



2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITA KARLOVA

Onemocnění

Přemýšlení v biopsychosociálním modelu

Mgr. et Mgr. Jaromír Škoda (jaromir.skoda@lfmotol.cuni.cz)

Osnova

I. Pojmy

- Základní pojmy a myšlenky o diagnostice, abyste se mohli dorozumět s kolegy z medicíny a klinické psychologie.

II. Rozhovor

- Vedle studia dokumentace a příznaků ve fyzioterapii je primární diagnostický nástroj pro diagnostiku rozhovor. Jedná se o nejobtížnější, ale současně nejvýtečnější klinickou metodu.

III. Faktory

- Když už víte, co je diagnostika, už máte hypotézy postupu a plán léčení, je potřeba seznámit se s faktory na straně pacienta (vnitřní) a společnosti (vnější), které mohou ovlivňovat léčení.





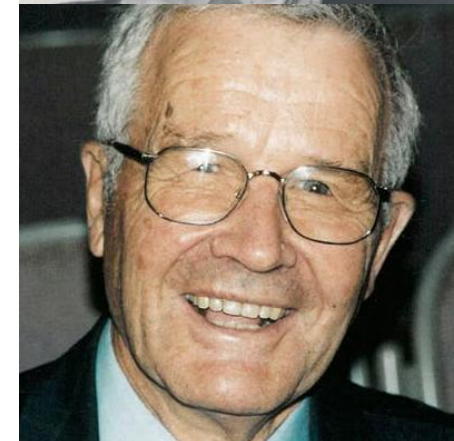
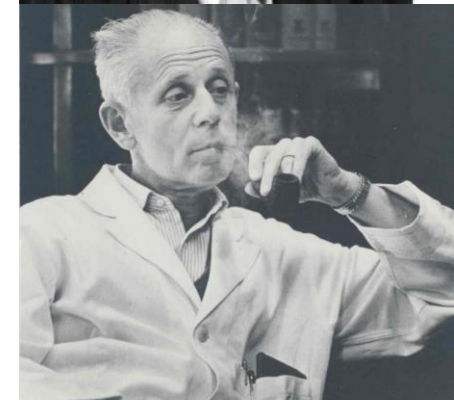
2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITA KARLOVA

I. Pojmy

psychosomatika, pacient a klient, choroba a nemoc, diagnóza
a nozologie

Psychosomatika

- Johann Christian Heinroth 1818 u insomnie.
- 1/2 20. století hermeneutická věda (bez kauzality)
 - => Duševní konflikty překládány do „řeči orgánů“. *Bolí vás záda, protože toho hodně nesete.*
 - Sigmund Freud, Viktor von Weizsäcker, Alexander Mitscherlich, Thure von Uexküll, Leopold Alkan
- 2/2 20. století empirická věda (kauzalita a morfologie)
 - Leopold Alkan, Franz Alexander (obr.1), Hans Selye (2), Johann Rüegg (3)
- Aktuálně
 - **biopsychosociální model**
 - V ČR – SPM JEP – medicína, klinická psychologie, fyzioterapie (jen!)
 - Ve vědě – fyziologické procesy (např. psychoonkologie)
 - V praxi – praktický lékař, GIT, psychiatrie, neurologie, kl. psychologie, fyzioterapie (+ dětské obory). Pozn. v nemocnici multioborový tým.



Pacient a klient

Pacient – z lat. *patior* – ten, který snáší utrpení

- bez možnosti uzdravit se sám
- snáší pasivně
- závislý na péči zdravotníka

např. infarkt, akutní schizofrenní stav, epilepsie apod.

Klient – z lat. *cliens* – ten, který poslouchá patrona

- může se uzdravit sám
- může být „producentem“ léčení
- nezávislý na péči zdravotníka

např. bolesti svalstva, pohybové poruchy, únavový syndrom

Oboje asymetrický vztah. Pacient bez pomoci nepřežije. Klient by se mohl léčit sám, kdyby si osvojil znalosti zdravotníků, ale ne každému se chce vystudovat fyzioterapie, jen protože si chce ulevit.



