
SOUBORNÉ REFERÁTY

616—009.9

POZNÁMKY K PROBLEMATICE PSYCHOSOMATIKY

V. VRBA, N. JANOUŠKOVÁ, Zdr. HEINZL

Psycho-fyziologická výběrová stanice ÚVN

V naší literatuře z poslední doby se psychosomatikou přehledně zabývá L. Haškovec. Zvláštní kapitola publikace „Emoce“ pojednává o náplni pojmu, jednotlivých školách i kritice psychosomatiky. Omezený rozsah našeho sdělení a úzce ohraničený cíl nám nedovolují, abychom se těmito aspekty podrobněji zabývali, a odkazujeme proto na zmíněnou práci. Avšak dříve než uvedeme přehled některých studií ze dvou výrazných oblastí psychosomatického zájmu, je nutné podat několik elementárních informací.

Psychosomatické hnutí vzniklo ve 20.—30. letech tohoto století jako pokus postavit na vědeckou bázi hromadící se poznatky o souvislosti mezi výskytem některých somatických chorob a psychologických faktorů, zejména emocí, a učinit psychologické aspekty integrální součástí léčení.

Za etiologicky nejdůležitější pro vznik choroby jsou považovány tyto faktory:

- a) hereditární konstituce,
- b) rané poškození,
- c) organické onemocnění v dětství,
- d) povaha péče o dítě,
- e) fyzická traumata raného věku a dětství,
- f) emocionální traumatické zkušenosti raného věku a dětství,
- g) emocionální klima rodiny a specifické osobnostní rysy rodičů,
- h) pozdní fyzická poškození,
- i) pozdější emocionální zkušenosti v intimních osobních a pracovních vztazích.

Tyto faktory jsou v různé míře etiologicky významné pro všechny choroby. Psychosomatické hledisko pak přidává faktory d), f), g), i) k ostatním faktorům, jimž byla v medicíně vě-

nována pozornost už dávno předtím. Podle stoupenců psychosomatického přístupu pouze souhrn všech těchto kategorií a jejich interakcí může poskytnout komplexní etiologický obraz.

Psychosomatický přístup je založen na jistých základních předpokladech:

1. Psychické procesy musí být studovány na základě stejně pečlivého pozorování, jako je to obvyklé při studiu fyziologických procesů. Aktuální psychologický obsah emoce musí být definován tak, aby mohl být studován metodikami dynamické psychologie a srovnáván se somatickými korelátů.

2. Psychické procesy se podstatně neliší od ostatních procesů, které se odehrávají v organismu. Jsou zároveň procesy fyziologickými a liší se od ostatních tělesných procesů pouze v tom, že jsou vnímány subjektivně a mohou být ostatním sdělovány verbálně i nonverbálně. Jelikož verbální komunikace je základní, mohou být studovány psychologickými metodikami. Tělesné procesy jsou přímo nebo nepřímo ovlivněny psychickými stimuly, protože celý organismus tvoří jednotu. Integrujícím centrem je mozek.

3. Psychologické pozorování by mělo být, kdykoli je to možné, korelováno se svými průvodními fyziologickými jevy standardizovanými objektivními metodami.

4. Některé psychologické interakce mohou být nejlépe studovány podle psychosomatického modelu, jiné podle somatopsychického modelu. Tyto dva modely jsou jen metodologickou volbou přístupu, diktovaného specifitou fenomenu, který je zkoumán.

Přehled některých studií o souvislosti psychologických faktorů a hypertenzní choroby

Z diskuse na symposiu o patogenezi hypertenzní choroby vyplynulo, že příčina hypertenzní choroby je stále nejasná, nedostatečné jsou také naše znalosti o vlastním klinickém obrazu choroby. Řada vědců poukázala na to, že zůstává otázkou, zda bolesti hlavy, poruchy spánku, obtíže v soustředění atd. jsou specifické pro hypertenzní chorobu. Byla zdůrazněna nutnost soustředěného studia psychoemocionálních prvků a připomenuta obtížnost metodického zvládnutí této problematiky.

