

PSYCHOSOMATICKÝ PACIENT – AKO MU POROZUMIEME?

Jozef Hašto

Psychiatrické oddelenie NsP, Trenčín

Pojem „psychosomatika“, „psychosomatický“ má najmenej 3 vymedzenia. Práca sa zameriava na psychosomatického pacienta, ktorého symptómy sú prevažne determinované psychosociálnymi faktormi. Klasické delenie psychosomatických syndrómov má zodpovedajúce riešenie v Medzinárodnej klasifikácii chorôb – MKCH-10. Terapeuticky je ťažisko na psychoterapii. Dôležitá je diferenciálna diagnostika voči depresívnym poruchám.

Kľúčové slová: psychosomatika, rizikové faktory, klasifikácia, psychoterapia.

Kľúčové slová MeSH: poruchy psychofyziologické – klasifikácia; faktory rizikové; psychoterapia.

PSYCHOSOMATIC PATIENT – HOW DO WE UNDERSTAND HIM?

The term „psychosomatics“, „psychosomatic“ can be defined in at least three ways. The article focuses on the psychosomatic patient whose symptoms are mostly caused by psychosocial factors. Clinical categorisation of psychosomatic syndroms is identified in The International Classification of Diseases 10th revision. The therapy is centered on psychotherapy. Important is differential diagnosis as opposed to depressive disorders.

Key words: psychosomatics, risk factors, classification, psychotherapy.

Key words MeSH: psychophysiological disorders – classification; risk factors; psychotherapy.

Via pract., 2006, roč. 3 (1): 28 – 32

Úvod

Pojmy „psychosomatika“, „psychosomatický“ sa používajú najmenej v troch rôznych významoch. Pôvodne na označenie ochorení, ktoré sa prejavujú telesnými symptómami, ale nenájdeme sa organická príčina ich vzniku, zato sa dajú identifikovať psychosociálne stresory a problém s ich spracúvaním ako etiologický faktor. Druhý význam „psychosomatika“ sa týka postoja k chorému človeku, k diagnostike a liečbe pacienta ako biopsychosociálnej bytosti (napr. zahŕňa aj problém zážitkového spracúvania organického ochorenia a jeho sociálnych dôsledkov). Tretí význam sa objavuje hlavne u amerických autorov, ktorí oblasť práce konziliárneho psychiatra niekedy označujú ako oblasť psychosomatiky, takže sa rozširuje aj o somatogénne duševné poruchy (napr. delíria).

Zamerajme sa teraz na prvý význam „psychosomatika“, „psychosomatický“, teda na poruchy, ochorenia, ktorých vznik a priebeh významne ovplyvňujú psychosociálne faktory.

U mnohých pacientov sťažujúcich sa na neprijemné telesné symptómy nenájdeme lekár ani po dôkladných somatických vyšetreniach organické ochorenie, ktoré by vysvetľovalo ťažkosti. Ukazuje sa, že len pri 15 – 20 % ťažkostí, kvôli ktorým prichádzajú pacienti do primárnej starostlivosti, sa dajú zistiť primárne organické príčiny (16). Keď sa ale zahlbíme do rozhovorov s pacientom, zistíme 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 vedú.

Často nás stopa vedie až do detstva a z rôznych nepriamych ale aj priamych indícií priam pociťujeme nutnosť postulovať hypotézy o nepriaznivých životných skúsenostiach (ťažších frustráciách a konfliktoch) v prvých rokoch života. Tieto môžu vychýliť nastavenie regulácií CNS, zmeniť nielen funkciu, ale aj štruktúru neuronálnych sietí! Naša skúsenosť je ale podobná aj pri niektorých prípadoch ochorení, keď je jasná organická lézia, napr. pri ulcus pepticum alebo proctocolitis idiopathica (= colitis ulcerosa).

Praktická medicína 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 správania pri inde klasifikovaných ochoreniach) (tabuľka 1) (7, 11).

Rizikové faktory

Naše hypotézy o význame ranej frustrácie a konfliktov pre vznik psychosomatických syndrómov (ponechajme teraz bokom psychosomatózy) nachádzajú pozoruhodné potvrdenie pri štatistických výskumoch (retrospektívnych, ale aj prospektívnych)

výskytu biografických rizikových faktorov v porovnaní s kontrolnými vzorkami populácie. Egle tieto faktory zhrnul (tabuľka 2) (8).

