

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**
 - Vyčerpanost
 - Duševní napětí
 - Nutkání k aktivitě a výkonu

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

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

Revmatologická 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

Psychoonkologie

- **Zkoumá vztahy mezi psychosociálními faktory a etiologií a vývojem onkologické onemocnění (Hollandová, 1998)**
- Pravděpodobnost onemocnění karcinomem je 33%
- Biopsychologický přístup a psychoterapie – lege artis postup
- Multifaktorový vznik : karcinogeny životního prostředí, viry, psychosociální faktory : stres, vzorce chování , prožívání (mění IS), endokrinní a imunitní systém, genetika .

Psychoonkologie

- Je **profesionální** doprovázení a léčba psychických obtíží během nádorového onemocnění a po něm.
- Účinnost metod není doložena studii EBM I a II., pouze studie pilotní
- Zlepšení v oblastech :
 - Psychosociální kompetence
 - Kvality života
 - Odpovědnější jednání
 - Prodlouženo přežití a doba do progresu

Psychoonkologie

- Je **profesionální** doprovázení a léčba psychických obtíží během nádorového onemocnění a po něm.
- Účinnost metod není doložena studii EBM I a II., pouze studie pilotní
- Zlepšení v oblastech :
 - Psychosociální kompetence
 - Kvality života
 - Odpovědnější jednání
 - Prodlouženo přežití a doba do progresu

Psychoonkologie

- Některé etiologické faktory vzniku karcinomu:
 - Chemická karcinogeneze – např. benzen, aromatické aminy, cigaretový kouř
 - Fyzikální karcinogeneze – např. ionizující záření
 - Virová karcinogeneze – např. některé adenoviry, papilomaviry, herpesviry, retroviry.
 - Genetické faktory – např. u ca prsu méně než 5%

Psychoonkologie

- V roce 2003 zemřelo v ČR 104 617 osob
 - Na nemoci oběhové soustavy 52,2%
 - Na novotvary 26,4%
 - V roce 2003 zemřelo na zhoubné nádory
 - 16 208 mužů (na 1. místě ca plic) a 13 156 žen(na 1. místě ca prsu)

Klinická klasifikace nádorů

- **1. Podle tkáňového původu – typing :**
 - Sarkomy- z pojivové tkáně
 - Karcinomy – z epitelové tkáně
 - Fibrosarkomy – z vazivové tkáně
 - Adenokarcinomy – ze žláz epitelu
- **2. Podle rozsahu nádorového onemocnění v době primární dg – staging**
- **3. Podle růstového potenciálu – grading**

Terapie

- **1. Kurativní –**
 - rozsah a charakter nádorového onemocnění dává předpoklad pro jeho odstranění z organismu. Pacient se považuje za vyléčeného, je-li nejméně 5 let bez známek choroby(5-letá remise)
- **2. Paliativní –**
 - není-li možné celkové odstranění nádoru.
- Léčba je nejčastěji kombinovaná: chirurgie, radioterapie, hormonální, chemoterapie, transplantace kostní dřeně, imunoterapie

Terapie

- Odpověď organismu na onkologickou léčbu :
 1. kompletní remise (návrat do stavu před onemocněním)
 2. parciální remise (částečná odpověď)
 3. progresse (nereaguje na léčbu, progresse choroby)
 4. stabilizace nemoci

Psychoonkologie

- **Etiologie - psychologická**
 - Stále nedoloženo
 - **Chronický stres**
 - Negativní vliv na imunitní systém
 - Vede k závislostem a stresovému chování–
alkohol, jídlo
- **Psychologická pomoc jako
komplementární onkologická metoda**
 - Redukce distresu a úzkosti

Psychoonkologie

- Jakýkoliv nalezený vztah mezi osobnostními rysy a karcinomem ještě nepředstavuje kauzální vysvětlení**
- Psychické vlastnosti mohou být reflexí stavu nemoci, a nikoliv jejich příčina**

Psychoonkologie

Nebyl potvrzen kauzální vztah mezi intrapsychickými proměnnými a onkologickým onemocněním.

Byl potvrzen vliv intrapsychických proměnných na průběh onemocnění a léčbu.

