

# Povijest psihosomatske medicine i suvremene klasifikacije

**Rudolf Gregurek, Marijana Braš**

Klinika za psihološku medicinu, KBC Zagreb

**SAŽETAK** Tijelo i psiha, u dugoj povijesti medicine, bili su nerazdvojivo povezani. Tek u novije vrijeme, „znanstvenim“ pristupom u medicini, u središte zanimanja stavljeno je tjelesno dok se psihološka sastavnica bolesti zanemaruje. Freudova teorija psihe duboko je ukorijenjena u biološki pogled na čovjeka kao derivat znanstvenoga pristupa s kraja XIX. stoljeća. Već su početkom XIX. st. Coleridge i Heinroth koristili pojam „psihosomatski“, ali tek u radovima analitičara kao što su Franz Alexander i Helen Flanders Dunbar on postaje osnovnim pojmom medicine. Rani psihosomatičari vjerovali su da bolest nastaje kao proizvod posebnih emocionalnih sukoba ili karaktera osobnosti. Ovakav, pojednostavljen pristup psihosomatskoj medicini polako se napušta u sve sofisticiranijem izučavanju i razumijevanju psihologije i fiziologije odnosa psihe i tijela. Isto tako, izučavanja odnosa stresa i bolesti ukazala su na mnoštvo fizioloških promjena u tijelu pod utjecajem psihosocijalnih čimbenika. Suvremeno shvaćanje psihosomatskoga vodi računa o interakciji fizičkog i psihičkog kod svih poremećaja i bolesti

**KLJUČNE RIJEČI** neuroznanosti; povijest psihoanalize; psihosomatska medicina

Oduvijek se kroz povijest medicine na tjelesno i psihičko gledalo s jedinstvenog aspekta i još je Sokrat (470.–300. g. pr. n. e.) tvrdio da se ne može izliječiti tijelo ako se ne liječi duša. No, tijekom sedamnaestog stoljeća ovakav pristup izgubio je svoju dominaciju prvenstveno pod utjecajem teorijskog pristupa Renéa Descartesa koji je ustvrdio da su psiha (um) i tijelo potpuno odvojeni entiteti, sastavljeni od različitih supstanci i podložni različitim pravilima i zakonitostima. On se zalagao i za različite metode istraživanja ovih dvaju odvojenih supstrata, pri čemu je tijelo, kao materijalni objekt, podložno znanstvenom istraživanju, a psiha (um), objekt „više“ vrijednosti, može jedino biti istraživana introspekcijom.<sup>1</sup>

Descartes, izrazito kršćanski orijentiran, zalagao se za poseban status čovjeka u univerzumu, a razdvajanjem psihe i tijela osigurao je ljudskoj vrsti fundamentalnu poziciju i razliku od ostalih životinjskih vrsti. Ovakav dualistički pristup u znanosti osigurao nam je uvjerenje o mogućnosti apsolutne objektivnosti u istraživanju tjelesnih fenomena, ali i ostavio aspekt psihološkog izvan ovih znanstvenih okvira.<sup>2</sup>

Krajem XVIII. st. Johann Christian August Heinroth (1773.–1843.) uvodi pojam psihosomatski, a kasnije i somatopsihički, ukazujući na značaj povezivanja tjelesnog i psihičkog u bolesti.<sup>3</sup> No, povijest psihosomatike ne bilježi značajnijih pomaka do vremena pojave psihoanalize Sigmunda Freuda. Iako sam Freud nije nikada upotrijebio pojam psihosomatska medicina, njegov doprinos je bio značajan iskorak i prvi konzistentan koncept povezivanja psihološkog i tjelesnog u

nastanku bolesti.<sup>4</sup> Freudova zadivljenost otkrićem snova i nesvjesnog nije mu više dozvolila povratak njegovim počecima u organskoj medicini – neurologiji. Takva njegova orijentacija prenijela se i na krug bečkih psihoanalitičara, dok je nasuprot tome budimpeštanska škola okupljena oko Sandora Ferenczija (1873.–1933.) stvorila pogodnu klimu za razvoj psihosomatike, posebice potaknuta Ferenczijevim konceptom o povezanosti konverzivnih simptoma s autonomnim živčanim sustavom. Nekoliko Ferenczijevih učenika, Franz Alexander, Michael Balint, djelomično ili u potpunosti su se bavili psihosomatikom. Međutim, najznačajniji utjecaj na Ferenczija ostavio je njegov prijatelj i obiteljski liječnik Georg Groddeck (1866.–1934.) koji se može smatrati utemeljiteljem psihosomatske medicine. Groddeck je primjer ortodoksnog pobornika holističkog pristupa u medicini i on je smatrao da se duševne i tjelesne bolesti ne mogu promatrati odvojeno već da se radi o istom morbidnom procesu u Idu, koji koristi jedan (tjelesni) ili drugi (psihički) put da se simbolički izrazi, pri čemu svaka bolest nosi poruku, a o sposobnosti liječnika ovisi hoće li tu poruku razumjeti i prevesti te na taj način izliječiti bolest.<sup>5</sup>

