

Lékařská psychologie

Jan Vymětal

3., aktualizované vydání



Lékařská psychologie

Jan Vymětal

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Vymětal, Jan

Lékařská psychologie / Jan Vymětal. -- 3., aktualiz. vyd.,

V nakl. Portál 1. -- Praha : Portál, 2003. -- 400 s.

ISBN 80-7178-740-X

159.9:61

- lékařská psychologie
- učebnice vysokých škol

*Učební texty pre- a postgraduálního studia
na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze
(Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK)*

© Jan Vymětal, 2003

Portál, s. r. o., Praha 2003

ISBN 80-7178-740-X

Obsah

Úvodní poznámka	13
1 Úloha lékařské psychologie v dnešní medicíně	15
1.1 Vymezení oboru	15
1.2 Sugescce	19
1.3 Psychogenní iatropatogeneze	20
1.4 Placebo efekt	23
1.5 Syndrom vyhaslosti (vyhoření)	24
2 Vývojová psychologie	27
2.1 Mechanismy vývoje	27
2.2 Prenatální období a porod	31
2.3 Dětství	34
Novorozenecké období	34
Kojenecký věk	36
Období batolete	38
Předškolní věk	39
Školní věk	40
2.4 Dospívání	42
2.5 Dospělost a stáří	44
Dospělost	44
Stáří	46
3 Osobnost	49
3.1 Význam a vymezení psychologie osobnosti	49
Nevědomé procesy	51
Sebereflexe	51
Sebepojetí	54
Sebeúcta	56
3.2 Překonávání náročných situací a závažných životních událostí psychickými obrannými mechanismy	56
Náročné situace a závažné životní události	58

Psychické obranné mechanismy	63
3.3 Psychická reaktivita pacienta	69
4 Motivace člověka	73
4.1 Základní pojmy teorie motivace	73
4.2 Třídění lidských potřeb	76
4.3 Motivace pacientů	78
4.4 Motivace lékařů	80
Altruismus	82
4.5 Motivace volby oboru	84
5 Rodina a její význam pro jedince	89
5.1 Funkce rodiny	90
5.2 Vzájemný vztah rodičů	92
5.3 Typy a vývojové stupně rodiny	94
5.4 Rodina a zdraví	97
Salutogeneze	98
Sexuální zneužívání dětí	100
6 Vztah pacient–lékař a jejich vzájemná komunikace	111
6.1 Role lékaře	113
6.2 Role pacienta	115
6.3 Vztah lékař–pacient	116
Pacient od lékaře očekává	116
Lékař od pacienta očekává	116
Koluze	118
Přenos a protipřenos	118
Specifičnost situace	119
6.4 Komunikace a spolupráce pacienta s lékařem	120
Spolupráce pacienta s lékařem	121
Na lékaře a nemoc orientovaný model (paternalistický model).	125
Na pacienta orientovaný model (partnerský model)	125
6.5 Balintovské supervizní skupiny	125
7 Psychologický přístup k nemocnému a důležitým osobám z jeho života	129
7.1 Vymezení základních pojmů	129
Pracovní společenství	130
Naděje	130

7.2	Autorita a pravdivost	132
7.3	Úcta a respekt	133
7.4	Porozumění	135
8	Rozhovor lékaře s pacientem	141
8.1	Rozhovor a otázky	141
	Rozhovor	142
	Otázky a způsob tázání	143
8.2	Typy lékařského rozhovoru a jeho dimenze	144
8.3	Nedirektivní empatický rozhovor	149
8.4	Zevrubný explorativní rozhovor	151
	Indikace rozhovoru	152
	Fáze rozhovoru	154
9	Zásady sdělování nepříznivých informací pacientům a jejich rodinám	159
9.1	Uvedení do problematiky	159
	Nepříznivá zpráva	160
	Extrémně špatné zprávy	160
9.2	Sdělování nepříznivých informací rodičům postižených dětí ..	163
9.3	Sdělování nepříznivé informace, která není extrémně závažná ..	164
9.4	Sdělování extrémně nepříznivé informace	165
10	První setkání s dospělým pacientem v ambulantní praxi	169
10.1	Přijetí pacienta	169
10.2	Orientační rozhovor	171
	Symptomatické chování	173
	Demonstrativní reakce	173
10.3	Vyšetření pacienta	174
10.4	Informování pacienta	176
10.5	Rozloučení	177
10.6	Anamnéza	177
11	Základní psychologická péče o ambulantně vedené pacienty ...	181
11.1	Psychologicky převážně neproblémoví pacienti	184
11.2	Pacienti psychologicky problematičtí	186
11.3	Psychologické stránky farmakoterapie	189
	Racionální farmakoterapie	190
	Vztah mezi pacientem a lékařem	191
	Postoje pacienta a lékaře k ordinovanému léku	192

