

# Biopsychosociální model léčby revmatoidní artritidy v algésiologii

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.

Oddělení klinické psychologie FNM a 2. LF UK Praha

Biopsychosociální model je celkový a systematický pohled k pochopení jedince a systémových vztahů uvnitř i vně jedince, které ovlivňují nemoc i zdraví. Z důvodu nespokojenosti s biomedicínským i psychosociálním modelem zdraví a nemoci se vyvinul model biopsychosociální. Všechny modely budeme ilustrovat na příkladu revmatoidní artritidy (RA), závažné chronické nemoci, u které jsou prokázány při vzniku a udržování jak patofyziologické, tak psychosociální faktory. Léčba RA zahrnuje léky k snížení zánětu, intenzity bolesti a otoků, ale také fyzioterapii, cvičení a psychoterapii. Psychosociální faktory u RA více souvisí s disabilitou nemocného, než se samotnou chorobou.

**Klíčová slova:** revmatoidní artritida, biopsychosociální model.

## Biopsychosocial treatment model of rheumatoid arthritis in algiology

The biopsychosocial model is a comprehensive and systematic perspective for understanding the person and the relationship of the system outside and inside the person that influences both health and illness. The biopsychosocial model has evolved from dissatisfaction with biomedical and psychosocial models of health and illness. All models we will illustrate with rheumatoid arthritis, serious chronic disease, where is in rise and maintainance strong evidence of pathopsysiological and psychosocial factors. Medical treatment includes medications to reduce inflammation, pain and swelling, as well as physical therapy, exercise and psychotherapy. Psychosocial factors are in RA more strongly associated with disability than is the disease process itself.

**Key words:** rheumatoid arthritis, biopsychosocial model.

## Úvod

Revmatoidní artritida (RA) je zánětlivé autoimunitní onemocnění, které se projevuje především zánětem a bolestivostí kloubů a jejich postupným poškozením, postihuje však i ostatní orgány. Postihuje asi 1 % populace, často se projevuje již v mladém věku. RA člověka postupně omezuje v pohybu a brání mu vykonávat běžné každodenní aktivity a žít samostatný a nezávislý život. Je to dlouhodobé, postupující a invalidizující onemocnění, provázené bolestí. Chronická bolest má u RA čtyři základní modalities: emoční, kognitivní, behaviorální a senzorickou. Pacienti s chronickou bolestí u RA vycházejí často z přesvědčení o závažnosti somatických obtíží, domnívají se, že léčba biologicky zaměřená je obtížná a tím se vyléčí. Věnují pozornost barvitému popisu tělesných obtíží, protože lékař je ten, kdo se zajímá o jejich somatické obtíže. Orientace na somatické symptomy bolesti je vysvětlitelná dualismem pohledu pacienta na vznik a udržování chronické bolesti: bolest je buď psychická, nebo je somatická.

## Modely léčby chronické nemoci

Můžeme rozlišit tři základní modely chronické nemoci: biomedicínský, psychosociální a biopsychosociální model. Poslední se rozvinul na základě nespokojenosti právě s prvními dvěma modely. Biomedicínský model udržuje dualistické uvažování lékaře, tzn. duševní ne-

bo psychické vlivy na nemoc, její vznik a průběh a ovlivnění léčby. Z tohoto důvodu dominuje potom psychosociální model péče jen u odborníků na duševní zdraví (psychologů, psychiatrů). Biomedicínský model podporuje pasivitu pacienta a klade důraz na roli lékaře jako experta. Psychosociální model se pokouší oproti tradiční biomedicínské roli posílit aktivní účast pacienta na diagnostice, léčbě, na prevenci a rozhodování. To má přirozeně důsledky i pro roli lékaře ve vztahu s pacientem. Oba modely mají odlišné názory na výsledky (co je výsledkem léčby). Biomedicínský model se pokouší léčit a zjišťovat úspěch léčby i při absenci choroby. Psychosociální model chápe zdraví jako kontinuitu a přináší výhody zejména chronicky nemocným, u kterých je nutné se soustředit na zvládnání nemoci, protože její vyléčení, tedy absolutní nepřítomnost nemoci, není možné. Předpokladem k zlepšení současné zdravotní péče je ústup od dualistického biomedicínského modelu a aplikace biopsychosociálního modelu zdraví a nemoci.

