

KOMPLIKOVANÁ ETIOLOGIE A PSYCHOTERAPIE JEDNOHO PSYCHOGENNÍHO KAŠLE – KAZUISTICKÁ STUDIE

kazuistika

Drahomír Balašík

Oddělení klinické psychologie
FNUSA, Brno

Kontaktní adresa:

PhDr. Drahomír Balašík
Oddělení klinické psychologie
FNUSA
Pekařská 53
656 91 Brno
e-mail: drahomir.balastik@fnusa.cz

SOUHRN

Balašík D. Komplikovaná etiologie a psychoterapie jednoho psychogenního kašle – kazuistická studie

Kazuistika demonstruje komplikovaný případ psychogenního kašle u dospělé ženy, rezistentního vůči medicínské terapii i dlouhodobé psychoterapii. Potvrdilo se tak zjištění z literatury, že důvody, proč kašel přetrvává, mohou být jiné než příčiny, na jejichž základě vznikl. V našem případě zřejmě vyplývaly terapeutické komplikace z dynamické a různorodé etiologie sledovaného kašle, osobnostní struktury pacientky a jejích komplexů. Nakonec se etiologicky nejvýznamnějším ukázal sekundární zisk z kašle. V našich podmínkách jej pak nebylo možno zvládnout individuální psychoterapií a rodinnou terapii pacientka odmítla. Potvrdilo se tak, že ne každý, kdo se přichází léčit, se chce i vyléčit. Domníváme se však, že nešlo jen o účelovou strategii, ale i o polovědomou ego obranu před stresy a komplexy, s cílem udržet si sebevěru a sebeúctu.

Klíčová slova: komplex, obrana ega, psychogenní kašel, psychoterapie psychogenního kašle, sekundární zisk.

SUMMARY

Balašík D. Complicated etiology and psychotherapy of one psychogenic cough – a case study

A case study demonstrates a complicated case of psychogenic cough in an adult woman resistant to medical therapy and long-term psychotherapy. Therefore, findings from literature were confirmed – the reasons why the cough persists might differ from its causes. In our case, therapeutic complications clearly arose from the etiology of the cough, the patient's personality structure and complexes. Secondary gain from the cough appeared to be etiologically the most significant. We were not able to deal with it by individual psychotherapy and the patient refused family therapy. Thus it was confirmed that not all patients who come for treatment want to be cured. We believe, however, that this was not only a calculated strategy, but also a partly conscious ego defence mechanism against stress and complexes to maintain self-confidence and self-respect.

Key words: complex, ego defence mechanisms, psychogenic cough, psychotherapy of psychogenic cough, secondary gain.

ÚVOD

Psychogenní kašel u dospělých je v literatuře málo popsanou poruchou jak z hlediska diagnostického, tak terapeutického. Níže demonstrujeme jeden takový případ vyznačující se komplikovanou etiologií a nakonec i neúspěšnou psychoterapií.

KAZUISTIKA

Pacientka 44 let, vdaná (2 děti), učitelka-elementaristka. Přišla na doporučení kolegy po neúspěšné psychoterapii svého kašle. Vedle toho byla od 6 do 8 let opakovaně hospitalizována pro záněty vulvy, v dospělosti prodělala operaci varixů dolních končetin a trpěla bolestmi zad (snad chondróza). Od 13 let klaustrofobie.

K NO: Asi 10 l. (od svých 34 l.) ambulantně vyšetřována (bez somatického nálezu) s dg. chronický kašel (R05), později psychogenní kašel při somatogenní vegetativní dysfunkci (F45.33). Léčena bez efektu. Obraz kašle (srov.¹): je neproduktivní, intenzivní (při delší řeči), občas bolestivý, vyskytuje se jen ve dne, o víkendech bývá mírnější, v tenzi a při únavě se zhoršuje; není úmyslný. Jeho frekvence od 1–2 zakašlání až po 1–2minutový záchvat končí spontánně, pokusy o volní ovládnutí většinou neúspěšné. Mírné zlepšení přináší někdy hluboký nádech, nebo napití vody. Vztah pacientky ke kašli indifferenční: tvrdí sice, že ho chce vyléčit, ale délka a neúspěšnost terapie jí nevadí.

