

## Psychosomatická transformace periferní somatické poruchy

---

**Balašík D.**

Fakultní nemocnice u sv. Anny, Brno,  
ředitel Ing. P. Koška, MBA

---

### SOUHRN

Kazuistika pacientky s benigním paroxysmálním vertigem demonstruje, jak psychické predispozice mění periferní somatickou poruchu na somatopsychickou a psychosomatickou. Ukazuje, že se na tom mohou podílet starší komplexová traumata, která tlak somatické poruchy znovu konsteluje. Umožňuje to zřejmě podobnost psychických příznaků tělesné poruchy a komplexů a snad i jejich propojení stejným percepčním kanálem (u nás kinestetickým). Dále je zdůrazněn význam kauzálních a finálních aspektů v psychoterapii i diagnostice psychosomatické poruchy. Navíc je dokladováno, že úspěšná psychoterapie vyžaduje často nejen vědomou identifikaci všech patogenních komplexů, ale i konfrontaci s nimi. Významné informace přitom může přinést analýza snů a kreseb.

**Klíčová slova:** benigní paroxysmální vertigo, psychosomatické poruchy, komplex, kauzalita, finalita, analytická psychoterapie.

### SUMMARY

#### **Balašík D.: Psychosomatic Transformation of Peripheral Somatic Disorder (Benign Paroxysmal Position Vertig)**

Case report of a female patient with benign paroxysmal position vertig is demonstrating how the mental predispositions change peripheral somatic disorder into a somatopsychic and psychosomatic disorder. It indicates the possible influence of older complex traumas, which are constellated again by the pressure of somatic disorder. This is supposedly enabled by the resemblance of the mental symptom of the somatic disorder and the complex and, perhaps, their mutual interconnection by perceptual channel (in our case kinesthetic). Further the importance of casual and final aspects in psychotherapy and diagnostics of psychosomatic disorder is emphasized. The study indicates not only the need for the active identification of all pathogenic complexes but also confrontation with them in case of a successful psychotherapy. Significant information can be acquired from analysis dreams and drawings.

**Key words:** benign paroxysmal position vertig, psychosomatic disorder, complex, causality, finality, analytic psychotherapy.

*Čes. a slov. Psychiat., 105, 2009, No. 6-8, pp. 290–293.*

---

### ÚVOD

Benigní paroxysmální vertigo, BPPV (Benign Paroxysmal Position Vertig) je periferní porucha vestibulárního aparátu (s centrálním napojením). Vzniká při určité změně polohy hlavy, v níž dojde k podráždění receptorů v zadním polokruhovém kanálu usazeninou poškozených otokonií. Projevuje se prudkým záchvatem závratí, tj. iluzí horizontálního, event. rotačního pohybu těla, často i nystagmem a nauzeou a bývá doprovázeno úzkos-

tí. Trvá asi 10–30 sec. a pak spontánně mizí; může ovšem recidivovat [10]. Tato porucha je tedy poměrně jasně definovaná, zjiřitelná vestibulometrickými testy, např. Dix-Hallpikeovou zkouškou a odstranitelná zejména Sèmontovým manévrem [12]. Zjišťuje se však, že percepce závažnosti a intenzity i této periferní poruchy není dána pouze její somatickou závažností, tj. velikostí podráždění a individuální citlivostí vestibulárního aparátu [10]. Významnou roli zde (ale i u jiných somatických poruch) hrají psychické predispozice, dle nichž je porucha specifickým způsobem vnímá-

*Předneseno na 71. kongresu České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Olomouc, 10. - 12. 9. 2008.*

---

na a integrována. Původně somatická porucha tak může získat somatopsychický a posléze i psychosomatický charakter, přičemž spojení somatických a psychických faktorů není většinou uvědomováno. Tato změna pak může být navozena např. působením aktuálních psychických stresů, event. přímo neurotických syndromů, zvláště anxiózního a depresivního [2]. Domníváme se ale, že takto mohou působit i starší komplexová traumata, která se pod tlakem poruchy mohou znovu konstelovat [4]. Proces této transformace bychom chtěli demonstrovat kazuistikou pacientky právě s BPPV.

