

## K psychogenéze a psychodynamike psychosomatických porúch

J. Hašto

Psychiatrické oddelenie, NsP, 911 01 Trenčín, Slovensko

U mnohých pacientov sťažujúcich sa na nepríjemné telesné symptómy nenájde lekár ani po dôkladných somatických vyšetreniach organické ochorenie, ktoré by vysvetľovalo ťažkosti. Keď sa však zahĺbi do rozhovorov s pacientom, zistí napr. časové súvislosti medzi vznikom telesných ťažkostí alebo ich exacerbáciou a životnými udalosťami, s ktorými sa pacient musel vyrovnávať, s problémovými vzťahmi s blízkymi ľuďmi alebo s vnútornými zápasmi, ktoré v sebe pacient vedie. Často nás stopa zavedie až do detstva a z rôznych nepriamych (ale aj priamych) indícií priam pocítujeme nevyhnutnosť postulovať hypotézy o nepriaznivých životných skúsenostiach (ťažších frustráciách a konfliktoch) v prvých rokoch života. Naša skúsenosť je však podobná aj v niekto-

rých prípadoch ochorení, kde je jasná organická lézia, napr. pri ulcus pepticum alebo proctocolitis idiopathica (colitis ulcerosa).

Praktická medicína, či už sme psychiatri alebo všeobecní lekári, internisti, neurológovia, kožní lekári, gynekológovia, chirurgovia, otorinolaryngológovia, pneumológovia, klinickí psychológovia alebo psychoterapeuti, nás konfrontuje s problematikou psychosomatických syndrómov, či už bez organickej lézie (konverzné a vegetatívne neurózy, resp. po novom disociatívne, somatizačné a somatoformné autonómne poruchy) alebo s organickou léziou. Tie s organickou léziou, označované ako psychosomatózy, majú teraz v ICD 10 klasifikácii kód F.54 (Psychické faktory alebo vplyvy sprá-

vania pri inde klasifikovaných ochoreniach) (Haštová a Hašto, 1999).

V tabuľke 1 heslovite zhrňame niektoré základné pojmy, s ktorými sa pri uvažovaní o psychosomatických syndrónoch stretávame.

**Tabuľka 1: Pojmy (13, 14, 19)**

Psychogénny	– zážitkovo podmienený biograficky podmienený (aktuálne alebo skoršie zážitky)
Psychogenéza	– vplyv psychických faktorov na ochorenia alebo poruchy
Psychodynamika	– dynamické vzťahy jednotlivých častí osobnosti navzájom
„Psychosomatika“	– smer medicínskeho výskumu a praxe, ktorý integratívne posudzuje psychické, somatické a sociálne faktory, bio-psycho-sociálna interakcia v patogenéze

Naše hypotézy o význame ranej frustrácie a konfliktov pre vznik psychosomatických syndrómov (ponechajme teraz bokom psychosomatózy) nachádzajú pozoruhodné potvrdenie pri štatistických výskumoch výskytu biografických rizikových faktorov v porovnaní s kontrolnými vzorkami populácie. Egle (1997) ich zhrnul, ako je to uvedené v tabuľke 2. Keď ich v anamnéze identifikujeme a predpokladáme ich súvislosť s poruchou, môžeme ich v ICD 10 klasifikovať ako kódy „Z“, t.j. ako súvisiace faktory.

Vráťme sa ku klasifikačným problémom pri psychosomatických syndrónoch a všimnime si porovnanie staršej (Alexander, 1971) a novej terminológie (ICD 10, WHO 1991). Uvidíme, že vzťahy sú prehľadné. Načrtujeme aj hypotézy o psychogenéze a psychodynamike. Ak sa teraz zameráme na psychické faktory a „mechanizmy“, ktoré majú úlohu pri vzniku a priebehu psychosomatických syndrómov, to znamená, že by sme si neuvedomovali význam hereditárnych faktorov. Na základe výskumu dvojčiat s neurotickými syndrómami (vrátane konverzných a psychovegetatívnych) môžeme predpokladať, že pôsobia ako predispozičný faktor, pravdepodobne však nie ako rozhodujúci patogenetický faktor. Bleuler hovorí o vplyvoch vrodenných pohotovostí a životných skúseností a o interakcii medzi nimi. Pri uvažovaní o psychosomatických poruchách nám pomáha koncept bio-psycho-sociálneho modelu zdravia a choroby.

