

Martina Tomori

Ne le ob psihiatričnem delu, tudi v življenju se ni mogoče izogniti povezanosti med dušo in telesom. Kolikokrat odpovemo v svojih prizadevanjih prav zaradi neusklajenosti med svojim duševnim in telesnim delom. Kako se zatečemo v tolažbe telesnega, kadar so prizadeta naša čustva, in kako cenimo vrednote duševnega, kadar nas izdaja telo. In kako se duševno preplete s telesnim, kadar je človek najbližje samemu sebi – in drugemu. Ni področja v življenju, na katerega ta povezanost ne bi imela svojega vpliva... (Tomori, 1990).

Že davno preden so znanstvena misel, raziskovalna elektroda in magnetna resonančna slika prodrle v skrivnostno globino tistega dela človeškega telesa, v katerem izvira tako duševno kot duhovno, si je človeštvo zastavljalo vprašanja o povezavi med dušo in telesom.

Razumevanje tega odnosa in prodornost pri iskanju odgovorov na temeljna vprašanja o njuni medsebojni povezanosti sta bila v vsaki dobi človeške zgodovine odvisna tako od stopnje znanosti in s tem možne ostrine raziskovalnega pogleda kot tudi od širine človekovega duha, njegove ustvarjalnosti in modrosti. Kot da bi metafora logike in poezije, stvarnosti in sanj - leve in desne hemisfere človekovega uma – iskala svojo lastno notranjo soodvisnost z odgovori na ta vprašanja v poenostavljenem razločevanju med telesnim in duševnim.

Aristotelov nauk, da duša in telo vzajemno vplivata eden na drugega in da sprememba v duševnem stanju povzroči spremembo v telesu, telesna dogajanja pa sprožijo premike v duševnosti, je v skladu s tisoči vsakodnevnih izkustev slehernega človeka. Praktično res ni dejavnosti ali življenjske vsebine, v kateri se telo in duševnost ne bi povezovala. Tudi za tako skrajno konkretno in povsem "telesno" dejavnost, kot je na primer vrhunski športni dosežek, so potrebni hotenje, motivacija, sposobnost za odpovedovanje in pripravljenost za premagovanje napora. In za povsem duhovno doživetje umetniške stvaritve je potrebno telo, ki vidi, sliši, zaznava – in v svojem zapletenem

stroju vključi tisoče nevronske zvez v končno vznesenost občutja lepote in vznemirjenja.

V odnos med telesom in dušo je bilo v zgodovini filozofije in znanosti naše civilizacije usmerjenih veliko iskanj. Descartes je govoril o dualizmu duše in telesa, a tudi o njuni odvisnosti. Telo kot filozofski konstrukt se pojavlja v mislih Spinoze, Kanta in Sartra (Rutar, 1995). V znanosti so bolj konkretno usmerjali svojo pozornost v povezavo med dušo in telesom v 20. stoletju. Čeprav so se takrat v nevrologiji bolj ukvarjali z motorično in senzorično reprezentacijo telesa v možganih in so torej ostajali v proučevanju osrednjega živčevja povsem pri telesu, pa je Schilder (1950) z delovanjem osrednjega živčevja že povezoval psihoanalitične pojme, človekove želje, odnose z drugimi, doživljanje dotika in gradnjo samopodobe. Tudi mnogi misleci psihoanalize so vključevali telo v samo jedro svojih teorij. Freud je teme osebnostnega razvoja povezoval z oralno, analno in genitalno erogeno cono (Freud, 1927). Federn je razmišljal o vlogi meja ega pri vzdrževanju normalnega psihološkega funkcioniranja in potrebe po preverjanju stvarnosti (Federn, 1926). Adler je nevrotične poizkuse kompenziranja temeljil z doživljanjem inferiornosti posameznih organov, Jung je razvijal koncept telesa kot zaščitnega zavetja pred zunanjimi ogroženostmi (Jung, 1931). Reich je zastavil teorijo obrambe pred nerazrešenimi in morda bolečimi konflikti z utrjevanjem telesnega oklepa, ki brani pred zunanjimi pritiski (Reich, 1949). Lacan (1953) govori o pripovedi telesa na simbolni ravni, pomemben del svojih sporočil razlaga s simboliko užitka in discipliniranja telesa. Telesu se torej v razumevanju človekove enovitosti ne morejo izogniti niti tista strokovna razmišljanja, ki se poudarjeno ukvarjajo s človekovo duševnostjo in postavljajo psihodinamska dogajanja v žarišče svoje pozornosti.

