

DÍL 1

Základy psychosomatiky



Psychosomatika v proměnách věků: od antiky k současnosti

„Chceš-li zhojit tělo, musíš předně hojit duši.“
Platón

Emoce mohou silně působit na tělo, jak ví odedávna lidová moudrost. Těsná souvislost mezi tělem a duší se odráží v jazyce: říká se „mám srdce až v krku“, „to mi bere dech“, „mám stažené hrdlo“ nebo třeba „obrací se mi žaludek“. Základem slova emoce je latinské *motio*, které znamená „pohyb“. Emoce hýbají nejen naši duši, aktivizují také naše tělo a uvádějí je v napětí.

Slovo „psychosomatika“ je složené ze dvou řeckých slov – *psyché* (duše) a *sóma* (tělo) – a označuje souhru tělesných a duševních procesů. Psychosomatická reakce je naprosto zdravá podoba prožívání, vždyť každý pocit vyvolává nějakou tělesnou reakci a každá tělesná reakce rozpoutává nějaké pocity. Pojmy „psychosomatické choroby“ a „psychosomatózy“ pak označují patologické formy vztahu mezi tělem a duší, totiž spolupůsobení fyzických a psychických faktorů při vzniku a průběhu nemocí. Psychosomatika nehodlá přisuzovat menší význam tělesným faktorům, chce zdůraznit význam faktorů duševních.

Na souvislosti mezi tělem a duší se v průběhu staletí pohlíželo velice různě. Starořecký lékař Hippokratés byl přesvědčen, že pocity mohou ovládat jednotlivé orgány: srdce se ve zlosti stahuje, v radosti rozšiřuje. Lékařství antických Řeků dbalo stejnou měrou faktorů psychických i fyzických. Zato ve středověku hlásala církev striktní oddělení těla od duše a v 17. století přišel francouzský filozof René Descartes s oním vědeckým dualismem těla a duše, jehož neblahé následky pocítujeme prakticky dodnes. V 19. století toto jednostranné vyvyšování tělesných faktorů pokračovalo – také v důsledku velkých pokroků medicíny. Teprve začátkem 20. století podnítila opozici počínající psychoanalýza.

Moderní psychosomatika se zrodila z prací Sigmunda Freuda a jeho žáků, které jasně ukázaly, jak velký význam má duše při vzniku a vývoji tělesných poruch. Model konverze měl předvést, jak mohou psychické konflikty „konvertovat“ (zvrátit se) v tělesné symptomy. Freud sám nicméně nenavrhl žádné speciální psychosomatické teorie ani terapeutické koncepce.

Nejvýznamnější psychoanalytická koncepce psychosomatických poruch pochází z pera Franze Alexandra, německého internisty a psychoanalytika, který v chicagské emigraci vydal roku 1950 své epochální dílo *Psychosomatische Medizin* (Psychosomatické lékařství). Popisuje v něm tzv. svaté sedmero psychosomatických onemocnění s údajně specifickou psychodynamikou nemocí:

jsou to peptický vřed (ulcus pepticum), asthma bronchiale, vysoký krevní tlak (hypertonie), revmatická artritida, migréna, colitis ulcerosa a neurodermitis. Je zajímavé, že již Alexander považoval pojem psychosomatické nemoci jako specifické diagnostické jednotky za bezcenný a chápal psychosomatiku jako diagnostickou metodu. Jeho práce přesto podpořila vývoj psychosomatiky jako samostatné disciplíny v medicíně. Zde je v krátkosti jeho teorie: Určité tělesné poruchy vznikají jako následek specifického, nevědomého psychického konfliktu spočívajícího v rozporu mezi dvěma žádostmi nebo mezi žádostí a zákazem. Tak může být například touha po závislosti, opoře a zaopatření v rozporu se zároveň existující potřebou nezávislosti a samostatnosti. Této potřebě není nikdy vyhověno, a tak z blokování uspokojení touhy a neodváděného emocionálního napětí povstává chronická porucha vegetativní regulace. Když se nemohou vybouřit agresivní impulzy, způsobuje dlouhodobá aktivace sympatického nervstva například trvalé zvyšování krevního tlaku a později hypertonií. Záleží však na založení jednotlivce – právě tak se může objevit migréna nebo revmatická artritida. Když jsou naopak blokovány pasivně-regresivní touhy po ochraně a zaopatření, může delší nadměrná aktivace parasympatického nervstva způsobovat poruchy, jako je vřed na dvanáctníku, colitis ulcerosa nebo astma. Alexander tedy vysvětluje psychosomatické symptomy stavem vegetativního nervového systému: nadměrná aktivace systému sympatických nervů, který mobilizuje tělo, vyvolává jiné symptomy než systém nervů parasympatických, který řídí trávení a tělesnou obnovu.

Této Alexanderově koncepci se také říká teorie specifčnosti – určité choroby jsou podle ní výsledkem specifických konfliktů. Dnes ji pokládáme za překonanou a výzkumem nepotvrzenou. Pojetí, podle něhož jsou pacienti s těmiž tělesnými symptomy stejní také duševně, je mýtus. Určitá psychosomatická porucha *není* výsledkem specifického konfliktu, naopak ji mohou vyvolat, udržovat a zhoršovat nejrůznější psychické a psychosociální faktory.

Podobně ztroskotaly rovněž psychosomatické koncepty na bázi typů osobnosti. Nejsou přece žádné určité osobnosti migrenika, člověka s nemocným žaludkem nebo trpícího rakovinou. Přesto nejsou tyto teorie docela vymýceny, naopak jsou dodnes velice rozšířeny právě v populární literatuře a v neuvážlivé klinické praxi. Neudržitelný je také oblíbený psychoanalytický model vysvětlení psychosomatické poruchy narušeným vztahem mezi matkou a dítětem, nepatřičně svalující vinu na matku, které se často snaží, seč mohou.