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. Všimnime si, že väčšina rizikových faktorov sa dá dať do súvislosti s problematikou primárnych *vzťahov* v rodine. Nedostatok stabilného, harmonického, kvalitného vzťahu je často rozhodujúci. Jeho prítomnosť v detstve a neskôr je naopak významný protektívny faktor! Človek má vrodenu potrebu takéhoto vzťahu, a dnes sa už čo-to dozvedáme aj o neuronálnych štruktúrach a neuroendokrinných reguláciách, ktoré sa pri tom uplatňujú (9).

Problematika „pripútavacieho správania“ vo vzťahoch, „pripútania“ = „vzťahovej väzby“ (J. Bowlby) bude pravdepodobne ešte aktuálnejšia v 21. storočí, než to bolo v minulom storočí. Kontakt s virtuálnou, mediálnou realitou, ktorý bude pravdepodobne stále viac zlou náhradou za pravý medziľudský kontakt, nedokáže zaisťovať plnohodnotný vývin osobnosti, vrátane jej biologickej vrstvy (9). Stačí, keď si predstavíme dieťa vyseďávajúce pred monitorom a dieťa živo komunikujúce s dobre naladeným rodičom, aby sme si priblížili problém, ktorý naša civilizácia a životný štýl generuje.

Tabuľka 1. Pojmy v psychosomatike.

psychogénny	=	zážitkovo podmienený, biograficky podmienený (aktuálne alebo skoršie zážitky) (18)
psychogenéza	=	vplyv psychických faktorov na ochorenia/poruchy (18)
psychodynamika	=	dynamické vzťahy jednotlivých častí osobnosti navzájom (18)
„psychosomatika“	=	smer medicínskeho výskumu a praxe, ktorý integratívne posudzuje psychické, somatické a sociálne faktory (21)

V súvislosti s psychosomatikou hovorí Žucha o bio-psycho-sociálnej interakcii v patogenéze (27).

Tabuľka 2. Biografické rizikové faktory. (Podľa U. T. Egle et al., 1997 (8); WHO, ICD-10, 1991 (7))

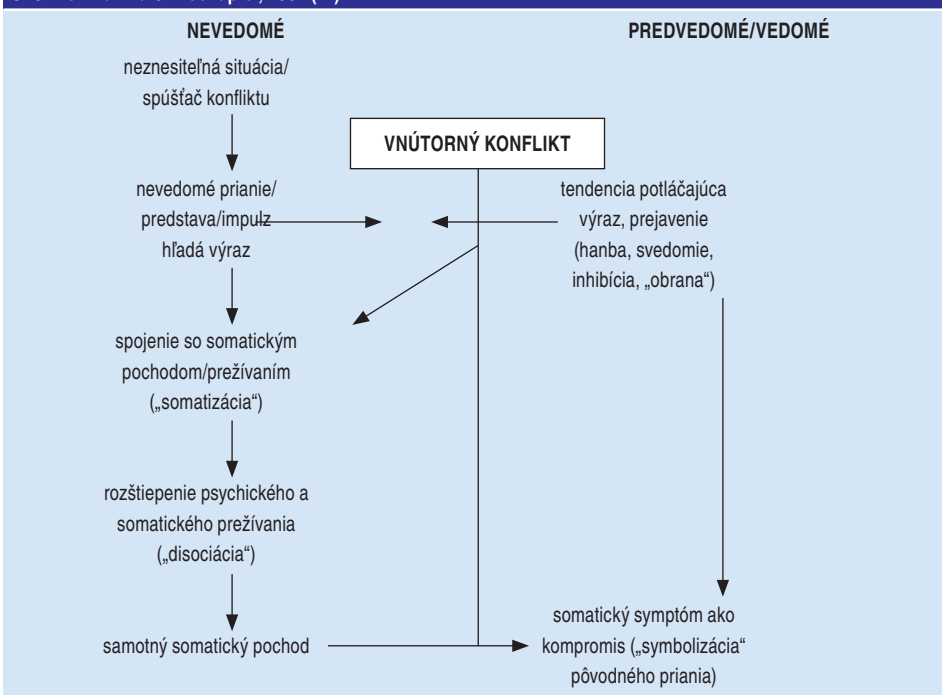
V ICD-10 možno tieto faktory klasifikovať ako kódy „Z“, t. j. ako „súvisiace faktory“, ak zreteľne prispievajú k súčasnému stavu alebo zreteľne ovplyvňujú výskyt, prejavy, priebeh, diagnózu, alebo liečbu.	– Nízky socioekonomický status
	– Matka zamestnaná v prvom roku života
	– Nízke vzdelanie rodičov
	– 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	

Tabuľka 4. Konverzné poruchy (Alexander/ICD-10). (Podľa F. Alexander, 1971 (1), WHO, ICD-10, 1991 (7)).

