

Karel Chromý, Radkin Honzák a kolektiv

SOMATIZACE A FUNKČNÍ PORUCHY



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umisťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.

Karel Chromý, Radkin Honzák a kolektiv
SOMATIZACE A FUNKČNÍ PORUCHY

Pořadatel díla:
MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Autorský kolektiv:
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
Prof. MUDr. Karel Chromý, CSc.
MUDr. Zuzana Líbalová
MUDr. Martin Nouza, CSc.
MUDr. Alena Večeřová

Recenzenti:
Doc. MUDr. Jaroslav Baštecký, CSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

© Grada Publishing, a.s., 2005
Cover Photo © profimedia.cz/CORBIS, 2005

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, Praha 7
jako svou 2298. publikaci
Odpovědný redaktor Mgr. Martin Tarant
Obrazová dokumentace pochází z autorského archivu
Fotografie na obálce profimedia.cz/CORBIS
Sazba a zlom Blažena Posekaná
Počet stran 216
1. vydání, Praha 2005
Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o léčích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmějí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu nakladatelství.

ISBN 80-247-1473-6 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-6354-5 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2011

Obsah

Použité zkratky	9
Predhovor	11
Úvod	13
1 Vývoj a současný stav psychosomatického myšlení (R. Honzák)	15
1.1 Antické kořeny evropské medicíny	15
1.2 Počátky vědecké medicíny	16
1.3 Psychoanalýza – základ psychosomatických hypotéz	18
1.4 Stresová hypotéza	19
1.5 Alexitymická hypotéza	24
1.6 Konec 20. století a současný stav psychosomatické medicíny – – biopsychosociální přístup	26
2 Somatizace a funkční poruchy – obecná část (K. Chromý)	29
2.1 Historie	29
2.2 Klasifikace a kritéria	30
2.2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí	30
2.2.2 Diagnostická a statistická příručka duševních poruch (USA)	32
2.2.3 Shrnutí	32
2.3 Klinický obraz	34
2.4 Komorbidita	37
2.5 Etiopatogeneze somatizace a somatoformních poruch	40
2.5.1 Dětské zážitky a somatizace	41
2.5.2 Teorie připoutání	42
2.5.3 Jiné výkłady	42
2.6 Alexitymie	45
2.7 Biologické hypotézy vzniku somatoformních poruch	50
2.8 Epidemiologie	51
2.9 Průběh a léčba	54
2.10 Nevysvětlé příznaky	57
2.11 Častí uživatelé zdravotní péče	61
2.12 Srovnání	65
2.13 Ekonomický aspekt	67
3 Dysmorfofobie (K. Chromý)	69
3.1 Klasifikace	69
3.2 Výskyt	69

3.3	Společenské faktory	70
3.4	Diagnostické potíže	70
3.5	Klinický obraz	71
3.5.1	Kontrolovaní	72
3.5.2	Zakrývání	72
3.5.3	Líčení	72
3.5.4	Lékařská péče	72
3.5.5	Užívání farmak	73
3.5.6	Cvičení	73
3.5.7	Exkoriace kůže	73
3.6	Průběh	73
3.7	Diagnóza	74
3.8	Léčba	75
3.9	Souhrn	75
4	Bolest, její diagnostika a léčení (R. Honzák)	77
4.1	Jednotlivé dimenze bolesti	77
4.2	Diagnostika bolesti	88
4.3	Léčení bolesti	92
4.3.1	Využití psychofarmak	93
4.3.2	Neurofyziologické a psychofyziologické prostředky tlumení bolesti	98
5	Funkční obtíže trávicího systému (R. Honzák, A. Večeřová)	105
5.1	Úvod	105
5.2	Klasifikace	108
5.2.1	Funkční poruchy ezofagu	110
5.2.2	Funkční gastroduodenální poruchy	112
5.2.3	Funkční poruchy střev	113
5.2.4	Funkční bolesti břicha	114
5.2.5	Funkční poruchy žlučových cest a pankreatu	115
5.2.6	Funkční poruchy anorekta	115
5.3	Klinické příklady	117
5.4	Terapie	122
6	Funkční kardiovaskulární obtíže a psychiatrická problematika (R. Honzák)	135
6.1	Úvod	135
6.2	Nejčastější omyly a chyby	136
6.3	Úzkost a kardiovaskulární systém	141
6.4	Úzkostné poruchy	144
6.5	Panická porucha	146
6.6	Somatoformní porucha	150

Příloha: Dotazník SCL-90 (Derogatis)	153
Derogatis – výsledky	156
Derogatis – normy	157
7 Funkční poruchy v gynekologii a porodnictví (Z. Líbalová)	159
7.1 Mezi mozkem a tělem	159
7.1.1 Stres a reprodukce: psychoneuroendokrinní aspekty	159
7.1.2 Psychoneuroimunologie a její postavení v psychosomatice	161
7.2 Specifické postavení funkčních obtíží v gynekologii a porodnictví	161
7.3 Bolest	162
7.4 Menstruační cyklus	165
7.4.1 Psychoendokrinologie menstruačního cyklu	166
7.4.2 Amenorea	167
7.4.3 Premenstruační syndrom	168
7.4.4 Dysmenorea	170
7.5 Klimakterium	170
7.6 Inkontinence moči	172
7.7 Antikoncepce a jiné metody regulace plodnosti	174
7.8 Těhotenství	177
7.8.1 Nemoci v těhotenství	177
7.8.2 Porod	179
7.8.3 Šestinedělí	180
8 Únava a únavové stavy (M. Nouza)	183
8.1 Únava a její podoby	183
8.2 Příčiny vzniku únavy	185
8.3 Chronický únavový syndrom	192
8.4 Únava – co je třeba vyloučit	200
8.5 Léčba únavy	201
8.6 Závěr	211
Rejstřík	213

