

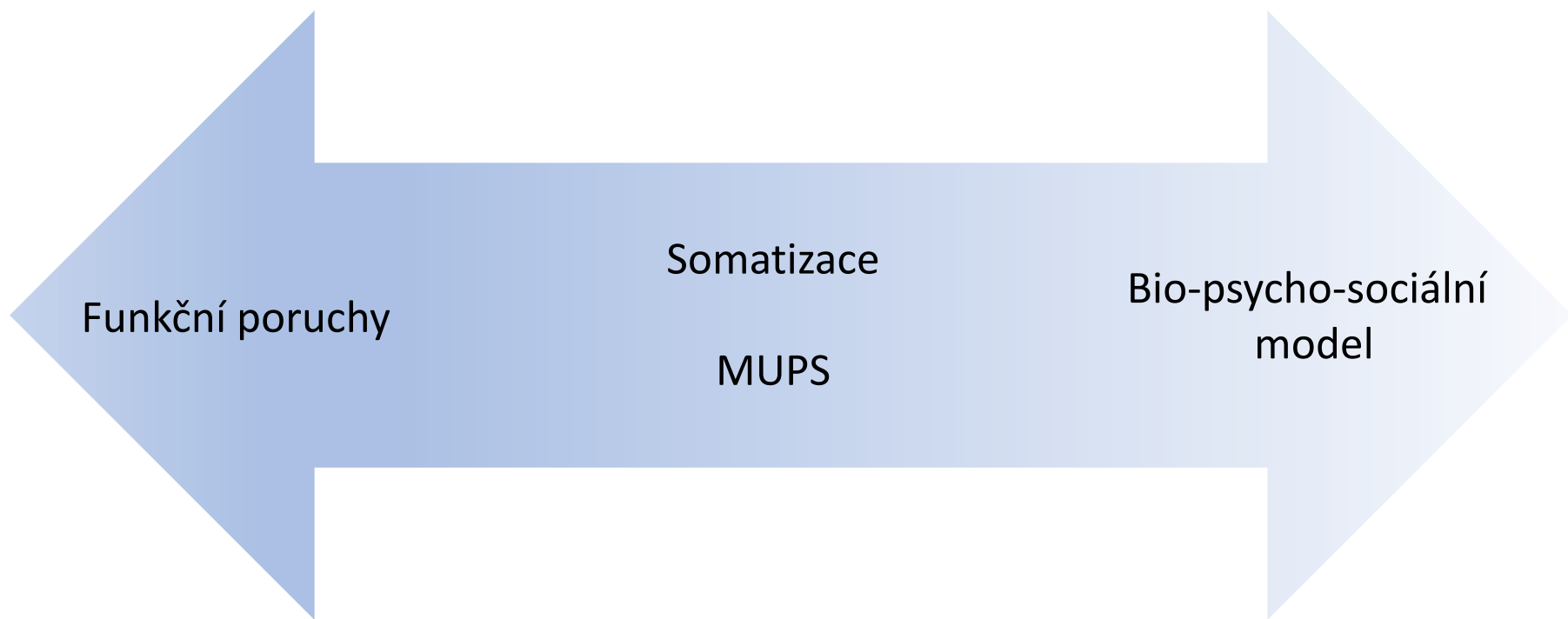


Psychosomatika a psychoterapie

Tomáš Řiháček

PSYb2620 Základy klinické
psychologie a psychologie zdraví

Různě široká pojetí psychosomatiky

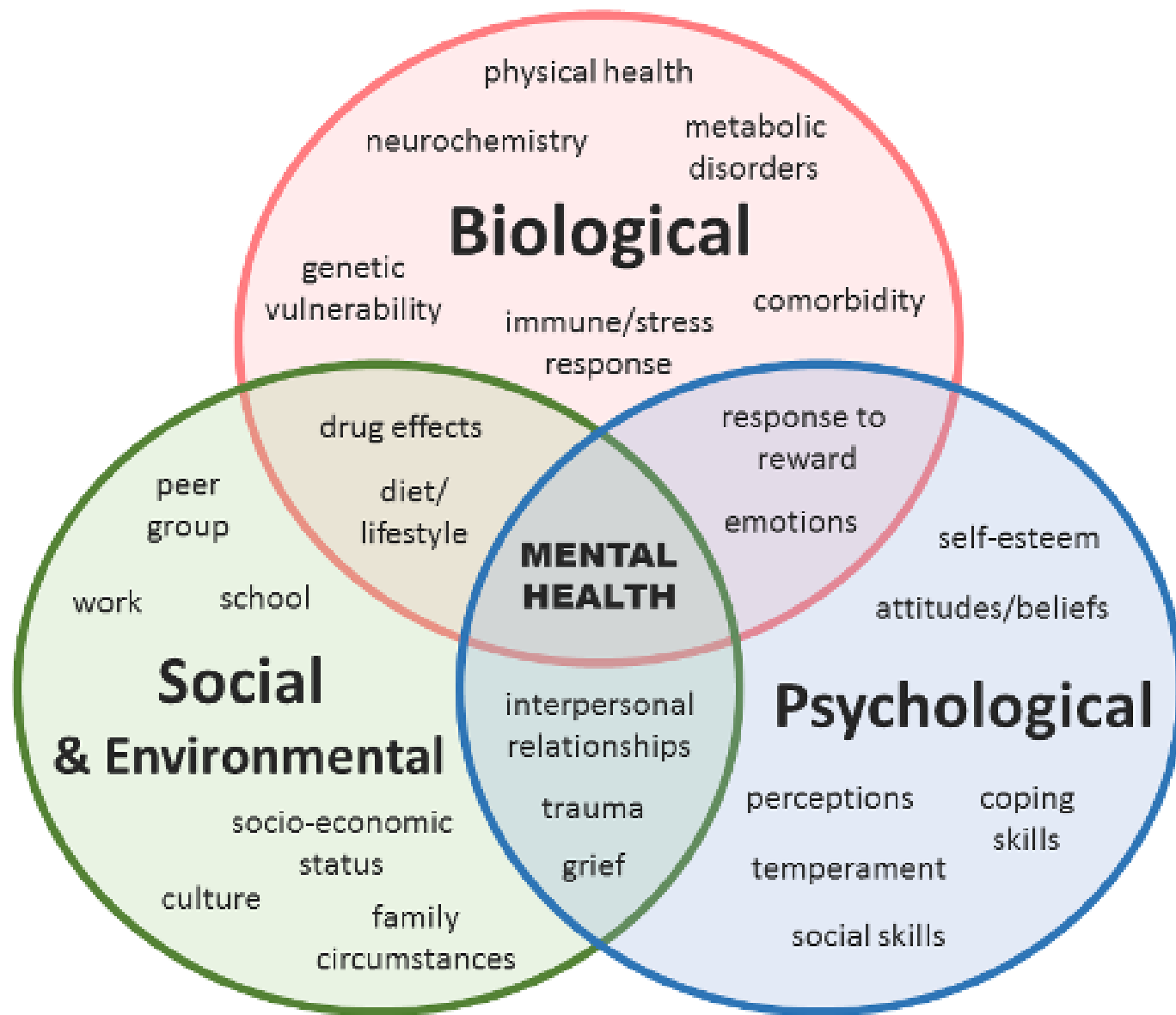


Úzké pojetí: FUNKČNÍ PORUCHY

- Somatickou medicínou uznávané poruchy, které nejsou spojeny se strukturálními změnami organismu.
- Příklady:
 - Syndrom dráždivého střeva (K58)
 - Fibromyalgie (M79.7)
 - Chronický únavový syndrom (G93.3)
- Termín *functional somatic syndromes* (FSS) zavedli Barsky a Borus (1999)
- Psychologické faktory hrají důležitou roli při vzniku a vývoji těchto potíží (např. Henningsen et al., 2018)

