

PSYCHOGENNÍ KAŠEL – ÚVOD DO PROBLEMATIKY

souborný článek

Drahomír Balaščík

Oddělení klinické psychologie
FNUSA, Brno

Kontaktní adresa:

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

SOUHRN

Balaščík D. Psychogenní kašel – úvod do problematiky

Psychogenní kašel náleží mezi chronické poruchy a bývá řazen mezi somatoformní vegetativní dysfunkce týkající se respiračního systému (F 45.33). V práci chceme ukázat, že tato problematika může být složitější a že je vhodné zaujímat k ní diferencovanější přístup, a to jak v diagnostice, tak v terapii.

Klíčová slova: etiologie psychogenního kašle, chronický kašel, psychogenní kašel a jeho formy, psychogenní kašel dospělých, terapie psychogenního kašle.

SUMMARY

Balaščík D. Introduction to psychogenic cough

Psychogenic cough is a chronic disorder and is usually rated amongst somatoform vegetative dysfunctions related to the respiratory system (F 45.33). In our work, we would like to show that this issue can be more complex, and thus it is appropriate to adopt a more differentiated approach both to diagnostics and to therapy.

Key words: etiology of psychogenic cough, chronic cough, psychogenic cough and its forms, psychogenic cough in adults, therapy of psychogenic cough.

ÚVOD

Kašel, zvláště psychogenní, není příliš frekventovaným tématem v odborné praxi ani v pneumologickém či psychiatrickém výzkumu (např. speciální časopis „Cough“ vycházel jen od r. 2005 do r. 2014). Je to dáno mj. tím, že psychogenní kašel je zjišťován především u dětí, přináší spíše sociální než medicínské problémy, jeho etiologie je přitom poměrně složitá, léčba komplikovaná a nezdídko málo úspěšná. Může však vedle zhoršené kvality života zhoršovat i stav některých dalších somatických poruch a jeho pozdní diagnostika může vést ke zbytečnému dlouholetému užívání preparátů proti kašli, k invazivním zákrokům a iatrogenním komplikacím.¹ Zasloužil by si tedy větší pozornost odborné veřejnosti.

ETIOLOGIE KAŠLE

Kašel je obranným fyziologickým mechanismem, který slouží k udržování průchodnosti dýchacích cest a k prevenci aspirace. Jde o reflexní, explozivní výdech (nezřídka opakovaný), řízený z mozkového kmene, jehož účelem je očistit dýchací cesty od sekretů, cizích těles, nebo škodlivin z vnějšího prostředí. Vzniká podrážděním senzitivních receptorů, obvykle v dýchacích cestách, a vzniklé vzruchy pak jdou aferentními vlákny bloudivého a laryngeálního nervu do centra pro kašel v mozkovém kmeni, kde je iniciován motorický výstup.² Kašel je ale významně ovlivňován a modulován i centrálně řízenými procesy.³ V důsledku propojení mozkového kmene s dalšími částmi CNS se dostávají aferentní informace do některých mozkových oblastí, kde vzniká vědomé nutkání kašlat, přičemž se aktivují např. korové somatosenzory, přední

cingulum, amygdala, orbitofrontální kůra, suplementární motorická oblast, mozeček a inzulární kortex. Tím je umožněna i zpětná volní modulace kašlového reflexu, tj. jeho zesílení, zeslabení, nebo částečné potlačení.^{3,4}

CHRONICKÝ KAŠEL A JEHO NĚKTERÉ FORMY

Trvá déle než 8 týdnů,⁵ je medicínsky významný a zahrnuje kašle s organickým základem (např. postinfekční, u astmatu, poruch horních cest dýchacích aj.) a nebo bez něj, kdy je příčina neznámá, či psychosociální a medicínská terapie neúčinná.^{2,3,6} Dle McGarveye⁷ nelze např. zjistit příčinu chronického kašle asi u 42 % pacientů, u nichž však může zhoršovat některé somatické poruchy a hlavně kvalitu života. V rámci chronického kašle s neorganickou etiologií pak rozlišujeme **kašel idiopatický, habituální a psychogenní**.

