

Psychosomatika

MUDr.,Mgr. Zdeňka Nováková,PhD.

Psychosomatika

- Význam pojmu

Obecný: Interakce psychologických a sociálních vlivů s průběhem onemocnění

Užší: Klinické známky onemocnění , u nichž se na patogeneze , průběhu i léčbě významně podílejí psychologické faktory

Oblasti psychosomatiky

- Lékařský přístup – centrováný na subjekt
- Směr výzkumu
- Léčba – psychoterapie

Psychosomatická medicína

- Pozornost je soustředěna na člověka
- Rovnocenná pozice
- Lékař se řídí lékařskou psychologií a psychoterapií
- Pacient spolupracuje na léčení
- Léčba se zaměřuje na biopsychosociální stránku nemoci
- Provoz je optimalizován pro pacienta
- Nálady, prožívání jsou naopak součástí choroby
- Sociální aspekty jsou důležitou součástí choroby
- Prevence je prvořadá (life styl)
- Především primární prevence (psychosociální signály)
- Rodina je aktivním spolupracovníkem (rodinná terapie)

Antická historie

- Antická historie
- Hippokratův přístup byl psychosomatický
- Platon (dialog Charmides) :
respektování psycho-
fyzické celistvosti
pacienta
- •Cicero (Tusculské
disputace): závislost
tělesného zdraví a
duševního

Antická historie :

„ Nikdy se nesnažte léčit oko, aniž byste zároveň nevěnovali pozornost i hlavě. A věnujete-li pozornost hlavě a nevěnujete-li pozornost celému tělu, neděláte dobře. Stejně tak nedobře jednáte, když léčíte tělo a nevěnujete pozornost duši. Léčení jedné části by nikdy nemělo probíhat bez pozornosti věnované druhým částem.“

Novodobá historie

- WiliamHarvey–vliv emocí na srdeční činnost
- JohannChristian Heinroth (1818) – somatické důsledky psychických konfliktů. Psychosomatický původ insomnie. Poprvé údajně užil slovo „psychosomatický“.

Modely psychosomatických onemocnění

- J. Heinroth (1818)- propojení těla a duše
- S.Freud (1985) - specifická koncepce:
 - **Specifická koncepce:**
 - konkrétní psychologické příčiny způsobují konkrétní choroby

Modely psychosomatických onemocnění

- F. Alexander : „chicagská sedma“:
 - Asthma bronchiale
 - Revmatoidní artritida
 - Ulcerózní kolitida
 - Hypertenze
 - Neurodermatitida
 - Tyreotoxikóza
 - Vředová choroba gastroduodena

- A. Adler - životní styl (syndrom dosažení cíle), vztahy

Modely psychosomatických onemocnění

- **60. léta : multifaktoriální podmíněnost vzniku a udržování nemoci**
 - **Koncepce nespecifická**
 - **Biopsychosociální model**
 - **Behaviorální směr (80.léta USA)-**
 - **Jak se dá onemocnění předcházet?**
 - **Jak se dá modifikovat průběh?**

Modely psychosomatických onemocnění

- **Zdraví**

- Životní styl 50 %
- Prostředí 20 %
- Genetika 10%
- Zdravotní služby 20 %

Psychosomatika

- Programové prohlášení (in Lipowski, 1984):
- 1. psychologický přístup ke všeobecné medicíně
- 2. zájem o vztahy mezi emočním životem a tělesnými pochody
- 3. neexistuje logická rozdílnost mezi tělem a duší
- 4. zjišťuje korelace psychologických a fyziologických procesů u člověka
- 5. nový obor medicínské specializace

Psychosomatika

- spojeno s psychoanalýzou
- tzv. specifické teorie –předpoklad existence určitého (specifického) konfliktu vedoucího k onemocnění
- Psychický konflikt pochází často z dětství
- Konflikt může být:
 - potlačen
 - projevit se neurotickým příznakem
 - vést k poruše vnitřních orgánů

Modely psychosomatických onemocnění

F. Alexander - specifické konflikty →
poruchy konkrétních orgánů

Teorie: **Psychogeneze**

- intrapsychické konflikty mezi sebeprosazením (agresí) a potřebou péče (únikem) vedou přes aktivaci veg. nerv. systému k orgánové dysfunkci.