Již v roce 1939 uvedl Franz Alexander, že výši krevního tlaku významně ovlivňují chronicky potlačované agresivní impulsy, spojené s anxiózitou. Binger a Ackermann, Cohn, Schroeder a Stecle [1945] popsali typickou rodinnou konstelaci hypertoniků. Charakteristiky hypertenika výrazně vymezují výzkumy chicagského institutu pro psychoanalýzu: hypertenici jsou obecně neschopni vyjádřit svobodně agresivní impulsy a mají vysoký stupeň sebekontroly. Povrchně vzbuzují dojem, že jde o dobře adaptované vyzrálé osobnosti. Jsou mimořádně ochotní a snaží se vyjít lidem vstříc. Mohou být vědomě ambiciózní, své touhy však zpravidla omezují na

fantazijní život, přes odpor k autoritám jsou v kontaktu s nimi většinou submisivní. Sebevědomí je sníženo, setkáváme se u nich se ztrátou sebevědomí a sklonem k sebeobviňování. Čím více se podrobují, tím větší je jejich reaktivní hostilita vůči těm, jimž se podřídili. Je zde vyznačen konflikt mezi pasivně závislými a kompenzačními agresivně-hostilními impulsy (Saul 1939, Alexander 1939). Působením opačných tendencí submise a agrese dochází k emoční „paralýze“. Mnozí vyšetřovaní nacházejí subjektivně odůvodnění svých defenzivních tendencí a ztráty sebejistoty v tom, že byli během svého života špatně hodnoceni a měli vyčerpávající práci. V konfliktních situacích nejsou schopni vybit zlost sociálně adekvátním způsobem, což má za následek chronický stav potlačované hostility. Hypertonik může být agresivní v počátcích a později se začne chovat podrobivě a ustrašeně. Někteří z těchto pacientů vědomě kontrolují své nálady, aby byli sociálně přijatelní.

Draper (1935) pozoroval pokles krevního tlaku k normálu u některých hypertoniků, jestliže nahromaděné hostilní impulsy byly uvolněny manifestací neurotických symptomů a nezpůsobily již dále chronickou excitaci vazomotorických mechanismů. Je však třeba zdůraznit, že mnoho neurotických osob jeví inhibici agresivních impulsů, založenou na základním konfliktu, podobně jako hypertenici, ale zvýšení krevního tlaku u nich nebylo pozorováno. Musí zde být postulován základní konstituční faktor — Alexandrův faktor X. Moses, Daniels, Nickerson (1956) provedli balisto-kardiografické studie u raných případů hypertenze. Byla rovněž sebrána psychodynamická data a analyzována v pojmech predominantních afektů úzkosti a vzteku ve vztahu k deprivaci základních potřeb. Hypertenici měli sklon mobilizovat excesivní úzkost a strach jako odpověď na frustraci potřeby závislosti a bezpečí. Tyto afekty byly pouze zčásti potlačeny nebo minimálně skryty ve specifických psychických symptomech a neadekvátně uvolněny verbalizací nebo motorickou aktivitou.

Byly zjištěny tři obecné psychodynamické a hemodynamické korelace:

1. Vztek a resentment byly predominantními psychickými složkami výrazného vzrůstu krevního tlaku a vztahovaly se k vzrůstu periferního odporu při normálním systolickém objemu a srdeční frekvenci.
2. Úzkost při minimálním zjevném výrazu byla predominantní psychickou složkou menšího zvýšení krevního tlaku a vztahovala se k vzrůstu periferního odporu při normálním systolickém objemu a srdeční frekvenci.
3. Když byla úzkost otevřeně vyjádřena, vztahovalo se menší zvýšení krevního tlaku k vzrůstu vypuzovacího objemu a srdeční frekvenci a normálnímu perifernímu odporu. Autoři si povšimli, že u začínající hypertenze lze psychoterapií dosáhnout významných rekonstruktivních změn osobnosti a že je možno zastavit počínající hypertenze.

Schachter (1957) experimentálně testoval následující tři hypotézy vztahující se k bolesti, strachu a hněvu u hypertenzních a normálních pokusných osob:

1. Při strachu je převažující kardiovaskulární odpověď charakterizována vzrůstem srdeční frekvence a systolického objemu a poklesem periferního odporu. Při hněvu a bolesti se objevují různé druhy kardiovaskulárních odpovědí.
2. Hypertonici vykazují při bolesti, strachu a hněvu větší zvýšení krevního tlaku než normotonici.
3. Hypertonici vyjadřují méně hněvu než normotonici. Při akutním strachu 35 ze 45 p. o. reagovalo převážně jako po adrenalinu, zatímco během bolesti v „cold pressor test“ reagovala většina z nich jako po noradrenalinu. Při strachu 19 p. o. vyjadřovalo efekt jako po noradrenalinu, 22 p. o. jako po adrenalinu a 7 p. o. vyjadřovalo efekty smíšené.

