. Kad god bi Abner tražio očevu pažnju u ovim prilikama bi ga ukorili što ne sluša. Ako Abner ne bi podržao narcizam svojih roditelja, bio bi kažnjen jer je sebičan i egocentričan. Okrutna ironija ove iskrivljene porodične dinamike razbjesnila je Abnera. On se protivio nepravdi da se dijete mora žrtvovati kako bi zaštitilo svoje roditelje. Njegovo razumijevanje ove dileme se produbilo kako je Abner shvatio da je ova samopožrtvovnost bila neophodna za njegov vlastiti opstanak. Da nije fol snizio pravila, bilo bi manje vjerovatno da će dobiti čak i mrvice roditeljske pažnje od koje je jedva izdržavao.

Sa ovom spoznajom Abner je na značajan način revidirao svoj osjećaj sebe. Iako je često bio zapaljiv prema drugima, sada je shvatio koliko je bio izuzetno inhibiran kada je u pitanju doživljavanje ljutih osećanja prema roditeljima. Plašio se da će neizbježno djelovati na svoj bijes čak i kada ga doživi isključivo na privatnoj, unutrašnjoj, emocionalnoj osnovi. Stoga bi njegova osjećanja mogla ugroziti sam njegov opstanak tjerajući ga da „ugrize ruku koja ga hrani“.

Kako bi mogao voljeti svoje roditelje ako je osjećao toliki bijes da ih štiti? U Abnerovom umu, samo čudovište ne bi voljelo svoje roditelje. Za njega nije postojala takva stvar kao što je ambivalentnost; i ti

volio nekoga ili ga mrzeo. Stoga je Abner izbjegavao stvaranje situacija koje bi reaktivirale njegov nesvjesni bijes prema roditeljima. Baš kao kad je bio dijete, odrasli Abner je spretno zaobišao potrebu za pažnjom svojih roditelja. Na taj način je mogao spriječiti erupciju svog nesvjesnog bijesa, istog bijesa koji je prvobitno bio zapaljen lišavanjem emocionalne uključenosti svojih roditelja.

Međutim, izbjegavanje sukoba je u najboljem slučaju bilo privremeno rješenje, jer nije moglo obuzdati njegov sveobuhvatni bijes. Stoga je udvostručio svoje napore da priguši izraz svog bijesa razvijanjem nesnosnog bola. Teški bol služio je kao moćno odvratanje pažnje od nepodnošljivih i zastrašujućih osjećaja destruktivnog bijesa.

Bol je štitio Abnerov osjećaj sebe kao sina punog ljubavi bez ograničavanja njegove fizičke aktivnosti – odnosno njegove sposobnosti da seksualno funkcionira. Očigledno, fizička patnja može biti održivo rješenje samo kada je jedina alternativa oslobađanju bijesa dovoljno destruktivnog da ugrozi nečiji opstanak.

Liječenje psihosomatskih bolnih sindroma ne zahtijeva da se pacijenti odreknu određenih osjećaja. Kako je Abner naučio tokom tretmana, osjećaji su nepoželjna iskustva.

Nemamo kontrolu nad onim što osjećamo, ali možemo i moramo kontrolirati kako reagiramo na svoja osjećanja. Cilj liječenja je, dakle, omogućiti pacijentu da adaptivnije odgovori na svoje emocionalne sukobe - drugim sredstvima osim razvoja bola.

Na početku liječenja, Abner nije mogao prepoznati vlastita ljutnja prema roditeljima jer mu takva emocionalna iskustva nisu bila prijatna na privatnoj i internoj osnovi. Kako je Abner shvatio da ljutnja prema voljenim osobama ne predstavljaju odsustvo ljubavi, bio je u stanju bolje tolerisati ta osjećanja i razmišljati o njima. Jednom je uspio zadržati svoje samopoštovanje

dok je doživljavao ljutnju, njegov se bol značajno smanjio. Abner

na kraju je postao potpuno asimptomatski s obzirom na bol u periodu od pet godina.

Zatim, usred porodične krize, Abnerov bol se ponovio. Bio je uhvaćen u dramu prepunu izdaja, optužbi i tjeskobe koje se obično susreću samo u grčkim tragedijama ili sapunicama na televiziji. Njegov bol je bio toliko jak da su mu bile potrebne zapanjujuće doze lijekova protiv bolova za ublažavanje. A to olakšanje je bilo jedva dovoljno i često je kratko trajalo. Abnerova porodica je insistirala da se konsultuje sa ortopedima koji su preporučili operaciju skoro šest godina ranije. Njegova porodica je zaključila da se neki novi fizički poremećaj morao razviti nakon toliko vremena bez bolova u leđima. Abner je popustio pred njihovim pritiscima. Privatno, i on se bojavao da je ova epizoda drugačija. Međutim, na kraju, Abner je zaključio da njegovi simptomi mogu predstavljati samo novi izbijanje psihosomatskog bola u leđima uprkos onome što su mu doktori i porodica govorili. Njegova spoznaja je došla iz spoznaje da je potpuno oslobođen bola tokom seksualnih aktivnosti (koje su za njega često bile na ivici akrobatskog). Ponovljena magnetna rezonancija je takođe pokazala da nema promene intervala u odnosu na original urađen šest godina ranije.

U ovom najnovijem incidentu, Abner je zaista bio bolno svjestan koliko je ljut na svoju majku i oca zbog njihovog nepromišljenog ponašanja, koje je cijelu porodicu gurnulo u krizu. Ipak, o ovim osjećajima nije mogao razgovarati sa svojim ocem, kojeg je smatrao uglavnom odgovornim za nesreću. Abner se plašio da će mu otac biti uništen ako otkrije svoja osećanja. Primetio je da bi ga gubitak oca uplašio barem onoliko koliko bi ga rastužio. Abnerov strah od zavisnosti konačno se pojavio.

Ozbiljnost Abnerove bolne simptomatologije uznemirila je sve koji su ga poznavali. Izgledao je kao slomljen čovjek, fizički, emocionalno i duhovno. Abner je ubrzo shvatio koliko je bio uplašen veličinom svog bijesa. On mu je učinio-



sebe bezopasan tako što sebe onesposobi strašnim bolom. Na taj način više nije mogao da prijeti ocu smrtonosnim bijesom, ugrožavajući vlastiti opstanak. Umjesto toga, mogao je optužiti svog oca za fizičku patnju, istovremeno razoružavajući oca. Bez obzira koliko je njegov otac bio ljut na prikrivene optužbe svog sina, otac nije mogao uzvratiti prijetnjom napuštanjem kada njegov sin je bio u tako teškoj situaciji.

Kako je govor tijela fizičke patnje preveden na emocionalne supstrate, Abner je mogao razmišljati o svojim fantazijama o destruktivnom bijesu i emocionalnoj devastaciji. Još jednom, Abner je prepoznao kako je zaštitio grandioznost svog oca održavajući vlastiti osjećaj zavisnosti. Uprkos Abnerovoj izvanrednoj poslovnoj sposobnosti, on se omalovažavao kao varalica — „dečak poslan da radi muški posao“. Abner je osigurao svoj opstanak tako što nije „kišio na paradi svog oca“. Nažalost, Abnerova legitimna želja da razvije svoje sposobnosti pomiješana je s njegovim strahom da će povrijediti svog oca.

Kako je Abner povećao svoju toleranciju prema svojim ljutim i zavisnim osjećajima, njegov bol se smanjio, iako ne tako dramatično kao tokom prvog tretmana. Konačno, Abner je bio minimalno simptomatičan na stalnoj osnovi i odlučio je prekinuti liječenje, znajući da ga čeka još posla.

#### HIROKUOV SLUČAJ

Hiroku je dvadesetpetogodišnji japansko-američki direktor osiguravajuće industrije s dugom historijom neobjašnjivih, povremenih zdravstvenih stanja. Ova stanja su uključivala bolove u ramenu, bolove u laktovima, glavobolje i razne simptome gastrointestinalnog poremećaja. Nedavno je dobila bol u desnom stopalu, nevezanu za bilo kakvu fizičku traumu. Sa svim ovim uslovima opširno su se bavili najpoznatiji praktičari u svojim oblastima, bez sumnje

zbog činjenice da su i majka i otac pacijenta ljekari. Majka pacijenta je oduvijek pretpostavljala da su tegobe njene kćerke psihosomatski poremećaji, osim ako se ne dokaže suprotno.

Zaista, iako liječnička procjena Hiroku nikada nije ustanovila da ima psihosomatsko stanje, oni su jednostavno odbili i izjavili da nisu našli ništa što bi objasnilo njene probleme.

Hirokuina majka prisustvovala je stručnoj konferenciji o pitanjima uma i tijela u onkologiji. Jedan od izlagača naveo je doprinose dr. Sarno na polju psihosomatske medicine. Hirokuina majka je pozvala svoju kćer da se posavjetuje sa dr. Sarno, što je ona i učinila.

Na svom sastanku sa dr. Sarno, Hiroku se pokazala kao izuzetno pronicljiva i artikulirana. Katalogizirala je svoje emocionalne sukobe na lagan, privlačan i, prije svega, sofisticiran način.

Iako se slagala s pretpostavkama dr. Sarna i često se prepoznavala na stranicama njegovih knjiga, bila je pomalo skeptična u pogledu toga da li će joj liječenje uspjeti od kada je

već toliko u dodiru sa njenim osećanjima. Kao primjer, krenula je u razornu tiradu protiv svog dečka, a da se nije ni oznojila. Njen aplomb je bio impresivan, ali više jeziv nego vrijedan divljenja.

Uprkos svom skepticizmu, bila je vrlo prijemčiva za preporuku dr. Sarno da započne psihoterapiju.

U prvih nekoliko sesija Hirokuov bol u stopalu je gotovo potpuno nestao, iz razloga koji su još uvijek nedokučivi. Tada je medeni mjesec bio gotov - naglo. Hirokuin bol u stopalu ne samo da se pogoršao, već je razvila nove simptome u kolenu i zglobu, zajedno sa osipom na čelu. Hiroku je tražio odgovore i uskrsnuo

njen rani skepticizam u pogledu efikasnosti tretmana.

Kada je upitana o nedavnim iskustvima, Hiroku je slobodno izjavila da se ljuti na posetioce izvan grada i kako su zahtevi gostoprimstva dodatno opterećivali njen ionako prezakazano život. Zapravo, upravo ovaj pristup njenim ljutitim osećanjima je dokazao da je ona

tretman je bio osuđen na propast. Hiroku je tada objašnjeno da iako su mnogi ljudi potpuno svjesni da doživljavaju emocije, dio njih se bori protiv osjećaja koji se smatraju tabuom. Na primjer, mnoge majke su svjesne da se zamjeraju zahtjevima novorođenih beba, ali se često osjećaju krivima. Srame se što imaju ovakva osećanja, čak i kada njihovo ponašanje prema detetu ostaje neprikosnovo.

Hiroku je tada priznala da je, iako je spolja izgledala ljubazna prema svojim gostima tokom celog njihovog boravka, osećala stid zbog svoje ogorčenosti prema njima. Prema Hirokuu, doživjeti ogorčenost znači biti sebičan, bez obzira kako se zapravo ponašao.

Hiroku je nastavila da produbljuje svoje razumevanje kako ne može tolerisati određena emocionalna iskustva, čak ni na privatnom i unutrašnjem nivou. Počela je da koristi bol u stopalu kao vodič za trospekciju, a ne kao trag za razotkrivanje fizičke medicinske misterije. Kad god bi osjetila bol u stopalu, prvo bi se zapitala: "Šta osjećam?" Međutim, ubrzo je naišla na prepreku – odgovori na njena pitanja su joj često bili neprihvatljivi. Na primjer, kada je prepoznala svoj bijes prema supervizoru koji ju je nepravedno kritizirao, iskusila je samoprezir zbog same slabosti, što ju je učinilo ranjivom na kritiku.

Sve u svemu, Hirokuova simptomatologija boli ostaje značajno poboljšana. Budući da je Hiroku u najranijim fazama liječenja, dalji napredak će bez sumnje biti povezan s dubljim razumijevanjem interakcije između njenih osjećaja ljutnje i potrebe.

#### LIAMOV SLUČAJ

Liam je imao skoro trideset četiri godine kada je prvobitno stigao na liječenje jakog, psihosomatskog bola u leđima. Liam je najstariji

četiri dečaka. On je takođe prvorodeni i mnogo obožavani "Hristov unuk" u velikoj evropskoj porodici. Za sebe kažu da je vojničko derište, Liam je živio širom svijeta i zadržavajući tečno govori tri jezika. On odiše lakom samopouzdanjem nekoga ko je „bio tamo, uradio to“. Sjajan uspjeh i svima ga vole, Liam nikada ni za koga ne govori neljubaznu riječ, barem ne naglas.

Liamova prva epizoda onemogućavanja bolova u leđima dogodila se na povratnom letu s odmora. Neočekivano je naleteo na najbolju devojkicu svoje bivše verenice. Žena je obavijestila Liama vijest da je njegova bivša zaručnica zaručena za drugog muškarca i da će se udati kasnije te godine. Iako ništa nije eksplicitno navedeno, Liam je "samo znao" da je ova žena primijetila da je nevezan i da "jedva čeka" da sada ode i svojoj bivšoj verenici saopšti dobre vesti o patetičnom stanju Liamovog ljubavnog života. Kada je Liam pomogao ženi da odloži svoj prtljag u kantu iznad glave, pogodili su ga jaki grčevi u leđima zbog kojih je pao na pod u prolazu aviona.

Tada je Liam zaključio da je sigurno "nešto povukao".

Podstaknut uz nekoliko žestokih pića, izdržao je let od tri i po sata, nadajući se da je bol u leđima samo neka čudna pojava. Uostalom, bio je izuzetno zdrav tridesetogodišnjak i vrlo atletski nastrojen.

Kako išta tako bezazleno kao što je odlaganje malog kofera može dovesti do takve boli?

Nakon nekoliko mučnih dana kod kuće, Liam se obratio ljekaru koji ga je uputio ortopedu. Ortoped je naručio magnetnu rezonancu, koji je otkrio herniju diska, a ortoped je naknadno savjetovao konzervativno liječenje uz mirovanje u krevetu, antiinflamatorne lijekove i moguću fizikalnu terapiju, ovisno o Liamovom odgovoru na ostale preporuke. Liamovo stanje se samo neznatno poboljšalo i upućen je fizioterapeutu na agresivniji tretman. Postepeno se usavršavao i na kraju

ally je sam prekinuo fizikalnu terapiju. Ostao je potpuno bez bolova u leđima skoro četiri godine, nakon čega je doživio recidiv.

U ovom slučaju, ortopedi su konsultovali sve preporučene operacije. Kada je saznao da se njegov najnoviji MRI ne razlikuje od originala, doveo je u pitanje potrebu za operacijom. Na kraju krajeva, rekao je, ako se ništa nije promijenilo u njegovoj kičmi i ako je ostao asimptomatski četiri godine bez operacije, zašto nije bilo razumno pretpostaviti da se ista stvar ponovila? Jednom čovjeku, doktori su odbacili njegovo pitanje i pozvali se na njegovu prethodnu istoriju bolova u leđima kao osnovu za preporuku operacije.

Liam je sistematski koristio gotovo sve poznate alternativne tretmane i iskusio različite stepene poboljšanja. Dok je tražio još informacija u knjižari, naišao je na nekoliko knjiga dr. Sarno. Dok ih je čitao, prepoznao se na skoro svakoj stranici. Također je unatrag shvatio da je njegovu prvu epizodu bolova u leđima gotovo sigurno ubrzala lavina neriješenih osjećaja oko njegovog slomljenog

angažman.

Liam je upisao psihoterapiju. Tek kada je protekao veći dio godine, uživao je u poboljšanju simptoma bolova. U tom trenutku bio je u stanju da formuliše razumevanje zašto mu je bilo imperativ da određeni emocionalni sukobi budu proterani iz njegove svesne svesti. Iako je Liam bio svjesno jako ljutih osjećaja prema svom ocu, duboko se stidio zbog tih osjećaja. Njegovom sramu dodavalo je i uvjerenje da je jedini u svojoj porodici iskusio takva osjećanja mržnje. U rijetkim prilikama kada bi Liam izrazio protest ili neslaganje sa svojim ocem, njegov otac bi se dramatično razmetao svojim bijesom i emocionalnom povredom, verbalno natjeravši Liama da se odrekne svojih bogohulnih osjećaja. Naravno, on greši-

pasivnost svoje majke i paraliziraju svoje braće je protumačio kao slaganje sa stavom svog oca.

Kao i mnogi pacijenti koji pate od sindroma psihosomatskog bola, Liam je odličan uspjeh i veoma mu se divi. On je jedini član porodice na kojeg se svi ugledaju. On je savršeni čuvar. Ovu ulogu obavlja od najranijeg djetinjstva. Prevodio je za svoje roditelje i objašnjavao im američku kulturu. Zalagao se za svoju braću u kulturnim sukobima

neizbježno dogodio. I tješio je svoju majku zbog njenih bračnih razočaranja time što je bio najbolji sin kojeg je svaka majka mogla tražiti. Liamovo samopoštovanje bilo je u potpunosti zasnovano na uspješnoj brizi o drugima, posebno o svom trošku.

Kako je liječenje napredovalo, postalo je jasnije da ako bi Liam vjerovao da drugi članovi njegove porodice dijele njegova osjećanja prema njegovom ocu, onda je mogao vidjeti da je njegov bijes predstavljao legitimnu reakciju na očevu tiraniju, a ne znak neloyalnosti sina. i nezahvalnost. Prepoznavanje očevog zlostavljanja je, međutim, bilo praćeno Liamovim samoprezirom jer nije uspeo da zaštiti svoju majku i braću od iste tiranije. Dugo vremena je Liamu bilo ugodnije da se stidi zbog svojih ljutih osećanja nego da se stidi zbog svojih uplašanih i bespomoćnih osećanja.

Liam je ostao potpuno bez TMS-a više od tri godine, uprkos tome što je doživio niz tragičnih događaja za to vrijeme. Prema Liamu, „Sada se mogu osjećati usrano, a da se ne osjećam kao da sam govno.“ A budući da se Liam može samo osjećati „usrano“, on ne osjeća bolove u leđima.

Slijedi iskustvo drugog psihoterapeuta, Roberta Paula Evansa, dr.

Sa svim divnim novim naučnim otkrićima, mi smo u usred promjene na novu paradigmu, proširenje načina na koji percipiramo i doživljavamo sebe i svemir. Međutim, ideja

da postoji veza uma i tijela još uvijek je strani i ponekad zastrašujući koncept za većinu ljudi, uključujući mnoge profesionalce. Zapravo, govoriti o povezanosti uma i tijela je pogrešno, jer sugerira dvije odvojene različite jedinice nekako „povezane“, a ne jedno integrirano cijelo biće. Kao što je dr. Sarno uradio, ja ću cijeli ovaj entitet nazvati tijelom uma (bez crtice).

Websterov rječnik definira iscjeljivanje kao „ozdravljenje“. Posebno za mnoge pacijente s TMS-om, prva prepreka u procesu izlječenja je njihova nevjerica, ili u najboljem slučaju, njihova ambivalentnost u pogledu ovog integrativnog, holističkog pogleda na tijelo uma. Stoga je važno pozabaviti se ovim pitanjem na iskustvenom nivou na samom početku liječenja. Osobe sa TMS-om moraju biti u stanju da iskuse sebe u činu potiskivanja emocija. Ovo iskustvo im omogućava da iz prve ruke svjedoče kako tijelo uma radi, tako da mogu početi prihvaćati teške emocije i olakšati iscjeljenje. Ono što slijedi je kratak opis mog početnog psihoterapeutskog pristupa radu sa TMS-om – šta radim kako bih pomogao u ovom izlječenju, kako to radim i kako se to ponekad razlikuje od tradicionalnijih oblika psihoterapije.

Pomisao koja mi je prva pala na pamet bio je citat Viktora Igoa: "Izgubi razum i dođi sebi." Po mom mišljenju, ova misao se približava suštini psihološkog tretmana osoba sa TMS-om. Victor Hugo je bio djelimično u pravu. Ne želimo da izgubimo razum, već radije naučimo kako da doživimo um i tijelo onakvima kakvi zaista jesu – integrirani kao jedno. Doći k sebi znači napustiti čvrst stisak koji nesvjesno tijelo ima tako da rezultira fizičkim simptomima poput TMS-a ili refluksa. Svrha ovih simptoma nije da povrijede, već da nas ometaju i na taj način nas zaštite od doživljavanja onoga što se nesvjesno smatra bolnijim ili neugodnijim ili za što smo počeli vjerovati da su neprihvatljive emocije. Kada anksioznost, strah, ljutnja, bijes, stid, krivica, povrijeđenost,

tuga, tuga, uočena nezaslužena radost i slično su preplavljujućeg intenziteta, prodiru ili zaobilaze uobičajene mehanizme psihološke odbrane. Mi doživljavamo fizičke simptome umjesto ovih emocija jer ih nesvjesno tijelo smatra manje bolnim, manje opasnim ili štetnim od emocija. U to je možda teško povjerovati, posebno kada je bol jak, ali ozbiljnost pokazuje intenzitet i moć tih potisnutih osjećaja i straha koji oni izazivaju u nesvjesnom. Kada pacijent može posmatrati sebe kako potiskuje datu emociju u datom trenutku i gotovo istovremeno počinje da doživljava samu emociju, to mu/joj omogućava da se oseća sigurnije u iskustvu uma i tela, što zauzvrat olakšava isceljenje. . Jedan je problem, međutim, što se ne može doživjeti nešto čega, po definiciji, nije svjestan. Stoga su tehnike poput sljedeće dizajnirane da olakšaju ovaj proces. Posmatrački dio pojedinca može naučiti da postane, kako ja volim da kažem, „udobniji zbog nelagode“ onoga što dio osobe koja učestvuje emocionalno doživljava. Postepeno, prihvaćena emocija se doživljava ne samo na intelektualnom nivou već na potpuno holistički, integrisani način. U ranim fazama terapije uobičajeno je vidjeti da kada neka uznemirujuća emocija počne izlaziti na površinu i prijeti da se osjeti svjesno, nesvjesno tijelo uma može pogoršati bol ili dati osobi još jedan simptom na koji treba obratiti pažnju. Zadatak terapeuta je da pomogne pacijentima da razviju i koriste tehnike koje će ih dovesti do „razuma“, odnosno da dožive mentalno telo integrisano kao jedno. Kada se to postigne, simptomi TMS-a više nisu potrebni. Prije nego što se pozabavimo tradicionalnim tipovima psihodinamskih problema, prvo se moramo pozabaviti "podjelom tijela" uma. Kada se pacijent s TMS-om osjeća ugodnije s iskustvom ove holističke integracije i može početi prihvaćati nekada nepodnošljive emocije



dodatni psihoterapeutski rad koji može biti neophodan, kao što je upravljanje bijesom ili post-traumom, ili bavljenje suptilnijim problemima kao što je nisko samopoštovanje. Sve ovo igra ulogu u prvobitnom ličnom razdvajanju uma i tijela, koje je kasnije pojačano kulturom u kojoj živimo.

Iako je cilj jasan, terapeut mora biti oprezan u prvim danima liječenja da poštuje fizičke simptome, da pronađe ravnotežu između nježnog suočavanja sa odbrambenim snagama koje nas štite od osjećaja neugodnih, bolnih emocija, s jedne strane. i stvaranje i održavanje okruženja u kojem se možemo osjećati dovoljno sigurno i sigurno da počnemo doživljavati ta osjećanja.

Iako je potreba za sigurnim okruženjem važna u svim oblicima psihoterapije, posebno je ključna u radu sa osobama sa TMS-om s obzirom na neposrednost kliničke situacije. Terapisti mora imati na umu da ljudi boluju od bolova, često dugo vremena, i traže brzo olakšanje. Njihova odbrana je dobro uspostavljena i mora se odmah pozabaviti. Stoga moraju razviti povjerenje u terapeuta, osjećati se sigurno i sigurno, i stoga biti u stanju tolerirati nježne prekide koji se uvode kako bi počeli prodirati u te odbrane.

Slijede neke historije slučajeva koje ilustruju tipične odbrane i kako im se pristupa terapijski. Imena i drugi nebitni faktori su promijenjeni.

Susan je bila četrdesetšestogodišnja udata žena koja je pokazala kako nesvjesno izloženi izrazi lica ili verbalizacija mogu poslužiti kao odbrana. Tokom svoje prve seanse počela je da priča o tome kako je njen otac vikao i vikao na nju, plašeci je i izazivajući od nje izvinjenje, a ne ljutiti odgovor. U trenutku kada je spomenula da se iznervirala na oca, pomalo se nasmejala. Kada sam je nježno prekinuo i pitao je da li je primijetila cerekanje, rekla je da nije. Susan se nasmijala

jer je u tom trenutku počela da oseća emociju besa na nivou uma i tela koja se uzdiže iz nesvesnog kao odgovor na njeno svesno priznanje. Kako je ova emocija počela da izlazi na površinu, postala je nervozna i osjećala se nelagodno. Smijeh je bio odbrana koja ju je štitila od daljnjih neugodnosti. Nehotice se smijući u tom trenutku, Susan je automatski potisnula tu nepoželjnu emociju kako ne bi osjećala dodatnu nelagodu vezanu uz nju. Smijeh je bio nagovještaj onoga što se nesvjesno događa. Terapijski je bilo bitno prekinuti je i skrenuti joj pažnju na to kako bi mogla početi sebi dopuštati da istovremeno promatra i osjeća ono što je potiskivala cijeli život. Cilj prihvatanja nekada potisnute emocije nije samo zbog njenog doživljaja, već da se nauči da s vremenom „odrasli posmatrač“ može tolerisati i konačno integrisati emociju na nov, zdraviji način. Za Suzan je ljutnja postajala sve manje strašna i nepodnošljiva i postala je prepoznata kao normalna i prirodna. Učila je kako da ponovo poveže i integriše um i telo. Kako je nastavila proces, bol u TMS-u se povukao.

Jedno odstupanje od tradicionalnijeg terapijskog pristupa bio je prekid njene priče kako bi mogla imati sveobuhvatno emocionalno-intelektualno (duhovno) iskustvo, a ne samo intelektualno. Da je Suzan nastavila da elaborira razloge ljutnje na svog oca, imali bismo dodatne informacije, ali bi se izgubio važniji cilj prihvatanja emocija. Moje skretanje pažnje na neprikladno ponašanje, smijeh, navelo ju je da promatra potiskivanje dok osjeća ljutnju, vrstu iskustva za koju pacijenti kažu da donosi osjećaj olakšanja. Vremenom i sa praksom, Suzanin TMS bol je potpuno nestao.

Druga vrsta odbrane je korištenje onoga što ja zovem bafer riječi ili fraze, kao što su vjerovatno, možda, nekako i slično. Ponekad namjerno prebacivanje iz prvog u treće lice djeluje kao a

tampon. Svaka riječ, fraza ili gramatička upotreba koja uspijeva zaštititi osobu od doživljavanja neugodne ili bolne nesvjesne emocije je tampon. Kao i kod hihotanja, ove odbrane moraju biti odmah prepoznate i nježno skrenuti pažnju osobe kako bi se poboljšala sposobnost posmatranja kako se umno tijelo razdvaja i tako prigrli potisnuti osjećaj.

Moje terapijsko iskustvo sa Alisom je dobar primer upotrebe pufera. Bila je udata sa djecom, bistra, pronicljiva i posjedovala je dobro intelektualno razumijevanje nekih svojih problema. Tokom sesije počela je da priča o svom ocu, deci i braći i sestrama. U jednom trenutku je rekla: "Mislim da sam verovatno ljuta na svog muža." Vjerovatno je riječ bafer. Umesto da joj dozvolim da nastavi, nežno sam prekinuo i ponovio reč verovatno kao pitanje. Stavila se u odbranu, Alice je odmah revidirala svoj komentar i rekla: „Pretpostavljam da sam jako ljuta na njega.“ Upotreba riječi vrlo je možda bila indikacija da je Alice počela prepoznavati intenzitet svog bijesa, ali je i dalje potiskivala emociju kada je rekla: "Valjda." Moguće je da se Alisino nesvjesno tijelo nadalo da ću je prestati ispitivati ako prizna da je veoma ljut.

Ljutnja je često zastrašujuća za ljude sa TMS-om zbog straha od gubitka kontrole (perfekcionista) ili značajne brige i zabrinutosti da će se objektu ljutnje ne svidjeti ili odbiti (dobroga). U drugim slučajevima, prihvaćanje ljutnje može biti neodoljivo zbog mogućnosti duboke povrijeđenosti i tuge koja često leži u osnovi ljutnje. U ovim slučajevima ljutnja je poput simptoma TMS-a jer također štiti osobu od još bolnijih emocija.

Bilo je važno da nastavim nežno da prodirem u Alisinu odbranu od prihvatanja ljutnje, pa sam vrlo ignorisao tu reč i doveo u pitanje frazu, pretpostavljam. Pomalo ogorčena, Alice je tada rekla: „Jesam

ljuta na mog muža." Sada nema bafera. Napravila je važan prvi korak u promatranju sebe kako doživljava upotrebu bafera koji joj pomažu da se isključi. Ovo zapažanje ju je navelo da prihvati ljutnju na način uma. Izrazila je neki strah od onoga što je uradila, ali je takođe iskusila osećaj olakšanja i oslobađanja neke napetosti i bola. Ovo je bio početak; znala je da ima još posla, ali oslobađanje napetosti i privremeno smanjenje bola govorilo nam je da smo na pravom putu.

Još od objavljivanja Freudovog Tumačenja snova 1900. godine, važnost i značaj snova je dobro poznat. Frojd ih je nazvao "kraljevskim putem do nesvesnog". Otkrio sam da, osim svoje dijagnostičke vrijednosti, često su terapijski korisni tako što pomažu ljudima da potpunije prihvate emocije. Slučaj čovjeka kojeg ćemo zvati James, s kojim sam radio godinu dana, je dobar primjer.

Džejms je bio veoma bistar četrdesetogodišnji profesionalac, oženjen i sa decom. Zbog posebno dobro branjene strukture karaktera, koja je blokirala određena bolna sjećanja, doživio je samo umjereno, povremeno smanjenje simptoma TMS-a. Pristao je na ideju da radi sa snovima. Zajednička tema u mnogim njegovim snovima bio je pokušaj da napusti roditeljsku kuću i pronađe put kući. Jedno tumačenje ovih snova bilo je da je pokušavao da uspostavi svoju emocionalnu nezavisnost, ali je bio u nesvesnom sukobu oko toga. Ovo tumačenje je potkrijepljeno činjenicom da je njegov bol počeo nedugo nakon što je započeo solo privatnu praksu.

Jednog dana Džejms mi je ispričao san koji je imao sasvim drugačiji osećaj. Jurio je za rakom koji je letio po prostoriji, s namjerom da ga ubije nožem. Konačno ga je uspio ubiti. Sjetio se da su u sobi bili i mačka i miš, ali su nestali rano u snu. Što se tiče TMS-a,

rak bi mogao biti metafora za tvrdu, vanjsku školjku, koja simbolično predstavlja bol, druge fizičke simptome i/ili anksioznost koji su ga prikrivali i štitili od ranjivih, unutarnjih emocija. Osim toga, mislio je da bi mačka i miš mogli simbolizirati njegovog oca i majku.

Obično, u razgovoru sa pacijentima prilikom njihovog prvog susreta s njim, kada dr. Sarno pita kakvo je bilo njihovo djetinjstvo, većina ljudi kaže da je bilo dobro. Međutim, uz detaljnije ispitivanje, često se ispostavi da uopće nije bilo dobro. Tako je bilo i sa Džejmsom. Otkako smo počeli da gledamo u njegove snove, činilo se da mu se nešto olabavilo u nesvesti i počeo je da se priseća stvari koje mu nisu bile baš prijatne. Postepeno je počeo da se seća mnogo napetosti i svađa između oca i majke (kao mačke i miša, respektivno). Podijelio sam s njim ideju da me leteći rak podsjeti na nešto čega se prisjetio da se dogodilo kada je imao sedam godina. Tokom jedne od svađa njegovih roditelja, njegov otac je razbio tri tanjira o zid, terorizujući Džejmsa. Nije bilo skrivene ljutnje ili bijesa protiv njegovih roditelja u snu o raku koji je morao biti tu zbog napetog, često zastrašujućeg okruženja. Ali Džejms nesvjesno nije želio da prigrli ovaj bijes (tako da mačka i miš nestaju). Umjesto toga, svoj bijes preusmjerava na sebe ubijanjem raka. On također mora nesvjesno da se plaši da će, ako nastavim da prodiram u njegovu simboličnu, zaštitnu TMS školjku, on početi da doživljava ove nadmoćno bolne emocije i one će ga "ubiti".

Ova tumačenja Džejmsovog sna su možda imala odjek kod njega, ali tokom prethodnih nekoliko nedelja nivo bola mu se neznatno povećao. Ovo nije neuobičajeno u toku lečenja i često može biti pozitivan znak da se osoba približava prihvatanju neke emocije. Povećanje boli ima za cilj da dodatno odvraća osobu od očekivane veće emocionalne boli koja se smatra -

bilo opasnije od fizičkog bola. Ovo je paradoks koji je pacijentima često teško shvatiti: da fizička bol ima za cilj da ih zaštiti, a ne da im naudi.

U ovom trenutku pitao sam Džejmsa da li bi bio voljan da eksperimentiše sa snom. Predložio sam mu da zatvori oči, duboko udahne, pusti i samo se opusti. Zatim sam ga zamolio da mu prizove rak u umnom oku i pita ga da li bi mu smetalo da razgovara s njim i odgovori na nekoliko pitanja. Podsticao sam ga da nastavi duboko da diše, opusti se i pokuša da otpusti sve intelektualne pokušaje da se iznudi odgovor. Rekao sam Džejmsu da će ga, ako dođe do odgovora, primetiti i da neće imati potrebe da ga sam svesno kreira. Odmah je bio ugodno iznenađen jer je rak pristao na njegov zahtjev. Zatim sam predložio da se njegov rak smatra veoma mudrim dijelom njegovog nesvjesnog uma i da bi mogao dati korisne odgovore na pitanja koja bi mogao imati o sebi. Koliko god to glupo zvučalo, ohrabrio sam Jamesa da se izvini raku što ga je ubio "kako bi poboljšao odnos". Razlog za to je bio da se posadi seme samosaosećanja, jer je Džejms, kao i većina ljudi sa TMS-om, bio vrlo kritičan i strog prema sebi.

Iako je njegov bol varirao po jačini, Džejms se osećao zaglavljeno da neće nestati. Sada kada je rak bio spreman na dijalog, predložio sam mu da pita šta misli da mu smeta u sposobnosti da prihvati više emocija i smanji bol od TMS-a. Izvijestio je da je rak rekao da nerado "otvori kapije" iz straha da će ga emocije savladati. Rekao sam mu da uvjeri raka da sada može podnijeti sve emocije koje isplivaju na površinu, nešto što nije mogao učiniti kao dijete kada je bolne emocije trebalo potisnuti kako ga ne bi preplavile. Dio Jamesovog sukoba kao jedinog djeteta bila je potreba da postane emocionalno i psihološki nezavisan dok se istovremeno osjeća krivim što

napuštao je roditelje koji su mu bili potrebni. Zato su njegovi simptomi počeli kada je započeo svoju privatnu praksu. Ovo je primjer kako "dobre" stvari u životu osobe mogu izazvati fizičke simptome kada postoji temeljni sukob. Dijalogom sa rakom Džejms je vremenom počeo da dozvoljava sebi da prihvati emocije užasa, krivice i ljutnje na svoje roditelje jer su stvorili tako užasnu atmosferu kod kuće kada je bio dete.

Kako se proces nastavljao, Džejms je, na svoje iznenađenje, postao svestan još dubljeg nivoa emocija – ispod nje su bili tuga, tuga i povređenost. Ovo je odražavalo početke samosaosjećanja i na taj način iscjeljenja kroz reintegraciju tijela uma. Ljutnja je, s vremena na vrijeme, dizajnirana da zaštiti osobu od ovih emocija jer se smatraju bolnijim od ljutnje. Dok je doživljavao tugu i tugu, Džejms je prijavio izvesno smanjenje nivoa napetosti i bola. Još uvijek nezadovoljan svojim napretkom, na moj prijedlog upitao je raka šta treba dalje da radi i odmah je dobio odgovor: „Ne budi lijen i ne plaši se“.

To se odnosilo na Jamesovo oklevanje da nastavi proces kod kuće zbog straha od bolnih emocija koje će doživjeti. Na sljedećoj sjednici izvijestio je o značajnom napretku. Dok je razgovarao s rakom, mogao je doživjeti bijes na svoje roditelje, što bi bilo nemoguće kada je bio dijete. To ga je zauzvrat navelo da dublje prihvati tugu i tugu, teško i bolno iskustvo, ali ono koje je dovelo do dramatičnog smanjenja njegovih fizičkih simptoma.

toms.

Godine 1918, u Journal of Mental Science Henry Maudsley, pionirski psihijatar je rekao: "Tuga koja nema oduška u suzama može rasplakati druge organe."

Sposobnost da sami sebe prihvatite tugu, povrijeđenost ili tugu znači napuštanje samokritičnog aspekta svoje ličnosti i

razvoj samosaosjećanja, koji je ključni sastojak za uspješno smanjenje psihosomatskih simptoma.

Iako umjetnost i znanost psihoterapije uključuje elemente koji nadilaze specifične tehnike, koristeći koncepte i tehnike opisane gore, kao i niz drugih u psihoterapiji za osobe s psihosomatskim poremećajima, terapeuti im pomažu da posmatraju sebe u činu represije. i postati više u kontaktu sa emocijama kao što su strah, anksioznost, krivica, ljutnja, bijes, sram, povrijeđenost, tuga, tuga, percipirana nezasluzena radost, itd. U početku se ove emocije doživljavaju kao neugodne, neugodne i, po definiciji, posebno bolne. Kako pacijenti postaju ugodniji zbog nelagode prihvaćanja ovih emocija, oni „dolaze k sebi“; to jest, oni reintegriraju umno tijelo tako što dozvoljavaju sebi da se oslobode tog čvrstog, krutog stisaka koji nesvjesno tijelo uma ima nad njima u obliku fizičkih simptoma.

Popuštanjem ovog stiska tijelo uma više ne mora izazivati druge organe da p

## STUDIJA ISHODA

U poglavlju 3, osvrnuli smo se na kohortu od 104 pacijenta o kojima su prikupljeni podaci kako bi se utvrdila najvažnija psihodinamika na radu u slučajevima TMS-a. Ovi pacijenti su viđani uzastopno u periodu od dva i po mjeseca tokom ljeta 1999. Sljedećeg proljeća uspjeli smo doprijeti do osamdeset i pet u grupi radi utvrđivanja ishoda programa liječenja. Oni su intervjuisani telefonom između šest i sedam mjeseci nakon prve konsultacije.

U našoj grupi bilo je trideset tri (39 posto) muškaraca i pedeset dvije (61 posto) žena. Svaki je učestvovao u jednoj od četiri različite kategorije tretmana:



1. Samo konsultacije i predavanja: pedeset i devet pacijenata (69 posto)
2. Konsultacije, predavanja i grupni sastanci: pet pacijenata (6 posto)
3. Konsultacije, predavanja, grupni sastanci i psihoterapeut  
apy: dvanaest pacijenata (14 posto)
4. Konsultacije, predavanja i psihoterapija: devet pacijenata (11 posto)

Zanimao nas je ishod u smislu oba nivoa bola  
i funkcionalni kapacitet.

Kategorije za nivo boli bile su sljedeće:

1. Trideset sedam pacijenata (44 posto) izjavilo je da sada imaju malo  
ili nimalo bolova.
2. Dvadeset dva pacijenta (26 procenata) izjavila su da su sada  
poboljšani za 80 do 100 procenata.
3. Trinaest pacijenata (15 posto) izjavilo je da su sada poboljšani za 40  
do 80 posto.
4. Trinaest pacijenata (15 procenata) je prijavilo da nema promene do  
40 procenata poboljšanja.

Kategorije za funkcionalnu dobit bile su sljedeće:

1. Četrdeset šest pacijenata (54 procenta) izjavilo je da su sada fizički  
neograničeni.

2. Osamnaest pacijenata (21 posto) je izjavilo da su 80 do 100 posto normalnog.
3. Dvanaest pacijenata (14 procenata) izjavilo je da imaju 40 do 80 godina posto normalnog.
4. Devet pacijenata (11 procenata) je prijavilo da nema poboljšanja na 40 procenata normalne vrednosti.

Ove brojke su izvanredne kada se uzme u obzir da je liječenje ovog fizičkog poremećaja edukativno, u nekim slučajevima dopunjeno analitički orijentiranom psihoterapijom. Sedamdeset posto ove grupe imalo je "dobro olakšanje bola", a 75 posto ih je "vratilo u normalnu ili skoro normalnu fizičku funkciju".

U svakom režimu liječenja mora se biti svjestan problema neusklađenosti – pacijenti koji ne uzimaju lijekove, ne slijede upute i slično. Uz TMS tretman, neki pacijenti ne slijede dosljedno ili uopće ne slijede dnevni program studija. Drugi ne zovu da prijave nedostatak napretka kako bi se mogle uvesti dodatne terapijske mjere. Nema sumnje da postoji više razloga za ovo nepoštovanje, posebno kod ovog poremećaja u kojem su u igri komplikovani emocionalni faktori. Iako se postupak skrininga pokazao prilično uspješnim, možda nećemo uspjeti s pacijentima koji se predomisle nakon početka programa i odluče da ne nastave. Drugi i dalje imaju povjerenja u program, ali nisu u mogućnosti da ukinu ideju da strukturna abnormalnost koja je kriva za bol, kao što je hernija diska, još uvijek uzrokuje bol.

Fenomen psihosomatske simptomatologije daje nam psihodijagnostičko oruđe velike snage. Može se pratiti napredak osobe s upalom pluća promatranjem temperature, kašlja, brzine disanja, rendgenskog snimka, krvne slike i tako dalje. Kada pacijent izjavi da je pronašao-

Budući da je teško povjerovati da je njegov bol emocionalno izazvan, znam da postoje jake intrapsihičke sile koje hrane to poricanje. Budući da je svrha simptoma da zadrže pažnju usmjerenu na tijelo, ako se pacijent može uvjeriti da ignorira fizičke simptome i da se umjesto toga fokusira na psihološka pitanja, strategija psihe će biti poražena. Stoga će psiha naporno raditi na promicanju nevjerice i održavanju statusa quo. Postojanost simptoma je poput perzistentnosti groznice. To vam daje neku ideju da li ste uspješni ili ne u svom liječenju.

Pacijentima se rutinski savjetuje da ne moraju težiti mijenjanju svoje ličnosti kako bi bili uspješni, budući da mnogo toga čine perfekcionističke i dobre osobine, kao i druge problematične karakteristike ličnosti poput osjećaja inferiornosti, narcizma i ovisnosti. Čovjek ne može promijeniti svoje inherentne osobine, iako se one mogu svjesno modificirati. Na primjer, osoba koja se osjeća stalno prisiljenom da napravi otirač od sebe i čini lijepe stvari za druge može uzeti račun i odlučiti da obuzda tu tendenciju.

Još jedna važna terapijska realnost koja je naglašena u predavanju je da će se nesvjesno oduprijeti promjenama, tako da se na programu mora raditi dosljedno, i biti strpljiv. Lijepo je to napisala Edna St. Vincent Millay:

Šteta što srce sporo uči

Ono što brzi um vidi na svakom koraku

Nije neuobičajeno da pacijenti razviju potpuno nove simptome koji su dio TMS-a, ali se ne sjećaju moje opomene na kraju predavanja da me pozovu ako se to dogodi. Budući da simptomi nisu slični ničemu što su ranije iskusili (ovo je simptom imperativ na poslu) ne razmišljaju o TMS-u. Povremeno, rezultat je bila nepotrebna operacija.

Primjer: pacijentkinja je bila žena koja je prethodno uspješno liječena od bolova u leđima. Nazvala je i rekla da je bol u desnom ramenu dijagnosticiran kao pokidana rotatorna manžetna; urađena operacija, uz ublažavanje boli (odličan placebo). Kada je nekoliko nedelja kasnije isti bol počeo u suprotnom ramenu, probudila se njena sumnja; nazvala je i pitala da li bi to mogao biti TMS. Rekao sam joj da se TMS bol u tetivi u ramenu često greškom pripisuje pokidanoj rotatornoj manžetni (čije postojanje potvrđuje magnetna rezonanca) i dogovorio sam da je vidim u ordinaciji. Kada je došla nekoliko dana kasnije rekla je da je bol nestao nakon našeg telefonskog razgovora. Pregledom je utvrđena osjetljivost tetive pri palpaciji. Imala je TMS tendonalgiju na lijevom ramenu. Vjerovatno je to bio uzrok bolova u desnom ramenu.

Dijagnozu TMS-a postavljam kao ljekar; Ja to tretiram kao učitelj. Pacijenti moraju biti educirani i inspirisani. Kažem im: „Imate tajno oružje - vaš mozak. To može biti instrument vaših fizičkih simptoma, ali je i sredstvo pomoću kojeg se ti simptomi mogu ukloniti.“



PET  
HIPERTENZIJA  
I UM  
VEZA:  
NOVA PARADIGMA

Samuel J. Mann, MD

Samuel J. Mann, MD, liječnik i istraživač, je vanredni profesor profesor kliničke medicine u renomiranom Centru za hipertenziju Novi York Presbyterian Hospital-Weill/Cornell Medical Center. Njegov rad, koji obuhvata i medicinske i psihološke aspekte hipertenzije, je objavljen u New York Timesu i drugim publikacijama. On leć naširoko je i objavio mnoge članke u stručnim časopisima. On je autor knjige o povezanosti uma/tela hipertenzije, Liječenje hipertenzije: revolucionarni novi pristup (Wiley, 1999.).

Poglavlje dr. Manna je uključeno u ovu knjigu jer, koliko ja znam, jedini je stručnjak za hipertenziju koji je utvrdio da značajan broj ljudi ima visok krvni pritisak zbog potiskivanja, nesvesne emocije.

## HIPERTENZIJA I VEZA UMA: NOVO PARADIGM

Da li su psihološki faktori glavni uzrok hipertenzije? Mnogi ljudi tako misle, mnogi drugi ne. Vjerujem da u nekim slučajevima jasno postoji veza uma i tijela, iako u većini slučajeva ne postoji. Također vjerujem da je veza uma i tijela veoma različita od one koju većina ljudi pretpostavlja.

Ne postoji jedan uzrok hipertenzije, već mozaik uzroka. Istraživanja pokazuju da je do 40 posto hipertenzije određeno genetski, a do 30 ili 40 posto je određeno faktorima načina života kao što su prehrana, težina, unos soli, nedostatak vježbanja i zloupotreba alkohola. Vjerujem da psihološki faktori daju objašnjenje za oko 20 do 25 posto hipertenzije.

U ovom poglavlju, koje je kratka verzija moje knjige, *Iscjeljivanje hipertenzije: Revolucionarni novi pristup* (1999), nadam se da ću prenijeti razumijevanje koje se bitno razlikuje od uobičajenih teorija uma i tijela. Takođe ću naglasiti važnost utvrđivanja da li je hipertenzija pojedinca povezana ili nije povezana sa psihološkim faktorima, jer izbor tretmana zavisi od ove razlike.

Pozvaću se na staru i novu paradigmu veze uma i tijela u hipertenziji. Stara paradigma je dugogodišnji, široko prihvaćen stav da emocionalni stres koji osjećamo dovodi do hipertenzije. Ovo gledište je, nažalost, dominiralo psihosomatskim istraživanjima, sa-

poboljšati naše razumijevanje ili liječenje hipertenzije. Nadam se da ću pokazati da nova paradigma, koja se fokusira na emocije koje potiskujemo a kojih nismo svjesni, ima izuzetan smisao i, za razliku od stare paradigme, može imati veliki utjecaj na liječenje hipertenzije i mnogih drugih stanja koja su također loše objašnjeno starom paradigmom.

## STARE I NOVE PARADIGME

Stara popularna paradigma je da su ljudi koji su skloni biti napeti ili nervozni, ili koji se svakodnevno suočavaju sa velikim stresom, pod povećanim rizikom od razvoja hipertenzije. Četiri decenije psihosomatskih (duhovnih) istraživanja nastojalo je dokazati ovo gledište i dokazati da tehnike smanjenja stresa mogu ublažiti ili spriječiti hipertenziju. Oni su propali. Vjerujem da se okovi ovog starog, umornog gledišta moraju osloboditi prije nego što budemo mogli bolje razumjeti i liječiti hipertenziju i druge poremećaje čiju vezu uma i tijela sumnjari ne mogu shvatiti.

Iznijet ću vrlo uvjerljive dokaze da je ova stara paradigma pogrešna i predstaviti ću novu paradigmu koja daje više smisla za hipertenziju povezujući hipertenziju s emocijama koje potiskujemo. Ova paradigma zahtijeva prepoznavanje uloge nesvjesnog i važnih fizičkih efekata emocija koje ne osjećamo niti shvaćamo da ih nosimo. Ovo razumijevanje može ukloniti misteriju povezanosti uma i tijela između hipertenzije i mnogih drugih poremećaja i dovesti do boljih pristupa liječenju.

## STARA PARADIGMA

Ljudi koji su skloni biti napeti ili ljuti, ili doživljavaju značajan svakodnevni stres, doživljavaju opetovano povišenje krvnog pritiska i na kraju



razviti hipertenziju. Tehnike koje smanjuju stres mogu ublažiti hipertenziju.

Ovo gledište sugerira da su ljudi koji su skloni biti anksiozni ili ljuti skloniji hipertenziji od drugih.

Marie je zabrinuta. Došla je kod mene jer je bila jako zabrinuta zbog svoje hipertenzije. Također je vjerovala da joj je ona uzrok hipertenzije jer brine o svemu. Naravno, njen krvni pritisak je bio povišen u mojoj ordinaciji.

Marie je vrsta pacijenata koju bi psiholozi koji se pridržavaju stare paradigme smatrali klasičnom hipertenzivnom osobom. Oni bi je naučili tehnikama opuštanja kao holističkom tretmanu njene hipertenzije. Kad bi mogla naučiti da se opusti, da manje brine, njena hipertenzija bi se smanjila i mogla bi izbjeći lijekove ili prestati uzimati lijekove.

Vidim mnoge pacijente poput Marie. Ja na nju gledam sasvim drugačije i prvo što bih joj rekao je da njena zabrinutost nije uzrok njene hipertenzije. Drugo što bih joj rekao je da je moguće da čak i nema hipertenziju, a ako ima, to je vjerovatno zbog genetske predispozicije, a ne zbog njene brige.

Većina ljudi koji vjeruju da postoji veza umnog tijela u hipertenziji fokusiraju se na svjesno doživljeni emocionalni stres kao vezu. Ne vjerujem u ovu pojednostavljenu ideju, zasnovanu na onome što mi govore i studije i kliničko iskustvo.

Stara paradigma je vrlo jednostavna i pružila bi sljedeće objašnjenje za Marieinu hipertenziju: Stres i emocionalni stres podižu naš krvni tlak. Ponavljani susreti sa stresom stalno podižu naš krvni tlak, što u konačnici oštećuje, zadebljava i ukrućuje naše arterije, što dovodi do stalnog povišenja krvnog tlaka ili hipertenzije.

Emocionalni stres može biti povezan s vanjskim događajima ili može biti interno generiran čak i u odsustvu velikih stresora.

Prema ovom mišljenju, ako možemo naučiti da se nosimo sa stresom na bolji način, imamo veće šanse da ne postanemo hipertoničari. Ako dugotrajna napetost ili anksioznost ili bijes prouzrokuju opetovano povišenje krvnog tlaka koje u konačnici dovodi do hipertenzije, tada tehnike opuštanja i upravljanje bijesom mogu sniziti reakciju krvnog tlaka na stres i spriječiti hipertenziju. Dakle, imamo potpunu petlju uzroka i prevencije ili liječenja.

Ovo je uredan paket, sa samo jednim problemom. To je veoma pogrešno. To je intuitivno privlačno, ali pogrešno, a decenije studija nam govore da je pogrešno.

Jedina tačka u ovoj staroj paradigmi koja se drži u studijama je da kada smo ljuti ili anksiozni, naš krvni pritisak se povećava, ponekad značajno. Međutim, ovaj odgovor je privremen. Ne opstaje. Ako se naljutite na svog supružnika, bez obzira na to ko je kriv i bez obzira na to da li imate hipertenziju, krvni pritisak će vam vjerovatno porasti, a zatim pasti. Ovo će se dešavati iznova i iznova i iznova, i nema nikakve veze sa tim da li ćete na kraju razviti hipertenziju. Ovo je normalna fiziološka reakcija. Vaš supružnik nije uzrok Vaše hipertenzije.

Također je jasno da ako trčite do prve baze, vozite bicikl ili nosite teške pakete, vaš će se krvni tlak u trenutku povećati. I ne, trčanje do prve baze ne povećava rizik od razvoja hipertenzije.

Mnogi ljudi ne shvaćaju da je normalno da naš krvni tlak fluktuiraju i da te fluktuacije ne uzrokuju štetu ili dovode do bolesti. Mogu garantirati da će vam krvni tlak biti niži ako sjedite na stolici cijeli dan nego ako ste aktivni i komunicirate s ljudima. Takođe mogu garantovati da sjedenje u toj stolici sa nižim krvnim pritiskom neće spriječiti razvoj hipertenzije.

Kada koncept sadrži istinu, istraživanje se u konačnici usmjerava na tu istinu, čak i ako na tom putu ima neravnina i pogrešnih početaka.

Međutim, psihološke studije koje pokušavaju da dokažu staru paradigmu zarobljene su u neravninama i ćorsokacima. Krajnji rezultat milijardi dolara i decenija ovog istraživanja je blato oprečnih rezultata koji nisu uspjeli potvrditi paradigmu niti utjecati na naše razumijevanje ili liječenje hipertenzije. Uprkos tome, istraživači nastavljaju da osmišljavaju i dobijaju sredstva za još studija.

Emocije koje jasno osjećamo mogu imati fizičke posljedice, kao što su privremeno povećanje broja otkucaja srca ili krvnog tlaka, glavobolja od napetosti, dijareja i drugi efekti. Fluktuacija krvnog pritiska kao odgovor na stres jednostavno je još jedan prolazni fizički efekat svjesnih emocija. Ne dovodi do trajne hipertenzije.

Moje kliničko iskustvo mi to govori svaki dan. Svaki dan me pacijent upozorava da će mu krvni pritisak biti povišen zbog fizičkog stresa ili užasnog saobraćaja. Iz iskustva znam da saobraćajna gužva neće uticati na njegov pritisak u mojoj kancelariji. Da, možda mu je krvni pritisak bio viši dok je sjedio i psovao u autu, ali učinak je odavno nestao dok ga ja izmjerim.

Svakodnevni stres trenutno podiže naš krvni pritisak i može nas učiniti jadnim, ali ne dovodi do hipertenzije.

#### ŠTA POKAZU STUDIJE

Želio bih ukratko da sumiram rezultate studija koje su ispitivale odnos između stresa i hipertenzije. Fokusiraću se na nekoliko najrelevantnijih pitanja:

1. Da li su ljudi koji imaju tendenciju da budu ljuti ili anksiozni skloni da razvijaju hipertenziju?
2. Budući da većina ljudi provodi lavovski dio svog vremena na poslu, da li stres na poslu dovodi do hipertenzije?

### 3. Da li tehnike upravljanja stresom ublažavaju ili sprečavaju hipertenziju?

Da budem iskren, za bilo koje od ovih pitanja mogao bih dati dokaze za bilo koju tačku gledišta. To je dio problema s psihosomatskim istraživanjima hipertenzije: nema konzistentnosti u nalazima. Stoga ću se fokusirati uglavnom na kritike, a ne na pojedinačne studije, osim da ilustrujem određene tačke.

Sljedeća ključna pitanja se odnose na staru paradigmu:

- Da li sklonost da budete anksiozni, ljuti ili napeti uzrokuje hipertenziju?
- Da li stres na poslu uzrokuje hipertenziju?
- Da li tehnike upravljanja stresom ublažavaju ili sprečavaju hipertenziju?

Stotine studija fokusiranih na ljude s graničnom ili blagom hipertenzijom ispitalo je ovo pitanje. Da postoji veza između hipertenzije i emocija kao što su ljutnja i anksioznost, mislilo bi se da bi dokazi do sada bili jasni. Umjesto toga, rezultati se uvelike razlikuju od studije do studije, nudeći podršku za bilo koju tačku gledišta. Recenzije su zaključile da ako postoji bilo kakva veza između anksioznosti ili ljutnje i hipertenzije, ona je vrlo slaba (Suls, Wan i Costa, 1995; Jorgensen et al., 1996). Čak i kod osoba sa najtežom hipertenzijom, rezultati ljutnje i anksioznosti nisu bili viši nego kod ljudi sa normalnim krvnim pritiskom (Mann i James, 1998).

Studije ljutnje i hipertenzije uglavnom su se fokusirale na dva oblika bijesa, „izlaz ljutnje“ i „izvući ljutnju“. Ljutnja je ljutnja koju osjećamo i izražavamo. Momak sa visokim rezultatom izlaska iz ljutnje je tip osobe koja često eksplodira u ljutnji. Svi znaju da jeste

Ljut. Studije su jasne da ova vrsta osoba nije sklona razvoju hipertenzije (Jorgensen et al., 1996).

Druga vrsta ljutnje, ljutnja u, mogla bi biti druga priča. Rezultati studije su nedosljedni, ali sugeriraju da su ljudi koji zadržavaju svoj bijes malo skloniji razvoju hipertenzije od ljudi koji je izvlače (Jorgensen et al., 1996.). Ni ovdje, međutim, veza nije jaka.

Takođe postoji dvosmislenost oko značenja izraza „ljutnja u“. Mnogi smatraju da je ljutnja sklonost osjećanju ljutnje, ali je zadržavaju i ne izražavaju. Međutim, neizražavanje ljutnje nije ograničeno na ovaj obrazac. Na primjer, neki ljudi se naljute, ali odluče da provokacija nije vrijedna ljutnje i odu i zaborave. Čini se da je ovo vrlo zdrav način rješavanja ljutnje. Drugi se gulaju unutra, ali ništa ne govore. Ovo bi moglo biti najbliže koncepciji ljutnje u koju istražuju istraživači psiholozi. Drugi se jednostavno ne ljute. Oni ne zadržavaju ljutnju koju osjećaju – jednostavno ne osjećaju ljutnju. Jasno je da su ovo vrlo različiti načini rješavanja ljutnje – zadržavanje ljutnje koju osjećamo nasuprot tome da je ne osjećamo. Nažalost, često je nejasno koji se od ovih oblika ljutnje na isti način procjenjuje u datoj studiji.

Ako emocionalni stres ne vodi do hipertenzije, šta je onda stvorilo mit da su napeti ljudi skloni hipertenziji? Jedan od izvora ovog mita je da emocije kao što su anksioznost i ljutnja očigledno podižu naš krvni pritisak, iako samo u trenutku. Drugi je da anksioznost u ordinaciji podiže krvni pritisak kada ga lekar meri, pogrešno dajući napetim ljudima dijagnozu hipertenzije iako im je krvni pritisak obično normalan.

Moje kliničko iskustvo je u skladu s onim što pokazuju studije. Vidim mnoge pacijente koji su skloni biti ljuti ili napeti, i ne smatram da su skloniji hipertenziji od bilo koga drugog. oni bi mogli,

ako ništa drugo, budite skloniji hipertenziji bijelog mantila – povišenju krvnog pritiska u ordinaciji uz normalna očitavanja kod kuće.

