

Z histórie psychiatrie pre našich čitateľov

Klinika neuróz¹

Werner Schwidder

Obsah

K POJMU NEURÓZY	19
VŠEOBECNÁ ČASŤ	19
FORMY PREJAVOV A MANIFESTÁCIÍ NEURÓZ	19
RÔZNE ASPEKTY NEUROTICKÝCH SYMPTÓMOV	20
Incidencia a prevalencia neurotických symptómových obrazov	20
Výskyt v obyvateľstve, lekárske inštitúcie a praxi	20
Výskyt podľa pohlavia v rôznych vekových skupinách	21
Výskyt a rozloženie podľa pohlavia v detskom a mladistvom veku	22
Povolanie, sociálna vrstva, pracovná schopnosť	23
Transkultúrne aspekty symptomatológie a výskytu neuróz	24
Symptómový obraz a závažnosť neurózy	24
PRIEBEHOVÉ FORMY NEURÓZ	25
Spontánne uzdravenie	25
Chronické a intermitentné priebehy	27
Progredientné a maligne priebehy	27
Terminálne a reziduálne stavy. Neurózy v starobe	29
Zážitkovo-reaktívne zmeny	29
RODINA A VÝVOJ	30
Neurózy a endogénne psychózy u rodinných príslušníkov	30
Nepriaznivé vplyvy prostredia v ranom detstve a genetické faktory	30
Puberta a adolescencia	34
Sociálne uplatnenie, manželstvo, rodina a generačné procesy	34
Morbidity neurotikov	35
ŠPECIÁLNA ČASŤ	35
ÚVODNÉ ASPEKTY KU KLASIFIKÁCII A ETIOLÓGII NEURÓZ	35
KONVERZNÁ NEURÓZA /tzv. hystéria/	36
Klinické symptómy	36
Psychické a somatické manifestácie	36
Poruchy správania /Gestörte Verhaltensweisen/ alebo „hysterický charakter“	37
Prenosové symptómy	38
Interpersonálne symptómy	39
Psychodynamika a etiológia	40
Výskyt, frekvencia a priebeh	41
ÚZKOSTNÁ NEURÓZA	41
Klinické symptómy	41
Psychické a somatické manifestácie	41
Poruchy správania	42
Prenosové a interpersonálne symptómy	42
Psychodynamika a etiológia	42
Incidenca, prevalencia a priebeh	43
NEUROTICKÉ FÓBIE	44

¹ Werner Schwidder: KLINIK DER NEUROSEN. In: KISKER K. P., MEYER J. - E., MÜLLER M., STROMGREN E. (Hrsg.) Psychiatrie der Gegenwart, Preklad: Jozef Hašto (1973)

Klinické symptómy	44
Ťažkosti s definíciou a klasifikáciou	44
Psychické a somatické manifestácie.....	44
Poruchy správania	45
Prenosové a interpersonálne symptómy	46
Psychodynamika a etiológia.....	46
Incidencia, prevalencia a priebeh.....	47
OBSEDANTNÁ NEURÓZA	47
Klinické symptómy	47
Psychické a somatické manifestácie.....	47
Poruchy správania	49
Prenosové symptómy	50
Interpersonálne symptómy	51
Psychodynamika a etiológia.....	51
Výskyt, frekvencia a priebeh.....	53
NEUROTICKÉ DEPRESIE	54
K nosológii depresie.....	54
Klinické symptómy	55
Psychické a somatické manifestácie.....	55
Poruchy správania	57
Prenosové symptómy	57
Interpersonálne symptómy	57
Psychodynamika a etiológia.....	58
Výskyt, frekvencia a priebeh.....	59
SCHIZOIDNÁ NEURÓZA	60
K nozologickému pojmu	60
Klinické symptómy	60
Psychické a somatické formy manifestácie, poruchy správania.....	60
Prenosové symptómy	61
Interpersonálne symptómy	61
Psychodynamika a etiológia.....	62
Výskyt, frekvencia a priebeh.....	62
<i>Hypochondrický syndróm //435//</i>	<i>62</i>
<i>Neurasténia //437//</i>	<i>63</i>
<i>Depersonalizačný syndróm //438//</i>	<i>64</i>

K POJMU NEURÓZY

Pri dnešnom stave našich vedomostí a pri množstve značne odlišných pojatí, je nľahké synopticky pojednať o klinike neurózy.

Keď bola táto téma pred 10. rokmi spracovaná v dvoch učebniciach /175, 563/, chýbali autorom dôležité klinické podklady. Tak STENGEL /563/ z angloamerického hľadiska písal, že je pozoruhodné, ako medzerovité sú naše znalosti napr. o priebehoch neurózy. Klinické výskumy posledného desaťročia síce naše znalosti prehĺbili a rozšírili, avšak ešte aj dnes postrádame dôležité základné klinické znalosti. Ďalšia obtiaž spočíva v rôznorodosti klinických dát a ich interpretácii v odbornej literatúre. Toto má hlavne dve príčiny: na jednej strane je vyšetrovaná pacientúra veľmi nehomogénna a na druhej strane sú často veľmi divergentné osobné, psychologické, antropologické, teoretické a metodické predpoklady vyšetrujúcich.

Neexistuje ešte ani jednotné chápanie neurózy a jej vymedzenia. Tento stav vecí núti k tomu, aby sme pred tým, než pristúpime k opisu výsledkov klinických výskumov, sme definovali pojem neurózy, s ktorým sa tu pracuje.

Pri tejto definícii sú brané do úvahy podnety z posledných 10 rokov, ktoré pochádzajú od BRÄUTIGAMA /64-66/, ERNSTA /140/, WEITRECHTA /626/, J.H.SCHULTZ /518-519/, DUHRSENVOJEJ /121/, SCHWIDDERA /529, 534/ a od psychiatrov, ktorí pre „Bundesministerium“ zostavili pojednanie o súdno - psychiatrickom posudzovaní neurózy.

//353// Ako neurózu označujeme: chorobnú poruchu spracovania zážitku so symptómami abnormného prežívania, správania a /alebo/ porušených somatických funkcií. Poruchy sú podmienené abnormnými vývoji a abnormnými konfliktovými postojmi /Fehlentwicklung a Fehlhaltung/, na ktoré má pacient len nedostatočný náhľad, a ktorých etiopatogenetická podmienenosť siaha až do detstva. Porucha je primárne psychogénna, prevažne podmienená prostredím. Nie je teda vyvolaná organickými zmenami mozgu alebo prevažne hereditárne.

Bez toho, že by sme sa bližšie venovali historickému vývoju pojmu neurózy, je v tejto definícii volené ostré ohraničenie, o ktoré sa snažila už zmienená komisia psychiatrov a ktoré dôrazne zastáva aj BRÄUTIGAM /64/ proti súčasným tendenciám k rozširovaniu pojmu neurózy. Nebudeme tu preberať všetky špeciálne otázky týkajúce sa problémov ohraničenia od normy /410/, od psychotických, psychopatických, psychoreaktívnych vývojev a priebehov.

Takéto úzke chápanie pojmu neurózy sa mi zdá výhodné a žiaduce pre klinickú prax, teda pre diagnostiku, indikácie a posúdenie jednotlivého pacienta. Pri spracovaní klinických výsledkov väčšieho počtu pacientov je však ostro ohraničený pojem neurózy používaný málokedy /hlavne čo sa týka pozitívnych etiologických kritérií/.

ERNST /144/ uvádza, že „v empiricky orientovanej neurologickej literatúre sú pozitívne etiologické kritériá z časti nereflektované, z časti vedome nahrádzané *negatívnymi deskriptívnymi kritériami*“. V definícii, ktorú on používa, označuje neurózu psychickou poruchou, pričom deskriptívne vylučuje psychopatiu, endogénnu psychózu, psy-

chosomatické choroby, somatické choroby a ubiquitárne varianty normy. ERNST si je vedomý rizika, že pri zrieknutí sa etiologických kritérií sa môže dávať dohromady, čo k sebe nepatrí, právom sa však domnieva, že etiologicky definovaný pojem neurózy ešte ani dnes nemôže byť používaný pri vyšetrovaniach väčšieho počtu pacientov.

Je treba teda zdôrazniť, že v literatúre, hlavne čo sa týka veľkých číselných údajov o výskyte a priebehových formách, sa autori často opierajú o *rôzne vymedzené pojmy neurózy*.

VŠEOBECNÁ ČASŤ

FORMY PREJAVOV A MANIFESTÁCIÍ NEURÓZ

Neurotické symptómy sú signály porušených psychofyziologických pochodov, ktoré postihujú celého človeka. Zvlášť analytický smer vyzdvihol individualitu každého jednotlivého pacienta, ktorá nikdy plne nezodpovedá typickému, učebnicovému klinickému obrazu. Oproti konfliktovým abnormným spracovaniam chorej osobnosti má symptóm len sekundárny význam.

Toto poňatie je najstriktnejšie zastávané antropologicko-analytickým smerom /63, 811/. Tak napr. D. WYSS /657/ kritizuje FREUDOVU školu, že na úkor subjektu choreho človeka „precenila symptóm“.

Psychoanalytické a mnohé psychiatrické poňatia sú dnes zajedno v tom, že k neuróze nemožno pristupovať len cez symptómy, syndrómy musíme považovať za známku porušenej dynamiky osobnosti. V poslednom desaťročí boli podniknuté viaceré pokusy vyjadriť tento vzťah medzi symptómom a dynamikou osobnosti aj v terminológii neurózy. Napr. v Handbuch der Neuroselehre /175/ sú opísané základné formy neurózy a sú označené ako „abnormné postoje“ /Fehlhaltungen = false attitude/ s hlavným syndrómom: Hysterické /1225/, fobické, anankastické /354// depresívne /808, 810/, schizoidné, paranoidné /929-930/, toxikomanické /1001/ a perverzné /518, 815/ abnormné postoje.

Ďalšie možnosti sú vo viacčlenných označeniach s údajom symptómu alebo syndrómu, abnormnej štruktúry osobnosti a k tomu ešte etiologických a ďalších determinujúcich komponentov. Takéto rozšírenia sú odporúčané ESSEN MOLLEROM /149/, ZEHOM /663/ a HIPPIUSOM /251/. SCHULTZ-HENCKE /522/ na konci 40. rokov zaviedol v Berlínskom inštitúte pre psychogénne ochorenia opis neurózy z 3 komponentov /symptóm - neurotická štruktúra - reakčná báza osobnosti - etiológia/. KUIPER /308/ opisuje rôzne formy prejavov neurózy a navrhuje označovanie pozostávajúce zo 4 komponentov: 1. Opis symptómov, 2. Opis syndrómu, 3. Dynamika osobnosti, v ktorej sa symptómy manifestujú, 4. Etiologické faktory.

Tieto návrhy majú svoje opodstatnenie v skúsenosti, že neurotický syndróm sa týka celej osobnosti, teda prežívania, správania a somatických funkcií. Pravidelne nachádzame symptómy a porušené pochody súčasne vo všetkých týchto oblastiach, avšak hlavné symptómy sa predsa len manifestujú prevažne ako porucha prežívania /ako v prípade fobie/, ako porucha správania /napríklad toxikomanický „postoj“/

alebo ako somatická porucha, ktorá môže viesť ku zvláštnym klinickým obrazom /viď príspevok QUINTA/. Usporiadanie pestrých prejavov foriem neuróz podľa manifestácie hlavného symptómu /121/ má pre nepredpojatý empirický výskum mnohé prednosti - na rozdiel od starých pojmov ako aktuálna neuróza, psychoneuróza, orgánová neuróza a charakterová neuróza.

Zdanlivo bezsymptómové neurózy sa vyskytujú pri rodinných neurózach a pri špeciálnom odbremenení v rodine, pričom manifestácie sú dobre kompenzované alebo skryté v oblasti osobnosti. Často sa dajú u pacientov diagnostikovať až pri správach o ťažkostiach členov rodiny.

RÔZNE ASPEKTY NEUROTICKÝCH SYMPTÓMOV

Ak sa nozologické zatriedenie neurotického symptómu nemá stať bariérou, ktorá diagnostikujúceho viac oddeľuje od pacienta, je treba zohľadniť neurotickú interakciu pacienta. Tieto interakcie sú dôležitou súčasťou neurotickej symptomatológie, ktorú si pacient uvedomuje len z veľmi malej časti, ktorá ale môže mať rušivý vplyv na terapeutický vzťah. Ide tu o integráciu psychoanalytických skúseností do psychiatrie. Klinicko-diagnostické hľadiská sú doplnené dvoma aspektmi:

1. Zohľadnenie prenosových symptómov //355//.
2. Videnie neurotického prežívania a správania v interpersonálnych súvislostiach, vrátane rodinných vzťahov /rodinná diagnóza/.

Fenoménu prenosu možno u pacienta sledovať už na začiatku stretnutia s ním. Všímanie si ako pacient pristupuje k lekárovi, akým spôsobom podáva svoje ťažkosti, ako reaguje na otázky, námietky alebo skusmé interpretácie - to všetko otvára prístup ku neurotickým interakciám, o ktorých vie pacient povedať len málo, pretože nie sú prístupné jeho vedomej reflexii. Poruchy interakcie, ktoré sa manifestujú v prenosových symptómoch, je treba ďalej testovať, nakoľko sa totiž v medziľudských vzťahoch pacienta uplatňujú ako symptomatické obmedzenia. K takémuto narazeniu patrí tiež posúdenie rodinnej situácie a role, ktorú v nej pacient hrá.

Klinické, diagnostické a terapeutické zapodievanie sa neurózami sa historicky vyvíjalo od symptómov k intrapsychickým konfliktom jednotlivcej osobnosti a konečne k celkovým interpersonálnym vzťahom pacienta v rodine a spoločnosti.

Zohľadnenie rôznych aspektov neurózy /klinické symptómy, prenosové symptómy, interpersonálne symptómy/ je užitočným základom pre terapeutické indikácie a v podobnej forme bolo už navrhnuté aj pre modernú diagnostiku neuróz.

Tak KUIPER /308/ neodmieta diagnostiku podľa syndrémov, ako ju odmieta nozológia, pretože Kuiper považuje za užitočné „poznať a identifikovať určité kombinácie symptómov“. K tomu však pridáva: „Diagnostika neuróz, ak je zameraná len na symptómy a rysy osobnosti, zostáva neúplná - skúmané musia byť aj neurotické vzťahy a ma-

névre. Vzťahy k prostrediu sú často zrkadlovým obrazom intrapsychických pomerov...“

BÄUTIGAM /64, 66/ charakterizuje neurózu jej špeciálnou symptomatológiou a „charakterovo-neurotickou dynamikou prežívania /s inhibíciou, konfliktovosťou a potlačením elementárnych oblastí života“. Poukazuje na dôležitosť vzťahov v rodine v ranom detstve pre neskoršie vzťahy /prenos/ a na úzku súvislosť neurózy s rodinným a osobným životom.

V pojednaní o klinických výskumoch sa nebudeme venovať prevažne somatickým manifestáciám neuróz /viď príspevok H. Quinta v Psychiatrie der Gegenwart/. Charakterologickým manifestáciám sa budeme venovať len v úzkom rámci nášho vymedzenia pojmu neurózy. Údaje sa teda budú týkať hlavne psychiatrických foriem manifestácie: hysterických, úzkostne-neurotických, fobických, obsedantne-neurotických, neuroticko-depresívnych, schizoidných, neuroticko-hypochondrických a neurastenických syndrémov.

Incidencia a prevalencia neurotických symptómových obrazov

Výskyt v obyvateľstve, lekárskech inštitúciách a praxi

PFLANZ podáva veľký tabelárny prehľad frekvencie neurotických porúch ako je udávaná rôznymi autormi z rôznych krajín /452, tab. 14, 15/.

Poukazuje na skúsenosti, že neurotické poruchy idú často spolu s vegetatívnymi, takže čísla z oboch týchto rubriek patria k rovnakému okruhu problémov, /objektívne-neurotické poruchy/. //356// V západných krajinách je približná zhoda v tom, že 1/3 pacientov, ktorí vyhľadajú lekára, trpí na vegetatívne, neurotické poruchy.

Menšia zhoda je čo sa týka výskytu a frekvencie neuróz v obyvateľstve, je teda u „zdravých“. Tiež v neskorších výskumoch z posledných rokov /44, 211, 321, 462, 560 a i./ sú určité diferencie, ktoré sa dajú vysvetliť hlavne rôznymi metodikami, odlišnými pojmami neuróz a rozdielmi v nomenklatúre.

V literatúre, ktorú cituje ERNST /145/ sú štatistické údaje o frekvencii a výskyte neuróz v celkovom obyvateľstve veľmi vysoké. ERNST sa domnieva, že to zrejme nehovorí pre veľké premorenie obyvateľstva psychickými chorobami v danom obyvateľstve, ale skôr pre fakt, že pojem normy, s ktorým sa pracovalo, bol príliš úzky a mnohé varianty normy boli považované za neurotické.

K tomuto záveru dochádza, pretože napr. podľa výsledkov Midtowna-Manhattan- Study /32, ďalej v texte ako M-M-S/ „60% obyvateľstva New Yorku trpí zreteľnými neurotickými alebo psychosomatickými príznakmi“. Len asi 20% obyvateľstva je bez akýchkoľvek symptómov. Pretože údaje o pomeroch obyvateľstva majú pre lekára, ktorý lieči neurotické poruchy, veľký význam, bližšie dvom porovnateľným štúdiám z New Yorku a Berlína.

M-M-Study /321, 390, 392, 560/ a Berlínska štúdia od ESTHER WINTER /644/ pochádzajú približne z rovnakej

doby a sú založené na dvoch reprezentatívnych skupinách obyvateľstva /1660 New Yorčanov a 200 Berlínčanov/.

Celkové množstvo neurotických porúch bolo v Berlíne ešte o niečo väčšie ako v New Yorku - 64%. Podiel pacientov, ktorí boli označení za zdravých obnášal v New Yorku 18,5% a v Berlíne 24,5% /Odlišné kritéria M-M-Study/. Psychoneurotických porúch, ktoré nás tu hlavne zaujímajú, bolo v New Yorku 34,4% a v Berlíne 44,8%. Zaujímavá je závažnosť neurotickej poruchy. Podľa závažnosti symptómov rozdeľuje WINTEROVÁ probantov do 4 skupín. V prvej skupine sú tí, ktorí udali, že pri vyšetrení, ani nikdy v minulosti, nemali symptómy - takto odpovedalo len 5% vyšetrených. Ďalších 19,5% s priemerným vekom okolo 36 rokov malo „ľahšie poruchy“. Príležitostné symptómy sa zdajú byť skôr psychoreaktívne než neurotické, pretože len u mála z nich sa našli nepriaznivé podmienky v detstve. V tretej skupine /„stredne ťažké prípady“/ sú plynulé prechody od 2.ku skupine 4., ktorá sa týka „ťažko postihnutých“ /8,5%/. Autorka udáva, že 10% stredne ťažkých prípadov je blízko ťažko postihnutých, takže 18,5% z vyšetrovanej populácie by bolo možné považovať za závažne neurotických.

V zvlášťnej skupine sú uvedení probanti, ktorí sa nedali s istotou posúdiť /11,5%/. Nepriaznivé prostredie v detstve korelovalo s neurotickými poruchami.

Tieto výsledky sú porovnateľné s výsledkami Stirling-Country-Study /325/, v ktorej len u 17% obyvateľstva nebola zistená žiadna psychiatrická porucha. Na druhej strane ťažkú poruchu /„significant impairment“/ malo tiež len 17% /nie sú v tom zahrnuté 3% psychotických a organických ochorení/. Je vidieť, že napriek rozdielnym kritériám a metodikám sú výsledky viac podobné, ako by sa na prvý pohľad mohlo zdať.

Väčšie rozdiely v údajoch o frekvencii neuróz sú medzi prácami, ktoré pojednávajú opacientúre medicínskych inštitúcií. ERNST /145/ právom považuje tieto výsledky za približné.

ERNST zhrňuje výsledky vyšetrení z psychiatrických a medicínskych polikliník a kliník ako aj zo všeobecnej praxe tak, že je zhoda v tom, že neurotických porúch je tu asi 1/3 /neurotických porúch v širšom zmysle/. Za dosiaľ najprecíznejšiu možno považovať jedinečnú epidemiologickú štúdiu SHEPHERDA, COOPERA a BROWNA /539/ o pacientoch v Londýnskej všeobecnej praxi. Podiel psychoneuróz, bez psychóz a somatických funkčných porúch, bol 88,8 na 1000. Odlišnosť od Ernstovho nálezu možno vysvetliť užším vymedzením pojmu.

V praxi nervového lekára je podľa AMTENBRINKA /12/ z 1857 pacientov po 2, 5 ročnej bilancii podiel neuróz a konfliktových reakcií asi 45% /podiel psychoneuróz sa z udaných informácií nedá zistiť/.

HÄUSSLERS /212/ dotazníkovou akciou od 467 nemeckých lekárov /12% neurológov, 33% internistov, 55% praktikov/ zistil, že 11% pacientov vykazuje psychické poruchy a v 43% sa pri utváraní choroby uplatňujú osobnostne podmienené konflikty. Tieto výsledky majú hodnotu len pri porovnaní s výsledkami precíznejších prác, pretože odzrkadľujú postoje veľkého množstva lekárov.

Tretinový podiel neuróz bol zistený aj pri diferencovanej štúdií zo všeobecnej lekárskej praxe v Berlíne /96/. Podiel „čistých neuróz“ však obnášal len 19,8% /15,3% mužov a 24,3% žien/. Podiel psychických a charakterových neuróz, tak ako ich tu vymedzujeme, bude teda zrejme nižší než jedna tretina.

V jednej medzinárodnej diagnostickej štúdií o duševných poruchách u amerických a anglických pacientov /298/ obnáša podiel psychoneuróz pri prvoprijínoch do Mental Hospitals:

	1956	1957	1960
Anglicko a Wales	18,3%	-	17,9%
USA	-	9,0	11,6%

Výskyt podľa pohlavia v rôznych vekových skupinách

V klinickom výskume sú otázky frekvencie obzvlášť zaujímavé v súvislosti s priebehmi choroby a prognistikou. Niektoré výsledky preto bude lepšie prediskutovať pri //359// jednotlivých syndrómoch, napr. prevahu žien u hysterických a mužov u obsedantne - neurotických a hypochondrických syndrémov. Ak však rozloženie výskytu podľa pohlavia počítame pre všetky neurotické syndrómy dohromady, vrátane somatických, potom rozdiely zodpovedajú rozloženiu pohlaví v celej populácii. Tiež ERNST /145/ nachádza v údajoch väčšiny autorov rovnaký výskyt neurotických porúch u oboch pohlaví, „niekedy síce so signifikantnou, predsa však nie príliš výraznou prevahou žien“. COOPER /91/ sa naproti tomu domnieva, na základe výskumu v londýnskej všeobecnej praxi, že v populácii je prevaha neuróz u žien ďaleko väčšia, než sa dá zistiť zo štatistík hospitalizovaných pacientov. Podľa výsledkov Yale-Study /254/ rozdiely vo výsledkoch môžu byť spôsobené prislusnosťou k rôznym sociálnym vrstvám. Zatiaľ čo v obyvateľstve je rozloženie pohlaví v jednotlivých piatich vrstvách také, že diferencia nie je väčšia ako 1%, u všetkých psychiatrických pacientov dohromady prevažujú ženy o 10% v prvých 4 vrstvách. V najnižšej sociálnej vrstve /v ktorej sú ale častejšie psychózy než neurózy/ bolo o 10% viac mužských pacientov /HOLLINGSHEAD-254/.

Obťažnosť interpretácie štatistických údajov o výskyte neuróz spočíva aj v tom, že práce sú z rôznych miest a z rôznych období. Porovnanie výskytu podľa pohlavia v celkovej populácii je preto obtiažne. V čase výskumov, o ktorých sa referuje, bola v celkovej populácii prevaha žien; a však na rôznych miestach rôzneho stupňa.

JORSWIECK /276/ vykonal veľmi dôkladnú štatistiku podľa symptómov a nenašiel pritom žiadne rozdiely medzi pohlaviami čo do výskytu psychoneurotických a somatických foriem manifestácie. Zatiaľ čo iní autori referujú o prevahe žien pri psychoneurotických formách a prevahe mužov pri somatických formách manifestácie.

KRAMER /297/ udáva, že v amerických psychiatrických poliklinikách sa lieči veľký počet psychoneurotických pacientov všetkých vekových skupín /od 15-65 rokov/, pričom najčastejšie vo veku medzi 15-44 rokov. Takéto údaje

máme aj z nemeckých poliklinických a psychoterapeutických inštitúcií /16, 26, 11, 115/, //360//.

Prvú manifestáciu neurotických symptómov možno pozorovať vo všetkých vekových skupinách. Ak sa pridružujeme navrhnutého pojmu neurózy, môžeme prvé manifestácie symptómov vypátrať v detstve u viac ako dvoch tretín pacientov. Tieto včasné symptómy neurotického vývoja /primordiálne symptómy/ väčšinou odoznievajú v puberte. Z 300 klinicky liečených neurotikov medzi 18-60 rokmi udáva viac ako 70% výskyt primordiálnych symptómov už v detstve /528/. Rovnaký výsledok sa neskôr získal od 600 pacientok /530/. ERNST a CECILE ERNST /146/ uvádzajú, že z 91 neurotických pacientok 61 udáva výskyt detských neurotických symptómov pred pubertou. Vo výskume o výskyte a podmienkach chronických neurotických priebehov na 786 psychoanalyticky liečených pacientoch sa tiež zistil včasný začiatok neurotických symptómov, ako aj ťažké chronifikácie pri perzistujúcej primordiálnej symptomatológii /275/. Perzistencia primordiálnych symptómov je rôznymi autormi považovaná za signál zvlášť ťažkého neurotického vývoja, a tým aj ako nepriaznivý prognostický znak /237, 522, 528, 593/.

Nástup primordiálnych symptómov možno najčastejšie pozorovať medzi 3. a 12. rokom. V súvislosti s vývojom rôznych špeciálnych neurotických štruktúr je nápadný vzťah k začiatku symptómov v určitých vekových obdobiach /527, 593/: okolo 3. roku pri depresívnych neurotických štruktúrnych vývojjoch, medzi 5. - 7. r. pri prevažne obsedantne neurotických a medzi 8. - 12. r. pri hysterických štruktúrnych vývojjoch.

U dospelých pacientov bol zistený častejší začiatok neurotických symptómov medzi 20. a 25. rokom a okolo 35. roku. ERNST /140/ u svojich pacientov potvrdil len prvý vrchol. Chronické ochorenia, ktoré opísal JORSWIECK /275/, majú často včasný začiatok neurotických symptómov.

Z neuróz, ktorých psychické symptómy sa prvý raz manifestujú vo vyššom veku, sa v literatúre uvádzajú hlavne depresívne symptómy /145/. V správe komitétu expertov WHO /Nr.171, 633/ sa poukazuje na to, že prvá manifestácia neurózy vo vyššom veku /po 4. dekáde/ je veľmi zried-

kavá. Široká klinická skúsenosť hovorí o tom, že aj u starších pacientov sa väčšinou symptómy manifestovali už skôr. Tieto súvislosti nie sú vždy dost' dôkladne skúmané /184/. Pri posudzovaní priebehov vo vyššom veku možno odporúčať zohľadnenie nasledovných možností: pestrosť, variabilita chronických priebehových foriem; časté zmeny symptomatológie /vo vyššom veku časo „somatizácia“;/ neurotické reziduálne stavy podľa ERNSTA /145/ a ich ústup za prejavy starnutia.

Výskyt a rozloženie podľa pohlavia v detskom a mladistvom veku

Preparácia neurotických symptómov v detskom veku môže byť, ako je známe, veľmi obtiažna /145/. Formy manifestácie v detskom veku často ešte nie sú zreteľne ohraničiteľné a definitívne. Súčasne alebo alternujúco možno pozorovať poruchy správania, somatické a psychické symptómy. Čisté psychické symptómy sú prevažne registrované ako symptómy úzkosti /40, 117, 218, 526/, zatiaľ čo schizoidné, depresívne, obsedantne-neurotické a hysterické vývoje //361// ešte nie sú príliš vyjadrené /218, 360/. Pri pojednaní o priebehoch týchto vývojjov by bolo možné sa zmieniť o rôznych včasných symptómoch, ktoré však možno označiť za neurotické len pri zohľadnení psychodynamiky, teda v súvislosti s poruchou spracovania zážitku, s abnormným správaním a etiológiou.

Často diskutovaný je nozologický problém ohraničenia, vymedzenia psychoreaktívnych porúch, ktoré po odoznení záťažovej situácie vymiznú, od neurotických symptómov so stupňom chorobnosti, ktoré by bolo možné chápať ako včasné symptómy porušeného vývoja s fixovanými obrannými mechanizmami, inhibíciami a zúženiami osobnosti /121, 360/. HARNACK /218, 219/ vyšetril neselektovanú školskú skupinu /2400 hamburských prváčikov/, z ktorých 61% malo viac alebo menej vyjadrené poruchy, ktorých frekvencia v sociálne nižších vrstvách bola viac ako dvojnásobná. U 0 rodín sa dali dokázať nepriaznivé, rušivé vplyvy prostredia. Zvlášť rizikové sa ukázali byť niektoré rodinné konštelácie /rozvod, rodina bez otca, jedináčik/. Pri katamnéze sa ukázalo že 5-6% 10 ročných detí trpí „vážnym duševným ohrozením, ev. poruchou“.

Tabuľka 3. Rozloženie podľa pohlavia a frekvencia primárne psychogénnych porúch v detskom a mladistvom veku /do 18r./ v rôznych poliklinikách a výchovných poradiach.

Inštitúcia a autor	Celkový počet vyhodnotených pacientov	Čas vyšetrenia	Rozloženie podľa pohlavia M % Ž %	% primárne psychogénnych porúch
Centrálny inštitút pre psychogénne ochorenia, Berlín SCHWIDDER 1952	1000	1945-51	66,7 33,3 2:1	81,6
Psychosomatická poradňa uni. detsk. polikliniky Munchen BIERMANN a spol.1963	926 1339	1951-55 1955-61	65 35 2:1 64,7 35,3 2:1	79,4
Detská uni. polikl. Berlín-Západ 1966, 1968 HARTMANN a spol. 1969	835	1966-68	65,9 34,1 2:1	81,1
Katolícka EB stanica Koln, MATZUTT, 1966	735	1964-65	67,5 32,5 2:1	
EB Stanica Gottingen	173	1968	71,1 28,3 2,5:1	

ADAM 1969 /362/ Podobné čísla /5%/ jednoznačne neurotických školákov potvrdzuje HARNACK /219/ z Anglicka a USA a rovnaké čísla sú uvádzané aj z Berlína /527/. WEBER /621/ naproti tomu našiel na 43 školách kantonu Bern u 4100 školákov 21% duševne chorých detí.

Ako ukazuje tabuľka, väčšina detí, ktoré prídu na vyšetrenie do nemeckých psychiatrických polikliník je považovaná za psychoreaktívne alebo neuroticky narušené. Medzi symptómami uvádzanými v štatistikách sú poruchy správania a psychosomatické poruchy častejšie ako psychické manifestácie, ktoré napr. v jednej detskej psychiatrickej poliklinike obnášali len 17,4% a na iných poliklinikách išlo ešte o nižšie percentá.

Čo sa týka pohlavia, je zhoda v tom, že na rozdiel od dospelých neurotikov, zreteľne prevažuje mužské pohlavie. Tento nález potvrdili aj vyšetrenia prváčikov /218, 219, 621/, rovnako ako štatistiky stacionárne liečených neurotikov v rôznych krajinách /145/. VON HARNACK /218/ dokazuje, že niektoré symptómy prváčikov sú častejšie u dievčat /v poradí: cumľanie palca, bolesti hlavy, poruchy apetitu, nauzea, vracanie, ohryzávanie nechťov/. Podľa klinických skúseností sú to špeciálne reakcie na orálne sklamanie. V katamnestickej prehodení u 10 až 12 ročných však už boli u dievčat častejšie pozorované len cmúľanie palca a poruchy spánku /sťažnené zaspávanie/.

O prevahe neurotických symptómov u chlapcov boli vyslovené mnohé hypotézy: chlapci v súvislosti so svojou expanzívnou povahou spôsobujú viac ťažkostí ako dievčatá /42, 145, 621/. Kvôli svojej motorickej agresivite sa častejšie dostanú do konfliktov a majú potom neurotické symptómy /218/. ADAM /4/ predpokladá viacej faktorov: ústup z konfliktového poľa sa napr. skôr zlučuje s dievčenskou rolou ako s chlapčenskou. Zlyhávanie vo výkonnosti u chlapcov /napr. v škole/ je pre rodičov silnejším alarmujúcim signálom. Mníchovská pracovná skupina /42/ sa domnieva, že chlapec sa skoršie ako dievča musí vyrovnávať so sociálnymi požiadavkami a frustráciami.

Vek, v ktorom sa deti najčastejšie dostávajú do poliklinickej liečby, je obdobie medzi 9.11. rokom /4, 372, 527, 528/, druhé najfrekvencovanejšie obdobie je medzi 6.-8. rokom.

Povolanie, sociálna vrstva, pracovná schopnosť

Dlho perzistoval mýtus, že neurotici pochádzajúci hlavne z vyšších sociálnych vrstiev. Dnes už takmer klasická /363/ práca z univerzity v Yale od HOLLINGSHEADA a REDLICH /254/, ktorá pojednáva o výskyte neuróz a psychóz v 5 sociálnych vrstvách sa stala podnetom pre ďalšie sociálne psychiatrické a epidemiologické štúdie. HÄFNER /211/ interpretuje a komentuje nové epidemiologické štúdie z Mannheimu. Poukazuje na pomerne malú incidenciu neuróz v oblastiach s bytmi a vilami s vyšším štandardom a interpretuje: „Naše výsledky nepotvrdzujú predsudok, že neurózy a zážitkové - reaktívne syndrómy sú ochoreniami bohatých“. PASAMANICK a spol. /436/ vo svojom výskume v Baltimore zistil najväčší výskyt neuróz v skupine s najmenšími príjmami. Iní autori /148, 462/ nenašli žiadnu súvislosť medzi výskytom neuróz a určitými vrstvami. FRASER /177/ zistil u 3083 robotníkov z 13 fab-

rik, že každý 5. robotník má neurotické symptómy, ktoré sa stali dôvodom pracovnej neschopnosti /10% ťažké, 10% ľahké symptómy/.

Z množstva veľkých štatistík je zrejmy častý výskyt neuróz vo všetkých, a zvlášť aj v nižších, sociálnych vrstvách /16, 26, 99, 276 a mn. i./ // 364//

Sledovanie zastúpenia jednotlivých neurotických symptómov u príslušníkov rôznych sociálnych vrstiev bolo výrazne stimulované výsledkami Yale-Study /254, 416/.

HOLLINGSHEAD a REDLICH /254/ našli vo svojich 5 sociálnych vrstvách signifikantné rozdiely vo výskyte určitých typov neuróz. Výsledky ukazujú častý výskyt depresívnych a obsedantne-neurotických a charakterovo-neurotických syndrómov v sociálne vyšších vrstvách /vrstva I a II/. Somatické manifestácie neuróz boli zvlášť časté vo vrstve IV a V, charakterové manifestácie v zmysle nezrelosti a asociality vo vrstve II a V, a hysterické reakcie v V. vrstve.

ERNST /145/ uvádza viacerých autorov, ktorí potvrdzujú, že somatické manifestácie sa častejšie vyskytujú vo vrstvách vyšších.

GOECKENJAN /825/ našiel v Munsteri u 112 pacientov s hrubými motorickými psychogénnymi poruchami /podľa symptómov väčšinou hysterické záchvaty, poruchy chôdze, parézy, tremor, atď./ nízku úroveň, čo sa týka psychosociálnej zrelosti, inteligencie a školského vzdelania. Sociálny status náležal 2-krát častejšie nižšej vrstve než sa vyskytuje v neselektovanej vzorke obyvateľstva.

Za potvrdenie výsledku Yale-Study možno považovať fakt, že v psychoterapeutickej praxi je liečených viacej psychoneuróz než somatických manifestácií, takže silne prevažuje zastúpenie oboch prvých sociálnych vrstiev /93, 95, 577/.

O pracovnej neschopnosti neurotikov je žiaľ pomerne málo známe. Z klinických skúseností vieme, ako rozdielne môžu byť obmedzenia aktivity, ale aj receptivity /študenti/ interpersonálnej komunikácie, a tiež ako jednostranný môže byť vývoj špeciálnych schopností /sociálny vzostup napriek silným inhibíciám/, u rôznych neurotických porúch. Pri ambulantnej psychoterapii je cieľom zbavenie týchto obmedzení. Preto psychoterapeuti kladú veľký dôraz na to, aby neurotickí pacienti zotrvali v činnosti aj vtedy, keď im to kvôli ich symptomaológii príde ťažko.

Podľa vlastných skúseností možno u stacionárne liečených neurotikov pozorovať často najťažšie stupne zníženej pracovnej schopnosti, a tým aj dlhšie trvajúce obdobia pracovnej neschopnosti, hroziacej alebo začatej invalidizácie.

Sledovanie 100 neurotikov Zürichskej psychiatrickej kliniky ukázalo, že v 82% netrvala pracovná neschopnosť dlhšie ako 3 mesiace /do príjmu na kliniku/. Tieto výsledky sú o niečo lepšie než v porovnaní s tými, ktoré uvádzajú iní autori. Priebehové štúdie u neurotikov ukazujú, že možno u väčšiny z nich možno počítať s udrzaním pracovnej schopnosti na dlhú dobu.

Transkultúrne aspekty symptomatológie a výskytu neuróz

Vývoj sociálnej psychiatrie, so záujmom pre epidemiologické a ekologické práce priniesol nové znalosti o psychopatológii /366/ rôznych kultúrnych skupín /341, 452/.

Transkultúrne výskumy /76, 497, 547, 647, 1062, 1230/ pátrajú po *syntómoch, ktoré by boli totožné vo všetkých kultúrach* a po štatistickom výskume, by sa tak získali znalosti o základných syntómoch, ktoré sú nezávislé od vplyvov prostredia, u ktorých potom možno skúmať genetické faktory. Naproti tomu, rozdielnosti v rôznych kultúrach a sociálnych skupinách dovoľujú predpokladať vplyvy prostredia, ktoré pôsobia na neurotickú symptomatológiu, jej variačnú šírku a etiológiu. Transkultúrne údaje o incidencii a prevalencii psychických porúch možno interpretovať len vtedy, ak sú súbory reprezentatívne, ak sú rovnaké diagnostické princípy a celá metodika získavania dát.

Správy o väčšom alebo menšom výskute určitých neuróz v rôznych kultúrnych okruhoch vždy vyvolávajú otázky o diagnostických kritériách a tiež inej manifestácii syntómov. Tak napr. diskusia o transkultúrnych výskumoch depresívneho syndrómu /920, 957, 1061, 1062, 1063, 1128, 1230/ nedokázali odstrániť neistoty v rozlišovaní neurotických a reaktívnych syndrómov od endogénnych.

PFEIFFER /1062, 1063/ na základe dôkladných transkultúrnych porovnávaní dospel k názoru, že možno postulovať endogénne depresívny základný syndróm a okrem toho sprievodné syntómy, ktoré sú kultúrne závislé a nekonštantné. Tieto zistenia poskytujú nové aspekty pre výskum, diagnostiku a terapiu. Výsledky výskumov z rôznych kultúrnych oblastí dovoľujú predpokladať, že aj pri iných neurotických vývoch sa všade vyskytujú základné syntómy psychických porúch ako je úzkosť, projikované obavy /fóbie/, obsedantné mechanizmy, avšak vo svojej frekvencii a prejavoch sú ovplyvňované kultúrnym prostredím. Na každý pád WITTKOWER /647, 648/ právom považuje za prekonaný mýtus predstavy, že psychoneurózy sa obmedzujú len na vyššie kultúry „overdeveloped countries“ v zmysle M. MEADS. U prírodných národov a primitívnych spoločenstiev sa akútne úzkostné reakcie s rôznou symptomatikou, ako aj hysterické reakcie s rôznou symptomatológiou, vyskytujú častejšie než v euroamerických krajinách. Naproti tomu obsedantné neurotické syntómy sú u prírodných národov pozorované zriedkavejšie. Niektoré kultové rituály akoby nahrádzali obsedantnú obranu jednotlivca. Existujú niektoré špeciálne, neobvyklé, väčšinou na určitý kultúrny okruh viazané syntómy /„Culture bound disorders“ - WITTKOWER - 648/: stavy posadnutosti, začarovania, koro, tarantizmus a i. Je pravdepodobné, že obsedantná neuróza so symptomatológiou, ktorá sa u nás vyskytuje, je typickou pečaťou našej západnej kultúry.