Psychosomatika -psychoanalýza

- Tvorba příznaku je obranným mechanismem
- Konverze (např. funkční obrna, jiné postižení tělesné činnosti) závisí na emočním hnutí.
- Metaforicky jde o symbolickou řeč orgánů

Konverze

- funkční obrna v závislosti na emočním hnutí
- symbolická řeč orgánů
- Mediátor konverze je kosterní svalstvo
- U vnitřních orgánů je mediátorem vegetativní nervový systém = somatizace
- Dochází k tělesným změnám vlivem emoční tenze (anxiety)

Model psychosomatických onemocnění

- Zablokování agresivních impulsů vede k aktivaci **sympatiku** s následky :
 - Hypertenze
 - Migréna
 - Tyreotoxikóza
 - Reumatoidní artritida
- Zablokování pasivních závislých potřeb vede k **vagotonii** s následnou dysfunkcí:
 - Peptický vřed
 - Ulcerózní kolitida
 - Astma bronchiale

Somatizace

- Tělesné změny vlivem emoční tenze
- Projekce psychické energie (podíl anxiety)
 - Kortiko-viscerální cesta na podněty psychosociální povahy
- Příklad: konflikt – tenze – gastrická sekrece – dlouhodobé zvýšení – žaludeční vřed
- Příznak (eroze sliznice) je výsledkem konfliktu nebo vyjádřením konfliktu (symbolická reprezentace)?

Regrese

- návrat k dřívějším způsobům reagování a chování (až infantilní reakce)
- intrapsychický konflikt se může projevit infantilními inervacemi/vulnerabilitou orgánů (astmatický záchvat symbolizuje pláč, přejídání otlých regrese ke zvyklostem krmení v dětství)

Psychosomatická onemocnění

- **Musí splňovat alespoň jednu z podmínek:**
 - příčina nemoci musí souviset s předcházejícími významnými událostmi
 - průběh nemoci je závislý na psychologických faktorech
 - příznaky jsou neúměrně intenzivní nebo nepřiměřené v délce trvání

Psychosomatika

- průduškové astma (asthma bronchiale, projevuje se záchvatovitou dušností),
- revmatoidní artritida (zánětlivé onemocnění kloubů)
- ulcerózní kolitida (zánět tlustého střeva provázený tvorbou vředů)
- esenciální hypertenze (vysoký tlak neznámého původu)
- Hypertyreóza (onemocnění způsobené zvýšenou činností štítné žlázy)

Psychosomatika

- žaludeční vřed
- neurodermatitida
- KVO
- vertebrogenní algický sy
- funkční sexuální poruchy, poruchy menstruačního cyklu
- Poruchy příjmu potravy
- Sy dráždivého tračníku

Klasifikace dle Alexandera

- 1. Konverzní poruchy
- 2. Vegetativní neurózy
- 3. Psychosomatózy

ICD-10

- Disociativní konverzní poruchy (F 44)
- Somatizační porucha (F 45)
- Somatoformní autonomní porucha (F 45.3)
- Psychické faktory u jinde klasif. onem. (F54)

Modely psychosomatických onemocnění

- M.Schur – teorie desomatizace a resomatizace
- Mitscherlich – dvoufázové vytěsnění
- Francouzská psychosomatická škola
 - Osobnostní struktura – psychosom. onemocnění
 - **Koncepce „alexitymie“**
 - Operacionální myšlení
 - Neschopnost vnímat pocity
 - Chudý fantazijní svět
 - Sociální konformita

Stres – možné souvislosti pro psychologii

Poprvé definovaný **H. Seleyem** jako suma všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespecifickou noxou

Stresem označujeme tíšňový stav organismu, kdy je působením fyzických nebo psychologických charakteristik podnětové situace člověk vystaven takovým nárokům, které obvyklými způsoby své činnosti nezvládá a je nucen uplatnit mimořádné způsoby vyrovnání se s nimi.