Použité zkratky

5-HT	5 hydroxytryptamin (serotonin)
AT	autogenní trénink
BDV	Bornská nemoc
BIS	behaviorální inhibiční systém
BZD	benzodiazepin, benzodiazepinový
CFS	chronic fatigue syndrome
CFIDS	chronic fatigue and immune dysfunction syndrome
CGRP	calcitonine-gene related peptide
CNS	centrální nervový systém
CRH	cortico relasing hormone
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (Diagnostická a statistická příručka duševních poruch – USA)
EBV	virus Epsteina a Barrové
EMG	elektromagnetický
ENS	enterální nervový systém
GABA	kyselina gamaaminomáselná
GAD	general anxiety disorder (chronická generalizovaná úzkost)
GE	gastroenterologický
GI	gastrointestinální
GIT	gastrointestinální trakt
hCG	human chorionic gonadotropin
HHN	osa hypotalamus-hypofýza-nadledviny
HHV-6	lidský herpetický virus 6
ICHS	ischemická choroba srdeční
KBT	kognitivně behaviorální terapie
KVO	kardiovaskulární onemocnění
LEAS	level of emotional awareness scale (škála uvědomování si emocí)
LH	lutropin = luteotropin
LH-RH	lutropin releasing hormone
MCS	multiple chemical sensitivity (syndrom mnohočetné přecitlivělosti na chemické látky)
ME	myalgická encefalomyelitida
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MUPS	medically unexplained physical symptoms
MUS	medically unexplained symptoms
NA	noradrenalin
NK	natural killer
NNT	number need to treat – index účinnosti

NMDA	N-methyl-D-aspartát
NSA	nesteroидní antirevmatika
NÚ	nežádoucí účinky
PET	pozitronová emisní tomografie
PVFS	postinfekční únavový syndrom
SBC	sick building syndrome (choroba nemocných interiérů)
SET	systémová enzymoterapie
SSI	somatic symptom index
SSRI	selektivní inhibitory reuptake serotoninu (antidepresiva III. generace)
TAS	Toronto alexithymia scale
TCA	tricyklická antidepresiva (antidepresiva I. generace)
UZ	ultrazvuk, ultrazvukový

Predhovor

Práve som dočítal knihu, ktorú Vy, teraz už pekne zviazanú, držíte v rukách. Poviem to stručne. Je to pútavé a vzrušujúce čítanie. Ako dobrá detektívka.

Ved' aj funkčné poruchy (synonymne, alebo takmer synonymne: vegetatívne dystónie, vegetatívne neurózy, psychovegetatívne syndrómy, vegetatívne-endokrinné syndrómy, somatizácie, somatizačné poruchy, somatoformné poruchy, psychogénne syndrómy) sú pre lekára výzvou k lušteniu záhad. A sú výzvou pre celú medicínu. Staré, jednostranné schémy medicínskeho myslenia nestačia. Prívrženci Virchowovej dogmy, že za každou chorobou sa skrýva ako príčina organická patológia, môžu byť na toľko frustrovaní při konfrontácii s funkčnými syndromami, že buď katatýmne uveria, že nejakú prapôvodnú organickú príčinu našli, alebo sú v pokušení brať pacientov s funkčnými syndromami len ako zdanlivo chorých. No ale tu je vážny problém: pacient sa subjektívne cíti chorý a kvôli svojim symptómom má narušené bežné fungovanie v rodinnom, medziľudskom a pracovnom poli.

Lepšie budú na tom lekári, ktorí majú popri či v rámci svojej medicínskej erudície psychofilný postoj (E. Bleuler delil lekárov na psychofilných – zaujímajúcich sa o duševný život pacienta, zážitkovo-biografickú stránku jeho života, vžívajúcich sa do neho – a na psychofóbnych – vyhýbajúcich sa vnímaniu a braniu do úvahy psychickej a sociálnej „vrstvy ľudskej bytosti“).

A dnes už vieme, že faktory psychosociálnej povahy majú dôsledky pre formovanie funkcie, ale aj morfológie mozgových štruktúr (neurotransmitery, receptory, expresia alebo represia určitých génon, neuronálna plasticita, prepájanie neurálnych sietí) a že nielen psychofarmakoterapia, ale aj psychoterapia pôsobí prirodzene aj na neurobiologickej úrovni. Zastáncovia biopsychosociálneho modelu to vždy predpokladali. Teraz už existujú konkrétné nálezy poukazujúce týmto smerom.