## Biomedicínský model revmatoidní artritidy

Biomedicínský model revmatoidní artritidy (RA) se zaměřuje na příčinu, prevenci a léčbu. RA je chronické zánětlivé onemocnění, které postihuje zánětem synoviální obsah kloubů, bursů a šlachových pouzder. Po čase dochází k destrukci

kloubů. Předpokládá se, že vznik RA je způsoben více faktory: imunitními a neuroendokrinními faktory, genetickými predispozicemi a faktory z prostředí. Biomedicínský model RA se zaměřuje při vzniku RA na vlivy neuroendokrinní a imunitní. Kritika biomedicínského modelu je následující: 1. model nepočítá s komplexními faktory při vzniku, průběhu a udržování nemoci. Psychosociální faktory a faktory z prostředí mohou ovlivňovat významně vznik chronických onemocnění, biomedicínský model je podceňuje, 2. jedinec může být prohlášen za nemocného i bez zřetelné patofyziologie, 3. nejasná je situace u jedince, u kterého byl diagnostikován chronický stav RA, ale má málo, nebo žádné symptomy, bolest nebo poškození. Biomedicínský model předpokládá lineární vztah mezi patofyziologií, průběhem nemoci, poškozením a invaliditou. I přes výše uvedenou kritiku je biomedicínský model u lékařských profesí nejrozšířenější. První příčinou, proč tomu tak je, představuje průprava lékařů zachytit symptomy a znaky biomedicínského modelu (patofyziologie a její symptomy). Dále model předpokládá, že psychosociální faktory týkající se nemoci, jsou v kompetenci odborníků z psychologie, a proto se na ně nezaměřuje, nebo jen okrajově. V neposlední řadě je model posilován pacienty, kteří mají pouze somatické potíže a připisují somatickému stavu zásadní roli. To vyhovuje lékařům, kteří se selektivně zaměřují na biomedicínský vznik a udržování choroby.

Paliat. med. liec. boles., 2012, 5(3): 91–93

## Psychosociální model revmatoidní artritidy

Chronická nemoc představuje zvládání zátěže, což je základem všech současných psychologických výzkumů. Paradigma stresu a zvládání bylo široce užito k pochopení úlohy psychologických faktorů u chronické nemoci (Lazarus a Folkman, 1984). Zvládání se vztahuje ke kognitivním a behaviorálním reakcím na události spojené s chronickým onemocněním, které jsou chápány buď jako škodlivé, nebo poškozují zdraví. Zvládání se skládá z následujících složek: hodnocení poškození, zranění nebo úrazu či nemoci nebo ohrožení sebehodnocení způsobené zátěží a stupněm regulovatelnosti výsledků a opětovného výskytu zátěžových situací. Proces nepohody a zátěže začíná právě hodnocením aktuální nebo možné (t. j. i eventuálně hrozící) změny a vyhodnocením individuálního smyslu pro konkrétního jedince. To můžeme nazvat *primární* hodnocení. Zahnuje hodnocení poškození nebo škody, která se již objevila, nebo výzvu k možnosti zvládnutí. Hodnocení je ovlivněno domněnkami, přesvědčením a míněním jedince. Hodnocení okolností výskytu, například revmatoidní artritidy, bude v domněnkách, přesvědčení a míněním u každého jedince odlišné.

**Sekundární hodnocení** zahrnuje jednak rozsah a prostor konkrétní situace a dále jak tato situace může být zvládána jedincem, souvisí s teoriemi beznaděje a místa řízení. Důležité v procesu zvládání je například přesvědčení o odhadu vlastní zdatnosti (Bandura, 1977). Zahnuje vnější odhad zdatnosti, t. j. mínění, že existuje strategie, která povede k požadovanému výsledku, a odhad vlastní zdatnosti, t. j. mínění, že jedinec může užít strategií k dosažení požadovaného cíle.

Pozitivně nebo negativně ovlivňují jedincovu schopnost hodnotit situaci realisticky, vybrat odpovídající zvládací strategii a efektivně ji užít zejména osobnostní rysy, jako je optimismus, neurotičnost a odolnost. Užít zvládacích strategií může vést ke změnám v emocích, což zpětně může ovlivnit aktivitu nemocného, stejně tak specifické chování při bolesti, jako je například úroveň intenzity bolesti, pracovní neschopnost (invalidita) a užívání medikace. Optimismus může ovlivnit jedincovo hodnocení poškození způsobené nemocí, ale také kapacitu vyrovnávání se ze zátěží. Ta může ovlivnit exacerbaci nebo, naopak, snížení symptomů revmatoidní artritidy a celkový rozvoj nemoci. Jako rizikové psychosociální faktory bychom měli pokládat nejen závažné životní události

(smrt partnera, dítěte, rozvod...), ale také běžné kupící se denní starosti a problémy, které mohou stejně jako závažné zátěžové situace dostávat člověka do mimořádné tísně (Křivohlavý, 2001). Teorie odůvodněného chování například zdůrazňuje stabilní osobnostní rysy ve vývoji a udržování chronických mezilidských problémů (Davis et al., 2006). Drobné denní starosti mohou urychlit epizodu nemoci i exacerbaci, problematická bývá jejich identifikace. Ne každý, kdo je vystaven oběma výše uvedeným stresorům (závažné životní události a běžně kupící se denní starosti a problémy), onemocní RA, je třeba brát v úvahu spoluúčinkování řady biopsychosociálních jevů.