„Zapomenuté“ kašle: Zpočátku tvrdila, že nikdo z rodiny nekašlal, ale v 6. sezení si vzpomněla na **kašel svého syna (!)**. Od narození trpěl astmatickými potížemi, včetně kašle, 1× byl hospitalizován a v 10. měsíci mu hrozilo umístění do kyslíkového stanu. Pacientku při jeho kašli často napadalo, že by „ráda kašlala za něho“, ale když o tom nyní mluví, objeví se chybný výrok: místo „chtěla jsem za něho kašlat“, řekne: „chtěla jsem na něho kašlat“, což vzápětí zděšeně popře. Synův kašel u ní tedy nevyvolával jen soucit, ale i agresivní stínové přání ho umlčet. V době, kdy měl syn 4 roky, přestal na rodinné rekreaci, neznámo proč, kašlat a současně **začala kašlat ona**. Svůj kašel s tím jeho však nespojovala a domnívala se, že je prostě nemocná. Zpočátku měla sice strach, aby se kašel synovi nevrátil (což se již nestalo), ale postupně na něj zapomněla.

K „zapomenutým“ ale patřil i její **vlastní infekční reflexní kašel** (vzpomněla si na něj až v 10. sezení), který trval od 4 do 6 l. a znovu se objevil při pneumonii v 10 l. a v 15 l.

K anamnéze

RA: Vyrůstala v disharmonické a deprivující rodině. **Otec** emulátor, dráždivý, neprojevoval kladné city, **matka** asertivní a tvrdohlavá, vůči dceři ale zpočátku přehnaně citlivá (viz níže). V 21 l. se pacientka vdala. **Manžel**, t. č. 46 l., dělník, zdravý. Manželství prý dobré, i když si city projevovali málo (nebyli na to z rodin zvyklí) a sexuální život nepříliš uspokojující (viz její gynekologické poruchy v dětství). Po 15letém soužití zahrozil manžel rozvodem, na což reagovala pacientka úzkostí, zhoršením kašle

a pocitem „životní prohry“ (tedy výkonovým debaklem). „Oporou“ jí byla dospívající dcera (!). Asi za půl roku mimomanželský vztah skončil a rodinná situace se „znormalizovala“. Ze vztahu **2 děti:** dcera, t. č. 21 l., nepříliš úspěšná studentka VŠ, bezproblémová a zmíněný syn, t. č. 14 l. Vedle zdravotních míval i výukové problémy a vyžadoval doučování. Po ukončení základní školy ale bude chodit, po intervencích pacientky, na soukromé gymnázium.

OA: pacientka byla „vymodleným“ jedináčkem a hyperprotektivní matka o ni pečovala „jako o panenku“ (dle pacientky). Např. nesměla jíst zmrzlinu, chodit bosá a musela se šetřit v tělocviku. Proces separace dcery ale uspěla: kvůli směnnému zaměstnání ji od 1. roku nechávala téměř denně u prarodičů a ve dvou letech ji dala do **mateřské školy**, kde byla ředitelkou teta dítěte. **Nejstarší vybavené zážitky** ale naznačují, že jí to neprospělo (např. si vybaví, že se jí děti v MŠ posmívaly a ona slibovala, že její teta vyhodí jednoho zlobivého kluka; asi ve 3.–4. r. byla na procházce s rodiči, a když zrychlili chůzi, měla strach, že jí utečou). V 1. tř. **základní školy** ji děti rovněž nerespektovaly a ona si jejich přízeň „kupovala“ různými dárečky a později tím, že je nechávala opisovat. Měla totiž výborný prospěch, protože byla poslušná a „šprtka“ (tak se sama hodnotí). Následně vystudovala, se stejným prospěchem, **střední pedagogickou školu** („nikdy jsem nešla do školy nepřipravená“, tvrdí). Žila však v trvalém strachu z event. prospěchového selhání (hodnotí: „neměla jsem bezstarostné dětství a mládí“). Po maturitě učila na mateřské škole a při práci vystudovala na **pedagogické fakultě** učitelství I. stupně. Chtěla být ředitelkou jako její teta („abych mohla komandovat děti a učitelky“, tvrdí se smíchem). Při studiu vysoké školy a **učitelské praxi** však poznala, že její ambice jsou nereálné. Mj. se snadno unaví, je nerozhodná, nejistá i v roli učitelky, nadměrně se bojí nejen nadřizených, ale i rodičů žáků.

