

Psychosomatika

MUDr.,PhDr. 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 psychologíí 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

- William Harvey – vliv emocí na srdeční činnost
- Johann Christian 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

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

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 Stres 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, „otuzuje 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 parasimpatikus
- 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 -zastašení 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, vřískání
- 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

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

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
- Dědičnost – vliv na molekulární úrovni
- endokrinní 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 energii 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, ≥ 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

Kardiovaskulární choroby

- ICHS
 - Akutní formy :
 - AIM
 - NAP
 - Chronické formy
 - Námahová AP
 - Stavy po AIM
 - Chron.srdeční selhávání

Rizikové faktory (RF KVCH)

- Biologické
 - Metabolický syndrom X
 - Věk
 - Mužské pohlaví
 - Genetická zátěž

RF KVCH

- Psychosociální
- Sociálně - deprivující faktory (sociálně – ekonomický status, příslušnost k určité vrstvě apod.)
- Emocionální a osobnostní faktory (Alexandrova hypertenzní osobnost, hostilita, anxieta, depresivita, insuficientní soc. opora apod.)
- Faktory související s pracovním procesem (vedoucí pozice apod.)

Rizikové typy osobnosti KVCH

- Friedman a Rosenman přišli v 70.letech se studií, která prokázala vliv určitého stylu chování na vznik typického onemocnění pro daný typ osobnosti.
- Daná charakteristika chování se nejvíce projevuje pod působením stresoru

Rizikové typy osobnosti KVCH

- **Osoba typu A** se vyznačuje:
- charakteristickými výrazovými projevy v chování (rychlost pohybů, neklid)
- vysokou úrovní vnitřního úsilí a ctižádostivosti
- přítomností agresivních a hostilných pocitů (mnoho soutěžení, snaha být vždy první)
- intenzitou pocitů časové naléhavosti (stálý spěch, úzkostlivé šetření s časem)
- => inklinuje ke kardiovaskulárním onemocněním

Rizikové typy osobnosti KVCH

- **Osoba typu D (distressed personality)**
 - Potlačení projevovaných emocí
 - Negativní emoce, deprese
 - Chronická tenze
 - Hostilita
 - Iritabilita
 - Špatná sociální podpora, sociální izolace
 - Snížené sebehodnocení
 - Životní nespokojenost, snížená QOL,
 - Zvýšená kardiovaskulární mortalita a morbidita

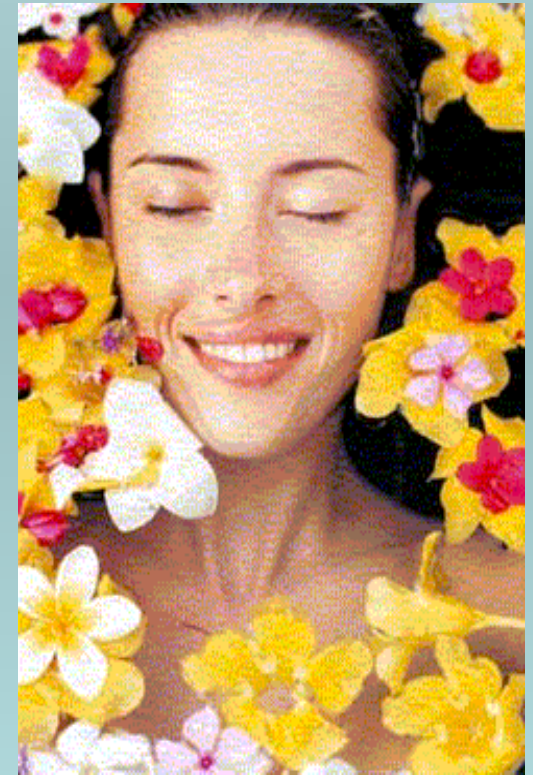
Salutoprotektivní faktory KVCH

Hardiness (Kobasová) – osobnostní odolnost, nejvýznamnější účinek

- Control
- Commitment
- Challenge

U osob s vysokou hardiness je riziko AIM 7x nižší (Šolcová, Kebza, 1996)