Syntómový obraz a závažnosť neurózy

Pre posúdenie výsledkov výskumu priebehu neurózy, o ktorým sa táto kapitola venuje, je dôležité diskutovať o kritériách /368/ pre „ľahké“ a „ťažké“ neurózy. Samozrejmy je predpoklad diferenciálne diagnostického ohraničenia symptomatiky ako neurotickej. Psychoanalytické výskumy sa zhodujú v tom, že závažnosť neurózy sa nedá od-

vodiť zo syntómového obrazu, ani z nozologického zaradenia; často je dokonca nepriamo úmerný vzťah medzi „ťažkými“ syntómami a neurózou. SCHULTZ-HENCKE /522/ uvádza, že najkrikľavejšie syntómy sa často odohrávajú len na neurotoidnom podklade. Sledovania priebehu ukazujú, že syntóm môže byť subjektívne veľmi zaťažujúci a trýznivý a pre okolie veľmi dramatický /ako mnohé hysterické a úzkostné neurotické syntómy/, avšak spontánne alebo pri malých terapeutických zásahoch môže rýchlo odoznieť. Ani pracovná neschopnosť v takýchto prípadoch nemôže byť považovaná za dôkaz závažnosti neurózy. DUHRSSENOVA /115/ ukázala na príklade EYSENCKOVÝCH kritérií, k akým chybným záverom môžeme dospieť, ak správne neposúdime mieru zdravotného obmedzenia.

Medzi analyticky orientovanými psychiatrami je zhoda v tom, že neurotickému pacientovi môžeme porozumieť, a tým aj zhodnotiť závažnosť klinického obrazu, len vtedy, ak prehĺbime diagnózu aj v tomto smere - ako hovoria BALINT /20/ a LAFORGUE /314/. MENNINGER /380/ hovorí o „trojdimenzálnom posúdení“. LAUGHLIN /332/ vo svojej klinickej učebnici neurosologie venuje najväčšiu kapitolu poznaniu abnormných postojov a intrapsychických abnormných mechanizmov. ERIKSON /139/ sa domnieva, že každý dobrý lekár vie, že sťažnosti pacienta sú väčšie než jeho syntóm, jeho chorobný stav je však rozsiahlejší, než udávané ťažkosti. HORNEY /257/ podobne ako SULLIVAN /583/ zastáva názor, že deformácia osobnosti je výsledkom každej neurózy a že znalosť neurotickej štruktúry je dôležitejšia ako znalosť syntómov: „psychoanalytici zamerali svoju pozornosť viacej na deformáciu osobnosti než na syntómy“.

Snáď bude účelným urobiť teraz krátky historický exkurz o pojmoch „neurotická štruktúra“ a „neurotická deformácia charakteru“.

FENICHEL /164/ sa v roku 1946 pokúsil zhrnúť psychoanalytické znalosti. Z hľadiska klasickej psychoanalytickej teórie opísal psychoneurotické syntómy v podstate ako produkt konfliktov medzi pudovými nárokmi, požiadavkami super ega a obrannými silami ega. Zatiaľ čo na syntómy sa nazeralo ako na kompromisy týchto konfliktov, „reakčné výtvory“ sa považovali za trvalé obranné pokusy, ktoré sa neustále opakovali v modalitách správania /ja/. Boli opísané REICHOM ako „reaktívne charakterové rysy“ a ako „odpor charakteru“. REICH rozvíjal FREUDOV pôvodnú teóriu o utváraní charakteru z r. 1908. Psychoanalytická teória charakteru /osobnosti/ vychádza z pozorovaní, že mnohé získané, trvalé modalities správania majú funkciu zaistovania sa proti prerazeniu pudov. V iných je zase rozpoznáť pudové hnutia v deformovanej podobe. Tak napr. určitý človek môže svojou veľkou povolenosťou, priateľskosťou a dobrotou v skrytej forme tyranizovať a trápiť svojich blízkych. SCHULTZ-HENCKE /523/ pri opise týchto súvislostí volil termíny „inhibícia“ a „postoj“ /obrana alebo čiastočné presadenie popudových zážitkov/. Obe reakcie sú vyvolané strachom, úzkosťou a pocitmi viny a sú požadované za základné elementy vyvíjajúcej sa „neurotickej štruktúry“. Pozorovanie, že sa okolo oboch týchto typov reakcií vyvíjajú určité sekundárne a terciárne adície viedlo k pojmom „inhibičná a postojová štruktúra“ /Gehemmtheits- und Handlungsstruktur; 531/. Poddajný, veľmi dobrý človek potrebuje totiž napr. stále väčšie úsilie aby odobril

svoje nevedomo intendované agresívne správanie, voči ktorému sa bráni. Ak totiž koná podľa všeobecne oceňovaných vzorcov, alebo vykazuje zvlášť „dobré“, „šľachtené“ motívy, potom je možné to, čo je inak skryté, ospravedlňovať „dobrým“ činom. //369//. Tak sa vyvíjajú racionalizácie, idealizácie a niekedy celé ideológie ako superpozícia okolo jadra, ktorým je postoj /Haltung/ a z ktorého sa tiež vyvíja neurotická štruktúra. Postoj /Haltung/ môžeme chápať ako larvované pudové ukojenie.

Štruktúrny pojem bol použitý na charakterizovanie vzájomných vzťahov a závislostí modalít neurotického prežívania a správania a to najprv úplne nezávisle od seba SCHULTZ-HENCKEM /523/ a HORNEYOVOU /257/. Tiež E.FROMM /186/ a SULLIVAN /583/ sa zaoberali touto problematikou.

CHYZANOVSKY /82/ vo svojom pojednaní o základných dispozíciách interpersonálnej teórie načrtáva tiež štruktúrne pojatie.

I keď je pojem štruktúry na jednej strane kritizovaný a odmietaný a na druhej strane zase výdatne používaný tak, že sa stal až abundančný, pre budúci výskum v klinickej psychiatrii bude pravdepodobne nepostrádateľný /236, 443/. PETERS /443/ hovorí o „štruktúrálnej nosogenéze“ a o nových metodických impulzoch so štruktúrnymi hľadiskami.

V pojmoch, ktoré sa používajú pre opis *psychodynamických súvislostí neurotických modalít správania*, sú obsiahnuté dôležité kritéria pre posúdenie závažnosti neurózy. Spolu s niektorými klinickými dátami /trvanie symptomatológie, vek pacienta, prítomnosť primordiálnych symptómov/ poskytujú vedecký základ, ktorý dovoľuje verifikovateľné prognózy /120, 236/.

Jediná, vedecky nezávadná metóda ako verifikovať prognostické predpovede, je písomné fixovanie prognózy na základe použitých kritérií a neskoršie testovanie, či úsudok bol správny. Berlínska pracovná skupina týmto spôsobom fixovala prognózu psychoanalytickej liečby, čo sa vo viacerých výskumoch neskôr testovalo /110, 111, 112, 115/. Oprávnené teda môžeme hovoriť o spoľahlivej východiskovej báze pre posudzovanie prognózy.

I keď je závažnosť neurózy dobre postihnuteľná kritériami liečiteľnosti psychoterapiou, ďalej nás bude zaujímať otázka, ako by neuróza prebiehala bez liečby. Pri dôkladnom posudzovaní výsledkov, ktoré sú k dispozícii, sa ukazuje, že doterajší výskum je zaťažený veľkými metodologickými nedostatkami. CREMERIUS /95/ ukázal, že pozitívne priebehy sú tým zriedkavejšie, čím dôkladnejšie sú vyšetrenia. ERNST /145/ prisudzuje doterajším výsledkom výskumov len charakter pracovných hypotéz. CREMERIUS /95/ označuje EYSENCKOVE /151-6/ často citované výsledky o priaznivých priebehoch ako „exemplárny príklad toho, ako sa to nemá robiť“, pretože v jeho prácach sú metodické nedostatky. Zavedenie psychodynamických hľadísk vedie ku značnému zníženiu prekvapivo vysokých kvót vyliečenia alebo zlepšenia. Predovšetkým sú nedostatočne odlišované psychogénne reakcie, ktoré prevažne v priebehu roka spontánne odznievajú, od neurotických symptómov /na báze neurotickej „štruktúry“/. Tým vznikajú veľké diskrepacie medzi jednotlivými výskumami.

ERNST /145/ medzi psychiatrickými kritériami priaznivej prognózy menuje na prvom mieste premorbidnú osobnosť. Opiera sa pri tom o vlastné skúsenosti a o znalosť literatúry. Za pozitívne je považované relatívne „zdravé“ správanie, zdatnosť v živote /Lebenstüchtigkeit/, nadanie a inteligencia, zatiaľ čo priebehová tendencia sa zhoršuje tým viac, čím abnormnejšia a čím menej nadaná je premorbidná osobnosť. Súhrne pojmy ako „zdatnosť v živote“ a „nadanie“ sú zámerne volené takto široko, aby zahŕňali najrôznejšie dôležité faktory, ktoré sa môžu podieľať /napr. aj viazané na prostredie, sociálne faktory, vzdelanie/ //370//. Podľa ERSNTA pre priaznivý priebeh hovorí ďalej akútne začiatok choroby - na rozdiel od plazivého, a tiež prítomnosť emocionálnej reakcie /tenzia alebo depresia/ - na rozdiel od ľahostajnosti. Posledný faktor bol formulovaný na základe skúseností, že hysterické syndrómy a reaktívne depresie majú lepší priebeh ako obsedantní neurotici, ktorí sa afektívne ovládajú. Za prognostický priaznivý možno tiež považovať skutočný „tlak utrpenia“ na rozdiel od „funkčného“ //236, 258, 261//. Chýbanie utrpenia, ako známka závažnosti neurózy, si zaslúži zmienku ako zvláštne kritérium. Ďalšou známkou závažnosti neurózy je veľký sekundárny zisk z choroby, ktorý vedie ku špeciálnym problémom /580/. Iný pokus o rozlíšenie ľahkých a ťažkých neuróz už pri diagnostike podnikol J.H.SCHULTZ /519/, pričom rozlišoval exogénne Fremdneurosen, physiogene Randneurosen, psychogene Schicht- und charakterogene Kernneurosen (=exogénne pseudoneurózy, fyziogénne okrajové neurózy, psychogénne štruktúrne a charakterové jadrové neurózy).

PRIEBEHOVÉ FORMY NEURÓZ

Spontánne uzdravenie

Údaje o výskyte spontánneho vyliečenia neuróz sú značne divergentné. EYSENCK /151- 156/ udáva dobrú spontánnu prognózu neuróz. Zastáva názor, že takmer polovica neurotikov sa spontánne podstatne zlepši v priebehu jedného roka bez zvláštnej psychoterapeutickej liečby a 90% v priebehu piatich rokov. Naproti tomu väčšina iných autorov, ktorí starostlivo diagnostikujú a katamnesticke dôkladne hodnotia, uvádza ďaleko menšie počty spontánnych uzdravení O rozdielnostiach v pacientúre už bola reč. Všetci kritici EYSENCKOVYCH prác /65, 95, 115, 118/ poukázali na nepresnosti a omyly, ktoré vznikli nejasným nozologickým ohraničením. Akútne exogénne reakcie a stavy zlyhania pri konfliktových situáciách majú omnoho lepšiu prognózu ako neurózy /66, 519, 529/. Ustupujú spolu so záťažovými situáciami a konfliktami. Pri neurotických ochoreniach nie je spontánna uzdravenia tak jednoduchá a priaznivá. BRÄUTIGAM /66/ porovnal 3 výskumy so spoľahlivými dlhodobými katamnézami /10-20 ročnými/ o pacientoch s dobre nozologicky definovanými obrazmi choroby /140, 143, 630/. Podľa nich možno pri spontánnom priebehu počítať s praktickým vyliečením len u 10% /najvyšš podľa jednej štatistiky v 20%/. Vo väčšej skupine 35-58% - symptómy pretrvávajú, sú hodnotené ako zmiernené, sú však spojené s rôznymi obmedzeniami pacienta. ERNST /145/ hovorí o „neurotickom defekte“, o „reziduálnom stave“. Tiež BRUN /72/ pozoroval, že akútne neurotické symptómy sa lepšie a môžu prechádzať do „viac akoby menej labilného latentného štádia. Aj on hovorí o „vyliečení s defektom“, pri

ktorom sa dokonca zvyrazňujú zmeny osobnosti /často v zmysle výrazného vyhybania sa, inhibície, chudoby vzťahov, odcudzenia sa životu/.

Vždy znova je nastolovaná otázka, za akých podmienok dochádza k spontánnym uzdraveniam; zatiaľ ale v tejto oblasti chýbajú dôkladné systematické výskumy //371//.

Psychoanalytické skúsenosti zo začiatku hovorili proti výskytu spontánnych vyliečení. Veľmi často bolo pozorované vymiznutie symptómov /zvlášť u hysterikov/ a ich opätovné objavenie sa v inej forme. Boli pozorované alterácie psychických symptómov, somatických symptómov a tiež porúch správania. V mnohých priebehoch sa pozoroval po akútnych symptómoch nástup trvalého utrpenia. Čisto symptómové uzdravenia naproti tomu neboli zriedkavé, pozorovali sa jednak pri kompenzačných aktivitách, pri náhradných stavoch utrpenia, ako aj pri odpadnutí určitých konfliktových situácií. Takže mnohé premenné mali vplyv na zmiernenie symptómov. Avšak nemenila sa pri tom reakčná neurotická báza osobnosti. Klinická skúsenosť svedčila pre záver, že ovplyvnenie symptómov nemôže viesť k trvalému vyliečeniu, ale len k presunu symptómov a k recidívam v rôznych formách. Toto poňatie podporovali hypnotické experimenty, pri ktorých potlačenie symptómu malo za následok objavenie sa symptómu iného.

FENICHELOVA /164/ interpretácia „klinického priebehu neuróz“ je založená na jednotlivých pozorovaniach a na širokej praktickej skúsenosti. Rozlišoval priebehy so spontánnym uzdravením, ďalej stacionárne a progredujúce, a začal diskusiu o *faktických a zdanlivých* spontánnym uzdraveniach. Podmienkou faktického spontánneho uzdravenia je vyriešenie základných neurotických konfliktov. Môže k nemu dôjsť napr. tým, že odpadnú dôvody pre perzistenciu obranných mechanizmov. FENICHEL napr. poukazuje na pozorovania, že mnohé detské neurózy spontánne odznejú, keď dieťa prirodzeným zrením získa dostatok pozitívnych vzťahov a sebadôveru. K väčšej vnútornej istote a dôvere však u dospelých môžu viesť aj iné okolnosti, ktoré robia obranné mechanizmy prebytočnými. Zlepšenia, ktoré spočívajú len v čiastočnej zmene neurotickej reakčnej bázy nazýva FENICHEL „zdanlivými“ spontánnymi zlepšeniami. Terapeutická skúsenosť viedla k poznaniu celého radu psychodynamických zmien, ktoré môžu viesť ku zlepšeniu. Patrí sem napr. „zlepšenie prostredníctvom zvedenia“ - ide tu o odbremenenie v súvislosti s menšou úzkosťou pri pudovom ukojení, alebo zlepšenie prostredníctvom odstránenia situácií pokušenia a frustrácie. Ku zlepšeniu symptomatológie môžu viesť posilnenia alebo oslabenia obranných mechanizmov ja.

SCHULTZ-HENCKE /522/ odhadoval, že u polovice všetkých neurotických ochorení dochádza ku spontánnym zlepšeniam alebo vyliečeniam. Ukázal, že sú možné skutočné a trvalé uzdravenie od *symptómov* bez toho, že by sa niečo zmenilo v základnej neurotickej štruktúre. Toto sa stávalo hlavne vtedy, keď odpadli mimoriadne situácie pokušenia a frustrácie.

Nové aspekty do diskusie priniesla lekárska sociológia. Pre spontánnu priebeh neurózy je dôležitým faktorom rola správania sa v chorobe a zdraví /377, 455/, ktorá je prevažne spojená s emocionálnymi nevedomými a iracionálnymi motiváciami. VON MEHRING /377/ opísal ochorenie a uz-

dravenie sa ako zážitkovú jednotku, ktorá intenduje pochop riešenia problému. To, či pacient sám dospeje k riešeniu, závisí od schopnosti sebazpozorovania, od jeho prístupu k dôležitým zdrojom informácií, a tým k pochopeniu jeho choroby. Medzi prvkami tejto zážitkovej jednotky sú práve tak dôležité potenciály síl a schopnosť ku svojpomoci, ako názory a reakcia prostredia. Najdôležitejšie faktory riešenia problému sú množstvá hľadání, čas, použitá metóda a výdrž v aktivite hľadania riešenia //372//. Podobne sa možno dívať na LANGENOVE pozorovania /319/ 41 neliečených neurotikov /odmietli liečenie/. Domnieva sa, že autosanačné tendencie v prvom rade podporovala zmena konfliktového prostredia, faktor času a zrenie osobnosti.

Faktory spontánneho uzdravenia sú dôležitejšie z hľadiska psychoanalytickej krátkodobej a fokálnej terapie, s ktorými sa tu počíta v liečebnom pláne /21, 27a, 359/.

MALAN /359/ čerpajúc z podnetov BALINTA /21/, vypracoval kritéria pre psychoanalytickú krátkodobú psychotherapiu, ktoré majú sľubovať zdarný priebeh liečby. V prvom rade spomína ochorenia, ktoré trvajú len krátko a sú relatívne ľahké. Ľahšie formy ochorenia majú tieto kritériá:

1. Ľahká „ohraničená psychopatológia“; v psychoanalytickej terminológii: hlavne konflikty na „genitálnej úrovni“ v súvislosti s „Oidipovským komplexom“ a v súvislosti s trojuholníkom vzťahov /na rozdiel od konfliktov na „orálnej úrovni“ a v diáde/.
2. „Zdravý základ osobnosti“, teda neprítomnosť výraznejších neurotických zmien osobnostnej štruktúry.
3. Uspokojivé interpersonálne vzťahy v anamnéze.
4. Dobrá spolupráca pacienta. Toto kritérium má viacej faktorov: silnú motiváciu uzdraviť sa, napr. tlak utrpenia, otvorenosť v kontakte s lekárom, prístupnosť interpretáciám súvislostí a priaznivú vonkajšiu a vnútornú situáciu.

Medzi autormi, ktorých EYSENCK cituje na dôkaz dobrej spontánnej prognózy neuróz boli zmienené aj 2 výskumné skupiny /192, 617/, ktoré štatisticky vyhodnocovali pacientúru, pre výber ktorej používali podobné kritériá ako uvádza MALAN. MALAN tieto práce tiež cituje.

WALLACE a MARION WHITE /617/ katamnesticke vyšetřili 49 pacientov z 83, ktorí boli čakateľmi na psychotherapiu už niekoľko rokov. 15 z nich bolo bez symptómov, neobmedzení v pracovnej činnosti a bez sociálneho zostupu. Ďalších 17 bolo zlepšených, vykazovali však ešte reziduálne symptómy; rovnaký počet bol nezlepšených alebo zomrelých /4/.

GIEL a spol. /192/ zistili, že z 94 poliklinických vyšetřených pacientov po 5 rokoch bolo bez symptómov 27%, a 44% bolo veľmi zlepšených. Autori uvádzajú, že ak prvá psychiatrická konzultácia bola pred menej ako 3 mesiacmi, bol priebeh priaznivejší.

Ak u určitej skupiny pacientov môžeme vzniesť otázku, či prvé psychiatrické vyšetřenie bolo viac alebo menej ako pred 3 mesiacmi, potom ide o podstatne ľahšie prípady (pravdepodobne psychogénne reakcie), než aké vidáme v psychoterapeutických inštitúciách. Tu vznikajú skôr otázky, či začiatok choroby bol pred 2, 5, 10 alebo viacerými rokmi. Tiež správa, že symptómy sa stratili po zmene, zlep-

šení rodinných pomerov, dovoľuje záver, že išlo o ľahšie prípady, ktoré sa napr. v Nemecku nedostávajú do špeciálnej psychoterapie. Sú väčšinou liečené lekármi všeobecnej praxe.

V týchto prácach sa ukazuje jeden veľmi dôležitý fakt, na ktorý právom poukázal aj EYSENCK /151-6/: veľký počet spontánných uzdravení spadá do obdobia 2 rokov od začiatku ochorenia. Ak symptómy trvajú dlhšie, je treba myslieť na priebehové formy uvedené ďalej /373//.

Chronické a intermitentné priebehy

Priebehová forma neurotického ochorenia závisí od „stupňa“ neurózy. V psychoterapeutických inštitúciách, ako aj v privátnej praxi, možno pozorovať prevažne ťažké chronické priebehy. Ak v krátkom čase nedôjde ku spontánnemu vyliečeniu, alebo opatrnejšie vyjadrené: k remisii do status quo ante, potom sa stretávame s týmito priebehmi: chronickými a intermitentnými neurózami, progredientnými a malignými priebehmi, terminálnymi a reziduálnymi stavmi. Je treba odlišiť exogénne zmeny osobnosti, ktoré nemajú nič spoločné s neurózami v užšom slova zmysle.

Pri *chronických neurózach* zostávajú symptómy manifestné. Druh, počet symptómov, utrpenie a chorobné správanie sú síce pri rôznych formách neuróz rôzne, hlavným znakom je však perzistencia obťažujúcich symptómov, ktoré často značne obmedzujú pacienta v zamestnaní a rodinnom živote.

Údajom o trvaní symptómov ešte nemáme pokryté všetky dôležité faktory chronifikácie. Tieto sa týkajú tiež miery psychodynamickej poruchy premorbidnej osobnosti a tiež chronifikujúcich faktorov, ktoré pôsobia počas neurotického ochorenia na prežívanie a správanie /523/.

Obmedzím sa na hlavnú charakteristiku - trvanie symptómov, pretože toto je najdôležitejší fakt pri prognostickom posudzovaní. Medzi manifestným trvaním symptómov a klinickými a sociálnymi výsledkami liečby sú zreteľné korelácie /55a, 110, 111, 112, 115, 275, 305/.

V súvislosti s udávanými spontánnymi priebehmi /90% vyliečení spadá do priebehu 5 rokov/ označujeme ako chronické len neurózy, ktoré trvajú viac ako 5 rokov. Pretože však psychogénne reakcie, ktoré tvoria väčšinu priaznivých spontánných priebehov /70%/ odoznievajú už v prvých 2 rokoch od začiatku ochorenia, bolo by treba dať za pravdu DUHRSSENOVEJ /115/ že už po 2 rokoch trvania je treba počítať s prevažne chronickými priebehmi.

V tab. 5 sú údaje o takmer 7000 neurotických pacientoch v rozmedzí 2 desaťročí. Vo všetkých týchto sledovaniach bola robená starostlivá diagnostika neuróz s prihliadnutím k psychodynamickým aspektom. Podiel bezpečne chronických priebehov /trvanie symptómov dlhšie než 5 rokov/ je udávaný zhodne ako veľmi veľký: približne 50%. /Tab. 5/

Zmienim sa ešte o určitých jednotlivostiach k niektorým sledovaniam uvedeným v tabuľke. Sledovania zo 40-tych rokov /povojnové obdobie/ uvádzajú zvlášť vysoký podiel chronických neuróz. U 108 pacientov JORSWIECKA /275/ liečených v r. 1946 trvala symptomatológia dlhšie ako 5 ro-

kov u 66%. Chronické priebehy pravdepodobne neboli podporené vplyvmi vojny a povojnového obdobia, ktoré boli v Berlíne zvlášť tvrdé.

O zvlášť dlhej perzistencii neurotických symptómov v rôznych vekových skupinách referuje JORSWIECK /275/. V skupine 20-30 ročných našiel 3,4% neurotikov, u ktorých symptómy trvali viac ako 20 rokov. U 30-40 ročných bolo 11% a u starších /nad 40 rokov/ bolo 33% takýchto extrémne chronických priebehov.

Medzi klinickou pacientúrou psychoterapeutickej kliniky v Tiefenbrun /244a/ bolo chronických neuróz, ktoré trvali viac ako 5 rokov, 60%. STROTZKA /577/ pri pozorovaní psychoterapeutickej ambulancie s privátnou praxou zistil, že v privátnej praxi je chronických priebehov neuróz viac ako v ambulancii (v privátnej praxi 52% pacientov s manifestáciou neurózy nad 5 rokov, zatiaľ čo v ambulancii 39%). Tento príklad vrhá svetlo na diskrepancie, ktoré sú známe z literatúry. Je isté, že v ambulantnej a distribučnej praxi sa vyskytuje viac pacientov s psychogénnymi reakciami, akútnymi a aktuálnymi ťažkosťami, ako je tomu v privátnych ordináciách, kde zase prevažujú neurózy.

Pri *intermitentných priebehoch* sa striedajú obdobia relatívneho kludu a zlepšenia so zhoršeniami. Môže sa pritom jednať o rovnaké symptómy, často však tiež o alternáciu rôznych symptómov a foriem manifestácie. Niekedy u opakovane hospitalizovaných neurotikov vzniká dojem zdanlivej fázičnosti /145/. Často však máme dočinenia s intermitentnými chronickými priebehmi.

Progredientné a maligné priebehy

ERNST /145/ uvádza, že mu nie sú známe žiadne údaje o neurózach, u ktorých by boli pozorované zhoršenia takého stupňa, aké vidáme u schizofrenikov, u ktorých je nutná hospitalizácia. Priebehy u ťažkých stacionárne liečených neurotikov sú naproti tomu považované za nepriaznivejšie než je tomu u mánio-depresívnych pacientov. ERNST sa zmieňuje aj o progredientných priebehoch, podľa mojich skúseností mojich skúseností však málo doceňuje ich význam.

Prvé dve z ďalej uvedených priebehových foriem, možno pozorovať prevažne u chronických neuróz, druhé dve zase skôr u akútnych neuróz:

- a/ priebeh s narastajúcim obmedzovaním slobody v dôsledku symptómov, s obmedzeniami, zúženiami ja a zmenami osobnosti,
- b/ narastanie somatických symptómov pri neuróze,
- c/ progredujúce zanedbávanie, spustnutie,
- d/ prechod do psychotických priebehových foriem.

Ku a/: U niektorých fobických a obsedantne-neurotických pacientov sa obranné a zaisťovacie manévry rozširujú stále viac, takže nakoniec znemožňujú zdravú aktivitu /164/. Obmedzenie symptómami sa však môže spojiť aj s reštrikciou funkcie ja /182/ alebo s reakčnými výtvormi, ktoré majú zabrániť symptómom, teda koniec koncov aby sa predišlo konfliktu medzi popudmi a morálnymi inštanciami /"super ego" 3 „Ja ideál“/.

O základné aspekty chápania takéhoto progredovania neurózy do inhibičných mechanizmov sa zaslúžil FREUD /182/, ktorý ich opísal vo svojej práci „Hemmung, Symptom und Angst“ /zábrany, symptóm, úzkosť/. V neskorších prácach boli problémy ďalej rozpracované /162, 163, 471, 520/ a získali sa ďalšie vhľady do dynamiky obrany pred symptómom prostredníctvom rozširovania rekreačných výtvorov.

FENICHEL /163/ opísal *špeciálnu formu progrediencie* pri spracovániach, ktoré označuje ako kombináciu traumatickej neurózy a psychoneurózy. Takí pacienti sa celý život márne snažia vysporiadať s nebezpečenstvami a traumatickými stavmi, ktoré zažili na začiatku neurózy. Pri ich snahe vyhnúť sa úzkosti a opakovaniu tráum vzniká *circulus vitiosus*, ktorý im nedopraje klľudu. „U takých pacientov márne čakáme na spontánne vyliedenie“ píše FENICHEL.

Ku b/: Práve zmiernená forma spracovania má určitú paralelu v obrane pred psychickými symptómami a konfliktami u pacientov so somatickými manifestáciami. Empirické pozorovania boli opísané rôznou terminológiou /a tiež pri //377// použití rôznej terapie /napr. ako „konverzia“/ pri rozšírení pôvodného pojmu/, ako potlačenie v dvoch fázach“ /400/, ako ekvivalenty psychických afektov /317a/ a ako „Haltungsstruktur“ /529/. Ide o poruchu vnútorného spracovania, ktorá nie je prístupná prežívaniu a preto môže perzistovať alebo progredovať ako trvale rušivý faktor.

Ku c/ a d/: ERNST /145/ hovorí o kritických obratoch, ktoré podľa prekvapivej zhody množstva prác nastáva v priebehu niekoľkých rokov po prvom vyšetrení. Platí to jednak pre priebehy s prechodom do spustnutia /zanedbanosti/ rovnako ako pre prepuknutie psychóz. Fakt, že ako spontánne uzdravenia, tak aj kritické obraty možno pozorovať v relatívne krátkom čase po prvom vyšetrení, je potvrdený pozorovaním, že chronické neurózy zriedka vedú k zanedbanosti /Verwahrlosung/ a psychóze. Časté sú údaje o zvýšenej morbidite na schizofréniu v celkovej neurotickej pacientúre /145/. Pravdepodobnosť ochorenia je u jednotlivých neurotických vývojov rôzna. Napr. u mladých obsedantne neurotických a neurastenických pacientov je podľa týchto prác potrebné počítať so zvýšenou morbiditou na schizofréniu.

Mnoho sa opísalo o *malígnych priebehových* formách. Napriek tomu je málo známa frekvencia výskytu. V katamnestických sledovaniach, ktoré sú k dispozícii, je vždy zmienka o malom percente pacientov, ktorí umreli alebo ktorí museli byť dlhšiu dobu hospitalizovaní. Pri úmrtiach nebolo dosiaľ dostatočne pátrané a zistené, nakoľko súviseli s neurotickým ochorením.

Dôkladné katamnestické longitudinálne sledovanie psychických ochorení CIOMPIHO a MULLERA /84/ ukázalo, že u depresii všetkých diagnostických podskupín je podstatne vyššia frekvencia suicídií /14%/ než je populačný priemer vo Švajčiarsku. Naproti tomu skrátená očakávaná dĺžka života sa dala dokázať len pri organických a endogénnych depresiách. V ostatných diagnostických podskupinách nebola signifikantne skrátená.

Vyšetrovanie mortality a príčin smrti u hysterikov ešte nie je uzatvorené. U toxikomanov bol zistený nízky priemerný vek úmrtia /58, 3 rokov/, nezistil sa však jednoznačný vzťah k toxikomanii ani žiadne suicídiá.

ZAUNER /662/ analyzoval 65 úmrtí v katamnestickej Tiefenbrunskej štúdií a u časti pacientov s predčasnou smrťou zistil súvislosti s neurózou. Z 1882 pacientov zomrelo do 5 rokov 65 /3,1%/. U 36 z nich sa dali obstarat' dostatočné podklady pre stanovenie príčiny smrti. Relatívne vysoký podiel suicídií /20%/ bol frekventovanejší v celej skupine neurotikov než izolovane v skupine neurotických depresií. U 4 pacientov bol úraz hodnotený ako posledná konzekvenca neurotického vývoja. Na následky psychosomatických ochorení /status astmatics, colitis, resekcja žalúdka/ zomreli 4 pacienti, ďalší 4 na infarkt myokardu. U ostatných úmrtí boli iné organické príčiny /u 9 pacientov karcinóm!/

Je známe, že pri neurotických vývojoch môže dôjsť k ťažkým poškodeniam zdravia a smrti, a to rôznym spôsobom: „psychogénna smrť“, suicídiá, vedomé alebo nevedomé sebapoškodenia, zdanlivo náhodné, v skutočnosti však motivované nehody, úrazy, ťažko porušené správanie sa v chorobe s rezignáciou na život, poruchy somatických funkcií, predčasné stárnutie. Dosiaľ chýbajú detailné a systematické sledovania takýchto priebehov u neuróz, avšak už stáročia existujú kazuistické opisy dešperátnych stavov a procesov sebazničenia. Podľa údajov, ktoré sú k dispozícii, je nanajvýš otázne, či to, čo bolo označované ako „psychogénna smrť“, a či niektoré //378// formy suicídií pripisovať ku konečným fázam progresívne- malígnych neurotických vývojov.

To, čo je známe o „psychogénnej smrti“ /“voodoo-death“/, hovorí skôr pre to, že človek sa doslova môže „zľaknúť k smrti“. ELLENBERGER /130/ hovorí o zdravých silných ľuďoch, ktorí môžu zomrieť v priebehu niekoľkých hodín“. Považuje tento fakt za dobre podložený a u prírodných národov opisuje 3 typy psychogénnej smrti /africké, polynézske a austrálsko-melanézske formy/. MENNINGER /380/ uvádza, že antropológovia vedia o tom viac ako psychiatri a navrhuje porovnať antropológické prípady s klinickými, ktoré sú známe z vojenskej psychiatrie /397/. Tak významný fyziológ, ako bol CANNON /74/ a neskôr C. P. RICHTER /475/, podali fyziologický výklad tohto fenoménu. Druhý z nich ukazuje aj v pokuse na zvierati, že takéto prípady sú možné - „apparently as a result of hopelenssness“. Vierohodnosť správ o „voodoo“ smrti u ľudí je však predsa len zatiaľ sporná. Zatiaľ čo ELLENBERGER /130/ je napr. o jej existencii presvedčený, a dokonca sa domnieva, že mnohé prípady smrti, ktoré sa pripisujú účinku jedu alebo infektu boli v skutočnosti „voodoo-deaths“, BARBER /24a/ pochybuje o skutočnej existencii „among nonliterate people“ a argumentuje opačne: prípady označené ako „psychogénna smrť“ môžu byť v skutočnosti úmrtiami na chronické choroby a otravy. „Začarovaná obeť odmieta často aj potravu a tekutiny, takže môže zomrieť aj smädom a hladom.

I keď na základe experimentov na zvieratách a na základe pozorovaní v časoch vojny /375, 397/ pripustíme úmrtia spôsobené extrémnymi vplyvmi úľaku a úzkosti, i tak podľa všetkého, čo o tom vieme, by išlo o extrémne varianty a nie o formy neurotických priebehov.

Tiež pri suicídiách možno pozorovať náhle skratové konania, demonštratívne akty alebo akty pomsty, únik od nevyhnutného osudu /napr. nevyliciteľných chorôb/, pubertálne reakcie /viď príspevok J.E.MEYERA, /niekedy kultové a špeciálne kultúrne modalities správania. „Suicidium je tu

ako určitý druh magického zabitia, ako obeť prinesená bohom, niekedy ako rozsudok smrti v dôsledku nedodržania tabu“ /380/.

Tieto typy reakcií je treba odlišovať od maligne prebiehajúcich neurotických dezintegrácií. Príznaky autodeštruktívnych a autopunitívnych tendencií, známky zúfalstva, osamelosti a beznádeje spravidla sprevádzajú narastajúcu dezorganizáciu psychických regulačných funkcií. Nebude tu pojednané o podrobnostiach týkajúcich sa dynamických súvislostí, ktoré vedú k stavu označovanému ako dezorganizácia. Napriek tomu sa mi zdá dôležité zdôrazniť, že v porovnaní so skratovými konaniami tu ide o viacvrstvovú, progredujúcu neschopnosť rozhodovať sa, pri ktorej sa už nedokáže presadiť sebazáchovné tendencie.

MENNINGER /380/ vo svojom 5 stupňovom systéme závažnosti duševných porúch vychádza z biologického aspektu, že smrť je totiž negatívnejšia ako akýkoľvek druh života. Hovorí o nej ako o „štádiu za hranicami jej najmenej a najneúčinnnejšej snahy o prežitie a organizáciu“. Sebazničenie a sebazabitie je pre neho piate a posledné štádium odchýlky od „normálu“. Zavrhnutie vôle žiť je teda extrémny stav, ktorý je ešte za hranicami „psychózy“. Keď v zúfalstve postupne vyhasne posledná životná iskra, keď každá nádej, každá potreba, každá námaha sa stáva ničím, keď sa jediným riešením zdá byť vzdanie sa každého ďalšieho boja, potom nastáva dezintegrácia „piateho rádu“ a dôsledkom je samovražda.

Terminálne a reziduálne stavy.

Neurózy v starobe

Ťažké terminálne stavy u fobických a obsedantných pacientov, o ktorých sa zmieňuje FENICHEL /164/ v súvislosti s progresívnymi priebehmi, nie sú podľa katamnéz, ktoré sú k dispozícii typickými výstupmi choroby /772, 1028, 1030/. Častejšie sú chronické priebehy, ktoré majú v starobe oslabenú symptomatológiu, súčasne však dochádza ku viac alebo menej vyjadrenému zúženiu a ochudobneniu osobnosti. O nepriaznivejších výstupoch v starobe u hysterikov, ktorí boli hospitalizovaní, referuje CIOMPI /83, 84, 759/, /379//.

ERNST /141/ navrhol hovoriť o „neurotických reziduálnych stavoch a označuje tým „trvalú zmenu osobnosti s redukciou potenciálu, ktorá perzistuje po odznení obdobia choroby s pohyblivými emocionálnymi a symptomatologickými prejavmi“. Pod „redukciou osobnostného potenciálu“ chápe zníženie aktivity a rezistencie, ktoré sú často spojené so zvýšenou labilitou /dráždivosť/, manierizmom a paratýmymi reakciami. Dochádza teda tiež k poklesu psychickej energie /Spannkraft/ a elasticity.

Na základe vlastnej poliklinickej /140/ a klinickej /142/ pacientúry hodnotil ERNST podiel reziduálnych symptómov približne na polovicu až tretinu probantov. R. 1968 však reviduje svoje nálezy /145/ a uvádza, že podiel je menší, ak nezarátame chronické neurózy a pacientov s manifestnými perzistujúcimi symptómami /reziduálne symptómy/.

ERNST ponúka do diskusie nový aspekt, keď poukazuje na podobnosť neurotických reziduálnych stavov s endogénnymi a organickými reziduami /napr. s lokálnym mozgo-

vým psychosyndrómom M. BLEULERA/ a dôsledkami dystrofických a traumatických poškodení mozgu. Vyvodzuje záver, že tendencia k tvorbe defektu nie je nič špecifické pre endogénne alebo schizofréne. Navrhuje preto etiologicky neutrálny, nešpecifický pojem „všeobecný reziduálny psychosyndróm“. I keď sa mi zdá otázne, či sa tento termín vžíja, pretože výskum priebehov je v začiatkoch a skôr sa pátra po rozdieloch, nuansách, diferenciách, predsa však poukaz na psychopatologickú podobnosť mnohých neurotických terminálnych stavov s lokálnymi mozgovými a endogénnymi defektmi má cenu pre vedecké a praktické posúdenie neuróz a vyžaduje si starostlivé premyslenie konzekvencií.

Neurózy v starobe sú vo všeobecnosti diagnostikované zriedkavejšie než v prvej polovici života.

SPIEGELBER a BETZ /551/ našli pri štúdiu 1001 anamnéz signifikantný pokles frekvencie neuróz v starobe /je menšie 0,001/ u všetkých foriem neuróz, aj u depresívnej.