U 18 hypertoniků se objevil v průměru signifikantně větší vzrůst krevního tlaku během bolesti, strachu a hněvu než u 15 normotoniků. Teplota obličeje při zlosti klesla méně u hypertoniků než u normotoniků. Indexy periferního odporu, srdečního vypuzování, systolického objemu, srdeční frekvence, teplota ruky, kožné galvanická reakce, svalový potenciál a ostatní měření neukázaly ovšem signifikantní rozdíly mezi hypertoniky a normotoniky. Hypertonici z psychologického hlediska vykazovali při akutní emoční stimulaci méně strachu a hněvu než normotonici, rozdíl však nebyl významný. Rovněž střední krevní tlak v době relaxace 48 p. o. vykazoval významnou střední pozitivní korelaci s intenzitou akutního strachu a hněvu.

Oken (1960) studoval emoční a kardiovaskulární odpovědi, evokované stressogenním rozhovorem ve smíšené skupině 10 psychiatrických pacientů normotoniků. Pokusil se v různých dnech navodit různé emoční stavy. První den se pokusil provokovat úzkost, druhý den hněv. Třetí den užil nespecifickou techniku blokováním komunikace. Afektivní odpovědi byly kvantifikovány užitím posuzovací škály pro vědomé vyjádřenou úzkost, hněv a depresi; data byla získána kontinuálním pozorováním pacientů jednosměrným zrcadlem a hodnotícím rozhovorem. Kontinuálně byl měřen krevní tlak a srdeční frekvence. Byl prokázán úzký vztah mezi hněvem, srdeční frekvencí a krevním tlakem, zvláště mezi vzrůstem krevního tlaku a hněvu. P. o., které měly sklon potlačit hněv, měly vyšší diastolický a nižší systolický krevní tlak při stejné úrovni hněvu ve srovnání s těmi, kteří hněv spíše vyjadřovali. Potlačení hněvu bylo spojeno s fyziologickými rozdíly, sdruženými se zvýšenou periferní rezistencí. Tato data znamenají další podporu hypotézy o významu potlačeného hněvu.

S. N. Kaplan, Gottschalk, Mogliocco, Rohovit a Ross (1961) demonstrovali za použití slovních příkladů a hypnoticky navozených snů kvalitativní vztah mezi krevním tlakem a hostilnými emocemi. Uvažují možnost, že hostilní verbální

obsah může způsobit spíše zvýšení krevního tlaku než snížení, nebo že obojí mohou být závislými proměnnými třetího faktoru.

Hardyck, Singer a Harris (1962) uvedli opačné výsledky. Pozorovali vztahy mezi psychologickými jevy během interviewu a odpovídající výší krevního tlaku. Autobiografickým interviewům bylo podrobeno 6 žen hypertoniců; současně byl zaznamenáván krevní tlak a jiné fyziologické parametry. Pouze na základě verbálního popisu tazatel nezávisle hodnotil vybrané části interviewu a odhadoval, jak byly spojeny s vysokou, střední nebo nízkou hladinou krevního tlaku. Výsledky ukazují, že výše krevního tlaku může být se signifikantní přesností predikována z materiálu, získaného z interviewu. Tazatelovy predikce byly založeny na jeho odhadu stupně pacientových nesnází při komunikování informace bez ohledu na její obsah. Examinace obsahových kategorií neobjasnila žádné vztahy mezi typem afektu a výší krevního tlaku.

H. Weiner, Singer a Reiser (1962) zkoumali tentýž problém u hypertoniků a použili jako kontrolních p. o. pacientů s vředy. Uvádějí, že změny srdeční frekvence a výše krevního tlaku jsou ve zjevném vztahu k interakci mezi p. o. a experimentátorem, ale nejsou ve vztahu k obsahu; to znamená, že při pouhém pohledu na TAT tabulky, nemá-li pokusná osoba vyprávět příběh, nedochází k podstatným fyziologickým změnám. Avšak jestliže p. o. ví, že má vyprávět příběh, objeví se fyziologická reakce. Ačkoli selhání v interakci s experimentátorem bylo vždy spojeno s fyziologickou hyperaktivitou, hypertonici byli charakterizováni neschopností fyziologicky reagovat, což bylo vysvětlováno jejich vztahem k experimentátorovi. Hypertonici povrchně spolupracovali a produkovali příběhy rozsáhlého obsahu, zabývali se primárně předmětovým aspektem situací na tabulkách TAT a vyhnuli se emocionálnímu výkladu a fantaziím. Jestliže se experimentátor pokoušel takový materiál vynutit, zůstávali distancováni a tímto postojem neovlivnění. V případech, kdy k distancování od experimentátora došlo při těsnější interakci, byla pozorována fyziologická hyperaktivita. Naopak kontrolní p. o. (s peptickým vředem) měly nižší srdeční frekvenci a krevní tlak. Studie Leeova a Schneiderova (1958) podporuje hypotézu, že specifická emočně konfliktní situace přispívá k vzniku a průběhu esenciální hypertenze spíše než typ osobnosti nebo zvláštní zaměstnání.