In kako je s to povezavo v konkretni medicinski praksi? Dolgo je že, kar je Platon opozarjal zdravitelce, naj nikar ne zdravijo le telesa, dušo pa puščajo v nemar (Milčinski, 1990). Povezava med telesnim in duševnim ter njuna medsebojna odvisnost sta tako sami po sebi umevni, da si je težko predstavljati, da se je medicina nešteto krat oddaljila od tega, vsem prisotnim nedvomno tako smiselnega in temeljnega napotka (in to še vedno pogosto počne). Kot nasprotje v tehnologijo, racionalnost in čimprejšnjo učinkovitost usmerjene »moderne« medicine se je pred časom v zahodnem svetu, vse bolj pa tudi pri nas vendarle pričela razvijati medicina, ki usmerja svojo pozornost in strokovna prizadevanja k človeku kot celostnemu bitju. Ogromen časovni zamik tega pogleda za pojmovanjem vzhodne, predvsem kitajske medicine nas mora pravzaprav osupljati. Holističen pristop, ki se posveti bolnemu človeku, tako njegovi telesni bolezni kot vsej kompleksnosti njegovega psihosocialnega konteksta, je pravzaprav edino smiselno in edino

tudi daljnoročno zares učinkovit. Tako kot se duševno in telesno povezujeta v boleznih, se podpirata (ali medsebojno ovirata) tudi v samem poteku zdravljenja in skupaj vplivata na njegov izid.

Pretežno biološko usmerjena izobrazba naših zdravnikov in kopičenje znanj predvsem o telesnem delu zdravstvenih motenj na eni strani, na drugi pa pritiski, ki usmerjajo (in omejujejo) zdravnikovo delo z organizacijskimi in celo tržnimi zahtevami in merili, pri zdravniku vsekakor ne spodbujajo celostnega razmišljanja ob bolnem človeku in mu dejansko otežkočajo celostni pristop k razpoznavanju in zdravljenju bolezni.

Spremembe v zdravstvu, po katerih prevzema izbrani osebni ali družinski zdravnik v svoje roke – in odgovornost – vse bolj celovito obravnavo bolnika, pa zahtevajo spremembe tudi v njegovem odnosu do povezave telesnega z duševnim in celo socialnim. Vedno bolj pa take spremembe pričakujejo in tudi zahtevajo bolniki sami.

Ozaveščanje o odgovornosti za lastno zdravje, večja poučenost o pomenu zdravih navad, ustrezne prehrane, opuščanja škodljivih vedenj, telesne dejavnosti in konstruktivnega obvladovanja stresov ima – poleg neposrednih – tudi nič manj pomembne stranske učinke. Med temi je eden najpomembnejših prav spoznanje, da je duševno in telesno zdravstveno stanje povezano in da je za celovitost svojega zdravja z ustreznim vedenjem mogoče tudi kaj storiti.

Ob dobrem poznavanju vsebin, poteka in prioritet pouka, ki pri nas usposablja študenta medicine za delo zdravnika, pa se mi pojavlja skrb, da je za tak celosten pristop premalo pripravljen vsak od tistih bodočih zdravnikov, ki sami na lastno pobudo ne širijo znanj v tej smeri in nimajo posebej negovane senzibilnosti, ki je potrebna za to.

Ali vsak naš zdravnik res zna razpoznati duševno stisko pri bolniku, ki se boji za svoje zdravje in izid zdravljenja ali celo za svoje življenje? Razume tesnobo in grozljiva občutja nemoči na primer pri menedžerju, ki je vedno dobro obvladoval svoje delovne naloge, sklepal pomembne posle, kompetentno vodil delo svojih podrejenih in odločal o blagostanju stotin zaposlenih in njihovih družin, pa se po srčnem infarktu naenkrat vsak trenutek sooča s svojo nemočjo in negotovostjo, ko z zadržanim notranjim trepetom čaka, če bo zaznal naslednji utrip svojega srca ali pa ga bo njegovo telo - za vedno - izdalo? Ali zmore razpoznati dvome vase in v svojo človeško vrednost in tihe, v sebi zadržane bitke za doživljanje svoje ženskosti pri bolnici, ki so ji zaradi maligne bolezni »pobrali" vso simboliko njenega zdaj nikoli več možnega materinstva? Ali ima sam v sebi dovolj jasen odnos do medčloveških norm, hkrati pa do človekovega trpljenja, pa tudi do svoje vloge zdravnika in ne rabsodnika, ko mora v resni suicidalni ogroženosti pomagati človeku, ki je