Pri psychofilnom postoji sa často objavujú stále jasnejšie a komplexnejšie kontúry vzniku a priebehu pacientovej poruchy. Dozvedáme sa o vyvolávajúcej situácii a jej subjektívnom význame pre pacienta, o disponujúcich zážitkoch, frustráciách, či až traumatizáciách v hlbšej minulosti. O traumatizáciách z prvých 2–3 rokov života sa však z rozhovoru s pacientom obvykle nedozvieme (pokiaľ neboli informovaný neskôr od druhých). Bráni tomu detská amnézia súvisiaca pravdepodobne s nezrelým hipokampom. Zostane ale stopa v implicitnej pamäti. Výsledkom môže byť prekvapujúca negatívna emócia aktivujúca sa napr. v mladej dospelosti, vo vyvolávajúcej situácii. Emócie majú spravidla svoje somatické koreláty. Ale môžu sa objaviť aj vo svojej „amputovanej forme“, totiž tak, že sa prejavia a človeka zaskočia len jej somatické prejavy (=emočné ekvivalenty).

A potom je pochopiteľné, že aj zážitok somatogénne podmienených telesných zmien, senzácií môže u disponovaného človeka viesť k abnormnému správaniu a k funkčnej superpozícii alebo pretrvávaniu vplyvom bludných kruhov.

Sú tu ešte „konverzným mechanizmom“ vznikajúce telesné symptómy ako prejav neriešiteľného a teraz neverbalizovateľného vnútorného konfliktu (keď mlčí jazyk, hovorí telo).

Toto všetko nám autori krásne osvetľujú, ilustrujú kazuistikami a presvedčivo nás vedú k poznaniu, že medicína potrebuje biopsychosociálny prístup, aby bola naozaj humánna, aby viac pacientov s funkčnými poruchami „mohlo pracovať a milovať“, ako by to lapidárne formuloval S. Freud.

Na záver ešte jedno prianie. Dúfam, že kniha sa dostane aj k slovenským lekárom a psychoterapeutom, aby bola vzpruhou pre „psychosomatické hnutie“ aj na Slovensku, ktoré jeden z autorov a editorov (R. H.) celé desaťročia nezištnie osobne podporoval.

MUDr. Jozef Hašto

Úvod

Následující stránky se týkají strastí sice popsaných a zařazených mezi duševní poruchy, ale nevyvolávajících příliš psychiatrického zájmu – schizofrenie stále táhne více. Je to škoda – schizofrenie přináší společnosti zlomek problémů ve srovnání se somatoformními poruchami, častými uživateli zdravotní péče a s organicky nevysvětlenými tělesnými příznaky. Somatoformní poruchy mají také svá mystéria podobná schizofrenním – kdy člověk přestává ignorovat malá i větší tělesná trápení a stává se postrachem ordinací a nočních pohotovostí? Kdy přestane fungovat víra, že si s drobnými neduhy tělo i duše poradí, a začneme se obávat nejhoršího? Kdo se nás ujme, když na nás ani velcí odborníci nenajdou nic vadného, a my přesto vnímáme bolest? Na nalezení odpovědí je brzy, snad jen trocha ná povědy. Patří hlavně praktickým lékařům, protože ti táhnou káru nejtěžší.

1 Vývoj a současný stav psychosomatického myšlení

(MUDr. R. Honzák, CSc.)

1.1 Antické kořeny evropské medicíny

Termín „psychosomatika“ použil poprvé v roce 1818 německý lékař Heinroth při popisu spánkových poruch, do všeobecného lékařského i laického povědomí se však dostal teprve zásluhou amerických autorů Franze Alexandra a Flanders Dunbarové, kteří tak označili nejen vlastní učení, ale také nazvali časopis, jehož první číslo vyšlo v roce 1939 a který vychází dodnes, **Psychosomatic Medicine**.

Psychosomatická medicína není sice nejšťastnější pojem a jak jeho kritici oprávněně tvrdí, napomáhá spíše posílení duality těla a duše, nicméně je pojmem obecně užívaným a reprezentuje oblast, která je doplněním pozitivisticky orientované a statisticky podložené medicíny založené na mnohotných důkazech. Jeho další nevýhodou je, že mnoho lidí si pod ním představuje mnoho odlišných skutečností, z nichž nejnešťastnější je představa, že se jedná o „alternativu“ (přesný význam podle slovníku: „dvě vzájemně se vylučující možnosti“) k medicíně vědecké.

Cílem psychosomatického přístupu byla od počátku snaha najít integrující prvky a vztahy mezi vlivy psychosociálními a biologickými při pohledu na člověka ve zdraví a nemoci (zatímco EBM – na důkazech založená medicína – upřednostňuje spíše studium a léčbu nemoci) a je pochopitelné, že při této snaze je psychosomatický přístup orientován více na jedince než na nemoc. Je to vcelku logické, protože předmětem zájmu psychosomatické medicíny jsou onemocnění, u nichž se velice významná účast psychosociálních faktorů předpokládá, a tyto faktory mají zákonitě více individuální než univerzální charakter.