Vedle toho bychom ale chtěli upozornit i na dva významné aspekty diagnostiky a psychoterapie psychických a psychosomatických poruch. Jednak na hledisko kauzální, causa efficiens, dle něhož je každý psychický jev výslednicí předchozích psychických dějů, a jednak hledisko finální, causa finalis, dle něhož analyzujeme výsledný, tedy i tělesný symptom. Ptáme se, za jakých okolností se objevil, jaké jsou jeho specifčnosti, co může způsobit. Tedy nejen „proč“, ale taky „jaký má smysl“. Kauzální a finální aspekty jsou komplementární a v klinické praxi je vhodné brát v úvahu oba, pokud chceme sledovaný jev pochopit komplexněji [3].

---

## VLASTNÍ KAZUISTIKA

---

Na začátku práce s naší pacientkou bylo krátké parere od audiologa: „Pacientka s BPPV, po opakované a úspěšné léčbě dle Sèmonta za 3 měsíce recidiva. Nynější Dix-Hallpikeova zkouška pozitivní, s nauzeou a krátkým nystagmem; zopak. Sèmontův manév. Pac. žije ve stresu, může jít o centrální, event. i psychologickou nástavbu.“ Doplňujeme, že šlo o 46letou účetní, vdanou, se 2 dětmi, do té doby zdravou. Závrať rotačního charakteru a další typické příznaky BPPV se u ní objevily poprvé ráno, po probuzení, a byly doprovázeny pocity bezmoci, ztráty sebekontroly, pádu a masivní úzkostí. Ta pak, po recidivách vertiga, nabyla až panického charakteru a propojila se s trvalým strachem. Pacientka si např. vynutila 14denní hospitalizaci na neurologii (s negativním nálezem) a 3měsíční pracovní neschopnost, v níž navštěvovala i různé léčitele. Teprve pak se dostala do zmíněné audiologické péče a po recidivě i k nám. V popředí ale již byly, původně jen doprovodné, psychické potíže, především hypertrofovaná úzkost a strach, což z BPPV činilo spíše již poruchu somatopsychickou. Trochu předběhneme; po novém Sèmontově manévru a 3měsíční psychoterapii závratě s úzkostí, až na 1 recidivu, vymizely. Téměř za rok se ale objevila další recidiva, při níž ale již byly všechny vestibulometrické zkoušky negativní a nebyla nauza, ani nystagmus; v této fázi jsme tedy již řešili téměř jistě psychosomatickou závrať.

Diagnostickou práci s pacientkou jsme zpočátku orientovali na zjištění event. psychologických kauzálních souvislostí. Hledání vyvolávající aktuální neu-

rotické poruchy bylo negativní (úzkost byla navozena až závratí), byly zde ale příznaky aktuálních stresových potíží: hrozící propuštění z práce, manželská disharmonie, nespokojenost s vlastním sociálním statutem a školními výsledky dětí. Jenže: zaměstnání i manželství mohla ukončit (viz dále), její sociální postavení bylo středostavovské a prospěch dětí průměrný. Za tím, že tyto potíže dosáhly úrovně stresu, tak mohla být zřejmě starší a závažnější traumata.