Alexandrov pojem konverzných porúch sa nám v ICD-10 klasifikácii rozpadá do viacerých porúch, pri ktorých sa stretávame s konverzným, resp. disociačným mechanizmom.

ALEXANDER	ICD-10
Konverzné poruchy	Disociatívne konverzné poruchy (F 44)
	– Disociatívna porucha motoriky (F 44.4)
	– Disociatívne kŕče (F 44.5)
	– Disociatívne poruchy citlivosti a senzorické poruchy (F 44.6)
	Somatizačná porucha (F45)
	– Nediferencovaná somatizačná porucha (F 45.1)
	– Somatoformná algická porucha (F 45.4)

Tabuľka 5. Vznik symptómov konverzným mechanizmom. (Podľa Adlera a Hemmelaera, 1986, modifikoval: S. O. Hoffmann a G. Hochapfel, 2004 (12))



Pre význam peristatických, hlavne psychosociálnych faktorov v genéze funkčných psychosomatických syndrómov hovoria aj genetické štúdie. Konkordancia u jednovaječných dvojčiat je 25 %, väčšiu váhu má teda prostredie (19).

Klasifikácia, psychogenéza, psychodynamika

Vráťme sa ale ku klasifikačným problémom pri psychosomatických syndrómoch a všimnime si porovnanie staršej (Alexander) a novej terminológie (ICD-

Tabuľka 3. Psychosomatické syndrómy v širšom zmysle (F. Alexander).

1. Konverzné neurózy
2. Vegetatívne neurózy
3. Psychosomatózy

10). Uvidíme, že vzťahy sú prehľadné. Načrtne tiež hypotézy o psychogenéze a psychodynamike. Ak sa teraz zameráme na psychické faktory a „mechanizmy“, ktoré hrajú rolu pri vzniku a priebehu psychosomatických syndrómov, to neznamená, 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, ale pravdepodobne nie ako rozhodujúci patogenetický faktor. Bleuler hovorí o vplyvoch vrodených pohotovostí a životných skúseností a o interakcii medzi nimi. Pri uvažovaní o psychosomatických poruchách nám pomáha koncept bio-psycho-sociálneho modelu zdravia a choroby.

Franz Alexander – zakladateľ modernej psychosomatiky a MKCH-10

Základný koncept psychosomatických syndrómov v širšom zmysle slova postuloval Franz Alexander ešte v roku 1950 vo svojej ešte i dnes aktuálnej monografii o psychosomatike (1). 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. (tabuľky 3 a 4)

Vznik symptómov konverzným mechanizmom (12) 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 pacientiek rekonštruoval vnútorný konflikt. Na začiatku je nezniesiteľná situácia alebo spúšťač konfliktu, ktorý následne aktivuje určité nevedomé prianie, 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. Nastoluje sa obrana voči impulzu, jeho vytesnenie z vedomia.

Psychická predstava sa teraz spája s telesným pochodom (somatizácia). Následne dochádza k rozštiepeniu duševného a telesného prežívania (disociácia), takže telesný pochod samotný si dokáže zaistiť prejavenie napriek obrane. Prejavenie, výraz je teraz na úrovni telesnej reči a už nie je bezprostredne zro-

Tabuľka 6. Vegetatívne neurózy podľa F. Alexandra v ICD-10. (Podľa Alexander 1971 (1), WHO, ICD-10, 1991 (7)).

ALEXANDER	ICD-10
Vegetatívne neurózy	Somatoforná autonómna porucha (F 45.3)
	- kardiovaskulárny systém
	- horný GIT
	- dolný GIT
	- respiračný trakt
	- urogenitálny trakt