Kašel idiopatický

Je to vlastně chronický kašel, o jehož klinické podstatě není téměř nic známo, a neexistuje tedy ani jeho specifická terapie.^{7,8} Nezlepšuje se proto nejen po farmakologické, ale někdy ani po psychiatrické intervenci.⁹ Dle některých³ proto, že primární příčina, proč tento kašel vznikl, nemusí být vždy důvodem, proč přetrvává. Jeho terapie je pak komplikovaná – viz např. bronchiální astma, které vzdor známé biomedicínské příčině může být vůči stejné léčbě později rezistentní, často v důsledku kontaminace psychickými a kontextuálními faktory.¹⁰

Kašel habituální, návykový

Je dle některých autorů^{9,11} jen synonymem kašle psychogenního, a proto bývá někdy nazýván jako **psychogenní habituální kašel**.⁶ Jiní¹² jej ale chápou jako samostatný typ chronického kašle, který se navenek projevuje jako „nervózní pokašlávání“¹¹ nebo kašel „kejhavý či štekavý“.¹³ Probíhá většinou nevědomě, a i když je často popisován klinicky (včetně léčby), vědecké důkazy jeho existence dle některých autorů chybí.²

Kašel psychogenní (etiologie a obraz)

Je druhem chronického kašle, jehož specifčnost bývá někdy popírána.¹³ Je většinou popisován u dětí, u dospělých mu moc pozornosti věnováno není,^{5,14,15} i když mnohé klinické nálezy na psychogenní příčiny upozorňují; nejen přímo, např. zjišťováním psychotraumat, emoční lability, stresových situací (s paroxysmální hyperventilací a dechovou arytmií), neurotických osobnostních rysů aj., ale i nepřímo, jako např. při neúčinnosti bronchospasmolytik i kortikoidů (oproti úspěšné psychoterapii).¹ Psychogenní kašel pak může trvat několik měsíců i let a není spojen s chorobami dýchacích cest, ačkoliv může mít navenek formu kašle periferního (i když specificky modulovaného) a lze jej diagnostikovat jen per exclusionem (po vyloučení známých příčin).¹⁶ Jeho etiologie je dosti složitá, protože

zahrnuje interakci faktorů psychických (psychopatologických i obecně psychologických) a vlivů kontextuálních. Začíná jako vědomé nutkání ke kašli spojené s aktivací dříve zmíněných mozkových oblastí, bez periferního podráždění.

Psychogenní kašel bývá většinou dráždivý, záchvatovitý a neproduktivní, manifestuje se pouze v bdělém stavu a častěji u žen.⁴ Jedno z mála diagnostických kritérií pro dospělé uvádí následující obraz:⁶ jde o kašel chronický, nevysvětlitelný organickou příčinou, není předstírán, nereaguje na medicínskou terapii a má alespoň tři z následujících klinických příznaků: jde o ženy, osamělé, kašel neruší spánek, má psychopatologický podklad, narušuje normální sociální aktivity a sociální kontakty, je s ním spojený sekundární zisk, je rychleji vyvoláván emočním stresem a vztah pacienta ke kašli bývá indiferentní, bez ohledu na jeho závažnost. Obraz psychogenního kašle může být ale ovlivňován i strukturou osobnosti pacienta a poruchami jeho vývoje.

Druhy psychogenního kašle

Psychogenní kašel s **psychopatologickou etiologií**. Je v popředí zájmu většiny autorů, kteří ji u psychogenního kašle většinou předpokládají (a hledají).⁶ Často jde o neurotickou poruchu, při níž je psychogenní kašel hodnocen jako druh somatoformní vegetativní dysfunkce (na pozadí stresu, strachu, úzkosti, nebo deprese).^{17,18} Zjišťuje se však i psychogenní kašel jako neurotická konverzní (disociativní) porucha,⁶ kdy je kašel transformovaným symptomem intrapsychického konfliktu, např. silného (zvláště agresivního) afektu, potlačovaného mj. strachem (jedna naše pacientka měla ataky kašle pouze v pracovně nenáviděného ředitele¹⁹). Do této skupiny lze počítat i Touretteův syndrom, kombinovanou vokální a motorickou tikovou poruchu, častěji však popisovanou v pediatrii.^{5,9}

Psychogenní kašel s **etiologií obecně psychologickou**. Někteří autoři prokazují, že kauzalita psychogenního kašle nemusí být vysloveně psychiatrická,²⁰ ale že jeho vznik a modulaci může zajišťovat i vliv obecných psychologických funkcí. K takovým kašlovým determinantám patří např.³ percepce a pozornost, víra a kognice, afekty a emoce (zhoršování kašle), učení, návyk (vzniká snadno), sociální faktory (např. určitý sociální kontakt, stres apod. kašel rovněž modifikují), úroveň seberegulace (schopnosti zvládat kašel), předsudky („chronický kašel je příznakem rakoviny plic“ aj.); modulovat tento kašel lze i mechanismy placebo (zastavit), či noceba (vyvolat).