Vidim mnoge pacijente koji su zabrinuti za svoj krvni pritisak i imaju povišena očitavanja kada ga mjerim. Oni sebe vide kao osobe sa hipertenzijom izazvanom brigom, dok u stvari mnogi nemaju hipertenziju. Slično tome, mnogi pacijenti provjeravaju svoj krvni tlak kod kuće posebno kada su uznemireni i, sasvim sigurno, dobijaju povišena očitavanja. Oni zaključuju da ih anksioznost čini hipertenzivnima, ne shvaćajući da ova očitavanja nisu reprezentativna za njihov uobičajeni krvni tlak.

Priča jednog mog pacijenta dramatično ilustruje odsustvo dugoročnih efekata emocionalnog stresa na krvni pritisak.

Slučaj pruža vrstu moćnih zapažanja iz stvarnog svijeta koje formalne studije ne mogu pružiti.

Pratio sam Suzan, pedeset i šest, zbog granične hipertenzije dvije godine. Prilikom rutinske kontrolne posjete, obavijestila me je da je njenom sinu, starom trideset i dvije godine, dijagnosticiran uznapredovali oblik malignog melanoma i da je vjerovatno da će umrijeti. Tokom naredne godine imao sam priliku da posmatram reakciju njenog krvnog pritiska na ovaj užasan stres, stres beskrajno teži od blagog stresa primenjenog u istraživanju stresa kod hipertenzije.

Njen sin je umro godinu dana kasnije. Tokom te godine, Suzan je bila uznemirena i ljuta i uplašena i uznemirena do krajnjih granica. Često je plakala u mojoj kancelariji. Ipak, njen krvni pritisak nije pomerio ni milimetar tokom te godine.

Studije o stresu i hipertenziji često se bave vrlo kratkom reakcijom krvnog pritiska na tipično blage stresore, kao što je mentalna aritmetika ili praćenje objekta pomoću zrcalne slike, ili stres simuliranog javnog govora. Ne želim umanjiti stres mentalne aritmetike, ali ti stresovi blijede u odnosu na ozbiljnost i trajanje stresa koji je Susan izdržala, stresa koji može...

ne simulirati u eksperimentalnoj situaciji. Slučaj ilustruje kako prolazno povećanje krvnog tlaka uočeno kao odgovor na manji laboratorijski stres, koje se javlja uvijek iznova kao odgovor na svakodnevni stres u stvarnom životu, nema nikakve veze s dugotrajnim odgovorima krvnog tlaka na veliki stres.

Pacijenti poput Suzan su me naučili da čak i jak emocionalni stres ne dovodi do trajnog povećanja krvnog pritiska. Ovo je izjava koja je u suprotnosti sa onim u šta većina ljudi veruje, ali to je zapažanje temeljac koje zahteva od nas da tražimo drugačiju paradigmu za vezu uma/tela kod hipertenzije.

#### DA LI STRES NA POSLU IZAZIVA HIPERTENZIJU?

Ljudi provode više budnih sati na svom poslu nego bilo gdje drugdje, i, ako stres uzrokuje hipertenziju, očekivao bih da će stres na poslu biti visoko na listi uzroka. Jasno je da na neke indirektne načine stres na poslu može dovesti do visokog krvnog tlaka, ako dovodi do zloupotrebe alkohola, prejedanja, debljanja ili nesanice, faktora za koje se zna da uzrokuju povišenje krvnog tlaka. Ali da li stres na poslu direktno uzrokuje hipertenziju?

I ovdje se moje iskustvo i rezultati studija slažu da nije. Vidim mnoge pacijente koji doživljavaju značajan stres na poslu, na primjer, dugo radno vrijeme, šef koji je prezahtjevan ili drugi problemi. Moje iskustvo je da je rijedak pacijent koji ima dugotrajan učinak na krvni pritisak. I ovdje također, studije — od kojih su mnoge izveli istraživači koji su bili uvjereni da stres na poslu uzrokuje kontinuirano povišenje krvnog tlaka i hipertenziju, a čiji je zadatak dobivanja grantova ovisio o pružanju dokaza koji podržavaju ovo gledište — nisu uspjele dokazati da je ovo široko rasprostranjeno vjerovanje je istina.

Pretražio sam literaturu i pronašao četrdeset osam studija koje su to

odgovori na ovo pitanje. Kao i u drugim oblastima psiholoških istraživanja hipertenzije, rezultati su veoma nedosledni; sve u svemu, oni ne podržavaju tvrdnju da stres na poslu, sam po sebi, dovodi do hipertenzije.

Najbolju studiju ikada izvedenu za istraživanje ovog problema izvijestio je Fauvel (Fauvel et al., 2003), koji je procijenio krvni tlak kod 209 ispitanika, koristeći dvadesetčetvoročasovni ambulantni mjerač krvnog tlaka, na početku i na kraju period od pet godina. Ova studija nije pronašla nikakvu vezu između stresa na poslu i krvnog pritiska sigurno.

Istraživači koji su posvećeni pronalaženju veze između stresa na poslu i hipertenzije, a za koje buduće grantove zavise od pronalaženja, gotovo uvijek će pronaći nešto, bilo šta, što im omogućava da objave pozitivan izvještaj. Kada pogledamo ovo istraživanje o čemu se radi, dokazi su slabi i nedosljedni. Nalazi u Fauvelovoj studiji izgledaju definitivni i nadam se da će stati na kraj uzaludnom izvođenju još studija.

#### DA LI TEHNIKE UPRAVLJANJA STRESOM UBLAŽAVAJU ILI SPREČAVAJU HIPERTENZIJU?

Mnoge studije su pokušale dokazati da tehnike opuštanja snižavaju krvni tlak. Opet, rezultati su svuda. Veliki pregled je zaključio da su tehnike opuštanja bile od minimalne vrijednosti u liječenju hipertenzije (Eisenberg et al., 1993). U tom pregledu je istaknuto da studije koje su pokazale efekte imaju tendenciju da nedostaje kontrolna grupa za poređenje.

Nema sumnje da u ovom trenutku reakcija opuštanja, kako je popularizirao Benson, snižava krvni tlak. Međutim, čini se da ove tehnike ne pružaju trajni učinak. Jedini mogući izuzetak bilo je dobro kontrolirano ispitivanje koje je izvijestilo da je trans-



scendentalna meditacija snizila je krvni pritisak kod kuće za 10 milimetara (Alexander et al., 1996). Međutim, u novijoj studiji istih istraživača, uočeni efekat na krvni pritisak bio je mnogo slabiji (Schneider et al., 2005).

## ZABRINUJE I POVEĆANJE KRVNOG PRITISKA: UDALJIVANJE IZ STARE PARADIGE

Prije nego što pređem na novu paradigmu, prvo želim ponoviti štetnu zabludu koju promovira stara paradigma. Treba ponoviti da oni koji brinu o svom krvnom pritisku ne uzrokuju hipertenziju. U mnogim slučajevima, njihova briga je povećanje krvnog pritiska dok se meri, čak i ako im je krvni pritisak inače normalan. Posljedica je, međutim, da visoko očitavanje dovodi do liječenja koje u mnogim slučajevima nije potrebno

slika.

Prema mom iskustvu, zabrinuti često imaju „hipertenziju u bijelom mantilu“, a ne pravu esencijalnu hipertenziju. Zbog toga je bitno mjeriti krvni pritisak izvan ordinacije, pomoću digitalnog kućnog merača krvnog pritiska koji je jednostavan za upotrebu ili ambulantnog monitora koji se nosi dvadeset četiri sata.

Mnogi liječnici svojim pacijentima usađuju strah od moždanog udara, podstičući kako pacijentov strah, tako i zavaravajuće povišenje krvnog tlaka u vrijeme njegovog mjerenja. Ovo je mjesto gdje crtica uvjerenja ide daleko. Kada zabrinutoj pacijentkinji s visokim očitanjima predložim da ona, u stvari, možda nema hipertenziju, iznenađenje i olakšanje često rezultiraju nižim očitanjima, ponekad odmah, a ponekad nakon nekoliko sedmica. Ja joj ne liječim hipertenziju jer ona uopće nema hipertenziju. Ovo je savršeno analogno govorenju pacijentu s bolovima u leđima

da mu ništa nije u redu sa leđima. To znanje može imati trenutani i dubok efekat.

Također, ironično, smatram da ljudi s najblažom hipertenzijom izgleda više brinu o tome nego oni s teškom hipertenzijom, a ne obrnuto. Iako je zabrinutost zbog hipertenzije prikladna i korisna, ekstremna zabrinutost zbog blage hipertenzije je neprikladna jer je rizik od moždanog udara nizak, može stupiti na snagu tek nakon mnogo godina ili decenija i može se svesti na minimum liječenjem. Ponekad pretjerana zabrinutost zbog blage hipertenzije odražava sklonost da se brinete o svemu. Ili zabrinutost može skrenuti pažnju osobe sa drugih problema, kao što to često čini bol u leđima.

Trebaju li zabrinuti s povišenim krvnim pritiskom razmotriti psihoterapiju? Ne ako je cilj liječenje hipertenzije. Ako zabrinutost utječe na kvalitetu života ili skreće pažnju s drugih problema, onda tu ulogu imaju psihoterapija ili opuštanje ili tehnike smanjenja stresa ili upravljanja bijesom. Ove intervencije su korisne za kontrolu napetosti, a ne hipertenzije.

## NOVA PARADIGMA

Do hipertenzije ne vodi emocionalni stres koji osjećamo, već one emocije koje smo potisnuli i kojih nismo svjesni. Proces kojim nesvjesno zadržavamo uznemirujuće i prijeteće emocije od svijesti uzrokuje upornu stimulaciju simpatičkog nervnog sistema (SNS), što rezultira stalnim povišenjem krvnog pritiska. Promena u našoj svesti, ili upotreba antihipertenzivnih lekova koji blokiraju efekte SNS-a na krvni pritisak, ili, u slučaju epizodne hipertenzije, lekova koji pomažu u održavanju represije, daju najbolje rezultate u lečenju ove vrste hipertenzije.

Nova paradigma je praktično suprotna staroj. Umjesto toga

fokusiranja na uznemirujuće emocije koje ljudi osjećaju, fokusira se na sklonost potiskivanju, a ne osjećaju bolnih emocija. Emocije koje osjećamo čine nas jadtima i podižu nam krvni tlak u ovom trenutku, ali nemaju dugoročan utjecaj na krvni tlak. Umjesto toga, nedostatak svijesti o uznemirujućim emocijama označava našu podložnost razvoju hipertenzije.

Ključni princip ove paradigme je da hipertenziju ne uzrokuje svakodnevni stres. Umjesto toga, to je ono što je potisnuto, što, bez svjesne percepcije ili izlaza, opstaje u nama cijeli život i proizvodi dugotrajnu, a ne prolaznu stimulaciju SNS-a, što u konačnici dovodi do trajnog povećanja krvnog pritiska. Gledanje na emocionalni stres koji osjećamo kao uvod u hipertenziju nije dalo odgovor na vezu između uma i tijela hipertenzije. Umjesto toga, gledanje u ono što je skriveno ispod mirnog furnira govori nam mnogo više.

Emocije koje potiskujemo često su mnogo snažnije i bolnije od emocija koje svjesno doživljavamo. Ove emocije imaju mnogo boljeg smisla jer su veza sa hipertenzijom i zato što su moćnije od emocija koje doživljavamo i zato što se, za razliku od emocija koje osjećamo, nikada ne oslobađamo onoga što smo potisnuli. Ipak, svi – od pacijenta preko liječnika do psihologa istraživača – fokusiraju se na blaže uznemirujuće emocije koje osjećamo i navodimo kao uzroke hipertenzije, ne videći ulogu mnogo snažnijih emocija potisnutih u nama.

Uz brdo dokaza koji se protive tome, stara paradigma je odavno trebala biti odbačena. Međutim, istraživači psiholozi i većina drugih ljudi to neće pustiti jer je uvjerenje da emocionalni stres uzrokuje hipertenziju vrlo široko ukorijenjeno i zato što postoji široko rasprostranjeno odsustvo prepoznavanja uloge nesvjesnog.

Principi nove paradigme su dramatično ilustrovani u slučaju pacijenta kojeg sam vidio prije dvije ili tri godine.

Jim, četrdeset četiri, bio je visok, vitak, vrlo uspješan i nedavno oženjen Afroamerikanac. Jim je imao sve za njega, ali mu je tragično dijagnosticiran neizlječivi metastatski rak. Upućen je na mene jer je nedavno dobio umjereno tešku hipertenziju, iako je izgubio trideset kilograma, što je, ako je bilo išta, trebalo da mu snizi krvni tlak. Bez drugog očiglednog uzroka, činilo bi se logičnim okriviti njegovu hipertenziju za tešku nevolju u vezi s njegovom dijagnozom i lošu prognozu. Međutim, i nikada neću zaboraviti njegov odgovor, kada sam ga pitao da li je jako uznemiren, odgovorio je ozbiljno, a ne sarkastično: „Ne, nisam raspoložen. Zašto bih se uznemirio?” Zaista nije bio uznemiren!

Ovo je klasičan primjer poricanja – poricanja emocija koje bi mogle biti previše bolne da bi ih svjesno podnijele. Da je Jim bio izbezumljen, svi koji se pridržavaju stare paradigme umnog tijela bi čitali da su njegovu hipertenziju pripisali anksioznosti. Stara paradigma, međutim, u ovom slučaju nema smisla. Nova paradigma, koja se fokusira na potiskivanje i nedostatak svijesti o emocijama, radi. U stvari, nijedno drugo objašnjenje, medicinsko ili psihološko, ne može dati smisao ovom slučaju.

Jimov slučaj služi kao dramatičan kontrapunkt Suzaninom slučaju o kojem je bilo riječi ranije u poglavlju. Suzan se veoma bolno nosila sa smrtonosnim rakom svog sina bez ikakvog povećanja krvnog pritiska. Jim je bio miran, ali mu se krvni pritisak popeo i ostao povišen. Zajedno, ova dva primjera ilustriraju važnu recipročnu vezu koju više puta vidim između emocionalnih i autonomnih reakcija na kronični stres.

Ljudi koji imaju tendenciju da dožive jak emocionalni stres u teškim životnim okolnostima imaju mnogo manje šanse da razviju hipertenziju.

zabrinutost od ljudi koji potiskuju emocije i nisu uznemireni.

Oni koji potiskuju emocije povezane s ogromnim stresom ili traumom, prošlim ili sadašnjim, često se vrlo dobro snalaze jer nisu paralizirani emocionalnim stresom. Represija nam omogućava da nastavimo dalje i funkcioniramo nakon teške traume. Međutim, bez da se prije ili kasnije svjesno suočimo s emocijom, vjerojatnije je da ćemo na kraju pretrpjeti psihološke posljedice ili fizičke posljedice kao što su hipertenzija ili druga slabo shvaćena psihosomatska stanja.

Vrlo rječit primjer koji opet ilustruje nedostatak veze između emocionalnog stresa i hipertenzije, i koji je u skladu sa suprotnom paradigmom koja povezuje hipertenziju sa potisnutim emocijama, je dramatično stanje poznato kao maligna esencijalna hipertenzija. Ovaj najteži oblik esencijalne hipertenzije, ako se ne liječi, dovest će do moždanog udara, zatajenja bubrega ili smrti u roku od godinu dana, čak i kod ljudi u četrdesetima. Decenije studija nisu uspele da un

pokriti uzrok.

Ako bi emocionalni stres prouzročio hipertenziju, činilo se da će to biti očiglednije kod osoba s teškom i nedvosmislenom hipertenzijom nego kod onih s graničnom ili blagom hipertenzijom, a ipak se čini očiglednim suprotno. Ljudi sa malignom esencijalnom hipertenzijom gotovo uvijek izgledaju kao i jesu najfiniji ljudi koje se mogu nadati sreći, bez obzira na okolnosti njihovog života. Oni obično nisu ljuti, anksiozni ili depresivni. Istraživači psiholozi nisu sproveli formalne studije da bi sagledali ovaj fenomen jer se fokusiraju samo na osobe sa blagom hipertenzijom.

Maligna esencijalna hipertenzija je uglavnom bolest Afroamerikanaca, uglavnom onih koji su odrasli usred stresa i traume života u getu. Većina ima dovoljno razloga da bude ljuta ili depresivna, ali se ponaša kao da

oni su na vrhu sveta. Liječnici i psiholozi koji ovo promatraju zaključuju, s obzirom na odsustvo emocionalnog stresa, da ne postoji povezanost uma i tijela u malignoj esencijalnoj hipertenziji. Ironično, isti nedostatak ljutnje ili depresije me uvjerava da postoji.

Kada mi priznaju istoriju zlostavljanja ili traume u djetinjstvu u getu, i vidim njihova zadovoljna lica, znam da su represori. Psihološki su preživjeli potiskivanjem emocija koje bi ih inače mučile ostatak njihovih života. Potiskivanje emocija za njih je pravi blagoslov, ali doprinosi hipertenziji.

## REPRESIJA

Sretni smo što imamo na raspolaganju i svjesnu i nesvjesnu odbranu za suočavanje s ekstremno bolnim emocijama. Kada govorimo o represiji, govorimo o nesvesnom, nešto o čemu većina ljudi čak i ne misli da utiče na naš krvni pritisak.

sigurno.

Potiskujemo emocije ne znajući da ih potiskujemo.

Ovo je jednostavna i važna izjava, ali je mnogi ljudi ili ne razumiju ili ne vjeruju. Represija ne uključuje svjestan napor da se emocionalni bol ostavi po strani.

Jednostavno ne osjećamo bol, u suštini dar naše nesvjesne odbrane koja ga drži od naše svijesti. Ovo se veoma razlikuje od svjesne odbrane odvratanja naše pažnje od emocija za koje znamo da nas uznemiruju, na primjer, ako budemo zauzeti.

Primjer koji ilustruje svjesnu i nesvjesnu odbranu je proces tugovanja. Ne bismo mogli funkcionirati tokom procesa tugovanja da nas je svaki dan cijeli dan preplavio bol. Mi

koristimo našu odbranu, svjesnu i nesvjesnu, da nas zaštitimo od bola. Ponekad potiskujemo bol, a ne osjećamo ga, i iznenadimo se što se osjećamo dobro, kao da se ništa nije dogodilo, iako znamo da smo duboko ranjeni. U drugim trenucima osjećamo bol i svjesno se trudimo da je ne zaboravimo. Stalno smo zauzeti i fokusiramo našu pažnju na zadatke koji nam stoje pred nama kako ne bismo razmišljali o svom gubitku. I, naravno, postoje drugi trenuci kada nas bol ostavlja ožiljcima. Ovo su trenuci kada zapravo obavljamo posao iscjeljivanja, osjećajući bol sve dok ona na kraju ne počne da jenjava i postaje podnošljivija. Psihološki smo najzdraviji kada možemo koristiti svjesnu i nesvjesnu odbranu kako bismo suzbili emocije koje su nam previše, omogućavajući nam da se susrećemo s tim emocijama brzinom kojom možemo podnijeti, nositi se s njima i na kraju izliječiti.

U suočavanju s emocijama povezanim s teškom traumom, represija je za nas vrlo vrijedna odbrana. Vidio sam mnoge pacijente koji su preživjeli teško zlostavljanje ili traumu. Mnogi su psihički patili do kraja života. Drugi su izbjegli te posljedice potiskivanjem emocija i čini se da im psihološki ide mnogo bolje od onih koji nisu potiskivali ili kod kojih se represija slomila.

Represija u konačnici može dovesti do posljedica kao što je hipertenzija, ali hipertenzija je izlječiva i, mislim, poželjnija od doživotnog emocionalnog mučenja.

U rukovanju emocijama povezanim s traumom, svjesna i nesvjesna odbrana ne rade odvojeno jedna od druge. Čak su i ljudi koji su potisnuli sve svoje emocije povezane s traumom u jednom trenutku osjećali dubok bol, bilo danima, sedmicama ili duže. Kod mnogih ljudi bol se povlači nakon svjesnog rukovanja jako bolnom emocijom, ostavljajući ostatke bolnih, ali podnošljivih osjećaja koji se pojavljuju s vremena na vrijeme. Kod drugih su emocije povezane s traumom potpuno potisnute i, iako se priča pamti, nema svjesnog dugotrajnog bola.

## REPRESIJA KOJA VODI DO HIPERTENZIJE

Svi mi potiskujemo. Osim traume, bombardirani smo s toliko toga što bi izazvalo emocionalnu pažnju da bi bilo teško živjeti svoje živote bez potiskivanja dijela toga.

Zašto onda svi nemamo hipertenziju? Da li se represija koja je povezana s hipertenzijom razlikuje od represije koju svi koriste? Po mom iskustvu, jeste. Vidim dva obrasca potiskivanja koji se čine povezanim s hipertenzijom: kod nekih je represija povezana s istorijom neobično teškog zlostavljanja ili traume. U drugima, čak i bez prethodnog zlostavljanja ili traume, represija se prekomjerno koristi kao glavni mehanizam suočavanja sa svakodnevnim stresom.

Represija u vezi sa teškim zlostavljanjem ili traumom

Vidio sam mnoge pacijente koji su potisnuli emocije povezane s prethodnim teškim zlostavljanjem ili traumom, još od djetinjstva. Činjenica da se trauma dogodila tako davno čini se malo vjerojatnim pacijentima i ljekarima da bi ona još uvijek mogla imati efekta, posebno jer su uznemirujuće emocije povezane s njom odavno prestale.

Bez represije, osoba koja je preživjela traumu bila bi u opasnosti od dugotrajnih psihičkih problema. Mnogi se na kraju oporave i nastave sa svojim životima, ali bol nikada ne prestaje. Drugi se ne pokrivaju dobro i mogu imati velike probleme do kraja života.

Nasuprot tome, osobe koje su preživjele traumu koje su potpuno potisnule ove bolne emocije izvještavaju da nemaju dugotrajne psihološke efekte, bez obzira na to koliko je trauma teška. Insistiraju da su to ostavili iza sebe i krenuli dalje, što su i učinili. Oni se zaista razlikuju od ljudi koji nisu eliminisali sve svjesne emocije vezane za te događaje i koji spremno priznaju njihove beskonačne posljedice.



Jedan pacijent koji mi je slikovito prenio vezu starog trauma od hipertenzije bila je Ana.

Sa četrdeset devete, Ana je imala tešku hipertenziju od čak pet lijekovi nisu mogli kontrolirati.

Viđala me je pet godina kada je počela da pati od ponavljajućih noćnih mora da je napadnuta. Videvši me šest nedelja nakon što su noćne more počele, njen krvni pritisak je bio izuzetno povišen na 250/140. Odgovarajući na moja pitanja, priznala je da ju je silovao bliski rođak kada je imala četrnaest godina, događaj na koji je zaboravila sve dok nedavno nije upoznala odraslog sina silovatelja. Njegova zapanjujuća sličnost sa ocem izazvala je noćne more. Nakon njenog emocionalnog otkrivanja, noćne more su prestale i njen krvni pritisak je preko noći pao na 110/80, i ostao pod kontrolom uz samo dva lijeka. Izvijestio sam o ovom upečatljivom slučaju u časopisu Psychosomatic Medicine (Mann i Delon, 1995).

Kada sam prvi put počeo da primjećujem vezu između ranije traume i hipertenzije, imao sam utisak da malo ljudi ima istoriju zaista teške traume. Međutim, sada shvatam da to nije neuobičajeno, u skladu sa studijama koje pronalaze istoriju teškog zlostavljanja ili traume kod najmanje 20 procenata ljudi, posebno tokom detinjstva (MacMillan et al., 1997). Nažalost, istraživači psiholozi uglavnom zanemaruju ono što ja sumnjam da je važna veza između iskustva iz djetinjstva i hipertenzije odraslih, fokusirajući se umjesto toga na svakodnevni bijes i anksioznost.

Mnogo je knjiga napisano o psihološkom uticaju traume i načinu lečenja. Oni se fokusiraju na preživjele koji pate, uz malo prepoznavanja mnogih koji su preživjeli bez očiglednih psiholoških posljedica kao što su depresija, anksiozni poremećaji, posttraumatski stresni poremećaj, alkoholizam, zloupotreba droga ili

drugi problemi. Ove uspješne preživjele nemaju potrebu da idu kod psihologa, zbog čega psiholozi rijetko pišu o njima. Kada se takva osoba obrati liječniku zbog nekontrolirane ili teške hipertenzije, liječnik neće posumnjati na vezu uma i tijela u odsustvu otvorenog emocionalnog bola ili psihopatologije. Odgovor ne leži u emocijama koje prijavljuju, već u njihovoj priči. Ali priča ne dobija pažnju koju bi trebala.

### Represija kao svakodnevni stil suočavanja

Vidim mnoge pacijente koji nemaju istoriju zlostavljanja ili traume, ali koji su represivni. Svi znamo ljude koji su vrlo ujednačeni, ili koji su uvijek budni, koji se rijetko uznemiravaju, čak i zbog važnih stvari koje dopiru do većine nas. Oni rutinski potiskuju uznemirujuće emocije svakodnevnog života.

Prema mom iskustvu, ova tendencija je povezana sa hipertenzijom. Ovo može izgledati kontraintuitivno, ali to je ono što sam stalno i dosljedno primijetio. Kaže se da je neko ko se nikada ne oseća depresivno, bez obzira šta mu se dešava u životu, skloniji razvoju hipertenzije od nekoga ko se s vremena na vreme oseća depresivno.

Kada pitam pacijenta da li je ikada bio depresivan ili depresivan, represor će odgovoriti „nikad“, bez obzira na probleme sa kojima je morao da trpi. Ne zadržava osjećaj depresije, anksioznosti ili ljutnje. On ih zaista ne oseća.

Ova zapažanja su potkrijepljena rezultatima mnogih studija. U svojoj meta-analizi psiholoških studija, Jorgensen je otkrio da je emocionalna defanzivnost, sklonost nesvjesnosti emocija, psihološka mjera koja je najsnažnije povezana s hipertenzijom (Jorgensen et al., 1996). U studiji koju sam objavio 1998. takođe sam otkrio

ovo je istina, posebno kod subjekata sa teškom hipertenzijom (Mann i James, 1998).

Šta leži u osnovi sklonosti osobe da se nosi sa stresom na ovaj način? Ovo nije dobro shvaćeno, ali je jasno da je obrazac koji je već evidentan u djetinjstvu. Psihoanalitičari to nisu dobro proučavali jer represori ne idu kod psihoanalitičara jer nisu uznemireni.

Pretpostavljam da se u nekim slučajevima rađa represivni stil suočavanja. To je možda bio slučaj sa Džimom, o kojem smo ranije govorili, koji mi je rekao da je on jedini među brojnom braćom i sestrama uvijek bio nasmejan, bez obzira koliko loše stvari bile. On je u svojoj porodici uvek bio „dašak svežeg vazduha“. Vjerovatno je to bila kombinacija njegove ličnosti i hrabrosti njegove porodice, kojoj je trebao neko da bude tak

Kod drugih, represivni stil suočavanja mogao je biti rezultat odrastanja u porodici koja nije razgovarala ili dijelila osjećaje ili emocionalni bol, a da niko nije bio dostupan da ih utješi u trenucima nevolje. Umjesto toga, bez te podrške, naučili su, nužno, da se utrnu, da ne osjećaju. Neki dolaze iz kuće u kojoj je mačo filozofija nepopuštanja emocionalnoj boli također dovela do sve manje svijesti o bolnim emocijama. Da, osoba može biti sama čak i ako je okružena velikom porodicom.

Da li to znači da vas mirna osoba izlaže riziku od razvoja hipertenzije? Ne. Neki ljudi su mirni i mirno podnose svakodnevni stres. Oni se “ne zamaraju malim stvarima.” Takav pristup stresu ne mora uključivati potiskivanje i predstavlja vrijedan način da se nosite sa “malim stvarima”. Međutim, kada se ne znojimo ni velikim stvarima, kada se emocije vezane za velike stvari gurnu pod tepih bez svjesnog napora, odnosno kada se aktivira simpatički nervni sistem (SNS). Nije loš način da se nosite sa ogromnim stresom, ali na kraju bismo mogli platiti cijenu.

## DA LI SVI REPRESORI RAZVOJU HIPERTENZIJU?

Sigurno ne. Mnogi represori imaju normalan krvni pritisak. Šta određuje da li represor razvija hipertenziju? Dva važna faktora su genetska predispozicija i prekomjerna težina. Ljudi sa jednim ili oba ova faktora rizika imaju veću vjerovatnoću da će razviti hipertenziju nego ljudi bez njih. Ova tri faktora rizika – genetika, prekomjerna tjelesna težina i teret potisnutih emocija – izgledaju kao dodatak u dovođenju do hipertenzije, kao što sam izvijestio u Journal of Psychosomatic Research (Mann i James, 1998).

Razlog za to je taj što naše tijelo ima mnogo kontrola i balansa osmišljenih da održavaju naš krvni tlak u normalnom rasponu. Ako jedan sistem, kao što je SNS, nije u redu, drugi sistemi kompenzuju da vrate krvni pritisak na normalu. Međutim, ako je ton SNS visok kao rezultat psiholoških faktora, a genetski faktori kao što je abnormalno zadržavanje soli također podižu krvni tlak, veća je vjerovatnoća da će kombinacija rezultirati abnormalno povišenim krvnim tlakom.

Još jedan faktor koji objašnjava zašto neki ljudi koji redovno potiskuju ne razvijaju hipertenziju je životno iskustvo. Čini se da ljudi s represivnim stilom suočavanja koji su se susreli s neuobičajeno teškim životnim stresom imaju veću vjerovatnoću da razviju hipertenziju od onih koji nisu. Drugim riječima, čak i ako ste represor, ako ste imali sreće da živite život bez neobično teškog stresa, manja je vjerovatnoća da ćete razviti hipertenziju nego ako ste živjeli vrlo teškim životom.

## POSTOJE LI TRAGOVI KOJI UTVRĐUJU ČIJA JE HIPERTENZIJA POVEZANA SA POTISNOM EMOCIJOM?

Jedna je stvar reći da su potisnute emocije veza između psihe i hipertenzije; drugo je koristiti ove informacije

vodite tretman. Vjerujem da su emocionalni faktori pokretačka snaga samo kod manjeg broja ljudi s hipertenzijom. Kao što ću opisati, identifikacija onih čija je hipertenzija psihološki povezana je važna jer su za njih dostupne različite alternative liječenja.

Kako onda možemo reći čija je hipertenzija povezana sa psihološkim faktorima, a čija nije? Moje kliničko iskustvo govori mi da postoje tragovi koje možemo koristiti. Ne sumnjam na psihološki povezanu hipertenziju kada postoji mnogo drugih razloga da neko ima hipertenziju. Na primjer, ako neko ima prekomjernu težinu, ima jaku porodičnu anamnezu (što ukazuje na genetsku predispoziciju) i ima blagu hipertenziju koja dobro reaguje na diuretik ili inhibitor angiotenzin konvertujućeg enzima (ACEI), vrlo je vjerovatno ovaj vrlo običan slučaj hipertenzije. biti u vezi sa genetikom i načinom života. S druge strane, kada pacijentova lična anamneza sugerira potiskivanje, ili kada se obrazac hipertenzije razlikuje od uobičajenog obrasca, psihološka veza je mnogo v

## TABELA 1: Naznake psihološki povezane hipertenzije

### 1. Lična istorija

- a. Istorija teškog zlostavljanja ili traume, posebno tokom djetinjstvo
- b. Uvjerenje da teška prethodna trauma ne traje efekti
- c. Vrlo ujednačena ličnost, osoba koja to nikada nije "dolje"

### 2. Obrazac hipertenzije

- a. Teška hipertenzija
- b. Rezistentna hipertenzija

- c. Hipertenzija sa iznenadnim neobjašnjivim početkom
- d. Paroksizmalna (epizodična) hipertenzija

## LIČNA ISTORIJA

Istorija teškog zlostavljanja ili traume, posebno tokom djetinjstvo

Pretpostavljam da bi hipertenzija mogla biti povezana sa potisnutim emocijama ako pojedinac prijavi istoriju teške traume. Istražujući takve traume, uvijek pitam o nečijem djetinjstvu, da li je neko imao nasilnog roditelja, ili je doživio smrt roditelja ili druge traumatične događaje. Takođe se raspitujem o događajima u odraslom životu, kao što je istorija borbe ili iznenadni gubitak supružnika ili deteta.

Postoji mnogo, mnogo vrsta trauma, a čak i kada postoji istorija teške traume, ne nalazimo je uvek; nijedan kratak skup pitanja ne može pokriti sve osnove. Ipak, posebno kod osoba s teškom ili nekontroliranom hipertenzijom, takva anamneza se često može otkriti, podržavajući vezu između ovih oblika hipertenzije i psiholoških prethodnika.

Uvjerenje da teška prethodna trauma ne traje

Efeki

Kada pacijent prijavi da prethodna trauma nije imala nikakav dugotrajni uticaj, moje antene su podignute. Tu sumnjam da su emocije vezane za događaje zazidane i daju doprinos užasno za hipertenziju. Ako je neko preživio posebno tešku traumu bez vidljivog psihičkog uticaja, samo to ukazuje na represiju, našeg najvećeg saveznika u daljem kretanju.

Vrlo ujednačena ličnost, osoba koja nikada nije "spuštena"

Pacijent koji mi kaže da je zabrinut zbog ovoga ili ljut na ono, ili da se s vremena na vrijeme osjeća utučeno ili depresivno, vjerovatno neće biti represor. Pacijent koji mi kaže da je vrlo ujednačen, ili je stalno budan, ili nikada nije bio depresivan bez obzira šta se dogodilo, vjerovatno je represor.

### OBRAZAC HIPERTENZIJE

Kod većine ljudi, hipertenzija prati prilično tipičan tok. Obično postoji porodična anamneza hipertenzije: hipertenzija počinje postepeno, sa graničnim očitanjima ili očitanjima koja variraju između normalnih i visokih dok se na kraju ne pojave viša očitavanja.

Očitavanja krvnog pritiska su obično ispod 160/110. Veća očitavanja se, naravno, mogu vidjeti u trenucima velikog stresa. Hipertenzija obično dobro reaguje na jedan lek, često diuretik, ili na kombinaciju dva leka, kao što su diuretik i ACEI.

Kada se hipertenzija pojedinca razlikuje od ovog uobičajenog obrasca, liječnici mogu posumnjati da hipertenzija ima specifičan uzrok, kao što je bolest bubrega ili suženje arterije do bubrega, ili prekomjerna proizvodnja aldosterona ili adrenalina ili kortizola od strane nadbubrežne žlijezde. Međutim, čak i među ljudima čija hipertenzija ne prati uobičajeni obrazac, uzrok se nalazi u manje od 10 posto, ostavljajući 90 posto ili više s nezadovoljavajućom dijagnozom, prema zadanim postavkama, esencijalne hipertenzije, bez obzira koliko je teška ili otporna na tretman.

Upravo kod ove grupe pacijenata sumnjam na vezu sa psihološkim faktorima. Upravo u ovoj grupi je udio prijavljivanja zlostavljanja ili traume visok, iu kojoj je mirniji furnir preovlađujući. TO JE

u ovoj grupi koju smatram da leči lekovima usmerenim na SNS kao što ću opisati u nastavku.

Nekoliko atipičnih obrazaca hipertenzije služe kao tragovi.

### Teška hipertenzija

Kada pacijent ima tešku hipertenziju, s očitanjima koja prelaze 180/110, dijagnoza obične stare esencijalne hipertenzije je zabrinjavajuća. Upravo u tim slučajevima tražim, i često nalazim, tragove za psihološku vezu.

### Resistant Hypertension

Za normalizaciju je dovoljan tretman sa jednim ili dva leka krvni pritisak kod većine ljudi. Uobičajeno liječenje se sastoji od diuretika ili lijeka koji antagonizira sistem renin/angiotenzin – ACEI ili blokatora angiotenzinskih receptora (ARB) – ili kombinacije ova dva.

Najčešći razlog nemogućnosti postizanja normalne krvi pritisak sa ovim agensima je upotreba preniske doze, posebno diuretika. Kada adekvatna doza ne radi posao, počinjem tražiti druge razloge. Ovo je mjesto gdje, u mnogim slučajevima, dolazi u obzir veza uma i tijela.

Represija ne objašnjava sve slučajeve nekontrolirane hipertenzije, ali prema mom iskustvu mnogi pacijenti s nekontroliranom hipertenzijom imaju tragove koji upućuju na potiskivanje.

### Hipertenzija s iznenadnim neobjašnjivim početkom

Kada je neko imao konstantno normalan krvni pritisak i iznenada razvije ozbiljno povišenje krvnog pritiska bez očiglednog



objašnjenje, to nije uobičajen obrazac. Genetska sklonost nije ona koja iznenada pogađa pojedinca. Kada se hipertenzija pojavi na ovaj način, tražim tragove za vezu umnog tijela.

### Paroksizmalna hipertenzija

Prema mom iskustvu, paroksizmalna (epizodična) hipertenzija je gotovo uvijek povezana s potisnutim emocijama. Kod ove vrste hipertenzije, pacijenti opisuju epizode koje se javljaju iznenada i iz vedra neba, a sastoje se od iznenadne pojave fizičkih simptoma kao što su glavobolja, otežano disanje, slabost, vrtoglavica ili znojenje, uz nagli porast krvi. pritisak koji može preći 200/100. Epizode mogu trajati nekoliko minuta ili mnogo sati i praćene su periodom iscrpljenosti. Mogu se pojaviti svakodnevno ili jednom u nekoliko dana ili sedmica ili mjeseci. Između epizoda, krvni pritisak može biti normalan ili skoro normalan.

Epizode su užasne. Pacijenti mi kažu da se osjećaju kao da će umrijeti. Mnogi žive u strahu od sljedećeg napada i boje se obavljati svoje uobičajene aktivnosti ili otići bilo gdje. Mnogi ljudi sa ovim poremećajem moraju prestati raditi.

Ovaj oblik hipertenzije se uvelike razlikuje od uobičajenije „labilnije“ hipertenzije, u kojoj ljudi doživljavaju promjene krvnog tlaka kada su napeti ili uznemireni, i svjesni su da je promjena krvnog tlaka povezana s tom nevoljom. Epizodična hipertenzija koju opisujem razlikuje se po tome što se epizode pojavljuju u nepredvidivim trenucima i ne izgledaju povezane s emocionalnim stresom.

Paroksizmalna hipertenzija uvijek izaziva kod liječnika sumnju na tumor nadbubrežne žlijezde, nazvan feohromocitom (ili skraćeno pheo), koji luči adrenalin i noradrenalin i može uzrokovati epizodnu hipertenziju. Iako paroksizmalna hipertenzija

odgovara simptomima iz udžbenika feo, manje od 2 procenta ima tumor. O ovom rijetkom tumoru napisano je stotine radova, a manje od dvadeset radova napisano je o ostalih 98 posto koji nemaju tumor. Studije nisu uspjele pružiti objašnjenje ili pristup liječenju za ovih 98 posto, ostavljajući pacijente koji pate da se konsultuju sa doktorom za doktorom.

Otkrio sam i prijavio (Mann, 1999) da skoro svi ljudi sa paroksizmalnom hipertenzijom ili imaju istoriju neobično teške traume za koju insistiraju da ih ne pogađa ili pokazuju represivan stil suočavanja. Razumijevanje ove psihološke osnove nije samo od akademskog interesa, jer je konačno otvorilo vrata uspješnom liječenju. U nekim slučajevima, promjena svijesti, sama po sebi, zaustavlja ponavljanje napada. Međutim, u većini slučajeva, uspješno liječenje zahtijeva lijekove. Na osnovu razumijevanja porijekla poremećaja u potisnutim emocijama, sada imamo farmakološke pristupe koji kontroliraju poremećaj u većini slučajeva, kao što ću objasniti u nastavku.

#### IMPLIKACIJE NOVE PARADIGME NA LIJEČENJE

Kao što smo već raspravljali, psihološki faktori su u osnovi hipertenzije kod nekih ljudi, ali ne i kod drugih. Kada su oni operativni, mehanizam koji pokreće hipertenziju razlikuje se od mehanizama koji pokreću više rutinskih slučajeva esencijalne hipertenzije. Identifikacija psihološki povezane hipertenzije je stoga vrlo važna u smislu odabira liječenja koji odgovara uzroku hipertenzije.

Dijeta, vježbanje i kontrola težine, a kod mnogih ljudi i ograničenje unosa soli svakako su važne mjere i mogu eliminirati potrebu za lijekovima kod nekih i smanjiti količinu lijekovi potrebni drugima. S druge strane, opuštanje i

Tehnike upravljanja stresom, kako ih predlaže stara paradigma, iako su korisne u upravljanju anksioznošću i ljutnjom, od male su koristi u liječenju hipertenzije, kao što je nedavno recenzirano (Eisenberg et al., 1993).

## PRINCIPI TRETMANA NOVOM PARADIGOM

Za razliku od stare paradigme, nova paradigma nudi duboke implikacije liječenja. Nudi strategije za odabir medikamentoznih i neliječničkih terapija koje su najprikladnije za svakog pojedinca.

Izuzetno važno pitanje koje se retko postavlja jeste da li hipertenziju koja je povezana sa psihološkim faktorima treba tretirati drugačije od hipertenzije koja nije povezana sa psihološkim faktorima. Ovo pitanje nije bilo predmet praktički nijednog istraživanja i nije čak ni na radaru istraživača, vjerovatno zato što medicinski istraživači nisu zainteresirani za psihologiju, a istraživači psiholozi nisu zainteresirani za antihipertenzivne lijekove. Na osnovu mog kliničkog iskustva i potkrijepljenog mojim studijama, uvjeren sam da nova paradigma može biti od velike pomoći u vođenju liječenja, o čemu ću govoriti u ovom dijelu.

### Nemedikamentozni tretman neurogene hipertenzije: postoji li uloga psihoterapije?

Svaka rasprava o psihološkim faktorima i hipertenziji mora dovesti do važnog i široko postavljanog pitanja: može li psihoterapija pomoći u ublažavanju hipertenzije? Ako sam u pravu u svom razumijevanju, iznenađujući odgovor je obično, ali ne uvijek, ne! Evo zašto.

Kada vidim pacijente s hipertenzijom koji su preživjeli ogromno zlostavljanje ili traumu potiskivanjem emocija povezanih s tim, sugeriram im moguće porijeklo njihove hipertenzije u događajima iz

davno. Neki pojedinci, pri spomenu tih događaja, često prvi put u decenijama, doživljavaju gotovo iznenadnu i iscjeljujuću promjenu svijesti o uticaju svoje prošlosti. U nekim slučajevima sam vidio da se hipertenzija brzo topi kada dođe do ovakve promjene, čak i bez psihoterapije. Psihoterapija tada može biti od pomoći u suočavanju s emocijama koje proizlaze iz ove promjene svijesti. Međutim, ako je pacijent nezainteresovan, ne prisiljavam ga da krene na psihoterapiju.

Pacijenti čija je hipertenzija povezana sa represijom obično se ne žale na emocionalni stres, ne osjećaju potrebu za psihoterapijom i nisu zainteresirani za nju. I dolaze mi ne zato što žele istražiti staru traumu, već zato što žele svoj krvni tlak staviti pod kontrolu. Također, ako je neko uspješno potisnuo silno bolne emocije povezane s zlostavljanjem ili traumom u djetinjstvu i nastavio dalje, njihovo istraživanje u psihodinamskoj terapiji može biti posljednja stvar koju bi željeli učiniti, a možda i pogrešna stvar za njih. Istraživanje tako snažnih emocija, s obzirom na barijeru potiskivanja, ionako bi vjerovatno bilo gubljenje vremena i novca. Malo je vjerovatno da će terapija prekinuti represiju, a da jeste, imala bi potencijal da nanese štetu. Iako sam zagovornik prepoznavanja odnosa uma i tijela u hipertenziji, ipak bih se založio protiv prisiljavanja pacijenata čije se uspješno emocionalno preživljavanje može pripisati represiji, da traže psihoterapiju i napadnu tu represiju.

Knjige napisane o terapiji za osobe koje su preživjele traumu uglavnom nisu o pacijentu bez problema koji je ostavio traumu iza sebe i ne osjeća se pogođenim njom. I bilo bi pogrešno generalizirati sa principa tretmana ljudi koji su uznemireni traumom iz prošlosti na tretman onih koji to nisu. Možda bi bilo bolje da napus

sama prošlost, čak i ako je prošlo zlostavljanje ili trauma odgovorna za hipertenziju. Mudro je poštovati pacijentovu sklonost da ne istražuje prošlost.

S druge strane, kada represija ne uspijeva, kada se interni alarmi aktiviraju bez izvora koji je nama očigledan, mogu postati očigledni izraženi psihološki, a ponekad i fizički simptomi. Čini se da ova vrsta pacijenata ide u beskrajne nevolje. Ovdje psihoterapija može biti izuzetno važna, iako i ovdje ne dolazi bez garancija.

Da li je hipnoterapija vrijedna alternativa? Možda, iako ni ovdje, jednostavno ne znamo da li je osvježavanje potisnutog materijala kroz hipnoterapiju uvijek bezbedno, posebno kod ljudi koji psihički ne pate. Stoga ga ne mogu nekritički preporučiti. Nadam se da ćemo jednog dana znati dovoljno o hipnoterapiji da znamo da li je to realna i sigurna alternativa.

Ukratko, kvaka-22 psihoterapije kod hipertenzije, iz mog iskustva, je da što je pojedinac svjesniji emocionalnog stresa i što je voljniji da se bavi psihoterapijom, to je manje vjerovatno da je psihološki problem uzrok hipertenzije. S druge strane, što osoba koja je preživjela traumu više insistira na tome da prošlost nije imala dugotrajan utjecaj, što ukazuje na to da su glavni sporovi potisnuti, to je vjerojatnije da je hipertenzija povezana s njom, ali je manja vjerovatnoća da je takva pojedinac će biti podložan psihoterapiji ili joj pomaže.

## Terapija psihološki povezane hipertenzije lijekovima

Čak i ako psihoterapija često nije opcija, razlikovanje psihološki povezane hipertenzije od drugih slučajeva esencijalne hipertenzije nudi važne implikacije u smislu terapije lijekovima.

Specifične preporuke za liječenje u ovom dijelu su zasnovane na

princip da se kod osoba s psihički povezanom hipertenzijom mehanizam i liječenje hipertenzije razlikuju od onih kod kojih hipertenzija nema nikakve veze s psihološkim faktorima. Počecu tako što ću ukratko raspravljati o mehanizmima hipertenzije, a zatim dati obrazloženje za zasnivanje liječenja na ovim principima, na osnovu mojih studija i kliničkog iskustva.

## Mehanizmi esencijalne hipertenzije i odnos prema Odabir terapije lijekovima

Istraženi su mnogi mehanizmi hipertenzije, a detaljan pregled bi bio izvan okvira ovog poglavlja. Umjesto toga, opisat ću tri široko istražena i dokumentirana mehanizma kojima se bave lijekovi koji su u širokoj upotrebi. Ovi mehanizmi su prekomerni volumen krvi, prekomerna aktivnost renin-angiotenzinskog sistema (RAS) i prekomerna aktivnost SNS.

### Volumen krvi

Hipertenzija koja je uzrokovana prevelikom volumenom krvi poznata je i kao hipertenzija osjetljiva na sol. Kod genetski podložnih osoba, unesena so se slabije izlučuju bubrezima, što dovodi do zadržavanja natrijuma i tečnosti u arterijskom sistemu i povećanja nivoa jona kalcijuma u ćelijama glatkih mišića arterijskih zidova, što podiže krvni pritisak. Za osobe koje su posebno osjetljive na sol, čak i malo soli to čini. Hipertenzija osjetljiva na sol posebno je česta među Afroamerikancima i starijim osobama. Ograničavanje unosa soli može normalizirati krvni tlak kod nekih ljudi s hipertenzijom povezanom s volumenom, ali za mnoge druge je potrebna terapija lijekovima.

Kod hipertenzije zavisne od zapremine, najučinkovitiji su diuretici, koji povećavaju izlučivanje natrijuma putem bubrega, i blokatori kalcijumskih kanala, koji blokiraju ulazak kalcija u ćelije glatkih mišića.

efektivni agensi. Drugi agensi, kao što su ACEI, ARB i beta blokatori, manje su efikasni u ovom obliku esencijalne hipertenzije.

### Renin-angiotenzin sistem (RAS)

RAS je komplikovan sistem čiji krajnji hormonski proizvod, giotenzin II, podiže krvni pritisak sužavanjem arterija i stimulisanjem lučenja aldosterona, hormona koji zadržava so. Bubrezi proizvode hormon renin, koji je važan aktivator ovog sistema. Lučenje renina je stimulirano kada je volumen krvi nizak, a potisnut kada je visok. Zato je nivo renina u krvi obično nizak kod većine ljudi sa hipertenzijom izazvanom zapreminom, a viši kada volumen nije faktor. ACEI, kao što su enalapril (Vasotec), lizinopril (Prinivil, Zestril i drugi), koji blokiraju proizvodnju angiotenzina II, i ARB, kao što su valsartan (Diovan), irbesartan (Avapro), candasartan (Atacand) i drugi, koji blokiraju receptore za koje se veže angiotenzin II, najefikasniji su kod ljudi čija je hipertenzija posredovana RAS-om.

U većini slučajeva obične esencijalne hipertenzije uključeni su prekomjerni volumen krvi i/ili efekti RAS-a. Zbog toga su diuretici i/ili ACEI ili ARB tako efikasni i predstavljaju glavni oslonac liječenja lijekovima. Dati sami ili u kombinaciji, oni kontroliraju krvni tlak u lavovskom udjelu slučajeva obične esencijalne hipertenzije.

### Simpatički nervni sistem

SNS povezuje mozak sa našim srcem i arterijskim sistemom. Ima dva ekstremiteta, nadbubrežni ud i simpatički živac.

Nadbubrežni ekstremitet prelazi od mozga, duž kičmene moždine, do nadbubrežne žlijezde, stimulirajući lučenje adrenalina. Adrenalin zauzvrat stimuliše receptore u srcu i arterijama, a najizraženiji efekat je stimulacija beta receptora u srcu,

uzrokujući da kuca brže i jače i povećava količinu ispumpane krvi, poznatu kao minutni volumen srca. Kada smo nervozni i osjećamo kako nam srce lupa, to je adrenalin. Adrenalin također uzrokuje širenje arterija, kroz stimulaciju beta receptora u zidovima arterija.

Neuralni ekstremitet se sastoji od nerava koji prolaze kičmenu moždinu i inerviraju srce i arterijski zid. Oni stimuliraju alfa receptore u srcu i arterijskim zidovima, podižući krvni pritisak povećanjem kontraktilnosti srca i sužavanjem arterija.

Stimulacija SNS obično uključuje aktivaciju, u određenoj mjeri, i nadbubrežnih i neuralnih ekstremiteta. SNS je taj koji posreduje u prolaznim efektima stresa i emocija na naš krvni pritisak.

Stresori kao što su strah ili anksioznost stimuliraju prvenstveno nadbubrežne udove, manifestujući se ubrzanim otkucajima srca i povećanim minutnim volumenom srca i sistolnim krvnim pritiskom. (Kada se krvni tlak zabilježi kao, na primjer, 120/80, 120 je sistolički pritisak, koji odražava pritisak generisan snagom otkucaja srca, a 80 je dijastolni, koji odražava pritisak u arteriji sistem između otkucaja srca.) Stresori kao što je dizanje tegova stimuliraju uglavnom simpatički ekstremitet, povećavajući i sistolni i dijastolni krvni pritisak, sa malim uticajem na rad srca. Emocionalni podražaji (npr. ljutnja i većina drugih podražaja) imaju tendenciju da stimuliraju i nadbubrežne i neuralne udovi.

Stimulacija SNS-a također povećava zadržavanje natrijuma i stimuliraju RAS. Ipak, njegovi glavni efekti su oni na srca i arterija.

Hipertenzija koju pokreće SNS, a ne volumen ili RAS, naziva se neurogena hipertenzija. U nedavnom članku sumirao sam neurogenu hipertenziju i pregledao njene uzroke, koji uključuju emocionalne faktore, kao i druge faktore koji nisu povezani s emocijama (Mann, 2003).



## FIZIOLOŠKI MEHANIZMI: KAKO UZROKA REPRESIJA HIPERTENZIJA

Kako se onda potiskivanje emocija uklapa u ove mehanizme i dovodi do hipertenzije? Postoji relativno malo podataka koji bi odgovorili na ovo pitanje jer je nekoliko istraživača koji se fokusiraju na medicinske ili psiho-somatske aspekte hipertenzije istraživalo ili čak razmatralo ulogu potisnutih emocija.

Znamo da SNS posreduje u prolaznim efektima emocije koje osjećamo na našem krvnom pritisku. To je logičan kandidat da posreduje i efekte potisnutih emocija na krvni pritisak. Baš kao što emocije koje trenutno osjećamo stimuliraju SNS i podižu krvni tlak u ovom trenutku, emocije koje potiskujemo kronično stimuliraju SNS i proizvode dugotrajnije promjene krvnog pritiska.

Šta je to što pokreće SNS u represorima? Jesu li to emocije koje lete ispod površine svjesne svijesti? Ili je to proces potiskivanja, pojačano stanje uzbune koje nas nesvjesno brani od prijatnje ovih emocija? Ovo je nejasno. Ali ono što se čini jasnim je da emocionalni procesi kojih nismo svjesni imaju dugotrajniji učinak na SNS nego svjesne emocije koje nas uznemiruju.

## LIJEČENJE DRUGOM PSIHOLOŠKI POVEZANO HIPERTENZIJA

Široko korišteni diuretici, ACEI i ARB ciljaju volumen krvi i RAS. Oni ne ciljaju SNS. Logično bi se moglo zaključiti da bi lijekovi koji ciljaju na SNS, kao što su blokatori alfa- i beta receptora, bili efikasniji u liječenju hipertenzije posredovane SNS-om. I, u stvari, jesu.

Beta blokatori blokiraju efekte adrenalina na rad srca i snagu kontraktilnosti, i niži krvni pritisak, posebno kod osoba čiju hipertenziju karakteriše ubrzan rad srca.

Primjeri beta blokatora uključuju atenolol (Tenormin), metoprolol (Toprol) i druge. Moj favorit je betaksolol (Kerlone), koji ima glatkiju akciju i, vjerujem, manje nuspojave. Alfa blokatori blokiraju stežuće efekte simpatičkih nerava na zidove arterijskog sistema. Primjeri uključuju doksazosin (Cardura) i terazosin (Hytrin).

Drugi lijekovi, kao što je klonidin, smanjuju tonus SNS-a svojim djelovanjem na receptore u mozgu, ali imaju vrlo izražene nuspojave, kao što je umor. Trudim se da ih izbegavam osim pod prinudom.

Ponekad će beta blokator sam obaviti posao, posebno kod ljudi sa ubrzanim otkucajima srca. Beta blokatori se takođe bore protiv anksioznosti blokiranjem vidljivih fizičkih efekata adrenalina (palpitacije i drhtavica). Često, međutim, beta blokator sam po sebi neće obaviti posao, a njegova kombinacija s alfa blokatorom djeluje mnogo bolje.

Ova kombinacija — beta blokator sa alfa blokatorom — je veoma efikasna, kao što smo ja i drugi pokazali u studijama (Holtzman et al., 1998; Mann i Gerber, 2001), i, što je možda još važnije, kao što sam stalno viđao u kliničko iskustvo u liječenju pacijenata s hipertenzijom koja je povezana s potisnutim emocijama i koja se ne može kontrolirati kombinacijom diuretika/ACEI ili diuretika/ARB.

Na osnovu mehanizama, očekivao bih da diuretici i ACEI i ARB deluju veoma dobro u slučajevima obične esencijalne hipertenzije, ali slabije u psihološki povezanoj hipertenziji koju posreduje SNS. To je ono što opažam u liječenju pacijenata, i to sam primijetio u nedavnoj studiji (Mann i Gerber, 2002).

U toj studiji koristio sam istoriju zlostavljanja ili traume tokom djetinjstva kao marker vjerovatnog tereta potisnutih emocija. Našao sam to u

ispitanici bez takve anamneze, diuretik ili ACEI su normalizovali krvni pritisak u 75 posto slučajeva. Kod onih sa takvom istorijom kontrolisano je samo 25 odsto. Ovo je zapanjujuća razlika i ima smisla, s obzirom na istaknutiju ulogu SNS-a u njihovoj hipertenziji. U ovoj studiji, ispitanici koji su prijavili zlostavljanje u djetinjstvu su mnogo bolje reagirali na kombinaciju alfa/beta blokatora nego na ACEI ili diuretik.

Moje kliničko iskustvo je u velikoj mjeri u skladu s ovim rezultatima. Pacijenti s ličnom anamnezom ili obrascem hipertenzije koji sugerira psihološki povezanu neurogenu hipertenziju imaju manju vjerovatnoću od drugih da postignu normalan krvni tlak uz kombinaciju diuretika/ACEI i bolje reagiraju na kombinaciju alfa/beta blokatora. Nažalost, potonja kombinacija se ne koristi onoliko često koliko bi trebala biti.

Ukratko, ako je hipertenzija pojedinca isključivo stvar genetike i načina života, i nema nikakve veze s psihološkim faktorima, općenito koristim diuretik ili ACEI (ili ARB), ili kombinaciju to dvoje. Alternativno, koristim blokator kalcijumskih kanala. Ovi lijekovi, sami ili u kombinaciji, trebali bi kontrolirati hipertenziju u većini slučajeva. Međutim, kada je hipertenzija psihički povezana, pacijenti slabije reaguju na ove lijekove i ima smisla koristiti lijekove koji blokiraju djelovanje SNS-a, kao što su alfa i beta blokatori.

Johnov slučaj je primjer ovog pristupa.

John, trideset i pet godina, razvio je tešku hipertenziju ubrzo nakon što mu je dijagnosticirana AIDS. Kombinacija ACEI i diuretika nije uticala na njegov krvni pritisak, koji je ostao na 180/120. Njegov doktor, koji je tražio moje mišljenje, razmotrio je mogućnost da teška emocionalna uznemirenost povezana s dijagnozom uzrokuje hipertenziju, ali je to odbacio jer je John bio stvarno hladan u vezi s tim i nije bio nimalo uznemiren.

Bilo bi lako, prema staroj paradigmi, za hipertenziju okriviti očekivani emocionalni poremećaj uzrokovan dijagnozom AIDS-a. Međutim, Džon je insistirao da nije uznemiren. Nova paradigma mi govori upravo suprotno – da je veća vjerovatnoća da će nereakcija dovesti do psihološki posredovane neurogene hipertenzije, koja je otporna na liječenje diuretikom i ACEI. Zamjena njegovih lijekova kombinacijom alfa i beta blokatora brzo je normalizirala krvni tlak.

### LABILNA HIPERTENZIJA

Normalno je da krvni pritisak varira. Ničiji krvni pritisak nije savršeno stabilan. Takođe je jasno da krvni pritisak može da varira sa stresom, da raste u napetim trenucima, a zatim se smiruje. Mi ne liječimo ta prolazna povišenja jer su ona dio normalne fiziologije krvnog tlaka.