Široké pojetí: BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ MODEL

- Hranice mezi zdravím a nemocí není jen otázka biologická, zahrnuje také kulturní, sociální a psychologické aspekty (Engel, 1977)
- Každá nemoc, ať tělesná nebo duševní, má svou biologickou, psychologickou i sociální (a kulturní) stránku, které spolu vzájemně interagují
- Příklad:
 - Placebo efekt: *„placebo reakce ať na podanou inertní látku imitující lék, či „sham“ neboli neuskutečněný postup, který je jako léčivý očekáván, není „pouhou sugescí“, ale je vyvoláván několika různými mechanismy a vypovídá mimo jiné o samouzdravných schopnostech organismu v určitém mezilidském a kulturním kontextu“* (Honzák, 2016)



Někde mezi: MUPS, SOMATIZACE

- Z pohledu somatické medicíny:
 - Chybí pozitivní nález, kterým by bylo možno příznaky vysvětlit: **medicínsky nevysvětlené somatické symptomy** (MUPS, MUSS, MUS)
- Z pohledu psychiatrie:
 - Předpokládá psychogenní etiologii: tělesné příznaky jsou produktem **somatizace**
- V literatuře se lze setkat s celou řadou částečně se překrývajících termínů

Psychiatrická terminologie

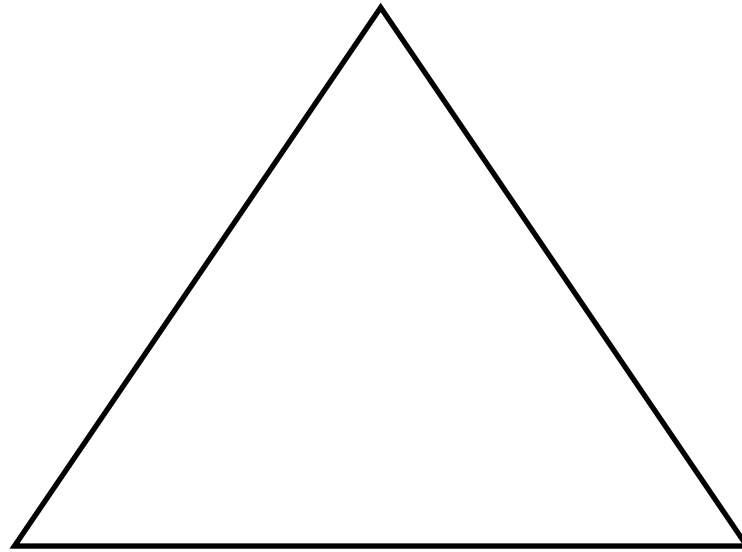
- MKN-10, DSM-IV-TR
 - **Somatoformní poruchy** (mezi klasifikacemi existují rozdíly, např. v DSM-IV-TR je zde zahrnuta konverzní porucha, v MKN-10 je řazena mezi disociační poruchy)
 - Somatizační porucha, hypochondrická porucha, somatoformní vegetativní dysfunkce, somatoformní bolestivá porucha
- DSM-5
 - **Somatic symptom disorder (SSD)**: Nadměrná, nepřiměřená či maladaptivní reakce na jeden či více tělesných symptomů jakékoli etiologie, která vede výraznému distresu či postižení
- MKN-11
 - **Bodily distress disorder (BDD)**: podobné jako SSD, ale navíc nevyklučuje ani souběžnou depresi či úzkost (Dimmock & Chapman, 2018)

Aby toho nebylo málo

- **Somatizační porucha** na jedné straně má příliš přísná dg. kritéria (2 roky, 6+ různých příznaků) a **MUPS** na druhé straně jsou příliš vágní, proto řada autorů navrhla vlastní koncepty, které se liší dg. kritérii (srovnání viz Voigt et al., 2010; Dimmock & Chapman, 2018)
- Příklady:
 - Abridged somatization disorder (Escobar et al., 1998)
 - Multisomatoform disorder (Kroenke et al., 1997)
 - Physical symptom disorder (Kroenke, 2006)
 - Complex somatic symptom disorder (Dimsdale & Creed, 2009)
 - Bodily distress syndrome (Fink et al., 2007)

*Pocítuje pacient tělesné příznaky?
Ovlivňují tyto příznaky jeho kvalitu
života, sociální fungování?*

Přítomnost symptomů



Medicínská (ne)vysvětlitelnost

*Byla nalezena příčina tělesná
(„objektivní“) příčina?
Lze příznaky vysvětlit některým
somatickým či duševním
onemocněním?*

Postoj klienta k symptomům

*Obává se pacient nadměrně svých
symptomů?
Dokáže přijmout jejich existenci?*

Problém (ne)vysvětlenosti

- MUPS jsou z podstaty negativní kategorií, nelze je s konečnou platností potvrdit, ale pouze vyvrátit pozitivním diagnostickým nálezem
- Status „ne/vysvětlenosti“ se může měnit v čase
 - Německá studie ukázala, že 20 % MUS se v průběhu 12 měsíců změnilo v MES a 50 % MES se v tomto období naopak změnilo na MUS (Klaus et al., 2013)
 - Nevysvětlený symptom tedy může být časem vysvětlen, ale i existující vysvětlení se může ukázat jako nespolehlivé
- MUS a MES jsou z hlediska jejich stability v čase a tendence ke zhoršení srovnatelné (Klaus et al., 2013; Kostolanská & Řiháček, 2021)
- Je tedy otázkou, nakolik má toto rozlišování smysl
 - Persistentní somatické symptomy (Löwe et al., 2022)

Prevalence MUPS v populaci

- Odhady se značně liší v závislosti na zvoleném kritériu, populaci atd.
- Bodová prevalence v primární péči – výsledky metaanalýzy (Haller et al., 2015)
 - Somatizační porucha podle MKN-10: **4,7%** [3,6%; 5,8%]
 - MUPS (alespoň 1 symptom): **40,2%** [0,9%; 79,4%]
- V našem prostředí (Kostolanská & Řiháček, 2021) – prevalence MUPS (alespoň 1 symptom, >6 měsíců), příležitostný vzorek obecné populace
 - Celý vzorek: **37,3%** [33,3%; 41,3%]
 - Ženy: **42,3%** [37,3%; 47,3%]
 - Muži: **27,0%** [20,5%; 33,5%]

