

Jaroslava Raudenská, Alena Javůrková

Lékařská psychologie ve zdravotnictví



Jaroslava Raudenská, Alena Javůrková

Lékařská psychologie ve zdravotnictví

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována ani šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D., PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.

LÉKAŘSKÁ PSYCHOLOGIE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 4547. publikaci

Recenzovali:

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.
doc. PhDr. Jana Kocourková

Odpovědná redaktorka PhDr. Alena Sojková
Sazba a zlom Antonín Plicka
Návrh a zpracování obálky Jan Dvořák
Počet stran 304
Vydání 1., 2011

Vytiskla Tiskárna v Ráji, s.r.o., Pardubice

© Grada Publishing, a.s., 2011
Cover Photo © fotobanka Allphoto

ISBN 978-80-247-2223-8 (tištěná verze)

ISBN 978-80-247-7154-0 (elektronická verze ve formátu PDF)

OBSAH

O AUTORKÁCH	9
ÚVOD	11

OBECNÁ ČÁST

1. CELOSTNÍ PÉČE O PACIENTA	17
<i>(J. Raudenská, A. Javůrková)</i>	
1.1 Základní pojmy	17
1.1.1 Psychosomatická medicína	17
1.1.2 Psychologie zdraví	19
1.1.3 Klinická psychologie	20
1.1.4 Lékařská psychologie	20
1.2 Tělo, nemoc a bolest	22
1.2.1 Tělo a bolest	22
1.2.2 Tělo a nemoc	24
1.3 Biopsychosociální přístup u chronických nemocí	26
1.3.1 Biomedicínský model	27
1.3.2 Psychosociální model	27
1.3.3 Biopsychosociální model	29
1.4 Psychické poruchy u chronicky somaticky nemocných	32
1.4.1 Modely prevalence	32
1.4.2 Potíže s diagnostikou deprese	34
2. CHOVÁNÍ A MOŽNOSTI JEHO ZMĚNY	41
<i>(J. Raudenská)</i>	
2.1 Chování	41
2.1.1 Změny chování	41
2.1.2 Behaviorismus	42
2.1.3 Chování a kognitivně-behaviorální terapie	43
2.1.4 Kognitivní revoluce	44
2.2 Kognitivní faktory, chování a nemoc	55
2.2.1 Kognice a kognitivismus	56
2.2.2 Kognitivní faktory a chování pacienta	57
2.2.3 Kognitivní faktory a chování lékaře	58
2.2.4 Vztah mezi kognitivními faktory lékaře a pacienta	59
2.3 Chování v nemoci	61
2.3.1 Choroba versus nemoc	61
2.3.2 Model chronické nemoci	62
2.3.3 Problémy související s chronickou nemocí	64
2.3.4 S chorobou a nemocí spojené chování	68

3. PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K NEMOCNĚMU	81
<i>(J. Raudenská)</i>	
3.1 Psychologický přístup v lékařské psychologii	81
3.1.1 <i>Terapeutický vztah mezi lékařem a pacientem</i>	81
3.1.2 <i>Modely vztahu lékař a pacient</i>	84
3.1.3 <i>Podpůrná psychoterapie</i>	88
3.2 Komunikace	89
3.2.1 <i>Rozhovor lékaře a pacienta</i>	89
3.2.2 <i>Vzdělávání lékaře v komunikaci a praktických klinických dovednostech</i>	91
3.2.3 <i>Hodnocení komunikačních a lékařských dovedností</i>	98
3.3 Podíl pacienta na léčbě	104
3.3.1 <i>Ideální a běžný pacient</i>	104
3.3.2 <i>Aktivní a pasivní přístup</i>	105
3.3.3 <i>Spolupráce a dodržování léčby</i>	107
4. ETICKÉ ASPEKTY LÉKAŘSKÉ PROFESE	119
<i>(A. Javůrková, J. Raudenská)</i>	
4.1 Biopsychosociálněspirituální pojetí etiky	119
4.1.1 <i>Vývoj etiky</i>	120
4.1.2 <i>Etika, vztah k sobě a ke světu</i>	122
4.1.3 <i>Etika v povolání lékaře</i>	124
4.1.4 <i>Aplikace etiky v některých oborech medicíny</i>	132
4.2 Syndrom vyhoření	140
4.2.1 <i>Teoretické zázemí syndromu vyhoření</i>	141
4.2.2 <i>Stadia vývoje vyhoření a rizikové faktory</i>	145
4.2.3 <i>Prevence, psychoterapie, zvládání stresu</i>	147