Zážitkovo-reaktívne zmeny

V súvislosti s osudom osôb prenasledovaných za nacionálneho socializmu sa veľa diskutuje o probléme neurotických, chronických priebehových foriem, čiže exogénnych zmien osobnosti, o ktorých bola zmienka na začiatku kapitoly. Výsledky pozorovaní z mnohých krajín a z rôznych prameňov /kliniky, posudková prax, psychoterapeutické ambulancie/ podnietili U.VENZLAFFA /608/ ku konštatovaniu /1/, že sú medzi týmito prácami, idúcimi až do detailov, pozoruhodné zhody, /2/ že nemožno pochybovať o existencii špecifického komplexu porúch, o existencii syndrómu s psychickými poruchami u prenasledovaných, a /3/ že otázka súvislosti tohto syndrómu s prenasledovaním môže byť pokladaná za dokázanú. /380// Internacionálne a nemecké výsledky sledovania tejto problematiky boli zahrnuté v 3 základných knihách: WENZLAFF /607/, BAEYER, HÄFNER a KISKER /19/, ďalej PAUL a HERBERG /438/. V dôležitých bodoch sa títo autori zhodujú. Za syndrómové jadrá psychických následkov prenasledovania sa považujú *chronické úzkostné reakcie, depresia a astenia*, ktoré sa po určitej latencii objavujú najčastejšie s blandnými symptómami *exhauscie* /19, 438/. Pre klinický výskum neuróz sú dôležité hlavne dve veci. Popri aktuálnych zážitkoch, reakciách a exhaustívnych stavoch možno pozorovať tiež *trvalé následky vyvolané zážitkami*. Pri polarizácii na reakcie a neurózy a pri známych dynamických pozadiach možno predpokladať, že pri abnormných zmenách osobnosti ide o kombináciu ťažkých záťaží s určitými predpokladmi premorbidnej osobnosti. V každom prípade nás existencia „*zážitkovo reaktívnej zmeny osobnosti*“ /607/ núti k revízii dlho perzistujúcej mienky, že ohrozujúce, otrasné a ťaživé zážitky nemôžu zanechať žiadne *trvalé* psychické následky. Nové skúsenosti teda ukázali, že psychická záťaž má svoje hranice, prekročenia ktorých môže vyvolať trvalé škody, i keď nás na druhej strane klinická prax denne učí, že plasticita človeka je vo všeobecnosti skutočne veľká aj pri veľkých stresoch /nehody, vojna, straty/. Bolo opísané, za akých okolností vedie záťaž k trvalým škodám. Zatiaľ zostávajú otvorené otázky, akým spôsobom extrémne vplyvy vyvolávajú abnormné zmeny osobnosti. WENZLAFF hovorí o „*vysoko patogénnych záťažových situáciách*“ /608/. Môže

ísť o sumáciu patogénnych podnetov alebo snád' o predchádzajúce oslabenie zdravej psychickej plasticity /ev. v súvislosti so sociálnou izoláciou, s hodnotovou degradáciou, stratou práv osobnosti, s trvalou bezvýchodnosťou a absenciou úľavy/.

Druhý fakt, ktorý je dôležitý pre výskum neuróz a ktorý vyplynul z pozorovania týchto priebehov, zdôraznil BAEYER, HÄFNER a KISKER /19/. Doterajšie chápanie traumy v psychiatrii, ale aj v psychoanalýze, je príliš úzke, a neposkytuje dostatočné vhľady do abnormného spracovania a extrémnych záťaží. Uvedení autori odporúčajú zamerať sa na „traumatický deformovaný vzťah ku svetu“ u vykorenených.

Ďalšie konzekvencie pre kliniku a teóriu neuróz je treba zo zážitkovo reaktívnych syndrómov a zmien osobnosti odvodzovať len s veľkou opatrnosťou. Ostatné životné situácie sotva možno porovnávať s veľkými komplexnými, extrémnymi záťažami. Snád' aj pri traumatických neurózach iného druhu prislúcha väčší význam zneisteniu v interpersonálnych vzťahoch a izolácii, než sa dosiaľ malo za to predpokladať.

RODINA A VÝVOJ

Neurózy a endogénne psychózy u rodinných príslušníkov

ERNST /145/ vo svojom literárnom prehľade dochádza k názoru, že pre niektoré neurotické syndrómy je dobre doložený familiárny výskyt /hystérie, chronické úzkostné neurózy, obsedantné neurózy a neurotické depresie u príbuzných prvého stupňa/, //381//.

Pretože hereditárna dedičnosť zatiaľ nebola jednoznačne dokázaná, diskutuje sa o sociálnom „dedení“, o prenose podmienenom prostredím. Väčšina odborníkov zastáva názor, že vplyvy prostredia prevažujú, zúčastňujú sa však v rôznej miere aj vplyvy hereditárne. Podľa DUHRSS-NOVEJ /113/ diskusia prebieha väčšinou v rámci sporu, či je pomer váh 60%: 40% alebo opačný.

Výskyt endogénnych psychóz u rodičov a súrodencov neurotických pacientov nebol dosiaľ zistený vyšší než je tomu v celkovom obyvateľstve. Výnimku tvoria sledovania príbuzenstva u klinicky liečených neurotikov.

V príbuzenstve poliklinicky liečených neurotikov sa nezistila zvýšená morbidita na endogénne psychózy, ktoré by vyžadovali hospitalizáciu. ERNST /145/ z toho uzatvára, že z aspektu rodinnej anamnézy „sa ambulantné neurózy nejavia ako okrajové alebo abortívne formy endogénnych psychóz, ale ako samostatné, zvláštne poruchy. Inak vyjadrené: neurózy a endogénne psychózy nepatria k tomu istému typu familiárnej záťaže“.

Ojedinelé správy o zvýšenej morbidite na endogénne psychózy u príbuzných /prvého stupňa/ hospitalizovaných neurotikov interpretuje ERNST tak, že ide o odlišné súbory, v ktorých sú častejšie hraničné prípady, depresie a charakterové poruchy, ako u ambulantne liečených neurotikov.

Nepriaznivé vplyvy prostredia v ranom detstve a genetické faktory

/broken-home, narušené rodiny, výskum dvojčiat/

Hrubo narušené prostredie v detstve pri chýbaní oboch alebo jedného rodiča sú pre štatistiku „tvrdými dátami“, takže sú často vyhodnocované a uvádzané.

ERNST /145/ kriticky píše, že čím sú tieto štatistiky dôkladnejšie a väčšie tým viac ich výsledok ukazuje nečakaný fakt: pacienti s endogénnymi psychózami a neurózami a tiež celkové obyvateľstvo, zažije asi v 30-35% vo veku mladšom ako 16 rokov „broken-home“. O rok neskôr /146/ pri porovnaní v rodine až do 15. roku života ukazuje, že nepriaznivé vplyvy rodiny sa u schizofrenikov príliš nelíšia.

Tieto výsledky sú rozporné v jednom: ERNST sa domnieva a poukazuje pri tom na niektorých autorov, že z hľadiska štatistického nie je pre vznik neurózy a jej prognózu významný ani vek, v ktorom k „broken-home“ dôjde. Naproti tomu Midtown-Manhattan- Study /321/ ukázala, že pri „broken-home“ pred 7. rokom života boli neurotické vývoje častejšie. Keď pozorujeme množstvo neurotických vývojov a podrobne študujeme jednotlivé fázy, nevyhnutne musíme dôjsť k záveru, že rozhodujúce nie sú také veľké fakty ako nemanželské dieťa alebo chýbanie rodičov, ale dôležité sú interpersonálne emočné vzťahy, ktorých porucha je najviac škodlivá. Takéto poruchy sú niekedy spojené s „broken home“, niekedy sú však nepriaznivé danosti dobre kompenzované starými rodičmi alebo opatrovníkmi, niekedy však aj pri zdanlivo usporiadaných vzťahoch medzi rodičmi je v rodine dusivá, škodlivá atmosféra.

Pri vyšetrení 300 stacionárne liečených pacientov s rôznymi rokmi narodenia /534/ som zistil i vysoký percentuálny podiel „broken-home“ v detstve. Inkompetentné rodiny v prvých 7 rokoch života som našiel u 41% pacientov z predvojnových rokov //382//. Pri bližšom vyšetrení sa však neúplná rodina sama o sebe neukázala ako patogénna. V Nemecku bola nekompletnosť rodiny v čase vojny pravidlom. Práve pri tomto veľkom experimente sa však ukázalo, že chýbanie otca alebo matky, alebo iné ťažké záťaže /bombardovanie a pod./ nevedú k neurotickým vývojom, ak dieťa žije v dobrých interpersonálnych vzťahoch. Anamnézy ukázali, že pri neurotických vývojom možno vždy pozorovať špeciálne poruchy afektívnych vzťahov. ANNA FREUDOVÁ a DOROTHY BURLIGHAM /179/ urobili v Londýne podobné pozorovanie, že malé deti vo veku do 3 rokov dostali pri bombardovaní strach len vtedy, ak matka neposkytovala dostatočnú ochranu a istotu, alebo aj sama signalizovala úzkosť. Tiež HAU /230/ pozoroval, že i pri ťažkých záťažach pri vojnových pomeroch museli pristúpiť ďalšie faktory, aby sa vyvinula neuróza. Podstatný bol narušený postoj voči dieťaťu. Vychádzať preto len z „broken-home“ pomerov je nesprávne. Domáci hospitalizmus vzniká vtedy, keď v prvých rokoch života je síce matka alebo opatrojúca osoba prítomná, v prežívaní dieťaťa sa však neprezentuje. Dieťa v prvých rokoch života je vo svojom vývoji odkázané na množstvo citových, preverbálnych a verbálnych stimulov, ktoré pôsobia ako kľúčové podnety. Ich chápanie alebo komunikatívna porucha môže byť vlastnou traumou.

Rozhodujúci význam pre pôsobenie nepriaznivých afektívnych vplyvov tohto druhu majú podľa mnohých pozorova-

vaní /60, 61, 522, 527, 535, 558, 559 a i./ vek a stupeň zrelosti, a s tým spojená psychická schopnosť spracovania. Patogénne vplyvy môžu vyvolať naj ťažšie poruchy v prvých 18 mesiacoch života. BOWLBY pred takmer 20 rokmi sumarizoval na žiadosť WHO fakty o škodlivých vplyvoch v ranom detstve, ktoré boli pozorované v rôznych krajinách. V poslednej dobe tento prehľad doplnil /61/.

Nasledujúci stručný prehľad je len malým výsekom empirických dát, ktoré uvádzajú BOWLBY /60, 61, /, SPITZ /559/, DUHRSEN /114a NATHALIE AHAINESS /537/.

Kritickému výskumníkovi je jasné, že ťažké poruchy nemajú jednoduchú kauzalitu, ale sú vyvolané komplexnými podmienkami, ktorých bližšie objasnenie je dnes ešte predmetom výskumu. Tak BOWLBY /60/ ako aj SPITZ /559/ a DUHRSEN /114/ sa zmieňujú o význame konštitutívnych faktorov, pretože pri približne rovnakých nepriaznivých podmienkach sú následky rôzne a niektoré deti zostávajú relatívne zdravé.

Výsledky výskumu dvojčiat /62, 264, 277, 541, 542, 544, 598/ sú síce značne divergentné, výsledky štúdií v Tiefenbrune avšak hovoria pre to, že etiologicky sa rôzne podieľa-

jú ako vplyvy prostredia, tak aj genetické faktory. Pozoruhodný je súčasný nástup neurotických symptómov u jednovaječných dvojčiat, ktoré žili po pôrode oddelene /274, 542/. Sú to však predsa len ojedinelé pozorovania. napr. JUEL NIELSON /277/ uvádza 3 prípady. Podľa doterajších, nie príliš rozsiahlych výsledkov sa zdá, že hereditárne faktory sa zúčastňujú pri obsedantnej neuróze.

Pri *včasných škodlivých vplyvoch prostredia* v ranom detstve je centrálna otázka materskej starostlivosti /387/. Dôležité je, nakoľko má dieťa uspokojované elementárne potreby a nakoľko sa namiesto toho musí potýkať so zdrojmi strachu a úzkosti, ktoré hatia zdravý vývoj. V ďalšom veku nadobudnú všetky interakcie v rodine diferencovaný formujú vplyv. Pre teóriu neuróz by bolo dôležité zohľadniť takého fakty. Rámec, v ktorom však teraz pojednávame o klinike neuróz, nám to nedovoľuje. Patrí sem aj štúdium 20% rodín neurotických pacientov, ktoré sa zdajú „nenápadné“ /140/. Ide pri tom o „pseudonenápadnosť“? V novších výskumoch rodiny sa objavujú správy o komunikačných poruchách a patologickej psychodynamike, ktorá nemusí byť hneď zjavná a nápadná.

Tabuľka 6: Insuficientné vzťahy medzi matkou a dieťaťom

Autor a rok vydania	Vek dieťaťa	Vplyvy prostredia, etiologické faktory	Reakcie a symptómy	Obdobie vzniku
DURFEE a WOLF 1933	Dojčatá v domove	Chýba starostlivosť matky, nedostatok podnetov.	Fyzické a psychické zaostávanie, ktoré sa stupňuje s dĺžkou pobytu v ústave. Klesá vývojový kvocient.	Pod 3 mesiace sa nedá dokázať žiadne poškodenie
RIBBLE 1943	Dojčatá	Chýba materská starostlivosť.	Ťažké fyzické a psychické škody.	
SPITZ a WOLF 1946	Pod 6 mesiacov	Chýba materská starostlivosť /inštitúcie/.	Chýba reakcia smiechu na adekvátne podnety.	
BRODECK a IRWIN	Dojčatá pod 6 mesiacov	Chýba materská a rodinná opatera. V sirotinci.	Menej frekventné a menej intenzívne hlasné prejavy než u detí v rodinách.	Rozdiely oproti deťom v rodinách možno pozorovať pred 2. mes. života
BAKWIN 1949	Pod 6 mesiacov	Chýba materská opatera /v domovoch, inštitúciách, klinikách/.	Bledosť, chudnutie, nezúčastnenosť, relatívna nehybnosť, pokoj, chýba reakcia na vonkajšie podnety, indiferentný apetít, napriek dostatku potravy nepriberajú, častá stolica, zlý spánok, malá odolnosť voči infektom.	V prvých 4 týždňoch žiadne následky. Po tomto období často už niekoľko dní po izolácii od matky.
SPITZ 1945, 1946	Dojčatá 1 rok	Chýba materská opatera /v nálezincov/.	Psychické a fyzické symptómy hospitalizmu, katastrofálna regresia VQ podľa HeTZERA-WOLFA zo 124 na 72 v 1.roku života. Marazmus.	Od 3. mesiaca extrémna vnímavosť na infekty. 2 ročné karmnézy: 37% detí zomrelo. Úmrtnosť v tomto veku v obyvateľstve je len 0,5%.
		Kontrolná skupina: deti v kojeneckých ústavoch – s matkou.	Deti aktívne, čulé. Na konci 1. roku stúpa VQ zo 101,5 na 105.	

SPITZ 1946	Deti, ktoré boli 6-8 mes. separované od matky	Deprivácia uspokojivých vzťahov s matkou v 6-8 mesiaci.	Anaklinická depresia, schodovitý vývoj, deti sú plačlivé, náročné, príľnavé.	1. mesiac po izolácii
			Plač prechádza do revu, straty váhy, VQ stagnuje, vyhánanie sa kontaktu, nespavosť, motorické spomalenie so strnulým výrazom v tvári. Ďalšie straty váhy. Prechod k trvalému syndr. hospitalizmu.	2. mesiac 3. mesiac 4.-5. mesiac
GESELL a AMATRUDA 1947	Dojčatá a deti do 1,5 roka	Chýba materská starostlivosť. V inštitúciách.	Zníženie záujmov a reaktivity, začiatok zreteľnej retardácie sedenia, prílišná bojzlivosť pred cudzími.	8-12.týždeň. 12.-16. týždeň
			Celková retardácia, málo diferencovaná mimika, malá iniciatíva, senzomotorické stereotypie.	24.-28. týždeň
			Bezradnosť v nových sociálnych situáciách.	44.-48. týždeň
			Retardácia vývoja reči.	12.-15.mesiac
SIMONSEN 1947	1-4 roky	Materská starostlivosť chýba od narodenia.	VQ horší ako u detí v rodinách s nepriaznivými pomermi.	Rozdiely vo všetkých vekových skupinách 2-3-4 ročné
ROUDINESCC a APPELI 1950	1-4 roky	Deti v domovoch bez matky najmenej 2 mesiace.	VQ podstatne nižší ako u detí v rodinách /59:95/ pri emocionálnom kontakte náhradnou matkou stúpa VQ až k norme.	
DUHRSEN 1958	6-7 rokov	Prvé roky života v ústave.	Nepriaznivé IQ, v 80% porušený vývoj v škole, sú odmietaní alebo prepadajú. Cez 80% má neurotické symptómy a rovnako často narušené sociálne správanie.	V predškolskom veku
		Prvé roky života v opatere rodiny.	Napätosť, úzkosť, závislosť na prejavoch súhlasu, pochvale. Cez 70% neurotické a sociálne poruchy.	Pred začiatkom školského veku
		Pri ústavnej opatere v minulosti až do 2 rokov.	Celkove nepriaznivý vývoj. Porucha abstrakčnej schopnosti chápania detailov a pamäti.	Čím včasnšie poškodenie, tým trvalejšie následky
		Prvé roky života v rodine.	Kontrolná sk. s priaznivejším vývojom v každom ohľade.	
RIBBLE 1938	novorodenci	Odmietanie dieťaťa.	Prekomat. stupor, potom nebezpeč. komat. stavy s výraznou bledosťou zníž.senzibili.ev.CH.-Stokes. dýchaním.	Krátko po pôrode
SPITZ a WOLF 1949	Dojčenský ústav do 1 roka	Extrovertované matky s intenzív. alloplastickými kontaktmi, striedaním afektov /medzi nežnosťou,	Stereotypné pokyvovanie sa, jaktácie soc. vývoja v zaobchádzaní s materiálom.	V1.roku života. Manifest. v prvých 8 mes.života nie je patolog. / infaltilná

		rozmažňaním a výbuchmi nepriateľstva/. Rozporné inkonzekventné správanie matky.		forma narcist. správania./
	Malé deti v dojčenskom ústave	Alternujúce výkyvy nálady, väčšinou vážne narušených, zväčša psychotických matiek.	Hranie sa s fekáliami, koprofagia. Mnoho koprofílných detí utrpelo nehody zavinené matkou. /pády, popáleniny atď./	1.rok
ROBERTSON 1Q46	20 detí v 1. roku s dobrou materskou opaterou	Dobrá materská opatera, uspokojovanie potrieb dieťaťa. Dobrá vývoj komunikácie, dobrý repertoár schopností. Adekvátne reagovanie na afekty a nálady kojenca. Zrakový a taktilný kontakt. Hovorenie s dieťaťom od najvčasnejšieho obdobia. Láskyplná pozornosť voči dieťaťu a hravé podporovanie rozvíjajúcich sa funkcií.	Dobrá vývoj všetkých 20 detí, včasné reagovanie na matku. Dobrá vývoj komunikácie. Dobrá repertoár funkcií. Dieťa dobre odlišuje matku od druhých. Všestranná komunikácia. Stupňuje sa radosť pri pohybe. Dobíjanie sveta pomocou matky. Všetkých 20 detí je čiperných, sú aktívne, schopné prejsť sa, žiadne z nich sa nevyvíja zle.	Prvé 2 mesiace 2,5-3. mesiace 4-6 mesiacov Od 6. mesiaca 12. mesiac
	5 detí v 1. roku	Abnormné správanie matky, nedostatočný ohľad na afektívne potreby dieťaťa. Chýba láskyplná komunikácia, nezúčastnenosť, odmietavé alebo ambivalentné správanie matky.	Zlý celkový vývoj všetkých 5 detí, ktorý sa podobá následkom organických defektov. Vo všetkých fázach horšia komunikácia, nedostatočné pokroky vo vývoji funkcií a schopností.	1.-12. mesiac
ROBERTSON 1964	5 detí v 1. roku	Abnormné správanie matiek.	Žiadne z 5 detí sa nevyvíjalo uspokojivo. Katamnéza 5 detí ukázala ešte v 4 rokoch ťažké poruchy vývoja	12 mesiacov 4 roky
SANDER a JULIA 1966	Novorodenci v prvých 10 dňoch	Stacionárna starostlivosť.	Vystupňované motorické správanie a kričanie. Interakcia medzi ošetr. personálom a novorodencom je horšia ako v kontr. skupine /dieťa pri posteli matky „rooming-in““/.	Okamžité snímanie aparátúrou.
SPITZ 1967	Dojčatá pod 3 mesiace	Úzkostlivo prehnaná starostlivosť matky.	Kolikovitá bolesť, niekedy ľahké hnačky /kolika 3. mesiaca/.	Medzi 3 týždňom až do konca 3 mesiaca
	Dojčatá pod 3 mesiace	Odmietanie materstva alebo dieťaťa matkou.	Ťažkosti pri kojení, vracanie, prekomatózny stupor ev. koma.	Od prvých dní života
	Dojčatá pozorované 1 rok alebo dlhšie v trest. zariadení	Novorodenci majú zvýšenú kožnú dráždivosť /dispozitívny faktor/ a prežívajú infantilné, odmietavé správanie matky. Nepriateľstvo je maskované úzkosťou. Matky sa o deti nerady starajú a nerady sa ich dotýkajú.	Ekzémové kožné afekcie, zvlášť v miestach zhybov „kojenecký ekzém“, plačlivosť, retardácia schopnosti napodobňovať učenie sa a soc. vzťahov.	V druhej polovici 1.roka

	1.-2.rok	Vedome kompenzované nepriateľstvo matky /napr. prehnanou jemnosťou/. Extrovertované, hlučné, často agresívne správanie otca.	Hyperaktivita. Retardácie sociálneho vývoja. Naproti tomu veľká zručnosť v zaobchádzaní s materiálom. Narastá agresivita.	Objavuje sa väčšinou v druhom roku života
--	----------	--	---	---

IVY BENNET /38/ pri porovnávaní rodín neurotikov s rodinami delikventov, našiel viac narušené rodiny u delikventov. V rodinách neurotických detí bol aspoň jeden z rodičov neurotický. Deti robili spravidla dojem poslušných, dobre vychovaných detí. Zreteľná bola korelácia medzi správaním rodičov a reštrikciou detí.

HENSLER /245/ upozornil na rôzne faktory neurotického vývoja, ktoré sa často prehliadajú a preto sú aj väčšinou neliečené. Patria sem zvlášť deti, ktoré sú prehnané dobré, poslušné, tiež však hypermotorické a jednostranne zamerané na výkon a povinnosť.

Modelovú štúdiu o súvislostiach medzi atmosférou v rodine, sociálnou a afektívnou konšteláciou v rodine a neurotickou symptomatológiou, demonštrovala DUHRSSNOVÁ na jednom WHO seminári /113/ a neskôr v teoretickom pojednaní s množstvom príkladov /116/. Veľký význam pri neurotizujúcej atmosfére v rodine, ktorá pôsobí na dieťa, pripisuje sociálnym problémom, interakciám medzi generáciami v dnešných rodinách a fixným ideológiám.

Puberta a adolescencia

Nový úsek života, ktorý sa začína pubertou, prináša so sebou nielen oživenie starších psychosexuálnych konfliktov /180/ a je nielen záťažovou skúškou skôr osvojeného správania, ale pubertu možno považovať aj za samostatný nový začiatok v psychickom a psychosociálnom procese /385/.

Z psychopatologických syndrémov, ktoré sa v tomto období objavujú, vyzdvihol J.E.MEYER /385/ tie, ktoré sa vyskytujú takmer len v puberte: napr. depersonalizačný syndróm a mentálnu anorexiu. Môžeme sem zaradiť aj vnútorné vyrovnávanie sa s vlastným telom a jeho nápadnosťami. Krízy zrenia, ktoré majú relatívne dobrú prognózu, by sa mali odlišovať od pokračovania neuróz, ktoré začali v detstve.

Pri longitudinálnych štúdiách sa nepozoroval významnejší výskyt neurotických symptómov v adolescencii /146, 527/. V štatistických prehľadoch strmo stúpa frekvencia výskytu neurotických ochorení počas adolescencie a dosahuje vrchol v 20.-25. roku /275/. ERNST /146/ ukázal, že ani traumatický zážitok menarche pri nedostatočných alebo nesprávnych informáciách od rodičov, nebol v štatisticky významnej časovej súvislosti s manifestným začiatkom neurózy, i keď neurotický vývoj osobnosti ovplyvnený bol /383/. Domnieva sa, že medzi neurotickým vývojom osobnosti a začiatkom symptomatológie je „fáza latencie“. Takúto fázu latencie pozorovali aj mnohí iní, zatiaľ je však len veľmi málo známe o jej priebehových zákonitostiach.

Sociálne uplatnenie, manželstvo, rodina a generačné procesy

Pracovné uplatnenie, či spôsobilosť neurotikov je z hľadiska štatistického relatívne priaznivá /145/, i keď absencie pre chorobu sú časté. Oprieť sa zatiaľ môžeme hlavne o výsledky SHEPHERDA a COOPERA a spol. /539/ a zostáva otvorené, či tieto skúsenosti nebudú musieť byť korigované, keď do štúdie budú zahrnutí aj pacienti praktických a odborných lekárov z iných oblastí.

SHEPHERD a spol. pozorovali, že pri kombinácii chronických neurotických a chronických somatických ochorení zostalo plné alebo čiastočne práce schopných 41,5% pacientov, zatiaľ čo pacientov, ktorí boli len chronicky somaticky chorí alebo chronicky neurotickí, bolo 17,4%.

Sociálny vzostup je u neurotikov častejší ako v celkovej populácii /254/. CREMERIUS /95/ bol prekvapený veľkým podielom pacientov so sociálnym vzostupom vo svojej štúdii /26-32%/ a v analýze diskutuje o možnosti, že snaha po vzostupe by mohla byť pokusom o kompenzáciu neurotických konfliktov. STUBER /581/ analyzoval, ktoré súvislosti hrajú rolu pri „neurózach so vzostupom“. Našiel ich v 2% z 1000 stacionárne liečených neurotikov. Registrácia vzostupu a pracovnej schopnosti poskytuje málo podkladov pre posúdenie neurotických pracovných porúch, neurotickej voľby povolania /116/ a faktického zlyhania.

Štatistické údaje o uzatváraní manželstva, rozvodoch a výchove detí značne divergujú. Jednoduché spočítanie skrýva mnohé omyly. Rodiny, ktoré sa navonok javia ako neporušené môžu byť v skutočnosti zaťažené ťažko neurotickými vzťahmi medzi partnermi. Mnohé neurotické manželstvá zostávajú i napriek veľkému utrpeniu a nešťastiu nerozvedené, pretože členovia rodiny sú navzájom pripútaní nepriznanými náhradnými neurotickými ukojeniami. Neurotické ukávanie na druhých môže byť pre týchto veľmi škodlivé a môže viesť unich k reaktívnej symptomatológii /rodinná neuróza/. Pri každej neuróze vznikajú aj interpersonálne symptómy, ktoré vedú k opakujúcim sa medziľudským konfliktom. I samotné uzatvorenie manželstva môže byť neurotickým symptómom alebo náhradou za symptóm.

V posledných rokoch sa potvrdzujú a rozlišujú skúsenosti, že neurotici zakladajú opäť *neurotické rodiny* /43, 146, 262, 480/. Praktická disharmónia /583/ sa v žiadnej oblasti neuplatňuje tak nepriaznivo vo svojich následkoch no vývoji detí, ako pri neurotickej voľbe partnera alebo pri neurotickom založení rodiny. Výskum interakcie rôznych členov rodiny priniesol dôležité poznatky o vzájomných afektívnych vzťahoch a konfliktach, ktoré vyvolávajú. V poslednom desaťročí vzrástol záujem o výskum rodiny, o dynamiku interakčných štýlov a procesy identifikácie a to nielen v psychoanalýze, ale aj na poli sociálnej psychiatrie.

Nie nepodstatný vplyv na tento vývoj mali rozsiahle štúdie rodinných vzťahov schizofrenikov v USA /Yaleská výskumná skupina okolo TH. A RUTH LIDZ a FLECK, Palo-Altská skupina v Kalifornii okolo BATESONA a JACKSONA, Bethestská skupina okolo BOWENA, WXNNEHO a SINGERA, a iné významné centrá. Literatúra /641, 262, 216, 399/. Podnet k diferencovanejšiemu výskumom v neurotických rodinách dal objav silne patologických interakcií, ktoré sa skrývajú za maskou zdanlivo normálnych rodinných vzťahov.

Základné funkcie a vývojové štádia skupiny sú skúmané z rôznych aspektov a vo vzťahu k *rodinnej dynamike*. Klinické skúsenosti viedli k hypotéze, že rodinná dynamika a spôsob komunikácie sú v špecifickom vzťahu k neurotickým typom správania a symptómom.

Vychádzajúc z interakcie dynamických síl bola vyvinutá koncepcia rodinnej homeostázy /265/, pričom sú zohľadňované aspekty teórie komunikácie: Uzatvorený informačný systém rodinných interakcií. V neurotických rodinách sa preveroval vplyv špeciálnych typov komunikácií, napr. pseudovzájomná výmena informácií, pseudospoločenstvo a pseudonepriateľstvo /pseudomutuality/ /1236/, situácia dvojnej väzby dieťaťa, alebo partnera pri nesplniteľných alebo rozporných požiadavkách /620, 664/. EHRENWALD /126/ opisuje vo svojej knihe rôzne neurotické štýly interakcie a k nim patriace typické poruchy rodiny.

V Nemecku rozpracoval teóriu roly vo vzťahoch rodiča - dieťaťa, RICHTER /477/. V neurotických rodinách je pacient pravidelne vystavený rozporným očakávaniam jedného alebo viacerých členov rodiny.

RICHTER /480/ prispel tiež ku klasifikácii neurotických porúch rodiny - opísal tiež znaky a dynamiku dvoch rozdielnych typov: „rodinné neurózy so symptómami a „rodinné charakterové neurózy“.

Zvlášť nápadné sprievodné príznaky narušených rodinných vzťahov sú *poruchy plodnosti, gravidity a postpartálne neurózy* u neurotických žien. Všetky poruchy v súvislosti s materstvom sú podľa štatistík pozoruhodne časté ERNST /146/ : 43%; SCHWIDDER /530/ : 67% stacionárne liečených neurotických žien/. Divergencia vo výsledkoch je z časti spôsobená odlišnosťou pacientúry napr. v mojej štatistike je podstatne viac slobodných matiek/.

Na základe týchto výsledkov sú žiaduce účinné preventívne opatrenia. /ERNST - 146: „Rodina, generačné pochody a materstvo majú tak zriedka priaznivý a tak často nepriaznivý vplyv na priebeh neurózy, že sme nútení konštatovať, že lekár robí chybu, keď radí neurotickým pacientom aby vstúpili do manželstva.

Morbidita neurotikov

K tomu, aby sa s istotou dala posúdiť celková morbidita neurotikov, chýba ešte dostatočný počet dôkladných a porovnateľných longitudinálnych štúdií. Takúto detailnú štúdiu previedol DOWNES a KATHERIN SIMON /108/ z východného Health-District Baltimore. Uvádzajú častý výskyt

akútnych a chronických somatických ochorení /psycho-somatických?/ u psychoneurotikov a členov ich rodiny.

Akútne ochorenia respiračného traktu, úrazy a iné akútne ochorenia boli podstatne častejšie než v kontrolovanej skupine. Najväčšia bola táto diferenciacia pri poraneniach. Chronické ochorenia /choroby srdca, hypertenzia, vaskulárne choroby, diabetes, reumatická horúčka, artritída a i./, ktoré sa objavili skorej, alebo až v sledovanom období obnášali 27 pacientov z 90. Členovia rodiny mali chronické ochorenie v 27% oproti 15% z 828 kontrolných rodín.

Aj výsledky výskumu v Londýnskej všeobecnej praxi /539/ viedli k záveru, že celková morbidita neurotikov je vyššia než u iných pacientov. Vyhľadávali lekára častejšie, v štatistike pripadalo viac kategórii chorôb na osobu než u iných pacientov. Častejšie boli pozorované aj chronické somatické choroby, často úzko spletené so somatickými symptómami.

Deti neurotických žien ochorejú častejšie na rôzne choroby a na emocionálne poruchy, než deti pacientov v kontrolnej skupine.

Zdá sa, že Londýnske výsledky vyvracajú hypotézu, že zvýšená morbidita neurotických pacientov súvisí so zvýšenou potrebou ochrany a lekárskej starostlivosti. Potrebné však ešte bude starostlivé preskúmanie tejto problematiky.

ŠPECIÁLNA ČASŤ

ÚVODNÉ ASPEKTY KU KLASIFIKÁCII A ETIOLÓGII NEURÓZ

Rozdelenie neuróz podľa foriem manifestácie, ktoré som zvolil, zodpovedá aj dnešnej medzinárodnej klasifikácii. /WHO: I.C.D.8. revízia/.

BRÄUTIGAMOVA poznámka /66/, že systematike neuróz bola v psychoanalytickej literatúre venovaná relatívne malá pozornosť, platí až do druhej polovice štyridsiatych rokov. Po vydaní FENICHELOVEJ „Psychoanalytic Theory of Neurosis“ /164/ je zo strany rôznych psychoanalytikov venované opisu a vymedzeniu neuróz viacej pozornosti /64, 65, 66, 72, 116, 308, 322, 346, 522/.

Pretože zatiaľ neexistuje všeobecne uznávaná systematika, boli za východisko zvolené hlavné symptómové obrazy v oblasti psychických a charakterových manifestácií /viď tab. 8/.

O podmienkach manifestácie neurotických symptómov existuje rozsiahla literatúra.

V psychoanalýze sú objavené súvislosti opísané pod nadradenými pojmami „voľba neurózy“ /182/, „voľba symptómu“ /522/. FREUD formoval psychoanalytickú teóriu vzniku symptómu stručne a jasne: „Symptóm je prejavom a náhradou neukojeného pudu, je to úspech pochodu potlačenia“ /v „Hemmung, Symptom und Angst“ - 182, //391//.

Tabuľka 8

Prevažne psychické manifestácie /porucha prežívania ako symptóm/	Prevažne charakterové manifestácie /poruchy správania ako symptóm/
Konverzná neuróza /„hystéria“/	Charakterové neurózy /abnormné správanie na báze neurotických štruktúr/
Úzkostná neuróza	
Fóbie	
Obsedantná neuróza	Hysterické, obsedantné-neurotické, depresívne a schizoidné charakterové neurózy.
Neurotická depresia	
Hypochondrický syndróm	
Depersonalizačný syndróm	
Schizoidné - neurotické reakcie	Neurotická spustnosť /zanedbanosť, Verwahrlosung/ Neurotická závislosť a toxikománia. Neurotic. perversie
Iné psychoneurotické syndrómy. /napr. tzv. neurastenia/	

Podľa vývodov S. FREUDA a naposledy menovanej práce, možno posledné slovo v citáte nahradiť pojmom „obránný mechanizmus“, ktorého špeciálnym prípadom je potlačenie. V zmysle teórie libida je pudové ukojenie sexuálnej povahy, symptóm je teda deformovaný ukojením. Slovo „úspech“ v definícii zvädza do istej miery na scestie, pretože FREUD na množstve príkladov ukázal, že symptómu v obranom mechanizme prislúcha význam pomocnej funkcie. Ak sa JA (egu) nepodari obrana voči sexuálnym impulzom, ktoré vedú k úzkosti, potom ďalšiu obranu preberá symptóm, ktorý je teda stretom ID a obranných síl.

Výsledky psychoanalytických pozorovaní sa u takmer všetkých škôl zhodujú v tom, že neurotické symptómy sú sprievodnými prejavmi nevydareného obranného pochodu. Obrana sa týka hlavne sexuálnych a agresívnych impulzov /186, 257-261, 520-523, 583-585/, pričom o ich hlbších motivačných zdrojoch vznikli rôzne hypotézy. Zhoda je ďalej v tom, že v základoch každého spracovania, ktoré vedie k symptómom, je prítomný strach a úzkosť, ktoré vlastne obranné mechanizmy dávajú do pohybu.

Výskumy dvojčiat a rodín neurotikov ukázali, že je pravdepodobné, že na dispozícii k neurotickej tvorbe symptómov sa podieľajú ako *hereditárne faktory*, tak aj *sociálny prenos problémov z rodičov na dieťa*. Obidva tieto faktory spôsobujú zrejme zvýšenú pravdepodobnosť ochorenia na rovnaké symptómy v rodine /70, 113, 145, 200, 576, 935/. Zatiaľ čo dispozícia k neurózam je podmienená exogénnymi a endogénnymi faktormi, špeciálne chápanie neurotickej štruktúry a manifestácia symptómov je podľa skúsenosti väčšiny bádateľov, podmienená vplyvmi prostredia, životnou históriou. Vyvolávajúca situácia a psychodynamiky zapadajú do seba ako kľúč do zámku.

KONVERZNÁ NEURÓZA /tzv. HYSTÉRIA/

O „takzvanej hystérii“ hovorím preto, lebo takto označovaný syndróm potrebuje naliehavo nové pomenovanie. V bežnej hovorovej reči sa slovo „hystéria“ stalo nadávkou. Diagnostické označenie by preto malo byť premenované podľa vedúceho symptómu na „konverznú neurózu“. Tento termín je už v USA omnoho častejší ako u nás /322/.

Klinické symptómy

Psychické a somatické manifestácie

Klasická „hysterická“ neuróza bola opísaná hlavne v súvislosti so štyrmi syndrómami; sú to:

1. Symptómy patologického spracovania úzkosti //392//.
2. Konverzné symptómy.
3. Poruchy vedomia.
4. Funkčné sexuálne poruchy.

Poruchy prežívania a poruchy somatických funkcií spolu vždy úzko súvisia. Prejavuje sa to tiež v medicínskej interpretácii symptómov ako do somatiky transformovaných impulzov, tajných túžob, ako „telovej reči afektov“, ako symbolický výraz rôznych psychických spracovávaní úzkosti a konfliktov.

Konverzne neurotická úzkosť ohrozuje vždy svojim dezintegrujúcim účinkom. Mnohí hystericci jej dávajú svoj výraz, pričom prejavujú silnú úzkosť, napr. hlasno revú, iní sa dostanú do afektívnych a motorických stavov vzrušenosti, ktorých masívnosť pri nepatrných podnetoch často udiví pozorovateľa. Niekedy sa pacientom podarí ovládnuť afekty, potom nastupujú hlavne motorické a senzibilné symptómy /svalové napätia a obrny, rôzne parestézie/. Pri týchto symptómoch je zvlášť zreteľne zjavné ako namiesto vzrušenia a konania, ktoré sú v psychickom priebehu blokované, nastupujú somatické poruchy /symptómy; konverzia/.

Pri pozorovaní týchto súvislostí je pochopiteľné, prečo je v psychoanalýze konverzia označovaná za obranný mechanizmus. „Vytesnenie, potlačenie“ /Verdrängung/ úzkosti a jej podnetov nestačí k vyhnutiu sa alebo vyjadreniu afektívneho vzrušenia a impulzov ku konaniu. Ďalšia obrana - konverzia - zabráni uvedomeniu úzkosti, vyvolá však zároveň symptóm /konverzný symptóm/. Spravidla sa vyskytujú vedľa seba psychické symptómy s patologickou úzkosťou a symptómy spracovanej úzkosti a rôzne poruchy somatických funkcií.

Takéto *somatické konverzné symptómy* sa môžu, ako je známe, vyskytovať vo veľkom množstve a variabilite a -

ako píše BRÄUTIGAM - môžu napodobniť „takmer každú chorobu, od mozgového tumoru cez ileus, kĺbový reumatizmus až k epileptickým záchvatom“. Pre lokalizáciu je typické, že často zodpovedá len predstavám pacienta a nie anatomicko-fyziologickej realite. U mnohých konverzne neurotických pacientov sú hlavným symptómom bolesti bez primárnej organickej príčiny. Veľké hysterické záchvaty, ktoré ešte v CHARCOTOVEJ dobe boli veľmi časté, sú takmer, ako všetky dramatické hysterické symptómy /ako napr. hysterická slepota, ťažké poruchy visu, hluchota, mutizmus s obrnou hlasiviek a i./ v posledných desaťročiach omnoho zriedkavejšie. Tiež niektoré iné klasické symptómy, ako arc de cerce, alebo *hysterické poruchy vedomia*, stavy denného snenia a mráкотné stavy sa už vidia zriedka.

Sexuálne funkčné poruchy nie sú obligátne, ale takmer pravidelné sprievodné symptómy konverzných hystérií. U žien je väčšinou dyspareunia, ktorá sa najčastejšie vyskytuje ako tzv. frigida v rôznom vyjadrení, ale tiež ako hnus alebo silný odpor pred súložou, genitálne bolesti, vaginizmus a pod.