Symptom	Četnost (n)	Četnost (%)
03) bolest zad	42	7,7%
01) bolest hlavy	31	5,6%
50) nepravidelná menstruace	20	5,4%
04) bolest kloubů	29	5,3%
49) bolestivá menstruace	19	5,1%
02) bolest břicha	26	4,7%
53) neobvyklý nebo silnější vaginální výtok	17	4,6%
05) bolest v nohou nebo rukách	25	4,6%
11) nadýmání	21	3,8%
33) nepříjemný pocit v intimních partiích, nebo v jejich okolí	20	3,6%
51) silné krvácení během menstruace	13	3,5%
30) neobvyklá únava po mírné zátěži	19	3,5%
41) nepříjemný pocit brnění	17	3,1%
26) nadměrné pocení	16	2,9%
31) skvrny na kůži nebo změny zbarvení kůže	16	2,9%
46) ztráta paměti	15	2,7%
12) nepříjemný pocit v oblasti kolem srdce	14	2,6%
16) přecitlivělost na některá jídla	13	2,4%
20) častý průjem	13	2,4%
24) bušení srdce	13	2,4%
08) bolest během sexuálního styku	11	2,0%



Psychologické modely
MUPS

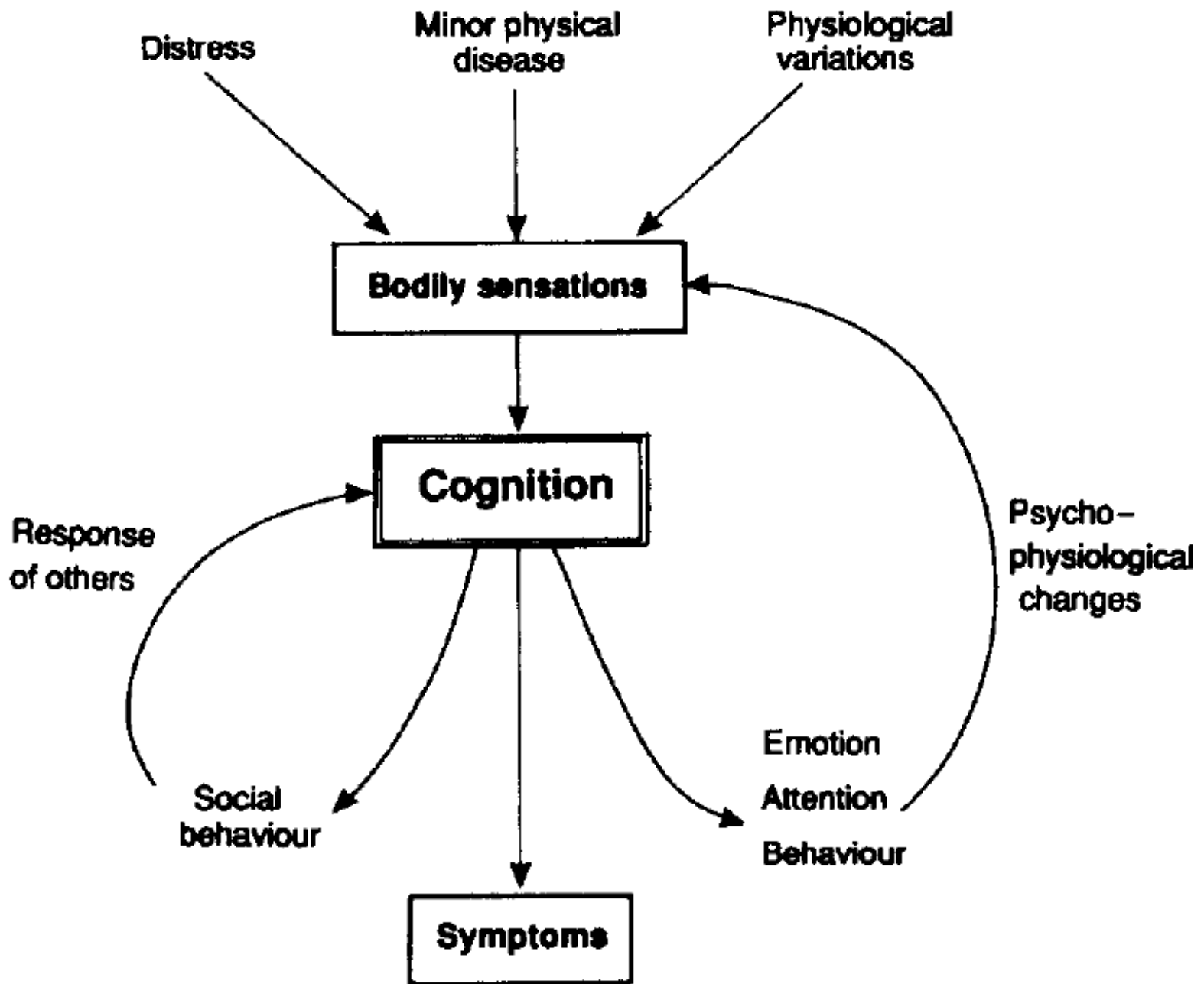
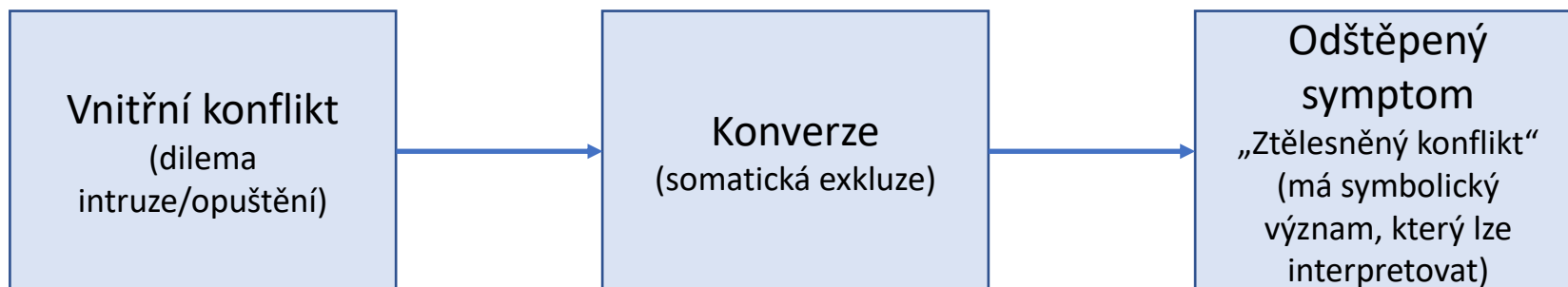