Choroba a nemoc

Choroba – angl. *disease* – objektivní stránka

- choroby bez nemocí – *např. vysoký krevní tlak, cholesterolémie*
 - obvykle **egosyntonní** (jedinci nevadí)

Nemoc – angl. *illness* – subjektivní stránka

- nemoci bez choroby – *např. chronická bolest, únavový syndrom*
 - obvykle **egodystonní** (jedince trápí)

Oboje

- souběžně na biologické, psychologické a sociální úrovni **vždy!**
- liší se mírou projevu v jedné z těchto oblastí
- dgn. manuál na to pamatuje ICD 10/11 osy 1, 2, 3



Diagnóza a nozologie

1. Taxonomie utváří strategii klasifikace.
2. Klasifikace utváří klasifikační systém.
3. Diagnostická identifikace (diagnostika) je nalezení obtíží pacienta v klasifikačním systému.
4. Identifikaci umožňuje tzv. nozologie – metoda stanovení diagnózy a jejich příčin. K tomu je pak možné připojit prognózu, doporučený postup...

V Evropě a Americe

- převážně pomocí sledování interakce *syndromu a průběhu onemocnění*
syndrom je souhrn *znaků* (identifikujeme objektivně, např. vysoký krevní tlak) a *příznaků* (identifikujeme subjektivně, např. pocit tlaku na hrudi, úzkost)
- diagnostiku hierarchizujeme. Biologická má přednost před psychologickou, psychologická před sociální.

např. nebudu v první chvíli řešit pracovní stres pacienta, když se mu diagnostikovala rakovina.

Nemoci nemající jasnou etiologii označujeme jako **funkční** nebo **MUS** (*medically unexplained symptoms*) – s tím se budete setkávat vy! Někdy v manuálu jsou (např. fibromyalgie), obvykle ne.





2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITA KARLOVA

II. Rozhovor

prožívání a pojetí nemoci, terapeutický styl, nozognozie, péče
a léčení

Rozhovor

- Základní a obtížná klinická metoda diagnostiky
 - dále sem patří pozorování + analýza spontánní produkce – např. *status praesens, prima vista*
- V diagnostice se liší strukturou – čím objektivnější nemoc, tím vyšší struktura a méně času k rozhovoru. Čím subjektivnější, tím méně struktury a více času v rozhovoru – polostrukturované metody (nebo tzv. na volný způsob).
 - anamnéza (auto-, hetero-) je strukturované shrnutí rozhovoru do standardizovaných trsů.
 - NO: nynější onemocnění, OA: osobní a., RA: rodinná a., SA: sociální a., PA: pracovní a., FA: farmakot. a., apod.
- Cílem je stanovit *diagnostické hypotézy* (pokud nejsou) a mezi nimi rozhodovat = *diferenciální diagnostika*.



Prožívání a pojetí nemoci

Někteří pacient nemají souběžné prožívání a pojetí nemoci.

- zvláště u funkčních obtíží a psychosomatických.

Tři základní oblasti prožívání a pojetí:

1. somatická (*bio*)
2. psychická (*psycho*)
3. sociální (*sociální*)

Pokud pacient prožívá a pojímá nemoc v jedné oblasti je to ideální – ví, co chce a ví jaké k tomu potřebuje léčení.

Naopak pokud neví, jeho subjektivní přesvědčení se mýlí s objektivními příčinami – hledá řešení na špatném místě.

- „Chce sklízet obilí v lese a sbírat dřevo na poli.“



Příklad

Pacientka (38) z funkční bolesti zad. Vyšetřena neurologicky bez nálezu. Primárně volena psychosomatická intervence – klinicko-psychologická a fyzioterapeutická.

*V rozhovoru, polostrukturovaně popsany stresor – vztah s ženami v práci (tj. **kde to prožívá**). Ale přesvědčení, že bolest je somatické podstaty jako vedlejším produkt stárnutí (tj. **pojetí**).*

Identifikováno, že se jedná o svalové krunýře, které vznikají jako prudká změna ze svalového tonu při kontaktu s ženami zvláště v pracovním prostředí. Jinak bez.