Sence of coherence (SOC)(Antonovský)



Salutoprotektivní faktory KVCH

Sence of coherence (SOC)(Antonovský)

Comprehensibility

Manageability

Meaningfulness

Hodnocení :

Hardiness - PVS

Sence of coherence - SOC

Transplantace srdce HTx

- Srdeční selhání
 - IM, hypertenze, DKMP
 - Jednoroční mortalita je 40%
- Indikací je :
 - Irreverzibilní srdeční selhání, vyčerpaná farmakologie a chir. výkony, vyloučené kontraindikace , zaručená spolupráce pacienta

Kontraindikací je:

Psychosociální nestabilita, abúzus alkoholu nebo drog

Psychosociální faktory predikující úspěšnou transplantaci

- Možnost emocionální exprese a abreakce
- Adekvátní sebekontrola a sebedisciplína
- Dobrá frustrační tolerance stresu
- Dobrý stresový coping
- Emoční stabilita
- Nízká hladina agresivity a hostility
- Ochota ke spolupráci
- Dobrá sociální podpora partnera a rodiny
- Psychosociální stabilita rodiny
- Dobrá adaptabilita

Nejčastější stresory v období čekání na HTx

- Nutnost transplantace
- Symptomy srdečního selhávání
- Terminální stádium onemocnění
- Hospitalizace, separace od rodiny
- Znepokojení , strach rodiny
- Závislost na pomoci ostatních
- Nejasná budoucnost
- Ztráta energie, vyčerpání
- Strach z výsledků transplantace a ztráta kontroly
- Čekání na dárce více než 1 měsíc

Kvalita života po HTx

- Psychosociální faktory limitující QOL
 - Anxiozita
 - Depresivita
 - Iritabilita
 - Hostilita
 - Adaptabilita
 - Úroveň stresu
 - Sociální podpora
 - Neefektivní coping
- Na zhoršení QOL po HTx se podílejí psychosociální faktory v 50% (do 3 roků je podíl největší)

Psychosomatika kožních onemocnění

- Psychodermatologie 1999
- Mozková kůra – autonomní nervový systém – kožní receptory - oboustranná komunikace
- Funkce kůže :
- Komunikační orgán (taktilní deprivace) – největší smyslový orgán
- Ochrana před mechanickými, bakteriálními vlivy
- Ochrana před UV zářením a termoregulace
- Zásobárna cukru, tuku, soli, vitamínů
- Hospodaření s vodou
- Vylučovací orgán

Psychosomatika kožních onemocnění

- Alopecia areata
- Suchost a olupování kůže
- Pruritus , chronická bolest
 - **Problém chronifikace onemocnění (deprese, úzkostná porucha, psychóza, hypochondrická, obsedantně-kompulsivní osobnost., sebepoškozování, kontaktní iritační dermatitida)**

Acne vulgaris

Psychosomatické vztahy :

Danzer(2001) –

- Stres (adrenální steroidy)
- Napětí
- Únava
- Stažení do sebe
- Osamělost
- Strach z kontaktu
- Deprese + isotretinoin

Eczema topicum

- *Psychosomatické vztahy:*
- Hyperprotektivní výchova a vazba na matku
- Obermayer a Borneli :
- Napětí, popudivost
- Špatná komunikativnost
- Přebujelá fantazie
- Slabá vůle a neschopnost prosadit se
- Úzkost, depresivita

Psychosomatika kožních onemocnění

- Chronický idiopatický pruritus
 - *Podprahové dráždění receptorů bolesti*
 - *Primárně psychogenní*
 - *Fantomový pruritus*
 - *Pruritus sine pruritus*
 - Játra, ledviny, endokrinní poruchy, nádorová onemocnění, toxicita léků, sklerosis multiplex, parazitární onemocnění, viry apod.
 - Nadměrná hygiena, pruritus senilis, kožní onemocnění
 - Prvotní příznak deprese