Ale teraz sa vráťme k základnému konceptu psychosomatických syndrómov v širšom zmysle slova, ako ho postuloval Franz Alexander (1) ešte roku 1950 vo svojej, ešte i dnes aktuálnej monografii o psychosomatike. Alexander rozlišuje:

1. konverzné neurózy,
2. vegetatívne neurózy a
3. psychosomatózy.

Všetky 3 skupiny majú spoločné to, že v popredí sú telesné symptómy a psychické činitele sú dôležité pre ich vznik a priebeh. Somatické lézie sa zisťujú v skupine psychosomatóz.

**Tabuľka 2: Biografické rizikové faktory (Egle a spol., 1997; WHO, 1991)**

Nízky socioekonomický status
Matka zamestnaná v prvom roku života dieťaťa
Nízke vzdelanie rodičov
Veľká rodina a veľmi málo obytného priestoru
Kontakty so zariadeniami sociálnej kontroly
Kriminalita alebo disocialita jedného z rodičov
Chronická disharmónia, vzťahová patológia v rodine
Psychické poruchy matky alebo otca
Neželané dieťa
Matka vychováva dieťa sama
Autoritatívne správanie otca
Sexuálne alebo agresívne zneužívanie
Často sa meniace včasné vzťahy
Zlé kontakty s vrstovníkmi
Odstup od najmenšieho súrodenca menej ako 18 mesiacov
Nemanželské dieťa
Rizikové faktory podľa ICD-10 možno klasifikovať ako kódy „Z“, t.j. ako „súvisiace faktory“, ak zreteľne prispievajú k súčasnému stavu, alebo zreteľne ovplyvňujú výskyt, prejavy, priebeh, diagnózu alebo liečbu.

Alexandrov pojem konverzných porúch sa nám v ICD-10 klasifikácii rozpadáva do viacerých porúch, pri ktorých sa stretávame s konverzným, resp. disociačným mechanizmom (tab. 3).

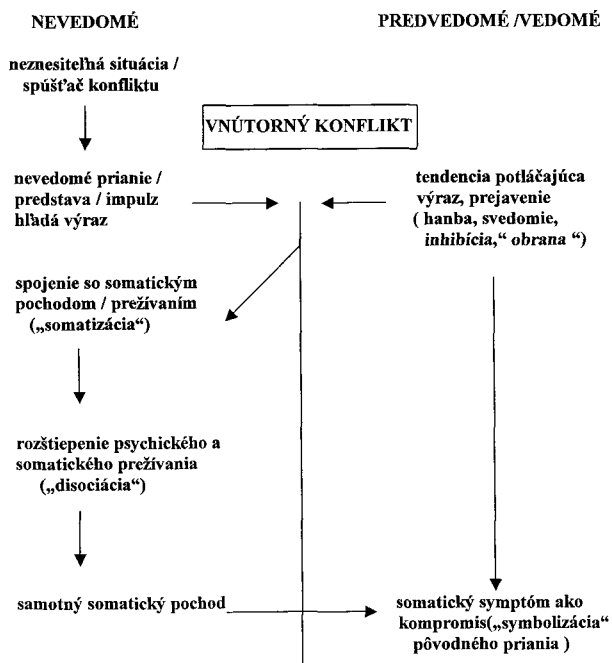
Vznik symptómov konverzným mechanizmom si možno modelovo predstaviť na základe dôkladných anamnéz a hlbinných/psychodynamických psychoterapií pacientov s „hysterickými“ telesnými symptómami. K objasneniu tejto problematiky podstatným spôsobom prispel S. Freud, keď u týchto pacientok rekonštruoval vnútorný konflikt. Na začiatku je neznesiteľná situácia alebo spúšťač konfliktu, ktorý následne aktivuje určité nevedomé pranie, predstavu alebo impulz. Tieto si hľadajú svoj výraz, „chcú sa“ realizovať,

ale narazia na hanbu, svedomie, zábranu, teda na tendenciu, ktorá potláča spontánny výraz, prejavenie impulzu. Nastojuje sa obrana voči impulzu, jeho vytesnenie z vedomia.