Konverzne neurotickí muži majú často málo diagnosticky podchytené poruchy orgazmu, poruchy erekcie a ejakulácie /napr. *ejaculatio praecox*/. Je mnoho poukazov pre to, že u oboch pohlaví sa nepodarilo zvládnuť Oidipovskú situáciu. Preto často dochádza k masívnym fantáziám a dennému snivaniu, v ktorých sa dajú rozpoznať incestuózne túžby. Pri psychoanalytickej liečbe sa pozorovalo, že v týchto fantáziách je niekedy zabudnutý sexuálny obsah; bol vytesnený a môže si ho v pamäti vybaviť až neskôr. Zbytková, zdanlivo nesexuálna fantázia bola preto označená ako „krycia spomienka“ /Deckerinnerung/ //393//.

Poruchy správania /Gestörte Verhaltsweisen/ alebo „hysterický charakter“

Abnormné správanie konverzných hysterikov je, ako bola zmienka, v úzkej súvislosti s vystupňovanou úzkosťou /veľký plač, lamentovanie, rev, výbuchy nepokoja atp./. Podnety úzkosti sú pravidelne vytesnené alebo presunuté /verdrängt oder verschoben/. Zároveň sa pacienti pokúšajú dištancovať od úzkosti určitým druhom úniku od prežívania. Namiesto úzkostného vzrušenia potom dochádza k množstvu menej dômyselných, vystupňovaných aktivít, ktorých korene - obrana pre úzkosťou - sú nie vždy rozpoznateľné.

Táto neplánovaná aktivita patrí k najnápadnejším spôsobom správania konverzných neurotikov. Nič z toho, čo činia, nevedie - pri presnejšom pozorovaní - ku skutočnému uspokojeniu. Sú nenaplnení, hlboko to pociťujú, nenachádzajú však žiadne skutočné uspokojujúce ciele. Chýba im napríklad schopnosť rozumného zvažovania, schopnosť zrieknuť sa tam, kde je to nutné, aby mohli pri plánovanej iniciatíve vykonávať uspokojujúcu činnosť. Táto neschopnosť odriekať si je okolím často prežívaná ako náročnosť, ako neustále „chcenie mať veľa“ majetku, uplatnenia, slávy, lásky, pričom z časti uniká pozornosť, že toto difúzne túženie nevedie k šťastnému a naplňujúcemu uspokojeniu.

Typické je správanie konverzne neurotických žien, ktoré robia všetko, aby získali lásku a pozornosť určitého muža, okamžite sú však odmietavé a bez záujmu, keď im muž pre-

javí lásku. Podobne je to so všetkými túžbami, ktoré nepri-nášajú vysnené šťastie.

Toto správanie môžeme chápať ako neurotické, pretože je iracionálne, sebaopoškodzujúce a je spojené s reťazou zážitkov utrpenia. Títo pacienti považujú odriekanie za slabosť a nevidia, že sa vyhýbajú rozhodnutiu musieť povedať áno alebo nie vlastným túžbam a plánom, a tým tiež druhým ľuďom. S touto neschopnosťou rozhodnúť sa súvisí tiež veľmi silný sklon bažiť po všetkom, čo podľa ich pozorovania prináša druhým ľuďom uspokojenie a šťastie. Žijú heteronómne, sú determinovaní cudzími životnými cieľmi, hrajú meniace sa role, takže sa o nich často hovorí, že sú nepraví /unecht/ a teatrálni.

S týmto správaním súvisí tiež často opisovaná *suggestibilita a identifikácia*, ktorá bola v psychoanalýze opísaná ako obranný pochod. Silná ovplyvniteľnosť cieľavedomo a isto vystupujúcimi alebo šťastne vyzerajúcimi ľuďmi je pochopiteľná z vlastnej nerozhodnosti a z toho vyplývajúcej pohotovosti opierať sa o druhých. Je posilnená infantilnými vášňami. „Hysterická“ identifikácia je v psychoanalytickom pojatí obranným fenoménom, je chápaná ako vzťah k náhradnému objektu, ktorý môže vzniknúť vtedy, keď je skutočne uspokojujúci vzťah k objektu nemožný. Často ťažko ovplyvniteľné hranie rolí tým predstavuje psychodynamickú bázu, ktorá uľahčuje terapeutický prístup.

Najnápadnejšie a najparadoxnejšie správanie konverzných neurotikov je v oblasti prežívania lásky a sexuality. Hlavnými, už zmienenými znakmi, je zvýšená sexuálna dráždivosť pri chýbajúcej možnosti ukojenia. Sexuálne vzrušenie a túžby podmaniť si určitého partnera sú mobilizované hlavne vtedy, keď môžu byť porazené skutočné, možné, alebo vymyslené rivalky alebo rivali. Ak je napr. možný partner už viazaný, potom je zvlášť príťažlivý. Prostriedkami rivalitného boja oboch pohlaví môže byť upútanie pozornosti hrubým, krikľavým spôsobom, blysnutím sa, pretromfnutím ostatných, úplným prispôbením názorov, úsudkov a citov vytúženému objektu lásky, odstránením rivalov pomocou intríg, a keď je treba, použije sa aj ohováranie a bezcitná brutalita. Neurotická nezmyselnosť spočíva v tom, že konverzný hysterik //394// väčšiu časť svojej sily a životnej energie investuje do týchto aranžmán, bez toho, že by bol niekedy schopný šťastne a uspokojivo /befriedigend/ prežívať vytúžené ciele.

Pri psychoanalytických výskumoch hystérie vytvoril FREUD /182/ už po prvých pohľadoch do psychodynamických súvislostí hypotézu o podkladoch takéhoto porušeného správania, ktoré sa pri aplikácii analytických metód pravidelne potvrdzovali. Na hystérii objavil, že jadrom neurotického diania je Oidipovský komplex. Neskôr hysterik už ako dieťa potláča svoje sexuálne túžby po ukojení, pretože sú incestuózne a zakázané, takže vyvolávajú úzkosť. Úzkosť a pocity viny sa viažu na pôvodný strach z trestu, straty lásky a tiež z poškodenia genitálií. Vznik týchto úzkostí bol pozorovaný vo fáze vývoja, v ktorej detská sexualita dosahuje vrchol: v psychoanalýze je nazývaná ako „falická“.

Úzkosti zo sexuálneho poškodenia a z genitálu druhého pohlavia sa prejavujú nielen v produktoch fantázie /predstavy, denné snenie, fantázie pri onanii, sny/, ale aj v porušenom správaní, ktoré sa môže týkať rôznych foriem odmietania a hnusu a až pohrdania sexualitou. Toto správanie,

ktoré je nepriateľské sexualite sa pokúša pacient ospravedlniť protikladnými ideálnymi predstavami, napr. staropanstva, nezávislosti, askézy, pohrdania mäkkými citmi /"idealizácia"/. Niekedy si vypomôžu svetonázorovými alebo religióznymi pozíciami, aby z núdze urobili cnosť /"ideologizácia"/. Odmietanie a pohrdanie sa môže prejavovať aj svojím opakom, napríklad častým striedaním sexuálneho styku bez výberu, bez vnútorného naplnenia a účasti, väčšinou aj bez slasti, pôžitku. Väčšinou možno pozorovať, že paralelne s odmietaním a znehodnocovaním vlastnej sexuálnej role je spojené zvlášť vysoké hodnotenie role druhého pohlavia. Konverzne neurotické ženy potom považujú možnosti muža za omnoho príťažlivejšie než možnosti ženy; vyjadrujú často prianie, že by vlastne boli radšej mužmi.

Z psychoanalytickej literatúry možno takmer už ako klasickú menovať prácu K.ABRAHAMA /668/, v ktorej zo spracovania kastrálneho komplexu odvodzujú dva postoje hysterických žien k mužom. Jednu formu spracovania nazýva ako „typ splnených túžob“ /Wunscherfullungstyp/ a druhý ako /"pomstiteľský typ"/ Rachetyp. Ženy prvého typu sa pokúšajú zrušiť rozdiel medzi pohlaviami a svoju príslušnosť k pohlaviu, ktoré považujú za menejcenné tým, že odmietajú ženské atribúty, správajú sa ako muž, pokúšajú sa žiť v presvedčení, že by tak všetko dokázali lepšie ako muži. Ženy sa spracovaním druhého typu pomstia prostredníctvom svojich ženských schopností a možností, pričom muža robia malého, bezmocného alebo ho používajú ako prostriedok, aby dominovali nad druhými.

Obidva tieto spôsoby správania sa u konverzne hysterických pacientov vyskytujú tak často, že ich môžeme radiť k pravidelnému klinickému symptómovému obrazu. Zostáva pritom otvorené, či východiskovým bodom pre správanie je spracovanie kastrálneho komplexu, alebo či vpečatujúco pôsobí spôsob života druhého pohlavia, ktorý je prežívaný ako hodný túžby, alebo je vpečatujúca rivalita s rodičom rovnakého pohlavia, alebo pôsobia v tomto smere viaceré faktory. Dva analogické typy nachádzame aj u mužov: pasívne - feminínny muži, ktorí závidia ženám ich možnosti, a muži s maskulínnymi atribútmi, ktorí sa pomstia na ženách tým, že im odmietajú ukojenie, ktoré im závidia, znižujú materskosť a ženskosť, ženy berú a používajú ako maJETOK, aby si upevnil vlastnú prestíž.

Z tohto opisu správania je pochopiteľné, prečo označenie „hystéria“ sa stalo nadávkou a málo sa berie pri tom do úvahy chorobnosť. Ani skúsení analytici sa nie vždy môžu celkom zbaviť znehodnocujúcej antipatie. Tak KUIPER /308/ napr. opisuje ako hlavné symptómy hysterického charakteru: baženie po uplatnení, egocentrizmus, infantilitu a nepravosť. Avšak potom sa dištancuje //395// od týchto pojmov pre ich nedostatočnú pregnantnosť a moralizujúci akcent.

Jeden aspekt konverzne neurotického správania si zaslúži zvláštnu pozornosť: v porovnaní s ich pôvodnou inteligenciou sa javia konverzní hysterici ako relatívne neinteligentní. Je to podmienené už zmienenými rysmi bez plánovitosti, propulzivitu a labilnej regulácie. SCHULTZHENCKE /523/ hovorí o psychogénne „menejcennej funkcii myslenia“.

„Myslenie, plánovanie, predvídanie, presné pozorovanie, testovanie reality nepatrí do prežívania takto uspošobene-

ných ľudí. Veľmi často konajú skôr než myslia. Hovoria tiež skôr ako myslia. Neplánujú, ale sú aktívni - práve bez plánovania. Ich ratio nefunguje, v každom prípade nie tam, kde by to z dlhodobého hľadiska bolo v ich záujme. Druhí ľudia sú pri tom pre nich v pozadí“.

Táto psychogénna porucha myslenia sa vyskytuje u inteligentných aj menej inteligentných, ako to ukazujú aj výsledky štúdie HOLLINGSHEADA a REDLICHA /254/.

Prenosové symptómy

V dyadickom terapeutickom vzťahu sa prejavujú prenosové symptómy - teda pacientovi nevedomé a realite nepriemerané spôsoby správania, ktorých korene sú zo skorších životných skúseností. Konverzne neurotickí pacienti, v súvislosti so svojimi opätovnými pokusmi o získanie opory od vzorov, sa svojmu terapeutovi prispôbia s veľkými očakávaniami, aby sa im dostalo nových úspešných princípov. Pri terapeutoch rovnakého, alebo rôzneho pohlavia sa vytvárajú spravidla rôzne prenosové symptómy. Terapeut rovnakého pohlavia je často zo začiatku vo fantázii povýšený a braný ako niečo, čo nemožno napadnúť, aby sa od neho získali tajomstvá, ktoré by ich priviedli k úspechu u druhého pohlavia a hlavne v živote. Pacienti sú hlboko neistí, chcú by sa vlastne neustále pýtať a byť poučovaní, neodvážujú sa však prejsť svoj hlad po vedomostiach, aby neboli potom považovaní za malých, nezrelých a detských, boja sa, že potom nebudú bráni vážne.

Namiesto tejto vlastnej prosby dochádza neskôr k silným rivalitným stretom. Objavujú sa pritom dôležité spôsoby správania, o ktorých je pacient schopný len málo informovať, ktoré však môže v prenose prežívať:

1. *Veľká povolenosť a podrobnosť*, hlavne zo strachu, že nemôže konkurovať bytosti rovnakého pohlavia.
2. *Pocity menejcennosti a podriadenosti* podporujú istý druh *podriadeného správania*, v nádeji, že partner rovnakého pohlavia by mohol umožniť zmenu bezmocnosti, nevyzrelosti a neistoty v sexuálnom a milostnom živote.
3. *Ťažké inhibície v získavaní vedomostí a skúseností*. Pacienti prežívajú úzkosť a pocity menejcennosti, keď sa pýtajú, keď si chcú vyplniť medzery vo vedomostiach, diskutovať reálne plány. Zmienené „menejcenné“, myslenie sa ukáže ako úzkosť pre realitu, ktorá nezodpovedá ich svetu túžob. Keď raz dokážu aby sa opýtali alebo terapeut chce pomôcť lepšie chápať realitu, prejaví sa ďalšia porucha: *neschopnosť počúvať, prijímať*, a tým aj *podržať*. Účinok možnosti okamžitého potlačenia zážitkov vyvolávajúcich nepríjemné pocity sa prejavujú aj v nasledujúcom správaní.
4. Navonok prejavovaná *zdanlivá nedotknuteľnosť* /„la belle indifference“/. Za touto fasádou sa prežívanie vyznačuje neustálou bagatelizáciou, nebráním vážne vlastné impulzy a city. Je to obranné správanie pred zaplavením agresívnymi a sexuálnymi citmi.
5. *Agresívne a nenávisťné výbuchy* pri zážitkoch sklamaní, urážky, keď už nestačí k obrane bagatelizácia.

6. *Trvajúce agresívne postoje* /negatívny prenos v zmysle FREUDA/, keď analytik už nie je prežívaný ako dosť silný //396//.
7. *Bezohľadné správanie* /Willkur-Verhalten/; za ktorým je často rozpoznateľné pohrdanie blízkymi osobami a nárokmi reality, ktoré nie je prežívané vedome. Táto vôľa je deformáciou vedomého chcenia, ktorého sa neodvažuje, pretože sa vyhýba dôležitým vnútorným rozhodnutiam a na druhých ľudí sa berie príliš veľký ohľad. Ku koreňom patrí tiež neschopnosť povedať áno alebo nie.
8. *Zamlčovanie, prekrucovanie reality a klamstvá* sú prevažne sprievodné príznaky, sú však často prežívané ako oprávnené s odôvodnením, že ani im samotným nebola povedaná plná pravda. Výčitka, že sa im nedostáva lásky, ospravedlňuje niektoré menšie svojvoľnosti a zanedbania.

Aj pri terapeutoch iného pohlavia začína vývoj prenosovej neurózy podobne. Pri očakávaní, že tak malý a nedokonalý nie je hodný lásky, rovnaké obavy a úzkosti inhibujú vyjadrenie vlastných prosieb. Namiesto toho je prenos rýchlo naplnený prejavmi a agovaním citov lásky. Niekedy dochádza už pri prvom stretnutí pacienta s lekárom k silnej prenosovej zamilovanosti, pri ktorej prechodne /až kým sa nedostavia zážitky sklamaní, urážok/ môžu zmiznúť konverzne neurotické symptómy /tzv. prenosový úspech/.

Ak je terapeut iného pohlavia je opísaná inhibícia správania pri prenose väčšinou vyjadrená ešte výraznejšie. Poddajnosť a podriadené správanie je považované za potrebné, aby si získali lásku.

Jedna pacientka nazvala toto správanie veľmi priliehavo ako „služby lásky“ /„Liebedienerei“/. Neustála snaha prejavovať sa ako hodný lásky /„pozitívny prenos podľa FREUDA/ sa môže stať obzvlášť silnou prekážkou pre prežitie a pochopenie ťažkých inhibícií v prijímaní, uchovávaní, v získavaní vedomostí a skúseností, v zľahčovaní /Verharmlosen/ a bagatelizovaní. Väčšinou však pacienti v dlhých interakciách s terapeutom a pri spracovaní prenosových odporov dospejú ku skúsenosti, aké silné sú tiež ich nepriateľské pohnútky a túžba nechať analytika zlyhať. Prežívajú tiež, že reakcie sklamaní a urazenosti v súvislosti s analytikom zrkadlia traumatické zážitky, ktoré viedli k vývoju konverznej neurózy.

Interpersonálne symptómy

Pri skupinovej psychoterapii sú pozorované okrem klinických a prenosových symptómov tiež nápadné a často symptomatické spôsoby správania, ktoré sa vyvinuli v primárnej skupine rodiny a pri neskorších medziľudských vzťahoch. Konverzní neurotici sa pokúšajú byť za každú cenu v centre skupiny z oboch pohlaví. Konverzne neurotická žena sa napr. snaží za každú cenu získať pozornosť mužov a ženy pretromfnúť ako rivalky. Nie zriedka sa snaží vyvolať vzájomnú žiarlivosť medzi mužmi, aby sa jeden pred druhým prekonávali v dvorení a podľa možnosti sa nevenovali žiadnej inej žene. V terapeutických skupinách možno pozorovať, ako je opatrne testovaná pohotovosť jednotlivých mužov, čo do ich pripravenosti k službám lásky.

Potom, vo viac alebo menej subtilnej forme, rozdeľuje medzi mužov odmeny alebo dáva najavo neľúbosť. Obtiaž konverzne neurotickej ženy spočíva v tom, že nenachádza žiadneho partnera, ktorý by ju skutočne uspokojoval. Mužov, ktorí prijmu ponuku a stanú sa závislými v zásade odmieta, pohŕda nimi a zostáva pri nich sexuálne neukojená a frigidná. //397// Muži, ktorých nepriťahuje, zostávajú pre ňu - podobne ako predtým otec - nedosiahnuteľní, nehodní túžby. Veľká milostná vášeň je teda trochu uspokojená len v začiatkoch dvorenia /Liebeswerbung/. Pretože nedosahujú žiadne väčšie naplnenie, dochádza k trvalému náhradnému ukájaní, ktoré je mnohými ľuďmi, ktorí nechápu faktickú vnútornú tieseň, omylom považované za baženie po moci /Herrschaft/.

Z toho interpersonálneho správania sa vyvíja množstvo neurotických vzťahov, ktoré sa zvlášť pri založení rodiny môžu stať podnetmi k ustavičným konfliktom a symptómom /rodinná neuróza - Familienneurose/.

Na správanie konverzne neurotických žien sú zvlášť vnímaví muži, ktorí majú manifestný alebo latentný sklon podriaďovať sa dominantným túžbam ženy. Často sú to muži, ktorí vyrastali pri vládnucich matkách alebo sestrách, alebo ktorí boli opustení ženami. Manželstvá, v ktorých sa muž nechá ovládať a žena smie vládnuť, môžu plynúť bez veľkých konfliktov. U detí sa potom často objavujú symptómy, pretože matka ich považuje hlavne za dôkaz svojej potencie a málo ich obdarúva materinskosťou, a potom preto, že s pohlavnými rolami sa musia identifikovať z hľadiska boja o moc medzi rodičmi.

Keď konverzne neurotické ženy nemajú pocit, že môžu presvedčiť manžela, pokúšajú sa často vládnuť nepriamo tým, že muža stimulujú k ťažiadostivosti, k väčším výkonom, vyšším postaveniam, príjmom, k rivalite a konkurencii. Chcu zvýšiť svoju prestíž prostredníctvom svojho manžela, imponovať cez neho, ovládať druhých a získavať stále väčší vplyv. Muži, ktorí sa dali takto opantať sú vždy bráni trochu ako komické figúrky, napr. ako pantofloví generáli, ktorí svoju kumulovanú agresiu odreagovávajú na kolegoch v práci, ktorí sú vždy manželkou podnecovaní k tomu, aby ukazovali svoju mužnú silu, že niekým sú a môžu podávať vyššie výkony než druhí ľudia. Samotné konverzne neurotické ženy prispievajú k zosmiešneniu a neúspechu svojho muža tým, že vychvaľovaním im privolávajú väčšie konflikty alebo zlyhania. Tiež tým, že sa druhým ľuďom sťažujú, že musia znášať takého muža, ktorého si nemôžu ani vážiť ani milovať. Konverzne neurotické ženy sa často takto ambivalentne správajú aj voči svojim deťom. Popudzujú otca voči deťom a na druhej strane sa im na neho sťažujú.

V psychoanalýze sú tieto interpersonálne formy správania davané do súvislosti s tým, že hysterická žena nemá vyriešený kastrálny a Oidipovský komplex, a preto musí muža, ktorý má penis, považovať za malého alebo ho používať či lepšie zneužívať, ako agresívny falus /938/. Ak ďalšiu formu správania označovanú ako „pomstiteľský typ“ /Rachetyp/ /668/ nechápeme len ako určitú formu spracovania kastrálneho komplexu, ale v najširšom zmysle ako zlyhanie v rivalite s mužom a jeho životnými možnosťami, potom sa stanú zrozumiteľnými rôzne prejavy resentimentu voči opačnému pohlaviu v interpersonálnom správaní. V analytických terapeutických skupinách možno často pozorovať, ako u konverzne hysterických žien sklamanie a urážka vyvolávajú

tendencie k pomste. Muž musí byť potrestaný za jeho zdanlivú /na každý pád však tak prežívanú/ nadradenosť. Najväčšie formy správania potom sú: triumfujúce odmietanie muža, vyvolávanie žiarlivosti u neho uctievaním druhých mužov, zvedenie muža a urobenie ho závislým, jeho využitie v každom ohľade, po ktorom ho konverzne neurotická žena surovo odkopne. Citovo chladné, koketné alebo vždy neverné ženy, ďalej typy ako „dámy vierge“, „Vamp“, alebo „Dirne“ /Vamp a Dirne možno preložiť asi ako zvodkyne, kurtizány, pobeľlice/, //398// sú príklady pre pomstiteľské správanie. Sexuálna príťažlivosť je často používaná ako zbraň, aby muž bol ponížený, potupený, aby sa s ním zaobchádzalo ako s menejcenným. Agresívne reakcie muža sú často veľmi silné, takže pri takýchto interakciách môže dôjsť k telesným zraneniam, vražde alebo samovražde. „Obetami“ konverzne neurotických žien sú často partneri, ktorí boli frustrovaní svojimi matkami alebo mäkkí a masochistickí muži.

Takýto postoj majú matky, ktoré sú v americkej literatúre označované ako „overprotective“. Sťažujú deťom dospievanie a osamostatňovanie, potláčajú ich protesty, pretože „matka to predsa myslí dobre“. KUIPER /938/ v náväznosti na ABRAHÁMA /938, 668/ opisuje milujúco - dominujúce a milujúco - kastrujúce hysterky. U konverzne neurotických mužov sa vyskytujú analogické spôsoby interpersonálneho správania ako boli opísané u žien. Aj oni chcú prekonať ženu v jej ženských možnostiach a pomstia sa, keď sú v týchto snahách sklamaní. Analógiou ženských typov sú domýšľaví alebo chvastaví sukničkári a stále neverní muži, mnohí playboyi, ktorí žijú ako parazitujúci synovia svojich matiek, gigolovia /vydržiavani milenci/.

WILLI /1224/ opísal patologické hysterické partnerské súžitie a štruktúru manželstva u 20 párov. Rozlišuje 4 fázy v hysterickom manželstve: východisková situácia, v ktorej hysterická žena z potreby opory a ochrany volí „jasne definovaný typ muža“ /„hysterofilného“ muža/, do ktorého „sa však nezamiluje“. V druhej fáze sa vytvárajú komplementárne projekcie ženy a identifikácie muža. V tretej fáze dochádza ku sklamaniu /„preťaženie a regresia muža“, štvrtá fáza, v ktorej sú obaja partneri vyčerpaní dlhými manželskými bojmi, je označovaná ako „hysterický defekt manželstva“.

RICHTER /480/ mimo rodín, v ktorých sa vyskytuje jeden člen s hysterickými symptómami, opísal tiež hysterické zmeny celej rodiny. „Hysterická centrálna postava“ organizuje rodinu podľa svojich potrieb. Zvlášť pri tom vypichuje jeden znak: teatrálnosť rodinného života.

Psychodynamika a etiológia

Porucha spracovania sexuálnych zážitkov je u konverzných neurotikov oboch pohlaví veľmi nápadná. Žijú v neustálom konflikte s vlastnou sexuálnou rolou, pričom v sexuálnej oblasti dosahujú práve tak málo uspokojenia ako v milostných túžbach. V ich úzkostiach možno rozpoznať nevydarené zrušenie oidipálnej väzby. Úzkosťou reagujú na svoje incestulózne fixované sexuálne túžby po objekte. Na obranu pred úzkosťou a kvôli vyhnutiu sa úzkosti dochádza k vybudovaniu obranných mechanizmov, hlavne vytesnenia, presunu, poprenia, identifikácie a konverzie. Pre vznik týchto obranných mechanizmov, a tým aj neurotickej štruk-

túry, sa po skúsenostiach a analytickou liečbou a z pozorovaní detí opäť uvádza obdobie od 4. do 6. roku. Inhibície, ktoré tu vznikajú, sa týkajú hlavne prežívania popudov z oblasti infantilno- sexuálnych tendencií /oidipálna objektná láska/, túžob po nežnostiach, motoricko - agresívnych impulzov a ako dôsledky vznikajúcej úzkosti, a obranných mechanizmov tiež získavania vekovo primeraných poznatkov /testovanie reality, S. FREUD/. Nemožno sa tu venovať špeciálnym etiologickým faktorom. Pre vznik neurotickej štruktúry má veľký význam to, že je porušené konanie, plánovité, cieľavedomé používanie motoriky. Deje sa to hlavne potlačením cieľovej predstavy popudových zážitkov. Výsledkom je dieťa, ktoré je bez plánovania vo svojich citoch a motorických pohyboch, ktoré sa dostatočne nenaučilo //399// riadiť sa svojimi vlastnými plánmi a cieľavedomou iniciatívou. Vzniká tak sklon príliš sa opierať o vzory, o cudzie ideály /obránný fenomén identifikácie/. Vznikajú tak predčasne túžby hrať určitú rolu, hrať divadlo podľa dospelých a nie žiť z vlastnej iniciatívy. Ak sa v tejto vývojovej fáze deje takéto obmedzovanie aktívneho vyrovnávania sa so svetom, potom sa dieťa stáva bezplánovo - aktívnym, afektívne je pohyblivé, ale neisté a pochopiteľné má väčšiu potrebu priľnúť k niekomu. Tým sú v tejto fáze vystupňované aj tak silné túžby po nežnostiach a prvé infantilne - sexuálne impulzy. Etiologicky sa pravidelne dajú nájsť obmedzujúce faktory ako odmietanie, zákazy, tvrdosť a niekedy tiež len nesúhlas okolia. Na druhej strane takmer vždy jedna osoba, s ktorou je dieťa vo vzťahu - najčastejšie jeden z rodičov - reaguje na tieto túžby tak, že dieťa rozmaznáva, čím sa tieto túžby neskôr stávajú veľmi naliehavé /drängend/, dostanú asi charakter vášne /Sucht/, pretože v ich ukojení je hľadané odškodnenie za nevydarené vysporiadanie sa so životom a za citovú neistotu.

V porovnaní s prvými psychoanalytickými výsledkami musíme na základe dnešného stavu vedomostí akceptovať omnoho širšie vývojové obmedzenia v období medzi 4.-6. rokom života. Skutočne je výstižné konštatovanie, že v tejto vývojovej fáze hrá v prežívaní dieťaťa veľkú rolu objavenie rozdielnosti pohlavných znakov, fantazírovanie a domnienky o ich význame a funkcii - čo rodičia väčšinou deťom nevyvetlia celkom primerane. Pre túto vývojovú fázu je tiež charakterizované, že dieťa podniká všetko, či už vo fantázii alebo skusmým konaním, čo vidí u dospelých alebo u druhých detí. Skúšané sú tiež rôzne identifikácie aby sa vyskúšali všetky možnosti. Ak dieťa narazí kvôli tomu, že poruší sexuálne tabu, k čomu takmer pravidelné dochádza, potom je pre vývoj hysterickej štruktúry príznačné, že vychovávajúce osoby reagujú tak, že u dieťaťa vyvolávajú silné úzkosti a pocity viny. Tiež pudenie k motorickej činnosti je zúžené etiologicky podobným spôsobom. Dieťa je buď vedené k prehnanej podriadenosti a tichosti, alebo mu nie sú ukázané rozumné hranice. V oboch prípadoch je dôsledkom ťažko riešiteľný konflikt medzi vlastnými potrebami a nárokmi okolia. Keď sa vytvorí konverzne -neurotická /„hysterická“/ neurotická štruktúra, možno pozorovať rôzne vývojové línie podľa toho, či sa viacej konštituuju na báze vznikajúcich inhibícií, sekundárnych dôsledkov, alebo ev. v súvislosti s náhradnými ukojeniami. V prvom prípade vidíme napr. ženu, ktorá sa aktívne vrhá do života, v podstate však zostáva sama, vášnivo trpí, ani zamestnanie jej však neprináša uspokojenie pri jej trýznivo prežívanom bezplánovom konaní. Konverzne neurotické ženy a muži zostávajú často

slobodnými. Odmietajú heterosexuálny kontakt a uctievať rodiča opačného pohlavia.

Ako výsledok vývojovej línie, ktorá sa uzatvára postojmi, vadnými očakávaniami a náhradnými ukojeniami /Haltingsstruktur/, vidíme aktívnych fantastických iluzionistov, zdanlivých zázračných umelcov života, domnelých neuznaných géniov, nepovolaných umelcov, prorokov, hercov, klaunov, bajazzov /pajacov, figliarov/.

Keď PETRILOWITSCH /1059/ vyslovuje názor, že pojem hystérie musíme rozložiť /aufgelöst/, možno s ním v zásade súhlasiť. „Hysterické“ reakcie možno nájsť aj u zdravých ľudí a nemali by byť označované týmto názvom. Opísaný neurotický vývoj však vedie na báze porušenej dynamiky osobnosti k rôznym typom správania.

Výskyt, frekvencia a priebeh

Je veľmi obtiažne získať obraz, pretože „hystéria“ je priťahovaná k veľmi rôznym symptómovým obrazom, takže tento pojem sa stal otáznym aj pre svoju bohatosť /45, 1059/. Keď klinik hovorí o „hystérii“, myslí väčšinou na „hysterickú reakciu“ /1059/ ERNSTOVA definícia /145/ sa tiež vzťahuje na reakcie, pretože ako kritérium udáva senzomotorické konverzné symptómy, mráкотné stavy, ktoré nie sú organickej ani schizofrénnej genézy. Pre iných klinikov je „hystéria“ hysterickým charakterom alebo spôsobom správania hysterického neurotickej štruktúry /109, 523, 767, 770, 932, 970, 1139/.

Naposledy menovanými autormi sa tiež kryje klasifikácia konverznej neurózy /“hysterického“ neurózy/ v zmysle definície neurózy ako bola navrhnutá na začiatku. Je treba teda odlišovať nasledujúce klinické obrazy:

1. *Konverzné reakcie*, ktoré sa pri určitých záťažach vyskytujú aj u „zdravých“.
2. *Konverzné neurózy* /„hysterická“ neuróza, „hystéria“ v užšom zmysle/. Konverzné symptómy sa objavujú po vývoji „hysterického“ charakteru.
3. *Hysterické charakterové neurózy*. Vývoj modalít správania „hysterického“ /konverznej/ neurotickej štruktúry bez toho, že by sa do času vyšetrenia vyskytovali konverzné symptómy.
4. *Hysterické psychózy* väčšinou dramatické stavy vzrušenosti a zmätenosti, často s halucinačnými zážitkami na báze „hysterického“ /konverznej/ neurotickej štruktúry.

Pri pojednaní o otázkach prevalencie a incidencie sú udávané vysoké čísla, ak sú zavzaté aj reakcie /skupina I./. Pri týchto štúdiách je pochopiteľne sotva pojatá skupina 3. Z ambulantnej stacionárnej liečby nie sú uvádzané príliš rozdielne čísla. V pacientúre jednej neurologickej kliniky bolo „hysterických“ pacientov za 10 rokov 4%, /66// čo zodpovedá tretine neorganických prípadov, zatiaľ čo na psychiatrickej klinike obnášal podiel „hystérií“ za viac rokov len 1,2%. V neurologickej praxi bolo registrovaných 2, 5% konverzných neurotikov. Prirodzene podstatne vyššie sú percentá vo všeobecnej praxi a v špeciálnych psychoterapeutických liečebných inštitúciách.

Výsledky všetkých výskumov ukazujú prevažovanie žien u konverzných neuróz. /145/ Všeobecne sa udáva, že

hlučné, dramatické symptómy sú menej časté - ustupujú. Ako príklad sa často uvádzajú tremory v prvej svetovej vojne a ich takmer úplné chýbanie vo vojne druhej. Tiež LAUGHLIN /322/ uvádza v USA, že v prvej svetovej vojne bola frekvencia somatických konverzií vysoká, zatiaľ čo pri rozšírenej klinickej vojenskej praxi v poslednej vojne ich bolo vidieť len zriedka.

Pri pripočítaní reakcií /skupina I./ sa uvádzajú veľmi priaznivé *priebehové formy*, pričom symptómy odoznievajú v priebehu niekoľkých týždňov až niekoľkých málo rokov.

ERNST /145/ však poukazuje na to, že autori tým menej hovoria o „uzdravení“, čím dôkladnejšie sú kontrolné vyšetrenia a čím dlhšie sú katamnézy. Často je potom totiž možno pozorovať zmenu symptomatológie, ktorá spravidla zodpovedá sukcesii od nápadných „hysterických“ symptómov k blandnejším orgánovo neurotickým alebo neurastenickým, („pravidlo sukcesie“, /140/). Omnoho zriedkavejšia je zmena symptómov v obrátenom poradí. Pozorujú sa tiež vyúsťenia od depresívnych priebehov, ak sa pacienti v súvislosti so zlyhaním vo voľbe partnera dostanú do ťažkej izolácie. KUIPER /938/ sa domnieva, že mnohé klimakterické depresie sú dekompenzované konverzné /“hysterické“/ neurózy.

O nepriaznivých priebehoch klinicky liečených pacientov referoval CIOMPI /83, 84, 759/, /400//.

ÚZKOSTNÁ NEURÓZA

Klinické symptómy

Psychické a somatické manifestácie

Klinický obraz, pri ktorom sa ako hlavný symptóm zachvatovite objavuje difúzna, na objekt neviazaná úzkosť, označujeme ako úzkostnú neurózu /401//. Na rozdiel od fobie nie je úzkosť zjavne viazaná na určité situácie. Pacientovi sa zdá, že sa objavuje náhle, bez podnetu a s veľkým množstvom viac alebo menej vyjadrených somatických sprievodných príznakov. Patria k nim v prvom rade funkčné kardiálne a obehové reakcie /tachykardia, konstriktie alebo dilatácie ciev so zblednutím alebo začervenaním sa. Ďalšie vegetatívne reakcie sú: potenie, poruchy dýchania, diarhoe, nútenie na močenie, spazmy hladkej svalniny a motorické symptómy ako tremor a spazmy priečne pruhovalnej svalniny/.

O fyziológii somatických korelátov úzkosti v rôznych orgánových systémoch, hormonálnych a centrálnych nervových reguláciách, existujú bohaté experimentálne a klinické poznatky. CANNON /74/ dával úzkosť, ako „núdzovú reakciu“, do vzťahu k stimulácii sympatoadrenergného systému, čo bolo potvrdené tiež v nových experimentálnych výskumoch úzkostného prežívania depresívnych /724/. Od čias nálezov W.R. HESSA /248/, sú známe súvislosti s diencefalickým systémom.

Anatóm STIEVE /1174a/ publikoval nálezy, že pri strachu zo smrti u odsúdených na smrť, sa našli tiež patologicko-organické zmeny na generálnych orgánoch. Iní autori demonštrovali pri množstve hypnotických experimentov ako boli vsugerované bolestivé alebo úzkostné podnety boli spojené so somatickými zmenami, ktoré boli bližšie študované.

Vnútné spracovanie úzkostných návalov sa deje hlavne dvoma spôsobmi: najčastejšie pacienti dostanú „úzkosť z úzkosti“ /Angst vor Angst - lepší preklad snád' je „strach z úzkosti“. Boja sa opätovného záchvatu úzkosti a ak sa skutočne viackrát tento objaví, v predstavách a fantáziách sa častejšie zaoberajú hroziacim zážitkom a dostávajú sa tak do zvýšeného úzkostného napätia. Pri zapletení sa do takýchto fantázií dochádza niekedy k provokácii nových záchvatov. Druhé časté spracovanie, s podobným chronifikujúcim efektom, je zosilnenie úzkosti prostredníctvom sprievodných symptómov. Zvlášť funkčné kardiovaskulárne poruchy môžu byť podnetom pre nové úzkosti. Príkladom takéhoto ďalšieho spracovania úzkostnej neurózy je RICHTEROM opísaná kardiálna neuróza /479, 1091/. V niektorých prípadoch, keď sa pacientom podarí značne potlačiť úzkostný afekt, dokonca nadobudnú somatické sprievodné prejavy určitú samostatnosť ako ekvivalenty úzkosti.

Poruchy správania

Všetky psychoanalytické šetrenia vykazujú podobnosti medzi správaním úzkostných neurotikov, niektorých fobikov a konverzných neurotikov („hysterikov“).

V sexuálnej oblasti videl FREUD /182/ ešte väčšie poruchy ako pri hystérii, takže si najprv myslel, že úzkosť možno odvodiť z aktuálneho nahromadenia podnietených, ale neukojených sexuálnych potrieb /aktuálna neuróza/. Až dodnes sú uverejňované podobné pozorovania. Vyšetrenie 100 vydatých československých žien ukázalo štatisticky významnú koreláciu medzi úzkosťou a nedostatočnou sexuálnou ukojenosťou /931 - KRATOCHVÍL, ZDIMALOVÁ, 968/. Širšie testovania však túto hypotézu nepotvrdzujú a samotný FREUD ju korigoval. Opätovne je však poukazované na príbuznosť s hysterickými formami správania. Z tohto dôvodu sa v psychoanalytických klasifikáciách zaraďuje úzkostná neuróza k „úzkostnej hystérii“ alebo ako aktuálna neuróza k „hysteriformným“ chorobám /164/.

Rozdiely sú hlavne v propulzívnej aktivite, ktorá je u úzkostných neurotikov podstatne menšia ako u konverzných neurotikov. Možno síce pozorovať podobnú bezplánovitosť, predsa však namiesto únikov dopredu do všetkých možných turbulentných aktivít, je úzkostný neurotik skôr inhibovaný, rozrušený, bezhlavý a nerozhodný /gehemt, erregt, kopflos und unschlussig/. Vlastné motivácie potláča ako konverzný neurotik, často sa však prejavuje naivne a bezmocne. //402//

Prenosové a interpersonálne symptómy

V medziľudských interakciách možno väčšinou, až na niektoré odchýlky, pozorovať symptómy, ktoré boli opísané pri konverznej neuróze. V prenosových vzťahoch sú úzkostní neurotici inhibovanejší, dlhší čas veľmi podrobní, majú však naivnejšie a vyššie zamerané chybné očakávania než konverzní neurotici, zatiaľ čo prenos citov lásky a agresie je podobný. Prenosové symptómy viacej podnecujú láskyplné ako aj iné aktivity partnera /Beziehungsperson/.

V interpersonálnom správaní - napr. v skupinách - sa bezmocnosť spravidla prejavuje až sklonom zbaviť sa samostatnosti, nechať si aktívne pomáhať a nechať sa viesť.

Sklamanie a príkoria v dôsledku neúmerných očakávaní vedú skôr k bezhlavému naviazaniu sa než k agresívnym reakciám a úteku. Správanie úzkostného neurotika sa však často, pre neho nepozorovane, môže stať podobne náročné, pomstychtivé a dominantné ako u konverzných neurotikov.

Leitmotív utvárania „úzkostne neurotickej rodiny“ sa dá podľa RICHTERA /480/ charakterizovať pojmom „sanatórium“. „Rodina si vytvára sanatóriu podobný skleníkový svet, ktorý sa všetkými možnými prostriedkami pokúša brániť podnetom, ktoré vyvolávajú úzkosť“.

Psychodynamika a etiológia

Takmer všetci odborníci sa zhodujú v tom, že úzkosť hrá v psychodynamike všetkých neuróz významnú rolu. Vynára sa otázka, prečo sa úzkosť ako hlavný symptóm vyskytuje tak pomerne zriedka.