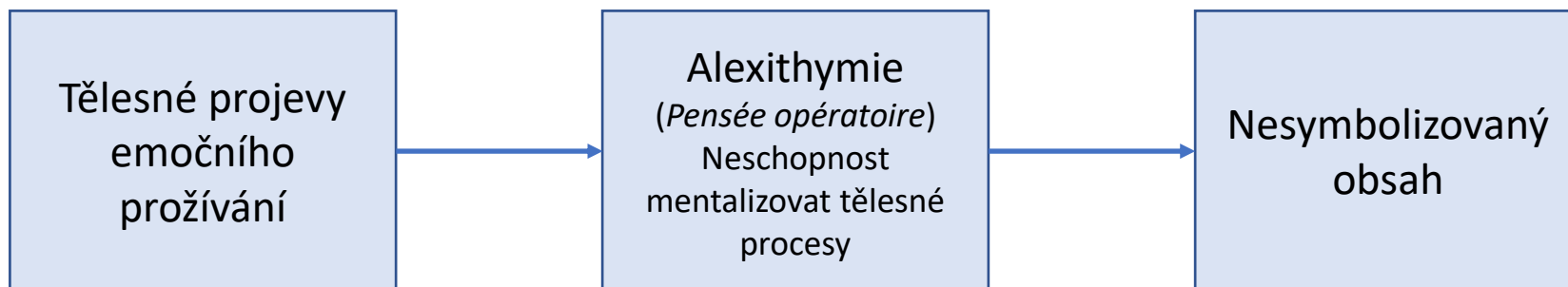
FIG. 1. The cognitive-behavioural model of FSS.