**Tabuľka 3: Konverzné poruchy podľa Alexandra (1971) v ICD-10 (WHO, 1991)**

Alexander (1971)	ICD 10 (WHO, 1991)
Konverzné poruchy	Disociatívne konverzné poruchy (F44) – disociatívne krče – disociatívne poruchy citlivosti a senzorické poruchy  Somatizačná porucha (F45)  Nediferencovaná somatizačná porucha (F45.1)  Somatoformná algická porucha (F45.4)

Psychická predstava sa teraz spája s telesným pochodom (somatizácia). Následne dochádza k rozštiepeniu duševného a telesného prežívania (disociácia), takže vlastný telesný pochod si dokáže zabezpečiť prejavenie napriek obrane. Prejavenie, výraz je teraz na úrovni telesnej reči a už nie je bezprostredne zrozumiteľný. Telesný symptóm sa tak dá chápať ako kompromis pri vnútornom konflikte, ako symbolizácia pôvodného, vytesneného prania (obr. 1).



**Obrázok 1. Vznik symptómov konverzným mechanizmom (podľa Adlera a Hemmlera, 1986, upravili Hoffmann a Hochapfel, 1995)**

Zamerajme teraz našu pozornosť na druhú skupinu psychosomatických syndrómov, na vegetatívne neurózy, ako ich označoval F. Alexander. Takto nazýval poruchy vegetatívnych funkcií vplyvom pretrvávajúcich alebo periodicky sa opakujúcich emočných stavov napätia alebo konfliktov. Vegetatívnou dysreguláciou podmienené symptómy tu nie sú symbolickým vyjadrením konfliktu, ako sme to videli pri konverzných neurózach, ale vegetatívnym korelátom viac, či menej nevedomej emócie.

Alexandrove vegetatívne neurózy sa dnes v ICD-10 klasifikácii diagnostikujú ako F 45.3 – somatoformná autonómna porucha, ktorá sa môže týkať rôznych orgánov a systémov inervovaných vegetatívnym autonómym nervstvom. V tabuľke 4 sú uvedené klasifikačné súvislosti.

**Tabuľka 4: Vegetatívne neurózy podľa Alexandra v ICD 10 (Alexander, 1971, WHO, 1991)**

Alexander (1971)	ICD 10 (WHO, 1991)
Vegetatívne neurózy	Somatoformná autonómna porucha (F 45.3) – kardiovaskulárny systém – horný GIT – dolný GIT – respiračný trakt – urogenitálny trakt

Na obrázku 2 je schematicky znázornený model vzniku vegetatívnych neuróz, pri ktorých sú symptómy dané vegetatívnou dysfunkciou, ktorá je podmienená stavom vegetatívneho napätia, ktoré úzko súvisí s afektívnym napätím pri vnútorných konfliktoch a vonkajších stresoroch. Podmieňujúci faktor je pritom inhibícia v prejavovaní afektov, ktoré sa potom viac manifestujú somaticky.

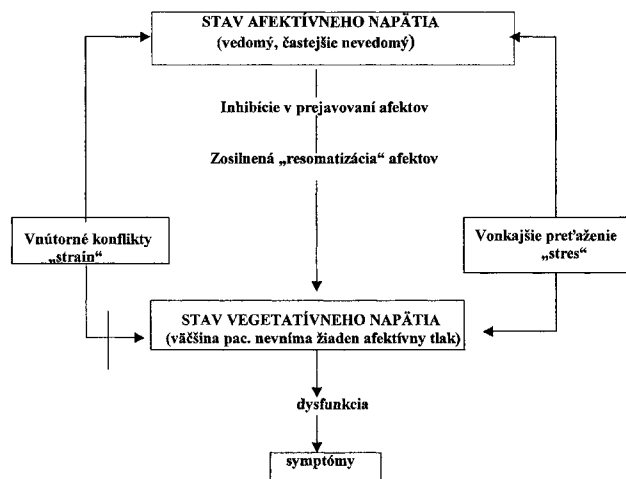
Nakoniec sa dostávame k tretej skupine psychosomatických syndrómov, k psychosomatózam. Dajú sa pri nich zistiť organické lézie (napr. vredy pri ulcus pepticum alebo colitis ulcerosa), pri ich vzniku a priebehu však majú významnú úlohu psychické činitele. ICD-10 nám odporúča používať kategóriu F54 – psychické faktory alebo vplyvy správania pri inde klasifikovaných ochoreniach (tab. 5).