V anamnéze jsme pak skutečně zjistili výrazný komplex navozený agresivním a ctižádostivým otcem [6]. Svě 3 děti za školní neúspěchy tvrdě trestal, pacientku, kterou jinak preferoval, pak i symbolickým ženským zneuctěním - ostříháním „dohola“ (vlasy, symbol sexuální síly, jejich ostříhání bylo tradičním trestem provinilých žen), a to naposledy ve 12 letech! A pocity pacientky s tím spojené: bezmoc, ponížení, ztráta sebekontroly, pocit, že je „stále srážena dolů“ a velká úzkost. Matka, na otci zcela závislá, nebyla schopna dětem pomoci. Pacientka se proto naučila otce pacifikovat sama, lichocením, mazlením, ale i žalováním na bratry. Dle vzoru, resp. komplexu otce, tedy i dle deformovaného mužského ideálu, si vybrala manžela, rovněž agresivního a dominantního; když si např. chtěla po svatbě něco prosadit, došlo i na fyzické napadání. Na rozdíl od otce se ale necítila bezmocnou a mohla s ním bojovat. Např. mutismem, úteků k rodičům, 3x byla na policii, 1x u přestupkové komise, 1x požádala o rozvod a nakonec odmítla intimní styky, což u muže vedlo až k „psychické kastraci“ (potlačení sexuální aktivity u sexuálně aktivního jedince traumatizujícími zážitky v partnerském vztahu). „Boj“ trval asi 8 let a pacientka v něm nakonec zvítězila; manželova agrese byla zablokována hrozbou trestního stíhání. Tak ovšem zvítězila nad mužem, ale ne nad komplexem. Proto se toto vztahové schéma při hledání „toho pravého“ opakovalo i u extramatrimoniálních a vždy debaklových známostí; jak v jejich průběhu, tak ve výběru partnerů (buď agresorů, nebo kontrastně psychasteniků). V době terapie žila stále s manželem, který byl jako obraz otce připomínkou jejího „vítězství“ (ale i viny) a budil již spíše soucit. Orientoval se na nekonečné opravy rodinného domu a propadal alkoholu. Na své dvě, dle ní neúspěšné děti, se dívala s despektem, i když sama se taky učila pouze průměrně a zvládla jen dvouletou ekonomickou školu bez maturity. Teprve po sňatku maturitu dokončila a chtěla studovat i VŠ, ale manžel jí to prý neumožnil – což je ale málo věrohodné (pokud by alespoň část úsilí, vynaloženého na jeho pacifikaci věnovala prosazení studia, jistě by toho dosáhla). A tak chce studovat VŠ v době psychoterapie, tedy ve svých 46 letech! V té době pracovala jako účetní a sekretářka na gymnáziu, stěžovala si na údajně arogantního ředitele, jeho špatné řízení a měla strach z propuštění. Mohla by sice odejít jinam, ale to by považovala za „prohru a ostudu“. Šlo tedy zase o „boj“, který nakonec taky vyhrála; ředitel jí vyznal lásku, za což byl potrestán odmítnutím.

**Závěr kauzálních souvislostí:** Pacientka je ovládnána otcovským komplexem<sup>1)</sup>, který ovlivňuje hlavně výběr jejích partnerů (otci podobných, příp. zcela opačných), s nimiž pak reprodukuje svůj dětský „boj“. Pokud „vyhraje“, ztrácí o citově již vázaného muže zájem a symbolicky ho vykastruje; s pocitem vítězství i viny pak hledá dalšího. Tento komplex ale zasahuje i do jiných oblastí jejího psychosociálního života. Stejně jako to dělal otec, zpochybňuje např. všechny její výkony i ženství; nic nedělá dobře a ona sama, její partneri i děti, před ním neobstojí. A to je základ dalšího komplexu, a to méněcennosti. Opakovaně tvrdí: „Nic neznamenuj, ničeho jsem nedosáhla a stále upadám“. Vyjadřuje to i metaforou: „Plácám se u dna a nemohu se zvednout, jakoby mě něco stále sráželo dolů“. Odtud její chronický životní stres i nerozhodnost při jeho řešení a taky fantazijně-infantilní hyperkompenzace, např. studovat VŠ v 46 letech, přinutit ke studiu i své děti, najít ideálního muže atp.

V anamnéze pacientky najdeme tedy dost dokladů o působení obou komplexů se stresovými psychosociálními důsledky a zhoršením kvality života v základních oblastech (primární rodina, matrimonium, erotické vztahy, zaměstnání, děti i vlastní sociální status). V této situaci se objevilo BPPV a pocity s ním spojené, které se napojily na původní, téměř shodné komplexové pocity: ztrátu sebekontroly, bezmoc, masivní úzkost a strach být „zase sražená dolů“.