SPECIÁLNÍ ČÁST – APLIKACE LÉKAŘSKÉ PSYCHOLOGIE VE VYBRANÝCH OBLASTECH KLINICKÉ MEDICÍNY

5. BOLEST	163
<i>(J. Raudenská)</i>	
5.1 Popis	163
5.1.1 <i>Dělení bolesti</i>	164
5.1.2 <i>Typický pacient s chronickou nenádorovou bolestí</i>	165
5.2 Biopsychosociální model chronické bolesti	166
5.2.1 <i>Biopsychosociální faktory</i>	166
5.2.2 <i>Psychologické faktory</i>	168
5.2.3 <i>Behaviorální faktory</i>	168
5.2.4 <i>Kognitivní faktory</i>	169
5.2.5 <i>Sociální faktory</i>	170
5.3 Komorbidita s psychiatrickými onemocněními	170
5.4 Psychosociální intervence u chronické bolesti	173
5.4.1 <i>Podpůrná psychoterapie</i>	175
5.4.2 <i>Dynamická psychoterapie</i>	176
5.4.3 <i>Manželská a rodinná psychoterapie</i>	176
5.4.4 <i>Skupinová psychoterapie</i>	177
5.4.5 <i>Kognitivně-behaviorální model terapie</i>	178

6. ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ	191
<i>(J. Raudenská, A. Javůrková)</i>	
6.1 Popis onemocnění	191
6.1.1 <i>Stadia onemocnění</i>	192
6.1.2 <i>Specifika terminálního stavu</i>	194
6.2 Biopsychosociální model	194
6.3 Psychologické aspekty	196
6.3.1 <i>Komorbidity</i>	198
6.3.2 <i>Komorbidity v terminálním stadiu</i>	200
6.3.3 <i>Reakce na hrozící smrt</i>	209
6.4 Psychosociální intervence u nevyhnutelné smrti	213
6.4.1 <i>Psychoterapie</i>	213
6.4.2 <i>Spirituální pomoc</i>	214
6.4.3 <i>Zvládání tabuizace smrti</i>	216
6.4.4 <i>Komunikace s umírajícím</i>	217
6.4.5 <i>Respirační péče</i>	218
6.4.6 <i>Techniky konfrontace ze smrti</i>	221
6.4.7 <i>Truchlení nemocného a pozůstalých</i>	222
7. DERMATOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ	231
<i>(J. Raudenská, A. Javůrková)</i>	
7.1 Úvod	231
7.2 Popis onemocnění	231
7.3 Biopsychosociální model	232
7.4 Psychologické aspekty	233
7.4.1 <i>Psychologické důsledky onemocnění kůže</i>	233
7.4.2 <i>Vztah mezi duší a tělem</i>	234
7.4.3 <i>Vliv stresových událostí na kůži</i>	236
7.4.4 <i>Vliv sociální podpory</i>	238
7.4.5 <i>Pravděpodobné fyziologické mediátory</i>	239
7.4.6 <i>Komorbidity s psychiatrickými onemocněními</i>	240
7.5 Psychosociální intervence	241
7.5.1 <i>Akné</i>	243
7.5.2 <i>Ekzém</i>	243
7.5.3 <i>Psoriáza</i>	244
7.5.4 <i>Kazuistiky</i>	245

APLIKACE LÉKAŘSKÉ PSYCHOLOGIE V MULTIDISCIPLINÁRNÍM POJETÍ LÉČBY

8. ZDRAVOTNICKÝ TÝM	257
<i>(J. Raudenská)</i>	
8.1 Klinický psycholog	257
8.1.1 <i>Psychologická diagnostika</i>	258
8.1.2 <i>Psychoterapie</i>	265
8.2 Logoped	269
8.3 Fyzioterapeut	269
8.4 Ergoterapeut	270
8.5 Sociální pracovník	270
8.6 Psychiatr	271

9. MULTIDISCIPLINÁRNÍ LÉČBA ONEMOCNĚNÍ	275
<i>(J. Raudenská)</i>	
9.1 Celostní programy léčby chronických nemocí	275
9.2 Celostní programy zvládnání chronické bolesti	277
9.2.1 <i>Popis</i>	277
9.2.2 <i>Zařízení</i>	281
9.2.3 <i>Léčebné strategie</i>	281
9.2.4 <i>Role členů týmu</i>	281
9.2.5 <i>Léčebné principy</i>	282
9.2.6 <i>Schůzky týmu</i>	287
9.2.7 <i>Výsledky multidisciplinární léčby a kritéria úspěchu</i>	287
SEZNAM ZKRATEK	293
ČESKO-ANGLICKÝ SLOVNÍK	297