Alexander a spol. (1971) dospeli k poznatkom, ktoré sa pokúsili vyjadriť v schéme modelu vzniku vegetatívnych funkčných porúch a psychosomatóz (obr. 3). Aj keď si táto schéma dnes už vyžaduje určité korektúry, je stále inšpiratívna a mala významnú úlohu vo vývoji psychosomatiky. Preto si zaslúži, aby sme ju reprodukovali. Podľa tohto modelu vznikajú vegetatívne neurózy a psychosomatózy v súvislosti s hyperstimuláciou sympatikovej a/alebo parasympatikovej časti vegetatívneho nervového systému, pričom je

ovplyvnený aj endokrinný systém. Sympatíková hyperstimulácia vzniká pri hostilnej naladenosti, ktorá by vyústila do boja o dominanciu alebo k úteku. Bojové alebo útekové riešenie je však z vonkajších alebo vnútorných dôvodov zablokované. Takto by pri príslušných ďalších dispozíciách mohli vzniknúť migrény, hypertenzie, kardioneurózy a iné.

**Tabuľka 5: Kategória F54 – psychické faktory alebo vplyvy správania pri inde klasifikovaných ochoreniach podľa Alexandra a v ICD 10 (Alexander, 1971, WHO, 1991)**

Alexander (1971)	ICD 10 (WHO, 1991)
Psychosomatózy	psychické faktory alebo vplyvy správania pri inde klasických ochoreniach (F 54)



**Obrázok 2. Model vzniku psychovegetatívnych syndrémov (vegetatívnych neuróz, somatoformných autonómnych porúch) (podľa Hoffmanna a Hochapfela, 1995)**

Ak naopak pri spracúvaní konfliktov dôjde k vyladenosti na prijímanie lásky („infantilná závislosť“) a „konzumácia“ ochrany a opatery je v nedohľadne alebo vnútorne neprijateľná, dochádza podľa Alexandra k parasympatikovej hyperstimulácii, čo spolu s ďalšími neuroendokrinnými dysreguláciami môže viesť napr. k astme, colitis, peptickému vredu.

Alexander teda vidí psychosomatické syndrómy (vegetatívne neurózy a psychosomatózy) ako problém intrapersonálnej psychodynamiky jedinca, ktorý je v určitom interpersonálnom poli a ktorý v núdzi má tendenciu k agresívnemu vyladeniu alebo naopak k potrebe lásky, pomoci, opatery. Terminálne alebo konzumačné správanie, ako by povedal

etológ, ale nie je dostupné, či už z vonkajších alebo vnútorných dôvodov. Výsledkom je frustrácia pudovej potreby.

Dnes vieme, že vegetatívna hyperstimulácia sa dá niekedy ťažko priradiť len k sympatiku alebo parasympatiku, často ide o zvýšenú alebo zmenenú aktivitu oboch častí vegetatívneho nervstva.

V súčasnosti už vieme, že ani každá astma bronchiálna alebo vredová choroba sa nedá chápať ako psychosomatóza. Teda, že môžu vzniknúť aj bez prispievania psychických činiteľov. V praxi sa musíme usilovať o pozitívny dôkaz „psychosomatického komponentu“ (18) u jednotlivého pacienta. Vyplývajú z toho potom napr. aj terapeutické implikácie. Stačí tu pripomenúť dobré skúsenosti s autogénnym tréningom, progresívnou svalovou relaxáciou alebo s hypnózou pri psychosomatických syndrómoch (6).

Po Alexandrovi ďalší hlbínne psychologicky (psychodynamicky) orientovaní autori prispeli k poznávaniu psychického fungovania pacientov s psychosomatózami a svoje poznatky konceptualizovali. Všimnime si aspoň heslovito ego-psychologické aspekty a potom prístupy z hľadiska teórie objektívnych vzťahov (tab. 6).