Farmakofilní lékař	192
Farmakofilní pacient	193
Farmakofobní lékař	193
Farmakofobní pacient	193
12 Psychologická péče o hospitalizované pacienty	197
12.1 Potřeby pacientů v nemocnici	198
12.2 Psychologická příprava pacienta na zatěžující diagnostická vyšetření, základní předoperační a pooperační péče	201
Úvodní rozhovor	204
Předoperační vizity	204
12.3 Chronická, těžká a nevyléčitelná onemocnění (defekty)	206
13 Psychologická péče o psychosomaticky nemocné	213
13.1 Alexithymie a účelovost	214
13.2 Psychologická problematika nemocných s infarktem myokardu	216
13.3 Psychologické vedení psychosomaticky nemocných v ambulantní praxi	219
13.4 Léčebné společenství	221
14 Bolest a její mírnění psychologickými prostředky	223
14.1 Vymezení a hlavní charakteristiky bolesti	224
14.2 Tolerance k bolesti	227
14.3. Mírnění bolesti psychologickou cestou	229
Ovlivňování akutní bolesti psychologickými prostředky	230
Ovlivňování chronické bolesti psychologickými prostředky	232
15 Úzkost a strach	235
15.1 Vymezení úzkosti a strachu	235
15.2 Vývoj úzkosti a strachu (ontologický pohled).	237
15.3 Dynamika vzniku úzkosti	239
Vznik a rozvoj úzkosti a strachu	241
15.4. Mírnění a odstraňování úzkosti a strachu psychologickou cestou	241
16 Truchlení a deprese	245
16.1 Vymezení truchlení a deprese	245
Truchlení	245

Akutní žal	246
Deprese	246
16.2 Dobrovolně nedobrovolný odchod ze života	248
Sebevražedný čin	250
Bezprostřední nebezpečí	251
Akutní nebezpečí sebevražedného jednání	252
16.3. Jednání s depresivním pacientem a léčba	
deprese psychologickými prostředky	252
Kognitivně behaviorální terapie	253
17 Hněv a agresivita	257
17.1 Vymezení pojmů, hlavní charakteristiky a teorie	257
Hněv	257
Agresivita	258
Teorie biologické	260
Teorie psychologické	260
17.2 Projevy a příčiny agresivního jednání u pacienta a lékaře	261
17.3 Zvládání agresivity psychologickými prostředky	263
18 Problematika umírání a smrti	267
18.1 Pojem smrti	267
18.2 Pojetí smrti v ontogenezi	269
18.3 Strach ze smrti	271
18.4 Psychologická péče o umírající a blízké osoby jejich života ...	275
Psychologická péče o umírající děti	275
Psychologická péče o umírající dospívající	276
Psychologická péče o rodiče umírající mládeže	277
Psychologická péče o umírající dospělé	277
18.5 Psychologická péče o pozůstalé	281
19 Duševní krize, psychologická první pomoc a intervence v krizi ..	287
19.1 Duševní krize	287
Akutní krize	288
Chronické krize	288
19.2 Psychologická první pomoc	289
19.3 Intervence v krizi	294
19.4 Psychická odolnost vůči krizi	295
Osobnostní výbava	296
Zdroje vnější jistoty	298
Samotná situace	299

20 Psychoterapie	301
20.1 Definice	301
Humanistická psychoterapie	302
Hlubinná psychoterapie	302
Behaviorální psychoterapie	302
Sugestivní a hypnotherapeutický přístup	303
Relaxační a psychofyziologické postupy	303
Systémové, systemické a komunikační pojetí	303
Transpersonální psychoterapie	303
Eklektický a integrativní přístup	303
20.2 Psychoterapie jako profylaxe, terapie a rehabilitace poruch zdraví	306
Profylaxe	306
Terapie	306
Rehabilitace	307
20.3 Indikace	308
20.4 Cíle a účinnost psychoterapie	312
20.5 Formy a prostředky psychoterapie	315
Psychoterapeutický rozhovor	317
Relaxační a psychofyziologické postupy	317
Zaostřování (focusing)	317
Expoziční terapie	318
Sugestivními postupy a hypnózou,	318
Psychodrama	318
Psychogymnastika,	318
Arteterapie a muzikoterapie	318
Hra	318
20.6 Účinné faktory a obecný model psychoterapie	319
Výsledek psychologické intervence	324
21 Psychoneuroimunologie	327
21.1 Definice a význam oboru	327
21.2 Souvislost mezi psychickými procesy a imunitou	329
Psychobiologická koncepce stresu	329
Učení	335
21.3 Ovlivňování imunitního systému psychoterapeutickými prostředky	337
22 Psychologická diagnostika	343
22.1 Vymezení oboru a jeho užití v praxi	343

22.2 Psychologický diagnostický postup a metody	347
Klinické diagnostické metody	348
Exaktní diagnostické metody	349
22.3 Metody psychologické diagnostiky dětí, dospívajících a dospělých	356
Gesellův test	356
Test Terman-Merrillové (Stanford-Binetova zkouška) ...	356
Ravenovy progresivní matice	357
Wechslerovy testy inteligence	358
Cattellův osobnostní dotazník (16 PF)	359
Minnesotský osobnostní dotazník (MMPI)	360
Rorschachova projektivní zkouška	361
Tematický apercpeční test (TAT)	362
22.4 Spolupráce lékaře a klinického psychologa	363
Požadavky na vyšetření	366
Dodatky	371
Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny	371
Úmluva o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy	372
Práva pacienta	377
Charta práv hospitalizovaných dětí	378
Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících	379
Helsinská deklarace Světové lékařské asociace	382
Požadavky ke zkoušce z lékařské psychologie a psychoterapie	386
Literatura	389
Rejstřík	393
Seznam obrázků	397

Úvodní poznámka

Kniha *Lékařská psychologie*, kterou právě otevíráte, je základním učebním textem předmětu lékařské psychologie a psychoterapie pro studenty medicíny na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Osvědčila se i při výuce bakalářských zdravotnických oborů. První dvě vydání vyšla v letech 1994 a 1999 péčí Psychoanalytického nakladatelství Jiřího Kocourka v Praze. Pro toto třetí vydání – v nakladatelství Portál – byl text aktualizován a doplněn.