O AUTORKÁCH

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D., vystudovala jednooborovou psychologii na FF UK v Praze. Je klinická psycholožka a kognitivně-behaviorální terapeutka, pracuje jako vedoucí Oddělení klinické psychologie ve Fakultní nemocnici Motol v Praze. Zabývá se psychologickou diagnostikou a psychoterapií u pacientů s chronickou nádorovou i nenádorovou bolestí. Přednáší lékařskou psychologii a psychologii bolesti na 2. LF UK Praha a v postgraduálním vzdělávání lékařů-algeziologů.

PhDr. Alena Javůrková, Ph.D., vystudovala jednooborovou psychologii na FF UK v Praze. Je klinická neuropsycholožka a kognitivně-behaviorální terapeutka. Pracuje jako vedoucí Oddělení klinické psychologie ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze. Specializuje se na neuropsychologické testování kognitivních funkcí. Ve spolupráci s FN Motol provádí u pacientů s epilepsií předoperační vyšetření kognitivních schopností včetně Wada testu. V psychoterapii se specializuje na zvládání chronické nemoci. Přednáší neuropsychologii v postgraduálním vzdělávání klinických psychologů a lékařů.

ÚVOD

V současných přístupech k nemocnosti a úmrtlosti je kladen stále větší význam na psychologické aspekty, zejména na individuální jednání a reakce jedince, tj. chování (angl. *behaviour*, americká angl. *behavior*). Také modely onemocnění prodělaly v posledních desetiletích významné změny, které se odrazily v požadavcích na zdravotní péči, na znalosti a dovednosti lékaře a na způsoby vyrovnávání se (angl. *coping*) s nemocí samotného pacienta. Poznatky ze sociologie, klinické psychologie, psychologie zdraví, behaviorální medicíny, kognitivně-behaviorální terapie a dalších jsou aplikovány do lékařské psychologie k prevenci nebo zmírnění zdravotních potíží pacientů. Výše uvedené změny také ovlivňují vzdělávání lékařů: jsou nezbytnou komponentou základního curricula na lékařských fakultách a také v postgraduálním vzdělávání lékařů. Behaviorální vědy se aplikují v medicíně v následujících oblastech:

- ovlivňování osobnosti, stresu a vulnerability, tj. efekt stresu na zdraví a nemoc;
- identifikace rizikových faktorů v chování vztahující se k chronickým a život ohrožujícím onemocněním;
- biopsychosociální přístup ke zdraví a nemoci;
- vývoj a uplatnění takových přístupů v léčbě, na kterých se pacient může sám účastnit, jako jsou například techniky v léčbě některých chronických onemocnění, bolesti a celostní programy léčby;
- pochopení některých psychologických vlivů na zdravotní péči (vyhledávání lékařské pomoci, komunikace, spolupráce a placebo);
- uplatnění psychologických a behaviorálních technik (relaxace, biofeedback a zvládání stresu) u jednotlivých onemocnění;
- identifikace psychologických reakcí u jednotlivých onemocnění;
- modely chování vztahující se k nemoci (chování vedoucí ke zdraví – angl. *health behaviour*) nebo chování v nemoci (angl. *illness behaviour*), chování při bolesti (angl. *pain behaviour*) atd.;
- identifikace kognitivních faktorů vztahujících se k nemoci, například přesvědčení a názorů (angl. *beliefs*) o nemoci a zdraví, vliv kognitivních teorií na zdraví a nemoc, jako jsou například odhad vlastní zdatnosti (angl. *self-efficacy*), kompetence (angl. *attribution*), místo kontroly zdraví (angl. *health locus of control*) a další.

