

Frustrné klinické formy

I. André

Súhrn

V klinickej praxi sú stále častejšie stavy s málo charakteristickým klinickým obrazom, kde nie je možné jednoznačnejšie stanovenie diagnózy. Autor predstavuje niektoré koncepty, ktoré sa snažili tento problém v minulosti riešiť. Vysvetľuje pojem frustrných klinických foriem, ako aj jeho význam pre súčasnú prax. Pojem sa ukazuje ako výhodný, vystihujúci podstatu problému (lit. 11) (Psychiatria, 9, 2002, č. 2).

Kľúčové slová: hraničná porucha, frustrná klinická forma, osová dispozícia

V ostatných desaťročiach pozorujeme pokles výskytu typických a charakteristických duševných porúch. Stále častejšie sú obrazy s nivelizovaným obrazom, vzrastá somatizácia – teda klinické obrazy s telesnými príznakmi v popredí. Pozoruje sa tendencia ku chronifikácii. Na báze menej prístupných biologicko-procesuálnych aspektov sa ľahko uplatňuje moment psychodynamického vývoja, často sa potom stráca možnosť jednoznačnejšej identifikácie poruchy.

V tradičnej literatúre sa zaužíval pojem tzv. okrajových foriem (Randformen) schizofrenických a afektívnych psychóz, ktorý predstavoval menej vyjadrené a miernejšie klinické obrazy. Dobré služby pre prax stále poskytuje pojem maskovanej, resp. larvovanej depresie.

Od začiatku 20. storočia sa vyvíjal koncept hraničnej poruchy. Tento bol v minulosti a je aj dodnes úzko previazaný s psychoanalýzou. Rohde-Dachser (1995) uvádza, že termín „borderline pacient“ použil prvýkrát Freud v r. 1925. Išlo o pacientov, u ktorých sa nezistili znaky jasne štruktúrovanej neurózy a súčasne nebol jasne vyformovaný psychotický obraz. Nebolo možné u nich realizovať klasickú psychoanalýzu. V neskoršom období analytici striktne odlišovali borderline syndróm ako samostatnú nozologickú entitu – čiže chorobný stav sui generis od chápania pojmu ako kontinúny stavov od normality až po psychotický stav (ambulatória, latentná, pseudoneurotická schizofrénia).

Práce Spitzera a spol. (1979) prispeli k tomu, že v súčasných klasifikačných systémoch sa uplatňujú obe chápania (borderline schizofrénia a borderline porucha osobnosti). Uvedení autori odlišné chápania a použitia pojmu operacionalizovali a štatisticky odlišili.

Podľa Bolelouckého a spol. (1993) ani napriek tomu nastala jednota, či poriadok v užívaní pojmu.

Uvedenie DSM III. v 80-tych rokoch (1987) so svojimi operacionálnymi kritériami prinieslo väčšie možnosti pre jemnejšiu diferenciáciu afektívnych porúch. Angst a Ernst (1993) uvádzajú, že bolo možné zahrnúť aj tzv. podprahové syndrómy, čím možno lepšie vystihnúť reálnu situáciu v populácii. Do podprahových, resp. subsyndromálnych afektívnych porúch sa zaradili kategórie ako dystýmna porucha,

malá depresívna porucha a krátka rekurentná depresívna porucha.

Rozpoznávanie a identifikácia priebehových charakteristík tzv. frustrných klinických foriem je aj v dnešnej dobe v centre záujmu klinickej psychopatológie. Pozornosť sa začala upriamovať na jemnú psychopatologickú analýzu diskretnej symptomatológie po odoznení akútneho schizofrenického šubu. Z témy okrajovej sa v nedávnej minulosti stala téma jadrová a kľúčová.