Obory lékařská psychologie a psychoterapie jsou na 1. lékařské fakultě UK v Praze vyučovány v novém pojetí a ve větším rozsahu od r. 1990. Jejich místo v medicíně (tedy i ve výuce) je dáno důvody teoretickými i praktickými.

Mezi teoretické důvody bych zahrnul především zjištění, že lidská bytost ve zdraví i v nemoci tvoří bioekopsychosociální jednotu. Tímto složitým výrazem vyjadřuji, že vzájemné vztahy roviny biologické, psychosociální a životního prostředí jsou těsné, vzájemně se prostupují a ovlivňují. Psychologickou a sociální cestou se tak může měnit a skutečně mění i biologická stránka člověka – a naopak. Dříve jsme tyto souvislosti předpokládali jen hypoteticky a vyvozovali je z klinické i z běžné lidské zkušenosti, nyní tyto fenomény považujeme za prokázané prostřednictvím genetických poznatků, protože sociální vlivy a učení modifikují expresi genů. Znalci molekulární genetiky, emeritní profesor psychiatrie na Karlově univerzitě v Praze MUDr. Petr Zvolský a doc. MUDr. Pavel Pavlovský ve své poslední práci tuto skutečnost vyjádřili pregnantně a došli k závěru že „všechna nurture je v konečné formě vyjádřena jako nature“.* O protichůdných vlivech nikdo nepochybuje.

Z praktických důvodů o potřebě zevrubné výuky předmětu lékařská psychologie a psychoterapie mluví skutečnost, že jakákoliv péče o pacienta, který je při vědomí, probíhá v rámci vztahu mezi ním a lékařem (případně i jinými zdravotníky). Vztah a vzájemná komunikace určují úroveň pacientovy spolupráce a působí psychoterapeuticky – nebo psychotraumaticky. Jen s malou nadsázkou dodejme, že třetí možnost neexistuje. Lékařská psychologie a psychoterapie zároveň přispívají k potřebné humanizaci medicíny a vyrovnávají značně nerovnoměrný vývoj lékařských věd, způsobený technickým a technologickým pokrokem. Získávají tak v klinických oborech integrující funkci.

Význam lékařské psychologie a psychoterapie narůstá s tím, jak stárne populace, přibývá chronicky nemocných dětí a dospělých. Objevil se i nový fenomén „promořenosti“ obyvatelstva chemoterapeutiky. To vše může patřit mezi důvody, proč v Německu vznikl nový lékařský klinický obor – psychoterapeutická medicína. Dlouhodobé a šetrné vedení a léčení nemocných je bez vhodného psychologického a psychoterapeutického přístupu nemyslitelné.

* Raboch, J., Zvolský, P. a kol. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum, s. 16.

V nich pak dominuje osobní zájem lékaře o pacienta (a jeho nejbližší) a průběžně poskytovaná psychická podpora.

Učebnice sestává ze tří hlavních částí a z dodatků.

V prvních pěti kapitolách se ve zkratce seznámíme s teoretickými základy lékařské psychologie (osobnost, rodina, motivace). V následujících kapitolách je tematizován vztah mezi lékařem, pacientem (a blízkými osobami jeho života) a jsou ukázány možnosti jeho využití při ovlivňování různých oblastí lidského zdraví i jeho poruch. Poslední tři kapitoly – psychoterapie, psychoneuroimunologie a psychologická diagnostika – čtenáři přiblíží specializované (byť různorodé) oblasti, s nimiž se lékař v praxi setkává.

V dodatcích jsou uvedeny požadavky ke zkoušce z předmětu lékařské psychologie a psychoterapie, kterou studenti magisterského studia lékařství 1. lékařské fakulty UK v Praze skládají ve čtvrtém ročníku. Dodatky dále obsahují text několika úmluv týkající se lékařské etiky.

Využíváním psychologických a psychoterapeutických poznatků při péči o nemocné a osoby jim blízké dosahujeme jednoho z významných cílů medicíny, jímž je maximální možná kvalita jejich života. Zmíněná skutečnost je v posledních letech zdůrazňována ve všech zemích s rozvinutou civilizací našeho typu. Téma kvality života se proto stalo námětem rozsáhlého výzkumu (VZ: CEZ: J13/98: 111100007), který probíhá na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze a usnadnil i sepsání této publikace.

Závěrem si dovoluji upozornit, že kniha je učebním textem (a nikoliv vědeckou prací), proto zde neuvádím odkazy ani citace, jak je to obvyklé a nutné u vědeckých publikací. Tuto skutečnost výslovně zdůrazňuji. Také chci „anonymně“ vyjádřit dík studentům, kolegyním a kolegům, kteří svými doporučeními i kritickými poznámkami přispěli ke konečným úpravám a doplněním textu. Neanonymní poděkování pak patří prof. G. W. Speiere- rovi z lékařské fakulty univerzity v Řezně, s nímž mne spojuje mnohaletá přátelská spolupráce při vytváření studijních a výzkumných programů.