Međutim, kod nekih osoba, fluktuacije krvnog pritiska su ili vrlo česte ili vrlo ekstremne. Ili može često fluktuirati čak i u odsustvu očiglednog stresa. Kod pacijenata čija hipertenzija odgovara ovom obrascu, fluktuacijama krvnog pritiska verovatno upravlja SNS, koji kontroliše varijacije krvnog pritiska iz minuta u minut i od sekunde do sekunde. Vjerovatno je da emocije, bilo svjesno doživljene ili potisnute, pokreću pretjerane fluktuacije. U ovim okolnostima, kombinacije alfa/ beta blokatora imaju mnogo smisla i djeluju bolje od diuretika, ACEI i ARB-a

### IZBJEGAVAJTE PREVELIKE DOZE LIJEKOVA ZA KOJE JE MALO VEROVATNO RAD

Kada kombinacija diuretika/ACEI ne djeluje, uobičajena je praksa povećati dozu jednog ili oba lijeka. ovo je vazno

jer se kod mnogih osoba hipertenzija ne može kontrolisati bez upotrebe relativno visoke doze, posebno diuretika.

Veće doze se ne koriste rutinski jer je njihova upotreba povezana s mnogim štetnim metaboličkim efektima kao što su povećanje mokraćne kiseline, triglicerida i, u nekim slučajevima, šećera u krvi. Međutim, ako netko s hipertenzijom posredovanom volumenom ne reagira na nisku dozu diuretika, propisivanje veće doze je prava stvar. Nasuprot tome, kod onih čija hipertenzija nije posredovana volumenom, višu dozu treba izbjegavati jer daje veći rizik od nuspojava uz malu korist za kontrolu krvnog tlaka. Ovo je još jedan razlog zašto prepoznavanje kada su emocionalni faktori sastavni dio hipertenzije može imati važan utjecaj na liječenje lijekovima.

#### LEČENJE PAROKSIZMALNE HIPERTENZIJE

Prepoznavanje uloge potisnutih emocija pruža prvo valjano objašnjenje za paroksizmalnu hipertenziju i prvi uspješan pristup liječenju (Mann, 1999.). Ljudi sa paroksizmalnom hipertenzijom obično ne reaguju na ACEI i diuretike, te im je potreban drugačiji pristup. Nova paradigma nudi tri nova pristupa liječenju, uključujući terapije lijekovima i neliječničke terapije.

Jedan pristup nudi lijek, koji uključuje promjenu svijesti o emocijama koje su potisnute. Ako pacijent može shvatiti da je poremećaj povezan s potisnutim emocijama i doživi promjenu svijesti, poremećaj može doslovno nestati.

Jill, trideset i pet godina, živjela je vrlo bogatim i razmaženim životom. Nije morala da radi, a muž joj je rado sve obezbedio. Tvrdila je da je bila savršeno srećna, ali da je skoro svakodnevno patila od visokog krvnog pritiska i ubrzanog otkucaja srca. Nakon pažljivog razgovora, i to na veoma bolan način, ona je po prvi put priznala sebi svoju duboku nesreću. Ona konačno

suočila sa svojim dubokim stidom i očajem zbog odsustva smisla u svom životu, bez karijere ili svrhe. Shvatila je da se osjeća beskorisno i da se duboko stidi sebe.

Njene epizode su odmah prestale sa ovom bolnom spoznajom, bez ikakve psihoterapije. Ipak, imala je težak zadatak da se nosi sa svojom nesrećom. Sa svešču koju je sada imala, mogla je da počne da pravi promene u svom životu koje inače ne bi napravila.

Jillin slučaj pokazuje iscjeljenje paroksizmalne hipertenzije uzrokovane emocionalnom svijesti. Međutim, većina ljudi s paroksizmalnom hipertenzijom ne doživljava ovu promjenu zbog otpora na svijest o duboko bolnim emocijama. Srećom, postoje i druge efikasne mogućnosti liječenja ovog poremećaja, također zasnovane na novoj paradigmi. Jedna je upotreba kombinovane alfa/beta blokade za smanjenje ozbiljnosti promena krvnog pritiska blokiranjem efekata aktivacije SNS-a koja je u njihovoj osnovi. Nažalost, čak i ako su promjene krvnog tlaka donekle ublažene, epizode se nastavljaju ponavljati kod većine pacijenata.

Druga alternativa je upotreba antidepresiva, koji ima dramatičan učinak kod većine pacijenata. U roku od dvije sedmice većina pacijenata doživljava prestanak napada i vraća se normalnom životu. Ovo je zaista revolucioniralo liječenje ovog poremećaja, kao što sam nedavno izvijestio (Mann, 1999.). Antidepresiv – bilo stariji agens, kao što je dezipramin, ili selektivni inhibitor ponovnog preuzimanja serotonina (SSRI), kao što su Zoloft ili Paxil ili Lexapro – jača barijeru protiv potisnutih, ali prijetećih emocija. Iako ljudi s paroksizmalnom hipertenzijom nisu depresivni, ovi lijekovi djeluju izuzetno dobro. Pretpostavljam da je to zato što paroksizmalna hipertenzija ima mnoge zajedničke karakteristike sa paničnim poremećajem, koji takođe izuzetno dobro reaguje na ove agense.

Efikasnost antidepresiva u ovoj hipertenzivnoj bolesti

red je možda najeklatantniji dokaz da um može biti uključen u hipertenziju i da se um mora smatrati da opsjeda pacijente s hipertenzijom koju je teško kontrolisati.

## SAŽETAK

Gledajući odnos uma i tijela kod hipertenzije, prirodno je posumnjati da emocije koje osjećamo, a koje očigledno utječu na naš krvni tlak u ovom trenutku, igraju važnu ulogu. Međutim, decenijama istraživanja nisu uspjela potvrditi da ove emocije dovode do hipertenzije ili da tehnike za smanjenje emocionalnog stresa sprječavaju hipertenziju.

Ako umjesto toga pogledamo potisnute emocije, emocije za koje se ne žalimo ili čak ne znamo da ih nosimo, imamo sasvim drugačiji pristup koji konačno može dati smisao povezanosti uma i tijela u hipertenziji i ponuditi nove pristupe liječenju. .

Ovo razumijevanje identificira osobu koja osjeća najmanje emocija kao najsklonu hipertenziji, a ne obrnuto. Kada shvatimo da emocije koje potiskujemo mogu imati više veze s hipertenzijom i drugim kroničnim zdravstvenim stanjima nego s emocijama koje osjećamo, otvaramo vrata novim pristupima na tretman.

Previše medicinskih stanja ostaje neobjašnjeno, a istraživanje uma i tijela ograničeno na ono što svjesni um izvještava nije nam pomoglo da shvatimo njihovo porijeklo. Premalo pažnje je posvećeno onome što svjesni um ne može izvesti. Nadam se da će se ovo početi mijenjati.

SIX

MOJE ISKUSTVO SA  
TENZIONI MIOZITIS  
SINDROM

Ira Rashbaum, MD

Ira Rashbaum, MD, je klinički vanredni profesor medicine na Medicinski fakultet Univerziteta u Njujorku i redovni fizijatar u Institutu za rehabilitacionu medicinu Rusk u Njujorku. On je počeo završio je obuku za TMS 1992. godine i liječio je brojne pacijente s TMS-om od 1993. Sa dr. Sarno je objavio članak pod naslovom „Psychosomatic Concepts in Chronic Pain” u dodatku iz marta 2003. godine Arhiv za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju. On je direktor Rehabilitacija moždanog udara u Rusk. Često je gost urednik časopisa Amer Godišnja medicinska edukacija ican Akademije rehabilitacione medicine Vodič. Ipak, smatra svojim najponosnijim dostignućem



brak sa njegovom divnom ženom, Robin, i njegovu ulogu oca svojim sinovima Benjamin i Joshua.

Dr. Rashbaum ima mnoge odgovornosti u Institutu za rehabilitaciju Rusk itation Medicine pa smo zahvalni što je našao vremena za postavljanje dijagnoze i liječiti pacijente sa TMS-om. Osim dr. Sarna, on je jedini drugi ljekar u New Yorku koji je sposoban za ovo.

## MOJE ISKUSTVO SA SINDROMOM TENZIONOG MIOZITISA

Moje prvo izlaganje konceptima dr. Sarno dogodilo se tokom moje druge godine obuke kao specijalizant fizikalne medicine i rehabilitacije na Institutu za rehabilitacionu medicinu Rusk u Njujorku.

Jedne večeri sam ušao u lift i zatekao veliku grupu ljudi kako razgovaraju, smiju se, uzvikuju o predavanju koje su upravo čuli. Bilo je to sedmično predavanje dr. Sarna za nove pacijente i čuo sam dovoljno da me zaintrigiraju neke od stvari koje su govorili o bolu psihološkog porijekla i kako mu se može pomoći saznanjem njegovog pravog uzroka. Međutim, trebalo je da prođe godinu dana pre nego što sam odlučio da saznam više o onome što sam čuo. Počeo sam da razmišljam o slučajevima koje sam video u kojima strukturalno objašnjenje bola nije imalo smisla i o drugim slučajevima u kojima nije bilo nikakve dijagnoze. Još preciznije, prisjetio sam se jakog bola u vratu koji sam dobio noć prije svoje bar micve, pogoršanja simptoma alergije u vrijeme ispita u srednjoj školi i na koledžu, silovitih glavobolja tokom medicinske škole i ponavljajućih stomačnih tegoba tokom stažiranja. Nabavila sam knjige dr. Sarno, Um nad bolom u leđima i Lečenje bola u leđima, i odlučila da sam spremna da naučim više. Im

izborni predstoji; to jest, mogao sam da učim sa bilo kojim programom po svom izboru. Sa malo strepnje prišao sam dr. Sarnu da radim izborni predmet s njim, i on je pristao. Zapravo, bio je oduševljen, jer nijedan stanovnik nikada nije izrazio interesovanje za njegov rad.

Naredna tri mjeseca viđao sam pacijente s njim, prisustvovao svim njegovim predavanjima i grupnim sastancima i sa fascinacijom slušao izvještaje psihologa. Počeo sam da shvatam da lekar mora da bude više od inženjera za telo, da osećanja i to ko smo mi imaju ogromne veze sa ljudskim bolestima. Bio sam oduševljen idejom da budem pionir u ovoj važnoj oblasti medicine.

Po završetku moje obuke zamolili su me da ostanem na Institutu Rusk kao ljekar i profesor na Medicinskom fakultetu NYU. Odlučio sam prihvatiti, jer je to bila dobra pozicija i dala bi mi priliku da nastavim rad sa dr. Sarno i izoštrim svoje vještine u dijagnostici i liječenju TMS-a.

Mogao bih ići u dosta detalja o ogromnom javnozdravstvenom problemu koji predstavlja kronični bol u Sjedinjenim Državama i većini zapadnog svijeta, kao io dokazima u medicinskoj literaturi koji sugeriraju da su psihološki faktori važan razlog za epidemiju kronične boli u Sjedinjene Države. Trošak za društvo je ogroman, u rasponu od 65 do 79 milijardi dolara godišnje. Cena ljudske patnje je neprocenjiva. Umjesto da sažimam ovu literaturu, želio bih podijeliti s čitateljima svoje iskustvo u radu sa TMS-om.

Jedan od mojih omiljenih talmudskih citata je "Svi počeci su teški." Ovo je priča o jednom od mojih prvih pacijenata:

gospođa S je bila žena srednjih godina sa istorijom povremenih bolova u leđima šest godina. Neposredno prije nego što sam je vidio, pojavila se bol u lijevoj nozi i osjećaj utrnulosti u lijevom potkoljenici koja se proteže do trećeg i četvrtog prsta, a sve se pripisuje kuglanju. Postoji skoro univerzalna tendencija da pacijenti krive početak

bolova i drugih simptoma pri nekoj fizičkoj aktivnosti. Razlog za to je objašnjen u poglavlju 1. Ona je izjavila da je ograničena u čišćenju kuće, vrtu i svom uobičajenom programu vježbanja.

Njena medicinska istorija je bila važna. Patila je od lupanje srca, glavobolje „sinusa“, simptoma kolitisa, visokog krvnog pritiska u ordinaciji (hipertenzija belog mantila) i suve kože. Naše je mišljenje da su, kao i TMS, oni psihološki inducirani; stoga ih nazivamo ekvivalentima TMS-a.

Od velikog društvenog značaja je činjenica da ju je kao dijete seksualno zlostavljao brat. Sebe je opisala kao perfekcionistkinju, da „niko nije mogao obaviti zadatak tako dobro kao ona“ i da je bila zabrinuta i ugađala ljudima.

Fizikalni pregled je otkrio slabost mišića koji podižu prednji dio lijevog stopala (blagi pad stopala) i smanjenu sposobnost percepcije bolnog stimulusa (uboda) u prednjem dijelu noge. Postojala je i izražena osjetljivost kada se vrši pritisak na mišiće obje zadnjice i donjeg dijela leđa, što je gotovo univerzalni nalaz kod osoba s TMS-om. Bol, slabost i senzorni poremećaji nastali su zbog činjenice da su kičmeni nervi bili blago uskraćeni kiseonikom nakon što su izašli iz kičmenog kanala, što se dešava kod TMS-a.

MRI je pokazao veliku herniju diska na donjem kraju kičme, koji, međutim, nije mogao biti odgovoran za bol zbog svoje lokacije u kičmenom kanalu.

Postavio sam dijagnozu TMS; Gospođa S se složila i dokazala da je dijagnoza tačna tako što se vratila u normalu za tri mjeseca. Pratio sam je telefonom tokom godina i osim povremenih blagih bolova u zglobovima ili kolenima (obično povezani sa porodičnim stresom), vodila je normalan život. Razgovarala je o svojim stresovima sa socijalnim radnikom s vremena na vrijeme.

Kada je gospođa D, dvadesetsedmogodišnja slobodna žena, došla po

na pregled, rekla je da je patila od bolova u lijevom donjem dijelu leđa, povremeno na desnoj strani, i bolova u lijevoj strani vrata, ramena i gornjeg dijela leđa. Rekla je da bolove u leđima ima od desete godine, ali su ozbiljni problemi počeli nakon što je završila fakultet. Bol se postepeno pogoršavao i postao toliko jak da nije mogla hodati, sjediti, savijati se, istezati ili voziti auto. Imala je bio nesposoban za rad šest mjeseci.

Osim bolova, patila je od proljetnih alergija, „pritisaka sinusa“, glavobolje s bolovima iza očiju, infekcija urinarnog trakta, vrtoglavice i nedavno spastičnog debelog crijeva. Otkrili smo da su sve ovo ekvivalenti, koji služe istoj svrsi kao i TMS. Vjerovatno nije slučajno što se upravo zaručila kada je počelo spastično crijevo. Tokom intervjua je rekla da je perfekcionista, da voli ljude, da je izbegavala konfrontaciju i da je stvari shvatila veoma ozbiljno. Bilo je nekoliko stresova u njenom životu.

Jedini nalazi na fizičkom pregledu su tri lokacije osjetljivosti mišića u stražnjici, donjem dijelu leđa i vratu – tipično za TMS.

U periodu od tri godine konsultovala je dva kiropraktičara, dva neurologa, dva urologa, gastroenterologa, endokrinologa, reumatologa, ortopeda, dermatologa, proktologa, ortodonta TMZ (temporomandibularnog zgloba) i akupunkturistu. Imala je sve moguće testove, bez dijagnoze boli. Jedan doktor ju je pitao da li uživa da ide kod doktora, a drugi je rekao da misli da se "laži". Pomirila se sa životom sa bolom na neodređeno vreme i činjenicom da verovatno neće moći da ima decu jer neće moći da živi devet meseci

bez lekova protiv bolova.

Nakon inicijalnih konsultacija, prisustvovala je mojim predavanjima o liječenju i tada se više nisam čuo s njom sve dok nisam dobio pismo mjesec dana kasnije. Slijedi izvod iz pisma:

Bio sam veoma zauzet živjeti svoj novi život bez bola; Ja sam tako uzbuđen. Da vas informišem, radim ODLIČNO! Moj život se dramatično promijenio nakon dolaska da te vidim. Vratio sam se na posao, sjedio sam za svojim stolom satima i 99 posto bezbolan. Kupovao sam, hodao, trčao, dizao, nosio, vozio, sjedio, stajao, spavao cijelu noć, plesao, itd. Sada se radujem što ću jednog dana imati djecu i živjeti sljedećih pedeset ili više godina BEZ BOLA. Mnogi ljudi se začude kada im kažem da nemam bolova. Ne mogu vjerovati. Imao si najveći uticaj na moj život. Uvijek će biti posebno mjesto u našim srcima za vas i dr. Sarno.

## PORODIČNA AFERA

Težak aspekt prakticiranja medicine mentalnog tijela je da većina ljudi s TMS-om i sličnim poremećajima ne može prihvatiti dijagnozu. Ovo je posebno frustrirajuće kada uspješno liječeni pacijent ne može uvjeriti članove porodice u ispravnost dijagnoze kada i oni imaju TMS. Čini se da je neprihvatanje pravilo. Sljedeće historije slučajeva su značajni izuzeci.

Gospođa EH (ćerka) i gospođa SH (majka) dogovorile su sa mnom istovremene sastanke za mogući TMS. Pročitali su Iscjeljivanje bolova u leđima i oboje su bili dobro informisani i potpuno otvoreni za mogućnost da imaju TMS. Njihova anamneza bola i fizički pregledi bili su tipični za TMS. Najveći stres u njihovim životima bila je smrt oca/muža. Oboje su postali plaćni kada

o tome se govorilo tokom mog predavanja.

I ćerka i majka su postale bezbolne i ostale su takve tokom godina, sa povremenim blagim TMS-om ili sličnim simptomima koji brzo nestaju nakon telefonskog kontakta ili ponovnog pregleda.

## LIJEČENJE STARIJEG TMS PACIJENATA

Procenjivao sam i lečio veliki broj starijih građana na Medicare-u više od jedne decenije, sa promenljivim uspehom. Farmeru iz Pennsylvanije pripisuje se narodna mudrost: "Kako starimo, postajemo sve sličniji sebi". Tako je i sa starijom osobom sa TMS-om. Ne samo da su izraženije osobine ličnosti koje doprinose potrebi za simptomima, već sada on/ona mora da živi sa avetom invaliditeta i smrtnosti. Nesvjesno, to nas razbjesni, iako možemo biti filozofski prema njima svjesno. Penzionisanje, i za muškarce i za žene, često dovodi do pada samopoštovanja, dodatno podstičući rezervoar bijesa, kao i tugu i beznade. Drugi stariji građani koji i dalje rade doživljavaju anksioznost zbog svoje sposobnosti da se takmiče sa svojim mlađim kolegama, ili ljutnju zbog toga što moraju imati posla sa šefovima koji su mlađi i manje sposobni od njih ili koji su naslijedili poslove u kojima su bili instrumentalni u pokretanju. Život s bolnim (osim TMS-a) ili onesposobljavajućim stanjem uobičajen je među starijim osobama. Sve ovo može dovesti do simptoma mentalnog tijela i može se poboljšati TMS edukativnim programom i/ili radom sa psihologom.

U radu sa starijim pacijentima, često se mora razlikovati između simptoma uzrokovanih legitimnim strukturnim abnormalnostima i onih uzrokovanih TMS-om, i tretirati oba u skladu s tim. Međutim, važno je imati na umu da se simptomi često pogrešno pripisuju strukturnim abnormalnostima koje su u stvarnosti uzrokovane TMS-om. Dobar primjer za to su simptomi za koje je kriv „artritis“, kada su „artritične“ promjene samo rezultat starenja. Savremena medicina napravila je novu „bolest“ artritisa, otuda i monumentalna prodaja lijekova i raznih fizikalnih tretmana.

Primjer ove dijagnostičke dvojnosti je gospodin koji je imao

TMS, ali je imao i artritične promjene na kolenima koje su rezultirale ograničenim rasponom pokreta, povremenim zaključavanjem i poteškoćama u hodanju.

Jasno je da se moralo liječiti TMS kao i fizički invaliditet.

Drugoj pacijentici, ženi s bolovima u obje noge zbog TMS zahvaćenosti kičmenog živca, bilo je bolje, ali je potom razvila nove bolove koji se jasno mogu pripisati bolesti perifernih krvnih žila. Oba stanja su adekvatno lečena.

Treći pacijent je uspješno liječen od TMS-a i vratio se mnogo godina kasnije sa bolovima u donjem dijelu leđa i smanjenim osjećajem u oba stopala. Zaključio sam da je njen bol u leđima uzrokovan TMS-om, a gubitak osjeta u stopalima zbog dijabetičke periferne neuropatije. Hirurg je pripisao spinalnu stenozu i blagu abnormalnost kičmene kosti i preporučio operaciju. Njen gerijatar je bio iznenađen kada je njen bol u leđima nestao kao rezultat njenog saznanja o velikom bijesu zbog starenja. Nervni simptomi su se popravili odgovarajućim nehirurškim tretmanom.

G. K, sedamdesetšestogodišnji računovođa na pola radnog vremena, došao je na konsultacije prije desetak godina sa pedeset godina bolova u donjem dijelu leđa. MRI lumbalnog dijela je otkrio ispušćeni disk L4-5. Njegova supruga je bolovala od Alchajmerove bolesti za koju je priznao da je bila značajan stresor.

Sebe je smatrao perfekcionistom, ali ne i ugađačem ljudima. Međutim, on se uvelike uključio u slučaj svoje supruge jer je privatni čuvar dolazio samo četiri dana u sedmici. Prihvatio je TMS dijagnozu, ali je napredak bio spor. Bio je jedan od prvih pacijenata koje sam uputio na psihoterapiju. U izvještaju psihologa stajalo je da je on bio stereotipni muškarac svoje generacije koji je imao tendenciju da zadržava svoja osjećanja i misli da je plakanje znak slabosti. Njegov bol je počeo da jenjava kada je dozvolio sebi da potpunije osjeti svoju duboku tugu zbog psihičkog gubitka svoje žene dok je ona ostala fizički netaknuta. Šest mjeseci nakon prve konsultacije, on

osjećao se odlično, sa povremenim blagim bolovima u leđima. Vratio se igranju golfa nakon mnogo godina neaktivnosti.

Gospodin S je također bio jedan od prvih pacijenata koje sam uputio na psihoterapiju. Kada su ga vidjeli u vrijeme prvih konsultacija, imao je šezdeset pet godina, bio je polupenzionisani posrednik za nekretnine. Više od godinu dana patio je od bolova u obje zadnjice. Kao i kod većine mojih pacijenata, imao je više tretmana, uključujući fizikalnu terapiju, masažu, akupunkciju, steroide i nesteroidne protuupalne lijekove (NSAID), sve bez olakšanja. (Ova lista uključuje operaciju kod mnogih pacijenata.) MRI lumbalnog dijela urađen pet mjeseci prije konsultacija pokazao je hernije diskova na L4-5 i L5-S.

Rekao je da se identificirao s nekim od psiholoških faktora povezanih s TMS-om u knjizi *Healing Back Pain*. Sebe je doživljavao kao "hipera" i bio je svjestan da je sklon suzbijanju svjesnog bijesa.

Upućen je na psihoterapiju zbog upornih simptoma šest mjeseci nakon prve konsultacije. Psiholog je naveo da je u svom poslu osjećao pritisak i, što je još važnije, ljutnju i ogorčenost prema svojoj ženi da dodatno skрати radno vrijeme. With

psihoterapije, bio je u mogućnosti identificirati te stresore i njihov utjecaj na njegovo fizičko blagostanje. Kako je njegova psihoterapija napredovala, prijavio je povećan osjećaj blagostanja praćen dužim slobodnim periodima. Bio je u mogućnosti da u potpunosti učestvuje u svom poslu, trudio se da bude komunikativniji sa svojom suprugom i ponovo je redovno igrao golf.

## MOJE ISKUSTVO SA FIBROMIJALGIJOM

U svom članku o dilemi sindroma fibromijalgije, dr.

Jerome Groopman, profesor medicine na Harvardu, sugerirao je da je savremena epidemija fibromijalgije analogna onoj



neurastenija, s internetom i masovnim medijima koji hrane epidemiju uglavnom na osnovu dezinformacija.

Vodio sam niz slučajeva TMS-a koji su dijagnosticirani od strane drugih ljekara kao fibromijalgija. Evo dva takva slučaja:

Gospođa G je bila četrdesetšestogodišnja žena koja je razvila išijas tokom trudnoće pre dvadeset godina i imala je bolove u donjem delu leđa od rođenja svoje ćerke. Nekoliko ljekara pripisalo je njene simptome značajnom debljanju tokom trudnoće.

Kasnije je dobila bol u vratu koji je dijagnosticiran kao bolest cervikalnog diska jer je imala utrnulost desnog kažiprsta i srednjeg prsta. Istaknuti neurohirurg nije vidio akutne indikacije za vrat operacija.

Dalje ispitivanje je otkrilo da je imala anamnezu sinusa u fekcijama, infekcijama mokraćne bešike, bolovima u uhu, TMZ-u, glavobolji i sindromu iritabilnog creva. Kao što je navedeno, ovo su TMS ekvivalenti. Sebe je opisala kao perfekcionistu i ugađalicu ljudima koja je bila veoma odgovorna. Osjećala je da je imala "hiljadu funti na oba ramena" odgovornosti tokom trudnoće. Sebe je doživljavala kao „brižniku svijeta“, koja sama odgaja dvije kćeri i uspostavlja karijeru. Shvatila je da "ne može reći ne ljudima".

Fizikalni pregled je bio izuzetan samo za višestruka područja osjetljivosti u jedanaest od osamnaest karakterističnih osjetljivih tačaka fibromijalgije, posebno na vrhu oba ramena.

Primijetila je značajno poboljšanje simptoma tokom liječenja i bila je toliko oduševljena da me je pozvala (uz pomoć svog reumatologa) da se obratim ogranku New York City grupe za podršku Fi bromyalgia Society. Iako su mnogi od prisutnih izrazili interesovanje za TMS program i njegove ideje, samo nekolicina je na kraju zakazala da me vidi u kancelariji.

Nekoliko mjeseci kasnije, gospođa G je nazvala jer je dobila bol u lijevoj bočnoj peti. Njena majka, koja je bila bolesna, nedavno je preminula

daleko. Ubrzo je vidjela vezu uma i tijela i bol je nestao.

Drugi pacijent, gospođa M, bila je tridesetpetogodišnja advokatica koja je imala bolove u zadnjici, donjem dijelu leđa, butinama i nogama. Imala je i dijagnozu fibromijalgije, iako je magnetna rezonanca lumbalnog dijela otkrila višestruke hernije diskova. Mudro, neurolog koji zna nešto o TMS-u uputio ju je na program i odbacio hernije diska kao generatore bola. Pacijent je bio sumnjičav u validnost strukturalne dijagnoze, kao i mnogi kada shvate da bol od deset mijenja lokaciju. Zbog simptoma je skoro eliminirala bilo kakvu sportsku aktivnost. Bila je tužna i ljuta jer je voljela da igra tenis.

Njena istorija uključuje prolaps mitralne valvule, migrene i peludnu groznicu. Priznala je da je perfekcionista i da voli ljude. Osjećala je ogromnu količinu stresa na poslu i mrzela je česta putovanja povezana s njenim poslom.

Njen pregled je bio izuzetan samo po osjetljivosti na trinaest od osamnaest osjetljivih tačaka fibromijalgije. Prihvatila je dijagnozu TMS-a i postigla brzo simptomatsko poboljšanje.

#### GOSPODIN. R'S STORY

Gospodin R, alkoholičar koji se oporavlja u ranim četrdesetim, došao je da me vidi nakon što je "povredio" donji deo leđa dok je obavljao svoj posao scenskog radnika u velikoj televizijskoj kompaniji. Kao što mnogi pacijenti sa TMS-om u početku rade, odmah je zaključio da je bol direktan rezultat podizanja teških predmeta. U stvari, on je podnio zahtjev za odštetu radnika. Nastavio je da radi ono što većina pacijenata sa bolovima radi, to jest, zatražio je ortopedsku pomoć i napravio magnetnu rezonancu kičme koja je otkrila dva mala donja lumbalna hernija diska. Nedugo nakon što je lajao na kurs fizikalne terapije koja se pokazala besku

počeo da razgovara o svojoj nevolji sa nekim prijateljima, uključujući i one koji su u bekstvu. Nekoliko njih je navelo svoja uspješna terapijska iskustva sa mnom, a on je odlučio da me kontaktira za termin.

Zapravo, on je bio jedan od rijetkih pacijenata s TMS-om koji je došao u ordinaciju a da ja nisam znao da je on TMS pacijent. U stvari, kada sam vidio "kompenzaciju za radnike" kao osiguranje, priznajem da sam sebi rekao malo "fuj", jer sam očekivao da će on biti tip pacijenta za kompenzaciju radnika koji će biti strukturno fokusiran, možda maltretirajući i otporan na koncept poboljšanja (da ne spominjemo koncept TMS-a).

Kako se ispostavilo, bio je divan. Bio je inteligentan i dobro govorio, i imao je dobar uvid u vezu uma i tijela. U nekom trenutku tokom konsultacija, morao sam da mu kažem da mi nije prijatno da ga vidim pod krinkom radničke naknade jer sam mislio da ima TMS, a ne fizičku povredu na poslu.

Moj izvještaj koji sam podnio odboru za naknade radnika ne bi bio od pomoći njegovom zahtjevu. Prihvaćajući dijagnozu (i ugađati jakim ljudima, za početak), složio se sa dijagnozom i odlukom da radi van parametara kompenzacije radnika.

On i drugi dvanaestostepeni igrači su prihvatili koncept TMS spremno i odlučno. Dok dr. Sarno i ja dosljedno podsjećamo pacijente na logiku koja stoji iza dijagnoze, čini se da su dvanaestorice uspostavile vezu između „vjerovanja“ u valjanost dijagnoze i prepuštanja višoj sili. Drugi atraktivni aspekti TMS pristupa uključuju relativno neoslanjanje na lijekove protiv bolova, ali, što je možda još važnije, vezu između „gutanja ljutnje“ u procesu koji vodi do zloupotrebe supstanci i potisnutog bijesa koji dovodi do simptoma uma i tijela.

G. R, kao i drugi alkoholičari koji su se oporavili, imao je burno djetinjstvo uključujući oca alkoholičara/bijesa koji je fizički i emocionalno zlostavljao njega i njegovu porodicu. Otac je bio prilično uspješan-

potpuni u usađivanju duboko niskog nivoa samopoštovanja kod pacijenta u ranoj dobi. Razvio je hipertrofični superego u ranoj dobi i priznao je da je prilično perfekcionista i da voli ljude.

Sebe je opisao kao nekoga ko se izvinjava osobi koja mu stane na nogu. Pacijent je povremeno postao ljut i tužan tokom drugog predavanja o psihologiji i liječenju jer materijal predavanja govori o traumi u ranom djetinjstvu roditeljskog zalaganja i propusta koji mogu postaviti pozornicu za poremećaje mentalnog tijela u uključivanju TMS-a. Od djetinjstva je bolovao i od astme.

Shvatio je da je njegov bol zaista počeo kada se u kratkom vremenskom periodu dogodio niz stresnih životnih događaja. Njegova majka (koju je opisao kao anđela) je umrla, žena ga je napustila, a brat i sestra se razbolio od teške bolesti. Prije "povrede", nedavno je bio unapređen na posao za koji bi "ljudi ubijali". Uprkos svemu tome, bio je siguran u dijagnozu i odlučan u pristupu TMS liječenju i prilično brzo se oporavio.

#### ZAPAŽANJA I ADAPTACIJE U MOJEM LEČENJU PROTOKOL

Predavanja su važan dio programa edukacije koji je kamen temeljac TMS liječenja. Ovo je opisano u poglavlju 4. Broj predavanja je varirao tokom godine. Posljednjih godina, dr.

Sarno i ja smo koristili dva predavanja: prvo o fizičkim aspektima TMS-a i drugo o psihologiji i liječenju. Dr. Sarno ih oba isporučuje u jednoj večeri. Kada sam to pokušao, neki od mojih pacijenata su zaspali tokom drugog sata. Nakon što sam neke od njih probudio, pitao sam svoju publiku da li sam u jednom trenutku iznosio previše informacija. Većina njih, uključujući i moje pacijente koji nisu u Medicare, rekli su da. Od tada svojim pacijentima držim predavanja dva puta, prvo o anatomiji/fiziologiji/medicinskim pitanjima, a zatim slijedeći put, u

u roku od nekoliko dana, sa psihološkog i terapijskog aspekta. Anegdotski, moji pacijenti su prošli mnogo bolje s ovim pristupom. Kao nekontrolisana studija, pozvao sam neke od svojih poslednjih pacijenata „dva predavanja za jednu noć“ da im prisustvuju naknadno i odvojeno, i oni su bili mnogo srećniji i osetili su da bolje upijaju informacije. Ne želim da zvučim “starostarski” ni na koji način; međutim, moja Medicare populacija izgleda mnogo srećnija kada im predajem u dva dijela. Evo izvoda iz pisma jednog pacijenta Medicarea kojem se svidio ovaj pristup:

Prisustvovao sam vašim predavanjima prošlog ljeta [napomena: ovo je napisala godinu dana nakon tretmana] i vodio obilne bilješke koje sam čitao i ponovo čitao. Poistovećujem se sa jednom mišlju za drugom. Knjiga i bilješke mi stoje kao rukavica. Moj išijas je nestao i vratio sam se plivanju, golfu i još mnogo toga (a imam osamdeset devet godina!).

Dok dr. Sarno predaje u grupnom okruženju, ja sam prije nekoliko godina odlučio da predajem većini svojih pacijenata individualno. Učinio sam to jer sam želio da noćim provodim sa svojom porodicom, a imao sam poteškoća s rezervisanjem soba i projektoru u zgradi. U rijetkim slučajevima, držao sam predavanja nekolicini pacijenata odjednom ako iskažu interes za grupno okruženje. Dr. Sarno me je prije mnogo godina naučio da postoji nešto terapeutsko za TMS pacijenta koji prisustvuje predavanju s drugim pacijentima s TMS-om, uključujući i to da se pacijenti ne osjećaju izolirano i da mogu dijeliti svoje misli, osjećaje i iskustva jedni s drugima.

## MOJE ISKUSTVO SA PRAVOSLAVNOM JEVREJSKOJ ZAJEDNICOM

Dr Sarno i ja smo pomagali pacijentima iz ortodoksnih jevrejskih zajednica Njujorka. Uglavnom sam radio sa rabinskim studijama

udubljenja. Oni su energični i oduševljeni TMS-om i često mi ih upućuju stariji rabini u njihovim zajednicama. Lako se povezuju s idejom da je njihov kronični bol u vratu/leđa reakcija na njihov ekstremni perfekcionizam, a ne na duge sate učenja za stolom.

## BOL KAŽENJA NE (NAROČITO AKO STE NAROD

ZADOVOLJAVANJE)

Jedan od najfrustrirajućih aspekata prakticanja TMS medicine je odbijanje liječenja pacijenta koji bi mogao imati TMS ili sličan, ali jednostavno nisam siguran. Ovo je retka pojava zbog procesa pregleda telefona i pažljivog uzimanja istorije u kancelariji.

Jedan pacijent je bio mladić u dvadesetim godinama koji je imao bol u ruci. Preko telefona sam pomislio da možda ima sindrom karpalnog tunela ili okidač prsta, dvije dijagnoze koje sam uspješno liječio TMS metodom. Međutim, u kancelariji je pokazao na svoje natečene prste koji su ličili na kobasice. U stvari, imao je klasičnu pojavu psorijaznog artritisa kao "kobasica", što je potvrdio reumatolog. Pacijent je bio prilično frustriran jer je imao slične karakteristike ličnosti kao tipični TMS pacijent i toliko je želio vjerovati da će se pristup TMS liječenju pokazati učinkovitim. Možda na kraju i jeste.

## PRIČA MARTY GLICKMANA

G. Glickman je bio sedamdesetšestogodišnji gospodin koji je imao povremene napade bolova u donjem dijelu leđa koji su počeli u dobi od osamnaest godina kada je pokušao da postane američki olimpijski tim u atletici 1936. godine. Napadi su dolazili svake četiri godine i trajali su manje od jedne sedmice. Nikada nije bio podvrgnut operaciji kičme. MRI lumbalnog dijela obavljen neposredno prije pregleda otkrio je tešku kičmu

stenozu. Stajanje i hodanje bili su bolni i ograničeni. Poznato je da je perfekcionista i da udovoljava ljudima. Nedavno se povukao iz sportskog emitovanja – dugo je bio prisutan na radiju u New Yorku kao glas Knicksa, Giantsa i Jetsa počevši od 1940-ih – i osjećao se kao da stari. Njegov neurološki pregled je bio uredan, a ipak je imao izraženu obostranu bolnost lumbalnog dijela i stražnjice. Počeo se osjećati vrlo dobro nakon konsultacija i predavanja o liječenju, ali je imao povremene smetnje.

Nekoliko mjeseci kasnije, telefonski razgovor i članak New York Timesa objasnili su zašto.

Uprkos tome što je jedan od najboljih sprintera na svijetu, g. Glickman je izguban sa štafete 4 × 100 metara jer je bio Jevrej i želja Ejveri Brundagea (predsjedavajućeg Olimpijskog komiteta SAD, za kojeg je Glickman tvrdio da je antisemitski) da ne uvrijedi Adolfa Hitlera. Pedeset godina kasnije, otišao je u Berlin na proslavu zlatne godišnjice četiri zlatne medalje Džesija Ovensa. Martyjevimi riječima:

Sišao sam u bunar stadiona i prošetao pozadinom staze, dio koji sam trebao trčati toliko godina prije. Zaustavio sam se i pogledao na drugu stranu gdje su Hitler i njegova pratnja gledali utakmice. Pedeset stopa udesno bio je deo rezervisan za sportiste gde sam gledao trke. Odjednom me preplavio val bijesa. Mislio sam da ću se onesvijestiti. Počeo sam da vrištim svaku prljavu psovku, svaku opscenost koju sam znao.

„Kako ste mogli, loši, prljavi, tako-takvi, da uradite ovo osamnaestogodišnjem klinču, bilo kom mladiću koji se toliko trudio da dođe do toga, vi pokvareni SOB.“ Polako, nakon dva-tri minuta, počeo sam da se smirujem.

Četrdeset devet godina, taj bes i frustracija, taj bes

bio u meni. Biti tamo, vizualizirati i proživljavati te trenutke, izazvao je erupciju koja me je tako dugo grizla i za koju sam mislio da sam izbrisao prije mnogo godina.

To je bio jedini put da sam se vratio na berlinski Olimpijski stadion. Ove subote se vraćam tamo ponovo. Pitam se šta je moje akcija će biti.

Tada je zapravo sjedio u Hitlerovoj loži na Olimpijskom stadionu i osjetio dodatni bijes. Njegovi simptomi su se privremeno pogoršali u Berlinu i po povratku u New York. Vremenom je počeo da se oseća bolje.

#### ZAKLJUČAK

Moja priča o tome da sam postao TMS lekar nije drugačija od zen izraza koji kaže da kada je studija spremna, pojavljuje se učitelj (dr. Sarno). Jedna ogromna prednost obuke na Institutu Rusk bila je ta što sam imao sljedeću najbolju stvar za čitanje knjige dr. Sarna — Dr. Sam Sarno.

Ima mnogo toga da se nauči o osnovnoj nauci o TMS-u. Koristi PET skeniranja i/ili funkcionalnih MR skeniranja mogu razjasniti neke od specifičnih promjena mozga u populaciji pacijenata prije i nakon tretmana. Neinvazivna tenziometrija kiseonika može dokumentovati poboljšanja oksigenacije mišića u simptomatskim regijama pre i posle tretmana. Međutim, fiziologija TMS-a je relativno nevažna. To je u osnovi psihički poremećaj s fizičkim simptomima. Bez sumnje, mozak bi mogao stvarati bol na razne načine, tako da fokusiranje na fiziologiju nepotrebno skreće s važnog pitanja: zašto mozak-um to radi? Nema sumnje da nismo napisali posljednju riječ o tom pitanju. Da citiram pjesmu Cy Coleman-a i Carolyn Leigh, "The Best Is Yet to Come."





SEDAM  
REUMATOLOGA  
ISKUSTVO SA  
PSIHOSOMATSKI  
POREMEĆAJI

Andrea Leonard-Segal, MD

Andrea Leonard-Segal, MD, diplomirala je na Univerzitetu George Washington gradske medicinske škole, gdje je primljena u Alpha Omega Alpha, medicinski fakultet ekvivalent Phi Beta Kappa. Ona je certificirana internista i reumatolog i docent je klinički profesor Medicinskog fakulteta Univerziteta George Washington. Trenutno, ona pomaže ljudima da prebrode hroničnu bol u Centru za Integrativne Medicinske usluge u Medicinskom centru Univerziteta George Washington.

Izuzetno smo srećni što imamo doprinos dr. Segala ovoj knjizi ume. Ona je eruditni reumatolog i kliničar velike topline.

U vrijeme kada sam pohađala medicinsku školu, žene ljekari su bile rijetkost i ja sam svoju obuku shvatila vrlo ozbiljno. Iako sam odabrao da se specijalizujem iz interne medicine, a zatim i za subspecijalizaciju iz reumatologije, privukla me i psihijatrija i odlično sam prošao tu obuku na medicinskom fakultetu. Odabrao sam reumatologiju dijelom i zato što je pružala mogućnost poznavanja pacijenata kroz određeni vremenski period. Reumatolozi liječe ljude s raznim artritisima i problemima s mišićima; bol na različitim lokacijama, uključujući leđa i vrat; i fizička stanja koja su rezultat neinfektivnog upalnog procesa. Iako uzroci mnogih stanja koja liječimo tek treba razumjeti, a mnoga još uvijek nisu izlječiva, reumatolozi su tradicionalno pomagali ljudima da se osjećaju bolje i bolje funkcioniraju. Uživao sam u razgovoru i komunikaciji sa svojim pacijentima. Nastavljam da učim toliko od brige o pacijentima i da se divim vještinama suočavanja onih koji se moraju suočiti s teškim fizičkim izazovima, poput ljudi s teškim reumatoidnim artritisom.

Pored brige o pacijentima, moja karijera u medicini obuhvata klinička istraživanja i podučavanje i obuku studenata medicine, specijalizanata i reumatoloških saradnika u okviru akademske nastavne bolnice. Imati odgovornost podučavanja nekog drugog je najbolji način za učenje jer posao zahtijeva da neko potpuno savlada gradivo i kristalizira koncepte kako bi ih objasnio nekom drugom. Dok sam podučavao doktore na obuci, otkrio sam da se često susrećem sa potrebom da objasnim medicinske uzroke i terapije za brojne uobičajene poremećaje. Mnoga od ovih objašnjenja mi nisu imala smisla, iako jesu

bile „standardna njega“. Ovo nije bila ugodna situacija. Sa krznom U istrazi je bilo jasno da prihvaćeni, „zlatni standard“, dijagnoze i tretmani zapravo nisu zasnovani na zdravoj nauci. U stvari, često je logika na kojoj su se te terapije zasnivale bila pogrešna (a to se nije promijenilo u posljednjih petnaest godina). Nije bilo iznenađujuće da pacijenti često nisu dobro reagovali. Ali nije bilo jasno šta učiniti da se ova situacija popravi.

Kao ljekar, imao sam privilegiju da brinem o hiljadama pacijenata. Za mene nije bilo ničeg višeg nagrađivanja od pomoći pacijentima da se oslobode bolova kako bi mogli živjeti normalnim, ugodnim životima. Sada sam obično nagrađen kada liječim pacijente koji imaju bolove u leđima i vratu, tegobe tetiva i ligamenata i druge bolne poremećaje koje ne karakteriziraju vidljive upalne promjene. Međutim, bilo je trenutaka tokom mojih ranijih godina kao ljekara kada nisam uživao u brizi o pacijentima koji su živjeli s hroničnim bolom jer nikada nisam mogao predvidjeti mogu li im pomoći. Bili su u bedi, živeli sa različitim stepenom frustracije, gubitkom kontrole i osećanjem beznađa. Često ih moje intervencije, koje su bile „standardna njega“, nisu uspjele izvući iz tog stanja jer su dijagnoze i tretmani za mnoga stanja boli bili nespecifični i nisu obećavali uspješan ishod. Smetalo mi je to standardno zbrinjavanje

tretmani za mene nisu imali logičnog smisla. Nisam mogao razumjeti, na primjer, zašto bi se pacijentu sa koštanim ostrugama propisivala fizikalna terapija. Ultrazvuk i masaža sigurno ne bi uklonili ovo stanje. Zašto bi se ljudi poboljšali? Zbunilo me je to što bih vidio rendgenski snimak abdomena pacijenta i kičmu bi pokazao mnogo artritisa i promjena diska, a osoba nikada nije imala bolove u leđima. Zbunilo me to što ću vidjeti ljude koji su imali u suštini normalne radiografske procjene i normalne fizičke preglede, ali nenasnosne bolove u koljenu. S druge strane, još jedan pa-

pacijent sa značajnim degenerativnim promjenama koljena, imao je vrlo blage simptome, možda samo malu ukočenost.

Nisam razumeo zašto bismo postavili opšteprihvaćenu dijagnozu povučenog mišića u leđima. Dijagnoza je bila potpuno pretpostavljena; nije bilo fizičkih promjena na dokumentima, znakova ozljede, nikakve bizarne fizičke aktivnosti koja je prethodila pojavi bola. Nije imalo smisla. Mnogo stvari koje je medicinska zajednica radila u vezi sa ovom vrstom zdravstvenog stanja za mene nije imalo smisla.

Čak i kada su se ljudi poboljšali, to je često bilo privremeno. Sjećam se da sam prije sedamnaest godina liječio jednog čovjeka koji je imao tridesetak godina i patio od bolova u donjem dijelu leđa. Poboljšao se samo ako je prestao da radi stvari. Čim bi nastavio s radom ili bilo kojom vrstom fizičke aktivnosti, bol bi se ponovio. Isprobao je razne neinvazivne tretmane, a hirurzi ga nisu smatrali kandidatom za hirurgiju. Postajao je sve više depresivan i provodio je mnogo vremena ležeći, a meni je ponestajalo mogućnosti da mu ponudim.

U isto vrijeme dok sam se brinula o njemu, i sama sam dobila bolove u leđima po jedan jedini put u životu. To se otešlo nekoliko mjeseci i nisam mogao shvatiti razlog tome. Vidio sam nekoliko ljekara koji su nudili standardne dijagnoze i recepte koji nisu imali smisla i nisu bili od vrijednosti. Stalni bol me je na kraju doveo do Johna Sarna, MD, na Institutu Rusk, Medicinski centar Univerziteta u Njujorku, prvo kao pacijent, a zatim kao kolega; tako je počelo najdublje i najnagrađivanije medicinsko obrazovanje koje sam doživio i lično i profesionalno. Ova edukacija je postala novi put za dobrobit pacijenata na jednostavan, neinvazivan način i na način koji gradi samopouzdanje.

Dakle, posljednjih petnaest godina imao sam sreću da doživim profesionalno zadovoljstvo pokretanja ljudi – čak i onih koji su najteže bolesni – iz stanja iscrpljujućeg bola i

beznađe u bezbolan, potpuno funkcionalan život. Frustracija koju sam doživio dok sam brinuo o mladiću s ponovljenim problemom s leđima u suštini je stvar prošlosti. Zadovoljstvo je vidjeti kako ljudi koji su bili opsjednuti povremenim napadima bola prekidaju ciklus. Zadovoljstvo je gledati pacijente koji su mislili da će zauvijek biti ovisni o lijekovima kako bi funkcionisali, kako mogu zatvoriti vrata svog ormarića s lijekovima. Zadovoljstvo je pomoći ljudima koji su morali da prestanu da rade da se vrate na posao. Zadovoljstvo je pomoći ljudima koji su patili od niskog samopoštovanja i koji su se previše opterećivali da u svemu, svaki dan uspiju, steknu samopouzdanje i nauče da postanu zadovoljniji onim što jesu. U proteklih nekoliko godina, čitavu svoju privatnu praksu posvetio sam upravo ovakvim pacijentima.

Pacijenti o kojima brinemo naši su najbolji učitelji; ne možemo ih prevariti. Kada se ne poboljšaju, uče nas ili da su naši tretmani neefikasni ili da postavljamo pogrešnu dijagnozu. Mnogo smo napredovali u medicini. Imamo razvijene lijekove i vrlo efikasne tretmane za mnoga komplikovana i po život opasna stanja. Zašto smo onda tako loše izliječili i liječili uobičajene probleme koji nisu opasni po život kao što su bol u leđima, vratu, sindrom iritabilnog crijeva i sindrom bola u tetivama i ligamentima, na primjer? Naši neuspjesi bi nam trebali reći da o ovim uvjetima trebamo razmišljati "izvan okvira". Trebamo

da pregledamo šta je zajedničko pacijentima sa ovim stanjima i da procenimo šta nam možda nedostaje.

ŠTA JE ZAJEDNIČKO PACIJENTIMA SA OVIM STANJEM?

Njihovi simptomi su često izazvani ničim ili vrlo malim fizičkim incidentom koji bi se mogao protumačiti kao normalna fizička radnja.

tivity. Iako pacijent može misliti da se sam ozlijedio, ne postoje objektivni dokazi koji podržavaju ovu tvrdnju. Na primjer, zahvaćeno područje nije modrice, krvarenje, otečeno, crveno ili izuzetno toplo na dodir. Fizička tegoba se ne rješava na vrijeme kao prava povreda; bol se zadržava za razliku od onoga što bi se dogodilo kod prave povrede. Nadalje, pacijent nema nikakvo fiziološko stanje koje bi ometalo sposobnost normalnog zacjeljivanja i izvještava da njegove posjekotine i modrice zacjeljuju sasvim dobro. Slomljena kost, puknuta tetiva ili postoperativno mjesto, na primjer, zacijeli bi u roku od nekoliko mjeseci. To je ono za šta su naša tijela dizajnirana; prilično su otporni. Ali često, pacijent koji je doživio pravu ozljedu koja je normalno zacijelila i dalje ima bol i ne razmišlja o nedostatku logike stalnog bola dok mu se na to ne ukaže.

Unatoč tome koliko se užasno osjećaju, pacijenti obično prolaze normalne fizičke preglede, osim osjetljivih područja u mišićima donjeg dijela leđa i stražnjice i ograničenih pokreta u leđima, vratu ili određenim zglobovima u ruci ili nozi zbog bola. Pacijenti će često primijetiti da se ta osjetljiva mjesta popravljaju masažom i da se nakon istezanja poboljšava njihova pokretljivost.

Krvni testovi su normalni jer ne pokazuju nikakve znakove upale ili hronične bolesti. Ne upućuju na ozbiljnu, po život opasnu dijagnozu. Promjene na rendgenskim snimcima, skeniranju i drugim testovima često loše predviđaju simptome. Često su simptomi vrlo jaki i dijagnostički testovi su potpuno normalni.

Stoga, iako pacijenti izgledaju vrlo zdravo iz pogleda ljekara, osjećaju se slabo i ranjivo. Često govorim svojim pacijentima da treba da dođu da vide sebe onakvim kakvim ih ja vidim, zdravim i jakim, a ne onakvim kakvima su sebe vidjeli.

Pacijenti se često iznenade kada čuju ovaj komentar od mene. Gener-

saveznik, ja sam zadnji u dugom nizu doktora koje su vidjeli i niko im nije rekao ovako nešto prije.

Primijetio sam da bol često nestaje samo da bi se pojavio na novoj lokaciji. Čini se da fizički simptomi skaču s jedne lokacije na drugu ili se ponekad nakupljaju, jedan na drugom, dok se ne čini da sve boli.

Uzrok fizičke nelagode je uglavnom sumnjivog strukturalnog uzroka, iako pacijenti osjećaju da nešto strukturalno nije u redu. Medicinska literatura pripisuje do 85 posto bolova u donjem dijelu leđa kao nejasnog uzroka (Deyo, 2002). Zapravo, decenijama je medicinska literatura prepuna članaka koji ukazuju na činjenicu da struktura ne predviđa bol (Magora i Schwartz, 1976, 1978, 1980; Boden et al., 1990; Jensen et al., 1994; Deyo, 1994). Međutim, konvencionalno tumačenje ovih studija je njihovo izobličenje i pripisivanje boli strukturalnim abnormalnostima.

Ovi pacijenti također dijele određene fiziološke i psiho-bihevioralne aspekte. Često doživljavaju fizičke događaje za koje misle da su izazvali njihove epizode bola. Kada se istražuje, često postoji veza između stresnih životnih događaja ili iskustava i pojave fizičkih simptoma. Mnogi pacijenti opisuju osjećaj napetosti i činjenicu da, općenito, nema previše aspekata njihovog života koji „idu dobro“. Iako ne postoji životno ugrožavajući problem ili objektivna mjera bolesti, ljudi sebe smatraju krhkim ili bolesnim. Opsjednuti su svojim simptomima, često svjesni svoje boli ili svog tijela na nekom nivou 100 posto dana. Užasno su uplašeni. Jako se plaše „povrede“ i da će biti trajno onesposobljeni. Plaše se uključivanja u mnoge normalne fizičke aktivnosti, čak i u periodima kada je bol možda nestao. Često misle da se lako povrijede. Strah



vozi na način na koji se bave ili ne bave fizičkim aktivnostima. Neki pacijenti su toliko uplašeni da u suštini prestaju da rade sve što je fizičko i svjesni su gotovo svakog fizičkog pokreta koji naprave i kako su njihovi dijelovi tijela usklađeni jedni prema drugima. Osjećaju se van kontrole jer očekuju da će se bol pojaviti kao posljedica onoga što rade ili ne rade. Nasuprot tome, ovaj stepen straha i opsjednutosti fizičkim simptomima nije tipičan, prema mom iskustvu, čak ni među pacijentima s ozbiljnim, deformirajućim artritiskim stanjima poput gihta ili reumatoidnog artritisa.

KAKO MEDICINSKA ZAJEDNICA TREBA DA UTVRDI DA LI JE LEČENJE EFIKASNO?

Većina konvencionalnih tretmana za fizičke tegobe opisane ovdje nije potvrđena visokokvalitetnim, dvostruko slijepim, randomiziranim, placebo kontroliranim, prospektivnim kliničkim ispitivanjima, ali bi trebali biti. To se zove medicina zasnovana na dokazima. Šta to znači? U medicini pokušavamo utvrditi da li lijek ili postupak djeluje upoređujući ga s placebo kontrolom ili, možda, drugim tretmanom za koji je dokazano da djeluje, aktivnom kontrolom. Placebo tretman može biti kao poređenje efikasnosti, ili bi se novi tretman mogao meriti za efikasnost u odnosu na standardni.

To zahtijeva da studija u kojoj se testira tretman bude osmišljena na način koji neće utjecati na rezultate i da dovoljno ljudi učestvuje u studiji kako bi rezultati mogli biti značajni. Studiju treba provoditi etički i uz informirani pristanak učesnika studije. U idealnom slučaju, ni pacijent ni istraživač u studiji ne bi trebali znati tretman koji pacijent uzima tokom studije kako očekivanja ne bi umanjila rezultate studije. Ovo se zove dvostruko zaslijepljivanje studije. Da bi se to postiglo može značiti da istražitelj ne može biti osoba koja zapravo upravlja

tretman. Pacijenti bi trebali biti raspoređeni u određenu grupu liječenja pomoću beskompromisne numeričke sheme, randomizirane prema tretmanu. Jasno definisane ciljeve treba testirati. Sve pacijente treba uključiti u studiju pod istim uslovima studije i pažljivo ih pratiti od te tačke nadalje. Ovaj pristup zasnovan na dokazima trebao bi se relativno lako ostvariti za većinu pristupa fizičkom liječenju (npr. fizikalna terapija, injekcije, oralni lijekovi, akupunktura i operacija).

Ponekad jedna dobro provedena studija može pružiti uvjerljive informacije, ali uvijek je najbolje kada više od jedne studije daje potvrdne informacije. Bolje je kada se istraživanje provodi od strane više istraživača u više medicinskih centara, tako da se može upisati dovoljno ljudi za pružanje statistički i klinički značajnih informacija. Ponekad je broj ljudi upisanih u studiju mali, ali studija ima iskupljujuće karakteristike. Ako postoje druge studije koje se bave istim medicinskim problemom i provedene korištenjem istih metoda, podaci iz ovih studija mogu se statistički objediniti tehnikom koja se zove meta- analiza kako bi se pružile korisne kliničke informacije.

Ironično, tretmani za mnoga stanja boli opisani u ovoj knjizi, iako su prihvaćeni kao „stvari koje treba učiniti“, nisu prošli ove testove naučne strogosti zasnovane na dokazima, ali su, čak i tako, i dalje propisani. Ponekad su studije koje procjenjuju da li tretmani zaista funkcioniraju često manjkave jer ih istraživači sprovode na način koji pristrasni rezultati, ili je broj pacijenata koji se prijavljuju i učestvuju vrlo mali. Zato se moramo zapitati: „Zašto se ponašamo na način na koji se ponašamo?“ Teško je pronaći odgovor na to pitanje ako istražujemo literaturu. Iako to nije moguće učiniti za svako stanje koje razmatramo, pogledajmo medicinsku literaturu i shvatimo šta ona ima za reći o ovom velikom javnozdravstvenom problemu.

## ŠTA NAM GOVORI PREGLED MEDICINSKOG LITERATURA O TRETANIMA BOLA U KRIŽOM?

U posljednjih petnaest ili dvadeset godina korištena je istraživačka metoda poznata kao meta-analiza za ispitivanje objavljene medicinske literature o datoj temi. Sljedeće recenzije pratile su tu metodu u razmatranju različitih tretmana za bol u donjem dijelu leđa.

Jedna grupa istraživača (Furlan et al., 2001.) zaključila je da se kvalitet pojedinačnih članaka u medicinskim pregledima o kroničnom boli u križima značajno razlikuje i da postoji potreba za visokokvalitetnim kliničkim ispitivanjima kako bi se utvrdila vrijednost različitih tretmani.

Van Tulder i kolege (2000.) pregledali su trideset devet studija o vrijednosti tretmana vježbanjem i otkrili da je teško izvući čvrste zaključke jer su se studije toliko razlikovale od svake ostalo. Međutim, rekli su da tretman vježbanjem za akutni bol u donjem dijelu leđa nije ništa bolji od nikakvog liječenja ili drugih aktivnih tretmana. Za kronične bolove u leđima, postojali su blagi dokazi da vježbanje može pomoći ljudima da se vrate na posao i budu aktivniji, ali nema zaključaka u vezi s bolom.

Jellema i kolege (2001) su razmatrali vrijednost lumbalnih oslonaca i zaključili da je potrebno uraditi pravilno sprovedene studije kako bi se utvrdilo da li su one bile od pomoći.

Transkutana električna stimulacija nerava (TENS) se široko koristi za liječenje kroničnog bola u leđima. Podaci iz pet studija su objedinjeni, a analiza nije pronašla dokaze koji podržavaju upotrebu ili neupotrebu TENS-a (Brosseau, 2002).

Šta je sa ostatkom fizički aktivnim kada postoji akutni bol u leđima? Pregledom četiri studije (Hagan et al., 2002.) odlučeno je da to ne čini nikakvu razliku, ali da, jer boravak u krevetu može biti

štetno, ljudima s bolovima u križima i "išijasom" treba savjetovati da ostanu aktivni.

Kada je procijenjeno pitanje da li treba uraditi operaciju zbog "degenerativnih" (normalnog starenja) promjena na lumbalnoj kralježnici, Gibson i kolege (2000) su otkrili da šesnaest objavljenih radova nije razmatralo ublažavanje bolova, invaliditet ili sposobnost povratka na posao, ali se umjesto toga fokusirao na tehnička hirurška pitanja. Zaključili su da nema dokaza da je bilo koji oblik hirurške dekompresije ili fuzije od pomoći u usporedbi s bez liječenja, placebom ili nekirurškim tretmanom.