Multidisciplinární tým (Alexander, Flagg, Selesnick, Clemens a Michael) provádí pilotáž v Mt. Sinajské nemocnici v Los Angeles jako část programu, při němž se zaznamenávají psychofyziologické a behaviorální odpovědi před provedením určitých stressogenních filmů a po něm. K získání dat bylo studováno 21 hypertoniků rozmanitými pozorovacími technikami před zhlédnutím filmu, během něho a po něm. Byly zaznamenávány hodnoty srdeční frekvence, dechové frekvence, objemu periferního oběhu, kožní odpor a systolický krevní tlak, a to ne-

přetržitě a průběžně, byl proveden psychiatrický interview v zájmu shromáždění dat, týkajících se nálady p. o. během experimentu a informací o dětských konfliktech. V současné době mohou být stanoveny pouze trendy, protože zatím jsou k dispozici kompletní data jen 9 p. o. Je zjevné, že existuje-li relativní deficit ve formaci ega, vyhodnoceného nezávisle psychiatrickým a psychologickým posouzením, obrazí se tyto výsledky:

1. ve větších poruchách otevřeného chování během sledování filmu,
2. ve větších reakcích systolického krevního tlaku,
3. ve větším než normálním percepčním úniku.

Zhruba většina p. o. se jevila dobře integrována a relaxována, ale během psychologického a psychiatrického interview bylo snadno odkryto užití úniku, emociogenní suprese a represe. P. o. byly zjevně relativně senzitivní k emociogenním podnětům na nonverbální úrovni a ukazovaly malou nebo vůbec žádnou tendenci k dekompenzaci systolického krevního tlaku během celého stressogenního filmu. Ačkoli 6 p. o. reagovalo živě během promítání (labilita systolického TK) a u tří se projevovala malá reakce (stabilita systolického TK), v průměru všechny p. o. byly schopny vrátit se na svou počáteční vysokou hladinu systolického TK na konci filmu. Experimentátoři však nezaznamenali diastolický TK u většiny osob, což by mohlo potvrdit Okenův nálezy, že potlačení zlosti je spojeno s vyšším diastolickým TK a nižším systolickým TK. Nálezy těchto badatelů potvrzují Okenovo pozorování, že uvědoměná zlost a motorické uvolnění jsou spojeny se vzrůstem systolického TK. Předmětem podrobného zájmu je skutečnost, že průměrné hodnoty autonomního nervového systému byly téměř identické s hodnotami neléčených a léčených hypertyreoidních pacientů a kontrolních p. o. dohromady. Z hlediska reagování zvýšením systolického TK autoři tentativně shrnují, že reakce autonomního nervového systému byly poněkud omezeny a že může být experimentálně demonstrována orgánová specifita odpovědi na jednotlivou konfliktní situaci ve stressogenním filmu.

Přehled některých studií o souvislosti psychologických faktorů a vředové choroby

Většina stoupenců psychosomatického přístupu se shoduje v tom, že převážně psychogenní výklad vředové choroby není adekvátní vzhledem k tomu, že typická emoční konstelace zjištěná u pacientů trpících vředem byla shledána i u velkého počtu lidí, kteří vřed nemají. Musí se počítat s lokálními i obecně somatickými faktory, které byly u nemocných shledány. Souhrn obou druhů faktorů — emočních i somatických — může určovat ulcerózní formaci. Stejně významný je fakt, že v různých případech relativní důležitost somatických a emocionálních faktorů vysoce variuje. Uvedeme některé psycho-

dynamické formulace, které byly testovány experimentálně.

Mittleman a Wolf (1942) podrobili 30 normálních jedinců a 10 pacientů, trpících vředy, gastritidou a duodenitidou stressogennímu interviewu. Ve všech případech byla zvýšena sekrece HCl, hlenu, pepsinu a peristaltika, ale zvýšení bylo výraznější u patologické skupiny. Pacienti s vředy často reagovali bolestí, zvýšením sekrece žluči a krvácením na experimentálně navozenou úzkost, pocity nejistoty, viny a frustrace. Normální gastrická funkce byla obnovena v situacích, které navozovaly pocit emočního bezpečí.