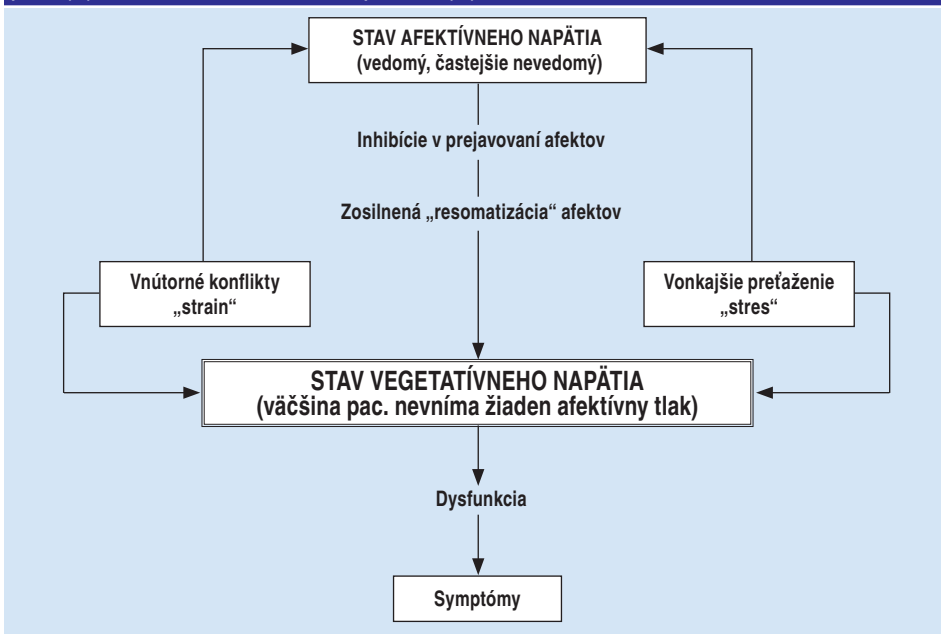
zumiteľný. Telesný symptóm sa tak dá chápať ako kompromis pri vnútornom konflikte, ako symbolizácia pôvodného, vytesneného prania (tabuľka 5).

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 – somatoforná autonómna porucha, ktorá sa môže týkať rôznych orgánov a systémov inervovaných vegetatívnym, autonómnym nervstvom. V tabuľke 6 sú uvedené klasifikačné súvislosti.

V ďalšej, siedmej tabuľke je schematicky znázornený model vzniku vegetatívnych neuróz, pri ktorých, ako už bola zmienka, sú symptómy dané vegetatívnou dysfunkciou, táto je podmienená stavom vegetatívneho napätia, ktoré úzko súvisí s afektívnym napätím pri vnútorných konfliktoch a vonkajších

Tabuľka 7. Model vzniku psychovegetatívnych syndrómov (vegetatívnych neuróz, somatoforných autonómnych porúch). (Podľa: S. O. Hoffmann a G. Hochapfel, 2004 (12)).



stresoroch. Podmieňujúci faktor je pritom inhibícia v prejavovaní afektov, ktoré sa potom viacej 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 avšak hrajú významnú úlohu psychické faktory. ICD-10 nám odporúča používať kategóriu F-54 – psychické faktory alebo vplyvy správania pri inde klasifikovaných ochoreniach, ako to ukazuje tabuľka 8.

Alexander a jeho spolupracovníci dospeli k poznatkom, ktoré sa pokúsili vyjadriť v schéme modelu vzniku vegetatívnych funkčných porúch a psychosomatóz (tabuľka 9). Aj keď si táto schéma