Na rozdíl od biomedicínského modelu psychosociální model předpokládá, že vzájemný vztah mezi psychosociálními a biologickými proměnnými není lineární, ale komplexní, vzájemně propojený. Proto bolest a invalidita u RA mohou být chápány jako signifikantní prediktor psychické pohody, tedy duševního zdraví.

## Biopsychosociální model revmatoidní artritidy

Integrovaný biopsychosociální model RA zahrnuje faktory podílející se na progresi nemoci, ale také chování v nemoci: stresory, osobnost, psychosociální fungování, zvládací dovednosti, imunitní a neuroendokrinní funkce. Současný biopsychosociální model je založen na teorii stresu a typů zvládání (Monat a Lazarus, 1991). Stres má psychologickou i fyziologickou úroveň, včetně úrovně prostředí, zahrnuje denní těžkosti nebo spory, vnímání událostí jako ohrožení a změny v neuroendokrinním působení. Psychosociální stresory ovlivňují RA nepřímo přes cyklus psychosociálních reakcí, které také snižují nebo zvyšují vliv psychosociálních stresorů na stav RA. Kognitivní hodnocení ohrožení utvářené stresory a jinými možnými zdroji má centrální roli v působení stresorů na psychosociální a somatické výsledky. Žádný z procesů není lineární, ale zahrnuje oběh v cyklu a zpětnou vazbu s opakovacím procesem v čase.

Biopsychosociální model RA nabízí celkový přístup k diagnostice a léčbě revmatických potíží včetně chronických bolestí. Tradiční, dualistický model o původu bolesti je následující: bolest vzniká nocicepcí, t. j. primárním poškozením tkáně nebo utrpením (Loeser a Turk, 2001). Oba typy mají vztah ke stresu. Ale chronická bolest musí být chápána v diagnostice i terapii v biopsychosociálním (celostním) pojetí, a tak je důležité soustředit se na vztah mezi utrpe-

ním a bolestí: bolest většinou vede k utrpení, ale i utrpení skrze somatizaci může vytvářet bolest. Chronická bolest může být ovlivňována i kognitivními a emočními faktory. Bolest je lokalizována do určité části těla, pacient je většinou omezen v aktivitě pracovní i sociální, emočně tento stav vede k iracionálnímu vyhodnocení nemoci a bolesti, k negativnímu sebezpečí i pohledu na budoucnost, k pocítům beznaděje, bezmoci a cestou bludného kruhu ke zhoršování příznaků samotné bolesti. Pouze tento model nám dovolí upustit od klasického dualismu vzniku chronické bolesti a pochopit, že v celostním pojetí chronické bolesti je emoční a kognitivní složka chronické bolesti v různé míře vždy obsažena, a že pro pacienta může být poškození sociální a psychické v důsledku bolestivé zkušenosti stejně obtížné jako poškození somatické.

## Uplatnění biopsychosociálního modelu léčby ve zdravotnickém systému

K uplatnění biopsychosociálního přístupu v léčbě pacientů s RA by mohly pomoci dva aspekty: 1. lékař by měl být trénován v užití psychosociálních technik k zlepšení efektivity péče o pacienty, 2. na druhou stranu ostatní psychosociální pracovníci ve zdravotnictví, například kliničtí psychologové a psychoterapeuti, by měli být také orientováni k biopsychosociálnímu přístupu a ne k psychosociálnímu. Biopsychosociální přístup u léčby RA předpokládá, že odborníci z oblasti mezipodborové, tedy medicínské i psychosociální, budou společně v týmu participovat na léčbě chronických nemocí (Sperry, 2006).