**Franz Alexander (1891.–1964.)**, učenik Sandora Ferenczija i Karla Abrahama, osnivač je psihoanalitičkog instituta u Chicagu, kao i istoimene psihosomatske škole u kojoj mu u razradi njegovih ideja o specifičnom konfliktu pomažu R. R. Grinker, G.H. Pollock i T. M. French. Koristeći teorijske koncepte Waltera B. Cannon (1871.–1945.) o fiziološkim reakcijama životinja pri suočavanju s opasnosti (teoriji borbe i bijega)<sup>6</sup> i prouča-

vanjem koncepta Hansa Selyea<sup>7</sup> o općem adaptacijskom sustavu, on je smatrao da psihosomatska bolest nastaje kroničnim vegetativnim podražajem koji se preko kroničnog psihosomatskog poremećaja pretvara u poremećaj u organskim sustavima, odnosno u psihosomatsku bolest. Alexander smatra da u pozadini svakog psihosomatskog oboljenja postoji specifični konflikt.<sup>8</sup>

Alexander je prilično shematizirao nastanak psihosomatskih bolesti koristeći Adlerovo učenje o manjoj vrijednosti organa. On polazi od biološke bespomoćnosti djeteta i njegovog osjećaja zavisti koji se može razriješiti na dva načina: ili aktivacijom parasimpatikusa i posljedično stvaranjem gastroduodenalnog ulkusa, kolitisa, astme, ili pak prerastanjem tog osjećaja zavisti u osjećaj manje vrijednosti i pokušaj narcističkog protesta da se kroz proces hiperkompenzacije i kompetitivne agresivnosti aktivira simpatikus što u konačnici može rezultirati hipertenzijom, artritismom, hipertireozom, dijabetesom.

**Helen Flanders Dunbar (1902.–1959.)** jedna je od osnivača američkog psihosomatskog udruženja (1942.) i časopisa *Psychosomatic Medicine*, a od 1941. do 1949. bila je direktorica Instituta za psihoanalizu Sveučilišta u New Yorku (*The New York Psychoanalytic Institute*). U svojim radovima izložila je koncept o profilima ličnosti, pri čemu ona smatra da psihološka struktura određuje to da osoba može oboljeti od određene psihosomatske bolesti kad se nađe u stresnoj situaciji. Tako je ona pomno opisala koronarnu, ulkusnu, dijabetičnu i traumatofilnu ličnost, a danas, poslije skoro sedam desetljeća, ostao je aktualan još samo koronarni tip ličnosti koji je karakteriziran urednošću, točnošću, tvrdoglavošću, radošću, nesposobnošću da se obuzda stalno prisutna i prenaplašena želja za natjecanjem.<sup>9</sup>

**Hans Selye (1907.–1982.)** je kanadski endokrinolog mađarskog podrijetla koji je 30-ih godina prošlog stoljeća došao do epohalnog otkrića da organizam eksperimentalnih životinja na svaki štetni agens reagira istim patoanatomskim odgovorom, odnosno hipertrofijom nadbubrežne žlijezde, atrofijom timusa i stvaranjem ulkusa na želucu. U prvoj verziji Selyeova teorije stresa glasi: stres je nespecifičan odgovor organizma na svaki štetni agens, a stresor je svaki agens koji organizam ugrožava biološki (a kasnije je dodao i psihički i socijalno), a organizam odgovara na podražaj kroz tri faze – fazu alarma (koja se odlikuje brzom reakcijom organizma po adrenergičnom tipu), fazu otpora (koja je karakterizirana aktivnošću parasimpatikusa) i na kraju kroz fazu iscrpljenja. Ove tri faze čine opći sindrom adaptacije (GAS – *general adaptation syndrom*) pri čemu se bolesti uglavnom razvijaju tijekom druge faze.<sup>7</sup>