Psychosomatika kožních onemocnění

- Studie s histaminem- psychické trauma snižuje práh pro svědění
- Přímá korelace mezi stupněm svědění a depresivní symptomatologií (Gupta et al. ,1994)
- Terapie : antidepressiva (hlavně tricyklická, KBT)
 - Cílem je zabránění lichen simplex chronicus


Psychosomatika kožních onemocnění

- Psychogenní exkoriace (dermatotillomania)
 - Deprese, úzkost, OSD
- Trichotilomanie
 - Úzkostné poruchy, poruchy nálady, závislosti na návykových látkách, poruchy příjmu potravy, poruchy osobnosti- histrionská, hraniční, anankastická, vyhýbavá, závislá
- Předstíraná dermatitida
 - Faktitivní porucha (nevědomé usilování o roli nemocného bez ekonomické motivace)
 - Psychosociální stres, nevědomé volání o pomoc ke zdravotníkům

Psychosomatika kožních chorob

- Arima, M., Shimizu, Y., Sowa, J.: Psychosomatic analysis of topic dermatitis using a psychological test. J. Dermatolog. Mar, 32, (3), 2005
- Gieler, U., Niemeier, V.: Psychosomatic dermatology in Germany . 52(2), 104- 110, 2001
- Hegyi, E., Stodola, I.: dermatovenerologia v praxi. Osveta, 1987
- Panconesi, E.: Psychosomatic factors in dermatology. Dermatolog. Clin., 23(4), 629- 633, 2005
- Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J.: Psychosomatická medicína. Avicenum, 1993
- Danzer, G.: Psychomatika. Portál, 2001

Kvalita života - úvod

- Multidimenzionální a subjektivní charakter
- Neexistuje jednotná definice
- Je vymezena účelem měření , v určitém kontextu projektu
- Hledání faktorů a jejich interakcí  kvalita života
- 50. léta USA (J.F. Kennedy)
- 1968 v Evropě (Švýcarsko – nevládní org.)
- Definice zdraví WHO

Filozofická reflexe pojmu kvality života

- Zdraví , nemoc, kvalita života - obsahují všechny filozofické systémy
- **Sofisté** – pohled zaměřený na člověka
- **Demokritos** – pocit subjektivní pohody. „Pocit štěstí nezáleží na tom, co se kolem nás děje, ale na našem postoji“.
- **Sokrates** – svědomí, morálka
- **Aristoteles** – „eudaimonia“ - „well - being“ .
Eudamonická teorie kvality života x hedonismus ,
Pro naplnění smyslu života je důležitá činnost.

Filozofická reflexe pojmu kvality života

Platon – 3 oblasti zacílení života :

- Dobro
- Krása
- Pravda

Stoická filosofie – kontext společenského dění, podvolení se řádu světa. „Když chceš, nemusíš být s ničím nespokojený“.

Epikuros – zbavit se strachu a mít radost ze života

Křesťanství – A. Aurelius, T. Akvinský

Psychosomatika onemocnění GIT

- ALEXANDER – „ BŘICHO NEJZVUČNĚJŠÍ REZONANČNÍ DESKA EMOCÍ „
- **Funkční poruchy GIT**
- Pestré symptomy bez poškození tkáně orgánů
- Jsou vyvolány psychogenně cestou vegetativního nervového systému
 - Příčiny:*
 - Nezvládnutý stres
 - Osobnostní charakteristiky
 - Hereditální vlivy

Funkční poruchy GIT

- Diarrhea
 - *Osobnostní charakteristiky* :
 - Pracovitost, usilovnost, svědomitost
 - Odpor k systematické práci
 - Neschopnost naplnit očekávané závazky i emoční
 - Převedení aktivity a rozhodování na druhé
- Obstipace
 - *Osobnostní charakteristiky* :
 - Emoční zdrženlivost, nedůvěra
 - Pesimismus, deprese, odmítání

Funkční poruchy GIT

- Syndrom dráždivého tračníku
 - *Osobnostní charakteristiky*
 - Neurastenie, obsedantně - kompulsivní symp.
 - Perfekcionismus, tvrdohlavost
 - Agresivita
 - Osobnost typu A – duodenální vřed
 - Strach ze závažného onemocnění a smrti
 - Interpersonální labilita
 - Kompenzace : workholismus

Peptická vředová choroba

Charakteristiky :

Periodicita, rytmicita, chronicita

– Slizniční defekt pod musc. mucosae, nadměrné vylučování kys. Kortiko-viscerální cesta

- 1. Vředová choroba – infekce H. pylori
- 2. Vředy sekundární – iatrogenní, popáleniny, polytraumata apod.