U članku četiri godine kasnije, Deyo i kolege (2004) su pregledali literaturu i izjavili da je spinalna fuzija efikasna za određena rijetka stanja, ali je nejasna njena korisnost za uobičajena stanja, kao što su degenerativne promjene diska. Preporučili su da se istraživački napori prebace sa ispitivanja kako tehnički izvesti operaciju na ispitivanje koji pacijenti mogu imati koristi od nje. Hirurške komplikacije su česte.

Godine 2003., Assendelft i kolege su pregledali objavljenu literaturu kako bi procijenili vrijednost kičmene manipulativne operacije za bol u donjem dijelu leđa. Autori su saznali da kod akutnog ili kroničnog bola u donjem dijelu leđa terapija kičmenom manipulacijom nije imala prednost u odnosu na njegu liječnika opće prakse, lijekove protiv bolova, fizikalnu terapiju, vježbe ili „školu za leđa“ (kako se brinuti za leđa).

Van Tulder i saradnici (2001) pregledali su vrijednost psihološkog bihevioralnog tretmana za liječenje kroničnog bola u donjem dijelu leđa. Ovo je vrsta psihoterapije u kojoj se pacijentima pomaže da se izbore sa svakodnevnom realnošću boli i kako se nositi s njom.

Pronašli su šest dobrih studija i zaključili da je bihevioralna terapija efikasna, ali nisu mogli identificirati specifične pacijente koji bi imali najviše koristi od tretmana.

Uznemirujuće je otkriti da, uprkos dogmi koja okružuje liječenje bola u donjem dijelu leđa, malo je nauke koja podržava bilo kakav poseban pristup liječenju.

#### ŠTA NAM GOVORI PREGLED MEDICINSKOG LITERATURA O TRETANIMA SINDROMA KARPALNOG TUNELA?

Od sredine 1980-ih ovaj poremećaj je porastao do razmjera epidemije. Kada je četrnaest studija pregledano i objavljeno u *Journal of Neurology*, zaključak je bio da je nemoguće preporučiti bilo koju posebnu vrstu liječenja i da je potrebno više visokokvalitetnih studija (Gerritsen et al., 2002).

Posljednjih godina bilježi se stalni porast boli na mjestima koja nikada nisu bila klinički problem koji sada predstavljaju. Pronašao sam radove koji se bave bolovima u peti, upotrebom ortotičkih pomagala za određene vrste bolova u koljenu, te liječenjem bolova u ramenu i tendinitisom Ahilove tetive. U ukupno pedeset i šest radova koji se bave ovim zdravstvenim stanjima, ni u jednom od njih nije bilo moguće dati jasne preporuke za liječenje.

#### ŠTA NAM GOVORI PREGLED MEDICINSKOG LITERATURA O LIJEČENJU FIBROMIJALGIJE?

Meta-analiza je procijenila šesnaest randomiziranih kliničkih ispitivanja koja su vježbala kao tretman za fibromijalgiju (Busch et al., 2002). Zaključeno je da aerobni trening pod nadzorom poboljšava fizički kapacitet i simptome fibromijalgije. Ovo se može protumačiti kao da pacijenti s fibromijalgijom ne bi trebali popustiti svojim bolovima i trebali bi se nastaviti kretati.

ŠTA GOVORI PREGLED MEDICINSKOG LITERATURA  
NAS O ULTRAZVUKU KAO TRETMANU ZA  
MUSKULOSKELETALNI POREMEĆAJI?

Među trideset osam studija koje se bave ovim pitanjem, Van der Windt et al. (1999) su utvrdili da je trinaest adekvatno sprovedenih kliničkih ispitivanja. Bilo je malo dokaza koji podržavaju korištenje ultrazvučnog liječenja mišićno-koštanih poremećaja. Uslovi procenjeni u uključujući teniski lakat, bol u ramenu, degenerativni artritis i moj ofascijalni bol, između ostalog.

ŠTA MOŽEMO NAUČITI IZ GORE PREGLEDA LITERATURE?

Otvoreno rečeno, mnogi od strukturno zasnovanih tretmana koji se obično koriste za ova stanja boli ne rade. Drugi nisu prošli test naučne strogosti, pa ne znamo da li rade ili ne. To je, u najmanju ruku, zabrinjavajuća situacija i objašnjava zašto imamo toliko pacijenata koji pate iznova i dugo vremena. Zašto bi tretmani zasnovani na strukturi bili neefikasni ako je uzrok ovih bolnih stanja strukturalni? Zašto bi bilo tako teško dobiti dobre kliničke informacije o ovim tretmanima? Nije teško osmisliti kliničko ispitivanje kako bi se uporedio lijek ili drugi modalitet liječenja s placebom ili utvrdilo da li djeluje na liječenje boli ili liječi osnovni uzrok.

DODATNA ZAPAŽANJA O MEDICINSKOJ LITERaturi

Studije koje govore o olakšanju bola često ne govore ništa o spremnosti pacijenata da se bave fizičkom aktivnošću. Oni ne određuju da li se pacijent još uvijek boji i osjeća li se ranjivim na ozljede. Dosadašnje naknadne studije bile su obmanjujuće jer su

nisu pogledali da li osoba razvija bol u novom području nakon što se stari bol "izliječi". Budući da su ovi elementi straha i bola u pokretu karakteristični za pacijente s ovim sindromom boli, istraživači bi trebali izraditi studije kako bi vidjeli da li se i ovi simptomi poboljšavaju.

Što ako uzrok boli nije strukturalni? Šta ako je bol izazvan psihološkim faktorima? Ovo je nekonvencionalan pojam i objašnjava zašto tretmani zasnovani na strukturi ne bi bili ljekoviti. Svakako ima smisla razmotriti psihološku uzročnost kao osnovu za simptome i znakove o kojima se govori u ovom poglavlju. Nadalje, strukturne karakteristike su krute i fiksne. Na primjer, koštana ostruga se ne pomiče, pa zašto se bol pomiče na novo mjesto sa mjesta koštane ostruge? Ozbiljnost bola nije proporcionalna veličini incidenta kojem se pripisuje. Osjećaj straha je nesrazmjerni ozbiljnosti zdravstvenog stanja, a ipak se ljudi često osjećaju beznadežno. Opsesija bolom odvlači pažnju i otežava pacijentu da se koncentriše na posao.

## KAKO MOŽEMO PROUČAVATI PSIHOLOŠKI SINDROM?

Sada je neophodno da se uhvatimo u koštac sa dilemom. Kao što je ranije razmotreno, medicinska literatura nije baš dobra ili vrlo informativna u pogledu dijagnosticiranja ili liječenja stanja boli o kojima se raspravlja, uprkos konvencionalnoj medicinskoj mudrosti. Stoga, naša vlastita dijagnoza ovih istih stanja – da su psihogena i da ih treba liječiti u skladu s pravilima medicine umnog tijela – nije suprotstavljena vrlo dostojnim „protivnicima“. Ali možemo li koristiti klasičnu prospektivnu, placebo kontroliranu, randomiziranu, slijepu metodologiju za proučavanje psihogenog problema? Kako možemo primijeniti standarde medicine zasnovane na dokazima u ovoj situaciji? Da li je moguće

ovaj pristup nego što je učinjeno? Teško je jer se psihološki tretmani ne uklapaju lako u idealnu metodologiju kliničkog ispitivanja. Kako možemo provesti studije da vidimo mogu li psihološki pristupi izliječiti ovo stanje? Pacijenti sa TMS-om moraju biti psihološki otvoreni za poboljšanje dijagnoze. Moraju biti spremni da se odreknu ideje da se njihov lijek nalazi u strukturalnim ili hemijskim sredstvima. Stoga bi bilo izuzetno teško, ako ne i nemoguće, provesti studiju u kojoj se pacijenti s istim stanjem nasumično dodjeljuju različitim tretmanima, od kojih je jedan TMS tretman. Budući da poboljšanje zavisi od prihvatanja dijagnoze TMS-a, većina pacijenata kojima je dodeljen TMS tretman ne bi se poboljšao jer ne bi mogli da prihvate dijagnozu.

Međutim, u slučaju pacijenata s TMS-om, oni mogu djelovati kao vlastite kontrole, i to rade. Ako je pacijent patio jako dugo, nije uspio s drugim tretmanima i postaje bolji uz edukativni program koji ga uči o fizičkim i psihičkim dimenzijama TMS-a, to je uspjeh. Uspjeh se može mjeriti vizualnim analognim skalama i drugim validiranim mjerama bola i funkcije.

Ako bol nestane i ako se pacijent bavi svim fizičkim aktivnostima koje su se do sada klonile iz straha i ne razvije bol koji se ponavlja, to je uspjeh. Ako se bol u toku liječenja pomiče sa prvobitne lokacije na drugu, to je još jedna potvrda dijagnoze. Ako pacijent povratu kontrolu nad svojim fizičkim tijelom i više se ne boji, njegov TMS je izliječen.

#### KAKO JE LIJEČITI PACIJENATE TMS-om?

Kao certificirani reumatolog, obučeni u klasičnom pristupu liječenju pacijenata sa mišićno-koštanim bolnim sindromima, kada sam prvi put počeo postavljati ovu dijagnozu emocionalno izazvanog bola, bio sam vrlo svjestan ulaska na novu teritoriju. Među prvim pacijentima



kojeg sam dijagnosticirao i liječio kao pacijent s emocionalnim bolom bio je muškarac u ranim dvadesetim čiji se bol u donjem dijelu leđa nije popravio nakon operacije disk hernije. Delovao je napeto i opisao da je njegov život u to vreme bio pun komplikacija; bilo je mnogo važnih oblasti u kojima se osećao van kontrole. Pročitao je jednu od knjiga dr. Sarna prije nego što me potražio i „vidio se“ među stranicama. Bio je inteligentan i sam sebi je postavio dijagnozu. Sve što je trebao od mene bila je potvrda. Do trenutka kada sam ga dvije sedmice kasnije vidio na kontrolnoj posjeti, on je prevladao bol i bio je fizički aktivniji nego što je bio mjesecima. Bio je opušten i nasmijan i u roku od nekoliko mjeseci krenuo je na planinarenje noseći ruksake. Radilo se o pacijentu kojem nije bila potrebna operacija.

Opisaću neke od drugih pacijenata koje sam viđao. Jedan sredovečni muškarac (oženjen sa decom) morao je da se odveze u svoju školu jer nije mogao da sedi i morao je da radi papire zavaljen na sofi. Tokom prethodne tri godine patio je prvo od bolova u vratu, smrznutog ramena, a potom i od bolova u leđima. Postajao je sve nervozniji, imao je napade panike i nije mogao da spava. Na kraju je postao vezan za kuću. S bolom u vratu počela je saga koja je dovela do mnogih doktora, kiropraktičara, akupunkturista i osteopata. Uzimao je mnogo različitih lijekova i injekcija i imao fizikalnu terapiju. Na njegovu sreću, njegovi magnetski rezonanci i CT skenovi bili su u suštini neupadljivi, ali to nije spriječilo jednog kirurga (iz visoko cijenjene institucije) da preporuči operaciju rezanja živca za koji je mislio da je možda krivac za bol. Pacijent je mudro odlučio da se ne podvrgne ovoj proceduri. Niko mu nije mogao dati jasan razlog za bol, a ljudi koje je vidio pristupali su njegovim simptomima kao da jedni s drugima nisu povezani. Niko nije reklamirao šta mu se možda dešavalo u životu. Zbog anksioznosti i poteškoća u suočavanju, počeo je viđati psihologa (dobra ideja) i postao svjestan ogromnog bijesa koji je napao.

dosadno prema svojoj ženi i roditeljima. Dok me je ugledao, dijagnoza emocionalno izazvanog bola za njega je imala smisla i počeo je da se oporavlja. Tokom dvonedeljne posete, mogao je da sedi u kancelariji umesto da leži i postao je znatno fizički aktivniji. U roku od mjesec dana ponovo je mogao voziti.

Njegova posljednja posjeta bila je sedam sedmica nakon prve. Dobro se kretao putem kako bi postao bezbolan. Nastavio je da ide kod psihologa. Kontaktirao me je s vremena na vrijeme kako bi me obavijestio o svom životu i izrazio svoju sreću kako se stvari odvijaju dobro.

Vrlo zanimljivo strpljivo i nježno ljudsko biće koje sam liječio bila je žena koja je nakon šetnje osjetila strašne bolove u oba stopala. Patila je nekoliko godina i bila kod ortopeda, reumatologa, neurologa i vaskularnog hirurga, od kojih su neki iz veoma cenjenih institucija. Dobila je mnoge dijagnoze, od neuroloških problema do problema s kosti u stopalu. Imala je mnogo dijagnostičkih testova. Njen bol se vremenom pojačao tako da je živjela u invalidskim kolicima. Stopala su bila prva stvar na koju je ujutro pomislila i bila ih je svjesna cijeli dan. Bojala se da hoda ili da uradi bilo šta što bi pritiskalo njena stopala. Nije mogla voziti zbog bolova i uzimala je deset različitih lijekova i dodataka prehrani kako bi ublažila simptome, ali očito nisu djelovali. Došla je nakon što je pročitala jednu od ranijih knjiga dr. Sarno i vidjela sebe u knjizi, dijelom zato što je u prošlosti patila od drugih vrsta bola. U prošlosti je bila kod psihoanalitičara i tako je bila introspektivna u određenoj mjeri. Njena ličnost odgovara TMS pacijentkinji na "T." Bilo je mnogo aspekata njenog života koji nisu išli dobro, društveno i profesionalno, a početak bola u stopalu bio je privremeno povezan s posebno teškim emocionalnim periodom.

Prilikom fizičkog pregleda stopala, nije bilo ničeg nenormalnog za vidjeti. Dijagnoza je jasno bila emocionalno zasnovana na boli i, da

pacijentova velika zasluga, prihvatila je ovo, laknulo joj je kad je to čula i mogla je da radi sa tim. Kada se vratila u svoju sledeću posetu u nekoliko sedmica je bila van invalidskih kolica, vozila svoj auto i nastavila sa kratkim šetnjama. Bol se povlačio. Uspjeli smo prestati uzimati sve lijekove. U narednih mjesec dana to je u suštini potpuno riješeno. Tužno je razmišljati koliko je ovaj pacijent patio dok je išao od jednog doktora do drugog dok nije našao odgovor. Ali bilo je divno vidjeti kako se njen život nastavlja tako ugodno način.

Važno je napomenuti da postoje mnogi drugi fizički poremećaji koji služe istoj psihološkoj svrsi kao i TMS. Zovu se ekvivalenti TMS-a. Pacijent kojeg sam uspješno liječio od bolova u donjem dijelu leđa vratio se sa pritužbama na česte stolice. Imala je novi posao, od kojih su je neke obaveze činile jako nervoznom. Dijagnostikovano joj je sindrom iritabilnog crijeva i primijetila je da je bilo teško voziti cijelim putem do posla bez zaustavljanja u toaletu. Kao i kod bolova u donjem dijelu leđa, postala je opsjednuta i plašila se abdominalnih simptoma. Bojala se da neće izdržati sastanke osoblja a da ne mora da trči u toalet. Mučila se kako bi to moglo uticati na njeno napredovanje u kompaniji. Budući da je bila sofisticirana s konceptom boli zasnovanog na emocionalnosti, nisam se morao previše truditi da je uvjerim da su abdominalni problemi slične prirode. Fokusirali smo se na prevazilaženje straha koji se razvio u pogledu njenih potreba za kupatilom. Prepoznala je da su oni smetnja zbog toga što su morali javno nastupati na poslu i shvatila je kako su problemi samopoštovanja isprepleteni s problemom crijeva. Počela je da izaziva simptome, a kada bi pomislila da joj treba kupatilo, odlagala bi da ga pronađe i fokusirala bi se na stvari osim na stomak. Često bi hitnost prošla. tokom sedmica,

uspjela je izliječiti svoje simptome, održala je uspješnu prezentaciju na sastanku i osjećala se dobro u sebi.

Na isti način bio je i muškarac srednjih godina koji je već nekoliko godina patio od teškog zatvora. Ovo je bila suprotna klinička manifestacija sindroma iritabilnog crijeva. Posjetio je mnoge ljekare i svakodnevno je uzimao mnoge lijekove kako bi mogao obaviti nuždu. Ponekad je zatvor bio toliko jak da je odlazio u bolničku hitnu pomoć. Jedan liječnik je preporučio operaciju za uklanjanje debelog crijeva ako se stvari ne poprave. Upućen je kod mene i počeli smo da se fokusiramo na njegov strah da neće moći da obavi nuždu i da se pozabavimo drugim problemima u njegovom životu, koji su uključivali komplikovane porodične odnose i nesigurnost posla. Počeo je da posećuje psihoterapeuta i počeo je da prepoznaje svoj ekstremni perfekcionizam, nisko samopouzdanje koje je stajalo iza toga i kako je napetost u njegovom životu povezana sa simptomima. Tokom nekoliko mjeseci uspjeti smo smanjiti njegovu opsesivnost funkcijom crijeva, poboljšati njegove navike crijeva i smanjiti potrebe za laksativima. Kad sam ga zadnji put vidio, nije uzimao većinu lijekova.

Još jedna zanimljiva osoba koju sam vidio bio je gospodin suvih očiju. Simptom je postojao dugo vremena, a oftalmolozi nisu pronašli osnovno zdravstveno stanje koje bi ga objasnilo. Pacijentu je, međutim, bilo toliko neugodno da je u nastojanju da ublaži simptome jedan oftalmolog zavezao povratne suzne kanale kako bi se suze zadržavale u očima umjesto da pronađu svoj prirodni put u nos. Nekako je pronašao put do moje kancelarije. U početku sam tražio reumatske poremećaje koji bi mogli uzrokovati suhe oči. Pošto ih nisam pronašao, a uzimajući u obzir negativne nalaze oftalmologa, ovo je postalo vrlo izazovan problem – to jest, sve dok nisam shvatio da je bio opsjednut suhim očima i veoma se plašio oštrih simptoma i crvenila koje su izazvali. U jednom trenutku sam pitao da li je ikada plakao

tuzan film. Iznenađen mojim pitanjem, rekao je: "Da." Pitao sam da li su mu suze pale niz obraze, a on je ponovo odgovorio potvrdno. Da je postojao organski razlog za nedostatak suza, to se ne bi moglo dogoditi. Ovo priznanje je bio pravi početak njegovog gubitka straha i sposobnosti da postane bolji. Očni simptomi su počeli da se povlače i počeo je psihoterapiju, pravi put ka izlječenju.

Jedan mladić je patio od ponavljajućih bolova u karlici nakon seksualnog odnosa koji je detaljno procijenio više od jednog urologa. Nosio je dijagnozu hroničnog prostatitisa. Nakon pažljivog slušanja njegove medicinske istorije, bilo je očigledno da ima TMS. Ova informacija, psihološki izazivajući njegov bol, i psihoterapija u kombinaciji doveli su do značajnog poboljšanja kako bi mogao uživati u seksualnom životu. Isto tako, žene sa hroničnim bolom u karlici su se poboljšale.

Uspješno sam liječio mnoge pacijente koji imaju dijagnozu fibromijalgije. Pacijenti s ovom dijagnozom imaju više fizičkih simptoma od pacijenata sa samo bolom u leđima, vratom, somnijom, sindromom iritabilnog crijeva ili zujanjem u ušima. Međutim, smatram da je pacijent s fibromijalgijom najozbiljnije pogođen TMS-om, a drugi pacijenti koji imaju manje težak TMS. Gotovo kao da osobe s fibromijalgijom imaju toliko problema od kojih ih bol odvlači, da akumuliraju bol na mnogim mjestima kao svoj odbrambeni mehanizam. Važno je zapamtiti da je ovo sindrom, drugim riječima, skup simptoma. Ove simptome, rašireni bol, glavobolju, osjetljivost na određenim mjestima na tijelu, umor, poremećaj sna i sindrom iritabilnog crijeva, povezao je Američki koledž za reumatologiju kako bi definirao ovo stanje. Postoje mnoge druge fizičke tegobe koje ljudi s ovom dijagnozom mogu imati, a koje u suštini uključuju svaki tjelesni sistem. Osim posebnih tenderskih tačaka,

nalazi fizičkog pregleda će biti normalni ili ne posebno specifični i nema karakterističnih laboratorijskih testova. Pacijenti općenito imaju mnogo fizičkih tegoba, ali kliničaru zapravo izgledaju prilično zdravi. Kao i kod drugih pacijenata s TMS-om, onima s fibromijalnom gijom može se pomoći ako su otvoreni da razmotre i zatim prihvate da postoji psihološki uzrok njihove boli. Ako nisu u mogućnosti da budu otvoreni na ovaj način, ja im nisam mogao pomoći.

Jedno vrlo često stanje koje ljudi s TMS-om imaju je sindrom karpalnog tunela. Ovaj sindrom je postao „moderan“ posebno od pojave kompjutera. Međutim, primijetio sam da ga mnogi pacijenti imaju kao dio kontinuuma zamjenskih sindroma bola, ili kao jedan element mnoštva različitih nagomilanih bolova. Zbrinuo sam mladog stručnjaka koji je imao ovu dijagnozu dok je radio na veoma stresnom i zahtjevnom poslu. Morao je da prestane da radi i otišao je na invaliditet jer više nije mogao da koristi ruke da radi svoj posao. Bio je jadan što nije radio i postajao je sve depresivniji zbog te situacije. Njegov lični život je pretrpeo mnoge teške periode zbog razbijenog braka i drugih trauma.

Mnogi moji pacijenti bili su djeca alkoholičara. Mnogi su bili djeca od razvoda, a mnogi su bili zlostavljani. Ipak, većina dolazi iz porodica sa vrijednim roditeljima koji ih vole, koji su svojoj djeci polagali prevelika očekivanja i nade. Ove porodice ne karakteriše neka posebno neobična dinamika koja bi se istakla u današnjem društvu.

Pacijenti s ovim emocionalno induciranim fizičkim simptomima često su u mucu donošenja odluka. Mogu se naći na neugodnom mjestu nekoga ko nije siguran koji je najbolji izbor. Problemi koji ih sputavaju uglavnom se odnose na zabrinutost oko razočaranja nekoga ili postavljanje standarda

visoko za sebe. Ponekad razmišljaju o promjeni karijere. Možda postoji odluka o preseljenju u drugi grad.

Možda postoje strahovi vezani za odgovornost da postanete novi roditelj. Možda razmišljaju o razvodu ili povratku od njega. Ponekad se emocionalni problemi odnose na način komunikacije pitanja seksualne orijentacije.

Često je pacijentu teško da vidi svoj izlaz iz teške situacije. Pacijenti često preuzimaju odgovornost preozbiljno i zaboravili su kako se zabavljati ili sebi to ne mogu dozvoliti.

Postoje i druge emocionalno teške situacije koje mogu izazvati ili produžiti bol. Možda je u porodici nedavno došlo do smrti. Možda je pacijent preuzeo velike odgovornosti za brigu o voljenoj osobi koja je postala nemoćna. Možda se novopečena majka oseća preopterećeno brigom o svojoj mladoj porodici i ne zna kako da pronađe efikasan sistem podrške. Možda se odraslo dijete neočekivano preselilo kući ili je napustilo školu. Možda postoje teški finansijski problemi. Ovo su samo primjeri nekih od vrsta okolnosti koje su moje pacijente prevrnule u sindrom boli ili drugih fizičkih simptoma. Ponekad je teško identificirati konkretan uzrok, ali češće nego ne, malo kopanja će otkriti barem znakove emocionalno nabijene povezanosti.

Nije neobično što sam brinula o više pacijenata u istoj porodici, muževima i ženama, djeci i roditeljima, braći i sestrama. U jednoj porodici sam liječio bol kod kćerke, majke i oca. Liječio sam blizance, oboje tokom istog popodneva. Jedan je imao bolove u leđima i nogama, a drugi u vratu i rukama. Obojica su odrasli u domaćinstvu u kojem su osjećali ogroman pritisak da uspiju, i oboje su briljirali i radili upravo to sve dok ih život nije sustigao i morali su ponovo procijeniti kuda su krenuli.

Važno je prepoznati da TMS nije simptom života

ide dobro i van kontrole okolnosti i emocije. Nije iznenađujuće da kada jedan član porodice osjeća pritisak, i drugi to čine. Uvid koji dolazi iz razumijevanja osnova fizičkih simptoma koji proizlaze iz emocija, i uvid koji dolazi iz prepoznavanja izvora osjećaja, može na kraju dovesti do boljih porodičnih odnosa svuda okolo.

Pacijenti koje vidim obično su veoma strogi prema sebi. Preozbiljno shvaćaju odgovornost i zaboravljaju da je kao odraslima u redu i zabavljati se. Imaju izuzetna očekivanja od sebe i od onih oko sebe, pa su često razočarani ili ljuti zbog onoga što smatraju svojim ili tuđim nedostacima. Uvek se trude da daju sve od sebe, ne sluteći koliki to može biti težak posao.

Često se pitam zašto u našem društvu ljudi više ne mogu biti „prosječni“. Sada u školi, ocjena "C" je jednaka neuspjehu. Ipak, kada se zaista svodi na to, svi smo većinu vremena prosječni i samo ponekad možemo dati sve od sebe udobno. Dati sve od sebe sve vrijeme je izuzetno težak posao i može dovesti do frustracije i skrivene ljutnje. Moji pacijenti su često razočarani ako drugi ne primjećuju težak posao koji su obavili. Nisko samopoštovanje treba hraniti komplimentima od drugih.

Biti bolji od TMS-a znači naučiti kako se izvući iz potrebe za priznanjem od strane drugih i naučiti kako sami ispuniti tu potrebu. Radi se o tome da naučite da sami sebe odgajate na možda ljubazniji, nježniji i dobronamjerniji način nego što ste to mogli iskusiti tokom djetinjstva. To je učenje da smanjite svoja očekivanja od sebe i drugih i učenje da su odnosi lakši, iskreniji i da stvaraju jače veze u tim okolnostima. Učenje je da ako se neko čini uznemiren na vas, osjećaj je često pomjeren i vi niste krivi. To je učenje da je čak i u redu ako se neko naljuti na vas. Radi se o



naučite da se ne plašite da se psihički brinete o sebi, da kažete „ne“ kada to želite i „da“ kada to želite. Radi se o učenju da je gotovo cijelo vrijeme kada se osjećate krivim, neprimjereno, jer ne možete biti odgovorni za brigu o svačijim osjećajima. Ljudi treba da nauče da to rade sami.

Pacijenti treba da nauče da su ovi simptomi TMS-a u suštini "bolovi u rastu". Pacijent s TMS-om, na primjer, je nekadašnje dijete koje je naučilo da bi govor mogao otežati iznenadjenju odraslu osobu u njegovom životu, koja bi se mogla naljutiti; ovo je bilo strašno. Pacijent s TMS-om je nekadašnje dijete koje nikada nije bilo pohvaljeno osim ako nešto nije postiglo. Pacijent s TMS-om je bivše dijete koje je bilo zlostavljano. Pacijent s TMS-om je bivše dijete koje je mislilo da je došlo do razvoda njegovih roditelja jer nije savršeno. Simptomi TMS-a proizlaze iz psihološkog konflikta koji se formira kod odrasle osobe koja život gleda istim očima koje je imao kao dijete, kada je imao malu ili nikakvu moć ili kontrolu nad životnim okolnostima, i ponaša se u skladu s tim. Pogled djeteta i ponašanje koje je nekada bilo tehnika preživljavanja više ne funkcionira.

Ponekad pacijenti nisu spremni da prihvate TMS dijagnozu. Ovu dijagnozu sam postavio kod pacijenata koji mi nisu vjerovali i rekli su mi da sam "lud". Uloženi su u razmišljanje da je njihov problem strukturalni ili uzrokovan nekim drugim fizičkim uzrokom. Na nekom nivou su bili vrijeđani ili im je prijetila ova TMS dijagnoza. Nikada ne pokušavam uvjeriti pacijente koji nisu otvoreni za ovu dijagnozu, jer sam naučio da kada pacijenti podignu emocionalnu barijeru, oni je ostavljaju da stoji dok ne budu spremni da je skinu. Niko to ne može učiniti umjesto njih. Neki od tih pacijenata se nikada nisu vratili da me vide. Nažalost, oni ne postaju svjesni da emocionalni bol može uzrokovati jaku fizičku bol. Drugi su, međutim, još neko vrijeme živjeli sa svojim simptomima, a onda su jednog dana, iz bilo kojeg razloga, postali introspektivniji o svom stanju.

i vratio se da me vidi otvorenog uma. Ti pacijenti su tada mogli da ozdrave.

Ponekad kada pacijentu dam ovu dijagnozu, pacijent me pogrešno shvati i misli da ja govorim da bol nije stvaran, da je sve u glavi. Ovo ne može biti više pogrešno i moram pacijentu razjasniti stvari. TMS simptomi su fizički simptomi, ali su generirani osjećajem. Mnogo je stvari koje mogu uzrokovati bol u leđima. Neki primjeri uključuju infekciju, rak i prijelom zbog stanjivanja kosti. Emocije su još jedan uzrok.

Neki su prihvatili vezu uma i tijela, a drugi odbacili. Nažalost, lekari su često među onima koji ih ne prihvataju. Čini mi se znatiželjnim da će ljudi lako povezati osjećaj stida sa crvenim obrazima ili osjećaj nervoze sa znojavim rukama, ali ne žele ili ne mogu uspostaviti vezu između ljutnje i bola. Ne znamo koji se molekuli spajaju da prevedu društveni incident u sramotu i kako taj osjećaj onda stimulira krvne sudove u obrazima da se prošire. Ali svi prihvatamo da se to dešava. Literatura sugerira veze između kroničnog stresa i zdravstvenih problema. Međutim, u izdanju Proceedings of the National Academy of Sciences od 7. decembra 2004. Elissa S. Epel i kolege objavili su uzbudljiv članak koji snažno potvrđuje da um igra značajnu ulogu u našem fizičkom zdravlju. Oni su demonstrirali definitivnu vezu između percipiranog i kroničnog stresa i promjena u telomerima, specifičnim područjima hromozoma za koje se zna da se odnose na dužinu života ćelije i starenje. Za ljudsko zdravlje je od ključne važnosti da odbacimo svoju stigmu o prirodi emocionalnih stvari. Otežavanje stvari, sakrivanje neugodnih osjećaja i život pod stresom mogu dovesti do fizičkog bola i disfunkcije i, najvažnije, ozbiljne medicinske bolesti.

Ljepota TMS dijagnoze je u tome što ona daje nadu

može rezultirati pravim izlječenjem. Tretman dovodi do obnavljanja pune fizičke aktivnosti, nastajanja emocionalno zdravijeg života i edukacije samosvijesti. Pacijent koji se oporavio od TMS-a izrasta u sretniju, ugodniju, mirniju osobu koja vidi nove puteve ka većem ličnom ispunjenju.

OSAM  
MOJA POGLEDA NA  
PSIHOSOMATSKI  
LIJEK

James R. Rochelle MD

James R. Rochelle, MD, diplomirao je na Medicinskoj školi Creighton u 1978. i odradio staž u općoj hirurgiji na školi Southern Illinois School of Medicina, nakon čega slijedi četverogodišnja ortopedska specijalizacija u Hamot Medicalu Centar u Erie, Pennsylvania. Svoje usavršavanje nastavio je sa pedijatrijskim ili Topedska stipendija na Institutu AI duPont u Wilmingtonu, Delaware, završio je 1984. Ušao je u privatnu praksu u Sjevernom Kansasu Grad; preselio se u Council Bluffs, Iowa, četiri godine kasnije; a 2004. preselio na svoju sadašnju lokaciju u Mena, Arkansas.

Imati punopravnog ortopeda koji prakticira medicinu mentalnog tijela a doprinos ovoj svesci je uzbudljiv koliko i neobičan. Kao Dr. Sopher i Hoffman, dr Rochelle ima dvostruku praksu: podučavanje ses za one koji mogu prihvatiti dijagnozu i konvencionalni tretman za one koji ne mogu. Svi se slažu, to je izazov.

Kao opći ortopedski kirurg, viđam pacijente s prijelomima, sportskim ozljedama, problemima s kompenzacijom radnika i ličnim ozljedama, te mnogim slučajevima akutnih i kroničnih bolova u križima i vratu. Vidim i pacijente kojima je potrebna operacija zamjene zgloba. Druga uobičajena stanja su tendinitis koljena i ramena, patologija rotatorne manžete, hondromalacija patele i sindrom karpalnog tunela.

#### RAZOČARANJE "HRONIČNIM BOLOM"

U ranim godinama svoje prakse obično sam upućivao pacijente s kroničnim bolom u vratu i leđima specijalistima za kronične bolove. Standardni tretman bio je niz terapijskih injekcija koje se obično sastojale od kombinacije lokalnih anestetika i steroida. Dok ponekad korisni u akutnim situacijama, rijetko su bili korisni kod pacijenata s bolovima koji su trajali duže od četiri do šest mjeseci. Korištene su i druge tehnike i razne injekcije.

Specijalisti za bolove obično koriste razrađene protokole koji zahtijevaju skupe dijagnostičke testove u nastojanju da identifikuju specifične „generatore bola“. Po njihovom mišljenju, kronični bol je rezultat “strukturnih abnormalnosti” i ovih “generatorskih bola”. Oni neprihvatljivo odbacuju psihosomatsko objašnjenje.

Kada su ih pitali o njihovom odgovoru na injekcije, pacijenti su često prijavili neke koristi za mjesec ili dva, a zatim ponovnu pojavu bola. Bilo je uobičajeno da se pacijenti vraćaju na injekcije nakon

potrebna osnova, dok su se drugi vraćali nedeljama. Ne poznajem nijednog pacijenta sa hroničnim bolom koji je ovim tehnikama trajno uklonjen od bola.

U tim ranim danima povremeno sam upućivao pacijente u multidisciplinarne klinike protiv bolova. Osiguravajuće kompanije ponekad su odobravale ovaj skupi program u nadi da će time ukinuti potrebu za kontinuiranom terapijom. Četveronedeljni program može se sastojati od edukacije, grupne terapije, psihološkog savetovanja, fizikalne terapije, vežbanja i tako dalje, koji bi sprovodili različiti profesionalci. Iako su ponekad bili korisni, raštrkani terapijski napori zbunili su neke pacijente koji nisu bili sigurni da li da se koncentrišu na vježbanje, fizikalnu terapiju, psihoterapiju ili kognitivne uvide. Činilo se da su blagotvorni efekti programa nestali s vremenom, a neki su pokazivali trajno rješavanje bola.

Otkrio sam da pacijenti često sami traže nemedicinske praktičare zbog nezadovoljstva konvencionalnim lijekovima cine. Manje abnormalnosti kralježnice često se liječe manipulacijom ili drugim fizičkim modalitetima. Rezultati su mješoviti. U svjetlu onoga što sam naučio o akutnoj i kroničnoj boli, vjerujem da poboljšanje u ovim slučajevima može biti posljedica protoka vremena ili placebo reakcije. Polaganje ruku i simpatična, topla interakcija između praktičara i pacijenta također mogu doprinijeti simptomatskom poboljšanju.

Istraživši oblast „hronične boli“, uverio sam se da niko nema dugoročnih odgovora. Više nisam htio upućivati pacijente na tretmane koji nisu djelovali! Snažno sam osjećao da su pacijenti zapravo bili oštećeni stavom njihovih ljekara.

Mnogi pacijenti su se uvjerali da imaju “loša leđa” ili “loš vrat”. Doktori bi ohrabivali svoje pacijente da se prijave za invalidninu socijalnog osiguranja jer ne vide drugi način da im pomognu. Neki su čak rekli svojim pacijentima da bi mogli završiti

gore u invalidskim kolicima. Andrew Weil, MD, nazvao je ovo negativno uslovljavanje medicinskim pesimizmom. Uz takve sumorne prognoze, pacijenti su se obeshrabrili i izgubili nadu da mogu ponovo živjeti normalnim životom. Ova negativna uvjetovanost je glavni razlog za epidemiju bola u današnjem zapadnom svijetu.

Drugi oblik liječenja sumnjive vrijednosti je operacija leđa i vrata. Sada postoji veliki broj hirurga koji se specijalizuju za takvu hirurgiju. Uz operaciju uklanjanja diskovne hernije, sada se uobičajeno rade fuzije kičme, iako nije dokazano da su učinkovitije od jednostavnije procedure. Zaista, iskustvo u liječenju TMS-a dovodi u pitanje potrebu za bilo kojim kirurškim zahvatom u većini slučajeva. Razrađeni hirurški hardver je izmišljen da obezbedi stabilnost kičmi, zasnovan na ideji da su leđa nestabilna i stoga bolna. Ne postoji ništa u medicinskoj literaturi što podržava ovu tvrdnju, uprkos tome što se fuzijska hirurgija dramatično povećala poslednjih godina.

Jedna od posljedica svih ovih operacija je nešto što se zove sindrom neuspjelih leđa. Uprkos tehnički dobro obaviještenim fuzijama kralježnice sa impresivnim rendgenskim snimcima, veliki broj operacija završava neuspjehom! Većina literature o sindromu neuspjelih leđa ukazuje da su "psihološki faktori" vjerovatno odgovorni za loše rezultate, s neuspjesima koji se približavaju 30 do 50 posto. Tačnu prirodu ovih „psiholoških faktora“ hirurzi za kičmu slabo razumiju, koji su ipak nepokolebljivi u svom entuzijazmu da izvode fuzije lumbalne kičme. Oni očigledno imaju jake finansijske i profesionalne podsticaje da nastave da rade ono za šta su obučeni.

## UPRAVLJANJE BOLOM

Postajao sam sve više razočaran konvencionalnim dijagnozama i tretmanima i odlučio sam da uradim „lečenje bola“ na svom

sopstvenih pacijenata. Znao sam da moji pacijenti imaju stvarnu, fizičku bol koja je ometala njihovo svakodnevno funkcioniranje i uživanje u životu. Postoji nacionalni pokret da se prestane stigmatizirati osobe s kroničnim bolom i da se osigura odgovarajući analgetski lijek za one koji imaju umjerenu i jaku bol. Pozdravio sam ovaj novi naglasak i educirao se o upotrebi opijata. Mnogi liječnici još uvijek odbijaju ideju davanja "narkotika" osobama s kroničnim bolom. Odbacujem pežorativni izraz narkotik jer doprinosi stigmi kod odgovarajućeg liječenja kronične boli. Počeo sam agresivnije koristiti opijate, ohrabrujući pacijente da održavaju adekvatan nivo u krvi kako bi kontrolirali bol tokom dana.

Mnogi pacijenti su pozitivno reagovali na ovaj pristup. Njihovi rezultati boli su se smanjili i njihova funkcija se poboljšala. Podsticao sam ljude da izgube težinu i da hodaju trideset do četrdeset minuta dnevno. Međutim, koristi su bile samo djelomične. Mnogim ljudima su bile potrebne veće doze lijekova. Objasnio sam da tolerancija na lijekove nije isto što i ovisnost i ohrabrio sam ljude da nastave s promjenom načina života. Međutim, mogućnost da ostanem na opijatima na duže staze nije bila privlačna meni i mnogim mojim pacijentima.

Pregledao sam dijagnoze mnogih svojih pacijenata i pronašao uobičajeni izbor stanja kralježnice: ispupčenje diska, „degenerativna bolest diska“, spinalna stenoza, „artropatija fasete“, spondilolisteza, skolioza itd. Rijetko je bilo bilo kakvog značajnog začepjenja korijena živca. Kada se posumnjalo da je „uklješteni nerv“ velika mogućnost, pogledao sam magnetnu rezonancu sa radiologom da „uporedim beleške“ o značaju nalaza. Povremeno sam upućivao pacijente neurohirurgu na drugo mišljenje. Pacijenti bi se obično vraćali i izjavili da se operacija ne preporučuje. Retko sam uspevao da pripišem hroničnu prirodu i jačinu bola prijavljenim nalazima magnetne rezonance.

Unatoč skromnom poboljšanju s „liječenjem bola“, bio sam



u nedostatku da ispravno postavim dijagnozu i liječim svoje pacijente. Nisam mogao iskreno da kažem ljudima da im mogu pomoći da se oslobode svoje hronične boli jednom za svagda. Očigledno je nešto nedostajalo. Psihologiju hroničnog bola trebalo je pozabaviti.

Uputio sam neke ljude na psihološku procjenu. Proces upućivanja bio je osjetljiva tema zbog zaključaka koji su neki ljudi iznijeli o mom zahtjevu za mišljenje o emocionalnim pitanjima. „Hoćeš da kažeš da je ovaj bol sav u mojoj glavi?“ pitali bi moji pacijenti. Objasnio sam da je bol stvaran i fizički, ali da bi emocionalne tužbe mogle biti dio slike.

Psihološka evaluacija i testiranje često su otkrili depresiju i anksioznost. Psihijatri i/ili liječnici porodične medicine prepisivali su lijekove za ovaj aspekt problema i kako bi pomogli ljudima da spavaju. Uvijek sam pretpostavljao da su depresija i anksioznost sekundarni u odnosu na hronični bol, jer većina literature kaže da jeste.

Literatura o hroničnoj boli dalje pretpostavlja da je većina pacijenata motivisana „sekundarnom dobiti“, odnosno nesvjesnom željom da budu zbrinuti, izbjegnu odgovornost ili možda dobiju novac kao rezultat njihovog stanja. Pokušao sam vratiti ljude na posao što je prije moguće nakon povrede kako bih izbjegao nagrađivanje pacijenata za igranje bolesne uloge. Ovaj prilično ciničan stav često bi mog pacijenta i mene doveo u suprotstavljene uloge. Kao i mnogi drugi doktori, osjećao sam se neugodno zbog ovog sukoba jer smo iskreno željeli pomoći našim pacijentima da ozdrave. Pacijentima je bilo neprijatno jer su smatrali da ih okrivljuju jer i dalje imaju bol!

Sasvim legitimno, još nisu bili spremni da se vrate na posao jer su još uvijek bili u bolovima.

Nikad nisam prihvatio ideju da je sekundarni dobitak primarna motivacija za većinu pacijenata, ali nisam imao bolje objašnjenje za “psihologiju hronične boli”. Imao sam utisak da većina osoba sa hroničnim bolom ima elemente funkcionalnog preklapanja. Ovaj termin

odnosi se na različite emocionalne probleme koji se pojavljuju u kontekstu ličnih povreda, nadoknada radnika, medicinsko-pravnih pitanja, sukoba na poslu, porodičnih problema itd. Osjećao sam da je normalno doživjeti emocionalnu uznemirenost kao odgovor na te stresore. Znao sam da velika većina pacijenata iskreno želi da se vrati na posao i da što prije nastavi normalan život. Psihološka procjena je pokazala da je većina ljudi iskrena i iskrena, uz tužbe za depresiju i anksioznost u nekim slučajevima.

#### ŠTA NEDOSTAJE?

Očigledno je nešto nedostajalo u mom razumijevanju "psihologije kroničnog bola". Šta mi je nedostajalo? Proveo sam opsežnu pretragu literature iz oblasti hronične boli, uključujući područje alternativne medicine. Pročitao sam Prirodno dr. Andrewa Weila

Zdravlje, prirodna medicina. Dr Weil je snažno podržao koncept sindroma tenzionog miozitisa (TMS). Dr. Weil je napisao: „Ja sam veliki ljubitelj TMS-a, jer sam vidio kako veliki broj slučajeva kroničnog bola u leđima nestaje kao magijom kada se ljudi zaljube ili na drugi način naprave radikalne promjene u svom emocionalnom i mentalnom životu.“ Mogućnost da je hronični bol u leđima psihosomatski bila mi je intrigantna.

Na preporuku dr. Weila, pročitao sam The Mindbody Prescription dr. Sarno. Prva stvar koja mi je privukla pažnju je njegova rasprava o čirima. Imao sam živo sjećanje da su čirevi bili vrlo česti 1960-ih i 1970-ih. Od tada su na čudan način izašli iz mode, jer je bilo poznato da su čirevi povezani sa stresom. Niko nije želeo da ima psihosomatsko stanje koje bi se moglo kontrolisati jednostavnim pažnjom na probleme koji izazivaju stres.

Razumijevanje da su čirevi vjerovatno psihosomatski uzrokovalo je da čirevi postanu mnogo manje popularni 1980-ih i 1990-ih.

Iz vlastite prakse sam shvatio da vidim sve više i više

hronični bol u leđima i vratu. Bilo je dosta "tendinitisa" ili "tendinopatije" koljena i ramena koje je bilo teško objasniti. Mnogi ljudi su imali simptome sindroma karpalnog tunela, ali nisu bili kandidati za operaciju. Mnogi ljudi s ličnim ozljedama i zahtjevima za kompenzaciju radnika imali su dugotrajne probleme s bolovima. Knjiga dr. Sarno je objasnila da su ova hronična mišićno-koštana stanja sada zamenila čireve kao primarna stanja povezana sa stresom u našem modernom svetu. Shvatio sam da smo unutra

usred epidemije bola uzrokovane psihološkim problemima kojima se bavio dr. Sarno.

Konvencionalna medicina nije adekvatno obrađivala psihološka pitanja jer nije bilo uvažavanja važnosti nesvjesnog. Dr Sarno je pridao prvenstvene zasluge Freudu za naglašavanje važnosti nesvjesnog u cjelokupnom ljudskom ponašanju.

Kako bih naučio više o uključivanju teorije TMS-a u svoju praksu, posjetio sam dr. Sarna na Univerzitetu u Njujorku u januaru 2002. Bio sam u četrdesetpetominutnim posjetama uredu sa pet njegovih novih pacijenata svako od dva popodneva. Prisustvovao sam dvosatnom predavanju koje on drži na sedmičnoj bazi. Druge večeri prisustvovao sam kontrolnoj sesiji u maloj grupi za one koji su još uvijek imali bolove otprilike mjesec dana nakon prethodnog predavanja.

Bila su mi tri velika vrata koja su me otvorila kada sam uporedio svoju sopstvenu praksu sa onom dr. Sarno. One su se odnosile na veliki značaj koji je pridao:

1. Socijalna istorija pacijenata
2. Nalazi osjetljivosti na fizičkom pregledu
3. Važnost jedne dijagnoze, jednog objedinjujućeg koncepta:

TMS

## DRUŠTVENA ISTORIJA

Najupečatljivija razlika između moje prakse i prakse dr. Sarna bila je u domenu uzimanja historije. Dr. Sarno je proveo dosta vremena prikupljajući društvenu historiju. Ovo uključuje informacije o bračnom statusu, porodičnoj historiji, braći i sestrama i informacije o zanimanju. Zatim je postavio još jedno pitanje: "Kako je bilo tvoje dijete?" Nikada nisam postavio to pitanje nijednom pacijentu za sve svoje godine ortopedske hirurgije! Neki ljudi su imali dobra iskustva iz djetinjstva. Neki ljudi su iskusili značajne poteškoće. dr.

Sarno je dozvolio pacijentima da govore većinu, pokušavajući da steknu osjećaj za različite vrste sukoba koje su ljudi možda imali u djetinjstvu. Ako se dogodilo fizičko, emocionalno ili seksualno zlostavljanje, imali smo kratku raspravu o njegovom utjecaju. Dr. Sarno je pokušao da doživi kakav odnos ljudi imaju sa svojim roditeljima ili starateljima.

Sljedeće značajno pitanje: "Možete li govoriti o svojoj ličnosti, ko ste vi?" Usredsredio bi se na pitanja perfekcionizma i dobrosti. Razvio je osjećaj da li ljudi vole ljude i/ili mirotvorce. Objasnio je da ovaj pritisak da se bude savršen i da bude dobar razbjesni nesvesni um.

Na kraju smo razgovarali o problemima životnog stresa koji svi imamo. Bio sam impresioniran da su mnogi ljudi bili otvoreni i pronicljivi u vezi sa ovim pitanjima u velikoj mjeri. Bili su spremni prihvatiti ideju da stres ne samo da pogoršava bol, već da zapravo može biti primarni izvor bola.

Dok sam razmišljao o svom iskustvu u Njujorku, sada sam shvatio jedan od glavnih razloga zašto nisam razumeo psihologiju hroničnog bola. Nikada nisam pitao ljude o ovim veoma važnim aspektima njihovog života. Zašto bih se trudio da pitam ljude o njihovom djetinjstvu? Da li je zaista bilo važno kakve crte ličnosti imaju moji pacijenti?

Mogu li problemi životnog stresa zaista biti toliko važni u izazivanju bola? Na kraju krajeva, ja sam bio ortopedski hirurg! Bio sam previše zauzet da bih odvojio više od petnaest minuta da obavim posjetu nekome sa hroničnim bolom.

Moj prethodni stav zanemarivanja i nepoznavanja važnosti društvene istorije svakako je tipičan za ogromnu većinu konvencionalnih doktora. Nikada nisam naučio kako da uzmem dobru društvenu istoriju. Kao i većina doktora, obično sam preskočio ovaj vitalno važan izvor informacija. Ranije, ako sam uopšte pokušao da dobijem društvenu istoriju, to je bilo površno i površno. Pokrivao je samo stavke poput istorije pušenja, porodičnih zdravstvenih problema i obrazaca vježbanja. Neadekvatno uzimanje anamneze mora se smatrati primarnim razlogom zašto većina doktora ne cijeni prave psihološke faktore koji uzrokuju hronični bol.

Knjige dr. Sarna dale su okvir za razumevanje zašto su ovi aspekti društvene istorije važni. Svojim pacijentima je objasnio da postoje tri izvora neprijatnih emocija u nesvesnom: ljutnja iz detinjstva, emocionalni bol i tuga; osobine ličnosti kao što su perfekcionizam i dobrota; i realnosti života. Objasnio je mehaniku svakodnevnog učenja kao dio tretmana. Ljudi postaju bolji razvijanjem svjesne svijesti o izvorima nesvesnog bijesa i emocionalnog bola.

#### FIZIČKI PREGLED: NJEŽNOST

Fizički pregled dr. Sarno je bio poučan. Uradio je kompletan mišićno-skeletni pregled, sa akcentom na nalaze osjetljivosti. Nikad nisam shvatio koliko je čest nalaz osjetljivosti na vanjskoj strani butine kod pacijenata koji imaju kronične bolove u donjem dijelu leđa.

Prema iskustvu dr. Sarno, ova korelacija je otprilike 80 posto. Osetljivost u glutealnom i donjem lumbalnom delu je skoro

univerzalna u TMS-u, kao i nježnost na vrhu oba ramena.

Mnogi pacijenti imaju paraspinalnu osjetljivost u cijeloj lumbalnoj kičmi, koja se ponekad proteže i u torakalni dio.

Osjetljivost koju većina ljudi ima kod kroničnog bola u donjem dijelu leđa obično je prisutna na vrlo širokom području. Palpacija zahtijeva laganu do umjerenu količinu pritiska na strateškim lokacijama, što ukazuje da je bol obično u mišićima ili tetivama neposredno ispod koži. Ova površna osjetljivost ukazuje na to da dublje strukture, kao što su intervertebralni diskovi, ne proizvode bol.

Prije nego što sam saznao za TMS, imao sam tendenciju da prekrivam palpaciju osjetljivih područja pri obavljanju fizičkog pregleda. Obično sam imao unaprijed utvrđenu ideju da je kronični bol u donjem dijelu leđa uzrokovan nekim degenerativnim stanjem u leđima. Često sam se oslanjao na magnetnu rezonancu, pretpostavljajući da je neka „strukturna abnormalnost“ uzrok bola. Ove abnormalnosti radiolozi jednostavno spominju u svojim izvještajima jer je njihov posao da prijave sve što vide. Zadatak ljekara je da spoji sve informacije u postizanju dijagnoze. Prebrzo sam zaključio da su prijavljene „abnormalnosti“ na magnetskoj rezonanci uzrok boli pacijenta. Bio sam zapanjen jasnoćom MRI tehnologije. Kao i većina lekara, imao sam potrebu da pokažem da je uzrok bola fizički.

Jednostavno sam zanemario činjenicu da su ovi degenerativni i ispušteni diskovi koji se vide na MRI normalni! Svi ih dobijamo kako starimo. Čak i hernija diskova rijetko izaziva sindrome kronične boli, jer otok i upala uzrokovana akutnom hernijacijom obično se smire u roku od jedne do dvije sedmice. Nisam radio adekvatan pregled nežnosti i samim tim sam propustio ovaj najvažniji fizički nalaz. Difuzna osjetljivost koja je prisutna kod TMS-a ukazuje na to da je uključen centralni nervni sistem, mozak-um. Ovo je jedino objašnjenje koje daje

smisao. Anatomski je nemoguće da abnormalnosti diska izazovu osjetljivost u iliotibijalnom pojasu, tetivi i glutealnim, kvadratus lumborum, lumbalnim paraspinalnim i gornjim trapeznim mišićima, kao što vidimo kod kroničnog bola u donjem dijelu leđa uzrokovanog TMS-om.

Nalazi osjetljivosti su također važni u dva područja od interesa za ortopedskog hirurga: koleno i rame. Pacijenti se često javljaju s prethodnom dijagnozom artritisa, hondromalacije patele, pokidanog meniskusa ili tendinitisa koljena. Nalazi fizičkog pregleda koljena često će pokazati osjetljivost tetive kvadricepsa, patelarne tetive i medijalnog i lateralnog retinakuluma (tetivno tkivo sa strane čašice koljena). Prije nego što sam saznao za TMS, pripisao sam ovu osjetljivost tendinitisu ili tendinopatiji (hronični oblik tendinitisa). Tačna priroda ovog tendinitisa nikada nije dobro objašnjena u literaturi. Pravi tendinitis može nastati zbog teške aktivnosti ili atletske aktivnosti. Obično se povuče u roku od nekoliko dana do nekoliko sedmica. Ipak, mnogi pacijenti s kroničnim bolom u koljenu imat će različita područja osjetljivosti u prednjem dijelu koljena od TMS-a.

Budući da većina doktora bol u koljenu pripisuje dobro poznatim stanjima iznad, sve više pacijenata ima bol u koljenu koji je pretežno TMS. Saznanje da je TMS često primarni izvor bola u koljenu omogućava pacijentima i doktorima da izbjegnu skupe, dugotrajne i često rizične tretmane.

Nalazi osjetljivosti na ramenu pokazuju sličan obrazac difuznog zahvata kada je TMS uzrok boli. Gornji kraj tetive bicepsa uobičajena je lokacija za TMS, s osjetljivošću koja se proteže nekoliko centimetara ispod akromiona na vrhu ramena. Mnogi pacijenti prijavljuju bol u cijeloj nadlaktici i imaju nekoliko osjetljivih područja na više lokacija, posebno na bočnom epikondilu lakta (uobičajeno mjesto za "teniski lakat"). Ovi nalazi nisu u skladu sa uobičajenim dijagnozama koje sam postavljao, naime, impingement sindrom i tendinitis.

Ova stanja se javljaju, ali se obično javljaju s vrlo lokaliziranim nalazima ili pogoršanjem boli „testom impindžmenta“.

Pucanje rotatorne manžete je još jedna uobičajena dijagnoza, koja se obično postavlja na MRI. Rascjep može biti djelomičan ili potpun. Potpuna kidanje će često uzrokovati izraženu slabost na testiranju snage zbog anatomskog defekta. Ove suze su prilično česte nakon šezdesete godine, vjerovatno pogađaju 30 posto ili više svih osoba starijih od te dobi. Ipak, mnogo manje pacijenata se zapravo obraća ortopedskom hirurгу zbog bolova u ramenu. Mnogi ljudi prilično dobro podnose nedostatak snage i ne zahtijevaju liječenje. Ako pacijent ima značajan bol, a magnetna rezonanca pokazuje potpuni puknuće rotatorne manžetne, drugi liječnici gotovo uvijek krive za bol potrganu rotatornu manžetu.

Moje iskustvo sa TMS-om navodi me na još jedan zaključak. Tipična osjetljivost brojnih različitih tetiva je znak TMS-a i stoga je relativna kontraindikacija za operaciju rotatorne manžetne. Ako se izvrši operacija, rezultati će biti manje nego optimalni, barem za bol. Opet, razumijevanje TMS-a izbjegava skupe, rizične i nesigurne neophodan tretman.

#### JEDNA DIJAGNOZA

Postoji jaka tendencija da se lokusi bola u TMS-u pomjeraju s jednog mjesta na drugo. Viđao sam pacijente s bolovima u leđima nekoliko mjeseci. Nakon povlačenja bolova u leđima, kasnije bih ih pregledao zbog tendinitisa ramena i još kasnije zbog bolova u vratu. Sada shvaćam da su imali zamjenu lokacije. Ovo je tipično za TMS; Dr. Sarno to naziva imperativom simptoma, što znači da ako se nastavi psihološka potreba za fizičkim simptomima, mozak će nastaviti da ih proizvodi sve dok se psihološka situacija ne promijeni na bolje.

Ovo je važno otkriće i za pacijenta i za doktora.



Mnogi ljudi troše mnogo vremena i novca na pregled kod super-specijalista za svako različito područje tijela. Često imaju utisak da se fizički raspadaju. Oni su skoro iscrpljeni od svih različitih dijagnoza i tretmana.

Mnogi specijalisti imaju tendenciju da vide pacijenta samo u smislu njegovog diska, njegovog udarca u ramenu ili sindroma karpalnog tunela. Postoji jadan trend prema „lijeku dijelova tijela“ koji ne vidi ljude kao pojedince. Pacijent je za mnoge današnje stručnjake jednostavno skup dijelova tijela. Pacijenti dobijaju dijagnostičku oznaku i primaju tretman prema „modelu zasnovanom na dokazima“. Ovaj pristup liječenju iz kuharice može služiti interesima birokratije upravljane skrbi, ali zabija klin između pacijenta i doktora. Vrlo je malo uvažavanja cjeline osobe i nema razumijevanja veze uma i tijela. Nije ni čudo što mnogi ljudi traže alternativne tretmane za mnoga različita stanja koja dijagnosticiraju konvencionalni alopatski liječnici.

Odličan alat za razumijevanje cijele osobe je da pacijent ispuni dijagram boli. Zamolim ih da zasjele sve dijelove tijela gdje osjećaju bol ili su bolovali u posljednjih godinu dana. Mnogi ljudi sa TMS nijansom u prilično velikom dijelu dijagrama boli. Imali su bolove na više različitih lokacija u prethodnim mjesecima. Imam dijagrame bola tokom nekoliko godina na mnogim pacijentima. Promjena koja se dešava tokom vremena čini uvjerljiv argument za tendenciju zamjene lokacije koja se javlja u TMS-u.

Ono što je najvažnije, saznanje da osoba ima jedno stanje, TMS, a ne nekoliko različitih i nepovezanih dijagnoza je ogromna korist. Nema potrebe trošiti vrijeme i novac na višestruke dijagnostičke preglede i posjete specijalistima. Nema potrebe za različitim hemijskim ili fizičkim tretmanima.

Pacijenti mogu biti sigurni kada imaju TMS da su im leđa

normalno; vrat im je normalan; ruke i noge su im normalne. Uvjeravanje je moćan lijek. Ljudi mogu prestati brinuti da je njihov sljedeći napad jakog bola u vratu tek pred vratima. Shvatiće da nemaju trajno „loša leđa“. Oni mogu raditi na preokretanju moćnih negativnih uvjeta koje im je medicinski establišment nametnuo godinama. Oni mogu ponovo otkriti vjeru i nadu u budućnost.

To je zaista pitanje dijagnoze. To je srž stvari, izjavio je dr. Sarno. TMS dijagnoza oslobađa i osnažuje pacijente. On daje onima koji pate od kronične boli najbolju priliku da žive punim i nagrađujućim životom, bez bola.