Hoci v ére operacionalistických diagnostických systémov nadobudli K. Schneiderove symptómy prvého rádu väčší význam ako E. Bleulerove základné príznaky, podľa Marnerosa a Andreasenovej (1992) sa skoro ukázalo, že blud a halucinácia nemusia byť výlučne diagnosticky najrelevantnejšie symptómy. Môžu byť nimi ale iné príznaky, ktoré nesú rozličné názvy, ale vystihujú v podstate to isté: negatívne, deficitné, mínusové, bazálne, aproduktívne príznaky. Aj keď dlhodobé štúdie poukazujú na to, že pri schizofrenickom procese ide v zásade o bimorfný priebeh (pozitívny aj negatívny), možno povedať, že negatívne príznaky sa prezentujú ako stabilnejšie a trvalejšie. V príbuzenstve pacientov s negatívnou symptomatológiou je častejší výskyt schizofrénie ako u pacientov s pozitívnym obrazom.

Huber (1994) opisuje necharakteristické prodrómy, ktoré často predchádzajú prvej, charakteristickej schizofrenickej epizóde. Prodrómy môžu trvať dlho, od dvoch mesiacov až do 35 rokov, priemerne 3,2 roka. Symptomatologicky prevládajú pseudoneurastické, coenestetické a depresívne syndrómy s vegetatívnym alebo bez vegetatívneho komponentu. Po odoznení charakteristickej produktívnej manifestácie sa klinický obraz v zásade mení opäť k necharakteristickému stavu, podobnému pred vypuknutím psychózy. A práve tieto necharakteristické stavy označuje Huber pojmom „bazálne štádia“. Prechodné, pre diagnózu schizofrénie relevantné symptómy, ako napr. symptómy I. rádu možno chápať ako nadstavbu „antropologickej matrix“ cez substrátu blízke bazálne symptómy, ktoré sú svojou štruktúrou analogické k organickej symptomatológii. „Bazálne štádia“ nie sú špecifické, teda pre schizofrenický proces charakteristické, ale ich skúmanie a jemná fenomenológia má z hľadiska včasnej diagnostiky veľký význam. Huber sa domnieva, že samotným substrátom sú geneticky determinované neurobiochemické odchýlky, ktoré vedú v neurofyziologickej oblasti k poruche spracovania informácií.

Ďalším východiskom je Bernerova koncepcia osových syndrémov (1995). Pri ich zostavovaní vyšiel Berner z poňatia E. Bleulera o primárnych a sekundárnych symptómoch schizofrénie. Tie prvé sú výrazom primárnej biologickej poruchy, druhé predstavujú reakciu na primárne prejavy. A keďže hlavnou charakteristikou primárnej, biologickej poruchy je disociácia, viedli predovšetkým kognitívne deficity ku konštituovaniu schizofrenickej osovej symptomatológie. Zznaky tzv. dynamickej nestálosti zase poukazujú na dynamickú primárnu poruchu. Jej vyjadrením je cyklotýmny osový syndróm. Tvoria ho časovo ohraničené zmeny telesného a psychického komfortu, vnútorných popudov, ako aj ohraničené zmeny biorytmov prejavujúce sa v dennom kolísaní psychického stavu. Podobne Berner vyčleňuje aj organický osový syndróm.

Predložené východiská sú základom klinicko-patogenetického poňatia diagnostického procesu, pri ktorom ide o to, že sa kombinujú syndrómy, autonómne klinicko-patogenetické štruktúry, z ktorých bazálna alebo osová, ktorá je dispozičná, môže byť skrytá a klinický obraz ovládajú symptómy sekundárneho syndrómu. Keď má napríklad paranoidný obraz charakter reaktívneho vývoja, sú prítomné mechanizmy reaktívneho vývoja, ktorý však môže vzniknúť na subklinickej schizofrenickej alebo organickej dispozičnej báze. Vývoj a proces sa v zmysle Jaspersovej koncepcie kombinujú (Fleischer, 1998).

Touto stratégiou bolo možné napr. poňať aj niektoré stavy v klinickej praxi veľmi zriedkavé, ale z teoretického hľadiska veľmi dôležité, tzv. monosymptomatické psychózy, čiže poruchy s bludom (André, 1998). Pod týmito stavmi nerozumieme ustálenú nozologickú alebo diagnostickú skupinu, sú to chorobné stavy, ktorých spoločným menovateľom je najčastejšie vzťah ku skrytej osovej dispozičii. Prakticky pri všetkých monosymptomatických stavoch sa dá uvažovať aj o psychogénnom pôvode, ale po dôkladnej analýze je možné pochybovať, že by mali psychické podnety rozhodujúci význam. Ide o stavy, kde je vo veľkej miere zúčastnený moment psychodynamického vývoja, na báze menej prístupných biologicko-procesuálnych aspektov. Možno hovoriť o frustnej klinickej forme psychotického charakteru, kde je frustnou veličinou dispozičia, nie sama manifestácia poruchy. Tá môže mať veľmi pestrý a nápadný charakter.