V psychoterapii je diagnostika zaměřena primárně na psychologické a psychosociální faktory. V biopsychosociálním diagnostickém přístupu RA je zaměřena pozornost na identifikaci klíčových psychologických faktorů (sociálních, rodinných, kulturních) a na další důležité informace (úroveň progresu nemoci, stupeň poškození nebo invalidity, symptomy a jejich spouštěče, pochopení a význam nemoci, představy a vysvětlení, které má pacient pro chorobu). Tato biopsychosociální diagnostika dovolí plánovat efektivní psychoterapeutické intervence, které jsou formovány biologickými, psychosociálními a kulturními dimenzemi. Diagnostika vede k vývoji biopsychosociálního pojetí jednotlivého případu. Psychoterapie u pacientů s RA a chronickou bolestí probíhá na úrovni somatické, psychoterapeutické a psychofarmakologické (Raudenská a Javůrková, 2011).

## Závěr

Cílem biopsychosociálního přístupu v léčbě RA je uplatnit takové komplexní metody, které by snížily riziko vzniku RA u rizikové populace a zlepšily průběh nemocných. Z psychologických metod se jedná o techniky zaměřené na změnu životního stylu a rizikového chování, zlepšení schopnosti zvládat stres a relaxovat, zvýšení tělesné kondice s aspekty stupňování a edukaci, které mohou zlepšovat symptomy RA a snižovat progresi choroby.

„Podpořeno projektem (ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (FN Motol)“

## Literatura

1. Bandura A. Self-efficacy, New York, Freeman, 1977.
2. Davis MC, Affleck G., Zautra AJ, Tennen H. Daily Interpersonal Events in Pain Patients: Applying Action Theory to Chronic Illness. *Journal of Clinical Psychology*, 2006; 62(9): 1097–1113.
3. Křivohlavý J. Psychologie zdraví. Praha: Portál 2001.
4. Lazarus R. a Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York, Springer Publishing Company 1984.
5. Loeser J, Turk D. Multidisciplinary Pain Management. In: Loeser J. (Ed.) Bonica's Management of Pain. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins 2001: 2067–2079.
6. Monat A. a Lazarus, R. Introduction: Stress and coping. In: Monat A. a Lazarus R (Eds.) Stress and coping, an anthology. NY, Columbia University Press, 1991: 1–15.
7. Raudenská J. Javůrková A. Lékařská psychologie. Praha: Grada 2011.

8. Sperry L. Psychological Treatment of Chronic Illness. The Biopsychosocial Therapy Approach. American Psychological Association: Washington 2006.

**PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.**

Oddělení klinické psychologie FN v Motole  
a 2. LF UK

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5

jaroslava.raudenska@fnmotol.cz



**Orel Miroslav a kolektiv:**

## Psychopatologie

Znalost základů psychopatologie dnes patří k nepostradatelným předpokladům pro práci ve všech pomáhajících profesích (u psychologů, sociálních pracovníků, zdravotníků, pedagogů apod.). Poznatky o duševních poruchách jsou nezbytné pro studující příslušných oborů, mohou však být k užtku i zájemcům z řad širší veřejnosti.

Grada 2012, ISBN: 978-80-247-3737-9, kat. číslo 2302, 264 s.



Distribúcia v SR: Grada Slovakia, s. r. o., Moskovská 29, 811 08 Bratislava, tel.: 02/5564 5189

[www.grada.sk](http://www.grada.sk)

**SOLEN**  
MEDICAL EDUCATION

**Váš partner  
v medicínském vzdelávaní**

### Pripravujeme na rok 2013:

- **XXIII. bratislavské postgraduálne dni detskej neurológie**  
22. – 23. marec 2013, DFNSP, Bratislava
- **II. slovenská konferencia zriedkavých chorôb**  
24. apríl 2013, Hotel Saffron, Bratislava
- **X. slovenský pediatrický kongres**  
25. – 27. apríl 2013, Hotel Saffron, Bratislava
- **VI. neuromuskulárny kongres**  
25. – 26. apríl 2013, Hotel Tatra, Bratislava
- **VII. pracovné dni neuropsychiatrie Levoča**  
12. – 14. september 2013, Levoča
- **Medicína pre prax – kongres lekárov prvého kontaktu, IX. ročník**  
20. – 21. september 2013, Hotel Saffron, Bratislava
- **Bratislavské onkologické dni – L. ročník**  
11. – 12. október 2013, Hotel Holiday Inn, Bratislava
- **XXIV. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v onkológii**  
11. október 2013, COOP Jednota, Bratislava
- **Sympóziu praktickej neurológie, VII. ročník**  
18. – 19. október 2013

[www.solen.sk](http://www.solen.sk)

[solen@solen.sk](mailto:solen@solen.sk)

viac informácií na [www.solen.sk](http://www.solen.sk), sekcia Kongresy a semináre