Nálezy Palmera (1933) a Winkelsteina (1933) ustavily experimentální důkazy, podporující hypotézu, že příčinným faktorem vředu je chronická gastrická sekrece, vyvolaná psychologickým konfliktem. H. G. Wolff a Wolff, S. (1942) našli hyperémii, hypermotilitu a hypersekreci jako reakci na nejistotu a potlačené hostilní a agresivní pocity u pacientů se žaludeční píštělí. P. Wolff a Levine analyzovali žaludeční obsah 5 ulcerózních a 5 neulcerózních pacientů ve dvou následujících nocích. Před druhou nocí navodili sugesci stressogenní situaci tak, že p. o. řekli, že mají špatný žaludek. Ulcerózní pacienti měli mnohem větší hodnoty kyselosti než kontrolní. Hodnoty kyselosti kontrolní skupiny značně vzrostly druhé noci, ale podobný vzrůst nebyl pozorován u ulcerózních pacientů. Předpokládali, že ulcerózní pacienti znají chronickou úzkost, jejímž výsledkem je maximální žaludeční sekrece, již z předexperimentálního období.

Mahl (1948) studoval gastrickou sekreci u psů a popíral stanovisko, že vzrůst gastrické sekrece je způsoben specifickým emočním konfliktem. Vyvodil, že pouze chronický strach může produkovat vzrůst sekrece a pohyblivost žaludku, a tím se postavil proti Cannonově teorii, která vztahuje strach k sympatické stimulaci. F. Alexander (1950) se ztotožnil s Mahlovými závěry a zdůraznil, že to, co se objevuje u psů, byla regresivní parasympatická odpověď na strach. V pozdějších studiích, prováděných s lidmi, měřil Mahl (Mahl a Brody 1954, Mahl a Karpe 1953) kyselost žaludku vždy ráno, třikrát po sobě, a uvádí, že kyselost žaludku skupiny chronicky úzkostných byla pouze naznačeně větší. Když však v interakci s dřívější úzkostí byla bolest a anticipace bolesti, v experimentu signifikantně vzrůstala sekrece HCl.

Mahl interpretuje své výsledky opět jako důkaz protikladnosti své teorie k dosahu emergenční teorie emocí u chronických emočních stavů. Heller, Levine a Sohler (1953) studovali 10 hospitalizovaných pacientů, z nichž 5 udávalo značné gastrointestinální potíže a 5 neudávalo potíže žádné. Jejich nálezy byly konzistentní s nálezy jiných, pokud jde o demonstraci vzrůstu žaludeční sekrece kyseliny úměrně s anxiózitou. Zvýšená sekrece kyseliny byla zaznamenána během 12hodinového období úzkosti. Možný vliv spazmu a retence žaludeční kyseliny a efekt

motorických vlivů na přívod krve je v etiologii vředu dosud nejasný.

Mirsky a spolupracovníci (1948) realizovali jednu z prvních dlouhodobých studií vztahů měř gastrické sekrece s doprovodnými emočními faktory. Potvrdili hledisko F. Alexandra a jeho spolupracovníků. Mirsky užil hladiny uropepsinu jako indikátoru velikosti gastrické sekrece a uvedl je ve vztah s hodnotami významných denních událostí.

Pozdější články Weinera, Reiser a Mirského (1957) referují o srovnávání psychologického hodnocení s hladinou pepsinogenu v séru u skupiny zdravých p. o., vstupujících do armády. Studie byla vytvořena ke zhodnocení prediktivní hodnoty biochemických, psychologických a sociologických faktorů ve vztahu ke gastrointestinální aktivitě. Koncentrace pepsinogenu v séru byla užita jako ukazatel žaludeční sekrece. Byl studován způsob interpersonální interakce „hypersekretořů“ a „hypersekretořů“; forma interakce byla získána z psychoanalyticky orientovaného interviewu, z projektivních testů a jiných psychologických technik.

Všechny p. o., které měly duodenální vřed, vykazovaly vyšší hodnoty pepsinogenu. Nezávislé hodnocení psychologických dat objasňuje, že u p. o., které měly peptický vřed, jsou průkazně nalézány větší nevyřešené a přetrvávající konflikty spojené s jejich potřebou orálního uspokojování. Psychologická konstelace byla určena různými psychologickými testy. Testy dobře korelovaly s posouzením „hypersekretořů“ a „hypersekretořů“ pepsinogenu. Autoři byli schopni předpovídat, u kterých p. o. se objeví vřed. Studie ukazuje, že ani vyšší dávky gastrické sekrece, ani specifická psychodynamická konstelace samy o sobě nebyly s to způsobit vřed, společně tyto dva parametry tvoří základní determinanty v uspíšení vzniku vředu.