Inou situáciou môžu byť niektoré stavy pozorované u abstínujúcich alkoholikov (André, 2000). Na základe pozorovanej hypodynamie a zníženej vitality vzniklo prirovnanie k defektovým psychopatologickým obrazom, aké vidieť pri zásadne iných klinických obrazoch. Ide taktiež o frustnú klinickú formu, s nejasnou dispozičiou a nenápadnou nepychotickou manifestáciou. Stav môže mať ale klinický význam, mnohí začnú znovu piť z toho dôvodu, aby nadobudli stratenú „životnú šľavu“.

Záver

Frustné klinické formy sú klinickou realitou, v bežnej praxi nie zriedkavou. Ide o skupinu stavov, kde často dochádza k diagnostickým rozpakom, zmenám diagnostických záverov,

ako aj terapeutických postupov. Jedná sa o heterogénnu skupinu stavov, s nešpecifickým a necharakteristickým obrazom, s rozmanitou klinickou manifestáciou. Stavy môžu mať nepychotický charakter (napr. hraničné stavy, pseudoneurotické poruchy), ale aj psychotickú kvalitu (napr. monosymptomatická psychóza). Ohraničenie týchto porúch voči iným, jasne vyformovaným poruchám nie je ostré. Ich spoločným menovateľom je frustná dispozičia, ktorá nie je v danom čase jednoznačne identifikovateľná.

Diagnostická úvaha o frustnej dispozičii má však praktický význam. Má viesť k dispenzarizácii pacienta, pretože z podstaty takejto poruchy vyplýva, že v priebehu času sa môže chorobný proces demaskovať v zmysle ustálenej nozologickej jednotky. Zaradenie stavu do tejto kategórie má dôsledky nielen pre terapeutickú prax, ale môže byť dôležitá aj napr. z posudkových účelov.

Literatúra

1. **Angst J., Ernst C.:** Current concepts of the classification of affective disorders. *Int. Clinical Psychopharmacology*, 8, (4), 1993, s. 211-215.
2. **André I.:** Psychopatologické aspekty diagnostického procesu v psychiatrii. Dizertačná práca. LFUK Bratislava, 1998, 75 s.
3. **André I.:** Stav imponujúci ako defekt u abstínujúcich alkoholikov. *Psychiatria*, 7, 2000, č. 1.
4. **Berner P.:** Diagnosen - versus syndrombezogene Forschung. In: Schneider F. et al. (Hrsg.): *Perspektiven der Psychiatrie, Forschung-Diagnostik-Therapie*. Stuttgart, Jena, New York, G. Fischer Verlag 1995, 246 s.
5. **Boleloucký Z., Plevová J., Smulevič A.:** Hraniční stavy v psychiatrii. Grada Avicenum, Praha 1993, 232 s.
6. **DSM-III.** Diagnostický a statistický manuál duševných poruch Americké psychiatrické spoločnosti. Praha, VÚP 1987, 332 s.
7. **Fleischer J.:** Klinicko-psychopatologické problémy. Psychiatrická klinika LFUK a FN, 1998, 108 s.
8. **Huber G.:** Psychiatrie. 5. Aufl. Stuttgart, New York, Schattauer Verlag 1994, 776 s.
9. **Marneros M., Andreasen N.C.:** Positive und Negative Symptomatik der Schizophrenie. *Nervenarzt*, 63, 1992, s. 262-270.
10. **Rohde-Dachser Ch.:** Das Borderline-Syndrom. Bern, Hans Huber Verlag 1995, 267 s.
11. **Spitzer R.L., Endicott J., Gibbon M.:** Crossing the Border into Borderline Personality and Borderline Schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.*, 36, 1979, č. 1, s. 17-24.

Do redakcie došlo 21.3.2002.