Příznaky a komplikace :

Bolest, perforace, penetrace, stenóza

Příznaky se projeví často po odeznění zátěžové situace

Peptická vředová choroba

- **Osobnostní charakteristiky:**
 - Závislost na dominantní osobě
 - Touha být milovaný a opatrovaný X kompenzace v zaměstnání
 - Frustrace, hněv, úzkost, závist
 - Neschopnost emoce vyjádřit !
 - „Touha po lásce je nevědomým psychologickým stimulem přímo spojeným s fyziologickými procesy vedoucími k ulceraci“(Alexander, 1992)

Peptická vředová choroba

- **Taylor** „osobnost se sklonem k nemocem“
- **Seligman** „naučený pesimismus“
- **Watson a Clark** „negativní afektivita“

Peptická vředová choroba

- 16 % psychická porucha
- 32% podprahový obraz psychické poruchy (Craig, 1989)
 - generalizovaná úzkostná porucha
 - vysoké skóre neuroticismu

Colitis ulceróza

- Chronické recidivující zánětlivé onemocnění tlustého střeva
- Výskyt mezi 20.- 40. rokem
- hemoragicko-purulentní až ulcerosní zánět postihující **výlučně** sliznici **konečníku a tlustého střeva**
- **Výskyt v průmyslových státech prudce roste**

Colitis ulcerosa

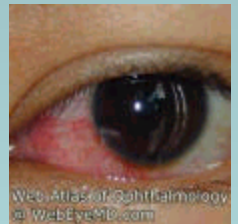
- Množství krve ve stolici je ukazatelem závažnosti stavu
- Parasimpatikus – kontrakce edém spasmy

Colitis ulceróza- celkové příznaky

- jen u těžkých forem onemocnění
Únava, slabost, hubnutí, subfebrilie až febrilie, poruchy výživy (hypoproteinemické edémy, sekundární anemie)
- u nejtěžších forem až septický stav, elektrolytový rozvrat, kachexie
- fulminantní průběh asi u 5% pacientů

Colitis ulceróza- extrakolické projevy

- kloubní projevy (hl. velké klouby dolních končetin)
- erythema nodosum
- oční změny (iridocyklitida, uveitida, episkleritida)
- sklerotizující cholangitida
- aftózní ulcerace dutiny ústní



Osobnostní charakteristiky:

1. Svědomitost, pořádkumilovnost
2. Vyhýbání se konfliktům
3. Snížená frustrační tolerance a přecitlivělost
4. Úzkostné stavy , zlost, nepřátelství, hořkost

Colitis ulcerosa

- Absolutní nedostatek longitudinálních studií !!!

Crohnova choroba

- autoimunitní onem., zánět postihuje celou trávicí trubici
- Chronický průběh s akutními vzplanutími
Mezi 20.- 30. rokem , s incidencí 7/100 000 obyv.(před 50 lety neznámé)
- genetická složka - polygenní dědičnost
- **střevní obstrukce**
- **píštěle**
- **extraintestinální komplikace:**
 - polyartralgie
 - seronegativní spondartritida (často HLA B 27 pozitivní)
 - iritis, uveitis
 - erythema nodosum

Crohnova choroba

- **Osobnostní charakteristiky :**
 - Závislost na hyperprotektivní výchově
 - Slabé Já
 - Emocionální nevýraznost
 - Neschopnost klást odpor a řešit problémy
 - Neuroticko-depresivní ladění
 - Potlačování agresivních impulsů a afektů
 - Problémové partnerské vztahy
 - Insuficientní sociální síť