Zátěž (load) x stres

- Zátěž – stimulující faktor
- Stres - nezvládaný chronický stres
- Rozhoduje :
 - Rozložení stresorů v čase
 - Způsob řešení stresogenní situace

Teorie stresu

- Stres přináší ohrožení pohody a zahrnuje nepříjemné emoce (Richard Lazarus, 1975)



Kognitivní teorie stresu

- Autor: Richard Lazarus, 1975
- Člověk reaguje na ohrožení jako na ohrožení tehdy, když ho za ohrožení považuje.
- Stres přináší ohrožení pohody a zahrnuje nepříjemné emoce

Krize a trauma

- z řeč. *krisis* od *krinein* -rozhodnout; z lat, *crisis* -rozhodný obrat
- reakce na situaci, kterou jedinec nemůže snadno řešit v rámci obvyklých strategií, jakými je zvyklý zvládat zátěž
- Krize je vymezována jedincem

Krize a trauma

- •z řeč. *trauma* -zranění, úraz
- •reakce na situaci, vzniklou v důsledku události, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost a vyvolala by pronikavý pocit tísně
- **Trauma je definováno podnětem**
- PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder)

Model stresu

- Teorie GAS (1966)
generální adaptační
syndrom
 - Interindividuální
variabilita
 - Situační kontext –
**chronické situační
zátěže** – neovlivnitelnost
 - nepředvídatelnost
 - **psychosociální stres**



Stresová reakce

1. **poplachová reakce, alarm** – rychlá mobilizace sil pro odvrácení stresu, excitace sympatické soustavy, dřeně a později kůry nadledvinek
2. **stadium rezistence** - dlouhotrvající aktivizace adaptace, organismus si adaptačními mechanismy na stresující faktor zvyká, „otučuje se“, adaptuje na zátěž. To se projevuje ve zvýšení činnosti předního laloku hypofýzy a kůry nadledvinek, jež produkují adrenokortikotropin (ACTH) a kortikoidy
3. **stadium exhausce, vyčerpání** – je charakterizovaná celkovým vyčerpáním a selháním adaptačních obranných schopností organismu, což vede k rozvoji různých onemocnění, patologickým změnám v organismu, eventuálně i smrti

1. Fáze GAS – poplachová reakce

- Vyplavuje se adrenalin , noradrenalin a kortizol
- Aktivuje se sympatikus a dochází k:
 - Zúžení cév v kůži (aby tělo při zranění nekrvácelo)
 - Zrychlení dechu
 - Zvýšení napětí kosterního svalstva a zásoby krve v něm
 - Snížení napětí hladkého svalstva trávicího traktu
 - Rozšíření zornic
 - Odkrvením prstů
 - Husí kůže

2. Fáze stresové reakce

- Zesiluje se útlumová složka
- Aktivuje parasymptikus
- Uvolňuje se adrenokortikotropní hormon z hypofýzy
- Stimulace kůry nadledvinek
- Produkce kortizolu
- Dochází k mobilizaci energie

3. Fáze stresové reakce

- Selhání adaptačních schopností

- **Závažné životní události**
- **Ministresy (hassles)**

FYZIOLOGICKÉ ZMĚNY ORGANISMU PŘI STRESU

- do krevního oběhu je dodáván cholesterol, zajišťující energetický výdej
- krev se zahušťuje, aby se snižovalo krvácení (tím více má srdce práce s rozvodem)
- krev odchází ze žaludku a pokožky do svalů (podchlazení, potivost)
- zornice se rozšiřuje (lepší vidění)
- sluch se stává ostřejším

FYZIOLOGICKÉ ZMĚNY ORGANISMU PŘI STRESU

- zlepšuje se hmat (vztyčením chlupů na těle se zvyšuje objem těla -zastření soupeře)
- roztahují se průduchy na dýchání, zrychluje se dech
- z hypotalamu se uvolní endorfiny, aby blokovaly bolest
- redukuje se pohlavní hormon
- srdce bije rychleji (rychlejší rozvod krve a zvýšení tlaku)

Emoční změny při stresu

- Předrážděnost
- Poruchy koncentrace
- Pocity méněcennosti
- Depresivita, plačtivost
- Poruchy koncentrace
- Nervozita
- Vztek, strach, bezmocnost