Máme-li správně pochopit a zařadit současný stav psychosomatické medicíny, je nutné podchytit její vývoj, a to v kontextu vývoje medicíny celé. Tento historický exkurs je současně zajímavou reflexí také mnoha dalších současných medicínských názorů na pozadí společenských i vědeckých zkušeností.

Nejstarší „otec evropské medicíny“ Hippokrates neměl s dualitou těla a duše žádné problémy, eliminoval z medicínského okruhu všechny nadpřirozené vlivy, včetně výkladu a terapie „svaté nemoci“ – epilepsie. Hippokrates požadoval, aby lékař, dříve než začne léčit pacienta, „znal celou přírodu“, znal dobré osobnosti pacienta a jeho temperament, věděl o vlivech čtyř ročních dob a klimatu, dbal na správnou životosprávu. Známý je jeho výrok a odkaz: „Život je krátký, cesta umění dlouhá, okamžik prchavý, zkušenost klamná, soud obtížný. Proto musí nejenom lékař všeho využít, ale i nemocný a jeho rodina a všechny vnější okolnosti musejí být využity.“, který dosta-

tečně ilustruje jeho přístup, stejně jako přístup jeho žáků, kteří jsou autory díla označovaného jako *Corpus Hippocraticum*. Hippokratovská medicína byla celostní medicínou par excelence a její pacient byl nedílnou součástí přírody, jež sama měla rovněž léčivou sílu.

Dualitu vnesl do medicíny po čtyřech stoletích až další z otců evropské medicíny, Hippokratův pokračovatel Galénos, který jako Platónův žák rozdělil člověka na tělo a duši. Pod vlivem tohoto učení dokonce vyfabuloval tvrzení, že nervy jsou duté trubičky, jimiž se šíří plynný duch – pneuma. Tento kanonizovaný blud se neodvážil ani po tisíciletí vyvrátit slavný Vesalius a také známá Descartova kresba znázorňující vedení bolesti ukazuje nocicepcii zprostředkovovanou od periferie až k centru jednou rourkou; tak velká byla Galénova autorita.

Galénos sice nabádal své žáky, aby pečovali stejně intenzivně o duši jako o tělo, je rovněž autorem známého výroku o tom, že veselé ženy nikdy neonemocní rakovinou prsu, protože rakovina prsu je „melancholická diatéza“, nicméně jeho nešťastné dělení přetrvalo tisíciletí a s jeho důsledky se setkáváme dodnes.

Třetím ze sloupů antické medicíny byl arabský lékař Íbn Siná (Avicenna), který vnesl do komplexu tehdejších lékařských poznatků především v ucelené formě empirii medicíny blízkého a středního Východu. Jeho **Kánon lékařství** byl nedílnou učebnicí medicíny až do 17. století. Avicenna provozoval potulnou praxi, což by mu dnes Česká lékařská komora nepovolila. V jedné ze slavných kazuistik popisuje případ mladého muže, kterého nalezl v jednom z měst, jež navštívil, v bezvědomí „a blízkého smrti“. Nechal si povolat k lůžku jednoho z místních občanů a požádal ho, aby jmenoval všechny ulice; při jméně jedné z nich se mladíkův tep nápadně zrychlil. Poté nechal vyjmenovat všechny majitele domů v této ulici a opět jedno jméno vyvolalo zrychlení mladíkova tepu. Pak došlo na jména osob žijících v tomto domě a při jméně dcery majitele začal „mladíkův tep být jako na poplach“ a to vedlo bystrého lékaře k nalezení terapeutického prostředku: když se dotyčná dostavila k lůžku, mladík se uzdravil. Avicennova diagnóza zněla: šílený láskou, my bychom asi dnes neváhali s diagnózou disociativní poruchy.

1.2 Počátky vědecké medicíny

Učení tří klasiků antiky bylo základem medicíny po celý středověk. Teprve v postgaleileovském období začínají vznikat vědy jako svébytný způsob poznávání a výkladu určitých specifických oblastí. Vědy mají ve své náplni taxonomii, tedy třídění jevů spadajících do jejich působnosti (např. geologie nebo botanika) a především nacházení souvislostí, a to podle možností souvislostí kauzálních, mezi zjištěnými skutečnostmi. Tak se zákonitě vzorem pro všechny ostatní vědy staly newtonská fyzika a astronomie, které na základě zjištěných vztahů byly schopny také predikce. Ve svých počátcích plnily vědecké společnosti mimojiné i úlohu jakýchsi ochránců patentu na objev a

sociálně akceptovanou roli při do jisté míry monopolní regulaci jevů příslušejících do jejich kompetence. Tím se původní vědecký univerzalismus štěpí na různé specializace.

Medicína pochopitelně také aspirovala na místo mezi vědami, předmět jejího bádání, člověk, byl však předmětem do značné míry problematický. Církev, která mlčky povolila pitvu těl zemřelých – smrtelné to schránky nesmrtelné duše, nehodlala tuto duši uvolnit ze své kompetence. Vznikající medicínské vědě z této situace pomohl francouzský matematik a filozof René Descartes, který nabídl elegantní řešení.