GIT onemocnění



Psychosomatika respiračních onemocnění

- **Astma bronchiale - 5-15% obyv.**
 - Chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest s postižením IS (minitního systému) a KV(kardiovaskulárního systému):
 - Kontrakce bronchiálního svalstva
 - Otok sliznice
 - Produkce hlenu (vazkého, nelze vykašlat)
 - Klinické symptomy : od mírné dušnosti po status astmatikus

Psychosomatika respiračních onemocnění

- Vznik choroby má tři období max. výskytu:
 - Kolem 5. roku věku – vysoká pravděpodobnost chronicity, psychických poruch, tělesných deformit (hrudní koš, páteř, klesá tělesná zdatnost, výkonnost)
 - Mezi 25. – 30. rokem – disimulace, bagatelizace choroby
 - Kolem 50. roku - častá agravace zdrav. potíží

Psychosomatika astma bronchiale

- **Rizikové faktory:**
 - Faktory hostitele
 - Faktory prostředí
 - Faktory psychosociální
 - Faktory organické

Osobnostní charakteristiky:

Panický strach (nezávislý na závažnosti choroby),
anxieta , únava, vyčerpání, duševní napětí,závislost,
depresivita,neuroticismus,egocentrismus,podezíravost,
přecitlivělost,hostilita,těžce se vyrovnávají s frustracemi.

Psychosomatika astma bronchiale

- **Anxieta**
 - Významný perzistenční činitel (udržuje chronicitu)
 - Doprovázejí ji **vegetativní příznaky** :
 - Změny dýchání
 - Zvýšení TK
 - Bušení srdce
 - Zvýšené pocení
 - Sucho v ústech
 - Zvýšení noradrenalinu a kys. mléčné

Psychosomatika astma bronchiale

- Doprovázejí ji **psychické příznaky** a
 - Vyčerpanost
 - Duševní napětí
 - Nutkání k aktivitě a výkonu

Astmatičtí pacienti vykazují vyšší míru depresivity, anxiety a neuroticismu (Ritz, 2000)

Psychosomatika astma bronchiale

Recentní studie :

Vliv dominantního nebo nadměrně protektivního chování rodičů

Vliv zanedbávání psychosomatické výchovy dítěte

Korelace mezi stupněm emocionálního vyjadřování dítěte a snahou tyto projevy tlumit (Wood, Faleide, 1997)

Nedostatek mateřského chování, deprivace matky(Garner, Wenar, 1959, Block , 1966)

Sociální aktivity v rodině astmatika (Wikram, 1978)

Psychosomatika astma bronchiale

- Studium osobnostních rysů se vztahem k vývoji astma bronchiale (Huovien, 2000)
- Závěr : nelze vytipovat osobnostní rys, který by měl užší vztah k vývoji astmatu.
- Rys extravertze u žen má k vývoji astmatu úzký vztah
- Rizikovým faktorem u dětí je introvertze
- Rodinná atmosféra (sociální prostředí v rodině) hraje významnější roli nežli rysy osobnosti

Psychosomatika astma bronchiale

- **TAK HOVOŘÍ TĚLO : Christiansen (1963)** - studie zaměřená na vztah mezi posturologií a dýcháním
- postavení hrudníku určuje dýchání

Doporučená literatura

- Špičák, V., Vondra, V.: Asthma bronchiale v dětství a v dospělosti. Avicenum, Praha, 1988
- Špičák, V., Panzer, P.: Alergologie. Galen, Praha, 2004
- Špičák, V.: Globální strategie péče o astma a jeho prevenci. Česká iniciativa pro astma. Praha, 2003
- Pružinec, P.: Moja alergia. Bratislava. Bonus. 2002
- Ritz, T., Steptoe, A.: Emotions and stress increase respiratory resistance in asthma, Psychosom. Med., 62, 3, 401-412, 2000.
- Los, J.: Psychogénne faktory astmatu. Škola astmy. Medifórum, 1994.
- Kašák, V.: Asthma bronchiale. Maxdorf. Praha. 2007
- Musil, J., Petřík, F.: Pneumologie. Karolinum. Praha. 2005