**Francuska psihosomatska škola (Marty, de M' Uzan, McDougall).** Pariška grupa psihoanalitičara (P. Marty, de M' Uzan, 1963.) objavila je rad u kojem su ustvrdili da mentalno funkcioniranje psihosomatskih bolesnika ima neke posebnosti i da se ono razlikuje od neurotičnih bolesnika, pri čemu psihosomatski simptom nije odraz fantazije, naprotiv, on je znak nespo- sobnosti da se konflikt obradi na mentalnoj razini te

da je pojava aktiviranja fantazija znak izlječenja ovih bolesnika.<sup>10</sup> Ovaj tip mišljenja nazvali su „operativno mišljenje“ („*la pensee operate*“) želeći time naglasiti pragmatički pristup problemima, pribjegavanje konformističkim rješenjima uobičajenim u određenoj sredini, bez originalnosti, fantazije i imaginacije. Osobe s ovakvim karakteristikama, prema ovim autorima, nisu pogodne za psihoanalitičko liječenje jer nisu u stanju ostvariti transferni odnos, a konflikt se ne obrađuje kroz fantazam, imaginaciju ili kroz simboličko predstavljanje nego se nagona (instinktivna) energija svom snagom, putem vegetativnog sustava, usmjerava na unutrašnje organe te tijekom vremena dolazi i do funkcionalnih promjena na unutrašnjim organima i posljedično do psihosomatskih bolesti.

Pariška psihoanalitičarka Yoyce McDougall formulirala je tvrdnju da preplavljujuće traumatsko iskustvo može direktno rezultirati s tjelesnim simptomima bez značajnih ranijih traumatskih iskustava i njihova simboličkog značaja.<sup>11</sup> Ona je ustvrdila da uznemirujuća iskustva pobuđuju osjećaje koji nisu prepoznati na simbolički način (odnosno bez mogućnosti verbalizacije) i bez odlaganja se prenose na tijelo, na primitivan preverbalni način kao što je reakcija borbe ili bijega, odnosno rezultirajući fiziološkom dezorganizacijom i tjelesnim simptomima.

**Aleksitimija (Bostonska grupa).** Termin aleksitimije (grč: *a* znači nedostatak, *lexis* je riječ, a *thymos* osjećaj) definirao je 1972. Peter Sifneos, psihijatar s Harvarda. Aleksitimija je stanje u kojem osoba ima problem s razlikovanjem pojedinačnih emocija, kao i s razlikama između emocija i tjelesnih osjeta. Takvim osobama nedostaju riječi za osjećaje. Štoviše, čini se da im općenito nedostaju i osjećaji, premda to zapravo može biti posljedica njihove nemogućnosti da izraze emocije, a ne potpunoga izostanka emocija.<sup>12</sup>

Postoje različite koncepcije o porijeklu aleksitimije. Jedna grupa istraživača tvrdi da je aleksitimija uzrokovana strukturnim prekidom veza između hemisfera, druga misli da je uzrok u funkcionalnom prekidu između lijeve i desne hemisfere pri čemu lijeva hemisfera preuzima dominantnu ulogu, a ona je odgovorna za konkretno mišljenje. Treća grupa uzroke aleksitimije pronalazi u poremećajima u najranijem djetinjstvu u odnosu majkadijete koji vode nemogućnosti doživljavanja osjećaja te okretanju vanjskoj realnosti.

**Neuroznanstveni pristup (Joseph LeDoux).** Joseph LeDoux temeljem neuroznanstvenih istraživanja potvrdio je psihoanalitičke koncepte Y. McDougalla i pronašao njihovu neuronsku analogiju u, na neki način, disocijaciji u neuronskim strukturama i funkcijama. U osnovi, na životinjskim eksperimentalnim modelima pronašao je dva odvojena neuronska puta reakcije na stresni događaj i otkrio da u nekim stresnim situacijama korteks eksperimentalne životinje nije uključen u fiziološki odgovor na ustrašujuć podražaj. Ovo otkriće pokazalo je da vegetativna reakcija na stresni podražaj može proći i kada životinja nije svjesna razloga svoje pobuđenosti, odnosno, ovo otkriće ukazalo je na to da

je uloga svijesti u emocionalnom životu manje važna nego što se to prije mislilo i da osoba ne mora uvijek i razumjeti zašto se plaši da bi bila uplašena.