Základním problémem všech jednostranných psychosomatických koncepcí je to, že jejich zastánci pátrají u svých pacientů vždy právě po těch příčinách, které do psychosomatické nemoci předtím sami vložili. Takový nekritický postoj je stěží

udržitelny, protože redukuje komplexnost psychosomatiky. V psychoterapii je naopak bezpodmínečně nutné hledat u každého jednotlivého pacienta právě ty individuální myšlenky, myšlenkové postupy, způsoby prožívání a chování, které jsou relevantní pro vznik jeho nemoci, a navíc konkrétní životní podmínky, které mohou nemoc vyvolávat.

Na ukázkou si uvedme některé z těchto psychosomatických konceptů minulosti, silně podezřelých, protože silně simplifikujících. Podle nich kupříkladu:

- astma je volání po matce a spočívá v nezpřetrhaných emocionálních poutech k matce;
- neurodermitis je následkem nedostatku kožních dotyků v raném dětství, a pochází tedy z mateřského odmítnutí;
- žaludeční vřed vzniká ze zadržované nebo nepovolené touhy po lásce a přichylnosti;
- migréna je následkem potlačované agresivity;
- rakovina povstává z toho, že se člověk vnitřně šířá.

Pojem „psychosomatický“ dříve mnoho psychoanalytiků používalo ve smyslu souvislosti příčiny a účinku mezi duší a tělem, ne ve smyslu jejich vzájemného působení na základě multifaktoriálního souboru podmínek. Kladení rovnítka mezi pojmy „psychosomatický“ a „psychogenní“ bylo nesprávné a veskrze neblahé, protože popíralo komplexnost mnoha tělesných onemocnění. Dalšího nesprávného tvrzení, které z toho vyplynulo (že totiž „psychosomatika = specifická psychogeneze určitých tělesných poruch“), se dnes vzdává i stále více samotných psychoanalytiků.

I když nenalezneme žádné organické příčiny, nesmíme předčasně mluvit o psychogenních účinných faktorech jako o jediných a pravých příčinách. Jinak řečeno: nutnost psychologické a psychoterapeutické léčby neplyne z pouhé existence určité psychosomatické choroby. Je bezpodmínečně nutné prokázat ještě existenci určitých faktorů psychologických a těch, které souvisejí se způsoby chování. Ty se objevují v určité časové souvislosti s různými tělesnými onemocněními, aniž to musí znamenat vztah příčiny a účinku.

Roku 1977 navrhl americký lékař a psychoanalytik George Engel biopsychosociální model nemoci, podle něhož se vzájemně ovlivňují tělo, duše a sociální okolí. Toto celostní, integrativní chápání nemoci, které bere ohled na všechny biologické, psychologické a sociální úrovně procesu onemocnění, je dnes koncepčním základem moderní psychosomatiky. Tím ještě nejsou objasněna jednotlivá psychosomatická onemocnění, vysvětlují se však následující jevy: v situaci extrémní psy-

chické a psychosociální zátěže může každý člověk tělesně onemocnět; tytéž zátěžové faktory mohou vést u různých lidí k různým onemocněním; nejružnější stresové situace mohou způsobit stejnou nemoc; někteří lidé onemocní spíše než jiní, protože nemají dostatečné strategie ke zdolávání potíží nebo protože žijí v méně příznivých životních podmínkách.

Psychosomatika a behaviorální medicína - dvojí pohled na touž tematiku

Odborný termín „psychosomatika“ můžeme chápat ve dvojím významu:

- Psychosomatika je takový nadoborový základní postoj a pohled na diagnostiku a terapii nemocí, při němž se berou v úvahu stejnou měrou faktory tělesné, duševní a psychosociální. V tomto smyslu je psychosomatika interdisciplinárním konceptem, ne jen jednou z disciplín jako vnitřní lékařství, psychiatrie nebo chirurgie. Nespočívá tedy v tom, že by určité nemoci považovala za „psychosomatické“ a ty by tvořily obsah psychosomatického oboru. Psychosomatické aspekty mohou mít svůj význam u nejružnějších tělesných poruch, jimiž se zabývají různé lékařské obory.
- Psychosomatika je samostatný klinický obor a směr výzkumu. Jeho jádrem je zkoumání a léčba vzájemného působení těla a duše při určitých nemocích. V tomto smyslu tvoří psychosomatický pohled na nemoci a odpovídající terapie samostatný lékařský obor, který se praktikuje na příslušných odděleních nemocnic a univerzitních klinik i na speciálních psychosomatických klinikách.

Všeobecně se přijímá definice, podle níž se psychosomatika zabývá psychickými příčinami, průvodními a následnými projevy tělesných poruch, působením těchto poruch na pacientovo psychosociální okolí a na vztah mezi pacientem a terapeutem nebo lékařem. V souvislosti s definicí psychoterapeutické medicíny je však možné výstižně popsat psychosomatiku také takto: psychosomatika je poznávání, lékařská a psychoterapeutická léčba a rehabilitace takových nemocí a chorobných stavů, na jejichž ustavení, rozpoutání, udržování, zhoršování a subjektivním zpracovávání se podílejí psychické a psychosociální faktory nebo souhra tělesných a duševních příčin.

Oblast psychosomatiky můžeme rozdělit do čtyř okruhů působnosti podle čtvera hledisek:

1. Soustředění na příčiny nemocí. Jakkoli určitá nemoc vypadá jako choroba organická, je vždy třeba analyzovat působící psychické a sociální faktory, abychom zjistili v celém rozsahu symptomatiku, většinou podmíněnou multifaktoriálně.
2. Soustředění na zpracovávání nemocí. Pacient musí aktivně zvládat reaktivní psychologické a sociální problémy, které se leckdy hojně objevují v průběhu nemoci. K tomu je zapotřebí vhodných psychologických a lékařských kroků a opatření.
3. Soustředění na chorobné chování. Pacienti s psychosomatickou nemocí vyvíjejí často nepříznivé formy interakce s lékaři a psychoterapeuty. Ti si musí být ve vysoké míře vědomi své odborné a lidské odpovědnosti, má-li být léčba co nejúspěšnější.
4. Soustředění na průvodní a následná psychická onemocnění. U mnoha nemocí se objevují následné stavy, které postiženého psychicky a psychosociálně zatěžují a které se musí za podpory lékařů, psychologů nebo psychoterapeutů naučit zvládat.