Psychosomatika

revmatologických onemocnění

- Young (1995) :
- Zánětlivá revmatologická onemocnění
 - RA
 - Spondartritidy (Ankylosující spondylitida - Morbus Bechtěrev) a reaktivní artritidy (předcházel zánět)
 - Kolagenózy (, sklerodermie, dermato-/polymyositis, smíšené kolagenové onemocnění)
 - Primární vaskulitidy (Panarteritis nodosa)

Revmatická onemocnění

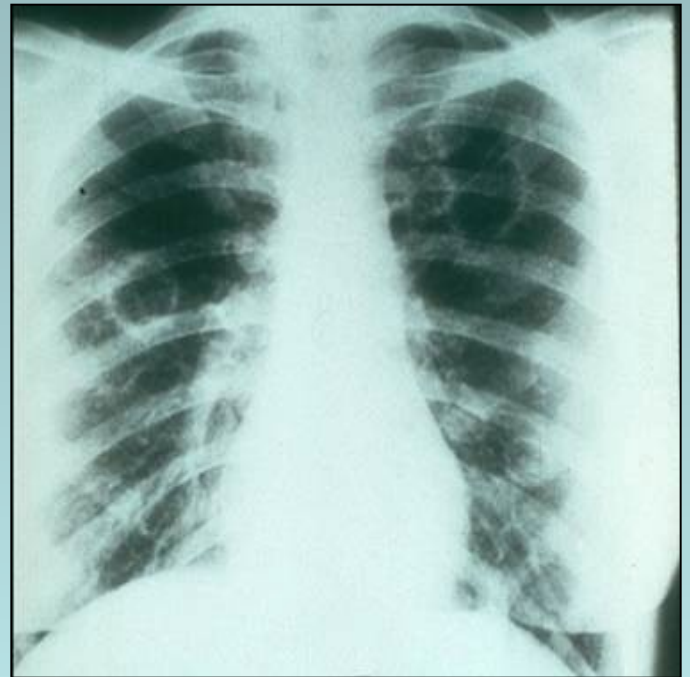
- Mimokloubní revmatická onemocnění
 - Např. fibromyalgie, bursitis, polymyalgia revmatika, syndrom karpálního tunelu

Fibromyalgie

- Revmatické onemocnění měkkých tkání
- Bolesti celého pohybového aparátu, tender points , bolesti hlavy, střevní a močové potíže, únava.
- Vysoký výskyt (až $\frac{3}{4}$) frustrací, stresu v čase vzniku nebo zhoršení choroby (Heřmánek, 1994).

Psychosomatika - revmatoidní artritida (RA)

- RA - chronická polyartritida
 - symetrické zánětlivé poškození kloubů, krční páteře, proliferace synoviálních bb, eroze chrupavek, kostí a poškození cév vedoucí k reverzibilním změnám a k invaliditě.
 - začátek – plíživý, subfebrilie, únava, nechutenství, noční a ranní bolesti kloubů, ztuhlost- neschopnost ohnout drobné ruční klouby(až několik hodin)
 - 1% populace, 35.- 55. rokem věku, ženy 3x častěji
 - genetika, autoimunologie
 - hodnocení funkce, aktivity, reversibility, systémových příznaků a mimokloubních projevů, komplikací



Revmatoidní artritida

- Průběh onemocnění :
- 1. monocyklický typ (méně než 20%)
 - Jeden cyklus onemocnění je následovaný remisí v délce 1 rok
- 2. polycyklický typ (70%)
 - Pozvolný progresivní průběh s epizodami různě dlouho trvajících inkompletních remisí
- 3. progredující typ (10%)
 - Maligní průběh, rychlý vývoj destrukcí kloubů

Revmatoidní artritida

- **V roce 1988 byla Americkou revmatologickou společností vypracována v současnosti používaná dg. kritéria :**
 - 1. ranní ztuhlost –trvající alespoň 1 hodinu
 - 2. artritida (zánět) 3 a více kloubů (alespoň 1 oblast se týká ručních kloubů)
 - 3. symetrické postižení kloubů
 - 4. revmatoidní uzly
 - 5. RTG (rentgenové) změny
 - 6. průkaz patologických hladin RF(revmatoidních faktorů)