Tabuľka 9 síce ukazuje, že v skupine neselektovaných, stacionárne liečených neurotikov, 54% udáva úzkostné symptómy: u 13% z nich bola úzkosť hlavným symptómom. Úzkostná neuróza teda nie je zriedkavá, aj tak sa však v tejto štatistike 9 z 10 neurotikov podarilo nájsť účinné obranné mechanizmy proti trýznivému úzkostnému prežívaniu. Prirodzene je veľmi pochybné, či môžeme v tomto prípade použiť slovo „podarilo“, pretože skúsenosť nás učí, že namiesto úzkosti sa môžu objaviť ešte prenikavejšie poruchy /1142/. Vnútné sily použité k obrane chýbajú pri utváraní života, takže dochádza k ochudobňovaniu osobnosti. Na druhej strane aj neurotická úzkosť značne obmedzuje životné možnosti, takže sa dá ťažko rozhodnúť, či je nepriaznivejší neurotický vývoj s manifestnou alebo latentnou úzkosťou. V každom prípade sa zdá byť symptóm úzkosti pôvodnejší a tesnejšie spojený s neurotickou dynamikou, ako to tiež vyjadril FREUD vo svojej prvej teórii úzkosti.

Aj keď prvé psychoanalytické domnienky o chronických poruchách orgazmu a kumulácii sexuálneho vzrušenia, ktoré je blované vo svojom vybití, boli značne zjednodušené, model kumulovanej excitácie /gestauten Erregung/ sa predsa len javí byť výstižný pre všetky spracovania motivácií u úzkostných neurotikov. Tie popudové zážitky, ktoré pôsobia konfliktogénne, môžu byť s pomocou obranného mechanizmu potlačenia - ako u konverzných neurotikov - ako vyradené strachové podnety. Na rozdiel od konverzných neurotikov, však kvôli inhibíciám, nie sú možné žiadne motorické vybitia /Abfuhr/. Pri silnejších podnetoch a vzrušeniach sú teda pacienti bezmocne vystavení rozpútanej vnútornej búrke svojich úzkostných afektov.

Táto forma spracovania sa vyskytuje aj bez neurotického vývoja, keď mimoriadne popudové podnety nemôžu viesť k plánovitému konaniu alebo náhradnému konaniu a nemôžu byť tiež spracované prostredníctvom vnútorného činu /plánované konanie/ alebo presunuté. Stáva sa to napríklad pri katastrofách a panike /ohľad, potápanie lode/, vo vojne alebo bezvýchodiskových situáciách ohrozenia.

Predpoklady pre bezvýchodiskové kumulácie vzrušenia sú pri neurotických vývoch dané už primárnymi podmienkami v detstve. K obmedzeniu konania a inhibíciám vedú väčšinou už preoidipálne silné väzby. Často sa nerozvinú ani prvé pokusy o osamostatnenie v análnej fáze

/“Trotzphase“, „fáza vzdorovitosti“, //403//. Úzkosť ztrestu alebo straty lásky je často tak veľká, že dochádza k prílišnému prispôsobeniu sa a vývinu včasných inhibícií.

U úzkostných neurotikov sme pozorovali silnú konfliktovú väzbu na matku a neustály boj o osamostatnenie. RICHTEROVE a BECKMANNOVE /479/ pozorovania, hlavne čo sa týka typu „A“, by mohli byť urobené aj na úzkostných neurotikoch bez nápadne vytvorenej kardiálnej symptomatológie. Existuje paralela, ktorá je zvlášť nápadná pri opise štruktúry osobnosti.

V oidipálnej situácii je včasné obmedzenie správania ešte utvrdené, a nie, ako je tomu u konverzných neurotikov, transformované do úteku a pseudosamostatného správania.

Incidencia, prevalencia a priebeh

O prevalencii úzkostných neuróz v obyvateľstve je možné sa len dohadovať, pretože v epidemiologických výskumoch

sú zriedka robené takéto špeciálne klasifikácie neuróz. HOLLINGSHEAD a REDLICH /254/ pojali úzkosť a fobické reakcie dohromady a uvádzajú ich výskyt ako 0,5/1000; podiel týchto reakcií u pacientúry v psychiatrickej liečbe je 20%. V Burlingtonskej štúdii /671/ sa uvádza výskyt ľahkých úzkostných stavov a fobií 74,7/1000, ťažších /severely disabling/ 2,2/1000. V Midtown-Manhattan-Study /321/ sú však udávané omnoho väčšie čísla. Pre úzkosť neviazanú na objekt je udávaných 15,1%, pre fóbie 26,1% /391/ WINTER našiel úzkostné stavy u 26,5% vyšetrených (muži ku ženám 1:1; /644/). Úzkostné neurózy sú ako v Yalskej, tak aj v Manhattanskej štúdii častejšie v oboch vyšších sociálnych vrstvách /254, 32, 391, 474/.

Z jednej detskej psychiatrickej polikliniky /222/ pochádza nález, že 5,3% pacientov udáva ako hlavný symptóm úzkosť a fóbie.

U 200 neselektovaných ťažkých neurotikov, ktorí museli byť stacionárne klinicky liečení sa ukázalo nasledovné rozloženie úzkostných symptómov:

Tabuľka 9. 200 pacientov /100 žien a 100 mužov/ s primárne psychogénnymi symptómami /podľa SCHWIDERA - 1142/.

	celkovo	ženy	muži
Úzkostné prežívanie v období vyšetrovania udávané spontánne alebo na dotaz	108 /54%/	69 /34,5%/	39 /19%/
Z toho:			
Veľké záchvaty úzkosti	2 /1%/	1	1
Neviazaná úzkosť	4 /2%/	3	1
Racionalizovaná úzkosť /zvlášť rac. neviazaná úzkosť pri kardiál. symptómoch/	20 /10%/	9	11
Fobické reakcie	36 /18%/	28	8
„Malé“ difúzne alebo na objekt viazané úzkosti	46 /23%/	28	18
Úzkosť ako hlavný symptóm	26 /13%/	18	8
Úzkosť ako vedľajší symptóm	82 /41%/	51	31
Úzkosť bola už v detstve /ako primordiálny symptóm/	132 /66%/	87	45

//404//. Tabuľka vykazuje častý výskyt úzkosti ako primordiálnej symptomatiky v detstve /66%/, pričom by sme však ešte nemali hovoriť o úzkostnej neuróze.

Z úzkostných symptómov v detstve vznikne relatívne málo úzkostných neuróz, zato však rôzne neurotické symptómové obrazy. V podiele úzkostných neuróz u dospelých pacientov /13%/ stojí za povšimnutie tiež to, že ide väčšinou o ťažké chronické neurózy. MARGIT ROTACH-FUCHS /491/ videla u 100 stacionárnych pacientov 11% úzkostných neuróz pri takmer rovnakom pomere pohlaví /ženy: muži = 2:1/.

K výskytu je ešte treba sa zmieniť o tom, že JOR-SWIECK /276/ v troch sledovaniach v r. 1947, 1956, 1965 zistil priebežné narastanie úzkostných symptómov a fobií.

Pozorovania priebehu u úzkostných neurotikov svedčia do značnej miery pre to, že choroba je väčšinou chronická, a že zmena symptomatológie nie je ani zďaleka tak častá ako pri hystériách.

CREMERIUS však v r. 1962 /93/ opísal aj zmenu symptomatológie. V r. 1966 však píše /94/, že úzkostná neuróza,

ktorú geneticky považuje za určitú formu hystérie, sa čo do vývojovej tendencie od tejto nápadne líši: „Úzkostný syndróm zostáva konštantný“ spravidla až do dovŕšenia 5. decénia, a väčšinou vo výraznej intenzite. Pri často pozorovaných zmenách si v rámci symptómového obrazu udržuje trvale svoje vedúce postavenie.

Tabuľka 10. Úzkostné prežívanie u 108 pacientov /podľa SCHWIDERA/

1.	Strach zo smrti / strach zo zlyhania srdca, náhleho odpadnutia	40
2.	Pocity zvierania /kardiálne, ventilačné/	71
2a.	Poruchy spánku	43
3.	Agresívne postihnutia /“Je to, akoby ma niekto škrtil, bodol do srdca, udel po hlave“./	21
4.	Strach z odpadnutia /mdlôb alebo zvrútenia sa	31
5.	Pocity závratu	36

6.	Plač	9
7.	Gastro-intestinálne senzácie /úzkosť udiera do žalúdka alebo čreva; nechutenstvo, nauzea, obštipácia, diarhoe, meteorizmus	22
8.	Tremor	3
9.	Spotenie sa	18
10.	Bolesti hlavy	30
11.	Neistota pri chôdzi	16
12.	Fobické reakcie	36
	Tma	31
	Samota	10
	Búrka	22
	Strach z choroby	16
	Strach z výšok	5
	Ulica	12
	Ľudia	4
	Skúška	2
	Smrť druhých ľudí	8

//404//.

NEUROTICKÉ FÓBIE

Klinické symptómy

Ťažkosti s definíciou a klasifikáciou

Na rozdiel od úzkostnej neurózy sa pri fóbiách patologické symptómy úzkosti a strachu týkajú vonkajších podnetov. Fóbiu v najširšom zmysle označujeme ako „chorobný strach pred niečím“, //405//. Atribút „chorobný“ sa vzťahuje nielen na silu afektu strachu a somatické sprievodné prejavy, ale tiež na inadekvátnosť a častú iracionalitu vzťahu medzi vyvolávajúcim podnetom a odpoveďou. Takáto široká definícia potom zahŕňa ako *fobické reakcie* - často sa vyskytujúce u detí a dospelých v záťažových situáciách - tak aj *neurotické fóbie*, ktorých predpokladom je neurotický vývoj. Znakom neurotického spracovania je presun psychického, teda vo vnútri prežívaného a obávaného nebezpečenstva, na určitý objekt vo vonkajšom svete alebo na určitú vonkajšiu situáciu /182/.

Podľa PAVLOVOVEJ teórie môžeme tiež hovoriť o procese podmienenia, čomu dávajú v poslednej dobe prednosť behaviorálni terapeuti /1081/. V psychoanalýze ako obranný mechanizmus opísaný presun a projekcia by boli výsledkom podmienenia: podmienený reflex. Dôležité je teraz pozrieť na to, akým spôsobom je podmienenie alebo projekcia zapojená do celkovej neurotickej obrany voči úzkosti.

MICHAUS /1018/ uvádza poňatie mnohých autorov, že keď fobické symptómy trvajú po odôvodnenom a vedomom prežívaní strachu, potom by sa malo hovoriť o „pseudofó-

bii“. Pripúšťa však, že nie je žiadny rozdiel medzi fóbiou a pseudofóbiou, pretože aj pri tzv. pseudofobických symptómoch sú zúčastnené podmienené reflexy.

S presunom a projekciou podnetov ku strachu korenšponujú neurotické formy správania, ktoré sťažujú psychické spracovanie úzkosti. Klinicky možno u niektorých neurotických fóbií nájsť poruchy správania, ktoré sú typické pre konverzne neurotickú /hysterickú/ štruktúru charakteru, u iných fóbií naproti tomu prevládajú odsebanne –neurotické rysy. Môžeme teda rozlišovať prevažne obsedantne-neurotické a prevažne konverzne- neurotické fóbie, a konečne aj také, u ktorých sa spájajú obsedantne -neurotické a konverzne- neurotické spôsoby správania.

Klasifikácia je sťažená nielen tým, že existujú všetky možné mysliteľné prechody medzi obsadantnými strachmi a tzv. hysterickými spracovaniami úzkosti, ale aj tým, že pomenovanie „fóbie“ majú ďalšie symptómy úplne iného charakteru, a to hlavne tie, u ktorých sa presun psychotických podnetov k strachu deje na somatickú sféru /erytofóbia, tzv. „kardiofóbia“, karcinofóbia“, luofóbia a ďalšie fóbie z chorôb/. Tu väčšinou ide buď o hypochondrické symptómy a koreláty úzkostného prežívania, ako u kardio-genézy, alebo aj o vzťahovacie a často aj bludné myšlienky, alebo konečne tiež o formy obrany pred úzkosťou u schizoidných pacientov /1144/. Klinické pozorovania hovoria pre to, aby sa od typických neurotických fóbií oddeľovala skupina fóbií z chorôb /nosofóbie/, a teda aby sa fenomén projekcie strachu na vonkajšie situácie a objekty /podmienenie s vonkajšími podnetmi/ volil za diferenciatívny znak. RICHTER a spol. /479, 807/ obhajujú takéto rozlišovanie aj z toho dôvodu, že typický fobik sa môže vyhnúť náhradným objektom a úzkosť vyvolávajúcim situáciám, zatiaľ čo napr. kardioneurotik nemôže obísť svoje srdce“. Nosofóbie teda nie sú pravými fóbiami, ale zvláštne, len čiastočne fóbiám podobné patologické spracovania strachu.

Psychické a somatické manifestácie

Symptómy fóbií sa manifestujú v psychickej oblasti hlavne ako strachy z ľudí, zvierat, predmetov a situácií.

Rôzne pokusy o klasifikáciu podľa objektov a situácií, ktoré vyvolávajú úzkosť /72, 953/, a zavádzanie množstva pekne znejúcich gréckych a latinských termínov, majú len malú vedeckú hodnotu, pretože v súvislosti s podmienením sa môžu do centra fobických symptómov dostať akékoľvek banálne a náhodné objekty a situácie. LAUGHLIN /953/ pozoroval 64 fobických objektov. Najčastejšie možno pozorovať tieto neurotické fóbie /poradie frekvencie výskytu u stacionárne klinicky liečených neurotických pacientov /:/

U dospelých:

- Strach pred tmou alebo nocou /nyktophobia/.
- Strach pred bleskami a búrkou /keraunophobia/.
- Strach z priestranstiev /agoraphobia/.
- Fóbie zo zvierat /zoophobia/.
- Strach z uzavretých priestorov /claustrophobia/ /divadlá, kino, koncerty/.

- Strach z výšok nazývaný tiež „výšková zavrát“ /akrophobia/.
- Strach z ľudí /všeobecne alebo z určitých, napr. vrahov/.
- Strach z hroziacich chorôb /nosophobia/.
- Strach zo skúšania /examenophobia/.
- Strach z dotknutia a umazania sa /mysophobia/.
- Strach zo samoty.

U detí:

- Strach pred tmou alebo nocou.
- Strach zo zvierat /väčšinou fobia zo psov - kynophobia/.
- Strach z ľudí, väčšinou násilníckych /antropophobia/.
- Fobie z určitých potravín /mlieko, ryba, mäso/.
- Strach pred vodou alebo ohňom /aquaphobia, pyrophobia/.

U mladistvých sa relatívne často vyskytujú fobické strachy z očakávania, teda strachy, ktoré sa vzťahujú k situácii, ktorej sa obávajú a ktorej sa podľa možnosti chcú vyhnúť.

Ak sa vyskytujú somatické symptómy, sú to väčšinou ekvivalenty úzkosti /funkčné poruchy kardiovaskulárne, respiračné, gastrické a intestinálne a i. / . Somatické poruchy pri úzkostných neurózach sa nie zriedka zlepšujú pri prechode do fobického priebehu /95, 479/. Úspešné vyhýbanie sa úzkostným podnetom je potom vykúpené za cenu obmedzenia pohybu a slobody, ktoré je pre fobikov také typické.

Poruchy správania

Podobne ako tvorba fobických symptómov má v prežívaní potláčať úzkosť a umožniť vyhnúť sa strachu a úzkosti, tak i v správaní možno pozorovať pokusy o ochranu a zaisťovanie sa pred úzkosťou. Pri štúdiu priebehu neurotických vývojov som často videl, že fobické reakcie v detstve odznievajú po objavení správania, ktoré ruší úzkosť alebo umožňuje vyhnúť sa jej. Fobické symptómy často ustupujú, keď sa dieťaťu napr. podarí vyzerat silnejšie, istejšie, aktívnejšie voči vnútornej neistote, vyzerat citovo neotrasiteľne, keď sa mu podarí ako mocnejšiemu robiť žarty, byť ironickým, alebo aj byť prísne vecným, odborne orientovaným. Pri neurotických fóbiách sú sklony k podobným reakčným výtvorom a vytvoreniu takýchto ideálnych - ja. Pri pretrvávajúci fobických symptómov zostávajú takéto snahy ambiva-

lentné a obsadené úzkosťou. Takmer obligátnym nálezom u fobikov je nevydarený pokus rozvinúť ego -ideály do foriem správania, ktoré sú podľa možnosti v rozpore so správaním rodiča rovnakého pohlavia. Takéto *antithetické utváranie ego - ideálov* /antithetické voči rodičovskému vzoru rovnakého pohlavia/ je často možné vidieť už pri otázke, či by pacientka chcela byť ako jej matka alebo pacient ako jeho otec. Viac alebo menej otvorená záporná odpoveď na túto otázku a spôsob odôvodnenia poskytujú väčšinou dobrý vhlad do permanentných konfliktov medzi reaktívnymi potrebami nezávislosti na jednej strane a silnými túžbami po oddanosti a opore na strane druhej.

V psychoanalytických výskumoch sú takéto konflikty, a z nich vznikajúce poruchy správania, opísané rôznym spôsobom. S.FREUD v analýze 5 - ročného Hansa //407// sú predstádia antithetického utvárania ego -ideálu. ALEXANDROVO /8/ pozorovanie, že fobickým pacientom na nedarí adaptovať „ja“ - na hrozby trestu zo strany superega, poukazuje z topického metapsychologického aspektu na podobné súvislosti. REICH /471/ opísal „zaťatý charakter“, ktorý sa vyvíja ako obrana pred fobiou. Tiež u týchto pacientov sa v detstve vyvíjal ideál „nebyť takým ako otec, ale práve naopak“. REICH vtedy ešte nepoznal význam správania, ktorý vzniká z antithetického utvárania ego ideálu. SCHUR /796/ zastáva názor, že pri každej fóbii sa odohráva konflikt v identifikácii. WANGH /1205/ na prípade topophobia ukazuje, že dochádza k úzkostiam z pudových konfliktov, pretože sa nepodarilo riešenie konfliktovej ambivalencie.

Pre vývoj porúch správania má veľký význam postoj rodiča rovnakého pohlavia, pretože interakcia otec - dieťa a matka - dieťa sú navzájom v recipročnom vzťahu. Väčšinou je kladený dôraz na lásku zo strany dieťaťa, pritom však je mu ponechané málo slobody a nemá adekvátny vzor, ktorý by napodobňoval a s ktorým by sa identifikoval. U niektorých fobikov dochádza k poruchám správania, ktoré sa podobajú konverznnej /tzv. „hysterickéj“/ neuróze, a u iných majú poruchy správania skôr charakter obsedantne - neurotický; veľmi časté sú však zmiešané obrazy oboch neurotických štruktúr. Psychopatologické rozdiely medzi „úzkosť redukujúcimi“ obsedantne - neurotickými fóbiami a hysterickými fóbiami rozpracoval FELDMANN /759/. Poruchy správania sa teda týkajú týchto neurotických vývojov /ich štruktúr/, pričom podľa skúsenosti sú najčastejšie tieto korelácie:

Tabuľka 11: Poruchy správania.

Prevažne obsedantne - neurotické poruchy	Prevažne konverzne - neurotické poruchy	Zmiešané obrazy
Fobie s agresívnymi obsahmi. /napr. fobia z nožov, ostrých predmetov, poškodenia modernou technikou alebo aj z vlast. poškodzujúceho správania; mysophobia, fobie zo znečistenia a dotyku/. Fobie z nákazlivých chorôb, zo šialenstva a zo smrti. /pokiaľ sa nejedná o hypochondrické, bludné alebo pod. psychot. ob-sahy/	Agorafobia, klaustrofobia, zoofobia /domáce zvieratá ako kôň a pes, malé zvieratá ako pavúk, potkan, myš/. Fobie z ľudí, vody /more, povodeň/.	Mnohé zoofobie /napr. hady, meptilie/, niektoré agora a topofobie /určité miesta a situácie/. Fobie z určitých potravín . Polyfobie /fobie, ktoré sa rozšírili na viaceré objekty a situácie. Akrofobia /závrat z výšky, strach z hĺbky/. Strach zo skúšania.

Pri väčšine strachov, ktoré sa týkajú vlastného tela - sú tiež označované ako fobie /dysmorfofóbia = vysporiadávanie sa s domnelými somatickými anomáliami, zvlášť nosa; strach z telesného pachu a potu a pod./ - ide, ako pri nosofóbií, väčšinou o symptóm iného druhu.

Prenosové a interpersonálne symptómy

Na prenosových symptómoch sú podobne ako v medziľudských vzťahoch najprv zjavné: bezmocnosť, vyhýbanie sa a útekové tendencie. V dyadickom vzťahu sú neurotickí fobici pri svojej bezmocnosti a neschopnosti konať, ochotní k akejkolvek navrhovanej liečbe, bez toho, že by sa v nej dostatočne orientovali. Reagujú na vlastné ambivalentné túžby po závislosti //408// väčšinou zosilnením úzkosti a tvorbou symptómov. Pri individuálnej analýze a skupinovej terapii je v začiatkových fázach nápadne neustále vyhýbanie sa, unikanie. Pri prevahe odsedantne-neurotických obranných mechanizmov /ako je izolácia a pokus o odčinenie/ dochádza často k mlčanlivej inhibícii, naproti tomu pri prevahe konverzne - neurotickej obrany /ako je okamžité zabudnutie v súvislosti s potlačením/ k demonštrácii citov.

V začiatkových fázach tiež dochádza často k pokusom o útek. Najsilnejšie prenosové symptómy vznikajú pri terapeutovi rovnakého pohlavia, pretože opätovný pokus o vytvorenie antithetického ego - ideálu mobilizuje silnú úzkosť a sťažuje terapeutickú pomoc a pracovné spojenectvo. Voči heterosexuálnemu terapeutovi sú podobné konflikty vyvolané tým, že pacient vo svojom správaní neustále kolíše medzi správaním, ktoré vo všeobecnosti zodpovedá identifikácii s rodičom rovnakého pohlavia a správaním, ktoré je diametrálne odlišné, protikladné.

V skupine väčšinou možno postrehnúť rys interpersonálneho správania, ktoré aj v rodine vedie k neustálym konfliktom: v súvislosti s bezmocnosťou sú kladené nároky na pomoc, ochranu a niekedy na trvalú prítomnosť, ktoré ľudia v okolí prežívajú ako chcenie vládnúť a agresivitu. GLOVER /824/ už pred 20 rokmi poukázal na význam tejto túžby vládnúť, ktorá je rušivá v terapii i v rodine. Tieto správania do istej miery zrkadlia základnú ambivalenciu medzi hľadaním opory, ochrany a túžby po ovládaní /nezávislosti/.

Ostatné symptómy, ktoré sa vyskytujú pri prenose a v medziľudských vzťahoch sa týkajú psychodynamiky konverzných a obsedantných neuróz.

Psychodynamika a etiológia

V psychoanalýze bola psychodynamika neurotických fobií chápaná predovšetkým ako pudový konflikt, ktorý sa transformoval do strachov z vonkajších vnemov /164, 182, 322, 424, 471/. FREUD /182/ rozlišoval 2 fázy: v prvej dochádza po zážitku strachu k úzkostnému vývoju a potláčaniu; v druhej dochádza k projekcii ohrozenia libida navonok, so vzrastajúcim „opevňovaním sa“ voči zdanlivo vonkajším nebezpečenstvám. Slabina tohto obranného systému je v bezradnosti a bezmocnosti čo sa týka obrany pred vnútrom.

Etiológia fobií je sporná. Staršie organické hypotézy sa nepotvrdili /66/. Behaviorálne-terapeutické teórie fobií sa opierajú o laboratórne výskumy experimentálnych „neuróz“

u zvierat a ľudí. Ide pri tom o odpovede, ktoré sú vyvolané určitými podnetmi, teda o *reakcie*, ktoré síce ukazujú, že fobie vznikajú v úzkostných situáciách a sú naučené, neobjasňujú však neurotický vývoj. Psychoanalytici postulovali etiologické hypotézy, ktoré sú kazuisticky doložené a ktoré sa stali teoretickým základom pre analytickú terapiu.

FREUD etiologicky rozoznával včasne a neskoro začínajúce abnormné vývoje /kastročná úzkosť/ smerom k fobiám. Mnohé z včasných abnormných vývojov nie sú pravými fobiám. Väčšinou sa dá začiatok porušenej psychodynamiky vystopovať až do 3. roku života, teda až do vývojovej fázy, v ktorej je úzkostné prežívanie u detí v súvislosti so získaním nových motorických skúseností tak časté ako v žiadnom inom veku //409//. V reči teórie libida sú to teda hlavne kastročné úzkosti falickej fázy vývoja a včasnej oedipálnej situácie, ktorými abnormný vývoj začína. Keď GREENSON /834/ a iní psychoanalytici /796, 1089/, ktorí našli skorší začiatok, majú za to, že prvé podmienky fobických symptómov sú už vo veľmi včasnom detstve - v štádiu primárnej úzkosti - potom sa možno domnievať, že tieto pozorovania sa väčšinou týkajú fobií podobných symptómov pri schizoidnom alebo schizoidne - obsedantnom prežívaní. V publikáciách možno pre to nájsť rôzne doklady.

GREENSON /834/ sa vo svojej práci zmiňuje o 4 prípadoch, u ktorých boli hlavným symptómom fobie a u ktorých sa vyskytovali tak hysterické ako aj obsedantne neurotické a schizoidné rysy. /Jeden pacient bol „pomerne typický obsedantne neurotický s viac ako ľahkými paranoidnými rysmi“. Paranoidné rysy boli u troch a hypochondrické u dvoch pacientov/. Boli to „zmiešané pregenitálne neurózy“ /mixed prägenital neurosis with oral, anal, hypochondrical and paranoid trends/. GREENSON dáva do protikladu úzkostných, fobických, inhibovaných pacientov voči depresívnym, ktorí sú „counterphobic“ a agujú.

RHEAD /1089/ opísal agorafobickú pacientku, ktorej matka mala ku nej narcistickú väzbu, takže vo fantáziách pacientky sa objavovali intenzívne túžby po symbiotickom partnerstve. Boli prítomné tiež ďalšie symptómy a schizoidné poruchy /“narcissistic personality disorder“, ktoré sa u väčšiny neurotických fobií nevyskytujú.

Výsledky etiologických výskumov ukazujú, že podnety k fobiám - napriek rôznym obsahom strachov - sú hlavne situácie pokušenia /Versuchungssituationen/, pre pudové hnutia, ktoré boli predtým odmietané a z ktorých má pacient obavu. Strachu z tohoto nebezpečenstva nie je adekvátny obsah úzkosti, zodpovedá však subjektívne prežívanej bezmocnosti voči pudom.

U rôznych fobií sú často opísané súhlasné vyvolávajúce situácie skúšania /Untersuchungssit/.

Fobie zo zvierat opísal sám FREUD vo dvoch chorobopisoch /fobia z koňa u malého Hansa a „Wolfsmann“ - „vlčí muž“. Vznik úzkosti vzťahoval FREUD u oboch týchto pacientov na nevydarené agresívne oedipálne vyrovnávanie sa s otcom. FENICHEL /163/ sa zmiňuje, že všetky zoofobie sú analogické prípadom, ktoré vyšetroval FREUD. DUHRSEN /116/ sa u zoofobií zmiňuje o troch významných etiologických faktoroch, ktoré sú vystopovateľné ešte pred situáciami pokušenia a ktoré mutatis mutandis treba brať do úvahy pre fobickú asociáciu afektu:

1. obávané zviera bolo skutočne niekedy prežívané silne úzkostne,
2. bolo náhodne prítomné v situácii, v ktorej vznikol strach z iných dôvodov,
3. druh zvierat bol reprezentatívny pre strach, ktorý platil pre úplne iné objekty a pochody.

U úzkostných neuróz nie je pravý podnet k úzkosti prístupný vedomej reflexii. Tretia možnosť sa vyskytuje u mnohých zoofóbií. Napríklad u väčšiny fóbií zo psov je reprezentatívne buď pozorovanie rýchlej motoriky, štekania, vyskakovania, nebezpečenstvo pohryzenia alebo pozorovanie sexuálneho správania. Pri fóbiách z mačiek sa môže stať reprezentatívne: prskanie, škrabanie, lovenie myši, ale tiež nežnosti a pradenie. U koní vidia deti väčšinou mohutnosť, veľkú silu, veľké genitálie a niekedy tiež bezstarostnosť a silu pri vykonávaní potrieb. Treba myslieť tiež na takéto možnosti vzniku u zvierat, ktoré pacient prakticky nestretnie, alebo zriedkavo /ZOO/, napr. jedovatých hadov a iných plazov. Pri fóbiách z malých zvierat /myši, chrobáky, muchy, hmyz, atď./, možno snáď brať do úvahy, že určité spúšťače, podnety /malé zvieratá, hmyz/ môžu vyvolávať určité vrodene reakcie archaických úzkostí /232/. Pri neurózach je však uvádzaná symbolická reprezentácia.

Pri strachu z ulíc sa uvádzajú rôzne situácie pokušenia, ktoré sú podnetmi pre vznik tohto strachu: sexuálne pokušenie na ulici, potláčaná radosť z pohybu /1/ a exhibície /775 a/, tiež však orálne a agresívne pokušenia, u detí vybudenie sa bez toho, že by hneď boli nútené k poriadku a boli potrestané /116/. V agorafobickom pokušení je snáď najväčšia úzkosť pred vlastnou zodpovednosťou. Hovorí pre to fakt, že úzkosť okamžite povolí alebo úplne vyhasne, keď agorafobika doprevádza nejaký človek - niekedy dieťa.

MARKS a HERST /996/ na základe dotazníkového vyšetrenia 1200 agorafobikov /95% žien, z nich bolo 80% vydatých/, opisuje hlavný konflikt trochu nešpecifickjšie: frustrácia a obmedzenie v základe živých a extravertovaných žien.

Strach pri prechádzaní priestormi môže byť vyvolaný podobnými faktorami. Von GEBSATTEL /808/ označil za hlavný vyvolávajúci moment takýchto úzkostných záchvatov „priestorovú kvalitu šírky“. Von GEBSATTEL sa domnieval, že agorafobik sa „utesňuje“ pred elementom šírky tak, ako akrofobik voči priepasti. Zdravý môže vyraziť do priestoru /Weite/ a môže byť fascinovaný jeho bohatstvom ako kusom budúcnosti, „v komunikácii s obsahom symbolu priestoru buď prekonávame, zdolávame alebo sme premáhaní“.

Pri prežívaní *akrofobie* /strach z výšky, závrat z výšky/ je snáď možno poukázať na obavu z priťahovania priepasťou, hĺbkou. /740, 808, 1248/. ZUTT /1248/ vidí v „závrate z výšky“ „hraničnú situáciu usporiadaného bytia“, nebezpečie „straty zaradenia a bezpečia v priestorovom usporiadaní. BAUMEYER /694/ považoval za pozadie „úzkosť pred stratou fyziognomického usporiadania priestoru“ /1248/, silné ambivalentné konflikty medzi potlačenými túžbami po moci a vlastníctve a túžbami po prílnutí, oddaní sa.

Tiež pri ostatných fóbiách sú podobné rozdiely medzi antropologickými, *dasseinsanalyticky* a psychoanalyticky interpretáciami úzkostí a vyvolávajúcich konfliktných situácií, avšak nie sú medzi nimi žiadne zásadné rozpory.

Incidencia, prevalencia a priebeh

Výskyt a priebehové formy fóbií boli už diskutované pri úzkostných neurózach. Detailné pozorovanie priebehu jednotlivých neurotických fóbií chýbajú. Agorafobie niektorí autori označujú za zvlášť ťažko ovplyvniteľné v porovnaní s ostatnými fóbiami /933, 1159/. Podľa už zmienených výsledkov vyšetrenia u 1200, prevažne ženských /95%/ agorafóbií, členiek klubu agorafobikov /996/, je priebeh spravidla chronický. Priemerné trvanie symptómu je 13 rokov.

5% nikdy nevyhľadalo lekára, 95% vyhľadalo praktických lekárov, a z toho 67% konzultovalo tiež psychiatra.

OBSEDANTNÁ NEURÓZA

Klinické symptómy

O klinických symptómoch obsesie a o jej rôznych psychiatrických poňatiach existuje množstvo informatívnych prehľadov, v ktorých sú vyčerpávajúco podané problémy diskutované v literatúre. K.SCHNEIDER /1122/ informuje o diferenciách v definícii v posledných rokoch minulého storočia a o klinických pozorovaniach až do roku 1971. Túto prácu doplnil DE BOOR /734/ súhrnnou správou za obdobie 1918 - 1947. V posledných 20 rokoch podávajú dobrý prehľad a kriticky podávajú kliniku obsedantných stavov RUMKE /1111/ a TASCHEV /1184/.

Celkové pojednanie o klinike obsedantných symptómov by muselo zohľadniť výskyt drobných obsedantných myšlienok a impulzov u zdravých ľudí /741, 826, 1123, 1245/, potom obsedantné symptómy pri intoxikáciách, encefalitidách a iných somatických ochoreniach, u psychóz - zvlášť pri schizofrénii, ale aj u endogénnej depresie - a konečne u abnormných osobností. K tejto poslednej skupine, po izolovaní anankastických psychopatií, patria neurotické vývoje v zmysle našej definície, teda vlastné obsedantné neurózy.

Psychické a somatické manifestácie

Pri obsedantne neurotických vývojjach možno nájsť v psychickej oblasti v prvom rade vtieravé predstavy, myšlienky a obavy /411/. U TASCEVA /1184/ dominovali tieto symptómy v jeho súbore 547 obsedantných pacientov v 85,65%. Obsedantné impulzy a konanie sú niekedy sekundárne, možno ich však pozorovať tiež ako prvé symptómy, zvlášť u obsedantne - schizoidných neurotických štruktúr. BRÄUTIGAM /66/ to formuluje tak, že s obsedantne neurotickými myšlienkami a predstavami nastupujú u pacienta impulzy a popudy ku konaniu a bráni sa im „ritualizovanými praktikami“.

Po publikovaní psychoanalytických výsledkov dnes už sotva niekto pochybuje o úzkom vzťahu medzi úzkosťou a proti vlastnej vôli, napriek rozumnému náhľadu sa vnucujúcimi obsedantnými predstavami a myšlienkami.

Aj KRAEPELIN /928/ hovoril o vzniku väčšiny obsesii „na podklade zreteľne úzkostne zafarbenej nálady“. Von GEBSATTEL /809/ sa na základe svojich skúseností domnieva, že primárna porucha anankastickej neurózy je fobickej povahy. Podobne ako neskorší bádatelia /napr. 795/ rozlišoval obsedantne neurotickú úzkosť od úzkostne-neuro-

tickej a od úzkosti v rámci čistých fóbií. Okrem toho, podľa fenomenologických kritérií rozlišuje medzi „psychastenicými“ a anankastickými“ fóbiami.

G.E. STORRING /1175/ označoval úzkostnú napätosť a trýznivý nepokoj, ktoré sú neustále sprevádzané myšlienkami obrannými opatreniami, ako „anankastická úzkosť“. Často sú podávané správy o tom, že pri potláčaní obsedantných myšlienok a hlavne obsedantných impulzov vzniká silná úzkosť.

Psychoanalytické skúsenosti viedli k poňatiu, že obsedantné symptómy sa dajú chápať ako pudové ukojenia, ktoré sú deformované úzkostnou a obranou, alebo ako výčitky za túžby po takýchto ukojeniach /164 FENICHEL/. Takéto poňatie vidí symptómy v úzkej súvislosti s psychodynamikou. Pritom sa predpokladá, že motivujúce pudové impulzy pacient neprežíva vedomo, že sú v rozpore s morálnymi zásadami osobnosti, vyvolávajú pocity viny, a preto sú deformované /entstellt/ ako aj do značnej miery zbavené svojho afektívneho obsahu /obránný mechanizmus „izolácie“/.

Náčrt interpretácie symptomatológie, ktorý nasleduje, sa stal dôležitým pre psychoanalytickú terapiu a tiež ako heuristický princíp:

1. V symptómoch možno rozpoznať zdeformované prianie po ukojení /Befriedigungswunsche/:

- a/ Obsedantné myšlienky a predstavy s agresívnymi, sexuálnymi /často obscénnymi/, neestetickými obsahmi alebo obsahmi, ktoré sú prežívané ako nemorálne, odporné. Nie sú zriedkavé tiež obsedantné myšlienky z kaptatívne-orálnej a retentívnej oblasti, napr. úvahy, či sa pacient dosť najedol alebo či nič nestratil.
- b/ Obsedantné impulzy a konanie sa týkajú impulzov z rovnakých oblastí, ktoré sú väčšinou prežívané ako prísne zakázané, ako nemorálne, zraňujúce, škodlivé, kriminálne alebo ako hrubo egoistické. Aj konanie, ktoré sa pacientovi javí tajomné môže byť larvovaným a deformovaným pokusom o uspokojenie sexuálnych, zvlášť homosexuálnych a agresívnych impulzov.

2. Symptómy s obrannými, trestajúcimi a kajúcnyimi tendenciami

- a/ Obsedantné myšlienky a predstavy, ktoré sa opätovne zaoberajú kontrolou, často komplikovanou, zábranami, varovaniami sa /Vermeidungen/ a uisteniami /Sicherheit/, ktoré obmedzujú pacienta. Často je treba podať veľký myšlienkový výkon, aby sa opäť niečo dalo do poriadku, aby sa upokojilo svedomie alebo sa zabránilo obávanému trestu. Charakteristický je presun /Verschiebung/ na „drobnosti“ alebo dokonca smiešne banality. Patria sem tiež obsedantné myšlienky o skorej smrti, alebo ochorení /thanato a nasofóbia/.
- b/ Obsedantné impulzy a konanie sa vyskytujú hlavne ako prehnané uisťovanie sa /Sicherungen/, kontroly, nutkanie k poriadku, umývaniu. Kto neustále kontroluje a preskúšava zaistovanie, nemôže urobiť nič nedovolené, nemôže páchať škody, uspokojuje svoje ťažké pocity viny. Umývanie chráni pred

zašpinením sa, čo sa v asociáciách často ukazuje byť spojené so zakázanými pudovými ukojeniami.

3. Zmiešané symptómy uspokojenia, obrany a trestu

- a/ Obsedantné predstavy a myšlienky obsahujú často súčasne zdeformované túžby po pudovom ukojení a obranu proti nim a často tiež ich potrestanie, napr. vtedy, keď /412/ po sexuálnych prianiach nasleduje nutkavé umývanie alebo iné kajúce konanie. Tiež za mnohými nekonečnými úvahami /v anglickom rečovom okruhu označované ako „obsessional rumination“/ sa často skrýva hrubá ambivalencia: Môžem podľahnúť túžbam po ukojení alebo nie? Táto otázka v súvislosti s neistotou, či je možné dôverovať si alebo nie, sa často presúva ako problém do metafyziky alebo náboženstva.
- b/ Obsedantné impulzy a predstavy, v ktorých sú plánované alebo vykonané rozporné činy, boli opísané FREUDOM ako „dvojstranné správanie“ už v analýze „Rattenmanna“ /Rattekrýsa/. FENICHEL píše o pacientovi /164/, ktorý si po obsedantnej modlitbe za svoju matku musel dať ľahkú facku po ústach a tak opäť musel zrušiť účinok povedaného.

Zostáva sporná otázka, ktorá sa objavila v minulom storočí, či sú obsedantné symptómy primárnou poruchou myslenia alebo emocionality, takže zostávajú aj sporné všetky vývody, ktoré sa z nej vyvodzujú. So vzrastajúcim záujmom o premeny a účinky úzkosti je však táto základná otázka odsúvaná komplexnejším formulovaním otázok. BINDER /45/ odlišuje „Störungspsychizmus“ /rušivý psychizmus/ od „Abwehrpsychizmus“ /obránný psychizmus/, čo je podľa GEB-SATTELA /809/ do istej miery umelé, avšak pre orientáciu je to nepostrádateľné. Von GEB-SATTEL zdôraznil *patické a kognitívne-volitívne* aspekty nutkavých symptómov, ktoré zodpovedajú obom týmto psychizmom a tiež zvláštnu povahu hlboko pôsobivej úzkosti. Poukazuje na úzkostné obsahy, ktoré ohrozujú iným spôsobom ako určitá aktuálna situácia. Strach zo znečistenia, pred poškvrnou, aktívnym alebo pasívnym rozšírením choroby, to sú hrozby pre idealizovaný obraz o sebe a sebaúctu, ktoré vychádzajú z neintegrovaných vnútorných síl.