Změny myšlení při stresu

- Katastrofické scénáře
- Podstata je v „dělání si starostí“, které následují po nějakém spouštěči
- Rozvíjí se jedna obavná myšlenka za druhou, zaměřené do budoucnosti
- Automatické negativní myšlení -
jsou to negativní tvrzení, přicházejí automaticky, nemáme nad nimi kontrolu
- Projevují se jako scény, které si vybavuje předem v mysli

Změny chování při stresu

- Plačtivost
- Zapomnětlivost
- Zvyšování hlasu, vrískání
- Obviňování druhých
- Sekýrování druhých
- Hněvivost, vzteklost
- Netrpělivost
- Agitovanost
- Nutkavé přejídání
- Nutkavé kouření
- Únava, trvalé napětí

Naučená bezmocnost

- Autor teorie:
E.P.Seligman(1975)
- •bezmocnost, která je výsledkem opakovaného zážitku neschopnosti ovlivnit situaci -tj. naučená
- Koresponduje s reaktivní depresí
- Depresivní pacienti věří, že jsou méně schopni než skutečně jsou. Malé překážky jsou často viděny jako nepřekonatelná bariéra

Psychosociální stres

Nadměrné požadavky na výkon , podávaný v omezeném čase, s nízkou autonomií činností , v konfliktních situacích.

Kognitivní hodnocení zátěžové situace

- 1. Hodnocení situace*
- 2. Volba postupů a anticipace dalšího vývoje*
- 3. Nové vyhodnocení situace , změna myšlenkového postupu*

Psychosociální stres

- Neurofysiologická koncepce „**optimální frustrace** „ (**optimální napětí**)
- Využití akomodace
- asimilace
- G. Huter :
 - vytváření stále nových kompetencí
 - přiznání si potřeby pomoci
 - vize, nosná idea X konzumně – konformistický modus žití
 - pustit, nechat být , vzdát se

Psychoneuroimunologie

- Zakladatel R. Adler (1981)
- **Výzkumné záměry :**
- Vliv prožívané kontroly nad vývojem stresové situace (J.Kiecolt- Glaserová (1988) – studium rozpadu manželství
- Akutní a chronický stres
- PTSP
- Syndrom vyhoření

Psychoneuroimmunologie

- Zakladatel R. Adler (1981)
- **Výzkumné záměry :**
- Vliv prožívané kontroly nad vývojem stresové situace (J.Kiecolt- Glaserová (1988) – studium rozpadu manželství
- Akutní a chronický stres
- PTSP
- Syndrom vyhoření

Strategie zvládání stresu (Coping)

1. Eliminace stresu (reorganizace práce)
2. Změna reakcí (relaxace, soc. opora)
3. Rozvoj tlumících sil- stress management (fyzická aktivita)

Genderový rozdíl v reakcích na zvládání stresu

Deset „A“ pro zvládání stresu

- **Patelová(1993)**doporučuje řídit se pravidlem „10 A“
- Awareness – uvědomění a rozpoznání stresu
- Avoidance - vyhnutí se (lze-li to)
- Anticipation - předvídání
- Appraisal - hodnocení
- Autonomic relaxation - osvojení meditace,relaxace
- Anger management - zvládání hněvu
- Assertivity -
- Amnesty - naučit se odpouštět
- Altering perspective - změna pohledu na věc
- Assistance - využívání sociální opory

Obecné zásady zvládnání stresu

1. vidět problémy v kontextu a čase
2. vyhnout se vztahování k vlastní osobě
3. neúspěch hodnotit v kontextu snahy
4. nebát se změn
5. aktivně hledat způsoby , jak situaci zvládnout
6. stresujícím situacím se nelze vyhnout
7. izolovat stres od ostatních aktivit
8. dobré sociální zázemí a vztahy s lidmi
9. aktivní odpovědnost za svoje zdraví