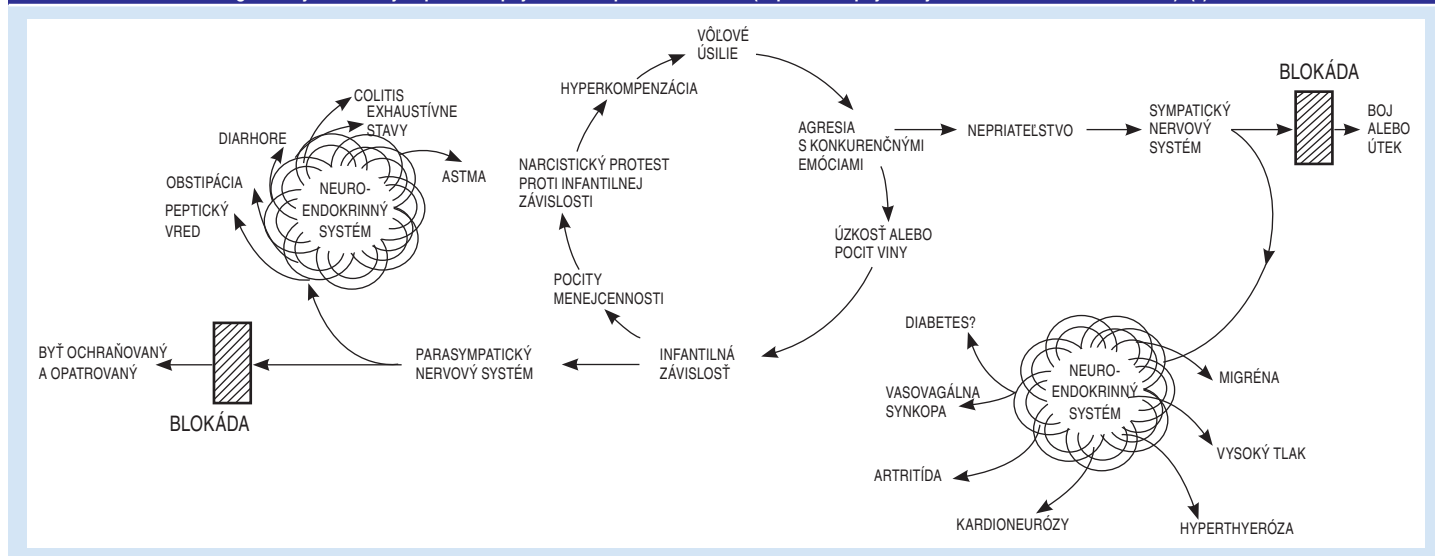
Tabuľka 8. Psychosomatózy. Alexander, 1971 (1), WHO, ICD-10, 1991 (7).

ALEXANDER	ICD-10
Psychosomatózy	psychické faktory alebo vplyvy správania pri inde klasifikovaných ochoreniach (F 54)

dnes už vyžaduje určité korektúry, je stále inšpiratívna a zohrala významnú úlohu vo vývoji psychosomatiky.

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. Sympatiková hyperstimulácia vzniká pri hostilnej naladenosti, ktorá by vyústila do boja o dominanciu alebo k úteku. Bojové alebo úte-

Tabuľka 9. Model vzniku vegetatívnych funkčných porúch a psychomatóz podľa Alexandra („špecifické psychodynamické konfliktné situácie“). (1)



Tabuľka 10. Ego-psychologický aspekt.

...psychosomaticky chorí majú (oproti neurotikom) menej rozvinuté sebavnímanie v oblasti svojich konfliktov a naladeností a javia sa nediferencovaní vo svojich emóciách a duševných motiváciách...	W. Bräutigam, 1973, 1997
...tendencia k výlučne „technicko-racionálnemu mysleniu“ („pensée opératoire“)	P. Marty, 1963
... chudobnosť emočného výrazu- alexithymia...	Sifneos, 1975

Tabuľka 11. Z hľadiska teórie objektívnych vzťahov (Podľa J. Küchenhoff, 2002 (15).**Na začiatku je vzťahová patológia v ranom detstve:**

- mimoriadne ohrozujúca reprezentácia vzťahu
- obrana pred príliš silnými afektami vo vzťahu (= zavrnutie)
- zničenie reprezentácie
- akcentácia normatívneho a hyperreálneho vo vzťahoch
- pri aktuálnom konflikte sa aktivujú len predsymbolické reprezentácie vzťahu, úzko súvisiace s telesnými skúsenosťami

kové riešenie je však z vonkajších alebo vnútorných dôvodov zablokované. Takto by pri príslušných ďalších dispozíciách mohli vzniknúť migrény, hypertenzie, kardioneurózy, a iné.

Ak naopak pri spracúvaní konfliktov dôjde k nastaveniu na prijímanie lásky („infantilná závislosť“), ale „konzumácia“ ochrany a opatery je v nedohľadne alebo vnútorne neprijateľná, dochádza podľa Alexandra k parasimpatikovej 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 konzumné správanie, ako by povedal etológ, ale nie je dostupné. Či už z vonkajších alebo vnútorných dôvodov. Výsledkom je frustrácia pudovej potreby.

V súčasnosti 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 (4).

Taktiež už v súčasnosti vieme, že nie každú astmu bronchiálnu alebo vredovú chorobu možno chápať ako psychosomatózu. Teda, že môžu vzniknúť aj bez prispenia psychických činiteľov. V praxi sa musíme usilovať o pozitívny dôkaz „psychosomatického komponentu“ (26) u jednotlivého pacienta. Vyplývajú z toho napr. aj terapeutické implikácie. Stačí tu pripomenúť dobré skúsenosti s autogénnym tréningom, progresívnou svalovou relaxáciou alebo s hypnózou pri psychosomatických syndrómoch (10).