**Tabuľka 6: Ego-psychologický aspekt**

psychosomaticky chorí majú (oproti neurotikom) menej rozvinuté sebavnímanie v oblasti svojich konfliktov a naladenosti a javia sa nediferencovane vo svojich emóciách a duševných motiváciách... (Bräutigam, 1973, 1997)

tendencia k výlučne „technicko-rationálnemu mysleniu“ („pensée opératoire“)... (Marty, 1963)

chudobnosť emočného výrazu – alexitímia... (Sifneos, 1975)

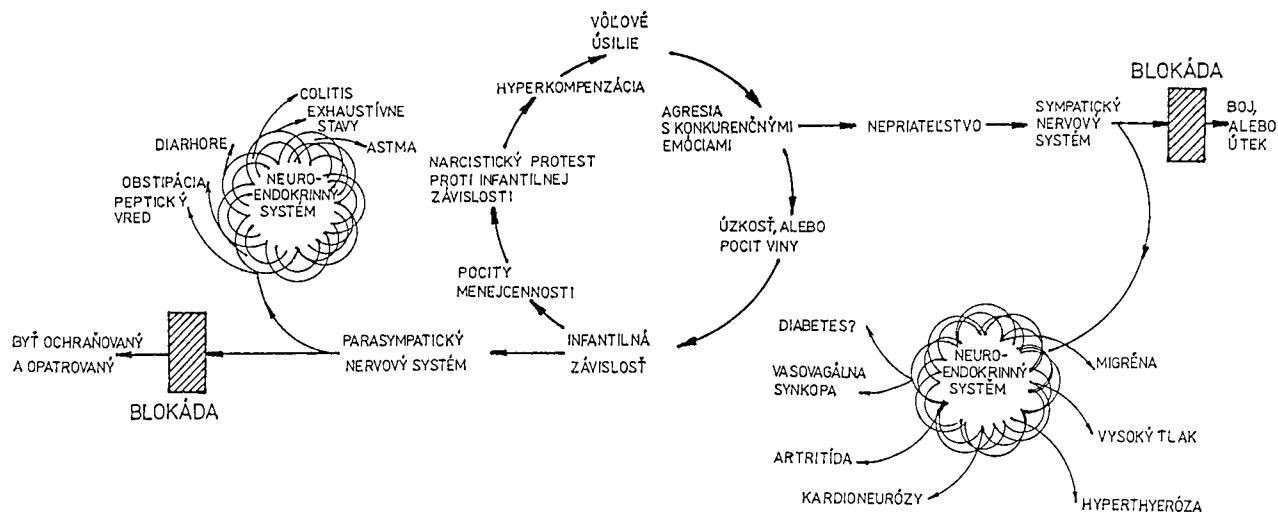
Vidíme, že Marty, Sifneos, Bräutigam tu zachytávajú niečo, čo poznáme z individuálneho kontaktu s psychosomatickými pacientmi aj zo skupinovej psychoterapie.

Odkiaľ sa však berie tento útlm vedomého prežívania emócií? Odpoveď môžeme hľadať v nálezočoch, že u psychosomatických pacientov sa často stretávame so vzťahovou patológiou v ranom detstve.

V tabuľke 7 je heslovitý súhrn poznatkov z hľadiska objektívnych vzťahov.

Podstata týchto poznatkov hovorí, že u psychosomatických pacientov je na začiatku vzťahová patológia v ranom detstve a pri aktuálnych konfliktoch sa aktivujú tie časti negatívnej skúsenosti vo vzťahu, ktoré sú úzko spojené s telesnými skúsenosťami ešte v predverbálnom období. Aby človek menej psychicky trpel, zavrhuje ohrozujúcu predstavu o vzťahu a príliš silné emócie a v súčasnosti sa pokúša ísť životom tak, že akcentuje vo vzťahoch to, čo je normálne, normatívne a „hyperreálne“.

Tieto poznatky majú opäť významné terapeutické implikácie. Jednak v zmysle trpezlivého, pomalého budovania



**Obrázok 3. Model vzniku vegetatívnych funkčných porúch a psychosomatóz podľa Alexandra (1971). Špecifické psychodynamické konfliktové situácie. Schéma zobrazuje oba druhy vegetatívnych reakcií na emočné stavy. Na pravej strane sú znázornené stavy, ktoré sa môžu vyvinúť, ak je blokované odvedenie nepriateľských agresívnych popudov (boj alebo útek), na ľavej strane sú stavy, ktoré sa vyvíjajú, keď sú blokované tendencie po závislosti a hľadanie pomoci**

oporného terapeutického vzťahu a tiež v zmysle posilňovania pozitívnych vnútorných zdrojov (napr. pri imagináciách vo vyššom stupni autogénneho tréningu, v katatýmne-imaginatívnej psychoterapii, v koncentratívnej pohybovej terapii, ale aj v rámci bežnej verbálnej psychodynamickéj psychoterapie aj v rámci kognitívno-behaviorálnej terapie).