Rozdělení psychosomatických onemocnění

1. ***Konverzní neurózy*** – disociativní poruchy, např. psychogenní hluchota
2. ***Somatomorfni poruchy*** – funkční onemocnění bez patolog. nálezu
3. **Organická onemocnění s psychosociální komponentou** (psychosomatózy), např. Colitis ulcerosa
4. **Somatopsychické poruchy**, např. AIDS, deprese

Afektivní poruchy

Základní charakteristika

- porucha nálady a nebo afektu ve smyslu plus nebo minus
- zahrnují depresivní, manické a smíšené epizody
- významný ekonomický aspekt (deprese – druhá nejčastější příčina prac. neschopnosti, morbidity a mortality ve světě v r. 2020)

Epidemiologie

Depresivní porucha

- v kterémkoliv okamžiku ve světě trpí 340 milionů lidí depresí)
- celoživotní prevalence deprese 16%, vyšší u žen (10 - 25%) než u mužů (5-12%).

Bipolární porucha

- celoživotní prevalence 1-2%
- 10-20% všech poruch nálady

Etiopatogeneza

Biologické faktory.

- nedostatek monoaminů (noradrenalin, dopamin a serotonin)
- přesun zájmu na oblasti monoaminy řízené (frontální kortex, hippokampus/amygdala a bazální ganglia), deprese - dysfunkce mozkových okruhů modulovaných monoaminovými systémy
- Dění za membránou –vliv na molekulární úrovni
- endokrinologické poruchy (hlavně narušení osy hypotalamus – hypofýza a nadledviny), narušení imunity, alteraci cirkadiálních rytmů

Etiopatogeneza

Genetické faktory

- výraznější u bipolární poruchy (maniodepresivní psychózy dle starší klasifikace)
- genetická komponenta významná - studie rodinné, adopční, dvojčecí studie

Psychosociální faktory

- životní události hrají roli hlavně v iniciální fázi onemocnění, při opakovaných epizodách nebývá jejich podíl tak zřejmý.

Jednotlivé formy a jejich klinický obraz

- **MSKN 10** zohledňuje **příčinu** (primární vs sekundární), **polaritu** (bipolární vs unipolární), intenzitu (lehká, střední, těžká), **přítomnost psychotické symptomatologie** (mánie a deprese s psychotickými rysy) a **délku** trvání (bipolární porucha vs cyklotymie, depresivní porucha vs dysthymie).
- **Sekundární porucha nálady** se vyskytuje na bázi abusu návykových látek nebo organického postižení CNS.
- platná klasifikace MSKN 10 neužívá pojmy reaktivní a endogenní deprese, protože nedokážeme určit podíl jednotlivých faktorů

Jednotlivé formy a jejich klinický obraz

Z klinického hlediska důležité dělení depresivní prouchy dle intenzity (vychází z počtu přítomných příznaků a dopadu na fungování jedince)

- **lehká (mírná)**
- **středně těžká**
- **těžká deprese**
- **těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky**

Klinické formy a jejich projevy

- **F 30** manická epizoda
- **F 31** bipolární afektivní porucha
- **F 32** depresivní porucha
- **F 33** rekurentní depresivní porucha
- **F 34** trvalé poruchy nálady – cyklothymie a dysthymie

Klinické projevy a jejich projevy

F 30 Manická epizoda

Hypománie

- nadnesenou náladou ≥ 4 po sobě jdoucí dny
- zvýšenou energií a aktivitou
- pocit vysoké fyzické a duševní výkonnosti

Mánie

- zvýšená nálada až vzrušení (>1 týden)
- myšlenkový trysk
- zvýšené sebevědomí, velikášství
- ztráta sociálních zábrán s důsledkem riskantního jednání (utrácení, abúzus alkoholu, promiskuita)

Mánie s psychotickými příznaky

- bludy a halucinace kongruentní s náladou

Klinické formy a jejich projevy

F 31 Bipolární efektivní porucha

- střídání epizod manických depresivních a nebo smíšených
- deprese převažuje (3x déle v depresi než v mánii)
- přetrvávající symptomy spojeny s recidivami
- opožděné zahájení léčby stabilizátory spojeno se zvýšeným počtem rehospitalizací a suicidálních
- častá sociální, rodinná a pracovní dysfunkce (vysoký rozdíl mezi dosaženým vzděláním a postavením), polovina nezaměstnaných
- stresové životní události mohou vyprovokovat relaps