V současnosti vládne v oblasti psychosomatiky (pokud jde o psychoterapii) dvojitý základní pohled a dvojitá léčebná metodika. Je to jednak psychosomatika zaměřená primárně psychoanalyticky, jak se vyvíjí v posledních šedesáti letech, jednak psychosomatika zaměřená striktně na behaviorální terapii, která v posledních třech desítkách let získala významné postavení pod označením behaviorální medicína.

Behaviorální medicína znamená využití behaviorální terapie v oblasti medicíny. Podle širší definice je to interdisciplinární (biopsychosociální) snaha o zkoumání mechanismů zdraví a nemoci pod zorným úhlem psychosociálních, etologických a biomedicínských vědomostí a o zavádění empiricky ověřených poznatků a metod do prevence, léčby a rehabilitace. Spojení slov „chování“ a „lékařství“ poukazuje na souvislost chování, jehož zkoumáním se zabývá především psychologie, a tělesných procesů, které zkoumá převážně medicína. Jde právě o základní biopsychosociální koncepci behaviorální medicíny.

Ve srovnání s psychoanalyticky zaměřenou psychosomatikou klade behaviorální medicína větší důraz na přírodovědné a interdisciplinární souvislosti (zahrnutí všech relevantních věd – psychologie, medicíny, biochemie, sociologie atd.), na empiricko-vědeckou ověřitelnost souvislosti chování a prožívání s tělesnými chorobami a na význam prevence psychosomatických poruch.

Počátky behaviorální medicíny sahají do sedmdesátých let 20. století. V poslední době přední odborníci i kliničtí pracovníci koncepty vycházející z psychoanalýzy a z terapie chování stále více přijímají.

Široké pole psychosomatiky

„O zdraví máme představu jen díky nemoci.“

Georg Christoph Lichtenberg

Od Alexanderovy doby rozlišujeme v nejobecnějším smyslu čtyři hlavní skupiny psychosomatických chorob různé závažnosti:

- poruchy celkového tělesného schématu (neorganické tělesné symptomy bez funkčních nebo somatických příčin víceméně nepovažované za nemoc);
- funkční (somatoformní a disociativní) poruchy (primárně neorganické poruchy považované za nemoc);
- psychosomatické poruchy v užším smyslu (organické choroby vyvolávané nebo posilované psychosociálními faktory);
- somatopsychické choroby (organická onemocnění s psychosociálními následky).

Poruchy celkového tělesného schématu

Tělesný a duševní stav spolu úzce souvisí. Zná to každý, kdo byl někdy nespokojen nebo zoufalý kvůli problémům v intimním vztahu nebo v zaměstnání. Poruchy celkového tělesného schématu jsou takové tělesné potíže, převážně psychicky nebo psychosociálně podmíněné, při nichž nevznikají chronické poruchy vegetativního nervového systému, chorobné změny tkání ani poruchy orgánů. Jsou to tělesné symptomy u lidí vlastně zdravých. U 80% lidí se v průběhu týdne objeví nějaký tělesný symptom, aniž si proto připadají nemocní. Nejběžnější potíže tohoto druhu jsou bolesti hlavy, druhé nejčastější jsou obtíže se žaludkem. Podle osobního způsobu vnímání a subjektivní teorie nemoci však mohou takové potíže přerůst v zatěžující soužení – tak se poruchy celkového tělesného schématu mohou pozvolna měnit ve funkční nebo somatoformní poruchy, považované již za nemoc (a to přesto, že pacient je vlastně tělesně zdravý). Tělesné potíže tohoto druhu se mohou rovněž objevit téměř u každé depresivní poruchy, která je reakcí na určitý zážitek. Dříve se těmto poruchám říkalo „neurotické“.

Funkční poruchy

Funkční poruchy jsou poškození tělesných funkcí, která nemají organické příčiny/a často se na nich podílejí příčiny psychické. Spočívají obvykle v poruše autonomního (vegetativního) nervového systému a projevují se symptomy jako bušení

srdce, potíže s dýcháním, nadměrné pocení nebo žaludeční a střevní potíže. Někdy je poškozen také volní nervový systém a následkem jsou pohybové, řečové, zrakové nebo sluchové poruchy. Funkční poruchy bývají často projevem toho, že tělo má k dispozici dostatek energie, která se však nemůže uplatnit ani jinak vybit, z čehož vznikají poruchy regulace a nepříjemné tělesné pocity. Označení „funkční“ bychom neměli chápat jako totožné s pojmy „psychický“ nebo „psychogenní“, neboť funkční poruchy bez organického nálezu nemusí být nutně způsobeny jen čistě psychickými příčinami (je možné také zneužívání alkoholu a léků nebo tělesné a duševní přepínání bez psychiatrické diagnózy).

Každý čtvrtý člověk přichází k lékaři s tělesnými potížemi, které nemají dostatečnou organickou příčinu nebo ji nemají vůbec. Postižení se chovají jako pacienti, ačkoli jsou vlastně zdraví, zatímco mnozí jiní lidé, kteří by pacienti být měli, se chovají, jako by byli zdraví. Jedni mají v zacházení s vlastním tělem sklon k přeceňování tělesných symptomů, zatímco druhým je bližší opak, totiž popírání nemoci.

Rozlišujeme dva druhy funkčních poruch:

- somatoformní poruchy;
- disociativní poruchy.