sam, neskončno osramočen in poln občutij krivde, posegel po svojem življenju, potem ko se je razvedelo, da je leta dolgo spolno zlorabljal svojo hčerko? Ali si zna brez zadržkov vzeti dovolj časa za primerno spodbudo in pozorno obravnavo hipohondričnega pacienta, ki se k njemu ponovno in ponovno vrača s podrobnimi pritožbami o zdravstvenih tegobah, nadležen s svojim strahom in bojznijo zase, ob tem ko je čakalnica polna bolnikov, katerih zdravstvene težave pa je »zares treba vzeti resno«? Ima zdravnik vedno dovolj moči in optimizma, pozitiven pogled na svet, zadosti lastne pristne vedrine in notranjih spodbud, da premakne kognitivno optiko depresivnega bolnika in mu s tem olajša in omogoči zdravljenje vseh njegovih telesnih in duševnih zdravstvenih težav? Je zdravnik, ki se srečuje s telesnimi tegobami pacienta s prekomerno telesno težo, tudi pripravljen prisluhniti bolnikovi pripovedi o sramu, občutkih ponižanja, umikanju vase in ponovnem vračanju v tolažbo hrane, kadar je ta obupan in izgublja voljo, ali zna videti problem bolnikove slabe samopodobe, doživljanja razvrednotenosti in popolnega pomanjkanja občutka, da obvlada sebe in svoje življenje???

Da bi bili odgovori na vsa ta vprašanja in še nešteto drugih te vrste res spodbudni, bo potrebno še veliko premikov tako v izobraževanju in usposabljanju zdravnikov kot tudi v dozorevanju njihovega lastnega osebnega odnosa do povezanosti med telesnim in duševnim.

Pomembno in zares dragoceno je, da pobude, zgleda in usmeritve za take premike vse bolj dajejo tudi zdravniki drugih specialnosti in ne le redki psihiatri.

Ko govorimo o sodobnem, ustreznem in res celostnem obravnavanju odnosa med duševnim in telesnim, pa si – roko na srce – tudi v sami psihiatriji še zdaleč nismo povsem na čistem. Da bi podkrepila to na videz močno samokritično misel, naj se dotaknem le dveh polj, kjer se mnogi psihiatri ne znajdejo prav med telesom in dušo svojega bolnika in se zato (sicer zavzeto) posvečajo le enemu ali drugemu.

KOMPLEMENTARNOST PSIHOTERAPIJE IN ZDRAVLJENJA Z ZDRAVILI

Prvo tako področje je medsebojno dopolnjevanje psihofarmakoterapije in psihoterapije. V sodobni strokovni doktrini je jasno poudarjena potreba po združevanju obeh terapevtskih pristopov. Sodobne evaluacije zdravljenja ugotavljajo najboljši terapevtski učinek ob celostnem terapevtskem pristopu. Tudi vsakodnevna praksa kaže na komplementarnost učinka zdravil in psihoterapije. Vsemu temu navkljub pa se vseeno še prepogosto dogaja, da mnogi psihiatri omejujejo svojo pomoč bolnikom le na zdravljenje z zdravili.

Sorazmerno hiter in očitno opazen učinek zdravil je marsikateremu od njih zadosten razlog, v resnici pa izgovor, da se bolniku ne posveti tudi psihoterapevtsko, celo v najširšem smislu suporta in zainteresiranega spodbudnega odnosa ne. (Žal še vedno deluje mnogo »moditenskih skupin«, v katerih bolniki niso deležni ne poglobljenega pogovora, kaj šele zadostnih psiho- in socioterapevtskih spodbud. Tudi mnogi svojci psihotičnih bolnikov povejo, da jih psihiater ni vprašal po nobeni drugi stvari kot po simptomih in znakih bolezni pri njihovem bližnjem, o naravi njegove bolezni in poteku zdravljenja pa niso izvedeli nič razen imena in odmerka zdravila, ki ga mora bolnik jemati.)