Některé diagnostické techniky

Dotazník „Hodnocení deprese“: SDS index 49 (= hranice normy).²

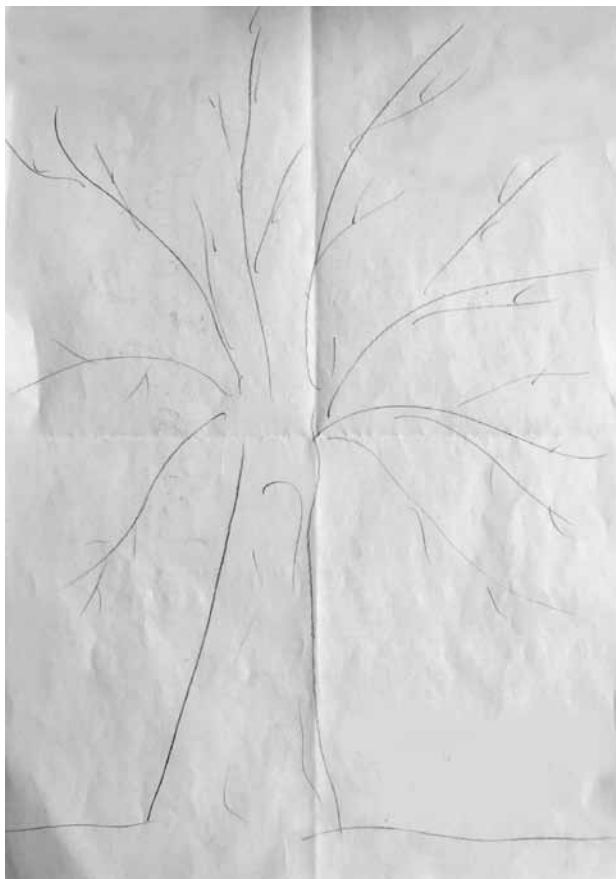
Kresby

Strom (obr. 1) naznačuje silné, ctižádostivé, ale simplexně strukturované ego s infantilními rysy, navenek emočně chudé. Naznačena i bazální nejistota, dlouhodobě frustrované a labilní sebevědomí (visí „ve vzduchu“, jak ukazují slabé a zprohýbané větve bez listů), až komplex méněcnosti.³

Můj kašel (obr. 2) znázorňuje primitivního hlavonožce, tmavé strašidlo, letící z horního pravého rohu do dolního levého rohu, a znázorňuje³ tedy regresivní směr individuality (od dospělosti k dětství, od aktivity k pasivitě). Převládající šerosvit a pohyb „hlavonožce“ náleží dle Rorschacha⁴ k infantilním reakcím, kdy se nezralé já nedokáže bránit úzkostí, a také problémy ve vztahu k autoritám a sexu.

Sny

Sny upozornily na pochybnosti pacientky o vlastní učitelské (i osobní) kompetenci, komunikačních schopnos-



Obr. 1. Kresba stromu (Baum test)

tech a „učitelské“ personě. Archetypický sen pak zahrozil zaplavením ego úzkostí vlivem mateřského archetypu.

DISKUSE

Do raného vývoje pacientky negativně zasáhla zmíněná předčasná separace od matky. Lze proto předpokládat nejistou vztahovou vazbu s ní a zpochybnění její role jako zdroje jistoty (viz také sen a „nejstarší zážitek“). Ego dítěte mělo proto potíže s integrací afektů,



Obr. 2. Kresba „Můj kašel“

zvláště úzkosti,⁵ což v průběhu dalšího vývoje nebylo dostatečně kompenzováno prarodiči, otcem, či kolektivem vrstevníků, ze kterého ji matka vydělovala svou přehnanou péčí. Výsledkem bylo narcistické zranění dítěte, s negativními důsledky pro rozvoj sebedůvěry a sebeúcty.⁶ Tím byly vytvořeny podmínky pro vznik komplexu rodičovského a méněcennosti (i s opačným pólem grandiozity – viz přání „komandovat“) a k přetrvávání infantilních ego obranných mechanismů.⁷ Šlo mj. hlavně o výkonovou formu obrany (především školním prospěchem), která kompenzovala komplexy a udržovala sebeúctu. Samotné ego však zůstávalo nezralé, psychastenické, labilní, se strachem z autorit i sklonem k subdepresivním potížím a úzkostnému prožívání (viz klaustrofobii) aj. Viz i kresbu „Můj kašel“ a některé sny a „nejstarší zážitky“. Ke konstelaci komplexů pak docházelo ve stresových situacích, které nemohla či nedovedla pacientka výkonově řešit, hlavně v dospělosti, při málo úspěšném studiu vysoké školy, problémech učitelské praxe a hrozbě rozvodu.