Lékařská psychologie je úspěšným předpokladem výkonu lékařského povolání, protože se zaměřuje na lidskou dimenzi v medicíně: osobnost lékaře a jeho vztah s pacientem včetně komunikace, rozhodování a spoluúčast pacienta na léčbě. To předpokládá, aby lékař rozuměl sobě samému, svému chování a na základě toho rozuměl reakcím pacientů a jejich rodin na onemocnění a zvládání potíží spojených s nemocí. Medicína dnes také nevystačí s dichotomním modelem vzniku, průběhu a udržování

onemocnění (psychologické versus somatické příčiny). Proto je kniha založena na biopsychosociálním přístupu ke zdraví a nemoci. Podíl psychologických a somatických faktorů v prevenci, při vzniku, průběhu a udržování nemoci se individuálně různí u jednotlivých chorob i jedinců. Ke zvážení psychologických faktorů v léčbě jednotlivých onemocnění je nutné:

- identifikovat epidemiologické a sociální faktory vztahující se k určitému chování, které vede ke zvýšení rizika chronických závažných onemocnění;
- identifikovat jejich podíl na růstu výskytu chronických onemocnění;
- prozkoumat současné zvýšení cen za lékařskou péči;
- posílit zájem pacientů o metody léčby, které vedou ke zvládnání nemoci samotným pacientem;
- aplikovat v lékařské psychologii behaviorální a kognitivní techniky;
- identifikovat psychologické faktory, které se podílejí na vzniku, průběhu a udržování zdravotních potíží;
- zjistit, proč jsou někteří pacienti nespokojeni s léčbou;
- identifikovat zdroje jatrogenních problémů (Broome, 1989).

Výše uvedené okruhy zvýšily zájem aplikace psychologie do medicíny a rozvoj lékařské psychologie. Současné směry v lékařské psychologii můžeme shrnout do tří základních okruhů (Sperry, 2006): 1. celostní původ potíží pacienta (biopsychosociální včetně spirituální oblasti), 2. spolupůsobení psychologických faktorů a medicínských problémů, 3. vývoj (angl. *development*) a upřesnění (angl. *refinement*) specifických psychologických přístupů pro jednotlivé medicínské potíže a jejich aplikace v lékařské psychologii.

Tato kniha proto vychází z klinických potřeb zprostředkovat, poskytnout a předat do povolání lékaře psychologické aspekty. Je založena na biopsychosociálním přístupu ke zdraví a nemoci, zejména k nemoci chronické. Má tři části. **První, obecná část** dává teoretické zázemí pro druhou, aplikovanou část. Proto se první část zaměřuje nejdříve na obecné psychologické děje vztahující se k onemocněním všeobecně se zaměřením na prevenci a léčbu. K pochopení biopsychosociální péče seznamuje s některými základními pojmy, které souvisí s lékařskou psychologií (klinická psychologie, psychosomatika a biopsychosociální přístup, psychologie zdraví, behaviorální medicína), s jednotlivými modely zdraví a nemoci (biomedicínský, psychosociální, biopsychosociální) a komplexním pojetím těla, bolesti a nemoci. Definuje chování (v užším pojetí jako procesy motorické, kognitivní, afektivní a fyziologické) jako velmi blízce spojené se zdravotním stavem a podmínkami nemoci. Nemoc souvisí nejen s určitým vnějším zjevným chováním, ale také s kognicí: postoji, typy myšlení a druhy psychických reakcí pacienta i lékaře. První část knihy se dále zaměřuje na ovlivňování chování u nemocných pomocí terapeutického vztahu mezi L a P, podpůrné psychoterapie a komunikace. V závěru popisuje zásady etiky v povolání lékaře a jejich praktické užití v některých oborech medicíny. Protože nároky kladené na jedince, včetně etických, mohou představovat nepřiměřenou zátěž a vést k vyčerpání, seznamuje i se syndromem vyhoření.

Část druhá se zaměřuje na aplikaci lékařské psychologie ve vybraných medicínských oborech (algeziologie, onkologie, dermatologie). Jejich výběr není vyčerpávající, byl ovlivněn jednak nejčastěji zastoupenými obory medicíny a také osobní zkušeností

autorek. Kapitoly v této části knihy jsou členěny následovně: popis daného onemocnění (odpovídá názvu kapitoly), biopsychosociální model, specifické psychologické aspekty, komorbidita s psychiatrickými onemocněními a psychosociální intervence v léčbě. Kapitoly odkazují čtenáře na první, teoretickou část a jsou doplněné kazuistickými příklady, které neumožňují žádnou přímou identifikaci pacienta.