Omejitev na predpisovanje zdravil ni upravičena prav na nobenem področju zdravljenja duševnih motenj in ne govori le o pomanjkljivi strokovni usposobljenosti zdravnika, temveč tudi zastavlja vprašanja o njegovi sposobnosti za pristen stik z bolnikom. Podrobno poznavanje najnovejših psihofarmakoloških dosežkov in nizanje generičnih imen, njihovih glavnih in stranskih učinkov ter primerjav med njimi je nedvomno lažje od poglobljanja v človekovo stisko, ki je prisotna pri izviru in pri celotnem poteku duševne bolezni.

Kay Jamison v svoji knjigi *Nemirni um* (1996) piše o komplementarnosti zdravljenja njene lastne bipolarnе motnje z litijem in psihoterapijo:

Na tej točki svojega obstoja si ne morem zamisliti, da bi lahko živila normalno življenje brez obojega – litija in psihoterapije. Litij ustavlja moje vabljlive, a uničevalne dvige, blaži moje depresije, razvzroglava klobčiče mojega zmedenega razmišljanja, me pomiri in me varuje pred tem, da bi si sama uničila kariero in odnose z ljudmi, me živo in dejavno zadržuje zunaj bolnišnice. Litij mi omogoča psihoterapijo. Psihoterapija pa me zdravi. V zmedeni poišče smisel, brzda grozljive misli in občutke, vrača nadzor in upanje in odpira možnost učenja iz vsega tega. Tablete ne morejo in tudi ne olajšujejo poti nazaj v realnost, človeku le pomagajo, da se vanjo vrne z glavo naprej in hitreje, kot bi bilo to sicer mogoče. Psihoterapija je pribežališče; je bojno polje; je mesto, kjer sem bila že psihotična, nevrotična, vznosena, zbegana in obupana prek vseh meja, ki jih je sploh mogoče vzdržati. Vedno pa je bila kraj, kjer sem verjela – ali se naučila verjeti, da se bom nekega dne lahko kosala z vsem tem.

Nobena tableta mi ne pomaga odpraviti odpora do tablet. Podobno mi nobena količina psihoterapije sama ne pomaga preprečiti manij in depresij. Potrebujem oboje.

Drugo področje, kjer se psihiatri še ne najdemo povsem v svojem odnosu do povezave med duševnim in telesnim, pa je pretežno konceptualne

narave. Kljub temu pa na naše dileme ob delu in na celostno obravnavo človeka z duševno motnjo ne vpliva nič manj.

Gre za sprejemanje sodobnih ugotovitev o etiologiji duševnih motenj, ki jih omogoča današnja znanost z vse bolj razvito raziskovalno tehnologijo in povezovanjem z drugimi strokami, zlasti nevrobiologijo, dognanj, ki se ne skladajo vedno z uveljavljenimi predstavami in zakoreninjenimi načeli, na katerih smo doslej temeljili tudi svoje delo.

Odnos do teh novih spoznanj zahteva zadostno prožnost mišljenja, pripravljenost za prevrednotenje starih resnic in zmožnost za spoznavanje jezika, ki nam morda ni najbolj domač, pa tudi za sposobnost poglobljanja učenja v času, ko nam je bilo ob že naučenem povsem udobno.

Drugo tisočletje se je zaključilo ob razburjenju in evforiji, ki ju je v znanost in celotno pojmovanje življenja prineslo odkritje človeškega genoma. Tretje tisočletje pa se začneja z vznemirjenjem ob poglobljeni raziskovalni usmeritvi v nevroznanost. Zato naj se za predstavitev novih obzorij, ki se nam odpirajo, in spremljajočih jih prilagoditvenih težav nas psihiatrov, ki moramo preoblikovati in dopolnjevati svoje pojmovanje odnosa med duševnim in telesnim, z nekaj besedami usmerim na ti dve temi – gene in nevroznanost – ki preizkušata našo strokovno sprejemljivost in konceptualno odprtost, poklicno zrelost in dejansko poučenost na področju, kjer delamo in gradimo svojo strokovno identiteto.