Psychogenní kašel s **etiologií smíšenou, somatopsychickou**. Je založený primárně na organické bázi, přetrvává ale i po zvládnutí původní choroby a je rozvinutý do urč. obrazu a závažnosti psychickými a sociálními faktory dle osobnosti pacienta. Podle Mastroviche⁶ je psychogenní kašel asi u 25 % pacientů navozený primárně akutní respirační chorobou a přetrvává jako návyk i po jejím vyřešení, což potvrzují i jiní.⁴ Podnět k takovému kašli přichází původně z periferie, ale o jeho zafixování se rozhoduje ve vyšších etážích CNS (viz etiologii kašle). Lze sem zařadit i tzv. fixační dráždivý kašel, jehož původní somatogenní příčiny byly léčebně zvládnuty, ale kašel se reflexně zafixoval.²¹ Ukazuje se však, že postinfekční dětský

kašel²² se může po odeznění příznaků zafixovat v paměti a dle našich zkušeností pak jako kašlový model aktivovat stresovými vlivy až v dospělosti.

Psychogenní kašel jako **psychosomatický symptom**. Vzniká u některých disponovaných pacientů jako důsledek poruch a problémů psychosociálních. Podněty k němu vycházejí z vyšších oblastí CNS, kde jsou v paměti uloženy prožitky a zkušenosti s kašlem reflexním. Nezřídka se jako kašel objevuje **agrese**,²³ útočná či obranná, kterou nelze projevit přímo. Její symbolická transformace do podoby kašle může vycházet z jeho zvukové podoby coby malé exploze. Naznačují to i obecná rčení jako např. „(vy-)kašlat (se) na někoho“ (nebo „na něco“), „nakašlat někomu“ apod. Psychogenní kašel ale může mít i podobu vážné plicní choroby,¹⁶ což umožňuje pacientovi **držet si některé lidi „od těla“** (obavou z nákazy). Může ale také vyjadřovat **nejistotu a rozpaky** (známé pokašlávání)¹¹ a významný bývá i **druhotný zisk** z tohoto kašle.⁶ Mj. hlasitě upozorňuje na postiženého a jeho potřeby, nebo mu pomáhá navázat či udržovat vztah s okolím (na základě vyvolaného soucitu či respektu), nebo přijatelně vyřešit řečovou indispozici. Svoji fyziologickou funkcí čističe dýchacích cest může pak kašel symbolicky vyjadřovat i **nevědomou potřebu očistit se psychicky**, např. od nevhodných myšlenek a přání („vykašlat se na ně“). Lze ale uvažovat i o **přenosovém mechanismu** typu „participation mystique“, při němž je kašel přejatý od osoby, s níž je pacient svým nevědomím identifikován.²⁴ Vedle kašle mohou v hrtanu vznikat **další formy hlasových poruch**²³ (hlas nezvučný, chraptivý, šepot, nesrozumitelný aj.), rovněž jako symbolické vyjádření různých negativních emocí či poruch.

Terapie psychogenního kašle

Většina autorů (našich i zahraničních) dosvědčuje, že **psychogenní kašel** je vůči medicínské terapii rezistentní,

a doporučuje jako účinnější postupy psychoterapeutické (v jedné studii přinesly vyléčení dokonce všem zkoumaným osobám).¹⁸ Používá se např. **hypnóza**, a to u těch respiračních chorob, kde je organický nález již malý, nebo léčebně zvládnutý, přičemž kašel přetrvává.²¹ Jedna studie¹⁴ dokladuje dokonce 77 % pacientů vyléčených hypnózou a 96 % vyléčených **sugestivní terapií**. K úspěšným technikám náleží rovněž **terapie behaviorální**, jejíž účinnost potvrzují kazuistické studie i randomizovaný výzkum.²⁰ Učí pacienty ovládat symptomy kašle, např. snižováním laryngeální dráždivosti a optimalizací hlasového chování, a její součástí jsou dále i edukace, výuka specifických technik kontroly kašle, hlasová hygiena, přecvičování dýchání, averzivní terapie, biofeedback proudění dechu a jeho desenzitizace aj. Dále lze využívat i možnosti, které nabízí **logoterapie** (zvláště paradoxní intence, při nichž pacient vědomě a volně kašle).²⁵ Jen málo je věnována pozornost **terapii odkrývající, dynamické**, která by mohla přinášet u některých druhů psychogenního kašle (např. přenosový, symbolicky očištný, agresivní aj.) svým kauzálním i finálním zaměřením trvalejší výsledky.²⁶