Prema LeDouxu „u obradi podataka u realnom vremenu amigdala prima unos i iz talamusa i iz korteksa, i jedan ili oba sustava su osnova emocionalnog učenja. Međutim, budući da osjetna informacija dolazi u amigdale iz talamusa prije nego iz korteksa, talamički unosi imaju mogućnost da direktno utječu na odgovor amigdala na kortikalni unos“ (1992.).<sup>13</sup> Drugim riječima, početni, izravniji unos iz sustava niže razine može utjecati na amigdale tako da odbija „slušati“ neokortikalne razloge. Percepcija može biti kompromitirana činjenicom da je ono što je dostupno svjesnom kontrolirano i ograničeno utjecajem amigdala.

Općenito, opažanje svoj afektivni ton dobija u amigdalama i drugim subneokortikalnim jezgrama, evolucijski primitivnom dijelu mozga sisavaca preko kojeg aferentna i eferentna opažanja „održavaju ravnotežu između unutarnjeg svijeta i izvanjske stvarnosti“ (van der Kolk, 1996.).<sup>14</sup> Ta opažanja koordiniraju se potom s općenitijim iskustvom kroz integraciju preko hipokampus do neokorteksa. Hipokampus ima ključnu ulogu u kodiranju i organizaciji kratkoročnog pamćenja, dok odgovarajuće regije u neokorteksu na kraju integriraju i pohranjuju dugoročno pamćenje.

Amigdala prima percepcijski unos podataka iz barem dva opća izvora:

- iz talamusa – direktna stanica na putu iz organa osjeta putem talamo-amigdalnih projekcija
- iz cerebralnog korteksa putem talamo-kortikalno-amigdalnih projekcija.

Prvi osigurava općenite reprezentacije i brzo stiže do amigdala, dok drugi osigurava detaljnu informaciju o stimulusu, no do amigdala stiže sporije zbog dodatnog obrađivanja podataka na kortikalnoj razini.<sup>15</sup> Zbog

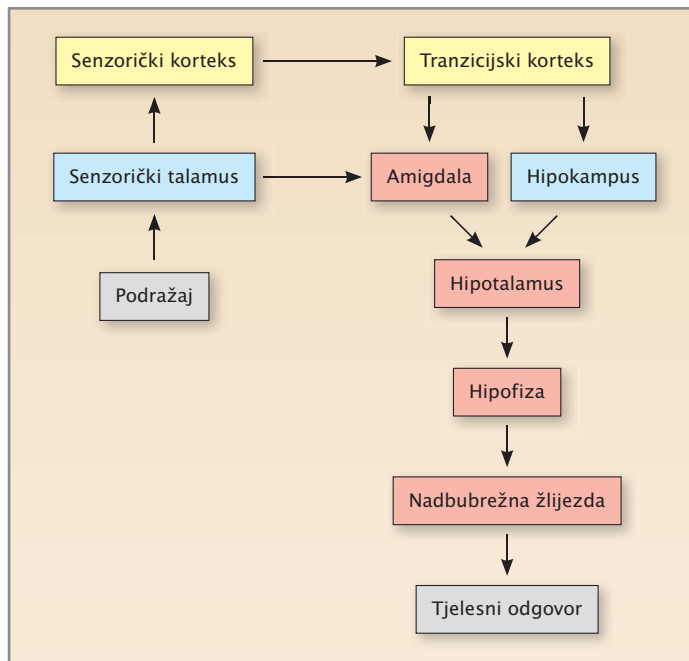
ovih aferentnih projekcija prema amigdalama i zbog njihove primitivne i bazične pozicije u mozgu sisavaca, neke percepcije stižu u amigdale neuroanatomski i neurofiziološki prije nego je percepcija stigla postati misao. Tako će, u nekim okolnostima, netko reagirati na percepciju prije nego registrira na što reagira. LeDoux piše: „Talamički unosi podataka na taj način mogu biti korisni za stvaranje brzih odgovora na bazi ograničene informacije o stimulusu, dok se od kortikalnih unosa podataka zahtijeva da razluče između stimulusa“ (1996.).<sup>16</sup> U nekim okolnostima neobrađenije percepcije dostići će amigdale nižim putem i bit će nabijene afektom bez informacija iz asocijativnog neokortikalnog unosa podataka (slika 1).