Psychodynamické modely

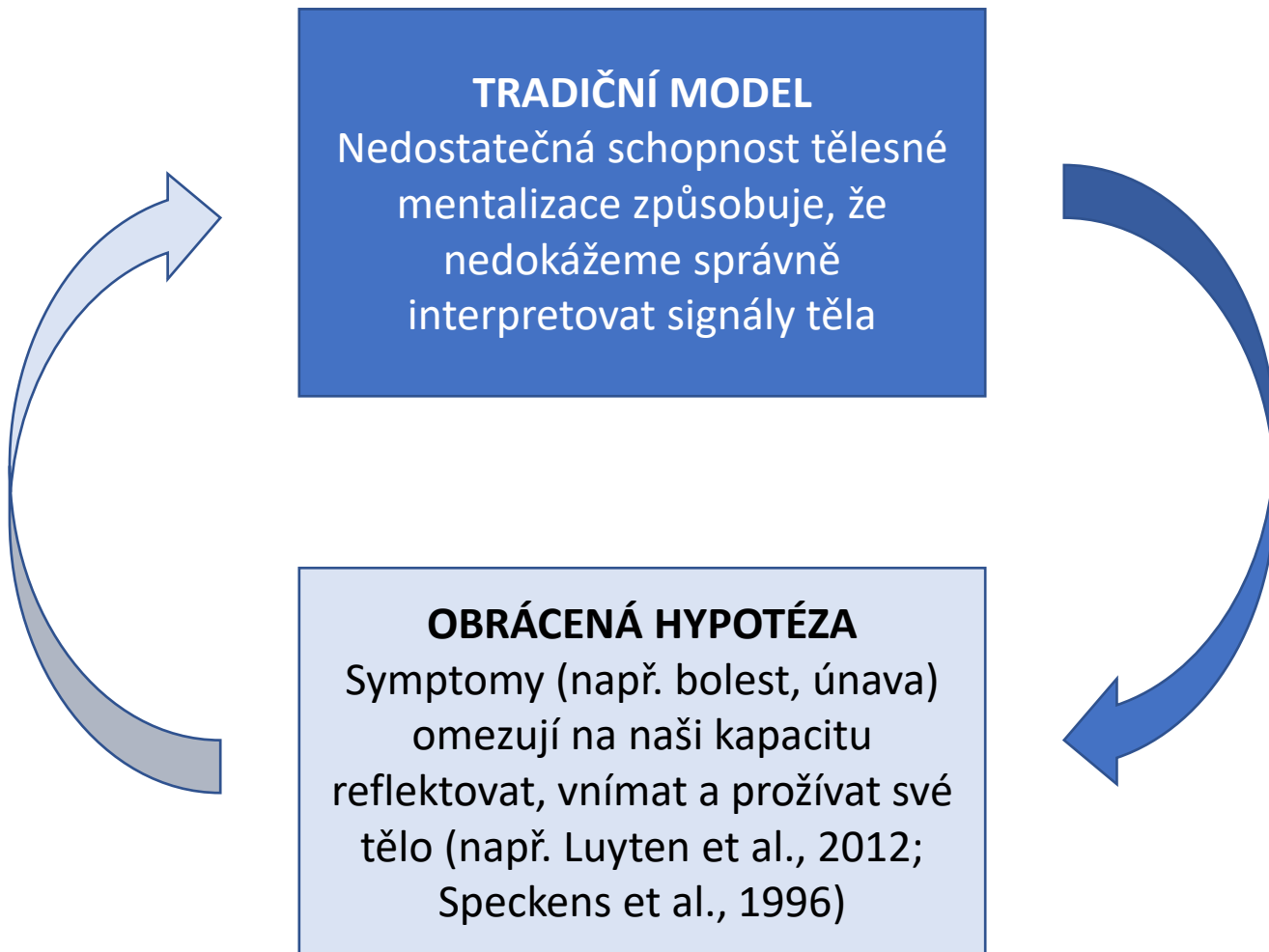
Konfliktní (neurotický) model



Deficitní model

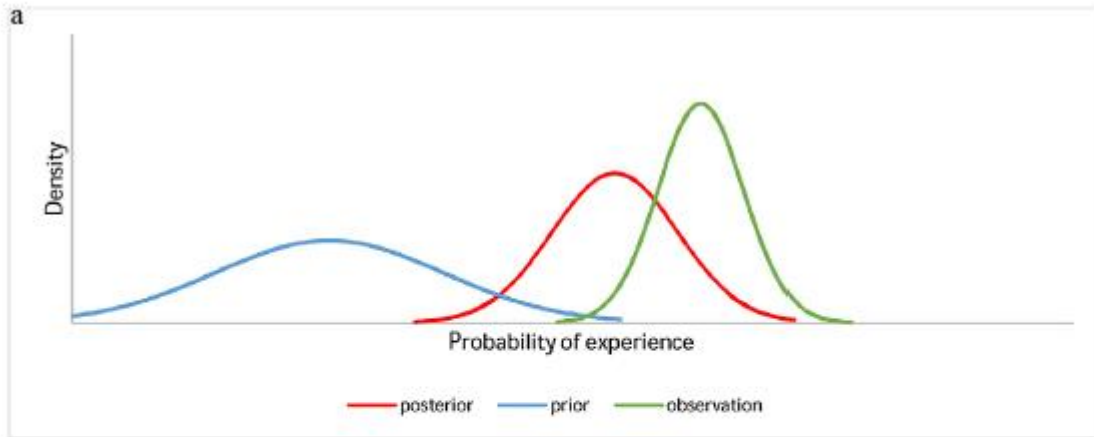


Obrácená hypotéza



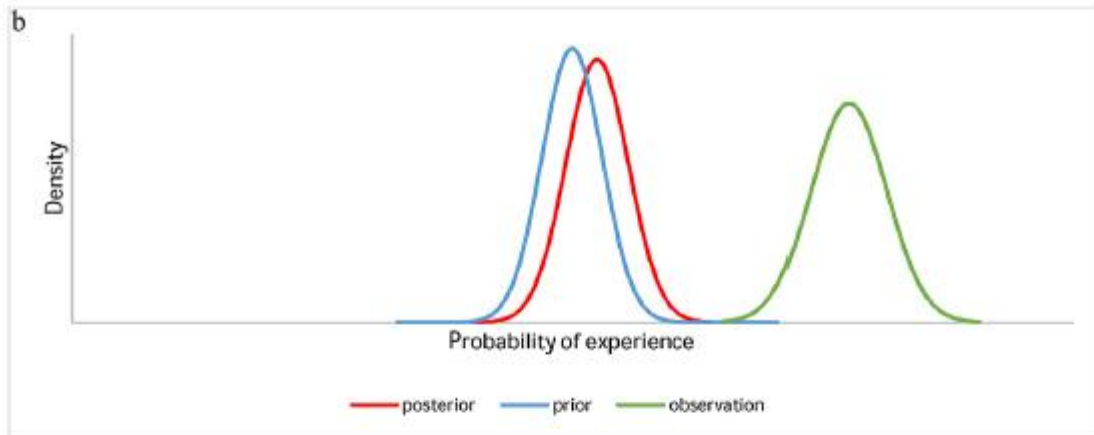
Prediktivní kódování

- Somatické symptomy jsou vědomé vjemy, které jsou výsledky konstruktivních procesů: jsou interpretací aktuálních vjemů založenou na predikcích (tj. očekáváních vycházejících z předchozí zkušenosti)
- Tento proces je moderován relativní předností/chybovostí predikcí
- Interpretace interoceptivního počítku jako symptomu je tedy výsledkem interakcí mezi fyziologickým vstupem, osobní historií, kontextem, interoceptivní citlivostí atd.
- Tento proces vysvětluje vnímání MUS i MES
- Samotný proces dotazování na somatickou percepci ovlivňuje naši tělesnou zkušenost a symptomy, které reportujeme

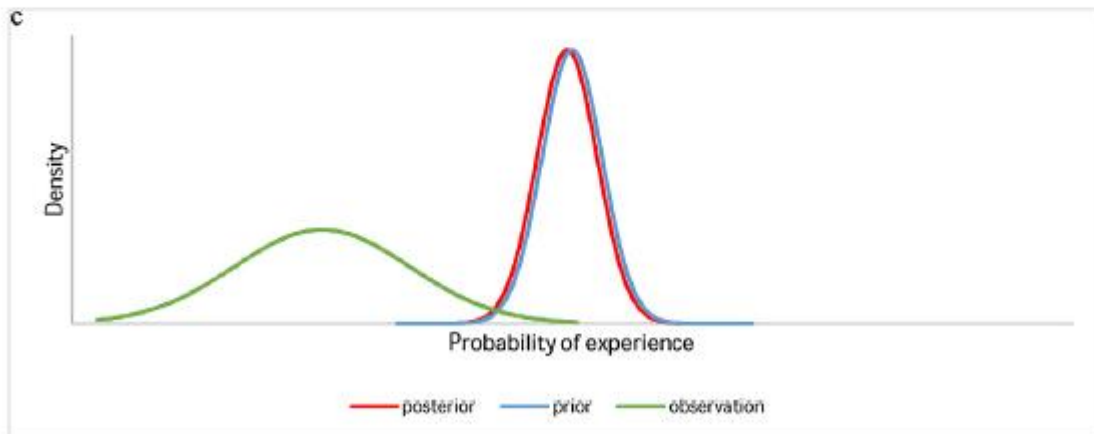


Vztah mezi počáteční a výslednou vnímanou pravděpodobností, upravenou na základě nového pozorování:

(a) Nepřesný počáteční odhad se velmi zpřesnil na základě nové zkušenosti



(b) Přesný počáteční odhad se změnil jen málo na základě nové zkušenosti



(c) Nová zkušenost, která je nekonzistentní s očekáváním, ale velmi neurčitá, má velmi malý vliv na počáteční odhad

Přirozený průběh a prognóza

Review 13 studií: MUS, somatizace a hypochondrie

- MUS (follow-up po 6-15 měsících):
 - zlepšení u 50-70% pacientů
 - zhoršení u 10-30%
- Hypochondrie (follow-up po 1-5 letech)
 - 50-70% pacientů se nezlepšilo
- Prognóza je horší u pacientů se závažnějším stavem a s vyšším počtem symptomů

Základní psychosomatická péče

Wolfgang Tress, Johannes Krusse, Jürgen Ott



GERHARD DANZER

Psychosomatika

Celostný pohled na zdraví těla i duše



EDICE SPEKTRUM

Ψ



JAN PONĚSICKÝ

Neurózy,
psychosomatická
onemocnění
a psychoterapie

TRITON

3. vydání

LUDMILA TRAPKOVÁ
VLADISLAV CHVÁLA

Rodinná terapie
psychosomatických
poruch



portál



Účinnost psychoterapie

Účinnost psychoterapie

- Vzhledem k předpokládanému duševnímu podílu na etiologii MUPS lze očekávat, že psychoterapeutické metody budou úspěšné v jejich léčbě
- Metaanalýza (Cochrane review): kontrolovaná velikost účinku $d = 0,34$ (van Dessel et al., 2014)
- Některé studie naznačují, že delší a komplexnější přístupy vykazují vyšší efekt (Glombiewski et al., 2010)

Medicínsky nevysvětlené příznaky

Metaanalýza 27 RCT, efekt sledovaný katamnesticky (≤ 1 rok)

Kritérium	Pre-post efekt (d)	Kontrolovaný efekt (d)
Tělesné symptomy	0,80***	0,40**
Kognitivní, behaviorální a emoční symptomy	0,57***	0,33***
Deprese	0,40**	0,16**
Všeobecná psychopatologie	0,63***	0,06 ns.
Fungování	0,42***	0,20**
Využívání zdravotní péče	0,44***	0,33*

Velikost účinku
0,80 velká
0,50 střední
0,20 malá

- Vyšší počet sezení vede k vyššímu efektu
- Vyššího efektu dosahují odborníci v oblasti duševního zdraví

Srovnání účinnosti

podle druhu potíží

Diagnostická jednotka	Velikost účinku (katam.) (d)	Počet studií
Hypochondrie	0,69-1,98	4
Dysmorfofobie	0,83-2,65	4
Konverzní porucha	-	5
Somatizační porucha	0,80	4
MUS	0,36-0,88	5
Chronický únavový syndrom	0,55-1,19	4
Nekardiologická bolest na hrudi	0,27-0,82	4

Velikost účinku

0,80
velká

0,50
střední

0,20
malá

Srovnání s duševními poruchami

Metaanalýza 70 studií: skupinová pst. v rámci hospit. (Kösters et al., 2006)

Diagnóza	Velikost účinku (d)
Poruchy nálady	1,11
Úzkostné poruchy	1,01
Psychosomatické poruchy	0,51
Schizofrenie	0,50
PTSD	0,40

Velikost účinku
0,80 velká
0,50 střední
0,20 malá

Pro srovnání: účinnost léčby MUS pomocí antidepresiv (O'Malley, Jackson, & Santoro, 1999)

- $d = 0,68$ (0,38 až 0,90 pro různé potíže)

Srovnání s jinými formami léčby

Review 70 studií: léčba chronické únavy (Chambers et al., 2006)

Léčba	Empirická podpora
Behaviorální	10 z 16 studií
Imunologická	3 z 13 studií
Farmakologická	2 z 20 studií
Komplementární/alternativní	1 z 4 studií
Potravinové doplňky	3 z 11 studií

Záleží na tom, kdo poskytuje psychologické intervence?