*Praha, listopad 2002
prof. PhDr. Jan Vymětal*

Úloha lékařské psychologie v dnešní medicíně

V první kapitole vymezíme lékařskou psychologii a seznámíme se s hlavními charakteristikami současné medicíny. Potom budou ilustrovány úlohy lékařské psychologie. Na příkladech sugesce, psychogenní iatropatogeneze, placebo efektu a na syndromu vyhaslosti (vyhoření) si ukážeme některé obecné psychologické momenty a jejich vliv na pacienta i lékaře v rámci vzájemné interakce.

1.1 Vymezení oboru

Lékařská psychologie je aplikovaným psychologickým oborem majícím interdisciplinární charakter. Představuje aplikaci psychologických poznatků ve zdravotnictví – lékařem (na rozdíl od klinické psychologie, která je v kompetenci psychologa).

Je místem průniku psychologických a lékařských věd, zvláště pak klinické psychologie, sociální psychologie a psychiatrie. Z novějších psychologických disciplín pak nelze nevzpomenout psychologii komunikace a psychologii zdraví. Zvláště druhou jmenovanou psychologickou disciplínu považujeme v tomto ohledu za významnou, neboť se věnuje studiu psychologických faktorů podílejících se na vzniku a udržování zdraví i nemoci.

Lékařská psychologie je oborem zabývajícím se především psychickými aspekty vztahu a interakce lékaře, pacienta, jakož i vazbou na relevantní jedince či skupiny z pacientova sociálního prostředí (příbuzní, přátelé apod.) na vědomé, ale též nereflektované úrovni.

Praktické úlohy oboru si lze přiblížit i větou, kterou jsme slýchávali z úst nestora věd „psychologicko-psychiatrických“, původním zájmem farmakologa a profesí neuropsychiatra, profesora V. Vondráčka: „Není v silách lékaře zvládnout každou situaci dokonale medicínsky, ale vždy by ji měl zvládnout psychologicky.“ A dnes bychom dodali, že mezi povinnostmi dnešního lékaře patří i „zvládnutí“ základních psychologických poznatků a dovedností tak, aby předchozí věta mohla být skutečně naplněna.

Dějiny lékařské psychologie jsou historií psychologického přístupu k nemocnému a zahrnutí lidské subjektivity do léčby. U kolébky oboru lékařská psychologie se nalézá hned celá řada myslitelů. Byl to údajně německý lékař a filozof M. Herz (1747–1803), jenž termínu „medizinische Psychologie“ použil jako první v r. 1773. První učebnice lékařské psychologie autora D. Metzgera (1739–1805) vyšla u neznámého nakladatele pod názvem *Scizze einer medizinischen Psychologie* v r. 1787 v Královci, tehdejší Königsbergu. Z později žijících evropských osobností alespoň zmiňme německého lékaře a filozofa K. Jasperse (1883–1969), který byl profesorem psychologie na lékařské fakultě Univerzity v Heidelbergu přibližně v letech 1914/15–1922. Dále vzpomeňme švýcarského lékaře C. G. Junga (1875–1961), jenž již v roce 1944 lékařskou psychologii jako obor přednášel medicím na basilejské univerzitě a anglického lékaře maďarského původu M. Balinta (1896–1970), zkoumajícího význam osobnosti lékaře a nemocného a jejich vzájemný vztah pro průběh a výsledek léčby. Dospěl k závěru, že vztah mezi pacientem a lékařem tvoří základ léčby. V tomto výčtu nelze opomenout ani amerického psychologa C. R. Rogerse (1905 – 1986), který byl sice k lékařskému stavu nejednou kritický, ale jeho důraz na bezvýhradnou akceptaci pacienta a na empatický projev lékaře tvoří základní žádoucí postoje a charakteristiku jeho chování k nemocnému. Proto i Carl R. Rogerse zařazujeme mezi ty, kteří mimořádným způsobem přispěli k rozvoji oboru.

Pozoruhodné místo v historii lékařské psychologie u nás zaujímá slovinský psycholog M. Rostohar (1878–1966). Na podzim roku 1911 otevřel první experimentální psychologickou laboratoř v českých zemích, a to údajně v prostorách Fyziologického ústavu lékařské fakulty České univerzity v Praze. V letech 1912–1915 přednášel psychologii studentům medicíny v českém jazyce. Z významných osobností české psychologie a medicíny stály u zrodu lékařské psychologie v našich poměrech již zmíněný lékař V. Vondráček (1895–1978) a brněnský psycholog R. Konečný (1906–1981). Druhý jmenovaný společně s lékařem M. Bouchalem (nar. 1925) jsou autory první učebnice *Psychologie v lékařství*, jež vyšla v r. 1966. Odhlédneme-li od „dobového koloritu“, je práci i dnes doporučení hodnou a zajímavou. V této souvislosti nelze nezmínit ani druhou učebnici na toto téma, jejímiž autory byli přednostové pražské Psychiatrické kliniky Univerzity Karlovy V. Vondráček a J. Dobiáš (1914–1990). Kniha se jmenuje *Lékařská psychologie*, vyšla v roce 1969 a v mnohém její čtení přináší čtenáři i dnes poučení, protože zachycuje bohatou klinickou zkušenost obou autorů.