Descartovo dualistické učení bylo v zásadě ve shodě s Galenovým přístupem; všechna jsoucna lze rozdělit na **princip duchovní** a **princip fyzický**. Bůh představuje duchovní princip, ostatní existující jsoucna jsou charakteru hmotného. Pouze člověk spojuje oba principy, které se u něj setkávají v šišince. Protože má člověk i duchovní princip, může myslet, ale také trpět, což je ostatním tvorům odepřeno. „Nevěřte tomu, že pes trpí, když vyje, jestliže ho mlátíte holí. Nemůže trpět, protože postrádá duchovní princip, a vyje-li, je to totéž, jako byste mlátili holí do piana a ono vydávalo zvuky.“

Descartes doporučil začínající medicínské vědě, aby člověka pojímala jako „rozumný stroj“ a péči o jeho duši ponechala v kompetenci církve a filozofie. Nemoc v tomto pojetí je „porucha rozumného stroje“ a lékař je odborník, který přichází, aby poruchu rozpoznal a podle svých možností odstranil či minimalizoval. Toto je filozofický základ **biomedicínského přístupu**, který pro praxi završil pruský patolog Virchow, jenž ve své patologii z r. 1858 postuloval nemoc jako poruchu buněk, tkání, orgánů, z níž vyplývá porucha jejich funkce, která se projevuje nejrůznější symptomatologií.

Klasifikační systém, v zásadě moderní a ve svých principech podobný současnemu, poskytl anglický lékař Sydenham, který rozlišil hierarchii symptomu (do té doby nezřídka považovaného za samostatnou nemoc), syndromu a chorobné jednotky. Symptomy se skládají do syndromů a ty v určité zákonité kombinaci vytvářejí nemoc – *nosos* (odtud „nozologický systém“).

Tento pohled se týkal celé století především somatických nemocí (byť měly občas bizarní etiopatogenetickou konstrukci a z ní vycházející „kauzální“ léčbu spočívající především ve venepunkcích, purgativech a klyzmatech), regulace „šílenství“, tedy psychických poruch, se medicína ujala až zásluhou Pinela, který se po francouzské revoluci rozhodl regulovat i tuto oblast. Do té doby byli těžcí psychiatričtí pacienti považováni za „pokleslé do animální úrovně“ a byli umístěni v řadě v podstatě azylových zařízení, od „azylů pro lunatiky“ přes klášterní špitály až po věznice. Pinel výšel z předpokladu, že se nejedná o animální pokleslost, ale že jde o „občany se stejnými občanskými právy“ a požádal Konvent, aby na nich mohl vyzkoušet svoji morální léčbu, kterou chtěl ve velkém měřítku uplatnit jako panaceu pro rozvrácenou společnost v porevoluční době. Protože měl značný společenský vliv, podařilo se mu celou psychiatrickou problematiku inkorporovat do medicínského rámce.

Descartův filozofický vklad, Virchowova definice nemoci a Sydenhamem navržený nozologický systém se staly základem vědecké medicíny, základem, jenž navzdory

proklamacím o tom, že člověka je nutno vnímat komplexně, zůstává zakotven v myšlení mnoha lékařů dodnes a je například pregnantně vyjádřen ve sloganu: Jeden gen – jedna nemoc.

Jeho podstata je vystižena hezkým příměrem amerického psychosomatika Reisera, který říká, že od vzniku vědecké medicíny dochází k „zastínění pacienta“ (eclipse of patient) konstruktem nemoci. **Nemoc** se stává pro medicínskou vědu důležitější než pacient. Pacient může zapomínat, pacient může lhát, pacient může prosazovat nepodstatné okolnosti a zatlačovat ty podstatné atd., proto je hlavním nástrojem vědecké medicíny **objektivní nález**. Ten lze kdykoli nezávisle zopakovat a použít jako objektivní důkaz o stavu rozumného stroje. EBM – evidence based medicine – se z tohoto rámce prakticky nikdy nevymanila. Na důkaz tohoto tvrzení jen jeden malý příklad. Nedávno jsem měl v ruce knihu o ischemické chorobě srdeční. Tato klinická jednotka byla na více než 300 stranách pojednána velmi zevrubně. O pacientovi a jeho úzkosti tam byly čtyři řádky.

1.3 Psychoanalýza – základ psychosomatických hypotéz

Biomedicínský model prošel svými dětskými nemocemi a jeho poznatky, stejně jako léčebné možnosti, exponenciálně narůstaly. Také bádání o duši postupuje; v podivuhodném rámci exorcistických praktik, astrologických úvah a fluidních teorií objevuje Franz Anton Mesmer účinnost hypnózy, aniž mu bude do konce života dopřáno poznat podstatu „živočišného magnetismu“. Jeho metodu však převzali další, zejména Liebault, Bernheim a Charcot. Bernheimovi se podařilo pomocí hypnotické regrese odhalit u mladé dívky prodělané psychotrauma, nechat je abreaktivně znovu prožít a tak vyléčit její několik let trvající obrnu horní končetiny. Charcot oddělil epilepsii od hysteria a stal se na krátkou dobu vlivným učitelem Sigmunda Freuda.