GENI IN OKOLJE V MEDSEBOJNI IGRI

Rastoče znanje o biokemičnih dogajanjih, odločilnih za duševne dejavnosti, razvijajoča se tehnologija na polju molekularne biologije in vse bolj sofisticirane statistične metode so nam približali genetiko, vedo, od katere pričakujemo na polju duševnega zdravja in bolezni še veliko odgovorov. Ti pa še zdaleč niso tako enostavni, kot smo se nadejali ob prvem razcvetu te vede. Nasprotno, ob njih se odpirajo nova vprašanja, nadaljnji raziskovalni izzivi, nove možnosti prestrukturiranja prejšnjih predstav. Možnost identificiranja lokacije posameznih genov, ki so povezani z razvojem nekaterih duševnih motenj, njihove strukture, ekspresivnosti in funkcije (McGuffin, 1987) je razširila razumevanje genetike duševnih motenj, a je ob njej vse bolj jasno, da prav geni govorijo tudi o pomenu vplivov okolja. Na večino vzorcev človekovega vedenja vplivata tako dednost kot okolje (Simonoff, McGuffin & Gottesman, 1995).

Razumevanje genetskih vplivov na višje živčne dejavnosti je le del celotnega pojmovanja duševnih motenj, v katerih se, poleg bioloških dejavnikov, seštevajo še psihosocialni, socialni, kulturni in drugi vplivi.

Povezava med obema skupinama dejavnikov ni nikoli le enosmerna, temveč recipročna in cirkularna. Določena, gensko pogojena vedenja – na primer impulzivnost ali zapiranje vase – vodita posameznika pri izbiri dejavnosti in stikov z ljudmi, torej pri tem, kako in v kakšno okolje se vključuje. Genska zasnova do neke mere določa tudi to, kakšne vrste okolje je naravi in potrebam posameznika ugodnejše in bolj privlačno. Posameznik svoje okolje do neke mere s svojim vedenjem tudi oblikuje in ga spreminja. Tako delujejo genetski vplivi tudi posredno prek vplivov okolja.

Povezovanje obojnih dejavnikov ima lahko mnogo obrazov in mnogo resnic. Ali lahko rečemo, da o razvoju depresivnosti pri otroku depresivne matere bolj vplivajo njeni geni, ki mu jih je morda posredovala, ali bolj značilnosti vzgoje, v kateri ni bil deležen zadostnih pozitivnih spodbud, smeha, prešerne sprostitve in dejavnega usmerjanja v svetle plati doživljanja sebe in sveta? Ali pa ima morda njegova genska zasnova svoj delež tudi pri tem, da je bil za tiste vplive, ki spodbujajo depresivnost, bolj sprejemljiv in dovzeten kot njegov sorojenec, ki kljub odraščanju v istih razmerah ne kaže sledi depresivnosti, ker se v genotipskem smislu od matere bolj razlikuje kot on?

Pomen prepletenosti vpliva travmatskih dogodkov z dednostjo ter psihosocialnimi razmerami odraščanja poučno prikazuje raziskava Browna in sodelavcev (1986), ki so ugotovili, da se depresivne motnje pogosteje razvijejo pri ženskah, ki so izgubile mater pred svojim enajstim letom življenja – vendar le, če so z depresijo dedno obremenjene. Življenjski dogodek torej lahko vpliva na ekspresivnost neugodne genetske zasnove, ni pa že kar sam po sebi odločilen za razvoj duševne bolezni.

Genetika prispeva k integrativnemu, mnogodimenzionalnemu pogledu na duševne motnje, pri katerem celovitejše poznavanje enih etioloških dejavnikov ne izključuje in ne zanika pomena vseh drugih, temveč jih le pravilneje uvrsti v dinamiko medsebojnih povezovanj. Tako si ob teh novih znanjih ne zastavljamo več izključujočih vprašanj Nature or Nurture?, narava ali vzgoja?, temveč smo z njimi bolje usposobljeni za to, da iščemo odgovore o tem, kakšni so načini in možnosti interakcije genov in okolja. Ob vsem, sicer upravičenem raziskovalnem navdušenju, ki spremlja nove ugotovitve na področju genetike duševnih motenj, je vse bolj jasno, da geni govorijo tudi o vplivih okolja in da poznavanje pomena okolja vključuje tudi vlogo genov. Nihče si več ne predstavlja, da lahko en sam gen razloži etiologijo neke duševne motnje. Neupravičena je tudi bojazen prvotnih skeptikov, da bodo odkritja na polju genetike prinesla nevarno prepričanje o absolutni

determiniranosti duševnih motenj, kar bi bila lahko podlaga terapevtskemu malodušju ali celo nihilizmu in opuščanju preventivnih prizadevanj na našem področju.