Ovaj teorijski i eksperimentalni koncept ukazuje na neurofiziološku „disocijaciju“ ili mentalno „zaobilaznje“ koje objašnjava povišenu razinu fiziološke pobuđenosti organizma pri čemu ne postoji svjesno objašnjenje takvog osjećaja. Osobe s ovakvom strukturom osobnosti reagiraju na stresni podražaj koji reaktiviran ranijim traumatskim iskustvima rezultira tjelesnim senzacijama uz nepostojanje svjesne spoznaje o samom događaju. B. A. van der Kolk<sup>14</sup> ovo je nazvao zaobilaznjem uma (*bypass the mind*) pri čemu tijekom ranog psihološkog razvoja djeteta na stresni podražaj dominira direktni put rasterećenja putem tijela, a tek kasnije, kroz interakciju s majkom, razvija se proces mentalizacije ili viši put koji uključuje više kortikalnih centara koji u sebi uključuju iskustva i memoriju. U slučaju nesposobnosti integriranja ovih dvaju neuronskih putova, što može biti posljedica genetske predispozicije ili učestalih frustracija tijekom razdoblja strukturiranja ovih putova (ranog djetinjstva), može doći do pojave psihosomatske bolesti.

#### SUVREMENE KLASIFIKACIJE PSIHOSOMATSKIH BOLESTI

Danas su u uporabi ravnopravno dvije klasifikacije bolesti. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, 10. revizija (MKB-10)<sup>17</sup> Svjetske zdravstvene organizacije, koja se u biti odrekla termina „psihosomatski“, ove bolesti svrstane su u kategoriju „Psihološki i bihevioralni čimbenici u vezi s drugim svrstanim poremećajem ili bolesti“ (F54.) Dijagnostički kriteriji za psihosomatske bolesti prema MKB-u10 ističu da bi ovu kategoriju trebalo upotrijebiti da bi se zabilježila prisutnost psiholoških i bihevioralnih utjecaja za koje se smatra da imaju glavnu ulogu u etiologiji tjelesnih poremećaja, a koje se mogu svrstati i u ostale dijagnostičke kategorije. Duševne smetnje koje se javljaju kao rezultat obično su blage i često dužeg trajanja. U ovu kategoriju mogu se svrstati: astma (F54 i J45), dermatitis (F54 i L23-25), čir na želucu (F54 i K25), mukozni kolitis (F54 i K58), ulcerativni kolitis (F54 i K51), urtikarija (F54 i L50). Međunarodna klasifikacija bolesti (10. revizija) dozvoljava kodiranje psihosomatskog poremećaja s dva paralelna koda: jedan kao mentalno, a drugi kao fizičko oboljenje, koje je u vezi s prvim (na primjer, gastrični ulkus se može kodirati s K25 kao fizički poremećaj, a

SLIKA 1. Sustav emocije straha i obrane





s F54 kao mentalni poremećaj).

Prvo izdanje američkog Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-I, 1952.) uključilo je koncept psihosomatske medicine pod terminom „psihosomatski poremećaj“. Drugo izdanje (DSM-II, 1968.) odredilo je ove poremećaje kao „psihofiziološki autonomni i visceralni poremećaji“. Ovi su termini u kasnijim izdanjima istog priručnika (DSM-III, 1980; DSM-III-R, 1987. i DSM-IV, 1994.) izbrisani i zamijenjeni novim, koji glasi „psihički faktori koji utječu na fizička oboljenja“. U skladu s tim, psihosomatski poremećaji se kodiraju kao fizička oboljenja. Dijagnostički kriteriji, prema DSM-u IV18, za postavljanje dijagnoze navode nužnost postojanja organskog supstrata uz prisutnost barem jednog od sljedećih faktora:

1. psihološki faktori utječu na opće stanje bolesnika tako što su povezani s egzacerbacijom bolesti, odnosno usporavaju oporavak;
2. psihološki činitelji interferiraju s organskim liječenjem;
3. psihološki činitelji predstavljaju rizik za pojavu organske bolesti;
4. stres može uzrokovati odnosno potaknuti egzacerbaciju organskih simptoma.

## ZAKLJUČAK

Pridruživanje neuroznanstvenih otkrića psihosomatskim konceptima tek je u povojima, no očekivanja psihijatara mogla bi se ostvariti u većoj mjeri nego što je itko smatrao mogućim. Preverbalna iskustva imaju odgovarajuće reprezentacije u mozgu, ali ona su relativno neorganizirana te je moguće da takva iskustva imaju svoju tjelesnu ekspresiju, kao što je primjer u psihosomatskim bolestima kada se javlja prividno neobjašnjiva tjelesna reakcija koja bi mogla biti odgovor na prisjećanje nekog vrlo ranog traumatskog iskustva osobe.