**Tabuľka 7: Hľadisko teórie objektných vzťahov (Küchenhoff, 2002)**

<p>Na začiatku je vzťahová patológia v ranom detstve</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ mimoriadne ohrožujúca reprezentácia vzťahu</li> <li>→ obrana pred príliš silnými afektmi vo vzťah (= zavrnutie)</li> <li>→ zničenie reprezentácie</li> <li>→ akcentácia normatívneho a hyperreálneho vo vzťahoch</li> <li>→ pri aktuálnom konflikte sa aktivujú len predsymbolické reprezentácie vzťahu, úzko súvisiace s telesnými skúsenosťami</li> </ul>
---

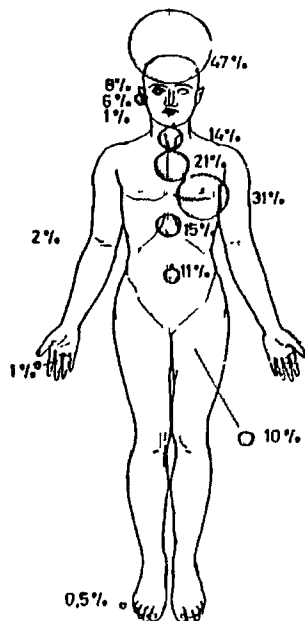
Tento pokus o prehľad psychodynamiky a psychogenézy psychosomatických syndrémov si vyžaduje jedno doplnenie, ktoré sa týka diagnostiky a má dôležité dôsledky pre plánovanie liečby. Ide o telesné symptómy, ktoré sa nedajú zaradiť k žiadnej zo zmienených skupín psychosomatických syndrémov a ktoré sa vyskytujú ako súčasť (korelát) depresívneho stavu, alebo ktoré môžeme chápať ako ekvivalent depresie (larvovaná depresia).

Wieck (16) vyhodnotil vzorku 2000 pacientov s endogénnou depresiou (dnes by sme povedali s endogénomorfnou depresiou) a u veľkej časti týchto pacientov zistil rôzne telesné ťažkosti, ktoré sa nedali vysvetliť somatickým ochorením, dali sa však chápať ako korelát depresie. Išlo o rôzne lokalizované bolesti, pálenie, brnenie, trpnutie, pocity zovretia, tlaku, napätia alebo necitlivosti, prázdna. Najčastejšie lokalizácie: hlava, prekordium, sternum, epigastrium, krk. A v zostupnom poradí: oblasť pupka, dolných končatín, oka, ucha, chrbta, celé telo. Vyskytovali sa však aj také pozoruhodné lokalizácie, ako lakeť, jazyk, tvár, ústa, šija, prsty na ruke alebo nohe. Tieto ťažkosti obvykle ustupujú spolu s depresiou. Problém však je, že sa môžu vyskytnúť aj bez ostatných depresívnych symptémov, alebo sú také diskrétné, že uniknú pozornosti. Je to živná pôda pre chybnú diagnostiku psychosomatickej poruchy, telesného ochorenia alebo simulácie. Správna diagnostika je tu dôležitá, lebo veľké šance majú antidepresíva. Na stopu nás často privedú ranné pesimá ťažkostí, skrátený alebo prerušovaný spánok (nad ráno!) a depresie v anamnéze (obr. 4).

Tieto depresívne senzitivné poruchy pravdepodobne súvisia s cerebrálnymi dysreguláciami depresívnych pacientov, ktoré postihujú aj talamické funkcie.

Pri afektívnych poruchách, zvlášť pri zmiešaných máno-depresívnych stavoch sa však môžeme stretnúť aj s viac, či menej výraznými vegetatívnymi dysreguláciami (2), napr. zmenami v krvnom tlaku, pulzovej frekvencii s potením, návalmi tepla alebo chladu, hnačkami. Súvislosti medzi depresívnymi poruchami a telesnými ťažkosťami však môžu byť ešte komplikovanejšie. Lhká endogénomorfná depresia môže znížiť prah pre vnímanie bolesti alebo pre jej toleranciu

(17). Tak sa môže dostať do popredia napr. vertebrogénna bolesť. Depresia môže dekompenzovať aj dosiaľ kompenzované vnútorné konflikty. Upozornil na to už Kretschmer (10).