Psychoonkologie

- **Hlavní tělesné, psychické a sociální problémy pacientů s ca**
 - Hrozba smrti, myšlenky na smrt –nejvíce v době dg !
 - Smutek, strach, zlost, neporozumění
 - Únava, slabost, nechut' k jídlu
 - Ztráta tělesné autonomie, nedotknutelnosti – ztráta sebeurčení a řízení osudu
 - Hopelessness – Helplessness, Giving –up
 - Stigmatizace, sociální izolace, narušení vztahů v rodině

Psychoonkologie

– Terapeutické cíle :

- Stabilizace a zlepšení psychických funkcí
- Rozpoznání, osvojení a využití obranných strategií
- Obnovení a zlepšení pocitu vlastní hodnoty
- Vyrovnání se s vlastním tělesným obrazem , tělesnými funkcemi a tělesnými pocity
- Zprostředkování strategií zvládnání – SZVT
- Zlepšení sociálních vztahů a aktivit, chování v rámci citových vazeb
- Posílení vlastní zodpovědnosti
- Podpora při hledání nových životních cílů , nového smyslu života

Psychoonkologie

- **Popření (denial) versus fighting spirit**
 - **Výzkumy :**
 - **Popření je silnější, prognosticky relevantnější predikátor přežití**
 - **Popření za určitých okolností působí ochranně a adaptivně**

Psychoonkologie

- **Pocity bezmoci a beznaděje**
- Signifikantně zvyšují riziko recidivy a kratšího přežití
- **Coping**
- Vyrovnání se se symptomy deprese, úzkosti, zoufalství zvyšuje QoL.
- Psychické faktory – vliv na průběh onemocnění a dobu přežití – spolurozhodování na terapii

Psychoonkologie

- ***Osobnost typu C (cancer personality)***
 - Potlačení záporných emocí - úzkost a hostilita (antiemocionalita)
 - Vyhýbání se konfliktům
 - Závislost na dominantní osobě
 - Konformita, defenzivnost, harmonizující chování
 - Patologická roztomilost (patol.niceness), přehnaná ochota(overcompliance), nekonečná trpělivost
 - Sociální desirabilita (přitažlivost)
 - Velká svědomitost

Psychoonkologie

Osobnost typu C (cancer personality)

- Množství nepříznivých životních událostí v anamnéze
- Chybění blízkého vztahu k rodičům, kteří jsou popisováni jako chladní, rigidní, méně protektivní k dítěti
- Pesimistické sklony až beznaděj, bezmoc
- Strach z řešení problémů a tendence raději to vzdát
- Deprese, subdeprese

Psychoonkologie

- **Metodologické problémy studií**

- Retrospektivní povaha studií (chyba zapamatování)
- Různé měřicí nástroje symptomů, osobnostních rysů – nemožnost srovnání
- Chybí kontrolní skupina
- Nelze kontrolovat jeden symptom (depresivní pacienti trpí abuzem alkoholu, nikotinu, nedostatkem pohybu apod.)
- Biologické proměnné nejsou multivariabilně propojené s psychickými proměnnými
- Role psychiky , stresů na imunologické procesy by měla být zkoumána u zdravých osob (u osob s ca je IS narušen chorobou a léčbou)
- Relativně malé soubory
- Neurčíme začátek nemoci (subklinický průběh)

Psychoonkologie

- **Psychosociální proměnné**
 - Socioekonomický status
 - Sociální izolace
 - Sociální opora
 - Emocionální opora
 - Spiritualita

Psychoonkologie

Obecné závěry studií :

- Čím nižší je socioekonomický status (SES) , tím vyšší je incidence onemocnění
- Čím vyšší je SES, tím nižší je mortalita
- SES má větší význam pro přežívání než stres
- Sociální izolace – 2x zvýšené relativní riziko úmrtí = kouření, zvýšený cholesterol
- Síť soc. kontaktů před onemocněním snižuje riziko úmrtí
- Ženatí/vdané – vyšší šance na přežití
- Muži zdravotně profitují na manželství šťastném i nešťastném X ženy 😊



Psychoonkologie

Závěry posledních studií :

1. Kauzální vztah mezi intrapsychickými proměnnými a onkologickým onemocněním nebyl prokázán (retrospektivní studie)
2. Reaktivní charakter C-typu osobnosti – reflexe stavu choroby ne příčina
3. Psychosociální charakteristiky významně ovlivňují přežívání

Psychoonkologie

4. **Společné rysy onkologicky nemocných :**

- Potlačování emocí – zlosti a hostility
- Podřízenost a konformní osobnostní styl
- Deprese

5. **Významné vlivy :**

- Emocionální opora
- Socioekonomický status
- Ztráta milovaného objektu
- Nekontrolovatelné stresogenní události
- tzv. zdroje odporu(resistance resources)
- 25 - 40% pacientů trpí depresemi

Psychoonkologie

- Výzkum deprese , stresu
 - Shekele et al.,1981 2018 dělníků MMPI - probandi s nejvyššími hodnotami ve škále deprese – po 17 letech 2,3x vyšší riziko vzniku rakoviny
 - 4 studie s vyšším počtem probandů výsledky nepotvrdily
 - **Závěr : Nebyl objeven kauzální vztah mezi výskytem a hloubkou deprese a vznikem nádorového onemocnění**
 - **Závěr: Neexistuje důkaz, že by pacienti před vznikem jejich ca onemocnění zažili více stresových situací než zdravé osoby.**

