

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](http://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

<b>3. PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K NEMOCNĚMU</b> .....	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
<b>4. ETICKÉ ASPEKTY LÉKAŘSKÉ PROFESE</b> .....	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

<b>5. BOLEST</b> .....	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

<b>6. ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ</b> .....	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
<b>7. DERMATOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ</b> .....	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

<b>8. ZDRAVOTNICKÝ TÝM</b> .....	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

<b>9. MULTIDISCIPLINÁRNÍ LÉČBA ONEMOCNĚNÍ</b> .....	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
<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	293
<b>ČESKO-ANGLICKÝ SLOVNÍK</b> .....	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 úmrtnosti 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 sílí integracní 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



faktorů ovlivňujících výskyt onemocnění atd.). Potvrzuje, že vznik a průběh řady nemocí souvisí s určitým chováním, postoji, myšlením nemocného a určitým typem psychických reakcí. Je v úzkém spojení s klinickou psychologií a psychologií zdraví. Zdůrazňuje biopsychosociální přístup v medicíně, tedy model, který chápe vztah mezi somatickými, psychologickými a sociálními faktory jak v prevenci, tak v léčbě chorob. BHV přístupy se uplatňují u řady zdravotních potíží, například astmatu, gastrointestinálních nemocí, onemocnění srdce, páteře a svalového aparátu, onemocnění mozku, chronické bolesti a závislosti.

### 1.1.2 PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ

Cílem psychologie zdraví je vypracovat teorii zdravého chování (co zdraví prospívá a co škodí) s použitím znalostí z psychologie, psychosomatiky a lékařské psychologie. Empirický výzkum psychologie zdraví ukazují Murray a Poland (2006) například na třech přístupech při zkoumání škodlivosti kouření na zdraví: 1. jak postoje ke kouření ovlivňují možnosti, jak přestat kouřit, 2. co kouření znamená pro každého jednotlivého kuřáka a 3. jak kouření souvisí se sociálním kontextem (kouření je chápáno buď jako nedostatek kontroly, nebo jako forma sociálního vzporu). Behaviorálně orientované zdraví se proto v současných výzkumech orientuje široce na vztah chování jedince a sociální i ekonomické vazby, otázky spravedlnosti, práva, morálky a politiky zdraví ve společnosti (Hepworth, 2006).

Psychologie zdraví je zaměřena na prevenci, tj. na jedince relativně zdravé, ne na nemocné (nemoc a zdraví chápe jako antonyma). „Zdravý“ člověk ale může být odlišně definován lékařem, sociologem nebo psychologem. Lékař ho může charakterizovat jako jedince bez přítomnosti nemoci, choroby, úrazu. Sociolog jako fungujícího ve všech daných sociálních rolích (otce, souseda, vedoucího tiskárny, spoluhráče z fotbalu...). Psycholog jako člověka, který se dokáže vyrovnat a zvládnout životní úkoly a těžkosti (např. akutní i chronické nemoci a úrazy). **Nemocen** je pak ten, kdo má nedostatek zdraví: 1. ví, že je to přechodné, přejde to a neohrožuje ho to (chřipka, angína...), 2. trpí chronickým onemocněním, 3. trpí psychickým, nebo psychosomatickým onemocněním. **Zdraví** (angl. *health*) je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka a znamená nepřítomnost nemoci. Podle WHO je zdraví tělesná a duševní pohoda (angl. *well-being*), tedy optimální stav zdraví určité osoby, které závisí na souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realistické a biologické možnosti (Šolcová, 2007). Zdraví v tomto pojetí je ale obtížně kvantifikovatelné a podobné spíše subjektivnímu pocitu štěstí, tedy nesrovnatelné se zdravím. **Zdraví může být chápáno subjektivně i objektivně.** Zdraví jako stav každý jedinec nějak subjektivně prožívá, hodnotí a vnímá, je přístupné introspekci a subjektivní hodnocení jedincem je možné. Subjektivně zdravý je ten, kdo se cítí zcela dobře, nemá žádnou zdravotní potíž; celkem zdravý, pokud má drobnou potíž; objektivně zdravý, pokud se cítí dobře a nebyla u něho zjištěna žádná nemoc. Zdraví má tedy několik stupňů od klamného subjektivního zdraví (nemám žádné subjektivní potíže nebo trpím asymptomatickou chorobou) nebo klamného pocitu somatické nemoci (hypochondrické stesky, somatizace) až po skutečné chronické a těžké nemoci ohrožující život. Pro subjektivní pocit zdraví jsou nejvýznamnější determinanty: 1. demografické faktory, tj. věk a socioekonomický status, 2. behaviorální faktory, tj. pohybová aktivita a 3. osobnostní faktory jako neuroticismus, nezdolnost