Začetna opitost ob odkritju pomena genov v razvoju duševnih motenj pravzaprav že izzveneva. K treznosti kličejo celo sami apostoli genetike v psihiatriji, ki opozarjajo na medsebojno soigro vseh različnih dejavnikov, ki oblikujejo človekovo duševnost, usmerjajo njegovo vedenje in uravnavajo njegovo doživljanje še po trenutku koncepcije, torej srečanja dveh dednih zasnov.

ZNANSTVENA PODPORA PSIHOANALITIČNIM POSTULATOM

Manj treznosti in več jasnejše in še bolj toge polarizacije v opredeljevanju med dušo in telesom pa je najti med psihiatri ob sodobnih ugotovitvah nevroznanosti. Ker so te posegle v obdobje samega začetka osebnostnega razvoja in se dotikajo nezavednih duševnih procesov ter odziva človeka na doživete travme, pa tudi bolezenskih obramb pred ogrožujočimi izkustvi, je z njimi kar naenkrat stopila trda noga biologije naravnost na cvetoče polje psihoanalize. Konkretno se je srečalo z doslej abstraktnim. Kaj lahko nastane iz tega srečanja? Ali smo psihiatri že sposobni povezati občudovanje predvčerajšnjih psihoanalitičnih misli s prevzetostjo ob ugotovitvah današnje in jutrišnje znanosti in iz njih – v spodbudo našemu delu in v dobro bolniku – priti do seštevka, v katerem je ena in ena – tri?

Psihoanaliza je bila že tradicionalno mnogo boljša pri generiranju idej kot pri njihovem preverjanju (Kandel, 1999). Kljub temu, da so njeni temeljni postulati predvsem empirični in analitiki v sklopu svoje stroke niso razvili objektivnih metod za njihovo testiranje in dokazovanje, pa so mnoge od njih zasnova obširne klinične prakse.

Psihoanalitične predpostavke o človekovem duševnem funkcioniranju – tako v razvoju kot v bolezni – ki so jih temeljili teoretiki analize na senzibilnem praktičnem opazovanju, so se šele s povečanjem dosega sodobne nevroznanosti pokazale kot pravzaprav vizionarske in s tem genialne. Mnoge od njih je namreč danes mogoče že potrditi v jeziku nevrofiziologije, ki je nedvomno zelo različen od analitičnega, a lahko govori o istih razvojnih, fizioloških in patoloških dogajanjih. Celotisti med nami, ki so že primarno usmerjeni v bolj konkretna dognanja naše stroke, morajo ob tem spoznanju priznati vizionarstvo pogleda nekaterih analitikov, ki so izhajali le iz abstraktnega in pri tem tudi ostali – pač v skladu z dometom znanosti, značilnim za njihov čas.

V letu 1894 je Freud še ugotavljal, da biologija še ni toliko napredovala, da bi bila psihoanalizi lahko koristna (Kandel, 1999). Dvajset let pozneje je že odločneje opozarjal, da moramo sprejeti dejstvo, da "bodo naše začasne ideje v psihologiji nekega dne verjetno temeljile na organski substrukтури" (Freud, 1914). Njegovo preroško predvidevanje napredka v znanosti je daleč prehitelo njen takratni doseg. "Pomanjkljivosti naših opisov bi verjetno izginile, če bi bili sposobni zamenjati psihološke izraze s fiziološkimi ali kemičnimi. Lahko pričakujemo, da bosta fiziologija in kemija ponudili najbolj osupljive podatke, in še predstavljati si ne moremo, kakšne odgovore nam bosta dali na vprašanja, ki jih zastavljamo danes. Morda bodo ti odgovori take vrste, da bodo odpihnili vso umetno strukturo naših hipotez" (Freud, 1920). Nekaj odgovorov smo že dobili, a ti, skrajno presenetljivo, mnogih takrat zastavljenih hipotez nikakor ne odpihnejo!