Ergo, pacientka přichází s biologickým pojetím a nakonec je řešení zaměřené na sociální prostředí: 1. pochopení příčin, 2. nácvik svalové relaxace ve zmíněných situacích – **základ spolupráce mezi medicínou – kl. psychologie – fyzioterapií.**



Nozognozie

= porozumění nemoci

- Dvě vlastnosti
 1. porozumění příčinám (když prožívání x pojetí, nemá porozumění)
 2. porozumění nutnosti léčení
- Spektrum – anozognozie (nozognosia totalis), nozognozie omezená, nozognostický
 - Čím lepší nozognozie, tím jednodušší léčení a spolupráce. A naopak.
 - Když pacient nechápe, proč mu nemoci vznikají, nemůže se jim aktivně vyhnout, připravit se na ně, zacházet s nimi.
 - s nižšími intelektovými schopnostmi / křehčí osobností typické.
 - Když pacient nechápe, kdy a proč je potřebné léčení, nemůže adekvátně vyžádat pomoc.
 - s vyššími intelektovými schopnostmi / stenickou osobností typické.



Terapeutický styl

Převážně 4 typy terapeutického kontaktu:

1. aktivní vedení
 2. emoční podpora
 3. reflexe a vyjasnění
 4. redukce symptomů
- Pacienti a terapeuti mají preferovaný jeden z těchto stylů. Úspěšnost léčení se zvyšuje, pokud oba sdílí stejný styl.
 - je to svého druhu jazyk, který odráží neuvědomělé přesvědčení na obou stranách, co znamená *léčit* a *být léčen*.
 - pokud se styly minou, může se snížit efekt léčení nebo probíhá *pseudoléčení*.
 - např. lékař se snaží redukovat symptomy pacienta, který se zhoršuje před propuštěním domů, kde by byl osamocen a bez péče (emoční podpora).



Péče a léčení

péče – angl. *care* – je doména zdravotních sester, pomocného personálu, sociálních služeb apod.

medicína, klinická psychologie a fyzioterapie mají za cíl **léčit** (angl. *cure*).

Tzn.:

1. Cílem je, aby Vás pacient nepotřeboval.
2. Když stav umožňuje léčení, dáváme mu přednost před péčí.
3. Léčení je spojené s diskomfortem pacienta i vaším.
4. Součástí je působení krátkodobého nepohodlí a bolesti za zisk dlouhodobého profitu.
 - cost/benefit a risk/benefit – dokud je benefit vyšší než úsilí a poškození léčením, pak je to eticky lege artis. *Např. musíte zlomit kost, aby mohla dobře srůst.*
5. Vděk, láska a pocit pohody pacientů by neměla být vaše primární motivace – důležitější je, aby byl pacient zdrav (x pečující obory).
6. Nikdy nepodceňujte utrpení, nikdy nepřeceňujte zlepšení.





III. Faktory

sekundární zisk, neuróza, hraniční stavy, psychóza,
kompliance a adherence, vnější faktory

Sekundární zisk

Všechny nemoci přináší zisk, který je důsledkem stonání.

Nemoc je moc k:

1. uvolnění z práce, školy,
 2. nemožnosti dále vykonávat některé činnosti,
 3. získání péče a pozornosti,
 4. sociální blízkosti.
- Typicky zvýšené zisky u dětí, gerontopopulace, křehkých osobností a deprivantů.
 - Nemoc se podporuje tím, že pacienta „sytíme“ interakcí.
 - Pokud už neléčíme (strop našich schopností), mělo by být nahrazeno v realitě (rodina, přátelé), nebo sociálními službami.

Nesuplujeme sociální prostředí a sociální služby!