#### IMPLEMENTACIJA TMS-a U SVOJOJ PRAKSI

Pristup svakoj osobi treba biti individualiziran kako bi se pozabavili pitanjima koja su relevantna za njihovu konkretnu prezentaciju TMS-a. Nekim ljudima je potrebno mnogo diskusija o strukturnim abnormalnostima koje su možda dijagnosticirali drugi doktori. Mnogi ljudi imaju značajan strah od određenih aktivnosti koje uzrokuju bol. Drugi ljudi teško mogu vjerovati da neugodne emocije mogu uzrokovati fizičke simptome.

Kažem ljudima da pokušaju sa obrazovnim programom. Prirodno je imati rezerve prema konceptu koji se toliko razlikuje od ortodoksne medicinske dijagnoze i liječenja. Moj posao je da ih edukujem o TMS-u i da se pozabavim njihovim ličnim problemima. Mnogi ljudi pristaju na otvoren stav i obično prihvate moj prvi poziv da prisustvuju TMS predavanju.

Moja uobičajena procedura je da nazovem večer prije predavanja da podsjetim ljude na vrijeme i lokaciju. Predavanje održavam jednom u dvije sedmice. Obično imam listu od deset do petnaest pacijenata koje sam viđao u prethodne dve nedelje i koji su pristali da prisustvuju predavanju.

ture. Većina ljudi izjavljuje da namjerava doći kada me vide na prvu posjetu, dok mali broj izjavljuje da ne dolazi jer odbija koncept TMS-a. Očekujem da će polovina ili više mojih pacijenata na kraju odbaciti dijagnozu. Ovo ne bi trebalo da bude izvor iritacije ili ljutnje. Ljudima koji odbacuju dijagnozu kažem da poštujem njihovo mišljenje i želim im puno sreće, vjerovatno kod drugog ljekara.

Stopa „nepolaska“ za predavanje je u prosjeku 30 do 35 posto. Obično pozovem ljude podsjetnik za sljedeće predavanje, ali ako se ne pojave drugi put, to shvatam kao indikaciju da vjerovatno odbacuju dijagnozu. Neki ljudi koji odbacuju dijagnozu traže konvencionalniji tretman. Neki ljudi žele "brzo rješenje". Mnogi ljudi žele da im prepisem lijek ili izvršim injekciju ili operaciju koja će izliječiti njihov problem s bolom. Ne mogu se magijom osloboditi njihovog bola za njih. Od TMS-a će se izliječiti samo oni koji su spremni preuzeti odgovornost za upoznavanje sa svojim stanjem i izvođenje svakodnevnog studijskog programa.

Kao ljekar, uvijek sam se ponosio time što sam mogao pomoći velikoj većini svojih pacijenata. Prilično je frustrirajuće za nekoga poput mene da prihvati da će polovina ili više mojih pacijenata odbiti moju dijagnozu i liječenje. Neki pacijenti se vrijeđaju na sugestiju da je njihovo stanje psihosomatsko. Izbjegavam da koristim ovu "P-riječ" tokom početnog intervjua (osim ako se izričito ne pita za to) jer neki ljudi vjeruju da psihosomatski znači da je bol "sve u mojoj glavi". Snažno naglašavam da je njihova bol stvarna i fizička. Bol je u tijelu. Uprkos mojim naporima da razjasnim ovu tačku, neki ljudi izgledaju pogođeni selektivnim sluhom. Čuju da je um uključen u TMS. Čini se da vjeruju da impliciram da imaju neku vrstu mentalne bolesti i odbacuju dijagnozu.

## STUDIJA SLUČAJA: ODBIJANJE DIJAGNOZE

Sedamdesetdvo godišnja žena me je vidjela zbog bolova u lijevom ramenu i ruci u posljednje dvije sedmice. Na svom dijagramu bola, zasjenila je gotovo sve bočne (vanjske) strane ramena, lakta i podlaktice. Povremeno je prijavila trnce i utrnulost kroz veći dio ruke. Takođe je ukazala na bol u obe zadnjice i u donjem delu leđa, prisutan nekoliko godina, ali u poslednje vreme nije bio veliki problem.

Imala je pun opseg pokreta i snage u gornjim i donjim ekstremitetima. Pokreti su bili normalni i u vratu i u niskom dijelu nazad. Nalazi osjetljivosti su bili u tetivama bicepsa od ramena niz ruku oko četiri inča od vrha ramena. Imala je osjetljivost preko lateralnog epikondila (područje teniskog lakta) humerusa. Nekoliko tetiva je također bilo osjetljivo na stražnjoj strani zgloba. Osetljivost je također bila prisutna u glutealnim i lumbalnim paraspinalnim mišićima.

Dobio sam rendgenske snimke gornjeg i donjeg dijela ruke, koji su bili normalni.

Njena društvena istorija je bila sljedeća: Imala je dobro djetinjstvo, bez značajnijih sukoba sa roditeljima. Bila je perfekcionista i ugađala ljudima. Njen muž je umro prije dvije godine. Bila je veoma bliska sa svojom sestrom u Teksasu. Posjećivali su se svaka tri mjeseca, smjenjujući se u putovanju avionom. Njena sestra je nedavno otišla u starački dom i više nije mogla da leti u Council Bluffs. Moja pacijentica je nastavila tradiciju posjećivanja sestre svaka tri mjeseca uz značajne troškove i trud. Priznala je da ima „samo mali“ strah od starenja, ali sam sumnjao da je to za nju mnogo značajniji problem nego što je mislila.

Dijagnosticirao sam TMS. Činilo se da razumije dijagnozu i

prvobitno pristao da prisustvuje mom predstojećem predavanju. Međutim, kada sam je nazvao da se podsjetim da dođe, rekla je da dobija drugo mišljenje od drugog ortopeda. Prihvatio sam to i poželio joj sreću sa njenim drugim mišljenjem.

Kasnije sam preko zajedničkog prijatelja saznao da je njen novi ortopedski hirurg uradio injekcije u rame i „teniski lakat“. Iako se činilo da su injekcije u početku proizvele dobro poboljšanje, simptomi su se ponovili u roku od nekoliko sedmica. Kasnije sam otkrio da je u procesu pronalaženja još jednog ortopeda za još jedno mišljenje. Činilo se da je ova žena vezana i odlučna da pronađe nekoga ko bi je mogao "popraviti".

bol problem!

Retrospektivno, možda je bila greška da joj se da potpuna TMS dijagnoza kada su njeni simptomi bili prisutni samo dve nedelje. Prirodno je da se pacijenti nadaju brzom rješenju kada su simptomi prisutni tako kratko vrijeme. U akutnoj prezentaciji, trenutno predstavljam kratku verziju onoga što je TMS i kako se on odnosi na pacijentovu vlastitu prezentaciju bola. Navodim da stres, napetost, anksioznost i ljutnja mogu uzrokovati bolove u mišićima, tetivama i živcima. Uvjeravam vas da je stanje benigno i da se mogu poboljšati bez mnogo liječenja. Ovim pacijentima dajem TMS materijal i kažem im da se vrate ako ne vide poboljšanje u razumnom vremenskom periodu.

## PREDAVANJE

Održavanje TMS predavanja mi je posebno korisno u stjecanju uvida u pitanja koja ljudi imaju o TMS-u. Smatram da je predavanje dobro iskustvo učenja ne samo za pacijente, već i za mene. Naučio sam da predvidim mnoga pitanja i brige koje ljudi imaju. Trudim se da predavanju dam nešto individualno

okus naglašavanjem tačaka koje će biti relevantne za pojedine pacijente.

Grupna postavka je korisna mnogim ljudima jer im daje do znanja da nisu „Usamljeni rendžer“ kada je u pitanju TMS. Susret sa drugim ljudima koji prisustvuju predavanju i koji imaju isto stanje je izvor sigurnosti za mnoge ljude. Pozdravljam prisustvo plesa i učešće supružnika i članova porodice na predavanju. Poznavanje i razumijevanje TMS-a od strane svih bliskih pacijentu je od najveće pomoći u liječenju stanja koje je prkosilo liječenju za većinu ljudi.

Neki ljudi nisu u mogućnosti da prisustvuju predavanju zbog sukoba sa poslom. Predstavljam im alternativu: mogu da gledaju dvosatnu traku pod naslovom Lečenje bola u leđima: Video o receptu za mentalno telo u mojoj kancelariji tokom redovnog radnog vremena. U ovoj visokokvalitetnoj prezentaciji dr. Sarno predstavlja predavanje i odgovara na pitanja svojih pacijenata. Nakon gledanja videa, moji pacijenti provode petnaest minuta sa mnom u raspravi o idejama na snimci, a ja odgovaram na konkretna pitanja koja mogu imati. Jedina primedba koju sam čuo od nekoliko ljudi je da video deluje kao reklama i da mu nedostaje spontanost i energija prezentacije uživo. Iz tog razloga, snažno potičem većinu ljudi da prisustvuju predavanju u zakazano vrijeme ako to mogu uklopiti u svoj raspored.

Atmosfera u prostoriji na kraju predavanja je obično prilično optimistična. Ljudi prvi put nakon nekoliko godina prijavljuju osjećaj nade. Osećaj uzbuđenja koji mnogi ljudi imaju je opipljiv. Shvate da su fizički normalni i da mogu očekivati izlječenje svoje kronične boli i patnje. Oni dobijaju program učenja i savetuju im da rade „domaći zadatak“ svaki dan. Svakodnevno razmišljanje je važno.

Otprilike mjesec dana nakon predavanja, moja medicinska sestra zove pacijente

vidi kako im ide. Pita da li imaju pitanja o TMS-u io njihovoj manifestaciji TMS-a. Ona pita da li svakodnevno rade domaći zadatak, o nedavnim rezultatima bolova i da li još uvijek uzimaju lijekove protiv bolova.

Pacijenti se ohrabruju da razgovaraju sa mnom telefonom ako imaju značajna pitanja ili nedoumice za koje smatraju da ih bolje rješavam.

Oni su upućeni da se vrate u ordinaciju u roku od dva mjeseca nakon predavanja ako i dalje imaju značajne bolove. U toj naknadnoj posjeti pokušavam steći predstavu o specifičnim psihološkim tužbama koje se čine najznačajnijim. Ako pacijenti marljivo rade na svom domaćem zadatku i dobro napreduju, možemo odgoditi uputnicu za psihoterapiju, ostavljajući im malo više vremena da vide smanjenje bolova. Iako neki ljudi i dalje prijavljuju bol dva mjeseca nakon predavanja, obično mi se čini da sam znatno više fokusiran na stvarne probleme u svom životu. Proces domaće zadaće tjera ljude da se bave psihološkim pritiscima i stresovima s kojima se svi suočavamo. Svi moji pacijenti izgledaju bolje prilagođeni i sretniji kao rezultat edukativnog tretmana.

Pacijenti koji prolaze kroz edukaciju mnogo su spremniji da prihvate uputnicu za psihoterapiju kada je to indikivano. Imaju dosta uvida u svoje emocionalne probleme radeći domaći zadatak. Dnevni program studija odlična je priprema za psihoterapiju. Veoma poštujem one pacijente koji ulaze na psihoterapiju. Potrebna je hrabrost da se sagledaju pitanja koja bi mnogi ljudi radije izbjegli. Redovno viđam nekoliko pacijenata radi ublažavanja bolova dok su na psihoterapiji. Ujednačeno su mi zahvalni što sam ih uputio u pravom smjeru, odnosno da razmišljaju psihički, a ne fizički. Glavni problem u njihovom životu prestao je biti njihov kronični problem boli, već neki stresor ili emocionalni problem s kojim se bave u psihoterapiji.

## STUDIJA SLUČAJA: UPUĆENJE NA PSIHOTERAPIJU

Četrdesetšestogodišnja medicinska sestra imala je bol u donjem dijelu leđa i desnoj butini i kolenu dvije sedmice prije posjete. Imala je istoriju sličnih problema s donjim leđima i bolovima u nogama unazad deset godina. Pregledom je utvrđena značajna osjetljivost duž cijele iliotibijalne trake desne noge, kao i bilateralno paraspinalnih mišića lumbalnog dijela kičme. Postojala je difuzna osjetljivost u tetivama oko periferije kolenske čašice. Rendgen koljena i lumbalnog dijela kičme pokazao je minimalne degenerativne promjene.

Njena društvena istorija uključivala je mnoge poteškoće. Njen otac je bio alkoholičar, a ona je pretrpela značajno emocionalno zlostavljanje od njega tokom većeg dela svog detinjstva. Tokom svog prvog braka bila je emocionalno i fizički zlostavljana većinu dvanaest godina veze. Ona je perfekcionista koji ima tendenciju da bude pretjerano osjetljiv na kritiku.

Dijagnosticirao sam TMS, stanje koje je ona spremno prihvatila. Njeno iskustvo kao medicinske sestre pružilo je značajan uvid u odnos između stresa i raznih zdravstvenih stanja. Pročitala je Sarno knjigu, prisustvovala predavanju i marljivo radila domaći zadatak. Doživjela je potpuno povlačenje simptoma u roku od samo dvije sedmice.

Ostala je bez simptoma četiri mjeseca prije nego što je doživjela ponovnu pojavu TMS-a, ovog puta na vratu i gornjem dijelu leđa. Pregledao sam je i potvrdio da joj je TMS promijenio lokaciju. Uspio sam je uvjeriti da su joj vrat i gornji dio leđa normalni. Pitanje je bilo: koji je novi stresor u njenom životu izazvao potrebu za ponovnim simptomima TMS-a?

Ispostavilo se da je bila jako uznemirena nedavnim otkrićem da je umiješala svoju petnaestogodišnju kćer. Djevojčicu je prije nekih osam godina seksualno zlostavljao njen otac, a to je bila



pokrivanje ovog zlostavljanja koje je dovelo do toga da se moj pacijent razvede. Novo otkriće je da su roditelji njenog bivšeg muža odavno bili svjesni seksualnog zlostavljanja njihove unuke od strane njihovog sina. Zatajili su ovu informaciju kako bi ga zaštitili!

Bila je razbješnjela ovim novim otkrićem, ali se osjećala nemoćnom da izrazi svoje ogorčenje na svoje bivše tazbine. Izrazila je značajno olakšanje što je mogla razgovarati sa mnom o ovoj vrlo uznemirujućoj informaciji. Shvatila je psihološku potrebu da se neprijatne emocije čuvaju u podsvesnom umu. Pojava TMS-a na drugoj lokaciji bila je manifestacija lokacije zamjena, simptom imperativ.

Pregledao sam njenu društvenu istoriju sa njom i oboje smo se složili da je psihoterapija uvidom indicirana zbog dubine neprijatnih emocija koje je izazvala tokom godina. Objasnio sam da je vjerovatno da će imati i druge recidive TMS-a ako ne uđe na psihoterapiju. Sa zadovoljstvom je prihvatila uputnicu, sigurna u TMS dijagnozu zbog prethodnog pozitivnog odgovora na edukativni tretman. Takođe je uspjela da organizuje psihoterapiju za svoju ćerku, koja u posljednje vreme ima jake glavobolje.

## STUDIJE SLUČAJA

### Sindrom karpalnog tunela

Pedesetjednogodišnjeg muškarca uputio je drugi ljekar zbog sindroma obostranog karpalnog tunela. Sa sobom je donio kopiju testa brzine provodljivosti nerava koji je naredio ljekar koji ga je uputio. Test je bio pozitivan na sindrom karpalnog tunela. Simptome je pripisao napornom ručnom radu zbog kojeg je radio

dugi niz godina kao električar. Imao je i tridesetogodišnju istoriju hroničnih bolova u vratu i leđima, ali mu u to vreme nisu smetali. Znao sam da vjerovatno imam posla sa TMS-om, ali sam odlučio da se složim sa dijagnozom sindroma karpalnog tunela. Uostalom, i on i njegov ljekar koji ga je uputio očekivali su od mene operaciju jer sam hirurg! Obavio sam oslobađanje karpalnog tunela na oba zgloba istog dana. Operacija je prošla dobro i činilo se da je u ranoj postoperativnoj fazi znatno poboljšan.

Međutim, vratio se tri mjeseca nakon operacije i prijavio sve veće trnce i utrnulost u obje ruke. Izvijestio je o povećanju bola na samo nešto manji nivo nego što je bio prije operacije. Pitao se zašto je operacija donela samo privremenu i delimičnu korist. Zanimljivo je da su njegov vrat i ramena nedavno postali prilično bolni. Područja osjetljivosti na vratu i ramenima bila su u skladu sa TMS-om. Imao je područja nježnosti

lumbalne paraspinalne i glutealne mišiće, koji su također bili u skladu s TMS-om, ali je imao samo blage tegobe na bol u tim oblastima.

U ovom trenutku stekao sam kompletnu društvenu istoriju. Imao je mnogo perfekcionistačkih sklonosti, ali više nije volio da se etiketira kao perfekcionista. Trudio se da ugoditi ljudima kad god je to bilo moguće. Bio je veoma savjestan u obavljanju svog posla električara. Nedavno je bio razveden, sa dosta "problema" sa bivšom suprugom.

Na osnovu nalaza nježnosti i njegovog profila ličnosti, postavio sam dijagnozu TMS. Objasnio sam da je privremeno poboljšanje nakon operacije bilo povezano s odgovorom na placebo. Ponovili su mu se bol, peckanje i ukočenost jer sindrom karpalnog tunela nije bio najpreciznija dijagnoza. Njegovi bolovi u vratu, ramenima i leđima takođe su bili manifestacija TMS-a. Trebalo mi je malo hrabrosti

dio da priznam da moja originalna dijagnoza nije bila tačna. Na sreću, prihvatio je TMS dijagnozu i pristao na edukaciju ment.

Bio je znatno poboljšan tokom prvih mjesec dana nakon pohađanja predavanja, a sada, četiri mjeseca nakon, potpuno je asimptomatski. Više ne osjeća bol, trnce i utrnulost u rukama i zglobovima. Nije prijavio nikakve bolove u lumbalnom dijelu, vratu maternice ili ramenu. Njegov slučaj mi je dokazao da je sindrom karpalnog tunela samo prikaz TMS-a u zglobu.

A šta je s pozitivnim testom brzine provodljivosti živaca? Zaključio sam da TMS može smanjiti brzinu nervnog provođenja. TMS uzrokuje blagu deprivaciju kisika, što se može pokazati kada se izvrši test brzine provodljivosti živaca. Drugi liječnici obično pripisuju pozitivne rezultate testova efektima ponavljajućeg ručnog hvatanja i aktivnosti stiskanja na poslu. Obično smatraju da je to povezano s poslom. Međutim, ovo tumačenje je pogrešno.

Moj pacijent je imao manje simptome TMS-a u zglobovima nekoliko godina prije operacije. Nedostatak kiseonika kod TMS-a na kraju je postao dovoljno ozbiljan da izazove abnormalan nalaz na testu. Ovaj slučaj ukazuje na pogrešan zaključak da su bol, trnci i utrnulost rezultat sindroma karpalnog tunela. Iako sam izvršio indiciranu operaciju sindroma karpalnog tunela, rezultati su bili loši. Tek nakon edukativnog tretmana za ispravnu dijagnozu, TMS, doživio je potpuno rješavanje svih simptoma.

## Fibromijalgija

Četrdesetpetogodišnja žena imala je bolove u vratnoj i lumbalnoj kičmi. Bol je pripisala automobilske nesreći prije tri godine. MRI vrata i leđa su pokazali samo normalno

degenerativne promjene koje bi se očekivale u njenim godinama. Iako nikakva operacija nije bila preporučena, njen prethodni ortopedski hirurg je rekao da su njeni hronični bolovi uzrokovani ovim abnormalnostima! Posjetila me je za drugo mišljenje o bolovima u leđima i vratu.

Spomenula je prethodnu konsultaciju sa ručnim hirurgom zbog očiglednog sindroma karpalnog tunela u oba zapešća. Također je prijavila bol u prednjem dijelu oba ramena i na vanjskoj strani oba lakta. Ručni hirurg je spomenuo oslobađanje karpalnog tunela kao mogući tretman, ali nije bio posvećen bolovima u ramenu i laktu. Nijedan od njenih ljekara nije spomenuo fibromialgiju kao dijagnostičku mogućnost.

Njena društvena istorija otkrila je da je tokom djetinjstva nekoliko godina izdržala emocionalno, fizičko i seksualno zlostavljanje od strane svog očuha. Majka ju je uglavnom ignorisala tokom njenog detinjstva. Spremno je priznala svoje perfekcionističke osobine ličnosti i izjavila da je kompulzivna u tome da radi što je bolje moguće. Trenutno pokušava da se pomiri sa svojim mnogo starijim mužem, koji je nedavno imao dugu aferu sa drugom ženom. Imala je veoma težak odnos sa njegovom troje odrasle dece, koja su još uvek bila u velikoj meri uključena u život svog oca.

Njena medicinska istorija uključivala je preskakanje otkucaja srca i lupanje srca, neredovne menstruacije zbog endometrioze, glavobolje i dispepsiju (verovatno GERB ili gastritis, koji tek treba da se reši). Dvadeset godina je bila na psihoterapiji i van nje, a trenutno je bila kod terapeuta u drugoj državi.

Dijagnozirao sam TMS. Naveo sam da bi drugi doktori možda koristili termin fibromijalgija. Takva dijagnoza nije od pomoći jer drugi doktori kažu da ne znaju uzrok fibromijalgije i da nemaju ništa efikasno za liječenje. Tretmani koje preporučuju dio su pristupa "sačmaricama". Drugi doktori odbacuju psihosomatsko objašnjenje fibromijalgije.

Spremno je prihvatila moju dijagnozu i liječenje. Poslala sam pismo preporuke njenom psihoterapeutu, snažno joj preporučivši da ima psihoterapiju uvida, za razliku od kognitivnog pristupa koji je koristila. Priložio sam informaciju o TMS-u, a nakon toga sam nazvao telefonskim pozivom nedelju dana kasnije. Objasnio sam terapeutu da teorija TMS-a zahtijeva više od površnog, kognitivnog pristupa. U ovom slučaju je bilo jasno da neke vrlo snažne emocije iz djetinjstva zahtijevaju dublje istraživanje.

Šest mjeseci kasnije, došlo je do veoma značajnog napretka. Rezultati boli su mnogo niži, simptomi karpalnog tunela su nestali, a nivo njene aktivnosti je znatno poboljšan. Nastavlja sa psihoterapijom, baveći se problemima iz djetinjstva, kao i svakodnevnim stresorima. Potpuno očekujem da će ona na kraju imati potpuno povlačenje svojih simptoma, iako bi psihoterapija mogla biti neophodna neko vrijeme.

Ovaj slučaj ilustruje nekoliko važnih tačaka. Većina ortopedskih hirurga fokusira se na nalaze MRI kao uzrok bolova u leđima i vratu. U ovom slučaju, ove abnormalnosti su bile normalne abnormalnosti. Anatomske je nemoguće da prijavljena degeneracija diska u lumbalnoj i vratnoj kičmi može dovesti do tako difuznih nalaza osjetljivosti.

Fibromijalgija je relativno skorašnja dijagnoza, koju je Američko reumatološko udruženje konačno prepoznalo kao poseban entitet 1990. godine. Mnogi liječnici, uključujući i mene, nisu bili formalno izloženi dijagnozi i liječenju fibromijalgije tokom medicinske škole, stažiranja i boravka. Ipak, fibromijalgija je sada drugo najčešće stanje (poslije osteoartritisa) u području reumatologije. Zaista se širi u razmjerima epidemije.

Nije iznenađujuće da mnogi ljekari ne prepoznaju stanje kada se pojavi u njihovim ordinacijama. Oni imaju tendenciju da se fokusiraju na

Umorno se baviti glavnom pritužbom, zanemarujući druge aspekte ukupne prezentacije bola. Mnogi superspecijalisti posmatraju samo jedan deo tela, kao što su leđa, vrat ili gornji ekstremitet. Dijagram boli je odličan alat za prepoznavanje mnogih kroničnih bolnih stanja, jer daje ukupni utisak o svim područjima boli.

U ovom slučaju, moja pacijentica je bila uvjerena da joj je automobilska nesreća od prije tri godine izazvala trajne povrede leđa i vrata. Navela je da je početna pojava bolova u leđima i vratu zahvatila njena ramena, laktove i zglobove oko godinu dana nakon povrede. Fibromijalgija se često razvija u periodu od nekoliko mjeseci ili čak godina. Može predstavljati zbunjujuću kliničku sliku različitim ljekarima koji primaju pacijente u različitim fazama u pro  
cess.

Još jedna stvar se odnosi na psihoterapiju: pitala je zašto njenih dvadeset godina povremene psihoterapije nije rezultiralo rješavanjem njenog bola. Kada sam saznao da je njen terapeut zauzeo kognitivni pristup svim stresnim događajima u njenom svakodnevnom životu, rekao sam da je neophodan dublji, uvid orijentisan oblik psihoterapije. Njeno djetinjstvo bilo je poremećeno emocionalnim, fizičkim i seksualnim zlostavljanjem, što je rezultiralo velikom količinom nesvjesnog bijesa.

To je direktno doprinijelo njenom perfekcionizmu i dobroti. Iako su neke od njenih ranijih terapija istraživale ove probleme, oni nisu bili riješeni. Njenu psihoterapiju je trebalo preusmjeriti na dublje istraživanje ovih neugodnih emocija u nesvjesnom umu.

Sasvim mi je jasno da je fibromijalgija psihosomatsko stanje. Čini se da je to teška manifestacija TMS-a. Drugi autoriteti odbacuju psihosomatsko objašnjenje, radije govoreći da je uzrok nepoznat. Tužna činjenica je da većina ljekara nije obučena za dobijanje detaljne socijalne anamneze kod pacijenata sa

hronični bol. Oni ne prihvaćaju ideju da neugodne emocije u nesvjesnom umu zapravo uzrokuju fizičke simptome.

Tek kada se ove osnovne činjenice shvate i prihvate vidjet ćemo kraj trenutne epidemije TMS mišićno-koštanog bola u njegovim brojnim varijantama, uključujući misterioznu fibromijalgiju.

DEVET

# STRUKTURALNI BOL ILI PSIHOSOMATSKI BOL?

Douglas Hoffman, MD

Odrastao u Washingtonu, DC, području, Douglas Hoffman, MD, dobio je a diplomirao je nauke na Univerzitetu Duke i diplomirao medicinu sa Medicinskog fakulteta Univerziteta u Vermontu. Dr. Hoffman com završio je porodičnu praksu u Memorijalnoj bolnici St. Margaret's u Pittsburgh, Pennsylvania, i stipendija za sportsku medicinu primarne zdravstvene zaštite u Hennepin County Medical Center u Minneapolis, Minnesota. Cur Iznajmljuje se neoperativnom ortopedijom/sportskom medicinom u Duluthu, Minesota, gdje je timski ljekar Univerziteta u Wisconsin-Superior i bejzbol tim Duluth Huskies. Dr. Hoffman uživa u sportovima, uključujući nordijsko skijanje, biciklizam i kajak.



Kao što ćete vidjeti, dr. Hoffman je najosjetljiviji na psihološko, dakle društvenih i društvenih uticaja na psihosomatske poremećaje, i pati od frustracije koja je uobičajena za svakoga ko radi ovaj posao pronalaženja tako malog broja roditelja osobe koje mogu profitirati od njegove stručnosti.

## STRUKTURALNI BOL ILI PSIHO-SOMATSKI BOL?

Ne tako davno, porodični lekar je putovao nekoliko sati da me vidi zbog hroničnog bola u donjem delu leđa. Pročitao je knjigu dr. Sarno, *The Mind body Prescription*, nakon što uobičajeni "standardni" medicinski tretmani nisu uspjeli ublažiti njegove simptome. Naša jednosatna zajednička poseta sastojala se od slušanja istorije njegovog bola, učenja o njegovom životu i pomoći mu da razume i ojača psihosomatsku prirodu bolova u leđima. Kao što smo oboje očekivali, njegovi simptomi su se potpuno povukli u narednih nekoliko sedmica. Sećam se da me je pitao dok smo izlazili iz kancelarije nakon njegovog zakazanog sastanka: „Kako da se vratim i vežbam na način na koji sam vežbao znajući ono što sada znam?“

To je važno pitanje i on nije jedini koji ga postavlja. Živim dvostruku egzistenciju u svojoj neoperativnoj ortopedskoj praksi: liječim probleme mišićno-koštanog bola pacijenata prema trenutnom standardu njege, sa rijetkim izuzecima onih koji su voljni da svoje probleme vide kao psihosomatski inducirane.

Dozvolite mi da opišem nekoliko pacijenata iz jednog tipičnog jutra u mom officesu, počevši od pedesetdvo-godišnje žene koja je došla sa jakim bolom u desnom kuku. Imala je jake bolove pri pritisku ruke (palpacija), koji se medicinski nazivaju osjetljivost, preko desne strane desnog kuka, osjetljivost desne gornje stražnjice i duž toka dugačke tetive na vanjskoj strani desne butine. Slični odgovarajući orijentiri bili su nežni u drugoj nozi, ali manje

tako. Imala je istoriju depresije, migrenske glavobolje, gojaznosti, povišenog gastrointestinalnog refluksa, visokog krvnog pritiska, bolova u stopalima (plantarni fasciitis) i sindroma karpalnog tunela, a imala je i histerektomiju zbog fibroida materice. Rendgenski snimci kuka bili su normalni. Dijagnoza je veći trohanterični burzitis. Dobila je standardnu njegu.

Tridesetpetogodišnja žena, certificirana medicinska sestra u lokalnom staračkom domu, selila je pacijenta prije dvije sedmice kada je razvila bol, utrnulost i trnce na vrhu desnog ramena, desnog ramenog zgloba i desna ruka. Njen bol je bio toliko jak da je kombinacija relaksansa mišića, lijeka tipa ibuprofena i narkotika rezultirala samo minimalnim poboljšanjem bola. Prilikom pregleda uočena je difuzna bol do blage palpacije zahvaćenih područja. Njena prošla medicinska anamneza uključivala je depresiju, povredu trzajnog zgloba, migrenoznu glavobolju i bolne menstruacije. Bila je samohrana majka dvoje djece i pušila je kutiju cigareta dnevno. Liječena je konvencionalnim metodama protiv bolova.

Četrdesetogodišnji muškarac vratio se na šestosedmično praćenje frakture skočnog zgloba, tretiran gipsom. Žalio se na jake, uporne bolove u šatoru i uzimao je narkotičke lijekove protiv bolova od kada je stavljen gips. Van gipsa nije bilo tragova otoka, ali je imao jake bolove pri palpaciji po cijelom skočnom zglobu i nije dozvoljavao nikakvo pomicanje skočnog zgloba. Rendgenski snimci su pokazali dobro zarastanje. Imao je istoriju alkoholizma, bipolarnog poremećaja i hroničnog bola u leđima, zbog čega je bio invalid socijalnog osiguranja. I on je primio standardnu terapiju protiv bolova.

Šezdesetpetogodišnji muškarac nedavno penzionisan došao je sa bolom u desnom kolenu. Prethodno sam ga liječio zbog artritičnih promjena na lijevom koljenu, što je na kraju zahtijevalo potpunu zamjenu koljena zbog neizlječivog bola. Postojala je povijest dvije fuzije donjeg dijela leđa, popravke rotatorne manžetne na oba ramena, bilateralnog oslobađanja karpalnog tunela i nedavne operacije povećane prostate. Jednog jutra se pro

i bol je bio tu. Rendgen je pokazao umjereni osteoartritis (normalne promjene starenja). Tretman je bio standardan.

Iako je vjerovatno da su sva četiri ova pacijenta patila od psihosomatskog bola, moj je klinički sud bio da oni neće prihvatiti tu dijagnozu.

Poslednji pacijent ovog jutra bila je četrdesetdvogodišnja žena koja je putovala nekoliko sati da me vidi zbog svog hroničnog vrata bol od deset godina. Prije godinu dana njen bol se pogoršao, što je dovelo do medicinske procjene koja je uključivala magnetnu rezonancu i ortopedske i neurohirurške konsultacije. Operacija nije preporučena. Kiropraktički tretmani, razni analgetici i rad sa ličnim trenerom rezultirali su samo privremenim poboljšanjem. Pročitala je Dr. Sarnova knjiga, *The Mindbody Prescription*, prije godinu dana, opet s privremenim poboljšanjem. Pronašla je moje ime na povezanoj web stranici i pozvala je za termin. Tokom našeg jednosatnog posjeta, razgovarali smo o psihosomatskoj prirodi njenog bola, uključujući njegov uzrok, moguće faktore koji izazivaju, i tehnike za postizanje izlječenja. Naknadno pismo i telefonski poziv otkrili su da je sada uglavnom bez bolova. Slijedi posljednji pasus njenog pisma: „Završavam ovo pismo nakon što sam dva sata bila van bašte. Ponekad sam sumnjao da ću ikada više baštovati.”

Kako sam došao do medicine s dvostrukim postojanjem? To proizilazi iz moje lične istorije. Sjećam se živo kada sam prvi put osjetio bol u donjem dijelu leđa. Kao student medicine, životni pritisci su se povećavali, kao i moja težnja za savršenstvom. Ova vožnja je uključivala i biciklističke utrke. U tipičnoj trenažnoj vožnji prvi put sam osjetio stezanje u donjem dijelu leđa. Ali ovo nije bila samo obična trening vožnja. Pokušavao sam postaviti lični rekord vremena. Bol je bio toliko jak da nisam mogao da nastavim sa biciklističkim trkama. Bio sam podvrgnut pregledu od strane ljekara koji me je naknadno

ical terapeut. Unatoč mojoj posvećenosti svakodnevnim vježbama nije bilo poboljšanja.

U narednim godinama moj bol se postepeno pogoršavao, a svaki ljekar kod kojeg sam tražio liječenje imao je drugačiju dijagnozu. Svaki fizioterapeut je također imao drugačiju dijagnozu i različito rješenje problema. Ali prevladao je bol u donjem dijelu leđa, a ja sam bio potisnut na laganu vožnju biciklom. Na jednoj od ovih vožnji prije mature na medicinskom fakultetu naišao sam na jednog od fakultetskih ortopedskih hirurga koji je također bio u vožnji. Nakon što je čuo moju priču, jednostavno je rekao: "Ti si vjerovatno samo jedan od onih koji su slabijeg leđa."

Nesvjestan kako su me te moćne riječi programirale da iskusim stalne bolove u leđima, nastavio sam da ne uspijevam različite tretmane u iskušenjima i konvencionalnim i alternativnim pristupima. Bio sam očajan! Jednog dana u knjižari sam vidio drugu knjigu dr. Sarna, *Iscjeljivanje bola u leđima: Veza uma i tijela*. Koliko su istinite bile riječi koje sam pročitao. Kakav je savršen smisao imao. Primjenjujući teorije i tehnike liječenja koje sam naučio iz knjige, u roku od jedne sedmice moji bol u leđima bio je bolji nego što je bio za deset godina, a za šest sedmica sam bio „izliječen“. Bio sam zapanjen! Jednostavno shvativši svoj bol kao psihosomatski, uključujući njegove psihološke razloge, i „poništivši“ sve načine na koje sam programiran da imam bolove u leđima, bio sam bez bolova!

Čekajte malo – da li su svi ti ljekari i fizioterapeuti koje sam vidio, svi moji mentori na medicinskom fakultetu i medicinski udžbenici pogrešili? Pitao sam se kako će ovo novo znanje uticati na moju praksu.

Moja obuka je porodična praksa, primarna sportska medicina i neoperativna ortopedija. Većina moje prakse je liječenje pacijenata sa mišićno-koštanim poremećajima. Godina nakon mog

vlastitog lijeka od poremećaja kronične boli, promatrao sam i eksperimentirao s teorijom dr. Sarno u svojoj praksi. I dalje na moje iznenađenje, otkrio sam da je ono što je on teoretizirao istina. Mnogi uobičajeni mišićno-skeletni poremećaji nisu dobro objašnjeni našim konvencionalnim učenjem i često su psihosomatskog porijekla. Želeo sam da naučim više, pa sam otišao u Njujork i radio sa dr. Sarnom, birajući njegov mozak i raspravljajući o njegovim teorijama. Nakon nedelju dana zajedno, njegove oproštajne reči upućene su mi bile ohrabrujuće da se vratim nekim od njegovih koraka i napravim svoja zapažanja. Sljedeća razmišljanja su kulminacija skoro osam godina iskustva od rada sa dr. Sarno, posmatranja i liječenja pacijenata sa mišićno-koštanim poremećajima.

Medicina nas uči da je bol, posebno mišićno-koštani bol, posljedica abnormalnosti određene strukture. To je najlakše ilustrovati i prihvatiti uz akutnu traumu. Kada netko padne na ispruženu ruku i zadobije prijelom ručnog zgloba, rezultirajuća strukturna abnormalnost uzrokuje bol. Kada kost zacijeli, bol nestaje. Slično, kada sprinter na stazi pretrpi akutno kidanje mišića tetive koljena, to boli. Obično dolazi do otoka i krvarenja kao posljedica kidanja. Ali kako mišić počne da zacjeljuje, bol se povlači i sportaš ponovo trči natrag nakon što se zacjeljivanje i rehabilitacija završi.

Međutim, ovo shvatanje porekla bola generalno se primenjuje na sve mišićno-skeletne bolne sindrome. Na primjer, nakon saobraćajne nesreće s udarcem iza leđa ljudi pretpostavljaju da su mišići i druga meka tkiva oštećena (sindrom trzanja). Drugi uobičajeni primjeri su bol u nozi, koji se naziva išijasom i koji doktori i pacijenti rutinski pripisuju kompresiji lumbalnom hernijom diska; bol u donjem dijelu leđa za koji je kriv normalne promjene diskova i kičmenih kostiju pri starenju; i sindrom karpalnog tunela.

Termin upala se obično koristi da objasni uklanjanje bola.

uprkos činjenici da nema naučnih dokaza da postoji. Često se kaže da je mišić ili tetiva uporno bolno upaljena ili napeta. Bol u donjem dijelu stopala (plantarni fasciitis), bol u laktu (teniski lakat), bol u ramenu (impingement) i bol u kuku (trohanterični burzitis) uobičajeni su primjeri psihosomatskog bola koji se pripisuje nekoj strukturnoj abnormalnosti (upala, rastrgana, istrošeni, napeti, degenerisani). Ovo nazivam strukturnim modelom.

Iako postoje neka stanja koja se mogu objasniti ovim modelom, pažljivo proučavanje uobičajenih netraumatskih tegoba bola otkriva da većina njih nije strukturalno inducirana. Međutim, strukturne abnormalnosti su gotovo univerzalno prihvaćene kao uzrok većine mišićno-koštanog bola, dok se smatra da psihološki faktori imaju malu ili nikakvu ulogu u bolu, osim da ga pogoršaju ili poboljšaju. Modificirati bol je jedna stvar, ali ogromna većina doktora i pacijenata ne vjeruje da um zapravo može uzrokovati fizički poremećaj, što je definicija psihosomatskog.

U toku svog rada bio sam veoma impresioniran uobičajenim pogrešnim percepcijama o definiciji psihosomatskog poremećaja. Grubo pogrešne ideje, poput "bol je u tvojoj glavi", ili "to je imaginarno", ili "osoba je hipohondar (ili mentalno nezdrava)" su univerzalne. Čak su i liječnici krivi za takva mišljenja. Ako se uzme u obzir poremećaj koji mi je izazvao bolove u leđima, TMS i sve njegove ekvivalente (želudac, debelo crijevo, alergijski, dermatološki itd.), činjenica da ih doživljavamo kada smo nervozni, kada smo tužni ili sretni ili kada su seksualno uzbuđene, jasno je da su psihosomatske reakcije univerzalne, normalne i dio ljudskog stanja.

Nije neuobičajeno da se u vrijeme emocionalnog stresa razvije virusna bolest (prehlada), koja je rezultat slabljenja imunološkog sistema. Riječ je o fiziološkim promjenama koje nastaju u različitim tkivima ili organima u tijelu koje su izazvane emocijama.

To je značenje psihosomatike.

Još jedna stvar koja me je impresionirala je gotovo univerzalni nedostatak svijesti u medicini kada su u pitanju psihosomatski poremećaji da ako ne liječite uzrok simptoma, ne možete očekivati lijek. Nehirurško liječenje boli je gotovo potpuno simptomatsko. Klinike za bol liječe bol, ponekad ublažavajući bol zahvaljujući placebo reakciji (liječenje slijepom vjerom), ali u većini slučajeva bol se vraća, pa se epidemije bola nastavljaju.

Hirurzi vjeruju da liječe uzrok kada izvode operaciju hernije diskova, stenoze kralježnice, malformacija i slično; ali budući da ove abnormalnosti obično nisu uzrok boli, operacija ili neće uspjeti ili pacijent može dobiti placebo lijek.

Ovaj mogući hirurški ishod opisao je u medicinskoj literaturi profesor sa Harvarda prije četrdeset četiri godine. Operacija je moćan placebo.

Placebo lijekovi (hirurški ili nekirurški) su loši lijekovi jer ne liječe uzrok. Da su rezultati trajni, mogli bismo živjeti s tim, ali nisu. Ako se bol ublaži, dogodit će se jedna od tri stvari: ili će se vratiti, mozak će locirati bol negdje drugdje ili će mozak izabrati drugi organ ili sistem koji će proizvoditi simptome. Ponekad će zamijeniti emocionalnu reakciju kao što su anksioznost ili depresija. Ovo sam nazvao odgovorom ekvivalentnosti. Ovu izuzetno važnu pojavu dr. Sarno je opisao kao imperativ simptoma. To znači da morate ukloniti simptom liječenjem uzroka, ili će mozak jednostavno pronaći drugi simptom. Prema dr. Sarno, Frojd je opisao zamenu simptoma pre sto godina, ali nije znao šta to znači.

Kako je dr. Sarno istakao, medicinska profesija je u velikoj mjeri odgovorna za epidemije bola koje danas zapljuskuju zemlju jer nije svjesna postojanja psihosomatskih poremećaja i

zanemaruje mogućnost da se veliki dio uspjeha liječenja može pripisati placebo reakciji.

Slučaj gdje T je još jedan primjer ovog fenomena. Ona je šezdesetogodišnja medicinska sestra intenzivne nege sa medicinskom istorijom koja uključuje depresiju, migrenske glavobolje, zloupotrebu duvana i prethodnu operaciju lumbalnog dela leđa i karpalnog tunela. Razvila je jak bol u desnom ramenu nakon podizanja pacijenta na poslu. Bol joj je bio lociran kroz cijelo rame, sa zračenjem bola i utrnulosti niz desnu ruku. Njeni simptomi su se u početku poboljšali uz recept za protuupalni lijek, injekciju kortizona i fizikalnu terapiju. Kada je bol ponovo postao jak, slika magnetne rezonancije (MRI) ramena otkrila je djelomični puknuće rotatorne manžete. Podvrgnuta je operativnoj intervenciji i bolovi su joj se povukli nakon oporavka. Mjesec dana kasnije propustila je sedmicu

radi zbog jakog pogoršanja njenih migrenskih glavobolja.

Gospođa T ilustruje neka od pitanja o kojima se upravo govorilo. Ona je dobar primjer imperativa simptoma. Iako njeni simptomi na ramenu i ruci nisu bili tipični za puknuće tetive na ramenu, magnetna rezonanca je pokazala „puz rotatorne manžete“, i uprkos činjenici da medicinska literatura navodi da su takve pukotine uobičajene s godinama i bez bola, , ipak je imala operaciju. Postojao je placebo "lijek", ali, kao što se moglo očekivati, imperativ simptoma se pojavio mjesec dana kasnije.

Dozvolite mi da podijelim s vama neke od mojih zapažanja u radu sa psihosomatskih bolnih poremećaja.

## ULOGA TRIGERA U PSIHO-SOMATSKOM PROCESU

Budući da ni pacijenti ni doktori ne prepoznaju realnost psihosomatskog bola, oni imaju utisak da je bol uvijek



uzrokovane strukturno-fizičkim pojavama. Pojava fizičkih incidenata povezanih s pojavom boli pojačava kod pacijenata ideju da su sami sebe ozlijedili ili da je nastavak boli nakon legitimne ozljede (poput čovjeka sa slomljenim skočnim zglobovom koji je ranije spomenut) još uvijek posljedica ozljede. Vidio sam bezbroj pacijenata koji spadaju u ovu kategoriju, mnogi od njih primaju invalidnine iz socijalnog osiguranja. Ovi ljudi nisu manipulatori. Oni nisu svjesni da je povreda poslužila kao okidač, koji je pokrenuo TMS odgovor. Oni istinski vjeruju da je izvorna ozljeda odgovorna za njihov kronični bol.

Psihosomatski odgovor (TMS kada je bol u pitanju) može početi polako i podmuklo ili u vrijeme fizičkog okidača.

Potonje može biti nešto tako svakodnevno kao što je zamahivanje palicom za golf ili podizanje korpe za veš ili nakon legitimne povrede. Dr. Sarno je sklon da ograniči upotrebu riječi okidač na upravo opisane fizičke incidente; ali sam bio toliko impresioniran ulogom velikog broja psihosocijalnih faktora da se osjećam prinuđenim da im dam posebno mjesto u etiologiji psihosomatskih poremećaja.

Iz epidemiološke perspektive, fizički okidači su centralni u oblikovanju prirode psihosomatskih poremećaja. Nesvjesni um nastoji predstaviti simptome koji su legitimirani u društvu. Želi da se shvati ozbiljno! Stoga, poremećaj boli koji proizlazi iz fizičkog okidača služi za legitimizaciju psihosomatskog. Na primjer, sindrom karpalnog tunela može nastati iz strukturnih uzroka kao što su trudnoća, hipotireoza ili nekontrolirani dijabetes. Ali to nisu uobičajeni uzroci, a osim toga to ne objašnjava proporciju epidemije u kojoj se karpalni tunel nedavno pojavio u našem društvu. Dakle, sindrom karpalnog tunela iz strukturalnog uzroka (neuobičajena pojava) postaje predložak za pojavu poremećaja s relativnom učestalošću kao psihosomatski poremećaj.

Prije iskorjenjivanja dječje paralize u Sjedinjenim Državama, „histeričan

paraliza" bila je uobičajena dijagnoza za ono što je, u stvari, bio psihogeni (konverzija-histerični) poremećaj. Paraliza koja je rezultat dječje paralize (strukturni uzrok) bila je predložak za psihogenu paralizu. Ali kada je dječja paraliza iskorijenjena pojavom vakcine, histerična paraliza postala je izuzetno rijetka. Za vrijeme velikih izlaganja kemikalijama ili toksičnim tvarima, kao što su ratne ili industrijske nesreće, mnogi pacijenti koji nisu bili direktno izloženi pojaviti će se sa identičnim simptomima kao i oni koji jesu. Dakle, kako se priroda strukturne bolesti mijenja tokom vremena i između kultura, tako se mijenja i psihogena bolest.

Na više individualnom nivou, fizički okidači su jedan od najčešćih katalizatora psihosomatskih procesa. Automobilске nesreće, padovi, fizičko zlostavljanje i ponavljani pokreti na radnom mjestu primjeri su fizičkih okidača koji često rezultiraju sindromima kronične boli.

Gospodin S je četrdesetdvogodišnji građevinski radnik koji se okliznuo na ledu i pao unazad, pao na leđa, dok je bio na poslu. Odmah je doživio umjereni bol u donjem dijelu leđa, ali u narednih nekoliko dana bol se pogoršao do te mjere da je imao problema s hodanjem i spavanjem uprkos lijekovima protiv bolova. I dalje je imao stalne i jake bolove u križima, a višestruke medicinske procjene nisu pokazale akutne traumatske ozljede. Nakon skoro godinu dana bolova i mogućnosti da se vrati na posao, bio je pod brigom specijaliste za bolove za hronične narkotike. Dvije godine nakon te povrede stavljen je na invaliditet socijalnog osiguranja.

Gornji slučaj pokazuje kako je fizički stimulus (kontuzija leđa od pada) pokrenuo psihosomatski proces (hronični bol u donjem dijelu leđa). Njegova medicinska procjena isključila je prisustvo osnovnog preloma kostiju. Čovjek bi očekivao da će imati modrice i bol u leđima jednu do dvije sedmice nakon pada, a ne sindrom kronične boli.

Sklonost pokretanju psihosomatskog procesa nije povezana samo s fizičkim stimulusom već i sa okruženjem u kojem se fizički okidač javlja. Na primjer, nesreća motornog vozila koja rezultira sindromom trzanja vrata uključuje fizički okidač, kao i kulturne, pravne i osiguravajuće utjecaje.

Gospođa R, dvadeset i dve godine, bila je opasan vozač koji je učestvovao u nesreći sa motornim vozilom pozadi. Dok je njen auto bio na semaforu, drugi automobil ju je udario odostraga, krećući se oko dvadeset milja na sat. Nekoliko dana imala je blagu ukočenost vrata, ali sedmicu nakon nesreće probudila se sa jakim bolom u vratu i ukočenošću sa povezanim glavoboljama. Nekoliko dana nakon nesreće primila je i telefonski poziv iz osiguravajućeg društva vozača koji ju je udario iz leđa i ponudio joj da "riješi slučaj". Ona je to odbila i kontaktirala je advokata da je zastupa. Zbog pogoršanja simptoma pregledana je u hitnoj pomoći, što je uključivalo normalnu magnetnu rezonancu glave i vrata. Godinu dana nakon nesreće i dalje je imala bolove u vratu i glavobolje uprkos tekućim tretmanima. Sudski spor je u toku.

Navedeni slučaj je uobičajen u našem društvu i pokazuje kako fizički okidač, kao što je nesreća na stražnjoj strani, dovodi do sindroma kronične boli zahvaljujući moći višestrukih psihogenih utjecaja. U kulturološkom smislu, sindrom trzajnog udara je široko prihvaćen i legitimiran u našem društvu, kao i produženi invaliditet od nesreće. Nadalje, naše društvo pridaje dolarsku vrijednost povredama putem pravne industrije i industrije osiguranja, što zauzvrat oblikuje naše vrijednosti u pogledu invaliditeta i mentaliteta žrtve (ne nužno svjesno). Konačno, mediji dodatno jačaju ove stavove kroz oglašavanje advokata za nezgode, izvještavanje o sudskim sporovima i oglašavanje različitih medicinskih tretmana. U stvari, mediji povećavaju svijest o ozljedi, što, ironično, povećava vjerovatnoću da će se sindrom kroničnog trzajnog trzaja pojaviti sa stražnjim

okončati nesreće. Ova svijest o poremećaju, kao što sam već spomenuo, snažan je okidač za razvoj psihosomatskog poremećaja.

Slično, kada se društveni utjecaji izmijene ili eliminišu, onda će se psihosomatski proces naknadno promijeniti. Jedna takva studija koja to ilustruje objavljena je u časopisu *New England Journal of Medicine* 2000. godine. Uočavajući porast broja i troškova tužbi za vrat u Saskatchewan, Kanada, i nedostatak objektivnih podataka o njegovom uzroku, provincija Saskatchewan se promijenila državno osiguranje od naknade štete, koja uključuje plaćanja za bol i patnju, do sistema bez krivice, koji ne uključuje takva plaćanja. Ova promjena je stupila na snagu 1. januara 1995. Nije iznenađujuće da je došlo do značajnog smanjenja i incidencije i vremena oporavka trzajne ozljede kada se uporede one koje su se dogodile šest mjeseci prije i šest mjeseci nakon promjene osiguranja.

Fizičko zlostavljanje je još jedan dramatičan primjer kako fizički stimulans često rezultira sindromom kronične boli psihogenog porijekla. Nije neuobičajeno da kontuzija ili fraktura kao rezultat fizičkog zlostavljanja dovedu do kronične boli uprkos očiglednom izlječenju prema objektivnim kriterijima. Ovo je primjer fizičkog okidača koji djeluje s emocionalnim i izaziva psihosomatski poremećaj. Izazov je odrediti kada fizički okidač rezultira strukturnim ili psihosomatskim poremećajem. O tome ću razgovarati kasnije.

Društveni utjecaji su brojni i prilično moćni u oblikovanju psihosomatskog procesa, ne samo za pojedinca nego i za društvo u cjelini. Kulturološki, mi smo društvo koje promovise i nagrađuje one pojedince koji otupljuju svoje emocije. Biti "kul, smiren i pribran" pozitivna je vrijednost u našoj kulturi. Roditelji često govore djetetu koje osjeća bol, bilo fizičku ili emocionalnu, da je "sve u redu" ili "bićeš dobro" umjesto da ga zagrlje i dopuste mu da izrazi svoju uznemirenost i na taj način potvrdi ono što želi.

se osjećaju. Naše društvo je emocionalno dobro zaštićeno. Međutim, razlika između toga kako mislimo da bismo se trebali osjećati u vezi sa situacijom ili događaj u našim životima (naša svjesna emocija) i ono što zaista osjećamo (često nesvjesna emocija) postaje psihogeno.

Kada mi pacijent kaže „Neću dozvoliti da me (stres) dođe do mene“, dižu se crvene zastavice. Nije neuobičajeno da pacijent koji se odluči za liječenje svog fizičkog poremećaja metodom dr. Sarno počne doživljavati život na iskreniji način – drugim riječima, postaje svjesniji emocija kako se one stvarno javljaju. Međutim, mnogim pojedincima bi bilo teže živjeti život na iskreniji način od fizičkog bola koji doživljavaju jer bi morali priznati bolne dijelove sebe ili bolne emocije zakopane duboko u njihovom nesvjesnom umu. Teoretski, u društvu koje ohrabruje i podržava izražavanje emocija, bilo bi manje potrebe da se psihosomatski proces zamijeni.

Mediji su još jedan važan kulturni uticaj koji oblikuje psihosomatski proces. Opšta populacija je izložena sve većoj količini zdravstvenih informacija i reklama, bez premca u istoriji. Kao posljedica toga, ljudi će vjerovatnije, ili u nekim slučajevima čak i vjerovatnije, vjerovati informacijama koje dobijaju o zdravstvenim problemima putem medija nego od zdravstvenih profesionalaca. Došlo je do nenamjerne promjene ovlaštenja sa ljekara na medije. Na primjer, intenzivno oglašavanje novog lijeka od strane farmaceutske kompanije često će povećati “moć placeba”. Sa svakim novim nesteroidnim protuupalnim lijekom (NSAID) koji se pojavi na tržištu, primijetio sam mnogo veću efikasnost otprilike jednu do dvije godine prije nego što se njegova terapijska vrijednost smanji na nivo svih drugih dostupnih. Drugi

primjer je intenzivno oglašavanje alternativne medicine, posebno one koja ima za cilj bol u donjem dijelu leđa. Od magneta do madraca, dodataka, uređaja za vuču, umetaka za cipele, pa čak i opruge

cipele s jastučićima, razvila se unosna industrija u potrazi za brzim rješenjem. Nažalost, pacijenti će doživjeti samo privremeno poboljšanje (ili ekvivalentnu reakciju) s ovim "placebo" uređajima. Konačno, medijska sklonost kontroverzama može zavarati javnost izjavama poput „[Bijela kuća] je danas obećala olakšanje milionima radnika s bolovima u leđima, osakaćenim prstima, zglobovima i drugim fizičkim problemima uzrokovanim ili pogoršanim njihovim poslovi." Ova vrsta izjava prirodno navodi javnost da vjeruje da ponavljajuća aktivnost uzrokuje onesposobljavanje mišićno-koštanih poremećaja.

Pravni sistem u današnjem društvu je također snažan pokretač psihosomatskog procesa. Naše društvo stavlja dolar vrijednost na patnju, koja postaje psihogena (nesvjesno, naravno) sama po sebi. Nadalje, postoji intenzivno oglašavanje među advokatima u poslovima s traktatom, bilo da je riječ o automobilskoj nesreći, ozljedi na radu ili ozljedi na tuđoj imovini. Ovo podstiče ideju da je neko drugi kriv za naše povrede, pa smo mi žrtve. Sudovi su generalno podržali i legitimisali ovakav način razmišljanja. Posljedično, kada dođe do ozljede i pokrene se pravni proces, oboje postaju jaki okidači za razvoj psiho-hosomatskog poremećaja. Opet, sindrom trzanja biča je uobičajen primjer gdje je angažiran pravni sistem (sa podsvjesnom porukom da ste žrtva i da je vaš bol vrijedan novca); uključen je medicinski sistem, uključujući razne terapijske discipline, što dodatno potvrđuje „povredu“; i industrija osiguranja je uključena, držeći novac i svađajući se ko treba da plati.

Važne pravne odluke također oblikuju način na koji društvo gleda na porotu, posebno na radnom mjestu. To je svakako bio slučaj u Australiji, gdje je 1983. počeo nagli porast stope povreda na radu koje se ponavljaju. Jedini najveći utjecaj koji je preokrenuo ovu epidemiju bila je sudska odluka iz 1987.

Cooper protiv Commonwealtha, u kojem je Vrhovni sud Australije presudio da poslodavac nije kriv za nemar i da tužitelj nije pretrpio povredu. Svi troškovi su naplaćeni tužiocu, a naknadno je nestala povreda koja se ponavlja.

Slična nam je presuda prijeko potrebna u Sjedinjenim Državama.

Slično, industrija osiguranja utječe na psihogeni proces, jer povećava svijest i dodatno legitimira sindrome bola koji nastaju uslijed ozljede. Nadalje, jača mentalitet žrtve, kao i novčanu vrijednost povrede. Često izaziva ljutnju i ogorčenost zbog nečije povrede (koja zauzvrat izaziva nesvjesne emocije) sa uobičajenom praksom odbijanja potraživanja ili zahtijevanjem uključenja u pravni proces kako bi se izbjeglo plaćanje novca.

Podsektor industrije osiguranja, sistem kompenzacije radnika, jedan je od najjačih psihogenih uticaja mišićno-koštanih problema u našoj zemlji. U jednom trenutku industrijske istorije naše zemlje zaštita radnika od opasnih uslova rada i eksploatacije bila je preko potrebna i bila je centralna u osnaživanju radnika. I danas su zakoni koji štite radnike veoma važni i potrebni u mnogim okolnostima. Međutim, uvjeti za radnike su se generalno promijenili, a klatno se zaljuljalo u drugom smjeru. Bilo koji tip mišićno-koštanog sindroma boli koji se razvije u vezi s radom smatra se povredom kompenzacije radnika. Ovo zauzvrat utiče na način na koji društvo razmišlja o bilo kojoj vrsti boli u vezi sa poslom koja pokreće psihosomatski proces. Nesposobnost za rad zbog zdravstvenog stanja, posebno mišićno-koštanog poremećaja, postala je društveno prihvatljivija u posljednjih nekoliko decenija. Paralelno s tim, učestalost poremećaja povezanih s radom, kao što su bol u donjem dijelu leđa i sindrom karpalnog tunela, porasla je u razmjerima epidemije, uprkos činjenici da se radnici manje ponavljaju i

naprezanje na radnom mestu. Ovaj paradoks se delimično objašnjava shvatanjem da je sam sistem nadoknade radnika psihogeni okidač za razvoj poremećaja boli.