Psychoonkologie

- Výzkum deprese , stresu
 - Penninxová (1998) – 4825 osob, prospektivní a Gallova(2000) – 3109 osob, prospektivní : **výskyt deprese a nádorových onemocnění potvrzen.**
 - Costa, McCrae (1989) – vliv interakce deprese a kouření: **kuřáci s depresí: depresivní nekuřáci 18,5 : 2,9**
 - Herbert, Cohen(1993) metaanalýza : **klinická deprese souvisí s poklesem činnosti IS (lineární závislost)**
- Cave : Brandes, Arron, Bogdanovic, 1992 – možný karcinogenní vliv antidepressiv

Psychoonkologie

- Profesionální psychologickou pomoc potřebuje 25-40% pacientů
- *Dotazníky:*
 - Breast-cancer Psychosocial Assessment Screening Scale
 - Hornheideský dotazník

Tři směry psychologické pomoci

- **Expozice či konfrontace**
- znovuvystavování traumatické situaci ve vzpomínkách, představách či slovech.
- **Kognitivní zpracování**
přestavba chápání, zvládnání a postoje k traumatické události.
- **Mobilizace vlastních zdrojů**
- využívání existujících schopností, zkušeností a snažení člověka.

Psychoonkologie

- **Relaxační metody**(progresivní relaxace, autogenní trénink, meditačně-imaginativní techniky)
 - redukuje napětí, podráždění, úzkost
 - neovlivní strategii zvládnání, psychosociální problémy
- **Muzikoterapie**
 - redukuje napětí, podráždění a bolest
 - studie v paliativní péči

Psychoonkologie

- **Arteterapie**

- Případové studie s vysokým hodnocením v paliativní péči
- **Kognitivně-behaviorální metody**
- Trvale a účinně snižují stres, bolest, nevolnost, zvracení, úzkost, deprese
- Budují strategie zvládnání
- Zlepšují komunikaci

- **Skupinová terapie**

- Vzájemnost, důležitost pro ostatní, nové životní cíle, strategie zvládnání

Psychoonkologie

- **Vícedimenzionální psychodynamická terapie traumatu (Fisher, 2000)**
- Stabilizace
- Zpracování traumatu
- Integrace traumatu do osobnosti
- Reintegrace osobnosti do jejího sociálního prostředí

Psychoonkologie

- Pacientky s ca prsu
- Studie I-V
- Psychické postižení :
 - 48% PTSD
 - Vedlejší účinky léčby
 - Fyzické a funkční změny
 - Změny rolí a finanční situace
 - Nevyhnutelnost smrti

Psychoonkologie

- Psychologické dopady ca prsu :
 - 60% distres
 - 30% úzkost
 - 40% deprese
 - chronické psycholog. obtíže po překonání onemocnění

Psychoonkologie

- Prospěšnost psychologicko-
psychoterapeutické podpory (disease
management pro ca prsu)
 - snížení úzkosti, deprese, zoufalství, nevolnosti,
zvracení, bolesti,
 - zvýšení kvality života

Psychoonkologie

– Obrana

- Psychoanalýza – vytlačení ohrožujících pocitů do nevědomí (nevědomé)
- Projekce (vlastní úzkost přesunuta na lékaře)
- Popření
- Bagatelizace
- Disociace
- Autodestrukce (non-compliance)
- Štěpení (idealizace/devalvace lékařů)
- Projektivní identifikace („ vy jste to vzdali „)
- Reaktivní výtvor(pocity strachu, ale veselí navenek)
- Izolace afektů (bez pocitů a emocí)

Psychoonkologie

- Pět fází onemocnění :
- sdělení dg -
 - psychické trauma
 - posttraumatická stresová porucha
 - compliance
- časná lék. terapie
- zotavení
- recidiva
- terminálně - paliativní péče

Psychoonkologie

- **Sdělení informací :**
 - Postoje a strategie zvládání v ranné fázi jsou vysoce prognosticky relevantní z hlediska další prognózy (Tschuschke,2001, Faller, 1997,Heim,1988)
 - ***Sdělování informací :***
 - Anamnéza – struktura osobnosti, krize v minulosti
 - Zajistěte si pacientův souhlas se sdělením informací
 - Jen tolik, kolik je schopna přijmout – odb. termíny
 - Ptejte se na její názor, aktivně naslouchejte
 - Vyhněte s přílišnému optimismu i pesimismu
 - Dávkujte informace – raději více schůzek