Tiež FELDMANN /795/ vychádza z centrálneho významu úzkosti pri obsedantných obavách /úzkosť z agresie, viny, pochyb/ a vo svojich dôkladných situačných analýzach ukazuje komplexné súvislosti, v ktorých dochádza k produkcii úzkosti a k spôsobom správania, ktoré úzkosť redukuje. Pretože využíva Lewinov pojem situácie /“súvisiaca celosťnosť motivačného stavu osobnosti, psychologického okolia a na situáciu viazaného výberového princípu“/ dospeje aspektom, ktoré psychoanalytický model motivácie-obrany neodkryl.

K psychickým symptómom patrí tiež často opisovaná nevrá /unföhre/, stiesnená nálada - ako sprievodný príznak obsedantných symptómov. TASCHEV /1184/ hovorí o „trvalých pocitoch strachu a mrzutosti“, ako aj „stiesnených náladách“. GOODWIN a spol. /831/ hovoria o dysfórii a zmieňujú sa o napätej dráždivosti a občasnom stiesnenom smútku.

V prehľadných referátoch, ktoré boli zmienené na začiatku, bolo venované mnoho pozornosti vzťahu obsedant-

nej neurózy ku cyklothýmii. Anankasmus môže byť domínujúcim vedúcim symptómom aj pri depresiách /956/.

Somatickým symptómom pri obsedantnej neuróze bolo došiaľ venované len málo pozornosti. Niektoré vegetatívne a funkčné poruchy sa však vyskytujú tak často, že toto pozorovanie ma podnietilo označiť symptómy funkčných kardiálnych ťažkostí, bolesti hlavy, obštipácie a porúch spánku ako „obsedantne neurotický orgánový syndróm „Zwangsneurotisches Organsyndrom“ /1140/.

Tieto symptómy možno nájsť aj u pacientov s obsedantne neurotickou štruktúrou bez obsedantných symptómov.

VOLKEL pozoroval /1194/ alternovanie obsedantných symptómov a obsedantne neurotického orgánového syndrómu.

ZAUNEROVA /1240/ štúdia o symptomatológii obsedantnej neurózy potvrdila frekvenciu obsedantne neurotického orgánového syndrómu ako pri vývoch prejavujúcich sa postojoch tak aj pri vývoch inhibovaných štruktúr. Poruchy respiračnej funkcie a apetítu sa vyskytovali hlavne u obsedantne neurotických postojových štruktúr. K často sa vyskytujúcim symptómom únavy a vyčerpania vyslovuje ZAUNER domnienku, že k predčasnej únave vedie trvalá obrana voči vnucujúcim sa agresívnym - motorickým impulzom.

Tiež TASCHEV /1184/ uvádza, že vegetatívne poruchy hrajú významnú rolu a má tendenciu hovoriť o „vegetatívnom psychosyndróme“ /funkčné kardiálne poruchy s tachykardiou, bolesti hlavy, pocit nedostatku vzduchu, náhle potenie, trasenie kolien/. //413// Na bolesti /v prvom rade bolesti hlavy/ si sťažovalo 41,13%, na poruchy spánku 58,5%, na funkčné kardiálne poruchy 23,35%.

Za zmienku ešte stojí, že TASCHEV ešte častejšie ako ZAUNER našiel u obsedantne neurotických pacientov „patologickú únavu a skleslosť“ - u dobrej tretiny /33,64%/.

U obsedantných neurotikov okrem toho často možno pozorovať vagotonus, strnulé, rididne držanie tela, ako aj sklon k spazmom hladkej a priečne pruhovanej muskulatúry. Obsedantné neurotické vývoje sa našli u rôznych psychosomatických chorôb a u porúch svalovej koordinácie.

Poruchy správania

FREUD /182/ opísal známu trias typických spôsobov správania sa nutkavého neurotika: veľkú šporovlivosť až skúpost', prehnajú záľubu v poriadku, z ktorej sa ľahko stáva pedanteria, a svojhlavosť, tvrdohlavosť, ktoré sa môžu gradovať až ku vzdorovitosti. Ďalej je charakteristická vnútorná rozštiepenosť a rozpornosť správania. Popri typickej triade sa však vyskytuje aj úplne polárne správanie. Prehnane šporovlivý robí náhle ľahkomyselné výdaje, je v určitých oblastiach extrémne neporiadny a prejaví sa podrobivo a bez vlastnej vôle tam, kde je to úplne nevhodné. Freudova triada je len jednou stránkou polárneho diania /1149/, ktorého zdanlivo sa vylučujúce póly sa vzťahujú na spoločné jadro: ambivalenciu, ktorá nedovoľuje konštruktívny pomer napätia. V týchto polárnych protikladoch je cítiť nevydarený pokus vyhnúť sa vnútornému rozhodnutiu s „dobrým vedomím“, svedomitou a „čistotou“. Neschopnosť rozhod-

núť sa, sa zvlášť dramaticky prejavuje v stále väčšej váhavosti a zúfalstve v správaní. Čím viac je obmedzená schopnosť aktívneho rozhodovania, tým viac sa zdajú byť svedomitosť, poriadok a perfekcia zneužívané k tomu aby druhí ľudia boli morálne prekonávaní. Neschopnosť rozhodnúť sa a ambivalencia je takmer pravidelne spojená s ťažkými inhibíciami /Gehemmtheiten/ a pocitmi viny v oblasti agresívnych popudov /116, 691, 711, 1040, 1078, 1079, 1131, 1140 atď./ Povedať Áno a Nie má potom afektívny význam zranenia, spôsobenia bolesti, tvrdosti. Zavrhnúť možnosť znamená: úplne ju potrieť, kvázi zabiť.

V psychoanalýze je obsedantný charakter chápaný ako reaktívna formácia voči análne sadistickým pudovým hnutiam. FREUDOVE /182/ prvé formulácie boli rozvinuté rôznymi analytikmi - o ktorých sa zmieňuje ABRAHAM /1/ - do „učenia o análnom charakte“.

ABRAHAM vybudoval toto učenie a opísal ambivalenciu medzi dobrotou, korektnosťou a dôslednosťou /Folgsamkeit/ a na druhej strane v hĺbke spočívajúcimi rebelskými popudmi /Antriebe/. Opisuje výrazové formy exkrečnej slasti a s nimi spojené predstavy moci /všemocnosť túžob a myšlienok/ a ambivalenciu medzi mocou a slabosťou. Ukázal súvislosti medzi včasným protestom proti „MUSIEŤ“ /“Mussen“= v detskej reči výraz pre defekáciu/ - teda ambivalenciou medzi retenčnou a exkrečnou slasťou - a neskoršou rozštiepenosťou v oblasti plnenia povinností. Videl paralelu v úzkosti zo straty somatickej substance, peňazí, majetku a času.

V neskorších psychoanalytických prácach je venované viacej pozornosti agresívnym modalitám správania /116, 471, 520, 690, 691, 802, 858, 1078, 1079, 1131, 1140/.

ADLER /5/ a ostatní individuálni psychológovia /1147/ zdôrazňujú finálnu stránku správania obsedantného neurotika: jeho chcenie vládnúť v zdanlivej podriadenosti, otroctve /Sklavendasein/. Von GEBSATTEL vyvinul svoje daseinsanalytické poňatie /809/ anankastickej abnormality /Fehlhaltung/ - ako trvalého správania, ktoré sa vymklo vôľovej regulácii - z vtieravého strachu /Zwangsbesorgnis/ a jeho sprievodného špecifického, komplexného zmiešaného afektu úzkosti a pocitov viny. Abnormita je určená dialektikou medzi sebaneistotou a hypertrofickým a nekonečným pudením k istote /Sicherungsdrang/, ktorého hlavným nebezpečením je vnútorný pochod „straty poriadku a stávania sa“ /„Entordnung und des Entwerdens“/, //414//.

FELDMANN /795/ ukázal, že pohotovosti ku konaniu sa riadia úzkostne-nutkavými očakávaniami, ktoré sú určené nielen vnútornou dynamikou, ale aj situačnými zvláštnymi podmienkami. Na klinických prípadoch je sledovaná otázka, ktorú nadhodil už von GEBSATTEL /809/, a to otázka vzťahu medzi vtieravými obavami a obranným správaním /Abwehrverhalten/, pričom dynamická interakcia vtieravého strachu a obrany je chápaná ako konflikt gradientov s rôznymi stupňami naliehavosti.

J.H. SCHULTZ /518/ sa pokúsil o súhrnný opis „nutkavo - neurotického neprirodzeného správania“ /„Zwangsneurotisches Gehabe“/ vychádzajúc z charakteristik KURTA SCHNEIDERA /509/, JASPERSA /270/ a von GEBSATTELA /809/ pri zohľadnení hlbinné psychologických nálezov. Von GEBSATTEL hodnotí tento pokus „o alegorické chápanie“ ako ucelenie jeho vlastných poňatí.

J.H. SCHULTZ /518/ vychádza z porušeného vzťahu k realite a nezdaného myšlienkového spracovania (neprestajné zadržiavanie, váhanie, vyháňanie sa), ktoré dáva do súvislosti s vysoko postavenými požiadavkami na „absolútnu“ istotu, poriadok, čistotu, atď. Ako „alegorickú podstatu“ /„Sinn - bildliches - Wesen“/ anankastického neprirodzeného správania označuje „inhibujúcu pervertovanú primitívne vitálnu reakciu zaistovania“ /„...Primitiv Vital Sicherungsreaktion“/. Zbujnenie a kvázi udusenie prežívania primitívnymi reakciami zaistovania ukazuje potom J. H. SCHULTZ stále v konfrontácii s „hysterickým neprirodzeným správaním“ /„Hysterische Gehabe“/: zdieľa poňatie psychoanalytika FELIXA BOEHMA /730/, že medzi obsedantne neurotickým a hysterickým správaním je polárna „antitypika“, podobne ako medzi depresívnymi a manickými stavmi.

Poslednú rozpravu o psychoanalytických výsledkoch s názorými kazuistikami podal QUINT /1079/.

opise správania je súhlasne vyzdvihovaná neschopnosť spontaneity, byť prirodzeným a slobodne sa rozhodovať. J.E.MEYER opísal, že obsedantný neurotik napriek všetkým zaisteniam a ochranným opatreniam zostáva vydaný napospas svojmu okoliu. Nemá žiadnu obsažnú koncepciu pre svoje konanie, nevypracoval si u všetkých vecí „odbreňujúci kontakt so svetom“ /Gehalten/. Preto stále - ako opisuje MEYER - musí zvládať aktuálne situácie nanovo. Je prirodzené, že toto bytie vystaveným napospas vyvoláva tiež obavy z dotýkania sa, citového kontaktu a sexuality, a potom rôzne obranné opatrenia.

CHRISTIAN MULLER /1029/, podobne ako RIE-MANN /1049/, považuje „túžbu po istote“ za spôsob správania, ktoré je „jadrom tvorby symptómov“. Predpokladá pritom úzkostnú motiváciu. RIEMANN vidí v úzkostne neurotickom správaní patologicky vystupňovanú a jednostrannú snahu o trvalosť, stabilitu a istotu. Prehnaná úzkosť z pominuteľnosti motivuje kľčovitú, strnulú držanie sa starého, principiálny poriadok, pedantériu a vyhnutie sa, pokiaľ možno, všetkým neistotám.

Zúženosť a obmedzenosť nutkavo-neurotického správania je teda opisovaná pod veľmi rozdielnymi aspektami.

Prehnaná svedomitosť a moralizujúce sebaobmedzenie ako obrana pred nebezpečenstvami z pudovej sféry /S. FREUD, ABRAHAM/, charakterové „opancierovanie sa“ /obrana/ schématicizovanými formami správania s viazaním agresívnych energií /REICH/, vyháňajúce sa správanie s inhibíciou afektivity a agresívnej motoriky /SCHULTZ - HENCKE/, sebaneisté obmedzenie a rigidita možností správania /von GEBSATTEL/, prehnaná zaistovacia reakcia /J. H. SCHULTZ/, ulpievanie na predmete /DUHRSEN/, ústup a zúženie pred prežívaným nebezpečím, prelomenia latentných tendencií k svojvôli a zanedbávaniu /Willkur - und Verwahrlosungstendenzen/ /MARGARETE SEIFF/, vyhrotená a jednostranná túžba po trvalosti a istote /RIEMANN, podobne CH.MULLER/, vydanie sa napospas aktuálnemu zvládnutiu terajšej situácie /J. MEYER/, zúžené chápanie situácie /FELDMANN/. //415//

Prenosové symptómy

Porušené správanie sa v prenosovom vzťahu spravidla prejaví veľmi rýchlo. Pacienti sú už pri prvom stretnutí prehnane ochotní, chcú sa dať do všetkého bez toho, že by sa dostatočne informovali. Keď pacienta upozorníme na diskrepanciu, ako veľmi sú sami pred sebou neistí a naplnení potrebami zaistovania a ako málo kriticky sa správajú voči terapeutovi, je často už z reakcií poznateľný rozsah inhibícií, ktoré sú spojené so značnou poddajnosťou, nesprávnymi pocitmi povinnosti a nereálnymi očakávaniami od ohromnej potencie analytika. Pacienti majú zo začiatku za nemožné, aby sa stali silnejšími a pilnejšími a dúfajú, že sa im dostane maximálnej podpory od lekárskej autority. Čoskoro sa však na malých signáloch ukáže, často na zreteľnej nedôvere /858/, aké sú silné (napriek všetkej zdanlivej prispôbenosti) potreby moci a rivality /Macht -und Rivalitätsbedürfnis/ a agresívne postoje. HAU /858/ ukazuje na súvislosť medzi pasivitou a ilúzií, vadnými (abnormnými) očakávaniami na jednej strane a reaktívnymi agresívnymi tenziami a bezohľadným správaním pri sklamaní na strane druhej. Pacienti napr. dávajú najavo ako svojou svedomitosťou a starostlivosťou prevyšujú ostatných, čo by oni dokázali, keby nemali symptómy, alebo akí dobrí by z nich boli lekári a aká nedostatočná je aktuálna lekárska starostlivosť, ktorej sa im dostáva.

Jeden pacient napr. opisoval s naznačeným triumfujúcim úsmevom, že u neho zlyhali už štyri psychoterapeutické postupy. Na moju otázku, či sa tomu teší, že už štyria analytici na jeho ceste vzali skazu, sa rozosmial ešte viac a potom zhrozene a v úzkostnom rozrušení sa opýtal, či si skutočne myslím, že to záviselo na ňom.

V prenosovom vzťahu je hlavným problémom agresívne správanie /116, 471, 522, 691, 858, 1140, 1179/. Pacienti môžu byť dlhý čas prehnane zdvorilí a zdanlivo korektní spolupracujúci, napriek tomu však o podstatných veciach nehovoria. Spontánne zriedka prispievajú korektúrami a doplneniami, nie sú schopní priznať chyby a omyly, robia však analytikovi verbálne alebo nepriamo výčitky, čo by na žiaden pád nemal prehliadnuť, pripustiť alebo povedať. Keď analytik pristúpi na toto správanie, môžu nasledovať dlhé puntikárske potýčky týkajúce sa toho, kto má pravdu. V tejto súvislosti možno pozorovať aj „Eulenspiegel-Übertragung“ /862/ /polarita medzi prehnanou prispôbivosťou a sublimovanou pomstou, podriadením a rebéliou, zdanlivou adaptáciou a bojom o moc/.

V začiatkoch terapeutického vzťahu lekár-pacient je zreteľná diskrepancia: pacient očakáva od seba spoluprácu, fakticky je však pasívny. Súčasne však často ustupuje do istého druhu morálneho a etického opevnenia, spoza ktorého za neustáleho poukazovania na svoje utrpenie a neschopnosť, necháva lekára zlyhávať a často ho tyranizuje. Podobné správanie možno pozorovať aj v ich rodinnom živote. Agresívne správanie nutkavých neurotikov je zvlášť zreteľne vyjadrené ak ich inhibície /zábrany/ sú dobre racionalizované prostredníctvom ideológií a tak je z núdze urobená cnosť. Tieto spôsoby správania sú pacientovmu prežívaniu prístupné len vtedy, keď sa naučia chápať svoju faktickú bezmocnosť a úzkosť, ktorá je za tyranskými, sadistickými a inými typmi agresívneho správania.

Interpersonálne symptómy

Obsedantní neurotici sa v terapeutických skupinách rýchlo dostanú do agresívnych interakcií, ktoré sami vyprovokujú, pokiaľ si sami nedajú predsavzatie, že sa uzatvoria mlčaním - často s výhovorkou, že je pod ich úroveň zaoberať sa takými maličkosťami a vedľajšími vecami. Myslia, že musia chrániť svoju prevahu a nedotknuteľnosť, napriek tomu sa však veľmi rýchlo prejavajú ako ťažko im prípadne priznať si vlastné chyby alebo dokonca omyly. Naproti tomu sa pokúšajú vnútiť druhým svoje princípy a konzervatívne postoje.

RIEMANN /483/ považuje za základnú obtiaž uznanie rovnoprávného partnera. Ľahko môže dôjsť k prežívaniu partnera ako majetku a pokusom formovať ho. Zväzky - ako napr. manželstvo - sú brané ako absolútne a trvalé aj za cenu, že jeden partner pri tom zahynie.

HEIGL-EVERS a HEIGEL /239/ poukázali na dva charakteristické spôsoby interpersonálneho správania obsedantných neurotikov, tak ako ich pozorovali v terapeutických skupinách:

1. Frustrujú citové potreby druhých postojom, že „pod slnkom nie je nič nového“ a tiež tým, že nevyjadrujú žiadne city.
2. Snažia sa rôznymi prostriedkami docieľiť vertikálne medziľudské vzťahy - „pomer kladivo- kováč“.

Tendencie často nie sú prežívané vedome, aj keď sa manifestujú tak zreteľne, že ostatným ľuďom je vnucovaná vlastná cesta. Namiesto toho pacienti poukazujú na moc princípov a na „objektívne hodnoty“ a ideály, ktoré zaväzujú všetkých ľudí. Členovia terapeutickej skupiny však zväčša vycítia neistotu za agresívnym alebo sadistickým správaním, ktoré sa skrýva za idealistickou zdanlivo dobroprajnou alebo religióznou fasádou.

Zdá sa, že obsedantní neurotici hľadajú partnerov, a občas ich nájdu, ktorí sa podrobia ich latentným túžbam po moci. DELKESKAMP a MEYER /773/ opisali pacientku trpiacu od 17 rokov ťažkou obsedantnou neurózou, ktorej manžel sa dal otrocky do služieb pacientkiných obsesí. Pri komplementárnom správaní nadobudli manželské interakcie symbiotický charakter. Vo väčšine obsedantne neurotických partnerských vzťahoch možno nájsť viac alebo menej otvorené vyrovnávanie sa s komplikovanými vzájomne podnecovanými sadomasochistickými interakciami.

Mnohí obsedantní neurotici hľadajú ľudské vzťahy v ideologicky formovaných spoločenstvách. CH.MULLER /1029/ našiel obsedantných pacientov medzi presvedčenými komunistami, v sektorových skupinách, medzi fantastickými vegetariánmi a medzi zástancami sčasti nezrozumiteľných svetonázorov.

Psychodynamika a etiológia

Etiológia a patogenéza obsedantnej choroby /Zwangs-krankheit/-teda všetkých klinicky pozorovaných obsedantných stavov - je až dodnes neznáma. Dosiaľ tiež žiadna pracovná hypotéza nenašla všeobecný súhlas, hypotéza, ktorá by mohla objasniť výskyt všetkých obsedantných symp-

tómov, teda u zdravých neurotikov, psychotikov, organických, mozgových a nervových ochorení.

TASCHEV /1184/ sa zmierňuje o PAVLOVOVEJ patofyziologickej teórii ľahkého „interného mestnania myšlienok“. Už samotný fakt, že výklad paranoje a obsedantnej neurózy sa podľa PAVLOVA líši len v malom kvantitatívnom rozdiely, sťažuje koordináciu s psychopatologickými nálezmi.

Skúmanie obsedantných symptómov pri *neurotických* vývoch naproti tomu umožnilo formuláciu pracovnej hypotézy, s pomocou ktorej //417// môžu byť obsedantné symptómy úspešne liečené /116, 164, 1037, 1079, 1131, 1140/. Najprv sa chcem venovať psychodynamike, ktorá bola študovaná a opísaná rôznymi psychoanalytickými výskumnými smermi v súvislosti s etiologickými faktormi. /1, 164, 182, 471, 584, 888, 1095, 1131, 1169/. Ako hlavné obranné mechanizmy boli v priebehu psychoanalytického výskumu psychodynamiky opísané regresia, izolácia, odčinenie a obrane slúžiacie *reaktívne spôsoby správania* /„charakterové reakčné formácie“ = charakterliche Reaktionsbildungen“/.

FREUD /182/ najprv u obsedantných neuróz opísal „nekonanie“, ktoré chápal ako *regresiu* a potlačenie impulzov ku konaniu do oblasti myslenia a predstáv. Hovoril o „myšlienkach“, ktoré „regresívne zastupujú činy“.

V súvislosti s teóriou libida boli neskôr opísané „regresia pudu a regresia ja“. Centrálnym pochodom je topická a časová pudová regresia na análne - sadistickú úroveň organizácie libida, s ktorou súvisia nezrelé psychické pochody ako je ambivalencia, bisexualita, análne a sadistické sexuálne chápanie. Súčasne sa deje regresia ja na predstupne racionálneho myslenia, ktoré sú nazývané animisticko - magické. Rozšírenie regresívneho obranného modelu bolo prepracované hlavne STEKELOM, FROMMOM, HORNEYOVOU, SCHULTZ -HENCKEM a SULLIVANOM /186, 584, 888, 1131, 1169/.

Izolácia je FREUDOM /182/ opísaný druh obrany, ktorý sa vyskytuje špeciálne pri obsedantne neurotických štruktúrach a ktorý ako najdôležitejšia hypotéza našiel uznanie v psychodynamickom objasňovaní vzniku obsedantných symptómov. Tento druh obrany vedie k tomu, že sa pôvodne asociatívne spojené vzťahy, spolu patriace prežívanie popudov, disociuje: predstava /myšlienka/, -cít /afekt/ - konanie /motorika/. SCHULTZ-HENCKE /520/ poukázal na to, že pri obsesiách /napr. homicídnom impulze/ sú vedomé vždy len časti popudového zážitku a nie celková súvislosť. Predstavy sú viac alebo menej oprosté od afektov a sú izolované od motorického konania vinou, škrupulami, zábranami.

Obrannú formu *odčinenia* /Ungeschehenmachen/ právom chápe FENICHEL /164/ ako špeciálny prípad izolácie. Impulzy, ktoré čo i len vzdialené - tiež symbolicky alebo magicky - pripomínajú možnosť prevedenia konania, sú zneškodnené protiakciou. „Vždy ešte raz robenie poriadku a obsesie opätovného zaistovania sa majú byť ochranou a zabezpečovaním sa proti impulzom, ktoré by sa predsa len mohli vymknúť vedomej kontrole /„regresia“, tiež praelogické formy myslenia/.

Neskoršie metapsychologické formulácie hovoria o „dvoch obranných frontoch ja“, na jednej strane bojuje proti id a na druhej strane proti príliš prísnemu superegu.

Psychodynamicky sa už dlhšiu dobu rozlišujú vývojové priebehy a symptómové obrazy. /308, 522, 529, 1095, 1140/.

SCHULTZ-HENCKE /522/ opísal v tejto súvislosti niektoré psychodynamické charakteristiky túžiacich po moci, „tichošlápkov“ /„tichá voda“, pokorných, snaživcov a ultra-konzervatívnych.

RIEMANN /1095/ sa pokúsil ukázať líniu od normálnych až po ťažko patologické obsedantné postoje: od „vecných a so zmyslom pre povinnosť“ cez „pedantov, päťolizáčov, rýpalov, pochybovačov, váhavcov, snaživcov, „Reiterov“ až k tyranom, autokratom, despotom“ a rôznym iným typom tohto druhu.

Moje /1140/ klinické skúsenosti ma viedli v súvislosti s terapeutickou indikáciou k rozlišovaniu troch rôznych vývojových línií: reaktívne formácie, ktoré vznikajú okolo jadra inhibícií, postojov alebo náhradných ukojení. Pri vývoji neurotickej /Hemmungsstruktur/ *inhibovanej štruktúry* prevažujú ťažké obmedzenia zábranami /prehnaná poslušnosť až podriadenosť, síce ambivalentné, ale striktné na autoritách, na platnej morálke, zákonoch a predpisoch, pedantéria, prehnaná korektnosť a presnosť, prehnaná čistota; výdaje prevažujú napriek všetkým princípom sporenia, atď./ . Pri obsedantne neurotických /Haltungsstruktur/ štruktúrach *správania* sa presadzujú vo vývoji viacej análne - retentívne, agresívne a sexuálne jednania /sklon k špinavému v zakrytej forme, neschopnosť zbaviť sa niečoho teda kvázi zbieranie odpadu, robenie špiny a neporiadku, „pošpinenie“, „zatiahnutie“ do špiny“ (poškvrniť, šíriť svár - doslovne: zasmraďovať) šporovlivosť až ku skúposti; mlčanie, silná zdržanlivosť alebo afektívne prázdna zdvorilosť; svojhlavosť /418/ až ku tvrdohlavosti, panovačnosti, neustálemu protestovaniu/. Ak prevláda vyústenie do náhradných ukojení, potom nachádzame vývoje s rôznymi petrifikátmi zanedbávania, agresie a perverzie. Už bola zmienka o tom, že pre vnútornú dynamiku je charakteristická ambivalencia polárnych protikladov. Pri rôznych vývojových líniách vždy nachádzame ako inhibície /zábrany/, tak i postoje smerujúce k *náhradnému ukojeniu*. Pre manifestné správanie sú rozhodujúce vplyvy okolia a druh, spôsob a miera, v akej sú prežívané úzkosť a pocity viny /primárne etiologické podmienky/. Pri tomto prístupe sa ďalej môže rozlišovať, či pri troch vývojových líniách dochádza k pasivite /rezignácia, pohodlnosť/ alebo k hyperkompenzovaným snahám /napr. intelektualizmus proti analite/.

KUIPER /308/ sa zmieňuje o rôznych typoch obsedantného charakteru a napr. opisuje typ, ktorý by bolo možné nazvať ako hyperadaptovaný a iný ako typ intelektualizovaného hypersystematika.

Pri psychoanalytických vyšetreniach sa takmer jednotne nachádzajú, popri primárnych dispozíciách, primárne podmienky psychogenézy obsedantne neurotických vývojov v škodlivých vplyvoch počas výchovy k čistote. Najprv sa príliš jednoznačne brali na zodpovednosť rodičovské vplyvy na čistotu u detí.

Príliš prísna drezúra sa síce často vykonáva v atmosfére zákazov, spravidla je však spôsob výchovy k čistote len

časťou nepriaznivej rodinnej atmosféry: príliš tvrdé, príliš rigidné, príliš materiálne, ale aj príliš násilné vplyvy - často s dvojitou morálkou /872, 1169/ -, pri ktorých sa cez úzkosť a pocity viny zabráňuje spontaneita, zdravej svojvôle, živé motorike a agresivite /116, 483, 522, 1079, 1140/. Často je nápadná agresivita a presadzovanie vôle rodičov /116, 983, 1131, 1140, 1169/. O rodinných a súrodeneckých konšteláciách sú údaje rozporné. Agresívne fantázie, ktoré v takejto rodinnej atmosfére vznikajú považuje SCHULTZ-HENCKE za rozhodujúce *sekundárne podmienky*. Za dôležitú fázu obsedantne neurotického vývoja považuje „vzrastajúce fantázie násilia“ so súčasným potlačovaním citov a motoriky. Konečne však víťazia pocity viny a strach z odplaty /888/, takže aj fantázie a predstavy sú deformované. Najnedostatočnejšou a najlabilnejšou zostáva obrana pred predstavami /myšlienky ako predstava činu - 888/. KUIPER /308/ odvodzuje z takých situácií - napr. z boja s matkou - obsedantnú zdvorilosť, ktorá neskôr môže viesť ku korešpondujúcim vysporiadavaniam sa s internalizovanými objektami.

REIMANN /1059/ považuje obdobie vývoja jadra ja a motorickej expanzie za najdôležitejšie pre poškodenie okolia. Vzniká akási „prapochybnosť“, či má byť poslúchaná vlastná alebo cudzia vôľa, prirodzený sklon alebo úzkosť.

MARGARETE SEIFF podáva správu o rodinách, kde panuje nepriateľstvo a nedostatok lásky a kde deti musia „o dušu poslúchať“ ústna informácia citované podľa 1140/. Včasne narušené detské vývoje v nepriaznivých rodinných pomeroch našli aj katamnestickí bádatelia /935, 976, 1029/.

CH.MULLER /1029/ videl „rozhodujúce vplyvy prostredia a sociálnych životných podmienok“. Vyslovil domnienku, že nepriaznivé vplyvy prostredia a sociálnych životných podmienok hrajú významnú patogenetickú rolu.

BÄRIGAM označil /65/ najdôležitejšie *vyvolávajúce podmienky* /auslosende Beding./ obsedantných symptómov priliehalo ako „krízové vyhrotenia“, v ktorých sú evokované ako agresívne a iné pudové hnutia, tak aj súčasné pocity viny /419/. Spúšťačmi podmienkami v detstve môžu byť už konflikty v škole alebo domácej situácii alebo neskoršie v puberte situácie pokušenia rôzneho druhu - tiež sexuálne konflikty.

LUXENBURGER /983/, ktorý sa už viac ako pred 30. rokmi zaoberal *hereditou a rodinným obrazom obsedantných neurotikov*, rozlišoval obsedantné neurózy od anankastických psychopatií podľa nie príliš precíznych kritérií závažnosti symptómov. Dnes môžu byť na rozlíšenie použité pozitívne kritériá neurotického vývoja. Avšak aj keď sú jednoznačne poukazy na takýto vývoj, zostáva ešte otvorená otázka podielu dispozície, a zvlášť vrodene - konštitučných faktorov. V praxi je rozhodnutie často sotva možné.

Tiež v literatúre o vrodených faktoroch, ktorú AUBRY LEWIS raz označil ako „meagre“ - sa síce hovorí o zaťažených rodinách obsedantných neurotikov a o pravdepodobných vrodených konštitučných základoch /972, 973, 983/, nebolo však objasnené, ktoré radikály sa dedia. Domnienky o dispozičných faktoroch sú často formulované na základe genetických ako aj klinických šetrení.

Anankastická psychopatia /K. SCHNEIDER/, zliatina schizothýmnych a cyklothýmnych konštitučných elementov /Hoffmann/, senzitivne, sebaneisté charaktery /E. KRET-

SCHMER/, anomália sexuálnej konštitúcie /KEHRER, HOFFMANN/, variant schizofrénie /BLEULER, WIZWL/, citlivá, príliš svedomitá modifikácia schizothýmneho charakteru a temperamentu /LUWENBURGER/, menej schizothýmie ale nejednotné psychopatické rysy /LEWIS/, konštitučná akcentácia citovej ambivalencie /BRUN/, hypersenzibilita a hypermotorika /SCHULTZ-HENCKE/.

Učenie o asthénii, ktoré je často diskutuje vo Francúzsku a východných krajinách, tu nebudeme rozvádzať. Na záver by som ešte rád zdôraznil, že mnohí bádatelia sa zmieňujú o vrodených dispozíciách k obsedantnej neuróze, ale že - ako to BRÄUTIGAM /66/ krátko a lapidárne vyjadril - otázkou zostáva v čom spočíva. Nevylučuje to význam formujúcich, vpečatujúcich /prägender/ faktorov prostredia. Úplne otvorená je otázka, ako často nejde o pravú hereditu, ale o istý druh tradície symptómu. Na základe vlastných pozorovaní považujem za správny názor CH.MULEERA /1028 až 1030/, že podľa pozorovaní EDITH RUDIN /1108/ si zaslúži viac pozornosti tradícia symptómu v rodine.

Výskyt, frekvencia a priebeh

Je obtiažné získať exaktné čísla o výskyte obsedantných neuróz. Obsedantné stavy alebo príznaky sú väčšinou registrované bez diferenciacie.

V Yalskej štúdii /254/ bolo sledované zastúpenie „obsessive-compulsive reactions“ - bez ďalšieho nozologického zaradenia - v piatich sociálnych triedach. Popri všetkých zahrnutých neurotických syndrómoch bolo obsedantných symptómov v prvých dvoch najvyšších triedach po 7%, v 3. triede 5%, v 4. triede 5% a v 5. triede 0%. V Midtown - Manhattan štúdii /321/ bolo nájdených 8,1% „obsessive - compulsive trends“ /podľa definície prevažne obsedantné neurózy/, 6,6% v najvyšších, 9,2% v stredných a 8,6% v najnižších sociálnych skupinách. Symptómy obsedantnej choroby sú teda zriedkavým javom aj pri zohľadnení všetkých prejavových foriem a rôznych príčin /častejšie sú vo vyšších sociálnych triedach/.

Z 0% v 5. triede Yalskej štúdie by sa musel urobiť záver, že v najbližších sociálnych triedach sa obsedantné neurózy nevyskytujú //420//. Midtown-Manhatanská štúdia nie je celkom porovnateľná, pretože „socioekonomický status“ /SES/ bol delený len do 3 skupín /high-middle-low/. Mohla tak vzniknúť tiež máľuca zhoda v skupine 4. od HOLLINGSHEADA a REDLICHA a skupine „low-SES“ od LANGNERA a MICHAELA; takže sú potrebné ďalšie preverenia. K prevahe obsedantných neuróz v horných a stredných triedach vyslovujú MICHAEL a LANGER domnienky o rozdielnych primárnych podmienkach pre vznik obsedantnej neurózy v detstve /321/. Výchova k čistotnosti by napr. v nižších triedach bola často tolerantnejšia a menej obmedzujúca. Ku všetkým podobným detailným otázkam chýbajú ešte väčšie sledovania. Vyšší SES by napr. mohol byť jednoducho docielený aj prepiatym zameraním na výkonnosť.

ESTHER WINTER /664/ uvádza vo svojom sledovaní 1,5% obsedantných symptómov v populácii. TASCHEV /1184/ zachytil v obyvateľstve južného Bulharska 0,2% obsedantných pacientov, ktorí prišli do klinického ošetrovania. Podľa všetkých výsledkov, ktoré sú k dispozícii sa zdá, že

obsedantné neurózy sa vyskytujú v obyvateľstve v menej ako jednom percente.

Z klinickej skúsenosti v BETHESDE hodnotí LAUGHLIN /322/ podiel stacionárne liečených obsedantných neurotikov na približne 12% a ďalších 6-7% je obsedantných charakterových neuróz. Je to vyššie percento než aké bolo zistené u nás /NSR/ a to aj vo vysoko špecializovaných klinikách pre neurotikov. Väčšina klinických údajov je nižšia. Z nemeckej psychiatrickej kliniky udáva BRÄUTIGAM /66/ že obsedantných neuróz bolo 1% z celkových príjmov a cez 4% z porúch podmienených konfliktom. V psychoanalytickej ambulancii /306/ boli asi 2% diagnóz „obsedantná neuróza“. BAUMEYER /27/ z Berlínskej psychoterapeutickej polikliniky udáva 2,1%.

Medzi psychiatrickými ochoreniami detí sú obsedantné neurózy veľmi zriedkavé. JUDD /899/ našiel medzi 405 deťmi neuropsychiatrického oddelenia 5 detí /1,2%/ s obsedantnými symptómami. Od KRAEPELINA /928/ panuje názor, že muži ochorejú na obsedantnú neurózu častejšie ako ženy. Potvrdili to mnohí autori /napr. 109, 908/. Iní bádatelia našli prevahu žien /napr. KRINGLEN - 935; v Oslo pomer mužov ku ženám 5:6, TASCHEV /1184/ v južnom Bulharsku 2:3.

K priebehu: najprv je treba sa zmieniť o veľmi včasnom začiatku obsedantných symptómov. Väčšina bádateľov videla vznik symptómov u niektorých pacientov už pred 10. rokmi /10-20%/ a vo väčšej časti /celkove 2/3 pacientov/ v období puberty až do 20. roku života. Začiatok je väčšinou postupný /831, 893, 935, 936, 976, 1129, 1075, 1108/.

LO /976/ pozoroval v Číne, v Honkongu najvčasnejší začiatok v detskom veku v 7,4 roku. Sám som našiel opakovanú začiatok symptómov okolo 6. roku, TASCHEV /1184/ dokonca udáva 8 pacientov, u ktorých symptómy začali v 5. roku. ERNST /145/ uvádza horšiu prognózu pri začiatku v detstve a monotónnom priebehu. Rovnaké sú i naše pozorovania v Tiefenbrunne. CH.MULLER /1028/ naproti tomu videl u 7 pacientov, ktorých obsedantné symptómy začali pred 10. rokom života, ako ľahké tak aj ťažké priebehy. Najčastejšie možno tieto priebehové formy:

1. Obsedantné reakcie, ktoré odoznievajú v relatívne krátkej dobe /nejde o neurotický vývoj/.
2. „Symptomatické“ obsedantné symptómy ako prodrómy, alebo sprievodné znaky iných chorôb /schizofrénia, endogénna depresia, organické choroby/.
3. Obsedantné neurózy
 - a/ Remitujúci, chronický priebeh s pomalým odoznievaním symptómov, prípadne viac či menej stabilným zlepšovaním. //421//. Takéto priebehy boli pozorované pri ľahkých alebo atypických symptómoch /831/, pri prevahe vtieravých strachov /Zwangs-befurchtungen/ a pri stabilných, relatívne normálnych premorbidných osobnostiach /893, 935, 936, 976, 1075/.
 - b/ Vlnovité, epizodické alebo fázie priebehy. CH. MULLER /1028-1030/ videl časovo ohraničenú manifestáciu obsesii pri dobrom zdraví pred a po týchto neurotických epizódach bez endogénnej periodicity /pri opakovaných konfliktoch alebo mno-

horakých možnostiach obrany/. DELKESAMP /772/ na druhej strane potvrdzuje skúsenosť, že v týchto priebehových formách možno nájsť tiež endogénne depresívne periódny.

- c/ Kontinuálne chronický priebeh. Nie sú žiadne podstatné remisie, niekedy subjektívne prežívané vcelku nepatrné zlepšenia. Táto priebehová forma je opisovaná takmer všetkými autormi. /literatúra u ERNSTA - 145/. Subjektívne zaťaženie symptómom môže byť pri tomto priebehu veľmi rôzne. /1028-30/.
- d/ Chronicko- progredientný priebeh. Je pozorovaný zriedkavejšie. Číselné údaje sa pohybujú v pásme 5-10%/1108/. Obsesia sa stupňuje „až ku posadnutosti, ktorá dominuje nad všetkým“. /1028-1030/. Suicídiá sú pri všetkých priebehových formách tak zriedkavé, že pri ich výskyte je treba vždy si položiť otázku, či sa nejedná o inú základnú chorobu. Opis *konečných vyústení* je v obzvlášť veľkej miere závislý na výbere pacientov. Niektorí bádatelia pozorovali ľahšie prípady a priaznivejšie vyústenia /976, 1030, 1120/ a sčasti sa medzi pacientami vyskytovali aj psychózy /1108/. Nepriaznivejšia celková prognóza bola pozorovaná u pacientov /1108/, u ktorých bola nutná nemocničná liečba a u takých, u ktorých prevažovala symptomatika *obsedantného konania* /Zwangshandlung/, /145, 893, 976/.