(angl. *resilience*), temperamentové charakteristiky (introverze–extraverze, neuroticismus) a deprese (Šolcová a Kebza, 2006a; 2006b). Proto se psychologie zabývá výzkumem typů chování (A, C, D) a osobnosti. Zdraví může být chápané v **různých pojetích**: 1. Zdraví jako stav člověka, jemuž je dobře (angl. *wellness*). 2. Zdraví jako stav člověka, který je v dobrém tělesném zdraví a kondici, dobře plní úkoly a funguje sociálně (angl. *fitness*). 3. Zdraví jako zboží, co se dá koupit (nákup diagnostického vyšetření, léku, lékařského zákroku...) i ztratit. Tato teorie zdraví upřednostňuje zvýšenou zodpovědnost pacienta na rozhodování a motivuje lékaře k novým nabídkám (viz podkapitola 3.1.2.3). 4. Zdraví jako druh „vnitřní síly“ (vitalita, libido, adaptace) pomáhající v životě zdolávat těžkosti. 5. Zdraví je součástí zdraví společnosti: projevuje se ve vztazích s druhými a v kontextu celého života prostřednictvím prostředí, kultury atd. (Křivohlavý, 2001; Taylor, 1999).

### 1.1.3 KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

Klinická psychologie vnaší do zdravotnictví hledisko společenských věd a přispívá svým specifickým pohledem k humanizaci medicíny, k celostnímu pohledu na nemocného a k rozvoji behaviorální a psychosomatické medicíny. Kliničtí psychologové se zabývají specifickými psychickými problémy chronicky nemocných a umírajících pacientů, uplatňují se například v předoperační přípravě dětských i dospělých pacientů, pomáhají jim překonat pooperační stavy, podílejí se na kognitivní a sociální rehabilitaci po úrazech. Tím přispívají významně k celostnímu chápání člověka v kontinuu zdraví a nemoci. Kliničtí psychologové pracují s akutně i chronicky nemocnými v rámci lékařských týmů různých odborností (diagnosticky a psychoterapeuticky) a zabývají se výukou lékařské psychologie a její praktickou aplikací v medicíně. Blíže se úlohou klinického psychologa v týmu zabýváme v kapitole 8.1.

### 1.1.4 LÉKAŘSKÁ PSYCHOLOGIE

Lékařská psychologie (angl. *medical psychology*) je obor psychologie, který integruje v léčbě nemocí psychologické přístupy. Při porušení zdraví, tedy léčbě nemoci, se uplatňuje vždy i pacientova psychická složka: tj. jeho nezdolnost, zvládnání, schopnost čelit a vyrovnat se s životními těžkostmi a další psychosociální vlivy v celém kontextu choroby a jejího prožívání. Lékař je s osobností a psychosociálními faktory nemoci u jedince seznámen, ovládá biopsychosociální přístup ke zdraví a nemoci a léčí pacienta komplexně: klinickými a psychologickými dovednostmi. Tato integrata je předpokladem úspěšného výkonu lékařského povolání. Lékař se tak v rámci léčby zaměřuje na individuální přístup k nemocným, využívá pozitivně komunikaci a vztah mezi L a P, pomocí podpůrné psychoterapie příznivě ovlivňuje psychické reakce na nemoc, připravuje na bolestivé či integritu organismu ohrožující lékařské zásahy, posiluje adaptaci na chronické potíže a spolupráci a dodržování léčby.

Zvláštní význam má užití lékařské psychologie v **oborech medicíny pečující o chronicky a nevyléčitelně nemocné**. Zde lékař v rámci psychologického přístupu pracuje zejména na adaptaci na nemoc jako předpokladu k vyváženému duševnímu a sociálnímu fungování, tj. přiměřenému zvládnání stresu a úzkosti, seberealizaci a subjektivnímu uspokojení pacienta. V **chirurgických oborech** se lékař orientuje na psychologickou přípravu na operace, amputace, transplantace, zvládnání předoperačních a pooperačních stavů.

V **pediatrii** se lékař zaměřuje převážně na odreagování dětského strachu z prostředí nemocnice či z lékařského zásahu a minimalizaci psychické zátěže dětí i rodičů.