Psychoonkologie

- Fáze rehabilitace
 - Posttraumatická stresová porucha
 - Největší přínos – skupinová psychoterapie
- Fáze recidivy
 - Mnohem hlubší deprese
 - **Cíle:**
 - Zlepšení strategie zvládnání
 - Zlepšení přizpůsobení se nezbytným léčebným opatřením
 - Zlepšení pozitivního nastavení a začlenění do života
 - Strategie zvládnání vedl. účinků

Psychoonkologie

- Terminálně - paliativní péče
 - Hlavní problém
 - Izolace
 - Úkol:
 - Přijetí nevyhnutelného
 - Vědomé rozloučení se
 - Práce s rodinou –
 - pocit spoluviny,
 - patolog. smutek

Psychoonkologie

- Terminálně - paliativní péče
 - Hlavní problém
 - Izolace
 - Úkol:
 - Přijetí nevyhnutelného
 - Vědomé rozloučení se
 - Práce s rodinou –
 - pocit spoluviny,
 - patolog. smutek
 -

Psychoonkologie

- **Psychické trauma**

Vitální zážitek diskrepance mezi ohrožujícími situačními faktory a individuálními možnostmi zvládnání, který je doprovázen pocity bezmocnosti. Důsledkem je dlouhodobě otřesené pojetí sebe samého a celého světa.