V této osobnostní konstelaci se u ní, po ukončení kašle jejího syna, objevil prokazatelně psychogenní kašel, a to psychosomatického typu.¹ Nejdříve jsme zvažovali **1) archaický přenos typu „participation mystique“**, kdy silný strach pacientky o syna, s nímž byla svým nevědomím identifikována,⁸ umožnil, stejně nevědomě, přijmout jeho kašel. Výsledkem pak bylo nejen téměř magické splnění jejího přání „kašlat za něho“, ale i kašel udržovat – jednak **strachem** („když přestanu kašlat já, začne zase on“), nebo **pocitem viny** za nevědomé přání syna umlčet (tedy kašel jako trest, nebo symbolické očišťování od vytěsňovaných stínových myšlenek). Dalším kauzálním motivem kašle mohl být jeho podvědomý model uložený v paměti pacientky jako **2) somatopsychický relikv** původně infekčního, reflexního kašle z dětství a dospívání. Po odeznění přenosového kašle se mohl ve stresových situacích znovu aktivovat. Posléze se ale ukázalo, že trápení spojené s kašlem přináší i **3) sekundární zisk**, který mohl kašel zpětně motivovat a stát se **psychosomatickým projevem** asertivity a obrany psychastenika před komplexy (hlavně před ztrátou sebeúcty). Přinášel např. ohledy a soucit okolí (při mužově nevěře tak mohl zachránit manželství), tlumil agresi okolí a umožňoval, alespoň symbolicky, projevit agresi vlastní („kašlat na něco, či někoho“). Při řečové indispozici (viz škola) přinášel „oddychový čas“ a jako „nevyčlelitelná nemoc“ mohl být i pro ni omluvou výkonového selhání v dalších oblastech (málo úspěšná školní kariéra, nevěra muže aj.). Postupně se pak mohl tento kašel stát návykovou reakcí na stresové situace vůbec.

Psychoterapie

Léčbu jsme začali symptomatickými **kognitivně-behaviorálními postupy**⁹ (neznali jsme ještě kauzální souvislosti). Šlo mj. o edukaci, učení specifickým technikám kontroly kašle, rozpoznávání spouštěčů kašle a nakonec nácvik hlasové hygieny. Vše končilo nácvikem autogenního tréninku.¹⁰ Bohužel, efekt to u naší pacientky nemělo, i když prý doma poctivě cvičila. Další terapeutickou volbou byla **hypnoterapie**.^{11,12} Ani zde se však efekt nedostavil. **Logo-**

terapeutickou techniku paradoxních intencí¹³ (při nichž by kašlala schválně a vědomě) jsme kvůli negativní zkušenosti zmíněného kolegy nezkoušeli.

Poté, co si pacientka vzpomněla na možné kauzální okolnosti vzniku kašle, pokusili jsme se pracovat **analyticky**. Probrali jsme přenos **participation mystique** a jeho přetrvávání v důsledku **strachu a pocitu viny** (viz výše). Pokus uvědomit si a přijmout svůj stín, a tak neutralizovat úzkost a motivaci kašlat, však nepřinesl efekt; bylo zřejmé, že tato motivace již vyhasla. Efekt neměla ani analýza kašle jako **somatopsychického reliktu** (objasnění jeho podstaty a funkce, zvládání stresových a komplexových tlaků a náhrada infantilní obrany dospělým řešením). Ukázalo se, že v době terapie byl již etiologicky významnějším psychosomatickým kašlem přinášející **sekundární zisk**. Ani zde však odkrývající terapie neměla efekt a kašel nadále přetrvával. Vzhledem k významu sociálních a zvláště rodinných problémů s kašlem spojených a neúspěšnosti **individuální terapie** navrhli jsme pacientce **terapii rodinnou**. Bohužel to prý její manžel odmítl a ona zase do toho „nechtěla zatahovat děti“. Za těchto okolností jsme po 2 letech **terapii ukončili** a pacientka souhlasila, že se naučí s kašlem žít. Koncipovali jsme pro ni variantu „cvičení desidentifikace“ dle psychosyntézy,¹⁴ které odděluje ego od léčené poruchy, od strachu z jejích následků a umožňuje nad ní získat kontrolu (z důvodu místa je zde neuvádíme).