Glass a Wolf (1960) uvádějí do spojitosti gastroduodenální sekreční a motorickou aktivitu s parasympaticko-sympatickou labilitou.

Studie Waddellovy (1956) ukazují rozdíly v hladině katecholaminů v moči ulcerózních a neulcerózních pacientů. Hladina katecholaminů v moči může odrážet rozdíly v sympatiko-adrenální reaktivitě. Byl nalezen vliv katecholaminů na gastrickou sekreci spojený s vazokonstrikcí gastrických cév a vzrůst gastrické sekrece spojený s vazodilatací. Waddell věří, že vzrůst gastrické sekrece je závislý ve velké míře na tonu vagových reflexních center, který je naopak udržován neustálým působením aferentních impulsů z mnoha tělesných částí, zejména z úst a vstupní části žaludku.

Cohen a spolupracovníci (1960) studovali souvislost specifických emočních stavů s hladinou katecholaminů a vaskulárními reakcemi. Podle autorů může jít o aktivaci specifických oblastí hypotalamu se selektivním uvolněním neurohormonů.

Folkow a Euler (1954) demonstrovali, že stimulace specifických hypotalamických aréí zapříčiňuje selektivní uvolnění adrenalinu a nor-

adrenalinu, a Hillarp (1953) našel důkaz, že buňky adrenální dřeně mohou uvolnit adrenalin a noradrenalin nezávisle a že tyto buňky mohou být inervovány z různých aréí hypotalamu. Výzkumy Chapmana (1950) a Gellhorna (1957) podporují domněnku, že zde mohou být kontrolní mechanismy zprostředkující specifické emoční odpovědi a že tyto mechanismy mohou být vztaženy k neurálním okruhům, souvisejícím s uvolněním katecholaminů, právě tak jako aktivace specifických částí autonomního nervového systému.

Cohen, Silverman, Waddell (1961) zdůraznili potřebu objektivních studií vzájemného působení psychologických, gastrických, fyziologických a neurohumorálních faktorů při vzniku duodenálního vředu. Na základě své předcházející práce formulovali hypotézu, že:

1. může existovat konzistentní stav mezi hladinou katecholaminů a přítomností nebo nepřítomností duodenálního vředu,
2. v populaci p. o. se může objevit dříve zjištěný vztah mezi specifickými psychologickými charakteristikami a množstvím vyloučeného katecholaminu,
3. psychologické charakteristiky obvykle spojené s různými hladinami katecholaminů nebyly shledány u všech ulcerózních pacientů, ale byly nalezeny pouze u těch, kteří měli jak charakteristickou úroveň katecholaminů, tak vřed. Autoři provedli studii gastrické sekrece a zkoušky moči na katecholaminy u 10 pacientů s rtg prokázaným vředem a 10 pacientů neulcerózních. Byla použita řada psychologických testů a speciálně konstruovaný interview. Ti pacienti, jejichž psychologická měření byla skórována (bez znalostí klinické diagnózy, gastrické sekrece a hladiny katecholaminů v moči), vykazovali vysoký stupeň úzkosti, aniž byli skleslí, aniž u nich byly vyjádřeny argesivní impulsy. Byli to ti, kteří nejpravděpodobněji vykazovali nízkou noradrenalinovou sekreci a duodenální vřed.

Výsledky potvrzují vztahy výše uvedené:

1. Hladina adrenalinu a noradrenalinu vyloučená močí koreluje se stupněm agresivity a úzkostí, projevující se ve specifických psychologických testových vyšetřeních,
2. specifické psychologické charakteristiky mohou rozlišit ulcerózní a neulcerózní pacienty,
3. poměr a hladina katecholaminů v moči může být výrazem lability autonomního nervového systému a může být spojená s duodenálními vředy.

Mahl a Karpe (1953) na základě své studie došli k závěru, že sekrece HCl vzrůstá s úzkostí, ať už je její původ jakýkoli, spíše než se samotnými potřebami. Uzavírají, že sekrece HCl hraje etiologickou roli při vzniku peptického vředu, ten ovšem nerezultuje z orální závislosti, ale z úzkostí.