Freudovo učení znamenalo zásadní zvrat v přístupu k psychickým poruchám, přestože v duchu biblického „nepřišel, aby zrušil, ale aby naplnil.“ Freud spojil myšlenkové prudy romantické naturfilozofie s její koncepcí nevědomí a chápáním snu jako „hieroglyfické řeči“ s neurologickým reflexním modelem, dále s filozofickou představou psychofyzického vztahu tělesna a duševna, ve které byla hysteria chápána jako psychosomatický problém. Zásadní novinkou však byla klíčová úloha sexuálního pudu v etiologii a patogenezi nejen neuróz, ale též řady jevů spadajících do psychopatologie všedního dne nebo každodenního snění.

Neuróza (podobně jako zapomenutí, přeřeknutí) je výsledkem potlačeného konfliktu mezi infantilním sexuálním přáním a represivními složkami osobnosti, při čemž současně dochází k vytěsnění klíčových událostí do nevědomí. Psychoanalytická léčba pak napomáhá ke zvědomění tohoto konfliktu a jeho řešení zralým způsobem. Vzhledem k tomu, že většina neuróz byla na počátku minulého století doprovázena pestrými

somatickými příznaky (motorické i senzorické obrny, „záchvaty“ aj.), je možné již Freuda považovat za prvního psychosomatického lékaře.

Daleko spíše však tento primát přísluší Georgu Groddeckovi, který v Baden-Badenu provozoval sanatorium, v němž léčil masážemi, koupelemi, dietou, režimovou terapií a „divokou psychoanalýzou“. Podobných zařízení vznikala před první světovou válkou v Evropě celá řada.

První světová válka přinesla rozmach psychoterapie, před kterou se vynořily nové úkoly – především léčení „válečných neuróz“. Tento nejednotný soubor obtíží bychom dnes pravděpodobně řadili mezi posttraumatické stresové poruchy, panické poruchy a další úzkostné stavby, nicméně jejich manifestní somatická symptomatologie svým způsobem napomohla vývoji psychosomatického myšlení.

Freudova triumfální cesta do USA znamenala jednoznačný úspěch psychoanalýzy na tomto kontinentu. V atmosféře pragmatického amerického myšlení nakloněného neortodoxním experimentům se jako hybrid klinické zkušenosti a psychoanalytické teorie zrodila **psychosomatická medicína**, již takto pojmenovala její matka Flanders Dunbarová, otcem byl Franz Alexander. Hlavní myšlenkou jejich učení byla hypotéza, že analogicky k psychoneurózám (tedy potlačením konfliktu) vznikají také „orgánové neurózy“ – psychosomatická onemocnění.

Autoři vyčlenili skupinu sedmi chorob, u nichž předpokládali psychogenní etiopatogenezi. Byly to hypertenze, hypertyreóza, astma bronchiale, vředová choroba, ulcerózní kolitida, revmatoidní artritida a atopický ekzém.

Jejich myšlenka měla dobré naděje na úspěch. Biomedicínský model nebyl v té době schopen stanovit etiopatogenezi těchto onemocnění a z klinické praxe bylo a je známé, že nemocní s těmito obtížemi trpí ve značné míře problémy z psychosociální oblasti. Předpoklad, že tyto jejich problémy by mohly být příčinou jejich tělesných obtíží, se tedy jeví jako plauzibilní.

První psychosomatické teorie měly dvě základní hypotézy: hypotéza **psychogeneze** předpokládala, že stejně jako u neuróz se u těchto nemocí podílejí na vzniku a rozvoji pouze psychogenní vlivy, hypotéza **specificity** předpokládala, že se jedná o specifický a pro danou klinickou jednotku typický a nezaměnitelný konflikt. Například u vředové choroby to byl konflikt mezi potřebou orální závislosti a nutností nezávislého dospělého života. „Psychický hlad“ se potom u nemocného manifestuje specifickou patofyziologickou reakcí, která končí vředovou symptomatologií. Připomeneme-li si navíc, že tehdejší léčba vředové choroby spočívala v klidu na lůžku a Carrelově dietě (litr mléka a šest rohlíků denně), je koncepce závislosti nasycena i v terapeutické oblasti.

1.4 Stresová hypotéza

Psychosomatické hypotézy se úspěšně ujaly i v klinické praxi, protože každý zkušený klinik ví, že právě pacienti s uvedenými diagnózami vykazují mnoho svérázných psy-

chosociálních odlišností a charakteristik, současně však o nich nelze říci, že by měli neurotické obtíže. Přitom však s neurotiky mnoho společných rysů mají; zatímco však neurotik má svoji úzkost, má astmatik své astma. Každý zkušený klinik totiž ví, že u poloviny nemocných s pylovou alergií je možné vyvolat astmatický záchvat pouhou expozicí obrázku určité specifické květiny. Astmatické záchvaty se objevují také v náročných situacích, které se specifickým pylem nemají nic společného.