Toto propojení mohl umožnit dominantní vjemový kinestetický kanál [9], což naznačují mj. zmíněné metafory: „upadám“, „plácám se“, „nedosahuji“ atd. Benigní vertigo se tak mění v somatopsychickou úzkostnou poruchu. Náhled na podstatu svých potíží má ale pacientka minimální, což symbolicky demonstruje i její kresba „Největšího problému“. Tmavý les bez cest, bez možnosti orientace a nahoře bouřkový mrak.

## **Další informace přinesla analýza finálních souvislostí.**

**1. Vertigo obecně** je iluze nekontrolovaného fyzického pohybu, něco jako šálení, německy Schwindel. Vede ke ztrátě tělesné stability, rovnováhy a orientace, s hrozbou pádu. Z hlediska finality ale může tělesný symptom symbolicky vyjadřovat nereflektovaný psychický problém; vertigo tedy poruchu psychické stability a rovnováhy, orientace v sobě, pocit osobního pádu aj. [1]. Jde o příznaky téměř shodné s komplexovými potížemi klientky.

**2. Konkrétní vertigo naší pacientky** vzniká jen doma, v posteli, výhradně v noci, pouze v poloze vleže na zádech a při otáčení na pravý bok, později jen na zádech. Je vždy spojeno s pocitem ztráty kontroly nad sebou, bezmocí, úzkostí, pocitem pádu a nutí pacient-

ku posadit se, vstát a odejít z postele. Je pravděpodobné, že smyslem těchto příznaků může být nejen upozornění na problém intimního manželského (a vůbec i partnerského) života, ale i na směr jeho řešení.

Vzhledem k uvedenému byla nasnadě celková interpretace: dle kauzálního aspektu, periferní somatické BPPV se svými doprovodnými pocity (ztráta sebekontroly, bezmoc, úzkost, pocit pádu) konstelovalo znovu, patrně kinestetickým kanálem, stejné prožitky komplexové. To zintenzivnilo, ovšem nevědomě, strach a úzkostnou percepci BPPV a přisoudilo mu závažnost, kterou objektivně nemá. Je proto vysoce pravděpodobné, že takto vzniklá somatopsychická porucha, v popředí s úzkostí, mohla zpětně, stejným kanálem, navodit vertigo i bez periferního podráždění, tedy psychosomatickou poruchu. Téměř jistě tomu tak bylo při pozdní recidivě. Významné informace přinesl i finální pohled: smyslem vertiga dle něho může být upozornění na nevyřešené komplexy pacientky a s nimi spojené poruchy, tj. vnitřní desorientaci, ztrátu stability, pocit úpadku a insuficientní intimní a partnerský život (viz. starší moralitu „padlá žena“). Současně nabízí i řešení: symbolicky „zvednout se a odejít z postele“. Vedle toho se však nabízí ještě další smysl BPPV a potíží s ním spojených: např. trest za symbolickou kastraci otce (v osobách partnerů) a za domnělý osobní i mravní úpadek, ale současně i exkulpací: „nemohu za to, jsem přece nemocná“. Závrať, tj. fyzická nerovnováha, se tak mohla paradoxně stát prostředkem k udržení psychické rovnováhy a působit, již jako psychogenní, i po ústupu BPPV.

Psychoterapie před pozdní recidivou byla věnována identifikaci obou komplexů v různých životních problémových situacích, vztazích i v léčené poruše a vyrovnání se s nimi. Analyzovali jsme i smysl vertiga a terapeut při tom působil korektivně jako demokratický otec, akceptující ženské ego pacientky i bez výkonu a odmítající boj i lichocení. V tomto procesu ztrácely komplexy svůj patogenní smysl i energii a spolu s tím ustoupily i závratě. Pacientka se začala v sobě lépe orientovat a nabývat vnitřní stabilitu. Na závěr pak nakreslila obrázek „Současný stav“ s motivem rekreační pohody.