Konačno, industrija zdravstvene zaštite igra veliku ulogu u potvrđivanju i održavanju psihosomatskih poremećaja. Kao što sam ranije spomenuo, školovanje na medicinskom fakultetu, a samim tim i medicinska praksa ne razumije ili ne priznaje psihosomatske poremećaje. Dakle, liječnici mogu objasniti bol samo na osnovu strukturalnog modela. Ovo ima nekoliko važnih implikacija. Prvo, strategije liječenja mogu se izvesti samo iz ovog modela. Drugo, potvrđivanje nečijeg psihosomatskog poremećaja bola kao strukturalnog problema pojačava razlog zašto je bol tu na prvom mjestu, da bi odvratio nesusvesne emocije. Stoga, trenutni medicinski tretmani često pojačavaju psihosomatski proces jer legitimiziraju i potvrđuju bol kao strukturalni. Ako liječnici nisu potvrdili psihosomatske probleme kao strukturalne (npr. fibromijalgija), onda bi se

Zašto ljekari toliko oklijevaju da prihvate takav koncept? Odgovor je složen i uključuje naše predrasude za medicinsko obrazovanje, kao i naše vlastite nesusvesne emocije. Da bismo mogli da razumemo i efikasno primenimo principe dr. Sarno, moramo priznati sopstvene senke i bolne emocije. Uz to, pozicija autoriteta liječnika je ugrožena ovom perspektivom budući da pacijenti postaju osnaženi otkrivanjem da imaju sposobnost da sami sebe izliječe.

Emocionalni okidači se javljaju kada okolnosti, bilo dramatične ili suptilnije, izazivaju nesusvesne bolne emocije i podstiču potrebu da se one brane smetnjom kao što je fizički bol. Drugim riječima, pravi stres je onaj koji izaziva nesusvesne emocije.

Događaji životnog ciklusa poput braka, rađanja djece, selidbe, starenja i starenja često su jaki emocionalni okidači. Nije neuobičajeno da žena dobije bol u vratu ili ramenu zbog držanja



odočeta ili malog deteta. Ovo je primjer i fizičkog okidača (držanje novorođenčeta) i emocionalnog (stres od majke, eventualno evociranje vlastitih uspomena iz djetinjstva).

Četrdesetčetvorogodišnji muški ljekar se oblačio za svoje svakodnevno jutarnje trčanje. Očekivao je kraće trčanje tog jutra jer mu je ovo bio prvi dan na novoj fakultetskoj poziciji i želio je da stigne ranije. Nakon što se sagnuo da zaveže cipelu, pojavio se oštar, intenzivan bol u donjem dijelu leđa. Mogao je da ide na posao, ali mu bol nije jenjavao nekoliko dana. Šest mjeseci kasnije još uvijek je imao bolove u donjem dijelu leđa i nije se vratio trčanju iz straha da će se ponovo pogoršati.

Ovaj ljekar se hiljadu puta bez poteškoća sagnuo da zaveže svoju cipelu. Šta je ovog puta bilo drugačije? Doživio je emocionalni stres u iščekivanju svog prvog dana na novom poslu. Ne samo svjesni stres pri započinjanju novog posla već i nesvjesne emocije koje su vjerovatno bile izazvane, kao što su osjećaj straha i sigurnosti.

Tridesetdvoogodišnja advokatica je prije nekoliko godina razvila bol u leđima povezan s vrtlarstvom. Procjena liječnika otkrila je blagu degenerativnu bolest diska lumbalnog dijela kičme. Nije bilo poboljšanja unatoč lijekovima, kiropraktičkim tretmanima i fizikalnoj terapiji. Također je istraživala komplementarne (alternativne) tretmane bez uspjeha.

Njena lična istorija bila je značajna. Imala je težak odnos sa svojom majkom, koju je opisala kao „kontrolišuću“. Kroz srednju školu i koledž bila je pravi student i diplomirala je kao najbolji u svojoj klasi na nacionalno prestižnom pravnom fakultetu. Takođe je bila podvrgnuta evaluaciji i liječenju zbog neplodnosti. Nekoliko godina ranije, napustila je uspješnu advokatsku praksu u privatnoj firmi i počela raditi na manje zahtjevnoj poziciji u neprofitnoj organizaciji. Zbog njenog i daljeg problema

U vezi sa majkom, u protekle tri godine nekoliko puta je inicirala psihoterapiju.

Ovaj slučaj ilustruje nekoliko tačaka. Prvo, roditelj koji kontroliše može biti bijesan za dijete, što je jedna od brojnih bolnih nesvjesnih emocija koje ovaj pacijent štiti. Nadalje, njena akademska postignuća i uspjeh kao advokata proizlaze iz dijelova njene ličnosti koji teže savršenstvu, emocionalnoj kontroli i nezavisnosti, koji su joj dobro služili i često su bili nagrađivani. Međutim, u nesvjesnom umu njen perfekcionizam također može biti bijesan. Njena prirodna sklonost izbjegavanju emocija može signalizirati nesvjestan strah da ako dopusti da potisnute emocije ostanu nezaštićene, one mogu nekontrolirano izliti van. Konačno, veći dio njenog mladog odraslog života njeno odvrćanje od ovih bolnih nesvjesnih emocija bilo je u obliku postignuća u školi a potom i zauzeta advokatska praksa. Nije bilo potrebe za fizičkim bolom jer je već imala dosta ometanja.

Međutim, kada je napustila užurbanu praksu, izgubila je važan odbrambeni mehanizam. Takođe je počela da doživljava više stresa u životnom ciklusu braka. Takođe bih pretpostavio da je suočavanje sa neplodnošću bilo prilično psihogeno iz nekoliko razloga. U njoj je prirodi da ne izražava tugu (zbog svoje nesposobnosti da zatrudni) već da je potiskuje, dodajući u skladište onih bolnih emocija koje leže u nesvesnom. Takođe, neplodnost je često van kontrole osobe koja je prolazi kroz nju. Ovo takođe može biti razbesnelo, posebno za osobu koja je naučila da će, ako dovoljno radite, doći do nagrade. Dakle, sa stvaranjem životnih stresova i gubitkom ometanja, bol u leđima je spasio dan i držao te emocije potisnutim.

Dr. Sarno je naglasio važnu ulogu koju bol igra u odvrćanju nečijeg uma od emocionalnog ka fizičkom. Smatram da postoje i drugi ekvivalenti boli koji služe kao ometanje,

jedna od najčešćih je radoholička etika. Sjećam se da mi je kolega s posla rekao: „Zašto bih uopće htio otići na odmor; Ne bih znao šta da radim sa sobom!” Drugim rečima, nesvesno on govori: „Zašto bih ikada želeo da sedim sa svojim emocijama?” Bilo bi to previše bolno za njega!

U mojoj praksi jedan od najčešćih životnih događaja koji mogu pokrenuti psihosomatski proces je proces starenja. Starenje od deset godina obuhvata pitanja kao što su narušeno zdravlje, gubitak nezavisnosti i realnost smrtnosti – i kod sebe i kod voljenih.

Evaluacija ovih pacijenata je izazovna jer je učestalost drugih strukturalnih dijagnoza kao što su rak, zatajenje organa, neurološki i reumatološki poremećaji veća u starijoj populaciji.

## BOLNE NESVESNE EMOCIJE POGONJUJU PSIHOSOMATIKA PROCES

Nema sumnje da su nesvesne emocije temelj psihosomatskog procesa. Moje iskustvo je da svaka bolna nesvesna emocija može biti psihogena jer može biti prijetnja za nas i stoga se prirodno želimo od nje braniti.

Ljutnja ili bijes su uobičajena emocija koja opravdava našu odbranu, ali obično je odgovor na potisnute emocije kao što su stid, krivica, osjećaj nepoželjnosti ili neadekvatnosti, tuga, strah i nesigurnost.

Tridesetšestogodišnja žena sa prethodnom medicinskom istorijom glavobolja mi grena i anksioznog poremećaja razvila je bol u vratu i obostranom ramenu četiri mjeseca nakon porođaja svog prvog djeteta. Bol je pripisala držanju sina. Popravilo se nakon kursa fizikalne terapije, što je bilo otprilike u isto vrijeme kada se vratila na posao kao računovođa. Osamnaest mjeseci kasnije rodila je drugog sina i odlučila da napusti posao i ostane kod kuće sa djecom. Ponovo je počela da doživljava povremene bolove u vratu, a takođe je imala i

značajno pogoršanje njenih migrenskih glavobolja. Šest mjeseci kasnije, njena majka, kojoj je dijagnosticiran rak pluća, umrla je neočekivano. Njena majka je također bila alkoholičarka, a pacijentkinja je u djetinjstvu doživljavala česte izlive besa od strane majke.

Također je postajala sve zabrinutija zbog toga što njen muž pije, iako o tome nije razgovarala s njim ili bilo kim drugim.

Tri sedmice nakon majčine sahrane razvila je sve jači bol u zglobovima, generalizirani bol i umor. Boli je svuda! Nakon nekoliko posjeta ljekaru, reumatolog joj je dijagnosticirao fibromijalgiju. Zbog onemogućavajuće prirode bola, bila joj je potrebna nega deteta tokom dana.

Ova pacijentica nosi mnoge teške emocije vezane za njeno djetinjstvo, uključujući emocionalno zlostavljanje od strane majke alkoholičarke. Ove potisnute emocije zajedno s pritiscima da postane nova majka izazvale su njen bol u vratu i ramenima koji se poboljšao s ometanjem povratka na posao. Dodatni pritisci drugog djeteta u kombinaciji s odlukom da ostane kod kuće s njima dodatno su uzburkali njene potisnute emocije, o čemu svjedoči povratak bolova u vratu i pogoršanje njenih migrena. Konačno, smrt njene majke postala je previše! Ne samo da je izgubila majku, već je njena smrt izazvala mnoge potisnute emocije koje su proizašle iz njenog emocionalnog zlostavljanja u djetinjstvu i alkoholizma njene majke. ic

na torti je bilo piće njenog muža. Nesvjesno, njezine izazvane emocije su se osjećale kao da bi bile previše za rukovanje (s pravom) i stoga su zahtijevale drastične simptome da bi se adekvatno odbranile od prijetnje izražavanja.

Pacijenti koji su bili fizički, emocionalno ili seksualno zlostavljani od desetero doživljavaju cijeli život fizički bol umjesto da moraju tugovati i iskusiti nepodnošljivu emocionalnu bol koja je postala potisnuta u djetinjstvu zbog njihovog groznog iskustva. Ovo je primjer imperativa simptoma: potreba za fizičkim simptomima, od-

deset i u toku, kako bi se emocije zadržale potisnute i dobro odbranjene. Da još jednom naglasim, otkrio sam da je ozbiljnost i kroničnost nećijih simptoma proporcionalna osnovnom bolu koji se krije u nesvjesnom i okidačima koji ih izazivaju.

Uobičajeno je da pacijenti ili liječnici koji razumiju pravi uzrok, a time i odgovarajući tretman psihosomatskih poremećaja, žele reći svojim prijateljima ili poznanicima o svom poremećaju i kako ga uspješno liječiti. Često nailaze na otpor. Sjećam se da sam održao govor o povezanosti fibromialgije u mentalnom tijelu grupi od 400 ljudi s fibromijalgijom, posebno teškom manifestacijom TMS-a. To su bili ljudi čiji su simptomi onesposobljavali i iscrpljivali, ali nijedna osoba nije bila voljna da svoj problem vidi kao psihosomatski! Ironično, ovo ima savršenog smisla. Ako neko prizna da je njegov poremećaj psihogeni, onda priznaje te bolne nesvjesne emocije. On odbacuje svoju odbranu, a time i svoje ometanja. Posljedično, on bi osjećao emocionalni bol! Za mnoge bi ovo bilo previše. Bilo bi lakše doživjeti njihov fizički bol nego početi osjećati te emocije koje su potisnute s dobrim razlogom. Naravno, ovaj misaoni proces nije svestan. Reći ću tim pacijentima koje liječim metodama dr. Sarno da to može biti emocionalno bolan proces. Nije lako priznati da ove snažne i bolne emocije borave u nama. Zato su i represivni. Živo se sjećam pacijenta kojeg sam liječio od kroničnog bola u leđima prije nekoliko godina. Imala je sjajan uvid u koncept da joj bol odvlači misli od tih bolnih nesvjesnih emocija. Međutim, kada su joj se bolovi u leđima povukli, bila je, kako je to opisala, emocionalna olupina. Uspjela je prebaciti prekidač između bolova u leđima ili borbe sa svojim emocijama. Na kraju je bilo lakše imati bolove u leđima!

Ne treba zaboraviti snagu ovih emocija. Za mnoge je lakše trpjeti fizički bol nego priznati emocionalni. Nadalje, naše društvo ne podržava iskazivanje tih bolnih emocija koje svi gajimo. Kao što sam ranije napomenuo, mi smo društvo kojem je neugodno plakati ili tugovati, a na one koje preplave emocije gledamo kao na slabe. Nije ni čudo

često se osjećamo sami sa svojim emocijama i željom da ih držimo potisnutima. Često ne postoji podrška koja bi nam pomogla u tugovanju životnih razočaranja, izazova i gubitaka koje svi doživljavamo kao ljudska bića.

#### KAKO SE RAZLIKUJE STRUKTURALNI POREMEĆAJ I PSIHO-SOMATSKI POREMEĆAJ?

Ovo je vrlo važno pitanje koje pažljivo razmatram sa svakim pacijentom na kojeg naiđem jer, kao što sam ranije naveo, u razumijevanju uzroka simptoma kod pacijenta postoji mogućnost izlječenja. Ne postoji test krvi, rendgenski snimak, magnetna rezonanca ili drugi oblik medicinske tehnologije koji postavlja dijagnozu psihosomatskog poremećaja. Osim toga, psihosomatska dijagnoza nije dijagnoza koja se postavlja zato što ništa drugo ne odgovara; ima svoj skup znakova i simptoma, od kojih se neki preklapaju sa strukturnim poremećajima. Najbolji alat koji liječnik može koristiti je temeljna anamneza i fizički pregled. Kada se to postigne, postavlja se diferencijalna dijagnoza, koja predstavlja listu mogućih poremećaja koji se uklapaju s prisutnim znakovima i simptomima. Tehnologija, kao što su laboratorijske ili slikovne studije, može postati neophodna za sužavanje diferencijalne dijagnoze.

Na primjer, četrdesetpetogodišnji muškarac s prethodnom medicinskom istorijom depresije, gastroezofagealne refluksne bolesti i alkoholizma došao je u moju ordinaciju s bolom u desnom kuku koji je bio lociran preko bočne strane kuka i bolio je sve vrijeme. Razvio je svoje

bol tokom bolničke detoksikacije i liječenja od alkoholizma. Njegov fizički pregled otkrio je ekstremnu osjetljivost glutealnih mišića i većeg trohantera; bol se javljao pri kretanju kuka. Pregled lumbalnog dela kičme bio je normalan. Rendgen i magnetna rezonanca kuka bili su normalni.

U ovom slučaju anamneza i fizički pregled ukazuju na moguću bolest zgloba kuka u odnosu na regionalni sindrom boli mekih tkiva, pretežno psihosomatski poremećaj. Slikovne studije su korištene da bi se isključila bolest zglobova kuka. Ovo je bio važan korak jer je učestalost bolesti zglobova kuka, kao što je avaskularna nekroza glave femura, veća kod alkoholičara. Pregled njegove medicinske povijesti sugerirao je moguće prethodne psihosomatske ekvivalente, uključujući ovisnost, depresiju i refluks. Konačno, vrijeme njegovog bola (tj. tokom detoksikacije) dalo je dodatnu podršku mogućnosti da je njegov bol bio psihosomatskog porijekla. Kada je ovaj pacijent izgubio "smetanje" upotrebe alkohola i doživljavao stres detoksikacije, razvio je sindrom boli.

Postoji niz znakova i simptoma koji su od pomoći utvrđivanje prisustva psihosomatskog poremećaja:

#### Istorija pacijenta

- Prethodna istorija drugih psihosomatskih poremećaja
- Prisustvo trenutnog psihosomatskog poremećaja
- Okolnosti koje okružuju pojavu simptoma
- Istorija depresije i anksioznosti
- Vreme simptoma koji sugeriše ekvivalentan odgovor
- Simptomi koji nisu dobro objašnjeni anatomski
- Migracija simptoma
- Intermitentni simptomi
- Lokacija simptoma

## Pregled

- Prisustvo mišićnih triger tačaka •
- Preosjetljivost na palpaciju mekog tkiva •
- Neurološka disfunkcija (parestezije, slabost) u neanatomskoj distribuciji
- Preuveličan odgovor na bol

Nijedan od gore navedenih znakova ili simptoma nije individualno specifičan za psihosomatski poremećaj. Umjesto toga, potrebno ih je staviti u kontekst sa predstavjenim problemom, kao i sa razmatranjem drugih strukturalnih poremećaja koji također mogu objasniti iznesene pritužbe. Dva primjera pomažu da se ilustrira kako doktor može shvatiti pacijentov poremećaj.

Prvi slučaj je slučaj šesnaestogodišnje djevojčice koja je godinu dana ranije dobila podmukli bol u vratu dok je igrala hokej. Udarena je otpozadi, uzrokujući povredu tipa ekstenzije sa trenutnim bolom u vratu. Nakon nekoliko sedmica, bol se popravio, ali nikada nije prestao. Njen bol se pogoršao sljedećeg ljeta dok je igrala košarku. Nije bilo povezanih neuroloških simptoma. Rendgenske snimke i magnetnu rezonancu uradio je njen redovni ljekar i bili su normalni. Nije imala poboljšanja od fizikalne terapije. Često se budila noću od bola. Njena prošla medicinska istorija nije bila značajna. Prilikom pregleda imala je bolove nad spinoznim nastavcima koji se protežu od trećeg do šestog nivoa grlića materice i bolove duž desne vratne muskulature. Njen opseg pokreta bio je ograničen i bolan. Skeniranje kostiju otkrilo je snimak na četvrtom nivou grlića materice, a naknadna kompjuterizovana tomografija (CT) pokazala je osteoidni osteom, benigni, ali bolan tumor kosti. Njeni simptomi su se potpuno povukli nakon hirurškog uklanjanja.



Ovaj slučaj ilustruje važnost razmatranja diferencijalne dijagnoze sa njenim pritužbama. Dok su se njeni simptomi mogli objasniti psihosomatskim poremećajem, starost pacijenta, odsustvo drugih medicinskih problema, naizgled običan život bez očigledne porodične disfunkcije i konzistentni simptomi zahtijevali su daljnje istraživanje strukturalnog poremećaja. Osteoidni osteomi često postaju simptomatski tokom tinejdžerskih godina, a kičma je uobičajena lokacija.

Drugi slučaj se odnosio na sedamnaestogodišnju mladu ženu koja je bila vozač bez pojasa udaren s leđa dok je zaustavljen na znak stop. U početku se osjećala dobro, ali dva dana kasnije probudila se sa jakim bolom u vratu i glavoboljom. Evaluacija u hitnoj pomoći uključivala je rendgenske snimke vrata i magnetnu rezonancu glave i vrata, koji su bili negativni. Žalila se na bol i utrnulost u obje ruke i šake i imala je česte glavobolje. Pregledom u ficeu utvrđena je izražena bol uz laganu palpaciju difuzno vratne i ramene muskulature i normalan neurološki pregled gornjih ekstremiteta. Njena prošla medicinska istorija uključivala je poremećaj pažnje, depresiju, migrenske glavobolje i hronične bilateralne bolove u koljenima, isključujući časove fizičkog u školi. Dalja historija je otkrila loš uspjeh u školi i korištenje droga i alkohola. Njen otac je otišao od kuće kada je bila beba i pacijent ga nikada nije sreo. Živi sa majkom, koja je imala brojne muške veze.

Za razliku od prve pacijentice s bolom u vratu, ova pacijentica ima niz faktora koji upućuju na psihosomatsku etiologiju njenog bola u vratu. Prvo, njen bol se pojavio dva dana nakon nesreće. Ako je tkivo akutno povrijeđeno, obično je odmah bolno. Njena anamneza i pregled su pokazali rašireni bol u mišićima i subjektivne neurološke simptome koji nisu bili u skladu s anatomskom distribucijom.

cija. Njena istorija je otkrila prethodne psihosomatske poremećaje, a njen loš školski uspeh, kao i upotreba droga i alkohola, verovatno su izraz njenih bolnih nesvesnih emocija kao što su bijes, osjećaj nevoljenosti, nedostatak njege i tuga. Njena disfunkcionalna socijalna situacija dodatno potkrepljuje vjerovatnoću da je njen bol psihosomatski.

Ranije sam raspravljao o tome da je strukturna abnormalnost uobičajeni pokretač psihosomatskog procesa. Postoji mnogo slučajeva u kojima vjerujem da postoji spektar između psihosomatskog i strukturalnog kao izvora bola. Na primjer, poremećaj kao što je fibromijalgija jasno je psihosomatskog porijekla. Nasuprot tome, bol od prijeloma ručnog zgloba nastaje zbog strukturne abnormalnosti. Uzmimo na primjer uobičajeni poremećaj kao što je osteoartritis koljena. Degenerativne promjene otkrivene rendgenskim snimcima koljena mogu svakako biti razlog za bol. Međutim, uobičajeno je da na rendgenskim snimcima vidim teške degenerativne promjene u zglobovima koji su potpuno bezbolni! Stoga bol razumijem kao interakciju negdje duž spektra između fizičkog i psihosomatskog. Drugim riječima, osteoartritis koji se vidi na rendgenskom snimku može pokrenuti psihosomatski proces, koji bi inače asimptomatski ili minimalno bolan zglob mogao transformirati u bolni ili pojačati bol iznad onoga što bi se očekivalo za to stanje.

Daljnji dokaz koji ukazuje na psihosomatsku komponentu osteoartritisa koljena je vrijeme u kojem ljudi često razvijaju bol.

Pedesetpetogodišnja žena došla je u moju ordinaciju žaleći se na bol u desnom koljenu s kojim se probudila otprilike mjesec dana ranije. Nedavno se oporavila od operacije donjeg dijela leđa zbog išijasa, a nakon što je postala aktivnija, koleno joj je postalo izuzetno bolno. Prije operacije leđa, podvrgnuta je totalnoj zamjeni lijevog koljena-

menta zbog osteoartritisa. Njena prošlost je također uključivala bilateralnu operaciju karpalnog tunela, potpunu zamjenu kuka zbog osteoartritisa, plantarnog fasciitisa, gojaznosti, kronične opstruktivne bolesti pluća zbog pušenja i depresije. Rendgenski snimci u ordinaciji otkrili su umjerene degenerativne promjene u skladu s osteoartritisom.

Ovaj pacijent je imao više operacija za "ispravljanje" ortopedskih problema. Kada se jedan problem riješi, razvija se drugi — primjer imperativa simptoma ili tekućeg odgovora na ekvivalentnost. Njene rendgenske promjene bile su prisutne već neko vrijeme, ali koleno je bilo bez bolova dok se nije oporavila od operacije leđa.

Ovo je vrlo čest obrazac koji svakodnevno viđam u svojoj praksi, što sugerira da mnogi uobičajeni poremećaji za koje se smatra da su strukturalnog porijekla imaju značajnu psihosomatsku komponentu. Opet, ja o ovim poremećajima razmišljam kao o spektru. Kod nekih pacijenata bol je uglavnom psihosomatski; za druge, postoji manje psihogene komponente.

U drugom slučaju, sedamdesetšestogodišnji muškarac došao mi je sa umjerenim bolom u desnom koljenu i otokom nakon što se penjao i spuštao ljestvama postavljajući božićne lampice. U prošlosti je povremeno imao bolove u kolenu ako je „preterao“. Fizikalnim pregledom utvrđen je mali izliv koljena, smanjen opseg pokreta i bol pri savijanju. Rendgenski snimci su otkrili teški osteoartritis oba koljena. Pacijent je primio injekciju kortizona u koleno i bol je nestao, osim povremenih povremenih bolova koje je ranije opisao.

Za razliku od prethodnog pacijenta sa bolnim kolenom, ovaj pacijent osjeća samo povremene bolove zbog teških degenerativnih promjena u zavisnosti od nivoa njegove aktivnosti. Odmah je reagovao na mjere liječenja kada je imao upalu izazvanu izraženim povećanjem opterećenja koljena. Vjerujem da je bol u koljenu ovog pacijenta bio bliži strukturalnom kraju spektra.

## MISLI O LEČENJU PSIHO-SOMATSKIH POREMEĆAJA

Prihvatanje i razumijevanje su temelj uspješnog liječenja psihosomatskog poremećaja. Kada pacijenti zatraže termin kod mene za liječenje njihovog mišićno-koštanog poremećaja metodama koje je iznio dr. Sarno, prvo se pregledaju telefonskim razgovorom kako bi se utvrdio njihov nivo prihvatanja i sposobnost da shvate osnovne principe psihosomatskog poremećaja. Njihova jednosatna posjeta sa mnom sastoji se od sljedećeg:

1. Potvrđivanje da je poremećaj zapravo psihosomatski uzimanjem anamneze i fizičkim pregledom i pregledom relevantnih slikovnih studija
2. Pažljivo procijeniti njihovo prihvaćanje i razumijevanje svog poremećaja
3. Pregled principa tretmana

U ranije citiranom slučaju četrdesetdvo-godišnje žene sa kroničnim bolom u vratu, njenom uspjehu liječenja doprinijelo je nekoliko važnih tačaka naglašenih tokom naše posjete. Prvo, potvrda da je njen bol u vratu zaista psihosomatski eliminisala je njen strah od bola i dala joj samopouzdanje da nastavi sa aktivnostima koje je izbegavala. Drugim riječima, mogla bi sama početi da se deprogramira. Drugo, trebalo joj je uvjeravanje da je bolne nespjesne emocije normalno, da ih svi imamo i da joj nije nužno potrebna psihoterapija kako bi eliminirala svoj bol. Konačno, s njom sam razmotrio važan koncept da bol služi da skrene pažnju uma s emocionalnog na fizičko. Osmislili smo metode koje su pojačale potrebu da se vrati bol

psihološkom, što će na kraju eliminirati ometanje fizičkog bola.

Primetio sam da postoji nekoliko uobičajenih pitanja koja pacijenti postavljaju u vezi sa lečenjem psihosomatskih poremećaja. Prije svega je pitanje kako „shvatiti“ njihov stres i napraviti potrebne promjene. Ovo pitanje odražava njihovo shvaćanje da je život previše stresan i stoga moraju eliminirati stres kako bi bol nestao. Naravno, ovaj misaoni proces nije tačan. Prvo, psihosomatski poremećaji nastaju iz nesvesnog uma, gdje se nalaze emocije kojih, uglavnom, nismo svjesni. Ne samo da nije moguće direktno pristupiti ovim emocijama, već to nije neophodno za uspješno liječenje većine pojedinaca. Uspješno liječenje zahtijeva da osoba jednostavno potvrdi da te bolne, neugodne, često prijeteeće emocije postoje. Nije potrebno da ih "odgonetnemo". Liječenje je u tome da se prizna njihovo postojanje, a ne da se mijenjaju. Stres je neizbježan i dio je života. Prihvatanje, dakle, ne samo da znači prihvatanje nečijeg bola kao psihosomatskog, već i pomirivanje sa svojim pravim ja, kako sa delovima koji nam se sviđaju kod sebe, tako i sa delovima koji nam se ne sviđaju. Prihvatanje naših bolnih nesvesnih emocija kao dijela onoga što jesmo nije samo korak ka uspješnom liječenju, već korak ka tome da budemo cjelovitije ljudsko biće.

Još jedno uobičajeno pitanje koje mi pacijenti postavljaju je da li treba da prestanu sa rehabilitacionim vježbama, ili da odu kod kiropraktičara, ili sa lumbalnom podrškom i tako dalje. Odgovor je da! Uzrok psihosomatskog poremećaja, a samim tim i lijek, nalazi se u umu. Pacijenti se vrlo brzo programiraju dobronamjernim savjetima raznih pružalaca zdravstvenih usluga. Na primjer, kada pacijent s bolovima u donjem dijelu leđa prolazi kroz fizikalnu terapiju i terapeut savjetuje dobro držanje, pravilne tehnike dizanja i izbjegavanje potencijalnih otežavajućih aktivnosti, pacijent postaje pro-

gram da potencijalno ima bol ako se savjet ne ispuni. Ko ima dobro držanje sve vrijeme? Uspješno liječenje, stoga, uključuje utvrđivanje načina na koje je pacijent programiran i suočavanje s njima i njihovo prevazilaženje. Otkrio sam da neuspjesi liječenja često proizlaze iz nastavka intenzivnog liječenja

programiranje koje se javlja kao neizbježan dio njihovih prethodnih tretmana. Vežano za ovo programiranje je ono što ja zovem faktor straha. Pacijenti postaju prilično uplašeni da će, ako učine nešto pogrešno, kao što je saginjanje bez ispravnih leđa, imati bolove ili napraviti veću štetu. Naravno, bol od psihosomatskog poremećaja je bezopasan (da se ne umanjuje intenzitet bola). Kada pacijenti to prihvate, mogu se suočiti s načinima na koje su programirani i prevladati ih.

#### ZAVRŠNE MISLI

Moje razumijevanje psihosomatskih poremećaja i moja sposobnost da ih dijagnostikujem je proces u evoluciji. Da li je bilo koji medicinski poremećaj ikada potpuno odvojen od uma? Koju ulogu imaju emocije u autoimunim poremećajima kao što su reumatoidni artritis ili multipla skleroza? U raku? Sva ljudska tijela u nekom trenutku zataje, bez obzira na njihovo emocionalno zdravlje. Kakvu ulogu igraju emocije kod nekoga čije se tijelo iscrpljuje ili je u procesu umiranja?

Da se vratim na slučajeve opisane na početku poglavlja, svi osim posljednjeg slučaja su svakodnevne pojave u mojoj neoperativnoj ili topedskoj praksi. Oni tipiziraju univerzalnu prirodu psihosomatskih poremećaja i uobičajenu pojavu simptoma imperativa, ili potrebu da se te bolne nesvjesne emocije drže potisnute.

Edward Shorter je svoju knjigu, koja opisuje istoriju psihosomatskih poremećaja, nazvao *Od paralize do umora*. Preimenovao bih knjigu *Od paralize do umora ili hroničnog bola*. Hronični bol

narudžbe su trenutno epidemijske. Međutim, rijetko se događa da pacijentu spomenem moguće psihosomatske uzroke njihove boli. Većina pacijenata koji mi se obraćaju da svoj bol tretiraju kao psihosomatski poremećaj, kao što je primjer posljednjeg slučaja na početku poglavlja, gotovo uvijek su doživjeli neuspjeh s konvencionalnim medicinskim tretmanima, očajni su, a prijatelj im je rekao za dr. Sarnoove knjige. Nadalje, ovi pacijenti moraju imati motivaciju i kapacitet za uvid u svoj emocionalni svijet.

Kako da pomirim svoje dvostruko postojanje u liječenju pacijenata sa standardnim medicinskim pristupima dok mnoge od njihovih poremećaja razumijem kao psihogenog porijekla? Prije svega, ako odlučim prakticirati u našem društvu, moram prihvatiti realnost medicine kakva danas postoji. I nije svaki bol psihosomatski. Za bol koji je pretežno psihogenog porijekla, barem znam pravu etiologiju bola, tako da se ne frustriram kada se ne poboljša ili se pojavi ekvivalentni odgovor. Očekujem! Način na koji razgovaram i komuniciram s pacijentima također se promijenio s ovim saznanjem. Pacijentima dajem dozvolu da ozdrave i ne govorim stvari koje ih programiraju da imaju bol.

Došla mi je pedesetdvostrana žena žaleći se na bolove u zglobovima koje ima dvije godine. Kada je imala devetnaest godina, slomila je skočni zglob i bila joj je potrebna otvorena redukcija i unutrašnja fiksacija. Ortoped joj je rekao da ćeš "vjerovatno imati artritis kad budeš imala pedeset". Provela je čitave srednje godine života očekujući da će dobiti bolove u skočnom zglobovima kada joj je bilo pedeset, a sasvim sigurno, čim je dostigla te godine, dobila ga je!

Mnogi pacijenti sa psihosomatskim poremećajima vole kada im doktori kažu da su oštećena roba. To potvrđuje njihov imperativ simptoma. Međutim, kada mi doktori to radimo, postajemo dio problema i pojačavamo psihosomatski proces. Pokušavam iznijeti tačan, ali pun nade pogled na njihov bol. Poznavanje psiho-

Matični proces mi je također dao sposobnost da liječim stanja koja se smatraju neizlječivim, kao što je fibromijalgija. Udžbenici navode da je fibromijalgija nepoznatog uzroka i da nije izlječiva. Izliječio sam pacijente sa fibromijalgijom. Oni su pacijenti koji su voljni da svoj problem posmatraju kao psihosomatski poremećaj, poput onog koji sam opisao na početku poglavlja. Konačno, nadam se da ću svojim uspjesima i spremnošću da podijelim svoja vlastita iskustva i iskustva i mudrost dr. Sarna moći otvoriti umove svojih kolega i polako promijeniti način na koji medicina i društvo gledaju i liječe bol i bolest.





DESET

# PORODIČNI LIJEČNIK ISKUSTVO SA MEDICINA UMJELA

Marc Sopher, MD

Dr. Marc Sopher je porodični ljekar koji je prakticao u Exeteru, New Hampshire, od 1990. godine, sa izuzetkom godine na Univerzitetu u Vermont, gdje je radio kao timski i stožerni ljekar. Pored toga prakse i rada sa TMS-om, bio je i medicinski direktor Synergy Health and Fitness Center i pružio je medicinsku negu stu udubljenja Phillips Exeter akademije.

Strastveni sportista, dr. Sopher je trčao trinaest maratona i Mt. Washington Road Race tri puta. Kao kapetan Williams Collegea teniski tim, doveo je svoj tim do inauguralnog NESCAC timskog šampiona na brodu i nastavlja da igra takmičarski tenis. Uživa u vožnji bicikla i pješaci sa svojom porodicom i jednom je uočen kako nosi povrijeđenih devedeset

pas na leđima niz Tuckerman's Raving stazu planine Washington, uživajući u dodatnom treningu.

Doprinos dr. Sophera ovom izdanju je veoma važan jer je primenio principe medicine mentalnog tela u porodičnoj praksi. On ima vidio ulogu nesvesnih pojava na djelu u širokom spektru kliničkih stanja i, poput dr. Hoffman i Rochelle, iskusili su frustracija zbog toga što većina pacijenata odbija dijagnozu mentalnog tijela.

## PORODIČNA PRAKSA

Dok se praksa dr. Sarno više fokusirala na bolove u vratu, leđima i udovima, ja sam imao priliku kao porodični ljekar pomoći mnogima sa simptomima koji obuhvataju širok spektar psihosomatskih poremećaja. Tradicionalno školovan ljekar, koristio sam Dr. Sarnov pristup s velikim uspjehom od čitanja njegove druge knjige Iscjeljivanje bolova u leđima i eliminacije vlastitog bola u donjem dijelu leđa koji me je mučio skoro dvije godine, zajedno sa povremenim išijasom koji je trajao više od petnaest godina. Zaintrigiran da bi čitanje knjige moglo uzrokovati da nestanu godine nelagode, kontaktirao sam dr. Sarna, koji me je pozvao u New York da treniram s njim.

Nakon druženja sa dr. Sarno, odjednom mi je postalo jasno da psihosomatska medicina treba da postane sastavniji dio moje prakse. Pomoglo je da se objasni zašto je toliko mojih pacijenata imalo kronične i ponavljajuće simptome, unatoč korištenju modaliteta liječenja koje podržavaju i ohrabruju i tradicionalna glavna medicina i alternativne terapije. Vjerovao sam da je moje medicinsko obrazovanje bilo odlično, naučilo me kada da prepisem lijekove.

tion; kada preporučiti odmor, led, toplinu, fizikalnu terapiju ili posebne vježbe; kada se obratiti drugom lekaru ili praktičaru radi dalje evaluacije; i kada savjetovati injekcije, operaciju, akupunkturu ili druge modalitete liječenja. Ono što sam shvatio je da postoji al uglavnom se ne spominje uloga uma kao uzroka simptoma. Stres se uvijek spominjao kao faktor za određene poremećaje poput glavobolje, čireva i sindroma iritabilnog crijeva, ali ništa više. Sada mi je postalo jasno da su gotovo svi moji pacijenti iskusili psihološki izazvane simptome negdje u životu.

U toku ovog poglavlja korišću termine psihosomatskih i psihogeno izazvanih simptoma naizmjenično, priznajući, kako dr Sarno ističe u poglavlju 1, da je psihosomatski jedna klasa psihogenih poremećaja. Gotovo svi psihogeni poremećaji koje sam liječio su psihosomatski.

Podstaknut zahtjevima pacijenata sa psihosomatskim simptomima koji se spominju, ali nisu široko obuhvaćeni u knjigama dr. Sarna, napisao sam knjigu *Biti ili ne biti*. . . . Bez bola: Sindrom Mindbody Syndrome, zasnovan na mom radu sa širokim spektrom ovih mentalnih poremećaja. Kao porodični lekar brinem o pacijentima svih uzrasta, od ranog do starijeg uzrasta. Porodični ljekari pružaju sveobuhvatnu njegu svojim pacijentima – liječe cijelu osobu. Odgovoran sam ne samo za procjenu i liječenje znakova i simptoma bolesti i bolesti, već i za pomaganje da moji pacijenti budu zdravi. Pomažem svojim pacijentima svih uzrasta da ozdrave kada su bolesni i da ostanu zdravi. Kao i većina porodičnih doktora, ja sam obično prva osoba koju moji pacijenti traže da procijeni svoje simptome i pregleda ih. Sposobnost prepoznavanja psihosomatskog procesa kada on započne je od velike praktične vrijednosti jer poštedi pacijente nepotrebnog i neodgovarajućeg tretmana, koji je najčešće neuspješan, a samo produžava njihovu nelagodu i invaliditet. Pravovremena, tačna dijagnoza i liječenje ubrzavaju rješavanje simptoma i vraćaju kvalitetu života, što je n

Odgovornost za cijelu osobu dovodi do susreta sa širokim spektrom mentalnih poremećaja. Ova perspektiva primarne zdravstvene zaštite može biti prilično izazovna, pa čak i zastrašujuća s vremena na vrijeme. Dok mi mnogi ljudi dolaze zbog moje reputacije za liječenje TMS-om, većina mojih pacijenata nije svjesna tog dijela moje prakse. Moram ih upoznati sa ovim novim, netradicionalnim konceptima i, na osnovu niza faktora, oni će ih ili prihvatiti ili odbaciti. To je u suprotnosti sa pacijentima dr. Sarna, od kojih je većina upoznata s njegovim idejama i zbog njih ga traže. Zbog prirode primarne njege u mojoj praksi, vidim širok spektar psihosomatskih poremećaja koji su u suštini ekvivalenti TMS-u, jer potiču iz iste psihologije kao i TMS. Nadam se da će moje iskustvo zainteresovati praktičare, posebno porodične lekare, interniste i pedijatre koji pružaju primarnu zdravstvenu zaštitu.

Nije svaki bol uzrokovan TMS-om. Međutim, vjerujem da većina kroničnih i ponavljajućih bolova nema strukturnu fizičku osnovu, već psihičko-fizičku. U prosjeku dnevno vidim između dvadeset i dvadeset pet pacijenata. Neke posjete su dobre posjete djece radi ažuriranja imunizacije i pregleda rasta i razvoja. Slično tome, neke posjete su radi godišnjih pregleda odraslih i nadzora za rak, hipertenziju, abnormalnosti lipida, dijabetes, zloupotrebu duhana i tako dalje. Otprilike polovina posjeta pacijenata je zbog akutnih bolesti, kao što su respiratorne, gastrointestinalne i kožne infekcije. Ali svakog dana ću vidjeti najmanje tri ili četiri osobe koje žele procjenu kroničnih ili povremenih simptoma široke prirode. Mogu se žaliti na bolove u leđima, vratu, ramenima, rukama, zglobovima, šakama, kukovima, kolenima, stopalima, abdomenu, genitalijama – bilo gdje. Često vjeruju da imaju i da im treba dijagnosticirati artritis, bolest diska, tendinitis, burzitis, išijas, puknuće rotatorne manžete, ili sindrom otibijalne trake, migrenske glavobolje, sindrom iritabilnog crijeva, dispepsiju, gastroezofagealni refluksni poremećaj (GERB), karpalni

tunelski sindrom (CTS), plantarni fasciitis, sindrom temporomandibularnog zgloba (TMJ) ili fibromijalgija, da spomenemo samo neke. Često vjeruju da je kriv njihov rad. Drugi put vjeruju da imaju "staru povredu" koja nikada nije zacijelila ili koju su jednostavno "istrošile".

Mnogi su već imali mnogo vrsta liječenja, bez odgovora na neke, a samo privremeni odgovor na druge (placebo).

Ovi tretmani su uključivali oralne lijekove, injekcije, masažu, operacije, ortoze itd. Oni nemaju dugoročan uspjeh jer su tretmani zasnovani na pogrešnim

dijagnoza. Liječenje psihološki uzrokovanog simptoma fizičkim modalitetima poput onih gore navedenih sigurno neće uspjeti.

Sve ovo seže do koncepta diferencijalne dijagnoze – procesa kojim lekar dobija informacije od pacijenta (anamneza), radi odgovarajući fizički pregled (fizikalni), naručuje dijagnostičke studije (testovi krvi, rendgenske snimke, MRI, itd.), a zatim interpretira ove prikupljene podatke kako bi proizveo listu dijagnoza koje su manje-više u korelaciji sa akumuliranim podacima. Ova lista je

poznata kao diferencijalna dijagnoza. Jedna od njih se bira kao najvjerojatnija dijagnoza i uvodi se odgovarajući tretman. Ovo je umjetnost i znanost kliničke medicine – odabir prave dijagnoze i liječenja.

Jedan od najvećih problema u savremenoj dijagnostičkoj praksi poremećaja boli je taj što liječnici često nemaju diferencijalnu dijagnozu. Kod bolova u donjem dijelu leđa i nogu, na primjer, ako MR kralježnice pokaže herniju diska, pretpostavlja se, a priori, da je to uzrok boli, čak i kada postoji nedostatak korelacije između lokacije hernija diska i lokacija

bol i/ili nalazi pregleda. Oni od nas koji praktikuju psihosomatsku medicinu su ukoreni zbog nedostatka „naučnih dokaza“ za postojanje entiteta kao što je TMS, ali ni kritičari nemaju dokaza za svoje dijagnostičke zaključke. Oni govore o kom-

depresije i upale, ali u medicinskoj literaturi nema ni trunke dokaza koji bi potkrepio njihove dijagnostičke ideje, unatoč tome oni bezbrižno nastavljaju s kirurškim i drugim tretmanima. Ignoriraju nedostatak korelacije između nalaza slikovnih studija i simptoma pacijenata jer nemaju (niti žele imati) diferencijalnu dijagnozu. Posvećeni su unaprijed jednoj dijagnozi.

Moja diferencijalna dijagnoza u ovoj situaciji bi bila:

1. Simptomi i nalazi su posljedica diskus hernije.
2. Simptomi i nalazi su posljedica TMS-a.

Neodgovarajući tretman zasnovan na pogrešnim dijagnozama gotovo je pravilo kada su u pitanju mišićno-koštani poremećaji. Rezultat je da pacijenti i dalje imaju simptome, mogu imati privremeno olakšanje zbog placebo fenomena, ponekad razviti simptome na drugoj lokaciji, ili čak u drugom sistemu (gastrointestinalnom, dermatološkom, itd.). Ovo je imperativ simptoma koji je ranije spomenut u knjizi.

Naš izbor dijagnoze je podržan našim terapijskim uspjehom. U starim danima u medicini, uspješno liječenje se smatralo dokazom tačnosti dijagnoze.

Da budem jasan. Zaista vjerujem da su ljekari koje pacijenti gledaju u medicini kako bi pomogli drugima. Oni zaista žele da izleče, da ozdrave ljude – to je vredno truda i truda. Dakle, na osnovu svog znanja i iskustva, oni iskreno i griješno nude tretman za koji vjeruju da će pomoći. Ali njihova baza znanja nije potpuna. Ova zadnja rečenica mi nije stekla prijatelje u medicinskoj zajednici, ali ne sumnjam u njenu istinitost. Sve dok liječnici nisu svjesni kritične uloge psiholoških faktora

u uzroku fizičkih simptoma, oni će biti sputani u njihovim naporima da izliječe.

Zašto se ljekari toliko oklevaju da prihvate TMS teoriju? Kao prvo, teško ga je izmjeriti. Naučni pristup nalaže da se svaki tretman evaluiira formalnim testiranjem, uključujući kontrolne grupe, "slijepu" procjenu, "duplo slijepu" protokole i slično. Prečesto, TMS ljekare otpuštaju kolege koji navode da su rezultati liječenja TMS-om "anegdotski". The im

Navodi se da su naši rezultati nevažeci jer ne koristimo naučni protokol. Nažalost, kontrolna studija bi bila nemoguća jer terapijski uspjeh u liječenju TMS-a zahtijeva da pacijenti prihvate činjenicu da njihovi simptomi imaju psihološku osnovu. Ako pacijenti ne mogu odbaciti strukturno objašnjenje za svoj bol (problem s diskom, petna izraslina, sindrom karpalnog tunela, itd.) i umjesto toga bol pripisuju TMS-u, ne može im biti bolje.

U kontrolnoj studiji, pacijenti su nasumično raspoređeni na dvije ili više metoda liječenja. Ako većina pacijenata kojima je dodijeljen TMS tretman ne može prihvatiti dijagnozu iz razloga o kojima će se raspravljati, studija je nevažeca. Priroda TMS-a stavlja nas u veliki nepovoljniji položaj u takvim studijama.

Osim što ga je teško izmjeriti tradicionalnim naučnim protokolima, liječenje TMS-a je izuzetno dugotrajno. Mnogo je jednostavnije prepisati tabletu ili preporučiti fizikalnu terapiju ili operaciju nego objasniti nekome kako njegovi vrlo stvarni fizički simptomi mogu imati psihološki uzrok. Ako je ovaj koncept potpuno nov za pacijente, oni će vjerovatno biti veoma razočarani. Češće nego ne, nadali su se „brzom rešenju“— nekom fizičkom tretmanu koji bi brzo ublažio njihov bol. Na osnovu njihove kondicije i iskustva, to je često očekivanje. Nakon što su čuli da je vjerovatno da njihovi simptomi imaju psihološki uzrok, mnogi vjeruju da im se govori da njihovi simptomi nisu stvarni, da su zamišljeni.



nary. Što je još gore, oni mogu vjerovati da im se govori da su hipohondri, da su "ludi" ili da je "sve u njihovoj glavi".

Ovo može da naruši čak i najbolji odnos doktora i pacijenta. Mnogo vremena se mora provesti pažljivo objašnjavajući kako psihologija može i utiče na fiziologiju. Mnogo je lakše napisati recept!

Nažalost, većina pacijenata koje upoznajem sa TMS konceptima nije prijemčiva. Procijenio bih da je samo 10 do 20 posto uzbuđeno i entuzijastično. Zainteresovanima često lakne kad čuju da ne vjerujem da imaju ozbiljan fizički problem ili bolest. Možda će čak biti presretni kada saznaju da ću preporučiti samo malo čitanja i korištenje njihovog mozga. Ova grupa je sretna što ne mora uzimati lijekove ili biti upućena na neki drugi tretman. Zašto više ne reaguju na ovaj način, budite mimo mene. Kao društvo, postajemo toliko pasivni da želimo biti samo primaoci liječenja, a ne aktivni sudionici našeg zdravlja i dobrobiti. Što se ostalih tiče, čim me čuju da kažem psihološki ili razgovaram o ulozi stresa, mogu me ugasiti ili se naljutiti. Oni mogu osjećati da postoji stigma povezana s bilo čim psihološkim i da ih ja stvarno ne razumijem. I čovjek se ne usuđuje koristiti termin psihosomatski!

Ponekad se pitam hoće li se javnost i mainstream medicina ikada probuditi. Ali i dalje vjerujem da ima nade, a kratka priča objašnjava moj optimizam.

Glen je nedavno došao radi procjene bolova u donjem dijelu leđa. Imao je prethodne epizode bolova u donjem dijelu leđa, ponekad sa zračenjem bola u jednu ili drugu nogu, ali ovaj napad je bio posebno jak. U ranim četrdesetim Glen je bio oženjen i imao je dvoje djece, jedno u tinejdžerskoj dobi, a drugo u tinejdžerskoj dobi. Iako je uživao u svom poslu kao komercijalni pilot, on je iz očiglednih razloga postao sve stresniji od 11. septembra 2001. Nakon što je pažljivo pregledao svoju istoriju i

radeći odgovarajući pregled, rekao sam mu da mislim da ima TMS i proveo dosta vremena objašnjavajući ovo. Nije dobro prihvatio moju dijagnozu. Užasnut, rekao mi je da ima "stvarnu bol" i izjurio iz kancelarije.

Dva dana kasnije, pojavio se u mojoj kancelariji bez zakazanog termina i tražio da razgovara sa mnom. Rekao mi je da se, nakon što je ljutito napustio moju kancelariju, smirio i podsjetio da sam vidio njega i njegovu porodicu kroz neke teške bolesti i teške trenutke. Rekao sam mu da čitanje nema nuspojava, pa je Glen pregledao materijal na mojoj web stranici [www.themindbodysyn.com](http://www.themindbodysyn.com) i pročitao Iscjeljivanje bola u leđima od dr. Sarno. Vidio je sebe na tim stranicama, a kada je to učinio, njegov bol je jednostavno nestao. Nepotrebno je reći da sam bila iznenađena i oduševljena što je došao da se izvini i kaže mi da sam u pravu!

#### UPOZNAVANJE PACIJENATA U TMS

U svojoj knjizi počinjem s ovim komentarima: „Vjerovatno vas trenutno boli. Zato ovu knjigu držite u rukama tražeći neko olakšanje. Možda ste ovo shvatili jer ste čuli za dr. Sarno i TMS. Možda vam je ovo preporučio prijatelj ili ste to jednostavno otkrili u procesu traženja odgovora. Vaš bol može biti u vratu, leđima, nogama, stopalima, glavi - može biti bilo gdje. Uz informacije u ovoj knjizi, optimista sam da ćete moći eliminirati svoj bol, bez obzira gdje se nalazio. To ćete učiniti sa znanjem. Jednostavno promjenom načina na koji razmišljate o vezi između vašeg mozga i tijela, počete ćete se osjećati bolje. Neću preporučiti oralne lijekove, specijalne vježbe, operacije, injekcije, fizikalnu terapiju, manipulaciju, akupunkturu, terapiju masažom, proloterapiju ili bilo šta drugo

druga od mnoštva alternativnih terapija koje su se pojavile u nastojanju da se bore protiv eksplozije kroničnog i ponavljajućeg bola u našem društvu. Samo znanje.

“Kroz proces edukacije, steći ćete bolje razumijevanje kako psihologija može utjecati na fiziologiju – kako vaš mozak može biti odgovoran za stvaranje vrlo stvarnog fizičkog bola. Naoružani tim znanjem, borit ćete se sa svojim mozgom i zaustaviti bol.”

Kada objašnjavam TMS pristup pacijentima, dajem sličan uvod. Apsolutno je bitno da oni shvate da vjerujete da je njihov bol stvaran, da ne umanjujete ili odbijate njihove pritužbe. Validacija njihove nelagode je kritična za uspjeh odnosa doktor-pacijent. Vjerujem da je to još važnije kod liječenja TMS-a. Samo sa potpunim povjerenjem možemo očekivati da će neko izvršiti promjenu paradigme u njihovom razmišljanju o povezanosti uma i tijela.

Zatim krećem u raspravu koju nazivam Psihologija 101.

Mi smo svjesna bića. Imamo kapacitet za razmišljanje i emocije. To je ono što nas čini sposobnim za najneobičnija dostignuća – umjetnička djela, naučna otkrića, književnost, tehnologiju itd. To je i naša propast. Razmišljanje i osjećaj nam omogućavaju da doživimo i pozitivne i negativne emocije. Svi tražimo radost i sreću, ali stvarnost se zalaže i svi doživljavamo tugu i razočaranje, ljutnju i frustraciju. Sposobnost razumijevanja koncepta budućnosti nosi sa sobom nešto manje šarmantan osjećaj brige o toj budućnosti.

Kao što sam ranije rekao, život je stresan. Čak i ako smo sretni i osjećamo se dobro u vezi sa svojim porodicama, poslovima i finansijama, svi doživljavamo stres. Stres, ljutnja i konflikt nastaju iz tri glavna izvora. Tu su, prije svega, svakodnevni problemi kao što su naše kućne i radne obaveze, briga za našu djecu, briga za naše roditelje, nesavjesni vozači, dugi red na pijaci i slično. Sekunda,

neki od nas su u djetinjstvu iskusili mnogo emocionalnog stresa. Čak i ako smo se pomirili s tim, ta nevolja je i dalje prisutna, potencijalni izvor neugodnih osjećaja. Treće, naše vlastite ličnosti nas također predisponiraju za ove zabrinjavajuće emocije. Ako imamo velika očekivanja od sebe, ako smo ambiciozni i postavljamo velike zahtjeve pred sebe, ako smo vrlo savjesni u pogledu svog učinka, onda su ove perfekcionistačke osobine uzroci stresa. Ako se potrudimo da pomognemo i brinemo o drugima, čak i do točke samopožrtvovanja, tada ove „dobre“ osobine također stvaraju stres jer svoje potrebe činimo podređenim onima oko nas.

Ove osobine ličnosti nisu nepoželjne – one nas čine uspješnim, ljubaznim i pažljivim. Ali bitno je razumjeti kako upravo ovi kvaliteti mogu doprinijeti nagomilavanju stresa, ljutnje i sukoba. Način na koji naš mozak radi, potiskujemo neugodne misli i emocije, koje onda nalaze dom u nesvjesnom.

Ovo je veoma dobar odbrambeni mehanizam – omogućava nam da nastavimo dalje i da se brinemo o svojim obavezama i da budemo fini ljudi koje drugi vole i poštuju. Nažalost, toliko ovih neprijatnih misli i emocija možemo zadržati samo u podsvijesti. Nagomilani bijes, stres i sukobi postaju bijes. Ovaj bijes želi da se osvijesti, ali mi to obično ne dopuštamo. Ako bi se to dogodilo, mogli bismo se latiti i buncati i raditi stvari koje ne bi bile prihvatljive, stvari zbog kojih drugi ne misle dobro o nama. Da bi nas odvratilo od ovih neugodnih misli i emocija, naš mozak stvara bol, pravi fizički bol. U našem društvu je prihvatljivo, čak i „u modi“, imati određene simptome, kao što su bol u leđima, glavobolja i refluks kiseline. Kada se fokusiramo na svoj bol, skrećemo pažnju sa ovih uzroka bijesa. Ovo je briljantna strategija mozga. Zašto se to dešava? Niko ne može sa sigurnošću znati, ali znamo da se ovo dešava jer saznanjem o tome možemo to zaustaviti. Možemo ga zaustaviti i time ukloniti bol.

Dakle, nesvjesni um je mjesto potisnutih i potisnutih emocija. To je mjesto gdje vreba rezervoar bijesa. Rezervoar besa je termin dr. Sarno, i mislim da pruža ubedljivu sliku porekla bola.

Da rezimiramo: dr Sarno je identifikovao tri potencijalna izvora ovog besa u nesvesnom. Kod svake osobe količina iz svakog izvora će varirati.

1. Stresovi i naprezanja svakodnevnog života
2. Ostatak ljutnje iz djetinjstva i djetinjstva
3. Unutrašnji sukob (samonametnuti pritisak – sukob id-a i superega; takođe dolazi od perfekcionistačkih i dobrih osobina)

Neprijatne misli i emocije mogu biti gurnute u nesvjesno, jer bi ih bilo teško podnijeti. Ako bismo pokušali da se nosimo sa njima, moguće je da bismo nekako postali nesposobni na jedan od dva načina. Prvo, id bi mogao preuzeti, u tom slučaju bi se pojavilo ljutito, ratoborno ponašanje. U svojim predavanjima govorim o razularenom, buncanom ludaku, nekome kome je potrebna ludačka košulja. Ali takvo ponašanje nije prihvatljivo, pa odagnamo te misli radije nego da se ponašamo neprikladno i budemo izopćeni (što uzrokuje daljnje smanjenje samopoštovanja). Drugo, mogli bismo postati paralizirani od tuge, nesposobni da funkcioniramo suočeni s neugodnošću. Ali ni mi to ne želimo, jer bismo tada bježali od svojih obaveza.

Potiskivanje (nesvjesno) ili potiskivanje (svjesno) misli i emocija koje su neugodne, neugodne ili neprihvatljive omogućava nam da nastavimo, ali povećava rezervoar bijesa. Pomaže razmišljanje o bijesu kao o nagomilanom stresu. Nisu svi izvori stresa jednaki –

neke mogu biti dosadne smetnje, dok druge mogu biti ogromne. Ovo je kritički koncept. Video sam mnoge pacijente koji se bore s tim. Ako nisu u stanju da shvate izvor bijesa ili ozbiljnog stresa, mogu sumnjati da imaju takav rezervoar u svojoj nesvijesti. Ali važno je zapamtiti da rezervoar može biti ispunjen neugodnim mislima i emocijama svih veličina. I još jedan vrlo važan koncept: rezervoari dolaze u svim veličinama.

Uobičajena zabluda je da se početak bola mora podudarati s nekim očiglednim izvorom stresa. Dok ovo ponekad može se dešavati, poput glavobolje lošeg dana, često nije slučaj! Ovo može biti teška prepreka koju ljudi mogu prevazići. Mnogo puta ljudi insistiraju da je sve u redu, da je bol počeo na odmoru ili kada im je sve u životu bilo sjajno, da nisu ništa uradili da to izazovu. Oni će reći: "Zašto sada?" To kod njih može izazvati ozbiljnu sumnju da bi TMS mogao biti uzrok. Vratite se na rezervoar bijesa. Uvek postoji stres, čak i ako je život dobar! Svi se u određenoj mjeri brinemo i svi imamo vječni, unutrašnji sukob između ida i superega. Poput slamke koja kamili lomi leđa, neka mala neprijatna misao, emocija ili stresor se baca u rezervoar, koji sada preti da se izlije. Mozak mu neće dozvoliti da se prelije ili da se osvijesti – i to da bi ometaju nas i čuvaju rezervoar i njegov sadržaj skrivenim u nesvesnom, stvara bol. A možda, samo možda, stvarajući bol, mozak ne samo da izaziva ometanje, već i širenje tog rezervoara.

Sada razumete rezervoar besa. Ove neprijatne mravlje misli i emocije „streme da se osveste“, što bi bilo potpuno neprihvatljivo. Kako bi spriječio da se to dogodi, mozak stvara bol kao smetnju. Kao društvo, mi smo tako matični fokusirani, zaokupljeni svakim bolom. Usmjeravanjem pažnje na fizičke simptome zadržavamo te bolne misli

i potisnute emocije. Ovo je veoma efikasna strategija, a kao dokaz te činjenice postoji apsolutna epidemija mentalnih poremećaja u našem društvu.

Budući da je potpuno razumijevanje ovih tačaka ključno za rješavanje simptoma, ponavljam: TMS je strategija mozga da spriječi da se neugodne misli i emocije uzdignu iz nesvjesnog u svjesni um. Mozak, kroz uspostavljene fiziološke puteve, stvara bol kao ometanje. Usmjeravajući našu pažnju na fizičke simptome, ove bolne misli i emocije držimo potisnutima. Ovo je veoma efikasna strategija, jer u našem društvu postoji apsolutna epidemija poremećaja uma.

Zatim ću pregledati neke primjere, uključujući njihove simptome, i objasniti:

Uklanjanje boli je zapanjujuće jednostavno. Možemo protjerati bol i osujetiti strategiju mozga jednostavnim razumijevanjem i prihvaćanjem da bol ima psihološku uzročnost, da nije fizički utemeljena.