Dnešní medicína tak, jak se s ní setkáváme, je výrazně určována dobou, do jejíhož rámce je zasazena. Tento vliv se na prvním místě projevuje **technizací** všech oborů, tedy zaváděním a rozvojem velmi účinných přístrojů a postupů, jež spolu s převážně **přírodovědnou orientací** vytvářejí nejdůležitější charakteristiku medicíny první poloviny našeho století. Později, s rozvojem poznání, dochází ke **specializaci** a snaze po dostupnosti zdravotní péče pro všechny potřebné, což je nemyslitelné bez **organizovanosti**

této péče. Stručnou charakteristiku nutno doplnit zmínkou o prostředí, kde se toto vše odehrává, což lze snad nejlépe vystihnout výrazem **konzumní společnost**, tedy společnost postavená na akceleraci výroby a spotřeby s převážně tržními vztahy.

Po přečtení předchozích vět cítíme, že jednostrannost v přístupu k člověku není jen v čemsi teoretickém a abstraktním, nýbrž že je praxí každodenního zdravotnického provozu. Ne neprávem se obrazně nazývá moderní přístrojová a vědecká medicína „mlčící“, kdy lékař přestává nemocnému naslouchat – na rozdíl od medicíny „mluvící“, pro kterou je příznačný živoucí kontakt mezi pacientem a lékařem. Ne neprávem je kritizována **anonymita** institucí, tedy i jejich zaměstnanců – zdravotnického personálu – a **zvěčňování** vzájemných vztahů, kdy lékař zaujímá k nemocnému postoj jako „k někde porouchanému stroji“ a pacient opět očekává „šikovného a věci znalého opraváře“. Setkáváme se tak s doslovným paradoxem, pacient se staví ke svým potížím a nemoci vnějškově, jako by se ho subjektivně netýkaly, a zároveň totéž očekává od lékaře, který v něm tuto tendenci mnohdy ještě podporuje. Kromě toho nemocný vítá (byť někdy zároveň s obavou) vyšetření a léčbu pomocí přístrojů jako něco, čemu důvěřuje více než člověku, přičemž víme, že indikace pro určitá vyšetření či léčbu, stejně jako jejich interpretace a celý proces rozhodování jsou mnohem více osobní povahy, než připouštíme. Specializace lékaře také mívá velmi často za následek ztrátu schopnosti postarat se o nemocného komplexně; lékař vidí totiž nemocného především ze zorného úhlu své specializace a pro pacienta to může znamenat nebezpečí.

V kritickém ilustrování současné medicíny a lékařského přístupu bychom mohli pokračovat a přitom přehlédnout ohromný pokrok, kterého lékařské vědy – např. ve srovnání se situací na začátku století, dosáhly díky rozvoji přírodovědné metodologie a takto orientovaného vědeckého bádání. To je zřejmé, ale tato naznačená jednostrannost, byť v mnoha lékařských oborech velmi účinná, způsobuje **dehumanizaci medicíny**, čili opomíjí **lidskou subjektivitu** a bytostné určení člověka, tedy to, díky čemu – pokud je zachován život – si zachovává lidskou identitu. Ba i poté, co život vyhasl, by mělo být pamatováno, že se jedná o pozůstatky bývalé bytosti. Uvažovat o lidské psychice znamená, že si uvědomujeme i bytostné charakteristiky člověka, bez nichž je lidský život nemyslitelný – existenci ve vztazích k druhým lidem, potřebu vést život, který má smysl apod. Tak se dostáváme k obecné odpovědi na dotazování se po významu lékařské psychologie pro dnešní medicínu: jejím úkolem je působit proti dehumanizaci a chránit tím nejen nemocného, ale ve svém důsledku i lékaře. Jinými slovy, **péči o nemocného navracíme lidskou dimenzi a pěstujeme ji**. Medicína se zásadně zaměřuje na **nemocného člověka a jeho nejbližší** (nejčastěji příbuzné), nikoliv, jak tomu bylo dříve, pouze na určitou poruchu zdraví vyskytující se u jedince.

K takto široce pojatému významu lékařské psychologie, která je ve světě rozvíjena již několik desetiletí, jsme se dostali přes charakteristiku moderní

medicíny. Své zdůvodnění však nalezne i v pojetí člověka jakožto bytosti tvořící principiálně **psychosomatickou** jednotu, neboť duševní a tělesné děje jsou vzájemně propojené a k ovlivňování dochází v obou směrech.

Jako ilustrující příklad vzpomeňme vzájemný vztah psychických procesů a imunitního systému, jímž se zabývá psychoneuroimunologie, nebo vliv hormonů na prožívání člověka, jeho zaměřenost – a naopak.

Současná medicína je medicínou **nemocného člověka**. Čili její přístup k lidské bytosti je **celostní**. Nenecháme se mýlit prudkým a nerovnoměrným rozvojem medicínských oborů v těch oblastech, jež využívají technické, technologické a informační možnosti. Právě proto je zde třeba doplnění o psychologickou, sociální a duchovní stránku nemocného člověka a jeho života.