Již v úvodu jsme zmínili, že aplikace poznatků psychologie je úspěšným předpokladem výkonu lékařského povolání, a to nejen v rámci celostního pojetí nemoci, ale i týmové spolupráce všech odborníků, kteří se podílejí na léčení pacientů. **Část třetí** se proto zaměřuje na multidisciplinární (synonyma biopsychosociální, celostní, interdisciplinární) spolupráci ve zdravotnickém týmu. Podobné požadavky jako na lékaře se v psychologickém přístupu k pacientům kladou i na ostatní zdravotnické pracovníky. V této části se proto zaměřujeme na výhodu aplikace lékařské psychologie celým zdravotnickým týmem. Nejdříve popisujeme úlohy jednotlivých členů týmu, dále ukazujeme principy multidisciplinární léčby chronických onemocnění s praktickým modelem léčby chronické bolesti.

Pro lékaře není vždy aplikace lékařské psychologie v medicíně jednoduchá. Objevují se potíže, které bychom mohli nazvat „problémy se zavedením celostní péče o pacienta“ (angl. *whole person care*). Kniha proto nabízí nejen pohled na psychologické aspekty lékařské péče, ale také na integraci celostní péče týmem. Kniha je sice primárně určena studentům medicíny a lékařům v postgraduálním i celoživotním vzdělávání, ale je vhodná i pro další členy multidisciplinárního týmu, kteří se podílejí na biopsychosociální léčbě, tj. pro zdravotní sestry, sociální pracovníky, fyzioterapeuty, klinické psychology a psychiatry.

Anglicko-český slovník pojmů

- celostní péče o pacienta (*whole person care*)
- chování při bolesti (*pain behaviour*)
- chování typické pro nemoc (*illness behaviour*)
- chování vedoucí ke zdraví (*health behaviour*)
- chování v nemoci (*illness behaviour*)
- jednání a reakce jedince, tj. chování (angl. *behaviour*, americká angl. *behavior*)
- kompetence (*attribution*)
- místo kontroly zdraví (*health locus of control*)
- odhad vlastní zdatnosti (*self-efficacy*)
- přesvědčení a názory (*beliefs*)
- upřesnění (*refinement*)
- vývoj (*development*)
- zvládání, vyrovnávání se (*coping*)

Kontrolní otázky

1. Jaké jsou tři základní okruhy lékařské psychologie?

Literatura

Broome, A. K. (ed.) *Health psychology*. London: Chapman and Hall, 1989.

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

+

OBECNÁ ČÁST

1. CELOSTNÍ PÉČE O PACIENTA

(J. Raudenská, A. Javůrková)

Tato kapitola popisuje některé pojmy související s lékařskou psychologií, dále tělo, bolest a nemoc z komplexního pohledu a navazuje objasněním modelů o zdraví a nemoci. Kapitulu uzavírá pojetí modelů psychických obtíží u somaticky nemocných.

1.1 ZÁKLADNÍ POJMY

1.1.1 PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA

Původně byla medicína oborem, který léčil všechna onemocnění. Vznik jednotlivých medicínských oborů v 19. století způsobil, že se klinické myšlení dichotomizovalo: choroby se začaly dělit na duševní a tělesné. Od konce první poloviny 20. století psychosomatická medicína upozorňuje na vzájemné propojení duševních a tělesných procesů (Engel, 1967; Raudenská, 2004). Její základní východiska jsou psychoanalýza (třicátá až čtyřicátá léta 20. století), behaviorální (sedmdesátá léta), přírodovědné, filozofické a antropologické směry.

Pod vlivem psychoanalýzy v padesátých letech 20. století vyústila psychosomatická medicína ve **specifickou koncepci**: konkrétní psychologické příčiny způsobují konkrétní somatické onemocnění, kde tělesné obtíže jsou vyjádřením nevědomých konfliktů nebo nenaplněných potřeb jedince. Jednalo se o sedm onemocnění, tzv. „chicagskou sedmu“, rozpracovanou podle F. Alexandera (maďarsko-americký psychoanalytik, 1891–1964): bronchiální astma, revmatoidní artritida, ulcerózní kolitida, esenciální hypertenze, neurodermatitida, tyreotoxikóza a duodenální peptický vřed. Přijetí specifické koncepce somatickou medicínou bylo komplikované (Papežová, 2002). V šedesátých letech se spojují hlediska biologická, psychologická a sociální a vzniká koncepce **multifaktoriální podmiňnosti vzniku a udržování nemoci**. Psychosomatická medicína u jednotlivých poruch zvažuje podíl biologických, psychologických a sociálních faktorů v jejich etiopatogenezi, průběhu a terapii. U každého pacienta se tak podíl jednotlivých složek může lišit individuálně: na průběhu onemocnění se mohou podílet faktory biologické (genetické), nebo psychosociální. Každá nemoc může i nemusí být psychosomatickou, neexistuje žádná klinická jednotka, která by byla výhradně psychosomatická. V posledních letech je koncepce psychosomatické medicíny integrativní: pracuje s teorií stresu, stresovou reakcí, adaptačním syndromem, psychofyziologií emocí a kognitivně behaviorálními přístupy, které jsou somatické medicíně lépe pochopitelné a snadněji uplatňované v léčbě. Psychosomatická onemocnění jsou chápána jako výsledek psychosociálních zátěžových situací nebo psychosociálních rizikových faktorů. Je to **koncepce nespecifická**, neexistuje tedy konkrétní vztah mezi druhem psychosociální zátěže a manifestací konkrétního onemocnění.