Lékařská psychologie se také uplatňuje u **akutních nemocí a úrazů**. Zde se lékař převážně setkává s akutní reakcí na stres, posttraumatickou stresovou poruchou a poruchami přizpůsobení. Akutní reakce na stres i posttraumatická stresová porucha jsou vyvolány mimořádně intenzivním stresem při akutní nemoci či úrazu často způsobené dopravní nehodou (např. traumatická amputace), ale i znásilněním, týráním, domácím násilím, živelnou katastrofou apod. V rozvoji poruch přizpůsobení hraje větší úlohu individuální psychická zranitelnost jedince a současně stačí menší intenzita zátěže, která je ale většinou dlouhodobá. Velmi často se jedná o problematické vyrovnání s chronickým nebo závažným tělesným onemocněním a jeho dopady. Přístup lékaře je většinou založen na schopnosti empatie, tedy vcítění. Empatický přístup u akutních nemocí a úrazů dává pacientovi pocit, že není na problém sám, že je mu někdo nablízku a k dispozici. Akceptování důsledků traumatu, úrazu či nemoci může zlepšit také lékařovo vysvětlování a edukace.

Při výuce lékařské psychologie se v první řadě klade důraz na souběžné a integrované teoretické vzdělání v psychologických i biomedicínských základech chování v souvislosti s psychofyziologií a klinickou psychologií. Druhá část výuky zahrnuje trénink praktických klinických dovedností a jejich hodnocení. Psychologické dovednosti jsou aplikovány u všech nemocí. Ve výuce lékařské psychologie jsou jedinci také vedeni k dobrému porozumění sobě samému a k vlastní duševní hygieně (sebevýchova, zrání osobnosti, duševní klid, sociální interakce, úprava životního a pracovního prostředí a životospráva). Stejně požadavky ve vzdělávání lékaře v lékařské psychologii se kladou i na ostatní zdravotnický personál (tzv. zdravotnická psychologie).



Obr. 1.2 Vztah lékařské psychologie k jiným vědním oborům

## Shrnutí

---

Lékařská psychologie integruje do léčby nemocí psychologické postupy. Souvisí s psychosomatickou medicínou, behaviorální medicínou, psychologií zdraví a klinickou psychologií a dalšími disciplínami (obrázek 1.2). Komplexněji může lékařská psychologie čerpat i z filozofie.

## 1.2 TĚLO, NEMOC A BOLEST

---

Od pradávna se medicína zajímá o tělo, bolest a nemoc, které mohou být studovány komplexněji i z pohledu filozofického a psychologického.

### 1.2.1 TĚLO A BOLEST

#### 1.2.1.1 Biomedicínské pojetí

Latina disponuje dvěma výrazy pro **tělo**: *corpus*, které znamená tělo, těleso, hmotu a je tím podtržena souvislost s materiálním světem, a *caro*, který je používán pro označení žijícího, citícího těla, těla „z masa a krve“ (Hohler, 1995). Recké slovo *sóma* je mnohोznačné a mělo mnohem širší význam než dnes používané slovo „somatický“. Například Heidegger rozlišuje mezi tělem ve svém tělesnění, živým, žitým tělem jako způsobem bytí (něm. *Leib*) a tělesem, tělesnou somatickou schránkou, jak je zkoumá přírodní věda (něm. *Körper*). Z biomedicínského pohledu je tělo tvořeno souborem orgánů, ústrojí a orgánových soustav, které tvoří jeden celek: *corpus humanum* či *sóma*.

*Bolest* chápe medicína jako jeden z nejtýpčtějších projevů onemocnění (zánětu, úrazu, nádoru), který upozorňuje na vznikající chorobu. Bolesti lze většinou přesně lokalizovat, ukázat na bolestivé místo. Jako subjektivní vjem může vznikat třemi různými mechanismy: 1. nociceptivními, 2. neuropatickými, 3. psychickými (psychická bolest, zármutek, žal) (Bauer, 1994). Biomedicínský přístup tedy rozlišuje bolesti těla jako součást somatického onemocnění a bolesti „duše“, tj. psychická onemocnění. Blíže se bolesti věnujeme v kapitole 5.

#### 1.2.1.2 Psychologické pojetí

Český jazyk ale nerozlišuje, jedná-li se o bolest psychickou či fyzickou. Bolest vyjádřená řečí je jen jedna, teprve dalším rozvinutím lze zjistit, jedná-li se o bolesti hlavy, zad nebo o zoufalství. Sám jazyk poukazuje na jednotu tělesného a duševního, tedy i na možnosti vzniku, udržování a ovlivňování bolesti jak psychickou, tak somatickou cestou. Je zajímavé, že například anglický jazyk užívá dva pojmy: bolest (angl. *pain*) a utrpení (angl. *suffering*), ale často je užívá jako synonyma, i když každý znamená něco jiného (blíže se problematice věnujeme v podkapitole 2.3.3.3). Sémanticky zahrnuje pojem bolest vždy emoční, percepční, kognitivní a behaviorální aspekty. Bolest, její intenzita, kvalita i průběh se často u pacientů se shodnou diagnózou liší, protože ji ovlivňují některé psychologické a sociální aspekty: individuální zkušenost s bolestí a senzitivita k bolesti-