Řada autorů se v souvislosti s vředovou chorobou zabývá problémem terapie. Všeobecně se domnívají, že u vředového onemocnění musíme především uvažovat o lokálním léčení (léky proti kyselosti, spazmům nebo léčení chirurgické). Avšak za jediné léčení, které může vyřešit pacientovy psychické konflikty způsobující primární poruchy v řetěze jevů zaviňujících vřed, považují psychoterapii.

Szasz (1949) zdůraznil fakt, že pacienti, u nichž byla provedena vagotomie, jsou náchylní k výskytu jiných více nebo méně závažných poruch, nebyla-li podniknuta psychoterapie. Přitom stoupenci psychosomatiky připomínají, že psychoterapie u žádné z poruch funkční povahy není zaměřena na symptomy, ale vždy právě na konflikty, jimiž jsou podmíněny.

Uvedené přehledy studií si nečiní nároky na reprezentativnost. Z rozsáhlého množství literatury jsme shromáždili jen velmi omezený počet pramenů. Existuje řada závažných prací našich autorů, které jsme pro jejich dostupnost v našem informativním sdělení neuvedli.

Rozdílnost demonstrativních názorů při relativně příbuzném výchozím stanovisku jen podtrhuje složitost této problematiky. Žádná z psychosomatických koncepcí není jednoznačně akceptována. Kritickým výhradám bývají nejčastěji podrobeny hlubinné psychosomatické koncepce, a to především pro zdůrazňování specifčnosti konfliktů a profilů osobnosti. Chybí dosud také vědecký důkaz psychosomatické symboliky. Je požadována experimentální verifikace Alexandrovovy teorie vzniku psychosomatických chorob iritací sympatického nebo parasympatického autonomního nervstva vlivem neodreagovaného konfliktu a verifikace učení o regresu v psychosomatice.

Nehlubinný přístup k psychosomatickým chorobám, jak je reprezentován nespecifickými psychosomatickými koncepcemi, je chápán jako bližší našemu pojetí lékařské psychologie. Kladně je hodnocen zejména důraz na experimentální výzkum a obecnější chápání konfliktu a stresu. Koncepce o stressovém původu somatického onemocnění však nejsou také přijímány jednoznačně. Kritika si všímá především relativity pojmu stress v lidské společnosti.

Je třeba připustit, že se psychologii dosud nepodařilo vytvořit vědeckou bázi, o kterou by se mohlo psychosomatické hnutí opřít. Neexistuje jednotná teorie osobnosti, operujeme s nepřesně vymezenými pojmy a je zřejmá řada metodologických nedostatků. To však neznamená, že by se psychologický aspekt nemohl stát významnou součástí prevence a terapie v této oblasti somatických onemocnění.

Toto sdělení chtělo tak mj. připomenout přístup, který v našem zdravotnictví nemá dosud rozvinutou tradici. Avšak jakákoliv odborná práce v oblasti psychosomatiky vyžaduje především kritické zhodnocení rozsáhlého materiálu, jehož zlomek jsme uvedli.