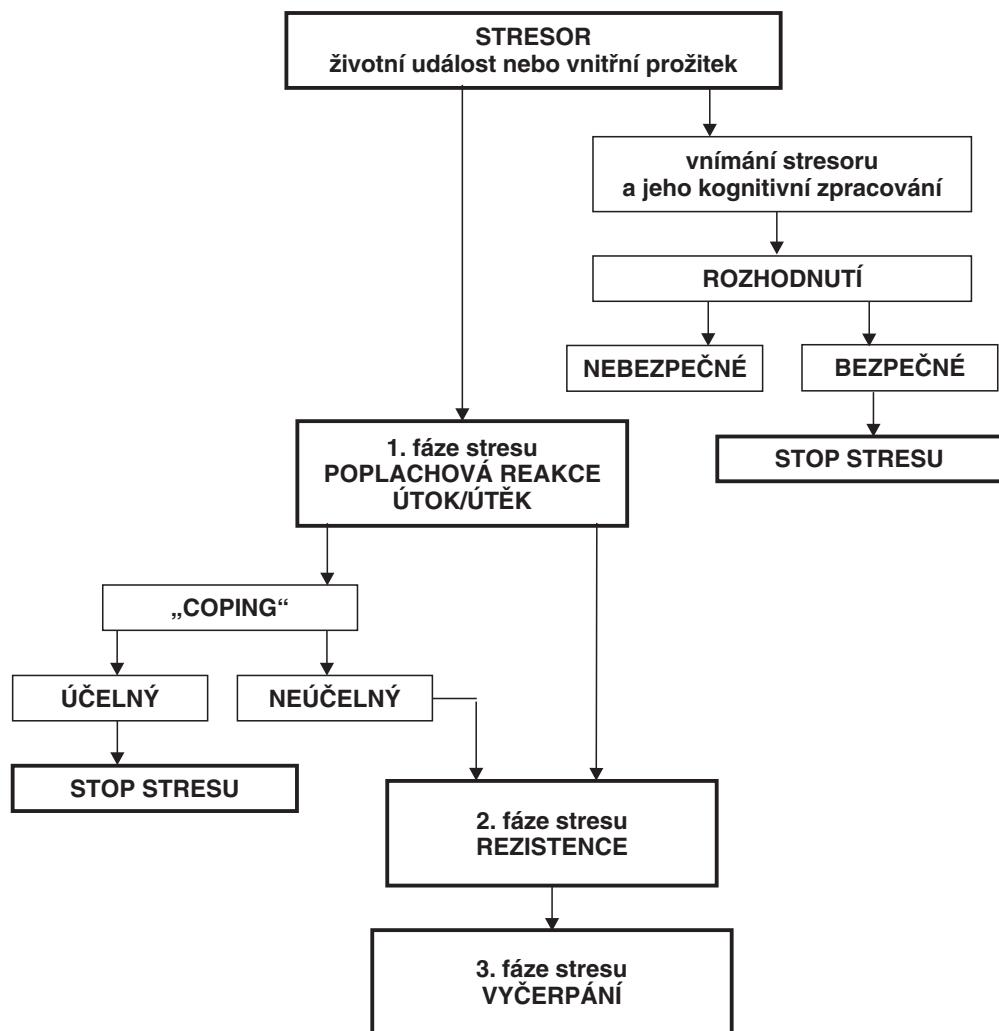
Jeden z mých pacientů trpících astmatem dostával záchvaty pravidelně po příjezdu na chalupu. Jako vysokoškolák přírodnovědeckého směru nechal prostředí vyšetřit všemi dostupnými metodami, nenašlo se však žádné biologické agens, které by záchvaty vyvolávalo. Při psychosociálně orientovaném mapování teritoria jeho chalupy jsme zjistili, že první podnět, který na něj při vstupu do objektu zapůsobí, je oválný svatební portrét jeho tchyně (na níž byl doslova alergický) visící na stěně místnosti. Když na zkusmé doporučení portrét odstranil (a postavil tchyni ke zdi), záchvaty vymizely.

Tato stručná kazuistika ukazuje, stejně jako prapůvodní psychosomatické předpoklady, že psychosomatické myšlení má vždy blíž spíše k intuici, k významovému zdůraznění hovorových obratů a lidových rčení, k individuálnímu příběhu konkrétního pacienta, než ke statistickému vyhodnocení výsledků velkých skupin nemocných. Přesto se však zakladatelé psychosomatiky pokusili zhodnotit na větším vzorku validitu svých hypotéz. Ve 40. letech minulého století rozeslali více než stovku chorobopisů psychosomatických pacientů „slepým“ hodnotitelům. Chorobopisy obsahovaly základní osobnostní charakteristiky, psychologická pozorování a sociální údaje, chyběly však jakékoli „somatické“ informace. Hodnotitelé měli na základě dodaných informací určit, kterou ze sedmi psychosomatických chorob pacient trpěl.

Výsledky shody s klinickou diagnózou byly sice lepší, než by odpovídalo náhodnému rozložení (okolo 65 %), nedosahovaly však statistické významnosti, a touto kontrolou nebyla tedy potvrzena hypotéza specificity. Nejvyšší shoda byla zjištěna u nemocných s revmatoidní artritidou, nejnižší u pacientů trpících hypertenzí. Hypotéza psychogeneze však zůstala jako přetrvávající pracovní východisko. A tak zatímco klasická medicína viděla sekvenci poškození ve směru od biologie k psychologii (biologické postižení → porucha funkce → psychologická odezva), měl psychosomatický model sekvenci opačnou (psychické trauma → porucha funkce → výsledné orgánové poškození).