Somatoformní poruchy

Tělesné symptomy bez dostatečných organických příčin se dnes podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) nazývají „somatoformní poruchy“. Tento termín nahradil dřívější oficiální označení „tělesné funkční poruchy psychického původu“. Postižení dostávali dříve také diagnózy jako vegetativní dystonie, vegetativní neuróza, psychovegetativní labilita nebo stav psychofyzického vyčerpání.

Somatoformní poruchy jsou tělesná poškození vegetativních funkcí bez chorobných tkáňových změn, často spoluzapříčiněné psychicky nebo psychosociálně. Označení „somatoformní“ znamená, že jsou to poruchy, které vypadají jako tělesného původu, ale jejichž podrobnější vyšetření ukáže, že tělesného původu nejsou. Sami postižení jsou nicméně přesvědčeni, že mají fyzickou chorobu. Mezi objektivním nálezem a subjektivním pocitem je tedy diskrepance. Chybějí sice podstatné organické příčiny, ale přesto bychom pojem „somatoformní“ neměli ztotožňovat s pojmem „psychogenní“ – vždyť konkrétní soubor symptomů může být způsobován, udržován a posilován souhrou nejrůznějších biologických, psychologických a sociálních faktorů.

K diagnóze „somatoformní porucha“ nepotřebujeme nález organické příčiny (ve smyslu „pravé“ tělesné nemoci s psychogenní konverzí) ani příčiny psychické (třeba ve smyslu konfliktu vyvolávajícího nemoc). Často se hledá příliš pevná hra-

nice mezi faktory organickými a faktory psychickými. Porucha je však somatoformní i v takových případech, kdy sice můžeme jednoznačně prokázat organickou příčinu tělesné symptomatiky (např. u bolestí zad nebo chronických bolestí v podbříšku), tento organický nález ovšem nemůže dostatečně objasnit tíživost, rozměry, rozmanitost projevů, délku trvání potíží ani psychosociální poškození.

Jinými slovy nejde u somatoformní poruchy primárně o prokázání psychické příčiny ani o vyloučení příčiny organické, nýbrž o popis typického vzorce chování, při němž vedle symptomů, které jsou v diagnostické medicíně obvyklé, mají značný význam také typická kognitivní přesvědčení pacientů (např. jejich subjektivní teorie nemoci) a určité interakční vzorce (podoba vztahu mezi lékařem a pacientem, sociální chování).

Somatoformní poruchy mohou mít ty nejrůznější příčiny. Většinou je jejich základem stres v širším smyslu – tělesné a duševní přetěžování a přepínání. Proč stres způsobil právě určitou tělesnou symptomatiku, to můžeme zjistit a pochopit jediné individuálně.

Základní skupiny příčin somatoformních poruch jsou tyto:

1. konstituční sklony a tělesné náchylnosti (predispozice), když zátěž dosáhne určitých rozměrů;
2. spouštěče, jakými jsou třeba tělesné, psychické a sociální zátěžové faktory;
3. udržující dispozice (zesilovače), jako např. určité reakce postiženého a jeho okolí nebo přetrvávání zátěžových faktorů, jímž se porucha stává chronickou.

Tyto faktory pak společně roztácejí bludný kruh:

1. zesílené vnímání potíží, fixování pozornosti na ně a zvýšení dráždivosti;
2. subjektivní zhodnocení určitých procesů jako chorobných;
3. vznik a vývoj somatoformních potíží;
4. postižený se začne chovat stále více tak, aby se šetřil a vyhýbal se určitým situacím, tato symptomatika je pak stále výraznější, postižený to vnímá – a bludný kruh se uzavírá.

U lidí se somatoformními potížemi se častěji než u jiných pacientů s převážně psychickými poruchami a poruchami chování setkáváme s delšími trváním symptomů, delšími stavy pracovní neschopnosti, hojnějšími návštěvami lékařů a pobyty na klinikách. Právě somatoformní poruchy jsou krásným příkladem toho, jak důležité je, aby v budoucnu spolupracovali lékaři, psychologové a psychotherapeuti.

Pacienti se somatoformními poruchami docházejí spíše k praktickým lékařům a internistům než k psychiatrům. Mnozí takto postižení se i dnes obávají, aby nebyli pro svou neorganickou poruchu prohlášeni za psychicky nemocné nebo dokonce za opravdové pomatence – co když si poruchu vsugerovali? Mají zkrátka potíže s tím, že celá moderní medicína se svými technologiemi v diagnóze a terapii jejich poruchy selhala.

O pacienty se somatoformními poruchami se medicína a psychoterapie i v současnosti starají doslova macešsky. Nedostatečný stav terapie v klinické praxi poukazuje na závažné nedostatky celého našeho zdravotnictví. Poruchy se obvykle stávají chronickými a trvají celá léta; sociální prostředí pak často projevuje vůči dotčeným nedůvěru, neporozumění, odmítání, bezmocnost a agresi, nezřídka je negativně hodnotí jako hypochondry.

U nemalého počtu pacientů se somatoformními poruchami se v jejich osobní minulosti nebo současnosti setkáváme s depresí, úzkostnou poruchou nebo poruchou osobnosti. V popředí pozornosti samotného pacienta nebývají psychické symptomy, což může ztěžovat stanovení diagnózy. Je však také mnoho somatoformních pacientů bez psychických symptomů. A často je somatoformní porucha rozpoznána teprve tehdy, když byly kromě aktuálních potíží s určitými orgány zjištěny rovněž dřívější tělesné symptomy bez organického nálezu.

Nápadné je, že mnoho pacientů se somatoformními potížemi vypravuje bez velkých emocí o těch nejtísnivějších životních zážitcích. Zatímco z hlediska pozorovatele jsou tělesné potíže zcela zřejmým projevem emocionální zátěže, dotčený sám obvykle podobné souvislosti nenahlíží. Ví sice o tom, že jeho psychosociální situace ho zatěžuje, ale většinou si nedokáže představit, jak by z toho mohl onemocnět.