Jak jsme uvedli výše, **vztah pacientky ke kašli** byl kvůli sekundárním ziskům převážně ambivalentní, ale postupně se pro ni stal návykovou formou řešení stresových situací, i když ne vždy zcela vědomou. Např. při náznaku zlepšení se u ní objevovalo „nachlazení“, které kašel opět zhoršilo. Susp. byla taky její reakce na neefektivní terapii,

na kterou si nikdy nestěžovala, téměř stále optimistické ladění, a taky to, že v ambulanci téměř nekašlala.

Katamnestická poznámka

Když jsme si u pacientky loni ověřovali, zda nadále nemá, stejně jako na začátku, námitky proti publikaci jejího případu, bez výhrad souhlasila. A navíc informovala, že kašel začala znovu léčit (!), tentokrát „přírodní medicínou“, a je ve fázi „očišťování“.

ZÁVĚR

Psychogenní kašel je léčitelný individuálními psychoterapeutickými technikami, naše kazuistika nicméně demonstrovuje, že někdy může být vůči nim rezistentní. U nás např. v důsledku komplikované etiologie a osobnostní struktury pacientky (psychastenie s komplexy). Zpočátku šlo o psychosomatický kašel přenosový, jehož motivace časem vyhasla a který byl dočasně nahrazen kašlem somatopsychické etiologie a poté motivačně významnějším kašlem psychosomatickým, přinášejícím **sekundární zisky**, který se stal postupně návykovým.

Kazuistika připomněla i známou zkušenost, že při léčbě poruch některých pacientů je třeba počítat, vedle etiologických a osobnostních faktorů, i se **zájmem (nezájmem) se vyléčit**.

Naše pacientka sice tvrdila, že se vyléčit chce, ale stačila jí vlastně jenom docházka na terapii (navíc neúspěšnou). Sekundární zisky i z takového „léčení“ byly zřejmě pro ni tak významné, že se jich nechtěla zbavit. Nešlo ale jen o účelovou strategii, ale i o polovědomou infantilní ego obranu před stresem a komplexy.

LITERATURA

- Mastrovich JD, Greenberger PA. Psychogenic cough in adults: a report of two cases and review of the literature. *Allergy Astma Proc* 2002; 23 (1): 27–33.
- Zung WWK, Durham NC. A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63–70. Posled. vyd. 1991. (Čes. překlad a korekt. prof. J. Horáček, Psychiatr. centrum Praha.)
- Altman Z. Test stromu příručka. 1. vyd. Praha: Pražská pedagogicko-psychologická poradna, s.r.o. 1998: 139.
- Říčan P, Šebek M, Ženatý J, Morávek S. Úvod do Rorschachovy metody. Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy 1981: 294.
- Zimmermann P. Bindungsentwicklung im Lebenslauf. In: Hasselhorn M, Schneider W (Hrsg.). *Handbuch der Entwicklungspsychologie. Handbuch der Psychologie*, Bd 7. Göttingen: Hogrefe 2007: 326–335.
- Röhr H-P. Nedostatečný pocit vlastní hodnoty. Praha: Portál 2013: 176.
- Kastová V. Dynamika symbolů: Základy jungovské psychoterapie. Praha: Portál 2000: 206.
- Jung CG. Svědomí z psychologického hlediska. In: Jung CG. *Výbor z díla IX. Člověk a kultura*. Brno: Nakladatelství T. Janečka 2012: 111–144.
- Vertigan AE, Theodoros DG, Gibbon PG, Winkworth AL. Review series: Chronic cough: behavior modification therapies for chronic cough. *Chron Respir Dis* 2007; 4 (2): 89–97.
- Hašto J. Autogenný trénink. 3. vyd. Trenčín: Vydavatelstvo F 2013: 67.
- Karpova OI. Reflex cough: etiology, clinical features, diagnosis, and treatment. *Vestn Otorinolaringol* 2009; 4: 27–30.
- Kratochvíl S. Klinická hypnóza. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing 2001: 326.
- Balcar K. Psychoterapie úzkostných poruch z pohledu logoterapie. In: Vymětal J et al. *Speciální psychoterapie (úzkost a strach)*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství – J. Kocourek 2000: 200–238.
- Rainwater J. You're in Charge: A Guide to Becoming Your Own Therapist. Marina del Rey: DeVorss & Comp 1989: 221.