0. **fáze nejistoty** - před stanovením dg

1. **fáze šoku** - stav zmatenosti

2. **fáze trvání traumatu** – deprese, sebeobviňování

3. **fáze zotavení** – adaptace a smíření

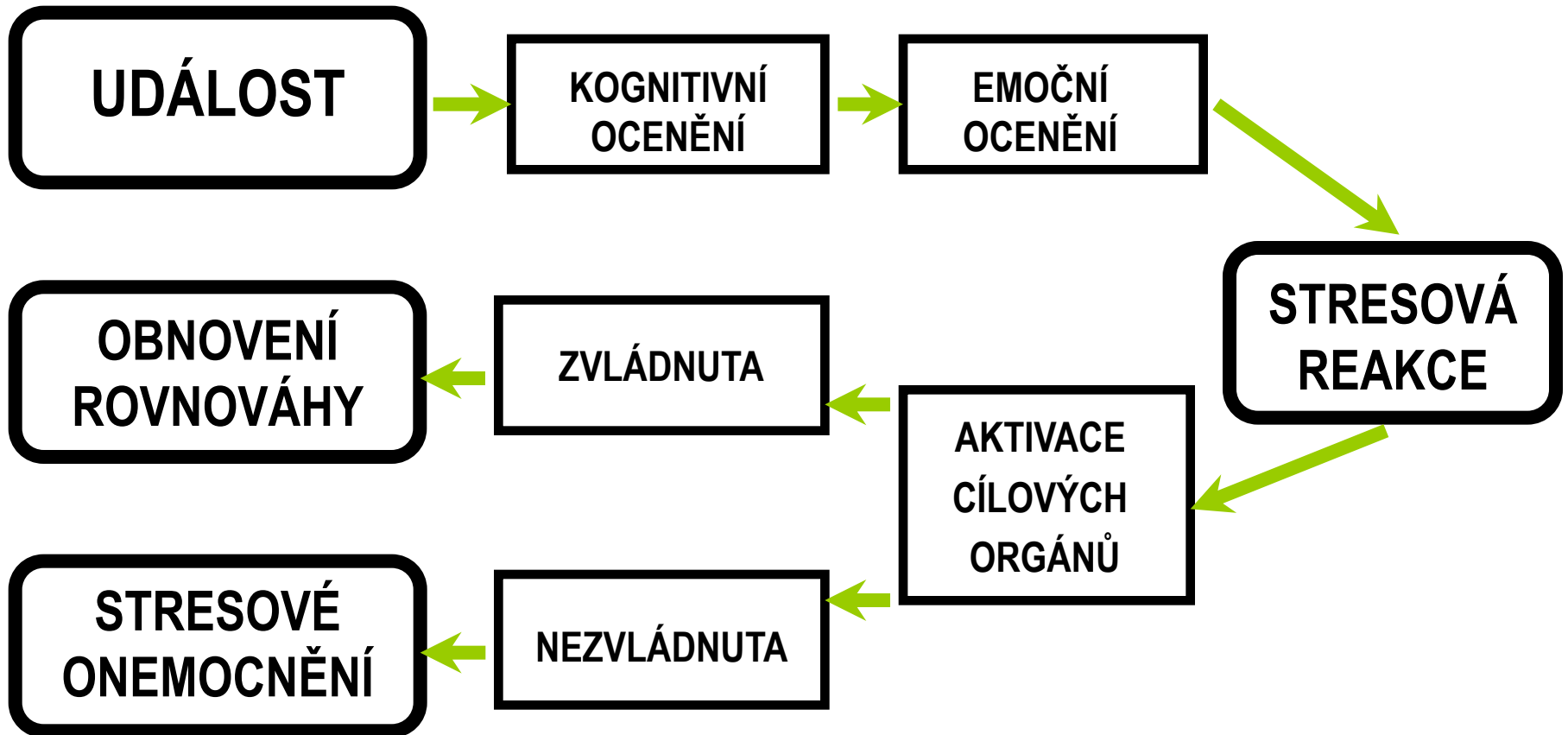
Vybraná psychiatrická onemocnění

- **F43 – reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení**
- Poruchy jsou identifikovatelné nejen podle symptomů a průběhu, ale podle existence vnějších příčin – *přímý následek závažného stresu*
- Bez existence vnějších okolností by porucha nevznikla
- Maladaptivní reakce - doba před a po traumatu

F43.0 – Akutní reakce na stres

- F43.0 – Akutní reakce na stres
- F43.00 – mírná
- F43.01 - středně těžká
- F43.02 - těžká
- Neexistence žádné zjevné psychické poruchy
čistá odezva na stres
odeznívání – dny

Průběh stresové reakce na traumatickou událost



F43.0 – Akutní reakce na stres

- **Symptomy :**
- Snížené vnímání a pozornost, neschopnost přiléhavých reakcí, dezorientace, stažení se ze stresové situace až disociativní stupor – F 44.2
- Přehnaná aktivita (únik, fuga)
- Celková, částečná amnézie (F44.0)

F43.1 Posttraumatická stresová porucha

- **Soubor různých poruch prožívání a chování , včetně somatických reakcí** (poruchy spánku, potivost, třes, nevolnost apod.) , **které vznikají jako důsledek extrémního stresového prožitku přesahující běžnou lidskou zkušenost .**
- **Normální reakce , normálního člověka na nenormální situaci**
- **Časový nástup:**
 - Okamžitě po odeznění akutní rce nebo po mnoha letech
 - Odložená či protrahovaná odezva po bezpříznakovém období
 - Tzv. „výroční“ – za 9 let po smrti v období maturity

F43.1 Posttraumatická stresová porucha

Stav vzniká ve většině případů do 6 měsíců po závažné traumatizující události

Vodítka k rozpoznání PSP:

- **1. INTRUZE** - opakované, neodbytné znovuvybavování nebo znovuprožívání událostí ve vzpomínkách, denních živých představách a snech – intruze (flash-backy)
- **2. VYHÝBÁNÍ SE** - podnětům, které by mohly vyvolat traumatizující události
- **3. HYPERAROUSAL** - přetrvání příznaků zvýšené aktivační hladiny – porucha spánku, nízká afektivní tolerance, zvýšená dráždivost

Typické psychofyzické příznaky u PTSP

- **TĚLESNÉ:** únava, poruchy příjmu potravy, spánku, sexuální funkce, chronická bolest, nadměrná bdělost a lekavost
- **CITOVÉ:** úzkosti a panika, deprese, obsese a kompulze, podrážděnost a hněv, citový ztlum, provinilost a truchlení, odtažitost, náhlé zaplavení emocemi spojenými s traumatem
- **POZNÁVACÍ:** výpadky paměti, poruchy soustředění, ostražitost a vztahovačnost, změněné prožívání času, znovuprožívání traumatu bdělé či snové
- **AKČNÍ:** ztráta sebevlády a schopnosti rozhodovat se, narušení rutinních činností a vztahových interakcí, vyhýbání situacím připomínajícím trauma

Zvláštní příznaky u PTSP

DISOCIAČNÍ PORUCHY

PORUCHY REGULACE CITŮ A IMPULZŮ

SOMATIZAČNÍ PORUCHY

PORUŠENÝ CIT IDENTITY

PORUCHY SOCIÁLNÍHO VNÍMÁNÍ A CHÁPÁNÍ

SKLONY KE ZNOVUPŘIJÍMÁNÍ „ROLE OBĚTI“

CELKOVÁ ZTRÁTA HODNOT, SMYSLU A NADĚJE

KULTURNĚ SPECIFICKÉ REAKCE NA TRAUMA

F43.1 Posttraumatická stresová porucha

- Celoživotní prevalence – 1-3%
- Oběti živelných katastrof -30%
- 1/3 – spontánní remise
- 40% - mírné příznaky
- 20% - středně závažné příznaky
- 10% - těžké příznaky
- 0,5% muži a 1,2 % ženy – PTSD celoživotní
- Výzkum : 3141 osob po tsunami v Thajsku, 1 z 5 trpí PTSD
- Lidé s vyššími skóry v kognitivních testech – méně ohrožení PTSD