/Somatoformní poruchy můžeme tedy shrnout takto: /

- Postižení stále dokola prezentují lékařům tělesné symptomy bez organických příčin, zatímco mnoho jiných lidí má podobné potíže, a přece nechodí od jednoho odborníka k druhému.
- Postižení tvrdošjně vyžadují další a další lékařská vyšetření, přestože jejich nálezy jsou vždy znovu negativní a lékaři je neustále ujišťují, že jejich symptomy nemají tělesné příčiny.
- Pokud mají svůj podíl tělesné faktory, nejsou dostatečným vysvětlením podoby a rozsahu symptomů, choroby ani vnitřní účasti pacientů.
- Pacienti obvykle odmítají pokusy lékařů promluvit si o možných psychických příčinách, a to i v takových případech, kdy počátek a doba trvání symptomů zcela zjevně časově souvisejí s nepřijemnými životními zážitky, těžkostmi nebo konflikty.

Až u 13 % obyvatel se v průběhu života projeví nějaký somatoformní syndrom, který vyžaduje léčbu. V ordinacích praktických lékařů činí podíl somatoformních poruch dokonce až 35 % a ve všeobecných nemocnicích asi 30 %.

Somatoformní poruchy se mohou měnit v psychosomatické poruchy s chorobnými změnami tkání nebo v organické funkční poruchy.

Rozlišujeme šest skupin somatoformních poruch:

Tab. 1 Přehled somatoformních poruch

somatizační porucha	Již nejméně dva roky se objevuje nejméně šest (často vzájemně se střídajících) tělesných symptomů z nejméně dvou orgánových okruhů, které vedou k častým návštěvám lékaře, navzdory chybějícím nebo nedostatečným organickým příčinám. Typickými symptomy jsou např. bolesti břicha, nevolnost, častý průjem, dýchací potíže, bolesti na prsou, častá potřeba močení, bolesti končetin a kloubů, nedoslýchavost a svědění, brnění či šimrání. Celosvětově je somatizačními poruchami postiženo asi 1–3 % obyvatelstva.
nediferencovaná somatizační porucha	U této doplňkové kategorie se vyskytuje méně tělesných symptomů s minimálním trváním půl roku. Postiženo je asi 10–16 % obyvatelstva.
somatoformní autonomní funkční porucha	Vyskytují se přinejmenším tři symptomy z následujících orgánových okruhů vegetativního nervového systému, přičemž vždy jeden je vůdčí: <ul style="list-style-type: none"> • systém srdce a krevního oběhu (např. srdeční fobie) • horní část zažívacího traktu (např. dráždivý žaludek) • dolní část zažívacího traktu (např. dráždivá sířeva) • dýchací soustava (např. hyperventilace) • urogenitální systém (dráždivost močového měchýře) • ostatní orgány a soustavy (např. svrbění a mravenčení)
hypochondrická porucha	Jedná se o strach z nemoci přesto, že se nevyskytují tělesné symptomy, nebo o důsledek chybné interpretace tělesných symptomů, které jsou samy o sobě neškodné. Postiženo je 1–6 % pacientů praktických lékařů. Dysmorfofobie (strach ze znetvoření) je trvalá úzkost nebo přesvědčení pacienta, že je nějak tělesně postižen nebo znetvořen (má např. příliš velký nos nebo uši, nadměrná prsa nebo tlusté boky). Považujeme ji za druh hypochondrie, ačkoli postižení vlastně nemají strach z nemoci. Trpí jí asi 4 % žen a 1 % mužů.
trvalá somatoformní bolestivá porucha	Nejméně půl roku má postižený bolesti, které nelze vůbec nebo dostatečně vysvětlit organicky. V ordinacích praktických lékařů tvoří tiito pacienti asi 5–7 %.
ostatní somatoformní poruchy	Objevují se neorganické symptomy v orgánových systémech nepocházející z vegetativního nervového systému (např. některé kožní symptomy).

Disociativní poruchy

MKN-10, mezinárodní klasifikace nemocí, která je dnes v platnosti, rozlišuje v oblasti funkčních poruch mezi poruchami „somatoformními“ a „disociativními“. V případě disociativních poruch dochází k úplné nebo částečné dezintegraci bezprostředního vnímání, kontroly tělesných pohybů, vzpomínek na minulost a vědomí vlastní identity vůbec. Psychické a tělesné funkce jsou disociovány, rozštěpeny. Individuálně se pak může jednat o tělesně disociativní poruchy (např. psychogenní poruchy chůze) nebo poruchy kognitivně disociativní (např. psychogenní poruchy paměti).

Z psychosomatického hlediska jsou relevantní tělesně disociativní poruchy psychogenního původu, tedy vyvolané traumatizujícími zážitky, neřešitelnými či nesitelnými konflikty nebo narušenými mezilidskými vztahy. V psychoanalytické tradici má původ jiné jejich označení – „konverzní poruchy“. Termín „konverze“, který v tomto smyslu užil již Sigmund Freud, zdůrazňuje tu okolnost, že nepříjemné emoce vyvolané neřešitelnými konflikty a potížemi nějakým způsobem konvertovaly, změnily se v určité symptomy. Nevzniká přitom porucha vědomí. Symptomy konverze se nicméně mohou objevit zároveň se symptomy kognitivně disociativními doprovázenými poruchou vědomí (např. psychogenní ztrátou paměti), třeba při disociativních křečových záchvatech. Rozlišujeme tři skupiny tělesně disociativních poruch (konverzních poruch):

1. disociativní porucha pohybu;
2. disociativní křečové záchvaty;
3. disociativní poruchy senzibility a vnímání.