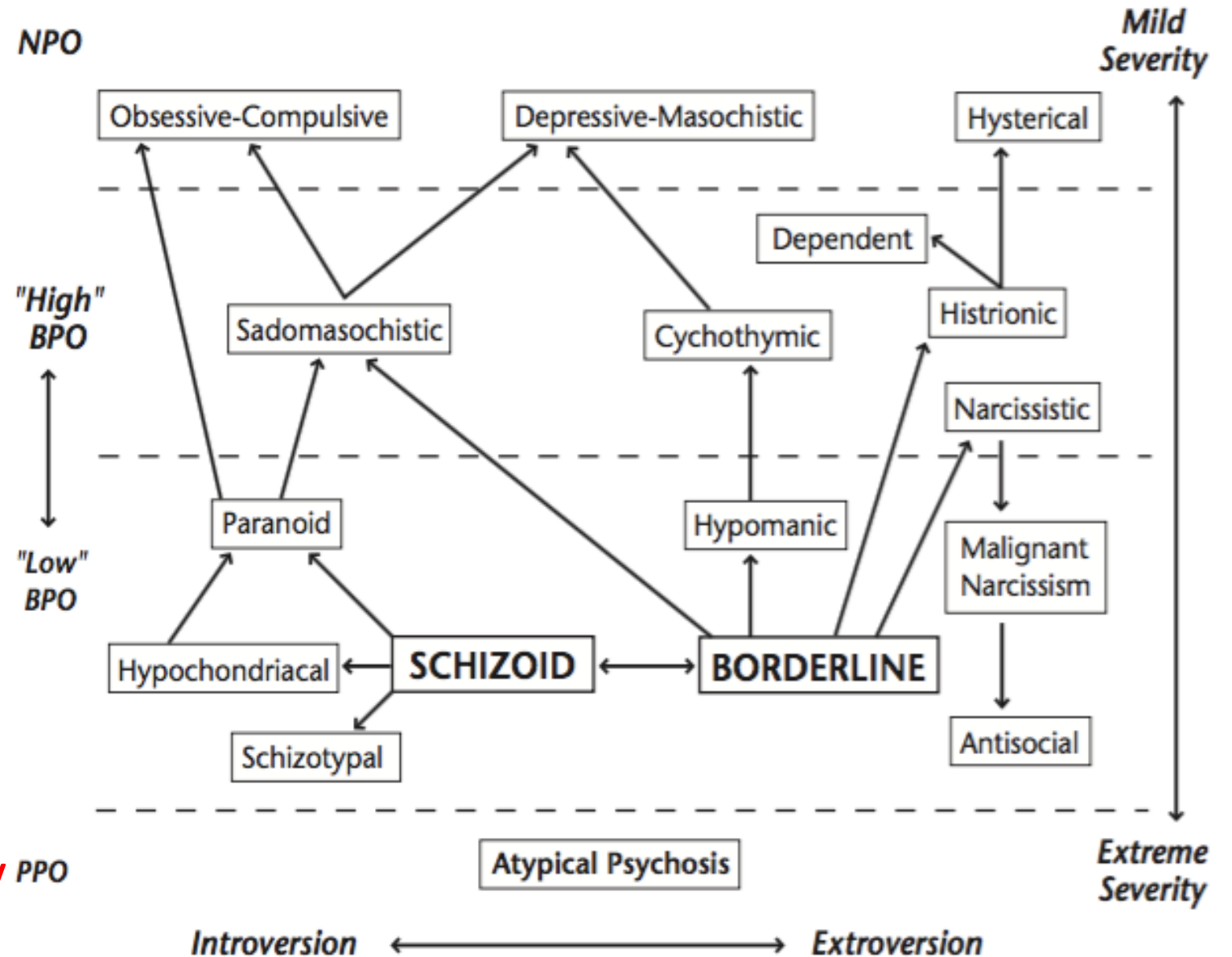
Struktura osobnosti
je faktor, který má
vliv na:

1. motivy léčení,
2. úspěšnost léčení.

Neurózy

Hraniční
stavy

Psychózy PPO



Neuróza

- Jedná se o psychické zdraví, které je komplikované pouze v jedné životní oblasti: práce, vztahy (včetně sexu), volný čas.
- Projev neurózy: pacient v jedné nebo více ze zmíněných oblastí selhává z toho důvodu, že není svépomocí schopen upravit neadaptivní schéma svého chování.
- Typicky se dá identifikovat oblast podle **neurotického přesvědčení**, které má charakter saturovaného světonázoru ve formě **takhle to ve světě přeci je** a kdo to tak nemá, je divný.
 - Jedná se o selhání tzv. schopnosti držet ambivalenci (tj. víceznačný emoční vztah k vnější realitě).