NEUROTICKÉ DEPRESIE

K nosológii depresie

ALTSCHULE /675/ uvádza, že PAULUS v Novom testamente rozlišuje psychologické a nepsychologické depresie. Pre mnohých nepsychiatrických špecialistov je vhodné zotrvať pri takýchto „pavlínskych“ diagnózach - ako na to stručne poukázal STROMGREN /1177/. Pohľad na literatúru posledných rokov však ukazuje, že sa utvára veľmi diferencovaná psychiatrická klasifikácia /66, 678-680, 685, 696, 726, 731, 732, 740, 750, 914, 871, 873, 878, 879, 879, 900, 916, 920, 944, 957, 968, 980, 986, 991, 1002, 1007, 1008, 1033, 1038, 1061, 1062, 1070, 1082, 1128, 1129, 1171, 1172, 1177, 1186, 1214, 1219, 1230/. V tejto literatúre je obsiahnuté množstvo sporných otázok a vzniká dojem, že jasná diagnostická klasifikácia sa pri dnešnom diferencovaní viacdimenzionálnom prístupe stáva skôr komplikovanejšou než jednoduchšou. O dnešnej problematike klasifikácie a diferenciálnej diagnostiky informujú 2 zborníky z poslednej doby /879, 1129/. Môžem sa tu len krátko zmieniť o nozologickom ohraničení neurotických depresii.

STROGEM /1177/ poukázal na dva zásadné rozdielne pokusy o klasifikáciu depresii: na anglosaskú a kontinentálnu teóriu. Je toho názoru, že doktrína ADOLFA MEYERA a výskumy AUBRY LEWISA „viedli u väčšiny anglosaských psychiatrov k predstave, že medzi mániodepresívnymi a reaktívnymi depresiami nie je žiadny zásadný rozdiel; všetky depresie by mali mať ako endogénne, tak aj exogénne etiologické komponenty“. Podľa tohto názoru existujú len kvantitatívne rozdiely na tomto komplementárnom kontinuu. //422//.

V „kontinentálnej teórii“ sa klasifikácia deje do skupín, ktoré sa líšia rôznymi príčinami, symptomatológiou, priebehom a terapeutickou indikáciou.

KIELHOLZ v návaznosti na SELBACHA sa do istej miery pokúsil o kombináciu oboch chápaní v schéme, v ktorej diagnostické skupiny začlenil do systému koordinát somatogénny - psychogénny. Ak spojíme nozologický postoj KIELHOLZA a STROMGRENA /916, 920, 1177/, potom dospejeme k takémuto obrazu:

I. *Depresie pri mániodepresívnych psychózach.* Endogénne depresie. Monopolárne /monofázické/ a bipolárne /bifázické-cyklické/ a involučné psychózy /podľa ANGSTA: fázické endogénne psychózy/.

II. *Primárne somatogénne depresie*

1. Depresie pri somatogénnych chorobách CNS /mozgová arterioskleróza, postraumatické, epileptické, a i./ často s organickým, difúznym mozgovým psychosyndrómom.
2. Symptomatické depresie pri celkových ochoreniach /toxické, infekčné, endokrinné a i/. Depresie pri psychopatii.

III. *Primárne psychogénne depresie*

1. Depresívne reakcie pri veľkom psychickom zaťažení /včítane KIELHOLZOVYCH „exhaustívnych depresii“/.
2. Reaktívne depresie na vnútorné zmeny /„psychogénne reakcie na pocit zmeny so sebou“ STROMGREN/.
3. Neurotické depresie. Medzinárodná klasifikácia /632/ uvádza depresívne symptómy oddelene pod psychózami a neurózami. Vo WHO sa rozlišuje 7 veľkých skupín: endogénne /1/, schizofrénne /2/, organické /3/, symptomatické /4/, psychogénne depresie /5/, -neurotické, reaktívne, exhaustívne-, a konečne depresie pri psychopatii /6/ a oligofrénii /7/.

Pretože ďalšie vývody sa týkajú len neurotických depresii, sú potrebné ešte niektoré poznámky ku klasifikácii. *Depresívne reakcie* /psychoreaktívne depresie-depresívne zážitkové reakcie/ vznikajú v súvislosti s psychickými traumami z prostredia alebo v súvislosti s dlhšími záťažami, nevykazujú neurotické spracovanie, zostávajú teda obsahovo i časovo viazané na spúšťací zážitok a záťaž. KIELHOLZ /916, 920/ navrhol zhrnúť pod „exhaustívne depresie“ formy depresii opísané rôznymi autormi: „*depresie z uľahčenia*“ /W. SCHULTE/, „*depresie z vykorenenia*“ /BURGER-PRINZ/, „*endoreaktívne dysthýmie*“ /WEITBRECHT/, „*existenciálne depresie*“ /HÄFNER/, „*vegetatívne depresie*“ /LEMKE/, a „*vegetatívne-dystónne depresie*“. U všetkých týchto foriem ide o depresívne manifestácie, ktoré vznikajú reaktívne pri dlhodobom psychickom zaťažení - často s výraznými vegetatívnymi symptómami /podľa KIELHOLZA s neurasthenickou prodromálnou fázou, psychosomatickou fázou a vlastnou exhaustívnou depresiou/. Nedá sa s istotou povedať, či sa u týchto foriem vyskytujú aj neurotické symptómy. Ak však ide o neurotické spracovanie a predchádzajúci neurotický vývoj, potom v zmysle definície by sa už nemalo hovoriť o exhaustívnej depresii. Podľa

BINDEROVHO /45/ rozdelenia patria k „jednoduchým psychickým abnormným vývojom“.

Dobrá, obsažnú definíciu neurotických depresii podal KIELHOLZ /920/, ktorý ich označil ako „poruchu psychického spracovania zážitku, ktorá je úplne alebo čiastočne podmienená potlačenými konfliktami a ktorá sa občas alebo trvale manifestuje prevažne depresívnou symptomatológiou. Je to jedna z mnohých foriem psychoterapeutickej manifestácie, ktorá sa objavuje v závislosti na osobnosti vo včasnom detstve, štruktúre osobnosti a situačných faktoroch“.

Klinické symptómy

Psychické a somatické manifestácie

Hlavnými psychickými symptómami sú: afekt smútku, stiesnená nálada /niedergedrückte Stimmung/ a celková inhibícia dynamogénie (= Antrieblerleben) (zvlášť pudových potrieb, psychomotoriky, myslenia a vôľových pochodov). Pravidelnými sprievodnými prejavmi sú pocity menejcennosti, sklon k sebaobviňovaniu, robeniu si výčitiek, //423// a myšlienkam, že už nechcú žiť a chcú spáchať samovraždu. Často sa vyskytujú tiež neurastenické a hypochondrické ťažkosti.

Podľa KIELHOLZOVEJ formulácie pozostáva základný depresívny syndróm z triády smutného alebo úzkostného základného ladenia, inhibície myslenia a porúch centrigálnych psychických a motorických funkcií. Pristupujú k tomu akcesórne a somatické symptómy. Ako najdôležitejšie depresívne syndrómy sú rozlišované: „agitovane-úzkostné“, „inhibovane-úzkostné“, „inhibovane-apatické“ a „neurasténicko-hypochondrické“ /915, 916, 920/. Ako je známe, je veľmi obtiažne klasifikovať depresívne ochorenie zo samotnej symptomatológie. O tejto otázke existuje neprehľadná literatúra. Lepšie diferenciálne-diagnostické možnosti sú len vtedy, keď symptomatológiu posudzujeme spolu s psychodynamikou, biografickým vývojom, rodinnou anamnézou a priebehom. Avšak napriek mnohým sporným otázkam v literatúre symptomatológia poskytuje prvé dôležité poukazy.

Stupeň symptomatológie a zvlášť poruchy motility a bludy dovoľujú poznať psychotický stupeň príznakov. Miera „vitálneho“ /509/ pri afektívnych rozladách u neurotických depresiách /ND/ nie je tak vyjadrená ako u endogénnych depresií /ED/. Ako rozlišovací znak je často uvádzaná psychomotorická a ideatónna inhibícia, avšak nie je vždy spoľahlivá, pretože tieto inhibície sa vyskytujú aj pri psychogénnych depresiách. /1195/. Stupeň motorickej inhibície a „vitálne“ postihnutie je u ED podstatne výraznejšie. KAY a spol. /906/ faktorovou analýzou tiež vypreparovali ako jeden z najdôležitejších diferenciálnych znakov psychomotorickú inhibíciu.

Pocity viny, výčitky sú pri ND jasnejšie, vzťahujú sa na vnútorné inhibície, prežívanú neschopnosť a určité situácie, chýbajú WEIBRECHTOM ako primárne označené /626/ elementárne autoaktualizácie, dyslogické myslenie a bludy.

VOLKEL /1195/ však ukázal, že ťažké pocity viny môžu byť aj pri ND, a tak môžu sťažovať rozlíšenie.

BOJANOVSKÝ /731/ doplnil a zoradil diferenciálne diagnostické kritériá CAMPBELLA /751/ do tabuľky, kde udáva diferenciálne znaky pre ED a ND. Ako najdôležitejšie rozlišovacie znaky pre ED a ND sú popri somatických symptómoch a rysoch osobnosti uvádzané mnohé jednotlivosti, ktorých diagnostická hodnota je však z väčšej časti ešte sporná. Tak napr. depersonalizačné symptómy sú prisudzované len ED. Samotní autori však u 3 zo 42 psychogénnych depresií zistili depersonalizačné symptómy /viď tiež J.E. MEYER - 382/.

Dosiaľ nie je jasné, do akej miery sa aj u ND vyskytujú cirkadiálne výkyvy, ktoré sa tak často nachádzajú u ED a sú interpretované ako biologicky podmienené. Odpoveď nedali ani klinické výskumy poslednej doby /731, 851/.

V Bojanovského sledovaní /731/ 19 zo 42 psychogénnych depresií udávalo, že sa cítia ráno horšie. Podľa vlastných pozorovaní na pacientoch len zriedka chýba zlé cítenie sa ráno, ktoré sa však dá chápať skôr psychologicky než biologicky. Depresívny očakáva odo dňa tak málo útechy, radosti, že nepríjemné pocity sa môžu zosilňovať už pri prebudení. Tiež BOJANOVSKÝ poukazuje na možnosť „umelo“ vzniknutej rannej rozlady, ktorá sa môže vzťahovať ku konfliktovej situácii v zamestnaní /na druhej strane vid' zase MIDDELHOFF /1018a/.

Pocit chorobnosti, psychické spracovanie depresívnych symptómov sa pri ND takmer vždy javia ako adekvátne /1195/. Subjektívny pocit utrpenia takmer vždy koreluje so závažnosťou stavu a stupňom postihnutia, zatiaľ čo pri ED môže pocit chorobnosti s hĺbkou depresie klesať alebo dokonca môže aj chýbať. Sebahodnotenie nie je pri ND tak totálne negatívne ako pri ED /424//.

Vegetatívne symptómy a funkčné orgánové poruchy môžu byť veľmi pestré /731, 916, 944/. Väčšina výskumov sa týkala mánio-depresívnych psychóz a endogénnych depresií. Somatické symptómy možno však nájsť pri psychogénnych depresiách /najvýraznejšie pri exhaustívnych depresiách; 731, 870, 871, 876, 883, 915, 916, 920, 942, 944, 1002, 1071/. Väčšina týchto autorov došla k záveru, že zo samotných vegetatívnych symptómov sa nedajú robiť žiadne uzávery o diagnostickom zaradení.

Pri úzkom vzťahu medzi úzkosťou a depresiou neprevahuje, že je postihnutý hlavne sympatiko - adrenergny systém /prehľad: 793, 1002, 1071, 1219/. Pri ND, podobne ako pri exhaustívnej depresii /920/ možno nájsť často tieto somatické symptómy:

1. *Všeobecné symptómy a zmeny vegetatívnych rytmov* /spánok, celkové cítenie sa, apetít, menses/. Poruchy spánku sa pri neurotickej depresii týkajú viac prvej než druhej polovice noci. V ranných zlých náladách často nie je rozdiel medzi ED a ND /731, 850/. Pri dlhotrvajúcich afektívnych záťažach pozoroval KIELHOLZ /916/ povrchný, prerušovaný spánok, podobne ako pri ED. Iní autori /763, 875/ nenašli žiadne rozdiely v poruchách spánku pri ED a ND. Poruchy apetitu opisujú mnohí autori. Menštruácia pri ND sa zdá byť menej porušená než pri ED. /731/; niekedy sa vyskytuje dysmenorea /916/. K ďalším celkovým symptómom patria: rýchla unaviteľnosť a únava, motorický nepokoj, tlak v hlave, závrate, ekvivalenty úzkosti ako potenie, trasenie, precitlivosť.

2. *Funkčné poruchy zažívacieho systému* sú pri ND často podobné ako aj pri všetkých ostatných formách depresie. Týkajú sa hlavne prijímania potravy /anorexia a nepríjemné pocity v ústach a hrdle, poruchy deglutinácie, vracanie, funkčný gastrický symptómový komplex/. Pokles na váhe je považovaný za následok. /731/ Na druhej strane sa vyskytuje aj priberanie na váhe, „sadlo zo žiaľu“. Z intestinálnych porúch je najčastejšia obštipácia, možno pozorovať však aj diarhoe, spazmy a iné symptómy.
3. *Poruchy libida a sexuality*. Pri ľahkých ND sa vyskytujú zriedkavejšie. Pri dlhšom trvaní depresie sú častejšie údaje o vyhasnutí libida, poruchách potencie a frigidite.
4. *Ďalšie poruchy autonómneho nervového systému s funkčnými orgánovými poruchami*. Mnohé ďalšie symptómy možno pozorovať pri exhaustívnych depresiách, pri dlhodobom afektívnom zaťažení. Vyskytujú sa aj pri neurózach: kardiovaskulárny respiračný syndróm, bolestivý syndróm, /bolesti hlavy, muskulatúry/ endokrinné a metabolické syndrómy, muskulárne syndrómy /697, 761, 871, 916, 920, 1002/.

Pestrosť somatickej symptomatológie vedie často k tomu, že neurotické depresie, a zvlášť chronické neurotické priebehy, sú často považované a liečené ako somatické ochorenia. Pri takýchto „larvovaných“ depresiách, ak sa vôbec myslí, tak sa myslí skoro výlučne na endogénnu depresiú a len málo na exhaustívne depresie a neurózy. /697, 871, 968, 1070, 1199a/.

WALCHER /1199a/ napr. pri nevyjasnených cephalalgiamiach nachádza 38,2% larvovaných endogénnych depresií a 18,2% neuróz a reaktívnych depresií. V ďalšej skupine „vasomotorických“ bolestí hlavy uvádza 23,2%. Podľa mojich klinických skúseností u pacientov s hypertenziou, migrénou a inými cievnymi podmienenými ťažkosťami sa často vyskytuje neuróza.

LABHARDT /942-944/ našiel vzťahy k depresiám u psychosomatických chorôb intestinálneho traktu pri reumatických a alergických ochoreniach. Najčastejšie bývajú depresie prekryté gastrointestinálnymi poruchami //425//, kardiacnými ťažkosťami, bolestivými syndrómami /zvlášť cephalgiami/ a difúznymi celkovými ťažkosťami. /871, 969, 1070, 1199a/. Na depresívny podklad často upozornia zmienky o sprievodných poruchách spánku a o životnej situácii.

Depresívne prvky v neurotických štruktúrach u množstva ďalších psychosomatických chorôb /viď príspevok QU-INTA v Ps.d. Gegenwart/.

Tabuľka 12. Poruchy správania

Autor a rok uverejnenia	Poruchy správania
FENICHEL, 1946	Fundamentálna porucha vedomia seba /Slebstgefühl, self-esteem/, orálne fixácie, ambivalencia.
SCHULTZ-HENCKE, 1940/1951	Neistá bezmocná závislosť, orálne agresívne inhibície s pocitmi viny, zníženým vedomím seba, sklon k sebaobviňovaniu. Silná ambivalencia. Projekcia inhibovaných orálne-agresívnych ten-

	dencií /obáva sa ľudí ako požírajúcich, prehltnúcich, požadujúcich a útočiacich/. Poddajnosť, povolnosť, pohotovosť k zriekaniu sa, k obetovaniu sa.
DUHRSEN, 1954	Značná účasť na citovom svete druhých ľudí. Tlmenie vlastných aktívnych, pozitívnych životných impulzov. Inhibícia orálnych túžob s neschopnosťou prežívať plány, nádeje a fantázie. Porušené túžby po majetku. Rezignácia v súvislosti s trvale nesaturovanými potrebami a tenziami z toho.
LAUGLIN, 1956	Prehnaná vážnosť a nedostatok humoru, snaživosť /studiousness/, svedomitosť, závislosť, ochota /compliance/. Podriadenosť /subservience/, poddajnosť /obsequiousness/. Ambivalentné správanie a prežívanie.
RIEMANN, 1961	Úzkosť zo „sebarealizácie“ /„Ich Werdung“/, zo straty bezpečnosti. Túžba po splynutí /symbióza/ s druhými. Silné túžby po uznaní. Preceňovanie druhých ľudí. Idealizácia sveta a ľudí. Zrieknutie sa bytia samým sebou, subjektom. Vývoj altruistických cností: skromnosť, obetovanie sa, ochota k zriekaniu sa, nedostatočná ja - identita; mierumilovnosť.
KIELHOLZ, 1965	Slabé vedomie seba /selfbstgefühl/, pocit ohrozenia okolím, ktoré je prežívané ako nepriateľské, bezmocnosť, orálna fixácia, /túžba po orálnom vzťahu k matke/. Potlačenie agresívnych tendencií. Insuf. pocity, ambivalentné charakter /ambivalencia, rozpornosť/.
BRÄUTIGAM, 1968	Tendencia k symbiotickým a závislým vzťahom voči druhým. „Orálne“ rysy charakteru. Inhibovaná agresia, prispôbivé správanie, neschopnosť povedať nie. Silná snaha po uznaní. Preťažovanie sa, autoakuzácie. Vlastné túžby nemôžu byť vyjadrené, aby neboli ľudia zaťažovaní. Introjekcia agresie.
KUIPER, 1968	Silná túžba po symbiotických milostných vzťahoch, niekedy „po kŕmení láskou“. Ambivalencia lásky a nenávisť /FREUD/. Obrátenie agresie dovnútra /FREUD/. Depresívni neurotici nemôžu ničो užívať sami, beztoho, že by sa toho nezúčastnili aj ostatní ľudia. Podriadenosť, prehnaná závislosť /„pasívna adaptácia“/. Veľká snaha o výkon, silné túžby po pochvale a obdivu. Uprednostňovanie pasívneho uspokojenia.

Poznámka pod čiarou k FENICHELOVI: pretože v starej psychoanalytickej literatúre nebol robený principiálny rozdiel medzi psychodynamikou neurotických depresií a depresií v rámci MD psychóz, túto literatúru nechávame

nepovšimnutú. Od čias ABRAHAMA /1/ sa týka hlavne depresívnych psychóz. Súhlas je v tom, že sa pripisuje veľký význam určitým obsedantne neurotickým rysom /stabilitivnosť/ a oralite /orálna erotika a orálne fixácie/, //426//.

Poruchy správania

Ako u všetkých neuróz, aj u depresívnej neurózy možno nájsť poruchy správania už v premorbídnej osobnosti. Tabuľka 12 poskytuje prehľad o poruchách správania, ktoré sú rôznymi autormi považované za najdôležitejšie.

Tabuľka môže poskytnúť len malý výsek výsledkov. Úmyselne bolo upustené od množstva výsledkov psychoanalytických autorov a tiež daseinsanalytikov a „sinnbild-resii“ - teda viac než len poruchy správania pri neurotických depresiách.

Von GEBSATTEL /811/ sa pokúsil o takéto postihnutie podstaty a do centra dal „Störung der gelebten Zeit des Werdens“ /dá sa asi preložiť ako: „porucha žitého času stávania sa/, teda uviaznutie časového vývoja životného diania vo svojom endotýmnom základe. Poukazuje na podobné pokusy E.STRAUSA /porucha prežívania času/ a MIN-KOVSKÉHO /“synchronicitá vývoja“/. J.H.SCHULTZ chcel vo svojej „Sinnbildlehre“ tiež predovšetkým postihnúť „depresívne správanie/postoj“, čiže obsah zmyslu depresívnych prejavov. Videl ho v popretí „vôle k životu“ /“Lebenswille“/, v narastajúcom „ochrňovaní imanentného ja“ a namiesto „depresie“ chcel radšej hovoriť o „averzívnom, útekovom odvrátení sa od života“, pretože ono ovláda a naplňuje „depresívne správanie“ vo všetkých jednotlivostiach.

Domnievam sa, že diferenciálne diagnostické rozlišovanie podľa CAMPBELLA /751/, ktoré BOJANOVSKY /731/ zoradil do tabuľky a doplnil, nemôže potvrdiť žiadny autor, ktorý je dobre oboznámený s neurotickými depresiami. V tejto tabuľke je cyklotýmna osobnosť opisovaná ako extravertovaná, šľachetná, priateľská, znášateľná, tiež však ako autistická, zatiaľ čo neuroticko-depresívna osobnosť ako egocentrická, pomstychtivá, sadistická, pohŕdavá, kritická, neznošiteľná, exhibicionistická. Takýto údaj by snáď mal byť doplnený v tom zmysle, že je treba rozlišovať medzi vedomým správaním a nevedomými tendenciami. Takýto nález núti tiež pripomenúť, že psychoreaktívne depresie sa vyskytujú u rôznych foriem neuróz, môžu sa prekrývať s obsedantne neurotickými, konverzne neurotickými a inými štruktúrnymi vývoji a môžu sa tiež vyskytovať v pestrotrých zmiešaných formách.

Prenosové symptómy

U väčšiny neuroticko-depresívnych pacientov je už pri prvom kontakte s nimi nápadná veľmi veľká poddajnosť aochota k prispôbovaniu sa. Rýchlo je tiež zjavné, aké veľké nároky majú pacienti na seba, aby vyhovel očakávaniam analytika. Zo začiatku sa neodvažujú vyjadriť kritiku, kľasť informatívne otázky, alebo dokonca otázky pre uspokojenie vlastného záujmu. S druhými ľuďmi sa pokúšajú jednat tak šetrne a opatrne, akoby najmenšia drobnosť mohla mať pre druhých hrozné následky. Pri analýze možno počuť rôzne obavy, že analytik môže byť „zranený“ alebo šokovaný nárokmi pacienta, v zlosti ho môžu obráť o vnútor-

nú slobodu, a pod. Väčšinou sú veľmi udivení, keď im napadne, že druhých ľudí prevažne prežívajú ako nepriateľských, odmietavých, nemajúcich pochopenie. Pokiaľ nie sú úplne bez ja - identity, skromní a pohodoví k zriekaniu sa, obetaví a mierumilovní, potom sa obávajú že stratia kontakt, pozornosť a lásku. Úzkosť a pocity viny sú v kontakte tak silné, že takmer nepocitujú výčitky voči druhým a sú schopní ich prežívať len vo forme sebaobviňovania a robenia si výčitiek. FREUD v tomto charakteristickom prenosovom správaní objavil pôsobenie silnej úzkosti zo straty objektu a obranný mechanizmus introjekcie. V prenosových vzťahoch sa opäť a opäť možno dozvedieť o veľkej úzkosti, keď sa čo i len vzdialene objaví myšlienka, že druhý človek môže byť na nich „zlý“. //427// S týmito úzkosťami korešponduje tiež silná snaha nemať voči druhým ľuďom žiadne „zlé“ myšlienky. Preto radšej ospravedlňujú chyby druhých, nechcú si priznať prežité sklamanie a preto ich bagatelizujú, znižujú ich. Vzniká tak idealizovaný obraz druhých ľudí a sklon prísne trestať vlastné agresívne pohnútky. Pri takomto vnútornom spracovávaní sa môžu vyvinúť viac alebo menej vyjadrené rysy psychického masochizmu /164, 308, 471, 483/.

Panuje značná zhoda v opise prenosových symptómov u neurotických depresívnych /164, 308, 483, 685, 1093, 1141/.

KUIPER /308/ opisuje postoj závislosti, hovorí, že „túžba po symbióze je faktor, ktorý ovláda všetko“. RIEMANN /483/ zvlášť zdôrazňuje úzkosť zo straty bezpečia, z odlúčenia, za ktorým sa tiež skrýva túžba po nerozlúčnom spojení, po plnom oddaní sa, identifikácii. U jednej pacientky som pri analýze prenosu mohol ozrejmiť autodeštruktívne dôsledky jej túžob po „požierajúcej láske“ /fresende Liebe/ na sne o skelete. /1141/ BRÄUTIGAM /740/ na jednom príklade ukazuje, ako pacientka dostala silné impulzy žravosti a impulzy ku kradnutiu, keď sa opätovne snažila, aby sa nedotkla nejakej materskej gazdinnej, aby jej nemusela povedať nie; nedokázala však spracovať vlastné sklamanie.

S. BACH /685/ poukazuje na podobné súvislosti medzi orálnymi symbiotickými túžbami a resignovanou slabosťou ja, bez vlastných túžob. Za dôležitú tiež považuje projekciu latentných túžob.

Interpersonálne symptómy

Typická interpersonálna porucha kontaktu depresívnych neurotikov vzniká väčšinou v súvislosti s reťazou sklamaní, že napriek všetkému odriekaniu a pokusom o nezištné prispôbenie sa nedochádza ku vysnenej symbióze JA a TY /1093/. HEIGL-EVERS a HEIGL /239/ vidia ohnisko interpersonálnych symptómov v abnormných očakávaniach od ľudí. Pacienti za svoju obetavosť očakávajú odmenu v podobe veľkej lásky. Pretože tieto očakávania majú aj orálne-deglutinačný charakter, ktorý sú však pacienti sotva schopní prežívať, vytvára sa bludný kruh: ľudia sa distancujú a bránia sa, aby neboli „kvázi zožratí“. Depresívnemu neurotikovi sa tak potvrdzujú jeho skúsenosti, zrieka sa ešte viac svojho bytia sebou /Eigen-Sein/, čím opäť narastajú abnormné očakávania a hrozia väčšie sklamanie.

Tieto základné konflikty sú u rôznych neurotických štruktúrnych vývojov rôzneho stupňa. Jadrom neurotických spracovaní však zostáva slabé ja, neschopnosť pozitívne integrovať orálne-agresívne impulzy, a tým neschopnosť byť

subjektom medzi ostatnými ľuďmi. /116, 239, 522, 685, 1093/.

RIEMANN /1093/ veľmi plasticky opísal, ako sa v každodennom živote depresívneho neurotika s ostatnými ľuďmi prejavujú jeho poruchy správania. Pokusy o obetovanie sa bezo zbytku, „žiť len pre druhých“ - ako to formuluje RIEMANN „sa nevyhnutne stávajú bremenom, požiadavkou a vyvolávajú hlboké nepriateľstvo“.

Ak sú pozorovania väčšiny autorov správne, výstižné, potom sa informácia BRIGGSA /742/ javí ako logická konzekvencia, že totiž depresívni neurotici sa pri pevných partnerských vzťahoch snažia veľmi rýchlo vstúpiť do manželstva. Zistil, že depresívne neurotické ženy sú častejšie vydaté, než by zodpovedalo frekvencii v obyvateľstve. V manželstve depresívny neurotik často trpí viac či menej skrytými nepriateľskými obrannými reakciami ostatných členov rodiny voči nevedomým nárokom a abnormným očakávaniam. V dôsledku patologicky vystupňovaných idealizovaných požiadaviek nedochádza k rovnocennému partnerstvu. //428//. Ak manželský partner pristupuje k infantilným túžbam komplementárne, dochádza k istej analógii vzťahov rodič - dieťa. Ak sa partner distancuje, potom je prehľbujúce sa osamotenie prežívané obzvlášť ťaživo. /1093/. Náhradnými objektami „požierajúcej“ lásky sa často stávajú deti /477/. Vzniká potom nebezpečenstvo, že zostanú v príliš veľkej závislosti.

Psychodynamika a etiológia

Rozhodujúcim diferenciálne diagnostickým kritériom pre vymedzenie neurotickej depresie sú neurotické poruchy správania a história ich vzniku. Väčšina autorov sa zhoduje v tom, že tieto poruchy správania možno považovať za reaktívne výtvory, ktorých genéza začína pri nevydarených spracovaniach pocitov úzkosti a viny /“Symptomes, qui sont des mécanismes de défense contre l'angoisse“, 1063a/. Takmer všetci neurosológovia našli primárne podmienky pre vznik depresívneho spracovania úzkosti a pocitov viny vo včasnom detstve.

Rozhodujúci význam pre vpečatenie abnormného vývoja majú podľa psychoanalytických výsledkov zážitky včasného detstva v orálnej a orálnej - agresívnej fáze vývoja /1, 182/. SCHULTZ-HENCKE /522/ potvrdil a doplnil poznatky o poruchách vnútorného spracovania orálnej-kaptatívnych a agresívnych impulzov v detstve. Poruchu pudového ukojenia alebo prežívania popudov vo včasnom detstve opisuje množstvo autorov /66, 116, 164, 308, 322, 529, 685, 732, 736, 814, 833, 915, 916, 1093, 1141, 1159/.

Tiež pediatri a pedopsychiatri nachádzajú u depresívnych detí nezvládnuté traumy a ťažkosti v ranom detstve /582, 963, 1038/.

Podľa SPIELA /1166/ panuje zdržanlivosť v diagnostikovaní mániodepresivity u detí. Depresívny vývoj sa vo „vývojových fázach prejavuje rôzne“, a len obtiažne sa dá s istotou diagnostikovať. LEMPP /963/ doporučuje posudzovať anamnézu bez teoretických predpojatostí. Aj BODENHEIMER /729/ má takýto názor, pretože chápanie depresie je podľa neho možné len z kontinuity života. LEMPP /962/ tvrdí, že podľa jeho pozorovaní je väčšina depresív-

ných symptómov u detí neurotickej povahy a na základe bohatých skúseností považuje za isté, že porušené vzťahy s prostredím v prvých rokoch života sú jednou z najdôležitejších príčin určitej nálady detí. STUTTE /592/ pri reaktívnych rozladách u detí videl následky hospitalizmu, „neradostné životné podmienky plné utrpenia, predovšetkým vo včasnom období života“.

KIELHOLZ /915/ podobne ako mnohí psychoanalytici upozornil na to, že pri neurotických depresiách možno zistiť „pomaly narastajúci neurotický vývoj“, ktorý začína už v útlom detstve a ktorý potom vedie k vyvolávajúcej situácii, ktorá je asi identická s „typickou situáciou“ - ako ju nazýva M.BLEULER - v ktorej sú „všetky cesty pudového ukojenia individua zabarikádované“ /725/. Ak sledujeme tento vývoj v biografiách, potom nájdeme opisy nepriaznivých vplyvov okolia raz v súvislosti s neúplnými rodinami /“broken-home“/ a nepriaznivými medziľudskými vzťahmi, inokedy zasa v súvislosti s prílišným rozmaznávaním, ktoré deti rovnako zúskostňuje. Problematika je teda buď v prílišnom obmedzovaní, frustrovaní alebo v rozmaznávaní.

KIELHOLZ /915/ našiel v súbore 48 depresívnych neurotikov abnormné vývoje, ktoré začínali výhradne v ranom detstve. Primárne boli vyvolané nedostatkom afektívnej vrelosti a náklonnosti, opakovanými separáciami od matky a stratou jej lásky. Bezprostredným dôsledkom bola porucha vzťahu dieťaťa k vlastnému ja a pocit vnútornej slabosti a bezmocnosti. Rezultovali z toho rôzne rozporné túžby, ktoré chápal ako korene komplexov viny a insuficiencie //429//.

RIEMANN /483, 1093, 1094/ opísal nepriaznivý vplyv včasného rozmaznania, keď je dieťa brané ako príliš malé, bezmocné, závislé. Toto rozmaznanie môže začať už veľmi včasne so spôsobom kojenia a pokračovať vintenciách upierať dieťaťu akúkoľvek vlastnú aktivitu. RIEMANNOM opísaná psychodynamika vedie k depresívnej štruktúre so značnou slabosťou ja, nesamostatnosťou a abnormnými očakávaniami. Ukázal ešte druhú vývojovú líniu, ktorá začína frustráciou ukojenia dôležitých detských potrieb; dieťa je preťažené, čo vedie k včasnej rezignácii, beznádeji a pesimizmu.

KUIPER /308/ poukazuje na podobné vývoje. Vychádza z najvčasnejších symbiotických vzťahov s matkou a v terminológii teórie libida opisuje ako dieťa pri neskorších neurotických konfliktoch regreduje do včasne infatilnej situácie. Ak sú regresívne impulzy blokované, dochádza k auto-deštrukcii - „malignej regresii“. Psychodynamiku /inkorporáciu, introjekciu/ opisuje v návaznosti na prvé psychoanalytické výskumy, /1, 182/. Podobný opis psychodynamiky podáva tiež Laughlin /322/.

BIBRING /704/, podobne ako BRÄUTIGAM /740/, považuje za najčastejší depresívny vývoj orálnej - závislý typ, ktorý potrebuje neustály narcistický prívod, dodávku seba-vedomia zvonku a vyvíja sa v súvislosti s rozmaznávacou peristatickou situáciou.

Ako pri iných štruktúrne neurotických vývojoch možno tiež pri depresívnych neurózach rozlišovať medzi rekreačnými výtvormi okolo jadra inhibícií, správaním a náhradnými ukojeniami /529/. *Inhibičná štruktúra* sa väčšinou vyvíja pri tvrdej frustrujúcej rodinnej atmosfére. Deti, ktorých ukávanie potrieb už včasne narážalo na odmietanie a nebolo

podporované, reagujú beznádejou a sú rezignovanejšie. Izolujú sa, pôsobia ako tiché a stiesnené. Prežívajú pocity prázdnoty, nedostatku, insuficiencie a menejcennosti. Ich nálada je prevažne pesimistická, často už navonok pôsobia hrubo inhibované. Pri ťažko traumatizujúcich vplyvoch prostredia je s inhibíciou často spojená pasivita. Tieto *pasívne* inhibičné štruktúry vedú k veľmi ťažkým abnormným vývojom. Pri hyperkompenzatórnom spracovaní má dieťa ešte k dispozícii dostatok iniciatívy, takže sa pokúša za každú cenu kompenzovať vnútornú prázdnotu a beznádej prácou, výkonom a vysoko postavenými životnými cieľmi. Predpokladom týchto hyperkompenzatórnych vývojov inhibičných štruktúr je, aby členovia rodiny pochvalou a súhlasom tieto pokusy o kompenzáciu podporovali.

Pri vývoji depresívnej *štruktúry správania* /Haltungsstruktur/ je dieťa tiež obmedzované vo svojich orálnych a orálne - agresívnych možnostiach vývoja, prežíva však v rodine súhlas s určitými typmi centrálneho správania. Ak je dieťa napr. podporované vo svojom hlade po čítaní, vedomostiach, v sklone k zberateľstvu alebo určitých očakávaníach od budúcnosti a v urč. nárokoch, môžu sa už pred prežívaním vnútornej prázdnoty a beznádeje, a pred vznikom hrubších inhibícií vyvinúť jednostranné kompenzácie. Aj tieto deti majú medzery v prežívaní a v mnohých životných situáciách vykazujú nedostatočnú alebo žiadnu iniciatívu, zážitky inhibície sú však predsa len prekrývané správaním abnormnými očakávaniami a neúmernými nárokmi. Pri depresívnej štruktúre správania prevažujú teda sekundárne spôsoby spracovania. Tiež pri takýchto vývojjoch môže byť viac v popredí *pasívne* alebo *hyperkompenzatórne* správanie. „V prípade pasivity vidíme ľudí, ktorí sú neustále urazení alebo malicherných kritikov plných výčítiek, ľudí s nenásytnými abnormnými očakávaniami. K tomuto typu ľudí patrí „nepochopená žena“, ktorá sa vždy cíti byť ukrivdená a je plná výčítiek a má orálne neúmerné očakávania. Ak prevažuje hyperkompenzácia, potom podľa spracovania nachádzame večných optimistov, fantastov, ľudí so štipľavou iróniou alebo kritikou, mrzutých, šomravých pokrytco a fanatikov“ /529/.

Ak vznikajú *náhradné ukojenia*, vidíme vznikať silné závislosti, ktoré sa úporne udržiavajú, pretože zabraňujú vysporiadaniu sa s trýznivou insuficienciou, prázdnotou, depresívnymi náladami /529/.

Aj KIELHOLZ /915/ naznačuje rôzne vývoje s rôznymi typmi správania /vzdorovité, ohrozujúce, ale tiež dištancované, hrdé typy správania“/.

V súvislosti so suicidálnym rizikom nemožno neurotickú depresiu brať menej vážne ako vitálne akcentovanú melanchóliu - naposledy na to výslovne poukázal KUIPER /308/.

Väčšina autorov po FREUDovi považuje za jadro patologickej psychodynamiky autodeštrukciu chápanú ako obrátenie agresie dovnútra. ERNST /145/ však nepovažuje za dokázané, že by neurotické depresie (ND) boli častejšie suicidálne ako pacienti s inými neurotickými syndrómami. //430// Podľa KIELHOLZA /915/ patrí hodnotenie suicidálneho rizika k najobtiažnejším úlohám lekára. So značnou zhodou s ostatnými autormi menuje 10 kritérií, ktoré hovoria pre zvýšené suicidálne riziko.

Patrí sem: hereditárna záťaž so suicídiom /1/, suicidálne pokusy v minulosti /2/, úzkosť, akútne ataky úzkosti a zhoršenie depresie /3/, konkrétne predstavy o spôsobe vykonania/4/, zostupná alebo vzostupná časť krivky depresie/5/, chýbajúce povinnosti /6/, osamotenie /7/, chýbanie religioznej väzby/8/, finančné starosti /9/, bolestivé somatické choroby a drogová závislosť /10/ /915/.

Ako pri všetkých prevažne peristaticky podmienených neurózach je treba aj pri ND počítať s individuálne rôznou spoluúčinnosťou hereditárnych faktorov, ktoré facilitujú vznik neurózy.

SCHULTZ-HENCKE /522/ uvádza, že pri longitudinálnom sledovaní sa nie zriedka narazí na nereaktívne dysfórie. Domnieva sa, že neurózu by mohol podporovať vrodený faktor „autochtónna“ dysfória. KIELHOLZ /915/ dedukuje účasť hereditárnych faktorov z toho, že v antecedenzii ND možno nájsť často osobnosti, ktoré sa nevedia dobre vysporiadať so životnými ťažkosťami. STENSTEDT /1171, 1172/. Ako genetik, na základe vyšetrenia 1418 príbuzných /rodičov, súrodencov/ stacionárne liečených depresívnych neurotikov zdôrazňuje význam faktorov prostredia. Pri endogénnych depresiách má hereditaď aleko väčší význam.

Výskyt, frekvencia a priebeh

Prevalenciu a frekvenciu výskytu neurotických depresií možno sotva udať s istotou presne, pretože práve pri väčších súboroch narážame na diagnostické ťažkosti. Väčšinou sú rozlišované len mánie - depresívne psychózy /vrátane monopolárnych DP/ a reaktívne depresie /RD/. V skorších epidemiologických výskumoch, ktoré prevádzali LEMKAU a kol. /327/ v Baltimore, našli 367 psychóz, z toho 41 mániodepresívnych psychóz a 425 neuróz a z toho 18 reaktívnych depresií /12 žien, 6 mužov/. V Yale-štúdii /254/ sa našlo medzi 462 neurotikmi 42 reaktívnych depresií/ o niečo častejšie vo vyšších sociálnych vrstvách/.

Midtown-Manhattan štúdii /321/ bolo v skupine depresií registrovaných 23,6%. Boli to však klinicky neodlíšiteľné rozlady všetkého druhu, z ktorých malá časť mohla byť diagnostikovaná ako cyklické alebo endogénne depresie. Podiel neurotických depresií sa dá odhadnúť ťažko. Na rozdiel od nálezů HOLLINGSHEADA a REDLICHA /254/ bol väčší počet depresívnych reakcií v skupine s nižším socioekonomickým statusom. Autori u väčšiny týchto prípadov hovoria o „frustračných depresiách“.

V berlínskej WINTEROVEJ štúdii /664/ sú údaje o recidivujúcich rozladách bez subjektívne poznateľnej príčiny, poprípade pri tzv. „zanedbateľných podnetoch“ medzi symptómami najviac zastúpené /43,5%/. Percento ťažkých neurotických depresií sa nedalo presne zistiť, bolo však menšie ako 5%.