Tab. 2 Tělesně disociativní poruchy (konverzní poruchy)

disociativní porucha pohybu	neorganické motorické funkční poruchy: <ul style="list-style-type: none">• psychogenní poruchy chůze a držení těla• psychogenní ochrnutí• psychogenní hlasové poruchy
disociativní křečové záchvaty	psychogenní ataky (nikoli epileptické)
disociativní poruchy senzibility a vnímání	nepříjemné tělesné pocity nebo ztráta sensorických informací: <ul style="list-style-type: none">• částečná nebo úplná ztráta normálního kožního vnímání, popřípadě zraku, sluchu nebo čichu• zvýšená citlivost ve smyslu zesíleného vnímání bolesti

Konverzní poruchy jsou neorganická poškození v oblasti volní motoriky a smyslového vnímání, zatímco somatoformní poruchy se primárně týkají vegetativních orgánů. Různé konverzní symptomy často odpovídají pacientovým laickým

představám o tělesné chorobě a obvykle naopak neodpovídají skutečným anatomickým drahám a fyziologickým mechanismům, takže odborník může relativně snadno rozeznat, že jsou to symptomy bez neurologických příčin. U konverzní symptomatiky tedy symptomy nesouhlasí s negativním lékařským nálezem při vyšetření tělesných orgánů (např. intaktní motorické funkce navzdory zdánlivému ochrnutí, slepota za normální reakce zorniček) ani s anatomii nervového systému (např. pocity necitlivosti v rozporu s oblastí zásobování sensorického nervového systému).

Jestliže somatoformní poruchy jako celek jsou široce rozšířeny, konverzní poruchy se objevují nanejvýš jen u 0,3% obyvatelstva, přičemž ženy jimi trpí nejméně dvakrát častěji než muži. Různé somatoformní a tělesně disociativní poruchy představíme detailně podle jednotlivých orgánových okruhů.

Psychosomatické poruchy v užším smyslu

Psychosomatickými poruchami v užším smyslu rozumíme veškerá poškození orgánů a poruchy tělesných funkcí, které jsou natolik ovlivněny psychologickými nebo psychosociálními faktory, že organické příčiny samy nemohou procesy dostatečně vysvětlit. Jinak řečeno jde o tělesné choroby s prokazatelným poškozením orgánů nebo s organicky způsobenou poruchou tělesných funkcí. Na rozpoutání poruchy, jejím udržování a zhoršování se více nebo méně významně podílejí psychologické nebo sociální faktory.

Dnes platná soustava diagnóz se pojmu „psychosomatika“ pro jeho mnohoznačnost raději vyhýbá. Psychosomatické poruchy v užším smyslu se definují nanejvýš obecně jako „psychologické faktory a vlivy chování u nemocí jinak klasifikovaných“, které měly vliv na vznik nebo průběh těchto nemocí. Budoucně bychom tedy i v běžné lékařské praxi měli užívat oficiální označení „psychologické faktory a vlivy chování u...“ (s doplňkem: např. „u asthma bronchiale“). Psychosomatické poruchy v užším smyslu tedy vyžadují dvojí diagnózu: jeden kód pro psychologické faktory, druhý pro organickou poruchu jako takovou. Typickými příklady takové dvojí diagnózy jsou nemoci jako asthma bronchiale, žaludeční a střevní vředová choroba, dermatitis, ekzém, kopřivka (urtikaria). V případě silnějších psychiatrických symptomů dostává pacient ještě další diagnózu psychiatrickou, např. „porucha přizpůsobivosti“ nebo „dlouhotrvající/depresivní reakce“. V běžné klinické praxi je to časté právě u pacientů s bolestmi.

Pacienti s psychosomatickými chorobami často dlouho nechápou společné a vzájemné působení těla a duše. Ostře oddělují oblast těla od oblasti duše a přiklání se k tomu, aby jejich nemoc byla léčena jednostranně, ryze tělesně (a zástupci příslušných lékařských oborů je v tom často ještě utvrzují). Bezradně hledí na své

potíže, setrvávají v organicky fixované roli nemocného a putují od jednoho lékaře ke druhému v naději na ryze organické vyřešení svých problémů. Svou „duši“, tzn. své potřeby, žádosti a pocity, neprožívají přímo, nýbrž pouze nepřímo skrze své tělo. Musí se naučit rozumět svému trápení jako tělesnému i duševnímu a tak ho změnit. Naproti tomu jen málokterý pacient inklinuje k čistě duševnímu vysvětlení své nemoci; takový pak zanedbává její stránku organickou.

Kromě poruch disociativních, somatoformních a psychosomatických v užším smyslu uvádí platná soustava diagnóz ještě další kategorii duševně-tělesných poruch: „nápadně odlišné způsoby v chování s tělesnými poruchami a faktory“. Do této skupiny patří především poruchy příjmu potravy, neorganické poruchy spánku a poruchy sexuální funkce neorganického původu. Těmito poruchami se v naší knize z důvodu nedostatku místa nemůžeme podrobněji zabývat.

Somatopsychická onemocnění

Pojmem somatopsychické choroby rozumíme taková primárně tělesná onemocnění, v jejichž důsledku vznikají duševní symptomy a psychosociální poškození nebo která vyžadují intenzivní psychické zpracování (zvládání nemoci). Jednoduše řečeno jde o psychické a sociální následky organických onemocnění a o jejich zvládání. V rámci biopsychosociálního chápání nemocí, jak je dnes již obvyklé, předpokládáme u každé nemoci tělesné, psychické a sociální komponenty. Primárně psychické poruchy (jako úzkostné poruchy nebo deprese) se projevují také v podobě tělesných symptomů; poruchy primárně tělesné mají také své následky duševní a sociální, které je třeba mít v patrnosti a zvládat stejně jako základní organickou poruchu. Každé tělesné onemocnění tedy můžeme posuzovat z psychosomatického hlediska.