Pokus o začlenění biologických prvků do tohoto modelu představuje zavedení hypotetického **faktoru X**, který reprezentuje biologickou spoluúčast v etiopatogenezi onemocnění. Tento model velmi elegantně demonstroval v 50. letech minulého století v přirozených podmínkách Weiner, který navíc zahrnul do psychosomatických konцепcí problematiku stresu. Weiner předpokládal, že somaticky disponovaní jedinci, vybavení navíc specifickými psychologickými či osobnostními charakteristikami, zareagují pod vlivem stresu rozvojem psychosomatického onemocnění.

K důkazu své hypotézy si vybral skupinu „superzdravých“ mladých mužů – branců zařazených pro jejich vynikající zdravotní stav do vojenského výcviku v paradesantní jednotce. U všech 120 branců provedl vyšetření zaměřené na psychologické charakteristiky typické pro vředovou chorobu a vyšetření koncentrací pepsinogenu (faktor X) v séru. Průnik nejvyšších výsledků obou sledovaných ukazatelů se koncentroval do skupiny celkem 20 osob. Weiner vyslovil předpoklad, že stresové vlivy náročného výcviku vyvolají u této skupiny vředovou chorobu. Jeho hypotéza se potvrdila; z vyčleněné skupiny ohrožených onemocnělo 12 mužů, zatímco ze zbývajících 100 pouze čtyři.



Obr. 1.1 Schéma stresové reakce

Přestože se Weiner zcela nevzdal prvků specificity, vytvořil svou koncepcí přechod do další etapy psychosomatického přístupu, a to do modelu označovaného jako **stres** → → diatéza, který se do značné míry podobá úvahám Galénovým. Podíváme-li se na vývoj výzkumu stresu, vidíme zde – na rozdíl od původních psychosomatických předpokladů – důsledné prosazování především **nespecifických** vlivů, a to jak v pracích Cannonových zaměřených na poplachovou fázi ze začátku století, tak především v díle Selyeho, který tuto skutečnost zdůraznil již v názvu stresové odpovědi (GAS – nespecifický adaptační syndrom).

Selye posloužil psychosomaticce hlavně tím, že po propracování teorie nespecifického adaptačního syndromu geniálním logickým skokem vyslovil předpoklad, anží tuto hypotézu experimentálně ověřoval, že stresory přicházející z psychosociální oblasti budou mít na organismus stejný vliv jako stresory z oblasti biologické.

Stres si můžeme představit (viz obr. 1.1) jako autonomně probíhající kaskádu dějů, které mají v první **poplachové fázi** připravit organismus na útok nebo útěk, ve druhé fázi **rezistence** pak na přežití za krajně nepříznivých okolností. Stres je mechanismus ochraňující život, a to za nesmírně vysokou energetickou cenu, navíc však také za cenu „vypnutí“ některých funkcí (např. imunita) v zájmu posílení funkcí zásadních a prioritních. Zatímco první fáze je řízena především sympatickým systémem a druhá systémem parasympatickým, představuje třetí fáze **vyčerpání** selhání regulačních mechanismů a dezorganizaci jak systémů řídících, tak systémů řízených.

Připomeneme-li si fyziologické a patofyziologické procesy, jež se během stresové reakce odehrávají, máme při jejich promítnutí do klinické roviny pestrý obraz řady obtíží, z nichž méně závažná část může být označována ještě jako funkční, závažnější část (např. důsledky zvýšené krevní srážlivosti pro nemocné ICHS) již jako plně klinicky relevantní až smrtící.

Stres je jednoznačně výhodný v boji o biologické přežití; jeho účinnost je však přinejmenším dubiozní, pokud se spouští na podněty (někdy velmi malicherné) z psychosociální oblasti. Řešením a prevencí škodlivých důsledků jsou mechanismy označované jako „coping“, tedy strategie, které mohou od samého počátku modulovat průběh a tedy i závažnost stresové reakce.

Stresová hypotéza našla své praktické uplatnění v **teorii životních událostí**, která klinicky prokázala, že nadměrná stresová zátěž znamená reálné ohrožení zdravotního stavu. U jejího zrodu nestál v 50. letech minulého století žádný badatelský tým, ale úředníci zdravotních pojišťoven ve Walesu, kteří si všimli, že vdovy po zavalených horníčích mají více zdravotních obtíží, závažnějších a často smrtících, než randomizovaná kohorta žen, které tato životní událost nepoznamenala.

Po více než patnácti letech klinických výzkumů prováděných po celém světě sestavili američtí psychologové Holmes a Rahe známou tabulku životních událostí (ŽU), kde každé významné životní události přiřadili určitou bodovou hodnotu od 100 (úmrtí partnera) po 11 (přestupek, např. dopravní, a jeho úřední řešení). Klinické zkušenosti odpovídají, že pokud někdo během posledních 12 měsíců „nasbírá“ více než