Za rok se ale objevila zmíněná pozdní recidiva, zjevně psychogenní, a pacientka k nám byla proto odeslána audiologem již bez medicínské léčby. K psychologickým příčinám nové ataky mohly patřit: ne zcela zvládnutý otcovský komplex, stálá labilizace disharmonickým manželstvím a stále neuspokojená ctizádost, 2. pól méněcennosti. Chybně jsme předpokládali, že toto si pacientka již vyřeší sama. Začali jsme tedy znovu, přičemž jsme objevili, pomocí psychosyntézy [11], další komplex, a to typu „svůdkyně“<sup>2)</sup>, který pacientka nazvala „Šahrazáda“. Je známo, že tato perská kráska si dokázala,

<sup>1)</sup> Nevědomý, traumaticky vzniklý, autonomní a citově syčený obraz otce („vnitřní otec“). Je-li určitou situací aktivován, oslabuje ego a prosazuje se negativními tendencemi a emocemi [4].

<sup>2)</sup> „Svůdkyně“, stínová část archetypu „Heleny“, jednoho z vývojových aspektů ženského potenciálu, kolektivní sexuální obraz [7]

pod hrozbou popravu, získat nebezpečného Hárúna ar-Rašida vyprávěním pohádek. Naše pacientka se tomu naučila rovněž, pod hrozbou „ženské potupy“, již v dětství ve vztahu k otci. A protože jde o stále atraktivní ženu, získává si takto muže dosud. Cílem ovšem není partnerský vztah, ani sex, ale symbolická pomsta „vnitřnímu otci“ za zneuctěné ženství. Postižený muž ovšem neví, proč je váben a pak odmítán a zraňován, stejně jako neví ona, proč stále nemůže najít „toho pravého“. Novou psychoterapii jsme proto zaměřili tak, aby se s otcovským komplexem přímo zkonfrontovala, otci i sobě odpustila a vzdala se pomsty [11]. Tím získala náhled i na deformovaný ideál muže a na svoji „Šahrazádu“. Rozhodla se odejít ze školy a začala zvažovat i rozchod s manželem. Nakonec zkorigovala i svůj kompenzační výkonový postoj; nahlédla nereálnost studia VŠ, akceptovala svůj sociální status i školní výsledky dětí. Závratě opět ustoupily a obnovenou vnitřní jistotu a harmonii signalizoval následující zvláštní sen:

„Jsem ve starém, středověkém městě, kde jsou kamenné domy, úzké uličky a plno lidí a kde hledám bratra a manžela, kteří se mě tam ztratili. Nakonec jsem je našla ve velké, kulaté (rotundovité) stavbě z kamenných kvádrů.

Nahoře byl otvor, kterým procházelo světlo a vytvářelo dole na podlaze světelný kruh. Kolem zdí byla taky kamenná podlaha, na které jsme seděli s bratrem a mužem. Potom někdo řekl, abych šla do středu, do světelného kruhu. Bála jsem se a tak jsem si sedla, na turka jen na okraj toho kruhu. Cítila jsem ale, jak mě i tam to světlo celou prosvěcuje a dodává pocit síly, jistoty a obrovského štěstí.“

Tímto snem byla fascinována a chtěla vědět o jakou stavbu může jít. Odpovídající obrázek nakonec našla v jednom časopise a přinesla na další sezení, s tím, že jde o mešitu v tureckém Istanbulu. Bylo snadné poznat, že jde o známý byzantský chrám Boží moudrosti, Hagia Sofia, postavený v bývalé Konstantinopoli. Analytickému psychologovi bylo jasné, že se ve snu dostala do kontaktu se svým Self, bytostným já<sup>3)</sup>, které se často objevuje v mandaloidní podobě a mívá numinózní charakter [6]. Takové setkání mj.harmonizuje a energizuje. Bylo zřejmé, že psychoterapie skončila. Následující 3 roky se pak ani u nás, ani na ORL pacientka neobjevila a náhodné loňské setkání s ní potvrdilo, že za tu dobu závratěmi netrpěla. Považujeme za synchronní fenomén<sup>4)</sup>, že se jmenovala Konstantina.