F43.1 Posttraumatická stresová porucha

- **National Vietnam Readjustment Study**
 - Proč několik let po válce začali veteráni trpět psychosomatickými obtížemi?
 - „Postvietnamský syndrom“
 - V roce 1979 zařazena jako PSP do manuálu D-S-M

Obecné cíle léčby (post)traumatických obtíží a poruch

Traumatizovaný člověk zakouší:

**bolest, bezmoc, někdy i beznaděj,
otřesení svého chápání světa, sebe, svých vztahů.**

Terapeutická pomoc mu má vzhledem k traumatické zkušenosti usnadnit:

**orientaci v ní a v jeho světě, životě a v sobě po ní,
zvládání jejích rušivých účinků v těchto oblastech,
její prospěšnou integraci do svého života.**

F43.2 Poruchy přizpůsobení

- F- 43.20 s krátkodobou depresivní reakcí
- F- 43.21 s protrahovanou depresivní reakcí
- F- 43.22 se smíšenou úzkostnou a depresivní reakcí
- F- 43.23 s převládající poruchou jiných emocí
- F- 43.24
- F- 43.25 se smíšenou poruchou chování a emocí

F- 44.0 Disociativní amnézie

- Částečná a selektivní
- Kompletní a celková je vzácná a souvisí s fugou
- Nutno vyloučit organickou poruchu mozku
- Intoxikaci
- Nadměrnou únavu

F- 44.1 Disociativní fuga

- Znaky :
- **disociativní amnézie** – selektivní ztráta paměti na traumatickou událost
- **„účelné“ cestování**
- Predispozicí je :
- Emočně –nestabilní hraniční subtyp
- Histrionská, schizoidní porucha
- Abuzus alkoholu

F- 44.2 Disociativní stupor

- Vymizení volního pohybu
- Neschopnost reagovat na vnější stimuly
- Náhle začíná a náhle spontánně končí

F- 62.0 Trvalá změna osobnosti po katastrofické zkušenosti

- Katastrofický stres trvající alespoň 2 roky
- Nepřátelský, nedůvěřivý postoj ke světu
- Sociální izolace, pocity prázdnoty a beznaděje
- „Žití na hraně“ – jako by hrozba PTSD
- Je irreverzibilní

Psychoonkologie

- **Komunikace během krize**
 - Příprava na rozhovor
 - Pacient určuje míru informací
 - Slibovat jen splnitelné
 - Nepoužívat eufemismy
 - 97% pacientů chce detailní informace

Psychoonkologie

- Prospěšnost psychologicko-
psychoterapeutické podpory (disease
management pro ca prsu)
 - snížení úzkosti, deprese, zoufalství, nevolnosti,
zvracení, bolesti,
 - zvýšení kvality života

Psychoonkologie

- Pacient informace nechce
- Společná řešení - výběr léčby , snaha o dohodu

– Reakce na informace :

- Úzkost,
- panika,
- bezmoc,
- Zmatenost
- Obrana - Disociace osobnosti (derealizace, depersonalizace, posun času apod.) - PTSD

Psychoonkologie

- **Fáze dg. a sdělování informací :**
 - *Psychologicko-terapeutická krizová intervence*
 - *Psychotraumatolog. léčba*
 - *Cíl : zvýšení compliance*
- **Fáze časně terapie**
 - Studie EBM I. Snížení deprese, bezmocnosti a beznaděje
 - Naslouchat , snižovat pocit osamění

Doporučená literatura

- Tschuschke, V.: Psychoonkologie. Portál.Praha 2004
- Angenendt, G.: Psychoonkologie v praxi , Portál, 2010
- Spiegel, D.: Coping and cancer progression.J.Psychosom Res 2001,50. 287-290.
- Zonderman, A., Costa, P., McCrae, R.: Depression as a risk for cancer morbidity and mortality.J Am Med Assoc 1989,262, 1191-1195

Otázky ke studiu

- Ovlivňují vlastnosti osobnosti, emoce, očekávání, prožívání atd. naše zdraví? V jakém smyslu?
- Předurčují osobnostní charakteristiky člověka k určitému druhu onemocnění?
- Ovlivňuje určitý „typ chování“ imunitní procesy v organismu ? Jakým způsobem?
- Přispívají psychosociální proměnné ke zvládnutí chronických chorob? Do jaké míry?
- Jsme schopni psychologickými prostředky kvantitativně a kvalitativně zlepšit průběh choroby , dobu léčení?
- Jsme schopni psychologickými prostředky zlepšit IS ?