Ovo je jednostavan koncept, ali ponekad izazovan za implementaciju. Kada sam prvi put sreo dr. Sarna, imao sam niz pitanja o TMS liječenju i kako da pomognem svojim pacijentima. Moje pitanje broj jedan je bilo: da li je zaista tako jednostavno kao navesti pacijente da nauče kako da razmišljaju drugačije? Odgovor je da, ali uz razumijevanje da uključeni mentalni rad može biti značajan. To podrazumijeva zaboravljanje svega što vam je ikada rečeno o vašem tijelu i simptomima. Ovo može biti veoma teško za neke. Ovaj proces nazivam poništavanjem starih načina razmišljanja, a zatim prelazim na raspravu o principima uslovljavanja. Uslovljeni smo da imamo određena uvjerenja o sebi, kao rezultat objašnjenja i komentara dobronamjernih zdravstvenih radnika, porodice, prijatelja, komšija, saradnika i medija. Često čujemo da fizički simptomi moraju imati fizički uzrok, da smo sami po sebi krhki i podložni in-

porote, da određene "povrede" mogu rezultirati hroničnim bolom, da zacjeljivanje može trajati jako dugo, da moramo naučiti živjeti s određenim vrstama bola. Ako vjerujemo u ove pretpostavke, koje u svojoj knjizi nazivam mitovima, tada počinjemo očekivati i prihvatiti određene vrste bola kao rezultat naših aktivnosti. Razmišljanje drugačije zahtijeva ponovno programiranje uma, primjenu novih načina razmišljanja – novih uvjeta koji će zamijeniti staru uslovljenost.

Mislim da ovo pomaže da se objasni jedan od zanimljivijih aspekata TMS tretmana:

Zašto se nekim ljudima, koji se slažu da imaju TMS, brže bolje, a drugima sporije?

I u istom duhu:

Zašto se neki ljudi osjećaju bolje nakon čitanja moje knjige ili jednog od Dr. Sarnoove knjige?

Zabrinuo sam se oko ovoga i zaključio da su "brzi" iscjelitelji nekako bolje sposobni da ostave po strani ono što im je rečeno u prošlosti i u potpunosti integriraju TMS informacije. Oni mogu poništiti uslovljenost koja je dio mainstream misli i zamijeniti je ovim novim razumijevanjem kako rad nesvjesnog može utjecati na tijelo i fizičke senzacije.

## STRATEGIJE TMS TRETMANA

Napraviti spisak

Razmislite o svemu što bi moglo biti izvor stresa za vas. Razmislite šta vas čini ljutim ili bijesnim. Razmislite o kojim stvarima brinete. Razmislite o svojoj ličnosti. Identifikujte perfekcionističke i/ili dobre osobine. Ima li ljudi u vašem životu koji se prema vama nisu ponašali onako kako biste željeli? Zapišite sve ovo. To je im-



moguće je znati šta je u vašem nesvesnom (otuda naziv nesvesno), ali je moguće razmišljati o tome šta bi moglo biti tamo. Priznajući prisustvo ovih neprijatnih misli i emocija, možete osujetiti strategiju mozga. Kao što se nesumnjivo sjećate, strategija mozga je da stvori bol, bol koji će služiti kao smetnja. Fokusiranje na bol je vrsta odbrambenog mehanizma – sprečava nas da razmišljamo o onim stvarima koje nas uznemiruju, brinu ili ljute. Bol čuva rezervoar bijesa skrivenim. Kada prepoznamo da je tu i šta može sadržavati, nema potrebe za bolom, jer više nema potrebe za ometanjem.

Pravljenje liste je kao vođenje dnevnika. Mnoga istraživanja su pokazala da su oni koji redovno pišu u časopisu o sebi, svojim mislima i brigama zdraviji od onih koji to ne pišu. Dakle, započnite svoju listu ili dnevnik i dodajte je ili redovno pregledajte.

## Reflect

Do sada ste shvatili da će vam upravo proces samoobrazovanja pomoći da se osjećate bolje. Nevjerovatno je – bez lijekova, bez fizičkih lijekova i bez nuspojava. Svaki dan odvojite vrijeme za razmišljanje o TMS teoriji i liječenju. Čitajte i ponovo čitajte moju knjigu i knjige dr. Sarno. Nije neophodno ponovo čitati sve, ali će biti od pomoći da ponovo pročitate odlomke koji su vam posebno važni.

Čak i kada se osjećate dobro, svaki dan posvetite malo vremena ovom materijalu. Ovo će vam pomoći da ostanete dobro. To je dobar preventivni lijek.

## Odbacite svoje fizičke lijekove

Riješite se posebnih oslonaca za leđa, jastučića za pete, ortozea, jastuka, jastuka za stolice i tako dalje. Oni ne mogu riješiti problem i nisu vam potrebni. Fizički modaliteti ne mogu pomoći simptomima koji

imaju psihološki uzrok. Samo njihovo postojanje dio je stare uvjetovanosti i samo će produžiti simptome.

Ako uzimate narkotične lijekove protiv bolova, morat ćete se odviknuti od njih postepeno pod nadzorom liječnika.

Slično, trebali biste se odviknuti od benzodiazepina (kao što su Klonopin, Ativan, Valium, Xanax, itd.). Ovi lijekovi samo maskiraju simptome i ne mogu ih izliječiti. Osim toga, oni su fizički i psihički ovisni i samo će produžiti simptome. Oni će također narušiti spoznaju i ometati vaše napore u samoobrazovanju.

Razumno je uzimati ne-narkotične lijekove protiv bolova, kao što su aspirin, acetaminofen, ibuprofen ili naproksen (svi dostupni u slobodnoj prodaji). Međutim, svaki put kada to učinite, važno je podsjetiti sebe da ovi lijekovi neće popraviti uzrok simptoma i da će samo privremeno ukloniti prednost dok nastavite da se mentalno primjenjujete.

Postoji bezbroj drugih lijekova koji se prepisuju za niz bolesti o kojima se ovdje raspravlja. U većini slučajeva, lijek se može bezbedno prekinuti, ali o tome uvijek prvo treba razgovarati sa svojim ljekarom.

### Budite vječno oprezni

Vječna budnost je poslovična „unca prevencije“. Zbog toga je potrebno svaki dan posvetiti neko vrijeme razmišljanju. Proslavite dobre dane. Ovo je neophodno za poništavanje starog stanja. Recite sebi da ste zaista dobro – ako ste imali fizički problem, gdje je on otišao? Međutim, nemojte se obeshrabriti ako se bol vrati ili se pojavi na drugoj lokaciji. Zapamtite, vaš mozak ne želi da odustane od svoje strategije da vas ometa bolom – takvi smo stvoreni.

## Nastavi aktivnost

Niste baš dobro dok se ne vratite na aktivnosti u kojima ste uživali. Iako ćete možda morati početi polako (i dalje je potrebno slijediti odgovarajuće smjernice za vježbanje), trebali biste biti u mogućnosti da radite šta god želite. Sposobni smo za mnogo više nego što nam je rečeno. Mislim da se vrlo malo nas približava svom potencijalu jer smo bili pogrešno informisani o granicama našeg tijela godine. Imam pacijente u šezdesetim, sedamdesetim i osamdesetim koji trče maratone, voze bicikl širom zemlje, penju se na planine i učestvuju u drugim napornim aktivnostima. Oni nisu superljudi i superžene; oni su jednostavno ljudi koji su se dobro brinuli o sebi i odbijaju da poveruju da su krhki.

Treba spomenuti još jednu stvar koja je sastavni dio reprogramiranja vašeg uma. Napad na simptome TMS- a ne zahtijeva pozitivno razmišljanje. Iako je dobro razmišljati pozitivno i imati optimističan pogled na sebe i život općenito, nije pozitivno razmišljanje ono što će uzrokovati rješavanje simptoma. Da je tako, većina vas ovo ne bi čitala i ne bi došlo do epidemije mentalnih poremećaja. Kako ja to znam? Praktično svi žele da budu dobro. Samo je rijetka osoba koja želi iskusiti bol i patnju. Većina ljudi se jako trudi da ignoriše svoje simptome i da nastavi dalje. Pokušavaju da razmišljaju pozitivno; pokušavaju da stave "um iznad materije". U ovom ili onom obliku, to je ono što većina knjiga o samopomoći promoviraju. "Razmišljaj pozitivno", "samo uradi to" i "pamet nad materijom" uobičajene su teme. Drugi se fokusiraju na upravljanje stresom, modifikaciju ponašanja i tehnike opuštanja. Nemojte me pogrešno shvatiti - to su odlične vještine koje treba posjedovati. Bez sumnje, svi bismo mogli bolje upravljati stresom i mogli bismo imati koristi od usavršavanja ovih vještina. Međutim, to nije ono što će ukloniti bol. Ne zahtijeva pozitivno razmišljanje. To zahtijeva precizno razmiš

razmišljanje znači razumijevanje kako psihološki faktori utiču na našu fiziologiju. Tek kada ovo shvatimo možemo istinski izliječiti sebe.

Nije lako zaboraviti sve što vam je rečeno i, u suštini, stvoriti novi sistem vjerovanja. U stvari, to je izuzetno teško. Mnogo je prepreka, kako iznutra tako i izvana.

Mnogi ljudi mi govore o strahu. Svaki od njih je uvek prošao sveobuhvatnu procenu od strane svog lekara (ili više lekara). Možda im je rečeno da imaju jednu od dijagnoza koje sam ovdje spomenuo. Vrlo je moguće da im je rečeno da moraju izbjegavati određene aktivnosti ili će rizikovati daljnje oštećenje ili eskalaciju simptoma. Za mnoge to može biti poražavajuće, posebno ako im je savjetovano da odustanu ili prekinu aktivnost koja im je donijela mnogo zadovoljstva. Imao sam posla sa trkačima, biciklistima, deseterima, planinarima i sličnima, koji su bili malodušni zbog odustajanja ili smanjenja oblika vežbanja. Čak i kada kažu da vjeruju da je TMS njihov problem i rekao sam im da nastave s vježbanjem, priznaju da se boje da će im se simptomi ponoviti ili povećati. Strah je moćan i dio je uvjetovanosti koje se dogodilo tokom vremena. Potrebna je hrabrost da se strah ostavi po strani.

Čak i kada mi neko kaže da se vratio prijašnjoj aktivnosti sa minimalnim bolom ili bez njega, može priznati da ostaje nervozan ili uplašen od sljedećeg puta. U mnogim slučajevima to može biti odraz njihove ličnosti, kao i njihovog prethodnog stanja koje treba poništiti. Zapamtite, mnogi ljudi sa TMS-om skloni su brizi. Oni mogu biti perfekcionista, koji vrše veliki pritisak na sebe da rade dobro, da uspiju ili da se o njima dobro misli, ili mogu biti zabrinuti zbog svoje sposobnosti da budu na usluzi drugima. Oni također mogu imati jednostavniji strah da njihovi simptomi predstavljaju fizički pad ili pogoršanje koje najavljuje budući morbiditet ili smrtnost.

Dakle, kad god se neko suoči sa svojim strahom, nastavi sa svojom aktivnošću i osjeća se dobro, kažem im da slave. CELEBRATE! Kažem im da razgovaraju sa svojim mozgom – recite sebi da su dobro! Ne može postojati fizički problem ako su bili u stanju da obavljaju aktivnost bez poteškoća. Proslava je važan način za reprogramiranje uma. Pomaže vam da drugačije razmišljate o svom tijelu i neizmerno će vam pomoći da poništite staru uslovljenost i zaboravite sve što je bilo prije.

S druge strane, važno je da se ne obeshrabrujete ako se simptomi pojave tokom aktivnosti. To jednostavno znači da se mora raditi više mentalnog rada. Lako se uvući strahu i njegovom mračnom saputniku. "Možda nije TMS, možda imam fizički problem" uobičajena je misao. Najbolji savjet je da jednostavno priznate ovaj strah kao dio stare uvjetovanosti, da prepoznate da je jednostavno aspekt moždane strategije da vjerujete da postoji fizički problem.

Uobičajeno pitanje koje čujem svakodnevno je „Šta da radim kada imam bol, posebno jak bol?“ Može biti veoma teško ignorisati bol i nastaviti dalje. Prvo, morate razgovarati sa svojim mozgom i podsjetiti se da ste fizički dobro. Recite svom mozgu da ste u igri, da znate za rezervoar bijesa. Poput Dorothy koja otkriva Čarobnjaka iz Oza iza zavjese, nećete se prevariti! Bol nije prisutan jer ste uradili nešto za šta niste sposobni ili što ste tako slabi ili krhki. Pokušajte da mu posvetite što manje pažnje. Zapamtite, mozak želi da vam odvрати pažnju i zadrži vašu pažnju i fokusira se na bol, a ne na ono što može biti u nesvesnom. Mnogi pacijenti postaju opsjednuti svojim bolom – moraju naučiti da pomjere fokus (ovo je proces reprogramiranja ili obnavljanja). Pokušajte ne pokleknuti! Pokušajte da ostanete aktivni, radeći aktivnosti u kojima uživate.

Ako neko kaže da zaista vjeruje da je TMS problem,

da su radili mentalnu zadaću, a ipak su uznemireni što njihovi simptomi traju, mogu se pitati da li imaju TMS. Ovo ima elemente Catch-22. Ako počnete sumnjati da postoji psihološki uzrok, da bi mogao postojati fizički uzrok, tada je posao poništen i strategija mozga stvaranja fizičkog ometanja će trijumfirati. Ovo je dio onoga što ja nazivam kalendarskim fenomenom: preokupacija brojem dana ili sedmica koje će trebati da se poboljša. Do tog vremena, svi mogu znati za nekoga čiji su simptomi nestali odmah nakon čitanja knjige ili ubrzo nakon posjete ljekaru obučenom za TMS liječenje.

Dakle, u njihovom umu se stvara očekivanje da bi se njihovi simptomi trebali povući ubrzo nakon uključivanja ove filozofije. Gledaju u kalendar i postaju uznemireni kako dani i sedmice prolaze. Ovdje kažem ljudima da se osvrnu na svoje ličnosti. Fenomen kalendara je još jedna manifestacija perfekcionistačkih tendencija – to je samonametnuti pritisak da se postigne uspjeh i da se brzo postigne uspjeh. Ako uspiju prepoznati ovaj aspekt svoje ličnosti i dodati ga na svoju „listu“ izvora stresa, olakšanje će biti na putu.

Strah, sumnja, kalendarski fenomen i neispravno razmišljanje su primjeri nekih unutrašnjih prepreka za izlječenje.

Treba spomenuti i nekoliko vanjskih prepreka:

1. Pročitali ste knjigu dr. Sarno ili moju i postali ste prevarant uvjeren da ovaj pristup ima smisla. Kada to spomenete svom liječniku, on/ona to ili odbaci iz ruke ili popustljivo klima glavom i savjetuje tradicionalni režim, uključujući lijekove, fizikalnu terapiju itd.
2. Uvjerili ste se da ovaj pristup ima smisla, ali kada ga spomenete svojim prijateljima, porodici i/ili saradnicima, oni vas gledaju kao da ste izgubili

um. I oni mogu snishodljivo klimati glavom, a zatim preporučiti liječnika, praktičara, lijekove, bilje itd.

3. Uvjerili ste se da ovaj pristup ima smisla, ali onda uzmete časopis i pročitate članak u kojem se raspravlja o simptomima poput vašeg, a TMS se ne pominje kao mogući uzrok. Ili se možda, samo možda, ukratko pominje rad dr. Sarno sa TMS-om, ali drugi citirani izvori to odbacuju nekontrolisano. Kao što vjerujete da će predstavnici medija uraditi svoj domaći zadatak i ako pružite tačne, potpune informacije, počinjete da se pitate da li je TMS stvaran.

Ovi scenariji se dešavaju svaki dan. Oni mogu doprinijeti kondicioniranju koje omogućava da bol potraje. Čak i u vlastitoj ordinaciji, kada upoznajem nekog od svojih etabliranih pacijenata sa konceptima TMS-a, mogu se naljutiti ili me gledati kao da imam dvije glave. Vidite, ušli su bez sumnje. Došli su kod mene radi procene nekog fizičkog simptoma i nisu očekivali da čuju da to može imati psihički uzrok. Neki su oduševljeni, entuzijastični i prilično spremni da razmišljaju izvan okvira. Ostalima objašnjavam da mogu samo da ih izložim ovom drugačijem načinu razmišljanja, da ih ne mogu natjerati da povjeruju. Svakako ću pokušati da iznesem svoj argument i budem uvjerljiv, ali na kraju je na njima da odluče.

Možda će kada teoriju i liječenje TMS-a konačno prigrli mejnstrim medicine, više ljudi će biti otvoreno za ovaj način razmišljanja o sebi. Za one koji su već dosegli tu fazu, izuzetno je drago vidjeti kako se uspijevaju riješiti bola i poboljšati kvalitet života. Koliko god to banalno zvučalo, ja sam došao kao ljekar da pomognem drugima, da im pomognem kada su bolesni i

čuvajte ih dobro. Tužan sam kada ljudi odbijaju da prihvate mogućnost psihološkog uzroka i da nastave da pate.

## ISTORIJE SLUČAJA

U ovom odeljku nudim niz ilustrativnih istorija slučajeva. Neki od

oni su spomenuti u mojoj knjizi, ali ih ponovo dijelim, jer osjećam da će njihove situacije pogoditi mnoge.

Ken je četrdesetomogodišnji muškarac koji je više od dvadeset pet godina patio od bolova u donjem dijelu leđa koji su se širili niz nogu do stopala. Njegovi početni simptomi liječeni su operacijom leđa - lumbalnom laminotomijom. Nikada potpuno neolakšan, bol se pojačao i ponovo mu je dijagnosticirana disk hernija. Uslijedila je još jedna operacija leđa, također s nepotpunim povlačenjem simptoma. Godinu dana prije nego što je došao kod mene, imao je bolove zbog sjedenja i svih aktivnosti u kojima je prije uživao, poput vožnje bicikla, klizanja i planinarenja. Kada je radio za stolom ili kompjuterom, stajao bi umjesto sjedio. Kupio je poseban madrac, nabavio ortoze za cipele i radio posebne vježbe, sve pored uobičajenog tretmana. Njegov najnoviji MRI, rađen za procjenu bolova u leđima koji zrači niz nogu, protumačeno je kao da pokazuje "ožiljno tkivo koje pritiska nerve".

Tokom naše sesije. Ken je sebe opisao kao perfekcionista, postizatelja i „dopadnika ljudima“. Iako je sretno oženjen, poistovjećivao je stres kod kuće sa smetnjama u učenju svog posinka i ocem udovcem koji živi s njim. Takođe je prepoznao da je njegov otac bio veoma kritičan i emocionalno nasilan kada je Ken bio mlađi. U roku od mjesec dana bio je znatno poboljššan, a za tri mjeseca je bio gotovo bez bolova i vratio se uživanju u vožnji biciklom na velike udaljenosti i planinarenju. Četiri godine kasnije, i dalje je dobro, šalje



moje e-mailove u kojima su zapisana njegova sportska podviga. Vrijedi napomenuti da su se njegovi drugi TMS ekvivalenti, ekcem i učestalo mokrenje, također riješili.

Connie je opisala doživotnu istoriju išijasa. Pedesetogodišnja i neudata, imala je bolove u nogama zbog sjedenja i trčanja, aktivnosti koju je voljela. Odustala je od trčanja na sugestiju ortopeda nakon što je njena magnetna rezonanca kičme otkrila degenerativne promjene, višestruke hernirane diskove i skoliozu - po njenim riječima, "nered". Njena istorija je takođe uključivala hronične bolove u stopalima, pripisane Mortonovom neuromu, koji je bio pogoršan trčanjem.

Fizikalna terapija, manipulacije, nesteroidni protuupalni lijekovi (NSAID), narkotici, benzodiazepini i na kraju operacija nisu uspjeli ublažiti njen bol. Njena nelagoda je bila toliko nepodnošljiva da je priznala da je razmišljala o samoubistvu.

Odgajana od roditelja alkoholičara i sama alkoholičarka, bila je trezna već nekoliko godina. Nije imala problema sa idejom o rezervoaru besa u nesvesnom. U roku od tri mjeseca bila je mnogo bolje, vratila se trčanju i treninzima za maraton koji je uspješno završila!

Paul Teta, pedeset i tri godine, je još jedan od dugotrajnih bolova. Paulovi simptomi su počeli više od dvadeset godina ranije dok je igrao košarku. Neprijatan bol bi se spuštao niz nogu, a podvrgnut je operaciji leđa zbog diskus hernije. Njegovi simptomi su se pokazivali neko vrijeme, ali su se onda vratili. Ponekad su bile dovoljno teške da mu onemoguće rad ili sportske aktivnosti u kojima je uživao.

Ponovljena magnetna rezonanca pokazala je herniju diska, a NSAIL i narkotici nisu ublažili njegov bol. Oženjen i ima dvoje djece, Paul posjeduje i vodi radionicu za popravku automobila. Priznaje da je perfekcionista, ponekad "napet" ili "napet". Ne želeći još jednu operaciju i želeći da nastavi svoj život, došao je kod mene. Dvije sedmice

kasnije je bio dobro, a nekoliko godina kasnije ostaje bez bolova. Slijedi njegovo pismo:

Dr. Sopher—

Moje ime je Paul Teta. Nedavno sam (prije dvije sedmice) imao termin kod vas. Došao sam sa svojim bratom kojeg ste bili dovoljno ljubazni da ste pozvali na seminar. Samo sam želio da vam dam brzu informaciju o mom napretku. Onog dana kada sam stigla na prvi pregled imala sam bolove i takođe sam na jakom leku protiv bolova, i to nedeljama.

Dvaput sam pročitao knjigu dr. Sarno. Nakon što ste potvrdili da imam TMS, rekli ste da se ne bojim bola jer je bezopasan i moja leđa su normalna. Mislim da mi je ta izjava uštedjela sedmice vremena. Te večeri smo otišli na seminar, koji mi je ulio još više samopouzdanja. Nisam uzimao nikakve lijekove za bolove u leđima. Nekoliko dana nakon toga, stavio sam svoje rolere i prešao desetak milja. U tom trenutku me noga ubijala. Nastavio sam da oštrim još osam milja i leđa su mi počela da se izvijaju i gubio sam lumbalnu krivinu. Stalno sam sebi ponavljao: „Bol je bezopasan, a leđa su mi normalna.“ Na otprilike 19 milja bol je prestao i moja noga se zagrijala. Nakon toga, imao sam dvadeset milja vožnje kući. Prvi put nisam imao bolove u sjedenju. Dok sam se vozio kući počeo sam da vrištim na sav glas: „Muka mi je od ovog bola koji diktira moj život!“ Počela sam da plačem i to tridesetak minuta (verovatno od besa iz detinjstva?).

Nakon toga sam izvadilo tenisice (nakon petnaest godina) i nastavio trčati. "BEZ BOLA." Opet se osećam kao osamnaest. Mogu se i sagnuti i po prvi put mogu obuti čarape bez ležanja. Ni u najluđim snovima nisam očekivao da ću ovo učiniti dobro. Dvadeset godina straha i bola tako brzo su izbrisani. Od tada sam kupio desetak knjiga i dao ih prijateljima i kupcima. HVALA, DR. SOPHER I DR.

SARNO. Poslat ću vam buduće pismo sa više detalja čim vrijeme bude dozvolilo.

Paul i ja smo ostali u kontaktu i on je i dalje dobro, uživa u aktivnom životu. Takođe je pomogao nebrojenim drugima tako što je svoje prijatelje i klijente upoznao sa TMS-om.

Stan je pedesettrogodišnjak čiji je bol u leđima počeo deset godina ranije dok je obavljao vodoinstalaterske poslove. Njegov bol bi se širio niz jednu nogu, a njegova naknadna dijagnoza za bol u leđima s išijasom bila je hernija diska i degenerativna bolest diska na više nivoa. Bio je kod ortopeda, fizijatra i neurohirurga. Epiduralne injekcije steroida, NSAID, akupunktura i fizikalna terapija nisu pomogli. Očajan, otišao je kod kiropraktičara, koji ga je manipulirao trideset uzastopnih dana. Sjedenje je izazivalo bol. Prestao je da trči, jer je to takođe pogoršalo njegove simptome.

Opisujući sebe kao "veoma odgovornog, sa greškom", izvršio je ogroman pritisak na sebe. Njegov prvi brak, koji se završio razvodom, bio je veoma stresan. Sada je sretno oženjen i ima četvero djece. Posao je bio veoma zahtjevan. Nedavno mu je umrla majka, a on se trudio da poboljša odnos sa ocem koji je u prošlosti bio siromašan.

Mjesec dana kasnije, on se znatno poboljšao i opisao je bez bolova sa četiri meseca. Par godina kasnije i dalje je dobro.

Carla, četrdesetšestogodišnja domaćica sa jednim sinom, više od dvije godine se žalila na bolove u vratu, leđima, nogama i stopalima. Često su bol u potkoljenici i stopalu doživljavali kao jaku „peckanje“ koje joj je sprečavalo da hoda. Ocjenjivali su je ljekar primarne zdravstvene zaštite, kao i ortoped, neurolog, fizijatar i neurohirurg. Usput je dobila i bolove u vilici, zbog čega je posjetila svog stomatologa, a potom i otorinolaringologa. MRI kralježnice je pokazao hernije diska u vratu i donjem dijelu

nazad. Ostali testovi, uključujući analizu krvi i nervnog sistema, bili su normalni. Dobila je mnoge dijagnoze, uključujući neuropatiju, i stavljena je na Neurontin (lijek protiv napadaja) kada su svi drugi tretmani bili neuspješni. Bila je aktivna, uživala je u biciklizmu, planinarenju, kanuu i skijaškom trčanju, ali je morala prestati zbog bola.

Zabrinuta, Karla je primetila da je bila veoma zabrinuta za bezbednost svog sina kada je išao na koledž. Majka joj je umrla kada je imala samo dvije godine, a odgajale su je očeve sestre, jer se njen otac više nije oženio. I on je nedavno preminuo i uvijek mu je bilo teško, čak i kada je svoje posljednje godine proveo u njenom domu.

U roku od dva mjeseca od njenog sastanka sa mnom njeni simptomi su se povukli.

Larryju, starom trideset i jednu godinu i oženjenom po drugi put, dijagnosticiran je bilateralni sindrom karpalnog tunela i lateralni epikondilitis. Imao je bolove u laktu, podlaktici, zglobu i šaci u trajanju od dvije godine koji nisu reagovali na mirovanje, NSAID, udlage i trake za podlakticu.

Priznao je da su njegovi simptomi počeli povećanjem bračnog stresa s njegovom drugom suprugom. Sa djecom iz oba braka, priznao je značajne finansijske pritiske, kao i želju da bude dobar otac. Njegov bol je nestao ubrzo nakon naše posjete, a on je ostao bez bolova više od dvije godine kasnije.

Bill je imao bolove u laktu više od godinu dana kada je došao kod mene. Bio je kod ortopeda i liječen je fizikalnom terapijom, NSAID-ima i injekcijama kortizona zbog lateralnog epikondilitisa – sve bezuspješno.

Nije imao problema da sebe identifikuje kao perfekcionista zaokupljenog svojim obavezama kao muža i oca. Ciklusi njegovog poslovanja također su bili izvor velikog stresa.

Bill je brzo eliminirao simptome lakta. Kada su se tada pojavili bolovi u ramenu i grudima koji su zamijenili bol u laktu,

urađene su odgovarajuće studije. Kada su svi testovi bili negativni, složio se da je TMS opet krivac i od tada se osjećao dobro.

Frenk, oženjen i ima dve ćerke, ima četrdesetak godina i imao je česte epizode bolova u grudima. Njegova prva epizoda bila je povezana sa virusnom infekcijom njegovog srca, poznatom kao miokarditis. Imao je potpuni oporavak, ali je narednih četiri ili pet godina osjećao bol u grudima koji je bio sličan onom koji je iskusio kada mu je dijagnosticiran miokarditis. Opisao je stalnu bol koja je ponekad trajala danima i koja ga je jako zabrinjavala. Detaljne kardiološke procene su rađene nekoliko puta, sve sa normalnim nalazima.

Priznao je da je po prirodi "pomalo anksiozan". Posvećen porodici, radi i na dva posla. Uvijek optimističan, u početku je mislio da je malo vjerovatno da bi stres mogao biti krivac za njegove bolove u grudima, ali s vremenom se zagrijao za taj koncept. Danas je bez bolova u grudima više od dvije godine. Sa osmehom mi je rekao da mu se bol premestio u lakat, ali da se sada rešava njegovom upotrebom znanja.

Džek je bio bivši sportista, sada u četrdesetim godinama, sa bolom u levom kuku. Njegov ortoped mu je rekao da će imati koristi od novog zgloba kuka, jer je rendgenski snimak pokazao "značajne" degenerativne promjene. Nakon ove preporuke povećao se bol u lijevom kuku i to mi je spomenuo prilikom godišnjeg pregleda. Kada mi je rekao da se njegov desni kuk osjeća dobro, zamolila sam ga da me pošali tako što će mu napraviti rendgenski snimak oba kuka. Na rendgenskom snimku oba kuka su imala iste "degenerativne" promjene, ali ga desni kuk nije bolio! Savjetovao sam mu da odloži operaciju, nastavi aktivnosti (znatno je smanjio vježbanje nakon što su mu rekli da ima artritis) i da ne obraća previše pažnje na kukove. Slijedeći ove upute, njegova nelagoda je nestala i uspješno je nastavio s vježbanjem i atletikom.

Jack je mogao priznati da je on suštinski

goodist. Odan muž i otac dvojice dječaka, također je preuzeo odgovornost za brigu o svojim bolesnim, starim roditeljima. Kao najstariji od svoje braće i sestara, često je odlazio van države kako bi posjetio roditelje, dogovorio dodatnu pomoć za njih i koordinirao dugoročne planove skrbi. Kada su oni dalje odbili, dogovorio je hospitalizaciju i čak ih je doveo u svoj dom na njegu.

Kroz ovaj najteži period bio je zauzet i sopstvenim poslom, sa sjedištem van svog matičnog regiona. Shvatio je da je vršio prevelik pritisak na sebe kako bi osigurao dobrobit svojih najmilijih – klasične dobre osobine.

Steven je bio tinejdžer i nadobudna zvijezda trčanja. Tokom treninga počeo je da osjeća bol u lijevoj potkolenici. Nije naglo povećao kilometražu niti pretrpio bilo kakvu traumu. Metodičan u svemu, njegova obuća, prehrana i hidratacija su primjereni. Podijatar i ortoped preporučili su mirovanje kao tretman za ono što se pretpostavljalo da je stres fraktura. Kada se vratio trčanju, bol se vratio. Naručen je pregled kostiju i protumačen kao da pokazuje stres frakturu. Savjetovano je više odmora. U ovom trenutku je došao da me vidi. Priznao je da je perfekcionista i da vrši veliki pritisak na sebe. Nije iznenađujuće što je bio pravi student i učestvovao je u nizu vannastavnih aktivnosti pored trčanja. Nakon što sam objasnio zašto sam mislio da mu je bol u nozi psihološki izazvan i da mu trčanje ne bi trebalo da uzrokuje bol, otišao je kući i pročitao Recept za mentalno tijelo. Već sljedećeg popodneva nazvao je, očigledno veoma uzbuđen. Upravo se vratio sa dugog trčanja i osjećao se dobro! Nastavio je da je imao izvanrednu sezonu, stalno snižavajući vrijeme i poboljšavajući svoj učinak. Njegova jedina frustracija bila je nemogućnost da ubijedi svoje saigrače da razmišljaju psihološki i bolje se nose sa svojim "povredama".

Marta, ljupka žena u kasnim dvadesetim, došla je kod mene radi procene hroničnog bočnog bola u koljenu. Bila je ogorčena, kao i ona

simptomi su je naterali da prestane da trči, aktivnost koja joj je donela veliko uživanje. Pored porodičnog lekara, bila je kod ortopeda, fizioterapeuta i pedijatra. Odmor, terapija, lijekovi, ortoze, promjena obuće i režima istezanja nisu uspjeli poboljšati ono što je dijagnosticirano kao sindrom iliotibijalne trake, uobičajenu dijagnozu, posebno kod trkača.

Priznala je da je perfekcionista i da uvek vrši pritisak na sebe da postigne. Takođe je priznala istoriju poremećaja u ishrani i shvatila da to odražava probleme u vezi sa samopoštovanjem.

Neudata, živela je sa svojim dugogodišnjim dečkom, pokušavajući da odluči da li je brak u budućnosti.

Ubrzo nakon prve posjete meni, nastavila je trčati, bol besplatno. Na kraju je trenirala i završila svoj prvi maraton.

Barbara je došla na procjenu kroničnog bola u kuku. Također je primijetila povremene bolove u peti, koljenu i donjem dijelu leđa. Činilo se da su simptomi počeli otprilike u vrijeme bolesti i smrti njene majke nekoliko godina prije. Radila je puno radno vrijeme pored obaveza kod kuće sa suprugom i djecom tinejdžerima.

Priznala je probleme sa samopoštovanjem i bila je iskrena u pogledu odrastanja u okruženju sa više članova porodice alkoholičara.

Njen bol je nestao i nije se vratio otkad je saznala da je psihički uzrokovan.

Jack je četrdesetpetogodišnjak s bolovima u petama i stopalima više od godinu dana. I pedijatar i ortoped su mu dijagnosticirali plantarni fasciitis, ali ništa nije ublažilo njegove svakodnevne bolove u stopalu. Probao je ortoze, nesteroidne protuupalne lijekove, teping, istezanje i posebne vježbe - sve bezuspješno. Pored bolova u stopalima, on ima istoriju hroničnih povremenih bolova u leđima uprkos dve operacije, refleksa, migrene i sindroma iritabilnog creva.

Oženjen i ima dvoje djece, samozaposlen je i pokušava da izda knjigu. Veoma je zadovoljan svojim životom, ali priznaje

da osjeća veliku odgovornost za svoju porodicu i shvaća da je to izvor stresa.

Na moj nagovor je prekinuo sve tretmane i to u roku od dvije sedmice njegov bol u stopalu se riješio. I ostali simptomi su mu se poboljšali.

Renee je žena u četrdesetim godinama koja je više od četiri godine patila od difuznih mijalgija i mnoštva drugih neugodnih simptoma. Sa dijagnozom fibromijalgije, opisala je probojne bolove u glavi i bolove u vratu, kukovima, ramenima, karlici, rukama i leđima koji se mogu osjetiti kao oštar, bolan ili pekući. Opisala je i utrnulost podlaktica i prstiju pri radu na tastaturi. Veći dio ovog vremena imala je i bolove u uhu i vilici, a prethodnih šest mjeseci se žalila na povremene mučnine, vrtoglavicu i osjećaj da nije u ravnoteži. Usput joj je također dijagnosticiran TMJ, sindrom karpalnog tunela, sindrom iritabilnog crijeva i refluks. Porodični ljekar; neurolog; specijalista za uho, nos i grlo; stomatolog; oralni hirurg; a alergolog ju je procijenio. Svaki test, uključujući iscrpne krvne pretrage i slikovne studije, bio je normalan. Probala je sve osim sudopera - antidepressive, zubne aparate, kiropraktiku i tako dalje. Godinama je radila u savjetovalištu.

Nakon što sam joj objasnio da ima teški oblik TMS-a, a ne fibromijalgiju, otkrila je lično skladište stresa koji je bio ogroman. Udata je sa četvoro djece, a radila je puno radno vrijeme i kao učiteljica. Njena majka je iznenada umrla od cerebralnog krvarenja.

Njen otac je umro nakon duge, teške borbe sa multiplom sklerozom. Jednoj od njenih sestara dijagnosticirana je multipla skleroza. Druga sestra je patila od depresije. U roku od dva mjeseca od našeg prvog sastanka njeni simptomi su nestali i nisu se vratili.

Boni je tridesettrogodišnja udata žena sa jakim bolovima u leđima koji su se razvili nakon komplikovane trudnoće. Bol



mogla putovati u bilo koju nogu, a opisala je i povremene bolove na drugim lokacijama, ponekad jake. Rečeno joj je da su njeni simptomi uzrokovani neusklađenošću dužine nogu, kao i višestrukom bolešću diska, dijagnosticiranom na magnetnoj rezonanci.

Kada me je vidjela, propala je sve tradicionalne terapije i bojala se da neće moći brinuti o svom djetetu ili se vratiti u raditi (po želji). Retrospektivno, identificirala je svoju povijest napadaja panike, sindroma iritabilnog crijeva i prethodnih epizoda bolova u leđima i parestezija više od deset godina prije kao ranije manifestacije TMS-a.

Odustala je od dizanja (koji je trebalo da tretira neslaganje dužine nogu) i bila je mnogo bolje u roku od nekoliko meseci. Tri godine kasnije, kontaktirala me je da mi pruži novosti – ne samo da se osjećala dobro, već i simptomi iritabilnog crijeva koji su je mučili četrnaest godina godine su takođe nestale.

Mattu, advokatu u svojim tridesetima, ranije je dijagnosticiran hronični epididimitis. Imao je česte epizode bolova u testisima. Fizički pregledi i testovi su uvijek bili neotkriveni. Tibiotici i NSAID nisu pomogli. Kada je bez simptoma testisa, često je imao palpitacije, zujanje u ušima, bol u laktu koji je kasnije dijagnosticiran kao epikondilitis, i difuzne gastrointestinalne simptome označene kao sindrom iritabilnog crijeva.

Prolazeći kroz njegovu istoriju, postalo je jasno da je lako prepoznao perfekcionističke i dobre tendencije. Brzo je prihvatio TMS razmišljanje i od tada je dobro.

Janet je imala klasične simptome neuralgije trigeminusa nekoliko godina kada sam je prvi put vidio. Prethodnu brigu o ovome imao je još jedan porodični ljekar, neurolog i neurohirurg. Propisani oralni lijekovi uključivali su antikonvulzante (obično se koriste za liječenje poremećaja napadaja, ali se često koriste za neuropatske bolne sindrome), steroide, NSAID i narkotike. Injekcije i hirurške procedure

zahvaćenost živca nije uspjela. Bila je na visokim dozama narkotika prilikom svoje prve posjete meni i priznala je eskalaciju upotrebe. Kao i mnogi drugi, isprva je bila skeptična kada je čula za TMS. Očajnički tražeći pomoć, ostavila je po strani svoju nevoljkost i pročitala Recept za mentalno tijelo dr. Sarno i prepoznala se na tim stranicama. Udata sa dvoje male djece, bila je prisiljena da radi van kuće zbog finansijskih pritisaka. Priznala je djetinjstvo koje je ponekad bilo veoma teško, a sa ocem je imala slab odnos. Pomogao sam joj da se odvikne od narkotika i ostala je bez bolova – i bez droga – više od pet godina.

Kevinova priča ilustruje jedinstvenu situaciju elitnog sportiste. Trenirao je za svoje prvo Ironman takmičenje kada je osjetio bol u lijevom kuku i nozi samo mjesec dana prije takmičenja. Iron man je izvanredan događaj izdržljivosti, koji od učesnika zahtijeva da plivaju 2,4 milje, voze bicikl 112 milja (bez skice) i, konačno, trče maraton (26,2 milje).

Veteran maratona i triatlona, Kevinova bol je počela kada je smanjio trening kao dio pre-eventa tapera preporučenog za ovu vrstu takmičenja. S obzirom na nevjerovatnu količinu obuke i posvećenosti koju je to zahtijevalo, bio je izuzetno uznemiren zbog mogućnosti da neće moći sudjelovati. Na sreću, on je prepoznao da bi njegov bol mogao biti TMS. Kevin mi je rekao da je uspješno eliminirao bolove u donjem dijelu leđa, ramena i noge, posljednji dijagnosticiran kao sindrom iliotibijalne trake, čitanjem i ponovnim čitanjem knjiga dr. Sarnoa u posljednjih pet godina. S obzirom na to koliko je bio pedantan u treninzima i kako je bio odlično kondicioniran, složio se da je krajnje malo vjerovatno da je odjednom trebao razviti problem čisto fizičkog bola.

Zatim, nedelju dana pre Ironmana, pojavio se bol u donjem delu leđa i preponama. Ponudio sam mu savjet kako da pobijedi svoj bol i ohrabrio ga da barem počne trku. Bio je u nelagodi kada

krenuo je, ali mu je bol nestao i rekao mi je da je do kraja trke potpuno dobro. Rekao je: „Hvala vam još jednom na pomoći!  
Osećam se izuzetno srećnim što sam uspeo da završim (on je uradio bolje nego da je samo završio – postigao je odlično vreme). Boli me što vidim toliko prijatelja koji se bore sa bolestima sličnim TMS-u.”

Aaron, olimpijski sportista, kontaktirao me u očaju da istraži da li bi njegov hronični bol u kukovima i nogama mogao biti posledica TMS-a. Njegovi simptomi su ga sprečavali da živi kao profesionalni sportista - sponzori su preteli da će povući svoju podršku. Unatoč tome što je vidio mnoštvo liječnika i praktičara svih vrsta i religiozno slijedio njihove protokole liječenja, nije mogao trčati bez značajne nelagode. Srećom, jedan od članova njegove porodice preporučio mu je da pročita jednu od knjiga dr. Sarna, a internet pretraga TMS ljekara dovela ga je do mene.

Tokom konsultacija, otkrio je svoje perfekcionistačke kvalitete i izuzetan stres koji je stavio na sebe kako bi nastupio na najvišem nivou. Takođe je bio u stanju da otkucava čitav niz značajnih životnih stresora, koji su nesumnjivo doprineli njegovom rezervoaru bijes.

Ubrzo se vratio trčanju bez bolova.

Carol me kontaktirala da joj pomognem kod kroničnog bola u zglobu i podlaktici koji je dijagnosticiran kao tenosinovitis i sindrom karpalnog tunela. Bezuspješno je slijedila planove liječenja ortopedskog distista i fizioterapeuta. Na osnovu abnormalne magnetne rezonance, ortoped je sada preporučio operaciju.

Budući da su joj svi fizički lijekovi bili neuspješni, počela je misliti da je možda TMS kriv. Carol je uspjela eliminirati druge simptome kronične boli šest godina ranije nakon što je saznala za TMS. Ovog puta je shvatila da mozak nikada

odustaje od svoje strategije – da je pojava novih simptoma, na novoj lokaciji, uobičajena. Ono što je kritično je sposobnost prepoznavanja

ovo. Umjesto da razmišljate: „Kako sam se ozlijedio?“ podsjetila se da zaista nije učinila ništa neobično ili neobično - ništa za što nije bila sposobna. Vratila se pisanju svoje liste, razmišljajući o tome šta bi moglo biti u nesvesnom, u rezervoaru besa, preteći da će se osvestiti.

U roku od jedne sedmice izjavila je da se osjeća „hiljadu posto“ bolje! Tada sam je podsjetio na potrebu vječne budnosti. Razmišljanje o TMS-u, čak i kada smo dobro, služi kao preventivna medicina. Oni koji su u stanju da to urade otkrivaju da mogu da uguše mnoge bolove. Kada se to dogodi, to je izuzetno osnažujuće, jer prepoznajemo kontrolu koju imamo nad svojim tijelima. Ovo takođe pomaže da se tako ojačaju novi sistemi verovanja o tome kako psihologija utiče na naše fizičko biće.

## ZAVRŠNE MISLI

Veliko mi je zadovoljstvo što sam saradnik ove knjige. Učenje o TMS-u za mene je zaista bilo prosvećenje, a kao rezultat ovog obrazovanja, imao sam sreću da sam imao veliki uspjeh pomažući ljudima da se osjećaju bolje. Ne mogu a da ne vjerujem da će dijeljenje ovog iskustva omogućiti drugima da dožive to isto prosvećenje i rezultirati zadovoljstvom poboljšanjem života pacijenata, prijatelja i porodice.

Konačno, uvjeren sam da će teorija TMS-a postati dio mainstream medicine iz jednostavnog razloga što je ispravna i što je uspješnija u ublažavanju boli od bilo kojeg drugog modaliteta. Kako se sve više i više ljudi pomaže ovim pristupom, liječnici će biti primorani obratiti pažnju. Osim toga, znajući koliko je mozak strašan i složen, zar se ne čini prilično kratkovidnim zanemariti ulogu koju mozak može igrati u pogledu tjelesnih senzacija?



# REFERENCE

PRVO: ŠTA JE PSIHOZOMATSKA MEDICINA?

Američko udruženje psihijatara. Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, 4. izd. Washington, DC: Američko udruženje psihijatara, 1994.

Alexander, F. Psihosomatska medicina. Njujork: WW Norton, 1950.

Beecher, HK Bol kod muškaraca ranjenih u borbi. *Annals of Surgery* 123:96-105, 1946.

Beecher, HK Surgery kao placebo. *JAMA* 176:1102-1107, 1961.

Bengtsson, A. i Bengtsson, M. Regionalni simpatički blok u primarnoj fibromijalgiji. *Pain* 33:161-167, 1988.

Cousins, N. Anatomija bolesti. Njujork: WW Norton, 1979.

Damasio, A. Osjećaj onoga što se događa. New York: Harcourt Brace & Co., 1999.

Freud, S. Standardno izdanje kompletnih psiholoških radova Sigmunda Frojda, vol. II, Studije o histeriji. London: Hogarth Press, 1955.

Freud, S. Standardno izdanje kompletnih psiholoških radova Sigmunda Frojda, vol. XVI. London: Hogarth Press, 1963.

Gould, SJ Ovaj pogled na život. *Prirodna istorija*, jun 1986.

Groopman, J. Boli svuda. *The New Yorker*, 13. novembar 2000.

Lund, N., Bengtsson, A., i Thorberg, P. Pritisak kiseonika u mišićnom tkivu u primarnoj fibromijalgiji. *Scand J Rheumatol* 15:165-173, 1986.

Miller, HC Stres prostatitis. *Urology* 32:507-510, 1988.

Pert, C. *Molecules of Emotion*. New York: Scribner, 1997.

- Pimentel, M., Chow, EJ, i Lin, HC Eradikacija prekomjernog rasta bakterija u tankom crijevu smanjuje simptome sindroma iritabilnog crijeva, *Am J Gas troenterol* 95:3503–3506, 2000.
- Reichlin, S. Neuroendokrino-imune interakcije. *N Engl J Med* 329: 1246–1253, 1993.
- Rosenkranz, MA, Busse, WW, Johnstone, T., et al. Neuronska kola koja su u osnovi interakcije između emocija i pogoršanja simptoma astme. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 102:13319–13324, 2005.
- Sapolsky, RM O miševima, ljudima i genima. Prirodna istorija, maj 2004.
- Sarno, JE *Healing Back Pain*. Njujork: Warner Books, 1991.
- Sarno, JE *Um nad bolovima u leđima*. Njujork: William Morrow & Co., 1984.
- Sarno, JE *The Mindbody Prescription*. Njujork: Warner Books, 1998.
- Schrader, H., Oblienne, G., Bovim, D., et al. Prirodna evolucija kasnog udara biča izvan medicinsko-pravnog konteksta. *Lancet* 347 (9010):1207–1211, 1996.
- Kračić, E. *Od paralize do umora*. Njujork: Slobodna štampa, 1992.
- Todnem, K., i Lundemo, G. Oporavak srednjeg nerva u sindromu karpalnog tunela. *Muscle Nerve* 23:1555–1560, 2000.
- Walters, A. Psihogeni regionalni bol alias histerični bol. *Brain* 84:1–18, 1961.
- DVA: KRATKA ISTORIJA PSIHOZOMATSKE MEDICINE
- Alexander, F. *Psihosomatska medicina*. Njujork: WW Norton, 1950.
- Ansbacher, HL i Ansbacher, RR (urednici i komentari). *Individualna psihologija Alfreda Adlera* (str. 308, 309). New York: Basic Books, 1956.
- Booth, GC Psihološki pristup u terapiji hroničnog artritisa. *Rheumatism* 1:48, 1939.
- Broks, P. Šta je na licu? *Prospekt*, oktobar 2000.
- Cousins, N. *Anatomija bolesti*. Njujork: WW Norton, 1979.
- Draper, G. Zajednički imenitelj bolesti. *Am J Med Sci* 190:545, 1935.
- Freud, S. Standardno izdanje kompletnih psiholoških djela Sigmunda Freuda, vol. 1–33. London: Hogarth Press, 1966.
- Gay, P. Freud: Život za naše vrijeme (str. 63). Njujork: WW Norton, 1988.
- Halliday, JL Psihološki aspekti reumatoidnog artritisa. *Proc R Soc Med* 35:455, 1942.
- Knopf, O. Preliminarni izvještaj o studijama ličnosti kod 30 pacijenata s migrenom. *J Nerv Ment Dis* 82 (270):400, 1935.
- Kohut, H. *Analiza sebe*. New York: International Universities Press, 1971.

- Lear, J. Ljubav i njeno mjesto u prirodi. New York: Farrar, Straus, Giroux, 1990.
- Sarno, JE Healing Back Pain. Njujork: Warner Books, 1991.
- Sarno, JE Mind Over Back Pain. Njujork: William Morrow, 1984.
- Sarno, JE The Mindbody Prescription. Njujork: Warner Books, 1998.
- Taylor, GJ Psihosomatska medicina i savremena psihoanaliza. Madi  
sin, Conn.: International Universities Press, 1987.
- Walters, A. Psihogeni regionalni bol alias histerični bol. Brain 84:1-18, 1961.
- Wolff, HG Osobine ličnosti i reakcije ispitanika sa migrenom. Arch Neurol Psychiat  
37:895, 1937.

## TRI: PSIHOLOGIJA PSIHOZOMATSKIH POREMEĆAJA

- Black, PH i Garbutt, LD Stres, upale i kardiovaskularne bolesti.  
J Psychosom Res 52:1-23, 2002.
- Coen, SJ i Sarno, JE Psihosomatsko izbjegavanje sukoba kod bolova u leđima.  
The J Am Acad Psychoanal 17(3):359-376, 1989.
- Freud, S. Standardno izdanje kompletnih psiholoških djela Sigmunda  
Freud, vol. 1-33. London: Hogarth Press, 1966.
- Gay, P. Freud: Život za naše vrijeme (str. 118). Njujork: WW Norton, 1988.
- Lear, J. Ljubav i njeno mjesto u prirodi (str. 46-47). New York: Farrar, Straus,  
Giroux, 1990.
- Ornish, D., Brown, SE, Scherwitz, LW, et al. Mogu li se promjene u načinu života preokrenuti  
koronarne bolesti srca? Lancet 336:129-133, 1990.
- Sarno, JE Healing Back Pain. Njujork: Warner Books, 1991.
- Sarno, JE Mind Over Back Pain. Njujork: William Morrow & Co., 1984.
- Sarno, JE The Mindbody Prescription. Njujork: Warner Books, 1998.

## ČETIRI: LEČENJE

- Ansbacher, HL i Ansbacher, RR (urednici i komentari). Individualna psihologija  
Alfreda Adlera (str. 294). New York: Basic Books, 1956.
- Davanloo, H. Basic Principles and Techniques in Short Term Dynamic  
Psychotherapy. New York: Spectrum Publications, 1978.
- Feinblatt, A., i Meighan, D. Kratkoročna grupna psihoterapija za hronične bolesti  
Pain Paper.
- Poremećaji. Poster prezentacija, Američko psihosomatsko društvo, 3. april 1992.
- Maunder, R., i Hunter, J. Vežanost i psihosomatska medicina: Razvoj mentalnog  
doprinosu stresu i bolesti. Psychosom Med 63:556-567, 2001.
- Prezentacija, Američko psihosomatsko društvo, 13. februar 1998.



Sarno, JE *Healing Back Pain*. Njujork: Warner Books, 1991.

Sarno, JE *Mind Over Back Pain*, New York: William Morrow & Co., 1984.

Sarno, JE *The Mindbody Prescription*. Njujork: Warner Books, 1998.

#### PET: HIPERTENZIJA I POVEZANOST UMA

Alexander, CN, Schneider, RH, Staggers, F., et al. Ispitivanje smanjenja stresa za hipertenziju kod starijih Afroamerikanaca. II. Spol i analiza podgrupe rizika. *Hypertension* 28:228, 1996.

Eisenberg, DM, Delbanco TL, Berkey, CS, et al. Kognitivne bihevioralne tehnike za hipertenziju: da li su efikasne? *Ann Intern Med* 118:964-972, 1993.

Fauvel, JP, M'Pio, I., Quelin, P., et al. Ni percipirani stres na poslu niti individualna kardiovaskularna reaktivnost ne predviđaju visok krvni pritisak. *Hypertension* 42:1112-1116, 2003.

Holtzman, JF, Kaihlanen, PM, Rider, A., et al. Istdobna primjena terazosina i atenolola za liječenje esencijalne hipertenzije. *Arch Intern Med* 148:539-543, 1988.

Jorgensen, RS, Johnson, BT, Koloodziej, ME, et al. Povišen krvni pritisak i ličnost: metaanalitički pregled. *Psychol Bull* 120:293-320, 1996.

MacMillan, HL, Fleming, JE, Trocme, N., et al. Rasprostranjenost fizičkog i seksualnog zlostavljanja djece u zajednici: Rezultati zdravstvenog dodatka Ontarija. *JAMA* 278:131, 1997.

Mann, SJ *Liječenje hipertenzije: revolucionarni novi pristup*. Njujork: Wi zakon, 1999.

Mann, SJ Teška paroksizmalna hipertenzija (pseudofeohromocitom): razumevanje njenog uzroka i lečenja. *Arch Intern Med* 159:670-674, 1999.

Mann, SJ Neurogena esencijalna hipertenzija ponovo pregledana: slučaj povećane klinička i istraživačka pažnja. *Am J Hypertens* 16:881-888, 2003.

Mann, SJ, i Delon, MA Prikaz slučaja: Poboljšana kontrola hipertenzije fol umanjuje otkrivanje traume stare decenije. *Psychosom Med* 57:501-505, 1995.

Mann, SJ, and James, GD Defensiveness and hypertension. *J Psychosom Res* 45:139-148, 1998.

Mann, SJ i Gerber, LM Niska doza alfa/beta blokade u liječenju esencijalne hipertenzije. *Am J Hypertens* 14:553-558, 2001.

Mann, SJ, i Gerber, LM Psihološke karakteristike i odgovori na terapiju tihipertenzivnim lijekovima. *J Clin Hypertens* 4:25-33, 2002.

Schneider, RH, Alexander, CN, Staggers, F., et al. Nasumično kontrolirano ispitivanje smanjenja stresa kod Afroamerikanaca liječenih od hipertenzije više od godinu dana. *Am J Hypertens* 18:88-98, 2005.

- Suls, J., Wan, CK, Costa, PT Odnos osobine ljutnje i krvnog pritiska: meta-analiza. *Health Psychol* 14:444-456, 1995.
- SEDAM: ISKUSTVO REUMATOLOGA SA PSIHO  
SOMATSKI POREMEĆAJI
- Assendelft, WJ, Morton, SC, Yu, EI, et al. Spinalna manipulativna terapija za bol u donjem dijelu leđa: meta-analiza učinkovitosti u odnosu na druge terapije. *Ann Intern Med* 138:871-881, 2003.
- Boden, SD, Davis, DO, Dina, TS, et al. abnormalna magnetna rezonanca snimci lumbalne kičme kod asimptomatskih subjekata: prospektivno istraživanje. *J Bone Joint Surg [Am]* 72:403-408, 1990.
- Brosseau, L., Milne, S., Robinson, V., et al. Efikasnost TENS-a u liječenju kronične boli u donjem dijelu leđa: meta-analiza. *Spine* 27:596-603, 2002.
- Busch, A., Schachter, CL, Peloso, PM, et al. Vježba za liječenje fibromijal gja sindroma. Pregled sistema Cochrane baze podataka 3: CD003789, 2002.
- Deyo, R.: Dijagnostička procjena bola u donjem dijelu leđa: Postizanje specifične dijagnoze je često nemoguće. *Arch Intern Med* 162:1444-1447, 2002.
- Deyo, R.: Magnetna rezonanca lumbalne kičme: Sjajan test ili tar baby? *N Engl J Med*, 333:115-116, 1994.
- Deyo, RA, Nachemson, A., Mirza, SK Hirurgija kičmene fuzije—slučaj za suzdržanost. *N Engl J Med* 350:722-726, 2004.
- Furlan, AD, Clark, J., Esmail, R., et al. Kritički pregled recenzija o liječenju kronične boli u donjem dijelu leđa. *Kičma* 26:E155-E162, 2001.
- Gerritsen, AA, de Krom, MC, Struijs, MA, et al. Konzervativne mogućnosti liječenja sindroma karpalnog tunela: sistematski pregled randomiziranih kontroliranih studija. *J Neurol* 249:272-280, 2002.
- Gibson, JN, Woddell, G., Grant, IC, et al. Operacija degenerativne lumbalne spondiloze. Pregled sistema Cochrane baze podataka 3: CD001352, 2000.
- Hagan, KB, Hilde, G., Jamtred, G., et al. Cochrane pregled savjeta da ostanete aktivni kao jedan tretman za bol u donjem dijelu leđa i išijas. *Spine* 27:1736-1741, 2002.
- Jellema, P., van Tulder, MW, van Poppel, ML, et al. Lumbalni oslonci za prevencija i liječenje bola u donjem dijelu leđa: sistematski pregled u okviru Cochrane Back Review Group. *Spine* 26:377-386, 2001.
- Jensen, MC, Brant-Zawadzki, MN, Obuchowski, N., et al. Magnetna rezonanca lumbalnog dijela kičme kod osoba bez bolova u leđima. *N Engl J Med* 331:69-73, 1994.
- Magora, A., Schwartz, A. Veza između sindroma bola u donjem dijelu leđa i rendgenski nalaz. Dijelovi 1-4. *Scand J Rehabil Med* 1976, 1978, 1980; 8, 10, 12.

- van der Windt, DA, van der Heijden, GJ, van den Berg, SG, i dr. Ultrazvučna terapija za mišićno-skeletne poremećaje: sistematski pregled. *Pain* 81:257–271, 1999. van
- Tulder, MW, Malmivara, A., Esmail, R. i dr. Terapija vježbanjem za niske bol u leđima. *Spine* 25:2784–2796, 2000.
- van Tulder, MW, Ostelo, R., Vlaeyen, JW, et al. Bihevioralno liječenje hroničnog bola u donjem dijelu leđa: sistematski pregled u okviru Cochrane grupe za pregled leđa. *Spine* 26:270–281, 2001.

# INDEX

Brojevi stranica u kurzivu odnose se na ilustracije.