LAUGHLIN /322/ uvádza, že medzi klinicky liečenými neurózami v 16-18% boli v popredí depresívne symptómové obrazy. O niečo nižšie čísla sú uvádzané u ambulantne-klinickej pacientúry z Nemecka /10-15%, 26, 94/. BRÄUTIGAM /66/ uvádza že RD obnášajú 3% z príjmov na psychiatrickú kliniku, zatiaľ čo v praxi nervového lekára je treba počítať asi s 10% RD.

Údaje o výskyte ND u oboch pohlaví nie sú jednotné. Väčšina autorov uvádza prevahu žien //431//.

Najčastejšie pozorovaný pomer žien ku mužom je okolo 2:1, TAYLOR a CHAVE /591/ však našli 11X častejší výskyt ND u žien. Napriek tomu v Berlínskej štúdii od WINTERA /644/ udávali viac depresívnych rozlád mužů.

Pre priebeh neurotických depresí je charakteristické, že od včasného detstva možno pozorovať rôzne neurotické manifestácie. KIELHOLZ /915/ považuje tento fakt za dôležité diferenciálne diagnostické kritérium.

Diagnóza v detskom a juvenilnom veku sa považuje za obtiažnu pre pestrosť a často netypickosť symptómov /774, 962, 963, 1038, 1166/. ZIOLKO /1244/ našiel u polovice z 500 neurotických študentov exhaustívny syndróm, ktorého podklad podľa opisu mohol byť častejšie v depresívne obsedantných neurotických vývoch.

Vek, v ktorom sa manifestujú depresívne symptómy ND, sa zdá byť nižší než je tomu u ED /916/. Podľa výskumov MATUSSEKA /1002/, ANGSTA /678/ a ERNSTA /142/ môžu byť aj prvé symptómové manifestácie ED chybné diagnostikované v súvislosti s psychologicky zrozumiteľnými vyvolávajúcimi situáciami a anamnestickými súvislosťami. WEITBRECHT /1241/ referuje o tom, že na pôde endogénnej depresie môže dôjsť k sekundárnej neuróze. Zdá sa však, že sa vyskytuje aj opačná situácia, že totiž pri psychogénnej depresii môže dôjsť pri zvlášť vyhrotenej konfliktovej situácii k manifestácii psychotických symptómov /884/.

Celkový priebeh ND má tendenciu ku kolísaniam, vlnovitej chronifikácii. Dochádza teda ku viac alebo menej hlbokým recidívam /140, 145, 491, 915, 916/. CIOMPI a LAI /760/ zistili u ND skrátenie priemernej očakávanej dĺžky života. Symptomatológia sa v starobe často mení /zvýšená dráždivosť, nespokojnosť, viac neurotického správania a psychosomatické poruchy./

SCHIZOIDNÁ NEURÓZA

K nozologickému pojmu

KRANZ /930/, keď diskutoval rôzne aspekty tohto pojmu a jeho obsahy, napísal: „Od koncepcie schizoidie /E. KRETSCHMER/ vznikla k tomuto problému už takmer neprehľadná literatúra“. V tomto rámci budú diskutované len neurotické vývoje. Nebudeme sa tu tiež zmieňovať o otázkach schizofrénie a jej psychogenetických teóriách /prehľadoch 922, 1226/ ani o reaktívnych a iných psychózach („schizoidný reakčný typ“ v staršom poňatí, schizofrénii podobné emočné psychózy /141/, psychotické, primitívne reakcie/1053/). RÚMKE /1110/ iste právom zdôrazňoval, že schizofrénii podobné - teda tiež neurotické schizoidné vývoje - nemajú nič spoločné s nozologickou entitou /konceptným modelom/ schizofrénie.

Ako schizoidná neuróza sú označované syndrómy, ktoré vznikajú v súvislosti s neurotickým schizoidným vývojom, /66, 116, 230, 483, 522, 684, 768, 1093, 1097, 1144/. K týmto neurózam patrí celá skupina ochorení, ktoré boli opísané pod inými názvami: hraničné symptómy na pomedzí ťažkých chronických neuróz a schizofrénie označované

ako schizoneurózy /1168/, niektoré „schizofreniformné reakcie /880/, a psychogénne formy schizoidného reakčného typu podľa POPPERA /1076/ a i. Potrebné je diferenciálne diagnostické rozlíšenie od rôznych foriem schizofrénii prekrytých neurotickou symptomatológiou / „pseudoneurotické“ schizofrénie: 880, 1153, 1210/ a od neneurotických schizoidných psychopatov //432//.

Klinické symptómy

Psychické a somatické formy manifestácie, poruchy správania

Často nie je ľahké jasne odlíšiť poruchy správania od psychotických symptómov. Zvlášť nápadné symptómy sú: hlboká porucha kontaktu s ľuďmi a poruchy vzťahov k predmetnému svetu. Vnímanie reality je porušené tým, že vnímanie je medzerovité a jednostranné, ďalej je skreslené projekciami /82/ a často je obsadené negatívnym afektívnym prízvukom /1116/.

SCHULTZ-HENCKE /520/ dával tieto poruchy do súvislosti s inhibíciou intencionálneho prežívania popudov, ktorej hlavnými znakmi sú pocity cudzosti, ktoré vedú k oslabeným vzťahom ku svetu a ľuďom, s trvalou pohotovosťou ku strate objektu. Pojem intencionálneho si SCHULTZ-HENCKE vypožičal od BRENTANA a HUSSERLA. Rozšíril ho, takže týmto termínom charakterizoval najrannejšie potreby aktívneho citového obrátenia sa ku svetu. Znakmi intencionálnej inhibície sú hlboká neistota a rozpustenosť vo vzťahu k ľuďom. Namiesto citov dôvery a známosti je prežívaná cudzota. Toto odcudzenie sa rozširuje aj na vlastné emočné hnutia. Najsilnejšia ambivalencia v medziľudskom kontakte sa týka extrémnych túžob po úzkom zväzku, často po úplnom /symbiotickom/ zjednotení, a na druhej strane po dištancovanosti, izolovanosti a nezúčastnenosti. Takáto ambivalencia sa môže prejavovať v rôznych stupňoch „rozštiepeného“ správania: napr. sa môže manifestovať značná zdržanlivosť, hneď zase dôverčivosť; slepá dôvera a výrazná nedôvera; zdržanlivá nespoločnosť a rozpustilosť; tupá ľahostajnosť a jemnocitosť; plachá dobromyseľnosť a agresívne postoje. Na rozdiel od schizofrénnych vývojov schizoidní neurotici tieto diskrepancie pozorujú, trpia nimi a do istej miery majú ku svojmu ambivalentnému prežívaniu a správaniu prístup.

BRÄUTIGAM /66/ považuje za najnápadnejší znak schizoidnej neurotickej štruktúry citlivosť a labilitu pacientov v medziľudských vzťahoch. Okrem toho, podľa neho, pacientom chýba cit pre to, ako budú brané ich prejavy druhými ľuďmi.

Vo FREUDOVEJ psychoanalytickej terminológii sú symptómy schizoidných pacientov opísané ako narcistické a ako dôsledky strát objektov. Otáznym zostáva, či ako FENICHEL /162/ môžeme hovoriť o „abortívnych psychózach“ a napr. o „hebefrenoidnom“ a „paranoidnom“ charakte.

RIEMANN /483, 1093, 1097/ opísal klinické symptómy schizoidov, zvlášť tiež špeciálne formy spracovania úzkosti, a ich vplyv na kontakt s ľuďmi. Rozlišuje „primárnu“ a „sekundárnu“ /regresívnu/ schizoidiu. Zatiaľ čo pri regresívnej schizoidii sú často veľmi diferencované možnosti reagovania a prežívania, primárne formy vykazujú omnoho viac

medzier a výpadov vo vývoji. Toto rozlišovanie je, spolu s RIEMANNOVÝMI etiologickými pozorovaniami a jeho rozšírením psychoanalytickej koncepcie, dôležité pre terapiu a prognózu.

Psychoanalytické a psychiatrické klinické pozorovania sa zhodujú v tom, že podkladom niektorých senzitivne-fobických, senzitivne-paranoidných, hypochondrických, depersonalizačných syndrómov a perverzií sú schizoidné spracovania. Týmto vedúcimi syndrómami môžu byť opísané zvláštne formy schizoidnej neurózy.

O somatických korelátoch pri schizoidných neurotických vývojjoch sú zatiaľ len sporné znalosti. Klinicky najčastejšie sú pozorované poruchy zmyslového vnímania a motoriky.

E.KRETSCHMER /301/ už pri opise schizothymikov hovoril o „poruche pochodov, ktoré im nedovoľujú živo spracovať pociťované vnemy“ //433//. Pritom ľahko dochádza ku kumulácii afektov a „komplikovaným, nepredpokladaným vybočeniam afektívnych pochodov“. Zmieňuje sa o „vyžarovanie afektívnych pochodov do vegetatívneho systému“. Pri neurotických vývojjoch sú tieto psychické pochody a ich somatické koreláty často ešte zosilnené a jednostranne vytvorené.

SCHULTZ-HENCKE vo svojej učebnici /522/ dáva intencionalne inhibície hypoteticky do súvislosti s funkčnými poruchami kortexu, mozgového kmeňa a zmyslových orgánov, bez toho, žeby sa o tom viac diskutovalo.

V psychosomatickej medicíne sú schizoidné neurotické štruktúry nachádzané pri rôznych ochoreniach /napr. pri tzv. endogénnom ekzéme spolu s konštitučnými faktormi. 557, 558, 564, 863 a i. /MENG /378, 1010/ pozoroval, že psychotické poruchy ustupujú pri organických chorobách. Pretože MENG v takýchto prípadoch nachádzal poruchy ja, ktoré boli viac podobné psychotickým poruchám než neurotickým, hovoril o „orgánových psychózach“. Upozornil na to, že medzi narcistickou regresiou a somatickými chorobami môžu byť úzke súvislosti. Existuje množstvo pozorovaní, ktoré svedčia pre túto hypotézu.

Prenosové symptómy

Analytické skúsenosti so správaním a symptómami v prenosovom vzťahu schizoidných pacientov zhrnul predovšetkým RIEMANN /483, 1093, 1097/, pričom uvádza názorné príklady.

Vyšiel zo starých psychoanalytických skúseností, že analýza sa pri narcistických neurózach buď dlho nemôže dostať do chodu, alebo je prerušená po niekoľkých málo hodinách. Analytici to často vysvetľovali tým, že „nevznikol prenos“. RIEMANN udáva /1093/, že schizoidní pacienti sa cítia istejší, keď sa podľa možnosti zavčas začne diskutovať ich vplyv na druhých, ktorí sami správne nevnímajú. Poznávanie súvislosti medzi vlastným správaním a reakciami partnera v prenose pôsobí rovnako oslobodzujúco a posilňuje ja, ako rovnomerne rozložený citový postoj.

Podľa týchto a podobných skúseností vznikajú prenosové symptómy prevažne zo strachu z blízkosti, závislosti a z vlasných projekcií. Alebo pozitívne formulované: potre-

ba nezávislosti, demarkácie, jasného prehľadu a oboznámenosti, resp. ich saturácia je podmienkou nosného prenosového vzťahu a kontaktu. Negatívne prenosové symptómy potom vznikajú pri zosilnení strachu zo závislosti a oddanosti, zo strachu pred reaktívnou agresiou, ktorá s tým súvisí, pričom oboje sa často neodohráva na úrovni vedomia; rezultuje únik a stupňujúce sa stiahnutie do izolácie, únik k iluzórnym sebauisteniam. Niekedy dochádza k veľmi komplikovaným aranžmánom, aby sa zrationalizovali úzkosti a útekové tendencie a aby sa otvorene neprejavili agresívne hnutia /napr. odvedenie do zdanlivo vecných oblastí; autopunitívne a deštruktívne hnutia/.

Interpersonálne symptómy

Schizoidní neurotici pri styku s ľuďmi takmer reflexne používajú obranné mechanizmy, aby zabránili úzkosti, ktorá sa pri prenosových vzťahoch objavuje. Tieto obranné mechanizmy možno považovať hlavne za ochranné opatrenia, ktoré majú zabrániť úzkosti z neznámeho, z emocionálnej blízkosti, ktorú prežívajú nedôverčivo a vôbec úzkosti z citových vzťahov /483, 520, 1093, 1144/. Z pozorovaní pri skupinovej psychoterapii by sa dala zostaviť celá škála takýchto obranných mechanizmov, ktoré sú používané v interpersonálnych vzťahoch. Siahala by od neprístupnej, chladnej dištancovanosti cez plachosť, bezmocné pokusy a demarkáciu, až ku slepo dôverčivým očakávaniam s prudkými sklamaniami.

Je takmer pravidelnou skúsenosťou, že skupinové sedenia zo začiatku pôsobia tak silne ako situácie pokušenia a frustrácie, že sa zhoršujú neurotické symptómy a //431// zvýrazní sa obrana. Pri podpornej individuálnej analytickej terapii sa môže priaznivo uplatniť „odlišný vzťah k realite v skupine“ /866/ so svojimi inými možnosťami adaptácie /napr. môže sa zabrániť regresii/. Pri skupinovej psychoterapii je často nápadná diskrepancia medzi zarputilou a nepriateľskou obranou pred kontaktom a tajnými túžbami po totálnej a absolútnej láske /239/.

Rodinné vzťahy a i založenie vlastnej rodiny sú spojené s ťažkosťami v súvislosti so strachom z kontaktu a s hlbokou nedôverou. Niektorí schizoidní neurotici sa ani neoženia, niektorí sa oženia až pomerne neskoro, niektorí žijú v krátkych manželstvách a iní zase žijú v schizoidnej rodinnej neuróze. RIEMANN /483/ videl častejšie fascináciu depresívnym typom, ktorý je polárny k schizoidii, pretože sa dokáže bez obáv oddať, otvoriť a zanedbáva vlastné potreby. Podľa mojich pozorovaní sa z takéhoto manželstva ľahko môže vytvoriť sadomasochistický vzťah. Schizoidní neurotici sú často fascinovaní aj hysterickými partnermi. Dôsledkom je potom väčšinou silný boj o demarkáciu a niekedy tiež dištancované žitie vedľa seba dvoch v podstate sklamaných partnerov. Každopádne sa zdá, že neurotických schizoidných pacientov priťahujú partneri so značnou prispôsobivosťou, s inhibíciami agresivity a sexuality. S takýmito partnermi môže dôjsť k rodinnej schizoidnej neuróze, pri ktorej sú intrafamiliárne konflikty externalizované a vyhýbajú sa im spoločnou tvorbou fikcií o realite, ktorá je deformovaná prianiami. Túto rodinnú dynamiku opísal RICHTER /480/ a dal jej názov „opevnenie“. Partneri sa spoločne zabarikadujú do „opevnenia“, „živí sa ilúziami vlastnej nadradenosti a robia výpady proti domnelým von-

kajším roznecovačom nepokoja a nepriateľom“. Podobné pokusy o zvládnutie partnerských problémov možno vidieť aj pri skupinovej psychoterapii.

Psychodynamika a etiológia

Freudovská psychoanalýza pozorovala a prepracovala u schizoidných pacientov hlavne dva dynamické pochody: vzťah k narcizmu a reagovanie stratou objektu. FENICHEL /164/ sa domnieva, že u schizoidov je veľké rezíduum primárneho narcizmu a známky hypertrofovaného narcistického správania. V súvislosti s touto fixáciou vzniká vo frustračných situáciách tendencia /u schizoidov väčšinou parciálna/ ku strate objektu a k narcistickej regresii. Známkami narcistického správania, ktoré možno pozorovať v kombinácii so stratou objektu, sú orgánové senzácie s hypochondrickými obavami a zážitkami odcudzenia. SCHULTZ-HENCKE /520/ dáva stratu objektu do súvislosti s včasnými obmedzeniami a inhibíciami základných intencionálnych potrieb a s nedôverou a oslabenými vzťahmi k objektu a realite, ktoré z inhibícií a obmedzení vznikajú. H.BINSWANGER /710/ ukázal rozdiely medzi neurotickými a „masívnymi“ psychotickými stratami objektu vo vzťahu ku Klagesovmu pojatiu sebaotvrdzovania a sebaoddávania /Selbstbehauptung und Selbsthingabe/. RIEMANN /483, 1093,/ vo svojich prácach doplnil koncepciu obrany pred úzkosťou u schizoidov a do určitej miery spojil staré psychoanalytické prístupy s neskoršími dodatkami SCHULTZ-HENCKEHO /523/ tým, že vypracoval koncepciu praeorálnej, senzorickej fázy vývoja /1097/, ktorá je rozhodujúca pre nový komunikatívny vzťah dieťaťa ku svetu.

Pracovné hypotézy intencionálnej túžby a senzorickej fázy dali snahám o pochopenie dynamických súvislostí a tým aj terapii nové impulzy. Mali svoj dopad aj na objasnenie etiológie. RIEMANN /1097/ odlišil dve etiologické možnosti: ak v dôsledku separácie, pobytovej v ústavoch (a podobne) nevznikne emocionálna väzba na matku alebo stabilnú opatrovateľku, potom hovorí o *primárnej schizoidii*. Ak chýbajú náhradné vzťahy, potom vznikajú často veľmi ťažké defekty. O *sekundárnej* alebo *regresívnej schizoidii* hovorí RIEMANN vtedy, keď síce došlo ku vzniku prvej väzby, bola však prežívaná s takým sklamaním a ohrozením, že dôsledkami bolo vyhýbanie sa a regresia.

Sú rôzne názory na konštitučné faktory v etiológii. V komplexnom rade predisponujúcich konštitúcií a škodlivých vplyvov okolia sú v jednotlivom prípade rôzne veľké vektory, ktoré sa sotva dajú precízne vypreparovať. Výskumy včasnej separácie matky a dieťaťa /viď tab.6 a 7/, svedčia pre veľmi pravdepodobný škodlivý vplyv faktorov prostredia.

„Vývoj schizoidnej štruktúry je od vrodených faktorov závislý v tom zmysle, že pri asténii, zvýšenej citlivosti a senzibilite môžu skôr vzniknúť intencionálne inhibície aj pri ľahších traumatických vplyvoch prostredia, než by tomu bolo pri robustnej psychickej konštitúcii. U stenických detí musia byť traumatizujúce peristatické vplyvy masívne, aby mali rovnaký efekt ako u dieťaťa astenického“ /529/. Niet pochyb o tom, že existujú konštitučne, hereditárne podmienené schizoidné vývoje osobnosti bez toho, že by sa dali zistiť traumatizujúce peristatické vplyvy. Pre diagnózu neurózy sú teda aj tu nutné pozitívne etiologické kritéria.

Analytici výskumníci sa zhodujú v tom, že škodlivé vplyvy prostredia, ktoré vedú ku schizoidnej neuróze, pôsobia veľmi zavčasu - už v 1. a 2. roku života. Pozorovania sa tiež zhodujú v tom, ktoré psychické funkcie sú škodlivými vplyvmi prostredia postihnuté prvé: potreby prvého emocionálneho kontaktu, potreba po oboznámení sa, dôvera /pradôvera - Urvertrauen podľa ERIKSONA/, sklon k pasívnemu poddaniu sa dojomom a k aktívnemu obráteniu sa ku svetu. V týchto oblastiach sa uplatňuje škodlivý vplyv frustrácie a začína abnormný vývoj, ktorého etapy a jednotlivosti boli opísané v rôznej terminológii /1144/.

Výskyt, frekvencia a priebeh

Pretože pojem „schizoidnej neurózy“ zahŕňa rôzne symptómové obrazy /psychické, psychosomatické a tiež perverzie/, sú údaje o výskyte a priebehových formách možné len pre jednotlivé syndrómy. Získanie dát je sťažené tým, že v jednotlivom prípade môže byť obtiažne diferenciálne diagnostické ohraničenie, pretože sa vyskytuje mnoho syndrómov, napr. hypochondrických, pri rôznych neurózach ako aj psychopatiách a psychózach. V poslednom desaťročí sú správy o zvýšenom výskyte schizoidných neuróz v psychoanalytickej praxi, vo výchovnom poradenstve a na klinikách, /483, 856, 857, 859/ takže sa diskutuje hypotéza, či zvýšený výskyt nesúvisí s existenciálne ohrozenými a rozvrátenými rodinami v dobe vojny.

HAU /857, 859/, pri sledovaní príjmov na neurotickú kliniku v Tiefenbrunne za roky 1950- 1964 zistila, že percentuálny podiel pacientov so schizoidnou neurotickou štruktúrou od r. 1957 podstatne stúpol. /Išlo o mladistvých pacientov, teda ročníky z obdobia vojny/.

Okrem dosiaľ zmienených hlavných neurotických syndrómov existujú niektoré symptómové komplexy, ktoré sa tiež vyskytujú pri neurózach a preto vyžadujú ešte krátku zmienku. Sú to hypochondrické, neurasthenické a depersonalizačné syndrómy.

Hypochondrický syndróm //435//

Úzkostné a obavné myšlienky týkajúce sa vlastného zdravia môžu byť spojené s predstavami rôznych chorôb a môžu mať rôznu formu. S hypochondrickými obavami z už existujúcej choroby alebo ochorenia v budúcnosti sa možno stretnúť pri rôznych ťažkých neurózach /66, 716, 1045, 1046, 1170/ //436//, a zvlášť pri schizoidných a depresívnych neurózach, ako aj spolu a neurasthenickým syndrómom /72, 164, 755, 910/.

Diferenciálne diagnostické odlišenie je potrebné hlavne od týchto možností výskytu hypochondrických symptómov:

1. Senzitívne reakcie psychicky a somaticky zdravých v rôznych vekových fázach /adolescencia: viď príspevok J.E.MEYERA /66, 849, 1152/ - staroba: 716, 849, 1112/.
2. Reakcie na faktické organopatologické zmeny
 - a/ cerebrovaskulárne insuficiencie,
 - b/ patologické mozgové procesy.

3. Psychopatie /zvlášť pri depresívnych a astenických psychopatiách podľa K.SCHNEIDERA alebo hypochondrických psychopatiách podľa HÄFNERA - 849/.
4. Endogénne depresívne psychózy.
5. Schizofrénne psychózy.

KENYON /910/ uvádza vo svojom prehľade 18 etiopatogenetických faktorov a poukazuje na častý výskyt hereditárnych dispozícií premorbídnych osobností. V moderných psychiatrických a psychoterapeutických prístupoch sú už sotva spory o multikondicionalite hypochondrických syndrémov.

KEYSERLINGK a OPITZ /914/ sa v medicínsko-historickej práci pokúsili o prehľad prístupov k hypochondrii od staroveku až ku KRAEPELINOVI, ktorý odmietol chorobnú jednotku hypochondriu a ďalej až k moderným prístupom BLEULERA, RUFFINA, HÄFNERA a WEITBRECHTA. Došli k záveru, že „hypochondria“ ako chorobná jednotka sa v Nemecku už takmer nediagnostikuje.

Pri psychoanalytických výskumoch boli hypochondrické ťažkosti zisťované väčšinou pri narcistických neurózach. FREUD vo svojej práci „Zur Einführung des Narzismus“ postuloval hypotézu, že funkcie a orgány, s ktorými sa pacient hypochondricky zaoberá, majú zvýšené libidonózne odsadenie. FREUD sa domnieval, že hypochonder odpútava záujem a libido od objektov vonkajšieho sveta a oboje koncentruje na orgán, ktorým sa zaoberá. Neskoršie práce pojednávajú o psychických orgánových reprezentáciách - telovej schéme pacientov, /literatúra u FENICHEL -164/. CHRZANOVSKI /755/ pojednal o novších výsledkoch a koncepciách.

HÄFNER /849/ kritizoval na psychoanalytických poznatkoch „praeexistujúcu schému teoretického chápania“. Potvrdzuje síce, že pokus, ktorý učinila psychoanalýza, aby sa dopátrala zmysluplných vzťahov, viedol k novým vhľadom, vyžaduje však základné pojednanie o „fenomenálnej štruktúre našej telovosti“. Nové podnety nachádza u RUFFINA /1112/ a iných a pokúša sa o daseinsanalytické chápanie nepsychotických hypochondrií. V súvislosti s neurotickým hypochondrickým prežívaním súhlasí s RUFFINOM /1112/ a von GEBSATTELOM /811/, že „obmedzenie spolu-bytia na potrebu pomoci telu“ môže vyjadrovať množstvo neuspokojených túžob. V neurotickom spracovaní je tiež túžba po „aspoň malom zbytku bezpečia“, ktoré dodáva opatera a pomoc domnele chorému telu.

Frekvencia hypochondrických syndrémov u neuróz sa dá ťažko stanoviť. V Midtown- Manhattan štúdiu /321/ boli obavy z choroby všetkých druhov /bez nozologického zaradenia/ veľmi časté - 25,1% a najčastejšie boli v skupine s nižším socioekonomickým statusom - 31,2%. U poliklinicky liečených neuróz v Berlíne bol podiel hypochondrických symptémov veľmi malý - 0,5%. /96/ STENBÄCK a RIMON/1170/ našli hypochondrické symptémy u 200 pacientov /143 psychotických a 57 neurotických /percentuálne častejšie v skupine neurotikov, najčastejšie v skupine depresívnych neurotikov. PAAL /1047/ k etiopatogenéze uvádza, že polovica z 89 pacientov s hypochondrickými symptémami trpela na cerebrálnu a mozgovú atrofickú procesy /EEG vyšetrenia/, /437//. Z pacientov bez organopato-

logických zmien u malej časti išlo o „jadrové neurotické“ vývoje /1047/.

Neurózy s hypochondrickými symptémami majú väčšinou stacionárny chronický priebeh /93, 94, 140, 145, 200, 291/. Ak sa vyskytujú pri depresiách alebo sú výrazom larvovanej depresie /145, 777, 813, 910, 967/, potom možno pozorovať skôr fázie priebehu.

Neurasténia //437//

Už roky možno pozorovať, že pri odosielaní na klinickú liečbu sa už málo používa pojem neurasténie. „Dráždivá slabosť“, slabosť, únava, vyčerpanosť, vegetatívne poruchy a bolesti hlavy, mnohé ďalšie ťažkosti a porušený spánok, teda symptémy, ktoré sa v minulosti počítali k tejto poruche, sa dnes väčšinou priradujú k iným neurotickým syndrémom. BRÄUTIGAM /66/ pojednáva o neurasténii pod konfliktovými reakciami /exhaustívna reakcia, Erschöpfungsreaktion/. Odlíšenie reakcií od neurotických priebehov je pomerne ťažké, je však dôležité pre prognózu a indikáciu /95/.

Neurasténia, i keď má množstvo vegetatívnych symptémov je len zriedkavo omylom diagnostikovaná ako organická choroba. Chýbajúce somatické nálezy sú skôr podnetmi k diagnóze ako: orgánová neuróza, vegetatívna neuróza, vegetatívna alebo neurovegetatívna dystónia, neurocirkulačná asténia, alebo vegetatívne -endokrinný syndróm. JORES /271/ hovorí o „nervóznych pacientoch“ /„nervös Kranken“/, von UEXKULL /604/ a CREMERIUS /95/ o „funkcionálnych syndrémoch“. Psychiatricky je treba odlíšiť astenickú psychopatiu, K.SCHNEIDERA /509/.

ERNEST /145/ sa vo svojej definícii pokúša o odlíšenie od orgánových neuróz a neurotických depresií. BINDER /45/ nechápe neurasténiu ako psychogénnu poruchu, ale ako získanú somatickú poruchu /toxické poškodenie/. CREMERIUS /95/ nevidí možnosť jednotnej definície a opisuje reakcie a neurotické psychologické súvislosti.

FREUD sa s pojmom neurasténia častejšie vysporiadať už vo svojich prvých prácach z 90. rokov. Ako je známe, od neurasténie oddelil symptémový komplex úzkostnej neurózy. V práci, v ktorej FREUD toto odlíšenie navrhol, hovoril o tom, že existujú „zmiešané neurózy“, pri ktorých sa dajú dokázať symptémy rôznych neuróz a nakopenie rôznych špecifických etiológií. Najprv sa domnieval, že najdôležitejšia príčina neurasténii spočíva v oslabení sexuálneho napätia /v súvislosti s masturbáciami a polúciami/. FENICHEL /164/ sa na základe neskorších psychoanalytických pozorovaní domnieva, že niekedy fakty hovoria pre FREUDOVU hypotézu, že však často za neurasténické symptémy robí zodpovednú orgastickú impotenciu a „kumuláciu libida“ /„Libidostaung“/. FERENCZI /166/ pri svojich opisoch „panthoneuróz“ poukázal na možnosť tvorby neurasténických a hypochondrických obrazov, pričom ukázal, že somaticky choré orgány a funkcie môžu dávať podnet k väčšiemu libidóznemu obsadeniu. SCHULTZ-HENCKE /522/ nepovažuje sexuálne podmienky za najdôležitejšie a zastáva názor, že symptémy „zmiešanej neurotickej štruktúry“, teda zložky depresívnej, obsedantnej a hysterickéj psychodynamiky sa kryjú s tým, čo bolo doposiaľ opisované ako „neurasténia“.

Pojem „neurasténie“ bol už od svojho zavedenia v minulom storočí veľmi kritizovaný pre abundanciu a obtiažnosť vymedziteľnosť. Dnes už neurasténia nie je často používaným módnym termínom, môže byť považovaná už len za historický pojem. Neurasténické syndrómy je treba skúmať z hľadiska psychodynamiky a etiopatogenézy, aby sa zistilo, či ide o jednoduché reakcie na konflikty /1/, psychoneurotické poruchy s exhaustívnym syndrómom /2/, somatické manifestácie neuróz/vegetatívne poruchy a psychosomatické choroby /3/, psychopatiu /4/, symptómy larvovanej depresie /5/ alebo zmiešaný obraz viacerých etiologických faktorov /6/. //438//

CREMERIUS /95/ vykonal dôkladné vyšetrenie tzv. neurasténických symptómových obrazov /„funkcionálnych syndrómov“/ a súčasne diskutoval o existujúcej literatúre. Táto práca bola významným prínosom pre kliniku neurasténického syndrómu.

CREMERIUS považoval za možné, že určitú rolu hrajú hereditárne faktory: jeho výskum však tento predpoklad nepotvrdil, nepotvrdilo sa, že pri funkcionálnych syndrómoch by sa mohlo jednať o mierne formy endogénnej depresie. Podľa jeho výsledkov sa konfliktové reakcie bez neurotického vývoja a bez chronického priebehu vyskytujú v 8%. Len u tohto malého percenta z 371 katamnesticke vyšetrených pacientov zistil pravé spontánne uzdravenie. Katamnesticke vyšetrenie 9-11 rokov od prvého vyhľadania polikliniky viedlo síce k zisteniu, že 71% pacientov udávalo, že pociťuje zlepšenie alebo že už netrpí na pôvodné symptómy, avšak pri bližšom vyšetrení sa väčšinou ukázalo, že došlo k zmene symptómov /Symptowandel/.

Namiesto difúzneho polysymptomatického syndrómu sa často našiel jednoznačný monosyndróm. U 11% pacientov sa na pôvodne funkcionálne postihnutom orgáne zistila organická choroba /ulcus pepticum, chronická bronchitída, kardiálna insuficiencia/. Štatistické zvýšenie nie je významné - priemerné očakávanie v populácii: 9%.

Najčastejšia zmena v symptómoch spočívala v objavení sa psychoneurotických porúch, ktoré nahradili vegetatívne symptómy /24%. Boli to zvlášť depresívne neurotické rysy, manifestácie úzkosti a obrana pred ňou, ako aj rôzne charakterovo neurotické poruchy.

V Midtown-Manhattan štúdiu /321/ udávalo 18,3% dokázaných pre neurasténické symptómy typickú kombináciu psychických a somatických ťažkostí. CREMERIUS /95/ zistil, že z 21500 poliklinických pacientov 2300 trpelo funkcionálnymi syndrómami. JORES /271/ uvádza, že približne polovica zo všetkých pacientov, ktorí vyhľadávajú lekára, boli „nervös Kranke“/s funkcionálnymi symptómami/. Usudzuje na to z extrémnych čísel udávaných dvoma poliklinikami /25 a 80%. BRÄUTIGAM /66/ uvádza, že 2,3% príjmov na psychiatrickú kliniku boli diagnostikované ako exhaustívne reakcie, alebo ako neurasténické reakcie. Na neurologickú kliniku to boli 4% a v praxi nervového lekára asi 3%. Tieto údaje súhlasia s dennou skúsenosťou, že pacienti s neurasténickými syndrómami častejšie vyhľadávajú internistov a všeobecných praktikov, než psychiatrov a psychoterapeutov.

ERNST /145/ vo svojom literárnom prehľade potvrdzuje tendenciu ku chronickým priebehom /plochá, vlnovitá krivka priebehu/ pri neurasténických syndrómoch a sklon k zámennej syndrómu.

Depersonalizačný syndróm //438//

Depersonalizácia, ako porucha vnímania - ja, a derealizácia, ako porucha vnímania reality vonkajšieho sveta, ktorým je spoločný „zážitok odcudzenia“, spolu úzko súvisia. /386/.

Krátky súhrn najdôležitejších poznatkov klinickej empirie podal J.E.MEYER /386/: zážitky odcudzenia sa vyskytujú jednak pri zmenách vedomia - ja, jednak pri zmene vigility /Wachbewusstsein/:

1. Poruchy vedomia - ja:
 - a/ „primárne“ pri začínajúcej schizofrénii, okrem toho pri endogénnych depresiách.
 - b/ Psychoreaktívne /pri katastrofách, vplyvom úľaku a v konfliktových situáciách/.
 - c/ Špecifické reakcie v pubertálnych krízach zrenia /výraz tendencií úteku od sveta - 386/.
 - d/ Neurotické //439//.
2. Poruchy vigility:
 - a/ Pri normálnych, zvlášť snu podobných stavoch, v stavoch meditácie, pod vplyvom halucinogénnych drog.
 - b/ Pri epilepsii, mozgových organických poruchách, senzorickej deprivácii.

Depersonalizačné a derealizačné zážitky boli pozorované takmer u všetkých neurotických syndrómov /pri hysterických, obsedantných, depresívnych, schizoidných neurózach/, takže bola dôkladne diskutovaná otázka základného významu týchto fenoménov pre neurotický vývoj. S týmto problémom sa zaoberala hlavne pracovná skupina HORNAYOVEJ a FROMMA. „Odcudzenie sa sebe“ chápu ako protipól „sebarealizácie“. /185, 257, 258, 260/.

KAREN HORNEY /257/ bola toho názoru, že neurotické tendencie človeka vedú k odcudzeniu sa sebe. Násilie a neustála perpetuácia týchto neurotických tendencií (a tým aj zvyšujúce sa sebaodcudzenie) vykladá tým, že tieto tendencie majú dôležitú funkciu zisťovania. Za jadro vyvíjajúcej sa neurotickej štruktúry považuje - ako všetky psychoanalytické smery - úzkosť a pokus o obranu pred ňou.

Pri neurotickom vývoji sa obrana pred úzkosťou nepodarí úplne, a preto musia byť hľadané možnosti vyhýbania sa možným nebezpečenstvám v živote. Tieto možnosti vyhýbania sa nazýva „neurotickými tendenciami“. Neurotik sa mylne domnieva, že len prostredníctvom nich sa môže v živote osvedčiť, zatiaľ čo v skutočnosti sa odcudzuje samému sebe a zhoršuje si svoj vzťah ku svetu.

FROMM /185/ pripomína, že slovo „odcudzenie“ v rôznych rečiach sa pôvodne používalo na označenie duševnej choroby /„alienácia“, „aliéne“, „alienado“/. Porovnáva „absolútne sebaodcudzenú osobnosť“ psychotika a menej vyjadrené formy odcudzenia v súvislosti s neurotickými vývoji.

Ak vychádzame z psychopatologických skúseností, ktoré zhrnul J.E.MEYER /386/, a ktoré svedčia pre to, že všetko čo narušuje pomer medzi ja a vonkajším svetom môže vyvolať symptómy odcudzenia, potom aj každý neurotický

vývoj musí do istej miery obsahovať zážitky odcudzenia. Nálezy MAYER-GROSSA /1002a/ a LAUGHLINA /322/ potvrdzujú výskyt syndrómu u mnohých neuróz a psychóz. U mnohých pacientov zostanú klinické manifestácie nepovšimnuté.

Najdôležitejšie psychoanalytické skúsenosti S. FREUDA, SCHILDERA, NUNBERGA, FEDERNA a fenomenologické interpretácie /von GEBSATTEL, KIMURA/ možno nájsť v už zmiernenom synoptickom pojednaní /386 - J. E. MEYER/. S. FREUD - ak sa môžeme spoľahnúť na novo vydaný register k Freudovému súbornému dielu - sa zmienil o depersonalizácii len v liste ROMAIN ROLLANDOVÍ. Vychádzajúc z vlastného zážitku deformácie spomienky pojednáva hlavne o obrannej funkcii depersonalizácie a derealizácie. Podnety z vonkajšieho a vnútorného sveta, ktoré sa „ja“ javia ako nebezpečné musia byť v prežívaní „držané od tela“. Za protipól odcudzenia považuje klamný zážitok známosti, „fausse reconnaissance“. O vzťahu medzi vnútorným a vonkajším, medzi objektným vnímaním reality a subjektívnou predstavou, pojednal FREUD už dávno predtým v práci o „popretí“, pričom obrátil pozornosť na „odcudzenie medzi subjektným a objektným“ v rámci pochodu potlačenia.

SCHILDEROVA /1118a/ veľmi dôkladná „deskriptívne-psychologická analýza“ dovoľuje snád' výsledok charakterizovať tak, že podkladom zážitku depersonalizácie je „rozporné, nezjednotené“ vnímanie ja. Táto rozpornosť spočíva v samotnej tendencii vnímania. Nejaký hlboký afekt bráni jednotnému zameraniu celej osobnosti, alebo pozitívne to možno vyjadriť tak, že človek môže o to viac prežívať identitu a byť „samým sebou“, „čím viac bez zábran sa venuje /zuwenden/ predmetom“. //440//

NUNBERG /424/ našiel depersonalizačné symptómy pri narcistických a prenosových neurózach a vyslovil dohad, že depersonalizácia je v začiatku všetkých neuróz.

FEDERN /159a/ potvrdzuje ubikvitérny výskyt, podobne ako FENICHEL /164/ zaoberá sa však prevažne len problémami schizofrénie a jej začiatkami.

Aspekty porušenej komunikácie zdôraznil hlavne von GEBSATTEL /811/.

KUIPER /308/ zaradil depersonalizáciu a derealizáciu ako poruchy vedomia - ja ku hystérii, poukazuje však na to, že tieto poruchy sa vyskytujú aj pri obsedantnej neuróze. Opisuje potom tiež často pozorované zníženie intenzity prežívania a vyjadrenie emocionality. O ubikvitérnosti takýchto „výsledkov potlačenia“ s poruchami afektov a vedomia - ja síce KUIPER priamo nehovorí, predsa však z kontextu pri rozprave o ťažkostiach s dif. diagnostikou vyplýva, že ich považuje za ubikvitérne. Depersonalizačný syndróm môže prebiehať pod obrazom „začínajúcej schizofrénie, endogénnych a organických stavov a depresii“.

Súvislosť medzi fobickou úzkosťou /hysterické rysy/ a depersonalizáciou ukázal ROTH /386/. Opísal tiež skupinu mladých mužov, okolo 20 rokov, s vyslovene obsedantnými rysmi, u ktorých bol depersonalizačný syndróm často vážny a dlhotrvajúci.

Pretože zážitky odcudzenia sa vyskytujú ubikvitérne, nebolo by veľmi účelné diskutovať o tomto syndróme z hľadiska frekvencie výskytu, priebehových foriem a etiológie. Pri psychoterapeutickej liečbe sa môžu zážitky odcudzenia objaviť v súvislosti so silnými prenosovými zážitkami, niekedy môžu zosilňovať obranu alebo môžu byť príznakom regresívnych tendencií /1, 164, 322, 386, 424, 522, 786a/.

Náčrt rozpravy o klinike neuróz by som rád ukončil s prianím a nádejou, že klinický výskum neuróz dospeje k ucelenému empirickému základu pre terapiu. Začiatočná fáza vo vývoji vedy o patológii ľudského prežívania správania sa nezaobíde bez divergentných hypotéz a teórií, ktoré sú dôležité pre ďalší plodný vývoj.