Thyreopatie-psychosociální aspekty

- Štítná žláza – tyreoidea –žláza s vnitřní sekrecí

- Kalcitonin

- T4, T3

Eufunkce

Poruchy štítné žlázy

- Primární
- Sekundární (hypothalamo-hypofyzární regulace)

Thyreopatie – psychosociální aspekty

- **Činnost štítné žlázy**
- Hypothalamus – TRF
- Adenohypofýza – TSH – T3, T4
- Vychytávání jodu – zvětšení folikulů a štítnice

- **Anatomie a histologie**
- Dva laloky, istmus
- Folikulky – koloid, thyreoglobulíny s navázaným T4 a T3,

Thyreopatie-psychosociální aspekty

- Ovlivňuje metabolismus základních živin
- Má vliv na CNS a KVS , GIT
- Plodnost,
- Svalovou a kostní hmotu
- Termoregulaci
- Vodní a minerální hospodářství

Tyreopatie – psychosociální aspekty

- Nejčastější onemocnění endokrinního systému
- 10% populace , ženy 4-6x častěji, ve stáří 20% žen a 10% mužů
- Nedostatek jodu – $\frac{1}{4}$ světové populace
- Klasifikace tyreopatií (není dosud sjednocena)

Thyreopatie – psychosociální aspekty

1. Struma

- 30% žen, 10% mužů, viditelná, hmatná
- Etiologie : dědičnost, nedostatek jodu
- **Eufunkční struma** – žláza není postižena jiným patolog. procesem
- **Difúzní**
- **Nodózní**
- Klinika :
- Útlak, dušnost, polykací potíže, změna hlasu

Tyreopatie – psychosociální aspekty

- **2. hypertyreóza (tyreotoxikóza)**
 - Vysoké hladiny hormonů , výskyt 0,5% populace
 - Toxická polynodozní struma
 - Toxický adenom (horký uzel)
 - Gravesova- Basedowova choroba(autoimunní)
 - **Klinické projevy:**
 - Pocení, nesnášenlivost tepla, pocení, jemné padající vlasy, lomivost nehtů, dušnost, palpitace, tachykardie, arytmie, svalová slabost , třes končetin, hubnutí, průjem
 - Psychické příznaky: nervozita, neklid, labilita, interpersonální konflikty podrážděnost , lítostivost, nespoustředěnost, nespavost, překotnost

Tyreopatie – psychosociální aspekty

- **3.hypothyreóza (snížená činnost)**
 - Nedostatek hormonů štítnice, často u starších žen 10 – 25%
 - Autoimunní zánět, operace, radiojód
 - **Klinické projevy:** (plíživé)
 - Celková zpomalenost,
 - únava,
 - spavost,
 - suchá, chladná kůže,
 - vlasy suché,lomivé,vypadávající
 - zimomřivost,
 - bolesti a ztuhlost ve svalech a kloubech,
 - přibírání na váze,
 - zácpa, bradykardie,hrubý hlas , chrapot

Tyreopatie – psychosociální aspekty

- Zpomalené tělesné a duševní pochody,
- chmurné myšlenky,
- Plačtivost,
- Deprese,
- Podrážděnost,
- Nesnášenlivost,
- Apatie
- Cave též palpitace!
- Tvář oteklého Eskymáka (odulý , zažloutlý)
- Oligomenorea, amenorea, anovulační cykly
- Komplikace v graviditě
- Bolest svalů a kloubů

Tyreopatie – psychosociální aspekty

- **4. tyroiditidy (5-15% ženy vyššího věku)**
 - Příčiny: infence, ozáření, radiojód, mechanický útlak, úrazy krku, autoimunní (Hashimotova struma)
 - **Klinické projevy:**
 - Hyper- nebo hypothyreóza, teploty, bolesti, únava, nervozita

Psychosomatika tyreopatií

- **5. nádory štítné žlázy**

- **Benigní** – adenom (toxický adenom)
- **Maligní** – max 600 případů/rok
- od málo zhoubných (papilární ca) - 70%- 30 let přežívá 85% nemocných až po anaplastické – pacienti umírají do max 2 let po zjištění.

Psychosomatika tyreopatií

- CAVE !
- Tyreopatie bývají často zejména v počátcích zaměňována za psychiatrická onemocnění.
- Některé symptomy ale nabývají hloubky psychiatrických onemocnění.