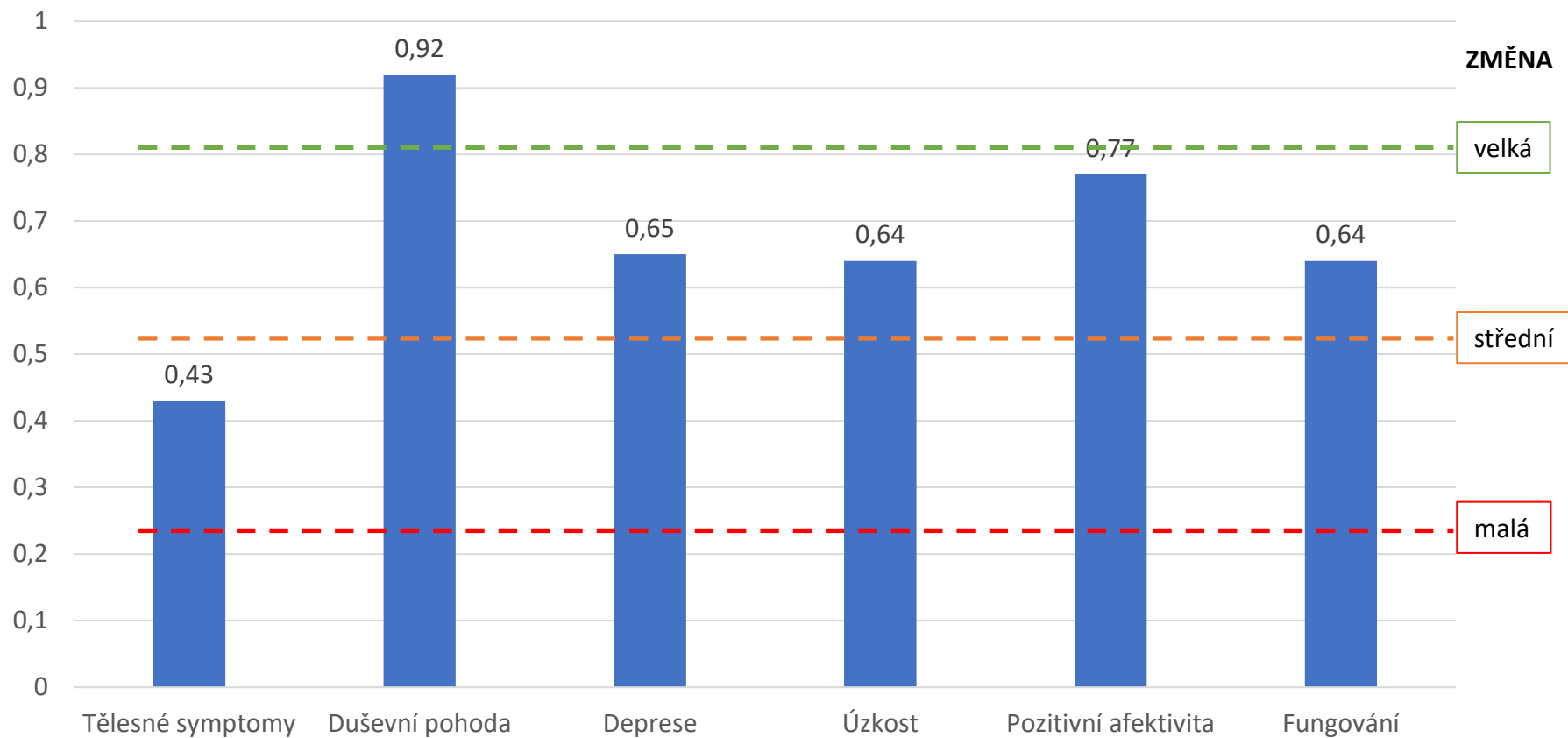
Metaanalýza 20 RCT, psychoterapeuti vs. praktičtí lékaři

Kritérium	Po léčbě (d)	Katamnest. (d)
Tělesné symptomy	0,22*	0,21 ns
Fungování	0,19*	0,13 ns
Psychologické symptomy	0,13*	-0,05 ns

Velikost účinku
0,80 velká
0,50 střední
0,20 malá

Velikost terapeutické změny

PRE-POST (N = 222)



Statisticky kontrolován efekt výchozí úrovně potíží, délky léčby a pracoviště.

Srovnání s metaanalýzami

– Somatické symptomy

- $d = 0,70$ (Kleinstäuber et al., 2011)
- $d = 0,80$ (Koelen et al., 2014)

– Deprese

- $d = 0,65$ (Kleinstäuber et al., 2011)

– Fungování

- $d = 0,38$ (Kleinstäuber et al., 2011)
- $d = 0,45$ (Koelen et al., 2014)