ZÁVĚR

Chronický kašel je kategorie zahrnující organicky podmíněné kašlové poruchy, nebo i poruchy neorganické, vzniklé bez známé příčiny, příp. s etiologií psychosociální. Patří k nim např. idiopatický, habituální a psychogenní kašel, který lze dále dělit dle různé etiologie (psychopatologické, obecně psychologické, somatopsychické a psychosomatické). Literatura i klinická praxe prokazují, že kvůli psychoterapii je vhodné přistupovat k těmto typům kašle diferencovaně a se znalostí osobnostní struktury pacienta.

LITERATURA

- Karpova OI. Reflex Cough: Etiology, Clinical Features, Diagnosis, and Treatment. *Vestn Otorinolaringol* 2009; 4: 27–30.
- Čáp P. Význam kašle. In: Čáp P, Vondra V et al. Akutní a chronický kašel. Teorie a praxe. Praha: Mladá Fronta, ed. Aeskulap 2013: 10–13.
- Van den Bergh O, Van Diest I, Dupot L, Davenport PW. On the Psychology of Cough. *Lung* 2012; 190 (1): 55–61.
- Kopřiva F. Chronický kašel. Praha; Farmakoterapie, sv. 70, Maxdorf Jesenius 2015: 72.
- Vondra V. Klasifikace kašle. In: Čáp P, Vondra V et al. Akutní a chronický kašel. Teorie a praxe. Praha: Mladá Fronta, ed. Aeskulap 2013: 42–43.
- 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.
- McGarvey PA. Does Idiopathic Cough Exit? *Lung* 2008; 186 (Suppl. 1): 78–81.
- Čáp P. Idiopatický kašel. In: Čáp P, Vondra V et al. Akutní a chronický kašel. Teorie a praxe. Praha: Mladá Fronta, ed. Aeskulap 2013; 114–115.
- Irwin RS, Glomb WB, Chang AB. Habit Cough, Tic Cough, and Psychogenic Cough in Adult and Pediatric Populations: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2006; 129 (Suppl. 1): 174–179.
- Poněšický J. Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty a laiky. 2. doplněné vydání. Praha; Triton 2014: 168.
- Čáp P. Psychogenní kašel. In: Čáp P, Vondra V a kol. Akutní a chronický kašel. Teorie a praxe. Praha: Mladá Fronta, ed. Aeskulap 2013: 112–113.
- Pohnutek P. Habituální a psychogenní kašel. Referát na 13. konferenci dětské pneumologie, Praha. *Lékařské listy* 2014; 4: 25–26.
- Ramanuja S, Kelkar P. Habit Cough. *Ann Allergy Astma Immunol* 2009; 102 (2): 91–115.
- Haydour Q, Alahdab F, Farah M, Barrionuevo P et al. Management and Diagnosis of Psychogenic Cough, Habit Cough, and Tic Cough: a Systematic Review. *Chest* 2014; 146 (2): 355–372.
- Vondra V. Méně častá a vzácná onemocnění a stavy provázené kašlem. In: Čáp P, Vondra V et al. Akutní a chronický kašel. Teorie a praxe. Praha: Mladá Fronta, ed. Aeskulap 2013: 110–111.

16. Kolek V. Akutní tracheobronchitida. In: Kolek V, Kašák V, Vašáková M et al. Pneumologie. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf Jessenius 2014: 115–120.
17. Bordoy A, Sardon O, Mayoral JL, Garay J et al. Psychogenic Cough: Another Etiology for Persistent Cough. An Pediatr (Barc) 2004; 61 (1): 62–65.
18. Chládková J, Homolka M, Chládek J, Chyba T. Psychogenní kašel jako projev somatoformní vegetativní dysfunkce u dětí. Alergie (Praha Print) 2010; 12 (1): 18–25.
19. Balaščík D. Abreakce – úspěch i problém v psychoterapii neuróz. Psychiatria, psychoterápie, psychosomatika 2014; 21 (2): 17–22.
20. 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.
21. Kratochvíl S. Klinická hypnóza. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing 2001: 326.
22. Špitz J, Malá E. Psychosomatická problematika v dětském a dorostovém věku. In: Baštecký J, Šavlík J, Šimek J. Psychosomatická medicína. Praha: Grada Publishing 1993: 288–295.
23. Dahlke R. Nemoc jako symbol. Praha: Pragma 2000: 459.
24. Jung CG. Svědomí z psychologického hlediska. In: Jung CG. Výbor z díla IX. Člověk a Kultura. Brno: Nakladatelství T. Janečka 2012: 111–144.
25. 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.
26. Jung CG. Obecná hlediska psychologie snu. In: Jung CG. Výbor z díla I. Základní otázky analytické psychologie a psychoterapie v praxi. Brno: T. Janeček 1996: 161–217.