Dnešní medicína zahrnuje jak objektivní stránku – **chorobu** (angl. *disease*, něm. *Krankheit*), kterou „vyčteme“ z chorobopisu, tak její subjektivní stránku – **nemoc** (angl. *illness*, něm. *Erkrankung*), jež je dána tím, jak sám pacient a jeho blízcí chorobu prožívají, subjektivně hodnotí a jak na ně dopadá.

Zajímavým medicínským fenoménem jsou „choroby bez nemoci“ – např. vysoký krevní tlak, asymptomatická vředová choroba, a naopak „nemoci bez choroby“ – např. chronická bolest, únavový syndrom.

Celostní pojetí pak předchází dělení překonává a hlediska spojuje.

Zmíněná a zdůrazněná jednotu platí jak v době zdraví, tak v době nemoci, proto onemocnění, defekt apod. jsou vždy problémem celého člověka, což je zásadní charakteristikou a teoretickým východiskem lékařské psychologie. Přístup respektující tuto skutečnost nazýváme nejčastěji přístupem **bioekopsychosociálním, psychosomatickým, celostním**, někdy se užívá názvu **antropologická medicína**. Opět zdůrazňujeme, že do péče zahrnujeme i významné osoby pacientova života (nejčastěji nejbližší příbuzné).

Složený výraz bioekopsychosociální je jiným vyjádřením pro vícedimenzní přístup k nemocnému člověku a důležitým osobám jeho života. **Biologická dimenze** obsahuje vrozené a získané anatomické, fyziologické a biochemické danosti, jež vedou k poruše zdraví. Mezi takto způsobené poruchy zdraví lze zařadit např. poruchy výměny látkové.

Ekologická dimenze zahrnuje ty biologické, fyzikální a chemické vlivy prostředí, které určitou poruchu zdraví přímo zapříčiňují či ji negativně ovlivňují. Za příklad onemocnění majících zdroj zejména v této dimenzi lze jmenovat většinu nemocí z povolání. V širším významu se ekologickými vlivy míní působení prostředí (tedy toho, co člověka obklopuje a v čem žije) jako takového. V tomto pojetí sem řadíme např. zalidněnost, ale i estetické kvality lidských sídlišť a krajiny.

Ekologickou dimenzí vyjadřujeme jednotu člověka a prostředí, v němž žije. **Psychologickou dimenzí** onemocnění se míní vrozené a získané psychologické dispozice a reakce člověka, jež s vysokou pravděpodobností vedou k určitým onemocněním, případně značně ovlivňují průběh dané poruchy zdraví. Řadíme sem např. neurotické

poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoforní poruchy, dále pak většinu behaviorálních syndromů spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (např. poruchy příjmu potravy, mnohé sexuální dysfunkce nevyvolané organickou poruchou nebo nemocí) – a ve výčtu bychom mohli pokračovat.

Psychosociální dimenze je velmi těsně propojena se sociální dimenzí, neboť u člověka „psychické“ je zároveň i „sociální“.

Sociální dimenze onemocnění, jako poslední uvedená, zahrnuje společenské a kulturní vlivy, které působí na příčiny a průběh onemocnění a často formují jeho obraz i reakci jedince na fakt určité poruchy zdraví. Jako příklad bych uvedl projevy, jež řadíme mezi sekundární a terciární účelové reakce (tzv. rentové neurózy apod.). Zdraví i nemoc člověka jsou souhrou předchozích čtyř dimenzí.

Vidíme, že obor lékařské psychologie prostupuje celou medicínou a sehrává zde **integrující**, tedy sjednocující funkci. Zabývá se vlivem toho, co je vždy přítomné a významné při prevenci, diagnostice, ale i léčbě a eventuální rehabilitaci zdravotních obtíží a onemocnění – lidskou psychikou a jednáním člověka v situaci jeho zdravotního ohrožení. Konkrétně to znamená, že poznatky lékařské psychologie nalézají uplatnění zvláště při:

1. vytváření dobrého pracovního společenství mezi lékařem, pacientem a jeho nejbližšími, což je nezbytné při dlouhodobém vedení pacientů a jejich rodin;
2. regulaci akutních psychických a psychosomatických stavů (např. úzkosti, bolesti, hněvu, deprese);
3. průběžné psychologické péči o nemocné a jejich nejbližší (např. předoperační a pooperační vedení, péče o těžce a nevléčitelně nemocné);
4. psychoterapeutickém působení s cílem navození dlouhodobých změn v osobnosti a chování druhého člověka (pacienta učíme vnímat jeho tělesné signály, lépe řešit meziosobní konflikty apod.);
5. sebepoznávání lékaře, tedy při dosahování pravdivější orientace v sobě a v subjektivně významných meziosobních vztazích.

Nutno upozornit, že uplatňování psychologických poznatků je i etickou záležitostí, neboť s pacienty jednáme s porozuměním, ohleduplně a dáváme jim zakusit sílu lidské blízkosti a vzájemnosti. Dosud jsme se zabývali významem a vlivem psychologických okolností poměrně obecně. V dalším textu si jich povšimneme konkrétněji na pojmech sugesce, psychogenní iatropatogeneze, seznámíme se s tzv. placebo efektem a zmíníme se o tzv. syndromu vyhaslosti, jímž je lékař ohrožen.