Revmatoidní artritida

- Stádia RA podle anatomického postižení a RTG obrazu (Steinbrocker):
- Stadium I – změny pouze v měkkých částech, žádné RTG destrukce
- Stadium II – osteoporóza, bez deformit kloubů, pohybové omezení, svalová atrofie
- Stadium III – destrukce chrupavky a kosti, deformity, svalové atrofie velkého rozsahu, mimokloubní změny
- Stadium IV – změny st.III + kostěná ankyulóza (ztuhlost)
-

Lehké formy RA

- zřídka recidivující, s trvalou lehkou poruchou funkce několika kloubů, funkční postižení je minimální – 30%
- v remisi, bez výraznějších známek aktivity (DAS – disease activity score- menší než 2,6)
- pokles pracovní schopnosti 10-15 %

Středně těžké formy RA

- Funkční postižení střední až výraznější - 60%
- Porucha funkce horních a/nebo dolních končetin. Některé denní aktivity omezeny, nutnost používání pomůcek
- Přítomny deformity a kloubní deformace, svalové atrofie, šlachové problémy
- Aktivita zpravidla střední až vysoká (DAS > 3,2). Trvalá rentgenová progrese
- Pokles pracovní schopnosti 40-60 %

Těžké formy RA

- Těžká porucha funkce , těžké snížení celkové výkonnosti, omezení denních aktivit, používání asistenčních pomůcek, závislost na pomoci dalších lidí – 10%
- Destrukce a deformity kloubů, komplikace (nekrózy, subluxace, ankylózy, destrukce). Výrazná rentgenová progrese. Aktivita vysoká (DAS > 5,1).
- Pokles pracovní schopnosti alespoň 70%.

Pomalou progredující formy RA

- Lehká až střední porucha funkce
- Některé denní aktivity vykonávány s využitím kompenzačních prostředků.
- Aktivita trvale nízká (DAS < 3,2) jen občasná vzplanutí možná
- Bez orgánového poškození a systémových projevů, rentgenová progrese minimální
- Pokles pracovní schopnosti 20-35 %

Psychosomatika revmatických onemocnění

- **Premorbidní osobnostní struktura**
 - Poruchy adaptability
 - Neurotické poruchy
 - Ztráta sebedůvěry a útěk do snů
 - Potlačovaná hostilita , potlačované neg.emoce
 - Obsedantní rysy

Psychosomatika revmatických onemocnění

- Spouštěcí faktory
 - Odloučení od klíčové osoby
 - Chronický stres
 - Introverze
 - Závislost
 - Subjektivní prožívání a hodnocení emočních vlivů (Heřmánek, 1982)

Psychosomatika revmatických onemocnění

- Psychoreaktivní syndromy – astenické
 - Deprese
 - Vědomí závislosti, méněcennosti
 - Strach, úzkost, vtíravé myšlenky – 50-70%
 - Denní snění
 - Neklid, agresivita
 - Emoční labilita
 - Sebeopozorování, pasivita, hypochondrie

Doporučená literatura

- Trnavský,K.: Léčebná péče v revmatologii.Praha. Grada. 1993
- Heřmánek,S.: Psychosomatické vztahy při reumatických chorobách. Rheumatológia,8,251-260.
- Pavelková,A.: Revmatoidní artritida.Maxdorf. Praha.2009
- Bečvář,R.,Vencovský.,Němec.: Doporučení české revmatologické společnosti pro léčbu revmatoidní artritidy. Vnitřní lék.2008.,54,84- 99
- Pavelka,K.,Bečvář,R.: revmatoidní artritida- Standardní postupy.Čes.revmatol.,1999,7: 4-8

Motto:

- „Centrální teze u těchto onemocnění (psychosomatických) zní: mnoho našich tělesných a psychických chorob vzniká, když se na delší dobu odmlčíme a nerealizujeme náš život v řeči a vztazích. O čem není možno mluvit, tím se musí onemocnět!“

Gerhard Danzer