---

## ZÁVĚR

Je známo, že somatická porucha se působením psychických faktorů může transformovat na soma-

topsyckou a následně i psychosomatickou. Naše kazuistika pacientky s BPPV demonstruje, že tento proces nemusí být podmíněn pouze aktuálními psychickými potížemi či poruchami, ale i staršími komplexovými traumaty, které může psychická porucha znovu konstelovat.

Umožňuje to zřejmě podobnost psychických potíží spojených s tělesnou poruchou a komplexy (u nás otcovským a méněcenností) a snad i jejich propojení stejným percepčním kanálem (u nás kinestetickým). Dále se znovu potvrdila důležitost sledování, v psychoterapii i diagnostice psychosomatických poruch, kauzálních i finálních aspektů. Ukazuje se, že obecné i specifické rysy somatické poruchy mohou být nejen symbolickou konkretizací psychických problémů, ale že naznačují i jejich řešení. Potvrdilo se rovněž, že v psychoterapii je nutné identifikovat všechny významné komplexy a mnohdy se s nimi i konfrontovat (užitečnou se zde ukázala psychosyntéza). Důležité informace může přinést analýza snů a kreseb.

---

## LITERATURA

1. **Danzer, G.:** Závratě monologické existence. In: G. Danzer (ed.): Psychosomatika. Praha, Portál, 2001, s. 147-154.
2. **Gilain, C., Englebert, A.:** Vertigo and psychological disorders. In: R. Boniver (ed): Vertigo and dizziness. B.-Ent. Formerly Acta Oto-Rhino-Laryngologica Belgica, 4, 2008, (Suppl. 8), pp. 49-58.
3. **Jung, C. G.:** Obecná hlediska psychologie snu. In: Jung C. G. Výbor z díla, sv. I., Brno, Nakladatelství T. Janečka, 1996, s. 161-217.
4. **Jung, C. G.:** Obecné pojednání k teorii komplexu. In: tamtéž, s. 241-258.
5. **Jung, C. G.:** O synchronicitě. In: tamtéž, sv. 2, 1997, s. 357-372.
6. **Jung, C. G.:** Vztahy mezi já a nevědomím. In: tamtéž, sv. 3, s. 9-156.
7. **Jung, C. G.:** Psychologie přenosu. In: tamtéž, s. 159-336.
8. **Jung, C. G.:** Snové symboly individuálního procesu. In: tamtéž, sv. 5, s. 53-272.
9. **Mindel, A.:** Telo a sny. Bratislava, Stimul, 1992. 104 s.
10. **Novotný, M., Hahn, A., Boleloucký, Z., Vaverková, H.:** Závratě. Diagnostika a léčba. Stuttgart, Aesopus Verlag, 1977.
11. **Rainwater, J.:** You're in Charge: A Guide to Becoming Your Own Therapist. 7 print., Marina del Rey, DeVorss&Comp., 1989, p. 221.
12. **Skutil, J., Novotný, M., Kostřica, R.:** The etiological factors and therapy for Benign Paroxysmal Vertigo: Evaluation of therapeutical possibilities. Otorinolaringol., 57, 2007, pp. 41-49.

*PhDr. Drahomír Balaščík  
Oddělení klinické psychologie  
Fakultní nemocnice u sv. Anny  
Pekařská 53  
656 91 Brno  
e-mail: drahomir.balastik@fnusa.cz*

---

<sup>3)</sup> Ústřední archetyp celosti, souhrn všech psychických, vědomých i nevědomých, fenoménů člověka, nadřazený vědomému já [8].

<sup>4)</sup> Smysluplná, nenáhodná, ale akauzální časová koincidence jevů psychických (u nás sen pacientky o konkrétním chrámu) a vnějšího světa (jméno pacientky), které mají podobný obsah [5].