Psychosomatika tyreopatií

- Klinické symptomy :
 - **Hypertyreóza**
 - Anxieta, deprese, mánie, agitovanost, noční můry, narušení úsudku, orientace, pozornosti, paměti a percepce, paranoidní bludy, vizuální halucinace
 - Zvýšená spavost , „ myxoedema madness“
 - **Hypotyreóza**
 - Deprese, anxieta, mánie, zoufalství , předtuchy zkázy, suicidální myšlenky, narušení úsudku, abstrakce, koncentrace, paměti a percepce, bludy(zejména sebeobviňující, paranoidní), sluchové halucinace, rozvoj demence

Psychosomatika tyreopatií

- Spoštěcí a udržující faktory tyreopatií:
 - **Stres** a Gravesova choroba – mnoho studií-
závěr: *Stres má vliv na vznik a klinický průběh Gravesovy choroby (např. vliv válek)*
 - **Deprese** - *změna imunitní odezvy*
 - **Life events, hassles, daily stresses, minor events**

Psychosomatika tyreopatií

- Psychosociální stres –
 - ovlivňuje ložiska tyreoidální autonomie (hot spots) až k hypertyreóze
 - Větší životní události a denní nepříjemnosti mají negat.vliv na průběh a prognózu Gravesovy choroby
 - (dvě poslední prospektivní, longitudinální studie z Japonska – Yoshiuchi 1998 a Fukao 2003)

Psychosomatika thyreopatií

- Yoshiuchi et al.(1989) - 230 pac. s Gravesovou chorobou
 - Cíl : Jaký je vliv stresujících událostí,každodenních stresů,copingových dovedností a sociální opory na průběh této choroby?
 - Závěr : Chronický psychologický stres (daily hassless) ovlivnil průběh Gravesovy choroby u žen
- Fukao et al.(2003) - 69 pacientů s Gravesovou chorobou
 - Cíl :Zjistit souvislosti mezi psychickým stresem,osobnostními rysy a prognózou Gravesovy choroby
 - Závěr : Velké životní události a denní problémy zhoršují prognózu

Psychosomatika tyreopatií

- Faktory zhoršující prognózu Gravesovy choroby :
 - Hypochondrie
 - Deprese
 - Paranoia
 - Psychastenie

Psychosomatika tyreopatií

- **Osobnost u tyreopatií**
 - Zejména v 50. a 60. letech 20. století :
 - frustrace dětské touhy po závislosti
 - oidipovský komplex
 - nadměrná potřeba péče
 - strach ze smrti
 - emocionální labilita
 - pocity méněcennosti
 - internalizace konfliktů a frustrace
(Alexander, Frankl)

Psychosomatika tyreopatií

- Vliv tyreopatií na osobnost

Harineková (1976)- eufunkční struma u 19 dívek (9-15 let) :

- Afektivní reakce, citová ambivalence, labilita, nedůvěřivost, depresivní, hypochondrické, paranoidní rysy, fobie a anxieta v interpersonálních vztazích.

Kvalita života u thyreopatií

- Obecně snížena proti zdravé populaci,navzdory úspěšné léčbě
- **Symptomy**
 - Vágní stížnosti
 - Zhoršená kvalita života
 - „Chronický endokrinní pacient“
 - Únava,deprese,anxieta, kožní potíže,potíže s vlasy ,váhový přírůstek,

Kvalita života u thyreopatií

- **Elberling et al. (2004)** 30 nově dg. Pac. S Gravesovou chorobou , SF-36
 - Výše skorovali v subškále deprese a úzkosti
 - Eutyroidní stav –zhoršená QoL u 15% v mentální a 33% v tělesné oblasti
 - Po 1 roce léčby – zhoršená QoL u 11% v mentální a 14% v tělesné oblasti
- **Abraham-Nordling et al.(2005)** –QoL u 179 pacientů,léčených před 12-21 lety pro M. Graves
 - SF-36,QoL2004
 - Celkové nižší skóry mentálního zdraví
- **Watt et al,(2005)** – odlišnost názorů lékařů a pacientů na QoL u Gravesovy choroby
 - Pacienti: vyšší unavitelnost,bušení srdce, vnitřní neklid
 - Endokrinologové: třes rukou,zvýšené pocení,váhový úbytek

Doporučená literatura

- Drbalová, K.: Onemocnění štítné žlázy. Praha. SZÚ. 2004
- Hobbs, J.R.: Stress and Graves disease. Lancet, 339, 427- 428, 1992
- Dayan, C.M.: Stressful life events and Graves disease revisited. Clinical Endocrinology, 55, 13-14, 2004
- Janečková, P.: Současné výzkumy psychosociálních aspektů tyreopatie. Čs. psychologie 6, 635- 650, 2007
- Jenšovský, J., Hejduková, B., Špačková, N.: Vliv normalizace izolovaně zvýšeného TSH na neuropsychologický profil pacientů. Časopis lék. Českých 139, 313 – 316, 2000.
- Límanová, Z., Němec, J., Zamrazil, V.: Nemoci štítné žlázy. Praha. Galén 1995
-

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