Čím chroničtější je průběh tělesné choroby, tím více ustupují organické aspekty do pozadí a tím více vystupují aspekty psychické a psychosociální. Čistě medicínální léčba často pacientům neposkytuje dostatečnou pomoc, a proto budou pro zlepšení kvality života postižených nadále nabývat na významu léčebné koncepce psychosomatické, příp. behaviorální. Vyžadují však interdisciplinární spolupráci všech skupin odborníků.

Typickými příklady nemocí, u nichž se zabýváme somatopsychickými následnými stavy, jsou mimo jiné: rakovina, AIDS, koronární srdeční choroby, diabetes mellitus, nemoci štítné žlázy, revmatická onemocnění, nejrůznější bolestivé poruchy, poruchy autoimunity, chronická ledvinová insuficience (u dialyzovaných pacientů), hepatitis C, poškození meziobratlových plotének, epilepsie, poranění a operace hlavy, mozková onemocnění. U těchto a dalších chronických potíží již neplatí jedno-

dimenzionální biomedicínské pojetí nemoci, převládající v organickém lékařství. V rámci komplexní terapie je třeba vždy zvažovat také životní zvyklosti, sociální zátěž, individuální zvyklosti v chování a postojích i rámcové psychosociální podmínky.

Cílem všech psychologicko-psychotherapeutických intervencí v případech chronických nemocí je zlepšit kvalitu života a odvrátit nebezpečí zhoršení. Po celou dobu rehabilitace mají nesmírný význam právě psychosociální faktory.

Lidé se závažnými tělesnými chorobami se často musí učit zvládat četné psychické a sociální problémy, vznikající v důsledku tělesných symptomů, deformací daných operacemi a poškození tělesných funkcí. Jsou to:

- subjektivní ohrožení života, strach ze smrti;
- nezměnitelnost choroby nebo její neustávání;
- nemožnost předvídat další průběh choroby;
- snížená tělesná a duševní výkonnost;
- poškození tělesné integrity;
- ohrožení představy o sobě samém a pocit nízké vlastní hodnoty;
- zhoršení celkového naladění a ohrožení emoční rovnováhy;
- omezení sociálních vztahů a potenciálních sociálních rolí;
- závislost na lékařích, ošetřujícím personálu, přístrojích a technických pomůckách;
- nejistota a nutnost uskrovnění co do plánů do budoucna;
- chronické bolesti a poškození opiátovými prostředky proti bolestem;
- deprimovanost odstrašujícími a negativně prožívanými terapiemi;
- snižující reakce sociálního prostředí.

Terapeutické aspekty

Psychosomatická terapie zahrnuje tři cesty k vyléčení:

1. Působení na orgány samé. Je třeba vrátit funkčnost poškozeným orgánům (medicínálními zásahy, fyzioterapeutickými tréninkovými programy, psychologickou intervencí apod.).
2. Působení na psychosociální prostředí. Má-li se podařit natrvalo léčba nebo alespoň zmírnění symptomů, je třeba změnit též psychosociální pozadí, na němž se organická porucha vyvinula. Zde mají svou úlohu interaktivně zaměřené terapie (jako třeba partnerská nebo rodinná terapie a doprovodná psychosociální opatření, např. rady ohledně povolání).

3. Utváření nového vztahu k orgánu. Je třeba, aby psychosomaticky nemocní získali lepší vztah ke svému tělu obecně a k poškozenému orgánovému okruhu zvlášť. Musí si také osvojit nový způsob myšlení a chování, který jim umožní zdravější život. V tom pomáhají takové formy individuální psychoterapie, které dbají stejnou měrou na tělo, pocity a způsob myšlení.

Proces psychosomatické léčby má čtyři fáze. Prvním krokem je naučit se lépe rozumět svým psychosomatickým problémům. Druhý krok by měl spočívat ve využití svých schopností a zdrojů k možným změnám, namísto aby si deprimovaný člověk připadal jako organicky nebo psychicky „defektní“. Třetím krokem bývá rozhodnutí změnit svůj život a své postoje, aby psychosomatické poruchy ztratily živnou půdu. Čtvrtý krok spočívá v opatřeních nezbytných pro vyléčení nebo alespoň zlepšení kvality života nemocného.

Ve srovnání s pacienty s primárně psychickými nemocemi (jako jsou třeba úzkostné poruchy) mají pacienti se somatoformními a psychosomatickými poruchami většinou menší motivaci k psychoterapii. Pro to, zda a kdy se pacient rozhodne přistoupit na psychoterapii, je podstatná nejen míra trápení, které nemoc přináší, ale hlavně subjektivní pojetí nemoci, jejích příčin a nadějí na možné uzdravení.

Psychologicko-psychoterapeutická léčba vychází z podrobné analýzy problémů a pacientova chování. Je třeba nejdříve poznat celý soubor podmínek konkrétní poruchy. S jakou tělesnou symptomatikou se setkáváme? Jak se postižený cítí? Jak zachází se svými symptomy a potížemi a jak si je sám vysvětluje? Jaké pocity, jaké vzorce myšlení souvisejí s aktuálními symptomy? Jaké subjektivní představy o nemoci a zdraví zjišťujeme? Jaké faktory ve svém souhrnu poruchu vyvolaly, udržují ji, nebo ji dokonce zhoršují? Do jakého kontextu rodinného, partnerského, sociálního a profesního máme poruchu zařadit? Jaké jsou konkrétní vztahy mezi faktory tělesnými, duševními a sociálními? Jaké další následky potíže způsobily a co by pro dotyčného znamenalo jejich odstranění nebo zmírnění? Jaké jsou nejbližší cíle terapie a jaké jsou další cíle?