- napuštanje, 114, 150, 164, 178  
Abnerov slučaj, 159-64  
Tendinitis Ahilove tetive, 256  
Adler, Alfred, 45-46, 52, 67-74, 101 mozak  
    prema pregledu, 40, 54, 70  
    na terapiji, 149  
adolescencija, 80, 125, 134  
    emocije nastale u, 97-100  
  
nadbubrežna žlijezda, 210, 212,  
218 adrenalin, 210, 212, 218-19, 221  
oglašavanje, 312-13  
estetske metode, 48  
Afroamerikanci, hipertenzija, 199, 200-  
201, 217 agresija, 63,  
66-67, 76-81 starenje, 17, 115,  
144-45, 269, 304 kao emocionalni  
    okidač, 315, 3194 kao životni  
    pritisak , 104, 106 seksualna  
    disfunkcija i, 26 vidi i starije  
    osobe  
AIDS, hipertenzija i, 222-23  
zloupotreba alkohola, 99, 237, 238, 265,  
291, 301, 319, 321-22, 356, 362  
    hipertenzija i, 186  
aldosteron, 210, 218  
  
Alexander, CN, 196  
Alexander, Franz, 25-26, 45-46, 52, 54, 74-  
81, 128  
"aleksitimičnih" pacijenata,  
154 Alice, puferi i, 174-75  
alergije, 4, 27, 28, 40, 96, 138, 228, 231 alfa  
blokatori, 220-23, 225  
alternativna medicina, 1, 8, 168, 273,  
277, 284, 312-13  
Alchajmerova bolest, 234  
American College of Rheumatology, 26,  
21, 22,  
TMS od, 116  
analgetika, 130, 275,  
302 Anatomija bolesti  
(rodaci), 79 anestetika, lokalni, 272-73  
ljutnja, 71, 72, 94-95, 98,  
150, 157, 160-79, starenje, , 233, 235  
    puferi i, 174-  
    75 svjesni, 112, 114,  
    145, 160, 165-66, 168,  
    169, 174-75, 179, 235, 239, 267,  
    418, hiperenzija i  
    318 92, 200-201, 219

- bijes (nastavak)
- upravljanje, 172, 189, 197, 214
  - prema roditeljima, 161–64, 172–73
  - SNS i, 219
  - superego i, 64, 65
  - nesvjesno, 60, 99, 100, 105, 108–9, 112, 118, 125–26, 139, 143–45, 160–62, 170–67, 171–78 238, 242–43, 267, 342–45
  - vidi također
- bijes ulazak ljutnje, 191, 192 izlazak ljutnje, 191–
- 92 angina, 119 enzim koji pretvara angiotenzin inhibitor (ACEI), 208, 210, 211, 218, 220–24
- angiotenzin II, 218
- blokator receptora angiotenzina (ARB), 211, 218, 220–23
- gležnjevi, 330
  - slomljeni,
- 301, 308 uganuće po slučaju, 1, 204 Anna O (Breuerov slučaj), 47 anoreksija
- nervoza, 28–30 Ansbacher, Heinz L., 149 Ansbacher, Rowena R., 149 antibiotici, 25 antidepresiva, 30, 35, 36, 48–2, 75
- hipertenzija anksioznost, 9, 22, 30, 41, 43, 44, 63, 73, 77, 96, 108, 109, 110, 119, 170–71, 179, 260, 276, 318, nadbubrežna žlijezda i 213 i 23 a hipertenzija i, 188–92, 199, 219, 221 upravljanje, 214 potiskivanje i, 65–66 liječenje i,
- 154, 156, 157–58, 221 Arhiv fizikalne medicine i rehabilitacije, 227
- bol u ruci, 22, 84, 110, 250, 266, 287, 301, 324, 363, 366–67
- arterije, hipertenzija i, 210, 217, 218–19, 221
- arterioskleroza, koronarni, 119, art. –34, 246, 257, 301, 330
- psorijatični,
  - 241 reumatoidni (RA), 4, 74, 79–81, 246,
- 252 astma, 27, 37, 239
- Atacand, 218
- atenolol, 221
- ateroskleroza, 110
- Australija, povrede koje se ponavljaju u, 313–
- 14 autoimuna bolest, 4, 29, 30, 34, 44, 70, 111, 113
- vidi i rak; reumatoidni artritis
- automobilske nesreće, 9, 294, 297, 309, 313, 324
- sindrom trzajnog udara i, 12, 38, 49, 301, 304, 310–11, 313
- autonomno-peptidni sistem, 14–47
- tri epidemije i 247
  - TMS i, vidi sindrom tenzionog miozitisa
- Avapro, 218
- svijest, 149, 155
- hipertenzija i, 197, 198, 215, 225
- bol u leđima, 2, 8, 11, 15, 18, 40, 44, 97, 112–18, 231, 246–49, 264, 266, 278, 285, 291, 293, 343, 358 uzroka
- pomaka i, 95 hipertenzija u poređenju sa, 196–97 niska, 3, 43,
  - 82, 83, 89–90, 109, 112, 116–17, 126, 140, 159–60, 229, 230, 231, 36, 23 241, 248, 250, 260, 262, 280–81, 282, 287, 291, 300–304,

- 312-13, 314, 316-17,  
320, 328-29, 334, 337,  
340, 355, 358, 362-65  
nisko, pregled literature o  
liječenju, 254-56 MRI  
nalazi i, 159, 42, 23 294-95,  
296 miofascijalni,  
17 povučeni  
mišići i, 248 terapija i,  
156, 159-60, 166-69  
tretman,  
48, 116, 130, 132-33, 159,  
163, 167-6, 68  
248, 254-56, 272-74,  
300 okidača i, 309,  
312-13, 314, 316 bakterija,  
3, 19, 20,
- 25 bazalni prednji  
mozak, 10 Beecher,  
Henry, 10  
bihevioralne modifikacije  
Bellove psihologije, 350  
Palsy, 72  
benzodiazepines, 349  
beta blokatora, 218, 220-23, 225  
Betaxolol, 221  
Beyond Osim principa zadovoljstva  
(Freud), 61-62 Vožnja biciklom,  
302, 303, 350, 355  
Bipolarni  
poremećaj, 301 mjehur,  
85, 236 Sljeboće ,  
histerično, 85 šećera  
u krvi, 224 krvne pretrage, 250,  
337 volumena  
krvi, pretjerano,  
217-18 crvenilo, 9, 70 Boden, SD, 251  
govor tijela, 7, 152, 153, 158,  
164 "lijek za dijelove  
tijela," 284 frakture  
kostiju, 269 skeniranja kostiju, 323,  
361 koštana ostruga,  
11, 16, 17, 18, 247, 258  
Bostonski  
maraton, 147 crijeva,  
pražnjenje crijeva, 70 učestalo, 262-73 vid. i sindrom iritacije crijeva
- dječaci, emocionalni razvoj, 99 mozak,  
9-16, 27  
histerični psihogeni i, 83, 84  
histerični simptomi i, 10-  
11, 53  
stari vs. novi, 4-5, 57-58, 69,  
101-2  
psihosomatski poremećaji i, 4-  
5, 11-16, 25, 33, 40, 54,  
55, 83, 93, 101-2, 104,  
119, 124-27, 136, 145,  
149, 183, 243, 281  
306, 343, 345, 346, 348,  
349, 352 SNS i, 218,  
221 studije, 34-35,  
37, 104 indukcije simptoma  
i, 13, 14, 51, 73, 126, 38 , 306  
„razgovaranje sa“, 147  
Mozak, 40, 81  
oštećenje mozga,  
57-58, 157-  
58 moždano stablo, 4, 10, 57,  
69 dah, kratkoća, 212  
Breuer, Josef, 11, 45-46,  
47 , 50-54, 83,  
85  
Broks, Paul, 57, 58  
Brosseau, L., 254  
braća, 113, 116, 169, 230  
Brundage, Avery, 242  
bubonska kuga, 19  
tampon riječi ili fraza, 173-74  
bulimija, 28-30  
Busch 256 bol  
u zadnjici, 250, 300 TMS  
i, 15, 18, 49, 230, 231, 235,  
242, 287  
blokatori kalcijumskih kanala, 217-18,  
222 kalendarski fenomen, 353  
Kanada, trzajni sindrom u, 311 rak,  
2, 4, 29, 30, 32, 34, 35, 269, 318  
candasartan, 218  
Candida, TMS od, 117  
kardiovaskularne bolesti, 4, 34, 44,  
45 vid. i sindrom iritacije crijeva

- Cardura, 221
- karijera, nedostatak, 121, 123,
- 225 uloga skrbnika, 144, 234, 236, 266,
- 343 prema roditeljima, 105,
- 113, 116, 121–23, 161,
- 169,
- 169, 361 tumatoid, art. sindrom
- (CTS), 18,
- 23–24, 43, 83, 241, 278, 295, 296, 301,
- 304, 359, 366 studija
- slučaja, 292–94
- strukturni uzroci, 308
- tretman, 256, 293, 294, 30
- katarza, 157
- centralni nervni sistem, 29, 281–82
- autonomna grana, 14, 69, 73
- bolest cervikalnog diska,
- 236 vratna kičma, 132, 294–95, 296,
- 323–24
- Charcot, Jean-Martin, 45–47, 52, 54, 83,
- 85 bol
- u grudima, 82, 360
- zlostavljanje djece, 76, 81, 99, 103, 238–
- 39, 265
- emocionalna, 99–100, 143, 238,
- 279, 291, 295, 319, 355
- hipertenzija i, 209, 215, 216,
- 221–22 fizička,
- 99, 116, 143, 238, 2579,
- seksualna 99,
- 100, 140–41, 143, 230, 279,
- 291–92, 295, 319 porođaj,
- 231, 266,
- 315–19 djetinjstvo, 4, 5, 53, 56,
- 59, 71 vidi također zavisnost ;
- narcizam
- dijete-primitiv, 56, 59, 94
- emocije zasnovane na
- odgovorima, 97, 101–7,
- 114,
- 126, 144 djece, djetinjstvo, 89, 97–
- 102, 311–12, 318,
- 365 emocija generiranih u,
- 94, 97–100, 1343–
- 41, 44, 148, 343, 344
- osjećaj inferiornosti u, 62–
- 63, 107
- gubitak, 209
- novih beba, 102, 105
- represivni stil suočavanja i,
- 206
- seksualnost, 62, 76
- socijalna povijest i, 134, 279,
- 280
- prelazak u odraslu dob iz, 62,
- 101
- sindrom umora (CFS), 28–30, 49, 75–
- 77 kronična lajmska
- bolest, 49 sindroma
- kronične boli, 18–21, 23, 34, 40, 229, 247,
- 329–30, 347 razočaranje,
- 272–74 preklapanje i, 276–77
- jedna dijagnoza i, 278,
- 283–85
- upravljanje bolom i, 274–
- 77
- sekundarni dobitak i, 19–20,
- 112–13, 276
- društvena istorija i, 278,
- 279–80
- nježnost i, 278, 280–83
- okidači i, 309–11
- cerekanje, 172–73, 174
- klinička medicina, 38, 137
- klonidin, 221
- Coen, Stanley J., 92–93
- kognitivno-bihejvioralni program, 49,
- 109,
- 110 debelo crijevo,
- 25, 36, spastično
- 82, 231 kompulzivna ponašanja, 41,
- 102, 295 kompjuterizovana tomografija
- (CT), 16–17,
- 130, 260, 323
- kompjuteri, 23, 265 kondicioniranje,
- 339, 346–47, 351,
- 354, negativno, 287
- Pavlan, 138 sukob,
- 162, 342–45
- bračni, 99, 176 konjuktivitis, 27

- svijest, 44, 50–54, 56, 60–61, 87, 118–19 ego i,  
 64, 65 neuronski  
 korelati od, 35–36 superego  
 i, 64, 65 zatvor, 263
- konsultacije/  
 procjena, 152–5 kontakt refleksi,  
 promjene u, 86 kontrola, 80,  
 158, 162 gubitak, 94,  
 107, 108, 174, 247, 252,  
 268, 317 majki i,  
 316–17 Cooper protiv
- Commonwealtha, 313–14 koronarna  
 arterija 313–14. 20 korteks, 57
- Costa, PT,  
 191 kašalj, 69,  
 73, 125 Cousins,  
 Norman, 79 snova o  
 raku, 175–78 Crick,  
 Francis, 35–36 kritika:  
 samo-, 102, 144, 178–79  
 osjetljivost na, 72, 74, 102,  
 144, 291
- plakanje, 102, 105, 234, 263–64
- dnevni studijski program, 142–46, 181,  
 286,  
 289–90 Damasio, Antonio  
 R., 10 Darwin, Charles,  
 55 Darvinizam,  
 63 smrt, 200, 209,  
 266 roditelja, 113, 114, 116,  
 158, 22 232, 236–37,  
 239, 319, 358, 359, 362
- vidi i donošenje
- odluka o mortalitetu, 265–  
 66 ego i, 56, 91
- odbrane, 152, 154, 155, 171–75, 261,  
 34, 34, 157  
 bafer riječi ili  
 fraze kao, 173–75
- tugovanje i, 201–2  
 fizički naspram psihičkih, 158  
 vidi i fizičke simptome;  
 represija; specifični  
 simptomi
- Delon, MA, 204  
 deluzije, 41–42  
 poricanje, 131, 150, 155, 160, 182, 199  
 dentalne abnormalnosti,  
 18 ovisnost, 4, 61, 71, 76, 81, 102, 108,  
 123 strah  
 –64 krivica za,  
 157, 159 id i, 58, 59,  
 64 za roditelje, 80,  
 116 u psihosomatskoj  
 trijadi, 118–19, 139  
 depresija,  
 22, 30, 41, 43, 48, 66, 77, 68, 125, 128,  
 276, 301 hipertenzija i, 200–  
 201, 210 serotonin i, 36, 104
- liječenje, 30, 35, 36, 48,  
 75
- dermatološki sindromi mentalnog tijela,  
 33, 34,  
 138 desipramin,  
 225 Deyo, R., 251,  
 255 dijabetes, 15, 26, 32,  
 308 dijabetička periferna neuropatija,  
 234 dijagnoza, 5, 33, 136–62, 209 278–  
 85, 321–26  
 prihvatanje, 6, 110, 131, 134,  
 151, 230, 237, 238,  
 259, 262, 268–69, 291,  
 296, 327, 328 od
- carpal 2, 328 od 93
- diferencijal, 324, 337–38
- fibromialgije, 22, 236, 237, 264–  
 65, 295, 296, 319, 363  
 disk
- hernije, 10, 11, 16, 20, 130,  
 130, 13, 13, 16, 15 337,  
 355 grešaka  
 u, 2, 13, 16–18, 20, 22, 24, 34,  
 104, 130, 294, 338
- neprihvatanje, 19, 31–32, 232,  
 268, 246–9, 88
- nespecifično, 247



- dijagnoza (nastavak )  
 jedan, važnost, 278, 283–85  
 anamneza pacijenta i,  
 vidi istoriju, pacijent;  
 socijalna  
 istorija u programu  
 lečenja,  
 134–35 vidi i  
 kompjuterizovanu  
 tomografiju;  
 magnetna rezonanca; pregled
- Dijagnostički i statistički priručnik za  
 Mentalni poremećaji (DSM), 3,  
 38–40
- Diamond, Jared, 55
- dijeta, hipertenzija i, 186, 213
- diferencijalna dijagnoza, 324, 337–38
- Diovan, 218
- invalid, 106, 107, 139, 265 od  
 saobraćajne nezgode, 310  
 socijalno osiguranje, 273,  
 301, 308,
- 309 razočarenje, 150, 265, 267
- disciplina, 99–100, 143–44
- pomjeranja, 95, 114, 267
- diuretici, hipertenzija i, 208, 210, 202,  
 208, 210, 202 , 265,
- 266, 268, 292, 293, 358 vrtoglavica, 15,  
 26, 138, 231
- Slučaj Dora, 65, 124–25
- dvostruko zaslepljivanje studija, 252–  
 53,
- 339 doksazosin,  
 221 snovi, 59, 175–
- 78 vožnja, 231, 260, 261, 262, 357  
 vidi i automobilske nesreće
- lijekovi, 8, 24–25, 26, 31, 130, 151, 301,  
 312, 339  
 antihipertenzivi, 197, 210,  
 211, 213, 214, 216–18,  
 220–26
- protuupalni, ovisnosti 5 7 4  
 na,  
 1, 249 ukidanje, 262,  
 263, 349
- nesteroidni anti  
 inflamatorni  
 (NSAID), 235, 312  
 psihoterapija naspram,  
 30 vidi i antidepresive; specifični
- lijekovi suhe oči, 263–64
- bol u uhu,  
 236 u ušima, zvoni, vidi  
 tinitus poremećaji u ishrani, vidi anorexia  
 nervosa;  
 bulimija  
 ekcem, 27 Edelman, Gerald  
 M., 35–36 ego, 56, 59, 63–67, 72, 87,  
 104, 109, 123, 139, 149,  
 152, 153 u fiziologiji TMS-  
 a, 1
- Eisenberg, DM, 195, 214
- lakat, 164–65, 287, 295, 297, 359, 360  
 tenis, 12–13, 18, 126, 257,  
 282, 288, 305
- stariji, 332, 305, 305,  
 332 42–43, 44, 52–53, 65, 120–25
- Emmy von N, 41–44, 52  
 emocionalno zlostavljanje, 99–100,  
 143, 238, 279, 291, 295,  
 319, 355 emocionalna nezavisnost, 175,  
 177–78 emocionalni bol, 76, 91–94, 6 94  
 116, 118,  
 312 id i, 64  
 sindrom 9/11 i, 106–8 fizički  
 bol naspram, 121–23, 176–  
 77  
 fiziologija TMS-a, 91–92, 91
- tretman i, 139, 140, 143–  
 45, 148 kao  
 nesvjesna reakcija na  
 tri skupa emocija, 97–98
- emocionalnih simptoma, vidi  
 anksioznost;  
 depresija emocionalni  
 pokretači, 315–18 emocije, 30, 33, 34,  
 71, 72, 74–75 biohemija od, 30–31

- kontrola i, 162  
 raseljeno, 95, 114, 267  
 generirano u  
   djetinjstvu,  
   djetinjstvu i  
   adolescenciji, 97–  
 100 misli naspram, 154 emocije, nesvjesno,  
   2, 4, 30, 44, 55, 60–61, 71, 9 108–  
   9, 121, 143, 314  
   prihvaćanje, 328  
   mozak i, 4, 10–11, 20, 37, 126–  
     27, 136 Freud-  
   Breuer pogled na, 50–51  
   mjerjenje, 6, 37  
   psihosomatski proces potaknut,  
     318–21  
 enalapril, 218  
 angažmana, slomljena, 167, 168  
 Epel, Elissa S., 269  
 epidemije, 1, 3  
   psihosomatskih poremećaja,  
     11–12, 19–24, 38, 128,  
     136–37, 229, 235–36,  
     256, 200–24, 38, 128,  
     136–37, 229, 235–36,  
 256, 678, , 308, 313–14, 329–30, 346  
   ekvivalentni odgovor, 306,  
 313, 326 vidi također  
 simptom imperativni  
 ezofagospazam, 14 evaluacija/konsultacije, 152–53 Evans, **Roberta Parry i ublažavanje,**  
   studije slučaja iz prakse  
   medicine  
 zasnovane na dokazima, 169–78, 252–  
   53, 258–59,  
 284  
   evolucija: mozga, 4–  
     5 ega, superega i, 63–65, 67  
     id  
     i, 56–61, 67, 101  
     društveno,  
 68 vježba, vidi očekivanja  
 fizičke aktivnosti, 143–44, 265, 267, 343  
 oči, suhe, 263–64  
 izrazi lica, 172 sindrom  
 neuspjelih leđa, 274 vjera,  
 129, 131, 133, 238  
 porodica, 105, 265, 266–67  
   dijagnoza i, 232 kao  
   životni pritisak, 94, 104  
   vidi i braća; djeca, djetinjstvo;  
     očevi; majke;  
     roditelji; sestre  
 porodična praksa, 333–  
   67 istorije bolesti i, 355–67  
   opšti opis, 334–41  
   uvođenje  
   pacijenata u TMS u, 340–47  
     očevi, 80,  
 98–99, 102, 324, 358, 365 uvredljivi, 76,  
   140, 168–69, 238–39, 355  
   ljutnja prema,  
   161–64, 172–73 briga o,  
     105,  
   121–23 smrt, 113, 114,  
   116, 232, 359 kao disciplinanci,  
     99–  
   106, strah od, 116, 117, 172,  
   176 grandioznost, 161, 164  
   umor, 221, 264, 319 vidi i  
 sindrom hroničnog  
   umora Fauvel, JP, 195  
     strah, 66,  
 71–72, 78, 93, 93 ,  
 131, 138 179, 196, 317, 318  
   nadbubrežni ekstremitet i,  
   106 problema sa crijevima  
   i, 262, 263 ovisnosti, 163–64  
   suhih očiju, 263–64  
   naknadne studije i,  
   257, 258 9/1 sindrom i, 106–8  
 roditelja, 76, 80, 116, 117,  
 172, 176 fizičkih aktivnosti,  
   139, 141,  
 145, 237, 251–52, 257, 259,  
   351–52, 3513– od bijesa  
   64  
 stopala:  
 gubitak osjeta u, 234 bol  
 u, 18, 38, 164–66, 261, 301,  
 356, 358, 362

- Feinblatt, Arlene, 115, 150–51, 159
- fibromijalgija, 18, 21–22, 23, 43, 83,  
235–37, 294–98, 315, 325  
dijagnoza, 22, 236, 26, 264–  
23, 296, 319, 363  
simptoma, 264, 320  
liječenje, 1, 231, 236–37, 256,  
296
- finansijskih problema, 104, 105–6, 359,  
365
- vatrogasci, preživjeli krivica, 107 5–  
HTT, 36
- Flanagan, Thomas, 117  
ravnih
- stopala, 70 Freud, Sigmund, 6, 40–70, 74,  
83, 85, 87, 119–  
25, 149 slučaj Darwin u  
usporedbi sa, 55 Dora i, 65,  
124–25 slučaj Elisabeth von  
R i, 42–43, 44, 52–53,  
65, 120–  
25 Gayeva biografija od 47,  
102,  
125 mentalnih komponenti  
koje definišu, 56, 59, 63–  
64, 101 represija prema, 54,  
60–61, 65, 72, 93  
simptom imperativ i, 48, 53–54,  
67, 111, 306 TMS  
opisan od, 40–43, 47–48, 52,  
85 nesvjesno  
od, 4, 41, 46, 47, 50–56, 59–63,  
66–67, 113, 278 Od  
paralize do umora (kraće),  
329 frustracija, 157, 159, 242–43, 247,  
ne  
267 dijagnoza, 286 funkcionalni prekrivač,  
276–77 Furlan, AD, 254
- vrtnarstvo, 302, 316
- želučani refluks, 1, 4, 8, 14, 15, 40, 59,  
170, 301, 343  
od Sarna, 125–26
- gastrointestinalni poremećaji, Frojdovi  
pogledi na,  
69 gastrointestinalnih sindroma mentalnog  
tijela, 4, 24–25, 33, 34, 40, 43,  
73, 138  
u Hirokuovom slučaju, 164–  
65 simptom imperativ i,  
109, 110  
vidi i iritativno crijevo  
sindrom; čirevi
- Gay, Peter, 47, 60, 102, 125
- genetika, hipertenzija i, 186, 188, 207,  
208, 212
- genitourinarni mentalni sindromi, 26,  
33  
vidi i prostatitis; seksualna  
disfunkcija; mokrenje,  
često
- Gerber, LM, 221
- Gibson, JN, 255
- djevojčica, emocionalni razvoj, 99 Glen,  
TMS dijagnoza, 340–41 Glickman,  
Marty, 241–43 globus  
hystericus, 70 glutealna  
regija, osjetljivost u, 280–81, 287, 293,  
322 golf, 126–  
27, 235 Gould,  
Stephen J., 36 baka,  
briga o, 161 Velika Britanija,  
29, 77 tuga, 154, 201–  
2, 317, 344 Groopman,  
Jerome, 235 36 grupnih sastanaka,  
146–47 grupna terapija,  
kratkotrajna, 153–55 gostiju,  
naprezanje i, 165–66 krivica,  
77, 94, 159, 170–71, 177–78, 179, 318  
zakopani bijes i, 139, 157  
neprikladnih, 268  
majki, 166  
preživjelih, 107
- Hagan, KB, 254–55
- halucinacije, 11, 42, 52
- ruke, 236, 265  
bol u, 84, 241, 324
- polenska groznica, 11, 237

- glavobolje, 70, 138, 164–65, 212, 228, 230, 231, 292, 295, 310, 324, 335, 343
- fibromijalgija i, 22, 236, 264
- migrena, 8, 15, 25–26, 71, 73, 77–79, 125, 237, 301, 318, 319, 324 napetost, 15, 25–26, 82 zacjeljivanje, 347,
- 350–504 definiran osjećaj  
bola, i, 202  
nepotpuno znanje i, 338–39 kao reintegracija tijela uma, 178  
samo-, 315
- Liječenje bolova u leđima (Sarno), 29, 90, 132–33, 142, 228, 232, 235, 303, 334, 341
- Liječenje bolova u leđima (traka), 289
- Lečenje hipertenzije (Mann), 185, 186 srce, 360 lupanje srca, 230, 295 brza brzina, 70, 219, 221, 224
- SNS i, 218–19
- žgaravica, 1 bol  
u peti, 236–37, 256  
Helen, seksualno zlostavljanje, 60, 100, 140–41  
diskus hernija, 281, 304  
dijagnoza, 10, 11, 16, 20, 130, 159, 167, 235, 237, 337, 355
- TMS bol koji se pripisuje, 16, 181
- tretman za, 10, 90, 159, 160, 167–68, 260, 274, 306, 355 hijatus hernija, 14
- kukova:  
promjene starenja u, 17  
bol u, 43, 300, 305, 321–22, 360, 362, 363, 365, 366
- Hirokuov slučaj, 164–66  
istorija, pacijent, 321–27, 337 vidi i društvenu istoriju
- Hitler, Adolf, 59, 242, 243 košnice, 27 Hoffman,
- Douglas, 272, 299–331, 334 bol u leđima, 302–3 istorije bolesti, 355–67 dvojno postojanje, 300–302, 33030 obuka, 3 Preživjeli Holokaust, 107 Holtzman, JF, 221 beznađe, 233, 247, 249, 258 neprijateljstvo, 78, 79, 81, 125 Hugo, Victor, 170 povrijeđeno, 76, 170–71, 174, 791, hipertenzija, 174–79, 185–226, 301 ljutnja i, 187, 189–92, 200–201 anksioznost i, 188–92, 199, 219, 221 uzroci, 186, 207, 210, 220 tragovi, 3 psihološke veze sa stresom20 i, 190, 194–95 labilno, 223 maligna esencijalna, 200–201 neurogena, 219 nova paradigma za, 186, 187, 197–226 stara paradigma za, 186–99, 214, 223 paroksizmalna (epizodična), 197, 209, 212–13, 224–26 ličnu istoriju i, 208, 209–10 potiskivanje i, 187, 197–216, 220–24, 226 otporan, 208, 211 teški, 208, 211 studije, 190–94, 200 s iznenadnim neobjašnjivim početkom, 209, 211–12, bijeli mantil, 306 zabrinjavajuće i, 196–97 vidi i tretman hipertenziju, 216 hipohondrija, 96–97 hipotalamus, 10, 69

- hipotireoza, 308  
 histerija, konverzija, 84, 86, 309  
 histerični psihogeni, 83–84  
 histerični simptomi, 10–11, 39, 42, 43, 46–54, 120, 122–25  
     Freud-Breuer studija, 47, 50–54  
     psihosomatski simptomi u  
         poređenju sa, 84–85, 124–25  
     TMS u poređenju sa, 47–50  
     tretmanom, 48  
 Hytrin, 221  
 id, 64, 69, 87, 139, 344, 345  
     definirana, 56,  
     63 evolucija i, 56–61, 67, 101  
 „Pretpostavljam,“ kao fraza, 174  
 bolest, kao životni pritisak, 104, 105–6  
 studije snimanja, 321, 322, 338  
     vidi takođe magnetnu  
         rezonancu  
 imuno-peptidni sistem, poremećaji koji  
     se pripisuju, 27–28  
 imunološki sistem, 27, 29, 113  
 impingement sindrom, 282–83  
 incest, 76, 140–41  
 Individualna psihologija, 68  
 dojenčad, dojenčad, 102, 105  
     emocije nastale u, 97–100  
     infekcija,  
 3, 28, 29, 231, 236, 269 inferiornost,  
 osjećaji, 61–63, 71, 182  
     Adlerovi pogledi na, 68, 73, 101  
     Aleksandrov pogled na, 81  
     sindrom hroničnog umora i,  
         75–76  
     Frojdovi pogledi na, 62, 101  
     perfekcionizam/dobro i, 63, 72,  
         73, 101, 103, 107, 144  
     u  
     psihosomatskoj trijadi,  
         118–19, 139  
     samonametnuti pritisak i, 94,  
         100–101,  
 infertilnost, 94, 100–  
 101 16 upala, 5, 37, 92, 246, 247, 281, 304–  
 5, 338  
 injekcije, terapijske, 272–73, 288  
 nesigurnost, osjećaji, 101, 139, 262, 263,  
 318  
 osiguranje:  
     auto, 310, 311  
     zdravlje, 20, 21, 150, 273  
     okidači i, 31, 313, 310, 313 15  
 inteligencija, 5, 53, 58, 59, 91, 102  
 Tumačenja snova, (Frojd), 175  
 intervertebralnih diskova,  
     281 abnormalnost, 5, 16, 136,  
         137, 281–82  
     vidi i diskus hernija  
 irbesartan, 218  
 Ironman takmičenje, 365–66  
 sindrom iritabilnog crijeva, 4, 14, 25, 59,  
 112, 249, 262, 263, 335, 364  
     fibromijalgija i, 22, 236, 264  
 ishemija, 23, 72, 84  
 James, snovi o, 175–78 James,  
 GD, 191, 206, 207 Jellema, P.,  
 254 Jensen, MC,  
 251 Jill, paroksizmalna  
 hipertenzija od, 224–25  
 Jimov slučaj, hipertenzija i, 199, 206  
 poslova, 119, 139, 237, 265  
     sindrom karpalnog tunela i, 292–  
         93, 294, 314–15 kronični  
     bol i, 276 ozljeda i, 309,  
         313, 313–75 in. 262, 263  
     pritisak, 64, 94, 104, 105  
     odgovornost, 90, 91, 144 stres,  
     hipertenzija i, 190, 194–95  
 John R, 7–8  
 Jorgensen, RS, 191, 192, 205  
 Journal of Mental Science, 178  
 Journal of Neurology, 256  
 Journal of Psychosomatic Research, 110,  
 207

- Kerlone, 221
- bolest bubrega, 210
- zatajenje bubrega, 200
- bubrega, 217, 218
- srodstvo, 58
- koljena, 17
- bol u, 38, 43, 165, 230, 247–48, 256, 282, 301–6, nalaz osjetljivosti u, 282, 291
- tendinitis, 278, 282
- znanja, 90
- ljekovita svojstva, 131, 135, 136, 138, 140, 147–50, 284, 289, 341, 342
- nepotpuna, 338–39
- laboratorijska istraživanja, 33–34
- laminektomija, 5, 355
- Lancet, 12
- jezika, 57–58
- smeh, neprikladno, 153, 155
- Lear, Jonathan, 61
- predavanje, liječenje i, 135–41, 182, 239–40, 285–86, 288–90
- pravni sistem, okidači i, 310, 313–14
- bol u nogama, 83, 112, 130, 159, . , 234, 250, 266, 291, 337, 340, 358, 364, 365, 366
- od Elisabeth von R, 52–53
- fibromijalgija i, 22
- od Paula Tete, 356, 357
- standardna njega i, 300–301
- od mladog strojara, 300–301 , 97
- vidi i išnjias
- Lexapro, 225
- Liamov slučaj, 166–69
- životni događaji, svjesne naspram nesvjesne reakcije na, 102, 105
- životni pritisci, 64, 72, 94, 279
- emocije zasnovane na, 97, 103–8, 118, 139, 14
- bol u ligamentima, 247, 249
- bol u udovima, 3, 18, 22, 82
- lizinopril, 218
- izrada liste, 347–48, 353, 367
- gubitak, 62, 154, 163
- supružnika, 209, 232, 234, 287
- vidi i smrt
- ljubav, 14, 58, 62, 117, 121, 122
- za roditelje, 161–62
- lumbalni, 294–95, 304, 304, MRI od, 132, 234, 235, 237, 241, 296, 337
- osjetljivost u, 280–81, 287, 291, 293
- MacMillan, HL, 204
- magnetna rezonanca (MRI), 130, 142, 243, 275, 281, 294–95, 322, 337, 355, 356, 358–59
- disk hernija i, 10, 0, 16, 16 , 167, 168, 230
- lumbalni, 132, 234, 235, 237, 241, 296, 337
- pogrešna dijagnoza i, 16–17, 34
- bol u vratu i, 132, 260, 294–95, 296, 302, 310
- povećanje bola i, 9–10
- pucanje rotatorne manžete i, 283, 307
- od ramena, 307
- od
- Magora, A., 251
- Mann, Samuel J., 185–226
- Marilyn, TMS od, 116
- brak, 121, 122, 359, 362
- sukob u, 99, 176
- masaža, 130, 235, 247, 250, Henry, Maudsley17
- mediji, okidači i, 310, 312–13
- medicinska istraživanja naspram kliničke medicine, 38
- Medicare pacijenata, 240
- meta-analiza, 253, 256
- metatarsalgija, 18
- metatarzalni neurom, 18
- metoprolol, 221
- Michael, TMS of, 116
- Millay, Edna St. Vincent, 182
- Mindbody Prescription, The (Sarno ) , 142–43, 277, 300, 302, 361, 365
- Um nad bolovima u leđima (Sarno), 132, 228
- prolaps mitralne valvule, 237
- Molekuli emocija (Pert), 31

- moral, 102, 121, 123  
 podijeljen um i, 5, 53  
 superego i, 56, 59, 63–64, 65
- mortalitet, 94, 104, 106, 107, 145, 318, 351  
 vidi i smrt
- majka-dijete veza, 98
- majke, 99, 112, 232, 266, 318, 324 ljutnja  
 prema, 161–63 briga o,  
 105, 113, 116, 121, 123, 161,  
 169 dijete  
 zanemareno 16 295  
 kontroliranje, 316–17  
 smrt, 236–37, 239, 319, 358,  
 359, 362  
 emocionalna okidača i, 315–16  
 strah od,  
 80 velikih porodica, 105  
 ozlojeđenost od strane,
- 166 motoričkih  
 deficita, 86 kretanja, 2, 315
- Mišići i nervi, 23 mišića,  
 13–16, 22, 130, 137, 138, 246 bol u, 15, 42,  
 52, 84, 85, 120, 124, 231, 281  
 slabost, 16, 30 i 2  
 mukulizma, vidi sindrom
- tenzije miozitis mijelogram, 130  
 miokarditis, 360
- miofascijalni bol,  
 17, 257
- narcizam, 58, 59, 61–64, 71, 102, 106, 126,  
 161, 182 u  
 psihosomatskoj trijadi,  
 118–19, 139
- narcisoidni ožiljak, 62, 101
- Prirodno zdravlje, prirodna medicina  
 (Jer), 277
- Prirodna istorija, 36, 55
- bol u vratu, 3, 15, 17, 43, 82, 228, 231,  
 250, 264, 266, 285, 293, 318–19, 363
- automobilske nesreće i, 12, 294,  
 297, 310–11, 324
- emocionalni okidači i,  
 315–16
- epidemija, 12, 18, 278
- fibromijalgije i, 294–95, 297
- MRI nalazi i, 132, 260, 294–95,  
 296, 302, 310 strukturni  
 vs. psihosomatski, 323–25
- simptom imperativ i, 109,  
 110, 283, 291
- liječenje, 132–33, 246, 247,  
 249, 260, 272–74, 302,  
 327–28
- neokorteks, 4–5, 57, 54,  
 61, 111 test brzine provodljivosti  
 živaca, 292, 294 živaca, 13–16, 18, 23, 26,  
 52,  
 84, 85,  
 130, 137, 138, 230, 234, 260, 275
- nervoza, 262
- neurastenija, 22, 28–30, 49, 54, 236
- “Neuroendokrini-imuni  
 Interakcije” (članak), 29
- neuroendokrino-peptidni sistem,  
 poremećaji uzrokovani, 28–31
- neuroendokrini sistemi, 113
- neurologija, neurolozi, 33, 82
- neuronauka, 34–37, 43, 51
- neuroze, neurotičari, 43, 51–53, 59, 69,  
 124
- Charcotova studija o, 46
- inferiornosti i, 62, 68, 101 kao  
 normalno, 52, 72, 102–4  
 vidi i histerične simptome
- neurohirurgija, 33
- New England Journal of Medicine, 29, 311
- New York Times, 21, 242
- Novi Zeland, studija depresije, 36 noćnih  
 mora, 204
- sindrom 11. 9., 106–8
- neverbalno ponašanje, 7, 152, 153, 158,  
 164
- noradrenalin, 212
- Norveška, 11–12, 137
- utrnulost, 10, 16, 85, 137, 142, 206, 229,  
 236, 287, 301, 324, 363
- sindrom karpalnog tunela i,  
 293, 294

- opsceno ponašanje, 58, 71, 102, 242  
opsesije, 43  
opsevno-kompulzivni poremećaj (OCD), 30  
Olimpijske igre (1936), 241–43  
oftalmologa, 263  
opijata, 275  
„organski dijalekt“, Adlerova upotreba termina, 70–71  
Ornish, dekan, 120  
ortodoksnih jevrejskih zajednica, 240–43  
ortopeda, ortopeda, 33, 82, 163, 167, 168, 237  
Osler, Sir William, 33  
osteoartritis, 325–26  
osteoidni osteom, 323–24  
Owen, Jesse, 242  
nedostatak kisika, 13, 72, 124  
    TMS i, 11, 15, 22, 91, 137, 142, 294  
bol, 3, 5, 7, 66  
    lokacija, kao simbolična, 122, 127  
    nedostatak kisika i, 11, 13, 15, 22, 72, 91, 124, 142, 230  
    smanjenje, 10, 162–63, 164, 166, 167–68, 234  
    potiskivanje i, 92–98  
    strukturne abnormalnosti i, 16–17, 21, 113, 127, 181, 272, 281, 304  
    vidi i sindrome  
    hronične  
    boli; psihosomatski  
poremećaji, dijagrami boli i  
boli, 284, 287, 297  
generatori bola, 272  
zbrinjavanje bola, 274–77  
klinike za liječenje boli, 112, 306  
specijalista za bol, 272  
napada panike, 95–96, 225, 260, paraliza, 5, 50  
140, 308–9  
roditelji, roditeljstvo, 105, 145, 266, 311  
smrt, 113, 114, 116, 158, 209, 232, 236–37, 239, 319, 358, 3259  
zahtjevno, 158  
poricanje bijesa na, 150  
sebe, 267  
vidi i očeve; majke  
Pavlovsko uslovljavanje, 127, 138  
Paxil, 225  
bol u karlici, 264, 363  
ljudi koji ugađaju ljudima, 230, 231, 234, 236–39, 242, 279, 287, 355  
peptidi: mozak i, 14, 27, 70  
vidi i autonomno-peptidni sistem; imunopeptidni sistem; neuroendokrini  
peptidni sistem perfekcionizam/  
dobro, 94, 268  
nagon za, 63, 64, 65, 68, 72, 73, 78, 100–104, 107, 112, 115, 117, 118, 121–114, 231, 174, 182, 230, 231, 234, 236, 237, 239, 242, 279, 287, 291, 295, 302, 316, 317, 343, 344, 352, 35, 35, 35, 35, 35  
366 i osjećaj inferiornosti, 63, 72, 73, 101, 103, 107, 144  
migrene i, 78  
bol perifernih živaca, 15  
periferna vaskularna bolest, 234  
lične povrede, 277, 278  
znojenje, 9, 70, Pert, Candace, 31  
feohromocitom (pheo), 212  
fobija, 41, 43  
fizičko zlostavljanje, 158, 291, 309  
djetinjstvo, 99, 116, 143, 238, 279, 295, 319  
kao okidač, 311  
fizička aktivnost, 130, 147, 158, 162, 248–52, 256  
strah od, 139, 141, 175, 175, 257, 259, 351–52, 353  
hipertenzija i, 186, 213  
okrivljeni za bol, 229–30, 248, 249–50



- fizička aktivnost (nastavak)  
 povratak na, 145, 232, 260, 261,  
 302, 350-56, 360  
 kao terapija, 29, 256  
 vidi i vožnju bicikla; golf;  
 trčanje; fizikalni
- pregled hodanja, 134-35, 232, 250, 321-  
 27, 337 fibromijalgija  
 i, 236, 237, 265 nalaz osjetljivosti  
 i,  
 230, 231, 236, 237, 278, 280-  
 73,20 fizikalni pregled ,  
 345-47, 348-49 fizički
- simptomi, 33 Adlerovi pogledi na, 69-  
 70 emocionalno izazvani,  
 46, 50-51, 154 organski,  
 Frojdovi pogledi na, 40, 43,  
 53, 69, 121-  
 22, 124 zaštitni funkcija, 51, 53,  
 124, 141, 170-71 psihijatrije  
 i, 39-40 psihogenih poremećaja,  
 9-11 psihologije  
 naspram, 156 fizikalne  
 terapije, 130, 167-68, 235,  
 237,  
 247, fizičkih pokretača  
 33 , 308-10, 315-16 odnos liječnik-  
 psihoterapeut,  
 151 piriformis mišić, 18 placebo efekat,  
 37, 183, 306, 307, 338 oglašavanje i, 312-13
- medicina zasnovana na  
 dokazima i, 252, hirurgija i, 8, 31 293, 306  
 simptom imperativ i, 20-  
 21, 30, 31, 35, 48, 54, 111, 113,  
 306  
 tretman u poređenju sa, 133-34
- plantarni fasciitis, 18, 301, 305, 362  
 poliomijelitis,  
 308-9 poliradikulopatija,  
 84 pozitron-emisiona tomografija (PET), 35,  
 243  
 postpolio sindrom, 17
- zbrinjavanje nakon traume, 172  
 predivjesno, 50  
 trudnoća, 236, 308, 363  
 ljekara primarne zdravstvene zaštite, 33,  
 82, 326 primarni dobitak, 20  
 Prinivil, 218  
 Zbornik radova Nacionalne akademije  
 Nauke, 37, 269
- programirani pacijenti, 328-29  
 Prospekt, 57, 58  
 rak prostate, 110  
 operacija prostate, 301  
 prostatitis, 15, 26, 264  
 Prozac, 36  
 psorijaza, 27  
 psihijatrija, 30, 32, 75  
 psihosomatska medicina i, 38-41
- psihoanaliza, 31-32, 47, 92  
 rezistencija i, 61, 65
- psihogeni poremećaji, 9-12, 258  
 Breuer-Freud doprinos i, 47,  
 51-54 definisano,  
 9 epidemija,  
 11-12, 46 vidi i  
 psihosomatski poremećaji;  
 specifični
- poremećaji psihogeni bol, vrste,  
 82 psihogeni regionalni bol (PRP), 82-  
 86
- "Psihogeni regionalni pseudonim  
 Histerični bol" (Walters), 40, 81-83
- psiholozi, odgovornosti, 151 psihologija,  
 30, 32, 41  
 Frojdiv prelazak na, 46,  
 47 psihosomatskih poremećaja,  
 5, 68-69, 89-128, 131  
 socijalni,  
 68 psihofarmakologa, 151  
 psihosomatski (duhovno tijelo), 2, 3, 305  
 "Psihosomatski koncepti u hroničnoj  
 Bol" (Sarno i Rashbaum), 227
- psihosomatskih poremećaja, 4, 10-38, 305  
 Adlerovi pogledi na,  
 70 autonomno-peptidni sistem  
 i, 14-27

- mozak i, vidi mozak,  
 psihosomatski poremećaji  
 i
- neprihvatanje dijagnoze i, 19,  
 31-32, 232, 268, 286-  
 88, 339, 341
- epidemije, 11-12, 19-24, 38,  
 128, 136-37, 229, 235-  
 36, 27 306-7, 308,  
 313-14, 329-30, 346  
 geneza, 12-
- 13 imunološki  
 peptidni sistem i, 27-28
- ignoriranje medicinske  
 profesije, 2-3, 19, 33-38,  
 115, 119-20, 137, 269,  
 278, 306-7, 315-16, 338-
- 39 neuroendokrino-  
 peptidni sistem i,  
 28-31 bol i, 3, 4, 7, 11, 12,  
 15-23, 30, 42, 43, 45,  
 52, 86, 91-98, 91,  
 109-28, 131, 136-50,  
 155, 157, 159-72,  
 175-83, 278, 281-331,  
 336-37,
- uobičajene bolesti i 352  
 bolesnika -52
- psihologija, 5, 68-69, 89-  
 128, 131
- Segalovo iskustvo sa,  
 245-70
- trijada u, 117-28
- okidači i, vidi okidači  
 istinske povrede  
 vs., 250 nesvjesnih emocija kao  
 gorivo, 318-
- 21 psihosomatska medicina, 2, 7-44,  
 55 napuštanje, 3, 38-39, 74,  
 128
- istorija, 45-87
- psihijatrija i, 38-41
- Rochelleina perspektiva na,  
 271-98
- Sopherovo iskustvo sa,  
 333-67
- Psihosomatska medicina, 204
- Psihosomatska medicina (Aleksandar),  
 25-26, 74, 80
- psihosomatski psihogeni, 83
- psihosomatska simptoma:  
 kao skretanje, 51, 64-65, 67,  
 107, 111, 123, 136, 141,  
 148, 170, 317-18,  
 327-28
- histerični simptomi u  
 poređenju sa  
 sindromom 9/11 i, 106-8  
 kao kazna, 67, 107, 111, 124  
 podijeljen  
 um i, 51, 59 vidi i  
 psihoterapiju sa
- specifičnim simptomima, 29-32, 44,  
 48, 49, 96, 97,  
 142, 146-79 konsultacije/  
 procjena  
 za, 152-53 snove i,  
 175-78 efikasnost,  
 154-55 za starije osobe,  
 234, 235 fibromijalgija i,  
 295-97 hipertenzija i,  
 197,  
 214-16 pojedinac, 152, 154-79,  
 234, 235, 75-
- 29 kao partner 57  
 uputnica za, 290-92
- kratkoročna dinamika, 151-52  
 kratkoročna grupa, 152-55  
 simptoma imperativ i, 110-  
 17
- kazna, 62, 64, 161
- psihosomatski simptomi kao,  
 66-67, 107, 111, 124  
 samo-, 66-67, 107, 124, 158
- bijes, 57, 58, 61-64, 318
- ukopan, 8, 9, 20, 25, 35, 60,  
 61, 66, 67, 71, 72, 73,  
 76, 78, 91-98, 91, 94,  
 1, 102-20, 123-26, 139-  
 41, 145, 147-48, 150,  
 155, 157, 161-64, 170-  
 71, 176, 178, 233, 242-  
 47, 1,331 -45, 348, 366,  
 367

- bijes (nastavak )  
 svjestan, 78, 94–95, 112, 179,  
 292  
 hipertenzija i, 78  
 narcisoidno, 61–63
- silovanje,  
 204 osip, 96, 165  
 Rashbaum, Ira, 227–43  
 izborni sa Sarno of, 228–29
- tehnika opuštanja, 188, 189, 195–  
 96, 197, 213–14, 350  
 renin/  
 angiotenzin sistem (RAS), 21712, 2
- ponavljajuće stresne povrede, 23, 49, 309,  
 313–14  
 vidi i represija sindroma  
 karpalnog
- tunela, 44, 147, 150, 177, 319–21, 343–46
- Adlerovi pogledi na, 72, 149  
 ljutnje i bijesa, 25, 78, 145, 171–  
 73  
 anksioznost  
 i, 65–66 kao stil  
 suočavanja, porijeklo, 206
- kao stil svakodnevnog  
 suočavanja, 205–6, 213  
 Frojdovski pogled na, 54, 60–61,  
 65, 72, 93  
 hipertenziju i, 187, 197–216,  
 220–24, 226  
 promatranje,  
 170, 171, 173, 179
- bol i, 92–98  
 zaštitna  
 svrha, 54, 61, 64–65, 71, 97, 170–  
 71, 317  
 ozlojeđenost, 105,  
 116,
- 166, 314  
 supružnika, 113, 114, 235  
 otpor, 5, 61  
 157  
 odgovornost,  
 19, 78, 102, 131, 139, 151,  
 236, 246, 266, 267, 344  
 za lijek, 286  
 porodica, 105, 113–14, 118, 361,  
 363  
 za osjećaje
- posao, 90, 91, 144  
 superego i, 56, 64
- penzija, 233
- reumatoidni artritis (RA), 4, 74, 79–81,  
 246, 252
- reumatolozi, 21–22  
 iskustvo  
 psihosomatskih poremećaja  
 od, 245–70
- rinitis, 27
- bijes na cesti,  
 95  
 Robert, TMS od, 116–17
- Rochelle, James R., 271–98, 334
- rotatorne manžetne, 17,  
 301  
 suza, 18, 183, 272, 307
- trčanje, 147, 316  
 350, 356, 357, 361, 362, 366  
 Institut za  
 rehabilitacionu medicinu  
 Rusk, 89,  
 227, 228–29, 243, 248
- tuga, 178–79  
 svjesno, 113–14, 150, 233, 234, 239  
 nesvjesno,  
 61, 64, 71, 76, 91–94, 91, 94, 96–  
 100, 106, 107, 107 , 140  
 45,  
 171  
 sol, hipertenzija i,  
 186, 207, 213,
- 217, 218  
 Sapolsky, Robert M., 36  
 Schneider,  
 RH, 196
- Schwartz, A., 251  
 išijas, 8, 42,  
 43, 130, 2453 , 325, 356,  
 358  
 išijatični nerv, 18,  
 130  
 Nauka, 36  
 skolioza, 17, 70, 275  
 sekundarno
- pojačanje, 19–20, 112–  
 13, 276
- Segal, Andrea Leonard-,  
 245–70  
 inhibitor ponovnog nakupljanja  
 245–  
 70  
 selektivnog SS , 225  
 samosaosjećanje,  
 177–79  
 samokritika, 102, 144, 178–79  
 samoodricanje,  
 114, 121–23  
 samopoštovanje,  
 72, 74, 116, 162, 169, 344,
- 362  
 nisko, 74, 100, 107, 157, 158,  
 159, 172, 233, 239, 249, 267

- samonametnuti pritisci, 94, 147, 353, 361, 362  
     emocije zasnovane na, 97,  
     100-105, 139
- sebičnosti, 126, 161, 166
- samokažnjavanje, 66-67, 107, 124, serotonin  
 15 senzorni deficit 15 ,  
 36, 104 seksualno
- zlostavljanje, 158, 204  
     djetinjstvo, 60, 99, 100, 140-  
     41, 143, 230, 279, 291-92,  
     295, 319 seksualna
- disfunkcija, 15, 26, 26 bol u  
     zdjelici, 12 seksualni 13
- 125, 162, 163 infantilno i dijete,  
     62, 76 represija i, 61, 93  
     sramota, 32, 94, 107, 139,
- 140, 166, 168, 169, 170-71, 179 , 185
- Sherman, Eric, studije slučaja iz prakse,  
 159-69
- Kračić, Edward, 11, 329
- ramena, 17, 260, 281, 288, 293  
     emocionalni okidači i, 315-  
     16
- bol u, 12, 15, 18, 38, 43, 109,  
     110, 126, 164-65, 183, 231,  
     256, 257, 283, 287, 295, 297,  
     301, 301, 301, 301, 305, 31 -  
     19, 363, 365-66 tendinitis,  
     278, 282, 283
- infekcije sinusa, 236 sinusitis, 27
- sestara, 76, 112, 121,  
 287 sjedenje,  
 127, 138, 231, 21, 5, kožni
- poremećaji 4, 27, 85, 120 suhi, 230
- poremećaji spavanja, 22, 26, 77, 155,  
     260, 264
- nasmijani, neprikladni, 153, 155 pušenje,  
     301
- socijalna anamneza, 134-35, 278,  
 0,291
- fibromijalgija i, 295, 297-98
- Invalidnost socijalnog osiguranja, 273, 301, 308,  
     309
- natrijum, retencija, 217, 219
- somatoform, 39
- Sopher, Marc, 147, 272, 333-67 tuga,  
 71, 72, 171, 174, 178-79, 318 spastični kolitis,  
 14 specijalista, 33,  
 82, 272, 284, 297 kičmeni kanal,  
 moždina, 230 84, 218,  
 219 spinalne fuzije, 21, 274
- spinalni nervi, 230, 234 bol  
 u kralježnici, 15 spinalna  
 stenoza, 234,  
 241-42, 275, 306 kičma, 115, 130, 247 ponyd,  
 she, 247, 247 16 -17
- supružnika, 105, 295, 319
- ljutnja, bijes i, 125-26,  
 145, 174-75 gubitak, 209,  
     232, 234, 287 ogorčenost prema,  
     113, 114,  
     235 steroidi, 23, 23, 23, 23 -73
- želudac, 9, 44, 85, 96, 109, 228
- bakterija u, 20, 25 stres, 2, 32, 36,  
 84, 110, 119, 120, 230, 232, 234, 239,  
     291, 291 , 335, 340,  
 342-45, 355, 358-63, 366 hipertenzija i,  
     187-97, 206, 207, 210, 219 poslova,  
     190, 194-95, 237, 2185 od 1. , 195-  
     96, 197, 214,  
     350
- socijalna istorija i, 135, 279, 280
- telomera i, 269 čireva  
 i, 277, 278 moždani
- udar, 196, 197, 200, 278
- strukturnih abnormalnosti, 11, 233, 234, 237,  
 251, .  
     TMS i, 16-17, 136, 137, 139, 281  
     efikasnost  
     tretmana i, 257 vidi i strukturni
- model hernije diska, 305,



- Rochelleino iskustvo sa, 281-98
- Segalovo iskustvo sa 259-70
- strukturnih abnormalnosti i, 16-17, 136, 137, 139, 281 tretmanom, 48, 129-83, 257, 259-70, 274, 337-42, 346-55
- Waltersov opis, 40, 81-86
- terazosin, 221
- terorizam, 58-59, 340  
sindrom 9/11 i, 106-8 bol u
- testisima, 364 Teta, Paul, 356-58
- talamus, 84
- themindbodysyndrome.com, 341
- grlo, stanje grla, 7070 59-60, 63 trnci, 16, 137, 142, 287, 301 sindrom karpalnog tunela i, 293, 294 tinitus, 15, 26, 138,
- 264 TMS, vidi sindrom tenzijskog miozitisa Biti ili ne biti... (Sopher), 335, 341-42, 347 Toprol, 221 sredstvo za
- smirenje, 30
- transcendentalne meditacije, 195-96 transkutani električni živac stimulacija (TENS), 48, 254
- trauma, 49, 215-16, 239, 304  
paroksizmalna hipertenzija i, 213  
percipirana, 49 potiskivanje i, 200-203, 208, 209, 213, 215, 221-22
- putovanja, 125-26, 156 liječenje, 6, 8, 16, 129-83, 129-83, -70, 337-42, 346-55  
anksioznost i, 154, 156, 157-58, 221 trošak, 1, 14, 17, 21 dnevni studijski program za, 142-46, 181, 286, 289-90
- medicina zasnovana na dokazima i, 252-53, 258-59, 284 grupna sastanka i, 146-47 anamneza, fizički pregled i dijagnoza u, 134-35
- Hoffmanove misli o, 327-29
- nedjelotvorno, 20-21, 130, 182-83
- znanja i, 131, 135, 136, 138, 140, 147-50, 338-39, 341, 342
- predavanja i, 135-41, 182, 239-40, 285-86, 288-90,
- TMS pacijent od 32 g. - 35
- ortodoksnih Jevreja, 240-43 pregled medicinske literature i, 254-58 iskustva reumatologa sa, 259-70  
„standardne njege“, 247, 300-302 strategije, 347-55 simptoma naspram uzroka, 2, 20 -21, 31, 32, 35, 37, 48, 75, 111 ultrazvuk kao, 130, 247, 257 razumijevanje i, 129, 131, 142, 146-47,
- 155, 157 liječenje hipertenzije, 19, 19, 19, 19 96, 208-11, 213-23 s lijekovima, 197, 210, 211, 213, 214, 216-18, 220-
- 26 psihoterapija i, 197, 214-16
- tehnike opuštanja, 188, 189, 189, 61 213-14
- neuralgija trigeminusa, 71-72, 73, 364-65 okidač prst, 241 okidač, 307-18, 320 emocionalni, 315-18 industrija osiguranja i, 310, 311, 312, 314-15 pravni sistem i, 310-14 mediji i, 310, 312-13 fizički, 308-10, 315-16, 325

- trigliceridi, 224  
trohanterični burzitis, 301, 305 bol  
u trupu, 3, 22  
tuberkuloza, 32, 33
- čirevi, 4, 14, 25, 277, 278, 335  
ultrazvuk, 130, 247, 257 bez  
svijesti, 32, 48–67, 87, 89
- Adlerovi pogledi na, 68, 71, 149  
Breuerovi stavovi o, 41, 50–54  
sadržaju, 348  
skretanju pažnje sa, 12–13,  
24, 44, 54, 64 ega i, 64,  
91–92, 94 emocija i, vidi  
emocije, nesvjesno
- Frojdovski pogled na, 4, 41, 46,  
47, 50–56, 59–63, 66–  
67, 113, 278 id i,  
56–61, 64, 139 imuni  
sistem i, 27–28 inferiornost i,  
61–63 sekundarni dobitak  
i, 19–20 samokažnjavanje i, 66–  
67 superego i, 64 bezvremenost,  
59–60, 63, 143
- mokraćna  
kiselina, 224 infekcije urinarnog  
trakta, 231 mokrenje, učestalo, 15,  
26, 70 fibroidi materice, 301
- valsartan, 218  
Van der Windt, DA, 257 Van  
Tulder, MW, 254, 255 Vasotec,  
218 verbalno  
zlostavljanje, 116, 168–69  
vrtočlavlavica, vidi  
mentalitet žrtve vrtočlavlavice, 313, 314
- glas, gubitak, 85, 125  
povraćanje, 50–51  
ranjivost, 94, 139, 156
- hodanje, 138, 275  
problemi sa, 120, 127, 231, 234,  
242, 261, 358 Walters,  
Allan, 40, 45–46, 52, 54, 81–86 Wan, CK, 191  
slabost, 120  
mukularna slabost,  
140 16, 137, 230  
težina, 77, 236, 275, 301  
hipertenzija i, 186, 207, 208
- dizanje utega, 219  
Weil, Andrew, 274
- sindrom trzanja, 12, 38, 49, 301, 304, 310–  
11, 313 naknada za  
radnike, 237, 238, 277, 278, 314–15  
bezvrijednost,  
osjećaji 17, 72, 72
- fraktura, 325 bol  
u, 165, 230, 287, 294, 295, 297,  
366–67 operacija na,  
293
- x-zrake, 16–17, 130, 142, 247, 250, 274, 287,  
291, 301, 302, 337, 360  
strukturalni naspram  
psihosomatskih poremećaja  
i, 322, 324, 325, 326
- slučaj mladog inženjera:  
bol u nozi, 89–90, 97  
samonametnuti pritisak u, 101
- Zestril, 218  
Zolof, 225

## o autoru

JOHN E. SARNO, MD, profesor je rehabilitacijske medicine na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Njujorku. Medicinom se bavi od 1950. godine. Priznati je autor tri ranije knjige o mišićno-koštanom bolu.

Posjetite [www.AuthorTracker.com](http://www.AuthorTracker.com) za ekskluzivne informacije o vašem omiljenom HarperCollins autoru.



[Također John E. Sarno, MD:](#)

Um nad bolom u leđima: radikalno novi pristup  
dijagnozi i liječenju bola u leđima

Recept za mentalno tijelo: liječenje tijela, liječenje bola

Liječenje bolova u leđima: veza uma i tijela

Moždani udar: stanje i pacijent

u koautorstvu sa Martom Tejlor Sarno

Moždani udar: Vodič za pacijente i njihove

porodice u koautorstvu sa Marthom Taylor Sarno

# Zasluge

Dizajnirao Kris Tobiassen

Dizajn naslovnice Richard Ljoenes

Prednja naslovna fotografija figure s Vitruvijskim čovjekom, Geoffrey Gove /  
Getty Images