Skoraj osem desetletij je bilo potrebno čakati, da je nevroznanost v skladu z vzporednim razvojem kognitivne psihologije dobila vpogled v zgodnje strukturalno dogajanje v osrednjem živčevju. To se – v nasprotju s prejšnjim prepričanjem, da je vzpostavljanja novih substruktur v možganih z rojstvom konec – oblikuje pospešeno v prvih letih življenja ob interakciji razvijajočega se bitja z okoljem (vključno, sprva pa sploh predvsem v odnosih z najbližjim), kasneje pa nekoliko počasneje in ob ponovnih in ponovnih psihosocialnih izkušnjah še celo v življenju odraslega. Ugotovitve sodobnih raziskav so izpostavile pomen zgodnjega, kritičnega obdobja prvih dveh ali treh let, ko se v funkciji preživetja ponavljane izkušnje z najbližjim bitjem kodirajo v proceduralni spomin na interneuronski ravni (Kandel, 1999). S tem ni razložena in potrjena le Bowlbijeva teorija navezanosti (attachment) (Bowlby, 1960), ampak tudi pomen zgodnjih disfunkcionalnih odnosov za razvoj osebnostnih motenj, katerih značilnost je prav v pomanjkljivih sposobnostih za navezovanje vzajemnih medosebnih odnosov. Ker je za strukturiranje funkcionalnih kortikolimbicnih povezav, odločilnih za razvoj kognitivnih funkcij, odnosa do realnosti in s tem učenja ustreznih vedenjskih strategij, potrebna primerna percepcija otrokovih potreb in teženj s strani osebe, ki ga neguje in skrbi zanj, je v luči zgodnjih odnosov mogoče bolje razumeti tudi vlogo disfunkcionalnega starša pri razvoju shizofrenije, zlasti tiste z zgodnjim začetkom (Eggers, 1999; Asamow, 1999).

Razumevanje utrjevanja nevrnalnih povezav med dražljajem in reakcijo nanj pri razvoju obrambnega odziva na signale nevarnosti osvetli analitsko predpostavko o psiholoških obrambnih mehanizmih, ki se vedno znova aktivirajo ob doživetju ogroženosti. Anksioznost ima ob tem mesto v funkciji preživetja, saj spodbuja k boju ali begu. V biološkem smislu je sicer pomembna nevarnost, ki človeka dejansko ogrozi, v psihološkem pa so odločilna

notranja in subjektivno doživeta občutja ogroženosti in tesnobe (utrjena morda ob ponovnih kolizijah s cenzuro okolja, kulture in družine).

Danes je vse bolj jasna tudi biološka osnova stresa in vseh oblik odzivov na stres, od akutne reakcije do posttravmatske stresne motnje in celo spremembe osebnosti po katastrofični izkušnji. Posebna genetska sprejemljivost za zviševanje CRF (corticotropin releasing factor), hormona, ki se ob stresu sprošča v hipotalamusu (tudi na primer v stresu neugodnih izkušenj v zgodnjem otroštvu), stopnjuje anksioznost in celo trajno poseže v nevronske sistem hipotalamusa, poveča možnost trajnejših in intenzivnejših posledic travmatskih doživetij, ki jih opažamo pri posameznikih, bolj ranljivih za stres (McEwen et al., 1995; Sopolisky, 1996).

Zgodnji nezavedni mentalni procesi, ki se zbirajo v proceduralnem spominu, edinem dobro diferenciranem spominskem sistemu v zgodnjem obdobju, lahko tako postopoma preidejo v motnje deklarativnega spomina (McEwen et al., 1995). In nezavedno si išče pot v zavest...

Čeprav so strukturalna dogajanja v osrednjem živčevju najintenzivnejša v prvih dveh, treh letih življenja, pa so spremembe na tej ravni možne še tudi kasneje (Ebert et al., 1995). Spremembe v vedenju (tudi tiste, ki jih spodbudi in usmeri psihoterapevtski proces) prinesejo drugačne izkušnje, te pa prek sprememb v vzorcih internevronske zvez z vzpostavljanjem novih in zakrnavanjem nefunkcionalnih sinaptičnih povezav postopoma privedejo do drobnih strukturnih premikov v osrednjem živčevju. Eric Kandel (1999), letošnji Nobelov nagradenec za medicino, sicer nevrobiolog s Kolumbijske univerze, rojen na Dunaju, Freudovem mestu, napoveduje, da bo prej ali slej mogoče s slikovnimi tehnikami zaznati tudi spremembe, ki jih v delovanju možganov povzročijo duševni procesi, sproženi s psihoterapijo.