Po Alexandrovi ďalší hlbinné psychologicky (psychodynamicky) orientovaní autori prispeli k po-

znávaniu psychického fungovania pacientov so somatoformnými poruchami a psychosomatózami a svoje poznatky konceptualizovali. Všimnime si aspoň heslovito ego-psychologické aspekty a potom prístupy z hľadiska teórie objektívnych vzťahov.

V tabuľke 10 vidíme, že Marty, Sifneos, Bräutigam zachytávajú niečo, čo poznáme z individuálneho kontaktu s psychosomatickými pacientami a tiež zo skupinovej psychoterapie. Odkiaľ sa ale berie tento útlm vedomého prežívania emócií? Odpoveď môžeme hľadať v nálezoch, že u psychosomatických pacientov sa často stretávame so vzťahovou patológiou v ranom detstve. V tabuľke 11 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 trepezlivého, pomalého budovania oporného terapeutického vzťahu a tiež v zmysle posilňovania a aktivovania pozitívnych vnútorných zdrojov. Môže sa to diať veľmi prirodzene a jednoducho, napr. keď oceníme nejakú pacientovu pozitívnu vlastnosť, schopnosť, nadanie, prejavíme naše uznanie aj verbálne a neverbálne, nielen vo svojej mysli. Aké má pacient pekné zážitky a skúsenosti? Kedy zažíval uvoľnenie, úplný pokoj a pohodu? Kedy bol na seba zvlášť hrdý a spokojný so sebou? Niektoré psychoterapeutické metódy majú dôkladne rozpracovanú túto podpornú („supportívnu“) stránku terapeutického kontaktu a zámerne evokovanie prežívania pozitívnych emócií (napr. pri imagináciách vo vyššom stupni autogénneho tréningu, v katatýmne-imaginatívnej psychoterapii, v koncentratívnej pohybovej terapii, ale aj v rámci bežnej verbálnej psychodynamicko-psychotherapie a tiež v rámci kognitívno-behaviorálnej terapie).

V psychosomatickom prístupe chápeme „lekára/lekárku ako liek“! Osoba, osobnosť, komunikačné a vzťahové kvality lekára/lekárky pôsobia upokojujú-

úco a liečivo. Liečivú stránku rozhovoru lekára/lekárky s pacientom/pacientkou brilantne popisuje a na prepisoch rozhovorov ilustruje a komentuje Wetzg-Würth a Müller (23) v knihe *Psychotherapeutický rozhovor. Pomáhajúce dialógy v lekárskej praxi* (www.ydavr-f.wz.cz).

Problém afektívnych porúch (zvlášť depresie a fibromyalgie)

Tento pokus o prehľad psychodynamiky a psychogenézy psychosomatických syndrómov si vyžaduje minimálne jedno doplnenie, ktoré sa týka diagnostiky a má dôležité dôsledky pre plánovanie liečby. Ide o telesné symptómy, ktoré sa nedajú zaradiť k žiadnej zo zmienenej skupín psychosomatických syndrómov a ktoré sa vyskytujú ako súčasť (korelát) depresívneho stavu alebo ktoré môžeme chápať ako ekvivalent depresie (larvovaná depresia). Hereditárny faktor hrá pri depresiách významnejšiu úlohu než pri funkčných psychosomatických (somatoformných) poruchách.