Terapeut a pacient spolu rozvrhují individuálně zaměřenou psychologickou léčbu, příp. psychoterapii, která podle okolností a konkrétních potřeb obsahuje některé následující součásti:

- Vyjasnění cílů terapie. Místo globálních, nejasných a nerealistických cílů („abych se zase uzdravil a všechno bylo jako dřív“) je nutno klást si cíle konkrétní, dosažitelné a ověřitelné („učit se lépe zacházet s bolestmi“). Velké cíle je třeba rozdrobit v menší – jen tak si může dotyčný posléze připadat úspěšný a udržovat si naději na další změny k lepšímu.

- Fáze informování. Dotyční obvykle nechápu souvislosti mezi tělem a duší, a proto nemají jasný a přijatelný model poruchy, který by jim mohl pomoci. Musí získat adekvátní biopsychosociální porozumění nemoci, aby mohli aktivně spoluutvářet své vlastní zdraví. Tím získají zkušenost, že mohou působit na své symptomy, a ta zas posiluje jejich důvěru v možnosti vlastního jednání. Obsáhlým a podrobným vysvětlováním (psychoedukací) nejrůznějších aspektů konkrétní poruchy se má z trpícího nemocného stát aktivně jednající člověk, který bere vlastní osud do svých rukou a nečeká pasivně na čistě lékařské intervence.
- Introspekční a symptomové deníky. Dotyční by si měli vést deníky své symptomatiky a sebepozorování, aby mohli lépe nahlédnout vztahy mezi aktuálními symptomy, vlastními pocity a vzorci chování i myšlení, a ovšem psychosociálními životními podmínkami.
- Kognitivní terapie. Podstatou kognitivní terapie je analýza a změna myšlenek a představ pacienta o příčinách a následcích symptomů a možnostech jejich zvládnutí. Změna nebo přehodnocení pacientových představ o příčinách je rozhodující pro jeho spolupráci při terapii. Má se naučit vnímat a chápat své symptomy ne jen čistě z hlediska organické medicíny, ale především psychofyziologicky. Když se výroky jako třeba „znenadání upadám do bezvědomí“ vyjádří alternativním vysvětlením („mé šjové svalstvo je v křeči“), nezpůsobují takovou úzkost. Důležité je také získat realistický pojem o tom, co je zdraví. Je kupříkladu nemožné žít trvale bez bolestí. Pochopení základních dogmat o zdraví a nemoci umožní pacientovi, aby sám rozvíjel adekvátnější a realističtější pojetí své choroby.
- Behaviorální experimenty. Především somatoformní pacienti s hypochondrickými sklony se musí učit lépe tolerovat neškodné nepříjemné tělesné pocity (jako bušení srdce, potíže s dechem nebo závratě), a to prováděním různých provokačních cvičení: prudkých pohybů nebo třeba hyperventilace.
- Tělesná terapie. Postupy tělesné terapie umožňují lepší vnímání a kontrolu vlastního těla. Jsou to např. Feldenkraisova metoda, koncentrační pohybová terapie, bioenergetika, gestalt terapie nebo fyzioterapie.
- Uvolňovací terapie. Autogenní trénink, progresivní uvolňování svalstva podle Jacobsona, biofeedback, autohypnóza, techniky imaginace, meditace, dechové techniky a cvičení ve vnímání vlastního těla umožňují pacientovi, aby se uvolnil a získal vnitřní klid.
- Stupňování aktivity a postupné odstraňování nadměrné šetrnosti vůči sobě samému. Stupňování aktivity má zvyšovat tělesnou kondici, posilovat sebevědomí ohledně těla a snížit míru vyhýbavých reakcí.

- Lepší zacházení se stresem. Tréninkem ve zvládnání stresu se mají napříště odstranit pocity přetížení a fáze rezignace.
- Adekvátní zacházení s emocemi. Emočním tréninkem se zlepšuje vnímání pocitů a pacient se učí jejich adekvátnějšímu vyjadřování. Jsou to pocity bezmoci, apatie, beznaděje, smutku, zklamání, zlosti, vzteku, hnusu, osamocení, opuštěnosti, touhy po bezpečí.
- Terapie orientovaná na konflikt. Somatoformní symptomy a psychosomatické poruchy v užším smyslu jsou často rozpoutávány nebo udržovány určitými vnitřními konflikty, např. tím, že si vzájemně odporují některá přání či potřeby. Tento vnitřní tlak lze opatrně zpracovávat, sukcesivně snižovat, nebo dokonce odstranit.
- Terapie traumatu. Nemálo pacientů se somatoformními a psychosomatickými poruchami bylo v dětství, mládí nebo dospělosti obětmi sexuálního nebo tělesného násilí a potřebuje k lepšímu zvládnutí svých traumatizujících zážitků speciální terapii.
- Zvyšování sebejistoty. Účelem tréninku sociálních kompetencí je umožnit pacientovi větší průbojnost v sociálních konfliktech a pomoci mu opět zlepšit sebehodnocení, které je nemocí často poškozeno.
- Zvládnání rodinných problémů (partnerská a rodinná terapie). Terapie zaměřená na pár nebo rodinu může pomoci v odstraňování základních příčin nebo negativních následků poruchy.
- Všeobecné zkvalitnění způsobu života. K posílení dobrého tělesného a duševního pocitu pomáhají různé strategie: více se zabývat svými zálibami, oživit někdejší zájmy, vybudovat si okruh přátel apod.
- Opatření vzhledem k zaměstnání. Rehabilitační postupy ke zvýšení pracovní schopnosti mají v případech potřeby napomoci opětovnému vstupu do pracovního procesu.
- Opatření k prevenci recidivy. Pacienti mají dbát na vyváženost životosprávy, aby zabránili návratu nebo zhoršení symptomů.

Adekvátní léčba psychosomatických poruch probíhá jako souhra klinicko-psychologické terapie, psychoterapie a medicínské léčby.

DÍL 2

Mnohotvářnost psychosomatických poruch

„Tělo je překladatel duše do viditelná.“
Christian Morgenstern