Příklad:

Pacient je celoživotně přesvědčený (egosynotnní světonázor), že pasivita je nepřijatelná a je projevem selhání, za kterým se skrývá jeho stud. Přeloží si tak Vaši výzvu, aby snížil intenzitu cvičení jako: „měl bych častěji plavat a běhat maratony, protože mi fyzioterapeut říká, že mám malou výdrž.“ A Vy se pak divíte, proč se jeho stav horší.



Hraniční stavy

- Častěji i psychiatrické dgn., psychologické léčení už i v mládí.
- Osobnost je křehčí – identita je nestabilní, prožívání více emoční.
 - Sebepojetí se proměňuje podle kulis a kulisy podle sebepojetí.
 - Nejčastěji se objevuje **štěpení** (absence schopnosti držet ambivalenci).
 - Štěpení probíhá přibližně takto: jste na pacient milí, zažívá se doceněný, tudíž se cítí dobře. Protože se cítí dobře, realita je dobrá. Protože je realita dobrá i Vás vidí dobře. Současně ale např.: po cestě k Vám se na něco naštve – je špatný, realita je špatná, vy budete špatní. Je to stav buď vše skvělé, nebo vše strašné.
 - Chování je vedeno touhou po stabilitě – nemoc je nástroj vztahů.

V praxi očekáváte nestabilní kontakt, výrazné proměny přístupu k léčení. Často paradoxní chování – výrazně kritický, ale nechce o Vás jako zdravotníka přijít. Absolutní porozumění se střídá s hostilitou, nudou, opozicí.



Psychotické struktury

- Téměř vždy psychiatrická dgn. (a ti co ji nemají, by za vámi stejně nepřišli)
- Rozpoznáte z pocitu „podivnosti“ (něm. gefühl) i laik.
- Psychózy nejsou obecně nebezpečné (obj. více hraniční impulzivní), ale interakce bude divná a obvykle se s nimi můžete cítit mimo svoji kůži.
- Očekávejte, že somatizace je „normální“ produkce, takže cílem je ulehčování od obtíží.
- Vyléčení somatických stesků neočekáváme (pokud se nejedná o rehabilitaci po úrazu).



Kompliance a adherence

Kompliance – podřídivost

- projev ochoty pacienta Vás poslechnout.
- reakce na vnější motivaci.

Adherence – přilnavost [k nastavenému léčení]

- projev ochoty pacienta se řídit podle nastavené domluvy.
- vnitřní motivace.

V nemocnici bez obtíží, řízeno kompliancí.

- compliance bez adherence – odkývají, slíbí, nedělají – podmínit spolupráci prací na sobě.
- adherence se sníženou kompliancí – zdravotníci – lehce se nepodřídí, ale když už se s nimi dohodnete, dodržují příkladně.

Etický tip: preferujeme dnes partnerský model – pokud v pacientovi vytvoříme pocit, že přispěl k vytvoření plánu řešení, je více adherentní.



Vnější faktory

předchozí = vnitřní faktory.

Faktory vnější = sociální determinanty

- jedná se o faktory, které mohou stav výrazně ovlivňovat, ale lékaři a fyzioterapeuté omezený vliv. Klinická psychologie je více sugestivní (rozumějte eticky manipulativní).
- Patří sem tři trsy (A – sociální, B – pracovní, C – kvality života)
 - A. 1. sociální gradient (socioekonomická úroveň), 2. sociální exkluze, 3. míra sociální opory (míra integrity sociální skupiny)
 - B. 1. práce, 2. nezaměstnanost
 - C. 1. rané dětské období, 2. stres, 3. strava, 4. závislosti, 5. doprava

Determinanty se překrývají, ale každý zvlášť může být příčinou nebo katalyzátorem nemoci. Případně ji může udržovat v procesu, či zajišťovat rekurenci (tzn. *circulus vitiosus*)