- esenciální hypertenze, ICHS, infarkt myokardu
- bronchiální astma
- duodenální peptický vřed, refluxní nemoc jícnu, syndrom dráždivého tračníku
- hypofunkce a hyperfunkce nadledvin, hypothyreóza, tyreotoxikóza
- diabetes mellitus
- psychogenní poruchy příjmu potravy
- funkční sexuální poruchy, poruchy erekce, poruchy menstruačního cyklu
- revmatoidní artritida
- psoriáza, atopický ekzém
- vertebrogenní algický syndrom

Obr. 1.1 Nejčastější poruchy splňující podmínky psychosomatických onemocnění

Psychosomatické onemocnění by mělo splňovat alespoň jednu z následujících podmínek: 1. příčina nemoci musí souviset s předcházejícími psychologicky významnými událostmi, 2. průběh nemoci je závislý na psychologických faktorech, 3. základní klinický příznak má bezprostřední vztah ke konkrétnímu psychologickému faktoru, 4. příznaky jsou neúměrně intenzivní nebo nepřiměřené v délce trvání (Beran, 2001). Na obrázku 1.1 jsou uvedeny poruchy, které mohou splňovat podmínky psychosomatických onemocnění.

Současné pojetí psychosomatické medicíny vychází z **biopsychosociálního modelu**, (užívaná synonyma jsou celostní, holistický, systémový), který se zabývá studiem biologických a psychosociálních faktorů při vzniku, průběhu i terapii u všech nemocí. Prosazuje se tak celostní přístup v prevenci, léčbě a rehabilitaci nemocí, pacient je v péči týmu odborníků se společnou myšlenkovou základnou. Psychosomatickou medicínou lze v současné době s jistým zjednodušením charakterizovat dvěma klíčovými slovy: multifaktorialita a multikausalita, které stojí podle psychosomatiků za většinou nemocí. Psychosomatickou se původně zabývali psychoanalyticky vzdělaní lékaři, ale postupně i lékaři somatických oborů, kteří jsou v ní také postgraduálně vzděláváni. Například v Německu se užívá pojem psychoterapeutická medicína (Hirsch, 1999).

Jedno z východisek moderně koncipované psychosomatické medicíny je vedle psychoanalýzy a kortikoviscerální koncepce **behaviorální směr** formovaný v USA od sedmdesátých a osmdesátých let 20. století (Matarazzo, 1980). Název pochází z anglického překladu pojmu chování (angl. *behaviour*, am. angl. *behavior*). Je reakcí na analytickou orientaci psychosomatické medicíny a silící integrační tendence v biomedicínských vědách. Protože některé psychologické faktory mají formu rizikového či nezdravého chování, je hlavní charakteristikou behaviorální (BHV) medicíny prevence a studium vzniku nemocí. Posun od klasické psychosomatické medicíny k BHV medicíně znamená opustit otázku „Proč onemocnění vzniklo?“ a ptát se „Jak se dá onemocnění předcházet; jak se s ním dá vyrovnat?“. BHV medicína se tak orientuje na zdraví a na podkladě věd o chování vytváří široký model zdraví a nemoci integrující faktory biologické, psychologické a sociální. Pracuje s různými koncepcemi psychického stresu a léčebnými technikami, jako jsou relaxace, meditace, averzivní léčba, biologická zpětná vazba (angl. *biofeedback*). Klade důraz na fyziologické procesy u psychosomatických onemocnění, má pojetím blízko k preventivní medicíně a k BHV epidemiologii (sledování výskytu onemocnění, studium