Zdrav razvoj ljudskog mozga i psihe nužno zahtijeva primjerene okolišne uvjete pri čemu nije dovoljno da dijete bude u toplom, čistom i sito da bi se njegov mozak i mentalne funkcije spontano razvijale. Tijekom prvih nekoliko godina života ljudski mozak prolazi kroz stadije intenzivnih aktivnosti praćenih nizom kritičnih razdoblja koja se odražavaju na niz pravaca u stvaranju komunikacija između različitih regija mozga. Kritična razdoblja kortikalnog razvoja ovisna su o iskustvima, podražajima iz okoline i najizraženija su u prvim godinama života, no iako se nastavljaju tijekom cijelog života njihov je utjecaj na mozak odrasle osobe značajno manji.

## History of psychosomatic medicine and current classifications

**SUMMARY** *In a long history of medicine, body and mind were always inseparably connected. Only recently, with a “scientific” approach to medicine, the somatic has been put in the centre of interest, while the psychological component has been neglected. Freud’s theory of psychic apparatus is deeply rooted in biological view of human beings as a derivative of scientific approach from the end of 20th century. As early as the beginning of the 19th century, Coleridge and Heinroth used the word “psychosomatic”, but only in the work of analysts Franz Alexander and Helen Flanders Dunbar has this expression become one of the basic medical terms. Early psychosomatic physicians believed that disease is a product of particular emotional conflicts or personality. This simplistic approach to psychosomatic medicine is being abandoned in the context of ever more sophisticated research and understanding of psychology and physiology of mind/body relationship. Additionally, results of research in the relationship between stress and disease show that many physiological changes are caused by psychosocial factors. Current understanding of psychosomatics takes into account the interaction between physical and psychic in all disorders and diseases.*

**KEY WORDS** *history, psychoanalysis; neurosciences; psychosomatic medicine*

### LITERATURA

1. **Turp M.** Psychosomatic health: the body and the world. New York: Palgrave, 2001.
2. **Sadock BJ, Sadock VA.** Psychological factors affecting medical condition and psychosomatic medicine. In: Sadock BJ, Sadock VA, (eds). Kaplan and Sadock’s Synopsis of Psychiatry, 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2003:824.
3. **Hodes M, Moorey S.** Psychological treatment in disease and illness. London: Gaskell and the Society for Psychosomatic Research, 1993.
4. **Freud S.** Inhibitions, Symptoms and Anxiety (1926). London: The Hogarth Press, S. E., vol. 20, 1973.
5. **Engel G.** The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 1977;196:129–36.
6. **Cannon WB.** Organization for psychological homeostasis. Psychological Review 1929;3:399–431.
7. **Selye H.** Stress without Distress. Philadelphia: Lippincott, 1974.
8. **Alexander F.** Psychosomatic Medicine. New York: Norton, 1950.
9. **Dunbar F.** Mind and Body, Psychosomatic Medicine. New York: Random House, 1953.
10. **Marty P, de M’Uzan M.** La pensee operateire. Revue Francaise de Psychoanalyse 1963;27(suppl): 1345–56.
11. **McDougall J.** Plea for a Measure of Abnormality. New York: Brunner/Mazel, 1978.
12. **Sifneos PE.** The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. Psychotherapy and Psychosomatic 1973;22:254–62.
13. **LeDoux J.** Emotions as memory. In: S.A. Christanson, (ed.). The Handbook of Emotion and Memory. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1992.
14. **van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L.** Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society. New York: Guilford Press, 1996.
15. **LeDoux JE.** Emotion: clues from the brain. Annu Rev Psychol 1995;46:209–35.
16. **LeDoux JE.** The emotional brain: the mysterious underpinnings of emotional life. New York: Touchstone, 1996.
17. **MKB 10.** Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseta revizija, Zagreb: Medicinska naklada, 1994.
18. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

### ADRESA ZA DOPISIVANJE

Prof. dr. sc. Rudolf Gregurek, dr. med.

Klinika za psihološku medicinu, KBC Zagreb, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb

E-mail: gregurek@mef.hr

Telefon: +385 1 2368 780