Literatura

1. Alexander, F.: Emotional factors in essential hypertension. *Psychosom. Med.*, 1939, 1, 173. (a).
2. Alexander, F.: Psychoanalytic study of a case of essential hypertension. *Psychosom. Med.*, 1939, 1, 139. (b).
3. Alexander, F.: *Psychosomatic medicine*. New York: Norton, 1950.
4. Binger, C. A. L., Ackerman, N. W., Cohn, A. E., Schroeder, H. A., & Steele, J. H.: *Personality in arterial hypertension*. New York: American Society for Research in Psychosomatic Problems, 1945.
5. Cohen, S. I., Bondurant, S., & Silverman, A.: Psychophysiological influences on peripheral venous tone. *Psychosom. Med.*, 1960, 22 (2).
6. Cohen, S. I., Silverman, A. J., Waddell, W., & Zulde-ma, G. D.: Urinary catechol amine levels, gastric secretion and specific psychological factors in ulcer and non-ulcer patients. *J. psychosom. Res.*, 1961, 5 (2), 90—115.
7. Draper, G.: The common denominator of disease. *Amer. J. med., Sci*, 1935, 190, 545.
8. Folkow, B., & von Euler, U. S.: Selective activation of noradrenaline and adrenaline producing cells in the cat's adrenal gland by hypothalamic stimulation. *Circulation Res.*, 1954, 2, 3.
9. Gellhorn, E.: *Autonomic imbalance and the hypothalamus: implications for physiology, medicine, psychology, and neuropsychiatry*. Minneapolis, Minn.: Uni-ver. of Minnesota Press, 1957.
10. Glass, G. B. J., & Wolf, S.: Hormonal mechanism in nervous mechanism of gastric acid secretion in hu-mans. *Proc. Soc. exp. Biol. Med.*, 1960, 73, 535.
11. Hardyck, C. D., Singer, M. T., & Harris, R. E.: Affec-tive involvement and blood pressure. *Arch. gen. Psy-chiat.*, 1962, 7, 15.
12. Heller, M. H., Levine, J., & Sohler, T. P.: Gastric acidity and normally produced anxiety. *Psychosom. Med.*, 1953, 15, 509—512.
13. Hillarp, N.: Evidence of adrenaline and noradrenaline in separate medullary cells. *Acta. Physiol. Scand.*, 1953, 30, 55—68.
14. Kaplan, S. N., Gottschalk, L. A., Magliocco, B. E., Rohovit, D., & Ross, D.: Hostility and verbal produc-tion and hypnotic dreams in hypertensive patients. *Psychosom. Med.*, 1961, 23 (4).
15. Kolektiv autorů, Emoce, SZN, Praha 1969, 2. vydání.
16. Lee, R. E., & Schneider, R. L.: Hypertension and arte-riosclerosis in executive and nonexecutive personnel. *J. Amer. med. Ass.*, 1958, 167, 1447.
17. Mahl, G. F.: Effect of chronic fear on the gastric secretion of HCL in dogs. *Psychosom. Med.*, 1949, 11, 30.
18. Mahl, G. F., & Brody, E. B.: Chronic anxiety sympto-matology, experimental stress and HCL secretion. *Arch. Neurol. Psychiat.*, 1954, 71, 314—325.
19. Mahl, G. F., & Karpe, R.: Emotions and hydrochloric acid secretion during psychoanalytic hours. *Psycho-som. Med.* 1953, 15, 312—327.
20. Mirsky, I. A., Block, S., Osher, S., & Broh-Kahn, R. H.: Uropepsin excretion by man. I. The source, proper-ties and essay of uropepsin. *J. clin. Invest.*, 1948, 27, 818.
21. Mittelman, B., & Wolff, H. G.: Emotions and gastro-duodenal function: experimental studies on patients with gastritis, duodenitis and peptic ulcer. *Psycho-som. Med.*, 1942, 4, 5.
22. Moses, L., Daniels, G. D., & Nickerson, J. L.: The psy-chogenic factors in essential hypertension: methodo-logy and preliminary report. *Psychosom. Med.*, 1956, 18 (6).
23. Oken, D.: An experimental study of suppressed anger and blood pressure. *Arch. gen. Psychiat.*, 1960, 2 (4).
24. Palmer, W. L.: Fundamental difficulties in the treat-ment of peptic ulcer. *J. Amer. med. Ass.*, 1933, 101, 1604.
25. Saul, L. J.: Hostility in cases of essential hyperten-sion. *Psychosom. Med.*, 1939, 1, 153.
26. Schachter, J.: Pain, fear and anger in hypertensives and normotensives. *Psychosom. Med.*, 1957, 21 (1).

27. Szasz, T. S.: Psychiatric aspects of vagotomy. II. A psychiatric study of vagotomized ulcer patients with comments of prognosis. *Psychosom. Med.*, 1949, 11, 187.
28. Waddell, W. R.: The physiologic significance of retained antral tissue after partial gastrectomy. *Ann. Surgery*, 1958, 143, 520—553.
29. Weiner, H., Singer, Margaret, T., & Reiser, M. F.: Cardio-vascular responses and their psychological correlates. I. A study in healthy young adults and patients with peptic ulcer and hypertension. *Psychosom. Med.*, 1962, 24 [5].
30. Weiner, H., Thaler, Margaret, Reiser, M. F., & Mirsky, A. I.: The etiology of duodenal ulcer. I. Relation of specific psychological characteristics to rate of gastric secretion (serum pepsinogen). *Psychosom. Med.*, 1957, 21 [1].
31. Winkelstein, A.: A new therapy of peptic ulcer. *Amer. J. med. Sci.*, 1933, 185, 695.
32. Wolff, H. G., & Wolf, S.: Studies on a subject with a large gastric fistula: changes in the function of the stomach in association with varying emotional states. *Trans. Ass. Amer. Physicians*, 1942, 57, 115.

Překlady z literatury zhotovila Z. Kouřimová.