Področja, v katera se nevroznanost vse bolj razvidno pogloblja, so skladna s pogloblitimi interesi tako kognitivne psihologije kot psihoanalize. Njihove ugotovitve se v marsičem seštevajo in dopolnjujejo. Nova znanstvena spoznanja psihoanalize ne ogrožajo. Nasprotno, ta nekdanj povsem abstraktna veda, stroka, ki je sodila bolj v okvir filozofije ali celo umetnosti, zdaj prvič zares dobiva možnosti preverjanja, potrditev in razlag, ki so pogoj za to, da si - tudi pred očmi raziskovalno mislečih - zasluži ime znanost. Sama po sebi na tej poti ne bi več mogla daleč naprej, saj je raziskovanje človeškega uma možno le še s skupnimi prizadevanji v iskanju povezav in soodvisnosti med materijo in energijo. Ta sinteza pa ni le konceptualna, saj končno daje resne znanstvene temelje tudi za diagnostično in terapevtsko povezovanje psihoterapije in farmakoterapije v celostni obravnavi oseb z duševnimi motnjami.

Vse kaže, da je človekov um trdneje stopil na pot do svoje duše. Razumljivo je, da stopanje na to pot spremljamo z različnimi občutki: z dvomom

v vrednost novih resnic, ki jih še ne moremo povsem sprejeti, z bojznijo za preživetje starih, ki smo jih vključili v svoj način razmišljanja in dela in smo bili ob njih že dokaj učinkoviti, z odporom do tega, česar (še) ne moremo razumeti in vznemirjenjem ob odpiranju novih obzorij. Ob tem je prav, da se soočimo s pomanjkljivostmi preteklih znanj in z nedodelanostjo novih, da sledimo svoji potrebi po trdnih konceptih za razumevanje in jasnih usmeritvah za delo, da smo spoštljivi do dosedanjih znanj in radovedni za nova. Da z dušo in telesom, torej z zaupanjem in razumevanjem, željo in potrebo razvijamo svoj odnos tako do telesa kot duše, ne da bi pri tem “puščali vneimar” eno – ali drugo.

LITERATURA

1. Brown GW, Harris TO, Bifulco A. Long-term effects of early loss of parent. V: Rutter M, Izard CE, Read P (eds). Depression in young people. New York: Guilford Press, 1986: 251-297.
2. Ebert T, Panter C, Wienbruch C, Hoke M, Rockstrom B, Taub E. Increased use of the left hand in string players associated with increased cortical representation of the fingers. Science 1995; 220: 21-23.
3. Federn P. Some variations in ego feeling. Int J Psychoanalysis 1926; 7: 434-444.
4. Freud S. On narcissism: an introduction (1914). Complete Psychological Works. London: Hogarth Press, 1957: 67-102.
5. Freud S. Beyond the pleasure principle (1920). Complete Psychological Works. London: Hogarth Press, 1955: 7-64.
6. Freud S. The Ego and the Id. London: Hogarth Press, 1927: 64-66.
7. Jamison K. Unquiet Mind. New York: Vintage Books, 1996: 71.
8. Jung CG. Psychology of the unconscious. New York: Dodd Mead, 1931: 48-66.
9. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis – a new intellectual framework for psychiatry revisited. Am J Psychiatry 1999; 156: 505-524.
10. Lacan J. Some reflections on the Ego. Int J Psychoanalysis 1953; 34: 11-17.
11. McEwen BS, Sapolsky RM. Stress and cognitive function. Curr Opin Neurobiol 1995; 5: 205-216.
12. McGuffin P. The new genetics and childhood psychiatric disorders. J Child Psychol 1987; 28: 215-222.

13. Milčinski L. Spremná beseda. V: Tomori M. Psihologija telesa. Ljubljana: DZS, 1990: 5-6.
14. Perry JV. The self and the psychotic process: its symbolization in schizophrenia. Berkeley: University Press of California, 1953: 28-65.
15. Reich W. Character Analysis. New York: Orgone Institute Press, 1949: 44-49.
16. Rutar D. Telo in oblast. Ljubljana: Dan, 1995. 5-78.
17. Schilder P. The image and the appearance of the human body. New York: Int University Press, 1950: 34-98.
18. Smirnoff E, McGuffin P, Gottesman JJ. Genetic influences on normal and abnormal development. V: Rutter M, Taylor E, Hersov L. (eds). Child and Adolescent Psychiatry. Oxford: Blackwell Sciences, 1995: 129-151.
19. Sopolisky RM. Why stress is bad for your brain. Science 1996; 273: 749-750.
20. Tomori M. Psihologija telesa. Ljubljana: DZS, 1990: 8.
21. Tomori M. Ali je psihiatrija v krizi? Zdrav Vestn 1998; 67: 53-55.