Klinické formy a jejich projevy

Depresivní porucha

- jedna epizoda - depresivní epizoda
- epizody se opakují – rekurentní depresivní porucha (riziko rekurence zhruba 50%)
- současná epizoda mírná, středně těžká, těžká nebo s psychotickými rysy, v remisi, bez nebo se somatickým syndromem
- somatický syndrom (odpovídající endogenní depresi v předchozí klasifikaci) : 1. ztráta zájmu a hedonie, 2. nedostatek emočních reakcí, 3. ranní probouzení, 4. ranní pessimismus, 5. porucha psychomotoriky (retardace či agitovanost), 6. ztráta chuti k jídlu, 7. úbytek hmotnosti , 8. ztráta libida

Klinické formy a jejich projevy

Depresivní porucha - základní příznaky:

- depresivní nálada abnormní vzhledem k jedinci, \geq 2 týdny
- ztráta zájmu nebo prožitku radosti

Další příznaky

- ztráta sebedůvěry, výčitky
- sebevražedné úvahy a jednání
- nesoustředivost, nerozhodnost
- útlum nebo agitovanost
- poruchy spánku a chuti k jídlu (nejčastěji nespavost a nechutenství s odpovídající váhovou odezvou)

Klinické formy a jejich projevy

F 34 Trvalé poruchy nálady (poruchy trvající >2 roky)

Cyclothymie

- nestabilní nálada zahrnující deprese a hypománie, nejsou dostatečně závažné aby splňovaly kritéria pro manickou nebo depresivní epizodu

Dystymie

- trvalé nebo opakující se depresivní nálady, které nejsou dostatečně závažné, aby splňovaly kritéria pro depresivní poruchu

Diagnostika

Lékař musí na možnost deprese myslet

- nemocní si často stěžují na únavu, ztrátu energie, vágní somatické příznaky
- neléčená deprese spojena s vysokou utilizací lékařské péče, neschopností a špatným dodržováním léčby
- prům. 10% osob, které navštívily praktického lékaře, příznaky depresivní poruchy, deprese skryta za somatickými potížemi
- často předepisovány trankvilizéry, analgetika, pátrá se po organických příčinách
- deprese přítomna u řady somatických onemocnění

Léčba

Léčebné možnosti zahrnují:

1. psychoterapii,
 2. antidepresiva,
 3. elektrokonvulzivní léčbu
- **základní kritérium volby - intenzita deprese**
 - **mírné deprese** - *psychoterapie (kognitivně-behaviorální nebo interpersonální),*
 - **těžší deprese** - *antidepresiva, elektrokonvulze*
 - **psychotická deprese** – *antipsychotika*
 - **v rámci první pomoci (agitovanost, suicidální pohotovost)** - *benzodiazepiny nebo antipsychotika*

Léčba nefarmakologická

Psychoterapie:

- důležitá součástí léčby
- učí, jak zacházet s příznaky a problémy, trénuje dovednosti, které mohou zabránit nové epizodě
- pomáhá řešit i další problémy v životě (konflikty v interpersonálních vztazích atd)
- samotná psychoterapie účinná u lehčích forem onemocnění
- kombinace psychoterapie s antidepresivy nejúčinnější (léky kontrolují příznaky, psychoterapie pomáhá porozumět co se s člověkem v nemoci děje)

Léčba nefarmakologická

Kognitivně – behaviorální psychoterapie

- identifikuje a opravuje kognitivně zkreslené myšlenky
- behaviorální složka - techniky založené na teorii učení (nácvik sebeovládání, asertivity, řešení problémů), využívá pozitivní posilování, „otuzování“ (expozice zátěži, desenzibilizace)

Interpersonální psychoterapie

- Cíl - objasnění a vyřešení problémů role dotyčného, jeho sociální izolace

Manželská terapie

- manželské konflikty či neutěšená situace často stresující vlivy na pozadí rozvoje deprese a podílejí se na rekurenci poruchy