Velikost
účinku

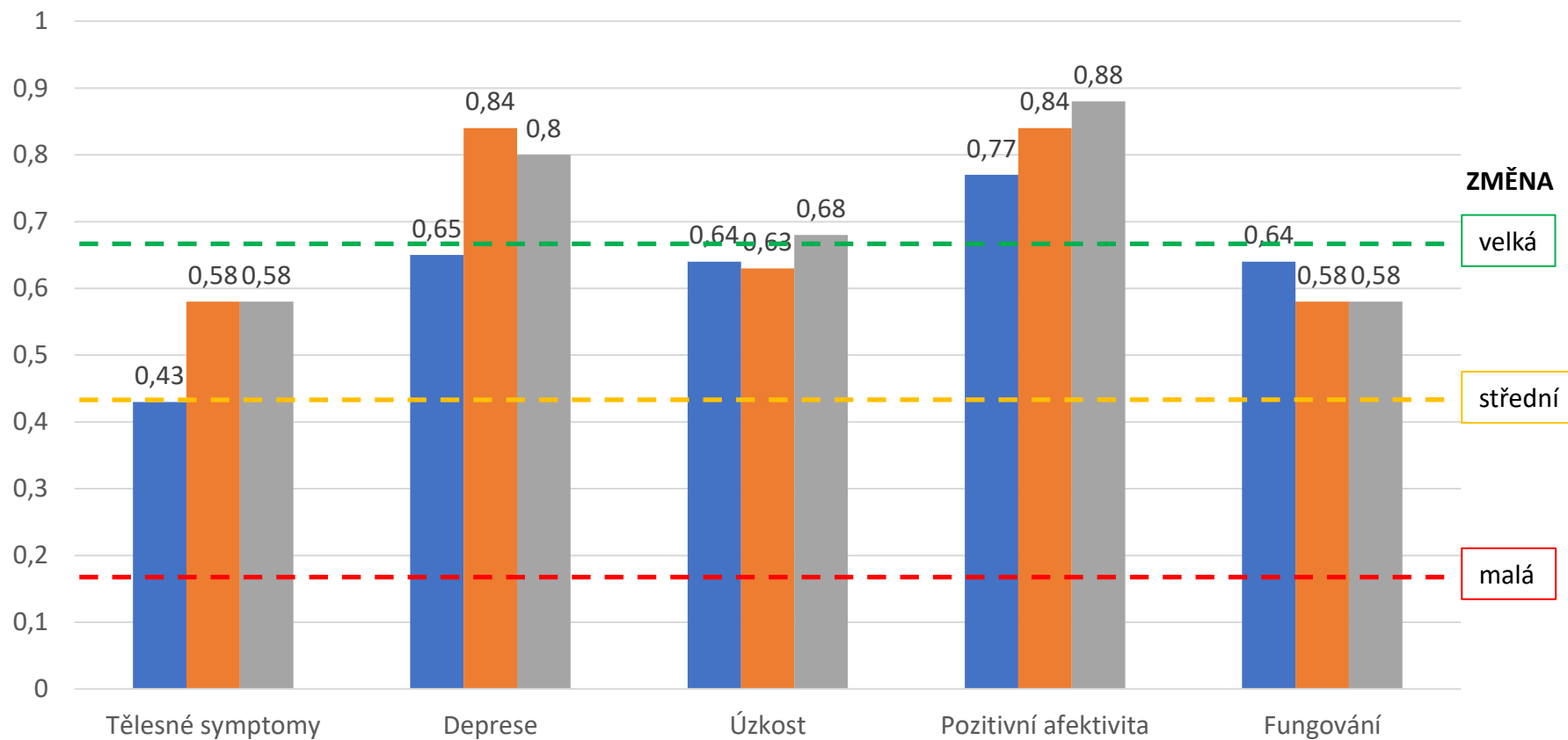
0,80
velká

0,50
střední

0,20
malá

Velikost terapeutické změny

POST (N = 222), FU6 (N = 159), FU12 (N = 131)



Statisticky kontrolován efekt výchozí úrovně potíží, délky léčby a pracoviště.

Srovnání s metaanalýzami

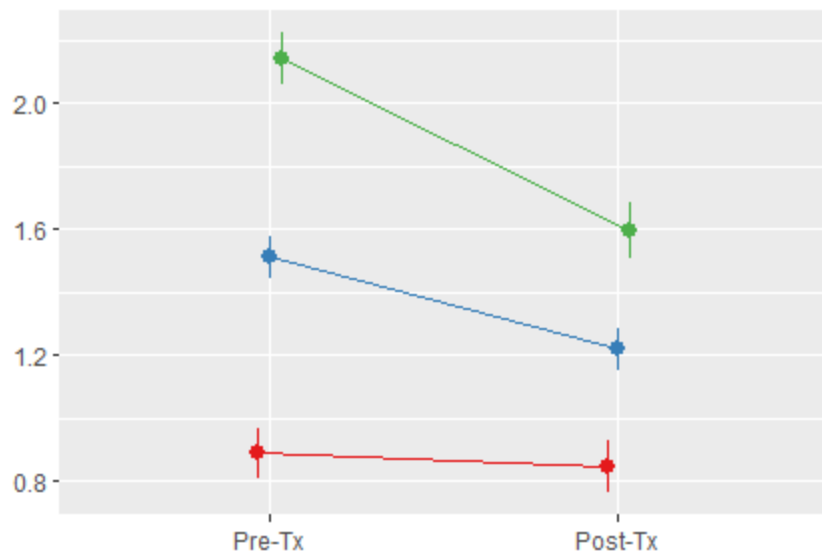
- Pacienti katamnesticky reportují lepší výsledky u somatických symptomů a fungování, ale ne u deprese (Kleinstäuber et al., 2011; Koelen, 2014)
- Příklad (Kleinstäuber et al., 2011)
 - Intenzita symptomů: **d = 0,70** po terapii vs **0,80** katamnesticky
 - Deprese: **d = 0,65** po terapii vs. **0,40** katamnesticky

Velikost účinku
0,80 velká
0,50 střední
0,20 malá

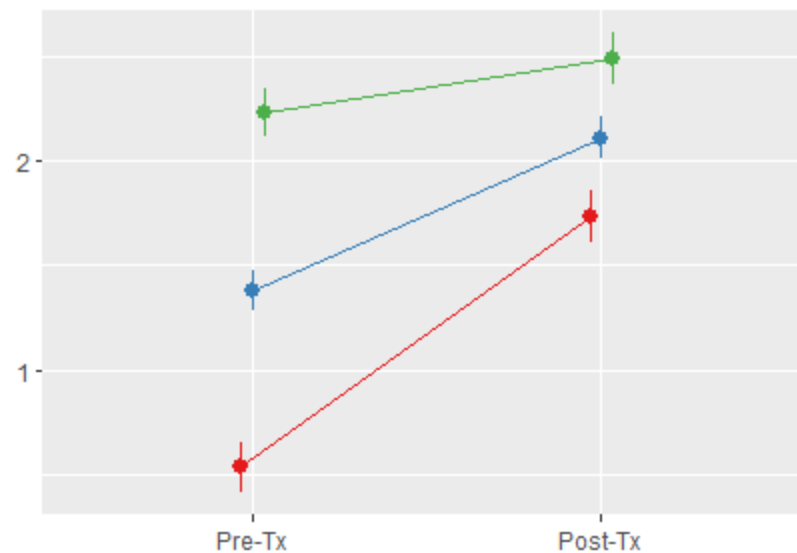
Změna v závislosti na míře potíží

PRE-POST ($N = 222$)

Tělesné symptomy



Pozitivní afektivita



Důležitá je motivace

- Dlouhodobý efekt léčby je ovlivněn
 - očekáváním od psychoterapeutické léčby
 - otevřeností k psychoterapii