1.2 Sugescce

Sugesce (souvisí s ní i sugestibilita jakožto vlastnost jedince, hypnabilita a také hypnóza) je psychologickým pojmem a skutečností, jež nalézá v medicíně široké uplatnění. Jedná se o zvláštní způsob působení na druhého člo-

věka, případně i na skupinu osob. Jak se záhy dovíme, tento mechanismus vytváří i placebo efekt (viz kap. 1.4).

Sugesce (z lat. *suggere*, tj. podkládat) znamená, že jedinec se nechá druhým ovlivnit (např. převezme určitý názor, ale i symptom, modifikuje v něčem své chování, postoj) a tato změna nastává při oslabeném či zcela vyřazeném kritickém myšlení. Sugescí tedy navozujeme změnu. Tento mechanismus je znám a využíván odjakživa a úmyslně v rámci psychoterapeutického působení při hypnóze, persvazi – přesvědčování v rámci racionální psychoterapie apod. Lékař působí sugestivně – ovlivňuje druhého, aniž by si to uvědomoval, neboť v očích pacienta, ale i potenciálních pacientů (veřejnosti) požívá vyšší prestiže a zpravidla i autority.

Síla a snadnost sugestivního ovlivnění především záleží na:

1. autoritě – čím více lékař imponuje, tím sugestivněji působí;
2. sugestibilitě pacienta, což je osobnostní obecná charakteristika – bývá vyšší u lidí s větší pithiatickou dispozicí a u jedinců tzv. vnějškově řízených (výraz *pithiatický* pochází etymologicky z řeckého *peitho*, tj. přemlouvám a *iátos*, tj. léčitelný, je ekvivalentní s výrazy hysterický, histriónský a částečně s výrazem disociační). Pithiatický je pak léčitelný „přemlouváním“, tedy v tomto významu zejména sugescí;
3. dřívější zkušenosti pacienta s lékaři co do úspěchu či neúspěchu léčby – souvisí i s důvěrou, případně nedůvěrou „předem“;
4. na akutním subjektivním stavu pacienta – čím více je jeho situace neúnosná, čím více trpí a prožívá strach, tím je zpravidla sugestibilnější, protože chce tento nepříjemný stav co nejrychleji změnit;
5. hloubce regrese pacienta, čím větší je regrese, tím méně kritické a více „dětské“ je myšlení; čím mladší dítě, tím sugestibilnější.

Suggestivní ovlivnění se v interakci projevuje buď pozitivně, kdy např. lékař nemocného uklidňuje ve smyslu úsloví: „Lékař někdy léčí, často ulevuje, ale vždy by měl pacienta uklidnit“, nebo negativně, jak tomu bývá při psychogenní iatropatogenezi.

1.3 Psychogenní iatropatogeneze

Psychogenní iatropatogeneze (z řeckého *iatros*, lékař, *patos*, škoda, *gen-naó*, plodím, rodím) znamená, že dojde k přechodnému či trvalejšímu psychickému poškození pacienta vlivem jednání a komunikace lékaře nebo vlivem zdravotnického prostředí, v němž se pacient nalézá. Je způsobena mj. tím, že ne vždy v plném rozsahu a hloubce víme, jak nemocný prožívá a reflektuje svoji nemoc a situaci, dále pak mívá zdroj v necitlivém postoji lékaře, jenž nebere subjektivitu nemocného mnohdy vůbec v úvahu. Z psychického poškození se jedná zejména o vyvolání nepřiměřených **obav, úzkosti a stra-**

chu, které v některých případech mohou vést k **panice**, časté **depresi** či **nadměrnému sebepozorování**, což někdy pak ústí do **hypochondrického syndromu** nebo v různé druhy **fobií**, čili nepřiměřených strachů (např. *nosofobie* – strach z nemoci, *karcinofobie* – strach z rakoviny, *infarktofobie* – strach z infarktu, *thanatofobie* – strach ze smrti). Také tzv. **psychickou nadstavbu**, čili zvýšenou psychickou citlivost k nemoci a okolnostem s ní souvisejícím (např. invalidizace pacienta) může zapříčinit lékař. Z praxe jsou známy, že nikoliv vzácné případy, že se nemocný dezintegruje (zhroutí) nebo si vezme život v mylné domněnce, že trpí závažným onemocněním, zpravidla rakovinou.