**Obrázok 4.** Lokalizácia neprijemných telových pocitov pri endogénnej depresii. Veľkosť kruhov zodpovedá výskytu v percentách – tvár 1%, jazyk 1%, chrbát 7%, šija, záhlavie 1%, celé telo 5% (Wieck, 1977)

Výsledkom môže byť neurotický alebo psychosomatický syndróm, ktorý je navrstvený na depresiu. Depresia, obzvlášť ťažšia, môže „hodiť cez palubu“ (Weitbrecht) neurotický alebo psychosomatický syndróm (15). Depresívne vy ladenie akoby mu zobralo energiu.

A aby to bolo ešte komplikovanejšie: ľahká endogennomorfná depresia môže vyprovokovať u usilovného, pedantného pacienta také veľké vôľové úsilie na jej prekonávanie, že si človek vytvára prídavné emočné napätie a napr. psychovegetatívny syndróm. Lopez Ibor hovoril v tejto súvislosti o „endo-psycho-somatických syndrómoch“ (12).

Vidíme teda, že oblasť psychosomatiky je pestrá a okrem znalosti vlastných psychosomatických syndrémov si kvôli diferenciálnej diagnostike a liečbe vyžaduje aj oboznámiť sa s telesnými ochoreniami a afektívnymi poruchami (hlavne depresiami a zmiešanými stavmi, ak ponecháme bokom menej časté schizofrenické ochorenia a ich „coenestetickú“ (9) symptomatiku)\*.

\*Prednesené na Psychosomatických dňoch v Pezinku, 5.–7. júna 2003.

## Literatúra

- Alexander F.:** Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete de Gruyter. Berlin, 1971.
- Berner P.:** Psychiatrische Systematik. Ein Lehrbuch. Bern, Hans Huber 1977.
- Bräutigam W., Christian P., von Rad P.:** Psychosomatische Medizin. Stuttgart, Thieme Verlag 1997.
- Dilling H. a spol.:** Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Kapitel V (F). H. Bern, Huber Verlag 1991.
- Egle U.T. a spol.:** Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung. Nervenarzt, 68, 1997, s. 683–695.
- Hašto J.:** Autogénny tréning a progresívna svalová relaxácia ako bazálne terapeutické metódy pri somatických poruchách. Psychiatria, 6, 1999, č. 1, s. 36–38.
- Haštová M., Hašto J.:** Klasifikácia psychosomatických porúch v ICD-10. Porovnanie s klasickými pojmami. Slov. Lekár, 1999, č. 4–5.
- Hoffmann S.O., Hochapfel G.:** Neurosenlehre, psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Compact Lehrbuch. Stuttgart, F.K. Schattauer Verlag 1995.
- Huber G.:** Psychiatrie. Stuttgart, Schattauer 1999.
- Kretschmer E.:** Medizinische Psychologie. Stuttgart, Thieme 1970.
- Küchenhoff J.:** Psychosomatik. In: Mertens W., Waldvogel B. (Eds.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart, Verlag Kohlhammer 2002.
- Lopez Ibor J.J.:** Psychosomatische Forschung. In: Kischer a spol. (Eds.): Psychiatrie der Gegenwart 1/2. Berlin, Springer 1963.
- Peters U.H.:** Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. München, Urban und Schwarzenberg 1974.
- Weiner H., Mayer E.:** Der Organismus in Gesundheit. Auf dem Weg zu einem integrierten biomedizinischen Modell. Psychotherap. Med. Psychol., 40, 1990, s. 81–101.
- Weitbrecht H.J.:** Psychiatrie im Grundriss. Berlin, Springer 1973.
- Wieck H.H.:** Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart, Schattauer 1997.
- Wörz R., Lendle R.:** Schmerz-psychiatrische Aspekte und psychotherapeutische Behandlung. Stuttgart, Fischer 1980.
- Zikmund V.:** Choroby z civilizácie? Bratislava, Veda 1983.
- Žucha I.:** Psychosomatické choroby. In: E. Kolibáš a spol. (Eds.): Špeciálna psychiatria. Bratislava, UK 1996.

Do redakcie došlo 8.10.2003.