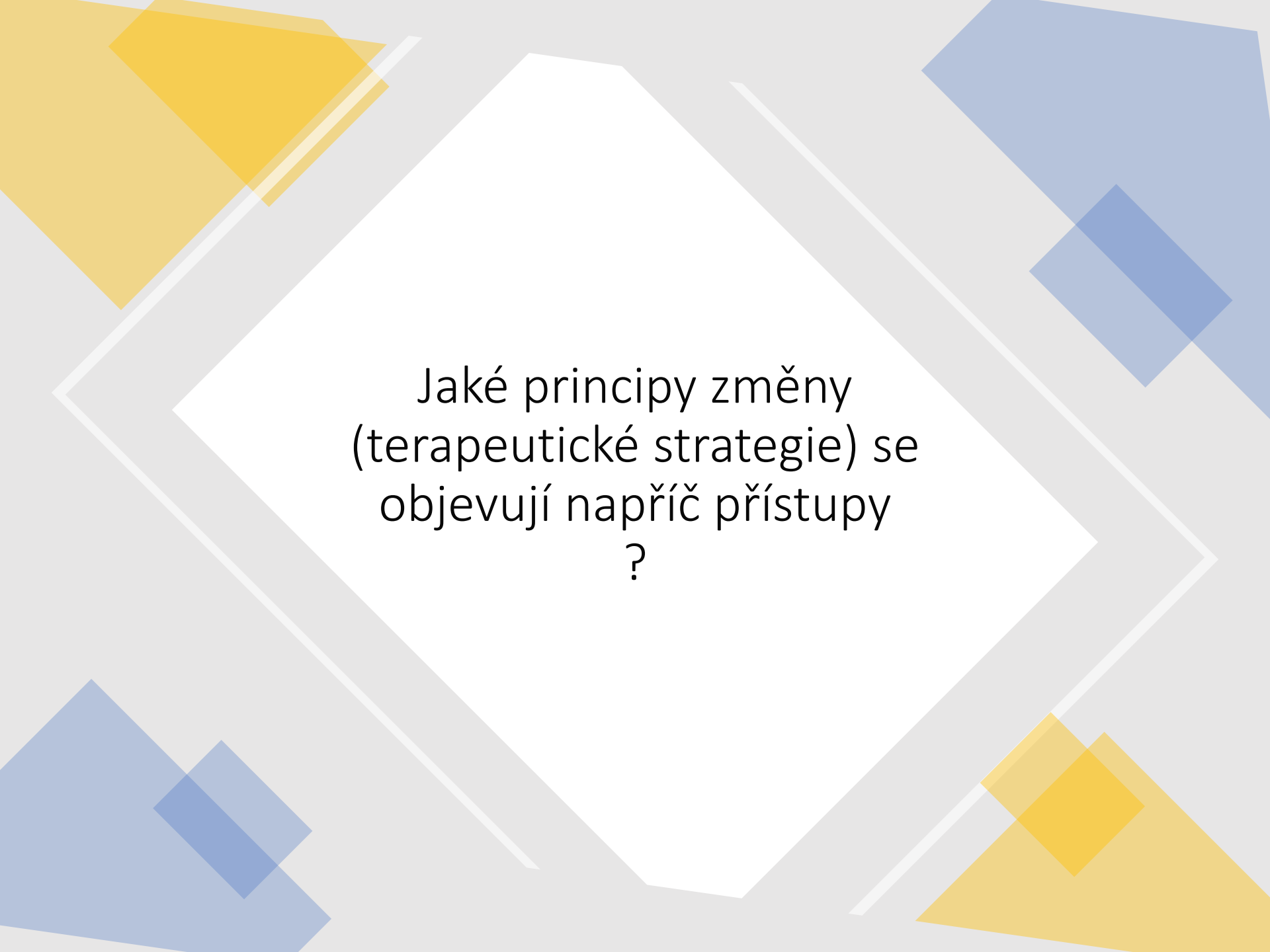
(Timmer, Bleichhardt, & Reif, 2006)

- U pacientů s funkčními gastrointestinálními poruchami je motivace k psychoterapii obecně nízká a není předurčena klinickými, ale spíše interpersonálními problémy, které mohou existovat nezávisle na tělesných symptomech (Martens et al., 2010)

Závěry

- Pst postupy jsou v léčbě psychosomatických potíží efektivní, ale pravděpodobně ne tolik jako v případě duševních poruch, jako je deprese či úzkost
- Zdá se, že podobného účinku lze dosáhnout různými pst přístupy
- Psychoterapie se zdá být účinnější, než jiné metody (chronická únava)
- Účinná léčba může vyžadovat kombinaci psychologických, tělesných (cvičení) a příp. i farmakologických prostředků
- Málo zatím víme o interakci (psycho)terapeutických postupů s osobnostními charakteristikami klientů a o samotných mechanismech terapeutické změny





Jaké principy změny
(terapeutické strategie) se
objevují napříč přístupy
?

Theoretical orientations

found in the data

A. Cognitive-behavioral

- CBT, CT, BT

B. Third-wave CBT

- ACT, Affective CBT, Mindfulness-based CBT,...

C. Psychoanalytic/psychodynamic

D. Interpersonal

- IPT, Attachment-based t., Mentalization-based t.

E. Humanistic

- experiential, phenomenological, existential

F. Systemic/family

G. Educational

- Reattribution Training

1. Validation of symptom-related experience

- Acknowledging the reality of symptoms
- Normalizing symptoms
- Ventilation of feeling misunderstood

Principle 1: Providing patients with feeling understood and accepted, normalizing patients' symptoms, worries, and suffering, and providing space for ventilation of negative experiences helps to build trust and provides relief.

2. Motivation and preparation for therapy

- Setting realistic goals
- Educating the patient about the body-mind connection
- Explaining treatment rationale

Principle 2: *Setting realistic goals, educating the patients about the body-mind connections, and explaining the treatment rationale increases patients' engagement and motivation and strengthens the working alliance.*

3. Collaborative and secure therapeutic relationship

- Establishing atmosphere of trust and collaboration
- Providing support, security, and continuity

Principle 3: *Establishing atmosphere of trust and collaboration and providing support and continuity help patients develop a sense of security in the therapeutic relationship.*

4. Body awareness and relaxation

- Increasing body awareness
- Learning to regulate one's autonomic arousal

Principle 4: *Developing awareness of one's body beyond symptoms and learning how to regulate one's autonomic arousal is essential for the management of MUSS.*

5. Emotional awareness and regulation

- Increasing emotional awareness
- Improving emotional regulation

Principle 5: Increasing awareness and acceptance of emotions, as well as improving emotional regulation skills, is essential for the management of MUSS.

6. Patient's relationships and communication

- Understanding symptoms as produced and/or maintained by the interpersonal context
- Improving communication and regulation of social relationships

Principle 6: *MUSS are often connected with unmet relational needs. Improving communication and regulation of relationships help patients satisfy these needs.*

7. Living one's life despite having symptoms

- Defocusing from symptoms
- Tolerating symptoms and related uncertainty
- Actively managing symptoms

Principle 7: Defocusing from symptoms, tolerating symptoms, and actively managing symptoms helps patients experience hope, empowerment, and sense of control over their lives.

8. Symptom meaning

- Attenuating catastrophic interpretations of symptoms
- Searching for a psychological meaning of symptoms

Principle 8: *Helping patients make sense of their symptoms from a psychological perspective is at the core of psychological treatments of MUSS.*

**Symptom
meaning**

Skills development and broadening of the perspective

**Body awareness
and relaxation**

**Emotional
awareness and
regulation**

**Patient's
relationships and
communication**

**Living one's life
despite having
symptoms**

Aspects of the therapeutic relationship

**Validation of
symptom-related
experience**

**Motivation and
preparation for
therapy**

**Collaborative
and secure
therapeutic
relationship**