Nežádoucí působení lékaře vychází jednak ze způsobu a obsahu **komunikace**, jednak z jeho **zacházení** s nemocným. Pokud jde o psychogenní iatropatogenezi, způsobenou nevhodnou komunikací, vzniká pro nemocného nebezpečí tehdy, jestliže:

1. Lékař pacienta **dostatečně, jasně a srozumitelně neinformuje** o jeho nemoci a všech důležitých okolnostech potíží, včetně prognózy. Nedostatečná informovanost může mít za následek nejistotu a úzkostné obavy týkající se zdravotního stavu. Nemocní prostřednictvím vlastní fantazie – např. z lékařových kusých informací, jež jsou určeny zdravotní sestře, si „dotvoří“ obraz o svém zdravotním stavu v negativním a pesimistickém směru. Obecně platí, že nebezpečí iatrogenie nejčastěji vzniká, když lékař s pacientem příliš nemluví a nepomůže mu vytvořit si správnou, tedy i pravdivou představu o nemoci a vývoji onemocnění. Tedy nepřipraví ho na to, co pravděpodobně přijde.
2. Lékař pacientovi vyčítá a klade na něho **požadavky**, jimž **nemůže dostát** a zároveň je prezentuje jako nezbytnou **podmínku** zlepšení zdravotního stavu nebo dokonce vyléčení. To se týká zvláště úzkostnějších pacientů, kterým tak zpochybňuje naději na změnu k lepšímu. Např. nejistému a úzkostnému pacientovi lékař sdělí, že se musí doma prosadit, jinak že to „nebude lepší“.
3. Lékař sdělí informace, které **vyvolají** u nemocného **strach a obavy** a nepomůže pacientovi se s nimi vyrovnat. Např. lékař podá informaci, že pacient musí v brzké době počítat se zhoršením zdravotního stavu – a nic víc. K iatrogenii též dochází při bagatelizaci pacientových obtíží, které nebereme vážně, a na opakované dotazy stran zdraví jej „ujistíme“, že to bude ještě „horší“. Tuto ironii, nebo způsob, jímž lékař nemocného „odbude“, však bere pacient vážně nebo jako osobní znehodnocení.
4. Lékař může pacienta poškodit nejen tím, co řekne a udělá, ale i tím, co **neřekne a neudělá**, ačkoliv to říci a udělat měl. Někdo se například bojí nemoci, lékař obavu přechází a mlčí, nebo nepřesvědčivě potíže zlehčuje („to má dnes každý“), místo aby nemocného pozorně, trpělivě vyslechl a podal dostatečné a uklidňující vysvětlení.

5. Dále je třeba, aby lékař pacienta **oslovoval jménem** a předem se před jednáním s nemocným podíval do jeho **zdravotní dokumentace**. Zjistí tak, co bylo řečeno a již uděláno. Na pacienta totiž velmi neblaze působí podezření, že lékař o něm není zevrubně informován.

Pokud jde o **jednání lékaře**, tak psychicky traumaticky působí:

- Všechny silné a překvapivě **bolestivé zákroky**, na které není pacient předem připraven a upozorněn – to se týká nejen dětí, ale i dospělých. Náhlá a prudká bolest způsobená lékařem vyvolává strach z dalších lékařských úkonů i z lékaře samotného.
- Negativně působí dále jednání lékaře, jež v nemocném vyvolá ať již správný či nesprávný dojem, že je **zanedbáván**. To je např. tehdy, jestliže pacient není vyšetřen a je ordinováno „od dveří“.

Pokud jde o **prostředí**, tak prakticky všichni nemocní (nejen děti) špatně snášejí, jestliže jsou svědky lékařských zákroků u jiných pacientů nebo jsou-li jiní pacienti při jejich vyšetření a zákrocích přítomni. Dále je nevhodné, aby byli lehčeji nemocní v kontaktu s **těžce nemocnými a umírajícími**. Pokud k tomu musí dojít, je nezbytné, aby ošetřující personál s nimi situaci prohodil. U některých nemocných je taková situace kontraindikována, pro jiné je psychotraumatizující a například pro lidi s hypochondrickým sebepozorováním znamená přímo muka.

Předchozí nežádoucí situaci lze opět ilustrovat výrokem V. Vondráčka, který s nadsázkou a z pohledu nemocného upozorňuje, že „strašný je pobyt na pokoji, kdy jeden jí, druhý sténá, třetí defekuje a čtvrtý umírá“.

Do oblasti psychogenního poškozování pacienta patří i tzv. **iatrogenní fixace**. Jde o psychickou poruchu, kdy nemocný s funkčními, objektivně neprokázanými a neodůvodněnými obtížemi odmítá jejich psychogenní etiopatogenezi se zdůvodněním, že jiný lékař – zpravidla při prvním kontaktu – vyslovil podezření na organický proces. Fixace přetrvává, neboť nemocný se obává, že nebude léčen a navíc že bude podezírán ze simulace. Druhý důvod bývá v tom, že „psychické příčiny“ ve veřejnosti asociují obraz duševně nemocného, tedy něco nežádoucího, co vyvolává stud a posměch. Třetím důvodem přispívajícím k iatrogenní fixaci je skutečnost, že pacient se z nějakého důvodu nechce zabývat vlastní subjektivitou a nejbližšími vztahy v intimní, sociální sféře, zpravidla proto, že je považuje za těžko změnitelné, eventuálně se za ně stydí, nebo se bojí jim věnovat pozornost. Z předchozích stránek je zřejmé, jak významná je úloha sugescie obsažená v komunikaci lékaře. Na sugesci je založen také placebo efekt.

K tématu lze volněji přiřadit i **farmakogenní iatropatogenezi** spočívající v nevhodné indikaci léku či kombinace léků (případně v souvislosti s jinými opatřeními). Stále častěji pozorujeme nadužívání farmak všeho druhu a nárůst konzumace potravinových doplňků, jež posléze vedou k závislosti i na „neškodných“ prostředcích s důsledkem značné finanční zátěže pro