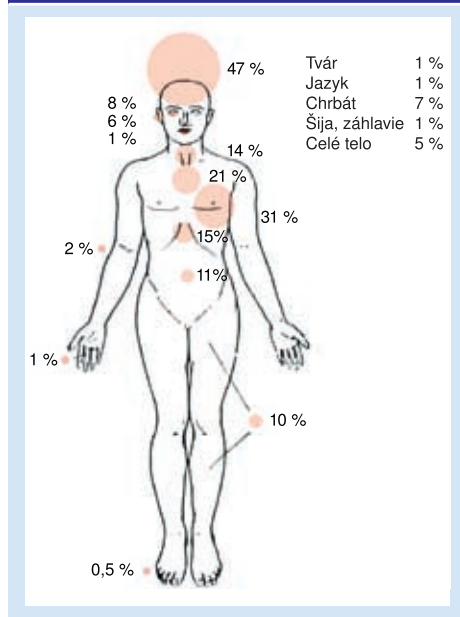
Wieck (24) vyhodnotil vzorku 2 000 pacientov s endogénnou depresiou (dnes by sme povedali s endogénomorfnou depresiou) a u veľkej časti týchto pacientov zistil rôzne telesné ťažkosti, ktoré sa nedali vysvetliť somatickým ochorením, ale dali sa chápať ako korelát depresie. Išlo o rôzne lokalizované bolesti, pálenie, brnenie, trpnutie, pocity zovretia, tlaku, napätia alebo necitlivosti, prázdna. Najčastejšie lokalizácie: hlava, praecordium, sternum, epigastrium, krk. A ďalej v zostupnom poradí: oblasť pupka, dolných končatín, oka, ucha, chrbta, celé telo. Vyskytovali sa ale aj také pozoruhodné lokalizácie ako lakeť, jazyk, tvár, ústa, šija, prsty na ruke alebo nohe. Tieto ťažkosti obvykle ustupujú spolu s depresiou.

Problém je v tom, že sa môžu vyskytnúť aj bez ostatných depresívnych symptómov alebo tieto sú tak 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 anti-depresíva. Na stopu nás často privedú ranné pesimá ťažkostí, skrátený alebo prerušovaný spánok (nad ráno!) a depresie v anamnéze (tabuľka 12).

Tieto depresívne senzitivné poruchy pravdepodobne súvisia s cerebrálnymi dysreguláciami depresívnych pacientov, ktoré postihujú aj thalamické funkcie. Pri afektívnych poruchách, zvlášť pri zmiešaných mániodepresívnych stavoch sa však môžeme stretnúť aj s viac či menej výraznými vegetatívnymi dysreguláciami (3). Napr. zmenami v krvnom tlaku, pulzovej frekvencii, s potením, návalmi tepla alebo chladu, hnačkami.

Súvislosti medzi depresívnymi poruchami a telesnými ťažkosťami môžu byť ešte komplikov-

Tabuľka 12. Lokalizácia nepríjemných telových pocitov pri endogénnej depresii. Veľkosť kruhov zodpovedá výskytu v percentách (Wieck, 1977).



vanejšie. Lahká endogenomorfná depresia môže znížiť prah pre vnímanie bolesti alebo znížiť toleranciu bolesti (25). Tak sa môže dostať do popredia napr. vertebrogénna bolesť.

Depresia môže tiež dekompenzovať dosiaľ kompenzované vnútorné konflikty. Upozornil na to už E. Kretschmer (14). Výsledkom môže byť neurotický alebo psychosomatický syndróm, ktorý je navrstvený na depresiu. Avšak depresia, zvlášť ťažšia, môže tiež „hodiť cez palubu“ (Weitbrecht) neurotický alebo psychosomatický syndróm (22). Depresívne vyladenie akoby mu zobralo energiu.

A aby to bolo ešte komplikovanejšie: ľahká endogenomorfná depresia môže vyprovokovať u usilovného, pedantného pacienta tak 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-psychosomatických syndrómoch“ (17).

Za zmienu tu ale stojí, že tendencia hypoteticky vykladať **fibromyalgiu** (2) ako larvanú depresiu je prekonaná. Toto nepríjemné ochorenie s bolestivými úponmi svalov na rôznych častiach tela, únavou, bolesťami hlavy, poruchami spánku atď., postihuje v priebehu života až 2 % populácie (viac ženy).

V etiopatogenéze sa uplatňuje genetická dispozícia a vyvolávajúce stresory psychosociálnej alebo somatickej povahy (5).

Vzniká tu aj vysoká komorbidita alebo až prekrývanie s chronickým únavovým syndrómom. Zvýšená komorbidita je aj s dráždivým črevom, migrénou, depresiami, bipolárnymi poruchami, úzkostnými poruchami (2). Samotná fibromyalgia sa dá zmierňovať nízkymi dávkami tricyklických antidepresív (ktoré sú vhodnou indikáciou aj pri bolestiach rôzneho pôvodu) (6) v kombinácii s nefarmakologickou liečbou (20): edukáciou o ochorení, relaxačným tréningom (autogénny tréning alebo Jacobsonova relaxácia) a veľmi postupným vytrvalostným fyzickým tréningom; postoj k tréningom by mal byť zo strany lekára i pacienta ako k lieku. Pri aeróbnom tréningu by mala byť intenzita záťaže mierna: 55 – 75 % pulzovej frekvencie z maximálnej pre daný

vek. Vtedy sa dobre toleruje. Cieľová dávka je 30 minút denne. Začínať je vhodné cca 5 minútami denne a každý týždeň pridávať 1 minútu.