referáty z literatury

Chan Y-L E, Bai Y-M, Hsu J-W et al. Post-traumatic stress disorder and risk of Parkinson disease: A nationwide longitudinal study

(Posttraumatická stresová porucha a riziko Parkinsonovy choroby: celonárodní longitudinální studie)

American Journal of Geriatric Psychiatry 2017; 25 (8): 917–923

Přibývající důkazy poukazují na vztah mezi posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD – Post-Traumatic Stress Disorder) a neurodegenerativní poruchou, jako je Alzheimerova choroba. Spojitost mezi PTSD a Parkinsonovou chorobou (PD – Parkinson Disease) zůstává nicméně nejasná.

Do studie tchajwanští autoři z univerzitních, výzkumných a nemocničních pracovišť v Taipei a Taoyuan zahrnuli v letech 2002–2009 7280 osob (1456 pacientů ve věku 45 let a výše s PTSD a 5824 jedinců bez PTSD srovnatelných věkem a pohlavím). Sledování probíhalo do konce roku 2011. Byly identifikovány osoby, u nichž se vyvinula PD během doby sledování.

Zvýšené riziko vývoje PD bylo nalezeno u pacientů s PTSD (HR: 3,46 95% CI: 1,72–6,96) v porovnání s jedinci bez PTSD po přizpůsobení demografickým údajům a somatickým a psychiatrickým komorbiditám.

Autoři uzavírají s tím, že pacienti s PTSD měli zvýšené riziko vývoje PD v pozdějším životě. Další studie by byly žádoucí k ujasnění přesné patofyziologie mezi PTSD a PD a ke zkoumání, zda včasná intervence, co se týče PTSD, může snížit toto riziko.

Schmidtke K Driving ability in mild cognitive impairment and dementia

(Schopnost řízení motorového vozidla u mírné kognitivní poruchy a demence)

Fortschr Neurol Psychiatr 2018; 86 (1): 37–42

Exekutivní funkce, zrakově-prostorová orientace a kontrola chování souvisejí s bezpečným řízením motorového vozidla. U pacientů s mírnou kognitivní poruchou a demencí mohou být tyto schopnosti zhoršeny (vedle poruch spojených s věkem) a schopnost řízení motorového vozidla může být kompromitována v časném stadiu. Psychiatři a neurologové hrají důležitou roli při vyšetření, poradenství a event. i při vystavení zákazu řízení motorového vozidla ze zdravotních důvodů. Po omylech v tomto procesu mohou následovat forenzní důsledky pro zainteresované lékaře; pozn. překl. Posouzení starších řidičů motorových vozidel by mělo být maximálně odpovědné, individuální i prozíravé. Příliš shovívavé nebo naopak příliš přísné posouzení není ku prospěchu věci. V prvním případě ponecháním ŘP při evidentní kognitivní poruše „umožníme“ řidiči-seniorovi dříve či později způsobit dopravní nehodu v důsledku jeho nedostatečné funkční kognitivní zdatnosti. Ve druhém případě odebráním ŘP při jen mírné kognitivní poruše u staršího řidiče s ještě zachovalou solidní kognitivní funkcí „přispějeme“ k poklesu jeho sebevědomí, event. vzniku deprese, a tím takto můžeme urychlit přechod ze stadia mírné kognitivní poruchy do demence.

Tento článek autora, německého profesora z Rehaklinik Klausenbach a Nordrachu, předkládá relevantní stavy a přidružená zhoršení poznávacích schopností a dává některá doporučení pro zpracování neuropsychologického postupu a pro komunikaci s pacienty a jejich příbuznými ohledně řízení motorového vozidla.

MUDr. Jaroslav Veselý