Záver

Vidíme teda, že oblasť psychosomatiky je pestrá a okrem znalosti vlastných psychosomatických syndrómov si kvôli diferenciálnej diagnostike a liečbe vyžaduje aj oboznámenie s telesnými ochoreniami a afektívnymi poruchami (hlavne depresiami a zmiešanými stavmi, pri bipolárnej afektívnej poruche /po starom: mániodepresívne ochorenie/, ak ponecháme bokom menej časté schizofrenické ochorenia a ich „coenestetickú“ (13) symptomatiku).

MUDr. Jozef Hašto

Psychiatrické oddelenie NsP
Legionárska 28, 911 71 Trenčín
e-mail: hasto@nspnt.sk

Literatúra

- Alexander F. Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete de Gruyter, Berlin, 1971.
- Arnold LM. Fibromyalgia: A Disorder at the Medicine and Psychiatry Interface. APA 158 th Annual Meeting. Atlanta, 22. 5. 2005.
- Berner P. Psychiatrische Systematik. Ein Lehrbuch. Hans Huber, Bern, 1977.
- Bräutigam WP, Christian P, von Rad. Psychosomatische Medizin. 6. Auflage. Thieme Verlag, Stuttgart, 1997.
- Claw DJ. The Pathophysiological Basis of Fibromyalgia: Emerging Evidence. APA 158 th Annual Meeting. Atlanta 22. 5. 2005.
- Crofford LJ. Recent Developments in the Pharmacotherapy of Fibromyalgia. APA 158 th Annual Meeting. Atlanta 22. 5. 2005.
- Dilling H, et al. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). H. Huber Verlag, Bern 1991.
- Egle UT, et al. Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung. In: Der Nervenarzt 68, 1997, 683–695.
- Frommer J. Psychosomatische Medizin – Eine Wissenschaft für das 21. Jahrhundert. Z. Psychosom. Med. Psychotherap. 50, 22–36, 2004.
- 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. Slovenský lekár 4–5, 1999.
- Hoffmann SO, Hochapfel G. Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Compact Lehrbuch. F. K. Schattauer Verlag. Stuttgart, 2004.
- Huber G. Psychiatrie. 6 Aufl. Schattauer, Stuttgart, 1999.
- Kretschmer E. Medizinische Psychologie. Thieme, Stuttgart, 1970.
- Küchenhoff J. Psychosomatik. In: Mertens W, Waldvogel B. (Hrsg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. 2. Aufl., Verlag Kohlhammer, Stuttgart, 2002.
- Lamprecht F. Spezielle Psychosomatik. In: Machtlei W, et al. (ed.): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Thieme, Stuttgart 2004.
- Lopez Ibor JJ. Psychosomatische Forschung. In: Kischer, et al (Hrsg): Psychiatrie der Gegenwart, Vol. 1/2, Springer, Berlin, 1963.
- Peters UH. Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. Urban, Schwarzenberg, München, 2004.
- Schepank H. Vererbung und Umwelt. In: Adler RH, et al. (ed.): Psychosomatische Medizin. Urban-Schwarzenberg, München, 1996.
- Stanford SB. Nonpharmacologic Treatment of Fibromyalgia. APA 158 th Annual Meeting. Atlanta, 22. 5. 2005.
- Weiner H, Mayer E. Der Organismus in Gesundheit. Auf dem Weg zu einem integrierten biomedizinischen Modell. Psychotherap. Med. Psychol. 40, (1990), 81–101.
- Weitbrecht HJ. Psychiatrie im Grundriss. 3. Aufl. Springer, Berlin, 1973.
- Wetzig-Würth H, Müller P. Psychotherapeutický rozhovor. Vydavateľstvo F, Trenčín, 2004.
- Wieck HH. Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart, 1997.
- Wörz R, Lendle R. Schmerz-psychiatrische Aspekte und psychotherapeutische Behandlung. G. Fischer, Stuttgart, 1980.
- Zikmund V. Choroby z civilizácie? Veda, Bratislava, 1983.
- Žucha I. Psychosomatické choroby. In: Kolibáš E., a kol. Špeciálna psychiatria. UK, Bratislava, 1996.